

## آموزش مهارت انتقال اخبار بد: ضرورت توانمند شدن در یک مهارت بالینی

ایرج شاکری نیا<sup>۱</sup>\*

### مقاله‌ی مروری

#### چکیده

بررسی روند تاریخی علوم پزشکی از پیشرفت‌های فراوانی در این حوزه حکایت می‌کند؛ به گونه‌ای که امروزه پزشکان می‌توانند بیماری‌های متعدد را شناسایی و معالجه کنند. با وجود این، در فعالیت‌های پزشکی، خبرهای بد و ناگوار، مانند خبر ابتلاء بیمار به بیماری لاعلاج یا صعب‌العلاج، بروز خطای پزشکی یا فوت بیمار نیز وجود دارند. در این موقعیت متخصص مربوطه مجبور به اطلاع‌رسانی است. ارائه‌ی این اخبار غالباً ناگوار است و به دلیل ماهیت اخبار بد، پزشکان و دیگر کارکنان بخش درمان در انتقال آن دچار فشار روانی می‌شوند. بخشی از این فشارهای روانی، ناشی از کمبود مهارت‌های ارتباطی پزشکان و کادر درمان در اطلاع‌رسانی مربوط به اخبار بد است. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پزشکان در زمینه‌ی انتقال اخبار بد، مهارت بالینی لازم را ندارند. از آنجا که این مهارت‌های ارتباطی قابل آموزش هستند تلاش‌های گسترده‌ای جهت آموزش آن‌ها انجام گرفته، الگوهای مناسبی معرفی شده‌اند و نگارنده مهم‌ترین آن‌ها را در این مقاله معرفی کرده است.

واژگان کلیدی: اخبار بد، مهارت‌های ارتباطی، آموزش

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی، عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان

\* نشانی: گیلان، رشت، بزرگراه خلیج فارس، دانشگاه گیلان، دانشکده‌ی علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۰۹۱۱۳۸۲۶۷۹،

Email: irajshakerinia@gmail.com

## مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فنی روزافزون پزشکی و درمان بسیاری از بیماری‌ها، ارتباط<sup>۱</sup> بین پزشک و بیمار، همچنان عنصری مهم و اثرگذار در رضایت‌مندی بیماران، پی‌گیری دستورالعمل‌های درمانی (۱)، مشارکت بیمار در فرآیند درمان و استقبال از طرح‌های درمانی تلقی می‌شود (۲). پژوهشگران ارتباط را انتقال اطلاعات از فرستنده به گیرنده می‌دانند؛ به‌گونه‌ای که برای هر دو قابل فهم و واضح باشد (۳). کیفیت پیام‌ها موجب می‌شود تا ارتباطات به مطلوب یا نامطلوب تقسیم شوند؛ تولد فرزند، جراحی موفقیت‌آمیز و رفع خطر از بیمار در زمره‌ی ارتباطات مطلوب است زیرا در آن پیام‌های خوب وجود دارد. درمان ناموفق، ابتلاء بیمار به بیماری لاعلاج، فوت بیمار و نظایر این‌ها جزء ارتباطات نامطلوب هستند، زیرا در آن‌ها پیام‌های خوبی وجود ندارد. انتقال این دسته از پیام‌ها رابطه‌ی بین پزشک و بیمار را تحت تأثیر شدید خود قرار می‌دهد؛ حتی می‌توان گفت، این نوع ارتباط یکی از بحرانی‌ترین انواع ارتباط بین پزشک و بیمار است که طی آن پزشک موظف است اخبار و اطلاعات ناخوشایند مربوط به تشخیص بیماری خطرناک، عود یا درمان ناموفق بیماری را در اختیار بیمار یا خانواده‌ی وی قرار دهد. با توجه به جایگاه این بحث در ارتباط پزشک و بیمار، محققان تلاش کرده‌اند در پژوهش‌های خود به این مفهوم توجه بیش‌تری داشته باشند و ضمن شناخت ویژگی‌های اخبار بد، راهکارهایی را نیز جهت انتقال موفقیت‌آمیز و کم‌ضرر آن به بیماران و خانواده‌های آن‌ها توصیه کنند. در این رابطه اولین موضوعی که مطرح می‌شود تعریف خبر بد است؛ خبر بد چگونه خبری است؟ Buckman اولین محقق است که تعریفی از خبر بد ارائه کرده است، به‌نظر وی هر خبری که نگرش فرد در مورد آینده‌اش را به‌گونه‌ای منفی و به‌نحو چشم‌گیری تغییر دهد خبر بد نامیده می‌شود (۴). در مباحث پزشکی، خبر بد معمولاً

<sup>۱</sup> communication

به شرایطی اطلاق می‌شود که بیماری کشنده‌ای وجود دارد (مانند سرطان، ایدز و نظایر آن)؛ در عین حال، موقعیت‌های پزشکی دیگری نیز وجود دارند که جزء اخبار بد به حساب می‌آیند (بیماری مزمن مانند دیابت، از کارافتادگی یا فقدان عملکرد مانند فلج، برنامه درمانی که ناگوار، دردناک و پرهزینه است و حتی بیماری که پزشک آن را بی اهمیت و خوش‌خیم می‌داند و نظایر آن‌ها) و پزشک ناگزیر از انتقال آن‌هاست. موضوع دیگر در این بررسی‌ها نحوه‌ی اعلام خبر بد است. در زمان‌های قدیم با کسانی که اخبار شکست جنگ‌ها را می‌آوردند، اغلب برخوردهای خشن و تندی می‌شد، به‌گونه‌ای مشابه، برخی بیماران در واکنش به اخبار بد، پزشک را سرزنش می‌کنند. این جبهه‌گیری منفی در برابر پزشکانی که اخبار بد را منتقل می‌کنند، به‌نظر قابل فهم است؛ چرا که بسیاری از آنان در به‌کارگیری اصول روان‌شناسی ارتباط و چگونگی اعلام اخبار بد اطلاعات کافی ندارند (۵). به‌نظر می‌آید که اطلاع‌رسانی اخبار بد از جزئیات روان‌شناختی ظریفی برخوردار است که گوینده‌ی آن ناگزیر از توجه به آن‌ها است. در حقیقت، مطالعات نشان داده‌اند که نحوه‌ی اعلام اخبار بد بر رضایت بیماران از مراقبت‌های دریافتی و سازگاری روان‌شناختی آنان تأثیر می‌گذارد (۶، ۷). هم‌چنین در اعلام اخبار بد باید به خصوصیات ویژه‌ی بیماران نیز توجه کرد؛ به‌عنوان مثال، Parker و همکاران نشان دادند که بیماران دارای تحصیلات عالی انتظار دارند جزئیات بیش‌تر و اطلاعات کامل‌تری از بیماری در اختیار آن‌ها گذاشته شود؛ هم‌چنین در این تحقیق مشخص شد که زنان، انتظار حمایت بیش‌تری دارند (۸). به‌طور کلی، بسیاری از بیماران هنگام مواجهه با کادر درمان به‌خصوص پزشکان، انتظار اطلاع‌رسانی شفاف همراه با همدلی و عطوفت دارند (۹). بنابراین، شیوه‌ی اعلام خبر بد، برحسب ماهیت قدرتمند ارتباط یا شکنندگی آن و شدت آسیب‌دیدگی متغیر بوده (۱۰) حتی ممکن است به دادخواهی نیز منجر شود (۱۱). خبرهای بد که معمولاً

هماندسازی می‌کنند (۴).

### روش کار

روش تحقیق و تدوین این مقاله مبتنی بر جست‌وجو در منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی است. برای شروع با استفاده از واژه‌های *bad news*، *breaking bad news*، اطلاع‌رسانی اخبار بد، مهارت اطلاع‌رسانی، در سایت کتابخانه مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، *ScienceDirect*، *Google* به جست‌وجو پرداخته شد. اطلاعات موجود در این سایت‌ها درباره‌ی تاریخچه‌ی نحوه‌ی انتقال اخبار بد، تغییر نگرش در خصوص انتقال اخبار بد، آموزش شیوه‌های انتقال اخبار بد و ضرورت آموزش انتقال اخبار بد به‌عنوان یک مهارت بالینی، مورد استفاده قرار گرفت.

### بحث

#### آموزش نحوه‌ی انتقال اخبار بد

مرور منابع نشان می‌دهد یکی از وظایف روزمره‌ی پزشکان و متخصصان درمانی، انتقال اخبار بد مربوط به فعالیت‌های درمانی است. به‌عنوان مثال، *Fallowfield* و همکاران اظهار می‌دارند در یک دوره‌ی ۴۰ ساله‌ی شغلی، یک تومورشناس تقریباً دویست‌هزار مصاحبه با بیماران، خانواده‌ها و همکاران انجام می‌دهد؛ اگر ۱۰ درصد این مصاحبه‌ها در ارتباط با انتقال خبر بد باشد، به‌نظر می‌آید که حدود بیست‌هزار مصاحبه‌ای که این پزشکان انجام می‌دهند در بردارنده‌ی اخبار بد است (۱۹). مشاهده‌ی آمار و ارقام نشان می‌دهد که از یک طرف اخبار بدی که باید توسط فرد متخصص منتقل شود از میزان بالایی برخوردار است و ازسوی دیگر این اخبار نقش مهمی در رابطه‌ی بین پزشک و بیمار بازی می‌کنند. در عین حال، این مهارت در دانشکده‌های پزشکی یا بیمارستان‌ها آموزش داده نمی‌شود و متخصصان بالینی، حتی درکشورهای پیشرفته، عموماً در این زمینه فاقد آموزش‌های منظم بوده، آگاهی زیادی از شیوه‌های مطلوب اعلام خبر بد ندارند (۲۴-۲۰). در همین خصوص دانشجویان نیز اغلب اظهار می‌دارند که آموزش‌های مربوط به مهارت‌های ارتباطات انسانی کافی

دارای پی‌آمدهای خطرناک جدی برای بیماران و خانواده‌های آنان هستند (۱۳، ۱۲)، معمولاً دو ویژگی عمده دارند: اول بدی<sup>۱</sup> خبر؛ به‌عبارت دیگر، این خبر برای بیمار و خانواده او خوش آیند نیست، بدین معنی که خبر بد شکاف بین توقعات بیمار از موقعیت و واقعیت طبی بیماری را افزایش می‌دهد. دوم، بلا تکلیفی؛ فردی که باید خبر را انتقال دهد، اطمینانی از واکنش بیماران ندارد. به همین دلیل پزشکی که خبرهای بد دارند ممکن است احساس درماندگی کنند، خصوصاً زمانی که گزینه‌های درمانی مناسبی برای بیماران موجود نباشد (۴). بنابراین، هرچند اخبار بد مشخصاً بر زندگی بیماران اثر می‌گذارد ولی تحقیقات نشان داده است که این اخبار، بر پزشکان و ارتباط پزشک با بیمار نیز تأثیرگذار است. *Ptacek* و همکاران در همین ارتباط نشان داده‌اند که ۴۲ درصد از پزشکان پس از ارائه‌ی خبر بد، تجربه‌ی فشار روانی داشتند که اثر آن از چند ساعت تا بیش از ۳ روز طول کشیده است (۱۴). گاهی نیز احساسات اخلاقی پزشک وارد عمل می‌شود. در این صورت، پزشک خود را از دید بیمار پنهان می‌کند تا یا با بیمار مواجه نشود یا از واکنش‌های هیجانی نسبت به اخبار بد اجتناب کند (۱۶، ۱۵). در همین رابطه *Buckman* اظهار می‌دارد که متخصصان بالینی همواره با احساساتشان درباره‌ی اخبار بد درگیری دارند (۴). افزایش سطح دانش و آگاهی بیماران نیز از جمله متغیرهای تأثیرگذار است، به همین دلیل بیماران و خانواده‌های آن‌ها میل فزاینده‌ای به بررسی پیش فرض‌های تشخیصی خود پیدا کرده‌اند (۱۸، ۱۷)؛ لذا متخصصان باید خود را برای پاسخگویی به سؤالات پیش‌بینی نشده آماده کنند، موضوعی که به افزایش فشار روانی بر کارکنان بخش مراقبت بهداشت منجر می‌شود. عوارض روان‌شناختی و شخصیتی که به‌دنبال انتقال اخبار بد ایجاد می‌شود نیز مورد اشاره‌ی محققان قرار گرفته است؛ چنان‌که *Buckman* در همین ارتباط نشان داد که پیام‌رسانان این‌گونه خبرها، اغلب اشتهاً با جنبه‌های منفی پیام

<sup>۱</sup> badness

به صورت مهارت‌های ارتباطی است (۳۰)؛ این مهارت‌ها جزء جدایی‌ناپذیر فعالیت‌های بالینی پزشکان هستند به نحوی که ۶۰ تا ۸۰ درصد از موارد تشخیص بیماری‌ها و نیز تصمیم‌گیری‌های درمانی بر مبنای اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ی پزشک (به عنوان اصلی‌ترین روش ارتباطی) صورت می‌گیرد (۳۱). در سال‌های اخیر، تحقیقات نشان داده است که مهارت‌های ارتباطی دانشجویان بهبودپذیر است (۳۳، ۳۲). در همین رابطه در بررسی نقش آموزش نحوه‌ی ارائه‌ی اخبار بد به بیماران و خانواده‌های آنها، Garg و همکاران، ۲۵۰ دانشجوی پزشکی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که دانشجویان مشارکت‌کننده در تحقیق، دوره‌ی آموزشی را جالب توجه و مفید یافتند. آن‌ها معتقد بودند که این دوره بر ارتقاء احساس شایستگی‌شان اثر داشته، توانایی‌شان در کاربرد راهکارهای مناسب در این موقعیت‌ها را افزایش داده است (۳۴). هم‌چنین غفاری‌نژاد و همکاران، دریافتند که آموزش مناسب شیوه‌های انتقال اخبار بد، از ناراحتی و عدم اطمینانی که معمولاً در حین اطلاع‌رسانی این‌گونه اخبار در پزشکان وجود دارد، می‌کاهد (۲۷). هرچند براساس تحقیق Oken در این حوزه تغییرات آشکاری رخ داده است؛ بدین معنی که در ۵۰ سال گذشته پزشکان سعی می‌کردند حقیقت را از بیماران پنهان کنند و تقریباً ۹۰ درصد آن‌ها تشخیص بیماری سرطان را مخفی می‌کردند (۳۵)؛ درحالی که تکرار تحقیق در ۲۰ سال بعد نشان داد که پزشکان اعتقاد دارند باید تشخیص درست در اختیار بیماران قرار گیرد (۳۶). با توجه به نتایج تحقیقات و پیشرفت‌های سریعی که در حوزه‌ی تشخیص و درمان بیماری‌ها ایجاد شده و هم‌چنین با افزایش سطح دانش و آگاهی عموم بیماران از حقوق خود، توجه به آموزش مهارت‌های ارتباطی به کارکنان در سرفصل‌های آموزش پزشکی از ضروریات موقعیت کنونی است. موضوعی که دانشجویان و دستیاران پزشکی نیاز بدان را اعلام می‌کنند و معتقدند که برای کارآیی بیش‌تر به آموزش‌های ویژه نیاز است (۳۷). البته برخی از دانشکده‌ها دوره‌های خوبی را برای

نیست (۲۵). در کنگره‌ی سالانه‌ی انجمن آمریکایی تومورشناسی بالینی<sup>۱</sup>، تقریباً ۴۰۰ تومور شناس، یک جلسه درباره‌ی شیوه‌های اعلام خبر بد و جنبه‌های مختلف مهارت‌های ارتباطی و آموزشی مربوط به آن به بحث و تبادل نظر پرداختند. بررسی انجام گرفته نشان داد که کم‌تر از ۵ درصد آن‌ها هیچ‌گونه آموزشی درباره‌ی اعلام خبر بد ندیده بودند. درعین حال، بیش از ۶۶ درصد از متخصصان مجبورند که در طول یک‌ماه بین ۵ تا ۲۰ خبر بد را اطلاع دهند، هم‌چنین ۷۴ درصد آن‌ها فاقد هرگونه رویکرد برنامه‌ریزی شده‌ی مشخص برای اعلام خبر بد بودند. بیش از ۹۰ درصد متخصصان مشارکت‌کننده در پژوهش، احساس می‌کردند که سخت‌ترین جنبه‌ی اخبار بد، کنترل یا دستکاری هیجان‌هایی است که هنگام مصاحبه به وجود می‌آید (۲۶). در ایران نیز در یکی از معدود تحقیقاتی که در خصوص نحوه‌ی اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران در بین پزشکان کرمانی انجام گرفت، غفاری‌نژاد و همکاران، دریافتند که به غیر از یک‌نفر، بقیه‌ی گروه مورد مطالعه فاقد هرگونه آموزش در زمینه‌ی انتقال اخبار بد به بیماران بوده، آنچه را که به صورت تجربی آموخته بودند مورد استفاده قرار می‌دادند (۲۷). از آنجایی که این مهارت به اندازه‌ی کافی در دانشکده‌های پزشکی آموزش داده نمی‌شود، پزشکان نوعاً یا به شهود و تجربه‌ی خود استناد می‌کنند (۲۰) یا با مشاهده‌ی پزشکان ارشد آن‌ها را استنباط می‌کنند (۲۸). در برداشت اولیه به نظر می‌رسد الگوبرداری از پزشکان ارشد و کسب مهارت از این طریق پدیده بدی نباشد، اما غیرعلمی است. در همین رابطه مطالعه‌ی Ford و همکاران (۷) نشان داد که مشکلات ارتباطی تومورشناسان ارشد با تجربه بالینی حل نمی‌شود، نتیجه‌ای که در پژوهش Fellows و همکاران نیز تکرار شد (۲۹). این مطالعات نشان می‌دهند که تنها حضور در دوره‌های آموزشی است که نقایص مربوط به مهارت‌های ارتباطی را اصلاح می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهند برقراری ارتباط یک توانمندی انسانی است که با آموزش و یادگیری، قابل توسعه

<sup>1</sup> clinical oncology

راهکارهای ارائه‌ی اخبار بد آموزش داده شود.

## ۲- پروتکل *Baile* و همکاران

پروتکل *Baile* و همکاران موسوم به SPIKES<sup>۲</sup> نیز یکی دیگر از شیوه‌های انتقال خبر بد است (۲۶). این پروتکل یک راهبرد است نه سند و با هدف معرفی مهم‌ترین مشخصه‌های مصاحبه‌ی اخبار بد ارائه شده، شیوه‌های ارزیابی موقعیت را استنتاج کرده، به صورت تلویحی نوع پاسخدهی را تعیین می‌کند. مفهوم کلیدی این رویکرد، ارتباط همدلانه است؛ واقعیتی که در ارائه‌ی اخبار بد همواره مطمع نظر است. هدف این رویکرد این است که به متخصصان کمک شود رک ولی همدلانه اخبار بد را در اختیار بیماران بگذارند. این پروتکل نیز از شش مرحله تشکیل شده که فرد را به صورت گام به گام با نحوه‌ی اطلاع‌رسانی اخبار بد آشنا می‌کند. این مراحل عبارتند از:

- زمینه‌سازی:

زمینه‌سازی به معنی ارائه‌ی محرمانه‌ی اخبار بد است. بنابراین، در هنگام ارائه‌ی این اخبار نیازی به حضور افراد متفرقه نیست؛ تنها حضور بیمار، شخص بسیار نزدیک او (بستگان درجه یک) و اعضای گروه درمانی کافی است. در این مرحله، متخصص می‌نشیند، با بیمار تماس چشمی برقرار می‌کند و در صورت لزوم از برقراری تماس بدنی (دست بر شانه بیمار گذاشتن یا دست بیمار را در دست گرفتن) نیز استفاده می‌کند. در این مرحله ضمن این‌که عوامل محل و مزاحم (پیجر و تلفن) باید حذف شوند، وقت کافی برای پاسخگویی به سؤالات بیمار نیز در نظر گرفته می‌شود. استفاده از سلام و احوال‌پرسی یک عبارت آغازین مطبوع است. جملات آغازین می‌تواند یک عبارت پزشکی ساده باشد: آندوسکپی چطور بود؟ یا بعد از نسخه‌ی هفته پیش درد شدید شما چه وضعیتی پیدا کرد؟ سپس معرفی گروه انجام می‌شود

SPIKES<sup>۲</sup> برگرفته از حروف اول کلمات

Strategy - Perception - Invitation - Knowledge - Empathy and Setting

است.

آموزش فنون ویژه‌ی ارائه‌ی اخبار بد تأسیس کرده‌اند (۹). اخیراً چند دانشکده‌ی پزشکی آموزش مقطع لیسانس، دروسی را برای آموزش اعلام خبر بد به دانشجویان ارائه کرده‌اند، اما این موضوع هنوز فراگیر نشده است (۳۸). *Fallowfield* معتقد است که نبود آموزش به رفتارهایی منجر می‌شود که از نظر ارتباطی بی‌ارزش و غیر علمی هستند، پزشکان برای کسب این مهارت‌ها باید تحت آموزش قرارگیرند، به این دلیل که آن‌ها مسؤولیت ارائه‌ی اخبار بد را دارند (۳۹). در همین ارتباط انجمن پزشکان عمومی<sup>۱</sup> و دیگر مؤسسات پزشکی بر اهمیت توسعه‌ی مهارت‌های ارتباطی مناسب برای پزشکان تأکید کرده‌اند (۲۹). برحسب امکان‌پذیری آموزش اهداف، مدارکی موجود است که نشان می‌دهد مهارت‌های عمومی ارتباطات قابل آموزش بوده، پایدار می‌مانند. در عین حال، برخی مناقشه‌ها درباره‌ی جنبه‌هایی که آموزش داده می‌شوند هنوز حل نشده باقی‌اند.

## آموزش شیوه‌های مناسب انتقال اخبار بد:

موضوع دیگری که در مباحث مربوط به اخبار بد بدان پرداخته می‌شود این است که چگونه این اخبار را می‌توان به دلسوزانه‌ترین و موثرترین شیوه انتقال داد؟ فنون پیچیده‌ی اعلام اخبار بد در بسیاری از مقالات مورد بحث قرار گرفته و تشریح شده‌اند و چند مورد آن‌ها به دلیل جامعیت، وجود مراحل مشخص و قابلیت آموزش بیشتر، از شهرت بیشتری برخوردار هستند که در این قسمت به معرفی مختصر آن‌ها اقدام می‌شود.

## ۱- پروتکل ۶ مرحله‌ای *Buckman & Kason*:

پروتکل *Buckman & Kason* از جمله اولین ابزارهای آموزشی نحوه‌ی ارائه‌ی اخبار بد برای دانشجویان پزشکی و پزشکان است که در سال ۱۹۹۲ انتشار یافته است (۴۰).

این پروتکل شامل شش مرحله‌ی اصلی بوده، هرکدام از مراحل اصلی در بردارنده‌ی مراحل فرعی است (جدول شماره‌ی ۱) و در مجموع تلاش می‌شود از طریق آن

<sup>۱</sup> The General Medical Council (GMC)

و فرآیند ارائه‌ی اخبار بد آغاز می‌شود.

جدول ۱: پروتکل ۶ مرحله‌ای Buckman, Kason برای ارائه‌ی خبر بد

مرحله	فن مورد آموزش
۱- آغاز صحیح	- استفاده از ارتباطات پایه و مهارت‌های تسهیل‌کننده - تنظیم جنبه‌های فیزیکی مصاحبه - اطمینان بخشی نسبت به خصوصی و محرمانه بودن مصاحبه - استفاده صحیح از فن زبان بدن (ارتباط غیر کلامی) - برقراری تماس چشمی
۲- آگاهی از اطلاعات قبلی بیمار	- پرسش از بیمار درباره‌ی این‌که چه می‌داند یا حدس و گمان او درباره‌ی بیماری چیست؟ (برداشت شما چیست؟ به شما چه گفته‌اند؟) - دقت به شیوه‌ی تشریح موقعیت توسط بیمار، توجه به لغاتی که بیمار مورد استفاده قرار می‌دهد، همچنین توجه به مکانیزم دفاعی انکار از سوی بیمار
۳- آگاهی از این‌که بیمار اکنون چه می‌خواهد.	- دعوت شفاف برای مشارکت اطلاعاتی، اگر بیمار خواستار آن است (با پرسش از سؤالاتی که با «آیا شما نگران هستید که...» آغاز می‌شود). - عبور از توضیحات مربوط به اطلاعات عمومی درباره‌ی بیماری، اگر بیمار تمایلی به دانستن آن‌ها ندارد.
۴- بیان اطلاعات	- تنظیم: شروع صحبت در سطح فهم بیمار و استفاده از کلمات و واژه‌ها و اصطلاحات غیر تخصصی - آموزش دادن: بیان اطلاعات در قطعات کوچک و به زبان ساده و کنترل درک مطلب بیمار
۵- پاسخ به واکنش‌های بیماران	- تأیید تمام واکنش‌ها و احساسات بیمار - استفاده از فن همدلی (درک هیجان و علت هیجان، و پاسخ به بیمار) - همراهی با گریه و خشم و دیگر هیجان‌های قدرتمند بیمار
۶- اتمام	- جمع‌بندی حوزه‌های عمده‌ی بحث - پرسش از بیمار درباره‌ی این‌که آیا سؤالات یا موضوعات مهم دیگری باقی است که او الان بخواهد راجع به آن‌ها بحث کند؟ - تنظیم یک قرارداد روشن برای ملاقات بعدی

- ادراک بیمار:

نیاز دارد. ارائه‌ی اخبار بد برای بیمارانی که از فرهنگ‌های مختلف هستند معانی متفاوتی پیدا می‌کند، چراکه در برخی فرهنگ‌ها ممکن است فرد از خودمختاری کمی برخوردار باشد یا اساساً چنین استقلال‌ی وجود نداشته باشد و تصمیمات مربوط به درمان شخص، با دیگران باشد (فرد به تنهایی تصمیم‌گیرنده نباشد). برای دعوت به شنیدن اخبار بد، متخصص می‌تواند بگوید: من مایل‌م نتیجه‌ی آزمایش را با تو در میان بگذرم، خوب؟ متخصصان هم‌چنین می‌توانند از بیماران سؤال کنند که آیا مایلند کلیاتی از اطلاعات را بدانند یا مایلند با همه‌ی جزئیات آشنا شوند؟

قبل از ارائه‌ی اخبار بد دکتر باید بداند که مقدار دانش بیمار درباره‌ی بیماری‌اش تا چه اندازه است. سؤالات زیر می‌تواند میزان دانش بیمار را مشخص کند: درباره‌ی بیماری به شما چه گفته‌اند؟ و آیا به خاطر می‌آورید که چرا این آزمایش را انجام دادیم؟ با ارزیابی ادراکات بیمار، متخصص می‌تواند اطلاعات غلط بیمار را اصلاح کند و اطلاعات خود را با سطح ادراکات بیمار تطبیق دهد.

- دعوت به شنیدن اخبار بد:

دکتر برای در اختیار قرار دادن اخبار بد به اجازه‌ی بیمار

- دانش:

دیگر ارائه شده است (۴۳، ۴۲). خلاصه و فشرده‌ی مراحل

این الگو در ادامه آورده شده است:

#### مرحله‌ی اول- آماده‌سازی پیشرفته

- تنظیم جلسه‌ی مصاحبه با اختصاص زمان کافی، و انتخاب مکان خصوصی و بدون مزاحمت (در طول جلسه‌ی مصاحبه تلفن همراه را خاموش کرده یا از ویبره استفاده شود)؛

- مرور اطلاعات بالینی مربوط به بیمار؛

- تمرین ذهنی و شناسایی کلمات و عباراتی که در جلسه‌ی مصاحبه مجاز به استفاده از آن‌ها هستیم و کلمات و عباراتی که مجاز به استفاده از آن‌ها نیستیم؛

- آماده ساختن خود از لحاظ هیجانی.

#### مرحله‌ی دوم- ایجاد یک محیط / ارتباط درمانی

- تعیین این‌که بیمار چه چیزی را تا چه اندازه مایل است بداند؛

- حاضر کردن خانواده یا افراد حمایت‌کننده از بیمار؛

- معرفی خود به حضار؛

- اطلاع دادن به بیمار که خبرهای بدی وجود دارد؛

- استفاده از تماس بدنی (دست روی شانه بیمار گذاشتن، دستان او را در دست گرفتن و نظایر این‌ها، در صورت نیاز).

#### مرحله‌ی سوم - ارتباطات خوب

- پرسش از بیمار یا خانواده درباره‌ی اطلاعات قبلی آنان؛

- رک بودن همراه با عطف، اجتناب از حسن تعبیر و عدم استفاده از کلمات فنی پزشکی؛

- اجازه دادن به بیمار برای این‌که سکوت کند یا اشک بریزد، همراهی با بیمار؛

- یادداشت‌برداری از درک بیمار در خصوص اخبار بد و به همراه داشتن این اطلاعات در جلسه‌ی بعد؛

- استفاده از عنصر زمان (اجازه دهید زمان به برخی سوالات پاسخ دهد)، یادداشت کردن مطالب مورد نیاز، خلاصه‌نویسی از هر ملاقات و جمع‌بندی، طرح‌ریزی برای ملاقات بعدی.

بیماران برای اتخاذ تصمیمات مراقبتی نیازمند اطلاعات کافی هستند. بنابراین، متخصصان باید اطلاعات مربوط به بیماری را با سطح فهم و درک بیمار تنظیم کنند. پزشک تا جایی که ممکن است باید از کلمات ساده و قابل فهم استفاده کند برای مثال، به جای کلمه‌ی تست می‌تواند از کلمه‌ی آزمایش استفاده کند. برای کمک به درک کافی بیماران اطلاعات باید در قالب‌های کوچک ارائه شود. متخصصان می‌توانند قدرت درک بیمار را با عبارات زیر کنترل کنند: آیا من هیجان زده‌ام؟ آیا می‌توانم چیزی را توضیح بدهم؟ پزشکان باید مراقب باشند و از رک‌گویی غیرضروری و خوش بینی‌گمراه‌کننده اجتناب کنند.

- همدلی:

تأییدهای همدلانه متخصص در پاسخ‌های هیجانی بیمار به اخبار بد، ابتدا با تشخیص درست هیجانانگیز بیمار آغاز می‌شود و سپس بدان پاسخ مطلوب و مناسب داده می‌شود. «می‌بینم که با شنیدن این خبر ناراحت شدی»، یک بیان همدلانه است. همچنین ایجاد دوره‌های سکوت به بیماران اجازه می‌دهد تا اخبار بد را پردازش کنند و هیجان‌ها را بروز دهند.

- ارائه‌ی طریق و خلاصه‌سازی:

پس از دریافت اخبار بد، بیمار ممکن است حس انزوا و بلا تکلیفی را تجربه کند. پزشکان می‌توانند اضطراب بیمار را از طریق خلاصه کردن قلمرو مورد بحث، کنترل درک بیمار و تنظیم یک راهبرد به حداقل برسانند و راهکارهای پی‌گیری درمان را به همراه بیمار طراحی کنند.

#### ۳- الگوی McPhee & Rabow:

McPhee & Rabow یک الگوی کاربردی و جامع را با ترکیبی از منابع چندگانه توسعه داده‌اند که با حروف مخفف ABCDE معرفی شده است (۴۱). این الگو اطلاع‌رسانی مربوط به اخبار بد را به صورت مرحله‌ای معرفی می‌کند. دستورالعمل‌های زیر الگوی اصلاح شده‌ی نهایی McPhee & Rabow (۴۱) است که با تغییر و افزودن مواد دیگر از منابع

### مرحله‌ی چهارم - مواجهه شدن با واکنش‌های

#### بیماران و خانواده‌های آنان

- ارزیابی از واکنش‌های هیجانی بیمار و خانواده‌ی وی و ارائه‌ی پاسخ مناسب؛
- ارائه‌ی واکنش‌های همدلانه؛
- احتراز از بحث و جدل با همکاران در جلسه‌ی مصاحبه.

### مرحله‌ی پنجم - دلگرم ساختن بیمار و ایجاد ثبات

#### در هیجان‌های او

- درک معنی اخبار از سوی بیماران؛
  - تنظیم امیدهای واقع‌گرایانه برای بیمار؛
  - استفاده از دانش بین رشته‌ای (پزشکی، روان‌شناسی و...).
  - مراقبت از نیازهای روان‌شناختی خود (سلامت روانی).
- البته این الگو نسخه‌ی تجویز شده‌ی نهایی نیست و در شرایط خاص می‌توان تغییراتی را در اجرای آن به‌وجود آورد. صرف‌نظر از اسامی مختلفی که برای الگوهای آموزشی مورد بحث در نظر گرفته شده، تأکیدهای مشترک زیادی در همه‌ی آن‌ها وجود دارد؛ به‌عنوان مثال، استفاده از فنون روان‌شناختی برقراری ارتباط، درک وضعیت روان‌شناختی بیمار (شناخت، هیجان و شخصیت)، استفاده از همدلی، ارائه‌ی مطالب مربوط به اخبار بد با توجه به سطح فهم و دانش بیمار و پرهیز از به‌کار بردن اصطلاحات تخصصی و فنی، توجه به مقدار مطالبی که بیمار خواهان دانستن آن است از جمله این مشترکات است که فرد متخصص در ارائه‌ی اخبار و اطلاعات بد ناگزیر از توجه به آن‌هاست.

### نتیجه‌گیری

انتقال اخبار بد به بیماران و بستگان درجه‌ی یک آن‌ها یکی از وظایف بسیار حساس پزشکان است که باید آن را قبول کنند و به شایستگی به انجام رسانند. اطلاع‌رسانی مناسب اخبار بد نیازمند سطح قابل قبولی از مهارت‌های ارتباطی است. از آنجایی که بیماران و بستگان آن‌ها هنگامی از پزشک احساس رضایت می‌کنند که وی را در انتقال اخبار بد، توانمند ارزیابی کنند، بنابراین، شایستگی پزشک در کسب و اجرای مطلوب مهارت‌های ارتباطی، امری حیاتی است. ارتباطات را می‌توان از طریق تکنیک‌هایی ساده نظیر توجه به موانع ارتباطی یا رفع آن‌ها و همچنین تحکیم اطلاعات به شیوه‌ای دلسوزانه بهبود بخشید. پزشکان و دیگر کادر درمان از طریق برقراری ارتباطات مطلوب انسانی، باید زمینه‌های روان‌شناختی لازم را فراهم کنند تا بیماران بتوانند با مثبت‌اندیشی از همه‌ی زندگی خود لذت لازم را ببرند، بر این اساس، کسب مهارت برای درمانگر در مورد چگونگی دادن اخبار ناخوشایند نه یک توصیه بلکه یک ضرورت است.

- news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 276(6): 496-502.
- 14- Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM. I'm sorry to tell you..." physicians' reports of breaking bad news. *J Behav Med* 2000; 24(2): 205-17.
  - 15- Maquire P. Barriers to psychological care of the dying. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 291(6510): 1711-3.
  - 16- Taylor KM. "Telling bad news": physicians and the disclosure of undesirable information. *Sociol Health Illn* 1988; 10(2): 109-32.
  - 17- Charlton RC. Breaking bad news. *Med J Aust* 1992; 157(9): 615-21.
  - 18- Charlton R, Dovey S, Mizushima Y. National differences in breaking bad news. *Med J Aust* 1993; 159(1): 72.
  - 19- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359(9307): 650-6.
  - 20- Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993; 37(4): 377-88.
  - 21- Rappaport W, Witzke D. Education about death and dying during the clinical years of medical school. *Surgery* 1993; 113(2): 163-5.
  - 22- Egly S, Afonso N, Rojas G, Baker M, Cardozo L, Robertson RS. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med* 1997; 72(5): 397-9.
  - 23- Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13(9): 2449-56.
  - 24- Lind SE, DelVacchio Good MJ, Seidel S, Csordas T, Good B. Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 1989; 7(5): 583-9.
  - 25- Marteau TM, Johnston M, Wynne G, Evans TR. Cognitive factors in the explanation of the mismatch between confidence and competence in performing basic life support. *Psychol Health* 1989; 3: 173-82.
- منابع
- 1- Korsh BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics* 1968; 42(5): 855-71.
  - 2- Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *Br J Clin Psychol* 1982; 21(Pt 4): 241-54.
- ۳- برکو رم، ولوین ی د، ولوین در. مدیریت ارتباطات.  
ترجمه ی اعرابی م، ایزدی د. تهران: دفتر نشر پژوهش های فرهنگی؛ ۱۳۷۸.
- 4- Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288(6430): 1597-9.
  - 5- Finlay I, Dallimore D. Your child is dead. *BMJ* 1991; 302(6791): 1524-5.
  - 6- Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, Baile WF, Gibertini M. Influence of physician communication on newly diagnosed breast cancer patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994; 74(1 Suppl): 336 - 41.
  - 7- Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996; 42(11): 1511-9.
  - 8- Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 2001; 19(7): 2049-56.
  - 9- Ambuel B, Mazzone MF. Breaking bad news and discussing death. *Prim Care* 2001; 28(2): 249-67.
  - 10- Slavin LA, O'Malley JE, Koocher GP, Foster DJ. Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients: impact on long-term adjustment. *Am J Psychiatry* 1982; 139(2): 179-83.
  - 11- 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.
  - 12- Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998; 16(5): 1961-8.
  - 13- Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad

- CMAJ 1997; 156(8): 1159-64.
- 35- Oken D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. JAMA 1961; 175: 1120-8.
- 36- Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. JAMA 1979; 241(9): 897-900.
- 37- Knox JD, Thomson GM. Breaking bad news: medical undergraduate communication skills teaching and learning. Med Educ 1989; 23(3): 258-61.
- 38- Marteau TM, Humphrey C, Matoon G, Kodd J, Lloyd M, Horder J. Factors influencing the communication skills of first-year clinical medical students. Med Educ 1991; 25(2): 127-34.
- 39- Fallowfield LJ. Things to consider when teaching doctors how to deliver good, bad and sad news. Med Teach 1996; 18: 27-30.
- 40- Buckman R, Kason Y. How to Break Bad News - A Practical Protocol for Healthcare Professionals. Toronto: University of Toronto Press; 1992.
- 41- Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med 1999; 171(4): 260-3.
- 42- Franks A. Breaking bad news and the challenge of communication. Eur J Palliat Care 1997; 4(2): 61-5.
- 43- Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD, eds. Education for Physicians on End-of-Life Care (EPEC) Curriculum. Chicago: The Robert Wood Johnson Foundation; 1999.
- 26- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber 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.
- ۲۷- غفاری‌نژاد ع، سالاری پ، میرزآزاده ع. نحوه‌ی اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران در بین پزشکان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مجله پزشکی هرمزگان ۱۳۸۵؛ دوره ۱۰ (شماره ۲): ۸۴-۱۷۹.
- 28- Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D. Teaching students to break bad news. Am J Surg 2001; 182(1): 20-3.
- 29- Kurer, MA. and Zekri, JM. Breaking Bad News: Can We Get It Right? Libyan Journal of Medicine 2008; 4 (3): 200-203.
- ۳۰- قدیری ف، ذوالفقاری م. ارتباط پزشک و بیمار. تهران: انتشارات مرکز توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۸.
- 31- Haidet P, Daines JE, Paterniti DA, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. Med Educ 2002; 36(6): 568-74.
- 32- Maguire P, Rutter D. Training medical students to communicate. In: Bennet AE, editor. Communication Between Doctors and Patients. Oxford: Oxford University Press; 1976, p. 45-74.
- 33- Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ 1991; 303(6814): 1385-7.
- 34- Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news.