

بررسی استفاده از دارونما در مراقبت‌های بالینی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی اراک

حمیدرضا کوهستانی^{۱*}، نیره باغچقی^۱

چکیده

استفاده از دارونما در بعضی از موارد مؤثر است، اما مشکلات اخلاقی مهمی را نیز به دنبال دارد. در رابطه با استفاده از دارونما توسط پرستاران اطلاعات کافی به خصوص در ایران وجود ندارد. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی و علل استفاده از دارونما توسط پرستاران و هم‌چنین آگاهی و عملکردشان در رابطه با تجویز دارونماست.

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. جامعه آماری آن ۲۰۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اراک بود که به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات یک پرسشنامه‌ی دو قسمتی بود که در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک و در قسمت دوم سؤالاتی در رابطه با میزان، علل، آگاهی و عملکرد پرستاران در رابطه با استفاده از دارونما در مراقبت‌های بالینی مطرح شده بود.

فقط ۱۰ پرستار (۵ درصد) معتقد بودند که تحت هیچ شرایطی نباید به بیمار دارونما تجویز شود. ۶۵ درصد پرستاران (۱۳۰ نفر) حداقل یک‌بار از دارونما استفاده کرده بودند و در تمامی موارد به بیمار بیان شده بود که داروی واقعی دریافت کرده است. اکثریت این پرستاران (۶۶/۶۶ درصد) بیان کردند که به‌طور متوسط اغلب یک‌بار در ماه از دارونما استفاده می‌کنند. شایع‌ترین علت استفاده از دارونما، تشخیص بی‌مورد بودن تقاضای بیمار برای دارو (۱۰۰ مورد) بود. شایع‌ترین علامتی (۹۰ مورد) که با دارونما درمان شده بود، درد بود. ۴۲/۳ درصد از پرستاران (۵۵/۱۳۰) بیان کردند که دارونما در بعضی از موارد مؤثر بوده است.

اکثر پرستاران از دارونما در مراقبت‌های بالینی استفاده کرده بودند و احتمالاً ادامه خواهند داد. باید نقش درمانی دارونما، مکانیسم و ملاحظات اخلاقی آن به پرستاران آموزش داده شود و مورد بحث قرار گیرد.

واژگان کلیدی: دارونما، مراقبت‌های بالینی، پرستار

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

* نشانی: سردشت، میدان بسیج، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک، تلفن: ۰۹۱۲۲۱۳۹۷۶۱، فاکس: ۰۸۶۱۴۱۷۳۵۲۴،

Email: hamidnbkb@yahoo.com

مقدمه

موضوعات متعدد اخلاقی جزء جدایی‌ناپذیر هر حرفه‌ای است، به خصوص در حیطه‌ی درمان و مراقبت. معماهای پیچیده‌ی اخلاقی که هر پرستار ممکن است در عرصه‌ی مراقبت‌های پرستاری با آن‌ها مواجه شود، متعدد و گوناگون هستند. یکی از مسائلی که هر پرستار ممکن است در طی دوره‌ی خدمت خود با آن مواجه شود، تجویز دارونما به بیماران است.

اصطلاح پلاسبو^۱ از لغت پلاسرا^۲ به معنای خشنود شدن مشتق شده است. دارونما ماده‌ای است که هیچ خاصیت دارویی ندارد، مانند آب مقطر و محلول‌های نمک فیزیولوژی (۱،۲). دارونما یک ماده‌ی غیرفعال است که غالباً به‌منظور کسب رضایت فردی که تقاضای دارو نموده است تجویز می‌شود که آن فرد از واقعیت امر آگاه نیست و ممکن است آن را در تسکین علائم (مانند درد) مؤثر بداند، زیرا درک او این است که داروی تجویزی باید باعث ایجاد آسایش در او شود، چون به تجویزکننده‌ی دارو اعتماد کامل دارد (۳، ۴). وقتی شخصی به دارو یا درمان‌های دیگر به‌علت انتظاری که از آن‌ها دارد جواب می‌دهد و نه به‌دلیل تأثیر واقعی آن درمان، اثر دارونما^۳ اتفاق می‌افتد و در حقیقت تسکین درد ناشی از دارونما حاصل انتظاراتی است که از کار یک دارو می‌رود و نه تأثیرات واقعی خود آن ماده (۵، ۶). اگر چه مکانیسم دقیق اثر دارونما مشخص نیست ولی برخی معتقدند که دارونما فعال‌کننده‌ی سیستم نزولی است و منجر به رهاسازی آندورفین‌ها می‌شود (۱). برخی دیگر از محققان نیز معتقدند اثر مثبت دارونما در ارتباط با پیش‌بینی یک پاسخ مثبت از طرف بیمار، اعتقادات سالم و خوش‌بینانه و انتظارات فرهنگی بیمار است (۴). طبق تئوری تصمیمی حسی^۴ اظهار درد

کم‌تر بیمار به‌دلیل تغییر در ملاک و ضوابط است، نه به‌دلیل کاهش قدرت تمییز محرک؛ از این رو استنباط تسکین درد ناشی از دارونما یک پاسخ روانی به موقعیت تجربی است و به تغییر فعالیت حسی ارتباط ندارد (۱). هر بیماری که درد را گزارش می‌کند باید به آن اعتقاد داشت، زیرا که برای بیمار درد حقیقی است (۷).

انتظارات مثبت یک بیمار از درمان ممکن است تأثیر دارو یا هر مداخله‌ی دیگر را افزایش دهد. شخصی که از تأثیر یک دارو در تسکین درد خود آگاه است، احتمالاً تسکین درد را بیش‌تر از شخصی تجربه می‌کند که از اثر دارو آگاهی ندارد (۵، ۸). بعضی از بیماران به دارونما پاسخ مثبت نشان می‌دهند. با این حال دارونما که به‌جای داروی ضد درد یا شرایط دیگر به بیمار داده می‌شود، بی‌ضرر نخواهد بود، زیرا معمولاً نیاز است که تیم درمان از جمله پرستار بابت آن به بیمار حقیقت را نگوید! در این جا سؤالات مهم اخلاقی مطرح می‌شود. آیا نگفتن واقعیت به بیمار، صحیح است؟! چه‌طور می‌توان تجویز دارونما را به بیمار توجیه نمود؟! درد یک پدیده‌ی ذهنی است و فقط خود بیمار دقیقاً می‌تواند درد خود را بررسی کند و توضیح دهد. آیا چشم پوشی از درمان ناکافی درد توسط پرستار قابل قبول است؟ (۵) زمانی که بیمار این عمل را کشف کند، همه‌ی اعتماد و اطمینان به تیم مراقبت از سلامت از دست می‌رود. دروغ گفتن به بیمار غیراخلاقی است و دارونما یک دروغ است (۷). پرستاری که دارونما را به بیمار تجویز می‌نماید باید منتظر لحظه‌ای باشد که بیمار از واقعیت امر مطلع شود و دیگر نه به او و نه به هیچ‌یک از افراد گروه درمانی اعتماد نخواهد کرد (۳). البته این در حالی است که باید توجه داشت که دادن دارونما جزء شرح وظایف پرستار نیست و در هر صورت، تجویز آن نیاز به دستور پزشک دارد.

بیمارانی که درد دارند به مسائل اطراف خود بسیار حساس هستند و اگر چنین بیماری متوجه تجویز دارونما

¹ Placebo

² Placere" I will please

³ Placebo effect

⁴ sensory decision theory

در رابطه با استفاده از دارونما توسط پرستاران اطلاعات کافی به خصوص در ایران وجود ندارد. با توجه به این که تجویز دارونما به بیمار یک مسأله‌ی غیراخلاقی است، باید با شناسایی عوامل زمینه‌ساز این مشکل، راهکارهایی در جهت کاهش این اقدام انجام شود. هم‌چنین تجربه‌ی شخصی نویسندگان این طرح پژوهشی نشان داده است که بسیاری از پرستاران آگاهی و نگرش درستی در رابطه با دارونما ندارند. بنابراین، نویسندگان این طرح پژوهشی بر آن شدند که تحقیقی با هدف بررسی میزان و علل استفاده از دارونما در بیماران و آگاهی و عملکرد پرستاران در این رابطه انجام دهند.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی مقطعی است. نمونه‌های این پژوهش را تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک تشکیل می‌دهند که به صورت سرشماری انتخاب شدند. پس از تهیه‌ی پرسشنامه و تعیین اعتبار و اعتماد، پرسشنامه‌ی مذکور بین واحدهای مورد پژوهش توزیع گردید و پس از دادن توضیح در مورد نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه از پرستاران خواسته شد که نسبت به کامل کردن پرسشنامه اقدام نمایند و سپس پرسشنامه‌ها جمع آوری شد. تنها معیار خروج از مطالعه، ناقص بودن پاسخ‌های پرسشنامه بود.

در مجموع، به ۲۲۴ پرستار پرسشنامه تحویل داده شد. نمونه‌گیری ۲ هفته به طول انجامید. از ۲۲۴ پرسشنامه‌ی ارسال شده ۲۰۰ پرسشنامه برگشت داده شد؛ بنابراین، میزان پاسخ دهی ۸۹/۲۸ درصد بود. پرسشنامه‌ها از طریق سرپرستار هر بخش بین واحدهای مورد پژوهش توزیع شد. این پرسشنامه شامل دو قسمت بود. قسمت اول ۴ سؤال در رابطه با مشخصات فردی (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی کار) و قسمت دوم پرسشنامه شامل بر ۱۲ سؤال بسته در رابطه با علل (۲ سؤال) و میزان (۲ سؤال) استفاده از دارونما و هم‌چنین آگاهی (۳ سؤال) و عملکرد (۴ سؤال) پرستاران در رابطه با دارونما و هم‌چنین یک سؤال در رابطه با نظر کلی

شود، بعید به نظر می‌رسد که دیگر او از نیت مثبت پزشکان و پرستاران قدردانی نماید و آن را محترم بشمارد (۳).

بسیاری از سازمان‌ها و انجمن‌های علمی مانند انجمن درد آمریکا، سازمان جهانی بهداشت، انجمن پرستاری آمریکا، انجمن پرستاری درد آمریکا، انجمن پرستاری انکولوژی و... مخالفت خود را در رابطه با استفاده از دارونما در مراقبت‌های بالینی بیماران بیان کرده‌اند (۹). در پانل انجمن تحقیقات و مراقبت‌های بهداشتی^۱ در رابطه با درمان درد بیماران سرطانی به‌وضوح بیان شد که به هیچ‌وجه نباید جهت تسکین درد بیماران سرطانی از دارونما استفاده شود (۳). مطالعات بسیار محدودی در زمینه‌ی استفاده از دارونما در مراقبت‌های بالینی توسط پرستاران و پزشکان انجام شده است، از جمله نتایج تحقیقات Nitzan و همکاران و Sherman و همکاران نشان داده است که بعضی از پزشکان و پرستاران آگاهی کافی در رابطه با دارونما ندارند و میزان استفاده از آن نیز در مراقبت‌های بالینی بالاست (۱۱، ۱۰).

پزشکان معمولاً برای درمان دردهای به‌نظر دروغی، شکایات غیر جسمی^۲ یا برای کاهش استفاده از مخدرها در بیماران معتاد از دارونما استفاده می‌کنند. نتایج یک تحقیق در دانشجویان اینترنت پزشکی در آمریکا نشان داد که ۶۰/۸۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش از دارونما در مراقبت‌های بالینی بیماران استفاده کرده‌اند (۱۲).

در یک تحقیق دیگر نیز مشخص شد که ۴۵ درصد از پزشکان از دارونما برای مراقبت‌های بالینی بیماران استفاده کرده‌اند (۱۱). در چند تحقیق انجام شده در خارج از کشور مشخص شده است که تقاضای بی‌مورد بیمار برای تجویز دارو (از جمله داروی خواب‌آور، آنتی‌بیوتیک جهت درمان بیماری ویروسی و...)، متوقف‌کردن شکایات بیمار، در دسترس نبودن داروی مورد نیاز از علل شایع تجویز دارونما به بیماران است (۱۰-۱۲).

¹ Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR)

² non-somatic

پرستاران در مورد تجویز دارونما بود.

نتایج

اکثر شرکت‌کنندگان (۸۵٪) مؤنث بودند. میانگین کم‌ترین و بیش‌ترین سن شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر با ۳۴/۶۵، ۲۳ و ۵۰ سال بود. میانگین سابقه‌ی کار واحدهای مورد پژوهش ۱۰/۵۵ سال بود. توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱ - مشخصات دموگرافیک پرستاران

| نسبی | فراوانی | |
|-------------------|---------------|------|
| | مطلق | نسبی |
| جنس | مذکر | ۳۰ |
| | مؤنث | ۸۵ |
| سطح تحصیلات | کارشناسی | ۲۰۰ |
| | کارشناسی ارشد | ۰ |
| سابقه‌ی کار (سال) | کم‌تر از ۵ | ۶۸ |
| | بین ۵ تا ۱۵ | ۹۴ |
| | بیش‌تر از ۱۵ | ۳۸ |
| سن (سال) | ۳۰ تا ۳۹ | ۷۳ |
| | ۴۰ تا ۴۹ | ۹۱ |
| | ۵۰ تا ۴۱ | ۳۶ |
| جمع نمونه‌ها | ۲۰۰ | ۱۰۰ |

در ابتدای پرسشنامه چند سؤال در رابطه با آگاهی پرستاران از دارونما مطرح شده بود. در رابطه با نظر واحدهای مورد پژوهش در مورد مکانیسم اثر دارونما مشخص شد که اکثریت پرستاران (۸۰ درصد) معتقد بودند که اثر مثبت دارونما در رابطه با مکانیسم روحی - روانی^۱ است. از مجموع

این ابزار پس از مروری بر کتب و مقالات تحقیقی مرتبط تهیه و تنظیم شد و پس از تعیین اعتبار محتوا و اعتماد مورد استفاده قرار گرفت. اعتبار محتوای پرسشنامه بر اساس مروری بر مقالات تحقیقی گذشته (۱۰، ۷) و هم‌چنین با نظرات ۸ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان، ۶ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تعیین شد. پس از جمع‌آوری نظرات این افراد، اصلاحات لازم در پرسشنامه به عمل آمد.

هم‌چنین برای تعیین اعتماد پرسشنامه از روش آزمون-آزمون مجدد استفاده شد. جهت انجام روش آزمون مجدد از ۱۰ نفر از پرستاران خواسته شد که به فاصله‌ی ۱۰ روز دو بار به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند. سپس ضریب هم‌بستگی بین دو بار پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه برابر با ۰/۹۴ به دست آمد و اعتماد پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. البته در آزمون مجدد از پرستاران خواسته شد که اتفاقات ۱۰ روز اخیر خود در رابطه با استفاده از دارونما را در پرسشنامه دخالت ندهند. در جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و نیازی به نوشتن نام نخواهد بود و از آن دسته از واحدهای مورد پژوهش که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند، استفاده نشد. طرح مذکور پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، در شورای اخلاق دانشگاه مذکور نیز به تصویب رسید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۱/۵ و آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و از آزمون‌های آماری تی مستقل و آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

^۱ psychological mechanisms

جدول شماره ۲- فراوانی میزان دفعات استفاده از دارونما

توسط پرستاران

| درصد | تعداد | فراوانی استفاده از دارونما |
|-------|-------|-----------------------------|
| ۲/۵ | ۳ | یکبار در روز |
| ۴/۱۶ | ۱۵ | به طور متوسط یکبار در هفته |
| ۶۶/۶۶ | ۸۰ | به طور متوسط یکبار در ماه |
| ۲۵ | ۲۵ | به طور متوسط چند بار در سال |
| ۵/۸ | ۷ | به طور متوسط یکبار در سال |
| ۱۰۰ | ۱۳۰ | جمع |

علل استفاده از دارونما توسط پرستاران در جدول

شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳ - فراوانی علل استفاده از دارونما توسط

پرستاران

| درصد | تعداد | علل استفاده از دارونما توسط پرستاران |
|-------|-------|---|
| ۳۰/۰۳ | ۱۰۰ | تشخیص بی مورد بودن تقاضای بیمار برای دارو (مثلاً درخواست بیمار برای داروی خواب آور و ...) |
| ۱۷/۰۶ | ۵۰ | متوقف کردن شکایات و غرولند کردن بیمار |
| ۱۳/۲۱ | ۴۴ | درمان یک شکایت یا علامت غیر اختصاصی |
| ۱۲/۳۱ | ۴۱ | در دسترس نبودن داروی مورد نیاز |
| ۱۱/۴۱ | ۳۸ | به عنوان یک ابزار تشخیصی (مثلاً تمایز یک علامت واقعی از علامت دروغی و ...) |
| ۴/۲ | ۱۴ | به عنوان یک مکمل دارویی |
| ۱/۸ | ۶ | سایر موارد |
| ۱۰۰ | ۲۹۳ | جمع |

همان طور که در جدول شماره ۳ مشخص شده است

شایع ترین علت استفاده از دارونما توسط پرستاران، بعد از تشخیص بی مورد بودن تقاضای بیمار برای دارو بوده است (۱۰۰ مورد). یک علت دیگر استفاده از دارونما که ۶ پرستار در قسمت سایر موارد جدول شماره ۳ نوشته بودند این بود

شرکت کنندگان ۲۰ درصد، معتقد بودند که اگر به بیماری دارونما تجویز شود و پاسخ مثبت دیده شود، حتماً علایم بیمار از روی تمارض بوده است. اکثریت پرستاران (۹۰ درصد) معتقد بودند که اثر دارونما واقعی است. از مجموع شرکت کنندگان در این پژوهش فقط ۱۰ نفر (۵ درصد) معتقد بودند که تحت هیچ شرایطی نباید به بیمار دارونما تجویز شود.

از ۲۰۰ پرستار شرکت کننده در این تحقیق ۱۳۰ پرستار (۶۵ درصد) بیان کردند که حداقل یکبار از دارونما در مراقبت های بالینی استفاده کرده اند. میانگین سابقه ی کار در گروهی که از دارونما استفاده کرده بودند، ۱۰/۳۶ سال و در گروهی که سابقه ی استفاده از دارونما را نداشتند، ۱۰/۶۵ سال بود. با انجام آزمون تی مستقل مشخص شد که بین سابقه ی کار و استفاده از دارونما ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد ($P > 0/05$).

۶۶/۵ درصد از افراد مؤنث (۱۱۱ نفر) و ۵۶/۷ درصد از افراد مذکر (۱۷ نفر) سابقه ی استفاده از دارونما را داشتند که با انجام آزمون دقیق فیشر مشخص شد که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نیست ($P > 0/05$). به عبارت دیگر، بین جنس و استفاده از دارونما ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت.

میانگین سنی پرستارانی که از دارونما استفاده کرده بودند ۳۴/۹۱ سال بود و در گروهی که سابقه ی استفاده از دارونما را نداشتند، ۳۴/۴۹ سال بود. با انجام آزمون تی مستقل مشخص شد که ارتباط آماری معنی داری بین سن و استفاده دارونما وجود ندارد ($P > 0/05$).

فراوانی میزان دفعات استفاده از دارونما در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. همان طور که در جدول شماره ۲ مشخص است، اکثریت پرستارانی (۶۶/۶۶ درصد) که سابقه ی استفاده از دارونما را داشته اند، بیان کردند که به طور متوسط اغلب یکبار در ماه از دارونما استفاده می کنند.

توضیح داده بودند شامل موارد زیر بودند: تزریق (داخل وریدی، عضلانی و ...) سرم نرمال سالین یا آب مقطر، قرص ویتامین C یا استامینوفن (به‌جای داروی واقعی).

در رابطه با اثربخشی دارونما نتایج نشان داد که از بین پرستارانی که از دارونما را استفاده کرده بودند، ۵۵ نفر (۴۲/۳ درصد) اثربخشی دارونما در بعضی موارد، ۲۰ نفر (۱۵/۳۸ درصد) در اکثر اوقات و ۱۵ نفر (۱۱/۵۳) در موارد بسیار کمی عنوان کرده‌اند. ۴۰ نفر (۳۰/۷۶ درصد) دیگر نیز بیان کردند که هرگز دارونما مؤثر نبوده است. هیچ‌کدام از پرستارانی که به بیماران دارو تجویز کرده‌اند، واقعیت را به بیمار نگفتند و به‌عبارتی دیگر به بیماران بیان کرده‌اند که داروی تجویزی، داروی اصلی بیمار است.

بحث

علی‌رغم مخالفت بسیاری از سازمان‌ها و انجمن‌های علمی در رابطه با استفاده از دارونما در مراقبت‌های بالینی نتایج تحقیق ما نشان داد که ۶۵ درصد از پرستاران مورد مطالعه حداقل یک‌بار از دارونما استفاده کرده‌اند. در تحقیق Nitzan و همکاران، ۷۱ درصد از پرستاران بیان کردند که از دارونما در مراقبت‌های بالینی استفاده کرده‌اند که تا حدودی هم‌خوانی با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد (۱۰). نتایج تحقیقات نشان داده است که استفاده از دارونما در بین پزشکان نیز رایج است؛ از جمله در یک تحقیق مشخص شد که ۶۰/۸۱ درصد دانشجویان اینترن پزشکی در آمریکا حداقل یک‌بار از دارونما استفاده کرده‌اند (۱۲). در تحقیق Sherman و همکاران نیز ۴۵ درصد از پزشکان عضو هیئت علمی دانشگاه شیکاگو آمریکا بیان کردند که از دارونما در مراقبت‌های بالینی استفاده نموده‌اند (۱۱).

در این پژوهش اکثر پرستاران (۶۶/۶۶ درصد) بیان کردند که به‌طور متوسط اغلب یک‌بار در ماه از دارونما استفاده می‌کنند. در تحقیق Nitzan و همکاران نیز اکثر پرستارانی (۶۲ درصد) که از دارونما استفاده کرده بودند بیان کردند که اغلب یک‌بار در ماه از دارونما استفاده می‌کنند (۱۰) که با نتایج

که در هنگام بروز شکایات بیمار از مشکلات جسمی از جمله درد، تهوع یا سوزش ادرار، پزشک در دسترس نبوده و پرستاران مجبور بودند که برای کاهش شکایات بیمار، موقتاً از دارونما استفاده کنند!

نتایج نشان داد که شایع‌ترین علامتی که پرستاران در جهت درمان آن دارونما تجویز کرده بودند، درد بود (جدول شماره ۴). به غیر از علائم جدول شماره ۴ که در پرسشنامه‌ها نیز ذکر شده بود، پرستاران برای درمان علائمی دیگر از جمله سوزش ادرار، حالت تهوع و دل پیچه نیز از دارونما استفاده کرده بودند. این موارد را در قسمت سایر موارد نوشته بودند.

جدول شماره ۴- فراوانی علایم و نشانه‌هایی که پرستاران جهت درمان آن دارونما تجویز کرده‌اند

| درصد | تعداد | علایم و نشانه‌هایی که با استفاده از دارونما درمان شده‌اند |
|-------|-------|---|
| ۲۶/۹۴ | ۹۰ | درد |
| ۲۲/۱۵ | ۷۴ | اختلالات خواب |
| ۲۱/۸۵ | ۷۳ | علایم سندرم محرومیت از مواد در افراد معتاد |
| ۱۵/۵۶ | ۵۲ | تحریک‌پذیری و بی‌قراری |
| ۶/۲۸ | ۲۱ | سرگیجه |
| ۵/۶۸ | ۱۹ | اضطراب |
| ۱/۴۹ | ۵ | سایر موارد |
| ۱۰۰ | ۳۳۴ | جمع |

از ۱۳۰ پرستاری که به بیمار دارونما تجویز کرده بودند، ۸۰ نفر (۶۱/۵۳ درصد) سابقه‌ی استفاده از دارونما بدون دستور پزشک، ۳۱ نفر (۲۳/۸۴ درصد) سابقه‌ی استفاده از دارونما با دستور پزشک، ۱۹ نفر (۱۴/۶۱ درصد) سابقه‌ی استفاده از دارونما هم با دستور پزشک و هم بدون دستور پزشک را داشتند.

شایع‌ترین شکل دارویی مورد استفاده تزریق داخل وریدی (۹۸ مورد) و کم‌ترین روش مورد استفاد (۵ مورد) قرص‌های خوراکی بود. فرآورده‌های دارویی که بعضی از پرستاران

پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

در پژوهش ما ۴۲/۳ درصد و ۱۵/۳۸ درصد از پرستاران بیان کردند که دارونما به ترتیب در بعضی از موارد و اکثر اوقات مؤثر بوده است. باید توجه داشت که این نتیجه می‌تواند گویای این مطلب باشد که این گروه از پرستاران در آینده نیز احتمالاً از دارونما استفاده خواهند کرد. در تحقیق Nitzan و همکاران ۶۱ درصد از پرستارانی که از دارونما استفاده کرده بودند بیان کردند دارونما بعضی از اوقات مؤثر بوده است (۱۱).

در پژوهش حاضر مشخص شد که هیچ‌کدام از پرستارانی که به بیماران دارو تجویز کرده‌اند، واقعیت را به بیمار نگفتند؛ به عبارت دیگر، به بیماران بیان کرده‌اند که این داروی واقعی است که این نتیجه با نتایج تحقیق Nitzan و همکاران و Sherman و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۱، ۱۰). در پژوهش حاضر مشخص شد که شایع‌ترین علت استفاده از دارونما، بعد از تشخیص بی‌مورد بودن تقاضای بیمار برای دارو است. این نتیجه در تحقیقات Nitzan و همکاران و Sherman و همکاران نیز مشخص شد (۱۱، ۱۰). در این تحقیق شایع‌ترین علامتی که پرستاران در جهت درمان آن دارونما تجویز کرده بودند، درد بود. این در حالی است که بیمار حق دارد بدون درد باشد، بنابراین اگر چه دارونما می‌تواند اثر ضد درد داشته باشد، پزشک یا پرستار هرگز نباید در تسکین درد از دارونما استفاده کند و همچنین دارونما هرگز نباید برای تست راست‌گویی افراد در مورد درد، مورد استفاده قرار بگیرد (۷).

در تحقیق Berger که واحدهای مورد پژوهش آن دانشجویان اینترنت پزشکی بودند، شایع‌ترین علامتی که توسط دارونما مورد درمان قرار گرفته بود نیز درد بود که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی داشت (۱۲). در تحقیقات Nitzan و همکاران و Sherman و همکاران این مسأله مورد ارزیابی قرار نگرفته است.

فقط ۱۰ نفر (۵ درصد) معتقد بودند که تحت هیچ

شرایطی نباید به بیمار دارونما تجویز شود. در تحقیق Nitzan و همکاران این رقم ۵ درصد به دست آمد (۱۰). این نتیجه نیز می‌تواند بیانگر این موضوع باشد که اکثر پرستاران به استفاده از دارونما در مراقبت‌های بالینی ادامه خواهند داد.

از مجموع شرکت‌کنندگان ۲۵ درصد معتقد بودند که اگر به بیماری دارونما تجویز شود و پاسخ مثبت دیده شود، علایم بیمار حتماً از روی تمارض بوده است که این نتیجه بیانگر این موضوع است که این گروه از پرستاران آگاهی درستی از مکانیسم دارونما ندارند، زیرا یک اثر دارونما نشان‌دهنده‌ی این نیست که بیمار درد ندارد، بلکه فقط یک عکس‌العمل فیزیولوژیک حقیقی است. به عبارت دیگر، یک پاسخ مثبت به دارونما مثل کاهش درد هرگز نباید بدین شکل تعبیر گردد که بیمار واقعاً درد ندارد (۵). اگر بیمار به دارونما پاسخ مثبت دهد، این مسأله نشان‌دهنده‌ی این موضوع است که این بیمار یکی از یک‌سوم جمعیتی است که به دارونما پاسخ مثبت می‌دهند (۷). تیم درمان باید مثبت‌بودن اثرات دارونما را با یک برخورد مثبت به مفید بودن درمانی که انجام می‌گیرد، فرض نماید. باید توجه داشت که زدن برچسب «تمارض» یا «بیمار روانی» به فردی که درد او در اثر دارونما تسکین یافته است، بی‌عدالتی محض است (۵).

از طرفی نتایج نشان داد که ۸۰ نفر (۶۱/۵۳٪) از پرستاران سابقه‌ی استفاده از دارونما بدون دستور پزشک و ۱۹ نفر (۱۴/۶۱٪) سابقه‌ی استفاده از دارونما هم با دستور پزشک و هم بدون دستور پزشک را داشتند. این در حالی است که همان‌طور که در قسمت مقدمه به آن اشاره شد تجویز دارونما جزء شرح وظایف پرستار نیست و تجویز آن نیاز به دستور پزشک دارد. این نتیجه گویای این مطلب است که باید در این زمینه به پرستاران اطلاع‌رسانی صورت گیرد.

حقیقت‌گویی یکی از اصول اساسی در اخلاق و فرهنگ ماست. این در حالی است که استفاده از دارونما با اصل حقیقت‌گرایی در تضاد است و در واقع استفاده از دارونما، موضوع حقیقت‌گویی را که یک جزء ضروری در ارتباطات

منابع

- 1- Klosterhalfen S, Enck P. Psychobiology of the placebo response. *Auton Neurosci* 2006; 125 (1-2): 94 – 9.
- 2- Wager TD, Matre D, Casey KL. Placebo effects in laser-evoked pain potentials. *Brain Behav Immun* 2006; 20 (3): 219–30.
- 3- Taylor Carol, Lillis C, Lemone P. *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006, 6th edition.
- 4- Kaptchuk TJ, Kelley JM, Deykin A, et al. Do “placebo responders” exist? *Contemp Clin Trials* 2008; 29 (4): 587–95.
- 5- Suzanne S, Brenda GB. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006, 11th edition.
- 6- Whalley B, Hyland ME, Kirsch I. Consistency of the placebo effect. *J Psychosom Res* 2008; 64 (5): 537–41.
- 7- Chan CW, Thompson DR. The use of placebo in clinical nursing research. *J Clin Nurs* 2006; 15 (5): 521–24.
- 8- Cheing GLY, Cheung KSH. Placebo analgesia: clinical considerations. *Physiotherapy* 2002; 88 (12): 735-43.
- 9- Nichols KJ, Galluzzi KE, Bates B, et al. AOA's position against use of placebos for pain management in end-of-life care. *J Am Osteopath Assoc* 2005; 105 (3 Suppl 1): S2-5 .
- 10- Nitzan U, Lichtenberg P. Questionnaire survey on use of placebo. *BMJ* 2004; 329 (7472): 944-6.
- 11- Sherman R, Hickner J. Academic physicians use placebos in clinical practice and believe in the mind–body connection. *J Gen Intern Med* 2007; 23 (1): 7–10.
- 12- Berger JT. Placebo medication use in patient care: a survey of medical interns. *West J Med* 1999; 170 (2): 93-6.

پرستار - بیمار است تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است شدیداً رابطه‌ی بیمار و پرستار را تضعیف کند.

یکی از محدودیت‌های این طرح پژوهشی تعداد کم نمونه‌ها بود. پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابه در سایر گروه‌های پزشکی از جمله پزشکی و مامایی نیز انجام شود و در صورت نیاز نقش درمانی دارونما، مکانیسم آن و ملاحظات اخلاقی آن به پرستاران و سایر گروه‌های پزشکی از جمله پزشکی و مامایی، آموزش داده شود و مورد بحث قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

اکثر پرستاران در این تحقیق از دارونما در مراقبت‌های بالینی استفاده کرده بودند و احتمالاً ادامه خواهند داد. پرستاران معتقد بودند که بعضی از بیماران به دارونما جواب مثبت خواهند داد. اگر چه دارونما در بعضی از موارد مؤثر است، استفاده از آن مشکلات اخلاقی به دنبال خواهد داشت. باید نقش درمانی دارونما، مکانیسم آن و ملاحظات اخلاقی آن به پرستاران آموزش داده شود و مورد بحث قرار گیرد.