

گفتن حقیقت به بیمار در فرهنگ‌های مختلف و بیان دیدگاه‌های اسلام

فرزانه زاهدی^۱، باقر لاریجانی^{۲*}

مقاله‌ی مروری

چکیده

در اخلاق پزشکی نوین، یکی از مهم‌ترین حقوق بیمار احترام به اختیار فردی است. بر اساس آن پزشک ملزم به ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیمار است؛ به نحوی که او بتواند بر اساس اطلاعات دریافتی در مورد بیماری خود و شیوه پیگیری مراحل تشخیصی درمانی تصمیم بگیرد. این در حالی است که در بسیاری از فرهنگ‌ها و جوامع گفتن حقیقت در مورد تشخیص یک بیماری جدی و احتمالاً مهلک امری مشکل و مورد بحث است.

آنچه در این مقاله خواهید یافت مروری بر برخی مطالعات انجام شده در جوامع مختلف و تا حدودی مقایسه‌ی دیدگاه‌ها در جوامع شرقی و غربی است. هم‌چنین، ذکر کلی دیدگاه اسلام در این خصوص، و اشاره به سیاست‌های جاری در کشورهای اسلامی، تأثیر فرهنگ اجتماعی بر رفتار عوام و خواص را وضوح بیشتری خواهد بخشید.

در جوامع مختلف، دیدگاه‌های متفاوتی در مورد حقیقت‌گویی و انتقال خبر بد به بیمار وجود دارد. به نظر می‌رسد تفوق اصل «اختیار فردی» در غرب، الزام بیان حقیقت به بیمار را در جوامع غربی قابل پذیرش نموده است. اما در بسیاری از جوامع شرقی، به علت محوریت خانواده و اولویت اصل «عدم ضرر» نسبت به «اختیار فردی» کتمان حقیقت بیماری امری رایج است. علل این امر در برخی مطالعات بررسی گردیده است. در بسیاری جوامع، حرکت به سوی افزایش توانمندی و آگاهی فردی برای تصمیم‌گیری آگاهانه مبتنی بر اختیار، شتابی قابل توجه دارد. آموزه‌های دینی اسلام، بر حق بیمار بر دانستن حقیقت و لزوم فراهم آوردن شرایط لازم برای بهره‌گیری بهتر از روزهای پایان حیات تأکید دارد؛ هرچند ملاحظات اخلاقی در خصوص عدم ایجاد ترس و نگرانی بی‌مورد در بیمار را نیز مورد توجه قرار می‌دهد.

تدوین و اجرای دستورالعمل‌های خاصی جهت تسهیل بیان حقیقت به بیمار در برخی کشورها به انجام رسیده است. در کشور ما نیز به نظر می‌رسد توجه به افزایش آگاهی‌های عمومی و نیز ارتقای مهارت‌های ارتباطی پزشکان و تیم پزشکی در خصوص نحوه‌ی انتقال خبر بد، در کنار تدوین دستورالعمل‌های لازم ضرورت دارد.

واژگان کلیدی: حقیقت‌گویی، اختیار فردی، رضایت آگاهانه، اخلاق پزشکی، اسلام.

^۱ پزشک عمومی و پژوهشگر پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم، و مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استاد مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، و پژوهشکده‌ی علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، کارگر شمالی، جلال آل احمد، بیمارستان شریعتی، طبقه پنجم؛ تلفن: ۸۸۲۲۰۰۳۷، Email: emrc@tums.ac.ir

مقدمه

در حوزه‌ی اخلاق پزشکی نوین، بحث ارتباط پزشک و بیمار کماکان از مباحث مهم و مطرح است. در دهه‌های اخیر ارتباط پزشک و بیمار دچار تغییرات قابل توجهی شده است؛ به طوری که در اکثر جوامع، نگرش پدربسالاری پزشک دیگر مورد قبول نیست و بیمار نقش عمده‌ای در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌های سلامت و درمان ایفا می‌نماید. در دهه‌های قبل معمول بود که پزشک بیمار را ویزیت نموده، دارو تجویز می‌کرد و وظیفه‌ی اصلی او نجات جان بیماران بود. در این میان گاه حتی بیمار از نوع بیماری خود و اقدامات درمانی لازم آگاهی کافی را نداشت و به صرف اعتماد به پزشک، توصیه‌های درمانی را مراعات می‌نمود.

اما اکنون ما شاهد یک چرخش سریع از پدربسالاری پزشک به سمت اختیار فردی بیماران و گیرندگان خدمات سلامت هستیم. دادن اطلاعات لازم در مورد بیماری، در حال حاضر در بسیاری از جوامع، حق مسلم و قانونی بیمار تلقی می‌شود. اما با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در کشورهای مختلف در شرق و غرب جهان، نحوه‌ی بیان حقایق در مورد بیماری، خصوصاً وقتی بیمار دچار عارضه‌ای جدی و تهدیدکننده‌ی حیات است، موضوعی مورد بحث است. آنچه در این مقاله به آن پرداخته خواهد شد، تبیین بحث حقیقت‌گویی با مراجعه به موتور جست‌وجوی Google و پایگاه‌های Ovid، Medline، و نیز SID و Iranmedex است. رویکرد موجود در مورد در میان‌گذاردن حقیقت با بیمار در فرهنگ غرب و شرق در مطالعات موجود بررسی شده و هم‌چنین مطالعات انجام شده در ایران و برخی دیگر از کشورهای اسلامی مرور گردیده‌اند. هدف این مقاله مرور تمام

منابع و مقالات موجود نبوده و به‌طور عمده تصویر کلی وضعیت و تفاوت‌ها و چالش‌های موجود دنبال گردیده است. در حقیقت ما سعی داریم به سؤالات زیر پاسخ دهیم:

- ۱) آیا در مورد «بیان حقایق بیماری» نگرش یکسانی در همه‌ی جوامع وجود دارد؟
- ۲) آیا مطالعات موجود بیانگر استقبال بیماران از دانستن حقیقت بیماری است؟
- ۳) آیا ادعای خانواده یا پزشک مبنی بر این‌که گفتن حقیقت در مورد بیماری، در مواردی به بیمار آسیب می‌زند قابل قبول است؟
- ۴) آیا مواردی هستند که پزشک حق دارد حقایق را از بیمار پنهان کند؟

حقیقت‌گویی در جوامع مختلف

اخذ رضایت آگاهانه‌ی بیمار در اقدامات تشخیصی، درمانی یا پژوهشی یکی از اصول اخلاقی مهم در اخلاق پزشکی نوین است. نقش پزشک به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی اصلی و نیز نقش خانواده و آشنایان در تصمیم‌گیری‌های پزشکی کم‌رنگ شده است و بیماران لازم است خود، ضمن دریافت اطلاعات لازم، در مورد سلامت خود و اقدامات درمانی احتمالی تصمیم بگیرند. در عین حال، در برخی جوامع شرقی، خانواده، و نه فرد بیمار به تنهایی، هسته‌ی اصلی تصمیم‌گیری را تشکیل می‌دهد. در مواردی برخی اعضای خانواده، این تسلط را دارند که برای دیگران تصمیم‌گیری نمایند. مرور برخی مطالعات موجود (۷-۱) که در جدول شماره‌ی یک آورده شده‌اند، برخی تفاوت‌ها را در فرهنگ شرق و غرب بازگو می‌نمایند.

جدول شماره‌ی ۱- برخی مطالعات پژوهشی انجام شده در مورد حقیقت‌گویی در جوامع مختلف

منبع	جامعه‌ی مورد مطالعه	نتایج
مطالعه‌ی Mosconi و همکاران (۱۹۹۱)(۱)	تعداد ۱۱۷۱ بیمار ایتالیایی دچار سرطان پستان و پزشکان آن‌ها	- فقط ۴۷ درصد بیماران از تشخیص بیماری خود مطلع بودند. - ۲۵ درصد پزشکان بیان نمودند که آن‌ها اطلاعات دقیقی به بیمار ندادند.

<p>- از آمریکایی‌های کره‌ای الاصل ۴۷ درصد، از مکزیکی الاصل‌ها ۶۵ درصد، از آمریکایی‌های اروپایی ۸۷ درصد و از آفریقایی الاصل‌ها ۸۸ درصد معتقد بودند که تشخیص بیماری یک سرطان متاستاتیک باید به بیمار گفته شود.</p> <p>- در مورد بیان پیش‌آگهی یک بیماری جدی خاتمه‌دهنده‌ی حیات، ۳۵ درصد کره‌ای الاصل‌ها، ۴۸ درصد مکزیکی الاصل‌ها، ۶۹ درصد اروپایی الاصل‌ها، و ۶۳ درصد آفریقایی الاصل‌ها با بیان حقیقت موافق بودند.</p>	<p>تعداد ۸۰۰ نفر از نژادهای مختلف در لوس آنجلس کالیفرنیا</p>	<p>مطالعه‌ی Blackhall و همکاران (۱۹۹۵)(۲)</p>
<p>- در حالی که ۱۷ درصد پزشکان ژاپنی و ۴۲ درصد از بیماران ژاپنی معتقد بودند پزشک باید بیمار را از تشخیص سرطان آگاه کند، حداقل ۸۰ درصد پزشکان و بیماران آمریکایی با این امر موافق بودند.</p> <p>- در مقابل ۸۰ درصد پزشکان ژاپنی و ۶۵ درصد بیماران موافق گفتن تشخیص بیماری به خانواده‌ی بیمار بودند. این میزان در پزشکان و بیماران آمریکایی به ترتیب ۶ درصد و ۲۲ درصد بود.</p>	<p>تعداد ۴۰۰ پزشک و ۶۵ بیمار ژاپنی، و ۱۲۰ پزشک و ۶۰ بیمار آمریکایی</p>	<p>مطالعه‌ی Ruhnke و همکاران (۲۰۰۰)(۳)</p>
<p>- از پزشکان ژاپنی ۶۱/۸ درصد بیان داشتند که تشخیص را به وضوح با کودک در میان نمی‌گذارند و فقط ۹/۵ درصد همیشه تشخیص را به کودک می‌گفتند.</p> <p>- در مقابل ۶۵ درصد پزشکان آمریکایی تشخیص بیماری را به کودک می‌گفتند.</p>	<p>پزشکان انکولوژیست اطفال، ۳۶۲ نفر ژاپنی و ۳۵۰ نفر آمریکایی</p>	<p>مطالعه‌ی Mayer و همکاران (۲۰۰۵)(۴)</p>
<p>- فقط ۴۸ درصد از بیماران دچار سرطان گوارش از تشخیص بیماری خود مطلع بودند (محققان از بیمار و خانواده به صورت جداگانه علت بستری شدن و نوع بیماری را سؤال نمودند).</p>	<p>تعداد ۱۴۲ بیمار ایرانی در تهران</p>	<p>مطالعه‌ی طاوولی و همکاران (۲۰۰۷)(۱۳۸۶) (۵)</p>
<p>- در مورد این‌که بیماران حق دانستن دارند ۸۶/۵ درصد پاسخ‌ها مثبت بود.</p> <p>- ۹۲/۳ درصد موافق بودند که پزشک باید اطلاعات لازم در مورد تشخیص و درمان را به بیمار بدهد.</p> <p>- ۷۶/۹ درصد پزشکان را ملزم دانسته‌اند که بیمار را مطلع نمایند.</p>	<p>تعداد ۱۰۴ بیمار سرطانی در دانشگاه Uludag ترکیه</p>	<p>مطالعه‌ی Erer و همکاران (۲۰۰۸)(۶)</p>
<p>- در حالی که ۲۰ درصد پزشکان معتقد بودند که تشخیص یک بیماری خاتمه‌دهنده‌ی حیات باید به بیمار گفته شود، ۸ درصد پزشکان بیان نمودند که هیچ‌گاه تشخیص را به بیمار نمی‌گویند.</p> <p>- بیش‌تر پاسخ‌دهندگان (۷۲ درصد) معتقد بودند که تصمیم آن‌ها بر حسب موقعیت و نیز بر حسب زمینه‌ی فرهنگی - اجتماعی بیمار متفاوت خواهد بود.</p>	<p>تعداد ۲۰۰ پزشک در دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران</p>	<p>مطالعه‌ی کاظمی و همکاران (۲۰۱۰)(۷)</p>

مطالعات موجود نشان می‌دهد در کشورهای غربی به‌طور تقریبی ۸۰ الی ۹۰ درصد بیماران از حقایق بیماری خود مطلع می‌شوند، اما این رقم در سایر فرهنگ‌ها از صفر تا ۵۰ درصد متغیر است (۸). دو مطالعه‌ی انجام شده در سال‌های ۱۹۶۱ و ۱۹۷۹ در آمریکا نشانگر تغییری چشمگیر طی حدود دو دهه است (۸-۱۰). در مطالعه‌ی اول، ۸۸ درصد پزشکان به‌طور روتین تشخیص بیماری را با فرد بیمار مطرح نمی‌کردند؛ اما در مطالعه‌ی دوم، ۹۸ درصد آنان بیمار را از تشخیص مطلع می‌کردند. البته این موضوع لزوماً در کشورهای اروپایی مصداق ندارد (۱۱)؛ به‌عنوان مثال، ایتالیا یکی از کشورهایی است که نگفتن حقیقت به بیمار در آن مطالعه شده است (۱۲)، (۱۱).

بر خلاف بسیاری از کشورهای غربی، فرهنگ سنتی غالب در فرهنگ شرق، بر نقش خانواده در تصمیم‌گیری‌ها تأکید دارد. در چین، برای مثال، فلسفه‌ی برگرفته از تعالیم کنفوسیوس، هماهنگی (harmony) را عنصر اجتماعی مهمی می‌داند (۱۳). براساس مطالعه‌ای که Lai در تایوان انجام داده است، بحث حقیقت‌گویی تحت تأثیر چهار عامل اصلی قرار دارد: نقش محوری خانواده، اهمیت «هماهنگی» به‌عنوان یک ارزش اصلی در زندگی فرد و خانواده، تابوی مرگ و پرهیز از صحبت در مورد آن، و برخی مسائل اخلاقی از جمله پرهیز از ضرررسانی به بیمار (۱۳).

بسیاری از چینی‌ها معتقدند صحبت یا فکر کردن در مورد مرگ یا مفاهیم مرتبط با آن یا دنبال نمودن جسد فرد مرده باعث تسریع مرگ می‌شود. ذکر شده است که برخی بیمارستان‌ها طبقه‌ی چهار ندارند، چرا که تلفظ چهار مشابه کلمه‌ی مرگ است (۱۳). اما این امر که بیمار در صورت عدم دانستن تشخیص یک بیماری جدی و لاعلاج، روحیه‌ی بهتری خواهد داشت، اعتقاد بسیاری از خانواده‌هاست.

پزشکان و بیماران ژاپنی و آمریکایی، همان‌گونه که در جدول شماره‌ی یک آمده است، عقاید کاملاً متفاوتی در مورد بیان حقیقت به بیمار دارند (۴). در حقیقت، بیش‌تر ژاپنی‌ها

معتقدند پزشک باید خانواده‌ی بیمار (نه بیمار) را از تشخیص آگاه کند و به آن‌ها اجازه دهد در مورد افشای حقایق نزد بیمار تصمیم بگیرند (۳).

در ترکیه نیز کسی که مسؤولیت اصلی تصمیم‌گیری را بر عهده دارد غالباً خانواده و اطرافیان بیمار هستند و نه خود بیمار؛ به‌طوری که گاه همه به جز بیمار تشخیص بیماری را می‌دانند (۱۴). مطالعه‌ی محدودی در دانشگاه آنکارا بر روی ۵۸ پزشک و ۱۵۰ دانشجوی پزشکی (بیمارستان ابن سینا) نشان داد که ۵۲ درصد آن‌ها با وجود یک واسطه در انتقال حقایق در بیماران سرطانی موافقت (۱۴).

مطالعاتی نیز در این خصوص در ایران انجام شده است که نتایج برخی از آن‌ها در جدول شماره‌ی یک آمده است. در مطالعه‌ی دیگری که توسط کاظمیان انجام گرفته است، با ۲۰ پزشک متخصص در مورد بیماران در شرف مرگ مصاحبه شده است (۱۵). بر اساس نتایج این مطالعه‌ی کیفی، تمام پزشکان بیان داشته‌اند که با توجه به مسائل فرهنگی و اثرات روحی روانی منفی، تشخیص بیماری را در ابتدا با خانواده مطرح می‌نمایند. هرچند شرکت‌کنندگان در مطالعه اذعان نموده‌اند که دانستن حقیقت، حق بیمار است ولی ترجیح داده‌اند که جهت مطلع نمودن بیمار با خانواده مشورت نمایند. طی مطالعه‌ی دیگری توسط وحدانی‌نیا و منتظری (۱۶)، نظرات ۷۱ پزشک و پرستار مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس نتایج حاصله، بیش‌تر پاسخ‌گویان (۵۴ درصد) بیان داشتند که فقط در کم‌تر از ۲۰ درصد موارد تشخیص واقعی بیماری را به بیماران سرطانی می‌گویند. علل متعددی در این امر دخیل هستند، از جمله: درخواست خانواده (۱۸ درصد) و محدودیت وقت (۱۶ درصد). هفت درصد افراد مورد مطالعه «عدم تمایل بیمار» را علت عدم بیان تشخیص بیماری ذکر کرده‌اند.

این‌که «آیا واقعاً بیماران خواستار دانستن حقیقت بیماری خود هستند یا خیر؟» یک سؤال مهم است. به‌عبارتی، قبل از این‌که پزشک و تیم درمانی موظف باشند حقوق بیمار در

از دیدگاه قرآن، سختی و بلائی دنیوی، امتحان الهی است که پاداش اخروی در پی خواهد داشت (سوره ی بقره، آیات ۱۵۷-۱۵۵) و درک مقام «رضا» و «تسلیم» در مقابل خواست الهی فرد را به مقامات والای معنوی خواهد رساند. از دیدگاه اسلام، مرگ پایان حیات انسانی نیست بلکه شروع حیات واقعی و جاوید است لذا تمهید مقدمات و بهره‌گیری بهینه از حیات دنیوی جهت تأمین حیات معنوی و اخروی انسان بسیار کمک‌کننده است. در این راستا روزها و هفته‌های پایانی حیات می‌تواند توسط بیمار غنیمت شمرده شود.

البته باید در خاطر داشت که همگی افراد دارای ایمانی مستحکم و عقیده‌ی راسخی که پذیرش مرگ را برایشان آسان کند نیستند؛ از این رو، رعایت وضعیت روحی- روانی بیمار و میزان آمادگی او برای شنیدن خبر بد اهمیت فراوانی دارد. این موضوع بر سیاست‌های جاری در کشورهای اسلامی که دارای زمینه‌های فرهنگی متفاوتی هستند تأثیر گذارده است؛ به‌نحوی که نحوه‌ی برخورد و تصمیم‌گیری در مورد گفتن حقیقت به بیمار، بیش‌تر تابع شرایط فرهنگی است تا دستورات دینی. در ادامه به مطالعاتی که در برخی کشورهای اسلامی به انجام رسیده است اشاره می‌نماییم.

سیاست‌ها و قوانین کشورهای اسلامی

در ترکیه که فرهنگ اسلامی غالب است، همان‌گونه که قبلاً بیان شد (۱۴)، خانواده نقش پررنگی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی دارد. چنانچه Bucken بحث می‌نماید، مبانی اخلاق پزشکی در ترکیه نیز همانند کشورهای غربی مورد پذیرش است ولی تفاوت‌هایی در اولویت‌بندی این مبانی وجود دارد. برای مثال، به علت ساختار جامعه و فرهنگ و آداب و رسوم ممکن است اصل «عدم ضرر» بر اصل «اختیار فردی» ارجح دانسته شود. قانون حقوق بیمار (۱۹۹۸) ترکیه به موضوع حقیقت‌گویی اشاره کرده و تصمیم‌گیری در مورد آن را کاملاً به پزشک محول نموده است (۱۴). بند ۱۹ از این قانون بیان می‌دارد: «تشخیص بیماری ممکن است در جهت جلوگیری از به خطر افتادن وضعیت روحی بیمار، کتمان شود ...». بر این

دانستن حقیقت را محترم شمرند، لازم است مشخص شود که آیا بیمار خود چنین حقی برای خود قائل بوده و خواستار احترام به آن است یا خیر؟ به‌طور مسلم پاسخ به این سؤال در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف متفاوت است. مطالعات در جوامع غربی نشان می‌دهد که ۸۳-۹ درصد مردم مایلند از تشخیص بیماری خود مطلع شوند. این رقم در سایر کشورها ۷۴-۲۴ درصد ذکر شده است (۸)؛ هرچند در برخی کشورها این ارقام به‌طور چشم‌گیری طی دهه‌های اخیر تغییر کرده است (۱۸، ۱۷، ۱۳).

دیدگاه اسلام

از منظر اسلام، هر فرد از این حق برخوردار است تا حقایق شخصی و مربوط به خود را بداند و براساس آن‌ها در مورد برنامه‌های آینده‌ی خود به‌صورت معقول و مطابق با عقاید و خواسته‌های فردی تصمیم‌گیری نماید. قرآن کریم اعمالی را ارزشمند دانسته است که ضمن مطابق بودن با ارزش‌های الهی، آزادانه و بدون اجبار و با آگاهی کافی به انجام رسیده باشد. در حقیقت، از منظر اسلام، خود فرد اگر از صلاحیت و اهلیت کافی برخوردار باشد، تصمیم‌گیرنده‌ی اصلی محسوب می‌شود.

از سوی دیگر، اسلام تأکید ویژه‌ای بر آمادگی قبل از مرگ دارد. روزهای پایانی حیات برای مؤمنان می‌تواند فرصت مناسبی برای جبران مافات، رد امانات، رفع کدورت‌ها و حلالیت‌طلبی باشد.

وصیت کردن، هم‌چنین، از دستورات اسلامی است که بر آن تأکید شده است؛ چنان‌چه در آیه‌ی ۱۸۰ سوره‌ی بقره می‌خوانیم «بر شما مقرر شده است که چون یکی از شما را مرگ فرا رسد اگر مالی بر جای گذارد برای پدر و مادر و خویشاوندان خود به‌طور پسندیده وصیت کند که این کار حقی است بر پرهیزکاران». اتخاذ تصمیمات مناسب برای زمان باقی‌مانده از حیات فرد و نیز بیان نظرات و خواسته‌های خود پس از مرگ، خصوصاً در مورد اموال و دارایی‌ها ممکن است بدون دانستن قریب‌الوقوع بودن مرگ صورت نگیرد.

تحمیل هرگونه فشار روحی روانی به بیمار، پدرسالاری پزشک و نیز نقش حمایتی خانواده را توجیه می‌نماید (۱۹). در جامعه‌ی ایرانی نیز به شدت حمایت از یک بیمار غیرقابل علاج و شدیداً ناخوش در فرهنگ اکثر مردم وجود دارد و لذا پزشکان ترجیح می‌دهند تا اطلاعات مربوط به بیمار را با خانواده در میان بگذارند (۲۴، ۲۳، ۱۹). قبلاً برخی دیگر از مطالعات انجام شده در ایران مورد اشاره قرار گرفت.

در مصر نیز وضعیت مشابهی وجود دارد. در مطالعه‌ای در بیمارستان دانشگاهی قاهره، از تعداد ۱۰۰ جراح نظرخواهی صورت گرفته است که فقط ۳ جراح بیان داشتند تشخیص بیمار را به‌طور مستقیم با بیمار مطرح می‌نمایند. تمام آن‌ها تأکید داشتند که امید بیمار باید حفظ شود (۲۵، ۱۹).

مطالعه‌ی جالبی در سال ۱۹۹۵ در امارات متحده عربی در ۱۰۰ شهروند و ۵۰ پزشک صورت گرفته است (۲۶، ۱۹). در این بررسی دو مورد بالینی مطرح شده است و در مورد گفتن حقیقت به بیمار در هر یک نظرخواهی شده است. مورد اول بیماری است که بطور حتم طی حداکثر ۶ ماه آینده خواهد مرد و مورد دوم بیماری است که به احتمال ۵۰ درصد طی ۶ ماه آینده از دنیا خواهد رفت. در خصوص مورد اول ۴۲ درصد از شهروندان و ۳۸ درصد از پزشکان پاسخ «خیر» را انتخاب نمودند. همچنین، به ترتیب، ۲۷ درصد و ۸ درصد پاسخ «بله» و ۳۱ درصد و ۵۴ درصد «بستگی دارد» را ترجیح دادند. در خصوص مورد دوم ۷۰ درصد پزشکان «خیر» و ۳۰ درصد «بستگی دارد» را برگزیدند. شهروندان نیز ۴۳ درصد «خیر»، ۳۰ درصد «بله» و ۲۷ درصد «بستگی دارد» را انتخاب کردند (۲۶).

در کشور الجزایر افشای تشخیص سرطان، امری شاق است که پزشکان از آن ابا دارند (۱۹). اعتقاد به این‌که یک بیماری لاعلاج برای مجازات فرد بیمار از سوی خدا مقدر شده است، گفتن حقیقت به بیمار را مشکل می‌سازد. بند ۵۱ از کد اخلاق پزشکی الجزایر (۱۹۹۲) بیان می‌دارد که تشخیص یک بیماری جدید و مهلک می‌تواند از بیمار پنهان

اساس، تشخیص بیماری‌های مهلک ممکن است به اطلاع بیمار رسانده شود؛ با رعایت احتیاط لازم؛ و در صورتی که بیمار مخالفتی نداشته باشد خانواده نیز مطلع خواهند شد. در هر حال، اصل «عدم ضرر» بر اصل «اختیار فردی» ترجیح دارد (۱۹، ۱۴).

در کشور عربستان مطالعه‌ای که در شش بیمارستان بر روی ۲۴۹ پزشک در سال ۱۹۹۳ انجام پذیرفت، نشان داد که ۷۵ درصد آن‌ها ترجیح می‌دهند با اطرافیان بیمار تشخیص را در میان بگذارند (۲۰). بند ۲۰ از یک مصوبه‌ی اداری در سال ۱۹۹۰ در عربستان سعودی بیان می‌نماید که در خصوص پاتولوژی غیرقابل درمان یا بیماری مهلک، پزشک در مورد گفتن حقیقت یا کتمان آن مختار است (۱۹). تقریباً در اکثر کشورهای عرب‌زبان مسلمان این تفکر رایج بوده است.

اما طبق کد کویت (۱۹۸۱) هر بیمار یک مورد منحصر به فرد است و پزشک وظیفه دارد به حق او در جهت دانستن وضعیت بالینی احترام بگذارد و در جهت حفظ امید و آرامش بیمار تلاش نماید. قوانین جدیدتر تغییراتی را در جهت احترام به اختیار فردی بیمار ایجاد نموده است (۱۹).

شواهد نشان می‌دهد در لبنان نیز حتی پزشکانی که تحصیلات خود را در کشورهای غربی گذرانده‌اند ترجیح می‌دهند مطابق با فرهنگ و ارزش‌های غالب جامعه عمل نموده و از انتقال مستقیم دانش در مورد بیماری سرطان و مانند آن به بیمار خودداری نمایند (۲۱، ۱۹). در کد اخلاق پزشکی لبنان (۱۹۹۴) بند ۴۴ پزشکان را از گفتن تشخیص بیماری مهلک بر حذر می‌دارد (۲). در عین حال، این کد بر حق بیمار بر دانستن تأکید دارد. در نتیجه اکثر پزشکان انتقال اطلاعات به بستگان نزدیک را ترجیح می‌دهند. در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۵ در ۲۱۲ پزشک (عمدتاً انکولوژیست) در بیروت و حومه انجام شده است، ۴۷ درصد حقایق را به بیمار بازگو می‌نمودند در حالی که ۵۳ درصد آن را کتمان می‌کردند (۲۱).

در حقیقت، در اکثر کشورهای اسلامی، خودداری از

جدول شماره ۲- علل اصلی بیان یا عدم بیان حقایق به بیمار

پیش فرض	علل اصلی
تیم پزشکی	<ul style="list-style-type: none"> - این حق بیمار است که حقیقت را بداند. - بدون دانستن حقایق، بیمار ممکن است اقدامات درمانی را به طور مناسبی پیگیری نکند. - هم‌چنین بیمار قادر نخواهد بود تصمیمات متناسبی بگیرد. - بیمار و نیز جامعه ممکن است اعتماد خود به پزشک و تیم پزشکی را از دست بدهند.
عدم تمسک به طور مستقیم	<ul style="list-style-type: none"> - تیم پزشکی مهارت لازم را در انتقال اطلاعات و خبر بد ندارند. - آن‌ها دوست ندارند امید بیمار را از بین برده یا او را افسرده نمایند. - هیچ‌کس دوست ندارد اولین کسی باشد که خبر ابتلا به یک بیماری مهلک را به بیمار می‌دهد. - بیمار خود مایل نیست چیزی در این خصوص بشنود. - اعتقادات فرهنگی یا دینی مانع بیان حقایق به بیمار می‌شود. - خانواده‌ی بیمار ترجیح می‌دهند بیمار از بیماری خود مطلع نشود.

در حقیقت، دریافتن این مطلب که آیا بیمار خود مایل است در تصمیم‌گیری پزشکی شرکت کند و در جریان اطلاعات مربوط به بیماری خود قرار گیرد یا خیر، امری است که به رعایت حقوق بیمار و احترام به خواست فردی خواهد انجامید. این کار علاوه بر این‌که در فرهنگ‌های متفاوت می‌تواند از پذیرش مطلوبی برخوردار باشد، از لحاظ قانونی نیز می‌تواند با ثبت در پرونده‌ی بیمار تأیید گردد (۲۷).

در هر حال، گفتن حقیقت به بیماری که از نظر روحی آمادگی لازم را ندارد، گاه نه تنها احترام به او و اختیار او نیست بلکه می‌تواند بر سیر بیماری او و بر ارتباطش با پزشک یا سایر اعضای تیم درمان اثر منفی بگذارد. اما مطالعات معدودی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد دادن اطلاعات به

بماند، در صورتی که پزشک در ارزیابی خود چنین صلاح بداند. خانواده در صورتی که بیمار مخالفتی ابراز نکرده باشد از تشخیص مطلع می‌شوند. اطلاع به بیمار باید با احتیاط زیاد صورت گیرد (۱۹).

قانون شماره ۱۷ سال ۱۹۸۶ لیبی (بند ۵) نیز در خصوص مسؤولیت پزشک بیان می‌دارد که پزشک باید بیمار را در مورد بیماری لاعلاج آگاه کند، اگر این امر در راستای مصالح بیمار است و وضعیت روحی - روانی او اجازه می‌دهد (۱۹).

بحث

به نظر می‌رسد پذیرفته شدن اصل «اختیار فردی» در جوامع مختلف، و افزایش مقبولیت مفاهیمی چون «رضایت آگاهانه» و استقبال مردم از آشنایی با حقوق خود، در گرایش عمومی به سمت دانستن حقایق در مورد بیماری خود و پیامدهای آن مؤثر بوده است. نکته‌ی بدیهی این است که در موضوع احترام به اختیار فرد، حساسیت‌های فرهنگی باید مورد توجه قرار گیرد (۱۷). به‌عنوان مثال، همان‌گونه که Lai در مطالعه‌ی خود بیان می‌دارد (۱۳) برای بسیاری از چینی‌ها، نگفتن تشخیص سرطان به بیمار، راهی است که خانواده برای حمایت از او و حفظ هماهنگی خانواده در پیش می‌گیرند.

دلایل اصلی که در گفتن یا کتمان حقایق به بیمار مطرح شده‌اند در جدول شماره ۲ دو آورده شده‌اند. چالشی که برخی مطرح می‌نمایند مبتنی بر اصل «عدم ضرررسانی» است که بر مبنای آن گفتن حقیقت به بیمار را اگر منجر به نگرانی و کاهش امید فرد شود جایز نمی‌دانند. از آن‌جا که تشخیص این‌که فرد آمادگی لازم برای شنیدن حقیقت را دارد یا نه مشکل است، برخی عقیده دارند مشورت با خانواده بهترین روشی است که برای اطلاع از خواست حقیقی بیمار می‌تواند به‌کار گرفته شود. در برخی جوامع، فردی که نقش حامی اقتصادی و عاطفی خانواده را به عهده دارد، تصمیم‌گیری‌های درمانی را نیز انجام می‌دهد و این امری است که توسط همه‌ی افراد خانواده به رسمیت شناخته می‌شود.

بیمار جهت شنیدن حقایق، نحوه‌ی بیان آن‌ها، و نحوه‌ی برخورد با عکس‌العمل‌های متفاوت بیماران از جمله مسائل مهمی هستند که لازم است مورد توجه قرار گیرند.

میزان اطلاعاتی که باید در اختیار بیمار گذارده شود یکی دیگر از موضوعاتی است که پزشک یا تیم پزشکی باید در مورد آن تصمیم‌گیری نمایند. هم‌چنین فراهم نمودن حمایت‌های لازم (مثل حمایت و هم‌فکری خانواده، و حمایت معنوی و اجتماعی)، ارائه‌ی راهکارهای متناسب جهت تطبیق فرد با شرایط و کنار آمدن با مشکلات و سختی‌های بیماری، نیز از مباحثی هستند که کادر سلامت باید در مورد آن‌ها اندیشیده باشد (۲۹، ۸). این مباحث در کشورهای مختلف مورد توجه بوده و راهکارهایی برای آن‌ها پیشنهاد شده (۳۲-۳۰) و دستورالعمل‌های استاندارد ا ارائه گردیده است (۳۴، ۳۳، ۳۰). به‌عنوان نمونه، می‌توان به دستورالعمل انتقال اخبار ناگوار گروه راهبردی دستورالعمل‌های بالینی نظام ملی خدمات انگلیس اشاره کرد که براساس آن مراحل زیر در ارائه‌ی خبر بد به بیمار باید مورد توجه باشد (۳۴، ۳۰):

۱) آماده‌سازی (preparation): دانستن اطلاعات لازم در مورد بیمار قبل از صحبت با او و فراهم نمودن فضای مناسب، و در صورت لزوم همراهی فرد مورد نظر بیمار.

۲) بیمار چه چیزهایی را می‌داند؟ گرفتن اطلاعات از خود بیمار در وهله‌ی اول برای شروع خوب است.

۳) آیا او اطلاعات بیش‌تری را خواستار است؟ باید توجه داشت که ممکن است جملات ما برای بیمار دلهره‌آور باشد.

۴) دادن هشدار در مورد بیماری (a warning shot): بیان جملات اخطاری مانند «بیماری شما جدی است» و ارزیابی عکس‌العمل بیمار.

۵) دادن اجازه‌ی انکار به بیمار: اولین واکنش بیمار در مقابل شنیدن خبر بد می‌تواند انکار آن باشد. در این مرحله اجازه بدهید خود بیمار میزان اطلاعاتی را که

بیمار، باعث افزایش بروز اضطراب، ناامیدی و اندوه، افسردگی، ترس یا بی‌خوابی نمی‌شود (۲۸). البته نباید از خاطر دور داشت که پیشرفت‌های پزشکی در دهه‌های اخیر و شیوه‌های نوین درمانی، بسیاری از انواع بیماری‌های مهلک از جمله انواع سرطان‌ها را قابل درمان ساخته است و لذا از میزان ترس و نگرانی عموم مردم از آن بیماری‌ها نیز کاسته است.

در مطالعه‌ای بر روی ۱۴۲ بیمار ایرانی، کیفیت زندگی بیماران سرطانی که از تشخیص بیماری خود مطلع بوده‌اند با بیماران غیرمطلع مقایسه شده است (۵). براساس نتایج، کیفیت کلی زندگی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته است، هرچند عملکرد فیزیکی، عاطفی و اجتماعی در گروه مطلع کاهش نشان داده است. تفاوت معنی‌داری در علائم، به‌جز در مورد خستگی در گروه مطلع، وجود نداشته است. هم‌چنین گروه مطلع احساس فشار مالی بیش‌تری را گزارش نموده‌اند (۵).

از سوی دیگر، برخی معتقدند اطلاع بیمار از بیماری خود به بهبود روابط با اطرافیان و تیم درمانی منجر می‌شود (۸) و نگفتن حقیقت می‌تواند باعث مشکلاتی چون عدم امکان تصمیم‌گیری صحیح درمانی منطبق با اهداف شخصی، تحمیل فشار و رنج عاطفی و جسمی غیرضروری به بیمار، و نیز افزایش هزینه‌ها گردد (۲۷، ۱۰). این امر هم‌چنین، فرصت برنامه‌ریزی مناسب برای حیات و نیز مرگ را از بیمار خواهد گرفت. برای افرادی که اعتقادات مذهبی خاصی دارند روزها و ساعات پایانی حیات می‌تواند جایگاه ویژه‌ای داشته باشد (۲۷).

عدم بیان حقیقت به بیمار توسط برخی، نوعی حيله و گول‌زدن بیمار نامیده شده است که ممکن است باعث ایجاد عدم اعتماد نسبت به پزشکان و تیم پزشکی شود (۱۰).

نکته‌ی مهم دیگر، بحث مهارت‌های ارتباطی پزشک و تیم پزشکی جهت انتقال اطلاعات یا بیان خبر بد است که نیازمند آموزش‌های ویژه در اکثر جوامع است. نحوه‌ی آماده‌سازی

نتیجه گیری

دیدگاه‌های متفاوتی در مورد حقیقت‌گویی و انتقال خبر بد به بیمار در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف وجود دارد. به نظر می‌رسد تفوق اصل «اختیار فردی» در غرب، الزام بیان حقیقت به بیمار را در جوامع غربی قابل پذیرش نموده است. اما در بسیاری از جوامع شرقی، به علت محوریت خانواده و اولویت اصل «عدم ضرر» نسبت به «اختیار فردی» کتمان حقیقت بیماری امری رایج است. اما آنچه مسلم است تعبیر با شتاب این دیدگاه در بسیاری جوامع و حرکت به سوی افزایش توانمندی و آگاهی فردی برای تصمیم‌گیری آگاهانه مبتنی بر اختیار است. آموزه‌های دینی اسلام، ضمن تأکید بر حق بیمار بر دانستن حقیقت و لزوم فراهم آوردن شرایط لازم برای بهره‌گیری از روزهای پایان حیات، ملاحظات اخلاقی در خصوص عدم ایجاد ترس و نگرانی بی‌مورد در بیمار را مورد توجه قرار می‌دهد، خصوصاً وقتی شرایط روحی روانی او اجازه‌ی برخورد و تصمیم منطقی در مورد شرایط را نمی‌دهد. کاهش امید در بیمار و ایجاد نگرانی و اضطراب از عوامل اصلی خودداری از بیان حقیقت به بیمار هستند. اما دادن حق انتخاب و تصمیم‌گیری‌های آگاهانه، و تقویت اعتماد بین پزشک و بیمار مهم‌ترین دلایل حمایت از بیان حقیقت به بیمار هستند. نکته‌ی مهم و اساسی توجه به افزایش آگاهی‌های عمومی و نیز ارتقای مهارت‌های ارتباطی پزشکان و تیم پزشکی در خصوص نحوه‌ی انتقال خبر بد است.

تدوین و اجرای دستورالعمل‌های خاصی در این خصوص، جهت تسهیل بیان حقیقت به بیمار در برخی کشورها صورت گرفته است که لازم است در کشور ما نیز پیگیری و اجرا گردد.

می‌خواهد دریافت کند تعیین نماید.

۶) توضیح و شرح کافی در مورد بیماری در صورت درخواست بیمار.

۷) گوش دادن به نگرانی‌های بیمار و نکاتی که در آن لحظه برای او اهمیت دارد: از او در این مورد سؤال کنید.

۸) تشویق بیمار به تخلیه‌ی احساسات خود و ابراز همدلی.

۹) جمع‌بندی، برنامه‌ریزی و دادن امید متناسب با بیماری.

۱۰) در دسترس بودن برای توضیح بیش‌تر یا حمایت در صورت لزوم.

در نظر گرفتن شخصیت، فرهنگ، اعتقادات مذهبی و سنت‌های قومی از مهم‌ترین مسائل در این فرآیند هستند. به‌طور مسلم پزشک نمی‌تواند به بیمار خود دروغ بگوید اما گفتن همه‌ی حقیقت در همه موارد، نیز توصیه نمی‌شود (۳۵). میزان اطلاعاتی که ارائه می‌شود باید حساب شده و متناسب با فهم و نیاز بیمار باشد. اطلاعات بیش از حد می‌تواند باعث سردرگمی بیش‌تر و حتی ترس و نگرانی افزون‌تر شود؛ به‌عنوان مثال، بیان یک عارضه‌ی بسیار نادر یک دارو می‌تواند باعث خودداری بیمار از پذیرش یک درمان مؤثر گردد و در نهایت ضرر قابل توجهی را متوجه بیمار نماید.

منابع

- 11- Hanssen I. From human ability to ethical principle: an intercultural perspective on autonomy. *Med Health Care Philos* 2004; 7(3): 269-79.
- 12- Surbone A. Truth telling to the patient. *JAMA* 1992; 268: 1661-2.
- 13- Lai Y. Views from Asia: Truth Telling in Cancer Diagnosis and Prognosis in Taiwan. *Proceeding of the UICC World Cancer Congress 2006: Bridging the Gap: Transforming Knowledge into Action*, July 8-12, 2006, Washington, DC, USA, 89-4. Available at: <http://2006.confex.com/uicc/uicc/techprogram/P10430.HTM>
- 14- Buken NO. Truth-telling information and communication with cancer patients in Turkey. *JISHIM* 2003; 2: 31-6.
- 15- Kazemiyani A. Evaluating physicians' points of view about terminally ill patients. *J Med Ethics Hist Med* 2008;1(2): 61-7.
- ۱۶- وحدانی نیام س، منتظری ع. اطلاع رسانی به بیماران سرطانی از دیدگاه متخصصان پزشکی و بهداشتی: یک مطالعه مقطعی. فصلنامه پایش ۱۳۸۲؛ شماره ۴: ۶۵-۲۵۹.
- 17- Surbone A. Truth telling and ethical issues: an overview. *Proceeding of the UICC World Cancer Congress 2006: Bridging the Gap: Transforming Knowledge into Action* July 8-12, 2006, Washington, DC, USA, 89-1. Available at: <http://2006.confex.com/uicc/uicc/techprogram/P10511.HTM>.
- 18- Wang SY, Chen CH, Chen YS, Huang HL. The attitude toward truth telling of cancer in Taiwan. *J Psychosom Res* 2004; 57: 53-8.
- 19- Atighetchi D. *Islamic Bioethics: Problems and Perspectives*. Springer Netherlands; 2007, p. 274-83.
- 20- Mobeireek AF, Al-Kassimi FA, al-Majid SA, al-Shimemry A. Communication with the seriously ill: physicians' attitudes in Saudi Arabia. *J Med Ethics* 1996; 22(5): 282-5.
- 1- Mosconi P, Meyerowitz BE, Liberati MC, Liberati A. Disclosure of breast cancer diagnosis: patient and physician reports. GIVIO (Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation, Italy). *Ann Oncol* 1991; 2(4): 273-80.
- 2- Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 1995; 274(10): 820-5.
- 3- Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, et al. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and United States. *Chest* 2000; 118(4): 1172-82.
- 4- Mayer DK, Parsons SK, Terrin N, et al. School re-entry after a cancer diagnosis: physician attitudes about truth telling and information sharing. *Child Care Health Dev* 2005; 31(3): 355-63.
- ۵- طاوولی آ، منتظری ع، محققى م ع، روشن ر، طاوولی ز، ملیانی ز. نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش. فصلنامه پایش ۱۳۸۶؛ شماره ۳: ۶۴-۲۵۷.
- 6- Erer S, Atici E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. *J Med Ethics* 2008; 34: 384-8.
- ۷- کاظمی ع، پورسلیمانی ع، فخاری ع، و مداین ک. بررسی جوانب حقیقت گویی از دیدگاه مجموعه ی کادر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره سوم (شماره ۲): ۶۳-۵۴.
- 8- Gold M. Is honesty always the best policy? Ethical aspects of truth telling. *Intern Med J* 2004; 34: 578-80.
- 9- Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979; 241: 897-900.
- 10- Hébert PC, Hoffmaster B, Glass KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: 7. Truth telling. *CMAJ* 1997; 156(2): 225-8.

http://journals.tums.ac.ir/upload_files/pdf/13464.pdf (accessed on Jan 2010)

۳۰- ابن احمدی آ، حیدری ن. آیا راهکار مناسبی جهت

تسهیل انتقال «خبر بد» به بیمار وجود دارد؟ مجله

اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۲):

۱۶-۲۸.

31- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-11.

32- Waston LA. Informing critical care patients of a loved one's death. *Crit Care Nurse* 2008; 28(3): 53-63.

33- Anonymous. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Breaking bad news... Regional guidelines.

http://www.dhsspsni.gov.uk/breaking_bad_news.pdf (accessed on August 2010)

34- Anonymous. Calderdale and Huddersfield NHS Trust. Breaking bad news: guidelines towards best practice. http://www.nursinghomes.cht.nhs.uk/fileadmin/Nursing/Docs/palliative/breaking_bad_news_guidelines.pdf (accessed on August 2010)

35- Zahedi F, Larijani B. Cancer ethics from the Islamic point of view. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2007; 6(5): 17-24.

21- Hamadeh GN, Adib SM. Cancer truth disclosure by Lebanese doctors. *Soc Sci Med* 1998; 47(9): 1289-94.

22- Adib SM, Hamadeh GN. Attitudes of the Lebanese public regarding disclosure of serious illness. *J Med Ethics* 1999; 25: 399-403.

23- Montazeri A, Vahdani M, Haji-Mahmoodi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. Cancer patient education in Iran: a descriptive study. *Support Care Cancer* 2002; 10: 169-73.

24- Ghavamzadeh A, Bahar B. Communication with the cancer patient in Iran. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 809: 261-5.

25- el-Ghazali S. Is it wise to tell the truth, the whole truth and nothing but the truth to a cancer patient? *Ann N Y Acad Sci* 1997; 809: 97-108.

26- Harrison A, Al-Saadi AM, al-Kaabi AS, et al. Should doctors inform terminally ill patients? The opinions of nationals and doctors in the United Arab Emirates. *J Med Ethics* 1997; 23: 101-7.

27- Glass E, Cluxton D. Truth-telling: ethical issues in clinical practice. *J Hosp Palliat Nurs* 2004; 6(4): 232-42.

28- Centeno-Cortés C, Núñez-Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. *Palliat Med* 1994; 8: 39-44.

29- Zahedi F, Larijani B. Common principles and multiculturalism. *J Med Ethics Hist Med* 2009; 2: 6.