

تجربیات کادر پزشکی و دندان پزشکی در خصوص اطلاع تشخیص بدخیمی‌های سر و گردن به بیماران و بستگان آن‌ها: یک مطالعه کیفی

شهلا کاکویی^۱، نادر نوابی^۲، گلناز بزاز^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین چالش‌های بیماران مبتلا به سرطان، آگاه کردن آنان از تشخیص بیماری خود می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی دیدگاه‌ها و تجربیات متخصصان و کادر پزشکی و دندان پزشکی کرمان درباره اطلاع‌رسانی تشخیص بدخیمی‌های سر و گردن به بیماران و بستگان آنان انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع کیفی بود و داده‌های آن از طریق مصاحبه‌های عمقی و بحث‌های گروهی (Focus group) جمع‌آوری گردید. گروه هدف شرکت‌کننده متشکل از اعضای هیأت علمی گروه‌های بیماری‌های دهان، جراحی دهان، فک و صورت و انکولوژی، کارکنان بخش بیماری‌های دهان و انکولوژی و دستیاران بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندان پزشکی و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (در مجموع ۲۵ نفر) بود. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دو طبقه اصلی آگاهی دادن به بیمار شامل «عوامل تقویت‌کننده حقیقت‌گویی» و «عوامل بازدارنده حقیقت‌گویی» حاصل شد. «اختیار دادن به بیمار در تصمیم‌گیری در درمان» به عنوان مهم‌ترین عامل تقویت‌کننده و «اصرار بستگان نزدیک بیمار به نگفتن حقیقت به بیمار» نیز اصلی‌ترین عامل بازدارنده در نظر گرفته شد.

نتیجه‌گیری: با وجود اعتقاد بیشتر مصاحبه‌شوندگان به گفتن حقیقت، چندین عامل از جمله ترجیح خانواده بیمار، اضطراب و وضعیت جسمی و روحی بیمار را باید در نظر گرفت. از این‌رو، آموزش کادر پزشکی در این رابطه عاقلانه به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: پزشکی، دندان پزشکی، سرطان سر و گردن، مطالعه کیفی

ارجاع: کاکویی شهلا، نوابی نادر، بزاز گلناز. تجربیات کادر پزشکی و دندان پزشکی در خصوص اطلاع تشخیص بدخیمی‌های سر و گردن به بیماران و بستگان آن‌ها: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷ (۳): ۲۹۸-۲۸۸.

تاریخ چاپ: ۹۷/۷/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۹

Email: skakoei@gmail.com

نویسنده مسؤول: شهلا کاکویی

مقدمه

اطلاع‌رسانی به بیمار و بستگانش درباره خبر ناگوار ابتلا به بدخیمی، از جمله وظایف افراد شاغل در حرفه‌های پزشکی محسوب می‌شود. نتایج مطالعات نشان داده است که نحوه این اطلاع‌رسانی بر نگرش بیماران و بستگان نسبت به بیماری و میزان امیدواری و سازگاری روانی مرتبط با آن تأثیر معنی‌داری دارد (۲، ۱). با توجه به افزایش شیوع سرطان در میان جوامع و قلمداد شدن به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و میر انسان‌ها، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان در رشته‌های پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۳)؛ چرا که این بیماری از لحاظ ایجاد احساس درماندگی و ترس عمیق در فرد بیمار، منحصر به فرد است (۴). تشخیص سرطان تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد می‌باشد؛ چرا که ابتلا به سرطان بر وضعیت اقتصادی، اجتماعی، زندگی خانوادگی و جنبه‌های روحی- روانی و جسمی بیمار تأثیرات فراوانی می‌گذارد (۵). از این‌رو، مهارت انتقال خبر بد، یکی از مهارت‌های تخصصی در زمینه ارتباط پزشک- بیمار است. پزشک باید بتواند توان بالقوه بیمار را در روبرویی با این مسأله ارزیابی و در برقراری این ارتباط مؤثر تلاش نماید (۶).

بیمار مبتلا به بدخیمی و بستگان درجه یک وی از لحظه اطلاع از خبر ابتلا به بیماری وارد ناگوارترین مقطع زمانی از زندگی‌شان می‌گردند؛ دوره‌ای از زندگی که جدای از مرحله گسترش بدخیمی و نتیجه درمان‌های بعدی که بر پیش‌آگهی آن و میزان عمر باقی‌مانده بیمار تأثیرگذار خواهد بود، به لحاظ کیفیت نیز حایز اهمیت است و قبول شرایط به لحاظ روانی از سوی بیمار و بستگان نزدیک او، عامل تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد (۷-۱۰). از این‌رو، اطلاع‌رسانی مناسب خبر ناگوار، نیازمند دارا بودن سطح قابل قبولی از مهارت‌های ارتباطی پزشک مسؤول بیمار و دستیاران وی است. به نظر می‌رسد قواعد شفاف‌ی در این زمینه به اعضای تیم‌های درمانی درگیر این مسأله آموزش داده نمی‌شود و آن‌ها ممکن است بعد از اتمام تحصیلات و ورود به حوزه درمان، با مشکلات جدی در این زمینه روبرو شوند (۱۱).

کارکنان درمانی ممکن است در مهارت دادن خبر بد، احساس ناتوانی کنند. در گذشته پزشکان از آرایه تشخیص سرطان به بیماران خودداری می‌کردند که به نظر می‌رسد مهم‌ترین دلیل، احساس ترس و ناتوانی در آنان، ترس از تأثیرات منفی اطلاع‌رسانی به بیماران و خانواده آن‌ها و از بین رفتن امید آن‌ها است (۷)، اما امروزه اغلب پزشکان و بیماران از لحاظ اخلاقی با این طرح پیشنهادی موافق هستند که بیماران حق این را دارند که در مورد تشخیص بیماری خود آگاهی داشته باشند (۸).

در دهه‌های اخیر ارتباط پزشک و بیمار دچار تغییرات قابل توجهی شده است؛ به طوری که در بیشتر جوامع نگرش پدرسالارانه پزشک دیگر مورد قبول نیست و بیمار نقش عمده‌ای در تصمیم‌گیری‌های مربوط به واقعیت‌های سلامت و درمانی ایفا می‌کند (۱۲). این تغییرات در نگرش، حاصل پیشرفت در درمان سرطان، کاهش مرگ و میر به علت سرطان، کاهش بدبینی در مورد این بیماری و افزایش نگرانی در مورد حقوق بیماران و شرکت کردن و همکاری آن‌ها در تصمیمات درمانی می‌باشد (۱۳).

در حال حاضر، حقیقت‌گویی در مورد بیماری، یک وظیفه اخلاقی و قانونی دانسته می‌شود. بر اساس شواهد اخیر، اغلب بیماران افشای حقیقت را در مورد وضعیت جسمی خود می‌خواهند، اما برخی هم ترجیح می‌دهند که در مورد تشخیص و یا بیماری خود چیزی ندانند. تفاوت‌های فرهنگی شرق و غرب نیز در تمایل به دانستن خبر بد ابتلا به سرطان تأثیرگذار است و در این دو فرهنگ تفاوت دارد (۹).

نتایج مطالعه کیفی کاظمیان نشان داد که پزشکان در بیشتر مواقع تشخیص بیماری را در ابتدا با خانواده مطرح کرده‌اند و جهت اطلاع بیمار با خانواده مشورت می‌کنند؛ مگر در موارد معدودی که بیمار اصرار زیاد برای دانستن حقایق داشته باشد یا جوان باشد (۱۴). در پژوهش کیفی عباس‌زاده و همکاران، چندین موضوع اصلی از جمله برقراری ارتباط مؤثر با بیماران و خانواده آن‌ها، زمینه‌سازی و مقدمه‌چینی برای آرایه خبر بد و توجه به روحیات بیمار و ارزیابی شرایط او، به حداقل رساندن جنبه‌های منفی بیماری و عدم گفتن حقیقت با

اعضای هیأت علمی بخش‌های بیماری‌های دهان، جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندان‌پزشکی و بخش انکولوژی بیمارستان باهنر کرمان، کارکنان بخش بیماری‌های دهان و انکولوژی و دستیاران بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندان‌پزشکی هرکدام یک گروه و در مجموع، ۷ گروه را تشکیل دادند.

افراد شرکت‌کننده در تحقیق از گروه‌هایی انتخاب شدند که با چنین بیمارانی مواجه شده بودند و با رضایت در بحث‌های گروهی شرکت نمودند. افراد هر گروه بر اساس میزان و نوع تحصیلات و شغل مصاحبه شونده‌گان انتخاب شدند. افراد شرکت‌کننده حداقل ۵ سال سابقه کاری داشتند. روش نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و مبتنی بر هدف و ملاک اصلی تعیین حجم نمونه، اصل اشباع داده‌ها بود. اشباع عبارت است از این که با ادامه جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های جدیدی ایجاد نگردد. مصاحبه‌ها با هماهنگی قبلی و توسط دانشجوی سال آخر دندان‌پزشکی انجام گرفت. برای هر مصاحبه حداقل ۳۰ دقیقه زمان صرف شد. قبل از مصاحبه، رضایت متخصصان و کارکنان به صورت شفاهی کسب گردید و کسانی که تمایل داشتند، وارد پژوهش شدند. مصاحبه‌های انجام شده از نوع عمقی، باز و نیمه ساختار یافته بود. چند سؤال در تمام مصاحبه‌ها تکرار شد و بقیه سؤالات بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کنندگان طراحی گردید. مصاحبه‌ها با سؤالات کلی آغاز شد و در ادامه، سؤالات اختصاصی‌تر (جهت پرهیز از بحث کلی) پرسیده شد. سعی گردید که سؤالات به صورت ساده و بدون ایجاد پیش‌داوری در مصاحبه شونده‌گان مطرح شود. در ابتدای هر مصاحبه، اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان از سوی مصاحبه‌کننده شرح داده شد. به افراد فرصت کافی داده می‌شد تا نظرات خود را به صورت کامل بیان کنند. در پایان هر قسمت از مصاحبه جهت حصول اطمینان از نظرات ارایه شده برای اعضای گروه، خلاصه گفتگوها خلاصه و جمع‌بندی گردید. سؤالات اصلی پژوهش عبارت از «تجربه متخصصان و پرسنل از گفتن واقعیت و دادن خبر بد به بیمار چه بوده است؟، چه عواملی سبب گفتن حقیقت به بیمار می‌شود؟، چه عواملی مانع شما برای

توجه به وخامت وضعیت بالینی بیمار، کمک به بیماران و خانواده آن‌ها برای گرفتن تصمیم‌های درمانی منطقی با روشن ساختن ماهیت بیماری و گفتن هزینه درمان مطرح گردید (۱۵).

Pang و همکاران، دادن خبر بد را وابسته به عواملی همچون سن بیمار، نوع سرطان و مرحله بیماری دانستند (۱۶). نتایج تحقیق دیگری حاکی از آن بود که بر خلاف عقیده بیشتر پزشکان در دادن حق دانستن به بیمار، در بیشتر موارد به علت استرس، درخواست اطرافیان و موارد دیگر، قسمتی یا همه حقایق تلخ به بیمار گفته نمی‌شود (۱۷).

مرور مطالعات مذکور نشان داد که این موضوع در جوامع مختلف، نتایج متفاوتی را به دنبال داشته است. تفاوت فرهنگی و فقدان پیشینه این موضوع در حیطه دندان‌پزشکی، این انگیزه را به وجود آورد که تحت یک مطالعه کیفی مورد بررسی قرار گیرد. در ضمن، تاکنون پژوهش کیفی در زمینه نقش دندان‌پزشکان متخصصی که با تشخیص سرطان‌های سر و گردن سر و کار دارند، در کشور ما انجام نشده است. از این‌رو، با توجه به اهمیت جنبه‌های مختلف انتقال چنین خبرهای ناگواری، تحقیق حاضر به بررسی کیفی دیدگاه‌ها و تجربیات متخصصان و کارکنان پزشکی و دندان‌پزشکی کرمان درباره اطلاع‌رسانی تشخیص بدخیمی سر و گردن به بیماران و بستگانشان پرداخت.

روش

این مطالعه از نوع کیفی بود و در آن دیدگاه‌ها و تجربیات متخصصان و کارکنان پزشکی و دندان‌پزشکی کرمان درباره اطلاع‌رسانی تشخیص بدخیمی سر و گردن به بیماران و بستگان آن‌ها بررسی گردید. روش‌های تحقیق کیفی درصدد کشف و درک دنیای درونی افراد است و از آن‌جا که تجارب، ساختار حقیقت را برای هر فرد تشکیل می‌دهد، محقق فقط با وارد شدن به دنیای تجربیات افراد می‌تواند معنی پدیده‌ها را از زاویه دید آن‌ها کشف نماید. در پژوهش حاضر، اطلاعات از طریق مصاحبه‌های عمقی و بحث‌های گروهی (Focus group) جمع‌آوری و نظرات شفاهی مصاحبه شونده‌گان ثبت شد.

درمان، هزینه بیهوده سبب از بین رفتن سرمایه زندگی آینده خانواده می‌شود».

افزایش پیگیری و همکاری بیمار در روند درمان:

یک فوق تخصص خون و سرطان از گروه ۲ بیان کرد: «بیماری داشتم مبتلا به سرطان غدد لنفاوی که به اصرار خانواده‌اش به بیمار گفته بودم فقط یک کیست دارد. بیمار نیز با فرض این که تنها یک کیست ساده دارد، به جای این که ۲ هفته‌ای یک‌بار مراجعه کند، یک ماه یک‌بار به زور خانواده می‌آمد و برای نیامدنش هر بار بهانه‌ای می‌آورد که با گفتن حقیقت و اشاره به اهمیت و خطرناک بودن بیماری به بیمار، خودش با جدیت پیگیر درمانش شد. به نظرم بیمار باید از اهمیت و حقیقت بیماری مطلع باشد؛ چون به جدی بودن قضیه پی می‌برد و مشارکتش در درمان بیشتر می‌شود».

افزایش اعتماد بیمار به پزشک:

یک فوق تخصص خون و سرطان از گروه ۲ در این باره اظهار داشت: «گاهی که به بیمار حقیقت گفته نمی‌شود، بعد از درمان حتی اگر بیمار شاک می‌شود که چرا به او واقعیت را نگفتیم، همیشه این تفکر و ذهنیت را دارد که پزشک در رابطه با بیماری به من دروغ گفته و سر من کلاه گذاشته است و در نتیجه، اعتمادش به پزشک از بین می‌رود. بنابراین، برای حفظ اعتماد بیمار ترجیح می‌دهم از ابتدا حقیقت را به بیمار بگویم».

یک دستیار بیماری‌های دهان از گروه ۵ بیان کرد: «بیماری داشتم مبتلا به Squamous cell carcinomas (SCC) که اصرار داشت هر اتفاقی که می‌افتد در رابطه با بیماری و پیشرفت آن به خودش گفته شود و نه همراهان و وقتی اطلاعات صحیح طبق خواسته بیمار به خود او گفته می‌شد، به وضوح می‌دیدم اعتمادش به من افزایش یافت».

حقیقت‌گویی به بیمار بوده است؟ و...» بود.

جهت اطمینان از صحت مطالب، متن مصاحبه‌ها پس از ضبط، توسط دانشجو بر روی کاغذ پیاده‌سازی گردید و پس از چندین نوبت بازخوانی و مرور، کدگذاری شد و تا مرحله اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. در واقع، نمونه‌گیری تا زمانی ادامه پیدا کرد که با انجام مصاحبه‌های جدید، یافته جدیدی اضافه نمی‌گردید. در پایان، داده‌ها براساس آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و داده‌های تحلیل شده طبقه‌بندی و تعداد پاسخ دهنده برای هر طبقه مشخص گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، مصاحبه‌های گروهی با هفت گروه متشکل از ۲۵ نفر از متخصصان و کارکنان پزشکی و دندان‌پزشکی انجام شد (جدول ۱). پس از شنیدن نوارها، پیاده کردن، مرور و خواندن مجدد و خلاصه کردن صحبت‌ها در قدم اول، ۳۳ کد اولیه به دست آمد که همراه با تعداد گروه پاسخ دهنده در جدول ۲ آمده شده است. سپس کدهای حاصل شده به دو طبقه کلی «عوامل تقویت‌کننده حقیقت‌گویی و عوامل بازدارنده حقیقت‌گویی» تقسیم شد (جدول ۳ و ۴).

اختیار بیمار در تصمیم‌گیری درباره نوع درمان یا

عدم درمان: یک متخصص بیماری‌های دهان از گروه ۱ در این باره گفت: «اگر واقعیت را به بیمار بگویم، سبب می‌شود که خودش در مورد نوع درمان و حتی عدم درمان تصمیم بگیرد و گاهی از زیان بیشتر جلوگیری کند. بیماران در مراحل پیشرفته بدخیمی باید حقیقت بیماری و شدت بدخیمی به طور کامل برایشان شرح داده شود تا بهترین تصمیم را بگیرند؛ گاهی به دلیل نگفتن حقیقت و تصمیم نادرست در مورد

جدول ۱. اطلاعات فردی اعضای تشکیل دهنده گروه‌ها

| شماره گروه | تعداد اعضا و سطح تحصیلات | جنسیت | میانگین سابقه کار (سال) |
|------------|---|--------------|-------------------------|
| ۱ | ۶ نفر متخصص بیماری‌های دهان | ۴ زن و ۲ مرد | ۱۲/۸ |
| ۲ | ۳ نفر فوق تخصص خون و سرطان | ۱ زن و ۲ مرد | ۱۳/۳ |
| ۳ | ۴ نفر متخصص جراحی دهان، فک و صورت | ۴ مرد | ۱۰/۲ |
| ۴ | ۳ نفر متخصص آسیب‌شناسی دهان | ۲ زن و ۱ مرد | ۱۰/۶ |
| ۵ | ۴ نفر دستیار تخصصی بیماری‌های دهان | ۳ زن و ۱ مرد | - |
| ۶ | ۳ نفر کارشناس پرستاری | ۳ زن | ۶/۶ |
| ۷ | ۲ نفر دیپلم و فوق دیپلم (کارکنان بخش بیماری‌های دهان) | ۱ زن و ۱ مرد | ۷/۵ |

جدول ۲. کدهای استخراج شده از مصاحبه گروه‌های مختلف

| محتوای کد | تعداد گروه پاسخ دهنده |
|---|-----------------------|
| اصرار همراهیان و آشنایان بیمار به نگفتن حقیقت به بیمار و رفتار نامناسب آن‌ها مانع گفتن واقعیت بیماری به بیمار می‌شود. | ۵ |
| اختیار بیمار در تصمیم‌گیری درباره نوع درمان یا عدم درمان، سبب تقویت گفتن حقیقت به بیمار می‌شود. | ۵ |
| ترس از نگرانی و آشفتگی بیش از حد بیمار (شوک) پس از گفتن حقیقت بیماری سبب می‌شود به بیمار واقعیت بیماری گفته نشود. | ۵ |
| پیگیری و همکاری بیمار در روند درمان با گفتن حقیقت بیشتر می‌شود. | ۴ |
| در بیماران مسن ترجیح داده می‌شود وخامت بیماری به بیمار گفته نشود. | ۴ |
| با گفتن حقیقت به بیمار، اعتماد بیمار به پزشک افزایش می‌یابد. | ۴ |
| گفتن حقیقت به بیمار سبب کاهش و یا جلوگیری از شکایات پزشکی می‌شود. | ۴ |
| بدحال بودن و فرار داشتن بیمار در مراحل انتهایی بیماری (End stage)، مانع گفتن شدت بیماری به بیمار می‌شود. | ۴ |
| حقیقت و خبر بد باید به خود بیمار حتماً گفته شود. | ۴ |
| آشنایی بهتر همراهان با روحیات بیمار سبب می‌شود گفتن یا نگفتن حقیقت را به همراهان واگذار کنم. | ۳ |
| آرامش و آسودگی بیمار (پذیرش بهتر شرایط) با گفتن حقیقت بیشتر می‌شود. | ۳ |
| کاهش مخارج بی‌فایده (ضرر و زیان بیشتر) سبب افزایش حقیقت‌گویی به بیمار می‌شود. | ۳ |
| خبر بد باید به تدریج و با آماده‌سازی قبلی به بیمار گفته شود. | ۳ |
| بالا بودن سطح اعتماد به نفس و امید به زندگی بیمار سبب ترغیب پزشک به گفتن واقعیت می‌شود. | ۳ |
| مناسب نبودن وضعیت فرهنگی و اجتماعی بیمار مانع گفتن واقعیت به بیمار می‌شود. | ۲ |
| بیمار با دانستن حقیقت بیماری‌اش استفاده بهتری از فرصت باقی‌مانده عمر خواهد کرد. | ۲ |
| جوان بودن بیمار سبب افزایش گفتن حقیقت بیماری به خود بیمار می‌شود. | ۲ |
| با گفتن وخامت بیماری، بیمار بهتر عوارض درمان را می‌پذیرد. | ۲ |
| گفتن حقیقت سبب افزایش رضایت بیماران می‌شود. | ۲ |
| در صورت وجود اختلاف خانوادگی در همراهان یا بیمار ترجیح داده می‌شود حقیقت به بیمار گفته شود. | ۲ |
| از بین رفتن امید به زندگی و موفقیت درمان سبب اجتناب از گفتن حقیقت بیماری به بیمار می‌شود. | ۲ |
| گفتن حقیقت سبب افزایش اعتماد به نفس بیمار می‌شود. | ۲ |
| گاهی برای جلوگیری از سلب اعتماد همراهان حقیقت به بیمار گفته نمی‌شود. | ۲ |
| حقیقت بیماری باید حتماً توسط پزشک به بیمار داده شود نه تکنسین یا منشی بخش. | ۲ |
| نباید درباره عوارض وخیم و نادر جراحی و درمان به بیمار گفته شود و او را ترساند. | ۱ |
| از لحاظ وجدانی و اخلاقی حق بیمار است که واقعیت بیماری‌اش را بداند. | ۱ |
| استرس شدید همراهان سبب گفتن حقیقت به بیمار می‌شود. | ۱ |
| برخورد نامناسب بیمار با پزشک مانع گفتن واقعیت به بیمار می‌شود. | ۱ |
| با گفتن حقیقت تردید بیمار درباره مراحل درمان کاهش می‌یابد. | ۱ |
| روحیه واقع‌گرایی بیمار سبب تشویق به گفتن حقیقت به بیمار می‌شود. | ۱ |
| برای جلوگیری از مخارج بی‌فایده گاهی حقیقت به بیمار گفته نمی‌شود. | ۱ |
| عدم مراجعات بعدی بیمار برای درمان سبب می‌شود گاهی حقیقت به بیمار گفته نشود. | ۱ |
| مناسب نبودن وضعیت اجتماعی و فرهنگی همراهان سبب ترغیب پزشک به گفتن واقعیت به خود بیمار می‌شود. | ۱ |

افزایش آرامش و آسودگی بیمار (پذیرش بهتر

شرایط): کارشناس پرستاری از گروه ۶ گفت: «از آن‌جا که با گفتن حقیقت بیماری، بیمار با شرایط تطابق پیدا می‌کند، به مرور زمان واقعیت را می‌پذیرد و از مراحل درمان آگاهی کامل دارد، آرامش بیشتری نیز پیدا می‌کند و با شرایط کنار می‌آید».

کاهش و یا جلوگیری از شکایات پزشکی:

کارشناس پرستاری از گروه ۶ بیان نمود: «زمانی که مستقیماً به بیمار شرایط واقعی بیماری‌اش را می‌گوییم، چون بیمار کاملاً از بیماری‌اش مطلع است و خودش مسیر درمان را انتخاب کرده، اگر اتفاق بدی بیفتد من تیرئه هستم؛ در غیر این صورت در دادگاه پزشکی قانونی باید پاسخگو باشم».

جدول ۳. کدهای طبقه عوامل تقویت کننده حقیقت گویی

| طبقه | محتوای کد | تعداد گروه پاسخ دهنده |
|---------------------------------------|--|-----------------------|
| عوامل تقویت کننده حقیقت گویی به بیمار | اختیار بیمار در تصمیم گیری درباره نوع درمان یا عدم درمان | ۵ |
| | افزایش پیگیری و همکاری بیمار در روند درمان | ۴ |
| | افزایش اعتماد بیمار به پزشک | ۴ |
| | کاهش و یا جلوگیری از شکایات پزشکی | ۴ |
| | افزایش آرامش و آسودگی بیمار (پذیرش بهتر شرایط) | ۳ |
| | کاهش مخارج بی فایده (ضرر و زیان بیشتر) | ۳ |
| | بالا بودن سطح اعتماد به نفس و امید به زندگی بیمار | ۲ |
| | استفاده بهتر بیمار از فرصت باقی مانده عمر | ۲ |
| | جوان بودن بیمار | ۲ |
| | افزایش رضایت بیماران | ۲ |
| | جلوگیری از عدم قبول عوارض درمان | ۲ |
| | افزایش اعتماد به نفس بیمار | ۲ |
| | وجود اختلاف خانوادگی در همراهان با بیمار | ۲ |
| | از لحاظ وجدانی و اخلاقی حق بیمار است که واقعیت بیماری اش را بداند. | ۱ |
| | وجود استرس شدید در همراهان بیمار | ۱ |
| | کاهش تردید بیمار درباره مراحل درمان | ۱ |
| | روحیه واقع گرایی بیمار | ۱ |
| | مناسب نبودن وضعیت اجتماعی و فرهنگی همراهان | ۱ |

سرطان و هزینه بالا و شانس کم زنده ماندن ترجیح دهد از درمان انصراف دهد و با جلوگیری از مخارج بیهوده که سبب می شود تنها چند ماه بیشتر زنده بماند، سبب شود خانواده اش در آینده در وضعیت راحت تری از لحاظ اقتصادی قرار بگیرند.»

جلوگیری از مخارج بی فایده (ضرر و زیان بیشتر): یک متخصص جراحی فک و صورت از گروه ۳ اظهار نمود: «با گفتن حقیقت به بیمار، بیمار خودش در رابطه با درمان تصمیم می گیرد. شاید بیمار با فهمیدن درجه وخامت بیماری و قرار داشتن در مراحل انتهایی

جدول ۴. کدهای طبقه عوامل بازدارنده حقیقت گویی

| طبقه | محتوای کد | تعداد گروه پاسخ دهنده |
|-------------------------------------|---|-----------------------|
| عوامل بازدارنده حقیقت گویی به بیمار | اصرار همراهان و آشنایان بیمار به نگفتن حقیقت به بیمار و رفتار نامناسب آن ها | ۵ |
| | ترس از نگرانی و اشفتهگی بیش از حد بیمار (شوک) پس از گفتن حقیقت بیماری | ۵ |
| | مسن بودن بیمار | ۴ |
| | بدحال بودن و قرار داشتن بیمار در مراحل انتهایی بیماری (End stage) | ۴ |
| | آشنایی بهتر همراهان با روحیات بیمار | ۴ |
| | مناسب نبودن وضعیت فرهنگی و اجتماعی بیمار | ۲ |
| | جلوگیری از بین رفتن امید به زندگی و موفقیت درمان در بیمار (تضعیف روحیه) | ۲ |
| | جلوگیری از سلب اعتماد همراهان | ۲ |
| | برخورد نامناسب بیمار با پزشک | ۱ |
| | جلوگیری از مخارج بی فایده | ۱ |

«ما زمان محدودی در گفتن حقیقت به بیمار داریم و از آنجا که در این زمان کم، شناخت وضعیت روحی بیمار برایمان کمتر امکان‌پذیر است، ترجیح می‌دهیم حقیقت را به همراهان بگوییم تا آن‌ها با توجه به روحیات فرد تصمیم بگیرند که آیا حقیقت به بیمار گفته شود یا خیر و یا چه مقدار از واقعیت به او گفته شود. در واقع، همراهان با زبان بهتری با بیمار ارتباط برقرار می‌کنند.»

بدحال بودن و قرار داشتن بیمار در مراحل انتهایی بیماری (End stag): یک فوق تخصص خون و سرطان از گروه ۲ بیان کرد: «زمانی که بیمار خیلی بدحال باشد و دارای بیماری‌های زمینه‌ای مختلف و مثلاً یک ماه از عمرش باقی مانده و درمان خاصی برایش کارساز نیست، ترجیح می‌دهم به بیمار واقعیت را نگویم تا باعث از پا درآمدن وی در زمان باقی مانده نشوم.»

حقیقت و خبر بد باید به خود بیمار حتماً گفته شود: یک متخصص بیماری‌های دهان در این باره گفت: «از لحاظ قانونی ما وظیفه داریم حقیقت را به بیمار حتماً بگوییم و در یک انسان بالغ خبر بد باید به خود بیمار گفته شود نه همسر و خانواده‌اش در حالی که خودش بی‌خبر باشد.»

خبر بد باید به تدریج و با آماده‌سازی قبلی به بیمار گفته شود: یک متخصص بیماری‌های دهان از گروه ۱ عنوان نمود: «زمانی که در جلسه اول و با معاینه کلینیکی مشکوک به SCC می‌شوم، در همان جلسه اول به مریض تأکید می‌کنم که حتماً باید نمونه‌برداری انجام دهد و به بیمار می‌گویم که بیماری ممکن است جدی باشد. البته تا قبل از گرفتن جواب نمونه نمی‌توانم به شما نظر قطعی دهم و با آماده‌سازی روانی در جلسه اول، در جلسه دوم به تدریج بیمار را متوجه وضعیتش می‌کنم.»

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی دیدگاه‌ها و تجربیات متخصصان و کارکنان پزشکی و دندان‌پزشکی کرمان درباره اطلاع‌رسانی تشخیص بدخیمی‌های سر و گردن به بیماران و بستگان آن‌ها انجام گرفت. تعیین کدهای اصلی به دست آمده

اصرار همراهان و آشنایان بیمار به نگفتن حقیقت

به بیمار و رفتار نامناسب آن‌ها: یک متخصص جراحی فک و صورت از گروه ۳ در این زمینه عنوان کرد: «مهم‌ترین مانع ما در گفتن حقیقت، همراهان بیمار هستند. در ایران بیشتر همراهان بیمار، بیمار را به طریقی از اتاق مطب بیرون می‌کنند تا از حقیقت بیماری بی‌پرسند و اصرار دارند بیمارشان از واقعیت مطلع نشود تا به او استرسی وارد نشود.»

یک فوق تخصص خون و سرطان از گروه ۲ گفت: «همراهان بیمار گاهی سبب می‌شوند از گفتن حقیقت اجتناب کنم. بیماری داشتم که حتی همراهانش در روز ویزیت بیمار، با یک چسب بزرگ روی کلمه سرطان تابلوی مطب را پوشانده بودند تا بیمار متوجه داشتن سرطان نشود. گاهی با گفتن حقیقت به بیمار، همراهان بیمار با حالت دعوا به مطب مراجعه می‌کنند که به همین دلیل برای جلوگیری از برخورد نامناسب همراهان، حقیقت به بیمار گفته نمی‌شود.»

ترس از نگرانی و اشتنگی بیش از حد بیمار (شوک): یک متخصص جراحی دهان، فک و صورت از گروه ۳ بیان نمود: «به نظر من گفتن تمام واقعیت بیماری و داشتن سرطان و عوارض آن به بیمار اصلاً صحیح نیست؛ چون باعث نگرانی و استرس بیش از حد بیمار و در واقع از بین رفتن بیمار می‌شود. من ترجیح می‌دهم برای جلوگیری از وارد شدن شوک روحی به بیمار واقعیت را به همراه بیمار بگویم تا به مریض که سبب از بین رفتن امید در بیمار نشوم.»

عدم گفتن حقیقت در بیماران مسن: یک متخصص بیماری‌های دهان از گروه ۱ اظهار داشت: «بیماران خیلی پیر و مسن که درگیر بیماری‌های سیستمیک دیگری نیز هستند و یا مدت زیادی از عمرشان باقی نمانده و گیج هستند، ترجیح می‌دهم به همراهانشان حقیقت را بگویم چون در این سن شاید قدرت پذیرش داشتن سرطان را نداشته باشند و یا اصلاً متوجه جدی بودن شرایط و نیاز به درمان فوری نشوند.»

آشنایی بهتر همراهان با روحیات بیمار: یک متخصص جراحی دهان فک و صورت از گروه ۳ بیان نمود:

نشان داد که مهم‌ترین عامل تقویت‌کننده حقیقت‌گویی، اختیار بیمار در تصمیم‌گیری درباره نوع درمان یا عدم درمان می‌باشد و اصرار همراهان بیمار به نگفتن حقیقت به بیمار و رفتار نامناسب آن‌ها و ترس از نگرانی و آشفتگی بیش از حد بیمار، مهم‌ترین عوامل بازدارنده حقیقت‌گویی از نظر گروه‌های مصاحبه‌شونده بود. مطالعه حاضر بر روی متخصصان و کارکنان پزشکی و دندان‌پزشکی کرمان انجام شد که از نظر این ویژگی، با تحقیقات عباس‌زاده و همکاران (۱۵) و Supe (۱۸) مطابقت داشت.

نتایج پژوهش کیفی جلالی و همکاران نشان داد که بیماران و بستگان‌شان در مواجهه با خبر بیماری عکس‌العمل‌های متفاوتی دارند. از این‌رو، کادر پزشکی برای مواجه شدن با موارد مختلف، باید آموزش‌های لازم را دیده باشد (۱۹). هرچند مطالعات کیفی را نمی‌توان با مطالعات کمی مقایسه مستقیم نمود، اما در تحقیق غیر کیفی کاظمی مشخص گردید که عمده‌ترین علت و مانع محدودیت اطلاع‌رسانی به بیماران مبتلا به سرطان طبق نظر پاسخ‌دهندگان، درخواست خانواده آن‌ها مبنی بر عدم انتقال تشخیص واقعی به بیماران می‌باشد (۲۰).

در یک پژوهش کمی، پزشکان مرتبط با بیماران مبتلا به سرطان عقیده داشتند که یک محیط ساکت و خصوصی در رساندن خبر بد لازم است و این مهم باید در زمان کافی و بدون تعجیل و با زبانی ساده انجام شود. حدود ۸۰ درصد از این پزشکان اجازه می‌دادند که بستگان در مورد اطلاع دادن بیمار از بیماری تصمیم بگیرند (۲۱). بر اساس نتایج مطالعه ایزدی و همکاران، از عوامل تقویت حقیقت‌گویی می‌توان به افزایش اعتماد بیمار به پزشک، کاهش و یا جلوگیری از شکایات پزشکی، آرامش و آسودگی بیمار، کاهش مخارج بی‌فایده و افزایش رضایت اشاره کرد (۲۲).

نتایج تحقیق پارسا و همکاران که در مورد گفتن خبر بد و جوانب مختلف آن انجام شد، نشان داد که اختلافات فرهنگی از دیدگاه پزشکان در انتقال خبر بد مؤثر است و بر خلاف کشورهای اروپای شمالی و ایالات متحده آمریکا، پزشکان ایرانی ترجیح می‌دهند اطلاعات مربوط به بیماری را به جای

خود بیمار به خانواده او بگویند، اما به طور کلی نظر غالب این است که باید خبر بد را به اطلاع خود بیمار رساند. از مهم‌ترین دلایل دادن اطلاعات به بیمار طبق پژوهش مذکور، می‌توان به حفظ و تقویت اعتماد پزشک و بیمار، جلوگیری از ضرررسانی به بیمار، افزایش رضایت بیمار و کاهش اقدامات قانونی علیه پزشکان اشاره نمود و عواملی همچون ایجاد آسیب روانی جدی به بیمار، امتناع بیمار از گرفتن اطلاعات و قرار داشتن بیمار در وضعیت اورژانس از جمله استثنای در گفتن خبر بد به بیمار می‌باشد (۲۳). نتایج مطالعه Seifart و همکاران حاکی از آن بود که فقط ۴۶/۲ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از چگونگی مطلع شدن از بیماری‌شان رضایت کامل داشتند (۲۴). در تحقیق Bain و همکاران که نظرات بیماران در خصوص آگاهی یافتن از بیماری‌شان بررسی شد، مشخص گردید که ارتباط خوب و مؤثر بین پزشک و بیمار در رساندن خبر بد حیاتی است (۲۵).

تاکنون هیچ پژوهش مشابهی به بررسی تجربیات دندان‌پزشکان در این زمینه نپرداخته است. به نظر می‌رسد دلیل بررسی و انجام مطالعات کیفی بیشتر بر روی پزشکان، درگیری بیشتر آن‌ها با مقوله سرطان و مشکلات مرتبط با آن است که نیازمند دادن خبر بد به بیمار و همراهان وی در مقایسه با حرفه دندان‌پزشکی می‌باشد، اما این مسأله در حیطه دندان‌پزشکی و رشته‌هایی مانند بیماری‌های دهان و جراحی دهان فک و صورت جلوه‌گر می‌شود.

در تحقیق حاضر، کدهای «اصرار همراهان و آشنایان بیمار به نگفتن حقیقت به بیمار و رفتار نامناسب آن‌ها، اختیار بیمار در تصمیم‌گیری درباره نوع درمان یا عدم درمان و ترس از نگرانی و آشفتگی بیش از حد بیمار» بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد که زیرمقوله‌های «ترس از نگرانی و آشفتگی بیمار و اختیار بیمار در تصمیم‌گیری درباره نوع درمان یا عدم درمان» مشابه کدهای به دست آمده در مطالعه عباس‌زاده و همکاران (۱۵) می‌باشد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، پیگیری و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری، افزایش اعتماد بیمار به پزشک، کاهش و یا جلوگیری از شکایات پزشکی، آرامش و آسودگی بیمار، کاهش مخارج بی‌فایده و

می‌رسد موانع و مشکلات زیادی در مسیر گفتن حقیقت به بیماران وجود دارد که برای بهبود مشکلات ناشی از آن می‌توان از راهکارهایی استفاده کرد. قرار دادن این مبحث در برنامه آموزشی درسی دانشجویان دوره‌های تخصصی دندان پزشکی و پزشکی (به خصوص در رشته‌های جراحی فک و صورت، انکولوژی، بیماری‌های دهان، پاتولوژی و جراحی گوش، حلق و بینی) و تأکید بر این مبحث و اهمیت آن در دوره‌های بازآموزی و کنگره‌های تخصصی عاقلانه به نظر می‌رسد. همچنین، می‌توان با دخیل کردن گروه‌های آموزشی روان‌شناسی بالینی در مراکز درمانی مرتبط، جهت یاری رساندن فکری و عملی به پزشکان، بیماران و بستگان آن‌ها اقدام نمود و با تهیه پمفلت‌هایی برای آرایه به بیماران و بستگان‌شان در مورد چگونگی مراحل درمانی و مراقبت‌های لازم در این زمینه بهره برد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری عمومی با کد اخلاق IR.KMU.REC.1395.23، مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد. بدین‌وسیله از اعضای هیأت علمی گروه‌های آموزشی بیماری‌های دهان، جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندان پزشکی و بخش انکولوژی بیمارستان باهنر کرمان، کارکنان بخش بیماری‌های دهان و انکولوژی و دستیاران بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندان پزشکی به جهت همکاری در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مراکز تحقیقاتی مرتبط با آن سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

افزایش رضایت بیمار، از جمله عوامل تقویت‌کننده حقیقت‌گویی می‌باشد.

از دیگر عوامل بازدارنده گفتن حقیقت به بیمار در تحقیق حاضر می‌توان به مناسب نبودن وضعیت فرهنگی و اجتماعی بیمار، بدحال بودن و قرار داشتن بیمار در مراحل انتهایی بیماری و از بین رفتن امید (تضعیف روحیه) بیمار اشاره کرد که «مناسب نبودن وضعیت فرهنگی و اجتماعی بیمار» با نتایج مطالعات عباس‌زاده و همکاران (۱۵) و Supe (۱۸) همخوانی داشت.

بررسی پژوهش‌های کیفی مشابه نشان می‌دهد که کدهای به دست آمده در این زمینه در برخی موارد با یافته‌های تحقیق حاضر متفاوت است. از جمله این تفاوت‌ها می‌توان به آرایه مسأله محدودیت زمانی در تحقیق Supe (۱۸) و به حداقل رساندن جنبه‌های منفی مرتبط با بیماری (کوچک جلوه دادن موضوع) در مطالعه عباس‌زاده و همکاران (۱۵) اشاره نمود که کدهای مذکور در بررسی حاضر به عنوان کدهای اصلی مشخص نگردید. به نظر می‌رسد تفاوت کدهای اصلی در پژوهش‌ها به عواملی همچون تفاوت ساختاری جمعیت‌های مورد بررسی در تحقیقات مختلف در زمینه‌هایی مانند سطح تحصیلات و تخصص در حرفه، سابقه اشتغال در این زمینه، میزان برخورد با مشکلات بالینی همچون بیماری‌های بدخیم و همچنین، تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی جوامع مختلف و وجود نقش محوری و حمایتگر خانواده در ایران بر خلاف بسیاری از کشورهای دیگر اشاره نمود. مطالعه کریمی و همکاران با مروری بر مقالات چاپ شده در ایران، به این نتیجه رسیدند که اگرچه آگاه‌سازی بیماران از بیماری خودشان اجتناب‌ناپذیر است، اما باید مطالعات بیشتری بر پایه شواهد در این زمینه انجام گیرد (۲۶).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، به نظر

References

1. Abel J, Dennison S, Senior-Smith G, Dolley T, Lovett J, Cassidy S. Breaking bad news--development of a hospital-based training workshop. *Lancet Oncol* 2001; 2(6): 380-4.
2. 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.

3. Montazeri A, Tavoli A, Mohagheghi MA, Roshan R, Tavoli Z. Disclosure of cancer diagnosis and quality of life in cancer patients: Should it be the same everywhere? *BMC Cancer* 2009; 9: 39.
4. Hari D, Mark Z, Bharati D, Khadka P. Patients' attitude towards concept of right to know. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2007; 5(4): 591-5.
5. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MH. When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996; 77(12): 2630-7.
6. Managheb SE, Mosalanejad N. The impact of role play and group discussion on the knowledge and attitude of interns of Jahrom Medical School about breaking bad news, 2009. *J Jahrom Univ Med Sci* 2011; 9(Suppl 1): 1-6. [In Persian].
7. Turhal NS, Efe B, Gumus M, Aliustaoglu M, Karamanoglu A, Sengoz M. Patient satisfaction in the outpatients' chemotherapy unit of Marmara University, Istanbul, Turkey: a staff survey. *BMC Cancer* 2002; 2: 30.
8. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003; 88(5): 658-65.
9. Ozdogan M, Samur M, Bozcuk HS, Coban E, Artac M, Savas B, et al. "Do not tell": What factors affect relatives' attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? *Support Care Cancer* 2004; 12(7): 497-502.
10. Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news is not good news: Information preferences of patients with cancer. *Psychooncology* 1995; 4(3): 197-202.
11. Al-Amri AM. Cancer patients' desire for information: A study in a teaching hospital in Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2009; 15(1): 19-24.
12. Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(5 and 1): 1-11. [In Persian].
13. Delvecchio Good MJ, Good BJ, Schaffer C, Lind SE. American oncology and the discourse on hope. *Cult Med Psychiatry* 1990; 14(1): 59-79.
14. Kazemiyan A. Evaluating physicians points of view about terminally ill patients. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2008; 1(2): 61-8. [In Persian].
15. Abbaszadeh A, Ehsani SR, Begjani J, Kaji MA, Dopolani FN, Nejati A, et al. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: A qualitative content analysis. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7: 18.
16. Pang A, Ho S, Lee SC. Cancer physicians' attitude towards treatment of the elderly cancer patient in a developed Asian country. *BMC Geriatr* 2013; 13: 35.
17. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Wal der S, Butow PN, Carrick S, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: A systematic review. *Palliat Med* 2007; 21(6): 507-17.
18. Supe AN. Interns' perspectives about communicating bad news to patients: A qualitative study. *Educ Health (Abingdon)* 2011; 24(3): 541.
19. Jalali M, Nasiri A, Abedi H. Patients and family members' experiences regarding receiving bad news from health providers. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2015; 7(5): 83-93. [In Persian].
20. Kazemi A. Medical environment, patient and bad news. *Strides Dev Med Educ* 2008; 4(2): 133-9. [In Persian].
21. Konstantis A, Exiara T. Breaking bad news in cancer patients. *Indian J Palliat Care*. 2015; 21(1): 35-8.
22. Ezadi A, Mohammadnejad E, Ehsani SR. Nurses' experiences regarding truth telling: A phenomenological study. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(1): 53-63. [In Persian].
23. Parsa M, Bagheri A, Larijani B. Telling bad news and its various aspects. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2011; 4(6): 1-14. [In Persian].
24. Seifart C, Hofmann M, Bar T, Riera KJ, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: Evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol* 2014; 25(3): 707-11.
25. Bain MG, Lian CW, Thon CC. Breaking bad news of cancer diagnosis - Perception of the cancer patients in a rural community in Malaysia. *South Asian J Cancer* 2014; 3(2): 116-21.
26. Karimi RA, Nabi AR, Karimi RJ, Rasouli D. Attitudes toward telling the truth to cancer patients in Iran: A review article. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res* 2017; 11(3): 178-84.

The Experiences of Medical and Dental Personnel Regarding Informing their Patients about the Diagnosis of Head and Neck Cancer

Shahla Kakoei¹ , Nader Navabi², Golnaz Bazaz³

Original Article

Abstract

Introduction: One of the main challenges regarding the patients with cancer, is to inform them about their disease. The aim of this study was to evaluate outlooks and experiences of medical and dental staff experts in Kerman, Iran, regarding the method of informing the diagnosis of head and neck (HN) cancer to patients and their relatives.

Method: In this qualitative study, the data were obtained through deep interviews, and focus group discussions. The target groups were faculty members of the departments of oral medicine, oral and maxillo-facial surgery, and oncology, nurses of the departments of oral diseases and oncology, and postgraduate students of the department of oral medicine in Kerman university of Medical Sciences, Kerman, Iran (25 individuals). Aim-based sampling was carried out and continued till the saturation of data. The data were analyzed using content analysis method.

Results: Two major classifications were derived. "Truth-telling improving factors" of them, "giving the patients an opportunity for decision making for treatment plan" was the most important factor; and "truth-telling avoiding factors" of them, "close relatives insist to avoid telling the truth to the patients" was the most important factor.

Conclusion: In spite of the fact that most of the interviewees believed in telling the truth to the patients, practitioners should consider several factors such as patient's family preference, as well as patients' anxiety and physical and psychological conditions. It would be reasonable if health care workers train to deal with the patients having cancer.

Keywords: Medicine, Dentistry, Head and neck cancer, Qualitative research

Citation: Kakoei S, Navabi N, Bazaz G. The Experiences of Medical and Dental Personnel Regarding Informing their Patients about the Diagnosis of Head and Neck Cancer. J Qual Res Health Sci 2018; 7(3): 288-98.

Received date: 31.07.2017

Accept date: 03.12.2017

Published: 06.10.2018

1- Associate Proffesor, Oral and Dental Disease Research Center AND Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Associate Professor, Social Determinants on Oral Health Research Center AND Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Dentist, Kerman, Iran

Corresponding Author: Shahla Kakoei, Email: skakoei@gmail.com