

## ارتباط مؤثر پزشک- بیمار در زمان دریافت خبر تشخیص سرطان پستان: تحلیلی کیفی بر ترجیحات بیماران

راحله فلاح<sup>۱</sup>، محمداسماعیل اکبری<sup>۲\*</sup>

### چکیده

زمینه: ارتباط پزشک-بیمار به خصوص زمانی که اخبار بد به بیمار داده می‌شود، یک جنبه بنیادین از مراقبت در سرطان است. با توجه به روند روبه فزونی بروز سرطان پستان در کشور و نیز اهمیت سبک ارتباطی پزشک در زمان تشخیص و تأثیری که در کمیت و کیفیت زندگی بیمار دارد، انجام مطالعات بیشتر در این زمینه می‌تواند ضمن ارتقای سطح ارتباط پزشک-بیمار، به تدوین پروتکل‌های آموزشی بومی نیز کمک کند.

روش‌ها: ۳۲ زن مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که واجد شرایط مشارکت در این مطالعه کیفی بودند به شیوه معطوف به هدف انتخاب شدند و اقدام به تکمیل پرسشنامه‌های باز-پاسخ محقق ساخته - "دل نوشته" - نمودند. تحلیل داده‌ها به شیوه تحلیل محتوای کیفی و بر اساس روش لاندمن و گرانهایم انجام شد. یافته‌ها: تحلیل یافته‌های این مطالعه، دو درون‌مایه "ایجاد امید" و "ایجاد اعتماد" را به‌عنوان ترجیحات ارتباطی بیماران در زمان دریافت اخبار تشخیص سرطان پستان توسط پزشک نشان داد.

نتیجه‌گیری: امید و اعتماد، ترجیحات زنان مبتلا به سرطان پستان در زمان دریافت اخبار مربوط به تشخیص هستند. با توجه به نقش مهارت‌های ارتباطی پزشک در ایجاد این دو مؤلفه، طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی مناسب برای پزشکان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ارتباط پزشک-بیمار، تشخیص سرطان پستان، ترجیحات بیماران، تحلیل محتوای کیفی.

«دریافت: ۱۳۹۱/۴/۵ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۷»

۱. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

۲. گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

\*عهده دار مکاتبات: تهران، بیمارستان شهدای تجریش، مرکز تحقیقات سرطان، تلفن: ۰۲۱-۲۲۷۴۸۰۰۱-۲

Email: crcsbmu@gmail.com

### مقدمه

پزشکان در دادن اخبار بد پرداخته‌اند به تأثیر آن بر تشخیص بهنگام، نشانه‌های بیماری و عوارض آن، پایبندی بیمار به درمان و بهبود مهارت‌های خودمدیریتی بیماری، میزان اضطراب و دیسترس وی و همچنین رضایت دوجانبه پزشک و بیمار اذعان نموده‌اند (۹-۴). شناسایی ارجحیت‌های بیمار درباره چگونگی دریافت اخبار بد، به طوری که روحیه وی را خراب نکند و ابقای ارتباط پزشک و بیمار را به همراه داشته باشد، یکی از اجزای اصلی در اخلاق پزشکی است که آگاهی از آن، گامی اولیه در جهت دستیابی به ارتباط بهینه پزشک-

با پیشرفت علم و فناوری‌های پزشکی، جنبه‌های بین فردی ارتباط نیز به‌عنوان اهدافی مطالعاتی، اهمیت بیشتری یافته‌اند (۱). ارتباط پزشک-بیمار، به خصوص در زمان دادن اخبار بد، یک جنبه بنیادین از مراقبت در سرطان است (۲). اخبار بد، شامل هر نوع اطلاعاتی است که می‌تواند نگاه بیمار را نسبت به آینده تحت تأثیر قرار دهد و به نوعی به آشفتگی هیجانی در وی منجر شود که در طی زمان، پایدار خواهد ماند (۳ و ۴). مطالعاتی که به ارزیابی چگونگی ادراک بیماران از سبک ارتباطی

که با بیمارانی که ۲۵ سال یا بیشتر سن داشتند، سابقه عود یا متاستاز نداشتند، باسواد بودند و دوره درمان شامل جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی را تحت نظارت یکی از کلینیک‌های وابسته به این مرکز تمام کرده بودند، تماس گرفته شد و طی یک مشاوره تلفنی، ضمن معرفی اهداف پژوهش از آنها خواسته شد تا در صورت تمایل در آن شرکت نمایند. سپس یک رضایت‌نامه همراه با پرسشنامه "دل‌نوشته" به‌علاوه هزینه پست بازگشت برای آنها ارسال شد. هر دل‌نوشته شامل سؤالات تشریحی و باز-پاسخ بود که در آن از بیماران خواسته می‌شد درباره تجربه سرطان پستان و آثار این بیماری بر زندگی خود از زمان تشخیص تا پایان درمان توضیح دهند. از کل ۶۰ سؤال مطرح‌شده، در ۶ سؤال از بیماران خواسته شد تا زمانی را که پزشک، خبر تشخیص را به آنها داد به یاد آورده و تجربه خود را از شیوه برقراری ارتباط پزشک با بیمار در این زمان گزارش نمایند. روایی محتوایی "دل‌نوشته" از طریق مطالعه متون معتبر (۱۹ و ۲۱) و ۳ متخصص آنکولوژی / سایکوانکولوژی تأیید شده بود. در مشاوره تلفنی و همچنین در راهنمای تکمیل "دل‌نوشته" که به همراه این پرسشنامه برای شرکت‌کنندگان ارسال شده بود از آنها خواسته شده بود که به‌صورت تشریحی و با جزئیات کافی به سؤالات پاسخ دهند. همچنین از آنها خواسته شد تا به‌منظور اطمینان از محرمانه ماندن پاسخ‌هایشان، نام مستعاری برای دل‌نوشته خود انتخاب کنند. هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، مطالعه دل‌نوشته‌های تکمیل‌شده و تحلیل محتوای آنها توسط دو پژوهشگر به‌صورت جداگانه آغاز شد و پس از دریافت و تحلیل ۳۲ دل‌نوشته، حد اشباع حاصل گردید.

تحلیل داده‌ها به‌روش تحلیل محتوا و مطابق با روش لاندمن و گرانهایم (Lundman & Graneheim) انجام شد. این روش، یک روش پژوهشی سیستماتیک و عینی برای توصیف پدیده‌هاست که در سال‌های اخیر در مطالعات مربوط به سلامت مورد استفاده زیادی قرار گرفته و به‌عنوان روشی انعطاف‌پذیر برای تحلیل داده‌های

بیمار است (۲، ۱۰ و ۱۱).

با وجود اهمیت این مسأله، اغلب مطالعات درباره ترجیحات بیمار در زمینه دادن خبر بد توسط پزشک، در کشورهای غربی به انجام رسیده (۴، ۱۵-۱۲) و بررسی این موضوع در داخل کشور، مورد توجه واقع نشده است. این در حالی است که یافته‌های دیگر کشورها در این زمینه، به شکل‌گیری رویکردهای متنوعی درباره ارتباط پزشک-بیمار انجامیده است که امروزه نیز به‌عنوان مبنایی برای آموزش و تحقیق از آنها بهره‌گیری می‌شود (۱۶ و ۱۷). با وجود اشتراکاتی که در بین پروتکل‌های کشورهای مختلف در این زمینه یافت می‌شود، اما به‌دلیل تفاوت‌های بین‌فرهنگی، نمی‌توان ادعا کرد که این رویکردها در همه جوامع قابل استفاده است (۱۷).

از این‌رو و با توجه به روند روبه‌فزونی سرطان پستان در ایران (۱۸) که به افزایش تعداد بیماران دریافت‌کننده اخبار بد مربوط به تشخیص این بیماری منجر خواهد شد و نیز اهمیت سبک ارتباطی پزشک-بیمار در زمان تشخیص به لحاظ تأثیری که در کمیت و کیفیت زندگی بیمار دارد، تدوین پروتکل‌هایی بومی در مورد ارتباط پزشک-بیمار در این زمان ضروری است. برای تدوین چنین پروتکل‌هایی لازم است که بر اساس اصول بیمار محوری در پزشکی، ابتدا دیدگاه بیمار مورد شناسایی قرار گیرد. از این‌رو این پژوهش با هدف بررسی و شناسایی عمیق مؤلفه‌های ارتباطی مؤثر بین پزشک-بیمار در زمان دریافت خبر ابتلا به سرطان پستان طراحی و اجرا شد.

## مواد و روش‌ها

داده‌های این پژوهش بخشی از یک طرح تحقیقاتی بزرگ‌تر توسط ۳۲ زن مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان (CRC) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که به‌شیوه مبتنی بر هدف انتخاب شدند تکمیل گردید. شیوه نمونه‌گیری به این ترتیب بود

تحلیل آن‌ها، برگرداندن کدهای به‌دست‌آمده به داده‌ها و تحلیل همزمان استفاده شد. برای اطمینان از همسانی (Dependability) و عینیت (Confirmability) یافته‌ها همان‌طور که گفته شد از یک محقق ناظر خارجی کمک گرفته شد. به‌علاوه برای قابلیت انتقال (Transferability)، گزارش مفصلی از فرآیند پژوهش ارائه شده که در آن انتخاب نمونه مناسب، اطمینان از انسجام بین سؤالات و روش پژوهش و جمع‌آوری و تحلیل همزمان داده‌ها مورد تأکید قرار گرفته است. به‌علاوه به‌منظور فراهم آوردن امکان ارزیابی پایایی و روایی تفسیرها برای خوانندگان، درون‌مایه‌های به‌دست‌آمده به همراه نقل قول‌های شرکت‌کنندگان آورده شده است.

### یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه  $47/16 \pm 7/14$  بود. دامنه سنی نمونه‌ها از ۶۱-۳۴ سال بود. همچنین بین ۶۳-۸ ماه از زمان تشخیص اولیه آن‌ها سپری شده بود. میانگین مدت‌زمان سپری‌شده از تشخیص  $28/09 \pm 15/85$  ماه بود.

از لحاظ مراحل بالینی بیماری، ۱۲ نفر (۳۷/۵٪) در مرحله بالینی I، ۹ نفر (۱۳/۲۸٪) در مرحله بالینی II و ۱۱ نفر (۳۴/۳٪) در مرحله بالینی III قرار داشتند. ۲۵ نفر (۷۸/۳٪) به شیوه حفظ پستان و ۷ نفر (۲۱/۸۷٪) نیز به شیوه ماستکتومی جراحی شده بودند. ۲۰ نفر (۶۲/۵٪) از آن‌ها خانه‌دار، ۹ نفر (۲۸/۱۳٪) شاغل و ۳ نفر (۹/۳۷٪) نیز بازنشسته بودند. به جز یک نفر، بقیه متأهل بوده و فرزند داشتند.

تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد که ترجیحات زنان مبتلا به سرطان پستان در دریافت خبر تشخیص بیماریشان دربردارنده دو درون‌مایه اصلی ایجاد امید و ایجاد اعتماد می‌باشد.

نمونه‌ای از سؤالات مطرح‌شده در "دل‌نوشته" و مراحل انجام تحلیل بر پاسخ یکی از شرکت‌کنندگان در ذیل آورده شده است:

متنی نیز شناخته شده است (۲۲ و ۲۳). در این روش، محقق از به‌کارگیری طبقات از پیش تعیین‌شده اجتناب می‌ورزد و در عوض اجازه می‌دهد که طبقات و مضامین از درون داده‌ها بیرون بیایند. بنابراین پژوهشگر در داده‌ها کاملاً تعمق می‌کند تا بتواند به درک یا بصیرت جدیدی در زمینه مورد مطالعه دست یابد. در این تحقیق، قبل از آغاز تحلیل، دو پژوهشگر پیش‌فرض‌های خود را درباره دریافت اخبار تشخیص سرطان و شیوه ارتباطی پزشکان در زمان دادن خبر تشخیص به بیمار یادداشت کردند. این یادداشت‌ها در طی تحلیل به‌طور مستمر با اظهارات شرکت‌کنندگان مقایسه می‌شد و در پایان تحلیل نیز با تحلیل‌گر ناظر به بحث گذاشته شد تا از عدم تداخل ادراکات آن‌ها با تحلیل اطلاعات ثبت‌شده در دل‌نوشته‌ها اطمینان حاصل شود. سپس در گام اول، تحلیل متن بر طبق روش لاندمن و گرانه‌ایم، پاسخ‌های مربوط به تجربه‌های روز تشخیص "دل‌نوشته‌ها" بعد از چندین بار بازخوانی دقیق و جداگانه توسط دو پژوهشگر مذکور، به‌صورت سیستم کدگذاری باز برای ایجاد طبقه‌های اولیه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین‌منظور ابتدا متن دل‌نوشته‌ها به واحدهای معنایی تقسیم شدند و پس از تلخیص در مراحل دیگر به‌صورت کدها و بعد طبقه‌ها تنظیم شدند. سپس جهت دستیابی به اجماع در زمینه شناسایی مضمون‌های اصلی، طبقه‌ها توسط دو پژوهشگر مورد بازنگری و بحث قرار گرفتند. زمانی که دیگر مضمون جدیدی ظاهر نشد و داده‌ها به حد اشباع رسید نمونه‌گیری پایان یافت. در این هنگام متن دل‌نوشته‌ها، کدها، طبقه‌ها و مضمون‌ها مجدداً توسط یک محقق ناظر که ارتباطی با پژوهش نداشت، مورد بررسی قرار گرفت و بیش از ۸۵ درصد توافق بین نتایج دو پژوهشگر اول و محقق ناظر مشاهده شد. این روند با دریافت اولین دل‌نوشته، آغاز و با به حد اشباع رسیدن داده‌ها پایان یافت. جهت دستیابی به مقبولیت (Credibility)، از درگیری ذهنی مستمر تحلیل‌گران با داده‌ها برای افزایش وسعت و عمق اطلاعات، خواندن چندباره دل‌نوشته‌ها و تجزیه و

واحد معنایی:

سؤال: «رفتار پزشک در زمان دادن خبر تشخیص سرطان پستان، پذیرفتن تشخیص را برایتان آسان تر کرد یا سخت تر؟ چرا؟»

پاسخ شرکت کننده: «پزشک اول بیماری مرا غیرقابل علاج دانست و از لحاظ روانی در شرایط بسیار بدی قرار داشتم. اما حرف‌های پزشک بعدی مرا آرام کرد. او برایم مرضی‌ام و راه‌های درمان را شرح داد و پذیرفتن را برایم آسان کرد و گفت مرضی شناخته شده است.»

کد: توضیحات درمانی.

طبقه: ایجاد احساس کنترل.

درون‌مایه: ایجاد امید.

ایجاد امید

آگاهی از تشخیص سرطان پستان، بیماران را با موقعیتی مواجه کرده بود که کاهش شدید احساس کنترل بر بیماری و زندگی، بخشی لاینفک از آن به‌شمار می‌رفت. در کنار این حالت اجتناب‌ناپذیر روانی، برخی از شرکت کنندگان (۱۸/۷۵٪)، تجاربی را بیان کرده بودند که در آن بیانات پزشک در زمان دادن خبر تشخیص، احساس از دست دادن کنترل را در آن‌ها مضاعف کرده بود، به‌گونه‌ای که امید به زنده ماندن در آن‌ها بسیار ضعیف شده بود:

شماره ۲۱: «اولین دکتری که بعد از جواب اولین پاتولوژی رفتم را نمی‌بخشم. توضیحات او مرا به آخر زندگی برد و از حال رفتم دیگه نه قدرت فکر کردن داشتم و نه قدرت حرکت، به پسرم فکر می‌کردم.»

در مقابل، سایر شرکت کنندگان (۸۱/۲۵٪) که اظهارات پزشک را امیدبخش تفسیر کرده بودند، کاستن از بار ترومای تشخیص سرطان و ارائه توضیحات درمانی توسط وی را در بازیابی احساس کنترل مؤثر می‌دانستند:

شماره ۱۲: «دکتر توانست این بیماری بزرگ را برایم به یک بیماری خیلی معمولی تبدیل کند و توصیه‌هایش بسیار مرا به درمان تشویق کرد.»

شماره ۳۱: «وقتی از تشخیص مطمئن شد، جزئیات عمل و درمان‌های بعد از عمل را برام توضیح داد. او خیلی راحت با این موضوع برخورد کرد و گفت هیچ نگران نباش. فهمیدم که باید فقط روحیه‌ام را حفظ کنم.»

ایجاد اعتماد

اعتماد به اینکه پزشک بهترین درمان‌ها را به بیمار ارائه خواهد داد، توانسته بود بخشی از احساس کنترل کاهش یافته را به شرکت کنندگان برگرداند.

این مسأله در کنار آمدن با تشخیص و ایجاد انگیزه برای آغاز و تداوم درمان آن‌ها بسیار مؤثر بود. نکته شایان توجه در این‌جا، این است که شرکت کنندگانی که توضیحات پزشکشان را در زمان دادن خبر تشخیص امیدوارانه ادراک کرده بودند، از اعتماد بیشتری به پزشک سخن گفته بودند. عمده شرکت کنندگان (۶۰٪)، ادراک همدلی پزشک را در زمان دادن خبر تشخیص، به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری اعتماد اولیه به وی دانسته بودند:

شماره ۲۵: «دکترم با حالتی پدران‌ه و مهربانانه مرا دلدارای داد و من مطمئن شدم که هم خدا و هم او در تمام مراحل درمان کنارم خواهند بود.»

پاسخ‌گویی مناسب و کافی به سؤالات بیمار، عامل دیگری در شکل‌گیری اعتماد به پزشک در ۷۱/۸۷ درصد از شرکت کنندگان بود. ۳۱/۲۵ درصد از آن‌ها، این رفتار پزشک را نشانه توجه مسئولانه وی نسبت به خود می‌دانستند:

شماره ۱۹: «وقتی که به سؤالاتم درباره درمان جواب داد، برخورد خوبش باعث شد که فکر کنم بیماریم درمان می‌شود. حس مسئولیتش برام مهم بود و فکر کردم می‌توانم به او اعتماد داشته باشم و برایم دلگرمی بود.»

ادراک بیمار از میزان معنویت پزشک نیز عامل دیگری در اعتماد به وی بود. ۳۲ درصد از بیماران اظهار می‌کردند که شروع معاینه آن‌ها با ذکر "بسم الله الرحمن الرحیم"، به ایجاد اعتماد بیشتری نسبت به پزشکشان

انجامیده بود:

شماره ۲۳: «معاینه دکتر آخری که با کلام دلنشین بسم‌الله شروع به معاینه کردند، نوری را در دلم روشن کرد. ازش خوشم آمد و خودم را به دست‌های توانای او و خدای او سپردم».

### بحث

امید و اعتماد، دو مؤلفه ارجح ارتباط پزشک با شرکت‌کنندگان در زمان دریافت خبر تشخیص سرطان پستان بود. همچنین در این مطالعه، اغلب بیماران گزارش کردند که تجارب آن‌ها با ترجیحات‌شان مطابقت داشته است. پژوهش‌های بسیاری بر اهمیت این دو مؤلفه به‌عنوان ترجیحات بیماران در زمان دریافت اخبار بد تأکید کرده‌اند. در مطالعه بک (۲۰۰۳)، امید مهم‌ترین نیاز روانی بود که توسط بیماران گزارش شد (۲۴). فوجی موری (۲۰۰۹) نیز در تحقیق خود دریافت که بیماران مایلند که پزشکان در زمان دادن خبر بد، خود را به جای آن‌ها قرار داده و با در نظر گرفتن احساسات آن‌ها و خانواده‌شان، طوری با آن‌ها صحبت کنند که امید را در آن‌ها ایجاد کنند (۴). مطالعه اسکمید (۲۰۰۵) نشان داد که سبک ارتباطی بیمارمحور که در آن پزشک در دسترس است و امید را منتقل می‌کند، بیشترین پیامد مثبت را از لحاظ شناختی و هیجانی برای بیمارانی که خبر بد دریافت می‌کنند در بر دارد (۶).

نقش تمایل برای آگاهی از گزینه‌های درمانی ممکن در افزایش امید شرکت‌کنندگان در این مطالعه، با یافته‌های دیگر مطابقت دارد. مشخص شده است که صحبت کردن درباره درمان و یا اقداماتی که می‌تواند در قدم‌های بعدی انجام شود، از دید بیمار به‌عنوان "خبری خوب" در برابر "خبر بد" ناشی از تشخیص در نظر گرفته می‌شود و می‌تواند حس کنترل را در برابر احساس عدم قطعیتی که از آگاهی از تشخیص یک بیماری تهدیدکننده ناشی می‌شود به فرد بیمار بازگرداند (۱۰). توانایی پزشک در ایجاد اعتماد در بیمار، به‌عنوان

یکی دیگر از مهارت‌های ارتباطی وی تلقی می‌شود (۶) که دومین ترجیح شرکت‌کنندگان در این مطالعه را شامل می‌گردید. مطالعات گوناگونی بر نقش اعتماد به پزشک در افزایش رضایت‌مندی، پای‌بندی به درمان و تداوم مراقبت در بیمار تأکید کرده‌اند (۲۵ و ۲۶). پشت سر گذاشتن دوره کامل درمان، رضایت اغلب شرکت‌کنندگان و پای‌بندی آنها نسبت به پیگیری‌های منظم پس از درمان همزمان با سطح بالای ادراک امید و اعتماد از سوی پزشک در تحقیق حاضر، نوعی همسویی با یافته‌های اخیر را نشان می‌دهد. همچنین در این پژوهش، همدلی و پاسخ‌گویی از جمله عوامل دخیل در ایجاد اعتماد نسبت به پزشک مطرح شده بود. این یافته‌ها نیز با ترجیحات گزارش‌شده بیماران مبتلا به سرطان در زمان دریافت خبر بد در دیگر مطالعات، همخوانی دارد (۸، ۲۷ و ۲۸). به‌جز عوامل مطرح‌شده فوق، زنان این مطالعه، معنویت پزشک را نیز در اعتماد به وی مؤثر می‌دانستند. این مطلب، اهمیت توجه هرچه بیشتر به فراهم آوردن زمینه‌ای مناسب برای معنایابی و معنادگی به موقعیت‌های بحرانی مانند تشخیص یک بیماری مزمن و تهدیدکننده را به‌عنوان یکی از مسئولیت‌های متخصصان سلامت یادآوری می‌کند (۲۹ و ۳۰). این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این‌که یک پژوهش خودگزارشی از بیماران بود که در آن همه بیماران مورد مطالعه، دوره درمان را با موفقیت پشت سر گذاشته و در دوره پیگیری بودند. این نکته ممکن است یادآوری آن‌ها را از روز تشخیص نسبت به افرادی که درمان موفق نداشته‌اند، متفاوت کرده باشد. همچنین، در این مطالعه فقط زنان مبتلا به سرطان پستان، آن هم تحت پوشش یک کلینیک درمانی، شرکت داشتند. این در حالی است که ممکن است بیماران مبتلا به انواع دیگر سرطان یا تحت درمان در مراکز دیگر، رویکردهای مختلفی درباره ارتباط مؤثر پزشک-بیمار داشته باشند. به‌علاوه این پژوهش، تنها به بررسی مهارت‌های ارتباطی کلامی پرداخته و ارتباطات غیرکلامی از اهداف این پژوهش خارج بودند. در این زمینه، انجام پژوهش‌هایی

تشخیص می‌باشد. بدیهی است که مهارت‌های ارتباطی پزشک، نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌کند. از این رو طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی برای پزشکان، دانشجویان پزشکی و دیگر متخصصان سلامت با هدف ارتقای مهارت‌های ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

از اساتید گرانقدر، سرکارخانم دکتر فرح لطفی کاشانی و سرکار خانم دکتر فرشته پورمحسنی به‌خاطر راهنمایی‌های ارزنده‌شان در تحلیل داده‌ها، بسیار سپاسگزاریم.

مشابه با بیماران مبتلا به دیگر انواع سرطان در مراکز مختلف که دربرگیرنده ارتباط غیرکلامی نیز باشد، می‌تواند روشنگر باشد. نکته آخر این‌که، برخی از ویژگی‌های روانی- اجتماعی شرکت‌کنندگان در این مطالعه که تحت کنترل قرار نگرفته بود، ممکن است ادراک فرد را از ارتباط پزشک با وی تحت تأثیر قرار داده باشد. از این رو انجام مطالعاتی درباره نقش ابعاد روانی- اجتماعی در ادراک بیماران از ارتباط پزشک- بیمار لازم به‌نظر می‌رسد.

### نتیجه‌گیری

امید و اعتماد، دو ترجیح مهم ارتباط پزشک-بیمار برای زنان مبتلا به سرطان پستان در زمان دریافت خبر

### References

1. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002; 15: 25-38.
2. Ab Rahman S, Mahmud M, Mohamed AST, Mohd Rashid SN, Bachok N. Disclosure of cancer diagnosis and prognosis from patients' perspectives at hospital university sains Malaysia (HUSM). *Proceedings of the Regional Conference on Statistical Sciences.* 2010(RCSS10): 256-63.
3. Pena JA, Sole-Balcells FX. The communication of bad news in medicine. *Actas Urol Esp.* 2010; 34(10): 832-4.
4. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Clin Oncol.* 2009; 39(4): 201-16.
5. Constantini A, Picardi A, Zilli M, Cairoli F, Torta C, Marchetti P, et al. Discussion about switch strategy in the adjuvant hormonal therapy of breast cancer: psychological aspects of physician-patient communication. *Ann Oncol.* 2009; 20: 1647-52.
6. Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients Perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns.* 2005; 58: 244-51.
7. Gregory R, Peters E, Slovic P. Making decisions about description drugs: a study of doctor-patient communication. *Health Risk Soc.* 2011; 13(4): 347-71.
8. Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, Rosenthal R, White MK, Goldstein MG. Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. *Health Psycho.* 2008; 19: 4160-4.
9. Ebrahimi M, Montazeri A, Akbari ME, Mehrdad N, Kaviani A, Haghghat Sh. [Delay in diagnosis and treatment of breast cancer and its influencing factors: The role of physicians and health systems (Persian)]. *Journal of Breast Diseases.* 2008; 1(1): 7-11.
10. Schofield PE, Beeney L J, Thompson JF, Butow PN, Tattersal MHN. Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patients' perspective. *Ann Oncol.* 2001; 12: 365-71.
11. Lari Zade MH, Malekpour Afshar R. [The status of cancer patients' awareness of their disease admitted to Shafa hospital in Kerman (Persian)]. *A Research in Medicine (Journal of Medical Research, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services).* 2007; 31(1): 85-90.
12. Parker PA, Baile WE, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Clin Oncol.* 2001; 19: 2049-56.
13. Ptack JT, Ptack JJ. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *Clin Oncol.* 2001; 19: 4160-4.
14. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis-procedures that influence patient hopefulness. *Cancer.* 1993; 72: 3355-65.
15. 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: 302-11.
16. Vandekieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician.* 2001; 64: 1975-8.

17. Shukla AK, Yadav VS, Kastury N. Doctor-patient communication: an important but often ignored aspect in clinical medicine. *JIACM*. 2010; 11(3): 208-11.
18. Iranian annual of national cancer registry report, Deputy for Health. Ministry of Health and Medical Education 2009-2010. Unpublished.
19. Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle RS. *Psycho-oncology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 2010.
20. Rahimian Boogar I. *Clinical health psychology (Prevention, Formulation and Treatment) (Persian)*. Tehran: Danjeh. 2009.
21. White C.A. *Cognitive behavior therapy for chronic medical Problems*. 2001. Moloodi R, Fattahi K (Persian translators). Fata L (Persian editor). Tehran: Arjmand. 2010.
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative Content Analysis in nursing research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24: 105-12.
23. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 2005; 15(9): 1277-88.
24. Back A, Baile W. Communication skills: myths, realities and new developments. *J Support Oncol*. 2003; 1: 169-71.
25. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, Mc Daniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior or primary care physicians? *Med Care*. 2004; 42(11): 1049-55.
26. McKinstry B, Ashcroft CY, Freeman GK, Sheikh A. Interventions for improving patients trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 19(3): CD004134.
27. Randall TC, Wearn AM. Receiving bad news: patients with hematological cancer reflect upon their experience. *Palliat Med*. 2005; 19(8): 594-601.
28. Street Jr RL, Howard G, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor. *Soc Sci Med*. 2007; 65(3): 586-98.
29. McSherry W. *Making sense of spirituality in nursing and health care practice: an interactive approach*. 2nd ed. UK: Jessica Kingsley Publishers. 2006.
30. Bussing A, Ostermann T, Matthiessen PF. Search for meaningful support and the meaning of illness in German cancer patients. *Anticancer Res*. 2005; 25: 1449-56.