

نگرش بیماران سرطانی در رابطه با اعلام تشخیص بیماری و نحوه اطلاع رسانی به آنها

محمد رضا لشکری زاده*^۱، فرزانه جهان بخش^۲، میترا ثمره فکری^۳، بهرام پورسیدی^۱، محمود آقایی افشار^۱، مصطفی شکوهی^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

افشای تشخیص سرطان می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران سرطانی تأثیرگذار باشد. این مطالعه برای تعیین تمایل بیماران مبتلا به سرطان به دانستن تشخیص بیماری و نحوه اطلاع از آن انجام شده است.

این پژوهش توصیفی روی ۳۸۵ بیمار مبتلا به سرطان در بیمارستان‌های افضل‌پور، شفا و باهنر شهر کرمان در فاصله‌ی زمانی سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ انجام گرفته است. به منظور انجام پژوهش، بیماران سرطانی طبق معیارهای پذیرش، انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود که بعد از توجیه آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها توزیع شد و بلافاصله بعد از تکمیل جمع‌آوری شدند.

از بین ۳۸۵ بیمار مبتلا به سرطان ۱۵۵ (۴۰ درصد) نفر از بیماری خود خبر داشتند. در بین بیمارانی که از تشخیص بیماری خود خبر داشتند در خصوص تمایل آنها در رابطه با نحوه اطلاع یافتن از بیماری خود پرسشگری به عمل آمد که ۸۹/۱ درصد از آنها تمایل به دانستن تشخیص بیماری خود داشتند. تقریباً تمام بیماران تمایل بودند که از سیر و پیش‌آگهی بیماری و عوارض درمان آگاهی داشته باشند. از میان اطلاعات دموگرافیک بیماران تنها متغیر معنی‌دار، جنسیت بود و مردان بیش از زن‌ها میل به دانستن تشخیص بیماری‌شان بودند ($P < 0/05$).

نتایج این پژوهش نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به سرطان ترجیح می‌دهند از تشخیص و پیش‌آگهی بیماری و عوارض درمان مطلع باشند، در حالی که بیش‌تر بیماران از تشخیص بیماری خود مطلع نبودند.

واژگان کلیدی: افشای حقیقت، سرطان، ارتباط پزشک و بیمار

^۱ استادیار گروه جراحی، دانشکده پزشکی افضل‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۲ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی افضل‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۳ استادیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی افضل‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۴ مربی، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نشانی: کرمان، انتهای بلوار ۲۲ بهمن، دانشکده پزشکی افضل‌پور، گروه جراحی، تلفن: ۰۹۱۳۱۴۴۴۲۵۳

مقدمه

بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، سرطان عامل ۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۰۸ بوده که این رقم به ۱۱/۵ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ افزایش خواهد یافت. سرطان دومین عامل مرگ و میر در دنیا و سومین عامل مرگ و میر در کشور ماست. سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در ایران بر اثر سرطان جان خود را از دست می‌دهند (۱).

بیماران مبتلا به سرطان به‌طور معمول دامنه‌ای از علایم شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. بلافاصله بعد از تشخیص بیماری ممکن است اضطراب و دیگر اختلالات خلقی در فرد به‌وجود آید که این علایم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر می‌شوند (۲). علیرغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه‌ی درمان‌های سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند بی‌همتا است (۳).

سرطان صرفاً یک رویداد با پایان معین نیست بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان‌شناختی ناشی از آن مشخص می‌شود (۴). با توجه به این باور عمومی که خبر بد مثلاً در مورد پیش‌آگهی بد یک بیماری منجر به پریشانی روانی، غمگینی و اضطراب بیمار می‌شود (۳)؛ گاهی خانواده‌ها به منظور محافظت از بیمار، درخواست پنهان کردن اطلاعات پزشکی و عدم افشای تشخیص سرطان را با پزشک مطرح می‌کنند (۵).

طی چند دهه‌ی گذشته الگوی قیّم‌آبانه و سنتی مراقبت از بیمار جای خود را به استقلال و توانمندسازی بیمار داده است (۶). به‌طور کلی، در زمینه‌ی افشای تشخیص سرطان عقیده‌ی بسیاری از گروه‌های فرهنگی بر این است که بحث باز و صریح در مورد تشخیص و پیش‌آگهی سرطان غیرانسانی و ظالمانه است و باید از این کار اجتناب شود؛ این در حالی

است که در برخی گروه‌های فرهنگی پنهان کردن اطلاعات پزشکی از بیمار غیر منطقی و غیر اخلاقی در نظر گرفته می‌شود (۷).

تحقیقات و بررسی‌ها در کشورهای غربی بیانگر این موضوع است که اکثر بیماران مبتلا به سرطان ترجیح می‌دهند اطلاعات کاملی در مورد بیماری خود داشته باشند و اکثریت پزشکان نیز اطلاعات مربوط به تشخیص و سیر بیماری را در اختیار بیماران قرار می‌دهند (۸).

با توجه به این‌که اطلاع از تشخیص سرطان یکی از عوامل بالقوه تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی است و هم‌چنین ذکر این مسأله که ارزش‌های فرهنگی از جمله عوامل تعیین‌کننده‌ی ادراک فرد از کیفیت زندگی هستند (۹) و برای تصمیم‌گیری در یک جامعه نمی‌توان به یافته‌های پژوهشی سایر فرهنگ‌ها اکتفا نمود، انجام مطالعه‌ی در این زمینه برای ما ضروری به‌نظر رسید.

تلاش این پژوهش بر تعیین تمایل بیماران ایرانی مبتلا به سرطان به دانستن تشخیص بیماری و نحوه‌ی اطلاع از آن متمرکز است.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی است. نمونه‌ی مورد مطالعه افراد سرطانی‌ای بودند که از آذر ماه ۱۳۸۸ تا آذرماه ۱۳۸۹ جهت درمان به سه بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (بیمارستان‌های افضل‌پور، شفا و باهنر) مراجعه کرده بودند. بر اساس فرمول نمونه‌گیری جهت تعیین حجم نمونه برای یک نسبت، و با توجه به پیش فرض‌های آلفای برابر ۰/۰۵، توان آماری ۸۰ درصد و مقدار خطای قابل قبول ($d = 0/05$)، و با توجه به میزان ۳۵ درصد آگاهی بیماران از تشخیص بیماری خود که بر اساس بررسی متون به‌دست آمده است ($P = 0/35$)، تعداد نمونه‌ی مورد نیاز برای این مطالعه ۳۶۴ نمونه بود که برای افزایش توان آماری مطالعه این تعداد به ۳۸۵ نفر افزایش یافت. از تعداد ۳۸۵ بیمار مبتلا به

شکل شماره ۱- پرسشنامه جهت بررسی تمایل بیماران
برای تشخیص بیماری

«پرسشنامه»

۱- سن: ... سال

۲- جنس: زن مرد

۳- نوع بیماری: ...

۴- تحصیلات:

بی سواد ابتدایی دیپلم دانشگاهی

۵- محل سکونت: شهر روستا

۶- وضعیت تأهل: مجرد متأهل

۷- شغل: ...

۸- آیا شما ترجیح می دادید که پزشک پس از تشخیص سرطان، شما را از این بیماری مطلع کند؟ بله خیر

۹- آیا پزشک باید شما را از سیر و پیش آگهی بیماری مطلع کند؟ بله خیر

۱۰- آیا پزشک باید شما را از عوارض درمان مطلع کند؟ بله خیر

۱۱- ترجیح می دادید اولین شخصی که از بیماری شما مطلع می شود چه کسی باشد؟
خودم بستگان دوستان

۱۲- ترجیح می دادید چه کسی تشخیص بیماری را به شما اطلاع دهد؟
اولین پزشکی که بیماری را تشخیص داد
پزشک عمومی متخصص پرستار بستگان

۱۳- ترجیح می دادید چگونه از تشخیص بیماری تان مطلع شوید؟
حضور تلفنی

۱۴- ترجیح می دادید تشخیص بیماری کجا به شما گفته شود؟
بیمارستان مطب منزل

۱۵- ترجیح می دادید چه زمانی از تشخیص بیماری تان مطلع شوید؟
بلافاصله بعد از تشخیص
قبل از شروع درمان
بعد از شروع درمان
بعد از مشخص شدن پاسخ به درمان
به صورت تدریجی

۱۶- آیا ترجیح می دادید زمانی که تشخیص بیماری به شما گفته می شود بستگان شما حضور داشته باشند؟ بله خیر

۱۷- آیا ترجیح می دادید که بستگان شما از تشخیص بیماری تان مطلع شوند؟
بله خیر

انواع سرطان که به این بیمارستانها مراجعه کرده بودند، پرسشگری شده و پرسشنامهها تکمیل گردیدند. از این افراد سؤال می شد که آیا از بیماری خود آگاهی دارند؟ در صورتی که جواب آنها مثبت می بود سؤالات قسمت دوم پرسشنامه برای آنها تکمیل می شد. از تعداد کل نمونهی مورد مطالعه فقط ۱۵۵ نفر از بیماری خود مطلع بودند. برای بقیه ی بیماران که از تشخیص بیماری خود مطلع نبودند قسمت دوم پرسشنامه تکمیل نمی شد. پرسشنامه ای که با توجه به مطالعات قبلی تهیه شده بود و با استفاده از روش content validity روایی آن تأیید شده بود (۱۰)، پس از کسب رضایت شفاهی در اختیار بیماران قرار می گرفت و بلافاصله بعد از تکمیل جمع آوری می شد. این پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال بود که به دو دسته تقسیم می شدند.

دسته ی اول مشتمل بر ۷ سؤال بود که در آن اطلاعات دموگرافیک بیماران پرسیده می شد و دسته ی دوم شامل ۱۰ سؤال دیگر بود که در مورد تمایل بیماران نسبت به نحوه و موقعیت اطلاع از تشخیص بیماری بود. (شکل شماره ی یک) نحوه ی نمره دهی به هر سؤال به صورت میزان فراوانی بود. قبل از پرسش هر سؤال، ابتدا اطلاعات راجع به پژوهش به بیماران داده می شد و رضایت آنان گرفته می شد. اغلب بیماران در حضور بستگان، به سؤالات پرسشنامه پاسخ می دادند مگر بیماران که در بخش انکولوژی بستری بودند. در صورتی که بیماران سواد داشتند پرسشنامه در اختیار آنها قرار می گرفت و به سؤالات پاسخ می دادند؛ در غیر این صورت، سؤالات برای آنها خوانده می شد و پاسخهای آنها در پرسشنامه علامت زده می شد.

در صورتی که حال عمومی بیماران خوب نبود و تمایلی به پاسخ دهی به سؤالات نداشتند مورد مطالعه قرار نمی گرفتند. این مطالعه یک پژوهش تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی کرمان بوده و انجام آن با کد اخلاقی شماره ی k/90/142 مورد تصویب قرار گرفت.

دانستن تشخیص بیماری و نحوه‌ی اطلاع از آن پرسشگری به عمل آمد. میانگین سنی بیماران ۴۸/۱ سال بود. ۵۱ درصد بیماران زن و ۴۹ درصد آن‌ها مرد بودند؛ اکثر بیماران شهرنشین (۶۷/۵ درصد) بوده و تحصیلات دانشگاهی (۳۷ درصد) داشتند. بیش‌تر بیماران (۲۹/۶ درصد) مبتلا به سرطان پستان بودند. ۸۵/۵ درصد از بیماران متأهل بوده و ۵۵/۵ درصد آن‌ها شغل غیر دولتی داشتند. مهم‌ترین یافته‌ی ما این بود که اکثر بیماران (۸۹/۱ درصد) تمایل داشتند که تشخیص بیماری‌شان را بدانند (جدول شماره‌ی ۱).

بررسی داده‌ها برای تعیین تأثیر متغیرهای کمی بر روی میزان تمایل بیماران با استفاده از آزمون T test انجام شد و تأثیر متغیرهای کیفی و طبقه‌بندی شده با استفاده از آزمون Chi-Square و Fishers exact test مورد بررسی قرار گرفت. در صورتی که P value کم‌تر از ۰/۰۵ بود، تفاوت از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه از ۳۸۵ بیمار مورد مطالعه ۱۵۵ نفر از بیماری خود اطلاع داشتند که در مورد نظر آن‌ها نسبت به

جدول شماره‌ی ۱ - خصوصیات جمعیتی بیماران مورد مطالعه

P	بیمارانی که تمایل به دانستن تشخیص بیماری دارند		بیمارانی که تمایل به دانستن تشخیص بیماری ندارند		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۰۰۶	۱۷/۶	۳	۵۲/۹	۷۳	جنس
	۸۲/۴	۱۴	۴۷/۱	۶۵	مرد
۰/۳۲۵	۱۰/۹	۱۷	۹۸/۱	۱۳۸	زن
	۱۴/۳	۵۰	۱۵/۵	۴۶/۲	سن میانگین (انحراف معیار)
۰/۰۷۴	۴۱/۲	۷	۱۵/۶	۲۱	تحصیلات
	۲۹/۴	۵	۲۷/۴	۳۷	بیسواد
	۱۷/۶	۳	۳۷	۵۰	ابتدایی
	۱۱/۸	۲	۲۰	۲۷	دیپلم دانشگاهی
۰/۵۰۶	۷۰/۶	۱۲	۶۷/۲	۹۲	محل سکونت
	۲۹/۴	۵	۳۲/۸	۴۵	شهر
۰/۷۳۶	۱۱/۸	۲	۱۴/۸	۲۰	روستا
	۸۸/۲	۱۵	۸۵/۲	۱۱۵	وضعیت تأهل
۰/۰۵۶	۲۰	۳	۴۷/۳	۶۲	مجرد
	۸۰	۱۲	۵۲/۷	۶۹	متأهل
۰/۰۵۶	۲۰	۳	۴۷/۳	۶۲	شغل
	۸۰	۱۲	۵۲/۷	۶۹	دولتی
					غیر دولتی

بود؛ ۸۲/۴ درصد از افرادی که تمایل به دانستن تشخیص بیماری‌شان نداشتند، زن و ۱۷/۶ درصد از آن‌ها مرد بودند (جدول شماره‌ی ۲).

جدول شماره‌ی ۳ نظر بیماران را در رابطه با نحوه‌ی

تمایل بیماران برای دانستن تشخیص بیماری بر اساس سن، جنس، محل سکونت، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات و نوع بیماری مورد بررسی قرار گرفت؛ از میان اطلاعات دموگرافیک بیماران تنها متغیر معنی‌دار از نظر آماری جنسیت

اطلاع‌رسانی از تشخیص بیماری و جدول شماره ۴ نظر بیماران را در مورد موقعیت اطلاع‌رسانی از بیماری نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲ - ارتباط بین نوع سرطان و تمایل به اطلاع از تشخیص بیماری

نوع سرطان	تمایل به دانستن تشخیص بیماری تعداد (درصد)	عدم تمایل به دانستن تشخیص بیماری تعداد (درصد)
دستگاه گوارش	۲۴ ۱۷/۳	۳ ۱۷/۶
پستان	۳۹ ۲۸/۳	۵ ۲۹/۴
تومور مغز	۱۴ ۱۰/۱	۲ ۱۱/۷
سیستم ادراری	۱۰ ۷/۱	---
دستگاه ژنیکولوژیک	۷ ۵	۴ ۲۳/۵
حنجره	۱۲ ۸/۶	۲ ۱۱/۷
لوسمی	۱۶ ۱۱/۵	----
سایر موارد	۱۶ ۱۱/۵	۱ ۵/۸
	۱۳۸ (۱۰۰٪)	۱۷ (۱۰۰٪)

P value=0.771

جدول شماره ۴ - نظر بیماران نسبت به موقعیت

اطلاع‌رسانی از بیماری

متغیر	تعداد	درصد
مکان اطلاع از بیماری		
مطب	۸۲	۵۹/۴
بیمارستان	۴۹	
منزل	۶	۴/۳
دیگر	۱	۴/۰
زمان اطلاع از بیماری		
بلافاصله بعد از تشخیص	۱۱۱	۸۱/۶
قبل از شروع درمان	۱۴	۱۰/۳
بعد از شروع درمان	۱	۰/۷
بعد از مشخص شدن پاسخ به درمان	۵	۳/۷
به صورت تدریجی	۳	۲/۲
دیگر	۱	۰/۷
حضور بستگان هنگام اطلاع از تشخیص بیماری؟		
بله	۹۸	۷۱/۵
خیر	۳۹	۲۸/۵
مطلع شدن بستگان از تشخیص بیماری؟		
بله	۱۰۰	۷۲/۵
خیر	۳۸	۲۷/۵

جدول شماره ۳ - تمایل بیماران برای نحوه‌ی اطلاع از

تشخیص بیماری

متغیر	تعداد	درصد
تمایل به دانستن پیش آگهی بیماری؟		
بله	۱۳۳	۹۸/۵
خیر	۲	۱/۵
تمایل به دانستن عوارض درمان؟		
بله	۱۳۲	۹۵/۷
خیر	۶	۴/۳
اولین کسی که از تشخیص، مطلع شود؟		
خودم	۱۲۰	۸۷
بستگان	۱۵	۱۰/۹
دوستان	۲	۱/۴
موارد دیگر	۱	۰/۷
چه کسی خیر بیماری را اطلاع دهد؟		
اولین پزشکی که بیماری را تشخیص داد.	۷۴	۵۳/۶
پزشک عمومی	۵	۳/۶
متخصص	۵۸	۴۲
بستگان	۱	۷/۰
روش اطلاع از بیماری		
تلفنی	۱۳۷	۹۹/۳
حضور	۱	۷/۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی تمایل بیماران مبتلا به سرطان در شهر کرمان، به‌عنوان بخشی از جامعه‌ی بیماران سرطانی ایران، به دانستن تشخیص بیماری و نحوه‌ی اطلاع از آن است. در ابتدا لازم است به چگونگی وضعیت اطلاع از تشخیص سرطان در میان بیماران سرطانی اشاره کرد. تنها ۳۵/۸ درصد از بیماران ما از تشخیص بیماری‌شان مطلع بودند که این درصد پایین، مشابه ارقام گزارش شده در مطالعاتی است که در سایر کشورهای شرقی انجام شده است (۱۱-۱۳). شواهد پژوهشی و تجارب بالینی پیش از این نیز نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران سرطانی در ایران از تشخیص و پیش‌آگهی بیماری خود به‌خوبی اطلاع نمی‌یابند و این در حالی است که خانواده‌ی آن‌ها مطلع هستند (۱۴) و خانواده‌ها برای جلوگیری از تنش و پریشانی در بیماران خود ممکن است مانع افشای تشخیص سرطان به بیمار شوند (۱۶، ۱۵). Ozdogan و همکاران نیز مطرح می‌کنند که آگاهی خویشاوندان بیمار در مورد ماهیت سرطان ممکن است از منابع غیرعلمی مثل رسانه‌ها، دوستان و سایر اعضای خانواده یا دیگر بیماران به‌دست آمده باشد و این آگاهی ناکافی ممکن است موجب ادراک بدبینانه نسبت به سرطان شده و منبع مخالفت با افشای تشخیص به بیمار گردد و این امر نیاز به آموزش صحیح درباره‌ی سرطان و درمان آن را آشکار می‌سازد (۱۷). اگر چه در تبیین پایین بودن سطح اطلاع رسانی به بیماران سرطانی، نگرش پزشکان نیز بی‌اثر نیست و همان‌طور که در مطالعات مختلف نشان داده شده است، درصد پایین مطالعات از تشخیص سرطان ممکن است انعکاسی از نگرش پزشکان در مورد افشای اطلاعات تشخیصی از بیماران باشد (۱۷، ۱۸). نتایج این پژوهش نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به سرطان (۸۹/۱ درصد) تمایل داشتند که از تشخیص بیماری خود مطلع باشند. این یافته با نتایج مطالعات انجام شده در انگلستان، کره، چین، عربستان و

نیپال همسو است (۲۳-۱۹). از میان اطلاعات دموگرافیک بیماران تنها متغیر معنی‌دار از نظر آماری جنسیت بیماران بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مردها بیش از زن‌ها تمایل دارند که از تشخیص بیماری خود مطلع باشند ($P = ۰/۶۰۰$). از دیگر نتایج پژوهش این بود که اکثر بیماران (۹۸/۵ درصد) تمایل داشتند که از سیر و پیش‌آگهی بیماری خود مطلع باشند. این مورد با نتایج مطالعات انجام شده در چین و عربستان همسو است ولی با نتیجه‌ی مطالعه‌ی انجام شده در نیپال مغایرت دارد (۲۲، ۲۰، ۱۰).

تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی و وضعیت اجتماعی می‌تواند توجیه‌کننده‌ی نتایجی از این دست باشد. اکثر بیماران در این مطالعه ترجیح می‌دادند اولین کسی باشند که از تشخیص بیماری‌شان مطلع می‌شوند و نیز تمایل داشتند که از عوارض درمان آگاه باشند. از دیگر نتایج پژوهش این بود که اغلب بیماران ترجیح می‌دادند اولین پزشکی که بیماری را تشخیص داد بیمار را از بیماری مطلع کند، نتیجه‌ی این مورد در مطالعه‌ی Jiang و همکاران، پزشک، و در مطالعه‌ی Butow و همکاران، جراح، بود (۲۳، ۱۰).

تفاوت در این موارد می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و سطح تحصیلات باشد. علاوه بر آن تفاوت در گزینه‌های مطرح شده در پرسشنامه‌ها نیز می‌تواند در این امر دخیل باشد. در مطالعه‌ی ما اکثر بیماران تمایل داشتند که به‌صورت حضوری و در مطب از تشخیص بیماری‌شان مطلع شوند که با مطالعه‌ی Butow همسو است (۲۳).

اغلب بیماران در مطالعه‌ی ما ترجیح می‌دادند که بلافاصله بعد از تشخیص از بیماری‌شان مطلع شوند که در این مورد نتایج مشابهی در چین و کره حاصل شده است (۲۱، ۱۹). در این پژوهش اغلب بیماران تمایل داشتند هنگامی که از تشخیص بیماری‌شان مطلع می‌شوند بستگانشان حضور داشته باشند که این مورد با مطالعه‌ی Butow در استرالیا مغایرت دارد (۲۳). این تفاوت را می‌توان با تفاوت‌هایی که در ساختار

تصمیم بگیرند می‌توانند به او کمک کنند. از طرفی، پزشکان ایرانی نیز در چنین خانواده‌هایی رشد یافته‌اند که نسل اندر نسل به آن‌ها این نگرش منتقل شده است و این می‌تواند بر رفتار حرفه‌ای آن‌ها تأثیر بگذارد. در ایران درصد زیادی از بیماران مطلع، اطلاعات خود را به صورت غیر مستقیم به دست آورده‌اند. اصولاً گزارش بیماران از آگاهی از تشخیص و پیش‌آگهی همواره به واسطه‌ی اطلاع‌رسانی کلامی پزشکان نبوده و مشخص شده است که بیماران سرطانی بیش‌تر اطلاعات را در نتیجه‌ی تجارب قبلی خود از سرطان خویشاوندان، رفتار غیرکلامی خانواده و نیز از رسانه‌های گروهی و سایر منابع اطلاعاتی به دست می‌آورند (۱۵) که این امر می‌تواند با بالاتر بودن سطح پریشانی روانی در بیماران مطلع از تشخیص سرطان در مقایسه با غیر مطلعان مرتبط باشد (۱۶).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشته است که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود: تعداد بیمارانی که تمایل به دانستن تشخیص بیماری‌شان نداشتند بسیار کم‌تر از بیمارانی بود که تمایل داشتند از بیماری‌شان مطلع شوند؛ لذا اطلاعات دموگرافیک بیماران بین دو گروه که از نظر آماری با هم تفاوت زیادی داشتند مقایسه شد. هم‌چنین، این مطالعه روی بیمارانی انجام شد که حال عمومی خیلی بدی نداشته و می‌توانستند به سؤالات پاسخ بدهند و بیماران مراحل انتهایی در مطالعه وارد نشدند. بنابراین، در هنگام تعمیم نتایج باید به این محدودیت‌ها توجه نمود. علاوه بر آن، می‌توان در مطالعه‌ای دیگر نظرات و تمایلات بستگان بیماران مبتلا به سرطان و پزشکان را مورد بررسی قرار داد و با نظرات بیماران مبتلا به سرطان مقایسه کرد.

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، به نظر می‌رسد اندیشیدن تمهیداتی در جهت اطلاع‌رسانی لازم و کافی در مورد سرطان و درمان آن به بیماران سرطانی ضروری است. این امر بر عهده‌ی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است

و جامعه و شیوه‌ی زندگی آن‌ها وجود دارد توجیه کرد. در مطالعه‌ی ما نیز مشابه بررسی انجام شده توسط Hari و همکاران در نپال اکثر بیماران تمایل داشتند که بستگان‌شان از تشخیص بیماری‌شان مطلع باشند (۲۲).

آنچه اکثر مطالعات در دهه‌های اخیر بر آن تأکید دارند این است که ارتباطات و فراهم آوردن اطلاعات مربوط به تشخیص و درمان، تأثیر مهمی برای سازگاری روانی بیماران سرطانی به همراه دارد (۲۴) و این‌گونه فرض می‌شود که به منظور بهبود مراقبت از بیماران، پزشکان باید بتوانند احساسات و نیاز بیماران به اطلاعات را تشخیص دهند و مشخص شده است بیمارانی که نیاز به اطلاعات مربوط به بیماری و درمان در آن‌ها ارضا شده باشد، سازگاری روانی بیش‌تر و پریشانی روانی کم‌تری را گزارش می‌کنند (۲۵). از این رو، توان پزشک در درک میزان اضطراب، نگرانی، خواست و نیاز بیمار برای اطلاعات و نیز توانایی برقراری امید به زندگی خوب در کنار یک بیماری جدی، مسأله‌ی مهمی برای بیماران سرطانی است. برقراری تعادل بین کمیت و کیفیت اطلاعات ارائه‌شده به بیمار در هنگام افشای تشخیص به منظور برقراری امید به‌ویژه در مواردی که پیش‌آگهی ضعیف است، ضروری است (۲۶). هم‌چنین، پزشکان باید بتوانند ویژگی‌های فردی بیماران و سطح ادراک آن‌ها را در نظر بگیرند (۲۷). به‌طور کلی، از آن‌جا که در ایران، اکثر پزشکان از اطلاع‌رسانی به بیماران سرطانی امتناع می‌کنند (۱۵) این‌که چرا پزشکان ایرانی از دادن تشخیص بیماری به بیماران خود امتناع می‌ورزند جای تأمل زیادی دارد. یکی از موارد قابل ذکر در این زمینه نقش خانواده در ایران نسبت به جوامع غربی است. در ایران نقش حمایتگر خانواده بسیار پررنگ است و خانواده‌ها فکر می‌کنند که اگر بیمار از بیماری خود اطلاع داشته باشد ممکن است توانایی روبه‌رو شدن با حقیقت را نداشته باشد و سبب شود که بیمار زودتر از پای در آید. آن‌ها فکر می‌کنند که اگر به‌جای بیمار

منابع

- ۱- موسوی س، بروزسالانه ۷۰ هزار سرطان و ۳۰ هزار مرگ ناشی از آن در کشور.
<http://www.iransalamat.com/index.php>.
 (accessed in 2012)
- 2- Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(2): 109-16.
- 3- Lee A, Wu HY. Diagnosis disclosure in cancer patients- when the family says “no”! *Singapore Med J* 2002; 43(10): 533-34.
- 4- Zebrack BJ. Cancer survivor: identity and quality of life. *Cancer Pract* 2000, 8(5): 238-42.
- 5- Lin HR, Bauer–Wu SM. Psycho–spiritual well–being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2003; 44(1): 60-80.
- 6- Juarez G, Ferrell B, Borneman T. Cultural consideration in education for cancer pain management. *J Cancer Educ* 1999; 14(3): 168-73.
- 7- Die Trill M. The patient from a different culture. In: Holland JC. *Psycho-Oncology*, 1st Edition. New York: Oxford; 1998.
- 8- Windsor JA, Rossak JI, Chaung D, Ng A, Bissett IP, Johnson MH. Telling the truth to Asian patients in the hospital setting. *N Z Med J* 2009; 122(1288): 92-9.
- 9- Kagawa-Siner M. Socioeconomic and cultural influences on cancer care of women. *Semin Oncol Nurs* 1995; 11(2): 109-19.
- 10- Jiang Y, Liu C, Li J, et al. Different attitudes of Chinese patients and their families toward truth telling of different stages of cancer. *Psychooncology* 2007; 16: 928–36.
- 11- 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 nurse. *Palliat Med* 2000; 14(2): 105-10.
- 12- Younge D, Moreau P, Ezzat A, Gray A. Communicating with cancer patients in Saudi Arabia. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 809: 309-16.
- 13- Bozcuk HS, Erdoğan V, Eken C. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life? Determinants of emotional functioning in a group of cancer patients in Turkey. *Support Care Cancer* 2002; 10(1): 51-7.
- 14- Centeno-Cortes C, Nunez-Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal

که منطبق بر نیازها و ارزش‌های فرهنگی بیماران به حمایت اطلاعاتی آن‌ها که شامل ارائه‌ی اطلاعات، گوش کردن به نگرانی‌های بیمار و ارائه بازخورد در مورد پیشرفت بیماری و درمان آن می‌شود، پردازند. علاوه بر آن، توصیه می‌گردد که مطالعات دیگری در زمینه‌ی نگرش پزشکان نسبت به مطلع ساختن بیمار از تشخیص بیماری انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین‌وسیله از جناب آقای دکتر علی‌اکبر حقدوست به‌دلیل نقد این مقاله و راهنمایی‌های لازم کمال تشکر را به‌عمل می‌آورند.

- 22- Hari D, Mark Z, Bharati D, Khadka P. Patients' attitude towards concept of right to know. Kathmandu Univ Med J 2007; 5(4): 591-5.
- 23- Butow P, Kazemi J, Beeney L, Griffin A, Dunn S, Tattersall M. When the diagnosis is cancer patient communication experiences and preferences. J Cancer 1996; 77(12): 2630-7.
- 24- Turhal NS, Efe B, Gumus M, Aliustaoglu M, Karamanoglu A, Sengoz M. Patient's satisfactions in the outpatient's chemotherapy unit of Marmara university, Istanbul, Turkey: a staff survey. BMC Cancer 2002; 2: 30-35.
- 25- Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Von Der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. Br J Cancer 2003; 88(5): 658-65.
- 26- Delvecchio Good MJ, Good BJ, Schaffer C, Lind SE. American oncology and the discourse on hope. Cult Med Psychiatr 1990; 14(1): 59-79.
- 27- Friedrichsen MJ, Strang PM, Carlsson ME. Cancer patient's perceptions of their participation and own resources after receiving information about discontinuation of active tumor treatments. Acta Oncol 2000; 39(8): 919-25.
- cancer patients: a prospective study evaluating patient's responses. Palliat Med 1994; 8(1): 39-44.
- ۱۵- آقا حسینی ش، عبدالله زاده ف، اسودی کرمانی ا، رحمانی ا. رابطه آگاهی از تشخیص بیماری سرطان با امید. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۵): ۵۲-۴۴.
- ۱۶- وحدانی نیام، منتظری ع. اطلاع رسانی به بیماران سرطانی از دیدگاه متخصصان پزشکی و بهداشتی: یک مطالعه مقطعی. مجله پایش ۱۳۸۲؛ دوره ۲ (شماره ۴): ۶۵-۲۵۹.
- 17- Ozdogan M, Samur M, Bozcuk HS, et al. Do not tell: what factors affect relative's attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients?. Support Care Cancer 2004; 12(2): 497-502.
- 18- Chandra PS, Chaturvedi SK, Kumar A, et al. Awareness of diagnosis and psychiatric morbidity among cancer patients: a study from South India. J Psychosom Res 1998; 45(3): 257-61.
- 19- Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news is not good news: Information preferences of patients with cancer. Psychooncology 2007; 4(3): 197-202.
- 20- Al-Amri AM. Cancer patients' desire for information: a study in a teaching hospital in Saudi Arabia. East mediterr Health J 2009; 15(1): 19-24.
- 21- Yun YH, Lee CG, Kim S, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. J Clin Oncol 2004; 22(2): 307-14.