

Strategic Training Methods Regarding the Physicians and Nurses' Clinical Relationships with the Patients Suffering from Cancer

Mahmoodian F^{*1}, Shekarkhand N²

¹ Faculty Member, Department of Medical Ethics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² Department of Health Service Administration, Science and Research branch, Islamic Azad University, Fars, Iran

Abstract

In spite of considerable advances in medical sciences, cancer is one of the major causes of death in the world. Cancer is one of the most important diseases of the time and is considered as the second cause of mortality after cardiovascular diseases. The rate of cancer-related deaths in the world was estimated to be about 7.9 million individuals (about 13% of all deaths) in 2007. Cancer patients suffer from depression, anxiety, unrealistic fear of death, and reduction of social energy. Moreover, continuous hospitalization and concerns for the patients and their families lead these patients towards mental disorders.

Ethical issues are highly challenging in cancer patients. Some cancer patients may not be in an appropriate mental state to decide regarding increasing the life span or decreasing the life quality and its complications. In any event, the patients' decision must be respected.

The present study aimed to investigate the clinical relationship between the cancer patients and the physicians as well as nurses. Such a relationship involves all the stages from screening to creation of trust between the patients and the physicians. Furthermore, euthanasia has been investigated in various cultures and different levels of interaction between the patients and physicians have been assessed. Finally, strategies have been recommended for improving the physicians' and nurses' interaction with these patients.

Keywords: Cancer, Relationship, Quality of life

Sadra Med Sci J 2013; 2(1): 89-102

Received: Apr. 14th, 2013

Accepted: Nov. 21st, 2013

* Corresponding Author: Mahmoodian F. Faculty member, Department of Medical Ethics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, shiraz-Iran. Mahmoodian@sums.ac.ir

مقاله مروری

(Review Article)

مجله علمی علوم پزشکی صدرا

دوره ۲، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۲، صفحات ۸۹ تا ۱۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۸/۳۰ تاریخ دریافت: ۹۲/۰۱/۲۷

شیوه های آموزشی راهبردی ارتباط بالینی پزشکان و پرستاران با مبتلایان به سرطان

فرزاد محمودیان^{۱*}، نجمه شکرخند^۲

^۱عضو هیات علمی و معاون پژوهشی گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران
^۲دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، فارس، ایران

چکیده

علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان (Cancer) یکی از علل مهم مرگ و میر در دنیا می باشد و به عنوان یکی از مهم ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروقی مطرح است. میزان مرگ ناشی از سرطان در کل دنیا در سال ۲۰۰۷ حدود ۷/۹ میلیون نفر (حدود ۱۳٪ کل موارد مرگ و میر) تخمین زده می‌شود. فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، بطوری که ضرورت بستری مکرر و نگرانی های مداوم برای بیماران و خانواده های آنها، فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می کشاند.

بررسی مسائل اخلاقی در بیماران مبتلا به سرطان بسیار چالش برانگیز است و ممکن است این بیماران در وضعیت روحی مناسبی جهت تصمیم‌گیری در رابطه با افزایش طول زندگی و یا کاهش کیفیت زندگی و عوارض جانبی آن نباشند. با این حال در چنین مواردی خواسته بیمار باید مورد احترام قرار گیرد.

هدف از این مقاله بررسی ارتباط بالینی مناسب پزشکان و پرستاران با افراد مبتلا به سرطان می باشد. این ارتباط بین پزشک و بیمار در تمامی مراحل بیماری از انجام آزمایشات غربالگری سرطان گرفته تا برقراری اعتماد کامل بین بیمار و پزشک را شامل می‌شود. همچنین مساله اتنازی در فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و سطوح مختلف تعامل بین پزشک و بیمار بیان شده و در نهایت راهکارهایی چند جهت تعامل هر چه بهتر و موثرتر پزشکان و پرستاران با این گونه بیماران پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: سرطان، ارتباط، کیفیت زندگی

*نویسنده مسئول: فرزاد محمودیان، عضو هیات علمی و معاون پژوهشی گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران، mahmoodian@sums.ac.ir

مقدمه

سرطان (Cancer) یکی از علل مهم مرگ و میر در دنیا می باشد و میزان مرگ ناشی از سرطان در کل دنیا در سال ۲۰۰۷ حدود ۷/۹ میلیون نفر (حدود ۱۳٪ کل موارد مرگ و میر) تخمین زده می شود (۱). سرطان به عنوان یک بیماری فلج کننده و صعب العلاج در جامعه تلقی می شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می گردد، بطوریکه ضرورت بستری مکرر و نگرانی های مداوم برای بیماران و خانواده های آنها، فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می کشاند (۲).

علیرغم پیشرفت های قابل توجه علم پزشکی، همچنان سرطان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری های قلب و عروقی مطرح است (۳). از آنجائی که سرطان ها دومین علت مرگ و میر در جهان محسوب می شوند و پیامد بیماری و درمان آنها مشکلات عدیده ای برای جامعه و افراد بیمار دارد، به عنوان یکی از اصلی ترین نگرانی های حیطه سلامت در نظر گرفته می شود، زیرا روند طولانی مدت بیماری و آثار روحی و روانی آن و همچنین عوارض ناشی از درمان آنها که منجر به ایجاد ناتوانی های دائم برای بیمار می گردد، بار اقتصادی- اجتماعی سنگینی را می تواند بر جامعه نیز تحمیل کند (۴). در برخی از مطالعات در بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شده که شدت بیماری و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر دارد (۵).

بررسی مسائل اخلاقی در بیماران مبتلا به سرطان بسیار چالش برانگیز است. گاهی بیماران مبتلا به سرطان ممکن است بسیار بدحال باشند، یا در وضعیت روحی مناسبی جهت تصمیم گیری نباشند. این درمان ها ممکن است که طول زندگی بیماران را برای چند هفته افزایش دهند. ولی هم چنین عوارض جانبی بسیاری به همراه دارند و باعث کاهش

کیفیت زندگی بیماران در هفته های پایانی عمرشان می گردند. بنابراین جهت تصمیم گیری در چنین مواردی خواسته بیمار باید مورد احترام قرار گیرد (۳). در راستای کاهش بار بیماری چه از جنبه های روانی و غیره نیاز است که به صورت طولانی مدت در تعامل با مراقبین سلامت باشند. اعضای خانواده بزرگترین حامیان بیماران سرطانی به شمار می آیند و پرواضح است که در این میان نقش پزشکان و پرستاران در آگاه کردن بیمار از تشخیص، نحوه درمان و پیامدهای بیماری بسیار حائز اهمیت است. این نقش به بهترین وجه در قالب ارتباط موثر بین پزشک و بیمار شکل خواهد گرفت (۶). مهارت برقراری ارتباط با بیمار، پایه و اساس خدمات درمانی و مراقبتی مؤثر و موفق می باشد (۷و۸).

بحث و بررسی

مهارت های ارتباطی یکی از ارکان توانمند سازی پزشکان برای اجرای مطلوب وظایف حرفه ای آنان است (۹). مطالعات متعددی حاکی از آن است که بسیاری از پزشکان در جریان ایفای نقش حرفه ای خود به طور مؤثری با بیمارشان ارتباط برقرار نمی کنند (۱۰). چگونگی ارتباط و تعامل پزشک با بیمار؛ نقش مؤثری در رضایت مندی بیمار، نتایج درمان، هزینه های پزشکی، کیفیت خدمات بالینی پزشکان و حتی شکایت از پزشکان می تواند داشته باشد. بازتاب تأکید روزافزون بر مهارت های ارتباطی در پزشکی و آموزش پزشکی را می توان در بیانیه های بین المللی، رهنمودهای دانشکده های پزشکی و استانداردهای حرفه ای و آموزشی پزشکان مشاهده کرد (۱۱-۱۴). کیفیت مهارت های ارتباطی پزشکان با بیماران تأثیر بسزائی بر تصمیم گیری های مرتبط با سلامتی بیماران مبتلا به سرطان خواهد داشت که در زیر به چند مورد آن خواهیم پرداخت.

• ارتباط پزشک-بیمار در انجام آزمایشات غربالگری سرطان

کیفیت مهارت‌های ارتباطی پزشکان با بیماران تاثیر بسزایی بر تصمیم‌گیریهای مرتبط با سلامتی از جمله استفاده از آزمون‌های غربالگری سرطان دارد. پزشکان این مهارت‌ها را صرفاً در اثر تجربه بدست نیاورده، بلکه در ابتدا باید طی آموزش‌های مناسب کسب گردد. اگر پزشکی نتواند با بیمار خود به خوبی ارتباط برقرار کند، قدر مسلم در تصمیم‌گیریهای بیمار جهت فرایندهای تشخیصی و درمانی اثر خواهد گذاشت. البته قابل ذکر است همواره شکاف معنی‌داری بین درک علمی فرایند ارتباطی پزشک - بیمار و اتخاذ تصمیماتی در مورد انجام اقدامات تشخیصی و درمانی جهت حفظ زندگی بیماران وجود دارد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که پزشکان زن خیلی موفق تر از مردان؛ می‌توانند ارتباط موثر و بهتری با بیماران زن در زمینه آگاهی دادن، اقدامات پیشگیری و سلامتی زنان برقرار کنند(۱۵).

• ارتباط پزشک - بیمار در زمینه پیشنهاد و پذیرش روش‌های درمانی سرطان

با دیدگاه بیمار محور، ارزش در مراقبت سرطان به معنای سود بردن از درمان است که در آن اهداف بیمار از درمان، اثرات منفی درمان و هزینه‌های درمانی منظور می‌گردد. این تعریف از ارزش مراقبت سرطان نه تنها نیازمند ارتباط کامل انکولوژیست با بیمار در مورد اطلاعاتی از درمان‌های بالقوه است، بلکه مسئولیت انکولوژیست جهت ارزشیابی ارزش درمان‌های سرطان و پیشنهاد درمان‌های بالقوه متناسب با بیمار را یادآوری می‌نماید. در واقع انکولوژیست (Oncologists) با استفاده از تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و با به کار بردن مهارت‌های ارتباطی پیشرفته، وظیفه‌ی شناسایی طیفی از درمان‌های دارای علائم و نشانه متناسب با شرایط بیمار، شناسایی ترجیحات و اهداف بیمار به منظور

آگاه نمودن وی نسبت به انتخاب‌ها و توصیه به بیمار جهت انتخاب درست نوع مراقبت سرطان را به عهده دارد و در این میان مسئولیت حرفه‌ای پزشکان در زمینه به کار بردن دانش و منابع مراقبت سلامت با هدف سود رسانی به بیمار در قالب سیستم سلامت، جهت دهنده می‌باشد(۱۶).

• تجارب بیماران مبتلا به سرطان در زمینه ارتباط بین پزشک - بیمار

تمامی تجارب بیماران با یک احساس آسیب پذیری آغاز می‌گردد. در تجارب مثبت، به اشتراک گذراندن اطلاعات همراه با یک ساختار مناسب ارتباطی منجر به یک رابطه کاری و رفتاری مناسب بین پزشک و بیمار می‌گردد، که البته این تجربه نیز تحت تاثیر تجربه زنان از کنترل و تسلط بر تجربه بیماری و تجربه خود از یادگیری زندگی با سرطان به عنوان مثال سرطان پستان می‌باشد. اما در تجارب منفی، احساس اطمینان کاذب و دادن اطلاعات ناکافی و عدم امید دادن به بیمار از سوی پزشک و نیز دریافت رفتار پدرسالارانه و منفی، عصبانیت و عدم پذیرش از سوی بیمار منجر به شکست در برقراری ارتباط بین بیمار و پزشک می‌گردد(۱۷).

• تاثیر تقویت خودکارآمدی بیماران در بهبود روابط بین پزشک - بیمار

خودکارآمدی بیماران در تعامل با پزشکان که به اعتماد به نفس آنان در توانایی به دست آوردن اطلاعات پزشکی و توجه به نگرانی‌های اصلی سلامت آنان منجر می‌شود، می‌تواند به عنوان جزء کلیدی در ارتباط موثر بین پزشک و بیمار باشد. بنابراین مداخلات با هدف افزایش خودکارآمدی بیماران و حس توانمندسازی در طی برخورد بیمار با پزشک می‌تواند باعث پذیرش درمان‌های توصیه شده توسط بیماران شود. این خودکارآمدی ارتباط قوی با اطلاعات ارائه شده به

• تاثیر ارتباط بین پزشک - بیمار در شکل گیری

اعتماد و بی اعتمادی

ارتباط بیمار محور و تشویق ارایه دهندگان مراقبت های سلامت به ارائه خدمات با کیفیت مناسب منجر به اعتماد زنان به پزشکان می گردد. در مقابل عدم در نظر گرفتن این مهم در رابطه بین پزشک - بیمار و نیز کیفیت پایین مراقبت های سلامت منجر به کاهش سطح اعتماد زنان به پزشکان و مراقبین سلامت می گردد. تطابق جنسیتی بیمار با پزشک نیز با افزایش اعتماد بیماران زن همراهی دارد (۲۰).

• نقش ارتباط بین پزشک - بیمار در پذیرش درمان

های موثر بر باروری بیماران

زنان قبل از سن یائسگی (Premenopausal) مبتلا به سرطان در معرض خطر ناباروری، یائسگی زودرس و اختلال عملکرد جنسی ناشی از درمان سرطان هستند، که پزشکان معالج می بایست در برنامه ریزی درمانی این بیماران، اطلاعات کافی در خصوص این مشکلات به بیماران ارائه نمایند و ارتباط خود را با بیمارانشان در زمینه اثر درمان بر سیستم تولید مثل آنان افزایش دهند. در مطالعات نشان داده شده است که زنان جوان مبتلا به سرطان، نگرانی زیادی در مورد اثر درمان بر قدرت باروری و عملکرد جنسی دارند. شیمی درمانی در این بیماران ممکن است باعث کاهش فولیکول های تخمدانی شود که آن بستگی به نوع دارو و دوز مربوطه دارد و یا درمان های جراحی یا رادیوتراپی ممکن است باعث تغییرات آناتومیکی در دستگاه تناسلی شود. در مجموع این درمان ها ممکن است باعث آمنوره، کاهش لیبیدو، دیس پارونیا شود. مشاوره دادن به این بیماران و پیشنهاداتی برای حفظ اووسیت قبل از شروع درمان جهت باروری می تواند موثر باشد. متأسفانه شواهد متعددی وجود دارد که اکثر انکولوژیست ها به مسائل باروری توجهی ندارند

بیماران توسط پزشکان و توانمندسازی بیماران در تعامل با آنان دارد و می تواند به میزان بالاتری به حل علائم منجر شود. پزشک، بدون توجه به اینکه چه کسی تبادل اطلاعات را آغاز کرده است، در نهایت با آگاهی از علائم، فرصت برای گزینه های درمانی بیمار و بنابراین تسهیل احتمال حل علائم را فراهم می نماید (۱۸).

• نقش ویژگی های فرهنگی - اجتماعی بیماران در

شکل گیری ارتباط بین پزشک - بیمار

مطالعات نشان داده اند که عدم توجه پزشکان به علائم افسردگی و سایر علائم روانپزشکی بیماران مانند اضطراب، می تواند فاکتوری اصلی در عدم حل این علائم در بیماران باشد. اغلب پزشکان تمایل دارند که بر روی جزئیات درمان سرطان بیماران در طی معاینه تاکید کرده و ممکن است از علائم روانی (Psychological) آنها چشم پوشی کرده و یا احساس کنند که برای مواجهه با مشکلات روانی در مقایسه با مشکلات پزشکی آنها مهارت کمتری دارند. این احتمال نیز وجود دارد که بیماران برای گزارش علائم روانی خود بی میل باشند که به دلیل نگرش منفی آنان درباره افسردگی در زمینه فرهنگی آنان، احساس شرمندگی از بحث کردن با پزشک درباره مشکلات عاطفی، ترس از دیده شدن به عنوان فردی با مشکل روانی و نگرانی از گیج کننده بودن شکایات عاطفی باشد. این واقعیت که خودکارآمدی بیماران با حل این مشکل همراهی داشته و آگاهی پزشکان از شرایط بیماران یک پیش بینی کننده قوی برای تداوم تاکیدات درمانی است، نیازمند ابتکار پزشکان با توجه به تشخیص این شرایط به عنوان وسیله ای برای از بین بردن دید منفی اجتماعی می باشد و فقدان آگاهی پزشکان از افسردگی و سایر شکایات روانپزشکی ممکن است در واقع به تردید بیماران برای گزارش سایر مشکلات بیماران نیز منجر شود (۱۹).

شیمی درمانی و رادیوتراپی بکار رفته برای درمان پاره‌ای از سرطان‌ها؛ دارای عوارض جانبی از جمله درد، تهوع و استفراغ می‌باشند. این علائم با مختل کردن عملکرد افراد، از کیفیت زندگی و احساس تندرستی مبتلایان به سرطان می‌کاهند. چگونگی ارتباط پزشک-بیمار می‌تواند در درمان موفقیت‌آمیز این گونه علائم موثر باشد. در این زمینه تبادل مناسب اطلاعات بین پزشک و بیمار مهم است یک جزء کلیدی این فرآیند توانایی درک شده بیماران جهت کسب اطلاعات پزشکی لازم و جلب نمودن توجه پزشکان به نگرانی‌ها و علائم پزشکی آنان می‌باشد. شایسته است پزشکان در این زمینه توجه بیشتری به بیماران آسیب‌پذیر از نظر اقتصادی و فرهنگی داشته باشند. چرا که درمان این گونه بیماران به دلیل کاهش حس کنترل بر فرآیند مراقبت سلامت خود و اعتماد کمتر به توانایی هایشان جهت جلب توجه پزشکان، کمتر از حد بهینه است.

ارتباط نامشخص یا غیر رضایت بخش پزشک درمانگر و بیماران، تاثیر منفی بر پیامد درمانی بیماران سرطانی دارد. اکثر گفتگوهایی که بین بیماران و پزشکان انکولوژیست صورت می‌گیرد، بیشتر در حیطه علائم و درمان بیماری است و ممکن است کمتر به مسائل و مشکلات روانی، اجتماعی و روحی بیماران توجه شود که این امر قدر مسلم بر کیفیت زندگی بیماران و توانایی آنان در جوابگو بودن به مشکلات عدیده ناشی از سرطان اثر خواهد داشت (۲۲، ۱۹).

- تاثیر ارتباط بیمار و پزشک در زمینه تداخل درمان‌های مکمل و جایگزین با درمان‌های متداول

سرطان

امروزه مبتلایان به سرطان سینه به طور فزاینده‌ای علاوه بر شیمی‌درمانی و رادیوتراپی؛ از طب مکمل و جایگزین Complementary and Alternative Medicine (CAM)

و بیشتر بیماران در مورد اثر درمان روی عملکرد جنسی و قدرت باروری شان توسط پزشک معالج خود به ویژه متخصصین انکولوژیست مرد، مطلع نمی‌شوند.

لازم به ذکر است زنان مبتلا به سرطان بسیار علاقمند هستند که بدانند که درمان سرطان چه تاثیری بر وضعیت قاعدگی و سلامت جنسی آنها دارد. مصاحبه و گفتگو در زمینه کیفیت زندگی این بیماران در طی برنامه‌ریزی درمانی، بر میزان رضایت بخشی زنان مبتلا به سرطان موثر است و بیماران برای حفظ قدرت باروری و انتخاب نوع درمان، بایستی حق انتخاب داشته باشند و پزشکان بایستی به بیماران سرطانی در مورد انتخاب‌های گوناگون برای محافظت از قدرت باروری قبل از درمان مشاوره بدهند (۲۱).

- تاثیر ارتباط بین پزشک - بیمار در پذیرش جراحی ترمیمی بعدی

مشخص شده که ویژگی‌های دموگرافیک بیماران عاملی تخمین زنده برای دریافت درمان‌های ترمیمی تکمیلی است. بیماران مسن تر، با نژادهای قومیتی کوچک، فقیرتر و با سطح تحصیلات پایین‌تر، با احتمال کمتری این درمان‌ها را تحمل می‌کنند. این جراحی‌ها در واقع درمان‌های مداومی است که می‌تواند سلامت روانی و کیفیت کلی زندگی بیماران را بدون تحت تاثیر قرار دادن وقوع یا کاهش میزان بقاء بهبود بخشند. فقدان داشتن اطلاعات کافی درباره این درمان‌ها و عدم درگیر کردن بیماران در تصمیم‌گیری به عنوان موانع مشخصی برای انتخاب این درمانها (برای مثال جراحی ترمیمی پستان در زنان) توسط بیماران می‌باشند (۱۸).

- تاثیر ارتباط بیمار و پزشک در برطرف نمودن علائم وابسته به درمان سرطان

هزینه‌های بالقوه مراقبت درمانی انتخاب شده، قادر به اتخاذ تصمیم آگاهانه نیستند. می‌توان گفت موضوع هزینه مراقبت نقش مهمی در تصمیم‌گیری بیمار و پیامدهای سرطان دارد. مطرح نمودن هزینه درمان سرطان در حین بحث و تبادل اطلاعات بین انکولوژیست و بیمار دارای مزایایی همچون کمک نمودن به فرآیند تصمیم‌گیری، به پیش بردن گفتگو در مورد پیش‌آگهی و برنامه‌های درمانی، بهبود یافتن ارتباط با ارائه دهندگان خدمت، شناسایی مشکلات مالی و فراهم نمودن امکان ارجاع به مشاور مالی می‌باشد.

در این زمینه می‌توان از راهکارهایی همچون ارائه پرسشنامه‌های کوتاه به بیماران در زمان انتظار قبل از ویزیت با انکولوژیست، با محتوای سوالاتی که ممکن است از پزشک پرسیده شود شامل مرحله بیماری، پیش‌آگهی و هزینه‌ها نام برد. همچنین پزشک می‌تواند با طرح این پرسش - آیا شما نگرانی مالی در مورد درمانتان دارید؟- موضوع را مستقیماً با بیمار در میان بگذارد. در ضمن هم پزشک و هم بیمار می‌توانند از کتابچه‌های راهنما با موضوع مدیریت هزینه مراقبت سرطان استفاده نمایند (۲۴).

مواجهه پزشکان با بیماران در مراحل آخر زندگی (end stage) جهت قطع یا ادامه درمان، را می‌توان در سه حیطه مورد بررسی قرار داد که در زیر به آن اشاره شده است: (۲۶-۲۵)

۱. شروع یا ادامه یک درمان شفا بخش یا حفظ کننده

حیات: بسیاری از پزشکان و پرستاران بر این باورند که در بسیاری از شرایط، بیماران از این درمان‌ها سودی نمی‌برند و فقط یک افزایش کوتاه مدت در طول مدت زندگی و به قیمت هزینه از دست رفتن کیفیت زندگی می‌باشد. با توجه به چنین درمانی فقط رنج بیمار افزایش پیدا می‌کند. اما:

الف) پرستاران و پزشکان نباید بجای بیمار تصمیم‌گیری کنند و وظیفه آنها این است که تمام اطلاعات اساسی و مهم

استفاده می‌نمایند. دلایل زیر در رابطه با افزایش CAM مطرح شده‌اند:

- بیشترین استفاده از CAM در سنین ۴۰ الی ۶۴ سال دیده می‌شود. این گروه سنی مشکلات سلامت بیشتری دارند.
- افزایش نارضایتی بیماران از مراقبت‌های پزشکی متداولی که مطابق با شرایط آنان نیست.
- ناتوانی مراقبت‌های پزشکی متداول در حل مشکلات سلامت مزمن و افزایش هزینه‌های این نوع مراقبت‌ها

▪ افزایش آگاهی اینترنتی افراد در مورد CAM

گزارش‌های متعددی در مورد تداخلات روش‌های درمانی CAM با روش‌های درمانی متداول وجود دارد. از جمله این موارد می‌توان به مداخلات دارو - گیاه، مسمومیت‌ها و یا حتی کشندگی داروهای گیاهی، تغییر متابولیسم داروهای تجویز شده، آلودگی‌های سمی مکمل‌های غذایی خاص و ... اشاره نمود. فقدان ارتباط مناسب، راحت و بدون قضاوت پزشک و بیمار و در نتیجه فقدان بیان مصرف CAM از سوی بیمار، موجب عدم کشف خطرات بالقوه اشاره شده می‌شود و از طرفی دیگر بیمار را از حمایت‌های ضروری پزشک جهت درمان این عوارض محروم می‌نماید. البته باید توجه داشت که در مواردی ادغام CAM با مراقبت‌های پزشکی متداول با راهنمایی و حمایت پزشک معالج، مزایایی نیز به دنبال دارد و این خود تایید کننده اهمیت بیان مصرف CAM از سوی بیمار می‌باشد (۲۳).

• ارتباط پزشک و بیمار در زمینه هزینه‌های

مراقبت سرطان

افزایش هزینه مراقبت سرطان با چنان سرعتی بالا رفته که بار مالی بزرگی نه تنها به سیستم‌های ارائه خدمت و جامعه؛ بلکه به بیماران نیز وارد نموده است. بیماران بدون آگاهی از

الف) در چنین شرایطی وظیفه پزشک و پرستار این است که به خانواده بیمار جهت تصمیم‌گیری قطع دستگاه‌ها، توصیه‌های بسیار محتاطانه و کارآمد ارائه دهد تا آنها بتوانند در این شرایط روحی نامناسب تا حدودی درست تصمیم‌گیری نمایند.

ب) برخی مواردی که ممکن است بر روی این توصیه‌ها تاثیرگذار باشد شامل وضعیت اقتصادی اجتماعی بیمار و زمینه قانونی این نوع تصمیم‌گیری‌ها و ویژگی‌های تشخیصی و تحصیلات پزشک می‌باشد.

پ) اینکه آیا دستورالعملی یا قانون نوشته شده‌ای جهت رویکرد به چنین بیمارانی در آن کشور جود دارد یا نه؟

ج) در رابطه با این موضوع دو دیدگاه وجود دارد، اولین دیدگاه در رابطه با افرادی است که نگرش آنها به این مساله به این ترتیب است که قطع دستگاه‌های نگهدارنده حیات کاری منطقی است به این دلایل: بیهودگی درمانهای ننگه دارنده بقا در این گونه بیماران، کیفیت زندگی بیمار از درجه بسیار بسیار پایین برخوردار است، درمانهای ننگه دارنده حیات به هیچ عنوان وضعیت غیر قابل برگشت بیمار را بهبود نمی‌بخشد و بیمار هیچ فایده‌ای از آن نمی‌برد و تنها رنج بیمار را افزایش می‌دهند، استفاده از چنین دستگاه‌هایی بسیار هزینه‌بر است و می‌تواند از لحاظ اقتصادی به خانواده بیمار ضرر زیادی بزند در حالی که بیمار از آن فایده‌ای نمی‌برد.

درمان چنین افرادی هدر دادن منابع محدود پزشکی است که ممکن است بتواند زندگی بیمار دیگری که شانس بیشتری برای زنده ماندن دارد را نجات بخشد.

دیدگاه دوم نسبت به این مساله عبارت است از اینکه انسانها حق ندارند در مورد لحظه مرگ تصمیم‌گیری کنند و تصمیم در مورد این مساله تنها به خداوند تعلق دارد. بنابراین پزشک نباید درمان‌های ننگه دارنده حیات را قطع کند.

را برای بیمار و خانواده وی تشریح کنند تا ایشان قادر باشند که تصمیم آگاهانه‌ای اتخاذ نمایند.

ب) در مراحل نهایی از یک بیماری نظیر سرطان در درجه اول علائم باید کنترل شوند بجای اینکه جهت طولانی کردن بقا بهر قیمتی تلاش گردد.

پ) توجه به سن بیمار یک معیار مهم در هنگام تصمیم‌گیری درباره بکارگیری یک درمان افزایش دهنده بقا می‌باشد.

ت) وضعیت جسمانی بیمار و امید به زندگی نیز باید به عنوان زوایایی که چنین تصمیم‌گیری را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد مورد توجه قرار گیرد.

ث) توجه به این قضیه که آیا افراد در خانواده حضور دارند که قادر به نگهداری از بیماران و هم چنین خواهان مراقبت از آنان در چنین شرایطی باشند، نیز ضروری است.

ج) بعضی از خانواده‌ها قادر به پرداخت هزینه‌های این گونه درمان‌ها نمی‌باشند. این هزینه جهت درمان یکی از افراد خانواده، می‌تواند هزینه‌ای کمرشکن باشد به این معنا که کل خانواده را از نظر اقتصادی نابود کند. این جنبه اقتصادی در هنگام تصمیم‌گیری درباره درمانهای شفابخش یا افزایش دهنده بقا باید مورد توجه قرار گیرد.

چ) پزشکان و پرستاران باید بیمار و خانواده او را به صورت یک واحد متحد ببینند. بنابراین باید به این عقیده باشند که بیمار و خانواده‌اش جهت چنین تصمیم‌گیری‌هایی با هم و به عنوان یک واحد عمل می‌نمایند و پزشک که تنها یک نقش مشاور و اطلاع دهنده را بازی کند.

۲. نگرش در برابر تصمیم‌گیری جهت عدم درمان: این

مورد بیشتر در وضعیت‌هایی مثل بیماران غیر هوشیار که بوسیله ونتیلاتور و تغذیه وریدی و هیدراسیون زنده نگه داشته شده اند و در کمای غیر قابل برگشت می‌باشند، مطرح است که آیا این روشهای حفظ کننده بقاء باید ادامه یابند یا نه؟

ج) هیچ درمانی نباید علیرغم رضایت بیمار به او تحمیل شود.

اتانازی (Euthanasia)

یکی از مسائل چالش برانگیز در برابر بیماران سرطان مراحل نهایی اتانازی است که به آن مرگ خوب نیز گفته می‌شود. اقدامی است که طی آن به بیمار کمک می‌شود تا تجربه یک مرگ راحت و بدون درد را داشته باشد (۲۹-۲۷).

در فرهنگ های مختلف دیدگاه‌ها در مورد جنبه های اخلاقی اتانازی از دیدگاه پزشکان کاملاً متفاوت است. با توجه به نقش فرهنگ‌ها در این زمینه، کشورهای مختلف قوانین مختلفی را در رابطه با اعمال اتانازی بیان کرده‌اند. به عنوان مثال در سال ۱۹۵۲ در کشور ژاپن اتانازی باید شرایط زیر را داشته باشد تا به عنوان قتل عمد تلقی نشود.

۱. بیمار از یک بیمار غیر قابل علاج و شرایط مرگ فراهم باشد.
۲. بیمار وضعیت خود را نتواند تحمل کند.
۳. هدف از اتانازی بایستی تنها رهایی بیمار از رنج و درد باشد.
۴. بدون رضایت بیمار اتانازی بایستی انجام شود.
۵. اتانازی بایستی توسط پزشک انجام شود مگر اینکه شرایط آن فراهم نباشد و مرگ بایستی به صورت بدون درد باشد.

در اسپانیا اتانازی منطبق با اصول اخلاقی نمی باشد.

یکی از اقدامات اساسی در هنگام بیماری، انتخاب است. انتخاب‌ها پیش شرطی برای تصمیم‌گیری هستند و تصمیم‌گیری در طول دوره یک بیماری یک مساله مهم و حیاتی است و این انتخاب کردن وابسته به اتونومی به عنوان یک خصیصه از هویت انسانی می‌باشد. یکی از جنبه‌های روانی موثر رفتار پر استرس، استقلال طلبی (Autonomist) است. استرس یک فاکتور مهم و قطعی در دوره یک بیماری

الف) بطور معمول تصمیم‌گیری در مورد این مساله بر عهده خانواده بیمار است، مگر اینکه بیمار قبل از فرو رفتن به کما خودش در مورد قطع یا عدم قطع این درمان، خواسته خود را بیان کرده باشد که در این صورت خواسته بیمار باید دنبال شود.

ب) تصمیم‌گیری در مورد این مساله باید بوسیله پزشک درمانگر و خانواده بیمار به کمک یکدیگر و در جهت منافع بیمار صورت گیرد.

ج) از آنجایی که قطع درمان حفظ کننده حیات مساله بسیار پیچیده هم از نظر قانونی و هم از نظر اخلاقی است. گمان‌ها برای این است که پزشک می‌باید قبل از شروع درمان حفظ کننده حیات، بر خورد مناسبی با این موضوع داشته باشد چون که قطع این درمان در مراحل بعدی بسیار مشکل و چالش برانگیز است.

د) بهتر است گایدلاین هایی در کشورها تهیه شود و ترتیبات مسائل مربوط به عدم احیاء که در آن معیارهای بالینی، قانونی و اخلاقی لحاظ شده ملاحظه گردد.

ه) در برخورد با تصمیم‌گیری و مواجهه با بیماران مراحل نهایی باید آموزش به پزشکان و پرستاران در زمینه ی مهارتهای ارتباطی و هم در زمینه ی تعیین صحیح پیش‌آگهی و نتیجه‌گیری از آن پیش‌آگهی‌ها داده شود.

۳. نگرش در برابر اجتناب از درمان: این مساله در برخورد با بیمارانی مطرح است که از شیمی‌درمانی نفع می‌برند و توانایی اقتصادی آن را هم دارند، ولی از دریافت درمان اجتناب می‌کنند.

الف) پزشک و پرستار باید سعی کنند دلایل این اجتناب را درک کنند.

ب) این وظیفه پزشک درمانگر و پرستار است که مزایای درمانی و عواقب اجتناب از آن را برای بیمار و خانواده‌اش تشریح کنند ولی با این حال تصمیم نهایی بر عهده خود بیمار است.

استرس می شوند. مانند سایر تئوریهای رفتاری هیچ سیاه و سفیدی وجود ندارد و ما باید به عنوان پرسنل بهداشت و درمان از شرایطی مانند تصمیم‌گیری و استقلال بیماران سرطانی از این مساله آگاه باشیم.

ه) رویکرد حل مساله تنها یک رفتار نیست، بلکه می‌تواند یکی از خصوصیات مربوط به هویت فرد باشد. تمامیت یک هویت به وسیله راهی که با مشکلات مقابله می‌کند، شناخته می‌شود. این مساله تنها محدود به بیماران سرطانی نمی‌باشد، بلکه حتی برای پرسنل بهداشت و درمان نیز مطرح است.

و) استقلال همیشه خصوصیت ثابت نیست. عوامل زیادی هستند که در یک فرد شانس بروز رفتار اتونومی را فراهم می‌کنند. برای مثال در یک بیمار مبتلا به سرطان که مشارکت وی در طی فرایند بیماری بسیار حیاتی است، یک رویکرد متفکرانه برای پزشک مسئول این است که تنها به ظواهر امر و ارزش‌های ظاهری در هنگام برخورد با بیمار جدید توجه ننماید، بلکه باید به تشخیص شرایطی که می‌توان تصمیم‌گیری اتونومی را در یک فرد فعال کرد، بیندیشد.

ز) تعامل بین بیمار و پرسنل بهداشت و درمان یک مساله حایز اهمیت می‌باشد. یک پزشک اتونوم مهمترین نقش را در برانگیختگی رفتار اتونوموس در بیمار خود ایفا می‌کند. زیرا از چگونگی آزادی که بیمار خواهان آن است، مطلع می‌باشد و قادر است که چنین فضایی را جهت تصمیم‌گیری به بیمار فراهم کند.

ک) تعامل بین پزشک و بیمار ممکن است در چهار سطح متفاوت واقع گردد، این چهار سطح شامل: اطلاعات، ارتباط، احساس و مفهوم که مختصراً در زیر توضیح داده می‌شود:

اطلاعات

برخی از پزشکان ترجیح می‌دهند که اطلاعات مربوط به بیماری، خطرات و تجربیات خود را بر اساس آنچه که در

مانند سرطان می‌باشد. در رابطه با احترام به استقلال بیمار باید به نکات زیر توجه کرد: (۳۰)

الف) نکات متعددی در جملاتی که به بیمار در مورد بیماری اش گفته می‌شود، وجود دارد که باید از لحاظ عکس‌العمل وی مورد توجه پزشک قرار گیرد مهم‌ترین آنها این است که جنبه غیر واقعی این جمله که هیچ انتخابی وجود ندارد به وضوح بیان گردد. بالطبع بیمار انتخاب‌های متعددی دارد، ولی بایستی که از این گزینه‌ها، جهت انتخاب مطلع گردد.

ب) انتخاب آرایه شده توسط پزشک یا پرستار به بیمار، نباید بین زندگی و مرگ باشد.

ج) این مساله مهم نیست که بیمار خودش مرگ یا زندگی را انتخاب کند، نکته مهم این است که بیمار خود کنترل وضعیتش را بر عهده داشته باشد و خود مسئول این تصمیم‌گیری باشد. به عنوان مثال در مورد سرطان پروستات که یکی از سرطانهای مربوط به مردان می‌باشد، الزاماً سرطان کشنده‌ای نیست و فرد شانس خوبی برای بقا دارد. ولی این در مورد بیشتر سرطان‌هایی که خطر مشخصی برای مرگ و شانس برای بقا تعیین می‌کنند، صدق نمی‌کند.

د) موضوع مهم بعدی حیطه‌های کنترل است که در وقوع یک بیماری و جهت تصمیم‌گیری اهمیت دارند و پزشکان و پرستاران باید به آن توجه کنند. این حیطه‌ها شامل کنترل درونی و کنترل بیرونی است. در کنترل بیرونی، افراد تمایل و وابستگی مزمن به زندگی در دنیای بیرونی خود دارند در حالی که به دنبال نشانه‌هایی از قدرت بیرونی مانند پروردگار یا یک فرد غالب می‌گردد تا برایشان مشخص کند که چگونه در زندگی سازماندهی شوند. افراد دارای کنترل درونی، افرادی هستند که تمایلی به هدایت نشدن توسط نیروی خارجی ندارند و دوست دارند که سازماندهی کارها و زندگی خود را بر عهده گیرند. درک این نکته ضروری است که هر کدام از این افراد چه افراد با کنترل درونی و چه با کنترل بیرونی، هنگامی که در محیط متضاد قرار گیرند دچار

اعتقادی و جنبه های روحی در زندگی آنها و مشکلات مربوطه می باشند.

با توجه به مسایل گفته در بالا درباره ارتباط پزشک و بیماران در این شرایط خاص، درک این ارتباط از طریق پزشک و پرستاران بسیار مهم بوده؛ زیرا این امر اساسی و تاثیر گذراننده در احترام به استقلال بیمار و به تصمیم گیری با در نظر گرفتن منافع وی می باشد. (۳۲-۳۱)

چالشهای مربوط به استرسهای روحی و برانگیختگیهای ذاتی به صورت مستمر، در رویکرد به بیماران سرطانی وجود دارند و پزشکان و پرستاران نیازمند ترکیبی از یک رویکرد علمی و انسانی در محیط کار خود می باشند. ایجاد ارتباط یک بخش مهم از زندگی کاری این گونه پزشکان و پرستاران می باشد که بطور مداوم با رنج و سوگ و مرگ بیماران خود مواجهند.

با این حال در چنین شرایطی کاری که هیچ جایی برای اتلاف وقت نیست تصمیم گیری باید به سرعت انجام شده و تبادل اطلاعات گردد.

بزرگترین نگرانی پزشکان در این موقعیتها برای اطلاع دادن به یک بیمار مبتلا به سرطان و خانواده وی درباره عود بیماری و درمان تسکینی می باشد. به خصوص هنگامی که پزشک در انجام این فرایند تنها باشد، باید نقش پیام آور یک خبر بد را داشته باشد. هنگام دادن این اخبار بد به بیماران، واکنش آنان متفاوت بوده و طیفی از مراحل مختلف از جمله شوک، ناباوری، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش را نشان می دهند. بنابراین پزشکان باید با تمامی این مراحل مختلف عکس العمل در بیماران و خانواده آنها در شرایط گرفتن یک خبر بد، آشنایی داشته باشند؛ تا بتوانند به خوبی با آن مواجه شده و کمترین آسیب از لحاظ جسمی و روحی به وی وارد شود.

برای این راهکارهای پیشنهادی چندی وجود دارد:

مطالعات مختلف خواننده اند بیان کرده و آن را ملاک تصمیم گیری قرار دهند. بعضی از بیماران این روش را ترجیح می دهند، سطح تعامل در این روش محدود به معارضه اطلاعات است و هم پزشک و هم بیمار ممکن است از آن رضایت داشته باشند.

ارتباط

نوع دوم تعامل، تنها محدود به تبادل اطلاعات نیست. بلکه نوعی ارتباط بین متخصصین و بیماران برقرار می شود و این به آن معناست که بیمار یک شی نیست، بلکه یک مبتدا می باشد. پزشک یا پرستار می تواند بیمار را آگاه کند که چگونه در جهت بهبود فرایند درمان خود نگرش را ارتقاء بخشد و این مساله بدون درگیر شدن بیمار امکان پذیر نیست.

احساسات

این روش ممکن است به عنوان ارتباط حرفه ای با بیمار نیز تلقی گردد. به طور کلی، تیم پزشکی درگیری عاطفی واقعی با علاقه بیمار ندارند، اما برخی، از مواجه شدن با احساسات خودشان ترسی ندارند و حاضرند احساسات خود را با بیمار در این زمینه تقسیم کنند.

مفهوم

بسیاری از بیمارانی که از یک بیماری تهدید کننده حیات مانند سرطان رنج می برند همراه با سوالاتی که در مورد علت و معنی آن مطرح است؛ مواجه می شوند: «چرا من باید به این بیماری مبتلا شوم؟» و «چرا این بیماری در این مرحله زندگی من اتفاق افتاده است؟». اینک بیمار ممکن است احساس تقصیر کند. این سوالات ممکن است بر چسب منفی برای بیمار یا محیط اطراف او باشد و تاثیر منفی بر روی نگرش وی داشته باشد. این سوالات درباره معنای بیماری، پرسشهای مهمی هستند به این خاطر که پایه ایجاد سیستم

موضوع " لزوم آگاه بودن انکولوژیست ها به تمامی روشهای درمانی سرطان با توجه به پزشکی مبتنی بر شواهد " به عنوان یکی از مسئولیت های حرفه ای آنان و اجرای برنامه های خود ارزیابی و پایش از سوی ناظرین در این زمینه می تواند بسیار موثر واقع گردد. بنابراین تاسیس کارگروه و اجرای برنامه های آموزشی مداوم برای انکولوژیست ها به منظور آشنایی و کسب مهارت در زمینه شناسایی ترجیحات و اهداف موردنظر بیماران در مورد روشهای درمانی توصیه شده از طریق ارتباط موثر بین پزشک و بیمار و برگزاری برنامه های آموزشی مداوم در زمینه آشنایی پزشکان با اقتصاد درمان سرطان و نگرانیهای اقتصادی بیماران و کاربرد آن برای ارتباط موثر بین پزشک و بیمار و در راستای آن برگزاری کارگاه های آموزشی و مهارتی اخلاق پزشکی با موضوعاتی همچون آشنایی با فرهنگ بیماری سرطان مختص به هر منطقه جغرافیایی تحت پوشش مراقبتهای درمانی سطح سوم، آشنایی و کسب مهارت انکولوژیست ها در زمینه ارتباط مناسب با بیماران ناتوان در جلب حمایتهای پزشکی و مشاوره انکولوژیست ها با بیماران سرطانی قبل از شروع درمان، به منظور ارائه اطلاعات لازم و کافی در مورد اثرات روش های درمانی بر عملکرد جنسی و قدرت باروری آنان امری ضروری و موثر می باشد.

References

- 1- Hassanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer patients. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences 2006. p. 42. [Persian]
- 2- Bamshad Z, Safikhani F. Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences 2006; P: 56.[Persian]

۱. موضوع را با همکاران در میان بگذارند تا تمام جنبه های دانش و آگاهی به دقت مورد بررسی قرار گیرد و حمایت کافی به دست آید.
۲. یک نشست با پرسنل که شامل پزشکان و پرستاران هستند؛ جهت اطلاع رسانی ترتیب داده شود.
۳. به بیمار سرطانی در مورد شرایط یا بازگشت بیماری غیر قابل درمان، اطلاع داده شود که این «دادن خبر بد» خوانده می شود. دقت داشته باشید که در این زمان بیمار را ترک ننمایید.
۴. با بیمار در سطح سنی و سواد او صحبت شود.
۵. یک پروژه درمانی فراهم نموده و خانواده بیمار و بیمار و پرسنل شامل پزشک و پرستار را در صورت امکان در آن درگیر نمایید.
۶. پروژه درمانی را در طول زمان بر اساس شرایط بیمار سرطانی مجدداً باید بازنگری شود.
۷. از وجود کمک در خانه برای بیمار باید اطمینان یافت.
۸. اگر بیمار سرطانی در حال مرگ ناشی از سرطان است، یک وقت ملاقات برای پس از مرگ بیمار با خانواده وی ترتیب داده شود.

نتیجه گیری

با توجه به آنچه گفته شد چنین می توان نتیجه گرفت که به اشتراک گذراندن اطلاعات، همراه با یک ساختار مناسب ارتباطی بین پزشک و بیمار می تواند بسیار اثرگذار بوده و ارتباط بیمار محور و عدم رفتار پدر سالارانه از سوی پزشک می تواند موجب جلب اعتماد بیمار گردد. تشویق مبتلایان به سرطان به ادامه درمان از سوی ارایه دهندگان مراقبت های سلامت و ارایه خدمات با کیفیت بالا به بیماران مبتلا به سرطان از سوی ارایه دهندگان مراقبت های سلامت با در نظر گرفتن تطابق جنسیتی بین پزشک و بیمار در ارایه خدمت به بیماران مبتلا به سرطان و همچنین لحاظ نمودن

- 11- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002; 325(7366): 697- 700.
- 12- Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*- 2001; 76(4): 390-3.
- 13- Aspergen K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*- 1999; 21(6): 563-70.
- 14- Ashbury FD, Iverson DC, Kralj B. Physician Communication Skills: Results of a Survey of General/Family Practitioners in Newfoundland. [Cited 2012 Jan 25]. Available from: <http://www.med-ed-online.org/res00014.htm>
- 15- Meguerditchian AN, Dauphinee D, Girard N, Eguale T, Riedel K, Jacques A, et al. Do physician communication skills influence screening mammography utilization? *BMC Health Services Research* 2012; 12(1):219.
- 16- Wenger NS, Vespa PM. Ethical issues in patient-physician communication about therapy for cancer: professional responsibilities of the oncologist. *Oncologist* 2010; 15 (1): 43-8.
- 17- McWilliam C, Brown J, Stewart M. Breast cancer patients' experiences of patient-doctor Communication: a working relationship. *Patient Education and Counselling* 2000; 39: 191-204.
- 18- Maly RC, Liu Y, Kwong E, Thind A, Diamant AL. Breast reconstructive surgery in medically underserved women with breast cancer: the role of patient-physician communication. *Cancer* 2009; 15; 115(20): 4819-27.
- 3- Hamuleh MM, Shahraki VA, Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. *Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd* 2010; 18(2): 117-111. [Persian]
- 4- Julkunen J, Gustavsson-Lilius M, Hietanen P. 3- Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *J Psychosom Res* 2009; 66(3): 235-44.
- 5- Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. *Gynecol Oncol* 2008; 111(1): 144-50.
- 6- Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L, Guziatke-Trojniak L, West S, et al. The quality of life of African American women with breast cancer. *Res Nurs Health*. 1999; 22(6): 449-60.
- 7- Nasirian Kh. Evaluation of patient satisfaction with the medical staff at the hospital, Yazd Proceedings of the 1382 National Health Communication Service. In 2003. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. P: 92. [Persian]
- 8- Das M, Townsend A, Hasan MY. The views of senior students and young doctors of their training in a skills laboratory. *Med Educ* 1998; 32(2): 143-9.
- 9- Soltani Arabshahi K, Bahador H. [Doctor-patient communication skills]. Tehran: Payam edala; Iran University of Medical Sciences: 2006. [Persian]
- 10- Zolfaghari Motlagh M, Ghadiri Lashkajani F (Translators). [Doctor -Patient interaction and communication]. WHO (Author). Tehran: Kooshiar: 1999. [Persian]

- Can curative or life-sustaining treatment be withheld or withdrawn? The opinions and views of Indian palliative-care nurses and physicians. *Med Health Care Philos* 2011; 14(1): 5-18.
- 26- Hinkka H, Kosunen E, Metsänoja R, Lammi UK, Kellokumpu-Lehtinen P. To resuscitate or not: a dilemma in terminal cancer care. *Resuscitation* 2001; 49(3): 289-97.
- 27- Heydari, A., Kachoei, A.; Heydarpour, A., Head, M; Afrakhteh, Z., Red Tehran, Hoda. Attitudes towards euthanasia among medical students in Qom University of Medical Sciences in 1388. *Qom University of Medical Sciences*. Autumn 90 (3) 5: 65-61. [Persian]
- 28- Roy DJ. Ethical issues in the treatment of cancer patients. *Bull World Health Organ*. 1989; 67(4): 341-6.
- 29- Lavados M. Ethical and clinical decisions in a terminally ill cancer patient with metastatic cancer. The problem of euthanasia. *Rev Med Chil* 1995; 122(5): 563-71.
- 30) Bergsma J. Cancer and autonomy. *Patient Educ Couns* 2002; 47(3): 205-12.
- 31- Stenmarker M, Hallberg U, Palmérus K, Márky I. Being a messenger of life-threatening conditions: experiences of pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer* 2010; 55(3): 478-84.
- 32- Miri Ghaffarzadeh, S. Attitudes of clinical faculty and residents regarding the diagnosis of untreatable patients in Urmia. *Qom University of Medical Sciences* 2011; (4) 5: 79-84. [Persian]
- 19- Maly RC, Liu Y, Leake B, Thind A, Diamant AL. Treatment-related symptoms among underserved women with breast cancer: the impact of physician-patient communication. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 119(3): 707-16.
- 20- Scheck McAlearney A, Oliveri J, Post D, Song P, Jacobs E, Waibel J, et al. Trust and distrust among Appalachian women regarding cervical cancer screening: A qualitative study. *Patient Education and Counselling* 86 (2012); 120-126.
- 21- Scanlon M, Blaes A, Geller M, Majhail NS, Lindgren B, Haddad T. Patient Satisfaction with Physician Discussions of Treatment Impact on Fertility, Menopause and Sexual Health among Pre-menopausal Women with Cancer. *Journal of Cancer* 2012; 3: 217-25.
- 22- Tan AS, Bourgoin A, Gray SW, Armstrong K, Hornik RC. How does patient-clinician information influenced self-reported cancer-related problems? Findings from a longitudinal analysis. *Cancer* 2011; 117(11): 2569-76.
- 23- Saxe GA, Madlensky L, Kealey S, Wu DP, Freeman KL, Pierce JP. Disclosure to physicians of CAM use by breast cancer patients: findings from the Women's Healthy Eating and Living Study. *Integr Cancer Ther* 2008; 7(3): 122-9.
- 24- Hofstatter EW. Understanding patient perspectives on communication about the cost of cancer care: a review of the literature. *J Oncol Pract* 2010; 6(4): 188-92.
- 25- Gielen J, Bhatnagar S, Mishra S, Chaturvedi AK, Gupta H, Rajvanshi A et al.