

مقایسه اثر برنامه آموزشی حضوری و غیر حضوری در ارتقاء مهارت نحوه انتقال خبر بد توسط دستیاران طب اورژانس

محمد حسینی کسنویه^۱، مهدی رضایی^۲، علیرضا امان اللهی^۳، سید صالح سیدین^{۴*}

۱ مرکز تحقیقات سوانح و مصدومیت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲ مرکز تحقیقات مدیریت طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳ گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴ گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله



تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۰۲

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰

چاپ: ۱۳۹۹/۱۰/۱۴

نویسنده مسوول:

سید صالح سیدین، گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
ایمیل: dr.seyedein@yahoo.com

زمینه و هدف: ارتباط پزشک و بیمار نیاز به مهارت های ارتباطی خاصی دارد که هنگام انتقال خبر بد بیش از پیش اهمیت خود را نشان می دهد. عدم ارتباط صحیح و نداشتن آموزش مناسب، موجب رنجش غیر قابل جبرانی در بیمار و همراهان می شود، لذا این مطالعه با بررسی اثر برنامه های آموزشی در ارائه خبر بد انجام شد.

روش بررسی: ۴۰ دستیار طب اورژانس شاغل در دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۸ مشارکت کننده های این مطالعه را تشکیل دادند که با استفاده از آخرین شماره دانشجویی (زوج یا فرد) به گروه های آموزشی حضوری (سخنرانی، بحث گروهی) و غیرحضوری (دریافت بسته آموزشی، اسلاید و فیلم بر مبنای اسپایکس) تقسیم شدند. از پرسشنامه عملکرد و نگرش، که مبنای استراتژی اسپایکس در نحوه انتقال خبر بد است قبل و بعد از آموزش برای مقایسه در ارزیابی مهارت های فوق استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمرات قبل و پس از آموزش در گروه حضوری در نحوه نگرش ۱۲۱/۷۵ و ۱۱۹/۵ و در نحوه عملکرد ۵۲/۸ و ۶۳/۴۵ بدست آمد. در گروه غیرحضوری نیز برای نگرش ۱۱۷/۴۵ و ۱۱۵/۶ و برای عملکرد ۵۰/۸۵ و ۶۲/۷۰ بود. نمره نحوه نگرش در گروه های مطالعه بعد از مداخله نسبت به قبل آن افزایش نشان داشت ولی از لحاظ آماری بین برنامه های آموزشی اختلاف معنادار مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد آموزش چه به صورت حضوری و چه غیرحضوری می تواند در بهبود مهارت ارائه خبر بد دستیاران طب اورژانس کمک کننده باشد که آموزش در بالا رفتن نمره نگرش شرکت کنندگان تاثیر گذار است.

واژگان کلیدی: خبر بد، عملکرد، نگرش، دستیاران طب اورژانس، مهارت های ارتباطی

مقدمه

دارند، در حالی که آنچه عملاً در بیمارستان ها و کلینیک ها با آن روبرو می شوند در حد مطلوبی نیست (۷). پایین بودن سطح مهارت های ارتباطی و یا بی توجهی هنگام برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار خصوصاً هنگام اعلام خبر بد ممکن است باعث رنجش بسیار همراهان بیمار در بیمارستان شود (۸). تعاریف متعددی برای خبر بد یا ناخوشایند وجود دارد که می توان آن ها را به صورت اظهار ناامیدی از موفقیت در درمان چه برای زمان حال و چه برای آینده خلاصه نمود. این حالت شرایط متعددی از ناتوانی در تشخیص عارضه و باقی ماندن نگرانی از آنچه در آینده اتفاق خواهد افتاد تا مرگ ناگهانی بیمار را در بر می گیرد (۹،۱۰). خبر بد به صورت منفی روی بیمار و انتظارش برای آینده اثر می گذارد و بنابراین مهارت گفتن خبر بد برای پزشکان یک مهارت ضروری است و فوایدی نه تنها برای بیماران و بلکه برای پزشکان از جهت مدیریت بهتر ارائه خدمت به آن ها را در بر دارد (۱۰). گفتن خبر بد یک مهارت است و اصلاً آسان نیست. بنابراین دلایل گفتن خبر بد از طرف پزشک به بیمار همراه با سختی هایی است که باعث ضرورت ارائه

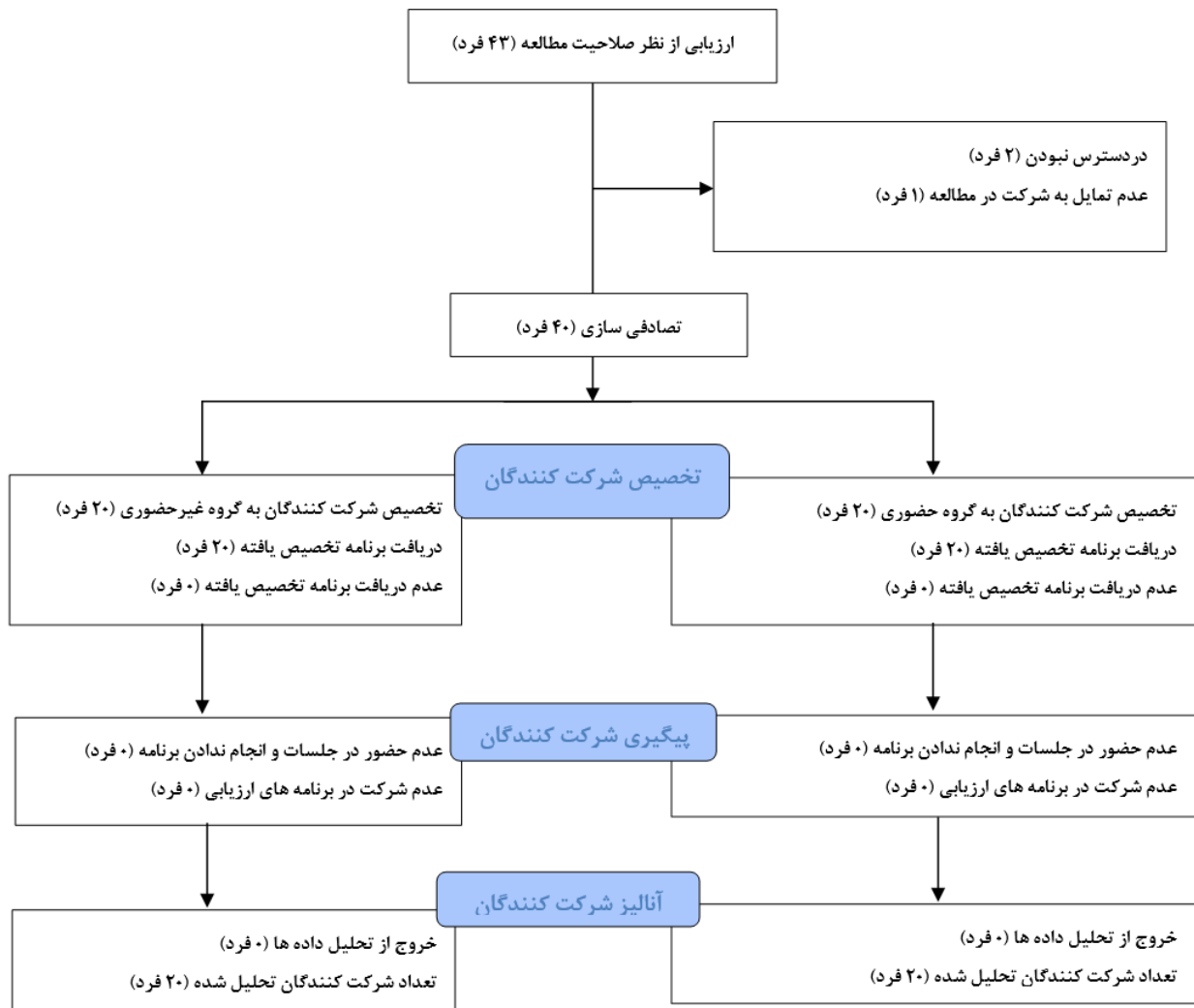
بسیاری از شواهد نشان می دهد که ارتباط پزشک و بیمار در حد مطلوب نیست و نداشتن مهارت های لازم ارتباطی به ویژه هنگام اعلام خبر بد موجب رنجش فراوان و غیر قابل جبرانی در بیمار و همراهان وی خواهد شد (۱). پاسخگو بودن نظام سلامت و تلاش برای فراهم آوردن فضای مناسب رفتاری در بیمارستان ها و مراکز ارائه دهنده خدمت آن چنان اهمیت دارد که به عنوان یک اصل کارایی خدمت در نظام های سلامت در نظر گرفته شده است (۲-۴). منظور از پاسخگویی به عنوان یکی از خروجی های مهم نظام های سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت پاسخ مناسب به انتظارات غیر پزشکی بیماران و همراهان آن ها، مانند فضای فیزیکی و رفتار مناسب پرسنل درمانی با آن ها می باشد (۴). همراهان بیماران و بیمارانی که برای دریافت خدمات به مرکز درمانی مراجعه کرده اند، علاوه بر نگرانی هایی که برای درمان دارند، به محیط انجام خدمت و رفتار پرسنل درمانی، حمایت و احترام به عزت نفس و شخصیت آن ها هم توجه می کنند (۵،۶). بیمارانی که دارای بیماری مهلک و کشنده هستند نیاز به پزشکی با مهارت ارتباطی قوی و مؤثر

به شماره دانشجویی انجام گرفت. گروه اول آموزشی حضوری و گروه دوم به شکل غیرحضوری مطالب مرتبط با چگونگی دریافت خبر بد را آموزش دیدند علاوه بر این قبل و بعد از انجام برنامه های آموزشی پرسشنامه نگرش و عملکرد نیز توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. فاصله زمانی در نظر گرفته شده برای پرسشنامه بعد از مداخله یک هفته بود. تا اثرگذاری مداخلات سنجیده شود. فلوجارت روند انتخاب، تخصیص، پیگیری و آنالیز شرکت کنندگان در مطالعه نطابق با فلوجارت CONSORT رسم شد (شکل ۱).

آموزش هایی در زمینه انجام درست این عمل به آن ها می شود (۱۱). راهکارهایی وجود دارد که می توانند فرآیند رساندن خبر بد را آسان تر کنند و در نتیجه آسیب های کمتری به دنبال داشته باشند (۱۲). از راهکارهای حیاتی برای انجام این کار می توان تجربه و اعتماد به نفس را ذکر نمود. تمرین و تکرار، حس آماده بودن و آموزش می توانند راهکارهای مناسبی برای اعتماد به نفس هنگام دادن خبر بد باشند (۱۳). در بسیاری از کشورهای پیشرفته جهت آمادگی پزشکان برای انجام این وظیفه ی خطیر تمهیدات و آموزش هایی در نظر گرفته اند. بدون آموزش مناسب، انتقال اخبار ناگوار باعث افزایش نگرانی، بی اعتمادی و اختلال در رابطه ی پزشک-بیمار می گرد (۱۴) مدل های مختلفی مانند اسپایکس (SPIKES) و ABCDE که به عنوان راهنمای آموزش پزشکان برای انتقال اثربخش خبر بد به بیماران تهیه شده و مورد استفاده قرار گرفته اند (۱۰) در این راستا هدف این مطالعه مقایسه روش آموزش انتقال خبر بد در دستیاران طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ایران بر مبنای مدل اسپایکس که این آموزش ها به صورت حضوری (in-person) و غیرحضوری (non-attendance) داده شده است، انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه تجربی می باشد که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ انجام گرفت. جامعه این مطالعه دستیاران طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی ایران بود که در زمان انجام مطالعه به عنوان دستیار این رشته در حال تحصیل بودند و محل انجام مطالعه نیز بیمارستان رسول اکرم وابسته به این دانشگاه بود. تعداد ۴۰ دستیار در این مطالعه شرکت کردند. هیچ معیار ورود و عدم ورود در نظر گرفته نشد و تنها دستیارانی که حضور آنها در بخش اورژانس برای کارهای درمانی الزامی بود وارد مطالعه نشدند در حالیکه سایر دستیاران طب اورژانس در این مطالعه شرکت کردند و بنا بر آموزشی بودن اهداف مطالعه طی هماهنگی انجام شده با مدیر گروه و رئیس بخش تا حد ممکن تمام دستیاران در برنامه این مطالعه حضور داشتند. اطلاعات شخصی مشارکت کننده ها در تمام فرایند انجام مطالعه به صورت محرمانه محفوظ ماند. این مقاله نتایج پایان نامه دستیاری با کد اخلاق IR.IUMS.FMD.REC.1398.104 است. بعد از انتخاب نمونه ها به مطالعه، در مرحله بعد شرکت کنندگان با روش شماره دانشجویی زوج و فرد به دو گروههای آموزشی مورد مطالعه تقسیم شدند که در هر گروه ۲۰ شرکت کننده تخصیص داده شد که این فرایند با توجه



شکل ۱: فلوچارت CONSORT مطالعه

در ایران مورد بررسی قرار گرفت که پایایی و روایی آن تایید شده است. هر سوال پرسشنامه عملکرد از یک تا پنج امتیازبندی شده است که امتیاز یک به هرگز و پنج برای همیشه داده شد. مجموعه امتیازات هر فرد نمره کل عملکرد فرد را نشان می دهد. بنابراین حداقل و حداکثر نمره عملکرد ۱۶ و ۸۰ می باشد. نمره های بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر در زمینه انتقال خبر بد است. همچنین گویه های پرسشنامه نگرش ترکیبی از جملات مثبت و منفی می باشد و به هر سوال امتیاز یک کاملاً مخالفم تا پنج کاملاً موافقم تعلق می گیرد و در موارد جملات منفی امتیازدهی بر عکس می باشد. بنابراین، حداقل و حداکثر جمع نمره نگرش ۳۵ و ۱۷۵ می باشد. در این مطالعه منظور از نگرش مثبت تر کسب جمع نمرات بالاتر در پاسخ به سؤالات پرسشنامه ی نگرش سنجی است که در مورد شیوه، مکان، زمان و نحوه انتقال خبر بد است.

مداخله: گروه آموزش حضوری به مدت سه ساعت به صورت سخنرانی و بحث گروهی که براساس محتوای اسپایکس انجام شد و گروه آموزش غیر حضوری به مدت ۴۵ دقیقه اسلاید آموزشی به همراه پنج فیلم آموزشی به مدت ۱۵ دقیقه بود. که توسط اساتید طب اورژانس انجام شد ولی در محتوای آن از روانپزشکان نیز استفاده شد. اسپایکس ابزاری برای افزایش توانایی متخصصان بالینی در مصاحبه انتقال خبر بد می باشد و دارای شش مرحله می باشد. تنظیم مصاحبه، ارزیابی درک بیمار، جلب بیمار برای مصاحبه، دادن اطلاعات و دانش به بیمار، پاسخ به احساسات و عواطف بیماران و استراتژی و خلاصه است (۱۰).

ابزارهای جمع آوری داده ها: ابزار گردآوری اطلاعات عبارت از پرسشنامه عملکرد شامل ۱۶ سوال و پرسشنامه سنجش نگرش شامل ۳۵ سوال با مقیاس لیکرت ۵ رتبه ای، درباره انتقال خبر بد بر مبنای استراتژی اسپایکس بود. این دو پرسشنامه در مطالعات مناقب و فرخ یار (۲۳-۲۵)

در این مطالعه ۴۰ دستیار شرکت کردند که میانگین سنی دستیاران ۳۵/۳۴ سال با انحراف معیار ۵/۲۴ بود. ۲۴ نفر (۶۰٪) از دستیاران زن و ۱۶ نفر آنها (۴۰٪) مرد بودند. ۲۰ نفر (۵۰٪) با برنامه آموزشی حضوری و ۲۰ نفر (۵۰٪) با برنامه آموزشی غیرحضوری آموزش دیدند هیچ کدام از شرکت کنندگان سابقه شرکت در برنامه آموزشی انتقال خبر بد حضور نداشتند. جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان را نشان می دهد. (جداول ۱)

روش های تجزیه و تحلیل داده ها: نتایج پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه با هم و همچنین سطح نگرش عملکرد نیز به تفکیک در هر دو گروه نسبت به قبل و نسبت به یکدیگر با نرم افزار آماری SPSS 21 و با استفاده از روش های آماری توصیفی و تحلیلی و با کمک شاخص های میانگین و انحراف معیار، آزمون های پارامتری تی تست مستقل و وابسته تحلیل شد. در تمام آنالیزهای آماری بکار رفته سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۲۴	۶۰
	مرد	۱۶	۴۰
نوع آموزش	حضوری	۲۰	۵۰
	غیرحضوری	۲۰	۵۰
سال دستیاری	۳	۸	۲۰
	۲	۲۳	۵۷/۵
	۱	۹	۲۲/۵

نمود علاوه بر این میانگین نمره عملکرد نیز در شرکت کنندگان در گروه با آموزش حضوری ۵۲/۸ و در گروه با آموزش غیرحضوری ۵۰/۸۵ است. که این اختلاف از لحاظ آماری معنادار ($P=0.09$) نیست.

جدول ۲ نحوه عملکرد و نگرش دستیاران در هر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری پیش از آموزش را نشان می دهد. میانگین نمره نگرش در گروه با آموزش حضوری ۱۲۱/۷۵ و در گروه با آموزش غیرحضوری ۱۱۷/۴۵ بود که این از لحاظ آماری معنادار ($P=0.17$)

جدول ۲: مقایسه نحوه عملکرد و نگرش دستیاران پیش از آموزش در دو گروه

آماره	نوع آموزش	فراوانی	میانگین	مقدار t	Sig
امتیاز نگرش	حضوری	۲۰	۱۲۱/۷۵	۱,۳۷	۰/۱۷
	غیرحضوری	۲۰	۱۱۷/۴۵		
امتیاز عملکرد	حضوری	۲۰	۵۲/۸	۱,۷۲	۰/۰۹
	غیرحضوری	۲۰	۵۰/۸۵		

نیز در شرکت کنندگان در گروه با آموزش حضوری ۶۳/۴۵ و در گروه با آموزش غیرحضوری ۶۲/۷ است. که این اختلاف از لحاظ آماری معنادار ($P=0.69$) نیست.

یافته های جدول ۳ مطالعه نتایج برنامه های آموزشی در دو گروه بعد از آموزش را نشان می دهد. میانگین نمره نگرش در گروه با آموزش حضوری ۱۱۹/۵ و در گروه با آموزش غیرحضوری ۱۱۵/۶ بود که این از لحاظ آماری معنادار ($P=0.2$) نیست، علاوه بر این میانگین نمره عملکرد

جدول ۳: مقایسه نحوه عملکرد و نگرش دستیاران پس از آموزش در دو گروه

آماره	نوع آموزش	فراوانی	میانگین	مقدار t	Sig
امتیاز عملکرد	حضور	۲۰	۶۳/۴۵	۰٫۴۰	۰/۶۹
	غیرحضور	۲۰	۶۲/۷۰		
امتیاز نگرش	حضور	۲۰	۱۱۹/۵	۱٫۳۰	۰/۲۰
	غیرحضور	۲۰	۱۱۵/۶		

میانگین نمره عملکرد پس از مداخله در مقایسه با نمره نگرش تفاوت داشت بطوریکه در هر دو برنامه آموزشی این تفاوت در افزایش نمرات در مقایسه با حالت پایه مشاهده شد. که نشان از موثر بودن هر دو برنامه آموزشی است.

بحث

نحوه عملکرد و نگرش دستیاران نسبت به مساله انتقال خبر بد به بیماران در دو گروه حضوری و غیرحضور پیش از شروع آموزش تفاوت معناداری نداشت و تقریباً می توان گفت در هر دو گروه تا حدودی در یک سطح بود. در مطالعه Bail و همکاران در سال ۲۰۰۲، پزشکان پاسخ دهنده ۵۳٪ توانایی خود در ارائه ی خبر بد را خوب و خیلی خوب ارزیابی کردند، در حالی که ۴۷٪ توانایی خود را متوسط تا ضعیف بیان کردند (۱۵). سرشتی و همکاران در سال ۱۳۹۱ پرستاران شاغل در بخشهای زنان و زایمان و نوزادان در شهرکرد را مورد بررسی قرار داد، ۶۳/۲٪ شرکت کنندگان در زمینه انتقال خبر بد به والدین نگرش مثبت داشتند. ۷۷/۶٪ افراد مورد مطالعه در هنگام انتقال خبر بد با مشکل مواجه شدند و ۹۲/۶٪ برگزاری کارگاه های آموزشی در این زمینه را ضروری دانستند. بین جنس و سن واحدهای پژوهش و نگرش، ارتباط آماری معناداری وجود نداشت (۱۶). همچنین مناقب و محمدی در بررسی های خود بر روی آگاهی و نگرش اساتید بالینی، پزشکان خانواده و اینترنتیهای دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه انتقال خبر بد، میانگین نمره آگاهی و نگرش در گروه هیأت علمی به ترتیب ۱۵/۹۶ (از ۲۵) و ۳۴/۴۳ (از ۵۲)، در گروه پزشکان خانواده ۱۶/۷۲ و ۳۵/۲۲ و در گروه اینترنتها ۱۵/۲۶ و ۳۳/۴۳ بود. سطح آگاهی هر سه گروه متوسط و نگرش آنها نسبت به آموزش این مهارتها مثبت ارزیابی شد. بین آگاهی و نگرش سه گروه اختلاف معنادار نبود (۱۷).

نتایج نشان داد امتیاز عملکرد در هر دو روش نسبت به قبل بهتر است علاوه بر این در آموزش حضوری میانگین نمرات از آموزش غیر حضوری نیز مناسب تر شد بطوریکه می توان گفت آموزش حضوری در این گروه از افراد مورد مطالعه در انتقال خبر بد اثرگذارتر بود. هرچند میانگین نمرات بین گروه ها متفاوت بود ولی این تفاوت بین روش های

آموزش در تاثیر گذاری بر نمره عملکرد دستیاران تفاوتی معنادار نداشت. هرچند نتایج نشان از بالا بودن آموزش حضوری در نمره عملکرد را نشان داد. در پژوهشی مشابه باغداری و همکاران در سال ۱۳۹۵ دریافتند آموزش بر مبنای استراتژی اسپایکس با استفاده از مولتی مدیا به صورت غیرحضور و ایفای نقش می تواند آگاهی دانشجویان را در زمینه انتقال خبر بد، به یک میزان افزایش دهد؛ در حالی که نگرش دانشجویان با رویکرد مولتی مدیا بیشتر از آموزش با استفاده از ایفای نقش تغییر می نماید. (۱۸) همچنین مناقب و مصلحی پور نشان دادند هر دو روش آموزشی بحث گروهی و ایفای نقش در ارتقای توانایی کارورزان در انتقال خبر بد مؤثر هستند، ولی روش آموزشی ایفای نقش مؤثرتر از روش بحث گروهی است (۱۹). حفظ روحیه بیمار در طول زمان بستری در بیمارستان و درمیان گذاشتن مطالب به شکل واضح از موارد مهم در مهارت انتقال خبر بد می باشد جدا از هر نوع فرهنگ و ملیت باید در انتقال خبر بد مورد توجه قرار گیرد (۲۰). راجاوال در سال ۲۰۱۶ نگرش انترن ها پس از آموزش آنها در ورک شاپ حضوری مهارت انتقال خبر بد نسبت به قبل از برگزاری کارگاه که توسط ازمون قبل و بعد بر مبنای آزمون OSCE سنجیده شد را در مقایسه با گروه کنترل موثر دانست که نشان از تفاوت معنی داری است (۲۱). همچنین امیری و همکاران (۲۲) نشان دادند هرچند بین برنامه های آموزشی کتابچه و شفاهی تفاوتی وجود ندارد ولی نسبت به گروه کنترل که هیچ برنامه آموزشی ارائه نمی شد میانگین نمرات بهتر در مقابل کنترل اضطراب داشتند. که نتایج این دو مطالعه شبیه هم می باشد.

نتیجه گیری

به طور کلی می توان گفت میانگین نمره عملکرد دستیاران در روش حضوری بیشتر بود. و با اجرائی شدن این دست از برنامه های آموزشی باعث ارتقای مهارت در انتقال خبر بد توسط دستیاران طب اورژانس و سایر رشته ها خواهیم شد. عدم حضور تمامی دستیاران یکی از نقاط ضعف مطالعه بود علاوه بر این اگر سایر متخصصان که با بیماران در انتقال خبر بد مشارکت دارند نیز حضور داشتند باعث بالا رفتن دقت و دید کلی نسبت به موضوع در بین سایر رشته ها هم می شد و از نقاط

تضاد منافع: پژوهشگر در هیچ یک از مراحل تحقیق تضاد منافی نداشته است.

قوت این مطالعه این بود که از محدود مطالعاتی در کشور است که با برنامه آموزشی در جهت آموزش انتقال خبر بد برای رشته طب اورژانس انجام گرفت.

تقدیر و تشکر

در این قسمت از مقاله از تمام پزشکان و اساتید که در فرایند مطالعه حاضر با ما همکاری کردند مخصوصاً دستیاران طب اورژانس که در برنامه حضور داشتند و از واحد آموزش گروه نیز بخاطر هماهنگی های لازم، تقدیر و تشکر می نمائیم.

References

- Lloyd M, Bor R, Noble LM. Clinical communication skills for medicine. London: Elsevier Health Sciences; 2018, 63-71
- Ministry of health . Fourth Health Sector Strategic Plan July 2018 - June 2024. republic of Rwanda Ministry of Health: Ministry of Health; 2018.
- Gragnotati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde: The World Bank; 2013.
- World health organization . Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Switzerland: World Health Organization; 2010.
- Kalhor R, Zolghadr S, Darba M, Aghababaei A. Exploring the concept of quality in hospital services from the viewpoint of patients and companions: A qualitative study. *EBHPME* . 2018;2(1):42-50.
- Turabian JL. Doctor-Patient Relationships: A puzzle of eragmented knowledge. *J Family Med Prim Care Open Access*. 2019; 3: 1287. Barnett M. A GP guide to breaking bad news. *Practitioner*. 2004; 248(1659): 392-4.
- Tripathi J, Rastogi S, Jadon A. Changing doctor patient relationship in India: a big concern. *Int J Community Med Public Health*. 2019;6(7): 3160-4
- Royal College of Nursing. Breaking bad news: Supporting parents when they are told of their child's diagnosis. RCN guidance for nurses, midwives and health visitors. RCN; 2013
- 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 Aug;5(4):302-11.
- Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care* . 2010;16(2):61-5
- Bumb M, Keefe J, Miller L, Overcash J. Breaking bad news: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(5):573-80.
- Mishelmovich N, Arber A, Odellius A. Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:153-9.
- Hawken SJ. Strategies for dealing with the challenging patient. *N Z Fam Physician*. 2005; 32(4): 266-269
- Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol*. 2002 Apr 15;20(8):2189-96
- Seresht M, Izadi A. The attitudes of health care providers toward breaking bad news in neonatal intensive care units and labor wards. *Iran J Med Educ* 2013; 6 (4) :57-67. [Persian]
- monagheb SE, mohammadi M. Knowledge and attitudes of clinical teachers, family physicians, and medical interns towards giving bad news, a study in Jahrom University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ*. 2011; 11 (5)436-44. [Persian]
- Baghdari N, Torkmannejad Sabzevari M, Karimi Moonaghi H, Rad M, Amiri M. The effect of educational approaches on knowledge and attitude of midwifery students in breaking bad news to patients. *J Med Edu Dev*. 2016; 9 (22):12-20. [Persian]
- Monagheb SE, Mosalanejad N. Teaching how to break bad news: comparing role-play and group discussion on practice of medical interns in Jahrom Medical School. *Iran J Med Educ*. 2012; 11 (7) :789-797.
- Fontes CM, Menezes DV, Borgato MH, Luiz MR. Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Rev Bras Enferm*. 2017 Oct;70(5):1089-95.

21. Rajavel MP, Padmavathi T. Effectiveness of educational intervention to enhance communication skills among interns. *Panacea J Med Sci.* 2016;6(1):20-5.
22. Amini K, Alihossaini Z, Ghahremani Z. Randomized clinical trial comparison of the effect of verbal education and education booklet on preoperative anxiety. *J Perianesth Nurs*, 2019 Apr 1;34(2):289-96.

Hoseini Kasnavieh M, Rezai M, Amanollahi A, Seyedein S. Comparison of in-person and non- attendance of training programs to improve the skills of transmitting bad news by emergency medical assistants. *J Med Educ Dev.* 2020; 13 (39) :52-59