

Assessment of white lies in medical treatment with an emphasis on reliability index

Sobhan Bahrami¹,
Farzad Mahmoodian²

¹ PhD Student in Medical Ethics, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² PhD Student in Education, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

(Received May 5, 2013; Accepted February 23, 2014)

Abstract

Background and purpose: Honesty is a character that is confirmed by all human, but sometimes human is placed in a situation to choose one between the two interests of truth and life. Such dilemmas cause human developed and applied white lies. Range of white lies operation became gradually popular in different areas that one of them was medical treatment. Whether or not this type of lies are morality, white lies is considered as one of the controversial topics in the field of applied and functional ethics which unfortunately has not been studied. The spirit of paternalistic authority in medicine has caused that physician got a right to themselves (and sometimes they still do) that decided in instead of their patients in the specific conditions and turn to a tool like lie to keep them, but whether this can be considered an ethic action.

Materials and methods: In the present study, the researcher checked to see related articles and texts; deleting unrelated, collecting related articles and in survey, necessary cases were extracted and applied.

Results: There are several issues between doctors and their patient such as to state a bad news or someone death, miss diagnosis of co-workers, contention with secret, no explaining the complications of drugs and therapy that lead to justify white lies. On the other hand, ethics at the level of communication is in direct proportion to trust. As, it can be claimed if a behavior increases confidence, it can be considered ethical and if not, is unethical.

Conclusion: The aim of this study was to assess the applications of white lies via reliability index to identify the right and wrong aspect of the lies in medicine.

Keywords: Moral, white lies, trust, relationship, honesty

J Mazand Univ Med Sci 2014; 23(Suppl 2): 175-84 (Persian).

بررسی دروغ مصلحت‌آمیز در معالجات پزشکی با تأکید بر شاخص اعتماد

سبحان بهرامی^۱

فرزاد محمودیان^۲

چکیده

سابقه و هدف: راستگویی پدیده مورد تأیید همه انسان‌ها است، ولی انسان گاهی در شرایطی قرار می‌گیرد که باید بین دو مصلحت مثل حفظ جان و راستگویی یکی را انتخاب کند. در چنین تناقضاتی انسان‌ها رویکردی به نام دروغ مصلحت‌آمیز را به کار می‌گیرند. دامنه کارکرد دروغ مصلحت‌آمیز کم‌کم به حوزه‌های مختلفی کشانده شد که یکی از آن‌ها درمان‌های پزشکی بود. اخلاقی بودن یا نبودن این رویکرد، یکی از مباحث بحث‌برانگیز در حوزه اخلاق کاربردی پزشکی می‌باشد که متأسفانه خیلی به آن پرداخته نشده است. حاکمیت روحیه پدرسالارانه در پزشکی باعث شده است تا پزشکان این حق را به خود بدهند که در شرایط خاص به جای بیماران تصمیم بگیرند و برای حفظ آن‌ها به دروغ روی آورند.

مواد و روش‌ها: در پژوهش حاضر، محقق با مراجعه به متون و مقالات و بررسی در کلید واژه‌هایی مانند دروغ، دروغ مصلحتی، اعتماد و راستگویی و حذف موارد غیر ضروری، مقالات مرتبط را جمع‌آوری کرد و در بررسی بر روی آن‌ها موارد لازم و مورد احتیاج را استخراج کرد.

یافته‌ها: در رابطه بین پزشک و بیمار مسایلی مانند اظهار خبر بد، دادن خبر فوت، تشخیص غلط همکاران، تراحم با رازداری و عدم بیان عوارض دارو و درمان باعث توجیه دروغ مصلحت‌آمیز شد. از طرف دیگر، اخلاق در سطح ارتباطی نسبت مستقیمی با اعتماد داشت؛ به طوری که می‌توان ادعا کرد هر گاه فعلی باعث افزایش اعتماد شود، اخلاقی و در غیر این صورت غیر اخلاقی محسوب می‌گردد.

استنتاج: در این مقاله کارکردهای دروغ مصلحت‌آمیز با تأکید بر شاخص اعتماد مورد بررسی قرار گرفت و جوانب درستی و نادرستی به کارگیری آن در پزشکی واکاوی و در نهایت استفاده از آن مخالف اصل اعتماد دانسته شد. به کار بستن هر نوع دروغ مصلحتی تابع شرایط ویژه‌ای می‌باشد که پیش‌تر به صورت موردی استاندارد شده است.

واژه‌های کلیدی: اخلاق، دروغ مصلحت‌آمیز، اعتماد، ارتباط، راستگویی

مقدمه

ذهنی (Kept in mind) شناخته می‌شود. این واقعیت باعث شد تا فلاسفه و علمای اخلاق به تکاپو برای توجیه عقلانی این موضوع پردازند. در بین مکاتب اخلاقی تنها مکتب وظیفه‌گرایی Kant با شدت تمام هر نوع دروغی را باطل می‌داند. او می‌گوید: «دروغ‌گویی موجب بی‌اعتبار شدن سخن می‌شود و به حال بشریت مضر است» (۱).

انجام چنین امر تعهدآوری آن‌قدر سخت می‌باشد که دیگران را به انتقاد از این موضع کشانده است: «به ندرت فیلسوف یا متکلم مطلق‌گرایی Kant را امضا کرده است. حتی

دروغ‌گویی در تاریخ بشر عمری به درازای خود بشر دارد؛ چرا که نفس بشر به دنبال کسب منفعت و دفع ضرر می‌باشد و برای رسیدن به سود و منفعت و در صورت عدم تمیزی اخلاقی به تمامی افعال او سرایت می‌کند. بر این اساس دروغ‌گویی به عنوان موضوعی غیر اخلاقی شناخته می‌شود، اما بروز مشکلات عملی در عالم واقعیت انسان‌ها را مجبور به رفتاری می‌کند که به عنوان دروغ مصلحت‌آمیز و یا تحت عناوینی مانند دروغ‌های سفید (White lies) و نگهداری

طرفداران Kant برای تضاد بین حقوق و وظایف، در مواردی دروغ گفتن را جایز شمرده‌اند» (۲).

فقه شیعه نیز با تعبیری مانند تقیه و توریه و اصل دانستن قاعده اضطرار، در واقع مصلحت رویکرد پذیرش را نشان داده است، اما تقیه در فقه شیعه از نظر ماهیت بحث و به خصوص مصادیق قابل قبول با تعریف دروغ مصلحتی که در این مقاله مورد توجه قرار گرفته است، تفاوت دارد. تهانوی تقیه را در لغت از اسم مصدر «اتقی» و به معنی پرهیز و اجتناب از خطر و معصیت و حفظ نفس و صیانت جان و مال از راه پنهان داشتن ایمان و عقیده و اظهار خلاف آن می‌داند (به نقل از نصیریان) (۳). موارد مجاز تقیه در متون دینی شامل: ۱- تقیه مداراتی یا تحبیبی: شیعه از اهل سنت و برعکس، ۲- کتمانیه یا پوششی: در مقابل کفار و حفظ اسرار مؤمنین و ۳- خوفیه: در سرزمین کفار و یا در شرایط حمله آن‌ها می‌باشد و نیز ملاک تشخیص آن در شرایط، مکان‌ها و اوضاع خاص را با مراجع تقلید یا ولی فقیه جامع‌الشرایط می‌دانند (۴، ۵).

در این مقاله نویسنده به دنبال کشف موارد تقیه و توریه در متون دینی نیست و تنها تلاش دارد تا به اساسی‌ترین موارد دروغ مصلحتی در درمان‌های پزشکی بپردازد و آن را با یکی از مهم‌ترین شاخص‌های اخلاق کاربردی یعنی اعتماد واکاوی نماید. مصلحت در زندگی روزمره حداقل به دلیل نفع‌ظاهری آن امری رایج و جاری می‌باشد، اما مشکل زمانی است که موارد مصلحت احصا نشده باشد و این باعث می‌شود تا افراد بشری با درک خود از مصلحت اقدام کنند و دامنه آن را به گونه‌ای توسعه دهند که دیگر نتوان آن را کنترل کرد و مصارف آن با سوء استفاده همراه شود که این پدیده در مورد دروغ مصلحتی هم صادق است. بنابراین به نظر می‌رسد که به جای کلی گرفتن بحث و قبض و بسط تئوریک ادله اثباتی برای آن، باید موارد مصلحت را به درستی و شفاف بررسی عملی نمود و ضرورت هر مورد را به بحث گذاشت و به این ترتیب مانع از بسط غیر ضروری آن گردید.

برای ورود به منظر اخلاقی بحث باید تعریف اخلاق بررسی گردد. اخلاق را به گونه‌های مختلف تعریف کرده‌اند، اما چون

رویکرد این مقاله بررسی موضوع از منظر اخلاق کاربردی بود، ضرورت دارد تا ابتدا تعریف خود را از آن ارایه نماییم:

اخلاق به معنای عام و فراگیر، هیچ چیز جز اصولی برای ارتباط انسان‌ها و ارتقای سازنده آن برای زیست بهتر نیست. قراملکی اخلاق را چنین تعریف می‌نماید: «رفتار ارتباطی پایدار درون و برون شخصی مبتنی بر حق (Right)» (۶). با این تعریف، اخلاق در سطح رفتار ارتباطی انسان می‌باشد و معنی ملاک تشخیص آن نیز حق است. بنابراین باید موضوع ارتباط را به خوبی توضیح داد و ملاک‌های آن را واکاوی نمود. در کل ارتباط بر محور اعتماد است و بدون آن ارتباط شکل نمی‌گیرد و یا تداوم نمی‌یابد. پس می‌توان شاه کلید آن را اعتماد قرار داد و مدعی بود که ارتباطی اخلاقی است که بتواند به افزایش سطح اعتماد بیانجامد. این موضوع در ارتباط‌های موردنیاز در حوزه‌های تخصصی بسیار بیشتر جلوه می‌کند. در این مقاله سعی شد، اخلاقی بودن یا نبودن مصادیق دروغ مصلحتی در حوزه پزشکی با این رویکرد و تنها از منظر شاخص اعتماد در اخلاق بررسی گردد و از ورود به حوزه مباحث فقهی و کلام اسلامی پرهیز شود.

دروغ مصلحتی در حوزه امور پزشکی

برای ورود و تعریف از دروغ مصلحتی لازم است که راستگویی در امور پزشکی تعریف گردد. حقیقت‌گویی را می‌توان ارایه اطلاعات درست به مخاطب دانست. بر این مبنا لاریجانی و همکاران می‌گویند: «حقیقت‌گویی یعنی دادن اطلاعات لازم به بیمار برای ایجاد توانایی جهت اخذ تصمیمات آگاهانه راجع به مراقبت‌های پزشکی» (۷). Cabot وظیفه پزشکان را ایجاد تصور صحیح در ذهن بیماران می‌داند (۸). دروغ‌گویی فعل مقابل راستگویی است و با این تعریف می‌توان آن را به خوبی فهم کرد؛ بدین معنی اگر در رفتار ارتباطی بین ارایه دهنده و گیرنده خدمت وضعیت به سمت تعادل قدرت و ایجاد و تقویت اعتماد حرکت نکنند، راستگویی رخ نمی‌دهد و به این ترتیب می‌توان مدعی بود که باب دروغ‌گویی گشوده شده است. در سنت غربی برای دروغ،

تعریف واحدی که مورد توافق عامه باشد وجود ندارد (۹). کوئیناس آن را «خبر مخالف با ذهن» می‌داند (۱۰). Kant آن را «به زبان چیزی گفتن و در دل چیز دیگری داشتن» اعلام می‌کند که مشابه تعریف قبلی است (۱۱). تعریفی که طرفداران بیشتری دارد و کامل‌تر از بقیه می‌باشد، این است که «دروغ یعنی دادن خبری که متکلم باور به نادرستی‌اش دارد به شخص دیگری با این قصد که او باور کند آن خبر درست است» (۱۲). Bok فریب را در مقابل حقیقت‌گویی قرار می‌دهد. او ادامه می‌دهد: «عدم صراحت یا فریب آشکار حتی اگر با نیت خیرخواهانه انجام گیرد، می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد حس عدم اعتماد عمومی نسبت به حرفه پزشکی گردد» (۱۳). عنصر فریب در دروغ برجستگی ویژه‌ای دارد. «قبح عقلی و حرمت کذب نیز به خاطر فریب دادن و خیانت به مخاطب به صرف خلاف واقع بودن خبر است» (۹)؛ بنابراین عنصر اصلی در حقیقت‌گویی، ارایه اطلاعات کافی (و در بعضی موارد کامل) است که نقش اساسی را دارد؛ به طوری که منجر به اقناع اطلاعات در بیمار گردد. با این تعریف می‌توان دروغ‌گویی را نقطه مقابل آن و عدم اقناع بیمار را مصداق فریب وی و البته دروغ‌گویی دانست. در دروغ‌گویی دو عنصر متقابل وجود دارد: از یک طرف اعتماد و از طرف دیگر سوء استفاده از اعتماد دیده می‌شود (۱۴). آن‌چه دروغ‌گویی را زشت و ناپسند جلوه می‌دهد، احساس فریب نمودن از طرف مخاطب است (۱۵)؛ بنابراین تنها در مواردی که خود بیمار اظهار می‌دارد تا تمامی اطلاعات به وی ارایه نشود، عدم ارایه آن مجاز و مصداق فریب و دروغ قرار نمی‌گیرد.

برخلاف انتظار رایج و شایع، بیماران تمایل به شنیدن دانستن تمام مسایل بیماری از پزشک معالج خود دارند و پزشکان نیز روز به روز به این حقیقت بیشتر وقوف و سعی در برآورده کردن آن دارند. مطالعه بر روی ۵۶۰ بیمار مبتلا به سرطان و خانواده آن‌ها گواه این ادعا بود. چنان که مطالعه‌ای نشان داد، ۸۷ درصد بیماران اظهار داشته‌اند که باید خودشان از حقایق مطلع شوند (۱۶).

دنیای پزشکی به دلیل سر و کار داشتن با جان انسان‌ها و

موضوع خاص خود و نیز اعتماد حداکثری بیمار به ارایه دهندگان خدمات سلامتی و نیز عدم برابری ذاتی اطلاعات طرفین از ویژگی‌های ممتازی نسبت به سایر موارد برخوردار است و به همین نسبت همه در برابر حفظ اعتماد به عنوان مهم‌ترین دستاورد تاریخ پزشکی باید حساس باشند و شرایط خاصی را برای آن مدنظر قرار دهند. اعتماد مهم‌ترین عنصر در رابطه پزشک و بیمار است و تأثیر بسزایی در اثربخشی درمان و همچنین رضایت پزشک و بیمار دارد (۱۷). این رابطه به عنوان یک سرمایه بزرگ اجتماعی هم محسوب می‌شود؛ پس باید از آن مراقبت دایمی نمود (۱۸).

ارتباط بین گروه ارایه دهندگان سلامتی و دریافت کنندگان آن، باید بر اساس عقل و اخلاق دوطرفه باشد، ولی سنگینی کفه ترازوی ارتباط به طرف ارایه دهندگان است. پزشکان و کادر سلامتی به دلیل داشتن اطلاعات و نیز وظیفه ارایه خدمات سلامتی تلاش می‌کنند تا به مقتضای شرایط و بر اساس دریافت‌های شخصی خود، با گیرندگان خدمت ارتباط برقرار نمایند و ممکن است به جهت این که وظیفه اصلی خود را تأمین سلامتی می‌دانند، در مواردی تشخیص دهند که ارایه اطلاعات به نفع بیمار نیست و خود را مجاز به گفتن دروغ‌های به اصطلاح مصلحت‌آمیز بدانند (۱۹). اعتقاد نویسنده چنان که ذکر گردید بر این است که مسأله حساسی مثل دروغ مصلحت‌آمیز را باید مورد به مورد و مصداقی بر اساس تعریف ارایه شده از اخلاق مورد واکاوی قرار داد و از کلی‌گویی اجتناب گردد و شفاف و واضح با آن برخورد نمود تا به این ترتیب بتوان پاسخی به سؤالاتی از این قبیل داد: «تعریف دروغ‌گویی و راست‌گویی چیست؟»، دروغ مصلحتی در چه مواردی در پزشکی کاربرد دارد؟، شاخص اخلاق در ارتباط بین پزشک و بیمار چیست؟، چگونه با این شاخص می‌توان موارد دروغ مصلحتی را تحلیل نمود؟، دروغ مصلحتی در کدام فرایند درمانی کاربرد دارد؟ و آیا چنین استفاده‌ای از نظر اخلاقی درست می‌باشد؟.

مواد و روش‌ها

مطالعه از نوع کتابخانه‌ای بود و با توجه به نوع و عنوان مقاله،

نویسندگان با جستجو کردن در موتورهای معتبر جستجو مانند Google و Yahoo و نیز پایگاه‌های معتبر علمی انگلیسی مثل Ovid، Medline، Pubmed و پایگاه‌های فارسی Noormags، Magiran و SID در فاصله زمانی سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۰۵ و با کلید واژه‌های اعتماد، مهارت‌های ارتباطی، ارتباط پزشکی و بیمار، راستگویی، دروغ، دروغ مصلحتی، تقيه و توریه (White lies، Communication skils، Lies، Trust) و نیز مراجعه به پایان‌نامه‌ها و کتب مرتبط، در مرحله اول حدود ۱۲۰ مقاله و کتاب استخراج گردید. با نگاه به چکیده و نتیجه‌گیری مقالات موجود و مطالعه بخش‌های اصلی پایان‌نامه‌ها و کتب مربوط، در مرحله دوم حدود ۵۵ مقاله اصلی و کتاب حاوی مطالب مورد نظر انتخاب شد و در مرحله سوم با بازخوانی اصل مقاله، فیش‌نویسی در مورد مطالب از بین این مقالات و کتب انجام پذیرفت و در متن مقاله فعلی مورد استفاده قرار گرفت.

دو پایگاه Noormags و Magiran مقالات بیشتری را در اختیار گذاشتند. معیار و محدودیت‌های ورود به مطالعه ابتدا سال انتشار مقاله بود که از سال ۲۰۰۵ به بعد مدنظر قرار داشت و در عین حال از مقالاتی که مربوط به سال‌های قبل بود، ولی استثنایی تلقی شدند و به دلیل اهمیت واجد مطالب مهمی بودند، از لیست خارج نشدند. معیار دوم ارتباط یا بحث اخلاق و به خصوص اخلاق سازمانی، ارتباط و مهارت‌های ارتباطی و سرانجام مسایل فقهی مرتبط با بحث تقيه و توریه بود و سایر مقالات از مطالعه خارج شدند. معیارهای دیگر خروج از مطالعه مانند عدم انتشار در نشریات معتبر و بی‌نام و نشان بودن نیز سبب حذف بعضی مقالات گردید. راهنمای خاصی وجود نداشت و تنها به دلیل اثر مداخله‌ای اخلاقی و کاربردی بودن آن، مقالاتی انتخاب و بقیه حذف شدند و محدودیت اعمال گردید. امکان دسترسی به بعضی مقالات هم به دلیل محدودیت‌های خاص موجود فراهم نبود که عامل دیگر اعمال محدودیت بود. نتایج این جستجو ارتباط بین اعتماد در رابطه پزشکی و بیمار و عوامل مؤثر بر تحکیم آن را مطرح می‌کند و نشان از آن دارد که باید در شرایط موجود پزشکی تلاش بر

استحکام و تقویت آن نمود و از هر آنچه که موجب گسست آن می‌شود، به شدت پرهیز کرد.

در بیشتر مقالات خارجی بنا بر مخالفت با هر نوع دروغی در درمان بیماران گذاشته شده است، اما در بین مقالات داخلی به نوعی تلاش گردید تا به جای پاسخگویی به اصل موضوع درست بودن یا نبودن دروغ، به دنبال توجیه علت دروغگویی و ضرورت انجام آن و در واقع تلاش برای رهایی کارکنان بخش درمان از زحمات ناشی از راستگویی در هر شرایطی باشیم که این مقاله با در نظر گرفتن این ملاحظات خواست تا مبانی این بحث را روشن و راه‌حل‌هایی ارائه نماید.

یافته‌ها

در بررسی فرایندهای موجود در محیط‌های سلامتی با تأکید بر بخش درمان، مواردی مانند دادن خبر بد در تشخیص، عدم بیان عوارض دارو و درمان، تعارض با رازداری، خبر فوت و تشخیص غلط همکار را می‌توان مصادیق مهم‌تر کاربرد موضوع دروغ مصلحت‌آمیز برشمرد.

۱- خبر بد در تشخیص

به مواردی گفته می‌شود که پزشک و کادر سلامتی به تشخیص خاصی می‌رسند و بر اساس شناخت اولیه خود از بیمار و تجارب قبلی، صلاح و مصلحت بیمار را در این می‌بینند که خبر این تشخیص به وی گفته نشود تا بیمار دچار مشکلی نگردد. این موضوع خود را در بیماری‌های صعب‌العلاج بیشتر نشان می‌دهد و پزشکان سعی دارند که تشخیص را از بیمار پنهان نگه دارند و به همراهان وی اعلام نمایند (۲۰). گاهی خود همراهان اصرار شدیدی دارند که تشخیص بیماری از بیمار مخفی بماند. این تفکر ریشه طولانی در تاریخ دارد. افلاطون می‌گوید: «حقیقت مانند یک دارو است که پزشک باید با توجه به اثرات تصمیم بگیرد به بیمار بدهد یا ندهد» (۱۴). در قسم‌نامه‌های پزشکی نیز به این که وظیفه پزشک دادن اطلاعات کافی به بیمار می‌باشد، اشاره شده است. این تفکر کمابیش در طول تاریخ همراه پزشکان بوده است و به تازگی با

در پیش گرفتن رویکردهای مبتنی بر حقوق بیمار، از شدت آن کاسته شده است (اما همچنان در فرایندهای درمان پزشکی به خصوص با رویکرد پدرسالارانه بیشتر مشاهده شده است) (۲۱). چنان که گفته شد؛ عنصر مهم ارتباط بین پزشک و بیمار، اعتماد است و اگر این اعتماد وجود نداشته باشد، در کل ارتباط شکل نگرفته است و یا به طور مناسب شکل نمی گیرد و طبیعی است که روند درمان به عنوان هدف اصلی مراجعه، دچار مخاطره می شود.

بنابراین بر اساس شاخص اعتماد، رابطه بین پزشک و بیمار قابل تحلیل می باشد. در انواع شکل های ارتباطی بین پزشک و بیمار، در طول سالیان گذشته نقش بیمار به تدریج پررنگ تر گردیده است و در بعضی مکاتب جدید، نقش پزشک در حد مشاور کاهش پیدا نموده است؛ به جز شکل ارتباطی مبتنی بر پدرسالاری (Paternalistic) که پزشک تمام مسؤولیت ها را به عهده می گیرد. در سایر موارد بنا بر این است که قدرت بین پزشک و بیمار تقسیم شود. در این شکل های متنوع ارتباطی، این اعتماد نیست که دستخوش تغییر می باشد، بلکه نقش مداخله ای طرفین در تصمیم گیری است که دچار افت و خیز می شود و حتی در نگرش پدرسالاری اعتماد به پزشک در اوج و حداکثر خود قرار دارد؛ بنابراین با هر رویکردی که به ارتباط نگریسته شود، به اعتماد صدمه ای وارد نمی شود. عدم گفتن تشخیص به بیمار به این دلیل انجام می پذیرد که پزشک حدس می زند اعلام خبر بیماری به مریض باعث شکستن سد دفاعی و آسیب رسانی به وی می شود (۲۰، ۱۸) و در واقع وی را فاقد ظرفیت محسوب می کند.

موضوع دروغ مصلحتی برای حفظ سلامتی بیمار در مطالعات مرگ شناس معروف خانم Elizabet مورد توجه جدی قرار گرفته است. او پس از مصاحبه با ۱۰۰ بیمار در آستانه مرگ می گوید: «وقتی از بیماران پرسیدم چگونه از بیماری خود باخبر شده اند به این نکته پی بردم که همه این بیماران خودشان به نحوی از بیماری خود اطلاع داشته اند؛ خواه بی پرده به آن ها گفته باشند و یا در لفافه، اما به طور عمده انتظار داشتند که پزشکان به شیوه قابل قبولی خبر بیماری را به

آن ها بدهند» (۲۲).

اسلامی رابطه بین پزشک و بیمار را تابع اصول مندرج در قراردادها می داند و معتقد است: «بیمار به نزد پزشک می رود تا او آن چه را که وی نمی داند به او بگوید، پس اگر پزشک در گفتن حقیقت خودداری کرد در حقیقت از اعتماد بیمار سوء استفاده کرده است و آن قرارداد نامکتوب را نادیده گرفته است» (۱۴). Elizabet تلاش های فراوانی در معنا و مفهوم و نیز درک مرگ انجام داد (۲۲)؛ به طوری که Dimateo می گوید: «به پاس تلاش Elizabet، نگرش نسبت به بیماران مشرف به مرگ تغییر بنیادی پیدا کرد و اکنون به طور تقریبی همه پزشکان حقیقت وضعیت پزشکی بیمار را به طور کامل برای او بازگو می کنند، همچنین پیش آگهی احتمالی و بهترین و بدترین حالات مورد انتظار را برای وی بیان می کنند. بسیاری از پزشکان می کوشند تا مطالب را با دلسوزی و حمایت اظهار کنند» (۲۳).

موضوع اساسی که در چنین مواقعی از طرف پزشکان مطرح می گردد، به هم خوردن تعادل روانی بیمار و سوق دادن وی به سمت مرگ است؛ در حالی که طی تحقیقات Elizabet، مسأله مرگ به طور کل نه برای بیماران بلکه برای خود پزشکان مسأله حل نشده ای می باشد و به این ترتیب ترس از مرگ باعث رفتار سانسوری از طرف پزشکان برای بیماران می شود (۲۲).

در داستانی از Tolstoy می خوانیم: «آن چه Ivan Ilich را بیش از هر چیزی ناراحت می کرد، فریب و دروغی بود که همه به هر دلیلی خود را در پس آن پنهان کرده بودند؛ حاکی از آن که او تنها بیمار است و نمی میرد و اگر آرام بگیرد و آن چه را دکترها می گویند انجام دهد، حالش رو به راه خواهد شد، اما او به خوبی می دانست که هر کاری انجام بگیرد، هیچ چیزی تغییر نمی کند تنها بر رنج هایش افزوده می شود و سرانجام می میرد و از این دروغ در رنج بود... چیزی نمانده بود بر آن ها فریاد بزند: دروغگویی بس است، شما هم می دانید، من هم می دانم که دارم می میرم، پس دست کم دیگر دروغ نگویند» (۲۴).

نگفتن حقیقت به بیمار و گفتن آن به همراهان وی نه تنها هیچ مشکلی را حل نمی‌کند، بلکه باعث خدشه‌دار شدن اعتماد بیمار هم می‌گردد و البته با شاخص اعتماد برای فعل اخلاقی باعث غیر اخلاقی شدن عمل پزشک هم می‌شود. از طرفی دیگر، بیمار به هر حال متوجه بیماری خود خواهد شد و در این میان آن‌چه از دست می‌رود، اول اعتماد بیمار است، دوم آن‌که بیمار ممکن است در این فاصله بسیاری از امکانات و خواسته‌ها و شرایط مطلوبی که می‌توانست به دست آورد را از دست بدهد و سوم این مورد که بیماری هر فردی حریم خصوصی و راز وی محسوب می‌شود و ارایه آن توسط پزشک به همراهان بدون رضایت وی عملی خلاف اصول اخلاق حرفه‌ای (و به این ترتیب خلاف اخلاق) محسوب می‌شود.

تجربیات همگی پزشکان مؤید این موضوع است که بیماران به وضوح موضوع بیماری خود را حدس می‌زنند و تشخیص می‌دهند؛ بنابراین عدم ارایه اطلاعات درست و کافی به بیمار نه تنها کاری بر خلاف اخلاق (به جهت آسیب به اعتماد بیمار) است، بلکه به نظر می‌رسد حتی از منظر حقوقی هم چالش برانگیز باشد (۲۵). نکته حایز اهمیت در این مورد، فقدان مهارت‌های لازم ارتباطی است که در صورت احراز آن، به طور قطع ارتباط مثبت‌تر و سالم‌تری بین پزشک و بیمار برقرار می‌گردد و نیاز به کتمان حقیقت نخواهد بود. بنابراین برای حل این مشکل ابتدا نیاز است پزشکان در این موارد دیدگاه خود را اصلاح و دوم این‌که با کسب مهارت‌های لازم و از آن مهم‌تر گذاشتن وقت کافی برای بیمار خود که حتی می‌تواند چند جلسه را هم شامل شود، نحوه اطلاع دادن به بیمار را حتی برای اخبار ناخوشایند به طور دقیق‌تری فراگیرند و آن را به درستی و در مواقع ضرورت به کار برند (۲۶).

نکته مهم این است که نباید شرایط را برای کار درمانی آن‌قدر سخت کرد که در عمل امکان انجام بسیاری از امور نباشد. طبیعی است که پزشکان و کادر سلامتی در چنین مواقعی در شرایط بسیار دشواری قرار می‌گیرند که فراتر از طاقت خیلی از انسان‌ها است، ولی در هر حال این موضوع هم بخشی از کار دشوار درمان محسوب می‌شود و به همان نسبت

که به تشخیص، درمان و مراقبت اهمیت داده می‌شود باید به سایر جنبه‌های درمان که اهمیت کمتری از خود درمان ندارد نیز اهمیت داده شود و البته آن‌چه قطعی است این‌که: ۱- گفتن حقیقت به بیمار در هر حال ضروری است. ۲- شکل بیان حقیقت در شرایط متفاوت می‌تواند متغیر باشد که این بستگی به مهارت و شناخت پزشک از بیمار خود خواهد داشت. ۳- سیستم آموزشی با قبول این ضرورت و الزام باید تمهیدات لازم را برای آموزش این مهارت‌ها به کادر سلامتی مدنظر قرار دهد. ۴- کمیته اخلاق بیمارستانی و یا الگوهای متفاوت دیگری می‌توانند در این زمینه نقش‌آفرینی کنند و مسئولیت برقراری ارتباط و اطلاع‌رسانی را به عهده گیرند تا فشار روانی این موضوع از دوش همکاران تخصصی به سمت متخصصین و افراد آموزش دیده در این زمینه سوق یابد و ۵- در هر حال نگفتن حقیقت و یا همه حقیقت هیچ‌گاه نباید به عنوان ساده‌ترین و اولین راه‌حل مدنظر قرار گیرد، بلکه تنها همیشه آن را به عنوان آخرین راه‌برونرفت از اضطرار و به طور طبیعی به قدر رفع آن باید به کار بست.

۲- عدم بیان عوارض درمان و دارو

این موضوع نیز از جمله مواردی است که در جریان فعالیت‌های پزشکی مورد غفلت قرار می‌گیرد. دلیل عمده آن هم علاوه بر موارد گفته شده، غفلت از موضوع زمان است؛ چرا که اکثر پزشکان وقت کافی برای توضیحات مستند و لازم برای بیماران را ندارند (و به بیان بهتر وقت نمی‌گذارند). می‌توان مدعی بود که با تعریف ارایه شده، عدم بیان جامع و مانع واقعیت در واقع مصداق بی‌اعتماد شدن بیمار و از طرفی خارج از تعریف راستگویی می‌شود و بنابراین مشمول بحث خواهد بود. اگر علت نگفتن واقعیت و یا بیان وارونه حقیقت به بیمار به دلایل قبلی (یعنی مصلحت بیمار) باشد، با همان پاسخ‌ها و البته با قاطعیت بیشتر قبلی همراه خواهد بود؛ به علاوه قانون در این موضوع جدی‌تر از بیماران حمایت خواهد نمود. بنابراین مسأله مصلحت در این مورد جایگاه منطقی بسیار کمتری خواهد داشت و رفتار پزشکان در این گونه موارد به

۴- رازداری در تراحم با حقیقت‌گویی

رازداری یک فعل اخلاقی است و مورد حمایت قانون نیز می‌باشد. بنابراین، اگر گفتن حقیقت به بیمار موجب خدشه‌دار شدن اصل رازداری و حریم خصوصی شود، تکلیف تیم سلامت چه خواهد بود؟ تجویز دروغ مصلحت‌آمیز به بهانه رعایت رازداری در این موارد چه حکمی دارد؟ آیا می‌توان آن را فعل اخلاقی تصور کرد؟

اعتماد به پزشک، میراث قرن‌ها تلاش پزشکان است و هر گونه خدشه‌ای به این موضوع می‌تواند صدمات جبران‌ناپذیری به حرفه پزشکی و درمان وارد کند. از بین رفتن اعتماد مردم به جامعه پزشکی باعث می‌شود که بیماران در مراجعه به پزشک، ملاحظاتی داشته باشند و یا در بیان اطلاعات لازم به پزشک استتکاف نمایند و این باعث اشکال در تشخیص و درمان خواهد شد؛ بنابراین اعتماد به جامعه پزشکی باید در حد اعلای خود حفظ شود و به هیچ عنوان آسیب نبیند. رازداری به تعبیر بعضی مطلق است و استثنا ندارد. از طرف دیگر به نظر می‌رسد برای برون‌رفت از این وضعیت باید به دروغ مصلحتی روی آورد که در این صورت شاهد خدشه به اعتماد هستیم و به نظر می‌آید که در هر دو سو با دغدغه‌های اخلاقی مواجه باشیم.

Collins و Porras در حل تعارضات اخلاقی راه‌حلی را پیشنهاد می‌کنند: «باید از تله (یا) خارج شویم» (۲۷). یعنی نباید جهت‌گیری موضوع به سمتی برود که به اجبار از اصل رازداری چشم‌پوشیم و به دلیل راستگویی راز را افشا کنیم و یا برای حفظ راز بیمار، تن به دروغ دهیم. در چنین تعارضات اخلاقی باید به دنبال راه‌حل سوم رفت (۲۸). در چنین صحنه‌ای باید با پیش‌بینی رازهای بیمار، راز از حالت و تعریف خود خارج شود؛ یعنی در خیلی از موارد می‌توان از قبل به بیمار گفت که چه مواردی را باید نزد دیگران افشا کرد و به این ترتیب در صورت پذیرش بیمار اقدام به ادامه درمان می‌کنیم و ضمن حفظ اعتماد، از گفتن دروغ پرهیز و به اصل رازداری وفادار مانده‌ایم. در عین حال با رفتار ارتباطی مناسب و کسب اعتماد بیشتر بیمار و با ارایه توضیحات لازم و گذاشتن وقت به طور تقریبی در همه موارد می‌توان بیمار را مجاب به پذیرش و

طور کامل با اصول اخلاق پزشکی و اخلاق حرفه‌ای در تقابل قرار می‌گیرد. بنابراین چنین موردی خدشه جدی‌تری به اعتماد وارد می‌کند و از این منظر غیر اخلاقی تر است.

۳- بیان خبر مرگ

شاید همه آن‌ها که با عملیات احیا سر و کار داشته باشند، با این پدیده روبرو شده‌اند که چگونه در صورت عدم موفقیت احیا باید خبر مرگ را با همراهان منتظر و ملتهب در میان بگذارند. به طور قطع این اطلاع‌رسانی کار بسیار دشوار و سختی است، اما به دلیل اجتناب‌ناپذیر بودن آن و وقوف به این مسأله که مدت زمان زیادی از اختفای چنین خبری نخواهد گذشت، اعلان آن را قطعی می‌نماید. داشتن مهارت‌های لازم ارتباطی و داشتن نگاه سیستمی برای چنین رخدادی و آموزش‌های لازم به تیم‌های دست‌اندرکار احیا می‌تواند گره نگرانی‌های پیرامون این موضوع را حل و فصل نماید و در نهایت گفتن دروغ مصلحت‌آمیز در چنین مواردی هیچ کمکی به پزشک نخواهد کرد و تنها به اعتماد دیگران به جامعه پزشکی آسیب می‌رساند.

تنها موضوعی که در این موارد اسباب نگرانی است، خطراتی است که ممکن است با اطلاع‌رسانی به شیوه نادرست به همراهان متوجه تیم پزشکی شود که موارد چنین تهاجمات‌ی شنیده و دیده شده است. بنابراین برای پیشگیری از چنین لطماتی باید سیستم تمهیداتی اندیشیده شود و ضرب اطمینان تیم پزشکی را به سطح قابل قبول برساند. در واقع آن‌چه در این موارد انگیزه نگفتن خبر راست به همراهان است، ترس از رفتار تهاجمی همراهان می‌باشد و بنابراین حمایت سازمانی و سیستمی در مورد آن ضروری می‌نماید. از طرفی دیگر آن‌چه باعث رفتار تهاجمی دیگران می‌شود، عدم اعتماد آن‌ها به تلاش کافی و مؤثر تیم سلامتی است؛ پس در صورت اطمینان از این تلاش، مشکلی در شنیدن خبر بد هم ایجاد نخواهد شد. ضروری است که تیم سلامتی همه شرایط لازم برای این اعتمادسازی را فراهم کنند و به این ترتیب ضمن حفظ اعتماد، رفتار غیر اخلاقی دروغ را حذف نمایند.

گفتن حقیقت نمود. مواردی هم که قانون تکلیف نموده است را می‌توان قبل از هر اقدامی برای تشخیص به اطلاع و یا رؤیت بیمار رسانید (۲۹). رازداری از حقوق مصرحه در منشور حقوق بیماران است و از این منظر نیز مورد تأکید و حمایت سیاست‌گذاران و قانون قرار دارد (۳۰). بنابراین در این مورد هم باید به موضوع ارتباط توجه درست‌تری مبذول و شاخص اعتماد را به درستی مدنظر قرار داد و با یافتن راه‌حل‌های مناسب ارتباطی، از مسیرهای جدیدتری به حل مسأله اقدام نمود.

۵- تشخیص غلط همکاران

از دیگر موارد، فهمیدن تشخیص غلط توسط سایر همکاران در مورد یک بیمار است. اخلاق حرفه‌ای ایجاب می‌کند که برای حفظ اعتماد مردم به جامعه پزشکی از هر گونه سخنی که موجب لطمه به این اعتماد گردد، خودداری شود و شرایطی ایجاد گردد که در نهایت باعث سلب اعتماد از جامعه پزشکی شود. از طرف دیگر، چنین حمایتی ممکن است به منافع بیمار و حقوق وی آسیب رساند و از نگاه بیمار، حمایت صنفی در راستای سلب حق و حقوق تلقی و این نیز خود باعث سلب اعتماد خواهد شد. بنابراین به نظر می‌رسد در هر دو سو با موضوع اعتماد مسأله ایجاد شود.

نکته اول این که در بسیاری موارد اصلاح تشخیص و روش درمانی به ضرورت به منزله تشخیص غلط نیست و با عنایت به شباهت‌های فراوان علایم بیماری، موضوع تشخیص‌های مشابه دچار تمام جامعه پزشکی می‌باشد؛ بنابراین نکته حاضر در صورت ضرورت باید برای بیمار با بیان ماهرانه و دقیقی توضیح داده شود. دوم این که در موارد زیادی بیمار سؤالی در این مورد نمی‌پرسد و علت مراجعه به سایر پزشکان، یا عدم به نتیجه رسیدن درمان قبلی وی می‌باشد و یا برای اعتماد بیشتر به تشخیص‌های قبلی مراجعه می‌نماید.

مفهوم عدم به نتیجه رسیدن درمان، دانستن تشخیص نادرست توسط پزشک یا پزشکان قبلی از طرف بیمار است؛ بدین معنی که بیمار خود به هر دلیلی به این نتیجه رسیده است، بنابراین توضیح اضافه‌ای برای تأکید بر این موضوع توسط

پزشک یا کادر سلامتی نیاز نمی‌باشد و برعکس باید توضیح داد که مشکل عدم تشخیص دلایل متعددی دارد که همه آن دلایل متوجه پزشک نمی‌باشد و در کار طبابت گریزناپذیر و به علت ماهیت این حرفه است، اما در صورت تأکید بر تشخیص قبلی نیز وضع به همین منوال می‌باشد و پزشک می‌تواند تنها با تأکید بر علل تشخیص خود به روش درست و علل تشخیص تیم قبلی با توضیحات لازم و قابل درک فنی به بیمار، اعتماد او را به جامعه پزشکی افزایش دهد. اعتماد بیمار در صورتی خدشه‌دار می‌شود که احساس نماید دفاع ناحق صنفی در حال رخ دادن است. پس باید علت عکس‌العمل بیمار مورد توجه قرار گیرد و در این صورت با درک صحیح موضوع و توضیح لازم، وی از ابهام دفاع ناحق خارج و اعتماد او به جامعه پزشکی حفظ خواهد شد.

مواردی نیز دیده می‌شود که به دلایل غیر اخلاقی از جمله تعارض منافع (Conflict of interest) خود تیم سلامتی بر طلب این موضوع بیشتر می‌کوبند و به جای اطلاع‌رسانی درست، به شدت به همکاران خود حمله می‌برند که این رابطه به شدت غیر اخلاقی تلقی می‌شود و نیاز به توضیح اضافه‌ای ندارد. از طرفی کمیته‌های اخلاق پزشکی می‌توانند نقش مناسبی در این بخش ایفا نمایند. در صورت حضور تیمی مرکب از نمایندگان افکار عمومی در این کمیته و بررسی این موارد و در صورت ضرورت برخورد‌های لازم و متعارف در این زمینه‌ها، اعتماد بیماران بیشتر جلب می‌شود و اصرار بر برخی موارد نخواهند داشت؛ چرا که به این اعتماد و اطمینان می‌رسند که در صورت تشخیص‌های غلط توسط تیم پزشکی، محلی برای رسیدگی به آن وجود دارد و نسبت به اعاده حق افراد اقدام و با خاطیان برخورد مناسب خواهد شد. پس ضرورت دارد که پزشکان موارد این چنینی را از طریق فرایند پیش‌بینی شده به ارگان مشخصی گزارش نمایند و در فضای علمی آن را حل کنند.

با طی چنین مراحل، از بن‌بست انتخاب یکی از دو راه‌حل رها می‌شویم و می‌توان ضمن حفظ اعتماد بیمار و جامعه پزشکی در درون خود، از به اصطلاح راه‌حل دروغ مصلحت‌آمیز نیز تبری جست.

بحث

شدن فرایند درمان می گردد و به عنوان یک عمل غیر اخلاقی محسوب می شود.

از طرف دیگر هدف از این ارتباط، اعتماد به کل جامعه پزشکی است که موجب پذیرش مناسب درمان می گردد، اما موضوعات پزشکی شامل موارد بسیار حساس و خارج از کنترل می شود که ارایه دهندگان خدمات سلامتی دایم با آن مواجه هستند و نمی توان و نباید نسخه ای بد و راز واقعیت های عملی پیچید که امکان عملیاتی شدن نداشته باشد؛ بنابراین مواردی از مسایل پزشکی که احتمال بحث برانگیز شدن آن به عنوان دروغ مصلحتی وجود دارد باید احصا شده و در مورد تک تک آن ها بحث و راه حل ارایه نمود. پیرامون این موضوع کمیته های اخلاق، ارتقای کیفیت و یا حاکمیت بالینی و... می توانند به صورت سیستمی و سازمانی استانداردها و آموزش های لازم را برای گروه های هدف تدارک ببینند تا در مواقع ضرورت بر اساس پروتکل های از پیش تعیین شده عمل گردد. در هر حال سخن آخر این که، نباید چنین پدیده ای را به عنوان اولین و در دسترس ترین راه حل به کار بست.

با در نظر گرفتن جمیع بحث های انجام شده و موارد ذکر شده به عنوان مواردی که شاید پزشک و یا کادر سلامتی ممکن است با دروغ مصلحت آمیز برخورد نمایند، به این نتیجه می توان رسید که اعتماد به عنوان شاکله اصلی ارتباط بین پزشک و بیمار باید همیشه مدنظر قرار گیرد. کادر سلامتی باید همیشه بدانند که دروغ گویی در پزشکی به دلیل اختلال در اعتماد به جامعه پزشکی، مشکل آفرین است و کادر سلامتی موظف هستند که با افزایش مهارت های ارتباطی خود و نیز یافتن مسایل مرتبط و تحلیل آن ها و پیدا کردن راه حل های مناسب و البته دخالت های نظام مند و سازمانی و داشتن خط مشی های مناسب و استاندارد شده، خود را از دام و مهلکه دروغ مصلحت آمیز نجات دهند.

اعتماد، میراث قرن ها تلاش جامعه پزشکی است و نمی توان و نباید آن را با مصلحت سنجی های غیر ضروری به خطر انداخت. آنچه در ساختار بحث به دنبالش بودیم، حفظ اعتماد بیماران به جامعه پزشکی به عنوان ستون فقرات درمان می باشد و هر نوع آسیب به این اعتماد موجب مشکل دار

References

- Kant I. Kant's Critique of Practical Reason and other Writings in Moral Philosophy. Chicago, IL: University of Chicago; 1949.
- Lenghowsen M. Lies and veracity in moral philosophy. Maarefat Journal 1995; (15): 35-9. (Persian).
- Nasirian Y. Taghieh, the history of Islam and its rules. Articles and surveys 2002.
- Motie H. Dissimulation in the Holy Quran and its role in Islamic solidarity. Kowsar 2007; 7(26): 80-91. (Persian).
- Sobhani J. Taghieh in the previous Religions and Islam. Kalam Eslami 2010; 19(74): 14-28. (Persian).
- Ghramaleki AF. Introduction on Professional Ethics. Tehran, Iran: Saramad Publications; 2011. p. 152-3. (Persian).
- Larijani B, Ghafarian A, Kazemian A, Sadr Hoseini SM. Health care professional and ethical issues. Tehran, Iran: Baraye Farad Publicaion; 2004. p. 64. (Persian).
- Cabot RC. The Use of Truth and Falsehood in Medicine: An Experimental Study. 1903.
- Atrack H. Toward a Definition for Lying. Ayeneh Marefat, 2010; 7(20): 145.
- Slater T. Catholic encyclopedia: Lying [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: <http://www.newadvent.org/cathen/09469a.htm>
- Kant I. Metaphysics of morals. Trans. Saneei M. Tehran, Iran: Naghsh-Neghar Publication; 2001. (Persian).
- Mahon JE. The Definition of Lying and Deception [Online]. [cited 2008 Feb 21]; Available from: URL: <http://plato.stanford.edu/entries/lying-definition>
- Bok S. Lying: Moral Choice in Public and Private Life. New York, NY: Vintage Books; 1979.
- Eslami SH. White lies (the argument of concept and range that). Qom, Iran: Boostane Katab Publication; 2008. p. 311. (Persian).
- Bathae SH. Taghieh and its importance in worships and legal sentences. Journal of Mojtabe Amozesh Aeli Ghom 2002; 4(12): 187-206. (Persian).
- Samp RJ, Curreri AR. A questionnaire survey on public cancer education obtained from cancer patients and their families. Cancer 1957; 10(2): 382-4.

17. Shojaee AA, Abolhasani Niaraki F. Components of trust in the physician-patient relationship. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(7): 71-81. (Persian).
18. Shojaee AA, Abolhasani Niaraki F. The role and consequences of trust in physician-patient relationship. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(4): 36-43. (Persian).
19. Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(4): 44-57. (Persian).
20. Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(1): 1-11. (Persian).
21. Atrak H, Molabakhshi M. Lying to the Patient with Motivation. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(4): 1-12. (Persian).
22. Elizabet KR. End of the road (About death and die). Trans. Bahrami AA. Tehran, Iran: Roshd Publication; 2000. p. 41.
23. Dimateo MR. Health Psychology. Trans. Mousavi Asl SM, Salari Far MR, Azarbayjani M, Abbasi A. Tehran, Iran: Samt Publication; 1999. p. 708.
24. Tolestoy L. Death of Ivan Ilich. Trans. Hosseini S. Tehran, Iran: Niloofar Publication; 2006. (Persian).
25. Kazemi AH, Poorsoleimani A, Fakhari A, Madaen K. Investigating the aspects of truth from the perspective of the medical staff of Tabriz University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(2): 54-63. (Persian).
26. Shakerinia I. Physician-patient relationship and its role in patient satisfaction of the treatment process. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(3): 9-16. (Persian).
27. Collins J, Porras JI. Built to Last: Successful Habits of Visionary Companies. Trans. Amini F. Tehran, Iran: Fara Publication; 2012.
28. Ghramaleki AF. Organization ethics. Tehran, Iran: Saramad Publication; 2009. (Persian).
29. Mahdavinejad G. Confidentiality in medical profession. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2008; 1(4): 13-20. (Persian).
30. Parsa M, Bagheri AR, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 3(1): 39-47. (Persian).