

Original Article

Factors Affecting the Tendency of People to Become Aware of the Disease when Cancer

Masoumeh Karimi¹, Abdollah Aliesmaili^{2*}, Golanreza Atai³, Soraya Khafri⁴, Mahboube Khadem Abolfazli⁵

1. M.D in radiotherapy-oncology, Medical University of Babol, Babol, Iran.

2. Ph.D. in higher education and M.A in clinical psychology, Islamic Azad University of Babol branch, Babol, Iran.
(Corresponding Author) Email: shahramae@yahoo.com

3. M.Sc. in physic, Medical University of Babol, Babol, Iran.

4. Ph.D. in biostatistics, Medical University of Babol, Babol, Iran.

5. M.Sc. in medical physic, Medical University of Babol, Babol, Iran.

Received: 15 Aug 2016 Accepted: 26 Oct 2016

Abstract

The article is result of a survey in Babol aimed to clarifying an ethical problem of physician working in the field of refractory disease, especially cancer. The researchers inquired that people how much are ready to be informed directly about their disease and survival, and which attributes containing age, gender, marital status, education status, and number of children are correlate to it so that physician can describe about illness to them. This survey has done on 381 people in five geographical areas in Babol. Research tool was a researcher made questionnaire, which was based on psychological projection. Questionnaire validity calculated by splitting 0.78 and by Cronbach's alpha 0.79 after a pilot study and removing some items. Also in order to improving the reliability some items has corrected at the same time. Finally, findings showed there is a significant deference between people who prefer to know truth and somebody do not prefer. The agreement to awareness showed correlation with some factors such as age and number of children, but there is no correlation with educational status and gender.

Keywords: Cancer Awareness; Medical Ethics; Patient Rights

Please cite this article as: Karimi M, Aliesmaili A, Atai G, Khafri S, Khadem Abolfazli M. Factors affecting the tendency of people to become aware of the disease when cancer. *Iran J Bioethics* 2017; 6(22): 99-108.

عوامل مؤثر بر گرایش افراد به آگاه شدن از بیماری در صورت ابتلا به سرطان

معصومه کریمی^۱، عبدالله علی اسمعیلی^{۲*}، غلامرضا عطایی^۳، ثریا خفری^۴، محبوبه خادم ابولفضلی^۵

۱. استادیار، گروه رادیوتراپی - انکولوژی، دانشکده ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، ایران.

۲. استادیار، گروه علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل، بابل، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: shahramae@yahoo.com

۳. مربی، گروه پرتوپزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۴. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۵. مربی آموزشیار، گروه پرتوپزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

دریافت: ۱۳۹۵/۵/۲۴ پذیرش: ۱۳۹۵/۸/۵

چکیده

مقاله حاضر نتیجه پیمایشی در شهر بابل است که هدف آن روشن ساختن یک مشکل اخلاقی مبتلا به بسیاری از پزشکان در حوزه بیماری های صعبالعلاج، به ویژه سرطان است. تحقیق به بررسی این پرداخته که افراد در صورت ابتلا به سرطان، چقدر حاضرند مستقیماً از بیماری و طول عمر خود آگاه باشند و این با کدام یک از ویژگی های سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، تعداد فرزندان همبستگی دارد تا روشن شود پزشکان به کدام یک از گروه های فوق می توانند درباره وضعیت بیماری توضیح دهند. این پژوهش با حجم نمونه ۳۸۱ نفر به صورت پیمایشی در ۵ منطقه شهری بابل اجرا شد. ابزار تحقیق آزمونی محقق ساخته بر پایه فرافکنی روانشناختی پاسخ دهندگان است. پایایی پرسشنامه پس از بررسی پایه و حذف تعدادی از سؤالات ۰/۷۸ با فرمول دونیمه کردن و ۰/۷۹ با آلفای کرونباخ به دست آمد. برای تعیین روایی صوری و محتوایی، در همین مرحله برخی از پرسش ها تعدیل شدند. نتایج تحقیق نشان داد بین افرادی که می خواهند از بیماری خود اطلاع داشته باشند و کسانی که حاضر به دانستن حقیقت نیستند، تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین پاسخ های مثبت و منفی با عواملی مانند سن و تعداد فرزند همبستگی نشان داد، اما با سطح تحصیلات و جنس خیر.

واژگان کلیدی: آگاهی از سرطان؛ اخلاق پزشکی؛ حقوق بیمار

مقدمه

در پزشکی، حقیقت‌گویی عبارت است از دادن اطلاعات لازم به بیمار برای ایجاد توانایی جهت اخذ تصمیم‌های آگاهانه راجع به مراقبت‌های پزشکی و سایر جنبه‌های زندگی و آگاه ساختن او از وضعیتی که در آن قرار دارد (۱). مطالعاتی در دست است که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به سرطان در اروپای جنوبی در مقایسه با همین گروه در اروپای شمالی و امریکای شمالی کمتر دوست دارند درباره بیماری خود اطلاعات داشته باشند (۲).

حال مشکل از اینجا آغاز می‌شود که این اختلاف سلیقه میان بیماران اغلب پزشکان را با یک تعارض اخلاقی درگیر می‌کند که طی آن نمی‌دانند باید به خواسته خانواده‌های بیماران تن دهند یا این‌که حقوق بیمار را مبنی بر این حق آگاهی از سرنوشت خود رعایت کنند. از سویی این یک تعارض حرفه‌ای است که نمی‌توان به سادگی آن را حل کرد. این امر به ویژه جایی پررنگ‌تر می‌شود که در ایران کمتر اتفاق می‌افتد، متخصصینی که با بیماران صعب‌العلاج سر و کار دارند، برای آگاه‌ساختن از نوع بیماری و پیامدهای آن از جمله مرگ با یک روانشناس بالینی همکاری داشته باشند، زیرا یکی از حوزه‌های کار روانشناسان بالینی این است که به افرادی که در شرف مرگ هستند، کمک کنند تا لحظه‌های پایانی عمر خود را در آرامش به سر برند (۳). با این حال بسیاری از خانواده‌های ایرانی با طرح مستقیم مسأله برای بیمار به شدت مخالفت می‌ورزند و پزشک را در یک دوگانگی اخلاقی قرار می‌دهند، لذا تحقیق حاضر درصدد است به این پرسش پاسخ دهد که چگونه باید از یکسو پزشکان را از چنین تعارض اخلاقی بیرون آورد و از سوی دیگر به خانواده‌های بیماران کمک کند تا به طور منطقی‌تری ضمن توجه به حقوق انسانی فرد بیمار، با موضوع به نحو علمی برخورد کرده و طبق یک چارچوب علمی درباره بیماری و نتایج آن به وی اطلاع‌رسانی نمایند. دیدگاهی که این پژوهش برای پاسخ به پرسش‌های فوق دارد این است که اگر طی یک فعالیت تحقیقی بتوان به اثبات این فرضیه که افراد انسانی خود باید برای لحظه‌های پایان عمر خود تصمیم بگیرند نزدیک شد، هم تعارض اخلاقی پزشک و هم دغدغه‌های

نزدیکان، همراهان و خانواده بیمار کاهش می‌یابد. حقیقت این است که استدلال اخلاقی (Moral Reasoning) به عنوان ادعای اخلاق عملی به وسیله نظریه اخلاق کنترل می‌شود. اگر کسی دیدگاه سودانگاران (Profit Simplistic) دارد که طی آن تنها به سود اهمیت می‌دهد (یعنی اخلاقاً چیزی حق است که بالاترین شادمانی را با خود بیاورد)، در مورد کسی که با ناآگاهی از بیماری خود شادمان‌تر زندگی خواهد کرد، احتمالاً دروغ گفتن به بیمار را از نظر اخلاقی مثبت ارزیابی خواهد کرد - چادویک در این صفحه از کتاب یک کیس واقعی را مطرح می‌کند که با دروغ گفتن به وی درباره بیماری‌اش موجب شدند شش ماه پایانی عمر خود را در شادمانی زندگی کند. این قسمت به دلیل پیشگیری از اطاله کلام ضمن تعهد به محتوا و مضمون متن با اندکی دستکاری ترجمه شده است - (۴).

در بسیاری کشورهای خارج از امریکای شمالی ممنوعیت دادن خبرهای ناگوار به بیماران مبتلا به سرطان متداول است. با این وجود اشاره‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان می‌خواهند به طور کلی درباره بیماری خود اطلاعات کسب کنند و نیز این که اطلاعات درست تأثیر مثبتی بر روی بیمار دارد. برای نشان دادن این موضوع تعدادی از کشورهای اروپایی از جمله ایتالیا بیانیه‌های اخلاق درمانی را تدوین کرده‌اند و در این کشورها قوانینی بر رضایت‌نامه اطلاع‌رسانی به بیمار حاکم است که پزشکان را رسماً مسؤول ارائه اطلاعات به بیمار در حد حقوق قانونی وی می‌نماید. بنابراین از سال ۱۹۹۸ پزشکان ایتالیایی موظف شده‌اند به این که اطلاعات بیماری را به بیمار افشا کنند و به حریم خصوصی آن‌ها در مورد آگاهی‌ندادن به دیگران در مورد بیماری‌شان احترام بگذارند، با این وجود ایتالیا یکی از کشورهایی است که در آن حقیقت‌گویی درباره سرطان معمولاً تحت تأثیر نگرش محدودیت فرهنگی، ارزش‌های دینی و سنت‌های پزشکی قرار دارد. به همین سبب اغلب دستورات قانونی و خواسته‌های بیماران حاصل نمی‌شود. در این تحقیق با بیش از ۱۲۰۰ نفر از کسانی مراقب بیمار سرطانی بوده‌اند و بیمار آن‌ها فوت کرده مصاحبه به عمل آورده‌اند. تخمین زده شد که به کم‌تر از ۴۰٪ از بیماران درباره بیماری‌شان، حقیقت گفته شده بود، اما با این

وجود اعضای خانواده‌ها اعتقاد داشتند که تعداد بیشتری از بیماران در واقع از بیماری خود اطلاع داشتند. با وجود این یافته به نظر نمی‌رسید که افشاندن واقعیت با خواسته‌های جامعه ایتالیایی همسو باشد. در این پیمایش تنها ۱۳٪ از پاسخ‌دهندگان از ممنوعیت اطلاع‌رسانی به بیماران دچار بیماری حاد حمایت کردند (۵).

بین کائو (۶) چنین نتیجه گرفته است که گفتن حقیقت سردرگمی ($p=0.023$) و اضطراب (anxiety) را کاهش می‌دهد ($P=0.005$) و تأثیری بر شرایط روحی و بهداشت روانی (Mental Health) فرد ندارد ($P=0.868$). بیمارانی که پیش از ارجاع به بیمارستان، از بیماری خود آگاه شده بودند، بیشتر به نظر می‌رسید که رضایت‌نامه‌ای مبنی بر زنده‌نماندن خود را امضا کنند ($P=0.040$). در میان گروه آگاه ۲۸٪ رضایت‌نامه زنده‌نماندن خود را خودشان امضا کردند، در حالی که در میان گروه ناآگاه تنها ۵٪ از آن‌ها به این کار تن دادند. میانگین زنده‌ماندن گروه آگاه ۲۹ روز و میانگین گروه ناآگاه ۱۶ روز بود.

نورد و همکاران (۷) پژوهشی را با عنوان آگاهی بیماران مبتلا به سرطان درباره تشخیص بیماری‌شان هدایت کردند. هدف این تحقیق ارزیابی آگاهی بیماران نروژی از تشخیص اولیه سرطان در آن‌ها بود که در بین مردم عادی به انجام رسید. نتیجه تحقیق نشان می‌دهد که با توجه به این‌که امروزه تعداد سرطان‌هایی که مدت زیادی قابل کنترل هستند و بهبود روش‌های درمانی پیشگیرانه رو به افزایش است، افراد مبتلا به سرطان بهتر است از بیماری خود آگاهی داشته باشند تا بتوانند هر چه بیشتر مراقب سلامتی خود باشند. این بر پایه نظریه اخلاقی احترام به استقلال شخصی بیمار است. علاوه بر این چندین دلیل پزشکی وجود دارد به ما می‌گوید چرا افرادی که با داشتن سرطان زنده هستند نیاز دارند به آگاه‌بودن از بیماری‌شان حتی در طول سال‌هایی که ممکن است از درمان آن‌ها گذشته باشد. برای مثال این که در بیماران متاستاتیکی که پس از ۱۰ تا ۲۰ سال بعد از درمان موفق سرطان اولیه آن‌ها به متخصص مراجعه می‌کنند باید از سرطان پیشین خود آگاه باشند تا بتوانند اطلاعات درستی را به درمانگر بدهند.

همچنین آگاه‌بودن از تشخیص سرطان می‌تواند منجر به این شود که فرد سبک زندگی خود را تغییر دهد و بالاخره این که دانستن و درک عوارض جنبی اجتناب‌ناپذیر درمان یا بیماری می‌تواند ناامیدی هیجانی را در فرد محدود کرده و رضایت از خدمات مراقبت سلامتی را افزایش دهد. این تحقیق بر روی ۴۷۶ ۲۰ نفر از ساکنین شهرهای بزرگ نروژ بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۷ توسط سازمان خدمات غربالگری سلامت ملی نروژ به انجام رسید.

در تحقیق دیگری تحت عنوان آگاهی از بیماری در میان ایتالیایی‌های مبتلا به سرطان: آیا لازم است آگاهی بیماران بیشتر شود؟ در این مقاله چنین آمده است: هدف کشف کیفیت زندگی بیماران ایتالیایی مبتلا به سرطان بوده است. در واقع این گروه بزرگ گمارش شده از بیماران مبتلا به سرطان اهل ایتالیا در مورد فقدان قابل توجه آگاهی از مشخص‌بودن و امکان عود بیماری‌شان گزارش دادند. این اظهار نظر می‌تواند وابسته باشد به عوامل متنوعی مثل عامل‌های بین فرهنگی، اما همچنین می‌تواند تا اندازه هم به ناکافی‌بودن فرایندی که با آن بیماران ایتالیایی کسب اطلاع می‌کنند بستگی داشته باشد که این مورد بیشتر قابل بررسی است.

یکی از تحقیقات معتبری که در زمینه موضوع پژوهش حاضر به دست آمده است، پژوهشی است معتبر که در بسیاری از مقالات به دست آمده به آن استناد شده است. این تحقیق توسط یاسوهیکو موریوکا (۸) در ژاپن تحت عنوان رضایت از اطلاع‌رسانی و گفتن حقیقت به بیماران سرطانی به انجام رسیده است. به بخش‌هایی از نتایج این تحقیق اشاره می‌شود.

در ژاپن تعهد کمی نسبت به حقوق بیماران در مورد گفتن واقعیت به آن‌ها وجود دارد. همچنین تعداد کمی از پزشکان هستند که به این موضوع توجه داشته باشند که به دلیل نگفتن حقیقت، از سوی بیمار ممکن است تحت پیگرد قانونی قرار گیرند. بسیاری از پزشکان تصمیم می‌گیرند به بیمارانشان مستقیماً اطلاع‌رسانی کنند و معتقدند این موضوع برای سلامتی و شادی بیماران خوب است. گفتن دروغ به بیماران برای این که به آن‌ها امید به زندگی داده شود، ساده نیست، نه

برای پزشک و نه برای خانواده بیمار. در بعضی موارد بیماران ناراحت می‌شوند و احساس ناشادی می‌کنند، زیرا اغلب به دروغ دیگران شک می‌کنند، حتی وقتی که پزشک اعتقاد دارد که بیمار با موفقیت درمان خواهد شد بعضی از بیماران هنوز درباره شرایط خود به دنبال واقعیت می‌گردند. شرایط ارائه اطلاعات درباره سرطان یا پایان بیماری ممکن است اضطراب و سردرگمی روانشناختی کوتاه مدتی را ایجاد کند، اما در طول المدت می‌تواند پیامدهای خوبی داشته باشد. این پیامدهای خوب شامل بازتوانی روانشناختی یا به دست آوردن شادی و رضایت از زندگی تا زمان مرگ است که در نتیجه مدیریت بهتر امور زندگی و پیشگیری از مسائل قانونی مثل تقسیم ارث (یا تسویه حساب‌ها) رخ می‌دهد. بر اساس پیمایش انجام شده بر روی گروهی از افراد که طرفدار اطلاع رسانی به بیماران درباره حقیقت بودند، تقریباً همه بیماران بعد از آگاه شدن راضی بودند. در ژاپن تعداد پزشکانی که طرفدار گفتن حقیقت به بیماران هستند، رو به افزایش است.

بر اساس پژوهشی که بر روی موضوعات سلامت توسط ماینیچی شیمبون (نقل شده از موریوکا، ۱۹۹۱ م، ص ۷۸۹) انجام شد، بیش از ۵۰٪ از پاسخ‌دهندگان خواستند که به اطلاعاتی درباره بیماری خود دست پیدا کنند. از سوی دیگر ۱۰٪ از خانواده‌های بیماران حقیقت‌گویی به بیمار را تأیید کردند. کوجیما و دیگران (نقل شده از موریوکا، ۱۹۹۱ م، ص ۷۸۹) گزارش دادند که حتی در میان بیماران مبتلا به سرطان حدود ۷۰٪ علاقمندند که به طور صحیح درباره سرطان اطلاعات کسب کنند. با این وجود آن‌ها همچنین تنها ۳۰٪ از خانواده‌ها را نشان دادند که اطلاعات نسبی می‌خواهند. هر یک از این‌ها شرایطی از جامعه امروز ژاپن هستند. برعکس پزشکان امریکایی، بسیاری از پزشکان ژاپنی دیدگاه پدرسالارانه را در مورد بیماران خود حفظ کرده‌اند. تعداد کمی از بیماران ادعای حقوق خود را دارند و به نظر می‌رسد موارد اندکی از دادخواست درباره عملکرد نادرست پزشکان تاکنون دیده شده است. بسیاری از پزشکان مخالف گفتن حقیقت به خود بیماران در این زمینه هستند. با این حال امروزه نگرش در

مورد دادن اطلاعات بیشتری به بیمار درباره بیمارانش عموماً رو به تغییر است.

در تحقیق دیگری از یوجیانگ و همکاران (۹) چنین آمده است: ۲۳۲ از متخصصان انکولوژی گزارش دادند که بیماران با مراحل اولیه سرطان بهتر است از بیماری خود با اطلاع باشند. در تحلیل رگرسیون لجستیک تک‌متغیری، دیدگاه پزشکان تحت تأثیر سن، جنس وضعیت ازدواج، درآمد ماهیانه، مذهبی بودن، سطح تحصیلات، این که عضوی از خانواده آن‌ها مبتلا به سرطان بوده است یا نه و مدت زمانی که پزشک انکولوژی بوده‌اند، نبوده است. ۹۴ نفر از ۲۳۲ نفر پزشک اعتقاد دارند که بیمار با وضعیت پایانی باید حقیقت را بداند. پزشکان زن بیشتر از مردان می‌خواهند که در مراحل پایانی سرطان، بیماران واقعیت را بدانند پزشکان انکولوژیست به طور معنی‌داری در نگرش‌های‌شان در مورد حقیقت‌گویی به بیماران در مراحل مختلف سرطان تفاوت نشان دادند.

فیگن و همکاران (۱۰) اظهار می‌دارند که انتظار می‌رود نسبت قابل توجهی از افراد مبتلا به سرطان دچار مشکلات روانی شوند. پیش‌بینی‌های بالقوه مشکلات روانی شامل عوامل مرتبط با بیماری فرد مبتلا و عوامل مرتبط با محیط وی هستند. هدف از تحقیق حاضر بررسی شیوع اختلالات روانی و ارتباط میان عوامل کلینیکال و شخصی، به ویژه مشکلات روانی و آگاهی از بیماری سرطان در میان یک گروه از ترکیه‌ای‌های مبتلا به سرطان بود. تمامی ۱۱۷ بیمار می‌توانستند از مصاحبه‌های با ساختار کلینیکی (DSM-IV(SCID)، معیار افسردگی اضطراب و بیمارستان و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده کنند. در این میان ۳۰٪ بیماران ملاک‌های یک تشخیص اختلال روانی را برآورده می‌کردند که اختلال سازگاری در بسیاری از این تشخیص‌ها مشترک بود. آگاهی از تشخیص سرطان، تاریخچه اختلالات روانی پیشین، فاکتورهای درد و استرس، با اختلال روانی همبستگی نشان دادند. از ۱۱۷ نفر بیمار، ۶۴ نفر آن‌ها (۵۴/۷ درصد) از تشخیص سرطان آگاه‌نبودند. بسیاری از بیماران (۶۷/۹ درصد) که از بیماری سرطان خود آگاه بودند، اظهار داشتند که بیماری خود را از طریق فرایند درمان یا عوارض جانبی داروها حدس زده بودند.

اختلال روانی به طور معنی داری در بیمارانی که می دانستند تشخیص سرطان درباره آن ها داده شده است، بیشتر بود ($P=0.03$). این یافته ها نشان می دهند که آگاهی از بیماری سرطان با ظهور اختلال روانی ارتباط دارد. به ویژه درک این که تشخیص به طور غیر مستقیم می تواند برای بیمار استرس زا باشد، زیرا این امر باعث تحریک سوء ظن درباره درمان سرطان می شود و در نتیجه می تواند منجر به اختلال روانی شود. در ترکیه افشای صادقانه تشخیص حقیقی هنوز برای بیماران مبتلا به سرطان رایج نیست و به نظر می رسد که بهبود این وضعیت حیاتی باشد.

سیلوا و همکاران (۱۱) در تحقیقی توصیفی بررسی کرده اند که خبر بیماری را چه کسانی به بیماران مبتلا به سرطان اطلاع می دهند. در این تحقیق آمارهایی داده شده مبنی بر این که چه کسانی ممکن است به یک فرد مبتلا به سرطان اطلاع دهند. این مراحل شامل تشخیص اولیه توسط پزشک عمومی، تشخیص پزشک انکولوژیست، سایر بیماران، بستگان، و حتی همسایگان است. در این تحقیق تأکید شده است که دانستن و آگاهی یافتن از نوع بیماری حق بیمار است، اما متأسفانه هیچ توضیحی درباره نحوه بهنیه اطلاع رسانی داده نشده و تنها به داده های توصیفی اکتفا شده است.

یک پژوهش قدیمی نیز به انجام رسیده که به بیش از ۵۰ سال قبل برمی گردد. در این تحقیق که پیمایشی با عنوان به بیماران سرطانی چه بگوییم در میان ۲۱۹ پزشک بوده است، ۹۰٪ پاسخ دهندگان با اعلام بیماری به بیمار مخالف بوده اند، اما این مقاله نتیجه می گیرد که نظر پاسخ دهندگان به این دلیل است که مردم نسبت به نتایج درمان سرطان بی اعتمادند. در این تحقیق حتی اظهار شده که گفتن واقعیت به بیمار می تواند منجر به خودکشی فرد بیمار شود (۱۲).

مواد و روش ها

تحقیق حاضر با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته به انجام رسیده است. پرسشنامه در دو مرحله اعتباریابی و روایی سنجی شده است. پرسشنامه این تحقیق بر اساس پرسشنامه هایی نظیر تحقیقاتی که کهلبرگ بر روی مفاهیم

اخلاقی انجام داده تنظیم شده است. به این شکل که ابتدا داستانی از یک مرد مبتلا به سرطان برای آزمودنی ها گفته شده، سپس نظر آن ها به همراه دلایلی که نظراتشان را توجیه می کند از آزمودنی خواسته شده. در واقع مبنای این تحقیق فرافکنی فرد پاسخ دهنده است و وی با هم ذات پنداری با فرد یا خانواده بیمار شروع به پاسخ دادن به مقاصد تحقیق می کند. به منظور بررسی روایی این پرسشنامه از ۱۶ نفر از اساتید پژوهشگر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل نظرخواهی شد. این نظرخواهی به شیوه دلفی و در دو مرحله به انجام رسید. پایایی این پرسشنامه پس از اجرای اولیه بر روی ۴۰ آزمودنی و حذف تعدادی از پرسش ها با روش آلفای کرانباخ به ۰/۸۰ و با روش دونیمه کردن به ۰/۷۹ رسید. در همین مرحله آزمون کنندگان که برای اجرای این پرسشنامه آموزش های لازم را در جلسات قبل از اجرا دیده بودند، درباره برداشت آزمون شوندگان از یک یک پرسش ها اطلاعاتی را جمع آوری کردند که این اطلاعات نیز در ارتقای روایی پرسشنامه اعمال گردید. پرسشنامه شامل ۲۲ پرسش است که تعدادی از این پرسش ها در تأیید و تعدادی در رد آگاه ساختن بیمار از وجود بیماری سرطان به بیماران است. در این پرسشنامه تعدادی سؤالات جمعیت شناختی وجود دارد که همبستگی هریک از اجزای این بخش با پاسخ ها محاسبه و در تأیید و رد فرضیات مرتبط به کار آمده است.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر را مردم شهر بابل تشکیل می دهند. آزمون گران در اماکن عمومی واقع در ۵ نقطه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر بابل به صورت تصادفی پرسشنامه ها را در اختیار مردم عادی گذاشته و از آن ها خواسته اند که آن را تکمیل کنند. تعداد نمونه آماری بر اساس سطح اطمینان ۹۵٪ و با محاسبه میانگین و انحراف استاندارد محاسبه شده در نمونه ۴۰ نفری اولیه ۳۴۹ به دست آمد. در این تحقیق ۳۸۰ پرسشنامه توزیع شد که از این میان به دلیل انواع نقص های پرسشنامه ها در نهایت ۳۵۷ پرسشنامه مبنای مطالعه قرار گرفت. نرمال بودن توزیع داده ها در جامعه در

همین مرحله از طریق آزمون کولموگوروف - اسمیرونف تأیید شد.

جدول ۱: آزمون کولموگوروف - اسمیرونف تک نمونه ای برای

تعیین بهنجار بودن داده‌ها

پاسخ‌های منفی	پاسخ‌های مثبت	
۳۶۸	۳۶۰	تعداد
۳/۰۱۳۲	۲/۰۰۰۰	میانگین
۱/۰۸۶	۰/۰۰۰	نمره تراز شده Z برای آزمون کولموگوروف اسمیرونف
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معنی‌داری برای نرمال بودن داده‌ها

Test distribution is Normal^a

چون x^2 به دست آمده در سطح ۰/۰۱ از ۰/۰۵ کوچک‌تر است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع داده‌ها نرمال است (sig=0.000 ، $x^2=1.086$ ، $p=0.1$).

یافته‌ها

بخشی از یافته‌های تحقیق حاضر منجر به تأیید و بخش دیگری منتج به رد فرضیات تحقیق گردید. رد شدن فرضیه تحقیق در مواردی برای محققین غیر منتظره بود که اگرچه هیچ آسیبی به ارزش‌های پژوهش وارد نمی‌آورد، اما در جای خود مورد تحلیل دقیق قرار خواهد گرفت.

فرضیه اول: بین تعداد پاسخ‌های موافق و مخالف با اطلاع‌رسانی به بیمار تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۲: آزمون تی تک‌نمونه‌ای برای تفاوت میان پاسخ‌های

مثبت در مقابل پاسخ‌های منفی

میانگین مفروض=۳		
سطح معنی‌داری	درجه آزادی	آزمون تی استودنت
۰/۰۰۰	۳۶۵	۲۶/۵۲۰

آزمون تی تک‌نمونه‌ای در طیف لیکرت با سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای ۰/۰۵ نشان می‌دهد که بین پاسخ‌های مثبت و منفی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین آزمون نیکویی برازش مجذور خی نشان می‌دهد که بین داده‌های مشاهده شده و داده‌های مورد انتظار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت میان تعداد افراد موافق و مخالف اطلاع‌رسانی به بیمار تأیید می‌شود.

جدول ۳: آزمون مجذور خی برای بررسی وجود تفاوت میان

پاسخ‌های موافق و مخالف

نتیجه آزمون فرض		
فرض صفر	آزمون	سطح معنی‌داری
احتمال برابری داده‌های طبقه.	آزمون تک‌نمونه‌ای مجذور خی	۰/۱
احتمال مساوی بودن میانه با ۳ در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت	آزمون رتبه‌بندی ویلکاکسون	۰/۱
تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. سطح معنی‌داری برابر است با ۰/۰۵		

Test Statistics ^a	
	مجموع پاسخ‌های مثبت - پاسخ‌های منفی
Z	-12/097 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	0/000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks

فرضیه ۲: بین سن پاسخ‌دهندگان و موافقت با آگاهی‌رسانی به بیمار همبستگی وجود دارد.

این فرضیه نیز در سطح اطمینان ۰/۰۵ تأیید شد. محاسبات نشان می‌دهند که بین سن آزمودنی‌ها و موافقت آن‌ها با این که به بیماران درباره ابتلای آن‌ها به بیماری سرطان همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد. نتایج نشان می‌دهند که با بالا رفتن سن آزمودنی‌ها، گرایش به سوی اطلاع‌رسانی در مورد بیماری نیز بالا می‌رود. جدول ۴ نتایج این آزمون را نشان می‌دهد (p=0/01 ، sig=0/026 ، N=357).

جدول ۴: همبستگی میان متغیرهای تحقیق با موافقت با

آگاهی‌رسانی به بیمار

همبستگی‌ها میان متغیرهای تحقیق و موافقت با آگاهی‌رسانی به بیماران		
سن	همبستگی پیرسون	* ۰/۱۱۸
	سطح معنی‌داری	۰/۰۲۶
جمع کل ۳۵۳	همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است	
جنسیت	همبستگی پیرسون	۰/۰۶۲
	سطح معنی‌داری	۰/۲۴۶
جمع کل ۳۵۷	همبستگی پیرسون	-۰/۰۰۲
وضعیت تأهل	سطح معنی‌داری	۰/۹۶۶
	همبستگی پیرسون	* ۰/۱۲۳
جمع ۳۵۷	سطح معنی‌داری	۰/۰۲۰
تعداد فرزندان	همبستگی پیرسون	۰/۰۶۰
	سطح معنی‌داری	۰/۲۵۸
همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است	جمع	۳۵۷
سطح تحصیلات	همبستگی پیرسون	۰/۰۶۰
	سطح معنی‌داری	۰/۲۵۸
جمع کل	جمع کل	۳۵۴

بحث

آگاهی‌داشتن از بیماری حق بیمار است. این گفته در تمامی تحقیقاتی که در ادبیات این پژوهش آمده است مورد اتفاق نظر می‌باشد. تحقیق حاضر نیز در اولین فرضیه با اعتبار بالایی این گفته را تأیید می‌کند، اگرچه انتظار می‌رفت تفاوت‌هایی میان افراد مجرد و متأهل در این نظرسنجی دیده شود، اما با قبول فرضیه صفر و رد فرض خلاف تحقیق معلوم شد تفاوتی در این میان نیست. همچنین انتظار می‌رفت افراد با سطوح متفاوت تحصیلی نیز در مورد آگاهی‌رسانی به بیماران تفاوت داشته باشند و این تفاوت به نفع بالارفتن سطح تحصیلات باشد، اما با این حال این فرضیه نیز پذیرفته نشد و فرض صفر حاکی از نبود تفاوت به اثبات رسید. ادبیات تحقیق حاضر نشان می‌دهد که در آمریکا این مسأله‌ای حل شده است و پزشکان به راحتی موضوع را با بیمار در میان می‌گذارند، اما همین ادبیات نشان می‌دهد که هنوز موضوع در فرهنگ کشور ایتالیا بحث‌برانگیز است. همچنین در پیشینه‌ای که از کشور ترکیه به دست آمده است، نشان از چالشی مشابه با فرهنگ ایران دارد. نتایج تحقیق حاضر

فرضیه سوم: بین نظرات مردان و زنان در موافقت با آگاهی‌رسانی به بیماران مبتلا به سرطان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. این فرضیه در سطح اطمینان ۰/۰۵ تأیید نشد.

نتایج نشان می‌دهند که زنان و مردان به یک اندازه در مورد اطلاع‌رسانی به بیماران سرطانی توافق دارند، لذا جنسیت در گرایش به اطلاع‌رسانی تأثیری ندارد، اما این توافق عمدتاً به نفع اطلاع‌رسانی است. همانطور که در فرضیه نخست دیده شد، به طور کلی نظرات پاسخ‌دهندگان با اطلاع‌رسانی موافق بود. جدول ۴ نتایج این آزمون را نشان می‌دهد ($N=357$ ، $p=0/01$ ، $sig=0/062$).

فرضیه چهارم: بین وضعیت تأهل و موافقت با آگاهی‌رسانی به بیماران مبتلا به سرطان همبستگی وجود دارد. فرضیه چهارم نیز در سطح اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته شد. داده‌ها نشان می‌دهند که در مورد آگاهی‌رسانی به بیماران میان افراد مجرد و متأهل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جدول ۴ نتایج این آزمون را نشان می‌دهد ($p=0/01$ ، $sig=-0/002$ ، $N=357$).

فرضیه پنجم: بین تعداد فرزندان و موافقت با آگاهی‌رسانی به بیماران مبتلا به سرطان همبستگی وجود دارد. این فرضیه هم در سطح اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته شد. داده‌ها حکایت از آن دارند که با بالارفتن تعداد فرزندان گرایش به سوی آگاهی‌رسانی به بیمار هم بالا می‌رود. جدول ۴ نتایج این آزمون را نشان می‌دهد ($sig=0/02$ ، $N=357$ ، $p=0/01$).

فرضیه ششم: بین سطح تحصیلات و موافقت با آگاهی‌رسانی به بیماران مبتلا به سرطان همبستگی وجود دارد. این فرضیه نیز در سطح اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته نشد. داده‌ها نشان می‌دهد که افراد با سطوح مختلف تحصیلات در مورد آگاهی‌رسانی به بیماران در مورد بیماری سرطان موافقت کردند. جدول ۴ نتایج این آزمون را نشان می‌دهد ($N=357$ ، $p=0/01$ ، $sig=0/06$).

بلکه در ادبیات وسیع موجود در این زمینه نمایان است، اگرچه در تحقیق حاضر عده افرادی که حاضر به دانستن واقعیت هستند، بیش از گروه دوم است، اما بدیهی است که گروه دومی وجود دارند که نمی‌خواهند بدانند که بیماری مقاوم به درمانی دارند، لذا با عنایت به پیشینه و یافته‌های تحقیق حاضر پیشنهادات زیر ارائه می‌شود. این پیشنهادها بر اساس پرسش‌هایی است که در پرسشنامه پژوهش آمده است و پاسخ‌های مثبت و منفی آزمودنی‌ها، بر اساس همین پرسش‌ها رقم خورده است.

- ۱- بر اساس فرضیه اول، از آنجایی که تعداد بیشتری از نمونه‌های تحقیق حاضر ترجیح داده‌اند که واقعیت به آن‌ها گفته شود بهتر است با احتیاط این کار انجام شود.
- ۲- با توجه به همبستگی مثبت میان افزایش سن و موافقت با آگاهی‌رسانی، پزشکان با اطمینان بیشتری می‌توانند واقعیت‌های بیماری را برای افراد مسن‌تر بگویند.
- ۳- بر اساس تأیید این فرضیه که بین تأهل و گرایش به داشتن آگاهی از وضعیت بیماری همبستگی مثبت وجود دارد، پیشنهاد می‌شود به افراد متأهل واقعیت گفته شود.
- ۴- با عنایت به این‌که با بالا رفتن تعداد فرزندان گرایش به دانستن واقعیت بیشتر می‌شود، پیشنهاد می‌شود که واقعیت به افرادی که دارای فرزند هستند، گفته شود.
- ۵- همچنین به پژوهشگران بعدی که علاقمندند در این زمینه کار کنند، پیشنهاد می‌شود در مورد تحوه آگاهی‌رسانی به بیمار تحقیق نمایند.

محدودیت‌های تحقیق

اولین محدودیت این تحقیق جامعه آماری آن است، زیرا به دلیل حساسیت موضوع و اخلاق پژوهشی امکان این‌که همین بررسی بر روی افراد مبتلا به بیماری‌های لاعلاج و یا سرطان انجام شود، وجود نداشت. همچنین با وجود این‌که تحقیق حاضر از نوع پیمایشی است، اما تنها در شهر بابل انجام شده است حال آنکه ممکن است در شهرهای بزرگ‌تر و یا روستاها نتایج متفاوت به دست دهد، لذا محدودیت جغرافیایی را نیز باید به محدودیت‌های تحقیق حاضر اضافه کرد.

با پژوهش انجام شده در ایتالیا همسویی بیشتری را نشان می‌دهد تا ترکیه. با این حال اگر از دیدگاه فرهنگی-اجتماعی به موضوع حاضر توجه شود، بدون در نظر گرفتن جوامع دیگر و پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورهای جهان، در ایران موضوع گرایش به دانستن اطلاعات در زمینه‌ی ابتلا به سرطان، در تحقیق حاضر به تأیید رسید. فارغ از تفاوت‌هایی در متغیرهای فرعی تحقیق انتظار وجود و نبود آن‌ها می‌رفت، اما در کل نگاه‌ها به نفع داشتن آگاهی رقم خورد.

نتیجه‌گیری

از دیدگاه اخلاق زیستی، صداقت در ارتباط میان پزشک و درمان‌جو و حق آگاهی از بیماری برای بیمار یک اصل انکارناپذیر است، اما این‌که این اطلاع‌رسانی باید از چه راه‌هایی انجام شود خود جای بحث دیگری دارد، حتی در تحقیق به دست‌آمده از کشور ترکیه که بر روی راه‌های این اطلاع‌رسانی بررسی کرده است به افرادی اشاره دارد نظیر پزشکی که اولین بار تشخیص می‌دهد و بیمار را برای معاینات دقیق‌تر به انکولوژیست ارجاع می‌کند، انکولوژیست، بستگان و حتی همسایگان، اما هیچ نامی از یک روانشناس بالینی به میان نمی‌آید، اما تحقیق به دست‌آمده از ایتالیا به طور دقیق این موضوع را به عهده روانشناس بالینی یا روانپزشک می‌گذارد. به نظر می‌رسد ارتباط میان متخصصین در حوزه انکولوژی و بیمارستان‌های تخصصی شیمی‌درمانی و پرتودرمانی با روانشناسان بالینی و حتی در صورت بروز افسردگی‌های شدید و نیاز به دارودرمانی ارتباط با روانپزشک یک نیاز است که تاکنون نادیده گرفته شده است. حال این‌که بهترین روش برای آگاهی‌دادن به بیمار درباره بیماری‌اش چه روشی است، خود می‌تواند موضوعی باشد برای یک تحقیق مستقل که محققین به بعدی پیشنهاد می‌شود.

پیشنهادهای

یافته‌ها و ادبیات تحقیق چالشی عظیم را در مورد این‌که افراد علاقمند به دانستن واقعیاتی در مورد بیماری و بقای خود هستند یا خیر نشان می‌دهند. این امر نه تنها در تحقیق حاضر،

References

1. Laridjani B, Jafarian A, Kazemeyn A, Sadr Haosyeni SM. Health Care Professional and Ethical Issues. Tehran: Baraye farad press; 2005. p.64. [Persian]
2. Ruggeri B. Awareness of disease among Italian cancer patients: Is there a need for further improvement in patient information, Kluner Academic Publishers. Primed in the Netherlands. *Annals of Oncology* 1999; 10: 1095-1100.
3. Hilgard E, Atkinson R, Atkinson R, Nolen-Hoeksema S, Loftus J, Wagenaar W. Introduction to psychology. 8th ed. 2015. [Persian]
4. Chadwic R, Scheroeder D. Applied Ethics. London: Routhledg; 2002. Vol.1 p.197. [English]
5. Costantini A, Walter F, Baile J, Renato L, Costantini M, Vincenzo Z, Marchetti P, Grassi L. Overcoming Cultural Barriers to Giving Bad News: Feasibility of Training to Promote Truth-Telling to Cancer Patients. *J Cancer Educ* 2009; 24(3): 180-185. [English]
6. Kao CY, Cheng SY, Chiu TY, Chen CY, Hu WY. Does the awareness of terminal illness influence cancer patients' psycho-spiritual state, and their DNR signing: a survey in Taiwan?. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2013; 43(9): 910-916. [English]
7. Nord C, Mykletun A, Fossa S. Cancer patients' awareness about their diagnosis: a population-based study. *Journal of Public Health Medicine* 2003; 25(4): 313-317. [English]
8. Yasuhiko M. Informed consent and truth telling to cancer patients Department of Surgery. Faculty of Medicine, University of Tokyo 1991. *Japanese Society of Gastroenterology Verlag-Springer* 1991; 26(6): 789-792. [English]
9. Jiang Y, Jun-ying L, Chang L, Mei-juan H, Lin Z, Mei L, Xia Z, Yu-quan W. Different attitudes of oncology clinicians toward truth telling of different stages of cancer 2006, Support Care Cancer Verlag-springer; 2006. p.1119-1125. [English]
10. Atlesci, FC, Baltalarli B, Guzhanoglu NK, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Support Care Cancer* 2004; 12(3): 161-167. [English]
11. Silva SK, Silva P, Lakshan M, Patheipan M. Awareness among cancer patients about their disease, management and prognosis. 2003. Available at <http://www.med.cmb.ac.lk/index.php/component/content/article/36-staff-profile/surgery-staff/286-dr-a-u-abayadeera> 2003. [English]
12. Oken D. What to tell cancer patient. *Journal of American Medical Association* 1961; 175(13): 1120-1128.