

نگرش پزشکان و بیماران ایرانی در مورد نحوه بیان حقیقت به بیماران مبتلا به سرطان

دکتر احمد رضا زمانی^۱، دکتر آرمیندخت شاه ثنائی^۲، شیما کیوان^۳، دکتر سیمین همتی^۴،
دکتر فریبرز مکاریان^۵

خلاصه

مقدمه: در مقوله‌ی ارتباط پزشک و بیمار، حقیقت‌گویی به بیمار از مباحث مهم به شمار می‌رود. از آن جایی که بیان یا کتمان حقیقت علاوه بر مسایل اخلاقی از نظر قانونی نیز ایجاد مشکل می‌کند، شیوه‌ی برخورد صحیح با این موضوع به خصوص در بیماری‌هایی مانند سرطان دارای اهمیت است. هدف این مطالعه، بررسی نگرش پزشکان و بیماران در مورد حقیقت‌گویی به بیمار مبتلا به سرطان بود.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی بود. ۵۰ پزشک و ۱۵۰ بیمار وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات دو پرسش‌نامه بود. اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ آنالیز شد.

یافته‌ها: ۸۸ درصد از بیماران و ۹۰ درصد از پزشکان موافق حقیقت‌گویی به بیمار مبتلا به سرطان در مرحله‌ی اولیه بودند و ۷۸ درصد از بیماران و ۷۲ درصد از پزشکان موافق بودند که حقیقت به بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته نیز گفته شود. اکثر پزشکان و بیماران موافق صراحت در بیان تشخیص، عدم تأثیر شرایط اقتصادی بیمار در بیان حقیقت و بیان حقیقت بلافاصله بعد از تشخیص بودند و بهترین فرد برای گفتن تشخیص سرطان را پزشک می‌دانستند. بهترین مکان از نظر بیماران مطب و از نظر پزشکان مکان ساکت و بدون مزاحمت بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده در فرهنگ جامعه‌ی ما نیز با وجود تفاوت نظرات در اجزای حقیقت‌گویی اکثر بیماران و پزشکان نظر موافقی نسبت به لزوم حقیقت‌گویی به بیمار مبتلا به سرطان داشتند، در نتیجه بیان حقیقت به روش صحیح از ضروریات درمان این بیماران است.

واژگان کلیدی: حقیقت‌گویی، سرطان، نگرش، پزشک، بیمار.

مقدمه

است. نکته‌ی اصلی در این تغییر، رعایت حقوق مدنی افراد است که به موجب آن بیماران حق دارند از حقایق بیماری خود آگاهی داشته باشند و در مقابل پیشنهادها، تشخیصی و درمانی، خود تصمیم بگیرند و در این راه پیش قدم باشند (۱).

عوامل فرهنگی نقش بسیار مهمی در واکنش بیمار به یک بیماری سخت و تصمیم‌گیری او در رابطه‌ی با نوع مراقبت‌های قبل از مرگ دارد (۲).

در مقوله‌ی ارتباط پزشک و بیمار، حقیقت‌گویی از مباحث مهم به شمار می‌رود. از آن جایی که بیان یا کتمان حقیقت علاوه بر مسایل اخلاقی از نظر قانونی هم ایجاد مشکل می‌کند، شیوه‌ی برخورد صحیح با این موضوع به خصوص در بیماری‌هایی مانند سرطان دارای اهمیت بسیار است. تحولات اجتماعی در سی سال گذشته بر ارتباط پزشک و بیمار تأثیر گذاشته

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای به شماره‌ی ۳۸۹۱۷۸ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

^۱ دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۴ استادیار، گروه رادیوتراپی و آنکولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۵ استادیار، گروه هماتولوژی و آنکولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: shahsanai@med.mui.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤل: دکتر آرمیندخت شاه ثنائی

مطرح نمایند (۱۳). مطالعه‌ی وحدانی‌نیا و منتظری در بررسی نظرات ۷۱ پزشک و پرستار نشان داد که آن‌ها فقط در کمتر از ۲۰ درصد موارد تشخیص بیماری را به بیماران مبتلا به سرطان می‌گویند (۱۴).

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ در ژاپن انجام شد، ۵۳ درصد پزشکان معتقد بودند که باید حقیقت را به بیمار بگویند و در همین مطالعه نشان داده شد هنوز ۴۶ درصد از ژاپنی‌ها معتقدند که خانواده باید بیمار را از دانستن یک تشخیص دردناک محافظت کند و بیشتر پزشکان ژاپنی هنوز قبل از گفتن تشخیص سرطان به بیمار با خانواده‌ی او مشورت می‌کنند (۱۵). مطالعه‌ی دیگری در همین سال در ژاپن نشان داد که ۷۶ درصد ژاپنی‌ها خواهان دانستن حقیقت در مورد ابتلا به سرطان هستند، در حالی که در ۱۹۸۹ فقط ۵۹ درصد ژاپنی‌ها تمایل به دانستن تشخیص بیماری سرطان داشتند (۱۶). دلیل این تغییر نگرش پیشرفت درمان در زمینه‌ی انکولوژی، افزایش دانش عمومی جامعه از ماهیت و درمان سرطان، افزایش آموزش پزشکان در زمینه‌ی تسکین درمانی و مراقبت‌های بیماران در مراحل آخر، افزایش شدید تقاضای قانونی در زمینه‌ی حقیقت‌جویی و فعالیت‌های جامعه و بیماران برای فرهنگ سازی در این زمینه می‌باشد (۱۷-۱۸).

به نظر می‌رسد تغییر ارزش‌های فرهنگی و پر رنگ شدن احترام به اتونومی (Autonomy) بیمار، به طرز برخورد پزشکان با مسأله‌ی حقیقت‌جویی تأثیر گذار است (۱۹).

با توجه به مطالعات و تحقیقاتی که در کشورهای مختلف انجام شده است و از بررسی متون این گونه استنباط می‌شود که تفاوت‌های فرهنگی در زمینه‌ی گفتن و شنیدن حقیقت به بیمار مبتلا به سرطان وجود دارد. در کنار این تفاوت‌های فرهنگی نظرات پزشکان و

همچنان که «اصل اختیار فردی» در جوامع غربی حقیقت‌جویی به بیمار را قابل پذیرش نموده، در جوامع شرقی اصل «عدم ضرر» نسبت به «اختیار فردی» در اولویت بوده است و با توجه به محوریت خانواده در این جوامع، کتمان حقیقت امری رایج می‌باشد (۳). علاوه بر تفاوت‌های فرهنگی عوامل متعدد دیگری نیز بر قضاوت پزشک در مورد دادن خبر بد تأثیرگذار هستند (۴-۵). در سال‌های اخیر علاقه‌ی به گفتن اخبار بد به بیماران مبتلا به سرطان افزایش یافته است. گزارش‌ها نشان می‌دهند که بیشتر بیماران مبتلا به سرطان ترجیح می‌دهند در مورد بیماری خود مطلع شوند (۶-۷). اکثریت مبتلایان مسن مبتلا به سرطان تمایل دارند که تشخیص بیماری خود را بدانند و تمایلات بیمار از طریق صحبت کردن با خانواده‌ی وی قابل پیش‌بینی نیست (۸).

در ایران، مطالعه‌ی کاظمی و همکاران در بررسی ۲۰۰ پزشک در دانشگاه علوم پزشکی تبریز نشان داد که ۲۰ درصد پزشکان معتقد به گفتن تشخیص یک بیماری منجر به مرگ به بیماران هستند (۹). همچنین مطالعه‌ی منتظری و همکاران نشان داد که حدود ۸۰ درصد پزشکان تشخیص سرطان را به بیماران خود نمی‌گویند و این در حالی است که بیشتر بیماران خواهان دانستن تشخیص خود هستند (۱۰). یک مطالعه که در سال ۲۰۰۸ در ایران انجام شد، نشان داد بیمارانی که تشخیص بیماری خود را نمی‌دانستند کیفیت زندگی بهتری از لحاظ جسمی، اجتماعی و احساسی دارند (۱۱). مطالعه‌ی طاوولی و همکاران در بررسی ۱۴۲ بیمار در تهران نشان داد که فقط ۴۸ درصد بیماران مبتلا به سرطان گوارش از تشخیص بیماری خود مطلع بودند (۱۲). مطالعه‌ی کاظمیان نشان داد که پزشکان ترجیح داده‌اند تشخیص بیماری را ابتدا با خانواده‌ی بیمار

مورد سرطان پیشرفته بود.

مطالعه‌ی پایلوت روی ۳۰ بیمار انجام شد. آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی ۰/۷ به دست آمد. برای تعیین روایی محتوا و ساختار از نظر کارشناسان استفاده شد. پرسش‌نامه‌ی بیماران توسط پرسشگر آموزش دیده به روش مصاحبه از ۱۵۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان امید تکمیل و پرسش‌نامه‌ی پزشکان توسط ۵۰ پزشک مرتبط با بیماران مبتلا به سرطان با تخصص‌های ذکر شده توسط خود آن‌ها تکمیل گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

الف) یافته‌های پزشکان: از ۵۰ پزشک مورد مطالعه ۲۴ درصد رادیوتراپیست، ۸ درصد هماتولوژیست، ۴۴ درصد متخصص زنان و ۲۴ درصد جراح بودند. در این مطالعه ۵۰ پزشک مورد مطالعه قرار گرفتند که ۳۲ نفر (۶۴ درصد) زن و ۱۸ نفر (۳۶ درصد) مرد بودند. به طور کلی ۹۰ درصد پزشکان موافق گفتن تشخیص به بیمار مبتلا به سرطان در مرحله‌ی اولیه و ۷۲ درصد موافق گفتن تشخیص بیمار مبتلا به سرطان در مرحله‌ی پیشرفته بودند (جدول ۱).

پزشکان برای گفتن تشخیص سرطان در مرحله‌ی اولیه ابتدا پزشک (۷۷/۸ درصد) سپس ترکیب پزشک و مشاور روان‌شناس (۲۰ درصد) و در نهایت اعضای خانواده (۲/۲ درصد) و در مرحله‌ی پیشرفته‌ی سرطان، ابتدا پزشک (۷۲/۲ درصد) سپس ترکیب پزشک و مشاور روان‌شناس (۲۵ درصد) و در نهایت مشاور روان‌شناس به تنهایی (۲/۸ درصد) را بهترین فرد می‌دانستند.

بیماران نیز در بسیاری موارد با هم متفاوت است و مجموعه‌ی این عوامل منجر به سر درگمی قابل توجه در بحث حقیقت‌جویی به بیماران مبتلا به سرطان شده است. با توجه به چالش‌های موجود بر آن شدیم تا نظرات هر دو گروه پزشکان و بیماران را در این مورد بررسی و مقایسه کنیم.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعه‌ی پیمایشی مقطعی بود که در سال ۱۳۸۸ در اصفهان انجام شد. جامعه‌ی هدف بیمارانی بودند که سرطان در آن‌ها تشخیص داده شده بود و همچنین پزشکانی که به نحوی با بیماران مبتلا به سرطان سر و کار داشتند.

معیارهای ورود به مطالعه بیماران مبتلا به سرطانی بودند که تشخیص بیماری خود را می‌دانستند و حاضر به همکاری با پرسشگر بودند و پزشکان نیز از بین متخصصین رادیوتراپی-انکولوژی، هماتولوژی-انکولوژی، زنان و جراحی انتخاب شدند. نمونه‌ها در صورت تکمیل ناکامل پرسش‌نامه از مطالعه حذف شدند. روش نمونه‌گیری برای پزشکان سهمی و آسان و برای بیماران آسان و متوالی در نظر گرفته شد. دو پرسش‌نامه‌ی متفاوت جهت بررسی نظرات دو گروه مورد مطالعه (پزشکان و بیماران) تهیه شد. سؤالات پرسش‌نامه‌ها با مراجعه به اینترنت و مقالات مرتبط تهیه شد. هر دو پرسش‌نامه علاوه بر مشخصات دموگرافیک شامل ۲۲ سؤال بود. موضوعات پرسش شده در هر دو نوع پرسش‌نامه به طور کامل مشابه بود. هر پرسش‌نامه (هم پزشک و هم بیمار) شامل دو بخش بود. ۱۱ سؤال اول هر پرسش‌نامه مربوط به نظرات پرسش شونده‌گان در مورد سرطان در مرحله‌ی اولیه و ۱۱ سؤال دوم مربوط به نظرات آن‌ها پیرامون موضوعات پرسش شده در

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات پزشکان مورد مطالعه به تفکیک نگرش آن‌ها در مورد گفتن حقیقت در دو گروه مورد مطالعه

مقدار P	بیمار دچار سرطان پیشرفته		مقدار P	بیمار مبتلا به سرطان در مرحله‌ی اولیه	
	مخالف گفتن حقیقت	موافق گفتن حقیقت		مخالف گفتن حقیقت	موافق گفتن حقیقت
< ۰/۰۵			> ۰/۰۵		
	۵ (۱۰)	۲۷ (۵۴)		۳ (۶)	۲۹ (۵۸)
	۹ (۱۸)	۹ (۱۸)		۲ (۴)	۱۶ (۳۲)
> ۰/۰۵	۳۷/۷ ± ۶/۶۵	۳۷/۶ ± ۶/۹۲	< ۰/۰۵	۳۰ ± ۲/۹۱	۳۸/۴ ± ۷/۴۳
> ۰/۰۵	۹ ± ۸/۳۲	۸/۴ ± ۶/۶۰	> ۰/۰۵	۱/۶ ± ۱/۱۴	۹/۳ ± ۶/۹۹
> ۰/۰۵	۱۰ (۲۰)	۲۴ (۴۸)	> ۰/۰۵	۲ (۴)	۳۲ (۶۴)
	۱۴ (۲۸)	۳۶ (۷۲)		۵ (۱۰)	۴۵ (۹۰)

(جدول ۲).

در مرحله‌ی اولیه سرطان از نظر بیماران بهترین فرد برای گفتن حقیقت به بیمار، ابتدا پزشک (۸۸/۶ درصد)، سپس اعضای خانواده (۴/۵ درصد)، پس از آن مشاور روان‌شناس (۳ درصد) و در نهایت پرستار (۰/۸ درصد) بود. در مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری از نظر بیماران بهترین فرد ابتدا پزشک (۸۸ درصد)، سپس اعضای خانواده (۵/۱ درصد) و بعد مشاور روان‌شناس (۴/۳ درصد) بود. از نظر بیماران بهترین مکان برای گفتن حقیقت، ابتدا مطب (۵۰ درصد) بود. ۳۱/۱ درصد اظهار کردند که مکان شنیدن حقیقت برایشان تفاوتی نمی‌کند، سپس اتاق ساکت و بدون مزاحمت (۱۲/۱ درصد) و در نهایت کنار تختشان در بیمارستان (۵/۳ درصد) را به عنوان مکان‌های شنیدن حقیقت سرطان اولیه انتخاب کردند.

نتایج بررسی نظر پزشکان در مورد بهترین مکان حقیقت‌گویی به بیمار مبتلا به سرطان نشان داد آن‌ها برای گفتن حقیقت در مرحله‌ی اولیه سرطان ۴۲/۲ درصد مطب و ۵۱/۱ درصد اتاق ساکت و در مرحله‌ی پیشرفته‌ی سرطان ۴۱/۷ درصد مطب و ۴۴/۴ درصد اتاق ساکت را انتخاب می‌کنند. بنابراین از نظر اکثر پزشکان هم در مرحله‌ی اولیه و هم پیشرفته بهترین مکان برای گفتن حقیقت به بیمار اتاق ساکت و بدون مزاحمت و سپس مطب بود.

ب) نتایج بیماران: از ۱۵۰ بیمار مورد بررسی ۹۴ نفر (۶۲/۷ درصد) زن و ۵۶ نفر (۳۷/۳ درصد) مرد بودند. به طور کلی ۸۸ درصد افراد موافق حقیقت‌گویی به بیمار مبتلا به سرطان در مرحله‌ی اولیه و ۷۸ درصد موافق حقیقت‌گویی به بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته بودند.

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات بیماران مورد مطالعه به تفکیک نگرش آن‌ها در مورد گفتن حقیقت در دو گروه مورد مطالعه

مقدار P	بیمار دچار سرطان پیشرفته		مقدار P	بیمار مبتلا به سرطان در مرحله‌ی اولیه	
	مخالف گفتن حقیقت	موافق گفتن حقیقت		مخالف گفتن حقیقت	موافق گفتن حقیقت
> ۰/۰۵			> ۰/۰۵		
	۲۰ (۱۳/۳)	۷۴ (۴۹/۳)		۱۲ (۸)	۸۲ (۵۴/۷)
	۱۳ (۸/۷)	۴۳ (۲۸/۷)		۶ (۴)	۵۰ (۳۳/۳)
> ۰/۰۵	۴۹/۸۵ ± ۱۱/۳۵	۴۸/۲۴ ± ۱۴/۲۶	> ۰/۰۵	۵۱/۸۹ ± ۷/۷۱	۴۸/۱۴ ± ۱۴/۱۶
> ۰/۰۵	۲۷ (۱۸)	۹۲ (۶۱/۳)	> ۰/۰۵	۱۶ (۱۰/۷)	۱۰۳ (۶۸/۷)
	۳۳ (۲۲)	۱۱۷ (۷۸)		۱۸ (۱۲)	۱۳۲ (۸۸)

جدول ۳. توزیع فراوانی ابعاد حقیقت‌گویی از نظر پزشکان و بیماران

بیماران موافق (درصد)	پزشکان موافق (درصد)	ابعاد حقیقت‌گویی
۸۲/۶	۵۷/۸	دانستن حقیقت بلافاصله بعد از تشخیص سرطان در مرحله‌ی اولیه
۹۱/۵	۸۸/۹	دانستن حقیقت بلافاصله بعد از تشخیص سرطان در مرحله‌ی پیشرفته
۹۰/۲	۹۷/۸	آگاهی بیمار از عوارض درمان در مرحله‌ی اولیه سرطان
۹۰/۶	۹۷/۳	آگاهی بیمار از عوارض درمان در مرحله‌ی پیشرفته سرطان
۶۷/۴	۶۶/۷	دادن اطلاعات بیماری به طور کامل به بیمار در مرحله‌ی اولیه سرطان
۶۴/۱	۶۳/۹	دادن اطلاعات بیماری به طور کامل به بیمار در مرحله‌ی پیشرفته سرطان
۷۸/۸	۹۷/۸	بیان حقیقت سرطان در مرحله‌ی اولیه با صراحت به بیمار
۷۹/۵	۷۵	بیان حقیقت سرطان در مرحله‌ی پیشرفته با صراحت به بیمار
۵۹/۱	۶۰	تشخیص سرطان در مرحله‌ی اولیه با قاطعیت در یک جلسه به بیمار گفته شود
۴۰/۹	۳۴	تشخیص سرطان در مرحله‌ی اولیه آرام آرام طی چند جلسه به بیمار گفته شود
۵۷/۳	۳۶/۱	تشخیص سرطان در مرحله‌ی پیشرفته با قاطعیت در یک جلسه به بیمار گفته شود
۴۲/۷	۶۳/۹	تشخیص سرطان در مرحله‌ی پیشرفته آرام آرام طی چند جلسه به بیمار گفته شود
۷۸/۷	۸۶	وضعیت اقتصادی بیمار بر گفتن حقیقت سرطان در مرحله‌ی اولیه تأثیر نداشته باشد
۵۲	۸۰	وضعیت اقتصادی بیمار بر گفتن حقیقت سرطان در مرحله‌ی پیشرفته تأثیر نداشته باشد

بیماری، میزان اثر بخشی و هزینه‌ی درمان‌ها و عوارض سوء هر کدام از آن‌ها مطلع گردد (۲۲-۲۰). اما در واقعیت کادر پزشکی برای ارائه‌ی این اطلاعات به بیمار و اطرافیان او با موانع بسیاری مانند مسایل حرفه‌ای، عاطفی و فرهنگی مواجه می‌شوند (۲۳).

هدف این مطالعه، بررسی نظر پزشکان و بیماران در مورد بیان حقیقت و برخی از ابعاد آن بود. جمع‌بندی مجموعه‌ی نظرات نشان داد که ۹۰ درصد پزشکان و ۸۸ درصد بیماران موافق با گفتن حقیقت به بیمار مبتلا به سرطان در مرحله‌ی اولیه‌ی بیماری بودند و ۷۲ درصد پزشکان و ۷۸ درصد بیماران موافق بودند که حقیقت به بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته نیز گفته شود. نتایج این مطالعه با نتایج به دست آمده در مطالعات اخیر همخوانی دارد؛ چرا که نتایج این مطالعات نشان می‌دهد بیشتر بیماران مبتلا به سرطان ترجیح می‌دهند که در مورد بیماری خود مطلع شوند (۸-۷) و تمایل

در مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری ابتدا مطب (۵۳ درصد)، سپس اتاق ساکت و بدون مزاحمت (۱۱/۱ درصد) و پس از آن کنار تختشان در بیمارستان (۰/۹ درصد) را ترجیح می‌دادند و درصد قابل توجهی (۲۹/۱ درصد) نیز مکان شنیدن حقیقت سرطان پیشرفته برایشان مهم نبود. در مرحله‌ی اولیه‌ی سرطان ۲ نفر و در مرحله‌ی پیشرفته ۱ نفر سایر موارد را انتخاب کردند که از نظرشان منزل بهترین مکان بود. همچنین ابعاد دیگر حقیقت‌گویی از نظر پزشکان و بیماران مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳).

بحث

گفتن حقیقت به بیمار یکی از مهم‌ترین جنبه‌های حرفه‌ی پزشکی است و بر اساس موازین اخلاق پزشکی، بیمار حق دارد از حقایق بیماری خود اعم از نوع بیماری، پروتکل‌های درمانی موجود، پیش‌آگهی

پزشکان به گفتن تشخیص بیماری سرطان نیز رو به افزایش است (۲۴، ۱۵).

همان گونه که نگرش بیماران در مورد دانستن اصل حقیقت از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است، میزان اطلاعاتی که می‌توان در اختیار بیمار گذاشت نیز با توجه به فرهنگ بیمار متفاوت می‌باشد (۲۵).

نتایج مطالعه‌ی ما نشان داد که اکثریت بیماران تمایل دارند که بلافاصله بعد از تشخیص سرطان، حقیقت به آن‌ها گفته شود و از عوارض درمان آگاه شوند. همین طور بیش از نیمی از آن‌ها مایل به دانستن اطلاعات بیماری به طور کامل و بیان حقیقت با صراحت کامل بودند و این نتایج با نظر پزشکان مطابقت داشت.

متخصصین گوارش در جنوب و شرق اروپا کمتر از همکاران آمریکای شمالی خود علاقه به گفتگوی صریح با بیماران دارند (۲۶).

در آمریکا و اروپای شمالی به بیماران به طور معمول تشخیص و سیر بیماری گفته می‌شود (۲۷). در مطالعه‌ای در کره بیشتر بیماران خواهان دانستن تشخیص بلافاصله بعد از معلوم شدن آن بودند، در حالی که بیشتر خانواده‌ها ترجیح می‌دادند بیمارشان به تدریج و با گذشت زمان در جریان بیماری قرار گیرد (۲۸).

در مطالعه‌ی دیگری که در چین انجام شد نیز بهترین زمان برای شنیدن حقیقت از نظر بیماران هم در مرحله‌ی اولیه و هم پیشرفته بلافاصله بعد از تشخیص گزارش شد (۲۹).

تحقیق دیگر در انگلستان نشان داد که پزشکان و بیماران به داشتن حق قانونی و اخلاقی بیمار برای دانستن اطلاعات دقیق در مورد تشخیص و پیش‌آگهی بیماری اذعان داشته‌اند (۳۰).

Surbone در بررسی تأثیر عوامل فرهنگی در بیان

حقایق مرتبط با بیمار مبتلا به سرطان بیان می‌کند که تفاوت‌های فرهنگی در رویکرد بیان حقایق به بیمار تأثیر به‌سزایی دارد (۲۳).

در این مطالعه اکثر پزشکان و بیماران بهترین فرد برای گفتن تشخیص سرطان به بیمار را هم در مرحله‌ی پیشرفته و هم در مرحله‌ی اولیه پزشک می‌دانستند. در یک مطالعه که در کره روی بیماران و خانواده‌های آن‌ها انجام شد بیشتر بیماران خواهان دانستن تشخیص از سوی پزشک بودند (۲۸). در مطالعه‌ی دیگری در تایوان نیز ۷۴/۹ درصد افراد پزشک را بهترین فرد برای گفتن تشخیص می‌دانستند (۳۱). مطالعه‌ی دیگری در چین روی ۳۸۲ بیمار و ۴۸۲ خانواده نشان داد که اکثریت آن‌ها پزشک را بهترین فرد برای گفتن تشخیص سرطان هم در مرحله‌ی اولیه و هم پیشرفته می‌دانند (۲۹). مهم‌ترین دلیل پزشکان و بیماران در انتخاب پزشک به عنوان بهترین فرد، این است که پزشک بیماری را درک می‌کند و می‌تواند به طور کامل و واضح در مورد وضعیت فعلی بیمار توضیح دهد و شرایط احساسی بیمار را درک نماید (۲۹، ۱۶).

با توجه به حساس بودن موضوعی که قرار است با بیمار در میان گذاشته شود مکان مناسب برای شنیدن تشخیص سرطان از نظر بیماران و پزشکان بررسی شد. اکثر بیماران معتقد بودند که مطب بهترین مکان برای شنیدن تشخیص است و درصد زیادی هم مکان شنیدن حقیقت برایشان اهمیتی نداشت. نظرات پزشکان نشان داد اکثر آن‌ها معتقدند یک اتاق ساکت و بدون مزاحمت بهترین مکان برای گفتن تشخیص سرطان به بیمار می‌باشد.

در مطالعه‌ی دیگری در چین که این موضوع بررسی شد نیز، اکثر پزشکان یک اتاق ساکت و بدون مزاحمت

نظر اکثریت پزشکان مورد مطالعه وضعیت اقتصادی بیمار نه در مرحله‌ی اولیه و نه در مرحله‌ی پیشرفته نباید اصل حقیقت‌جویی را تحت تأثیر قرار دهد.

در نهایت باید تأکید کرد در کنار این مطالعات آماری ارزشمند باید به تفاوت‌های شخصیتی و روانی تک تک بیماران مبتلا به سرطان در هنگام حقیقت‌جویی نیز توجه کرد و مشاوره‌های روان‌شناسی در حوزه‌ی عملی برای تک تک بیماران در نظر گرفته شود.

همچنین توجه به آگاهی‌های عمومی و ارتقای مهارت‌های ارتباطی تیم پزشکی در مورد انتقال خبر بد به بیماران و تدوین دستورالعمل‌های خاص برای سهولت بیان حقیقت به بیمار از نکات مهم و اساسی به شمار می‌رود که لازم است بیشتر به آن پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری به شماره‌ی ۳۸۹۱۷۸ بود. از معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی، پرسنل بیمارستان حضرت سیدالشهدای (ع) اصفهان و تمامی پزشکان و بیمارانی که ما را در این طرح یاری کردند، نهایت قدردانی و سپاس را داریم.

را به عنوان بهترین مکان انتخاب کردند (۱۶). اغلب پزشکان بیمارستان‌های آمریکا توصیه می‌کنند که بیمارستان نسبت به خانه مکان مناسب‌تری جهت ارائه‌ی اطلاعات می‌باشد (۳۲). در مطالعه‌ی دیگری در ایتالیا اکثریت بیماران عنوان کردند که مکان شنیدن حقیقت برایشان مهم نیست. پزشکان عمومی بیشتر منزل و پزشکان بیمارستانی بیشتر بیمارستان را ترجیح می‌دادند (۳۳).

در مورد تأثیر وضعیت اقتصادی بیمار بر گفتن حقیقت مشخص شد اکثر بیماران معتقدند که وضعیت اقتصادی نامناسب بیمار نباید بر گفتن حقیقت از سوی پزشک چه در مرحله‌ی اولیه و چه در مرحله‌ی پیشرفته تأثیر گذار باشد. آن‌ها معتقدند که برای تمام بیماران با هر وضعیت اقتصادی باید حق اطلاع از وضعیت شان محفوظ باشد و شرایط اقتصادی بیمار نباید این حق را از او سلب کند. ولی درصد زیادی از بیماران هم در مورد بیماران مرحله‌ی پیشرفته اعتقاد داشتند که بهتر است با توجه به پروگنوز بیماری و عدم تأثیر چندان درمان، تشخیص به آن‌ها گفته نشود تا منجر به ناراحتی روحی و احساسی در باقی‌مانده‌ی عمر آنان نگردد. به

References

1. Zali M. Doctor-patient relationship. 1st ed. Tehran: The Academy of medical Sciences of Islamic Republic of Iran; 1998.
2. Cousineau A, Chow M, Brezden P. Worlds apart: truth telling in the case of Mrs. VV. J Pastoral Care Counsel 2003; 57(4): 415-26.
3. Zahedi F, Larijani B. Common Principles and Multiculturalism. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2009; 2: 6.
4. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA 1995; 274(10): 820-5.
5. Akabayashi A, Kai I, Takemura H, Okazaki H. Truth telling in the case of a pessimistic diagnosis in Japan. Lancet 1999; 354(9186): 1263.
6. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. Behav Med 1998; 24(2): 81-8.
7. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. Br J Cancer 2001; 84(1): 48-51.
8. Noone I, Crowe M, Pillay I, O'Keefe ST. Telling the truth about cancer: views of elderly patients and their relatives. Ir Med J 2000; 93(4): 104-5.
9. Kazemi A, Poursoleimani A, Madayen K. Truth telling in medical filed in Tabriz university of medical sciences. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2010; 3(2): 54-63.

10. Montazeri A, Vahdani M, Haji-Mahmoodi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. Cancer patient education in Iran: a descriptive study. *Support Care Cancer* 2002; 10(2): 169-73.
11. Montazeri A, Tavoli A, Mohagheghi MA, Roshan R, Tavoli Z. Disclosure of cancer diagnosis and quality of life in cancer patients: should it be the same everywhere? *BMC Cancer* 2009; 9: 39.
12. Tavoli A, Montazeri A, Mohagheghi M.A, Roshan R, Tavoli Z, Melyani M. Knowledge of cancer diagnosis and quality of life in patients with gastrointestinal cancer. *Payesh Journal* 2007; 6(3): 257-64.
13. Kazemiyani A. Evaluating physicians points of view about terminally ill patients. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2008; 1: 16.
14. Vahdaninia M, Montazeri A. Cancer Patient Education in Iran: Attitudes of Health Professionals. *Payesh* 2003; 2(4): 259-65.
15. Seo M, Tamura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C, Hirasako K. Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses. *Palliat Med* 2000; 14(2): 105-10.
16. Jiang Y, Li JY, Liu C, Huang MJ, Zhou L, Li M, et al. Different attitudes of oncology clinicians toward truth telling of different stages of cancer. *Support Care Cancer* 2006; 14(11): 1119-25.
17. Anderlik MR, Pentz RD, Hess KR. Revisiting the truth-telling debate: a study of disclosure practices at a major cancer center. *J Clin Ethics* 2000; 11(3): 251-9.
18. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979; 241(9): 897-900.
19. Delvecchio Good MJ, Good BJ, Schaffer C, Lind SE. American oncology and the discourse on hope. *Cult Med Psychiatry* 1990; 14(1): 59-79.
20. Ptacek JT, McIntosh EG. Physician challenges in communicating bad news. *J Behav Med* 2009; 32(4): 380-7.
21. Supiot S, Bonnaud-Antignac A. Using simulated interviews to teach junior medical students to disclose the diagnosis of cancer. *J Cancer Educ* 2008; 23(2): 102-7.
22. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Wal dS, Butow PN, Carrick S, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliat Med* 2007; 21(6): 507-17.
23. Surbone A. Cultural aspects of communication in cancer care. *Recent Results Cancer Res* 2006; 168: 91-104.
24. Oken D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *JAMA* 1961; 175: 1120-8.
25. Dein S. Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncol* 2004; 5(2): 119-24.
26. Bascunan ML. Truth disclosure in medicine: psychological perspective. *Rev Med Chil* 2005; 133(6): 693-8. [In Spanish].
27. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002; 20(8): 2189-96.
28. Yun YH, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol* 2004; 22(2): 307-14.
29. Jiang Y, Liu C, Li JY, Huang MJ, Yao WX, Zhang R, et al. Different attitudes of Chinese patients and their families toward truth telling of different stages of cancer. *Psychooncology* 2007; 16(10): 928-36.
30. Girgis A, Sanson-Fisher RW, Schofield MJ. Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? *Behav Med* 1999; 25(2): 69-77.
31. Wang SY, Chen CH, Chen YS, Huang HL. The attitude toward truth telling of cancer in Taiwan. *J Psychosom Res* 2004; 57(1): 53-8.
32. Illingworth P. Bluffing, puffing and spinning in managed-care organizations. *J Med Philos* 2000; 25(1): 62-76.
33. Grassi L, Giraldi T, Messina EG, Magnani K, Valle E, Cartei G. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer* 2000; 8(1): 40-5.

Iranian Physicians and Patients Attitude toward Truth Telling of Cancer

Ahmadreza Zamani MD¹, Armindokht Shahsanai MD², Shima Kivan³,
Simin Hematti MD⁴, Fariborz Mokarian MD⁵

Abstract

Background: Truth telling is found as one of the most important issues in physician-patient communication and all of the physicians are concerned with it in some way. As disclosure (or truth reticence) would cause ethical or legal problems, this study aimed to assess the attitude of patients and physicians about truth telling.

Methods: In this descriptive study, 50 physicians and 150 patients with cancer were involved in Isfahan, Iran. Two standardized attitude questionnaires were used for physicians and patients. Data were analyzed by SPSS software.

Findings: About 88% of patients and 90% of physicians agreed truth telling for patients in early stage of cancer. 78% of patients and 72% of physicians were agreed truth telling for patients with terminal stage cancer. Both physicians and patients were agreed frankness in telling the diagnosis; they separated no effect for patient socioeconomic condition on truth telling. In both groups, doctor was the best person for telling the cancer diagnosis. Doctor office and quiet and undisturbed room were the best places for truth telling in patients and physicians viewpoints, respectively.

Conclusion: Noticing the obtained results in our society culture, the majority of patients and physicians had positive attitude about truth telling to patients in different stages of cancer.

Keywords: Truth telling, Cancer, Patients, Physicians, Attitude.

* This paper is derived from a medical doctorate thesis No. 389178 in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Specialty in Community Medicine, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Radiotherapy-Oncology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁵ Assistant Professor, Department of Hematology-Oncology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Armindokht Shahsanai MD, Email: shahsanai@med.mui.ac.ir