

دشواری‌های استفاده از دستورالعمل‌های غربی ارائه‌ی خبر بد در بخش اورژانس و

لزوم بومی سازی آن‌ها برای کشورهای با فرهنگ غیر غربی

علی لباف^۱، امیرحسین جهانشیر^{۲*}، امیر شاهورانی نسب^۲

مقاله‌ی مروری

چکیده

ارائه‌ی خبر بد یکی از وظایف پزشک اورژانس است که منابع موجود به مقدار لازم به آن نپرداخته‌اند. دستورالعمل‌های موجود هم عمدتاً بر اساس نظر پزشکان و در بخش‌های غیر اورژانس طراحی شده‌اند. در این مقاله با جست‌وجو و مرور مقالات موجود در بانک‌های اطلاعاتی معتبر، لزوم تطبیق این دستورالعمل‌ها با شرایط بخش اورژانس و مختصات فرهنگی و مذهبی کشورها را بررسی کرده‌ایم. طرح این مسأله می‌تواند نخستین گام طراحی دستورالعملی مختص بخش اورژانس باشد.

ساختار فیزیکی، ماهیت اخبار بد و امکانات متفاوت پزشکان بخش اورژانس نسبت به بخش‌های غیر اورژانس، سبب کاهش کارایی متناسب به دستورالعمل‌های موجود می‌شوند. از سوی دیگر با توجه به نقش انکارناپذیر فرهنگ و مذهب در دریافت خبر بد، تمام توصیه‌های دستورالعمل‌های موجود که عمدتاً در کشورهای غربی طراحی شده‌اند، برای کشورهای غیر غربی مناسب نیستند.

در حد اطلاع نویسندگان این مقاله، تاکنون در ایران دستورالعملی بومی برای ارائه‌ی خبر بد ارائه نشده است. برنامه‌های آموزشی معدودی که در سایه‌ی توجهات اخیر به اخلاق پزشکی طراحی شده‌اند نیز عمدتاً بر پایه‌ی همین دستورالعمل‌های کشورهای غربی هستند. از آن‌جا که انجام مطالعات اولیه‌ی ضروری برای تدوین دستورالعملی کشوری بسیار زمان بر است، در حال حاضر، استفاده از همین دستورالعمل‌های غربی تنها راه پیش رو در کوتاه‌مدت است. اما پیشنهاد می‌شود به‌عنوان اولین اقدام در جهت کارآمدتر کردن آن‌ها، سعی شود تا حد امکان همین دستورالعمل‌ها بر اساس مقتضیات بخش اورژانس و فرهنگ ایرانی اصلاح شوند.

واژگان کلیدی: دادن خبر بد، حقیقت‌گویی، بخش اورژانس، فرهنگ

^۱ استادیار، گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ارتش

مقدمه

با این‌که دادن خبر بد به‌عنوان دشواری شغلی از آغاز با حرفه‌ی پزشکی همراه بوده است (۱)، تا قبل از نیم قرن اخیر، توجه علمی چندانی به آن نشده (۲) و حتی تعریف مورد قبول آن نیز مربوط به دهه‌ی ۸۰ میلادی است. طبق این تعریف، خبری بد است که رساندنش موجب ایجاد واکنش هیجانی شدید، رفتار یا احساسی ناخوشایند در شنونده شده و نوع نگاه وی به خود یا آینده‌اش را بد کند (۳).

از دیدگاه فلسفی ماهیت یک خبر، بد یا خوب نیست. طبق تعریف فوق، احساسی که در شنونده‌ی خبر ایجاد می‌شود است که آن را بد می‌کند (۴). لذا گوینده تنها پس از دادن خبر و مشاهده‌ی واکنش‌های شنونده می‌تواند به بد بودن خبرش پی ببرد و هرگونه اظهار نظر گوینده در مورد بد بودن خبری قبل از رساندن آن، تعمیم برداشت‌های وی از تجربیات گذشته‌اش به احساسات شنونده است که در مدیریت روابط انسانی، نوعی خطای ارتباطی تلقی می‌شود (۵).

برای کاهش استرس و واکنش‌های ناخوشایند گفتن یا شنیدن خبر بد، دستورالعمل‌هایی ارائه شده‌اند که قسمت عمده‌ی مطالعات اولیه‌ی تدوین این دستورالعمل‌ها و ارزیابی رویی و پایایی آن‌ها در بخش‌های غیراورژانس انجام شده‌اند (۸ - ۶، ۱). هنگام استفاده از این دستورات در بخش اورژانس، معمولاً با مشکل تدارک ملزومات اولیه‌ی آن‌ها مواجه می‌شویم که اگر غیرممکن نباشد، بسیار دشوار است (۹).

بسیاری از واکنش‌های هیجانی انسان با محیط، فرهنگ و باورهای دینی او ارتباط تنگاتنگی دارند و در نظر نگرفتن این عوامل هنگام تدوین راهکاری برای کنترل این واکنش‌ها، باعث کاهش تأثیر راهکار پیشنهادی می‌شود (۱۰). توجه به فرهنگ ملل در ارائه‌ی خبر بد حتی در کشورهایی که پذیرای مهاجران زیادی هستند نیز مورد توجه واقع شده است. برخی

مراکز پزشکی غربی، مواردی چون قرار دادن رو به قبله‌ی جسد متوفیان مسلمان و ملاحظات اخلاقی تماس فیزیکی همدلانه با جنس مخالف را به پرسنل خود آموزش می‌دهند (۱۱). اما هنوز این زمینه‌ی تحقیقاتی، در ابتدای راه خود قرار دارد. با توجه به موارد فوق بر آن شدیم تا با ارزیابی متون علمی منتشرشده در این زمینه، به محدودیت‌های کلی دستورالعمل‌های ارائه‌شده برای رساندن خبر بد و علل غیرقابل اجرا بودن کامل آن‌ها در بخش اورژانس و کشورهای غیرغربی پردازیم.

روش کار

با جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی ایرانی و خارجی از جمله PubMed، Embase، MedLib و IranMedex با کلیدواژه‌های emergency، breaking bad news، department، خبر بد و بخش اورژانس به مقالات اولیه و مطالعات مروری در این زمینه دست یافته (۲۹ - ۱۲، ۱۰ - ۸، ۴-۲) و به بررسی آن‌ها جهت پاسخ به دو سؤال زیر پرداختیم که آیا لازم است دستورالعملی مختص بخش اورژانس طراحی شود؟ و آیا دستورالعمل‌های موجود برای کشورهای با بافت فرهنگی غیرغربی نیز مناسب هستند؟

دستورالعمل‌های روش رساندن خبر بد

نحوه‌ی رساندن خبر بد، هم بر خود بیمار و هم بر پیش‌آگهی بیماری تأثیر دارد (۳۰). بقرات برای کاهش این تأثیر، اخبار بد را به بیمار نمی‌گفت و این رویکرد تا قرن نوزدهم نیز ادامه داشت (۳۱). به‌واسطه‌ی تغییر نگرش اخلاقی پزشکان و اذعان به حق بیمار در دانستن آنچه به وی و بیماری‌اش مربوط می‌شود، این رویکرد پدرسالارانه نیز تغییر کرده و پزشکان پذیرفتند که باید با بهبود مهارت‌های ارتباطی خود، خبر بد را به‌گونه‌ای برسانند که نه تنها کم‌ترین آسیب به بیماران وارد شود، بلکه میزان رضایت‌مندی آنان نیز افزایش یابد (۳۲). این تحول در اواخر قرن نوزدهم و در پی لزوم

دادن خبر ابتلا به بیماری درمان‌ناپذیر سرطان آغاز شد (۳۳). از این رو، انکولوژیست‌ها پیشگامان مطالعات مربوط به نحوه‌ی دادن خبر بد بودند و بر اساس مطالعات اولیه‌ی آن‌ها، دستورالعمل‌هایی نیز برای دادن خبر بد ارائه شدند.

Buckman در سال ۱۹۹۲ پروتکل ۶ مرحله‌ای Spikes را برای رساندن خبر بد پیشنهاد داد که شامل مراحل: آماده کردن محیط^۱، شناختن میزان درک بیمار از وضعیت موجود^۲، تعیین میزان نیاز بیمار به دریافت اطلاعات^۳، اعلام این‌که قصد دادن خبر بدی را دارید، پیش از دادن خبر^۴، پاسخ صحیح و همدلانه به واکنش‌های بیمار^۵ و اطمینان از فهم صحیح خبر توسط بیمار و آماده کردن وی برای مراحل بعدی^۶ بود (۱). علاوه بر روش Spikes راهکارهای دیگری مانند ABCDE (۲۲)، PEWTER (۲۵)، BREAK (۸)، GRIEV-ING (۳۴) و TALK (۲۱) نیز ارائه شده‌اند که جوهر تمامی آن‌ها آمادگی قبلی و نسپردن هیچ چیز به دست حوادث در مراحل قبل، حین و بعد از دادن خبر بد است. هرچند به‌کارگیری این دستورالعمل‌ها سبب کاهش اضطراب در پزشک و بیمار می‌شود (۲۳)، اما آن‌ها عموماً به تبع مطالعاتی طراحی شده‌اند که نظر پزشکان و صلاح‌دید آن‌ها را در دادن خبر بد جمع‌آوری کرده بودند (۳۵، ۱) و گویا نوعی نگاه پدرسالارانه‌ی مدرن در طرح این دستورالعمل‌ها وجود دارد.

بسیاری از مطالعات بخش‌های انکولوژی در این زمینه ما را به سمت شرایط ایده‌آلی رهنمون می‌شوند که در عمل ایجاد آن‌ها نامحتمل، و در بخشی مانند اورژانس تقریباً غیرممکن است. پزشک اورژانس همواره با معضل کمبود وقت و فضای فیزیکی درگیر است. حال آن‌که تمام دستورالعمل‌ها، محیط آرام و مدت زمان قابل توجه را برای

ارائه‌ی خبر بد توصیه کرده و حتی ضروری می‌دانند (۲۴). علیرغم پیشرفت‌های تکنولوژیک در زمینه‌ی ارتباطات و حرکت سیاست‌گذاری کلان جهان به سمت جهانی شدن^۷، هنوز بسیاری از تفاوت‌های فرهنگی میان شرق و غرب پابرجا مانده و وجود آن‌ها باعث شده تا تأثیر فاکتورهای فرهنگی بر ارائه‌ی خبر بد و روش سنجش این تأثیر مورد سؤال واقع شود.

از آن‌جا که امروزه فرهنگ را در این مورد مؤثر می‌دانند، ممکن است راهکارهای غربی موجود، برای پزشکان شرقی کاربردی یا کاملاً مفید نباشند (۲۷). بسیاری از محققان شرقی به بررسی موارد تفاوت پرداخته و به مواردی چون مدت، محتوا و نحوه‌ی اداره‌ی جلسه‌ی شنیدن خبر بد اشاره کرده‌اند که بعضاً در تعارض کامل با بندهایی از دستورالعمل‌ها قرار دارند (۴۱-۳۶).

رساندن خبر بد در کوریکولوم‌های آموزش پزشکی ایران علی‌رغم توجه به مهارت‌های ارتباطی در کوریکولوم‌های آموزش پزشکی ایران و به‌ویژه رشته‌ی نوپای طب اورژانس، آموزش رسمی‌ای برای دادن خبر بد حداقل تا سال ۲۰۰۸ وجود نداشته است (۲۷). هرچند اخیراً برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی این موضوع را در برنامه‌های آموزشی خود گنجانده‌اند، هنوز هم در حد اطلاع نویسندگان این مقاله، داده‌های کشوری دقیقی در مورد رساندن خبر بد توسط پزشکان ایرانی و میزان تسلط آن‌ها بر مهارت‌های ارتباطی لازم و کفایت آموزش‌های ارائه شده در دانشگاه‌ها وجود ندارد.

خبر بد در بخش اورژانس

علی‌رغم نیاز مکرر به رساندن خبر بد در بخش اورژانس، مطالعات زیادی در این زمینه انجام نشده است و تعمیم نتایج مطالعات انجام‌شده در بخش‌های غیراورژانس و دستورالعمل‌های ارائه‌شده بر اساس آن‌ها به بخش اورژانس خالی از اشکال نیست.

¹ Setting
² Perception
³ Invitation
⁴ Knowledge
⁵ Empathy
⁶ Strategy & Summary

⁷ Globalization

در روزهای آینده عروسی خواهد کرد). حتی ممکن است وقتی پزشک گمان می‌کند که خبر خوشی را به بیمارش خواهد داد، در عمل و با توجه به موقعیتی که بیمار به پزشک اطلاع نداده، در حال دادن خبر بد باشد (مثلاً دادن خبر بارداری به خانمی که قربانی تجاوز یا مبتلا به بارداری ناخواسته شده است). در هر دو مثال فوق‌الذکر، پزشک بعد از ارائه‌ی خبر متوجه بد بودن آن از نظر بیمار شده و چون امکان پیش‌بینی بد بودن خبر را نداشته، بدون توجه به دستورالعمل‌ها و رعایت توصیه‌های آن‌ها (فارغ از صحت و سقم‌شان) اقدام به دادن خبر کرده است. دادن برخی اخبار مانند مرگ مغزی و درخواست پیوند اعضا به بستگان متوفی نیز جزء مواردی است که امروزه کمتر در بخش‌های غیراورژانس با آن برخورد می‌شود و دستورالعمل‌های پیشنهادی برای برخورد با این شرایط نیز بسیار شبیه به رساندن خبر بد هستند و در نتیجه همان مشکلات را نیز به همراه دارند (۲۶).

روش فعلی دادن خبر بد در اورژانس

داشتن طرح و برنامه‌ای برای دادن خبرهای بد که مخصوص شرایط بخش اورژانس باشد سبب خواهد شد تا بیمار بتواند راحت‌تر و بهتر با این خبرها رو به رو شده و پزشک نیز استرس کم‌تری متحمل شود (۹). دستورالعمل Spikes هرچند مخصوص بخش اورژانس نیست اما یکی از رایج‌ترین و در عین حال پذیرفته شده‌ترین دستورالعمل‌های دادن خبر بد در اورژانس است (۱).

دستورالعمل GRIEV-ING هم که برای دادن خبر مرگ به همراهان بیمار در اورژانس توصیه شده است با کمی دقت و تغییر، احتمالاً برای دادن سایر اخبار ناخوشایند نیز قابل استفاده خواهد بود (۳۴). مراحل GRIEV-ING به‌ترتیب عبارتند از جمع کردن خانواده در شرایط فیزیکی مناسب؛ دعوت از افرادی که ممکن است بتوانند در دادن خبر بد کمک

تفاوت‌های اخبار بد و روش رساندن آن‌ها در بخش

اورژانس با بخش‌های غیراورژانس

از نظر پزشکان، زمان و محیط فیزیکی نامناسب، اصلی‌ترین علل دشواری ارائه‌ی خبر هستند (۴۲، ۹). بخش‌های غیراورژانس معمولاً فرصت کافی جهت آماده کردن وضع فیزیکی بخش یا وضعیت روحی بیمار را قبل از ارائه خبر بد دارند اما نداشتن زمان کافی و محیط فیزیکی مناسب، جزء لاینفک ارائه‌ی خدمات در بخش اورژانس است (۲۹، ۲۴، ۲۳). پزشکان معمولاً در شرایطی باید خبر بد را برسانند که حداقل زمان ممکن را برای شناختن دریافت‌کننده در اختیار داشته‌اند و حتی بسیاری از اوقات از ریشه و علت اخبار بدی که باید برسانند هم آگاه نیستند و در مقابل سؤالات فراوان گیرنده بی‌پاسخ می‌مانند (مثلاً دادن خبر فوت بیمار به همراهانش بدون دانستن علت قطعی مرگ) (۴۳). اجتناب از چنین وضعیتی تنها با شناخت کافی از گیرنده‌ی خبر ممکن می‌شود که در بخش اورژانس و با محدودیت زمانی موجود در آن، معمولاً رابطه‌ی صمیمی لازم میان پزشک و بیمار برای رسیدن به این هدف به‌وجود نمی‌آید (۲۳، ۱۵).

در بخش‌های غیراورژانس، خبر بد تقریباً همیشه تشخیصی منجر به مرگ یا شکست درمان است ولی در بخش اورژانس، از آن‌جا که تنها یک مورد از پانصد مراجعه منجر به مرگ می‌شود (۴۴) این موارد قسمت عمده‌ی اخبار بد نیستند. آنچه سبب شده است بخش اورژانس مملو از اخبار بد به‌نظر برسد، حاد بودن اخبار و نداشتن زمان کافی برای تطابق بیماران با خبر دریافت شده است نه شدت بد بودن خبرهای آن. تنوع اخبار بد در بخش اورژانس بسیار بیش‌تر از بخش‌های غیراورژانس است. به‌علت ماهیت ذهنی خبر بد، گاهی اوقات پزشک اورژانس با وضعیت‌هایی رو به رو می‌شود که در آن واکنش بیمار به شنیدن خبر ابتلا به یک بیماری خفیف، بسیار شدیدتر از انتظار پزشک است (مثلاً دادن خبر پیچ‌خوردگی مچ پا و نیاز به گچ‌گیری به دختری که

¹ Gather

کنند^۱، مثلاً یک روحانی؛ معارفه‌ی پزشک و خانواده با یکدیگر^۲؛ اطلاع‌رسانی در مورد اقدامات انجام شده^۳؛ اعلام خبر فوت^۴؛ دادن یک فاصله‌ی زمانی برای ابراز احساسات به خانواده؛ انجام اقدامات قانونی و حواشی خبر فوت^۵ و دادن اطلاعات تماس با پزشک به خانواده و گفتن تسلیت^۶.

ضرورت آشنایی بیش‌تر پزشکان اورژانس با روش‌های

رساندن خبر بد

معمولاً انتقال از مرحله‌ی شکایات و تظاهرات بالینی به یک تشخیص احتمالی یا قطعی در بخش اورژانس انجام می‌شود (۲۷) و در همین مرحله است که بیمار یا همراهانش بیش‌ترین نیاز به کسب اطلاعاتی را دارند که ممکن است جزء اخبار بد طبقه‌بندی شوند. متأسفانه، نقطه ضعف مطالعات رساندن خبر بد هم در همین جاست.

طول مدت ماندن بیماران در بخش اورژانس در ایران معمولاً نسبت به کشورهای توسعه‌یافته بیش‌تر است. این مدت طولانی باعث می‌شود که با احتمال بیش‌تری بیماران در خود بخش اورژانس خبر بدی در مورد وضعیت سلامت خود دریافت کنند. بنابراین، پزشکان اورژانس در ایران بیش‌تر از هم‌تایان خود در کشورهای توسعه‌یافته با مشکلات دادن خبر بد مواجه بوده و در نتیجه، بیش‌تر از آنان نیازمند تقویت مهارت‌های ارتباطی خود هستند.

در کتاب روزن که مرجع اصلی طب اورژانس است تنها ۲ صفحه مطلب در مورد نحوه‌ی رساندن خبر بد وجود دارد که آن هم متمرکز بر روش رساندن خبر مرگ است (۴۵). یکی از علل این کمبود می‌تواند نبود مقالات مخصوص رساندن خبر بد در بخش اورژانس باشد. برای مثال، با جست‌وجوی کلید

واژه‌های Bad new + Emergency medicine در سایت Pubmed در تاریخ اول مهر ماه ۱۳۹۲، فارغ از میزان ارتباط محتوای مقاله با موضوع مورد بحث، تنها ۱۹ مورد یافت شد که تنها یکی از آن‌ها مربوط به سال ۱۹۹۷ بوده و بقیه بعد از ۲۰۰۷ منتشر شده‌اند. سیر طراحی این مطالعات در دوره‌ی ۱۵ ساله‌ی اخیر، ابتدا برای پاسخ به این پرسش بوده که آیا پزشکان اورژانس نیاز به آموزش بیش‌تر در این زمینه دارند یا خیر؟ که عموماً پاسخ مثبت بوده است. در مرحله‌ی بعد و بر اساس این پاسخ، روش‌های آموزشی نیز پیشنهاد و بررسی شده‌اند که همگی بر اساس یکی از دستورالعمل‌های طراحی شده در بخش‌های غیراورژانس بوده‌اند (۴۶، ۴۳، ۴۲، ۲۸، ۲۵).

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

دادن خبر بد یکی از وظایف دشوار پزشکان اورژانس است که مواردی مانند شرایط فیزیکی و روانی موجود، نداشتن دستورالعملی خاص شرایط اورژانس و عدم لحاظ مسائل فرهنگی کشورهای غیرغربی در دستورالعمل‌های غربی موجود، آن را دشوارتر از بخش‌های غیراورژانس می‌کند. بر این اساس، ارائه‌ی دستورالعملی خاص این بخش که مشخصات فرهنگی نیز در آن لحاظ شود ضروری به‌نظر می‌رسد. طرح چنین دستورالعمل جامعی نیازمند سال‌ها تحقیق و بررسی است. تا آن زمان توصیه می‌شود اگر پزشکان اورژانس وقت کافی و موقعیت مناسب قابل مقایسه با بخش‌های غیراورژانس در اختیار دارند از همان دستورالعمل‌های معمول برای دادن خبر بد استفاده کرده و تنها برخی ملاحظات فرهنگی را در نظر بگیرند. در غیر این صورت، بهتر است دستورالعمل‌های موجود را با شرایط بخش اورژانس و مشخصات فرهنگی کشور بومی کرده و استفاده کنیم. انجام یک مطالعه‌ی کیفی مقدماتی در مورد خواسته‌های مردم ایران به هنگام دریافت خبر بد در بخش اورژانس و میزان تطابق آن با دستورالعمل‌های موجود می‌تواند نخستین گام در تدوین دستورالعملی خاص این بخش باشد.

¹ Resources

² Identify

³ Educate

⁴ Verify

⁵ Space

⁶ Nuts and Bolts

⁷ Give

17- Ptacek JT, Ellison NM. Health care providers' perspectives on breaking bad news to patients. *Crit Care Nurs Q* 2000; 23(2): 51-9.

18- Arbabi M, Roozdar A, Taher M, et al. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry* 2010; 5(4): 128-33.

19- Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM. "I'm sorry to tell you ..." physicians' reports of breaking bad news. *J Behav Med* 2001; 24(2): 205-17.

20- Adamowski K, Dickinson G, Weitzman B, Roessler C, Carter-Snell C. Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *CMAJ* 1993; 149(10): 1445-51.

21- LoboPrabhu S, Molinari V, Pate J, Lomax J. The after-death call to family members: a clinical perspective. *Aging Ment Health* 2007; 11(2): 192-6.

22- Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* 1999; 171(4): 260-3.

23- VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001; 64(12): 1975-8.

24- Levetown M. Breaking bad news in the emergency department: when seconds count. *Adv Emerg Med* 2004; 26(1): 35-43.

25- 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.

26- Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363(9405): 312-9.

27- Tavakol M, Murphy R, Torabi S. Educating doctors about breaking bad news: an Iranian perspective. *J Cancer Educ* 2008; 23(4): 260-3.

28- Jacques AP, Adkins EJ, Knepel S, Boulger C, Miller J, Bahner DP. Educating the delivery of bad news in medicine: preceptorship versus simulation. *Int J Crit Illn Inj Sci* 2011; 1(2): 121-4.

29- Rob Buckman YK. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals: USA*: John Hopkins University Press; 1992.

30- Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991; 32(2): 175-81.

31- Miles SH. Hippocrates and informed consent. *Lancet* 2009; 374(9698): 1322-3.

32- Farber NJ, Urban SY, Collier VU, et al. The good news about giving bad news to patients. *J Gen Intern Med* 2002; 17(12): 914-22.

33- Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H,

منابع

1- 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.

2- Kazemi A. Medical environment, patient and bad news. *Strides Dev Med Edu* 2007; 4(2): 133-9. [In Persian]

3- Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*; 1984; 288(6430): 1597-9.

4- Banihashemi K. Medical ethics and bad news delivery to patients. *Iran J Ethics Sci Tech* 2009; 4(1,2): 115-19. [In Persian]

5- Cole K. *Crystal Clear Communication*. Australia: Pearson Education; 2004, p.1-10.

6- Aitini E. Breaking bad news in onco-hematology: new hope, new words? *Leuk Lymphoma* 2012; 53(2): 328-9.

7- Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet* 1993; 341(8843): 476-8.

8- Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care* 2010; 16(2): 61-5.

9- Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ* 2001; 35(3): 197-205.

10- Back AL, Curtis JR. Communicating bad news. *West J Med* 2002; 176(3): 177-80.

11- Anonymous. Religious, spiritual, pastoral and cultural care. www.sdht.nhs.uk/pdf_docs/cultureandreligionhandbook.pdf (accessed in 2013)

12- LoboPrabhu S, Molinari V, Pate J, Lomax J. The after-death call to family members: academic perspectives. *Acad Psychiatry* 2008; 32(2): 132-5.

13- Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13(9): 2449-58.

14- Barclay JS, Blackhall LJ, Tulskey JA. Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *J Palliat Med* 2007; 10(4): 958-77.

15- Eden OB, Black I, MacKinlay GA, Emery AE. Communication with parents of children with cancer. *Palliat Med* 1994; 8(2): 105-14.

16- Olsen JC, Bueneffe ML, Falco WD. Death in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1998; 31(6): 758-65.

- 40- Abdelmuktader AM, Abd Elhamed KA. Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: a structured verbal questionnaire. *BMC Med Ethics* 2012; 13: 14.
- 41- Al-Abdi SY, Al-Ali EA, Daheer MH, Al-Saleh YM, Al-Qurashi KH, Al-Amri MA. Saudi mothers' preferences about breaking bad news concerning newborns: a structured verbal questionnaire. *BMC Med Ethics* 2011; 12: 15.
- 42- Pauls MA, Ackroyd-Stolarz S. Identifying bioethics learning needs: a survey of Canadian emergency medicine residents. *Acad Emerg Med* 2006; 13(6): 645-52.
- 43- Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: a novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock* 2010; 3(4): 385-8.
- 44- Niska R, Bhuiya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 emergency department summary. *Natl Health Stat Report* 2010; 6(26): 1-31. Anonymus. National Health Reports. (<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr026.pdf>, 2011 Access date: Sep 2013)
- 45- Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Adams J. Rosen's Emergency Medicine, 7th ed. USA: Mosbey Elsevier; 2010, p. 2574-5.
- 46- Meo N, Hwang U, Morrison RS. Resident perceptions of palliative care training in the emergency department. *J Palliat Med* 2011; 14(5): 548-55.
- Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979; 241(9): 897-900.
- 34- Hobgood C. Grief, death and dying, DNR/DNI orders. In: Tintinalli J, Stapczynski J, Ma J; Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. USA: McGraw-Hill; 2011, p. 2017-2021.
- 35- Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL. Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011; 20(1): 56-61.
- 36- Tse CY, Chong A, Fok SY. Breaking bad news: a Chinese perspective. *Palliat Med* 2003; 17(4): 339-43.
- 37- Ozdogan M, Samur M, Artac M, Yildiz M, Savas B, Bozcuk HS. Factors related to truth-telling practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. *J Palliat Med* 2006; 9(5): 1114-9.
- 38- Windsor JA, Rossaak JI, Chaung D, Ng A, Bissett IP, Johnson MH. Telling the truth to Asian patients in the hospital setting. *N Z Med J* 2008; 121(1286): 92-9.
- 39- Khan RI. Informed consent and some of its problems in Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2008; 58(2): 82-4.

Difficulties in using Western guidelines for breaking bad news in the emergency department: the necessity of indigenizing guidelines for non-Western countries

Ali Labaf¹, Amirhossein Jahanshir*¹, Amir Shahvaraninasab²

¹ Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

² Department of Emergency Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Breaking bad news is one of the most difficult tasks an emergency physician has to perform and unfortunately it is not well studied. Almost all of the original studies for compilation of the guidelines of breaking bad news have been conducted in a non-emergent situation and were physician-oriented. In this study and by reviewing related articles in medical databases, the authors try to show the necessity of adapting these guidelines into the situation of the emergency departments and indigenizing them for non-Western countries. This can be the first step to design a guideline for the emergency department.

The different nature of bad news and the chaotic situation in the emergency departments are the two most important points that may prevent using these guidelines in the emergency departments.

On the other hand, breaking bad news guidelines are designed based on Western cultures and their application in a non-Western country may decrease their effectiveness.

To the best of our knowledge, there is no national guideline for breaking bad news in Iran. There is a long way to go before we can suggest a national guideline for emergency departments, so we recommend using one of the Western guidelines and indigenizing it according to the Iranian culture and emergency situations.

Keywords: breaking bad news, truth telling, emergency department, culture

*Email: ah-jahanshir@sina.tums.ac.ir