پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۱، شماره ۱، بهار ۱۳۸۶، صفحات ۸۵ تا ۹۰

مقاله اصلی
(Original Article)

بررسی وضعیت آگاهی بیماران سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان شفای کرمان از بیماری خود

دکتر محمد حسن لاری زاده*، دکتر رضا ملک پورافشار**

* گروه پرتودرمانی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
** گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

چکیده

سابقه و هدف: *امروزه جنبه‌های اخلاقی در سرطان‌شناسی نسبت به گذشته بیشتر مطرح می‌شوند. یکی از این جنبه‌ها دادن اطلاعات به بیماران در خصوص تشخیص و پیش‌آگهی از بیماریشان می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی وضعیت آگاهی بیماران سرطانی بود.*

روش بررسی: *در این مطالعه ۱۵۰ بیمار سرطانی که در مدت یک‌سال به بخش پرتودرمانی و انکولوژی بیمارستان شفای کرمان مراجعه کردند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این گفتگوها سعی شد موارد زیر مشخص شود: وضعیت آگاهی بیماران از تشخیص، پیش‌آگهی و علل احتمالی بیماریشان و عوارض و طول مدت درمان و نقش آنان در انتخاب درمان. سپس ارتباط آگاهی بیماران از تشخیص با فاکتورهای مختلف ارزیابی شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری از آزمون t مستقل و کای‌دو استفاده شد.*

یافته‌ها: *از ۱۵۰ بیمار مورد مطالعه، ۵۳ بیمار (۳۵/۳٪) از تشخیص بیماری خود اطلاع داشتند. ۱۱ بیمار (۷/۳٪) از پیش‌آگهی بیماری خود اطلاع درستی داشتند. تعداد بیمارانی که از عوارض درمان، اتیولوژی و طول درمان اطلاع داشتند به ترتیب ۶۳ (۴۲٪)، ۱۶(۱۰/۷٪) و ۱۰۶(۷۰/۷٪) بود. ۵۸ بیمار (۳۸/۷٪) در انتخاب نوع درمان شرکت کرده بودند. آگاهی بیماران از تشخیص با تحصیلات، مکان درمان و نوع درمان ارتباط داشت ($p<0/05$) ولی ارتباط معنی‌داری با سن، جنس، وضعیت ازدواج، سابقه خانوادگی سرطان، سابقه بیماری مزمن، هدف درمان (بهبودی یا تسکینی) و مرحله بیماری (با یا بدون متاستاز) نداشت.*

نتیجه‌گیری: *وضعیت آگاهی بیماران سرطانی ایران از وضعیت بیماریشان مطلوب نیست. شناسایی آنچه بیماران دوست دارند و حق دارند بدانند، در رفع موانع عاطفی جلوگیری کننده از دادن اطلاعات مربوط به بیماری کمک‌کننده است.*

واژگان کلیدی: *سرطان، آگاهی بیماران، جنبه‌های اخلاقی، جنبه‌های قانونی.*

مقدمه

به دو دلیل جنبه‌های اخلاقی در پزشکی نسبت به گذشته اهمیت بیشتری یافته است: رشد فزاینده دانش پزشکی و کشف روشهای جدید درمان و همچنین ایجاد نگرشهای جدید اجتماعی و پزشکی در اواخر قرن اخیر که باعث افزایش احساس نیاز به خوداتکایی بیمار در روند درمان شده است (۱). بر اساس شواهد موجود، مهمترین جنبه‌های اخلاقی مورد بحث در حیطه انکولوژی عبارتند از: رضایت آگاهانه و مشارکت بیمار در طرح‌ریزی درمان، تعیین پیش‌آگهی در ارتباط با بیمار و جنبه‌های اخلاقی در مراقبت بیماران مرحله آخر. اجزای اصلی در تجزیه و تحلیل هر جنبه اخلاقی که باید شناخته شوند عبارتند از: ارجحیت‌ها، ارزشها و اهداف بیمار و پزشک و عوامل خارجی مثل هزینه، امکانات اندک، وظایف قانونی و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی که انتخاب درمان را شکل می‌دهد (۳،۲). از لحاظ اخلاقی و قانونی بحث در

آدرس نویسنده مسئول: کرمان، بیمارستان شفا، بخش پرتودرمانی و انکولوژی، دکترمحمد حسن لاری زاده (**email:** larizade_mh@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۸/۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۲/۱۶

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

خصوص پیش‌آگهی بیماری یک بخش ضروری و اصلی در روند درمان است. بررسیها نشان داده است اطلاعاتی که بیمار در خصوص پیش‌آگهی بیماری خود دارد ارتباط اساسی با انتخاب شیوه درمان از جانب وی دارد (۵،۴،۱). بیمارانی که از پیش‌آگهی بد بیماری خود اطلاعی ندارند، ممکن است درمانهای پرعارضه مثل شیمی‌درمانی را به راحتی قبول نکنند. یکی از علل قطع درمان توسط بیماران عدم آگاهی آنان از تشخیص بیماریشان و سرانجام آن بوده است. اغلب بیماران سرطانی، شیمی‌درمانی با شانس بسیار اندک را می‌پذیرند. به عبارت دیگر در خصوص بیماران سرطانی این احتمال بیشتر وجود دارد که درمانهای تهاجمی‌تر و پرعارضه‌تری را نسبت به سایر بیمارن بپذیرند (۷،۶). بنابراین هرچند آگاهی خانواده بیمار از اهمیت بسزایی برخوردار است، آگاه کردن آنها باعث آمادگی بیشتر روانی و احساسی آنان هنگام وقوع عوارض غیرقابل پیش‌بینی و مرگ احتمالی می‌شود (۸،۶). اما در اجرای یک روش درمانی صرفا نمی‌توان به خانواده بیمار تکیه کرد چرا که بعضی مواقع آن چیزی که بیمار انتخاب می‌کند با آنچه که خانواده بیمار انتخاب می‌کند، متفاوت است. بنابراین با توجه به نقشی که آگاهی بیمار در انتخاب شیوه درمان و ایجاد تمایل در او جهت ادامه درمان ایفا می‌کند، آگاه کردن بیمار از تشخیص بیماری و پیش‌آگهی آن ضروری به نظر می‌رسد. علیرغم اهمیت آگاهی رسانی به بیمار از لحاظ قانونی و اخلاقی، ممکن است مسائل عاطفی از اجرای این ضرورت ممانعت کند. یافته‌ها نشان می‌دهند پزشکان گاهی ترجیح می‌دهند اطلاعات را مخفی کنند. آنها از این که گفتن پیش‌آگهی به بیمار ممکن است باعث صدمه به امید زندگی بیمار شود، نگرانند (۱۱-۹). بنابراین پرداختن به جنبه‌های اخلاقی و قانونی درمان و به خصوص در حیطه اطلاع‌رسانی به بیمار اهمیت زیادی دارد. در این مطالعه سعی شد ضمن بررسی میزان آگاهی بیماران سرطانی از تشخیص و پیش‌آگهی بیماریشان و بررسی عوامل موثر در آن، چالشهای اخلاقی و قانونی این موضوع مورد بحث قرار گیرد.

مواد و روشها

در این مطالعه ۱۵۰ بیمار مبتلا به سرطان و خانواده آنان که در طول مدت یک سال به بخش پرتودرمانی و انکولوژی بیمارستان شفای کرمان مراجعه کردند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این مصاحبه‌ها از طرح سئوالات مستقیم خودداری شد و اطلاعات لازم به صورت غیرمستقیم و در ضمن گفتگوهایی که در طول دوره درمان و مراجعات مکرر با بیمار انجام گرفت، حاصل شد. در این مطالعه کلیه بیماران مراجعه‌کننده به استثنای بیمارانی که به هر دلیل قادر به انجام مصاحبه نبودند، مثل بیماران با سطح هوشیاری پایین و بیمارانی که به خاطر عود مجدد مراجعه کرده بودند، بدون هیچ گونه انتخابی مورد بررسی قرار گرفتند. هفت متغیری که در این بررسی مورد مطالعه قرار گرفتند عبارت بودند از: آگهی بیمار از تشخیص بیماری، پیش‌آگهی بیماری، عوارض احتمالی در طول درمان، علل احتمالی بیماری و طول مدت درمان و همچنین مشارکت یا عدم مشارکت بیمار در انتخاب نوع درمان و منبعی که بیمار اطلاعات خود را کسب نموده است. به این منظور سعی شد پاسخ به هفت سئوال زیر با بلی یا خیر مشخص شود:

۱- آیا بیمار می‌داند مبتلا به سرطان است یا خیر؟
۲- ایا آنچه بیمار از پیش‌آگهی بیماری می‌داند با واقعیت موجود تطابق دارد یا خیر؟
۳- آیا در آغاز هر مرحله درمانی، بیمار از عوارض احتمالی درمان اطلاع پیدا کرده است یا خیر؟
۴- آیا بیمار از علل احتمالی بیماری اطلاع دارد یا خیر؟
۵- آیا بیمار از طول مدت درمان اطلاع دارد یا خیر؟
۶- آیا بیمار در آغاز هر روش درمانی انتخابی انجام داده است یا خیر؟
۷- آیا پزشک در دادن بخشی از اطلاعات نقش داشته است یا خیر؟

پاسخ به این سئوالات در پایان دوره درمان ثبت می‌شد و اطلاعاتی که بیمار در طول درمان پیدا می‌کرد به عنوان پاسخ مثبت در نظر گرفته می‌شد. در بررسی اطلاع از پیش‌آگهی، نگرش کیفی بیمار، به صورت «سرانجام خوب یا بد» و «قابل درمان یا غیرقابل‌درمان»، مورد سنجش قرار گرفت و جنبه‌های کمی و دقیق علمی مثل میزان بقا، میزان عود و میزان پاسخ به درمان مورد نظر نبود.

سعی شد متغیرهایی که تصور می‌شد ممکن است با آگاهی بیمار از تشخیص ارتباطی داشته باشند، بررسی شوند. این متغیرها عبارت بودند از: سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت ازدواج، وجود یا عدم وجود سابقه سرطان در فامیل درجه اول، وجود یا عدم وجود بیماری مزمن دیگر در فرد، نوع درمان (شیمی‌درمانی در مقابل پرتودرمانی)، مرحله بیماری (بدون متاستاز در مقابل همراه متاستاز)، محل درمان (سرپایی در مقابل بستری) و هدف درمان (بهبودی در مقابل تسکینی). برای آنالیز آماری ارتباط سن با آگاهی از آزمون t مستقل و جهت بررسی سایر عوامل از آزمون کای‌دو استفاده شد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

یافته‌ها

از ۱۵۰ بیمار مورد مطالعه، ۵۳ بیمار (۳۵/۳٪) از تشخیص بیماری خود اطلاع داشتند و ۹۷ بیمار (۶۴/۷٪) از این که مبتلا به سرطان هستند، اطلاعی نداشتند. ۱۱ بیمار (۷/۳٪) از پیش‌آگهی خود اطلاع درستی داشتند و بقیه تصور نادرستی در این خصوص داشتند. تعداد بیمارانی که از عوارض درمان، اتیولوژی و طول درمان اطلاع داشتند به ترتیب ۶۳ (۴۲٪)، ۱۶ (۱۰/۷٪) و ۱۰۶ (۷۰/۷٪) نفر بود. همچنین تنها ۵۸ نفر (۳۸/۷٪) از بیماران به نحوی در انتخاب درمان و طرح درمان شرکت داشتند. این انتخاب شامل نحوه درمان، نوع رژیم به کار رفته در درمان و یا ادامه دادن و ندادن درمان می‌شد. از ۵۳ بیماری که از تشخیص آگاهی داشتند، ۴۷ بیمار (۸۸/۷٪) در انتخاب درمان نیز شرکت داشتند در حالیکه فقط ۱۱ بیمار (۱۱/۳٪) از ۹۷ بیمار بدون آگاهی در انتخاب نقش داشتند. در بررسی منبع اطلاعات بیمار مشخص شد که فقط نیمی از بیماران به طور مستقیم اطلاعات خود را از پزشک دریافت نموده‌اند (جدول ۱). خانواده و اطرافیان منبع اطلاعاتی ۶۷ بیمار را تشکیل می‌دادند. ۸ بیمار اطلاعات لازم را از منابع دیگر مثل رسانه‌ها و اینترنت یا مجموعه‌ای از عوامل گفته شده فوق دریافت می‌کردند.

در بررسی فاکتورهای مختلف که ممکن بود، ارتباطی با آگاهی بیماران از تشخیص بیماری داشته باشند مشخص شد که تنها سه فاکتور تحصیلات، نوع درمان و مکان درمان با وضعیت آگاهی ارتباط معنی‌داری دارند (جدول ۱). ۴۰/۶٪ از افراد باسواد آگاهی صحیحی از تشخیص داشتند در حالیکه فقط ۲۶٪ از افراد بی‌سواد از این آگاهی برخوردار بودند ($p<0/05$). همچنین ۶۰/۵٪ از بیمارانی که صرفا پرتودرمانی دریافت کرده بودند آگاهی صحیحی از تشخیص داشتند اما این یافته در افرادی که شیمی‌درمانی تنها و یا پرتودرمانی و شیمی‌درمانی با هم دریافت کرده بودند به ترتیب ۲۵/۵ و ۲۷/۷ درصد بود ($p=0/001$). کسانی که به صورت سرپایی درمان شده بودند در ۲۷/۵٪ از موارد از تشخیص آگاهی صحیح داشتند اما کسانی که بخشی یا تمام درمان را به صورت بستری دریافت کرده بودند در ۴۴/۲٪ از موارد اطلاع صحیحی در این خصوص داشتند ($p=0/04$). فاکتورهای سن، جنسیت، وضعیت ازدواج، سابقه خانوادگی از سرطان، سابقه بیماری مزمن، مرحله بیماری و هدف درمان ارتباط معنی‌داری با آگاهی نداشتند (جدول ۱).

بیشترین سئوالاتی که بیماران در خصوص بیماری خود می‌پرسیدند عبارت بودند از: نتیجه درمان، عوارض درمان، تغذیه و هزینه درمان.

جدول ۱- ارتباط فاکتورهای مختلف با وضعیت آگاهی براساس تعداد (٪) بیمار

متغیر		دارای آگاهی	بدون آگاهی	کل
جنسیت	مرد	(۲۹/۴)۲۰	(۷۰/۶)۴۸	(۴۵/۳)۶۸
	زن	(۴۰/۲)۳۳	(۵۹/۸)۴۹	(۵۴/۷)۸۲
وضعیت ازدواج	مجرد	(۵۲/۹)۹	(۴۷/۱)۸	(۱۱/۳)۱۷
	متاهل	(۳۳/۱)۴۴	(۶۶/۹)۸۹	(۸۸/۷)۳۳
تحصیلات	باسواد	(۴۰/۶)۳۹	(۵۹/۴)۵۷	(۶۴)۹۶
	بی‌سواد	(۲۶)۱۴	(۷۴)۴۰	(۳۶)۵۴
سابقه خانوادگی	بلی	(۲۵)۴	(۷۵)۱۲	(۱۰/۷)۱۶
سرطان	خیر	(۳۶/۶)۴۹	(۶۳/۴)۸۵	(۸۹/۳)۱۳۴
سابقه بیماری	بلی	(۵۰)۱۳	(۵۰)۱۳	(۱۷/۳)۲۶
مزمن	خیر	(۳۲/۳)۴۰	(۶۷/۷)۸۴	(۸۲/۷)۲۴
نوع درمان	پرتودرمانی	(۶۰/۵)۲۳	(۳۹/۵)۱۵	(۸۲/۷)۳۸
	شیمی‌درمانی	(۲۵/۵)۱۲	(۷۴/۵)۳۵	(۳۱/۳)۴۷
	هردو	(۲۷/۷)۱۸	(۷۲/۳)۴۷	(۴۳/۳)۶۵
مکان درمان	سرپایی	(۲۷/۵)۲۲	(۷۲/۵)۵۸	(۵۳/۳)۸۰
	بستری	(۴۴/۲)۳۱	(۸/۵۵)۳۹	(۴۶/۷)۷۰
مرحله بیماری	با متاستاز	(۲۰)۷	(۸۰)۲۸	(۲۳/۳)۳۵
	بی‌متاستاز	(۴۰)۴۶	(۶۰)۶۹	(۷۶/۷)۱۱۵
هدف درمان	بهبودی	(۳۶/۵)۳۸	(۳۵/۵)۶۶	(۶۹/۳)۱۰۴
	تسکینی	(۳۲/۶)۱۵	(۶۷/۴)۳۱	(۳۰/۷)۴۶

بحث

به عنوان یک قانون کلی، درمان یک بیمار بدون رضایت او به جز در مواردی غیرقانونی است. این قانون از اصلی‌ترین و مهمترین قوانین در حقوق پزشکی است. هرگونه درمان بدون رضایت بیمار تجاوز به حقوق او محسوب می‌شود و موضوعی قابل طرح در محکمه است. این رضایت قانونی از دو طریق حاصل می‌شود: رضایت ضمنی و رضایت آگاهانه. در هر دو نوع رضایت، آگاهی بیمار اهمیت دارد و اگر بیمار نداند به چه امری رضایت می‌دهد رضایت او قابل قبول نمی‌باشد. رضایت ضمنی رضایتی است که بیمار با عمل خود نشان می‌دهد (۱۲). رضایت آگاهانه که بر اساس اصول اخلاقی و با در نظر گرفتن اختیار و خودباوری بیمار شکل گرفته است، روندی است که در آن پزشک و بیمار با هم در طراحی یک نحوه درمان بیماری شرکت می‌کنند. این رضایت سه بخش کلیدی دارد: بی‌پرده‌گویی، صلاحیت و اختیار. بی‌پرده‌گویی به

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

این معنی است کـه پزشـک بـا بیمـار در خـصوص تـشخیص، پیش‌آگهی و خطر و فایده درمان صحبت کنـد. صـلاحیت بـه این معنی است که بیمار توانایی درک اطلاعات را داشته باشـد و بتوانـد نیازهـا و ارزشـها را شناسـایی و در خـصوص درمـان تصمیم بگیرد. اختیار به این معنی است که بیمار بتواند آزادانه انتخاب کند (۱). در این بین بی‌پرده‌گـویی از اجـزای اصـلی و بسیار بااهمیت است (۶). علیرغم ضرورتی که آگاهی رسانی در رضایت آگاهانه دارد، مطالعات نشان داده است که پزشـکان در موارد زیادی اطلاعات کامل را در اختیار بیماران قرار نمی‌دهند (۶،۱۰،۱۱،۱۳). بر اساس یک بررسی ۹۰٪ از ۲۱۹ پزشـک در خصوص تشخیص سرطان به بیماران خود چیزی نگفته بودنـد (۱۴).

یـک بررسـی دیگـر نـشان داد کـه ۹۷٪ از پزشـکان تـرجیح می‌دهند تشخیص را بگویند (۶). علت اختلاف این دو رقم وارد شدن عوامل عاطفی در این مورد مـی‌باشـد. بـه عبـارت دیگـر پزشکان ترجیح می‌دهند و تمایل دارند اطلاعات را در اختیـار بیمار بگذارند اما موانعی باعث می‌شود که عملا چنـین اتفـاقی صورت نگیرد. برخـی مطالعـات نـشان مـی‌دهـد کـه پزشـکان سرطان‌شناس تمایل ندارند که تشخیص را بـه بیمـار نگوینـد، بلکه آنچه آنان ترجیح می‌دهنـد نگوینـد، پـیش‌آگهـی نهـایی بیماری است (۶،۱۱) . در مطالعه حاضر نیز مـشخص شـد کـه میزان آگـاهی بیمـار از تـشخیص نـسبت بـه آگـاهی آنـان از پیش‌اگهی بیشتر است. بـه طـوری کـه ۳۵/۳٪ از تـشخیص و ۷/۳٪ از پیش آگهی بیماری اطلاع صحیحی داشتند.

مشخص کردن آگاه "بودن یا نبودن" بیمار در این مـوارد کـار آسانی نیست چراکه نمی‌توان از بیمار پرسید آیا می‌داند مبـتلا به سرطان است یا خیر. مطالعه آگاهی بیمار از پیش‌آگهـی بـه خاطر احتمال ایجاد اضطراب و نیاز به ایجاد امید دشوار اسـت (۱). برخی بیماران ممکن است پیش‌آگهی را زمانی بهتر درک کنند که با آنها با نمادهای عددی صـحبت مـی‌شـود و برخـی اطلاعات کیفی را بهتر درک می‌کننـد (۱،۱۵،۱۶). ایـن دو راه مختلف، مشخص می‌کند توصیف بیماران از آنچه در خـصوص پیش‌آگهی در ذهن دارند یکسان نیست، لذا ارزیـابی آنهـا نیـز آسان نیست. از طرف دیگر بیماران ممکن است اطلاعات مهـم در خصوص پیش‌آگهی را از راههایی مثل تون صدا، لغات بکـار برده شده در گفتگو و طول تماس چـشمی و غیـره از پزشـک دریافت کنند (۱۴). ارزیابی این اطلاعات بـسیار دشـوار اسـت. بنابراین یافته‌هایی که در بررسیهای مربوط به آگـاهی بدسـت می‌آید ممکن است به طور واقعی بازتاب آگـاهی بیمـار نباشـد (۱،۱۷). بررسی فاکتورهایی که به صورت غیرمـستقیم ممکـن است بازتاب میزان آگاهی بیمار باشند می‌توانـد در ایـن مـورد کمک کند. به عنوان مثال شرکت بیمـار در انتخـاب درمـان و میزان رضایت او از درمان و پذیرفتن درمان پیشنهاد شـده بـه وی ممکن است بازگوکننده میزان آگاهی بیمار باشد. امـروزه شرکت فعالانه بیمار در انتخاب نـوع درمـان یـک امـر حیـاتی محسوب می‌شود (۲۰-۱۸). در یک بررسی مشخص شـد ۴۳٪ بیماران تمایل دارند در طرح درمان شرکت فعال داشته باشند (۲۱). علیرغم این تمایل، نشان داده شده است که بیماران بـه شدت به تصمیم پزشک خود تکیه می‌کننـد. در یـک بررسـی مشخص شد ۸۰٪ از بیماران درمان اولیه پیشنهادی پزشـک را قبول کردند و اختلالی در عملکرد و تصمیم پزشک ایجاد نشد (۲۲). بنابراین درگیـر کـردن بیمـار نـه تنهـا اختلالـی ایجـاد نمی‌کنـد، بلکـه باعـث نتیجـه بهتـر درمـان از جملـه کـاهش اضطراب، افـزایش رضـایت بیمـار و بهبـود وضـعیت تحمـل او می‌شود. گروهی معتقدند که بهبود کیفیت زندگی تنها زمـانی اتفاق می‌افتد که بیمار کاملا از تمـام روشـهای درمـان اگـاهی یابد و در روند طرح درمان شـرکت کنـد (۱،۱۸،۱۹). در یـک بررسی مشخص شد یکی از عللی کـه بیمـار درمـان پیـشنهاد شده از طرف پزشک را قبول نمی‌کند، دریافت نکردن اطلاعات کافی از سوی پزشک است (۲۲). در مطالعه حاضـر ۵۸ بیمـار (۳۸/۷٪)، به نوعی در مراحـل مختلـف درمـان شـرکت کـرده بودنـد. ۸۸/۷٪ از بیمـاران دارای آگـاهی و ۱۱/۳٪ از بیمـاران بدون آگاهی در انتخـاب شـرکت داشـتند. ایـن مـساله نـشان می‌دهد میزان آگـاهی و مـشارکت در درمـان بـا هـم ارتبـاط تنگاتنگ دارنـد. همچنـین مـشخص شـد کـه فقـط نیمـی از بیماران اطلاعات لازم در خصوص بیماری را از پزشکان کـسب کرده‌اند. مطالعات نشان داده‌اند کـه بیمـاران، منـابع شخـصی اطلاعاتی (پزشکان، پرستاران، دوستان و وابستگان) را بر منابع نوشتاری بیشتر ترجیح می‌دهند (۲۱).

در بررسی عوامل موثر در آگـاهی بیمـاران مـشخص شـد کـه تحصیلات، نوع درمان و مکان درمان با آگاهی ارتبـاط دارنـد و بقیه عوامل تاثیر معنی‌داری نداشتند. بر خلاف تـصور، آگـاهی در کسانی که فقط پرتودرمانی شده بودند نسبت به کسانی که شیمی‌درمانی در بخشی از درمان آنان بکار رفتـه بـود، بیـشتر بود. این موضوع مـی‌توانـد بـه خـاطر مراجعـه مکـرر و روزانـه بیماران تحت پرتودرمانی به بیمارستان و هم‌صـحبتی آنـان بـا دیگر بیماران در زمان انتظـار آنـان جهـت انجـام پرتودرمـانی باشد. همچنین درصد بیماران آگاه در گروهـی کـه بخـشی از درمان را به صورت بستری دریافت کرده بودند، بیشتر بود. لـذا می‌توان نتیجه گرفت کـه انجـام خـدمات بـه صـورت بـستری

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

ممکن است در افزایش میزان آگاهی موثر باشد. علاوه بر این جهت رفع موانع جلوگیری کننده از دادن اطلاعات به بیمار، شناسایی نیازهای اطلاعاتی بیماران و آنچه آنان تمایل دارند بدانند، می‌تواند کمک کننده باشد. در یک بررسی مشخص شد، بیشترین چیزهایی که بیماران دوست داشتند بدانند عبارت بودند از: مرحله بیماری، احتمال بهبودی و راههای مختلف درمان. مراقبت شخصی و مسائل جنسی کمترین اهمیت را داشتند. در زنان مسن جنبه مراقبت شخصی از اهمیت بیشتری برخوردار بود (۲۱). پزشکان نمی‌توانند به حدسیات اثبات نشده خود در مورد آنچه آنها فکر می‌کردند (بیماران تمایل دارند بدانند یا ندانند) تکیه کنند. بنابراین لازم است علایق و سئوالات بیماران به صورت اختصاصی شناسایی شود. شناسایی این علایق باید در هر بیمار به صورت جداگانه و با توجه به نگرش، فرهنگ و وضعیت روحی بیمار صورت بگیرد. اگر بیمار تقاضای خاصی دارد، تا نوع خاصی از اطلاعات را دریافت کند لازم است در این مورد تامل کرد. در برخی شرایط ممکن است از لحاظ اخلاقی با توجه به دلایل منطقی و روانی دادن اطلاعات را به تعویق انداخت.

REFERENCES

1. Detva V, Hellman S, Rosenberg S, editors. Cancer principles and practice of oncology. 7th edition, Philadelphia Lippincott- Raven, 2005;p:2747–93.
2. Janathan MB, Susam KM, Jenifer B, Potter AS. Top 10 health ethics challenge facing the public: views of Toronto bioethicists. BMC Med Ethics 2005;6:5.
3. Siegler M. The physician-patient accommodation: a central era in clinical medicine. Arch Intern Med 1982; 142: 1899-93.
4. Editorial. The ethics of learning from patient. Lancet 1994; 334: 71-2.
5. Weeks J, Cook F, O'Dey S. Relationship between cancer patients prediction of prognosis and their treatment preferences. JAMA 1998; 297: 1790-4.
6. Kathleen C, Richard TP, Burce AC, Sally M. A staff dialogue on phase 1 trials: psychosocioal issues faced by patients, their families and caregivers. Oncology 2002; 7(12): 8-15.
7. Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses and general public. Br Med J 1990; 300(6737): 1458-60.
8. Yoder LH, O Rurke TJ, Ethyre A. Expectations and experiences of patients with cancer participating in phase l clinical trial. Oncol Nurs Forum 1997; 24: 891-6.
9. Miller M. Phase l cancer trials: a collusion of misunderstanding. Hastings Cat Rep 2000; 30: 34.
10. Gordon DC. Hitting you over the head. Oncologists disclosure of prognosis to advanced cancer patients. Bioethics 2003; 17: 1420-5.
11. Kodish E, Post SG. Oncology and hope. J Clin Oncol 1995; 13: 1817-22.
۱۲. عباسی م. مجموعه مقالات حقوق پزشکی. چاپ اول، موسسه فرهنگی انتشاراتی حیان، ۱۳۷۶، جلد اول، صفحات ۴۸-۴۲.
13. Bock S. Shading the truth in seeking informed consent for research purpose. Kannedy Int Ethics 1995; 5: 10.
14. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. JAMA 1961; 175: 1120.
15. Daugherty C, Ratain MJ, Grochowski M. Perceptions of cancer patients and their physicians involved in phase l trials. J Clin Oncol 1995; 13: 1062-6.
16. Cuchen L, Deamoor C, Amato RJ. The association between treatment specific optimism and depressive symptomal in patients enrolled in phase l cancer clinical trial. Cancer 2002; 91: 1949-53.
17. Sulmassy DP, Terry PB, Weisman CS. The accuracy of substituted judgments in patients with terminal diagnosis. Ann Inter Med 1998; 128(8): 621-9.
18. Sutherland HJ, Liewellin HA, Lockwood GA, Tritchler DL. Cancer patients. Their desire for information and participation in treatment decision. J Royal Soc Med 1989; 82:260-6.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]

19. Tarllov HJ, Warw JE, Greenfield S. The medical outcomes study: an application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA 1989; 262: 925-9.

20. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988; 26: 657-9.

21. Bilodeau BA, Deganer LF. Information needs, sources of information and decisional roles in women with breast cancer. Oncol Nurs Forum 1996; 23(4): 691-6.

22. Siminoff LA, Felting JH. Factors affecting treatment decisions for a life- treatment illness, the case of medical treatment of breast cancer. Soc Sci Med 1991; 32(7): 813-8.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-19]