

آیا راه کار مناسبی جهت تسهیل انتقال «خبر بد» به بیمار وجود دارد؟

آرزو ابن احمدی^۱، نسترن حیدری^۲

مقاله‌ی مروری

چکیده

در طی ۵۰ سال اخیر نقش ارتباطات در ارائه‌ی خدمات سلامت به‌طور جدی مورد بحث قرار گرفته است و کسب مهارت‌های ارتباطی صحیح بین پزشک و بیمار نقش به‌سزایی در ارائه‌ی سلامت و احقاق حقوق اخلاقی و قانونی بیمار دارد. هدف اصلی این مقاله مروری بر مطالعات و شواهد موجود جهت تسهیل انتقال اخبار ناگوار است به‌نوعی که بتوان در نهایت راه‌کاری مناسب در این راستا ارائه داد.

منابع برای این مطالعه‌ی مروری از طریق جست‌وجو در سایت‌های ScienceDirect, Ovid, Springer, Scopus, ProQuest, Pub Med, Google scholar و به‌کار بردن کلمات کلیدی «اخبار ناگوار»، «ارتباطات» و «راه‌کار» با محدود کردن به مقالات و دستورالعمل‌های انگلیسی چاپ شده از سال ۱۹۶۱ تهیه گردید.

تمام مقالات چاپ شده توصیفی و تحلیلی اعم از مشاهده‌ای و مداخله‌ای تجربی، نیمه‌تجربی و غیرتجربی که به‌نحوی از انحاء با انتقال اخبار ناگوار در ارتباط بودند وارد مطالعه گردید؛ بدین صورت که آخرین و معتبرترین راه‌کارها و توصیه‌ها بررسی، تقسیم‌بندی، جمع‌بندی و در نهایت بهترین توصیه‌ها در تسهیل انتقال اخبار ناگوار ارائه گردید.

گرچه بسیاری از مقالات در عنوان خود اطلاعاتی در خصوص انتقال اخبار ناگوار داشته و بحث‌های زیادی در انتقال این اخبار را ارائه داده‌اند، اما سعی گردید موارد تکراری و مشترک در مدل‌های مختلف را شناسایی و در نهایت توصیه‌های مشترک را به‌عنوان راه‌کاری مناسب در تسهیل انتقال اخبار ناگوار ارائه دهیم. پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات مداخله‌ای بیشتری در این راستا انجام پذیرد تا به‌صورت مؤثرتری به بررسی مداخلات در رویکردهای تعاملی ارتباط پزشکان با بیماران در هنگام انتقال اخبار ناگوار بپردازد.

واژگان کلیدی: خبر بد، اعلام خبر بد، ارتباط پزشک و بیمار

^۱ استادیار گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه شهید بهشتی

^۲ دندان‌پزشک، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه شهید بهشتی

* نشانی: ولنجک، بلوار دانشجو، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن-فاکس: ۲۲۴۲۱۸۱۳

مقدمه

بسیاری از شواهد نشان می‌دهد که ارتباط پزشک و بیمار در حد مطلوب نیست و نداشتن مهارت‌های لازم ارتباطی به‌ویژه هنگام اعلام خبر بد موجب رنجش فراوان و غیرقابل جبرانی در بیمار و همراهان وی خواهد شد. ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت بدون ارتباط مدبرانه و دوراندیشانه که از مسؤلیت‌های اصلی کارکنان حرفه‌ای سلامت می‌باشد امکان پذیر نخواهد بود (۱). ارتباط مؤثر، پایه و اساس اعتماد و درک متقابل است و در مقابل ارتباط ضعیف مانعی برای انجام صحیح کارها می‌باشد که به خودی خود بازده کار را کاهش و سوء تفاهمات را افزایش می‌دهد.

ارتباط پزشک - بیمار در واقع در رأس ارتباطات علوم پزشکی قرار دارد. ایجاد هماهنگی و درک متقابل بیمار یکی از وظایف اصلی پزشک محسوب می‌گردد، چرا که طبق برآوردهای انجام شده در طی ۴۰ سال دوره‌ی طبابت یک پزشک حداقل دو میلیون مشاوره پزشکی صورت می‌پذیرد (۴ - ۲).

علوم پایه، مهارت‌های ارتباطی، معاینات پزشکی و توانایی حل مشکلات بیماران چهار جز اصلی صلاحیت‌های پزشکی می‌باشند. مسؤلیت انتقال خبر بد به بیمار و اطرافیان وی یکی از مشکل‌ترین جنبه‌های حرفه‌ای پزشکی است و در این میان ضروری است که پزشک نسبت به مسائل اجتماعی، روان‌شناختی و بالینی بیمار شناخت کامل داشته باشد به‌نحوی که بتواند در شناسایی و ارزیابی استعداد‌های بالقوه‌ی مطلق و نسبی آن‌ها در رویارویی با این اخبار و برقراری ارتباط مؤثر، کمک نماید. استعداد‌های بالقوه‌ی مطلق، بیانگر حمایت‌های اجتماعی و استعداد‌های بالقوه‌ی نسبی بیانگر محرک‌های تنش‌زا می‌باشند. با ایجاد توازن میان این استعدادها می‌توان بیمار را برای مواجهه با موقعیت اعلام خبر بد آماده نمود. معمولاً بیماران به این امر که در برقراری ارتباط با پزشک موانع و فواصل وجود دارد یا آن‌ها به‌درستی به

سخنانشان گوش نمی‌دهند، اذعان داشته و آن را عاملی در جهت مؤثر واقع نشدن درمان می‌دانند. شواهد نیز مبین این مسأله است که خوب گوش کردن پزشک گاهی آلام نهفته‌ای را در بیمار و بیماری‌اش آشکار می‌کند که حتی مجهزترین آزمایش‌ها، پرتو نگاری‌ها و حتی تکنولوژی‌های پیشرفته نیز قادر به تشخیص نیستند (۵). بنابراین، یادگیری مهارت‌های ارتباطی در پزشکی علاوه بر بهینه‌سازی نتایج درمانی، در رفاه اجتماعی و روانی بیمار تأثیر به‌سزایی دارد (۶).

روش کار

این مطالعه از طریق جست‌وجو در سایت‌های ScienceDirect, Ovid, Springer, Scopus, ProQuest, Pub Med, Google scholar و به‌کار بردن کلمات کلیدی, "breaking", "bad news", "communication", "strategy", "guidelines" و "protocol" در مقالات انگلیسی چاپ شده از سال ۱۹۶۱ تهیه گردید.

تمام مقالات چاپ شده توصیفی و تحلیلی اعم از مشاهده‌ای و مداخله‌ای تجربی، نیمه‌تجربی و غیرتجربی که به‌نحوی از انحاء با انتقال اخبار ناگوار در ارتباط بوده وارد مطالعه گردید، بدین‌صورت که تمام راه‌کارها و مراحل قدم به قدم مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت و با توجه به رویکردهای موجود جمع‌بندی و تقسیم‌بندی گردید. در نهایت، مراحل تکرار شده در این رویکردها (بهترین توصیه‌های مشترک که اغلب محققان بر آن اتفاق نظر داشتند) به‌عنوان راه‌کار نهایی در جهت تسهیل انتقال اخبار ناگوار ارائه گردید. «خبر بد» به‌عنوان اولین و اصلی‌ترین کلیدواژه انتخاب شد و جست‌وجوی خود را محدود به مقالات انگلیسی و فارسی کردیم. این روند منجر به دستیابی به بیش از ۲۰۰ مقاله گردید که تنها ۸۳ مقاله‌ای که محتوای آن با اهداف مطالعه ما هم‌خوانی داشتند انتخاب شدند. مقالاتی که از مطالعه‌ی ما خارج گردیدند عبارتند از مقالاتی که:

- با تعامل بین بیمار و پزشک در ارتباط نبودند؛
- راه‌کاری برای سهولت اعلام خبر بد ارائه ندادند بودند

مثل نقطه نظرات و مکاتبات.

راه کار، توصیه و قدم‌هایی که برای سهولت اعلام خبر بد در این مقالات ارائه شده بود مورد دسته‌بندی قرار گرفت که بسیار متنوع بودند، اما در نهایت مراحلی که در عرض این مقالات تکراری شده بود مجدداً مورد طبقه‌بندی قرار گرفت. قابل ذکر است که توصیه‌ها نیز بر اساس اعلام نوع بیماری (شرایط خاص پزشکی) و شرایط گیرنده‌ی خبر (بیمار یا خانواده‌ی وی) نیز ویژگی خاص خود را داشتند ولی ما در این بررسی ویژگی کلی و عمومی را در طبقه‌بندی خود منظور کردیم. انواع مهارت‌های ارتباطی و رابطه‌ی آن‌ها با یکدیگر را این‌گونه می‌توان خلاصه نمود (۷):

- ۱- مهارت در محتوای مطلب: این‌که پزشک چه مفاهیمی را انتقال می‌دهد؛
 - ۲- روند اجرایی مهارت ارتباطی: این‌که چگونه ارتباطات صورت می‌گیرد؛
 - ۳- مهارت‌های ادراکی: این‌که بیماران به چه چیزی می‌اندیشند و چه احساسی دارند.
- برای درک بهتر این مهارت‌ها لازم است مفاهیم زیر را با موشکافی بیش‌تری بررسی نمود.

بیمار محوری

استانداردهای معاصر اخلاق پزشکی در صدد ایجاد زمینه‌ای مناسب در جهت افزایش احترام و حفظ کرامت بیماران بوده که این امر خود منجر به افزایش احترام به پزشک نیز می‌گردد. بیماران به‌عنوان یک انسان و هم‌چنین به‌عنوان گیرندگان خدمات درمانی دارای حقوق مشخصی هستند. از میان این استانداردها می‌توان به بیمارمحوری و مطلع بودن از قوانین آن اشاره کرد.

بر طبق بیانیه‌ی جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۹۸ تمام انسان‌ها حق بهره‌مندی از شرایط زندگی استاندارد یعنی سلامت، رفاه شخصی و خانوادگی خود که شامل غذا، لباس، خانه و مراقبت‌ها و خدمات درمانی می‌باشد را دارند (۸).

احترام به بیمار و بیمارمحوری سنگ بنای اصلی، قانونی و

اخلاقی کلیه‌ی تعاملات بشری در خدمات سلامت محسوب می‌گردد. انسان‌های بالغ حق دارند که برای چگونگی مراقبت از سلامت خود تصمیم بگیرند (۹).

در هزاره‌ی جدید Leino-kilpi و همکارانش نظریه‌ی خودمحوری را که شامل سه مفهوم اصلی ۱- نظارت شخصی، ۲- واقعیت‌های شخصی، و ۳- خودمحوری حقیقی می‌باشد مطرح کرده‌اند و خودمحوری را توانایی اندیشیدن، تصمیم‌گیری و عملکرد بر مبنای تفکر خود تعریف نموده‌اند.

بیمارمحوری، مبین این مسأله است که بیمار می‌بایست در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامتی خود سهیم باشد و رعایت حقوق بیمار یکی از مسؤلیت‌های اصلی پزشک است (۱۰). در این تعریف دو نکته قابل توجه عبارت است از:

- ۱) زندگی و سلامت بیمار، محور اصلی تصمیمات است؛
 - ۲) بیمار از تصمیمات اتخاذ شده بر اساس شخصیت اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی خود مطلع باشد.
- پزشک باید با بیمار یا همراهان وی به‌صورت واضح و شفاف صحبت کند و آن‌ها را از خطرات احتمالی که بیمار با آن مواجه است آگاه ساخته و در اخذ تصمیم نهایی به آن‌ها کمک نماید (۱۱، ۱۲).

اعلام خبر بد

بررسی‌های انجام شده در طی سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ یعنی زمانی که هیچ‌امیدی به درمان سرطان وجود نداشت، نشان داد که اغلب پزشکان آن عصر اعلام این‌گونه اخبار به بیمار را عملی غیرانسانی و مخرب می‌دانستند (۱۴، ۱۳)؛ اما امروزه با توجه به پیشرفت‌هایی که در درمان این‌گونه بیماری‌ها حاصل گردیده می‌توان خبر ناگوار را به همراه امید بهبودی به بیمار انتقال داد. در سال ۱۸۴۷ انجمن پزشکی آمریکا اولین دستورالعمل اخلاق پزشکی را با این مضمون منتشر کرد: «طول عمر بیمار نه تنها با عملکردهای نادرست پزشکان بلکه با کلمات، مهارت‌های رفتاری و ارتباطی ناصحیح او نیز می‌تواند کاهش یابد». به همین دلیل لازم است

مهارت‌های ارتباطی نشده، به همین علت پزشکان معمولاً احساس می‌کنند که آمادگی انتقال خبر بد را نداشته یا باعث یأس بیمار می‌گردند. تأثیرات منفی این امر باعث تضعیف اعتماد به نفس و ایجاد حس نارضایتی در پزشکان می‌گردد و حتی ممکن است پزشک در این شرایط از وظیفه‌ی اصلی خود در انتقال خبر ناگوار شانه خالی کند (۲۱).

چرا نحوه‌ی ارائه‌ی خبر بد از اهمیت زیادی برخوردار است؟

گاهی اوقات بین امیدهای بیمار و شیوه‌ای که پزشک خبر بد را انتقال می‌دهد تعارضاتی وجود دارد. معمولاً پزشکان نسبت به دلواپسی‌های بیمار توجهی نداشته، در مورد وضعیت روان‌شناسی و اجتماعی آن‌ها تحقیق و تفحص نمی‌کنند یا نیازهای شخصی بیمار را مبنای کار خود قرار نمی‌دهند، در عوض به روش‌های معمولی انتقال خبر بد بسنده کرده و باعث افزایش تشویش در بیماران می‌گردند. این تعارضات رفتاری باعث اختلالاتی در کنترل برخی از علائم فیزیکی مانند درد به‌خصوص در بیمارانی که روزهای پایانی عمر خود را می‌گذرانند، می‌شود. از طرفی، ارائه‌ی پاسخ صحیح به بیمارانی که علاقه‌مند به دریافت اطلاعات در زمینه‌ی بیماری خود هستند ضروری است؛ در غیر این صورت آن‌ها نسبت به چشم‌انداز زندگی خود دچار اشتباه شده و نمی‌توانند از فرصت باقی‌مانده جهت اتمام کارهای ناتمام خود به‌خوبی استفاده کنند و در نتیجه شرایط متعاقب آن برای خانواده‌ی بیمار بسیار دشوارتر و احتمال بروز بیماری‌های روانی در بین اعضای خانواده نیز بیش‌تر خواهد شد.

موانعی که پزشک در هنگام انتقال خبر بد با آن روبه‌رو است:

یکی از موانع موجود در این راستا احساسات پزشک است که شامل اضطراب، بارسنگین مسئولیت انتقال خبر و ترس از هم‌گسیختن رابطه‌ی درمانی میان پزشک و بیمار می‌باشد (۲۲). مسأله‌ی دیگر درخواست بستگان بیمار از پزشک نسبت به پنهان کردن واقعیت از بیمار است، در واقع، این خواسته‌ی

پزشکان در تعاملات خود با بیماران نهایت دقت و توجه را داشته باشند و از اعمال و رفتاری که می‌تواند موجب دلسردی و افسرده شدن بیمار شود خودداری نمایند (۱۵).

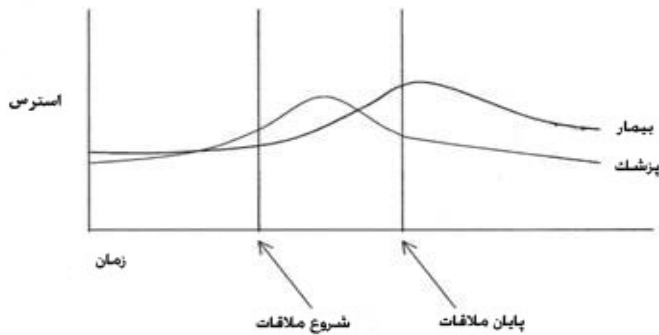
شواهد نشان داده که به‌ندرت میان پزشک و بیمار لاعلاج یا نزدیک به مرگ ارتباط صحیحی برقرار می‌گردد و این برقراری ارتباط همواره با کاستی‌های فراوانی همراه است (۱۶). بیمارانی که دارای بیماری مهلک و کشنده هستند نیاز به پزشکی با مهارت ارتباطی قوی و مؤثر دارند، در حالی که آنچه عملاً در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها با آن روبه‌رو می‌شوند در حد مطلوبی نیست (۱۷). در بسیاری از کشورهای پیشرفته جهت آمادگی پزشکان برای انجام این وظیفه‌ی خطیر تمهیدات و آموزش‌هایی در نظر گرفته‌اند. بدون آموزش مناسب، انتقال اخبار ناگوار باعث افزایش نگرانی، بی‌اعتمادی و اختلال در رابطه‌ی پزشک - بیمار می‌گردد.

خبر بد می‌تواند دارای تعابیر متفاوتی برای افراد گوناگون باشد. همچنین در منابع مختلف نیز تعاریف بسیاری عنوان شده که عبارتند از: «از دست دادن امید، آنچه سلامت فیزیکی و روانی بیمار را به خطر می‌اندازد، خطر نابودی پایه‌های زندگی، داشتن قدرت انتخاب اندک یا هر خبری که به‌طور ناگهانی و منفی دید بیمار را نسبت به آینده‌اش تغییر دهد» (۲۰ - ۱۸). مهم‌ترین مسأله چگونگی تأثیر خبر بد بر بیمار است که معمولاً بهانه‌ای جهت توجیه مخفی کردن آن از بیمار می‌گردد (۱۵).

در دهه‌های گذشته از طریق مدل‌های سستی ارائه‌ی خدمات به بیماران، راه‌کارهایی برای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خودش تحت عنوان «بیمارمحوری» ارائه شد. این مطالعات نشان دادند که ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران مایلند که پزشک بی‌پرده با آن‌ها صحبت کند و معدود بیمارانی هستند که علاقه‌ای به شنیدن حقایق ندارند و به همین سبب لازم است که ابتدا پزشک از تمایل بیمار به شنیدن حقایق اطمینان حاصل کند.

در طول تاریخ آموزش پزشکی تأکید چندانی به آموزش

خبر ناگوار می‌باشد (۲۷، ۲۶).



شکل شماره ۱ - مقایسه‌ی نوسان استرس بیمار و پزشک

در حین اعلام خبر بد (۲۶)

معمولاً پزشکان درست در زمان انتقال خبر بد دچار اضطراب و نگرانی می‌شوند و به همین علت از بحث پیرامون مسائل استرس‌زا مثل روند کند درمان یا خوشبین نبودن نسبت به درمان احتراز می‌کنند. در همین راستا، ارائه‌ی طرحی جامع در جهت شناسایی و تشخیص ارزش‌های مورد نظر بیمار و تمایل وی برای مشارکت در تصمیم‌گیری و در نهایت انتخاب راه‌کار مناسب در برقراری این ارتباط باعث تقویت اعتماد به نفس پزشک و سهولت انتقال خبر بد می‌گردد. این راه‌کارها می‌تواند هم بیمار را در تصمیم‌گیری‌های سخت درمانی یاری نموده و هم به توسعه‌ی رابطه‌ی پزشک - بیمار منجر شود و در نهایت پزشک را کمتر در معرض استرس و فشارهای روانی قرار دهد.

در سال ۱۹۹۷، Garg و همکارانش مطالعه‌ای را بر روی دانشجویان سال سوم پزشکی انجام دادند که هدف مطالعه آموزش مهارت‌های لازم جهت اعلام خبر بد به بیمار بود. به همین منظور آن‌ها از راه‌کاری که شامل شش بخش بود استفاده کردند و نتایج این مطالعه نشان داد که نسبت دانشجویانی که تمایل به انجام این وظیفه‌ی خطیر داشتند از ۴۹ درصد در شروع دوره به ۹۲ درصد پس از پایان آن تغییر یافت. هم‌چنین، نسبت دانشجویانی که در خود مهارت انتقال

آن‌ها یک واکنش احساسی به موقعیتی که بیمار در آن قرار دارد می‌باشد. معمولاً بستگان بیمار اذعان دارند که شناخت بیش‌تری نسبت به بیمار داشته و بهتر می‌دانند که چه چیزی برای او مناسب است و بر این باورند که گفتن حقیقت امید را از بیمار می‌گیرد. از دیگر موانع، عکس‌العمل‌های احساسی بیمار است. در این میان می‌توان به سه عکس‌العمل اصلی بیمار اشاره کرد: عصبانیت، که معمولاً به اشتباه متوجه پزشک می‌شود؛ دیگری احساس گناه است، یعنی بیمار احساس می‌کند که بیماری‌اش مجازات اتفاقاتی است که در زندگی گذشته‌اش رخ داده است؛ و در نهایت مقصر دانستن دیگران، بدین صورت که در واقع بیمار دیگران را مقصر شرایط پیش آمده می‌داند (۲۳).

نتایج

بیماران نسبت به شنیدن خبر بد واکنش‌های متفاوتی را بروز می‌دهند. در مطالعاتی که بر روی بیماران سرطانی صورت گرفته، بیش‌ترین واکنش‌ها به ترتیب شامل شوک ۵۴ درصد، وحشت ۴۶ درصد، پذیرش ۴۰ درصد، ناراحتی ۲۴ درصد و بدون هیچ‌گونه واکنش ۱۵ درصد می‌باشند (۲۴). به‌غیر از شرایط اورژانسی، معمولاً اعلام اخبار ناگوار به‌صورت سریع و آنی پیش نمی‌آید. تشخیص نهایی بیماری لاعلاج یا شرایط مایوس‌کننده معمولاً پس از چندین مرحله مشاوره، تست‌های آزمایشگاهی و دیگر بررسی‌ها تعیین می‌گردد که این فاصله‌ی زمانی فرصت آمادگی برای اعلام خبر بد را به پزشک می‌دهد (۲۵).

مسئله‌ی دیگر چگونگی تأثیر استرس ناشی از انتقال خبر بد بر پزشک و بیمار است. در شکل ۱ Ptacek و Eberhardt به مقایسه‌ی استرس ناشی از انتقال خبر بد بین پزشک و بیمار پرداخته‌اند. این شکل استرس پزشک را پیش از شروع گفت‌وگو با بیمار و زمانی که پزشک در انتظار بیمار است نمایش می‌دهد. بدین‌صورت که اوج استرس پزشک به هنگام رویارویی با بیمار و در واقع در ابتدای شروع بحث است ولی اوج استرس بیمار در هنگام پایان بحث و پس از منتقل شدن

شناسایی کند؛ ۲) فراهم کردن اطلاعات لازم قابل درک بر طبق نیازهای بیمار و اضطراب‌های او؛ ۳) به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی جهت کاهش فشارهای روحی و روانی که گیرنده‌ی خبر تجربه می‌کند؛ ۴) توسعه‌ی استراتژیکی به‌صورت ارائه‌ی طرح‌های درمانی مختلف با تلاش و همکاری بیماران (۲۲).

در این مقاله، مروری بر راه‌کارهای موجود و مطرح در سطح جهان جهت اعلام خبر بد انجام گردید و اصول مشترک در راه‌کارهای مختلف به‌عنوان ابزاری مناسب در انجام این وظیفه‌ی خطیر معرفی گردید.

یکی از راه‌کارهای موجود مدل SPIKES است که توسط Buckman و همکارانش در سال ۱۹۹۲ ارائه گردید و در سال ۲۰۰۵ به P-SPIKES تغییر یافت که در واقع سر واژه‌های راهکار لازم برای اعلام خبر بد به بیمار سرطانی می‌باشد که در جدول شماره ۱ به آن‌ها اشاره شده است (۲۲، ۳۰). کاربران این راهکار معتقدند که این روش باعث تقویت اعتماد به نفس پزشکان در هنگام انتقال خبر بد به بیماران می‌گردد (۳۱).

راهکار دیگر را Rabow و همکاران در جدول شماره ۲ با استفاده از سر واژه‌های ABCDE ارائه داده‌اند (۳۲).

جدول ۱- راهکار P-SPIKES برای اعلام خبر بد

توضیحات	مدل P-SPIKES
- آمادگی ذهنی و روانی پزشک برای اعلام اخبار ناگوار؛ - طرح‌ریزی و مرور مطالبی که قرار است به بیمار گفته شود.	Preparation
- فراهم کردن محیطی آرام و مناسب؛ - درخواست از همراهان بیمار جهت همراهی و مشارکت در گفت‌وگو. باید توجه داشت که همراه باید توسط شخص بیمار تعیین گردد.	Setting up The Interview مقدمه‌چینی لازم جهت آغاز گفت‌وگو
- پرسش از بیمار جهت ترسیم تصویر دقیقی از درک بیمار در خصوص موقعیتی که در آن قرار گرفته است. به این	Assessing the Patient's Perception ارزیابی آگاهی بیمار

خبر بد را می‌دیدند از ۲۳ درصد به ۷۴ درصد پس از پایان دوره تغییر یافت (۲۸).

در مطالعه‌ای از ۵۴ نفر از بستگان ۴۸ بیمار فوت شده خواسته شد تا نظر خود را در خصوص اهمیت ویژگی‌های مختلف مربوط به انتقال «خبر بد» بیان کنند. از مهم‌ترین ویژگی‌های گزارش شده می‌توان به «رفتار انتقال‌دهنده‌ی خبر» به‌عنوان مهم‌ترین ویژگی با ۷۲ درصد، «واضح و روشن بودن پیام» ۷۰ درصد، «حفظ حریم خصوصی» ۶۵ درصد و «توانایی گوینده‌ی خبر در پاسخ‌گویی به سؤالات» ۵۷ درصد اشاره نمود (۲۹).

هم‌چنین، در مطالعه‌ای دیگر که در خصوص انتظار بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن از پزشک خود انجام گرفت مشخص شد که آن‌ها از پزشک خود می‌خواهند که نسبت به آن‌ها احساس مسئولیت داشته، دلسوز، صادق و راستگو باشد و با زبانی ساده و با صراحت با آن‌ها صحبت کند (۱).

به‌طور کلی انتقال اخبار ناگوار در جهت رسیدن به چهار هدف اساسی می‌باشد که عبارتند از: ۱) جمع‌آوری اطلاعات از بیمار که این امکان را برای پزشک فراهم می‌سازد که آگاهی، انتظار و آمادگی بیمار را جهت شنیدن خبر بد

<p>ترتیب پزشک می تواند خبرهای بد را به گونه ای که برای بیمار قابل فهم باشد سازماندهی کند.</p>	
<p>آماده سازی بیمار و دعوت از او برای شنیدن جزئیات بیماری اش؛ دادن این اطمینان به بیمار که برای پاسخ گویی به سؤالاتش همیشه آماده است؛ صحبت با بستگان بیمار در صورتی که بیمار هیچ تمایلی به دانستن جزئیات بیماری خود نداشته باشد.</p>	<p>جلب نظر بیمار Obtaining The Patient's Invitation</p>
<p>دادن آگاهی قبلی توسط پزشک به بیمار در خصوص این که حامل خبر بدی می باشد می تواند روند انتقال خبر بد را تسهیل کند؛ با بیمار باید در سطح ادراکی و ادبیاتی او صحبت شود؛ پزشک باید از به کار بردن کلمات تخصصی و رک گویی بسیار خودداری کند؛ اطلاعات باید در حجم های کوچک به بیمار داده شود و به طور مرتب درک بیمار در خصوص آن مطلب سنجیده شود؛ هنگامی که درمان هیچ تأثیری در روند بهبود بیماری ندارد به هیچ وجه نباید عبارتی «نظیر ما بیش تر از این کاری از دستمان بر نمی آید» را به کار برد، زیرا این شیوه رفتاری با این واقعیت که برای بیمار اهداف مهم درمانی دیگری نیز مانند کنترل درد، کاهش و از بین بردن نشانه های بیماری نیز وجود دارد، در تضاد است.</p>	<p>دادن آگاهی و اطلاعات به بیمار Giving Knowledge and Information to The Patient</p>
<p>عکس العمل های بیمار به هنگام دریافت اخبار ناگوار معمولاً به صورت شوک، انزوا یا غم و اندوه جلوه می کند؛ پزشک ضمن همدردی باید به بیمار یادآور شود که از حمایت او برخوردار است و او نهایت سعی را در جهت بهبود او انجام خواهد داد؛ چنانچه احساسات بیمار در مدت زمان کوتاهی فروکش نکرد بهتر است که پزشک به همدردی با او ادامه دهد.</p>	<p>همدردی کردن با بیمار و پاسخ گویی به احساسات او Addressing The Patient's Emotions with Empathic Responses</p>
<p>بیمارانی که برای آینده ی خود برنامه ی مشخصی دارند کم تر احساس دلواپسی می کنند و تزلزل نشان نمی دهند؛</p>	<p>استراتژی و خلاصه ی مطالب “Strategy and Summary”</p>

<ul style="list-style-type: none"> - ارائه‌ی گزینه‌های درمانی به بیمار نه تنها امری صحیح و قانونی است بلکه این تفکر را نیز ایجاد می‌کند که پزشک برای آنها ارزش قائل است؛ - تقسیم مسئولیت میان پزشک و بیمار جهت تصمیم‌گیری می‌تواند حس شکست ناشی از عدم موفقیت طرح درمان در پزشک را بکاهد. 	
---	--

جدول شماره‌ی ۲- راهکار ABCDE برای اعلام خبر بد

<ul style="list-style-type: none"> - داشتن اطلاعات بالینی کافی در خصوص بیماری و ارائه‌ی اطلاعات اولیه در خصوص پیشرفت بیماری و شیوه‌های درمان؛ - ایجاد محیطی آرام و مناسب جهت گفت‌وگو و شرایطی برای حفظ حریم خصوصی بیمار؛ - مرور نحوه‌ی اعلام خبر توسط پزشک؛ - داشتن شرایط روحی مناسب جهت مواجهه با بیمار؛ 	<p style="text-align: center;">Advance Preparation</p> <p style="text-align: right;">آمادگی قبلی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی تمایل بیمار به دانستن واقعیت؛ - در صورت امکان از بستگان بیمار خواسته شود که او را همراهی کنند؛ - پزشک باید خود را به تمام حضار جلسه معرفی کند و از حضاران نیز بخواهد که خود را معرفی و نسبتشان را با بیمار بیان کنند؛ - پزشک باید از پیش این آگاهی «متأسفانه خبر بدی را باید به شما بدهم» را به اطلاع حضار برساند و به بیمار این اطمینان را بدهد که همواره برای کمک کردن به او حاضر است و وقت ملاقات بعدی را نیز برای او تعیین کند. 	<p style="text-align: center;">Build a Therapeutic Environment / Relationship</p> <p style="text-align: right;">فراهم نمودن محیط درمانی مناسب</p>
<ul style="list-style-type: none"> - از بیمار یا خانواده‌ی او در خصوص آگاهی آنها نسبت به بیماری پرسیده شود؛ - پزشک باید با صراحت و از روی دلسوزی صحبت کند و از به‌کار بردن اصطلاحات پزشکی و تعبیر نامعلوم خودداری کند؛ - به بیمار اجازه دهد که سکوت یا گریه کند. جهت غلبه بر ناراحتی خود نباید به اصرار بیمار را به صحبت وا دارد؛ 	<p style="text-align: center;">Communicate Well</p> <p style="text-align: right;">برقراری ارتباط خوب و مناسب</p>

<p>- آگاه باشد که بیماری که برای اولین بار خبر بد را دریافت می‌کند؛ به‌خوبی مطالبی را که در گفت‌وگوی اولیه بیان شده به‌خاطر ندارد، به همین دلیل پزشک باید توصیه‌های مهم را یادداشت و مرتب در جلسات بعدی تکرار کند؛</p> <p>- در انتهای هر جلسه پزشک باید اطلاعات مربوط به آن جلسه را خلاصه و برنامه بعدی را طرح ریزی کند.</p>	
<p>- پزشک باید واکنش‌های احساسی را ارزیابی و به آن‌ها پاسخ دهد و با ملاقات‌های مکرر، شرایط روحی و روانی بیمار را کنترل کند و به ارزیابی تشویش‌ها و احتمال خودکشی در بیمار پردازد؛</p> <p>- با بیمار خود احساس همدردی کند.</p>	<p>Deal with Patient and Family Reaction عکس‌العمل‌های بیمار و خانواده‌اش را بپذیرد</p>
<p>- پزشک باید امیدهای واقع‌بینانه‌ای به بیمار دهد و گزینه‌های درمانی را از ابتدا برای بیمار شرح دهد، هم‌چنین برای بیمار وقت ملاقاتی جهت تصمیم‌گیری در خصوص نحوه‌ی درمان تعیین کند؛</p> <p>- از کلیه‌ی امکانات جهت مراقبت از بیمار استفاده کند.</p>	<p>Encourage and Validate Emotion دلگرمی بخشیدن و پذیرفتن احساسات بیمار</p>

ارائه‌کنندگان خدمات در بخش اورژانس است که علاوه بر ارائه‌ی خدمات اورژانسی مسؤول انتقال اخباری چون مرگ، جرايم و حوادث غیر مترقبه نیز می‌باشد (۳۳، ۳۱).

از دیگر راه‌کارهای اعلام خبر بد می‌توان به مدل **PEWTER** در جدول شماره‌ی ۳ اشاره کرد که شش قدم اساسی در این راستا ارائه می‌کند. این ابزار مختص

جدول شماره‌ی ۳ - راهکار PEWTER اعلام خبر بد

۱. Preparation : آماده کردن شنونده‌ی خبر بد از طریق آموزش و ایجاد محیطی مناسب جهت انتقال خبر؛
۲. Evaluation : ارزیابی میزان آگاهی بیمار؛
۳. Warning : در ابتدا پزشک باید با جمله‌ای کامل و صحیح این مسأله را که حامل خبری ناگوار هست را گوشزد نماید، سپس سکوت اختیار کند و اجازه دهد که شنونده خود را برای شنیدن خبر بد آماده کند؛
۴. Telling : اعلام خبر بد؛
۵. Emotional Response : توجه به احساسات شنونده و پاسخ مناسب به این احساسات؛
۶. Re-grouping : جمع‌بندی مطالب جهت آماده‌سازی و ورود به موقعیت بعدی.

دیده می‌شود که عبارتند از ۱- آماده‌سازی ۲- انتقال اخبار ناگوار ۳- مدیریت احساسات ۴- برنامه‌ریزی قدم‌های بعدی و پی‌گیری.

Buckman و Edlich, Kubler-Ross در سال ۱۹۹۲ و متعاقب آن Kaye در سال ۱۹۹۶ راه‌کاری در رابطه با انتقال اخبار ناگوار ارائه دادند که در همه‌ی آن‌ها چهار اصل مهم

زندگی؛ ۶- پیشنهاد مراجعه به منابع و خدمات حمایتی دیگر؛
 ۷- جمع‌بندی بحث از طریق تکرار نکات اصلی و پاسخ
 گویی به سؤالات احتمالی بیمار (۲۷).
 همچنین دستورالعمل‌های استاندارد مختلفی برای ارائه‌ی
 اخبار ناگوار ارائه گردیده که در جدول شماره‌ی ۴ به دو
 نمونه از آن‌ها اشاره شده است (۳۴ - ۳۶).

Lee و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۲ راه‌کاری به صورت
 زیر تهیه نمودند که عبارتند از: ۱- آمادگی برای مواجهه؛ ۲-
 ارزیابی درک بیمار از شرایطش و میزان تمایل بیمار به دانستن
 خبر؛ ۳- بازگویی خبر با زبانی ساده و صادقانه؛ ۴-
 پاسخ‌گویی به احساسات بیمار با سکوت و دادن فرصت به او
 جهت ابراز احساسات خود؛ ۵- پیشنهاد جهت باز کردن
 مسائل از قبیل روند بهبودی، راه‌های درمان و تأثیر بر کیفیت

جدول شماره‌ی ۴ - دو نمونه از دستورالعمل‌های استاندارد اعلام خبر بد

دستورالعمل منطقه‌ای انتقال اخبار ناگوار شورای ملی ارائه‌ی خدمات بیمارستانی ایرلند شمالی سال ۲۰۰۳	دستورالعمل انتقال اخبار ناگوار گروه راهبردی دستورالعمل‌های بالینی نظام ملی خدمات انگلیس بازبینی شده در سال ۲۰۰۶
۱- آمادگی پزشک؛	۱- آماده‌سازی
۲- فراهم آوردن محیط مناسب؛	۲- بیمار چه می‌داند؟
۳- آماده‌سازی بیمار؛	۳- آیا اطلاعات بیش‌تری لازم است؟
۴- ارائه‌ی اطلاعات مناسب؛	۴- جلب نظر بیمار با یک جمله‌ی اختطاری مانند: مسئله جدی است؛
۵- حمایت از بیمار؛	۵- اجازه‌ی انکار به بیمار؛
۶- برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی که در آینده قرار است صورت گیرد؛	۶- شرح بیماری - در صورت درخواست؛
۷- تهیه‌ی گزارش از صحبت‌های انجام شده با بیمار و تعیین برنامه‌های آینده.	۷- گوش دادن به آنچه برای بیمار در آن لحظه اهمیت دارد؛
	۸- اجازه‌ی تخلیه احساسات به بیمار؛
	۹- جمع‌بندی، برنامه‌ریزی و امید مناسب دادن؛
	۱۰- اطمینان دادن به بیمار در مورد دسترس بودنش برای پاسخ‌گویی و حمایت.

و حمایت از او به هنگام بیان احساساتش؛ ۷- شناسایی تشویش، نگرانی‌ها و آنچه برای بیمار اهمیت دارد و اولویت بندی آن‌ها؛ ۸- بررسی اطلاعات اضافی مورد نیاز که بیمار در آن لحظه احتیاج به دانستنش دارد؛ ۹- شناسایی نهادها و شبکه‌هایی که بیمار را حمایت می‌کنند؛ ۱۰- گفت‌وگوی واضح و هوشمندانه با بیمار در مورد حمایت‌های موجود برای وی و ارائه‌ی چگونگی وضعیت و شرایط بعدی که بیمار با آن مواجه خواهد شد (۳۶).

Mc Guigan نیز در سال ۲۰۰۹ در مقاله‌ای تحت عنوان «برقراری ارتباط جهت اعلام خبر بد به بیمار»، راهکار ۱۰ مرحله‌ای را که بر گرفته از Maguire ۱۹۸۵، Buckman ۱۹۹۲، Kaye ۱۹۹۶، Faulkner ۱۹۹۸ و Abel ۲۰۰۱ بود ارائه داد که عبارت بود از: ۱- آماده‌سازی؛ ۲- شناسایی دانسته‌های بیمار؛ ۳- بررسی آنچه که بیمار تمایل به دانستن آن دارد؛ ۴- به‌کارگیری کلمات یا رفتار مناسب برای جلب دقت بیمار به صورت کلامی یا غیرکلامی؛ ۵- دقت و حساسیت در انتقال خبر بد؛ ۶- درک اندوه بیمار

بحث و نتیجه گیری

کسب مهارت در برقراری ارتباط با بیمار یا خویشاوندان بیمار در اعلام اخبار ناگوار بیماری، کنترل و مدیریت محیط و شرایط حین و بعد از انتقال پیام موضوعی است که اخیراً نظر پزشکان و ارائه کنندگان سلامت را بسیار به خود معطوف کرده است. مطالعات و بررسی راه کارهای تسهیل کننده ی انتقال این اخبار می تواند به توسعه و ارتقای کیفیت ارتباط بین بیمار و پزشک کمک مؤثری نماید. تمامی راه کارهای ارائه شده دارای وجوه مشترکی از لحاظ محتوای کلی هستند و بر اتفاق نظر صاحب نظران بر رعایت کلی این چارچوب ها در اعلام خبر بد تأکید دارند. در تمامی این راه کارها توصیه های مشترکی در سه حیطه ی کلی دیده می شود که عبارتند از:

۱. آماده سازی و تهیه ی مقدمات اعلام خبر بد

۱.۱- آماده سازی خود پزشک- از نظر ذهنی و روحی، محدودیت وقت و مرور اطلاعاتی که می بایست ارائه گردد؛
 ۱.۲- آماده سازی بیمار و بستگان نزدیک بیمار- با شناسایی تمایل بیمار به دانستن یا این که بهتر است خبر به وی یا بستگان نزدیک بیمار اعلام گردد؛
 ۱.۳- آماده سازی شرایط محیطی، عاطفی، اجتماعی و حتی علمی مناسب و برقراری یک رابطه ی منطقی و اصولی با بیمار و بستگان وی- به عنوان مثال، می توان شرایط فیزیکی و محیطی مناسب از نظر نور، راحتی مبلمان، کاهش سرو صدا، تلفن ها و رفت و آمد را نام برد.

۲. انتقال خبر بد

۲.۱- شناسایی دانسته ها و دانش بیمار و خانواده اش از این بیماری و وضعیت بیمار؛
 ۲.۲- اعلام ماهرانه، هوشمندانه، دوراندیشانه و جامع نگرانه ی خبر بد به بیمار و اطرافیان وی با ایجاد یک رابطه ی عاطفی - انسانی شایسته، و به صورتی ساده و شفاف بدون به کارگیری اصطلاحات ثقیل و نامفهوم تخصصی و ارائه ی زمان های خاص احتمالی؛
 ۲.۳- کنترل و مدیریت تبعات آنی انتقال خبر بد با در نظر

گرفتن نکات حرفه ای، تکنیکی، اخلاقی و قانونی از طریق سکوت، اجازه ی بروز احساسات توسط خود بیمار و همراهان، ابراز احساس همدردی و حمایت واقعی و دادن امیدهای معقول، کنترل حجم اطلاعات ارائه شده، مدیریت زمان، و آمادگی عقلی و روانی برای مواجهه با طیف وسیعی از عکس العمل های بیمار و بستگان وی با توجه به عقاید، افکار، آداب، فرهنگ ها و شخصیت های گوناگون بیماران و بستگان شان.

۳. پیگیری

۳.۱- تعیین وقت سریع بعدی ترجیحاً فردا یا چند روز بعد جهت مرور اطلاعات مهم ارائه شده؛
 ۳.۲- ارائه ی اطلاعات، بروشورهای اطلاعاتی و مراجع حمایتی در مورد آن بیماری خاص و پاسخ گویی به سؤالات احتمالی بیمار و بستگان؛
 ۳.۳- مشارکت بیمار در اتخاذ تصمیمات مربوط به روند درمان، برنامه های حمایت گرانه و نگه دارنده جهت تخفیف آلام و رنج بیماری و کنترل پیشرفت بیماری.
 قابل ذکر است که وجوه مشترک راه کارهای اشاره شده از لحاظ محتوا کلی هستند که بر اتفاق نظر صاحب نظران بر رعایت کلی این چارچوب در هنگام انتقال خبر ناگوار دلالت دارد و با مطالعه و بررسی این وجوه می توان کیفیت ارتباط میان پزشک و بیمار را به ویژه در هنگام اعلام خبر بد ارتقا داد. اما مهم ترین محدودیت این مطالعه کمبود پژوهش های دقیق تجربی با توجه به اهمیت این موضوع در کاهش اضطراب بیمار و پزشک در قبل، حین و بعد از اعلام خبر بد می باشد که دسترسی به یافته های تجربی پایا و روا را در این راستا ضروری می سازد.

منابع

- WcEucLNFw9iuROW92xOqZqKvdKEA
yVMNrq_qKXmbPsYDiaCJ6pRgmCvliIL
N3lk5gBeC-3GeOobYu75W&sig=AHIE
tbRIwFFVEEj-OwrduZjPHJzIQCufxg
(accessed in Nov 2009)
- 12- Sakellari E. Patient's autonomy and informed consent. *ICUS Nurs web J* 2003; (13): 9.
 - 13- Oken D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *JAMA* 1961; 175: 1120-8.
 - 14- Friedman HJ. Physician management of dying patients: an exploration. *Psychiatry Med* 1970; 1(4): 295-305.
 - 15- Vandekieft G. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001; 64(12): 1975-8.
 - 16- Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Arch Intern Med* 2001; 161(6): 868-74.
 - 17- Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007; 167(5): 453-60.
 - 18- Barnett M. A GP guide to breaking bad news. *Practitioner* 2004; 248(1659): 392-4, 399-400, 403 passim.
 - 19- Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The meaning of bad news in HIV disease: counseling about dreaded issues revisited. *Couns Psychol Q* 1993; 69-80.
 - 20- Hawken SJ. Strategies for dealing with the challenging patient. *nzfp* 2005; 32(4): 266-269.
http://www.rnzcgp.org.nz/assets/Uploads/NZFP/Aug2005/Hawken_Aug_05.pdf
(accessed in Nov 2009)
 - 21- Ley P. *Communicating with patients: improving communication, satisfaction and compliance*. USA: Croom Helm; 1988.
 - 22- 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(4): 302-11.
 - 23- Faulkner A. *ABC of palliative care. Communication with patients, families,*
 - 1- Kumar PJ, Clark ML. *Kumar and Clark Clinical Medicine, Ethics and Communication*. University of Michigan: Elsevier Saunders; 2005.
 - 2- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27(3 Suppl): S110-27.
 - 3- Reames HR Jr, Dunstone DC. Professional satisfaction of physicians. *Arch Intern Med* 1989; 149(9): 1951-6.
 - 4- Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Palsky AM, Sobocinski KA, Schiedermayer DL. A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Arch Intern Med* 1989; 149(10): 2190-6.
 - 5- Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993; 37(4): 377-88.
 - 6- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 129-36.
 - 7- Silverman J, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Publishing; 2005.
 - 8- Anonymous. ICN on women's health: making strides: from the Universal Declaration of Human Rights to the recognition of women's health rights. *Int Nurs Rev* 1999; 46(3): 82-3.
 - 9- Walker L, Blochner B. Continuing implementation of the Patient Self-Determination Act in nursing homes: challenges, opportunities, and expectations. *Generations* 1995; 19(4): 73-7.
 - 10- Leino-Kilpi H. *Patient's autonomy, privacy and informed consent*. IOS Press; 2000.
 - 11- Kaushik N. *The patient's autonomy*. SSLC.
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cac he:4MEZGLGXXUAJ:symlaw.ac.in/doc/nitin.pdf+.ac.in/doc/nitin.pdf&hl=en&pid=bl&srcid=ADGEESgdRD5eemEY7NXq7cS nxw3b3jaeJTzuKxxfcFfzafIMEtttpeipsBdJK>

- 31- Watson LA. Informing critical care patients of a loved one's death. *Crit Care Nurse* 2008; 28(3): 53-63.
- 32- Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* 1999; 171(4): 260-3.
- 33- Nardi TJ, Keefe-Cooperman K. Communicating bad news: a model for emergency mental health helpers. *Int J Emerg Ment Health* 2006; 8(3): 203-7.
- 34- Care P. Breaking bad news. *Regional Guidelines*.
http://www.dhsspsni.gov.uk/publications/20032003/breaking_bad_news.pdf (accessed in Nov 2009)
- 35- Anonymous. Breaking bad news: guidelines towards best practice. http://www.nursinghomes.cht.nhs.uk/fileadmin/Nursing/Docs/palliative/breaking_bad_news_guidelines.pdf (accessed in Dec 2009)
- 36- McGuigan D. Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nurs Stand* 2009; 23(31): 51-6.
- and other professionals. *BMJ* 1998; 316(7125): 130-2.
- 24- 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.
- 25- Mehta PN. Communication skills-breaking bad news. *Indian Pediatr* 2008; 45(10): 839-41.
- 26- Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 496-502.
- 27- Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2002; 464-83.
- 28- Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997; 156(8): 1159-64.
- 29- Jurkovich GJ, Pierce B, Pananen L, Rivara FP. Giving bad news: the family perspective. *J Trauma* 2000; 48(5): 865-70.
- 30- Kim MK, Alvi A. Breaking the bad news of cancer: the patient's perspective. *Laryngoscope* 1999; 109(7 Pt 1): 1064-7.