

بررسی مهارت ارائه خبر ناخوشایند به بیمار بر اساس پرسشنامه SPIKES، در پزشکان عمومی

هدی احمري طهران^۱، دکتر ماندانا شیرازی^۲، دکتر احمد کچویی^۳، دکتر مینا گائینی^۴،
دکتر شمسی دارابی^۵

- ۱ دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲ دانشیار گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳ دانشیار گروه جراحی عمومی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
- ۴ استادیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی دانشکده علوم پزشکی قم، قم، ایران
- ۵ استادیار گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی دانشکده علوم پزشکی قم، قم، ایران

نویسنده مسئول: هدی احمري طهران

چکیده:

ارائه‌ی خبر ناخوشایند توسط پزشکان به بیمار یا خانواده‌ی وی یک لحظه کلیدی در برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار است. هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی میزان مهارت پزشکان عمومی در ارائه خبر ناخوشایند به بیمار بر اساس پرسشنامه SPIKES در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۹۶ بود. این پژوهش به روش توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۰۰ نفر از پزشکان عمومی به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. اکثریت نمونه‌ها مذکر (۶۹/۵٪)، متاهل (۸۵/۱٪) و بدون سابقه‌ی دریافت آموزش رسمی در خصوص ارائه‌ی خبر بد به بیمار بودند. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی مهارت ارائه‌ی خبر بد توسط نمونه‌های مورد پژوهش $۶/۵۱ \pm ۶۳/۵۶$ نشان داده شد. در حالی که آزمون آماری تی مستقل بین دو گروه مجرد و متاهل به لحاظ میانگین و انحراف معیار نمره مهارت ارائه‌ی خبر بد تفاوت آماری معنی داری را نشان داد ($p < ۰/۰۵$) اما بین دو گروه زن و مرد و محل طبابت این تفاوت به لحاظ آماری معنی دار نبود ($p > ۰/۰۵$). یافته‌ها نشانگر میزان مهارت نسبتاً مطلوب نمونه‌های مورد پژوهش بود. با توجه به عدم دریافت آموزش رسمی توسط پزشکان عمومی و تاثیر انتقال خبر بد توسط پزشکان به بیماران و همراهان آنان بر نوع رابطه‌ی پزشک با بیمار، مناسب است در خصوص برنامه‌های آموزش مداوم ویژه‌ی پزشکان عمومی بر این مهارت تاکید بیشتری شود.

که پزشک را در رساندن خبر بد به بیمار دچار مشکل می‌کند، آگاهی نداشتن پزشک از روش درست رساندن خبر بد به بیمار و عدم اطلاع از آنچه ممکن است رخ دهد، است (۹). مهارت پزشک در اعلام خبر بد به بیمار و اطرافیانش، زمینه تسکین خاطر آن‌ها را به وجود می‌آورد و عواقب لحظه‌ای و تأخیری خبر بد را بسیار ساده‌تر می‌کند (۱۰). نتایج تحقیقات نشانگر این مطلب است که پذیرش رفتار پزشکان از سوی بیماران با چگونگی ارائه‌ی خبر بد به بیماران ارتباط دارد، به طوری که در ۹۵٪ موارد پزشکانی مورد پذیرش بیماران قرار گرفتند که در ارائه‌ی خبر بد به آنان از رفتار هم‌دلانه و عاطفی بیشتری برخوردار بودند (۱۱) و حتی می‌توان ابراز داشت که طبق تحقیقات انجام شده به کار بردن مؤثر و به موقع مهارت‌های ارتباطی در ارائه‌ی خبر بد توسط پزشکان، کیفیت درمان را نیز افزایش خواهد داد (۱۲). شیوه آگاه ساختن بیمار از بیماری صعب‌العلاج یا مهلک وی، تاکنون جزء برنامه‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ایران نبوده است (۱۳). این در حالی‌ست که در کشورهای پیشرفته آموزش‌های جدی در این زمینه به دانشجویان پزشکی داده می‌شود (۱۴). مدل SPIKES یکی از دستورالعمل‌های کاربردی در زمینه ابلاغ اخبار بد درجهان به شمار می‌رود که براساس الگوی ارتباطی متقابل بنا شده است. گام‌های ارائه‌ی خبر بد طبق دستورالعمل SPIKES به ترتیب شامل طرح یک برنامه برای گفتگو، ارزیابی ادراک بیمار، دعوت مخاطب به گفتگو، ارائه اطلاعات و دانستنی‌ها به بیمار، واکنشی هم‌دلانه، پاسخگوئی به عواطف بیمار و برنامه‌ریزی و خلاصه نمودن است (۲). چنانچه پزشک در مراحل شش گانه دستورالعمل

انتقال اخبار ناگوار یکی از عمده‌ترین مشکلات پزشکان است. در تمام رشته‌های پزشکی، گاهی لازم می‌شود که اخبار سخت، بد و ناراحت کننده به بیمار یا خانواده وی انتقال یابد (۱). دادن خبر بد چندان آسان نیست و کاملاً بدیهی است که یکی از مهارت‌های بسیار مهمی که پزشکان طی مواجهه با بیمار باید کسب کنند، آگاه کردن او از نوع بیماری و میزان وخامت آن است (۲). در گذشته، پزشکان بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و کشنده را از وضعیت بیماری‌شان آگاه نمی‌کردند. آن‌ها بر این باور بودند که عدم اطلاع بیمار از این مشکل، مانع ناامیدی وی خواهد شد (۱). در حال حاضر، مطلع ساختن بیمار از همه جزئیات بیماری (به شرط تمایل بیمار)، یک وظیفه اخلاقی و قانونی برای پزشک محسوب می‌شود (۳و۴). چنان که طبق آیه ۱۵۵ سوره مبارکه بقره نیز حق هر فرد است که حقایقی را که مربوط به شخص اوست بداند و مطابق با ارزش‌های الهی، آزادانه و بدون اجبار در مورد آینده خود تصمیم‌گیری نماید. از طرفی، اسلام بر آمادگی قبل از مرگ بسیار تأکید دارد (۴). این در حالی‌ست که خبری چون ابتلا به یک بیماری جدی یا کشنده، برای بیمار بسیار آزاردهنده است و ممکن است علاوه بر ایجاد آسیب‌های روانی در بیمار، منجر به عکس‌العمل‌های نادرست وی شود (۵). دریافت خبر بد، می‌تواند برای بیمار یک شوک روحی باشد که باعث دلواپسی، وحشت زده شدن و تغییر ناگهانی زندگی وی شود (۴، ۶). این مهم است که گفتن خبر بد به طریقی انجام شود که بیماران امیدواری خود را از دست نداده و افسرده نشوند (۷). از این منظر، نحوه مطلع ساختن بیمار از خبر بد همواره دغدغه پزشکان بوده است (۸). یکی از مهم‌ترین دلایلی

SPIKES آگاهی و مهارت کافی را داشته باشد، می-تواند در رساندن خبر بد به بیمار به صورت موفق عمل کند و مانع آسیب‌های روحی شدید به بیمار شود (۱۵). با این‌که برای آماده‌سازی بیمار جهت دریافت خبر بد، راهکارهای دیگری غیر از روش SPIKES وجود دارند (۱۴) اما شکل‌گیری آن‌ها عموماً به تبع تحقیقاتی بوده است که دیدگاه پزشکان و صلاح دید آن‌ها را مد نظر قرار داده اند (۱۶-۱۸). طبق مطالعات، SPIKES دستورالعملی است که می‌تواند به طور کامل تفسیر پاسخگوی نیازهای بیماران برای دریافت بد باشد. از آنجایی که مطالعه‌ای در جهت تعیین مهارت پزشکان عمومی در ارائه خبر ناخوشایند با استفاده از پرسشنامه استاندارد SPIKES در شهر قم توسط محقق و همکاران یافت نشد، لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان مهارت پزشکان عمومی شهر قم در ارائه خبر ناخوشایند به بیمار در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام گرفت.

روش کار:

در این پژوهش مقطعی توصیفی-تحلیلی داده‌های مربوط به عملکرد ۲۰۰ پزشک عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی شهر قم سال ۱۳۹۵ در خصوص ارائه خبر بد با استفاده از دستورالعمل استاندارد جهانی SPIKES به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. اطلاعات توسط سه پرس‌شگر آموزش دیده جمع‌آوری گردید. مشخصات فردی شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و سابقه‌ی طبابت و محل کار بود. پرسشنامه استاندارد دستور عملکرد SPIKES که مبتنی بر اصول راهنمای استاندارد جهانی کلگری-کمبریج است، توسط فدراسیون جهانی آموزش پزشکی

در سال ۲۰۰۴ به عنوان راهنمای بالینی استاندارد معرفی شده است. لذا دستورالعمل با پشتوانه استاندارد در زمینه ارائه مهارت‌های ارتباطی بین فردی در حوزه عملکرد صاحبان مشاغل پزشکی برای ابلاغ اخبار ناخوشایند به شمار می‌رود. پروتکل SPIKES شامل دو حیطه‌ی روانی و محیطی با ۲۰ سوال می‌شود. یازده سوال ابتدایی در رابطه با عوامل روانی (همدلی، دانش و اطلاعات، دعوت دادن به اطلاعات) و ۹ سوال پایانی در رابطه با عوامل محیطی (هماهنگی اولیه، تعیین راهبرد، برنامه‌ریزی، حرفه‌ای‌گری) است که پاسخ‌دهی به آن توسط مقیاس درجه‌بندی لیکرتی (صفر تا پنج) بوده و حداکثر امتیاز برای تمام عبارات پرسشنامه ۱۰۰ محاسبه می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط فرخ یار و همکاران در سال ۱۳۹۱ تایید شده است (۲).

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS ورژن ۲۱ شده و نتایج آنالیز و با کمک آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها:

در تحقیق حاضر اطلاعات ۲۰۰ پزشک عمومی توسط یک پرسشنامه‌ی دو قسمتی تکمیل شد. اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش مذکر (۶۹/۵٪)، متاهل (۸۵/۱٪) و شاغل در بخش خصوصی (۵۹/۲٪) بودند. سن نمونه‌های مورد پژوهش بین ۲۶ تا ۶۵ سال با میانگین و انحراف معیار $4/02 \pm 39/43$ سال بود.

جدول شماره ۱: نمره دریافتی پزشکان از هر حیطة و كل (میانگین و انحراف معیار) و سطح معنی داری

حیطه	زیر حیطه	میانگین و انحراف معیار نمره ی کسب شده
محیطی	هماهنگی اولیه	۱۱/۱ ± ۸۵/۵۴
	تعیین راهبرد	۷/۱ ± ۱۲/۵۶
	برنامه ریزی	۶/۱ ± ۰۳/۲۱
	حرفه ای گری	۴/۰ ± ۲۶/۶۵
	همدلی	۶/۱ ± ۵۳/۵۷
	دانش و اطلاعات	۱۵/۲ ± ۱۴/۴۳
	دعوت دادن به اطلاعات	۷/۱ ± ۴۶/۴۸
نمره ی كل (بین ۰ تا ۱۰۰)		۶۳/۵۶ ± ۶/۵۱

متغیر سابقه ی کار اختلاف آماری معنی داری را نشان داد ($p < 0.05$).

از بین ۲۰ عبارات دستورالعمل SPIKES به ترتیب عبارات "موقع اعلام خبر بد دغدغه ها، نگرانی ها و ترس های بیمار را در نظر می گیرم" با ۵۰٪، "چنان چه خانواده بیمار در دسترس باشند، هنگام اعلام خبر بد، آنان را دل داری می دهم" ۴۹٪ و "بعد از این که خبر ابتلا به بیماری سرطان را به بیمار دادم، او را به تیم تخصصی و حمایت کننده معرفی می کنم" ۴۹٪، از بیشترین اولویت پاسخ دهی توسط نمونه های مورد پژوهش بود.

بحث:

در پژوهش حاضر، میانگین و انحراف معیار نمره ی مهارت ارائه ی خبر بد توسط نمونه های مورد پژوهش $۶۳/۵۶ \pm ۶/۵۱$ نشان داده شد. در راستای تحقیق

میانگین و انحراف معیار نمره ی مهارت ارائه ی خبر بد توسط نمونه های مورد پژوهش $۶۳/۵۶ \pm ۶/۵۱$ نشان داده شد (جدول شماره ۱). یافته ها نشان گر آن بود که اکثریت نمونه های مورد پژوهش در خصوص چگونگی ارائه ی خبر بد آموزش رسمی دریافت نکردند و ۸۳/۳٪ با توجه به تجربه فردی کسب شده خود، خبر بد را به بیمار و همراهان وی ارائه نمودند. در حالی که آزمون آماری تی مستقل بین دو گروه مجرد و متأهل به لحاظ نمره مهارت ارائه ی خبر بد تفاوت آماری معنی داری را نشان داد ($p = 0.03$)، اما بین دو گروه زن و مرد و محل طبابت (دولتی و خصوصی) این تفاوت به لحاظ آماری معنی دار نبود ($p > 0.05$). همچنین با استفاده از آزمون تی تست بین میانگین نمره ی مهارت ارائه ی خبر بد بین دو گروه سنی زیر ۴۰ و بالای ۴۰ سال اختلاف معنی داری نشان داده شد ($p = 0.03$). همچنین آنالیز واریانس بین گروه های مختلف به لحاظ

حاضر مطالعه‌ای توسط محقق و همکاران یافت نشد، اما تحقیق راسین و همکارانش در سال ۲۰۱۳ که به منظور تعیین و مقایسه‌ی نقش کارکنان بهداشتی در رابطه با ارائه‌ی خبر بد به بیماران بر روی ۱۵۱ نفر از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی (۵۱ پرستار، ۳۸ پزشک و ۲۶ کارمند اجتماعی) انجام شد، نشان داد که در مقایسه‌ی امتیاز کسب شده بین سه گروه مورد مطالعه به ترتیب در زمینه‌های احساس مسئولیت در ارائه‌ی خبر بد به بیماران و خانواده‌های‌شان، پزشکان از امتیاز بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها برخوردار بودند و سپس کارکنان اجتماعی در ارائه‌ی حمایت روانی به خانواده‌های بیماران و پرستاران در ارائه‌ی ابزار حمایتی امتیاز بیشتری را نسبت به سایر گروه‌های بهداشتی کسب نمودند ($P=0/000$). نتایج این مطالعه، نشان‌گر آن بود که دادن خبر بد زمینه‌ساز اختلال روانی بیشتری در کارکنان اجتماعی نسبت به پزشکان یا پرستاران شده است. هر سه گروه به خستگی عاطفی، غم و قبول مسئولیت این وظیفه در پیامد ارائه‌ی خبر بد به بیماران امتیاز بیشتری را اختصاص داده بودند. در مقایسه با دو گروه پزشکان و کارکنان اجتماعی، پرستاران احساس ترس بیشتری از اعلام مرگ به همراهان یا خانواده‌های بیماران داشتند و تلاش بیشتری برای فرار از این کار انجام می‌دادند. محققان در انتهای تحقیق خود بیان می‌دارند که بسط و توسعه‌ی دستورالعمل‌های اجرایی برای ارائه‌ی خبر بد و اعلام مرگ به بیماران و همراهان آنان کمک شایانی می‌نماید. همچنین محققان برای آموزش گروه‌های درمانی و بهداشتی استفاده از شبیه‌سازی و سایر کارگاه‌های آموزشی را نیز توصیه می‌نمایند (۲۰).

در مطالعه‌ی حاضر بین دو گروه مجرد و متاهل به لحاظ نمره مهارت ارائه‌ی خبر بد تفاوت آماری معنی داری را نشان داد. همچنین بین میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده در میان گروه‌های مختلف سنی اختلاف معنی‌داری مشاهده شد، اما بر حسب محل طبابت این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود. در مطالعه‌ی لوکاتلی و همکاران (۲۰۱۳) نیز چگونگی ارائه‌ی خبر نه تنها به سن بیمار، بلکه به سن و جنس پزشکان و به منطقه جغرافیایی که در آن مشغول طبابت بودند نیز ارتباط داشت (۲۱). در همین راستا، در مطالعه‌ی توصیفی که اربابی و همکاران در سال ۲۰۰۸-۲۰۰۹ در یک نمونه ۱۰۰ نفری (۵۰ پزشکان و ۵۰ پرستاران) در موسسه سرطان بیمارستان امام خمینی شهر تهران نیز اکثر پزشکان (۸۶٪) و پرستاران (۷۴٪) با سن و تجربه‌ی بیشتر، تمایل به اظهار خبر نوع بیماری تشخیص داده شده برای بیماران داشتند و این در حالی بود که فقط تعداد کمی از پزشکان (۸٪) برای چگونه گفتن خبر بد آموزش دیده بودند. همچنین اکثریت پزشکان و پرستاران ترجیح می‌دادند به بیماران در مورد تشخیص بیماری زمانی که تنها یا در حضور همسرشان هستند اطلاع بدهند. محققان نتیجه گرفته بودند که در مقایسه با گذشته، پزشکان و پرستاران تمایل بیشتری برای گفتن تشخیص بیماری سرطان به بیماران دارند ولیکن، فقدان مهارت‌های ارتباطی کافی در مراقبان و نگرانی‌های آن‌ها در مورد مدیریت واکنش‌های عاطفی بیماران تمایل‌شان را به گفتن خبر بد به بیماران را کاهش می‌دهد. بنابراین، آموزش پزشکان و پرستاران برای چگونگی بیان خبر بد به بیماران ضروری به نظر می‌رسد (۲۲).

نیاز به آموزش دارند که این آموزش مناسب است در مرحله آموزش تخصصشان آغاز شود (۲۵).

نتیجه‌گیری:

یافته‌ها نشانگر میزان مهارت نسبتاً مطلوب نمونه‌های مورد پژوهش بود. با توجه به این که اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش ابراز نمودند که در خصوص مهارت ارائه‌ی خبر بد آموزش رسمی دریافت نکردند، لذا ضروری است که برنامه‌ریزان حوزه‌ی آموزش پزشکی به این مقوله‌ی مهم توجه نمایند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که کوریکولوم آموزشی رسمی دانشجویان پزشکی درباره‌ی ارائه‌ی خبر بد واحد درسی به منظور کسب این مهارت طراحی شود و همچنین سرفصلی در دستور کار آموزش مداوم پزشکان عمومی قرار گیرد. با توجه به مطالعات بسیار اندک در این حوزه، پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابهی در این زمینه در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شود.

مطالعه‌ی حاضر بین میانگین نمره‌ی مهارت ارائه‌ی خبر بد بین گروه‌های مختلف سنی اختلاف معنی‌داری را نشان داد. در مطالعات نیز بیان شده است که ارائه‌ی خبر بد یکی از موارد چالش برانگیز پزشکان بالینی است و بسیاری از پزشکان، به خصوص پزشکان جوانان در این زمینه دچار مشکل گردیده و در زمان ارائه‌ی آن احساس بدی دارند (۲۳).

در تحقیق حاضر، اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش اظهار داشتند که آموزش رسمی در خصوص مهارت ارائه‌ی خبر بد دریافت نمودند. هیرت و همکاران نیز در تحقیق خود که در سال ۲۰۰۹ به منظور نیاز به آموزش جهت ارتقای مهارت و آگاهی انکولوژیست‌ها انجام دادند، دریافتند که اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش، آموزش رسمی برای ارتقای مهارت ارائه‌ی خبر بد دریافت نکردند. اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش (۶۳٪) بیان داشتند که برای توسعه مهارت-های انکولوژیست‌ها به منظور کسب مهارت ارائه‌ی خبر بد، آموزش‌های رسمی بسیار مهم است، و ۳۴٪ دیگر نیز احساس نموده بودند که برخی از آموزش‌ها می‌توانند مفید باشند و فقط ۳٪ از پاسخ دهندگان اعتقاد نداشتند که آموزش مورد نیاز است. همچنین ۴۳٪ بیان داشتند که هیچ‌گونه حمایت سازمانی برای آموزش در این زمینه دریافت نکرده بودند (۲۴).

در تایید یافته‌های مطالعه‌ی هیرت نتایج مطالعه‌ی گونکالوز و همکاران (۲۰۱۷) که به جهت بررسی رویکرد پزشکان خانواده به دادن اخبار بد در کشور پرتغال انجام دادند ۸۵٪ نمونه‌های مورد پژوهش بیان داشتند که دادن خبر بد کار سختی است. همچنین ۷۸٪ احساس نموده بودند که به جهت ارائه‌ی خبر بد،

15. Association of American Medical Colleges. 2006; 81(11):1008-12 Arnold R ,Lidz C. Clinical aspects of informed consent. New York: MacMillan Library; 1995
16. Managheb S E, Mosalanejad N. Teaching How to Break Bad News: Comparing Role-Play and Group Discussion on Practice of Medical Interns in Jahrom Medical School. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11 (7):789-797.
17. 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. The oncologist. 2000; 5(4):302-11.
18. Labaf A, Jahanshir A, Shahvaraninasab A. Difficulties in using Western guidelines for breaking bad news in the emergency department: the necessity of indigenizing guidelines for non-Western countries. Iranian Journal of Ethics and history of medicine. 2014; 7(1).
19. Farokhyar N, Shirazi M, Bahador H, Baradaran H R, Jahanshir A. Assessing the validity and reliability of spikes questionnaires regard in of medical residents awareness breaking bad news in TUMS 2012. Razi J Med Sci 2014; 21 (122) :29-36.
20. Rassin M, Dado KP, Avraham M. The role of health care professionals in breaking bad news about death: the perspectives of doctors, nurses and social workers. International journal of caring sciences. 2013 May 1;6(2):22
21. Locatelli C, Piselli P, Cicerchia M, Repetto L. Physicians' age and sex influence breaking bad news to elderly cancer patients. Beliefs and practices of 50 Italian oncologists: the GIO Ger study. Psycho-Oncology.2013; 22(5):1112-9.
22. Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, Nejatisafa AA, Tahmasebi M, Roozdar A. How to break bad news: Physicians' and nurses' attitudes. Iranian journal of psychiatry. 2010; 5(4):128.
23. Spencer J. Learning how to break bad news— More than following the rules. Medical teacher. 2012 May 1; 34(5):349-50.
24. Hebert HD, Butera JN, Castillo J, Mega AE. Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? survey of oncology program directors. Journal of palliative medicine. 2009 Dec 1; 12(12):1119-24.
25. Gonçalves JA, Almeida C, Amorim J, Baltasar R, Batista J, Borrero Y, Fallé JP, Faria I, Henriques M, Maia H, Fernandes T. Family physicians' opinions on and difficulties with breaking bad news. Porto Biomedical Journal. 2017 May 22
1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet (London, England). 2004; 363(9405):312-9
2. Dean A, Willis S. The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. International journal of palliative nursing. 2016 Jun 27; 22(6):265-71
3. Izadi A, Mohammadnejad E, Ehsani S. Nurses' experiences regarding truth telling: a phenomenological study. Iranian Journal of Ethics and history of medicine. 2013; 6(1).
4. Parsa M, Bagheri E, Larijani B. Telling bad news to patients and its different aspects. Iranian Journal of Ethics and history of medicine. 2011; 4(6):1-14.
5. Managheb S, Mohammadi M. Knowledge and Attitudes of Clinical Teachers, Family Physicians, and Medical Interns towards Giving Bad News, a Study in Jahrom University of Medical Sciences. Iranian Journal of Teaching in medical science. 2011; 11(5):436-43.
6. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Commun Oncol. 2005; 2:138-45.
7. Alshammary SA, Hamdan AB, Tamani JC, Alshuhil A, Ratnapalan S, Alharbi M. Breaking bad news among cancer physicians. Journal of Health Specialties. 2017; 5(2):66 .
8. Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. Journal of the Royal Society of Medicine. 2002; 95(7):343-7.
9. Molleman E, Krabbendam PJ, Annyas AA, Koops HS, Sleijfer DT, Vermey A. The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. Social science & medicine (1982). 1984;18(6):475-80
10. Ghafarinejad A, Salari P, Mirzadeh A. How to breaking bad news to patients in Medical Sciences of Kerman University. Medical Journal of Hormozgan. 2006; 10(2):179-84.
11. Munoz Sastre MT, Sorum PC, Mullet E. Breaking bad news: the patient's viewpoint. Health communication. 2011 Oct 1;26(7):649-55
12. Liloyd M, Bor R. Communication skills for medicine. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004
13. Randall TC, Wearn AM. Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. Palliative medicine. 2005; 19(8):594-601.
14. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. Academic medicine Journal of the