

گفتن خبر بد به بیمار و جوانب مختلف آن

مجتبی پارسا^۱، علیرضا باقری^۲، باقر لاریجانی^۳

مقاله‌ی مروری

چکیده

گفتن خبر بد به خود بیمار، حتی در کشورهایی که امروزه رویه‌ی معمول چنین است، سابقه‌ی دیرینه‌ای ندارد. در این مورد بین بیماران و پزشکان اختلاف نظر وجود دارد. بسیاری از پزشکان تمایلی به گفتن خبر بد ندارند که این موضوع در اکثر موارد بر خلاف میل بیماران است. اختلافات فرهنگی در دیدگاه پزشکان در انتقال اخبار بد مؤثر است. مثلاً در کشورهای اروپای شمالی و ایالات متحده رویه‌ی معمول اکثر پزشکان این است که تشخیص را به بیمار بگویند، اما در کشورهای اروپای جنوبی و شرقی یا بسیاری از کشورهای آسیایی ممکن است چنین اطلاعاتی به بیماران داده نشود. هم‌چنین، در جامعه‌ی ایرانی هم پزشکان ترجیح می‌دهند تا اطلاعات مربوط به بیماران را به‌جای خود بیمار به خانواده‌ی آن‌ها بگویند. همین اختلافات فرهنگی در دیدگاه مردم نیز تأثیر می‌گذارد. مثلاً اکثر مردم در کشورهای غربی موافق گفتن اخبار بد توسط پزشکان به بیماران هستند ولی در کشورهای دیگر همیشه دیدگاه مردم این نیست. اما به‌طور کلی امروزه، نظر غالب این است که باید اخبار بد را به اطلاع خود بیمار رساند. از جمله مزایای این کار، می‌توان به حفظ و تقویت اعتماد بین پزشک و بیمار، جلوگیری از ضرر رسیدن به بیمار، افزایش رضایت بیماران و کاهش اقدامات قانونی علیه پزشکان اشاره نمود. اما استثنائاتی هم در گفتن خبر بد وجود دارد که مهم‌ترین آن ایجاد آسیب روانی جدی در بیمار است. میزان و محتوای اطلاعاتی که پزشک باید ارائه دهد براساس شرایط هر بیمار متفاوت است. اما نکته‌ی مهم این است که دادن خبر بد، مهارت‌های ارتباطی خاصی نیاز دارد که کادر پزشکی باید آن‌ها را بیاموزد.

واژگان کلیدی: خبر بد، حقیقت‌گویی، مهارت ارتباطی، اخلاق پزشکی

^۱ دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ استاد، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: mparsa@sina.tums.ac.ir

مقدمه

شاید هیچ مواجهه‌ای بین پزشک و بیمار پر دغدغه‌تر از گفتن اخبار بد نباشد (۱). همه‌ی پزشکان در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر می‌شوند که اخبار نگران‌کننده‌ای را در مورد وضع سلامتی بیماران خود بازگو کنند که ممکن است موجب نگرانی و ناراحتی بیماران گردد. این‌گونه اخبار را اصطلاحاً اخبار بد^۱ می‌نامند. شنیدن خبر ابتلا به سرطان یا یک بیماری صعب‌العلاج یا ناعلاج برای بیماران، خبری سخت و ناخوشایند است و می‌تواند واکنش‌های روانی نامطلوبی در آن‌ها ایجاد نماید (۲). خبر بد فقط در حوادث جاری و شرایط اتفاق افتاده‌ی نامطبوع خلاصه نمی‌شود، گاهی عدم وقوع امری یا عدم استماع مطلبی هم ممکن است ناخوشایند تلقی شود. مثلاً برای زوجی که پس از گذشت سال‌ها از زندگی زناشویی، علیرغم تمایل خانوادگی صاحب فرزند نشده‌اند؛ اعلام یک سقط جنین مجدد یا شکست یک روند باروری مصنوعی، خبر بد تلقی می‌گردد و از طرف دیگر اعلام بارداری چند قلوی همسر یک مرد فقیر که دارای چند فرزند هم می‌باشد ممکن است خبر بدی برای او باشد. در کنار این موضوع، تلقی و ارزیابی افراد مختلف از موقعیت سلامتی‌شان، متناسب با انتظارات و توقعات قبلی آنان و همچنین استنباط خاص آنان از آن خبر خاص ممکن است خبری خوب یا بد یا طبیعی قلمداد شود. مثلاً دریافت خبر ابتلا به بیماری قند توسط فردی که فاقد اطلاعات پزشکی کافی است و چندی قبل هم شاهد کوری یا قطع پای یکی از بستگان نزدیک خود به علت بیماری قند بوده است، خبر بسیار ناخوشایندی تلقی خواهد شد، در حالی که ممکن است همین خبر برای فردی که اطلاعات پزشکی کافی دارد، خبر چندان بدی تلقی نشود (۳). لذا، اخبار بد را می‌توان به این صورت تعریف کرد: «هر گونه اطلاعاتی که تأثیرات شدید و نامطلوب بر دیدگاه آینده‌ی یک فرد بگذارد» (۴).

^۱ Bad news

در تاریخچه‌ی طب یونانی، شواهد زیادی به نفع این موضوع وجود ندارد که پزشکان یونانی، حتی با نگرش غالب پدرسالارانه‌ی (پترنالیستیک) آن روزگار، به بیماران اطلاعات نمی‌دادند یا این‌که اطلاعات غلط می‌دادند تا آن‌ها درمان را به اجبار قبول کنند (۵). اما مسلم است که پزشکان یونان قدیم به‌جای آشکار کردن تشخیص، پیش آگهی بیماری را برای بیمار و خویشاوندان او آشکار می‌کردند. بخشی از دلیل این کار این بود که آن‌ها فاقد علم پاتوفیزیولوژی و ابزارهای تشخیصی بودند که بتوانند بیماری را تشخیص دهند و از طرف دیگر اعتقاد پزشکان یونان قدیم بر این بود که آشکار کردن آینده‌ی بیمار برای جلب همکاری و اعتماد او ضروری است (۶). روزگاری نه چندان دور اغلب پزشکان معتقد بودند در صورتی که بیمار در مورد وضعیت خود کم‌تر بداند شانس بهبودی او بیش‌تر خواهد بود؛ بر همین اساس، بسیاری از آن‌ها اطلاعات مربوط به مرگ‌های قریب الوقوع را از ترس این‌که آگاه شدن بیمار موجب ناامیدی و یأس او می‌شود از بیمار پنهان می‌کردند و در بسیاری از مناطق دنیا هنوز هم چنین رویه‌ای وجود دارد (۷). به‌عنوان مثال، مروری بر متون دهه‌ی ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ نشان می‌دهد که اکثر پزشکان تشخیص سرطان را به بیماران نمی‌گفتند. به‌عنوان نمونه، در سال ۱۹۵۳، Ravdin و Fitts مطالعه‌ای را بر روی ۴۴۲ پزشک در فیلادلفیا انجام دادند. در این مطالعه ۵۷ درصد پاسخ‌دهندگان گفتند که «معمولاً تشخیص سرطان را به بیماران نمی‌گویند» و ۱۲ درصد هم گفتند «هرگز تشخیص سرطان را به بیماران نمی‌گویند» (۸). در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۱۹۶۱ انجام شد، ۹۰ درصد از یک نمونه‌ی ۲۱۹ نفری از پزشکان آمریکایی گفتند که آن‌ها تشخیص سرطان را به بیماران نخواهند گفت (۹). تقریباً ۲۰ سال بعد، از ۲۶۴ پزشکی که مطالعه بر روی آن‌ها انجام شده بود، ۹۷ درصد از آن‌ها بیان کردند که تشخیص سرطان را به بیماران خواهند گفت (۱۰). در انگلیس در سال ۱۹۵۱، ۹۰ درصد از پزشکان حقیقت را

بحث

دیدگاه اخلاقی

تأثیر فرهنگ در گفتن خبر بد

فرهنگ جوامع در دادن اطلاعات به بیماران سرطانی تأثیرگذار است. در کشورهای اروپای شمالی و ایالات متحده، رویه‌ی معمول اکثر پزشکان این است که تشخیص بیماری را به خود بیمار می‌گویند اما در کشورهای اروپای جنوبی و شرقی معمولاً چنین اطلاعاتی داده نمی‌شود. ولی در همان کشورهایی که امروز رویه‌ی معمول، دادن چنین اطلاعاتی است، در چند دهه پیش، حالت عکس وجود داشت (۱۲).

در مطالعه‌ای که کاظمیان و همکاران با عنوان «بررسی نظر پزشکان درباره‌ی بیان حقایق مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج» انجام دادند، ۳۵ درصد از پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که بیماران حق دارند که راجع به بیماری خود بدانند. در مقابل، ۶ درصد هیچ حقی در این زمینه برای بیماران قائل نبودند و ۵۹ درصد حق بیمار را منوط به احراز شرایط خاص و در موارد خاص می‌دانستند. در این مطالعه سطح فرهنگی بیمار یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری پزشک ذکر شده است (۱۳).

در جامعه‌ی ایرانی فرهنگ غالب، حمایت جدی از بیمار غیرقابل‌علاج و شدیداً ناخوش است و پزشکان ترجیح می‌دهند اطلاعات مربوط به بیماران را به‌جای خود بیمار با خانواده‌ی آن‌ها در میان بگذارند (۱۴).

در مطالعه‌ای که طاولی و همکاران بر روی ۱۴۲ بیمار در تهران انجام دادند، فقط ۴۸ درصد از بیماران دچار سرطان گوارشی از تشخیص بیماری خود مطلع بودند (۱۵).

در مطالعه‌ی دیگری از شرکت‌کنندگان در مورد آشکار سازی سرطان توسط پزشکان پرسیده شد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه ژاپنی‌هایی که در ژاپن زندگی می‌کردند و نیز کسانی که در آمریکا در ایالت هاوایی زندگی می‌کردند بودند (که خود این افراد متشکل از ژاپنی‌ها و قفقازی‌ها بودند). در این مطالعه تقریباً تمام کسانی که در آمریکا زندگی می‌کردند

برای بیماران سرطانی آشکار نمی‌کردند در حالی که در سال ۱۹۷۷، ۹۰ درصد پزشکان انگلیسی حقیقت را برای بیماران آشکار می‌کردند (۱۱) که این نشان‌دهنده‌ی تغییر بزرگی در رفتار حرفه‌ای در زمینه‌ی حقیقت‌گویی در تشخیص سرطان است.

از موارد مورد بحث همیشگی این است که وقتی فردی دچار بیماری صعب‌العلاج یا ناعلاجی می‌شود آیا باید به اطلاع خود او هم رسانده شود؟ نظر پزشکان و بیماران و بستگان آن‌ها چیست؟ اگر بناست اطلاعاتی به بیماران داده شود میزان آن چقدر باید باشد؟ و در ارائه‌ی این اطلاعات چه نکاتی را باید مد نظر داشت؟ جنبه‌های حقوقی و فقهی آن چیست؟ در این نوشتار سعی شده تا حدودی به این سؤالات پاسخ داده شود. لازم به ذکر است که بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه‌ی خبر بد در مورد سرطان‌ها انجام شده است و این مقاله هم از این نظر مستثنی نمی‌باشد.

روش کار

روش تحقیق و تدوین این مقاله با جست‌وجو در منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی صورت گرفته است. به این صورت که با استفاده از واژه‌های خبر بد^۱، سرطان^۲، حقیقت‌گویی^۳ و مهارت‌های ارتباطی^۴ به تنهایی یا با ترکیب با هم در سایت‌های (PubMed Central)، ISI، PMC، Google Scholar، Iran Medex و سایت Federated Search کتابخانه‌ی الکترونیک دانشگاه علوم پزشکی تهران جست‌وجو شد و بیشتر از مقالاتی استفاده شد که یا در عنوان مقاله این واژه‌ها به‌کار رفته بود یا موضوع مقاله در مورد واژه‌های فوق بود. هم‌چنین، از بعضی از کتب الکترونیکی که در اینترنت قابل دسترسی بودند نیز استفاده شد.

^۱ Bad news

^۲ Cancer

^۳ Truth telling

^۴ Communication skills

موافق آشکار کردن تشخیص سرطان توسط پزشکان بودند، در صورتی که تعداد کمی از افرادی که در ژاپن زندگی می‌کردند از این کار حمایت می‌کردند که این نشان‌دهنده تأثیر فرهنگ بر این موضوع است (۱۶).

اختلاف نظر بین پزشک و بیمار در مورد دادن خبر بد

در تقابل با نظر بسیاری از پزشکان مبنی بر نگفتن تشخیص سرطان، تعدادی از مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که بیماران، حتی در زمان بیماری، با دیدگاه پزشکان موافق نیستند. در سه مطالعه‌ی جداگانه‌ای که بر روی بیماران سرطانی یا خانواده‌ی آن‌ها صورت گرفت و بین سال‌های ۱۹۵۷-۱۹۵۰ به چاپ رسید، حداقل ۸۱ درصد بیماران می‌خواستند تشخیص سرطان را بدانند که این موضوع بر خلاف رویه‌ی معمول پزشکان در آن زمان بوده است (۱۹-۱۷). مطالعات متعدد دیگر نشان داده است که بیماران می‌خواهند تشخیص و پیش‌آگهی سرطان خود را بدانند، ولی بر خلاف نظر بیماران بیش از ۴۰ درصد انکولوژیست‌ها در صورتی که به‌طور واضح از آن‌ها سؤال نشود یا این‌که اعضا خانواده درخواست کنند که به بیمار گفته نشود این موضوعات را به بیمار نمی‌گویند (۲۰). این اختلاف نظر بین پزشکان و بیماران فقط در ایالات متحده دیده نشده است. در مطالعه‌ی دیگری در سال ۱۹۶۴، از پزشکان ژاپنی مسیحی سؤال شد که در موقع ابتلا بیماران به سرطان چه خواهند گفت، فقط ۱۶ درصد آن‌ها گفتند که تشخیص را به بیمار خواهند گفت، در حالی که ۷۶ درصد گفتند که تشخیص را فقط به خانواده‌ی بیمار خواهند گفت و مستقیماً به بیمار نخواهند گفت. در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۱۹۶۳ بر روی شهروندان ژاپنی انجام شد ۹۰ درصد آن‌ها گفته بودند در صورتی که مبتلا به سرطان شوند می‌خواهند که تشخیص به آن‌ها گفته شود (۲۱).

مطالعات دیگر در ژاپن نشان داده است که اکثر مردم اگر سرطان داشته باشند می‌خواهند تشخیص سرطان به آن‌ها گفته شود (۲۲).

امروزه، عموماً پذیرفته شده است که تشخیص سرطان باید به خود بیماران گفته شود و دستورالعمل‌های کنونی برای انکولوژیست‌ها در بیان اخبار بد، صرفاً درباره‌ی نحوه‌ی گفتن این اخبار است (۲۳). در دهه‌های اخیر، تصمیم‌گیری در رابطه‌ی پزشک و بیمار به‌طور مشترک انجام می‌شود و در مورد این‌که چه چیزی به نفع بیمار است باید ارزش‌ها و انتخاب بیمار هم لحاظ شود و باید به مقوله‌ی نفع بیمار جدای از نفع پزشکی نگاه کرد. بنابراین، پزشک نباید فرض را بر این بگذارد که زندگی طولانی‌ترین گزینه برای همه‌ی بیماران است، چرا که ممکن است برای بیماری زندگی کوتاه اما بدون درد و رنج بهترین گزینه باشد. بنابراین، بیمار نیاز دارد که از تشخیص، پیش‌آگهی و انتخاب‌های درمانی آگاه شود تا بتواند در روند تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشد. پس امروزه سؤال این نیست که «آیا باید بگوییم؟» بلکه سؤال این است که «چقدر باید بگوییم؟» (۲۴).

میزان اطلاعاتی که باید به بیمار داده شود

مطالعات نشان داده‌اند که در میزان اطلاعاتی که بیماران می‌خواهند بدانند اختلاف وجود دارد (۲۵). میزان و محتوای اطلاعاتی که پزشک باید ارائه دهد براساس شرایط هر بیمار متفاوت است. عواملی مانند پیچیدگی درمان، خطراتی که همراه با درمان‌های طبی و جراحی وجود دارد و خواسته‌های شخصی بیمار در این موضوع تأثیرگذار هستند (۱۱).

در مطالعه‌ای که توسط Lobb و همکاران در مورد پیش‌آگهی سرطان پستان انجام شد، افراد مورد مطالعه در این‌که چه نوع اطلاعاتی می‌خواهند بدانند و این‌که به چه طریقی ترجیح می‌دهند که به آن‌ها ارائه شود به‌طور قابل توجهی با هم متفاوت بودند (۲۶).

معمولاً کادر پزشکی میزان اطلاعات مورد نیاز بیماران را کم‌تر از حد واقعی در نظر می‌گیرند. برای مثال، در مطالعه‌ای که بر روی بیماران، پزشکان و پرستاران در بیمارستانی در نیویورک انجام شد، ۷۲ درصد از بیماران گفته بودند که

ترغیب کرد که او قادر باشد در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت کند (۲۶).

اعلامیه‌ی حقوق بیمار^۳ مربوط به انجمن بیمارستانی آمریکا^۴ در این زمینه می‌گوید: «بیمار حق دارد که اطلاعات کاملی در مورد تشخیص، درمان و پیش‌آگهی را که به‌طور معقول برای او قابل فهم باشد از پزشک دریافت نماید». به‌طور مشخص اطلاعات مربوط به بیماری‌های وخیم و مرگ‌های قریب‌الوقوع نیز حتی اگر بیمار آن را درخواست نکرده باشد باید تهیه شود. رویه‌های قانونی و دغدغه‌های اخلاقی نیز بر این موضوع تأکید دارند. لذا پزشکان و سایر کادر پزشکی نباید از عدم انتقال اطلاعات به بیمار با این توجیه که بیمار نمی‌خواهد بداند یا این‌که نرسیده است دفاع کنند (۷).

اهمیت بیان حقیقت از جمله خبر بد

به دلایل ذیل، دادن اطلاعات به بیمار، از جمله خبر بد، یکی از مهم‌ترین وظایف هر پزشک است:

۱- حفظ و تقویت اعتمادی که بین پزشک و بیمار وجود دارد، مهم‌ترین موضوع در حرفه‌ی پزشکی است (۳۰). آشکارسازی و دادن اطلاعات نه تنها به بیمار کمک می‌کند تا با مسائلی که با آن‌ها دست به‌گریبان است مواجهه‌ی صحیح داشته باشد، بلکه به حفظ و ارتقا رابطه‌ی پزشک و بیمار هم کمک می‌کند (۳۱).

۲- نگفتن حقیقت به بیمار می‌تواند به معنی فریب او باشد و این فریب‌کاری می‌تواند زیربنای رابطه‌ی پزشک و بیمار و اعتماد عمومی به حرفه‌ی پزشکی را تخریب کند.

۳- این‌که ما بتوانیم پیشگویی کنیم که چه اطلاعاتی باعث اضطراب و آشفتگی بیمار می‌شود بسیار مشکل است و در این خصوص فقط می‌توانیم حدس بزنیم. لذا استناد به این احتمال که دادن اطلاعات می‌تواند باعث عوارض روحی و روانی در بیمار شود در بسیاری از موارد ممکن است درست نباشد.

۴- عدم گفتن حقیقت ممکن است باعث زیان بیمار شود

می‌خواهند تمام جزئیات وضعیت آن‌ها برایشان گفته شود. در حالی که پزشکان گفته بودند ۴۲ درصد بیماران می‌خواهند تمام جزئیات وضعیت آن‌ها برایشان گفته شود و پرستاران هم گفته بودند که ۴۰ درصد بیماران می‌خواهند تمام جزئیات برای آن‌ها گفته شود (۲۷). در مطالعه‌ی دیگری که رفتار بیماران را در کانادا و اسپانیا مقایسه کرده بود، نشان داده شد که اکثریت بیماران کاندایی ترجیح می‌دهند که اطلاعات کاملی به آن‌ها داده شود، در حالی که بیماران اسپانیایی ارزش کم‌تری برای برخورداری از اطلاعات کامل قائل بودند. در همین مطالعه اعضا خانواده در کانادا موافق دادن اطلاعات تفصیلی به بیماران بودند در حالی که در اسپانیا ۸۹ درصد اعضا خانواده ذکر می‌کردند که آشکارسازی کامل برای بیمار اهمیت ندارد (۲۸). در مطالعه‌ی دیگری مشخص شد، بیمارانی که در کره متولد شده بودند ترجیح می‌دادند اطلاعات کم‌تری نسبت به بیمارانی که در آمریکا متولد شده بودند به آن‌ها داده شود (۲۹).

در یک مطالعه‌ی ملی که در سال ۱۹۸۲ در ایالات متحده انجام شد ۸۵ درصد آمریکایی‌ها گفته بودند چنانچه سرطانی داشته باشند که کم‌تر از یک‌سال منجر به مرگ می‌شود می‌خواهند تخمینی واقع‌گرایانه از امید به زندگی^۱ داشته باشند. ولی در همین سال در پاسخ به مواجهه با بیماری که مبتلا به سرطان پیشرفته‌ی ریه است فقط ۱۳ درصد از پزشکان مورد مطالعه گفته بودند که صراحتاً پیش‌آگهی آماری^۲ را به بیمار خواهند گفت و ۲۸ درصد از پزشکان هم گفته بودند که به بیمار فقط خواهند گفت: «پیش‌آگهی نامشخص است ولی در بیش‌تر موارد بیماران بیش‌تر از یک‌سال زنده نمی‌مانند» (۲۴).

بنابراین، در مورد این‌که چه میزان اطلاعات باید به بیماران ارائه شود همیشه به راهنمایی خود آنان نیاز است و باید همیشه بیمار را به دریافت اطلاعات به فراخور نیازهایش

³ Patient's Bill of Rights

⁴ AHA(American Hospital Association) 1972

¹ Life expectancy

² Statistical prognosis

(۳۲). مثلاً ممکن است این عدم اطلاع از حقایق باعث بی‌توجهی به مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز بیمار شود. دیگر این‌که در صورتی که بیماران از این اطلاعات آگاه بودند شاید تصمیمات مهمی در زندگی خود اتخاذ می‌کردند که حالا به دلیل این بی‌اطلاعی این تصمیمات را اتخاذ نخواهند کرد (۳۱).

۵- حقیقت‌گویی موجب افزایش رضایت بیماران می‌شود. بیمارانی که اطلاعات کافی به آن‌ها داده شده، نسبت به کسانی که این اطلاعات به حد کافی به آن‌ها داده نشده است، از مراقبت‌های به عمل آمده راضی‌تر هستند و احتمال کم‌تری وجود دارد که پزشک خود را تغییر داده و به پزشک دیگری مراجعه کنند (۳۳).

۶- کدهای اخلاقی نیز در بسیاری از موارد به این امر تأکید دارند. به‌عنوان مثال، کدهای اخلاقی انجمن پزشکی کانادا^۱ به پزشکان توصیه کرده است که هرگونه اطلاعاتی را که بیماران در جهت اتخاذ تصمیم درخواست می‌کنند به نحوی که برای آن‌ها قابل درک باشد در اختیارشان قرار دهند (۳۴).

استثنائات در گفتن خبر بد

۱- ایجاد آسیب روانی جدی در بیمار: بسیاری از پزشکان امکان ایجاد اختلالات روانی در بیماران را علت مخالفت خود با دادن خبر بد بیان می‌کنند. در مطالعه‌ای در پرتغال، ۷۱ درصد پزشکان بیان کرده بودند که آن‌ها همیشه یا بر اساس تقاضای بیمار تشخیص سرطان را آشکار می‌کنند و اکثر پزشکانی که کم‌تر تشخیص سرطان را آشکار می‌کردند یا اصلاً آشکار نمی‌کردند علت کار خود را احتمال وقوع اختلالات روانی در بیمار ذکر کرده بودند (۳۵).

اما Kennedy و Grubb در مطالعه‌ای نشان دادند علیرغم تمامی حرف و حدیث‌های موجود، این‌که آگاه کردن بیماران خطرناک‌تر از آگاه نکردن آنان است به‌نظر درست نمی‌رسد و مستندات زیادی به نفع آن وجود ندارد که بیمارانی که دست

به خودکشی زده‌اند یا دچار حملات قلبی شده‌اند یا دچار افسردگی‌های طولانی‌مدت شده‌اند، خبر بد به آن‌ها داده شده است. به‌خصوص این‌که این آگاه‌سازی با ظرافت و با آداب آن انجام شود (۲۶). بر عکس، نشان داده شده است وقتی به بیماران اطلاعات مورد تقاضای آن‌ها داده نمی‌شود از نظر روانی، بیش‌تر دچار مشکل می‌شوند (۳۶).

در مطالعه‌ی دیگری بر روی بیماران ژاپنی نشان داده شد کسانی که از تشخیص سرطان خود آگاه نبوده‌اند نسبت به کسانی که از سرطان خود آگاه شده بودند اضطراب بیش‌تری داشتند (۳۷).

لذا اولین وظیفه‌ی پزشک آگاه کردن کامل بیمار در مورد وضعیت سلامتی اوست، مگر این‌که شواهدی محکم از امکان آسیب روانی جدی به بیمار وجود داشته باشد. یکی از این موارد، بیماری است که در صورت شنیدن اخبار ناگوار دست به خودکشی خواهد زد (۳۸). در این خصوص انجمن پزشکان عمومی^۲ در بریتانیا توصیه می‌کند در موارد خاص که پزشک تصمیم می‌گیرد اطلاعات لازم را به‌دلیل داشتن عوارض مخرب بر روی سلامتی بیمار به او منتقل نکند، نظر او با ذکر دلایل، باید در پرونده‌ی بیمار ثبت شود و در هر حال پزشک باید آمادگی توجیه تصمیم خود را داشته باشد (۲۶).

۲- امتناع بیمار از گرفتن اطلاعات: در این موارد بیمار باید به صراحت امتناع خود را بیان کند و پزشک هم باید مطمئن شود که بیمار از صلاحیت لازم برخوردار است و گفته‌های خود را می‌فهمد. پزشک باید در این موارد امتناع بیمار را مستند کند (۳۱). البته پزشک باید اهمیت دانستن اطلاعات را برای بیمار تشریح کند. چنان‌چه باز هم بیمار امتناع کرد انجمن پزشکان عمومی و انجمن پزشکی بریتانیا^۳ معتقدند باید یک‌سری اطلاعات پایه^۴ به طریق مناسبی به بیمار ارائه شود و بدون اطلاعات پایه، بیماران نمی‌توانند مسؤولیت یک انتخاب درست را به پزشک محول کنند. میزان اطلاعات

² GMC (General Medical Council)

³ British Medical Council (BMC)

⁴ Basic

¹ Canadian Medical Association (CMA)

کاهش اضطراب بیماران و نیز اطمینان و رضایت آن‌ها خواهد شد (۴۲). در مطالعه‌ای که بر روی ۱۱۵ فلوی انکولوژی صورت گرفت مهارت‌های ارتباطی آن‌ها در دادن خبر بد قبل از یک کارگاه آموزشی و بعد از کارگاه آموزشی بر روی بیمار استاندارد سنجیده شد. نتایج حاصله موفقیت آموزش مهارت‌های ارتباطی را در این زمینه نشان داد (۴۳). اما به نظر می‌رسد به آموزش این موضوع توجه کافی نشده است و با این‌که تقریباً همه‌ی پزشکان در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر از گفتن خبر بد به بیمار هستند، اما دانش و مهارت لازم در این زمینه را ندارند. در یک مطالعه‌ی نظرسنجی بر روی دانشجویان پزشکی در کانادا نشان داده شد، ۸۲ درصد از افراد مورد مطالعه برقراری دوره‌ی آموزشی برای اطلاع رسانی اخبار بد را لازم و مفید می‌دانستند (۴۴). در مطالعه‌ی دیگری ۴۲ درصد از پزشکان پاسخ‌دهنده بیان کردند که هیچ‌گونه آموزش رسمی برای ارائه‌ی اخبار بد ندیده‌اند. در این مطالعه ۵۳ درصد توانایی خود در ارائه‌ی اخبار ناگوار را خوب و خیلی خوب ارزیابی کردند، در حالی که ۴۷ درصد توانایی خود را متوسط تا ضعیف ارزیابی کردند (۴۵). از طرفی، فقدان آموزش کافی پزشکان و پرستاران در انتقال اطلاعات به بیمارانی که دچار سرطان هستند می‌تواند منجر به بروز عوارض سایکولوژیک در بیماران شود. وقتی که نگرانی‌های بیمار رفع نشده‌اند یا این‌که بیماران احساس می‌کنند اطلاعات کافی در مورد بیماری به آن‌ها داده نشده است، احتمال ابتلای آن‌ها به اضطراب و افسردگی بیش‌تر است (۴۶، ۳۶) به‌طور کلی، آموزش این مهارت‌ها در برنامه‌های آموزش پزشکی مباحث جدیدی هستند (۴۷).

در مورد چگونگی گفتن خبر بد دو روش فرضی گفتن تشخیص بیماری در یک بیمار در مراحل پایان عمر را در نظر بگیرید: ۱- «شما یک نوع سرطان مغز به نام گلیوبلاستوما دارید که درمان آن مشکل است». ۲- «شما یک نوع سرطان مغز به نام گلیوبلاستوما دارید که درمان آن مشکل است. شانس زنده ماندن در یک سال ۵۰ درصد و شانس مردن در

پایه بستگی به شرایط فردی، شدت بیماری و خطرات همراه با درمان دارد. دیده شده وقتی بیماری واضح و آشکار و داوطلبانه می‌گوید آمادگی دریافت اطلاعات را ندارد چنان‌چه از او حمایت به‌عمل آید علیرغم اضطرابی که دارد قادر است انتخاب‌های مشکل را انجام دهد. باید به این بیماران گفته شود که ممکن است در مورد میزان اطلاعات دریافتی تغییر عقیده بدهند و ممکن است بیمار در مرحله‌ی اطلاعات تفصیلی را نخواهد ولی در مرحله‌ی دیگری آن را بخواهد (۲۶). سن و میزان افسردگی از جمله عواملی هستند که در چیزهای که بیماران می‌خواهند بدانند محدودیت ایجاد می‌کنند. بیماران مسن‌تر اطلاعات کم‌تری طلب می‌کنند و کم‌تر در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌کنند (۳۹).

۳- عدم کفایت (اهلیت)^۱ بیمار: مثلاً ممکن است بیماری اصلاً به لحاظ ذهنی کفایت گرفتن اطلاعات را نداشته باشد. ۴- اورژانس‌ها: چنان‌چه بیمار وضعیت اورژانس دارد و در زمان دادن اطلاعات فرصت از دست می‌رود، ندادن اطلاعات توجیه‌پذیر است. البته بعد از این‌که بیمار وضعیت پایدار پیدا کرد باید اطلاعات لازم به وی ارائه شود (۳۲).

چگونگی گفتن اخبار بد

اگر دادن خبر به طریق بد انجام شود بیماران و خانواده‌ی آن‌ها هرگز ما را نخواهند بخشید و اگر این کار به طریق درست انجام شود آن‌ها هرگز ما را فراموش نخواهند کرد (۴۰). بنابراین، نحوه‌ی بیان خبر بد یکی از دغدغه‌های یک پزشک است. در مطالعه‌ای بر روی پزشکان نشان داده شد که همه‌ی آن‌ها از این‌که باید خبرهای بد را به بیمار برسانند ناراضی بودند و علت عمده‌ی ناراضی‌تبی آن‌ها این بود که نمی‌دانستند چگونه باید این اخبار را منتقل کنند تا تأثیرات منفی در بیماران به حداقل برسد (۴۱). برقراری ارتباط خوب بین پزشک و بیمار موجب بالا رفتن دقت تشخیص بیماری، اتخاذ تصمیمات درمانی بهتر و کاهش کنکاش‌های غیرضروری، کاهش درمان‌های نامناسب، رضایت پزشک و

¹ Incompetence

افراد هستند. ولی به عنوان نمونه یک نوع دستورالعمل که دارای سه مرحله است در ذیل ذکر می شود:

مهیا سازی

- یک پزشک با تجربه (با تجربه ترین) باید هدایت گفت و گو را به عهده بگیرد.
- پیشنهاد می شود یکی از اعضای خانواده ی بیمار حضور داشته باشد.
- اجازه ندهیم زمان منقطع شود.
- اگر مشکل ارتباط زبانی وجود دارد یک مترجم پزشکی آموزش دیده را به کار بگیریم.
- مکان آرام و خلوتی را انتخاب کنید.
- اطلاعات پزشکی کلیدی را از لیست مرور کنید.

گفت و گو

- نزدیک بیمار بنشینید.
- بررسی کنید که بیمار و خانواده ی او چه میزان اطلاعات دارند.
- آهسته، سنجیده و شفاف صحبت کنید.
- اطلاعات را با زبان ساده و صادقانه ارائه دهید.
- در مورد چیزهایی که مورد گفت و گو قرار می گیرد آگاهی های منصفانه بدهید.
- اطلاعات را در مقادیر کم ارائه بدهید.
- درک بیمار را مورد سنجش قرار دهید.
- با نوع نگاه و حرکات بدنی، صمیمیت، همدردی، حمایت و اطمینان بخشی به بیمار را نشان دهید.
- بیمار را تشویق کنید که احساسات خود را بیان کند.
- هیجانات بیمار را با تصدیق آنها تأیید کنید.
- به احساسات بیمار با ابراز همدردی پاسخ دهید.
- انتخاب های درمانی را با بیمار مورد بحث قرار دهید.

جمع بندی

- از تصور این که هیچ کاری نمی توان انجام داد پرهیز کنید.
- به بیمار امیدواری بدهید.

دو سال ۷۵ درصد است». این جمله متأخر به بیمار اطلاعاتی می دهد که بتواند برای زندگی خود برنامه ریزی کند. اما بسیاری از پزشکان آن را کاری سخت و اضطراب آور می دانند و معمولاً به چنین سؤالاتی جواب های مبهم یا جواب های دروغ و خوش بینانه می دهند (۴۸).

در سرطان شناسی بالینی دستورالعمل ها و توصیه های متعددی برای دادن خبر بد پیشنهاد شده اند مثل حضور سایر افراد کادر پزشکی در موقع دادن خبر بد، آگاه کردن صادقانه ی بیمار و بدون مقدمه چینی از تشخیص و پیش آگهی، نشستن نزدیک بیمار برای تسهیل شدن تماس فیزیکی و به کار بردن زبان ساده بدون استفاده از کلمات تخصصی. اما بیش تر این دستورالعمل ها بر مبنای نظرات پزشکان و تجربیات آنان است. مثلاً Okamura و همکاران در ژاپن دستورالعمل هایی را برای حقیقت گویی به بیماران سرطانی بر اساس نظرات متخصصان مطرح کردند. این دستورالعمل ها عمدتاً با رویکرد به اعضا خانواده و دستورالعمل های غربی مطرح شده اند. مطالعات قبلی نشان داده است که بخشی از موضوعاتی که در این دستورالعمل ها ذکر شده است مانند حضور یک خویشاوند نزدیک یا یکی از سایر افراد کادر پزشکی در هنگام مشاوره مورد پذیرش بسیاری از بیماران نبوده است (۵۰ ، ۴۹). بنابراین، محققان توصیه می کنند که دستورالعمل ها باید بر مبنای نظر بیماران (patient-based) شکل بگیرد و نه بر اساس نظرات پزشکان، و باید بر چیزهایی که ترجیح بیمار است تأکید شود. لازم به ذکر است که مهارت های ارتباطی تا حدودی وابسته به فرهنگ است، چرا که ویژگی های فرهنگی در طریقه ی گفتن حقایق در بیماران سرطانی مؤثر است. مثلاً در ژاپن به تصمیمات خانواده بیش تر از افراد احترام گذاشته می شود لذا ممکن است بسیاری از مطالعات انجام شده در کشورهای غربی در ژاپن کارایی لازم را نداشته باشد (۴۹). در دهه ی گذشته مولفان متعددی توصیه ها و دستورالعمل هایی برای دادن اخبار بد منتشر کرده اند، ولی نمی توان گفت که بهترین دستورالعمل چیست، چون اکثر آنها بر اساس نظرات

در سوره‌ی مائده آیه‌ی ۱۰۶ می‌فرماید: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید هنگامی که یکی از شما را (نشانه‌های) مرگ در رسید باید از میان خود دو عادل را در موقع وصیت به شهادت میان خود فرا خوانید». در حدیثی پیامبر اکرم می‌فرماید: «وصیت نکردن، ننگ دنیا و آتش آخرت را می‌آورد.» (۵۲).

لذا چنان‌چه بیماری بداند که در مراحل نهایی حیات به سر می‌برد ممکن است وصایایی داشته باشد و مثلاً بخواهد عمل خیری انجام دهد یا این‌که حق‌الناس بر گردن او باشد که بخواهد به صاحبش برگرداند یا این‌که فرایضی از او فوت شده باشد و بخواهد بعد از مرگش کسی آن را انجام دهد یا حتی توبه کند که همه‌ی این‌ها به دلیل عدم اطلاع بیمار از مرگ قریب‌الوقوع ممکن است رخ ندهد. از امام صادق علیه السلام یا از امام باقر علیه السلام در حدیثی آمده است: همانا خداوند عز و جل به حضرت آدم علیه السلام فرمود: این مزیت را برای تو قرار دادم که هر کس از فرزندان مرتکب گناهی شود سپس استغفار کند او را می‌بخشایم. حضرت آدم علیه السلام عرض کرد: ای پروردگار من مرا بیش از این ده. خداوند فرمود: برای فرزندان توبه را قرار دادم یا برای آنان باب توبه را گشودم و گستراندم تا آن هنگام که جان به گلویشان رسد. حضرت عرض کرد: ای پروردگار من مرا بس است. در حدیث دیگری امام محمد باقر علیه السلام فرمود: رسول خدا صلی الله علیه و آله فرموده است: کسی که یک سال پیش از مردنش توبه کند خداوند توبه‌اش را می‌پذیرد، سپس فرمود: همانا یک‌سال زیاد است، کسی که یک ماه به مرگش مانده توبه کند توبه‌اش را می‌پذیرد، سپس فرمود: یک ماه هم زیاد است، کسی که یک روز پیش از مرگش توبه کند خداوند توبه‌اش را می‌پذیرد، سپس فرمود: یک روز هم زیاد است، کسی که ساعتی پیش از مرگ توبه کند توبه‌اش پذیرفته می‌گردد، سپس فرمود: یک ساعت هم زیاد است، کسی که توبه کند در حالی که جانش به این‌جا رسیده باشد و با دست مبارکش به گلویش اشاره فرمود: خداوند توبه‌اش را می‌پذیرد. از امام صادق علیه السلام درباره‌ی گفتار خدای عز و جل

- پیشنهاد کنید که در صحبت با دیگران به او کمک می‌کنید.
- در مورد خدمات حمایتی اطلاعاتی را ارائه کنید.
- اطلاعات مهم را خلاصه کنید.
- زمانی را برای گفت‌وگوی مجدد در نظر بگیرید.
- اطلاعات ارائه شده را مستند کنید (۵۱).

دیدگاه اسلامی

از منظر اسلام، هر فرد این حق را دارد که حقایق شخصی و مربوط به خود را بداند و در مورد آینده‌ی خود مطابق بر ارزش‌های الهی آزادانه و بدون اجبار و با آگاهی کامل تصمیم‌گیری نماید. از سوی دیگر، اسلام تأکید ویژه‌ای بر آمادگی قبل از مرگ دارد و روزهای واپسین حیات برای مومن می‌تواند فرصت مناسبی برای جبران مافات، رد امانات، رفع کدورت‌ها و حلالیت طلبی باشد. از دیدگاه قرآن، سختی و بلایای دنیوی، امتحان الهی است که پاداش اخروی در پی خواهد داشت (سوره‌ی 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 (۱۴). همان‌طور که ذکر شد چنان‌چه بیماران از اطلاعات بیماری خود آگاه باشند شاید تصمیمات مهمی در زندگی خود اتخاذ کنند که حالا به دلیل این بی‌اطلاعی این تصمیمات را اتخاذ نخواهند کرد. مورد بارز این موضوع در مورد وصیت کردن است که در تعالیم اسلامی نیز بدان توصیه‌ی فراوان شده است. قرآن کریم در آیه‌ی ۱۸۰ سوره‌ی بقره می‌فرماید: «بر شما نوشته شده هنگامی که یکی از شما را مرگ فرا رسد اگر چیز خوبی (مالی) از خود به جای گذارده، برای پدر و مادر و نزدیکان به‌طور شایسته وصیت کند. این حقی است بر پرهیزگاران.» یا

پرسیده شد که می‌فرماید: «برای آن کسانی که گناهان را مرتکب می‌شوند تا آنجا که هنگامی که مرگ یکی از آنان فرا می‌رسد می‌گوید: اکنون توبه نمودم، توبه‌ای در کار نیست (توبه‌ی آنان پذیرفته نیست)» (سوره‌ی نسا - ۱۸). حضرت فرمود: این پذیرفته نشدن توبه مربوط به آن هنگامی است که شخص امر آخرت را به چشم خود می‌بیند (۵۳).

البته باید توجه کرد که همه‌ی افراد دارای ایمان مستحکمی که پذیرش مرگ برایشان آسان باشد 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 کشورهای اسلامی که دارای زمینه‌های فرهنگی متفاوتی هستند تأثیرگذار بوده است، به نحوی که نحوه‌ی برخورد و تصمیم‌گیری در مورد گفتن حقیقت به بیمار بیش‌تر تابع شرایط فرهنگی است تا دستورات دینی (۱۴).

دیدگاه قانونی

گفتن حقیقت می‌تواند باعث کاهش اقدامات قانونی علیه پزشکان از جانب بیماران شود (۵۴). بیماران ممکن است در بسیاری از موارد از این‌که اطلاعات کافی به آن‌ها داده نشده است، به‌خصوص وقتی که خسارتی نیز متوجه آن‌ها شده است، پزشکان را مورد پیگرد قانونی قرار دهند. مثلاً در موردی در ایالات متحده بیمار ۴۳ ساله‌ای که مبتلا به کانسر پانکراس شده بود به دلیل این‌که پزشک به او نگفته بود که ۹۵ درصد از کسانی که مبتلا به این نوع سرطان می‌شوند در طی ۵ سال می‌میرند و از بیمار برای درمان تجربی رضایت گرفته بود از سوی دادگاه محکوم شد و دادگاه حکم کرد که پزشک باید اطلاعات آماری امید به زندگی و این‌که در مراحل انتهایی حیات به سر می‌برد را به بیمار منتقل می‌کرده است (۳۲). لذا در بسیاری از کشورها رویه‌های قانونی بر لزوم دادن اطلاعات به بیماران استوار است، مثلاً در ایالات متحده قانون به‌طور مشخص پزشکان را ملزم به ارائه‌ی اطلاعات به بیماران به هر میزانی که آن‌ها در مورد سیر یا درمان بیماری درخواست کنند

کرده است (۴۵). در کشور ما در ماده‌ی ۷ آئین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸/۲/۲۴ کمیسیون‌های مشترک دادگستری و بهداری نوشته شده بود: «... ایجاد رعب و هراس در بیمار از راه نشان دادن وخامت بیماری به منظور استفاده‌ی مادی ممنوع است و پزشک فقط می‌تواند در صورت وجود عواقب وخیم یا خطر مرگ با احتیاط لازم و در نظر گرفتن وضع روانی و عصبی بیمار تا حدودی که ضروری بداند به او گوشزد نماید ولی به‌طور کلی پزشک باید نزدیکان بیمار را در جریان پیش‌بینی خطرات و وخامت بیماری بگذارد» (۵۵).

همان‌طور که از ادبیات این ماده مشخص است در آن زمان دادن اطلاعات به خانواده‌ی بیمار ضروری بوده است و در این خصوص خانواده اولویت داشته‌اند و دادن اطلاعات به خود بیمار تا حدودی آن هم با صلاحدید پزشک مطرح بوده است. اما در ماده‌ی ۸ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ای پزشکی و وابسته مصوب ۷۸/۴/۳۰ هیأت وزیران آمده است: «ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک می‌تواند به‌نحو مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد.» (۵۶).

آن چیزی که از محتوای این ماده به ذهن متبادر می‌شود این است که حداقل بستگان بیمار در برخورداری از اطلاعات، تقدیمی به بیمار ندارند هر چند پزشک در دادن اطلاعات به بیمار مختار است و در صورت صلاحدید می‌تواند این کار را انجام دهد. در هر حال به‌نظر می‌رسد در ایران هم نیاز باشد تحقیقات گسترده‌ای به منظور آگاهی از خواست بیماران در هنگام ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج یا ناعلاج و نیز تبعات احتمالی دادن این اطلاعات صورت پذیرد و قوانین و مقررات جامع‌تری هم در این زمینه وضع شود تا پزشکان بتوانند در این موارد تصمیمات مناسب را اتخاذ کنند.

نتیجه‌گیری

امروزه، رویه‌ی غالب در اکثر کشورها آشکار کردن تشخیص بیماری‌های صعب‌العلاج یا ناعلاج است، اما به هر حال این موضوع به‌خصوص در فرهنگ‌های شرقی هنوز عمومیت پیدا نکرده است. به‌نظر می‌رسد که با لحاظ کردن شرایط و کسب مهارت‌های لازم برای انتقال این اطلاعات کفه‌ی فواید گفتن حقیقت به بیمار نسبت به نگفتن آن سنگینی می‌کند. در کشور ما ایران هم که اختلافات فرهنگی عمده‌ای با بسیاری از کشورها به‌خصوص کشورهای غربی دارد و در بسیاری از موارد خانواده و اطرافیان بیمار اطلاعات بیشتری نسبت به خود بیمار دارند لازم است مطالعاتی در زمینه‌ی کسب نظر بیماران و خانواده‌ی آن‌ها و نیز پزشکان انجام شود و قوانین و مقررات جامع‌تری هم در این زمینه وضع شود تا پزشکان بتوانند در این موارد تصمیمات مناسب را اتخاذ کنند.

منابع

- 1- Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med* 2002; 17(11): 825-31.
- 2- Molleman E, Krabbendam PJ, Annyas AA, Koops HS, Sleijfer DT, Vermey A. The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Soc Sci Med* 1984; 18(6): 475-80.
- ۳- کاظمی ع. محیط پزشکی، بیمار و خبر بد. مجله گام‌های توسعه در آموزش پزشکی ۱۳۸۶؛ دوره ۴ (شماره ۲): ۹-۱۳۳.
- 4- Newton JT, Fiske J. Breaking bad news: a guide for healthcare professionals. *Br Dent J* 1999; 186(6): 278-81.
- 5- Miles SH. The Hippocratic Oath and Ethics of Medicine. New York: Oxford University Press; 2004, p. 126.
- 6- Christakis NA. The ellipsis of prognosis in modern medical thought. *Soc Sci Med* 1997; 44(3): 301-15.
- 7- Ashley BM, O'Rourke KD. Health Care Ethics: A Theological Analysis 4th edition. Washington D. C: Georgetown University Press; 1997, p. 405-7.
- 8- Fitts WT Jr, Ravdin IS. What Philadelphia physicians tell patients with cancer? *JAMA* 1953; 153(10): 901-4.
- 9- Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961; 175: 1120-8.
- 10- Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitil H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979; 241(9): 897-900.
- 11- Veronica English, Gillian Romano-Critchley, British medical association, Ann Sommerville. Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. 2nd ed. UK: BMJ Publishing Group; 2004, p. 78-82, 368-80.
- 12- Goncalves F, Marques A, Rocha S, Leitao

- 21- Akabayashi A, Fetters MD, Elwyn TS. Family consent, communication, and advance directives for cancer disclosure: a Japanese case and discussion. *J Med Ethics* 1999; 25(4): 296-301.
- 22- 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.
- 23- Audrey S, Abel J, Blazeby JM, Falk S, Campbell R. What oncologist tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. *BMJ* 2008; 337: a752. doi: 10. 1136/bmj. a752.
- 24- Abram MB. Making health care decisions: A report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Washington, DC: US Government Printing Office; 1982. Available at: http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/past_commissions/making_health_care_decisions.pdf. (accessed on 9 May 2011)
- 25- Meredith C, Symonds P, Webster L, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996; 313(7059): 724-6.
- 26- Lobb EA, Buttow PN, Kenny DT, Tattersall MH. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Med J Aust* 1999; 171(6): 290-4.
- 27- Sullivan RJ, Menapace LW, White RM. Truth-telling and patient diagnoses. *J Med Ethics* 2001; 27(3): 192-7.
- 28- Fainsinger RL, Nunez-Olarte JM, Demoissac DM. The cultural differences in perceived value of disclosure and cognition: Spain and Canada. *J Palliat Care* 2003; 19(1): 43-8.
- 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.
- ۱۳- کاظمیان ع، پارساپور ع. بررسی نظر پزشکان درباره ی بیان حقایق مربوط به بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری ۱۳۸۵ (ویژه نامه اخلاق پزشکی)؛ پیوست شماره یک: ۷-۶۱.
- ۱۴- زاهدی ف، لاریجانی ب. گفتن حقیقت به بیماران در فرهنگ های مختلف و بیان دیدگاه های اسلام. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (ویژه نامه حقوق بیمار): ۱۱-۱.
- ۱۵- طاوولی آ، منتظری ع، محقق م ع، روشن ر، طاوولی ز. نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش. فصلنامه پایش پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ۱۳۸۶؛ دوره ۶ (شماره ۳): ۶۴-۲۵۷.
- 16- Gotay CC, Shimizu H, Muraoka M, Ishihara Y, Tsuboi K, Ogawa H. Cancer-related attitudes: a comparative study in Japan and the US. *Psychooncology* 2004; 13(9): 665-72.
- 17- Kelly WD, Friesen SR. Do cancer patients want to be told? *Surgery* 1950; 27(6): 822-6.
- 18- Branch CHH. Psychiatric aspects of malignant disease. *Bull Can Prog* 1956; 6(3): 102-4.
- 19- Samp RJ, Curreri AR. A questionnaire survey on public cancer education obtained from cancer patients and their families. *Cancer* 1957; 10(2): 382-4.
- 20- Groopman J. *The Measure of Our Days: A Spritual Exploration of Illness*. Newyork: Penguin Group (Canada); 1998, p. 238.

- Ptacek JJ. Breaking bad news to patients: physicians' perception of the process. *Support Care Cancer* 1999; 7(3): 113-20.
- 42- Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP. Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 293(6558): 1331-4.
- 43- Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167(5): 453-60.
- 44- Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997; 156(8): 1159-64.
- 45- Bail WF, Lenzi R, Parker PA, et al. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002; 20(8): 2189-96.
- 46- Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990; 301(6752): 575-80.
- 47- Buckman R, Kason Y. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. London: Pan Books; 1994.
- 48- Christakis NA, Iwashyna TJ. Attitude and self-reported practice regarding prognostication in a national sample of internists. *Arch Intern Med* 1998; 158(21): 2389-95.
- 49- Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, et al. Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psychooncology* 2005; 14(12): 1043-51.
- 50- Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13(9): 2449-56.
- 51- Kirshblum S, Fichtenbaum J. Breaking the news in spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2008; 13(1): 7-12.
- 29- Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patients autonomy. *JAMA* 1995; 274(10): 820-5.
- 30- Cassel C. The patient-physician covenant: an affirmation of Asklepios. *Conn Med* 1996; 60(5): 291-3.
- 31- Herbert PC, Hoffmaster B, Glass KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: 7. Truth telling. *Can Med Assoc J* 1997; 156(2): 225-8.
- 32- Hebert PC. Truth-telling in clinical practice. *Can Fam Physician* 1994; 40: 2105-13.
- 33- Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996; 124(5): 497-504.
- 34- Anonymous. Code of Ethics of the Canadian Medical Association. *Can Med Assoc J* 1996; 155(8): 1176A-D .
- 35- Ferraz Goncalves J, Castro S. Diagnosis disclosure in a Portuguese oncological centre. *Palliat Med* 2001; 15(1): 35-41.
- 36- Parle M, Jones B, Maquire P. Maladaptive coping and affective disorder in cancer patients. *Psychol Med* 1996; 26(4): 735-44.
- 37- Horikawa N, Yamazaki T, Sagawa M, Nagata T. The disclosure of information to cancer patients and its relationship to their mental state in a consultation-liaison psychiatry setting in Japan. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21(5): 368-73.
- 38- Fischer C, Oneto C. *USMLE Medical Ethics: The 100 Cases You Are Most Likely to See on the Exam*. 3rd edition. Newyork: Kaplan publishing; 2006, p. 131 .
- 39- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980; 92(6): 832-6.
- 40- Kirby RS. Breaking bad news. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 1998; 1(4): 177-8.
- 41- Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL,

- عباس کریمی با شماره ثبت ۱۶۹۳۶.
- ۵۶- هیات وزیران. آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب ۱۳۷۸/۴/۳۰. قابل دسترسی در: <http://tarh.majlis.ir/?ShowRule&Rid=509B6090-D73E-4E3E-B48F-BEBFD939D9ED>. (accessed on 2 May 2011).
- چاپ چهارم. قم: گلستان ادب؛ ۱۳۸۵، ص ۵۹۹.
- ۵۳- افراسیابی ع. جهاد النفس وسائل الشیعه، چاپ اول. قم: نهاوندی؛ ۱۳۸۰، ص ۵-۳۴۱.
- 54- Ritchie JH, Davies SC. Professional negligence: a duty of candid disclosure? BMJ 1995; 310(6984): 888-9.
- ۵۵- کریمی ع. بهارستان (نرم افزار جامع تنقیح قوانین ومقررات ایران). نگارش یکم. بنیاد حقوقی دکتر