

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: ولنچک، بلوار دانشجو، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن -فاکس: ۲۲۴۲۱۸۱۳

Email: aebnahmady@dent.sbmu.ac.ir

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 مسئولیت‌های 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. مسئولیت 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 استعدادها بالقوه‌ی مطلق و نسبی آن‌ها در رویارویی با این اخبار و برقراری ارتباط مؤثر، کمک نماید. استعدادها بالقوه‌ی مطلق، بیانگر حمایت‌های اجتماعی و استعدادها 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 قدم هایی که برای سهولت اعلام خبر بد در این مقالات ارائه داده شده بود مورد دسته بندی قرار گرفت که بسیار متنوع بودند، اما در نهایت مراحل که در عرض این مقالات تکراری شده بود مجدداً مورد طبقه بندی قرار گرفت. قابل ذکر است که توصیه ها نیز بر اساس اعلام نوع بیماری (شرایط خاص پزشکی) و شرایط گیرنده ی خبر (بیمار یا خانواده ی وی) نیز ویژگی خاص خود را داشتند ولی ما در این بررسی ویژگی کلی و عمومی را در طبقه بندی خود منظور کردیم. انواع مهارت های ارتباطی و رابطه ی آن ها با یکدیگر را این گونه می توان خلاصه نمود (۷):

- ۱- مهارت در محتوای مطلب: این که پزشک چه مفاهیمی را انتقال می دهد؛
 - ۲- روند اجرایی مهارت ارتباطی: این که چگونه ارتباطات صورت می گیرد؛
 - ۳- مهارت های ادراکی: این که بیماران به چه چیزی می اندیشند و چه احساسی دارند.
- برای درک بهتر این مهارت ها لازم است مفاهیم زیر را با موشکافی بیشتری بررسی نمود.

بیمار محوری

استانداردهای معاصر اخلاق پزشکی در صدد ایجاد زمینه ای مناسب در جهت افزایش احترام و حفظ کرامت بیماران بوده که این امر خود منجر به افزایش احترام به پزشک نیز می گردد. بیماران به عنوان یک انسان و هم چنین به عنوان گیرندگان خدمات درمانی دارای حقوق مشخصی هستند. از میان این استانداردها می توان به بیمارمحوری و مطلع بودن از قوانین آن اشاره کرد.

بر طبق بیانیه ی جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۹۸ تمام انسان ها حق بهره مندی از شرایط زندگی استاندارد یعنی سلامت، رفاه شخصی و خانوادگی خود که شامل غذا، لباس، خانه و مراقبت ها و خدمات درمانی می باشد را دارند (۸).

احترام به بیمار و بیمارمحوری سنگ بنای اصلی، قانونی و

اخلاقی کلیه ی تعاملات بشری در خدمات سلامت محسوب می گردد. انسان های بالغ حق دارند که برای چگونگی مراقبت از سلامت خود تصمیم بگیرند (۹).

در هزاره ی جدید Leino-kilpi و همکارانش نظریه ی خودمحوری را که شامل سه مفهوم اصلی ۱- نظارت شخصی، ۲- واقعیت های شخصی، و ۳- خودمحوری حقیقی می باشد مطرح کرده اند و خودمحوری را توانایی اندیشیدن، تصمیم گیری و عملکرد بر مبنای تفکر خود تعریف نموده اند.

بیمارمحوری، مبین این مسأله است که بیمار می بایست در تصمیم گیری های مربوط به سلامتی خود سهیم باشد و رعایت حقوق بیمار یکی از مسؤولیت های 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 به صورت واضح و شفاف صحبت کند و آن ها را از خطرات احتمالی که بیمار با آن مواجه است آگاه ساخته و در اخذ تصمیم نهایی به آن ها کمک نماید (۱۱، ۱۲).

اعلام خبر بد

بررسی های انجام شده در طی سال های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ یعنی زمانی که هیچ آمیدی به درمان سرطان وجود نداشت، نشان داد که اغلب پزشکان آن عصر اعلام این گونه اخبار به بیمار را عملی غیرانسانی و مخرب می دانستند (۱۴، ۱۳)؛ اما امروزه با توجه به پیشرفت هایی که در درمان این گونه بیماری ها حاصل گردیده می توان 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، مهارت های رفتاری و ارتباطی ناصحیح او نیز می تواند 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 هم گسیختن 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

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 شماره‌ی 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 شماره‌ی 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

ترتیب پزشک می‌تواند خبرهای بد را به‌گونه‌ای که برای بیمار قابل فهم باشد سازماندهی کند.	
- آماده‌سازی بیمار و دعوت از او برای شنیدن جزئیات بیماری‌اش؛ - دادن این اطمینان به بیمار که برای پاسخ‌گویی به سؤالانش همیشه آماده است؛ - صحبت با بستگان بیمار در صورتی که بیمار هیچ تمایلی به دانستن جزئیات بیماری خود نداشته باشد.	جلب نظر بیمار Obtaining The Patient's Invitation
- دادن آگاهی قبلی توسط پزشک به بیمار در خصوص این‌که حامل خبر بدی می‌باشد می‌تواند روند انتقال خبر بد را تسهیل کند؛ - با بیمار باید در سطح ادراکی و ادبیاتی او صحبت شود؛ - پزشک باید از به‌کار بردن کلمات تخصصی و رک‌گویی بسیار خودداری کند؛ - اطلاعات باید در حجم‌های کوچک به بیمار داده شود و به‌طور 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 بیش‌تر از این کاری از دستمان بر نمی‌آید» را به‌کار برد، زیرا این شیوه رفتاری با این واقعیت که برای بیمار اهداف مهم درمانی دیگری نیز مانند کنترل درد، کاهش و از بین بردن نشانه‌های بیماری نیز وجود دارد، در تضاد است.	Giving Knowledge and Information to The Patient دادن آگاهی و اطلاعات به بیمار
- عکس‌العمل‌های بیمار به هنگام دریافت اخبار ناگوار معمولاً به‌صورت شوک، انزوا یا غم و اندوه جلوه می‌کند؛ - 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.	Addressing The Patient's Emotions with Empathic Responses همدردی کردن با بیمار و پاسخ‌گویی به احساسات او
- بیمارانی که برای آینده‌ی خود برنامه‌ی مشخصی دارند کم‌تر احساس دلواپسی می‌کنند و تزلزل نشان نمی‌دهند؛	“Strategy and Summary” استراتژی و خلاصه‌ی مطالب

- 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

- 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؛	Advance Preparation آمادگی قبلی
- 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.	Build a Therapeutic Environment / Relationship فراهم نمودن محیط درمانی مناسب
- 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؛	Communicate Well برقراری ارتباط خوب و مناسب

- 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؛ - در انتهای هر جلسه پزشک باید اطلاعات مربوط به آن جلسه را خلاصه و برنامه بعدی را طرح ریزی کند.	
- 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 بپردازد؛ - با بیمار خود احساس همدردی کند.	Deal with Patient and Family Reaction عکس‌العمل‌های بیمار و خانواده‌اش را بپذیرد
- 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؛ - از کلیه‌ی امکانات جهت مراقبت از بیمار استفاده کند.	Encourage and Validate Emotion دلگرمی بخشیدن و پذیرفتن احساسات بیمار

ارائه‌کنندگان خدمات در بخش اورژانس است که علاوه بر ارائه‌ی خدمات اورژانسی مسؤول انتقال اخباری چون مرگ، جرایم 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.

Kubler-Ross, Edlich و Buckman 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 (۳۶ - ۳۴).

Lee و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۲ راه‌کاری به‌صورت
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 انتقال اخبار ناگوار گروه راهبردی دستورالعمل‌های بالینی نظام ملی خدمات انگلیس بازبینی شده در سال ۲۰۰۶	دستورالعمل منطقه‌ای انتقال اخبار ناگوار شورای ملی ارائه‌ی خدمات بیمارستانی ایرلند شمالی سال ۲۰۰۳
۱- آماده‌سازی ۲- بیمار چه می‌داند؟ ۳- آیا اطلاعات بیش‌تری لازم است؟ ۴- جلب نظر بیمار با یک جمله‌ی اختطاری مانند: مسئله جدی است؛ ۵- اجازه‌ی انکار به بیمار؛ ۶- شرح بیماری - در صورت درخواست؛ 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 در دسترس بودنش برای پاسخ‌گویی و حمایت.	۱- آمادگی پزشک؛ ۲- فراهم آوردن محیط مناسب؛ ۳- آماده‌سازی بیمار؛ ۴- ارائه‌ی اطلاعات مناسب؛ ۵- حمایت از بیمار؛ ۶- برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی که در آینده قرار است صورت گیرد؛ ۷- تهیه‌ی گزارش از صحبت‌های انجام شده با بیمار و تعیین برنامه‌های آینده.

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 به‌صورت 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 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 کلی دیده می شود که عبارتند از:

۱. آماده سازی و تهیهی 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
yVMNr_qKXmbPsYDiaCJ6pRgmCvliL
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=b l&srcid=ADGEESgdRD5eemEY7NXq7cS nxw3b3jaeJTzuKxfcfazfIMEtttpeipsBdJK>

- 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.