آگاهی و نگرش اساتید بالینی، پزشکان خانواده و کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم در مورد اعلام خبر بد

سید اسماعیل مناقب*، مریم محمدی

چکیده

مقدمه: انتقال اخبار ناگوار یکی از مشکل‌ترین وظایف پزشکان می‌باشد. فقدان آموزش کافی در این زمینه می‌تواند اثرات منفی بر رابطه پزشک با بیمار داشته باشد. در کشور ما این مهارت‌ها به طور مؤثر و گسترده در دانشکده‌های پزشکی آموزش داده نمی‌شوند. این مطالعه به منظور بررسی آگاهی و نگرش اساتید بالینی، پزشکان خانواده و اینترن‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه انتقال خبر بد انجام گرفته است.

روش‌ها: این مطالعه در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم بر روی ۴۰ عضو هیأت‌علمی بالینی، ۲۲ پزشک خانواده و ۳۰ کارورز انجام گرفت. پرسشنامه‌ای توسط محقق‌ساخته شده، سپس روا و پایا شد. اطلاعات با آزمون‌های ANOVA و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: میانگین نمره آگاهی و نگرش در گروه هیأت‌علمی به ترتیب ۱۵/۹۶ (در مقیاس ۲۵) و ۳۴/۴۳ (در مقیاس ۵۲)، در گروه پزشکان خانواده ۱۶/۷۲ و ۳۵/۲۲، و در گروه اینترن‌ها ۱۵/۲۶ و ۳۳/۴۳ بود. سطح آگاهی هر سه گروه متوسط و نگرش آنها نسبت به آموزش این مهارت‌ها مثبت ارزیابی شد. بین آگاهی و نگرش سه گروه اختلاف معنادار نبود (به ترتیب p=۰/۰۹۵ و p=۰/۵۴۸).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه و این که در شرایط فعلی یادگیری این مهارت‌ها از طریق غیر فعال و به روش آزمون و خطا است، به نظر می‌رسد تدوین برنامه مدون برای آموزش این مهارت‌ها در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی ضروری باشد.

واژه‌های کلیدی: خبر بد، مهارت‌های ارتباطی، اساتید بالینی، پزشک خانواده، کارورز، آگاهی، نگرش

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ آذر ۱۳۹۰؛ ۱۱(۵): ٤٣٦ تا ٤٤٣

مقدمه

یکی از جنبه‌های ارتباط پزشک و بیمار، دادن اخبار ناخوشایند، چه در زمان تشخیص، عود یا درمان بیماران است. همه پزشکان و متخصصان همواره در شرایطی قرار می‌گیرند که مستلزم رساندن خبر بد می‌شود(۱).

خبر بد را می‌توان خبری توصیف کرد که نگرش و دید فرد را نسبت به آینده به طور جدی منفی می‌کند(۲).

هر پزشک در طول زندگی خود ممکن است بارها مجبور شود اخبار بد را به بیماران و خانواده‌هایشان منتقل کند. در نشست سالانه جامعه سرطان‌شناسی آمریکا در سال ۱۹۹۸ بیشتر از ٦٦ درصد آنها عنوان کردند که هر ماه بین ۲۰-۵ بار مجبور به رساندن خبر بد به بیمارانشان می‌باشند(۳). در مطالعه‌ای در انگلیس پزشکان عنوان کردند که هر هفته بیش از ۲-۱ بار مجبور به رساندن خبر بد به بیمارانشان می‌باشند(٤). از طرفی این وظیفه

* نویسنده مسؤول: سید اسماعیل مناقب (استادیار)، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، شیراز، ایران. esmanagheb@yahoo.com

مریم محمدی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، شیراز، ایران. (dr_maryam_mb@yahoo.com)

این مقاله در تاریخ ۸۹/۶/۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۰/۴/۱۶ اصلاح شده و در تاریخ ۹۰/۵/۱۷ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

می‌تواند با استرس زیادی همراه باشد. یک مطالعه نشان داد که ٤٢ درصد از پزشکان بعد از گفتن خبر بد دچار استرس می‌شوند(٥و٦).

مطالعات نشان می‌دهد که بیماران خواستار اطلاعات بیشتر و کامل‌تری در مورد بیماری خود و پیامدهای آن هستند(٣). در یک مطالعه، ٩٦ درصد عنوان کردند تمایل دارند تشخیص نهایی بیماری‌هایی چون سرطان با آنها در میان گذاشته شود. همچنین ٨٥ درصد خواستار این بودند که در موارد بیماری‌های پیشرفته و غیرقابل علاج، در خصوص این مسأله که تا چند وقت دیگر زنده می‌مانند یک تخمین درست و واقعی به آنها داده شود(٣).

انتقال خبر بد، رابطه پزشک و بیمار را شدیداً تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و روی رضایت بیماران از مراقبت‌های پزشکی، کیفیت زندگی، سازگاری روانی آنها با واقعیت، میزان تبعیت آنها از دستورات پزشکی و امیداوری بیمار اثر می‌گذارد(٧تا١١). شنیدن خبر می‌تواند بیماران را از نظر روانی آسیب‌پذیر ساخته و واکنش‌های روانی نامطلوبی را در آنها ایجاد کند(١٢).

وقتی پزشکان از مهارت‌های ارتباطی در انتقال خبر بد به خوبی استفاده می‌کنند، هم خودشان سود برده و هم به بیماران سود می‌رسانند(١٣). برعکس، ارتباط نادرست یک علت شایع شکایات و دادخواهی‌های بیماران علیه پزشکان می‌باشد(١٣). در یک مطالعه اخیر در کشور ژاپن، ٨١ درصد شکایات رسمی علیه پزشکان به دلیل عدم توضیح یا توضیح نادرست به بیماران بود(١٤). این که خبر بد چگونه مطرح شود می‌تواند روی درک بیمار در مورد بیماریش(٣و٤)، کیفیت زندگی او(٨)، رضایت او از پزشک و مراقبت‌های پزشکی(٣و٨و٩)، میزان امیداوری(٣و١١) و تطابق روانی او با واقعیت(٣و٩و١٠) تأثیر داشته باشد. همچنین سبب کاهش اضطراب و افسردگی در بیمار شده، پیروی بیمار از رژیم‌های درمانی را افزایش داده و سبب استفاده بهتر از زمان و صرفه‌جویی در وقت پزشک می‌شود(٦). رساندن خبر بد به روش درست و اصولی بیمار را از نظر احساسی حمایت کرده، رابطه پزشک- بیمار را محکم‌تر ساخته و همکاری بین پزشک، بیمار و خانواده او را تقویت می‌کند(١٥).

امروزه پزشکان هم از نظر اخلاقی و هم قانونی ملزم هستند در صورت تمایل بیمار همه جزییات بیماری را در اختیار او قرار دهند(١٦). اولین و شاید مهم‌ترین مانع در انتقال خبر بد، نداشتن آموزش کافی در زمینه مهارت‌های لازم برای انتقال اخبار ناگوار است، پس بهتر است به صورت ایده‌آل آموزش چگونگی رساندن خبر بد از دانشکده‌های پزشکی شروع شود(١٣).

دو مشکل عمده پزشکان در هنگام اعلام خبر بد، اضطراب و احساس ترس می‌باشد(٢). ترس پزشکان از تبعات ناگوار و غیرقابل پیش‌بینی، عمده‌ترین علت اجتناب از آشکارسازی تشخیص می‌باشد(١٧).

پزشکان مجبور هستند به طیف متفاوتی از خواسته‌ها و نیازهای بیمار و خانواده‌اش پاسخ بدهند. بیماران و خانواده‌هایشان دارای پیشینه، فرهنگ، مذهب، زبان، سن و سطوح هوشی متفاوتی هستند. این تفاوت‌ها پزشک را وادار می‌کند روش خود را در انتقال خبر بد از یک بیمار تا بیمار دیگر تغییر دهد. که این خود می‌تواند روی توانایی پزشک در انتقال مؤثر خبر بد تأثیر بگذارد(١٣).

بسیار اهمیت دارد که بیمار را از تغییرات جدی سلامتی‌اش آگاه سازیم. چرا که صحبت و گفت‌وگو درباره پروسه مرگ، به بیمار این فرصت را می‌دهد که اگر در مرحله نهایی بیماری‌اش به سر می‌برد به کارهای عقب افتاده خود رسیدگی کرده و فرصت داشته باشد همه اموری را که به نوعی برایش مهم هستند سرو سامان بدهد»(١٣).

در شرایطی که برای یک فرد، یک بیماری مزمن تشخیص داده شده است بهتر است مطرح کردن خبر بد تا رسیدن به مرحله بعد که شرایط آماده‌تر می‌شود به تعویق‌انداخته شود. اما در بعضی وضعیت‌ها ممکن است مخفی کردن

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

خبر بد برای رسیدن به شرایط بهتر، خطرناک باشد؛ مثلاً بیماری که یک بیماری عفونی دارد(۱۸). لازم است پزشکان مناسب‌ترین زمان را برای انتقال خبر بد انتخاب کنند. در یک مطالعه ۸۶ درصد از پزشکان شرکت‌کننده اظهار کردند که نیاز مبرم به داشتن یک دستورالعمل و راهنما هنگام گفتن خبر بد به بیماران را در خود احساس می‌کنند(۱۹).

با توجه به این که در حال حاضر نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد جزو برنامه‌های آموزش پزشکی کشور ما نمی‌باشد بر آن شدیم به بررسی سطح آگاهی و نگرش اساتید بالینی، پزشکان خانواده و کارورزان دانشگاه علوم پزشکی جهرم در این زمینه بپردازیم. با این امید که این مقوله مورد توجه بیشتری در تحقیقات تکمیلی آینده قرار گیرد.

روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه توصیفی – مقطعی است که در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. جامعه پژوهش اساتید بالینی، پزشکان خانواده و کارورزان بودند. و نمونه‌گیری به روش سرشماری و شامل تمامی ٤٠ نفر اعضای هیأت‌علمی بالینی، ۲۲ پزشک خانواده و ۳۰ نفر کارورز بود. علت انتخاب این سه گروه متفاوت، تماس و تعامل آنها با بیماران و کسب تجارب بالینی مشابه است.

ابتدا دو پرسشنامه توسط محقق و براساس منابع معتبر تهیه شد که یکی سطح آگاهی و دیگری نگرش افراد را می‌سنجید. روایی هر دو به صورت روایی محتوا با نظر سه تن از اساتید تعیین گردید و پایایی پرسشنامه آگاهی با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی پرسشنامه نگرش با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ مورد تأیید قرار گرفت. فهرست اسامی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی جهرم در سال ۸۷ و لیست اساتید عضو هیأت‌علمی بالینی از طریق آموزش بالینی دانشگاه، و اسامی پزشکان خانواده از طریق معاونت بهداشتی شهرستان جهرم تهیه شد. پرسشنامه‌ها توسط همکار طرح به افراد تحویل داده می‌شد و بعد از چند روز آنها را به دفتر توسعه آموزش بیمارستان یا واحد گسترش شبکه در معاونت بهداشتی تحویل می‌دادند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل گذراندن بخش‌های ماژور (داخلی، اطفال، جراحی و زنان) توسط اینترن‌ها، داشتن قرارداد رسمی با دانشگاه علوم پزشکی جهرم برای پزشکان خانواده، و عضو هیأت‌علمی بودن و فعالیت داشتن در مقطع بالینی برای اساتید می‌شد. معیار خروج از مطالعه شامل پرسشنامه‌هایی می‌شد که ناقص پرشده بودند (بیش از ۱۰ درصد).

پرسشنامه‌ها بدون نام بود و هر پرسشنامه شامل دو بخش می‌شد که قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل سؤالات اختصاصی سنجش آگاهی و نگرش بود. سؤالات پرسشنامه آگاهی در مورد روش صحیح انتقال خبر بد و مهارت‌های کلامی و غیر کلامی بود و سؤالات نگرش در زمینه وظیفه پزشک در انتقال خبر بد، لزوم و اهمیت انتقال خبر بد و آموزش این مهارت‌ها بود. پرسشنامه سنجش آگاهی شامل ۲۵ سؤال با دو گزینه «درست» و «نادرست» بود. به هر پاسخ درست امتیاز (۱) و هر پاسخ نادرست امتیاز (۰) تعلق می‌گرفت. پرسشنامه سنجش نگرش شامل ۱۳ سؤال ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم – موافقم – نظری ندارم – مخالفم – کاملاً مخالفم) می‌شد. سؤالات ترکیبی از جملات مثبت و منفی بودند و به هر گزینه امتیاز صفر تا ٤ تعلق می‌گرفت. حداقل و حداکثر نمره آگاهی ۰ تا ۲۵ بود و بر اساس سطح نمرات آگاهی به سه دسته بد (۱۰-۰)، متوسط (۲۰-۱۱) و خوب (۲۵-۲۱) تقسیم شدند. حداقل و حداکثر نمره نگرش ۰ تا ۵۲ بود و میانگین نمره کمتر از ۲٦ نگرش منفی و ۲٦ یا بالاتر را نگرش مثبت تلقی کردیم. پرسشنامه‌ها توسط همکار طرح به افراد تحویل داده می‌شد و پس از تکمیل یا مراجعه حضوری، پرسشنامه‌ها

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

تحویل داده می‌شد. اطلاعات پرسشنامه‌ها وارد نرم‌افزار SPSS-11.5 شد و با توجه به این که سه گروه بودند برای مقایسه میانگین بین گروه‌ها از آزمون ANOVA استفاده شد و برای مقایسه بین گروه‌های دو تایی مانند جنس زن و مرد از آزمون تی مستقل استفاده شد. بر اساس منحنی کالموگراف توزیع داده‌ها نرمال بود.

نتایج

۳۲ نفر از اساتید و همه پزشکان خانواده (۲۲ نفر) و اینترن‌ها(۳۰ نفر) پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. بنابراین بازگشت پرسشنامه‌ها برای کارآموزان ۱۰۰ درصد، پزشکان خانواده ۱۰۰ درصد و برای اساتید بالینی ۸۰ درصد بود.

در گروه اساتید ۱۸ نفر (۵۶/۳ درصد) مرد و ۱۴ نفر (۴۳/۸ درصد) زن بودند. ۹ نفر (۳۰ درصد) از اینترن‌ها را مردها و ۲۱ نفر (۷۰ درصد) را زن‌ها تشکیل می‌دادند. پزشکان خانواده نیز شامل ۱۰ نفر (۴۵/۵ درصد) مرد و ۱۲ نفر (۵۴/۵ درصد) زن می‌شدندمیانگین سن گروه اساتید ۶/۳± ۳۷/۴ سال، گروه اینترن‌ها ۵/۴۶±۲۶/۴۶ سال و پزشکان خانواده۴/۶۴±۳۰/۳۱ سال بود (جدول ۱).

با استفاده از آزمون ANOVA تفاوت معناداری در میانگین نمره سطح آگاهی بین سه گروه دیده نشد(p=۰/۰۹۵) جدول(۱).

نگرش هر سه گروه مثبت ارزیابی شد. در متوسط نمره نگرش نیز بین سه گروه با استفاده از آزمون ANOVA تفاوت معناداری دیده نشد(p=۰/۵۴۸) (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و نگرش در هر سه گروه

	میانگین و انحراف معیار آگاهی	بیشینه	کمینه	P	میانگین و انحراف معیار نگرش	بیشینه	کمینه	P
اساتید	۱۵/۹۶±۲/۵۵	۲۱	۱۱	۰/۹۵	۳۴/۴۳±۵/۰۹	۴۵	۲۸	۰/۵۴۸
اینترن	۱۵/۲۶±۱/۹۶	۱۹	۱۲		۳۳/۴۳±۷/۴۹	۴۵	۱۴	
پزشک خانواده	۱۶/۷۲±۲/۵۸	۲۱	۱۱		۳۵/۲۲±۴/۲۴	۴۷	۲۷	

آزمون تی مستقل تفاوت آماری معناداری بین سطح آگاهی و نگرش دو گروه جنسی زن و مرد در مجموع سه گروه نشان نداد (به ترتیب p۰/۷۷۹= و p=۰/۲۷۶)

بحث

این مطالعه به منظور بررسی آگاهی و نگرش اساتید بالینی، پزشکان خانواده و اینترن‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه انتقال خبر بد انجام شد.

ارتباط خوب پزشک با بیمار سبب کاهش تنش‌های هیجانی و کنترل بهتر بیماری‌های مزمن مانند فشار خون بالا و قند خون بالا می‌شود(۲۰). شواهد نشان داده است که به ندرت میان پزشک و بیمار لاعلاج یا نزدیک به مرگ ارتباط صحیحی برقرار می‌شود و این برقراری ارتباط همواره با کاستی‌های فراوانی همراه است. بیمارانی که دارای بیماری‌های مهلک و کشنده هستند نیاز به پزشکی با مهارت‌های ارتباطی قوی و مؤثر دارند، در حالی که آنچه عملاً در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها با آن روبرر می‌شوند؛ در حد مطلوبی نیست. در بسیاری از کشورهای پیشرفته جهت آمادگی پزشکان برای انجام این وظیفه خطیر تمهیدات و آموزش‌هایی در نظر گرفته شده است. بدون آموزش مناسب، انتقال اخبار ناگوار باعث افزایش نگرانی، بی‌اعتمادی و اختلال در رابطه پزشک- بیمار

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

می‌شود(۲۱).

مطالعه ما نشان داد که سطح آگاهی پزشکان در رابطه با انتقال خبر بد، متوسط است. در مطالعه توکل(۲۲) سطح آگاهی شرکت‌کنندگان، در زمینه مهارت‌های ارتباطی و از جمله دادن خبر بد ضعیف ارزیابی شده بود. علت این ضعف را می‌توان به عدم آموزش مهارت‌های ارتباطی مرتبط دانست. با توجه به این که این مهارت‌ها در دانشکده‌های پزشکی یا بیمارستان‌ها آموزش داده نمی‌شوند و متخصصان بالینی، حتی در کشورهای پیشرفته، عموماً در این زمینه فاقد آموزش‌های منظم بوده، عدم آگاهی کافی از شیوه‌های مطلوب اعلام خبر بد دور از ذهن نمی‌باشد(۷).

از طرفی براساس نتایج این مطالعه بین سطح آگاهی سه گروه مورد مطالعه تفاوت قابل توجهی مشاهده نشد این نتایج نشان می‌دهد که مهارت انتقال خبر بد با افزایش تجربه طبابت بیشتر نمی‌شود و نیاز به آموزش آن در همه مقاطع وجود دارد. این نتیجه منطبق با بسیاری از مطالعات قبلی می‌باشد. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که مشکلات ارتباطی تومورشناسان ارشد با تجربه بالینی حل نمی‌شود(۷).

همچنین تفاوت قابل توجهی در میزان آگاهی افراد بر اساس جنس مشاهده نشد. این نتیجه بر خلاف نتیجه به دست آمده از مطالعه توکل می‌باشد که عنوان می‌کند در ایران اینترن‌های مرد در مهارت بالینی انتقال خبر بد برتر از کارورزان زن عمل می‌کنند. البته در مطالعه توکل عملکرد کارورزان ارزیابی نشده بود بلکه صرفاً از آنها نظرسنجی به عمل آمده بود.

از طرف دیگر نگرش افراد نسبت به آموزش مهارت خبر بد، در کل مثبت ارزیابی شد. این مطلب می‌تواند نشان‌دهنده احساس نیاز به آموزش در این زمینه باشد. بالا بودن نسبت پاسخ به پرسشنامه‌ها نیز می‌تواند انعکاس‌دهنده علاقه آنها به این مبحث و مؤید این مطلب باشد. در این تحقیق درصد بالایی از اعضای هیأت‌علمی، پزشکان خانواده و کارورزان بر لزوم آموزش مهارت‌های انتقال خبر بد تأکید داشته‌اند. با مروری بر مقالات دیگر نیز نتیجه گیری می‌شود که پزشکان در سایر کشورها نیز این ضعف را در خود احساس کرده و خواستار آموزش در این زمینه هستند. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند سطح آگاهی اینترن‌ها در زمینه مهارت‌های ارتباطی در کل رضایت‌بخش نیست، اعتماد به نفس آنها در زمینه رساندن خبر بد بسیار پایین است و نیاز به بالا بردن مهارت‌های خود در این زمینه را احساس می‌کنند(۲۲).

در مطالعه‌ای پزشکان بر این نکته اذعان داشتند که خلاء آموزش رسمی در این زمینه در نظام آموزش پزشکی احساس می‌شود(۲۳). در مطالعه دیگر ۲۰ نفر از ۳۵ شرکت‌کننده عنوان کردند که تا کنون هیچ آموزشی درزمینه انتقال خبر بد ندیده‌اند(۲٤).

در مطالعه‌ای، اعضای هیأت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور توجه دقیق به آموزش مهارت‌های ارتباطی و نیاز واقعی به ادغام آموزش مهارت‌های ارتباطی در دوره درسی آموزش پزشکی را مورد تأکید قرار دادند(۲۰). در مطالعه گراسی (Grassi)و همکاران نیز ۸٦ درصد از پزشکان شرکت‌کننده اظهار کردند که نیاز مبرم به داشتن یک دستورالعمل و راهنما هنگام گفتن خبر بد به بیماران را در خود احساس می‌کنند(۱۹). در مطالعه‌ای طی نظرسنجی بر روی دانشجویان پزشکی در کانادا، ۸۲ درصد از افراد مورد مطالعه برگزاری دوره آموزشی برای اطلاع‌رسانی خبر بد را لازم و مفید می‌دانستند(۱۲).

با توجه به اهمیت موضوع، برخی دانشکده‌های خارج از کشور دوره‌های آموزشی برای چگونگی انتقال اخبار بد تأسیس کرده‌اند(۱۲). اخیراً نیز چند دانشکده پزشکی، دروسی را برای آموزش اعلام خبر بد به دانشجویان ارائه کرده‌اند. اما این موضوع هنوز فراگیر نشده است(۷).

با توجه به نتایج تحقیقات و پیشرفت‌های سریعی که در حوزه تشخیص و درمان بیماری‌ها ایجاد شده و همچنین

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

با افزایش سطح دانش و آگاهی عموم بیماران از حقوق خود، توجه به آموزش مهارت‌های ارتباطی به ویژه انتقال خبر بد از ضروریات موقعیت کنونی است. موضوعی که دانشجویان و دستیاران پزشکی نیاز بدان را اعلام می‌کنند و معتقدند برای کارآیی بیشتر به آموزش ویژه نیاز است(۷).

این پژوهش نشان داد که علی‌رغم این که اساتید بالینی، پزشکان خانواده و کارورزان پزشکی نگرش مثبت نسبت به انتقال خبر بد دارند و قریب به اتفاق آنها آموزش در این زمینه را ضروری می‌دانند اما آگاهی آنها در زمینه این مهارت‌ها خوب نیست و تجربه به تنهایی بدون آموزش مدون، معلم خوبی برای ارتقای این مهارت‌ها نیست. بنابراین لازم است در کوریکولوم پزشکی عمومی به آموزش این مهارت‌ها توجه گردد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه و سایر مطالعات مشابه حاکی از پایین بودن آگاهی پزشکان در زمینه انتقال خبر بد و نداشتن آموزش کافی در این زمینه است. با توجه به نتایج این مطالعه، بر آموزش مهارت‌های ارتباطی تأکید می‌گردد ووجود درس مهارت‌های ارتباطی در دوره درسی پزشکی ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این که آگاهی اساتید نیز از سطح مورد انتظار پایین‌تر هستند، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای اساتید ضرورت دوچندان پیدا می‌کند.

قدردانی

از معاونت محترم بهداشت و نیز کلیه اساتید محترم، پزشکان خانواده و اینترن‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم که در این مطالعه شرکت داشته‌اند تشکر می‌کنیم.

منابع

1. Kelly SH, Corcoran B, Kaur K, Duff Y, Douglas P, Jingles J and et al. Breaking bad news Regional guidelines. Department of Health, Social Services & Public Safety 2003:3-6 Available from: http://www.dhsspsni.gov.uk/publications/2003/breaking_bad_news.pdf
2. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J (Clin Res Ed). 1984 May 26;288(6430):1597-9.
3.Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six step protocol for delivering bad news: application to patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
4.Barnett MM, Fisher JD, Cooke H, James PR, Dale J. Breaking bad news: consultants' experience, previous education and views on educational format and timing. Med Educ. 2007 Oct;41(10):947-56. Epub 2007 Aug 22.
5. Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM. I'm sorry to tell you physicians' reports of breaking bad news. PJ Behav Med. 2001 Apr;24(2):205-17.
6. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edvards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. CA Cancer J Clin. 2005 May-Jun;55(3):164-77.
7. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? Br J Cancer 1994; 70: 767–70.
8. Baile WF, Aaron J. Patient- physician communication in oncology: past, present, and future. Curr Opin Oncol. 2005 Jul;17(4):331-5.
9.Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MH, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. Ann Oncol. 2003 Jan;14(1):48-56.
10. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, Baile WF, Gibertini M. Influence of communication on newly diagnosed breast patients' psychological adjustment and decision-making. Cancer. 1994 Jul 1;74(1 Suppl):336-41.
11. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis, procedures that influence patient hopefulness. Cancer. 1993 Dec 1;72(11):3355-65. Cancer. 1993 Dec 1;72(11):3355-65.
12. Ghaffarinejad A, Salari P, Mirzazadeh A. [nahvehe etelaa resani akhbare bad be bimaran dar beyne pezeshkane daneshgahe olume pezeshkie kerman]. Hormozgan Medical Journal. 1385; 10(2): 179 184.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

13. Kurer MA, Zekrim JM. Breaking bad news: Can we get it right? Libyan journal of medicine; 3(4): 200–203.
14. Hamasaki T, Takehara T, Hagihara A. Physicians' communication skills with patients and legal liability in decided medical malpractice litigation cases in Japan. BMC Fam Pract. 2008 Jul 25;9:43.
15. Communicating bad news. EPEC Project, the Robert Wood Johnson Foundation, 1999: 1-3 Available from: http://www.ama-assn.org/ethic/epec/download/module_2.pdf
16. Buckman R A. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. Commun Oncol 2005; 2:138-145.
17. Mousavi Nasab SM, Jalali Jahromi M. Evaluation of the professors and clinical assistants about saying the diagnosis to nontreatable patients in Shiraz Faculty of Medicine. Journal of Legal Medicine 2002; 27(8): 34-38.
18. Managheb SE, Effective communication with patients for medical students and doctors, 1st ed, Irsa, Shiraz, 1388:101-19.
19. Grassi L, Giraldi T, Messina EG, Magnani K, Valle E, Cartei G. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. Support Care Cancer. 2000 Jan;8(1):40-5.
20. Managheb SE, Firouzi H, Jafarian J. The Impact of Communication Skills Training Based on Calgary-Cambridge Guideline on Knowledge, Attitude and Practice of Family Physicians in Jahrom University Of Medical Sciences. Jahrom Medical Journal. 2008 Fall- 2009 Winter; 6(2): 74-84.
21. Ebnahmadi A, Heidari N. [Is there any appropriate way to facilitate breaking bad news to patient? Persian]. Journal of Medical Ethics and History. 2010. 2010;3(2) : 16-28
22. Tavakol M, Torabi S, Zeinaloo AA. A quantitive survey of intern's knowledge of communication skills: an iranian exploration. BMC Med Educ. 2005 Feb 8;5(1):6.
23. Kazemi A, Poorsoleimani A, Fakhari A, Madayen K. [barrasi javaneb haghighatgooi az didgahe majmooehe kadre pezeshki tabriz]. Journal of Medical Ethics and History. 2010. 2 : 54-63
24. Kumar M, Goyal S, Singh K, Pandit S, Sharma D, Verma AK et al. Breaking bad news issues: a survey among radiation oncologists. Indian J Palliat Care. 2009 Jan;15(1):61-6.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Knowledge and Attitudes of Clinical Teachers, Family Physicians, and Medical Interns towards Giving Bad News, a Study in Jahrom University of Medical Sciences

Sayed Esmaeil Managheb[1], Maryam Mohammadi[2]

Abstract

Introduction: *Pronouncing bad news is one of the most difficult duties of a physician. Lack of education in this field may negatively affect physician-patient relationship. These skills are not taught in our country vastly and effectively. The aim of this study was to assess knowledge and attitude of clinical teachers, family physicians and interns of Jahrom University of Medical Science about giving bad news.*
Methods: *This study was conducted among a census sample of 40 clinical teachers, 22 family physicians, and 30 interns in 2009 in Jahrom University of Medical Sciences. A questionnaire was designed by the researcher, then its validity and reliability was determined. Data was analyzed by SPSS software using ANOVA and independent T test.*
Results: *The average scores of knowledge and attitude were 15.96 (out of 25) and 34.43 (out of 52) among faculty members, 16.72 and 35.22 among family physicians, and 15.26 and 33.43 among interns group. Knowledge level in all 3 groups was medium and their attitudes toward training in these skills were positive. No significant difference was found between knowledge and attitude of these 3 groups (respectively: p=0.095 and p=0.548).*
Conclusion: *According to the result of this study and considering the fact that these skills are currently learnt through inactive methods and via try & error technique, there is a real need for developing planned courses in Iranian medical universities.*

Keywords: Bad news, communication skills, clinical teacher, family physicians, intern, knowledge, and attitude.

Addresses:
[1] (✉) Assistant Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Shiraz, Iran. E-mail: esmanagheb@yahoo.com
[2] Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Shiraz, Iran. E-mail: Dr_maryam_mb@yahoo.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]