

## بررسی میزان آگاهی و رضایت بیماران مبتلا به سرطان از اطلاعات داده شده مرتبط با بیماری و ارتباط این عوامل با افسردگی و اضطراب در این بیماران طی سال ۸۲-۸۳ در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی

دکتر گلبرگ طریقت صابر (پزشک عمومی)\*، دکتر شبنم زارعی (پزشک عمومی)\*، دکتر آرش اعتمادی (دستیار)\*\*،

آقای دکتر محمدرضا محمدی (عضو هیئت علمی)\*\*\*، دکتر گیتی شمس (عضو هیئت علمی)\*\*\*

\* دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\* اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\*\* عضو هیأت علمی بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### چکیده

**زمینه و هدف:** اضطراب شایع‌ترین دیسترس سایکولوژیک در مبتلایان به کانسر است. مطالعات زیادی برای بررسی شیوع اضطراب و افسردگی در مبتلایان به کانسر و عوامل مؤثر بر آن صورت گرفته است. میزان آگاهی بیماران از جنبه‌های مختلف بیماری، میزان تمایل آنها به دریافت اطلاعات بیشتر و رضایت‌مندی آنها از اطلاعات منتقل شده و نگرش مبتلایان به کانسر در ایران نسبت به انتقال کامل اطلاعات، مقولاتی هستند که به خوبی به آنها پرداخته نشده و ارتباط آنها با بروز موربیدیتی سایکولوژیک در این بیماران شناخته شده نیست.

**روش بررسی:** در یک مطالعه مقطعی ۲۵۰ بیمار مبتلا به کانسرهای جامد در محدوده سنی ۷۵-۱۵ سال، مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی، وارد مطالعه شدند. با استفاده از پرسشنامه شماره ۱، میزان آگاهی بیماران از جنبه‌های مختلف بیماری، تمایل بیماران به دریافت اطلاعات بیشتر، سطح رضایت و نگرش بیماران به دریافت اطلاعات سنجیده شد. نمره افسردگی و اضطراب با استفاده از مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی سنجیده شد. پایایی پرسشنامه شماره یک با محاسبه آلفا کرونباخ (۰/۹۰) سنجیده شد.

**یافته‌ها:** ۳۰٪ بیماران اضطراب و ۱۷٪ بیماران افسردگی داشتند. سطح آگاهی ۳۲٪ بیماران «کم» و ۵۴٪ «متوسط» بود. همبستگی معنی‌داری میان آگاهی و افسردگی و اضطراب وجود نداشت. اکثر بیماران (۶۹٪) میزان اطلاعات داده شده توسط پزشک را «ناکافی» می‌دانستند، نمره افسردگی به صورت معنی‌داری در این گروه از بیماران بیشتر از سایر بیماران بود. اکثر بیماران (۵۹٪) تمایل داشتند که حداکثر اطلاعات ممکن را در مورد جنبه‌های مختلف بیماری به دست آورند. همبستگی معنی‌داری میان تمایل بیماران با افسردگی و اضطراب وجود نداشت. ۶۴٪ بیماران عقیده داشتند که در اکثر جنبه‌های مرتبط با بیماری، پزشک باید حداکثر اطلاعات ممکن را در اختیار بیمار قرار دهد. میان نگرش بیماران و افسردگی و اضطراب، همبستگی معنی‌داری وجود نداشت. سطح رضایت ۲۹٪ بیماران «کم» و ۳۹٪ بیماران «متوسط» بود. نمره افسردگی و اضطراب به صورت معنی‌داری در بیمارانی که رضایت کمتری داشتند، از سایر بیماران بیشتر بود.

**نتیجه‌گیری:** پایین بودن سطح آگاهی اکثر مبتلایان به کانسر درباره بیماری خود در این مطالعه و تمایل زیاد آنها به دریافت اطلاعات بیشتر و عدم رضایت‌مندی آنها از اطلاعات موجود، و وجود نگرش مثبت نسبت به انتقال کامل اطلاعات درباره بیماری، همگی دلالت بر این مسأله دارند که روند آگاه‌سازی توسط پزشکان باید بیشتر و بهتر صورت گیرد. به نظر می‌رسد که میزان اطلاعات به تنهایی نمی‌تواند در بروز موربیدیتی سایکولوژیک در مبتلایان به کانسر مؤثر باشد، در حالی که میزان رضایت‌مندی بیماران از اطلاعات دریافت شده که به طور ضمنی اشاره به کیفیت و نحوه انتقال اطلاعات دارد، نقش مؤثری در بروز اضطراب دارد. در عین حال، وجود دید منفی در باور عمومی جامعه ایران نسبت به کانسر و آینده آن، فاکتوری است که هم بر کارکرد پزشکان و نحوه اطلاع‌رسانی آنها و هم بر تطابق سایکولوژیک مبتلایان به کانسر با مسأله بیماری خود تأثیرگذار است.

کلید واژه‌ها: سایکوانکولوژی، اضطراب، رضایت، اطلاعات داده شده

## زمینه و هدف

از دیدگاه بیماران، دریافت خبر ابتلا به سرطان یک تجربه تروماتیک و فراموش نشدنی است. فرآیند آگاه شدن بیمار از تشخیص بیماری خود اغلب زمینه را برای آغاز درمان در آینده‌ای نزدیک مهیا می‌سازد و بیانگر آغاز تطابقی است که زندگی بیمار را متحول می‌سازد. آگاه ساختن بیمار مبتلا به سرطان از تشخیص خود، همواره مقوله تناقض آمیزی در رابطه پزشک - بیمار بوده است. بدون شک، این مسأله نه تنها ناشی از اختلافات فرهنگی کشورهای مختلف است، بلکه تغییرات زیادی در عقاید افراد نسبت به سرطان طی سالهای اخیر به وجود آمده است. جامعه پزشکی غرب به طور فزاینده‌ای برافشای صادقانه تشخیص سرطان یا پیش آگهی بیماری و احترام به اتونومی به عنوان پیش نیازی ضروری برای طبابت مبتنی بر اخلاق، تأکید می‌کند. در حالی که در بسیاری فرهنگ‌ها (خاور دور، خاورمیانه، آمریکای لاتین، آفریقا ...) افشای کامل و دقیق خبر ابتلا به سرطان، مقبول و خوشایند نیست و عملی بی‌رحمانه محسوب می‌شود. بررسی متون پزشکی حاکی از آن است که اکثر بیماران در صورت ابتلا به سرطان، می‌خواهند از تشخیص بیماری خود آگاه شوند. در عین حال، شواهد بسیاری وجود دارد که پزشکان در آگاه ساختن بیماران از تشخیص سرطان ناموفق هستند و اغلب نمی‌توانند به انتظارات، خواسته‌ها و نیازهای اطلاعاتی بیماران پاسخ مناسبی دهند. و نیز در مطالعه‌ای نشان داده شده است که انکولوژیست‌ها به درستی قادر به درک علایم فیزیکی بیماران هستند ولی میزان افسردگی و اضطراب آنها را کمتر از حد واقعی تخمین می‌زنند.

این دیدگاه که دریافت اطلاعات پزشکی ناخوشایند همواره به صورت غیر قابل اجتنابی موجب آسیب روانشناختی می‌شود، اثبات نشده است. اما مطالعه اخیر دیگری بر روی ۴۰ بیمار نشان داده است که دادن اختیارات به بیمار در انتخاب درمان یا کمک به وی در این زمینه در شرایطی که انجام انتخاب ممکن نیست، از بروز موربیدیتی سایکولوژیک جلوگیری می‌کند.

تعیین جهت رابطه علی و معلولی بروز موربیدیتی سایکولوژیک به جهت نقشی که در بهبود رابطه بین پزشکان و بیماران مبتلا به کانسر دارد، مسأله مهمی بوده، نیازمند بررسی‌های بیشتر در مطالعه‌ای آینده‌نگر است. آگاهی بیمار از تشخیص سرطان می‌تواند به همکاری بهتر و کمپلینس بیشتر بیماری طی سیر درمانی منجر شود و به بیمار در انتخاب روش درمان کمک کند. پنهان کردن حقیقت از بیمار مبتلا به سرطان می‌تواند به کمپلینس ضعیف بیمار، درک نادرست بیمار از روش‌های درمان و عوارض جانبی آن منجر شود. پیچیدگی تعامل میان پزشک و بیمار، گاهی اوقات می‌تواند برای بیمار سوءتفاهمات جدی. مانند درک نادرست بیمار از پیش آگهی بیماری یا هدف درمان ایجاد کند. ارتباط نامناسب یا ضعیف با بیمار همچنین ممکن است از همکاری فعال بیمار در برنامه‌ریزی درمانی جلوگیری کند.

به نظر می‌رسد که فواید آگاهی یافتن بیمار، همانند افزایش همکاری بیماری و افزایش کمپلینس او برای درمان، مهم‌تر از ریسک دیسترس عاطفی ناشی از آگاهی از ابتلا به سرطان باشد. اضطراب شایع‌ترین فرم دیسترس سایکولوژیک در مبتلایان به کانسر بوده، به چهار فرم بروز می‌کند:

اضطراب موقعیتی مقدم بر یا مرتبط با جنبه ترسناک بیماری یا درمان؛ اضطراب وابسته به بیماری؛ اضطراب وابسته به درمان؛ تشدید اختلال اضطرابی از قبل موجود (نظیر فوبیای از قبل موجود، حملات پانیک، اختلالات اضطرابی ژنرالیزه، OCD, PTSD)

تشخیص افسردگی در بیماران مبتلا به کانسر مشکل است چون بیماری نئوپلاستیک خود اغلب باعث ایجاد علایم نباتی کانسر به صورت: ضعف، خستگی، از دست رفتن لیبیدو، بی‌خوابی، بی‌علاقگی و کاهش تمرکز و انگیزه می‌شود.

اغلب مطالعات موجود نشان می‌دهد که HADS ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری میزان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به کانسر پستان است. اطلاعات جامعی درباره آگاهی بیماران ایرانی از نوع بیماریشان و رضایت آنها از اطلاعات داده شده موجود نیست. با توجه به تأثیر عوامل فرهنگی، سطح سواد و اعتقادات عامه بر این عوامل و نقش

افسردگی و اضطراب با استفاده از پرسشنامه «مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی» ( Zigmond & Snaith, 1983 ) اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه معتبر به صورت گسترده‌ای برای سنجش دیسترس روحی روانی در بیماران مبتلا به کانسر مورد استفاده قرار گرفته است (پیوست ۱). HADS پرسشنامه‌ای شامل ۱۴ سؤال است که از ۲ خرده‌مقیاس تشکیل می‌شود: اضطراب و افسردگی.

به هر سؤال بر پایه یک مقیاس ۴ نمره‌ای (۰-۳) امتیاز داده می‌شود، به طوری که حداکثر نمره افسردگی و اضطراب بر پایه این پرسشنامه ۲۱ می‌باشد. رتبه‌بندی نمره افسردگی و اضطراب حاصل در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱-

اضطراب	افسردگی
۰-۷	نرمال
۸-۱۰	مرزی
۱۱-۲۱	غیرطبیعی

تعیین‌کننده بیمار در روند درمانی، بر آن شدید سطح آگاهی بیماران ایرانی، میزان تمایل آنها به دریافت اطلاعات میزان رضایت بیماران ایرانی مبتلا به سرطان را از نوع اطلاعات، میزان و شیوه دریافت اطلاعات و همچنین نیازهای اطلاعاتی، انتظارات و خواسته‌های بیماران را ارزیابی کنیم.

## روش بررسی

یک مطالعه مقطعی برای سنجش میزان آگاهی بیماران مبتلا به کانسرهای جامد از جنبه‌های مختلف بیماری، میزان تمایل بیماران به دریافت اطلاعات بیشتر در مورد بیماری، میزان رضایت بیماران از اطلاعات منتقل شده توسط پزشک، نگرش آنها نسبت به آگاه‌سازی بیماری توسط پزشک و نیز سنجش نمره افسردگی و اضطرابی بیماران و بررسی ارتباط احتمالی میان نمره افسردگی و اضطراب و میزان آگاهی، تمایل و رضایت بیماران انجام گرفت. ۲۵۰ نفر بیمار از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های انستیتو کانسر در محدوده سنی ۱۵ تا ۷۵ وارد مطالعه شدند.

## پرسشنامه شماره ۱

پرسشنامه‌ای خود اجرا، حاوی ۲۴ سؤال بسته است که براساس پرسشنامه‌های استفاده شده در مطالعات مشابه خارجی و نیز اهداف این طرح تهیه شد. در این پرسشنامه میزان آگاهی بیمار از جنبه‌های مختلف بیماری، میزان اطلاعات داده شده توسط پزشک اصلی‌ترین منبع اطلاعاتی، میزان تمایل بیمار به دریافت اطلاعات بیشتر در مورد جنبه‌های مختلف بیماری، میزان رضایت بیمار از اطلاعات داده شده توسط پزشک، ارزیابی بیمار از میزان اطلاعات داده شده توسط پزشک، نگرش بیمار نسبت به آگاه‌سازی بیماران از جنبه‌های مختلف مرتبط با بیماری توسط پزشک مورد ارزیابی قرار گرفت.

## پرسشنامه مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی (HADS)

از ۳۵۰ بیمار مورد بررسی، ۵۵٪ موارد زن و ۴۵٪ مرد بودند.

بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۱-۴۵ سال (۳۴٪) و ۴۷/۶۰ سال (۳۲٪) بود. ۷۳٪ بیماران متأهل و ۱۷٪ مجرد بودند. در اکثریت بیماران، مرحله بیماری درج در پرونده به صورت نامشخص (۶۶٪) ذکر شده بود و بعد از آن ۲۳٪ افراد در مرحله ۴ بیماری بودند.

در مورد اکثریت بیماران، درج وجود متاستاز دور دست در پرونده به صورت نامشخص بود (۳۷٪) و ۳۲٪ بیماران متاستاز دور دست نداشتند. در اکثر بیماران فاصله زمانی بین تشخیص بیماری و پاسخگویی به پرسشنامه کمتر از سه ماه (۳۵٪) و بین ۴-۱۲ ماه (۳۰٪) بود. میزان آگاهی اکثریت بیماران از جنبه‌های مختلف بیماری خود (۵۴٪) در حد متوسط، ۳۲٪ در حد کم و ۱۴٪ در حد مناسب بود. ۷۰٪ بیماران، اطلاعات ارایه شده توسط پزشک را ناکافی، ۲۲٪ در

قرار گرفتند. شیوع اضطراب در بیماران افسرده ۶۰٪ و شیوع افسردگی در بیماران مضطرب ۳۴٪ بود. اضطراب در زنان به صورت معنی داری بیشتر از مردان بود.

### جدول ۳- فراوانی منابع اطلاعاتی بیماران

منبع اصلی اطلاعات	
پزشک معالج	۱۴۲ (۵۷)
پرستل پزشکی	۱۲ (۵)
سایر بیماران	۲۳ (۹)
افراد خانواده	۱۷ (۷)
رادیو و تلویزیون	۲۳ (۹)
مجلات و روزنامه‌ها	۱۱ (۴)
کتاب آموزشی	۵ (۲)
اینترنت	۰ (۰)
موارد دیگر	۳ (۱)
هیچ کدام	۱۲ (۵)
Missing	۲ (۱)

جدول ۴- تمایل بیماران به دریافت اطلاعات بیشتر در مورد جنبه‌های مختلف بیماری

n = ۲۵۰		
علاقه‌ای ندارم	متوسط	زیاد
تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
۳۷ (۱۵)	۳۱ (۱۲)	۱۸۲ (۷۳)
۲۴ (۱۰)	۳۱ (۱۲)	۱۹۵ (۷۸)
۲۲ (۹)	۳۹ (۱۵)	۱۸۹ (۷۶)
۱۸ (۷)	۳۴ (۱۴)	۱۹۸ (۷۹)

شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران شاغل به صورت معنی داری کمتر از سایر بیماران بود. شیوع اضطراب در بیماران ساکن تهران نسبت به روستاها و شهرهای دیگر به صورت معنی داری بیشتر بود.

حد متوسط و ۸٪ کافی می‌دانستند. از میان منابع اطلاعاتی مختلف، به ترتیب پزشک معالج ۷۶٪، سایر بیماران ۲۴٪، رادیو و تلویزیون ۲۴٪ و مجلات و روزنامه‌ها ۱۶٪ بیشترین فراوانی را داشتند. کتاب‌های آموزشی و اینترنت به ترتیب ۳٪ و ۱٪ منابع اطلاعاتی بیماران را تشکیل می‌دادند (۱٪ موارد گزینه‌های دیگر را انتخاب کرده بودند). ۵۹٪ بیماران تمایل زیادی به دریافت اطلاعات در تمام زمینه‌های مربوط به بیماری خود داشتند و ۴۱٪ تمایل کمتری داشتند. ۷۹٪ خواهان اکثر اطلاعات در زمینه روش‌های مختلف درمان، ۷۳٪ در زمینه عوارض درمان، ۶۹٪ در زمینه شانس بهبودی و آینده بیماری و ۶۲٪ خواهان اکثر اطلاعات در زمینه نوع بیماری بودند. ۳۹٪ بیماران رضایت خود از اطلاعات داده شده توسط پزشک را در حد متوسط، ۳۲٪ در حد زیاد و ۲۹٪ آن را کم دانستند. اکثر بیماران (۶۰٪) این میزان اطلاعات را کمتر از حد لزوم و ۳۷٪ آنها آن را کافی دانستند. در بررسی نگرش کلی بیماران نسبت به لزوم آگاه سازی توسط پزشک، ۶۴٪ بیماران نگرش مثبت و ۳۶٪ نگرش منفی داشتند.

جدول ۲- میزان آگاهی بیماران از جنبه‌های مختلف بیماری و میزان اطلاعات منتقل شده توسط پزشک

میزان آگاهی بیمار از جنبه‌های مختلف بیماری	
n = ۲۵۰	
تعداد نمونه	
(%)	
کم	۸۰ (۳۲)
متوسط	۱۳۵ (۵۴)
زیاد	۳۵ (۱۴)
میزان اطلاعات داده شده توسط پزشک معالج	
ناکافی	۱۷۳ (۷۰)
متوسط	۵۶ (۲۲)
کافی	۲۱ (۸)

در بررسی اضطراب و افسردگی، ۳۰٪ بیماران در محدوده غیرطبیعی اضطراب و ۱۷٪ در محدوده غیرطبیعی افسردگی

جدول ۵- نگرش بیماران نسبت به میزان اطلاعاتی که در زمینه‌های مختلف باید توسط پزشک به بیمار منتقل شود

n = ۲۵۰

missing	حداقل ممکن تعداد (%)	در حد متوسط تعداد (%)	حداکثر ممکن تعداد (%)	
۱ (۰/۴)	۱۰ (۴)	۸۵ (۳۴)	۱۵۵ (۶۲)	نوع بیماری
۱ (۰/۴)	۹ (۴)	۴۲ (۱۷)	۱۹۸ (۷۹)	روش‌های مختلف درمان
۱ (۰/۴)	۱۵ (۶)	۵۲ (۲۱)	۱۸۲ (۷۳)	عوارض درمان
۱ (۰/۴)	۱۱ (۴)	۶۷ (۲۷)	۱۷۱ (۶۹)	شانس بهبودی و آینده بیماری

جدول ۶- فراوانی محدوده‌های اضطراب و افسردگی در بیماران

محدوده	اضطراب (n = ۲۵۰)	افسردگی (n = ۲۵۰)
	تعداد (%)	تعداد (%)
طبیعی (۰-۷)	۱۱۷ (۴۷)	۱۴۶ (۵/۸)
مرزی (۸-۱۰)	۵۷ (۲۳)	۶۱ (۲۵)
غیرطبیعی (۱۱-۲۱)	۷۶ (۳۰)	۴۳ (۱۷)
میانگین (انحراف معیار)	۸/۳ (±۴/۸۹)	۶/۶۴ (±۴/۴۱)
محدوده	۰-۲۱	۰-۱۹

یک سو و پاسخ پزشکان از سوی دیگر، بروز نارضایتی در بیماران (۳۹٪ بیماران «در حد متوسط» رضایت داشتند و ۲۹٪ به مقدار «کم» راضی بوده یا «اصلاً» راضی نبودند) و متعاقب آن بروز موربیدیتی سایکولوژیک در آنها می‌باشد.

این مسأله که اکثر بیماران، فرد مطلع کننده از بیماری و منبع اطلاعاتی عمده خود را «پزشک معالج» اعلام کردند و اکثراً (۸۲٪) معتقد بودند که «پزشک معالج»، مناسب‌ترین فرد برای انتقال تشخیص و اطلاعات مختلف مربوط به بیماری است (این مورد در سایر مطالعات نیز به خوبی نشان داده شده است) (۱۳)؛ تأکیدی بر اهمیت نقش «پزشک معالج» در روند حساس انتقال اطلاعات به بیمار مبتلا به کانسر می‌باشد. دومین منبع اطلاعاتی مهم بیماران، «سایر بیماران» (۲۴٪)، «رادیو و تلویزیون» (۲۴٪) و «مجلات و روزنامه‌ها» (۱۶٪) گزارش شد که نشان دهنده اهمیت نقش حساس رسانه‌های جمعی در افزایش دانش پزشکی افراد جامعه و کمک احتمالی به تشخیص زود هنگام بیماری و تقویت باور اجتماعی مثبت نسبت به آینده و درمان این بیماری می‌باشد.

در این مطالعه شیوع اضطراب در مبتلایان به کانسر، در مقایسه با افسردگی بیشتر بود (۳۰٪ در مقابل ۱۷٪)، که مطابق سایر بررسی‌های انجام شده است. در این مطالعات در آنها اضطراب به عنوان شایع‌ترین موربیدیتی سایکولوژیک مشاهده شده در مبتلایان به کانسر گزارش شده بود (۱۱).

در عین حال زنان نسبت به مردان، موربیدیتی سایکولوژیک بیشتری نشان دادند که این مسأله نیز با بالاتر بودن شیوع اختلالات خلقی در زنان قابل توجیه است (۷).

میان شیوع اضطراب و افسردگی در گروه‌های مختلف سنی، میان افراد متأهل و مجرد، در افراد با سطوح تحصیلات مختلف، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. این مسأله قبلاً نیز در میان مبتلایان به کانسر در ایران نشان داده شده بود (۸)، لذا

شیوع افسردگی در بیماران دچار عود و نیز متاستاز به صورت معنی‌داری بیشتر بود. اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های مختلف فاصله زمانی از لحاظ افسردگی وجود داشت. بین شیوع اضطراب و افسردگی و میزان رضایت‌مندی بیماران از اطلاعات داده شده ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

## بحث

این مطالعه نشان داد که اکثر مبتلایان به کانسر در ایران (۷۰٪) میزان اطلاعات داده شده توسط پزشک را «ناکافی» می‌دانند که این مسأله با مطالعات انجام شده در سایر کشورها مطابق بود (۱۲) در عین حال اکثر بیماران (۷۰٪) تمایل «زیادی» به دریافت اطلاعات بیشتر در مورد جنبه‌های مختلف بیماری و درمان خود داشتند که سایر مطالعات نیز این مسأله را نشان داده بود (۲، ۴، ۱۲) بیماران آنقدر که نسبت به کسب اطلاعات بیشتر در زمینه «آینده بیماری» خود علاقمند هستند، به کسب اطلاعات درباره نوع بیماری و ماهیت آن علاقه چندانی نشان نمی‌دهند (۱). به نظر می‌رسد از سوی جامعه پزشکان، پاسخ مناسبی به نیاز بیماران به دریافت اطلاعات بیشتر داده نمی‌شود، نتیجه این عدم توازن میان نیاز بیماران از

خانواده به کمتر آگاه شدن بیمار، نبودن منابع حمایتی روانی برای مقابله با عوارض ناشی از افشاگری کامل اطلاعات مربوط به بیماری و درمان باشد. در عین حال به نظر می‌رسد که هنوز در باور اجتماعی جامعه ما، دید مثبت و خوش‌بینانه‌ای نسبت به کانسر و درمان‌ها و آینده آن وجود نداشته باشد و این باور که وجود این بیماری، از هر نوع و در هر مرحله بالینی، به معنای وجود خطر بسیار بزرگ و تهدید کننده حال و آینده بیمار است، هنوز مورد پذیرش بسیاری از مردم باشد.

در حالی که این مسأله در جوامع غربی با توجه به تغییردهنت جامعه نسبت به کانسر و آینده آن (ناشی از افزایش سطح دانش پزشکی مردم) مجال بیشتری برای بحث آزاد و راحت درباره بیماری با بیمار را می‌دهد. اما این مسأله که کی و چگونه باید به بیمار اطلاع داده شود که مبتلا به کانسر است، خود مسأله بغرنجی است. بهترین زمان برای بحث کامل درباره بیماری، قبل از شروع درمان است.

به طور خلاصه، شیوع بالای موربیدیتی سایکولوژیک در ۲۵۰ نفر از مبتلایان به کانسر در این مطالعه، بالا بودن میزان نارضایتی بیماران از اطلاعات داده شده توسط پزشک معالج و وجود ارتباط معنی‌دار میان رضایت‌مندی و بروز موربیدیتی سایکولوژیک، و تأکید بیماران بر انتقال اطلاعات توسط پزشک معالج و در عین حال تمایل زیاد آنها به کسب اطلاعات بیشتر، مطرح کننده لزوم توجه بیشتر پزشکان به بهبود روند آگاه سازی مبتلایان به کانسر در مورد جنبه‌های مختلف بیماری و درمان است.

به نظر می‌رسد این عوامل تأثیری بر فرآیند تطابق بیمار با بیماری خود نداشته باشد.

عدم وجود ارتباط معنی‌دار میان شیوع افسردگی و اضطراب و مرحله بیماری برخلاف یافته‌های حاصل از سایر مطالعات است (۱۴، ۱۵)، که این مسأله می‌تواند ناشی از زیاد بودن تعداد موارد «مرحله بیماری نامشخص» (۶۶٪) در مطالعه ما باشد که خود نشان دهنده نقص در مستندسازی اطلاعات پزشکی می‌باشد.

در مقابل، میان شیوع افسردگی در مراحل مختلف درمانی بیماران تفاوت معنی‌داری ( $P=0/002$ ) وجود داشت. شیوع بیشتر اضطراب در افراد تحت پیگیری احتمالاً به این صورت قابل توجیه است که «بیمارانی که درمان کانسر را به اتمام رسانده‌اند، امروزه با دقت بیشتر و به کمک روش‌های پاراکلینیکی متعدد، پایش می‌شوند که خود این مسأله اضطراب و ترس بیشتری در بیماران ایجاد می‌کند» (۵).

نکته جالب در این مطالعه، عدم وجود ارتباط میان شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران دارای سطوح آگاهی مختلف در مورد بیماری بود که این یافته با سایر مطالعات انجام گرفته مطابقت دارد (۵، ۱۶، ۱۷). به عبارت دیگر، بیمارانی که آگاهی بیشتری در مورد بیماری خود دارند، لزوماً موربیدیتی سایکولوژیک کمتری ندارند و داشتن آگاهی در مورد جنبه‌های مختلف بیماری و درمان، نمی‌تواند به تنهایی به بیمار در تطابق با وضعیت موجود کمک کند.

به نظر می‌رسد که در کشور ما پزشکان قادر به انتقال کامل اطلاعات به گونه‌ای که موجب رضایت‌مندی بیمار باشد، نیستند. این مسأله می‌تواند ناشی از تمایل سایر اعضای

## REFERENCES

1. Carnes JW, Brownlee HJ Jr. The disclosure of the diagnosis of cancer. *Med Clin North Am.* 1996 Jan; 80(1): 145-51.
2. Pimentel FL, Ferreira JS, Vila Real M, Mesquita NF, Maia-Goncalves JP. Quantity and quality of information desired by Portuguese cancer patients. *Support Care Cancer.* 1999 Nov;7 (6):407-12. Mitchell JL. Cross-cultural issues in the disclosure of cancer. *cancer Pract.* 1998 May-Jun;6 (3):153-60.
3. Ajaj A, Singh MP, Abdulla AJ. Should elderly

- patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older patients. *BMJ* 2001 Nov 17; 323(7322): 1160.
4. *Cancer Medicine*, Holland & Frei, 5ed, 2000; BC. Decker Inc. Sec 19. P. 943-959.
5. Pfeifer MP, Sidorov JE, Smith AC, Boero JF, Evans AT, Settle MB. The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and physicians: a multicenter study using structured qualitative interviews. *The EOL Study Group. J Gen Intern Med.* 1994 Feb;9 (2):82-8.
6. Mitchell JL. Cross-cultural issues in the disclosure of cancer. *cancer Pract.* 1998 May-Jun;6 (3):153-60.

7. Cassem NH, Stewart RS. Management and care of the dying patient. *Psychiat Med* 1975; 6(1-2): 293-304.
8. 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 Sep 22;301 (6752):575-80.
9. Davidson JR, Brundage MD, Feldman-Stewart D. Lung cancer treatment decisions: patients' desires for participation and information. *psychooncology*. 1999 Nov-Dec;8 (6):511-20.
10. 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.
11. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haji-Mahmoodi M. Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2000 Sep;9 (3):151-7.
12. Jones R, Pearson J, McGregor S, Gilmour WH, Atkinson JM, Barrett A, Cawsey AJ, McEwen J. Cross sectional survey of patients' satisfaction with information about cancer. *BMJ*. 1999 Nov 6;319 (7219):1247-8.
13. 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 Mar;14 (2):105-10.
14. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, Harrell FE, Kussin P, Dawson NV, Connors AF Jr, Lynn J, Phillips RS. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. 1998 Jun 3;279 (21):1709-14.
15. Woodard LJ, Pamies RJ. The disclosure of the diagnosis of cancer. *Prim Care*. 1992 Dec;19 (4):657-63.
16. 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 Nov 22;293 (6558):1331-4.
17. Bozcuk H, Erdogan V, Eken C, Ciplak E, Samur M, Ozdogan M, Savas B. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life? Determinants of emotional functioning in a group of cancer patients in Turkey. *Support Care Cancer*. 2002 Jan;10 (1):51-7.