

نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران در بین پزشکان دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر علیرضا غفاری‌نژاد^۱، دکتر پوریا سالاری^۲، دکتر علی میرزازاده^۲

^۱ دانشیار گروه روانپزشکی، ^۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره دوم تابستان ۸۵ صفحات ۱۸۴-۱۷۹

چکیده

مقدمه: اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران، یکی از مشکل‌ترین وظایف پزشکان می‌باشد و هنوز در آموزش پزشکی، تدارک اندکی برای آموزش این موضوع مشکل فراهم شده است. مطالعات قبلی نشان داده است بیماران عموماً تمایل دارند با آنها راجع به بیماری شدید و اخبار بد، بی‌پرده و با همدلی صحبت شود. در این مطالعه ما به نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران توسط پزشکان دانشگاه علوم پزشکی کرمان پرداخته‌ایم.

روش کار: در این مطالعه توصیفی، پرسشنامه‌ای مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی، سؤالاتی راجع به نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد و چگونگی حمایت روانی ارائه شده به بیماران و سؤالاتی راجع به جنبه‌های محیطی در هنگام اطلاع‌رسانی اخبار بد در مطب، تهیه شده است. پس از بررسی روایی و پایایی پرسشنامه، در اختیار پزشکان نمونه قرار گرفت و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: از ۷۵ پرسشنامه توزیع شده، ۴۴ مورد تکمیل شد. پزشکانی که پاسخ داده بودند را ۲۹ مرد و ۱۵ زن به ترتیب با میانگین سنی $39/08 \pm 11/61$ سال و $1/21 \pm 6/59$ سال سابقه کار تشکیل دادند. نتایج نشان می‌دهد که بیماران در هنگام اطلاع‌رسانی اخبار بد، بیشتر به حمایت روانی توجه داشتند تا به حمایت محیطی. ارتباط آماری معناداری بین نمرات مربوط به حمایت‌های روانی و محیطی در حین اطلاع‌رسانی اخبار بد و جنس، وضعیت تأهل و سابقه کار پزشکان وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: بدون آموزش مناسب، ناراحتی و عدم اطمینانی که در حین اطلاع‌رسانی اخبار بد در پزشکان وجود دارد، باعث دوری آنها از بیماران می‌شود. فراهم نمودن آموزش‌های مربوطه در حین تحصیل و به صورت بازآموزی بعد از فارغ‌التحصیلی می‌تواند به پزشکان در شرایط سخت اطلاع‌رسانی اخبار بد، کمک نماید.

کلیدواژه‌ها: پزشکان - کرمان - بیماران

نویسنده مسئول:

دکتر علیرضا غفاری‌نژاد

بیمارستان شهیدبهشتی -

گروه روانپزشکی - دانشگاه

علوم پزشکی کرمان

کرمان - ایران

تلفن: ۰۹۸۳۴۱۲۱۱۷۸۸۴

پست الکترونیکی:

argnejas@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۳/۹/۱۰ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۱/۱۳ پذیرش مقاله: ۸۵/۴/۱۴

مقدمه:

واکنش‌های روانی نامطلوبی را در آنها ایجاد نماید (۱). از طرف دیگر نشان داده شده است وقتی به بیماران اطلاعات مورد تقاضای آنها داده نمی‌شود، بیشتر از نظر روانی دچار مشکل می‌شوند (۲). لذا نحوه رساندن خبر بد یکی از دغدغه‌های هر پزشکی می‌باشد. در مطالعه‌ای که در بخش روانپزشکی بیمارستان باکنیل در رابطه به نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران صورت گرفت، نشان داده شد همه پزشکان از اینکه باید خبرهای بد را

همه پزشکان در طول عمر کاری خود ناگزیر از ارائه اخبار یا گزارشاتی به بیماران خود می‌باشند که موجب نگرانی، ناراحتی و گاه ناامیدی آنها می‌گردد. اینگونه اخبار را اصطلاحاً اخبار بد (Bad news) می‌نامند. شنیدن خبر ابتلا به سرطان یا یک بیماری صعب‌العلاج یا ناعلاج برای بیماران، خبری سخت و ناخوشایند بوده و می‌تواند آنها را از نظر روانی آسیب‌پذیر ساخته و

مقوله قابل توجه مورد عنایت بیشتری در تحقیقات تکمیلی آینده قرار گیرد.

روش کار:

این مطالعه مقطعی - توصیفی با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای تصادفی صورت گرفت. پرسشنامه‌های پژوهشی که شامل سؤالات مربوط به خصوصیات جمعیت شناختی، یازده سؤال مربوط به حمایت‌های روانی عاطفی و هشت سؤال مربوط به حمایت‌های محیطی بود بین ۷۵ نفر (۴۳ نفر از متخصصان بالینی عضو هیئت علمی و ۳۲ نفر دستیاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی کرمان) توزیع گردید. پزشکانی انتخاب گردیدند که بیشتر از یک مورد تجربه اطلاع‌رسانی اخبار بد راجع به بیماری را به بیماران خود در سابقه کاری خود ذکر می‌نمودند. اخبار بد تنها به اطلاعات ناخوشایند راجع به بیماری و پیش‌آگهی آن محدود گردید. در مجموع ۴۴ پرسشنامه برگردانیده شد و در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

یازده سؤالی که مربوط به حمایت روانی عاطفی بود به این مقوله می‌پرداخت که پزشک چگونه اخبار بد را ارائه می‌نماید و حمایت روانی برای بیماران و خانواده آنها را چگونه فراهم می‌نماید. این سؤالات شامل سؤالات مربوط به جلب حمایت و رضایت بستگان بیمار، ارزیابی میزان درخواست بیمار برای دانستن از بیماری خود، ارائه آمار راجع به میزان بقاء، فشردن دست یا بازوی بیمار در هنگام ارائه خبر بد، ارائه اطلاعات درباره طول عمر احتمالی، توجه به ترسها و علائق بیمار، ارائه به موقع اخبار، تشویق بیمار به ابراز احساسات موقع شنیدن اخبار بد و دادن اطمینان به بیمار بود.

هشت سؤالی که مربوط به حمایت‌های فیزیکی بود به مقوله شرایط فیزیکی و محیطی ارائه اخبار بد به بیمار می‌پرداخت. خصوصاً بودن محیط، انتخاب زمان مناسب، رعایت فاصله نزدیک با بیمار، استفاده از روپوش پزشکی، معرفی بیمار به گروه‌های حمایتی، اطمینان از داشتن همراهی، عدم استفاده از تلفن یا عدم توجه

به بیمار برسانند ناراضی بودند و علت عمده ناراضی‌های آنها این بود که نمی‌دانستند چگونه باید اخبار بد را منتقل سازند تا باعث ایجاد حداقل تأثیرات منفی در بیمار گردد (۳). به نظر می‌رسد نحوه رسانیدن اخبار بد به بیماران مورد توجه کافی در برنامه‌های آموزش پزشکی قرار نگرفته است و به رغم آنکه تقریباً همگی پزشکان در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر از چنین کاری می‌باشند اطلاعات کافی راجع به نحوه انجام آن ندارند. در یک مطالعه نظرسنجی بر روی دانشجویان پزشکی در کانادا نشان داده شد، ۸۲٪ از افراد مورد مطالعه، برقراری دوره آموزشی برای اطلاع‌رسانی اخبار بد را لازم و مفید می‌دانستند (۴). باید توجه نمود ارائه اخبار بد نه تنها موجب ناراحتی و اضطراب در فرد شنونده می‌گردد، بلکه احساسات بدی را در بازگوکننده اخبار بد برمی‌انگیزد (۵). تمامی کادر درمان منجمله پزشکان بایستی از نحوه ارائه اخبار بد به بیماران و خانواده آنها اطلاع داشته باشند. نحوه ارائه اخبار بد می‌تواند به اندازه خود خبر ارزش داشته باشد (۶).

دکتر رابرت باکمن از دانشگاه تورنتو یک پروتکل ۶ مرحله‌ای برای ارائه اخبار بد ارائه نموده است این شش مرحله عبارتند از: ۱- شروع مناسب ۲- اطلاع از اطلاعاتی که بیمار و خانواده وی دارند. ۳- اطلاع از اینکه بیمار و خانواده وی چه اندازه می‌خواهند بدانند. ۴- تبادل اطلاعات ۵- واکنش به احساسات بیمار و خانواده وی ۶- برنامه‌ریزی و ادامه درمان (۷).

علاوه بر نداشتن آموزش کافی راجع به ارائه اخبار بد، در مطالعات اخیر نشان داده شده است که ناتوانی در واکنش صحیح به احساسات بیماران بعد از شنیدن اخبار بد یک مانع مهم از اجتناب پزشکان برای ارائه اخبار بد می‌باشد (۸،۹).

با توجه به این نکته که در حال حاضر نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد جزء برنامه‌های آموزش پزشکی در کشور ما نمی‌باشد، بر آن شدیم در این تحقیق در نخستین قدم به ارزیابی عملکرد متخصصان و دستیاران در این زمینه در شهر کرمان بپردازیم با امید آن که این

عملکرد حمایت روانی در گروه اول $3/72 \pm 0/42$ و در گروه دوم $3/87 \pm 0/28$ بود. نمره عملکرد حمایت محیطی در متخصصین و دستیاران رشته‌های جراحی $3/6 \pm 0/60$ بود. اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد. اختلاف نمره کسب شده در دو زمینه عملکرد حمایت روانی و حمایت محیطی بین افراد متأهل و مجرد وجود نداشت، در ضمن اختلاف آماری در همین رابطه بین دستیاران و متخصصان مشاهده نگردید. سن، مدت زمان اشتغال به طبابت و زمان ویزیت بیماران در روز ارتباط معناداری با نمره عملکرد حمایت روانی و محیطی نداشت. تنها یک نفر از افراد شرکت‌کننده در مطالعه گزارش می‌داد که در زمینه اطلاع اخبار بد آموزش دیده بود.

فراوانی نسبی پاسخ‌های افراد در زمینه حمایت‌های روانی از بیمار در هنگام اطلاع‌رسانی خبرهای بد به تفکیک یازده سؤال در جدول شماره یک نشان داده شده است. ۴۴ نفر شرکت‌کننده در مطالعه به کلیه این سؤالات پاسخ داده بودند. فراوانی نسبی پاسخ‌های افراد در زمینه حمایت‌های عاطفی به تفکیک یازده سؤال در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. فراوانی نسبی پاسخ‌های افراد در زمینه حمایت‌های محیطی از بیمار در هنگام اطلاع‌رسانی خبرهای بد به تفکیک ۸ سؤال در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. حداکثر افرادی که به حداقل یکی از این سؤال‌ها پاسخ داده بودند ۲۷ مورد بود.

به پیچ از موارد ارزیابی شده توسط این سؤالات بود. برای هر کدام از سؤالات پرسشنامه امکان انتخاب یکی از پنج گزینه همیشه، اغلب، بعضی اوقات، به ندرت و هرگز وجود دارد. برای سؤالات با مفهوم مثبت امتیازدهی از ۱ تا ۵ برای گزینه همیشه تا هرگز و برای سؤالات با مفهوم منفی امتیازدهی از ۱ تا ۵ به صورت معکوس صورت گرفته و در نهایت نمره نهایی پرسشنامه محاسبه گردید. پرسشنامه مورد استفاده با توجه به مطالعه مشابه انجام شده در کانادا تهیه گردیده (۵) و قبل از انجام تحقیق روایی و پایایی سؤالات در یک نظرسنجی از ده نفر از متخصصین پزشکی در شهر کرمان مورد سنجش قرار گرفت. نتایج با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

در این مطالعه (۶۵/۹٪) ۲۹ نفر مرد و (۳۴/۱٪) ۱۵ نفر زن با متوسط سنی $39/08 \pm 8/61$ سال و سابقه اشتغال به طبابت $8/21 \pm 6/09$ سال شرکت داشتند نمره عملکرد حمایت روانی در مردان $3/74 \pm 0/39$ و در زنان $3/84 \pm 0/34$ بود. نمره عملکرد حمایت محیطی در مردان $3/44 \pm 0/66$ و در زنان $3/48 \pm 0/75$ بود. اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت. ۲۶ نفر (۵۹/۱٪) از جمعیت مورد مطالعه را متخصصین و دستیاران رشته‌های داخلی و ۱۸ نفر (۴۰/۹٪) متخصصین و دستیاران رشته‌های جراحی، تشکیل می‌دادند. نمره

جدول شماره ۱- فراوانی نسبی پاسخهای افراد در زمینه حمایت‌های روانی از بیماران در هنگام اطلاع‌رسانی خبر بد

عبارت عملکردی	همیشه	اغلب	بعضی اوقات	به ندرت	هرگز	CI95% ¹
زمان گفتن خبر بد، حمایت و رضایت بستگان بیمار (در صورت دسترسی) را جلب می‌کنم	۲۴ (۵۴/۵) ^۲	۱۶ (۳۶/۴)	۳ (۶/۸)	۱ (۲/۳)	-	۲۸/۴ - ۹۹/۴
قبل از دادن خبر بد به بیمار، میزان درخواست بیمار درباره آگاهی از بیماریش را برآورد می‌کنم	۲۶ (۵۹/۸)	۱۴ (۳۱/۸)	۴ (۹/۱)	-	-	۸۲/۴ - ۹۹/۴
آمار دقیقی از میزان بقاء (Survival) بیماری وی را به اطلاع او می‌رسانم	۶ (۱۳/۶)	۷ (۱۵/۹)	۱۱ (۲۵)	۱۴ (۳۱/۹)	۶ (۱۳/۶)	۱۵/۷ - ۴۲/۱
در هنگام دادن خبر بد، برای احساس همدردی دست یا بازوی بیمار را می‌فشارم	۴ (۹/۱)	۱۴ (۳۱/۸)	۱۴ (۳۱/۸)	۷ (۱۵/۹)	۵ (۱۱/۴)	۲۶/۴ - ۵۵/۴
قبل از وارد شدن به جزئیات خبر بد، به اهمیت موضوع اشاره‌ای می‌کنم	۱۸ (۴۰/۹)	۱۶ (۳۶/۳)	۵ (۱۱/۴)	۵ (۱۱/۴)	-	۶۷ - ۹۱/۳
مطمئن می‌شوم که در هنگام گفتن خبر بد، نوعی از امید هم به بیمار منتقل کنم	۳۰ (۶۱/۸)	۱۱ (۲۵)	۲ (۴/۵)	۱ (۲/۳)	-	۸۹ - ۱۰۰
اگر بیمار درباره طول عمر خود سؤالی پرسید، زمان مشخصی را به او اعلام می‌کنم	۲ (۴/۵)	۱ (۲/۳)	۵ (۱۱/۴)	۱۰ (۲۲/۷)	۲۶ (۵۹/۸)	۰ - ۱۳/۹
در موقع گفتن خبر بد، به نگرانیها، ترسها و علائق بیمار توجه می‌کنم	۳۰ (۶۸/۲)	۱۲ (۲۷/۳)	۲ (۴/۵)	-	-	۸۶/۱ - ۱۰۰
در اولین زمانی که بیمار درباره بیماری خود آگاهی پیدا کرد، خبرهای بد را با وی در میان می‌گذاریم	۱ (۲/۳)	۶ (۱۳/۶)	۱۳ (۲۹/۵)	۱۲ (۲۷/۳)	۱۲ (۲۷/۳)	۴/۹ - ۲۶/۱
هنگامی که خبر بد را به بیمار می‌دهم، او را برای بیان احساساتش تشویق می‌کنم	۵ (۱۱/۴)	۱۱ (۲۵)	۱۴ (۳۱/۸)	۱۲ (۲۷/۳)	۲ (۴/۵)	۲۲/۸ - ۵۱/۶
هنگام دادن خبر بد به بیمار می‌گویم که همه چیز درست می‌شود	۸ (۱۸/۲)	۱۳ (۲۹/۵)	۱۱ (۲۵)	۷ (۱۵/۹)	۶ (۱۱/۴)	۳۲/۱ - ۶۱/۳

^۱ محدوده اطمینان ۹۵٪ برای فراوانی افرادی که پاسخ‌های همیشه و اغلب را برای هر سؤال انتخاب کرده‌اند.

CI: Confidence Interval

^۲ اعداد داخل () بیانگر درصد فراوانی هستند.

جدول شماره ۲- فراوانی نسبی پاسخهای افراد در زمینه حمایت‌های محیطی از بیماران در هنگام اطلاع‌رسانی خبر بد

عبارت عملکردی	همیشه	اغلب	بعضی اوقات	به ندرت	هرگز	CI95% ¹
مطمئن می‌شوم که ملاقات با بیمار برای دادن خبر بد کاملاً خصوصی باشد	۱۰ (۴۰/۰) ^۲	۷ (۲۸/۰)	۳ (۱۲/۰)	۱ (۴/۰)	۴ (۱۶/۰)	۴۹/۷ - ۸۶/۳
زمانی را برای دادن خبر بد انتخاب می‌کنم که بیمار و همراهانش راحت‌تر باشند	۱۵ (۵۵/۶)	۱۰ (۳۷/۰)	۲ (۷/۴)	-	-	۸۲/۷ - ۱۰۰
هنگام دادن خبر بد ترجیح می‌دهم روی یک صندلی کنار بیمار بنشینم تا پشت میز خودم	۳ (۱۱/۵)	۴ (۱۵/۴)	۱۰ (۳۸/۵)	۶ (۲۳/۱)	۳ (۱۱/۵)	۹/۸ - ۴۳/۹
هنگام دادن خبر بد به بیمار روپوش پزشکی خود را می‌پوشم	۱۰ (۳۷/۰)	۴ (۱۴/۸)	۳ (۱۱/۱)	۴ (۱۴/۸)	۶ (۲۲/۲)	۲۶ - ۷۳/۶
بعد از اطلاع بیمار از خبر بد در مورد سلامتی وی او را به گروه‌های حمایتی بیماران سرطانی معرفی می‌کنم	۵ (۲۳/۸)	۴ (۱۹/۰)	۴ (۱۹/۰)	۸ (۳۸/۱)	-	۲۱/۶ - ۶۳/۹
قبل از دادن خبر بد به بیمار مطمئن می‌شوم که یک نفر حمایت‌کننده همراه او باشد	۱۶ (۵۹/۳)	۸ (۲۹/۲)	۲ (۷/۴)	۱ (۳/۷)	-	۷۷ - ۱۰۰
هنگام دادن خبر بد به بیمار از منشی خود می‌خواهم کلیه مکالمات تلفی من را پشت خط نگه دارد	۴ (۱۸/۲)	۸ (۳۶/۶)	۴ (۱۸/۲)	۵ (۲۲/۷)	۱ (۴/۵)	۳۳/۸ - ۷۵/۴
هنگام دادن خبر بد به بیمار موبایل، پیجر و... خود را خاموش می‌کنم یا از کسی می‌خواهم به آنها پاسخ دهد	۱۰ (۴۳/۵)	۶ (۲۶/۱)	۴ (۱۷/۴)	۱ (۴/۳)	۲ (۸/۷)	۵۰/۸ - ۸۸/۴

^۱ محدوده اطمینان ۹۵٪ برای فراوانی افرادی که پاسخ‌های همیشه و اغلب را برای هر سؤال انتخاب کرده‌اند.

CI: Confidence Interval

^۲ اعداد داخل () بیانگر درصد فراوانی هستند.

بحث و نتیجه‌گیری:

به غیر از یک نفر بقیه گروه مورد مطالعه هیچگونه آموزشی در زمینه انتقال اخبار بد به بیمار نداشت و بقیه گروه آنچه را که به صورت تجربی آموخته بودند مورد استفاده قرار می‌دادند. تعداد زیادی از پرسشنامه‌هایی که برگردانیده نشده بودند می‌تواند نشان دهنده این واقعیت باشد که بسیاری از پزشکان ما اصولاً به اهمیت این موضوع فکر نکرده بودند. تمامی پاسخ دهندگان به سؤالات مربوط به حمایت‌های روانی از بیمار در هنگام انتقال خبر بد پاسخ داده بودند در حالیکه تنها ۲۷ نفر حداقل به یکی از سؤالات مربوط به حمایت‌های محیطی در هنگام انتقال خبرهای بد پاسخ داده بودند. به نظر می‌رسد به تجربه پزشکان به اهمیت حمایت‌های روانی پی برده‌اند به عنوان مثال ۹۳/۲٪ (CI: ۸۹-۱۰۰) از پزشکان در هنگام ارائه خبر بد سعی در انتقال امیدواری هم به بیمار بودند و یا ۹۵/۵٪ (CI: ۸۶/۱-۱۰۰) از پزشکان در هنگام انتقال خبر بد به نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار توجه می‌نمودند. تنها ۱۵/۹٪ (CI: ۹-۳۶/۱) از پزشکان بلافاصله بیمار را در جریان یک خبر بد قرار می‌دادند. پزشکیانی که به اهمیت شرایط محیط در هنگام انتقال خبر بد واقف بودند اکثراً سعی در رعایت حداکثر شرایط مطلوب در هنگام انتقال اخبار بد داشتند.

ارائه اخبار بد به مفهوم خبر از دست دادن تلقی می‌گردد و بدیهی است که فرایند سوگواری در بیمار شکل می‌گیرد در مرحله نخست باور کردن موضوع برای بیمار یا اطرافیان وی مشکل است آنها در این مرحله معمولاً از مکانیسم دفاعی انکار استفاده می‌کنند و پس از آن پزشک بایستی آمادگی مواجهه با خشم، اضطراب و حالات هیجانی دال بر افسردگی باشد (۱۰). بنابراین آموزش مهارت اطلاع‌رسانی اخبار بد مستلزم دانستن اطلاعات کافی در خصوص سازمان روانی انسان و نحوه استفاده وی از مکانیسم‌های دفاعی می‌باشد. بدین‌سان پزشک می‌تواند بیمار را تا رسیدن به مرحله پذیرش خبر و کمک به وی برای برنامه‌ریزی برای زمان

باقیمانده همراهی نماید. در هیچ زمانی به اندازه زمانی که پزشک قصد رسانیدن اخبار بد را دارد، توانایی ایجاد ارتباط، مکالمه مؤثر و انعطاف در برابر هیجانات بیمار، اهمیت ندارد. به قولی هرچند که حقیقت ممکن است تلخ باشد اما بیان آن لازم است (۱۱). در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران دوره‌های آموزشی برای نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد وجود ندارد و پزشکان به تجربه در این خصوص روش‌هایی را اتخاذ نمایند. در کشورهای غربی راهکارها و دوره‌های آموزشی برای نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران طراحی شده است (۱۲،۱۳). اما حتی در این روش‌ها هم کاستی‌هایی وجود دارد زیرا نمایانگر این نمی‌باشد که بعداً پزشک چگونه از آموخته‌های خود استفاده می‌نماید.

اخیراً یک نوع روش ارزیابی جدید بر مبنای روش OSCE (Objective Structured Clinical Examination) و با استفاده از بیماران استاندارد طراحی شده است (۱۴). در این روش می‌توان به بررسی مهارت‌های آموخته شده توسط پزشک پرداخت.

در مطالعه انجام شده محدودیت‌های زیر وجود دارد:

- ۱- این تحقیق بر روی پزشکان شاغل در دانشگاه (اساتید و دستیاران) صورت گرفت و طبیعتاً نتایج آن را نمی‌توان به راحتی به همه پزشکان تعمیم داد.
 - ۲- این پرسشنامه گویای نظرات پزشکان است و عملکرد آنها را در هنگام اخبار بد نشان نمی‌دهد، الزاماً افراد به آنچه که اعتقاد دارند، عمل نمی‌نمایند.
- امید است مطالعات آینده بتواند بررسی‌های جامع‌تری ارائه نموده و اهمیت توانایی پزشکان برای اخبار بد را در کشور ما روشن‌تر نماید.

References

منابع

1. Molleman E, Krabbendam PJ, Annyas AA, Koops HS, Sleijfer DT, Vermey A. The significance of the doctor – patient relationship in coping with cancer. *Soc Sci Med*. 1984;18:475-480.
2. Parle M, Jones B, Mguire P. Maladaptive coping and affective disorder in cancer patients. *Psychol Med*. 1996;26:735-744.
3. Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL, Ptacek JJ. Breaking bad news to patients: Physicians perception of the process. *Support Care Cancer*. 1999;7(3):113-120.
4. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical student how to break bad news. *CMAJ*. 1997;156(8):1159-1164.
5. Billson A, Tyrrell J. How to break bad news. *Current paediatrics*. 2003;13:284-287.
6. Harrahill M. Giving bad news gracefully. *J Emerg Nurs*. 2005;31:312-314.
7. Buckman R. How to break news, a guide for health care professionals. Baltimore: John Hopkins university press;1992;15-45.
8. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Edu*. 2001;35:197-205.
9. Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor-Patient communication: a study of junior house officer. *Med Educ*. 1997;31:17-21.
10. Schubert CJ, Chambers P. Bulding the skill of delivering bad news. *Clin Ped Emerg Med*. 2005;6:165-172.
11. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Clinical ethics, 3rd ed. NY:McGraw-Hill;1992:53.
12. Roseenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategis. *Acad Med*. 2004;79:107-117.
13. Rosenbaum ME, Kreiter C. Teaching delivery of bad news using experiential sessions with standardized patients. *Teach Learn Med*. 2002;14:144-149.
14. Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of primary care physicians to break bad new: a performance based assessment of an educational intervention. *Patient Educ Couns*. 2006;60:10-15.