

## دیدگاه بیماران در مورد چگونگی انتقال خبر بد

سیداسماعیل مناقب\*<sup>۱</sup>، معصومه حسین‌پور<sup>۲</sup>، فاطمه محرابی<sup>۲</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

انتقال اخبار ناگوار یک بخش اجتناب ناپذیر حرفه طبابت است. پزشک و بیمار دو طرف این طیف هستند. دیدگاه‌های متفاوتی در مورد حقیقت‌گویی و انتقال خبر بد به بیمار در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف وجود دارد. این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم در مورد چگونگی انتقال خبر بد انجام شده است. این مطالعه از نوع مقطعی - توصیفی بود که در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. حجم نمونه برابر با ۱۱۰ بیمار محاسبه گردید و روش نمونه‌گیری به روش آسان بود. جامعه‌ی پژوهش بیماران بخش‌های داخلی، جراحی، زنان و اتفاقات بستری در بیمارستان مطهری و پیمانیه‌ی جهرم بودند. معیار ورود بستری بودن در بیمارستان‌های پیمانیه و مطهری جهرم بود و معیارهای خروج شامل بیماران شدیداً بدحال و بیماران مبتلا به اختلالات روانی-ذهنی بود. پرسشنامه محقق‌ساخته روا و پایا توسط کارشناس همکار طرح در اختیار بیماران قرار گرفت اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ در سطح آمار توصیفی و تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تعداد ۱۱۰ بیمار در این مطالعه شرکت داشتند. بر اساس تحلیل عاملی سه عامل شامل روش انتقال خبر بد، افراد درگیر در انتقال خبر بد و عامل مکان و زمان به‌دست آمد. ۸۷ درصد از بیماران با این‌که همراه بیمار در جریان خبر بد قرار گیرد موافق بودند و ۶۳/۲ درصد از بیماران برای انتقال خبر بد بر لزوم انجام این کار در یک اتاق خصوصی و خلوت تأکید داشتند. به ترتیب ۷۷/۲ درصد و ۶۲/۵ درصد از بیماران بر لزوم وجود مشاور روانپزشکی و مشاور مذهبی تأکید داشتند. ۹۱/۶ درصد از بیماران می‌خواستند تا در مورد علت بیماری اطلاعات کامل به آن‌ها داده شود. طبق نظر ۷۴/۸ درصد از افراد تحت مطالعه، بیماران سرطانی بهتر است نسبت به ابتلا به بیماری سرطان مطلع باشند. این مطالعه نشان داد که در برخی موارد خواسته‌های بیماران برای چگونگی انتقال با سایر جوامع تفاوت چشم‌گیر دارد. در انتقال خبر بد باید به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی توجه کرد. در کشور ما، خانواده می‌تواند نقش حمایتی برجسته‌ای در هنگام انتقال خبر بد به بیمار بازی کند.

**واژگان کلیدی:** انتقال خبر بد، اخلاق پزشکی، مهارت‌های ارتباطی، ارتباط پزشک و بیمار، حقیقت‌گویی

<sup>۱</sup> استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم

<sup>۲</sup> کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم

\* **نشانی:** استان فارس، جهرم، خیابان استاد مطهری، پردیس دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده‌ی پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، کدپستی:

Email: [esmanagheb@yahoo.com](mailto:esmanagheb@yahoo.com)، ۰۹۱۷۳۱۲۵۰۳۷، تلفن: ۰۷۴۱۴۸۴۶۱۹۹

## مقدمه

ارتباط پزشک و بیمار همواره از مباحث بسیار مهم و مورد توجه در حوزه اخلاق پزشکی است. در دهه‌های اخیر ارتباط پزشک و بیمار دچار تغییرات قابل توجهی شده است به طوری که در اکثر جوامع، نگرش پدرسالاری پزشک دیگر مورد قبول نیست و بیمار نقش عمده‌ای در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌های سلامت و درمان ایفا می‌کند. 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 نداشت و به صرف اعتماد به پزشک، توصیه‌های درمانی را مراعات می‌نمود. اما اکنون ما شاهد یک چرخش سریع از پدرسالاری 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 (۱).

انتقال اخبار ناگوار یک بخش اجتناب ناپذیر حرفه طبابت است (۲). پزشک و بیمار دو طرف این طیف هستند. پس مهارت پزشک در انتقال خبر بد و نیز انتظار بیمار در چگونگی دریافت آن حائز اهمیت است و نیازمند بررسی می‌باشد (۲). خبر بد یک مفهوم نسبی است و چگونگی تعبیر خبر بد باید بر عهده خود بیمار گذاشته شود. Buckman اولین محقق است که تعریفی از خبر بد ارائه کرده است؛ به نظر وی هر خبری که نگرش فرد در مورد آینده‌اش را به گونه‌ای منفی و به‌نحو چشم‌گیری تغییر دهد خبر بد نامیده می‌شود (۳).

اخذ رضایت آگاهانه‌ی بیمار در اقدامات تشخیصی، درمانی یا پژوهشی یکی از اصول اخلاقی مهم در اخلاق پزشکی نوین است. نقش پزشک به‌عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی و نیز نقش خانواده و آشنایان در تصمیم‌گیری‌های پزشکی کم رنگ 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 (۱). در یافتن 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 این که در فرهنگ‌های متفاوت می‌تواند از پذیرش مطلوبی برخوردار باشد، از لحاظ قانونی نیز می‌تواند با ثبت در پرونده بیمار تأیید شود (۴). 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 بیمار باعث بروز اضطراب، ناامیدی و اندوه، افسردگی، ترس یا بی‌خوابی نمی‌شود (۵). از سوی دیگر، برخی معتقدند اطلاع بیمار از بیماری خود به بهبود روابط با اطرافیان و تیم درمانی منجر می‌شود (۶) و نگفتن حقیقت می‌تواند باعث مشکلاتی چون عدم امکان تصمیم‌گیری صحیح درمانی منطبق با اهداف شخصی، تحمیل فشار و رنج عاطفی و جسمی غیر ضروری به بیمار، و نیز افزایش هزینه‌ها شود (۷).

میزان اطلاعاتی که باید در اختیار بیمار قرار گیرد یکی

شده است علیرغم اذعان پزشکان به «حق دانستن» برای بیمار، در بیش تر موارد به علت استرس و نبودن زمان کافی برای رسیدگی به نیازهای عاطفی و روحی بیمار، ترس از گذاشتن اثر منفی روی بیمار، درخواست اطرافیان بیمار و ترس از ترک درمان، معمولاً حقایق تلخ مرتبط با بیماری یا همه‌ی حقایق تلخ و اخبار ناخوشایند به بیمار گفته نمی‌شود. البته در پایان این مطالعه سیستماتیک، مؤلفین پیشنهاداتی در مورد توجه به تفاوت‌های فرهنگی برای بیان مناسب حقایق مرتبط با بیماری و جلوگیری از اثرات منفی حقایق تلخ ارائه داده‌اند (۱۷).

مسئولیت انتقال اخبار بد به بیمار و اطرافیان وی یکی از مشکل ترین جنبه‌های حرفه‌ای پزشکان است. و در این میان ضروری است که پزشک نسبت به مسائل اجتماعی، روان شناختی و بالینی بیمار شناخت کامل داشته باشد تا بتواند در تمام شرایط از بیمار خود حمایت کند و پروسه‌ی درمانی بازخوردی مثبت تر از قبل داشته باشد. 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 امری رایج است. اما آن چه مسلم است تغییر 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 اجازه 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

دیگر از موضوعاتی است که پزشک و 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 (۸). این مباحث در کشورهای مختلف مورد توجه بوده و راهکارهایی برای آن پیشنهاد (۹-۱۱) و دستورالعمل‌های سودمندی ارائه شده است (۱۲). میزان اطلاعاتی که ارائه می‌شود باید متناسب با فهم و نیاز بیمار باشد. اطلاعات بیش از حد می‌تواند باعث سردرگمی بیش‌تر و حتی ترس و نگرانی افزون‌تر شود (۱).

بیمار محوری مبین این مسأله است که بیمار باید در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامتی خود سهم باشد و رعایت حقوق بیمار یکی از مسئولیت‌های اصلی پزشک است (۱۳). پزشک باید با بیمار یا همراهان وی به صورت واضح و شفاف صحبت کند و آن‌ها را از خطرات احتمالی که بیمار با آن مواجه است آگاه ساخته و در اخذ تصمیم نهایی به آن‌ها کمک کند (۱۴). شواهد نشان داده به ندرت میان پزشک و بیمار لاعلاج یا نزدیک به مرگ ارتباط صحیحی برقرار می‌شود و این برقراری ارتباط همواره با کاستی‌های فراوانی همراه است (۱۵). معمولاً بستگان بیمار اذعان دارند که شناخت بیش تری نسبت به بیمار داشته و بهتر می‌دانند که چه چیزی برای او مناسب است و بر این باورند که گفتن حقیقت امید را از بیمار می‌گیرد (۹). در مطالعه‌ای که درخصوص انتظار بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن از پزشک خود انجام گرفت مشخص شد که آن‌ها از پزشک خود می‌خواهند که نسبت به آن‌ها احساس مسئولیت داشته، دلسوز، صادق و راستگو باشد و با زبانی ساده و با صراحت با آن‌ها صحبت کند (۱۶).

در یک مطالعه‌ی مروری که در استرالیا انجام شده روشن

پرسشنامه به بیمار داده شده و در نهایت پرسشنامه‌های پر شده جمع‌آوری شدند. پرسشنامه توسط خود بیمار تکمیل و مجدداً تحویل کارشناس طرح می‌شد. در مورد بیمارانی که سواد نداشتند، توسط کارشناس گویه‌ها برای آن‌ها خوانده شده و نظر بیمار بدون دخل و تصرف در پرسشنامه وارد می‌شد. شرکت بیماران در این مطالعه داوطلبانه بود و به آن‌ها توضیح داده می‌شد که در صورت اجتناب از شرکت در مطالعه هیچ تأثیری در روند مراقبت‌های طبی آنان نخواهد داشت.

پرسشنامه دارای ۲ قسمت بود که قسمت اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک: سن، جنس، نوع بیماری حاد یا مزمن (بر اساس تشخیص پزشک معالج)، مدت بستری، بخش بستری در بیمارستان، نام بخش و میزان تحصیلات بود. بخش دوم آن شامل ۳۰ سؤال در زمینه دیدگاه بیماران در مورد خبر بد و انتظارشان در خصوص نحوه انتقال خبر بد بود و سؤال‌ها بر اساس مقیاس ۵ امتیازی لیکرت به صورت کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف تنظیم شده بود. اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح آمار توصیفی و تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

تعداد ۱۱۰ بیمار در این مطالعه شرکت داشتند که ۱۰۲ نفر از آن‌ها پرسشنامه‌ها را به‌طور کامل پر کردند. بنابراین، میزان برگشت پرسشنامه‌ها ۹۲/۷ درصد بود. شرکت‌کنندگان ۴۷ درصد مرد و ۵۳ درصد زن بودند. حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۹۱ سال با میانگین سنی ۴۳ سال داشتند. ۳۲/۷ درصد آن‌ها بی‌سواد، ۲۸/۷ درصد دارای سواد ابتدایی، ۱۸/۸ درصد سواد دبیرستان، ۱۱/۹ دیپلم، ۷ درصد کاردانی و کارشناسی و تنها یک نفر سواد در سطح دکتری داشتند. از نظر بخش بستری شده، ۳۹ درصد از شرکت‌کنندگان در بخش داخلی، ۳۶ درصد بخش جراحی، ۱۲ درصد بخش زنان و ۱۰ درصد در اتفاقات بستری بودند. بنا به تشخیص پزشک معالج ۶۸/۱

به بیمار هستند. اما دادن حق انتخاب و تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و تقویت اعتماد به پزشک و بیمار مهم ترین دلایل حمایت از بیان حقیقت به بیمار می‌باشند. 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 در برخی کشورها صورت گرفته است که لازم است در کشور ما نیز پیگیری و اجرا شود. تحقیقاتی که تاکنون صورت گرفته اکثراً در کشورهای خارجی بوده، با توجه به این‌که روش مناسب انتقال خبر بد بستگی به عوامل فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه دارد و در کشور ما تاکنون تحقیقات چندانی در این زمینه انجام نشده است، این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم در مورد چگونگی انتقال خبر بد انجام شده است.

### روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی - توصیفی بود که در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. حجم نمونه برابر با ۱۱۰ بیمار محاسبه شد و روش نمونه‌گیری به روش آسان بود. جامعه پژوهش بیماران بخش‌های داخلی، جراحی، زنان و اتفاقات بستری در بیمارستان مطهری و پیمانیه جهرم بودند. معیار ورود بستری بودن بیمار در بیمارستان‌های پیمانیه و مطهری جهرم بود و معیارهای خروج شامل بدحالی بیماران و ابتلا بیماران به اختلالات روانی - ذهنی به تشخیص پزشک معالج بود. ابتدا از پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته استفاده شد که روایی آن با استفاده از پنج تن از اساتید و پژوهشگران که در زمینه مهارت‌های ارتباطی پژوهش می‌کنند به روش تعیین روایی محتوا تعیین شد، و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ با استفاده از انجام یک مطالعه‌ی پایلوت بر روی ۲۰ نفر برابر با ۷۳ درصد تعیین شد سپس پرسشنامه توسط کارشناس همکار طرح در اختیار بیماران قرار گرفته فرصتی جهت پرکردن

درصد شرکت‌کنندگان مبتلا به بیماری‌های حاد و ۳۱/۹ درصد فراوانی در قالب طیف لیگرت در جدول شماره‌ی (۱) آمده است که برای سهولت موارد موافق و کاملاً موافق با هم و موارد مخالف و کاملاً مخالف نیز با هم در یک ستون جمع شده‌اند.

جدول شماره‌ی ۱- نتایج نظرسنجی از بیماران بر حسب درصد (فراوانی)

ردیف	گویه	موافقم	نظری ندارم	مخالفم
۱	بهتر است بیمار در جریان کامل خبر بد قرار گیرد.	۵۰/۷ (۵۲)	۸/۲ (۸)	۳۹/۱۲ (۴۰)
۲	همراه بیمار باید در جریان بیماری قرار گیرد.	۸۷ (۸۹)	۱ (۱)	۱۲ (۱۲)
۳	پزشک خانوادگی (عمومی) بهترین مرجع برای دادن خبر بد است.	۶۵/۶ (۶۷)	۲۲/۲ (۲۳)	۱۲/۲ (۱۲)
۴	بهتر است خبر بد توسط افراد خانواده (برادر، خواهر، همسر و ...) به بیمار منتقل شود.	۶۲ (۶۳)	۱۵ (۱۵)	۲۳ (۲۳)
۵	بهتر است خبر بد توسط اقوام یا دوستان به بیمار داده شود.	۲۹ (۳۰)	۱۴ (۱۴)	۵۷ (۵۸)
۶	پرستار و سایر پرسنل درمانی افراد مناسبی برای دادن خبر بد به بیمار می‌باشند.	۵۰ (۵۱)	۱۲ (۱۲)	۳۸ (۳۹)
۷	پزشک متخصص فرد مناسب برای دادن خبر بد به بیمار است.	۷۴/۴ (۷۶)	۹/۲ (۹)	۱۶/۴ (۱۷)
۸	دانشجویان پزشکی افراد مناسبی برای دادن خبر بد هستند.	۱۴/۳ (۱۵)	۲۰/۴ (۲۱)	۶۵/۳ (۶۷)
۹	هنگامی که دانشجویان در حال آموزش بالای سر بیمار هستند زمان مناسبی برای دادن خبر بد است.	۷ (۷)	۱۴/۱ (۱۴)	۷۸/۵ (۸۰)
۱۰	راهرو بیمارستان مکان مناسبی برای دادن خبر بد به بیمار است.	۳۸ (۳۹)	۱۲ (۱۲)	۵۰ (۵۰)
۱۱	برای دادن خبر بد نیاز به یک اتاق خلوت و خصوصی است.	۶۲/۱۳ (۶۳)	۱۸/۴ (۱۹)	۱۹/۳ (۲۰)
۱۲	بهتر است خبر بد بلافاصله بعد از تشخیص پزشک، به بیمار داده شود.	۷۷/۶ (۷۹)	۱۷/۲ (۱۸)	۵/۱ (۵)
۱۳	اورژانس مکان مناسبی برای دادن خبر بد است.	۱۸/۸ (۱۹)	۱۶/۷ (۱۷)	۳۶/۱۶ (۴۴)
۱۴	پزشکان مسن برای انتقال خبر بد به بیمار مناسب تر هستند.	۶۰/۴ (۶۲)	۲۱/۹ (۲۲)	۱۷/۷ (۱۸)
۱۵	مایلم در مورد علت بیماری به‌طور کامل بدانم.	۹۱/۶ (۹۳)	۵/۳ (۵)	۳/۲ (۳)
۱۶	مایلم در مورد سیر بیماری و پیش‌آگهی بیماری به‌طور کامل بدانم.	۸۵/۱۳ (۸۷)	۵/۳ (۵)	۸/۴ (۹)
۱۷	داشتن اطلاعات قبلی درباره‌ی بیماری قبل از گفتن خبر بد مفید است.	۷۶/۹ (۷۸)	۱۴/۷ (۱۵)	۸/۵ (۸)
۱۸	بهتر است قبل از گفتن خبر بد، پزشک از میزان اطلاعات بیمار در زمینه‌ی آن بیماری آگاهی یابد.	۸۳/۵ (۸۵)	۸/۲ (۸)	۸/۳ (۸)
۱۹	دریافت خبر ابتلا به یک بیماری شایع خیلی راحت‌تر از خبر ابتلا به یک بیماری نادر قابل پذیرش است.	۶۵/۳ (۶۷)	۲۹/۵ (۳۰)	۵/۳ (۵)
۲۰	میزان تبحر پزشک در امر درمان در پذیرش خبر بد مؤثر است.	۸۴/۱ (۸۴)	۱۰/۶ (۱۱)	۵/۳ (۵)
۲۱	آگاهی از بیماری در تصمیم‌گیری برای ادامه‌ی درمان تأثیر مثبت دارد.	۷۱/۱ (۷۳)	۱۴/۹ (۱۵)	۱۵/۹ (۱۶)
۲۲	بهتر است پزشکان برای کسب تبحر در انتقال خبر بد در این زمینه آموزش لازم ببینند.	۸۱/۱۱ (۸۳)	۱۵/۸ (۱۶)	۲/۱ (۲)

۲۳	وجود یک مشاور روان‌پزشکی در حین یا بعد از خبر بد ضروری است.	۷۹/۲ (۸۱)	۱۷/۷ (۱۸)	۳/۱۱ (۴)
۲۴	دوست دارم پس از شنیدن خبر بد با یک مشاور دینی صحبت کنم.	۶۹/۵ (۷۱)	۲۰ (۲۰)	۱۰/۵ (۱۱)
۲۵	بهتر است پزشکان هنگام گفتن خبر بد به روحیه‌ی بیمار و وضعیت عاطفی وی توجه کنند.	۸۸/۵ (۹۰)	۸/۳ (۹)	۳/۱ (۳)
۲۶	بهتر است پزشکان در هنگام گفتن خبر بد به اعتقادات مذهبی بیمار توجه کنند.	۷۱ (۷۲)	۱۷/۲ (۱۸)	۱۱/۹ (۱۲)
۲۷	گفتن خبر بد توسط پزشک باعث ایجاد تفکر منفی در بیمار نسبت به پزشک می‌شود.	۴۰/۱۰ (۴۱)	۱۶/۸ (۱۷)	۴۱/۱۱ (۴۲)
۲۸	بیمار حق دارد به‌طور کامل در جریان مشکل خود قرار گیرد.	۶۱/۱۱ (۶۲)	۲۷/۴ (۲۸)	۱۰/۵ (۱۱)
۲۹	بیماری که به سرطان مبتلا است باید نسبت به ابتلا به آن بیماری مطلع شود.	۷۴/۸ (۷۶)	۱۰/۵ (۱۱)	۱۴/۷ (۱۵)
۳۰	بیماران سرطانی باید به‌طور کامل در جریان روند بیماری و مدت زمان زنده بودن خود قرار بگیرند.	۳۸/۱۶ (۳۹)	۲۱/۹ (۲۲)	۳۸/۵ (۳۹)

### بحث

این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه بیماران در مورد چگونگی انتقال خبر بد انجام شد. از منظر اسلام، هر فرد از این حق برخوردار است تا حقایق شخصی و مربوط به خود را بداند و بر اساس آن‌ها در مورد برنامه‌های آینده‌ی خود 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 کافی برخوردار باشد، تصمیم‌گیرنده 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 و رفع کدورت‌ها باشد. وصیت کردن، همچنین، از دستورات اسلامی است که بر آن تأکید شده است. بنابراین، روزها و هفته‌های پایانی حیات می‌تواند توسط بیمار غنیمت شمرده شود. البته باید در خاطر داشت که همه‌ی 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

جهت دسته‌بندی و خلاصه‌سازی ۳۰ سؤال طرح شده در بررسی دیدگاه بیماران از چگونگی انتقال خبر بد از روش تحلیل عاملی استفاده شد که پس از به‌دست آمدن ضریب kmo معادل ۰/۸۸۸ و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰۱ توانایی تحلیل عاملی به‌دست آمد و مشخص شد که متغیرها (سؤالات) قابلیت بار شدن بر روی هم را دارند. این موضوع در محاسبه درصد تراکمی بیش از ۵۰ درصد (۸۲/۳۵ درصد) تأیید شد. بر همین اساس جهت دسته‌بندی سؤالات ضریب همبستگی بالای ۰/۵ در نظر گرفته شد و در نهایت سه عامل به ترتیب شامل روش انتقال خبر بد، افراد درگیر در انتقال خبر بد و عامل مکان و زمان به‌دست آمد و تمامی ۳۰ سؤال بر روی سه عامل بار شدند به شکلی که عامل اول شامل سؤالات ۳۰-۱۵، ۱۲، ۱۱ و عامل دوم شامل سؤالات ۱۴، ۸-۲ و عامل سوم شامل سؤالات ۱۳، ۱۱-۹ شد. بین سن ( $P=۰/۶۴۸$ ،  $r=۰/۰۵۵$ )، سطح تحصیلات ( $P=۰/۵۴۴$ ،  $r=۰/۰۷۳$ )، مکان زندگی ( $P=۰/۹۶۵$ )،  $r=۰/۰۰۵$  و نوع بیمار ( $P=۰/۶۵۵$ ،  $r=۰/۰۵۵$ ) با دیدگاه بیماران نسبت به انتقال خبر بد ارتباطی مشاهده نشد. ولی بین جنس و دیدگاه بیماران نسبت به انتقال خبر بد ارتباط معنی دار مشاهده شد. ( $P=۰/۰۰$ ،  $r=۰/۴۳۴$ ).

کشورهای اسلامی که دارای زمینه‌های فرهنگی متفاوتی هستند تأثیر گذارده است. به طریقی که نحوه‌ی برخورد و تصمیم‌گیری در مورد گفتن حقیقت به بیمار، بیشتر تابع شرایط فرهنگی است تا دستورات دینی (۱). در حقیقت در اکثر کشورهای اسلامی خودداری از تحمیل هرگونه فشار روحی و روانی به بیمار، پدرسالاری پزشک و نیز نقش حمایتی خانواده را توجیه می‌کند (۱۸). در جامعه ایرانی نیز به شدت حمایت از یک بیمار غیر قابل 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 (۲۰، ۱۹).

در مطالعه‌ی حاضر بر اساس تحلیل عاملی سه عامل شامل روش انتقال خبر بد، افراد درگیر در انتقال خبر بد و عامل مکان و زمان به دست آمد و تمامی ۳۰ سؤال بر روی سه عامل بار شدند. مطالعات انجام شده بر روی بیماران سرطانی نیز نشان داده که در برقراری ارتباط برای انتقال خبر بد، چهار جزء اصلی برای آن‌ها مهم است که عبارتند از جایگاه انتقال خبر بد، روش انتقال خبر بد، نوع و مقدار اطلاعات داده شده و حمایت روحی روانی از بیمار (۲۲، ۲۱).

در مطالعه‌ای که ما انجام دادیم ۶۳/۲ درصد از بیماران بر لزوم انتقال خبر بد در یک اتاق خصوصی و خلوت تأکید داشتند و به ترتیب ۷۷/۶ درصد و ۶۴/۶ درصد از آن‌ها با انتقال خبر بد در راهروهای بیمارستان و اورژانس مخالف بودند. بنابراین، بسیار اهمیت دارد که در هنگام انتقال خبر بد به جایگاه انجام مصاحبه و خصوصی بودن محل توجه ویژه نماییم. در مطالعه‌ی شوفیلد و همکاران در استرالیا نیز بر خصوصی بودن مکان انجام مصاحبه تأکید شده است (۲۳).

در مطالعه‌ی حاضر تقریباً ۸۷ درصد از بیماران با این که همراه بیمار در جریان خبر بد قرار گیرد موافق بودند و حتی

۶۲ درصد از بیماران با این که خبر بد توسط افراد خانواده به آن‌ها گفته شود نیز موافق بودند. مطالعات انجام شده در ژاپن نشان می‌دهد که ۷۸ درصد بیماران ترجیح می‌دهند خبر بد با اعضای خانواده آن‌ها نیز در میان گذاشته شود (۲۲). اما در کشورهای غربی این میزان پایین تر است به طوری که در ایرلند این میزان ۴۰ درصد (۲۴)، در استرالیا ۵۳ تا ۵۷ درصد (۲۳) و در پرتغال ۶۱ درصد بیماران تمایل دارند که خبر بد با اعضای خانواده در میان گذاشته شود یا در حضور آن‌ها خبر بد به بیمار گفته شود (۲۵). مطالعات انجام شده در آمریکا نشان می‌دهد که ۸۱ درصد بیماران ترجیح می‌دهند در هنگام انتقال خبر بد هیچکس دیگری حضور نداشته باشد و بیمار تنها باشد (۲۶). نتایج فوق نشان می‌دهد که در برخی از کشورها و بخصوص در کشور خودمان خانواده می‌تواند در هنگام انتقال خبر بد به بیمار نقش حمایتی برجسته‌ای بازی کند و در پذیرش خبر بد توسط بیمار مؤثر و مفید واقع شود.

نکته‌ی مهم دیگر لزوم وجود مشاور روان‌شناسی و مشاور مذهبی در هنگام یا پس از انتقال خبر بد است. در مطالعه‌ی حاضر به ترتیب ۷۷/۲ درصد و ۶۲/۵ درصد از بیماران بر لزوم وجود مشاور روان‌پزشکی و مشاور مذهبی تأکید داشتند و دوست داشتند که در صورت شنیدن خبر بد با این مشاوران صحبت کنند. متأسفانه در این زمینه در سایر کشورها مطالعه‌ای انجام نشده است.

در مطالعه‌ی ما ۶۵/۶ درصد بیماران پزشک عمومی خانوادگی را برای انتقال خبر بد ترجیح می‌دادند و ۶۰/۴ درصد از بیماران برای انتقال خبر بد پزشکان مسن را ترجیح دادند. هم‌چنین ۷۴/۴ درصد از بیماران با انتقال خبر بد توسط پزشکان متخصص موافق بودند ولی ۶۵/۳ درصد از آن‌ها با این که دانشجویان پزشکی افراد مناسبی برای انتقال خبر بد هستند مخالف بودند. در یک مطالعه مروری که توسط

خبر بد، اطلاعات کلی در مورد بیماری مورد نظر داشته باشند و به عبارتی پزشک این اطلاعات را در اختیار آنها بگذارد و این موضوع می‌تواند بیانگر نقش مهم و لزوم مقدمه‌چینی قبل از انتقال خبر بد را نشان دهد. این مطالعه نشان داد که ۸۸/۵ درصد از بیماران دوست داشتند که پزشکان هنگام گفتن خبر بد به روحیه بیمار و وضعیت عاطفی وی توجه کنند. سایر مطالعات نیز نشان می‌دهد که بیماران دوست دارند که پزشک حمایت روحی کافی از آنها به عمل آورد و پزشک نسبت به احساسات بیمار و خانواده وی بی تفاوت نباشد و به آنها توجه کند (۲۲، ۲۱).

تقریباً ۸۴ درصد از بیماران توانایی پزشک و مهارت وی را در انتقال خبر بد در میزان پذیرش خبر بد توسط بیمار مؤثر می‌دانستند، و به نظر ۸۲/۱ درصد از آنها آموزش پزشکان در این زمینه ضروری بود که نشان‌دهنده‌ی لزوم آموزش و کسب این مهارت‌ها توسط پزشکان و دانشجویان پزشکی می‌باشد. در مطالعات مشابه از نظر اکثر بیماران سرطانی حاذق بودن پزشک و مهربان بودن وی برای انتقال اطلاعات تشخیصی و درمانی و پاسخ به سؤالات بیمار اهمیت بسیار دارد (۳۳)، (۳۲). از طرف دیگر این مطالعه نشان داد که ۶۵/۳ درصد از بیماران انتقال خبر مرتبط به ابتلا به یک بیماری شایع را خیلی راحت تر نسبت به ابتلا به یک بیماری نادر تحمل می‌کنند و می‌پذیرند.

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 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. تردیدی وجود ندارد که اعلام ماهرانه، مدبرانه، متبحرانه، دوراندیشانه،

Fujimori و همکاران در ژاپن انجام شد نیز بسیاری از بیماران، پزشکان آشنا را برای انتقال خبر بد ترجیح می‌دادند (۲۷). در مطالعه‌ی حاضر ۵۶/۵ درصد از بیماران تمایل داشتند که در جریان کامل خبر بد قرار گیرند و ۴۰/۲ درصد از آنان با این امر مخالف بودند، ۹۱/۶ درصد از بیماران می‌خواستند تا در مورد علت بیماری اطلاعات کامل به آنها داده شود و ۸۶/۳ درصد نیز مایل بودند تا در مورد پیش‌آگهی بیماری و سیر بیماری به‌طور کامل بدانند. طبق نظر ۷۴/۸ درصد از افراد تحت مطالعه، بیماران سرطانی باید نسبت به ابتلا به بیماری سرطان مطلع باشند و حتی ۳۶/۹ درصد از آنها با این امر که بیماران سرطانی باید از مدت زمان زنده بودن خود اطلاع داشته باشند موافق بودند. البته ۳۸/۵ درصد از آنها نیز با این موضوع که بیماران سرطانی باید از مدت زمان زنده بودن خود اطلاع داشته باشند مخالف بودند که این تعداد نیز قابل توجه است و باید در هنگام انتقال خبر بد به آن توجه داشت. در مطالعه‌ی Cassilett و همکاران در مرکز سرطان پنسیلوانیا نیز تقریباً تمام بیماران سرطانی (۹۶ تا ۹۸ درصد) می‌خواستند بدانند که بیماری آنها سرطان است (۲۸). اکثر بیماران (۵۷ تا ۹۵ درصد) خواهان این هستند که تمام اطلاعات خوب و بد راجع به بیماری خود را بدانند (۲۹)، (۲۳). هم‌چنین اکثر بیماران (۹۱ تا ۹۷ درصد) تمایل دارند که در مورد احتمال بهبودی کامل خود اطلاعات کامل داشته باشند (۳۰). مطالعات در کشورهای آسیایی نشان می‌دهد که کم‌تر از ۳۰ درصد بیماران سرطانی تمایل دارند که در مورد میزان امید به زندگی به آنها توضیح کامل داده شود (۳۱). در حالی که این میزان در مطالعات انجام شده در کشورهای غربی حدود ۶۰ درصد است (۲۳). این تفاوت‌ها می‌تواند کاملاً وابسته به شرایط فرهنگی و اجتماعی باشد.

۷۶/۹ درصد از بیماران خواهان این بودند که قبل از انتقال



### نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که در انتقال خبر بد، عوامل مرتبط با روش انتقال خبر، افراد درگیر در انتقال خبر و مکان و زمان انتقال خبر بد باید مورد توجه قرار گیرند. برای انتقال خبر بد به یک مکان خلوت و خصوصی نیاز است و اکثر بیماران خواهان این هستند که در جریان کامل خبر بد قرار گیرند و اطلاعات کامل به آنها داده شود. هم‌چنین بر اساس نتایج این مطالعه برای انتقال خبر بد پزشکان خانواده مسن مناسب‌تر هستند و برعکس، دانشجویان پزشکی به هیچ وجه مناسب نیستند. بیماران با این امر که خانواده آنها در جریان خبر بد قرار گیرند موافق بودند و بسیاری ترجیح می‌دهند از طریق آنها در جریان خبر بد قرار گیرند.

### تشکر و قدردانی

از بیماران محترم که در این مطالعه شرکت کردند و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم تشکر می‌شود.

و جامع‌نگرانه خبر بد به بیمار و اطرافیان وی، تسکین خاطر عمده‌ای را به وجود می‌آورد و کنترل تبعات آنی و آتی خبر بد را بسیار آسان می‌کند (۳۴). ضمن این که اعتماد به نفس در خود کادر پزشکی هم بدین ترتیب تقویت گشته و در کنار آن حس اعتماد بیمار و اطرافیان آن به پزشک، سرمایه گران بهایی است که ادامه پروتکل درمانی، پذیرش توصیه‌های پزشکی، کیفیت مواجهه بیمار با شرایط آینده و سیر بیماری را به صورتی مثبت و نافع تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۵).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نبودن پرسشنامه استاندارد متناسب با فرهنگ کشورمان و لزوم توجه بیماران قبل از تکمیل هر پرسشنامه که زمان زیادی را بخود اختصاص می‌داد و هم‌چنین کمبود مطالعات در این زمینه در کشورمان اشاره کرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در این زمینه با پرسشنامه‌هایی که تمرکز بیشتر بر عوامل یا حیطه‌های مؤثر در انتقال خبر بد دارند، انجام گیرد.

medical care form terminal diagnosis to death. Arch Intern Med 2001; 161(6): 868-74.

16- Kumar PJ, Clark ML. Kumar and Clark clinical medicine, ethics and communication. Michigan: Elsevier Saunders; 2005.

17- Hancock K, Clyton JM, Parker SM, et al. Truth – telling in discussing prognosis in advanced life – limiting illnesses: a systematic review. Palliat Med 2007; 21(6): 507-17.

18- Atighetchi D. Islamic Bioethics: Problems and Perspective. Netherlands: Springer; 2007, p.274-83.

19- Montazeri A, Vahidi M, Haji-mahmoodi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. Cancer patient education in Iran: a descriptive study. Support Care cancer 2002; 10(2): 169-73.

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

21- Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, et al. Good communication when receiving bad news about cancer in Japan. Psychooncology 2005; 14(12): 1043-51.

22- Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psychooncology 2007; 16(6): 573-81.

23- Schofield PE, Beeney LJ, Thompson JF, Butow PN, Tattersall MH, Dunn SM. Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. Ann Oncol 2001; 12(3): 365-71.

24- Keating DT, Nayeem K, Gilmartin JJ, O'Keefe ST. Advance directives for truth disclosure. Chest 2005; 128(2):1037-9.

25- Gonçalves F, Marques A, Rocha S, Leitão P, Mesquita T, Moutinho S. Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. Palliat Med 2005; 19(7): 526-31.

26- Kim MK, Alvi A. Breaking the bad news of cancer: the patient's perspective. Laryngoscope 1999; 109(7 pt 1): 1064-7.

27- Fujimori M, Parker PA, Akechi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y. Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. Psychooncology 2007; 16(7): 617-25.

28- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation

## منابع

1- Zahedi F, Larijani B. Telling the truth to patients in different cultures and views of Islam. Iranian J Med Ethics Hist Med 2010; 3(0 and 2): 1-11. [In Persian]

2- Managheb SE. Effective communication with patients for medical students and doctors, First ed. Shiraz: Irsa; 1388, p. 101-2. [In Persian]

3- Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? Br Med J (Clin Res Ed) 1984; 288(6430): 1597-9.

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

5- Centeno-cortes C, Nunez-Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patient: a prospective study evaluation patients' responses. Palliat Med 1994; 8(1): 39-44.

6- Gold M. Is honesty always the best policy? Ethical aspects of truth telling. Intern Med J 2004; 34(9-10): 578-80.

7- Hébert PC, Hoffmaster B, Gloss KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: truth telling. CMAJ 1997; 156(2): 225-8.

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

9- Ibn Ahmadi A, Heydari N. Is there a proper method of truth telling?. Iranian J Med Ethics Hist Med 2010, 3(2): 16-28. [In Persian]

10- Baile WF, Buclman 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.

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

12- Anonymous. Breaking bad news...regional guidelines.

[http://www.dhsspsni.gov.uk/breaking\\_bad\\_news.pdf](http://www.dhsspsni.gov.uk/breaking_bad_news.pdf) (accessed in 2010): 1-11.

13- Leino-Kilpi H. Patients' autonomy, privacy and informed consent. IOS Press; 2000, p. 11-16.

14- Sakellari E. Patient' autonomy and informed consent. ICUS Nurs web J 2003; 13: 1-9.

15- Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of

- 33- Deschepper R, Bernheim JL, Vander Stichele R, et al. Truth-telling at the end of life: a pilot study on the perspective of patients and professional caregivers. *Patient Educ Couns* 2008; 71(1): 52–6.
- 34- Arnold R, Lidz CH. Clinical aspects of informed consent. In: Reich T, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: MacMillan Library; 1995: p. 87.
- 35- Kazemi A. Medical environment, patient and bad news. *Strides Develop Med Educ* 2007; 4(2): 133-9. [In Persian]
- preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980; 92(6): 832–6.
- 29- Lind SE, DelVecchio Good MJ, Seidel S, Csordas T, Good BJ. Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 1989; 7(5): 583–9.
- 30- Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psychooncology* 1995; 4(3): 197–202.
- 31- Tang ST, Lee SY. Cancer diagnosis and prognosis in Taiwan: patient preferences versus experiences. *Psychooncology* 2004; 13(1): 1–13.
- 32- Azu MC, Jean S, Piotrowski JM, O’Hea B. Effective methods for disclosing breast cancer diagnosis. *Am J Surg* 2007; 194(4): 488–90.

## Patient's viewpoints about how to break bad news

Sayyed Esmaeil Managheb<sup>\*1</sup>, Masoumeh Hosseinpour<sup>2</sup>, Fatemeh Mehrabi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran;

<sup>2</sup> Medical Student, Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

### Abstract

Breaking bad news is an unavoidable part of the medical profession, and doctors and patients stand at the two sides of this function. There are different views about how to break bad news in different cultures and societies. In this study we assessed the viewpoints of hospitalized patients on how to break bad news.

This cross sectional study was performed in 2011 at the Jahrom University of Medical Sciences. Sample size of 110 patients was calculated and the method of sampling was simple random sampling. Target population was the hospitalized patients of Peymanyeh and Motahari hospitals in Jahrom. Entry criteria consisted of being admitted to the above hospitals, and exclusion criteria included severely ill patients and patients with mental disorders. A reliable self-administered questionnaire was designed and validated. The questionnaires were completed and returned by 110 patients. Data were analyzed using the SPSS<sub>16</sub> software through descriptive analysis. One hundred and ten patients were included in this study. The factor analysis showed three elements: methods of breaking bad news, the people involved in the breaking bad news process, and timing and location. Of participants 78% wanted to be told the bad news while their relatives were present, 63.2% wanted to be told the bad news in a private and quiet room. Almost all respondents emphasized the need for religious advisors and psychological counselors (77.2% and 62.5% respectively). Most of participants (91.5%) wished to receive all the information about the etiology of their disease, and 74.8% of them wanted to be told whether their illness was cancer.

This study showed that there are different views on how to break bad news in different cultures and societies. Social and cultural differences must be considered in breaking bad news. In our country, patients' families could have a prominent supporting role in the delivery of bad news to patients.

**Keywords:** breaking bad news, medical ethics, communication skills, physician-patient relationship, truth

---

\*Email: [esmanagheb@yahoo.com](mailto:esmanagheb@yahoo.com)