

ارزیابی مهارت پزشکان متخصص، دستیاران و کارورزان در ارائه‌ی خبر بد به بیمار

محدثه هدائیان^۱، نرگس معتمدی^۲، ندا یآوری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ارائه‌ی خبر بد به بیمار، وظیفه‌ی دشوار و روزمره برای پزشکان است که ریشه در اصل احترام به خودمختاری بیمار دارد. مطالعه‌ی حاضر با هدف ارزیابی مهارت پزشکان متخصص، دستیاران و کارورزان در ارائه خبر بد به بیمار و شناسایی عوامل مؤثر بر این مهارت بر اساس پروتکل (Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, SPIKES) انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی، در سال ۱۴۰۲ در بیمارستان‌های آموزشی منتخب اصفهان انجام گردید. تعداد ۳۲۱ نفر از کادر درمان شامل ۵۷ پزشک متخصص، ۱۰۲ دستیار تخصصی و ۱۶۲ کارورز به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد SPIKES بود که مهارت شرکت‌کنندگان را در دو حیطه‌ی عوامل محیطی و روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار می‌داد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent Sample T-test و آنالیز واریانس یک طرفه تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، پزشکان متخصص در حیطه‌ی عوامل روان‌شناختی به طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به دستیاران کسب کرده‌اند ($P = ۰/۰۳۷$). دانش و آگاهی قبلی از راهنماهای اختصاصی ارائه خبر بد (BBN (Breaking bad news)، مؤثرترین متغیر در بهبود عملکرد شرکت‌کنندگان در تمامی حیطه‌ها و نمره‌ی کل مهارت بود ($P < ۰/۰۵$). همچنین، کارورزانی که تجربه‌ی شخصی دریافت خبر بد در زندگی خود را داشتند، نمرات بالاتری در مهارت ارائه خبر بد به دست آوردند ($P = ۰/۰۱۶$). متغیرهایی مانند جنسیت، وضعیت تأهل و سابقه‌ی کار، تأثیر معناداری بر میانگین نمرات خودارزیابی مهارت نداشتند.

نتیجه‌گیری: بخش بزرگی از شرکت‌کنندگان با راهنماهای اختصاصی ارائه‌ی خبر بد آشنایی نداشتند که این امر نشان‌دهنده‌ی لزوم بازنگری در برنامه‌های آموزشی پزشکی است.

واژگان کلیدی: خبر بد؛ بیمار؛ اخلاق پزشکی؛ ارزیابی؛ پزشک

ارجاع: هدائیان محدثه، معتمدی نرگس، یآوری ندا. ارزیابی مهارت پزشکان متخصص، دستیاران و کارورزان در ارائه‌ی خبر بد به بیمار. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۶۳): ۷۷۲-۷۷۸.

مقدمه

ارائه‌ی خبر بد به بیمار، از چالش‌های و در عین حال رایج‌ترین وظایف حرفه‌ای پزشکان در تمامی مقاطع بالینی است. خبر بد به هرگونه اطلاعاتی اطلاق می‌شود که دیدگاه فرد نسبت به آینده خود یا عزیزانش را به شدت تحت تأثیر قرار داده و سرفصل جدیدی در مسیر زندگی بیمار ایجاد می‌کند (۱، ۲). لازمه‌ی رفتار حرفه‌ای در این شرایط، برخورداری از مهارت ارتباطی است و ریشه در اصول اخلاق پزشکی دارد. مفهوم خودمختاری که از دهه‌ی هفتاد میلادی در اخلاق زیستی بارز شد، بر حق بیمار در تصمیم‌گیری آزادانه و آگاهانه تأکید دارد (۳). در این زمینه،

احترام به خودمختاری مستلزم آن است که پزشک، کلیه اطلاعات مربوط به تشخیص، پیش‌آگهی و خطرات درمان را با صداقت در اختیار بیمار قرار دهد تا امکان مشارکت داوطلبانه او در فرآیند درمان فراهم شود. کاری که بایستی با سرپرستی و نظارت جدی پزشک در تیم مراقبتی بهداشتی انجام شود (۴، ۵). عدم افشای حقیقت می‌تواند اعتبار تصمیم‌گیری بیمار را مخدوش کرده و پیامدهای اخلاقی و قانونی مهمی به همراه داشته باشد (۶).

با وجود اهمیت اخلاقی حقیقت‌گویی، ارائه‌ی اخبار نامطلوب همواره با چالش‌های روانی گسترده‌ای برای پزشک و بیمار همراه است (۷). در بسیاری از فرهنگ‌ها، پزشکان بین رعایت حق دانستن بیمار و

۱- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: ندا یآوری: استادیار، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: ne.yavari@gmail.com

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۴۰۲ در بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، شامل مراکز الزهرا(س)، خورشید، شهید بهشتی و امام حسین(ع) انجام شد. این پژوهش پس از دریافت تأییدیه از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد IR.MUI.MED.REC.1400.568 به مرحله اجرا درآمد. حجم نمونه بر اساس فرمول تعیین حجم جامعه با در نظر گرفتن فراوانی ۵۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۳۸۴ نفر برآورد گردید. جهت انتخاب شرکت‌کنندگان، از روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده سهمیه‌ای استفاده شد؛ به این ترتیب که ابتدا نسبت تعداد پزشکان متخصص، دستیاران و کارورزان در هر یک از مراکز درمانی مشخص گردید و سپس افراد واجد شرایط به صورت تصادفی از لیست‌های موجود انتخاب شدند.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه استاندارد SPIKES شامل ۱۶ پرسش در دو حیطه اصلی عوامل محیطی و عوامل روان‌شناختی بود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز تا همیشه امتیازدهی شدند. نمره‌ی کل بین ۱۶ تا ۸۰ متغیر بود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده توانمندی و مهارت بیشتر پزشک در ارائه خبر بد است. هر یک از حیطه‌های محیطی و روان‌شناختی شامل ۸ پرسش با بازه نمره‌ای ۸ تا ۴۰ هستند. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در مطالعات پیشین توسط فرخیار و همکاران (۱۵) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. در مطالعه مذکور، ضریب آلفای کرونباخ برای حیطه عوامل محیطی ۰/۷۲۵ و برای حیطه عوامل روان‌شناختی ۰/۷۱۱ گزارش شد و پایایی ابزار نیز از طریق ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای معادل ۰/۹۰۳ به تأیید رسید.

حیطه‌ی عوامل محیطی در این پرسشنامه به بررسی آمادگی‌های پیش از گفتگو، انتخاب مکان مناسب، استراتژی‌های ارتباطی و حفظ رفتار حرفه‌ای می‌پردازد. در مقابل، حیطه عوامل روان‌شناختی بر سنجش میزان درک بیمار از وضعیت خود، نحوه انتقال دانش پزشکی، ابراز همدلی و پاسخ به واکنش‌های احساسی بیمار تمرکز دارد. در فرایند اجرای پژوهش، ملاحظات اخلاقی از طریق کسب رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت‌کنندگان، تضمین محرمانگی هویت و داده‌ها و تأکید بر داوطلبانه بودن مشارکت رعایت شد. همچنین در ابتدای پرسشنامه، اهداف مطالعه و راهنمای پاسخ‌دهی به پرسش‌ها به طور کامل تبیین گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) و آزمون‌های Chi-square، Independent Sample T-test و آنالیز واریانس یک‌طرفه با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شد.

پیشگیری از آسیب‌های روانی ناشی از اضطراب، دچار تردید می‌شوند. مطالعات نشان می‌دهد رویکرد پزشکان در این زمینه تحت تأثیر بافت فرهنگی جامعه قرار دارد؛ به‌طوری که در فرهنگ‌های غربی اولویت با فردگرایی و اطلاع‌رسانی مستقیم به بیمار است، اما در جوامع شرقی و از جمله ایران، خانواده نقش پررنگی در فرآیند تصمیم‌گیری ایفا می‌کند و پزشکان اغلب تمایل دارند ابتدا خبر را با اعضای خانواده در میان بگذارند (۲، ۴). این در حالی است که شواهد نشان‌دهنده تمایل بیشتر بیماران به دریافت مستقیم و کامل اطلاعات درباره وضعیت سلامت خود برای مشارکت در انتخاب‌های درمانی است (۸).

به جز موارد یاد شده، نحوه انتقال خبر بد نیز نقشی تعیین‌کننده در کاهش فشار روانی و افزایش رضایتمندی بیمار دارد. ارتباط همدلانه و سازنده بین پزشک و بیمار در لحظه ارائه خبر، منجر به نتایج درمانی بهتر، پایداری بیشتر به دستورات پزشکی و تقویت اعتماد متقابل می‌شود (۹، ۱۰). در مقابل، ضعف در مهارت‌های ارتباطی و انتقال نادرست خبر، به بروز نارضایتی بیمار منجر شده و از عوامل اصلی شکایت‌های قانونی از کادر درمان است (۱۱). اگر چه یافته‌های مطالعاتی در این زمینه بیان داشتند کارکنان نظام سلامت آمادگی ارائه خبر بد را ندارند (۱، ۱۲)، با این حال با پیشرفت دانش ارتباطات در پزشکی، پروتکل‌های استاندارد جهت مدیریت این شرایط تدوین شده که مشهورترین آن‌ها پروتکل شش مرحله‌ای SPIKES است. این الگو بر جنبه‌هایی مانند طراحی محیط گفتگو، ارزیابی درک بیمار، جلب مشارکت، انتقال دانش بدون استفاده از واژه‌های تخصصی، همدلی با احساسات بیمار و در نهایت تدوین راهبرد درمانی تمرکز دارد. ضمن این که شیوه اطلاع‌رسانی و میزان اطلاعات ارائه شده به بیمار با مسئولیت همه اعضای تیم اعلام‌کننده خبر است (۱۳، ۱۴).

با وجود اهمیت و ضرورت این مهارت، شواهد حاکی از آن است آموزش‌های رسمی در برنامه درسی دانشجویان علوم پزشکی برای مواجهه با این موقعیت‌های دشوار کافی نیست. فقدان آموزش‌های عملی باعث می‌شود پزشکان در زمان انتقال خبر احساس گسست عاطفی از بیمار داشته باشند که نتیجه آن افزایش اضطراب در هر دو طرف است (۱۱). در ایران، برخی مطالعات درباره دانش پزشکان در خصوص اصول اخلاقی حقیقت‌جویی انجام شده است، اما ارزیابی مهارت‌های عملی در سطوح مختلف درمانی شامل پزشکان متخصص، دستیاران و کارورزان مشاهده نشد. با توجه به لزوم ارتقای کیفیت آموزش پزشکی و اهمیت رعایت حقوق بیماران، مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح مهارت اعضای کادر درمان در بیمارستان‌های آموزشی اصفهان بر اساس پروتکل SPIKES طراحی شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، اطلاعات ۳۲۱ نفر از کادر درمان تحلیل شد. ویژگی‌های عمومی شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱. توصیف آماری ویژگی‌های عمومی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیرها	فراوانی	درصد
پزشک متخصص	۵۷	۱۷/۸
رتبه‌ی بالینی		
دستیار تخصصی	۱۰۲	۳۱/۸
کارورز	۱۶۲	۵۰/۵
جنس		
مرد	۹۹	۳۰/۸
زن	۲۲۲	۶۹/۲
وضعیت تاهل		
متاهل	۱۴۴	۴۸/۳
مجرد	۱۵۴	۵۱/۷
تجربه‌ی کار		
کمتر از ۵ سال	۸۱	۵۰/۹۴
متخصصان و ۵-۱۰ سال	۳۱	۱۹/۴۹
دستیاران بیش از ۱۰ سال	۴۷	۲۹/۵۵
تجربه‌ی کار		
۶-۱ ماه	۱۱	۶/۷۹
۷-۱۲ ماه	۲۳	۱۴/۱۹
کارورزان ۱۳ تا ۱۸ ماه	۱۲۸	۷۹/۰۱
کل	۳۲۱	۱۰۰

طبق جدول ۱، شرکت‌کنندگان در مطالعه شامل ۵۷ پزشک متخصص (۱۷/۸ درصد)، ۱۰۲ دستیار تخصصی (۳۱/۸ درصد) و ۱۶۲ کارورز (۵۰/۵ درصد) بودند. از نظر توزیع جنسیتی، ۲۲۲ نفر (۶۹/۲ درصد) از شرکت‌کنندگان زن و ۹۹ نفر (۳۰/۸ درصد) مرد بودند.

همچنین از نظر وضعیت تاهل، ۱۵۴ نفر (۵۱/۷ درصد) مجرد و ۱۴۴ نفر (۴۸/۳ درصد) متاهل گزارش شدند. یافته‌های توصیفی نشان داد میزان آشنایی با مفاهیم عمومی اخلاق پزشکی و خودمختاری بیمار در بیش از ۸۰ درصد در دستیاران و کارورزان در سطح بالایی قرار دارد، اما آگاهی از راهنماهای اختصاصی ارائه خبر بد (BBN) به طور قابل توجهی پایین‌تر بود؛ به طوری که تنها ۳۲ درصد از دستیاران و ۳۷ درصد از پزشکان متخصص با این دستورالعمل‌ها آشنایی داشتند. مقایسه میانگین نمرات خودارزیابی مهارت ارائه خبر بد بر اساس رتبه بالینی در جدول ۲ ارائه شد.

طبق داده‌های جدول ۲، در نمره‌ی کل خودارزیابی مهارت ارائه‌ی خبر بد و حیطه عوامل محیطی بین سه گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد، اما در حیطه عوامل روان‌شناختی، پزشکان متخصص به طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به دستیاران کسب کردند (۰/۰۳۷). نمرات مهارت بر اساس دانش قبلی از راهنماهای ارائه خبر بد در جدول ۳ مقایسه شد.

نتایج جدول ۳ نشان داد، دانش تخصصی و آگاهی قبلی از راهنماهای ارائه خبر بد، عامل مؤثر در ارتقای مهارت شرکت‌کنندگان بوده است. افرادی که با این دستورالعمل‌ها آشنایی داشتند، در هر دو حیطه‌ی محیطی و روان‌شناختی و همچنین در نمره‌ی کل مهارت، به طور معناداری عملکرد بهتری داشتند (۰/۰۳۳).

همچنین تحلیل یافته‌ها در گروه‌های اختصاصی نشان داد در بین دستیاران، رشته‌های جراحی و اطفال در حیطه روان‌شناختی عملکرد بهتری نسبت به دستیاران زنان و زایمان داشتند ($P = ۰/۰۲۲$). علاوه بر این، متغیرهایی مانند جنسیت و وضعیت تاهل در سطح کل جامعه پژوهش، تأثیر معناداری بر میانگین نمرات خودارزیابی نداشتند. یافته دیگر این بود کارورزانی که تجربه شخصی دریافت خبر بد در زندگی خود را داشتند، در همه حیطه‌ها نمرات بالاتری کسب کردند.

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین نمرات خودارزیابی مهارت ارائه‌ی خبر بد بر اساس رتبه بالینی

عوامل و رتبه‌ی بالینی	میانگین	انحراف معیار	P
پزشک متخصص	۲۷/۷۵	۴/۳۰	۰/۲۸۷
دستیار تخصصی	۲۷/۸۴	۵/۱۳	
کارورز	۲۶/۹۸	۴/۴۸	
پزشک متخصص	۳۰/۰۳	۳/۵۸	۰/۰۳۷
دستیار تخصصی	۲۸/۳۲	۴/۴۳	
کارورز	۲۸/۷۹	۳/۹۱	
پزشک متخصص	۲۸/۹۳	۳/۰۷	۰/۲۱۵
دستیار تخصصی	۲۸/۰۸	۴/۱۴	
کارورز	۲۷/۸۸	۳/۶۵	
کل	۲۸/۲۶	۵/۰۲	

جدول ۳. مقایسه‌ی نمرات مهارت مشارکت‌کنندگان بر اساس دانش قبلی از راهنماهای ارائه خبر بد

عوامل و دانش قبلی ارائه‌ی خبر بد	میانگین	انحراف معیار	P
عوامل محیطی	بله	۴/۵۸	۰/۱۵۳
	خیر	۴/۸۲	
عوامل روانشناختی	بله	۴/۱۳	۰/۰۳۳
	خیر	۳/۸۰	
کل	بله	۳/۷۴	۰/۰۴۲
	خیر	۳/۷۶	

حساسیت بیشتر محیط کار با کودکان و خانواده‌های آن‌ها، احتمالاً منجر به دقت و همدلی بیشتر در انتقال اخبار بد شده است (۱۸). در مقابل، پایین بودن نمرات در رشته زنان و زایمان، لزوم بازنگری در آموزش‌های مهارتی این گروه را، با توجه به تنوع چالش‌های اخلاقی در حوزه‌هایی مانند انکولوژی زنان و ناباروری، بارزتر می‌نماید (۱۹).

نقش تجربه‌ی شخصی در دریافت خبر بد، به ویژه در بین کارورزان، از دیگر یافته‌های مهم بود. کارورزانی که خود یا خانواده‌شان تجربه دریافت خبر بد را داشتند، در تمامی حیطه‌های مهارت SPIKES عملکرد بهتری گزارش کردند. این تجربه شخصی احتمالاً با تحریک همدلی و افزایش آگاهی نسبت به نیازهای روانی بیمار، توجه پزشک را به جزئیات محیطی و عاطفی در زمان انتقال خبر جلب می‌کند (۲۰). همچنین، یافته‌ها نشان داد دانش نسبت به راهنماهای اختصاصی ارائه خبر (BBN)، عامل موثر در بهبود عملکرد است. با این حال، میزان آگاهی از این راهنماها در بین پزشکان متخصص و دستیاران به طور نگران‌کننده‌ای پایین بود. این شکاف دانشی نشان می‌دهد آموزش‌های فعلی در دانشکده‌های پزشکی، اگرچه در انتقال مفاهیم انتزاعی اخلاق موفق بوده‌اند، اما در آموزش مهارت‌های کاربردی و مبتنی بر پروتکل ضعیف عمل کرده‌اند.

در نهایت، نتایج این مطالعه بر این واقعیت تأکید دارد تسلط بر پروتکل‌هایی مانند SPIKES، تنها با تکیه بر تجربه بالینی خودبه‌خودی حاصل نمی‌شود و نیازمند آموزش‌های مستمر و کارگاهی است. تفاوت در عملکرد حیطه‌های محیطی و روانشناختی در بیمارستان‌های آموزشی نشان داد، محدودیت‌های زمانی و شلوغی بخش‌های درمانی، مانعی جدی در اجرای دقیق استانداردهاست. برای ارتقای کیفیت رابطه پزشک و بیمار و کاهش شکایات قانونی، پیشنهاد می‌شود روش‌های آموزشی فعال مانند نقش‌آفرینی Role-playing جایگزین سخنرانی‌های سنتی در دروس اخلاق پزشکی شوند. توجه به این راهکارها می‌تواند زمینه را برای بهبود فرآیند حقیقت‌جویی و حفظ کرامت بیماران در سخت‌ترین لحظات درمان فراهم آورد.

بحث

ارائه‌ی خبر بد به بیماران، در هر شرایطی، یکی از دشوارترین و در عین حال رایج‌ترین وظایف پزشکان در مسیر حرفه‌ای است (۱۱). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد متغیرهایی مانند تخصص، جنسیت، وضعیت تأهل و سابقه‌ی کار، تأثیر کمتری بر خودارزیابی عملکرد پزشکان در ارائه خبر بد دارند. در مقابل، دو عامل «تجربه شخصی در دریافت خبر بد» و «آگاهی از راهنماهای اختصاصی»، نقش بیشتری در ارتقای سطح مهارت شرکت‌کنندگان ایفا می‌کنند. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همسویی دارد که تأکید می‌کنند مهارت‌های ارتباطی در موقعیت‌های حساس، بیش از آنکه تحت تأثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی باشند، ریشه در آموزش‌های نظام‌مند و تجربیات زیسته دارند (۱۶).

یافته‌ی تأمل‌برانگیز در این پژوهش، نمرات پایین‌تر پزشکان متخصص با سابقه‌ی کار بالای ۱۰ سال در حیطه‌ی عوامل محیطی نسبت به پزشکان کم‌تجربه‌تر بود. این یافته در وهله نخست غیرمنتظره به نظر می‌رسد، می‌تواند ناشی از پدیده «حس‌زدایی» یا «خستگی از همدلی» در پزشکان باسابقه باشد. با تکرار مداوم مواجهه با اخبار بد در طول سالیان، ممکن است حساسیت نسبت به اهمیت محیط گفتگو و رعایت پروتکل‌های اولیه کاهش یابد.

یافته‌های گلائیگرشت و دسیتی نیز تأیید می‌کند با افزایش سابقه‌ی حرفه‌ای، پزشکان ممکن است نسبت به درد و رنج دیگران کمتر حساس شوند، در حالی که سطح فشار روانی خود آن‌ها تغییری نمی‌کند. همچنین نتایج نشان داد پزشکان متخصص در حیطه‌ی روان‌شناختی نمرات بالاتری نسبت به دستیاران کسب کرده‌اند که نشان‌دهنده‌ی بلوغ مهارتی در مدیریت احساسات بیمار با گذشت زمان است (۱۷).

تحلیل تفاوت‌های رشته‌ای بین دستیاران نشان داد میانگین نمره‌ی دستیاران جراحی و اطفال، نسبت به دستیاران زنان و زایمان در حیطه‌ی روان‌شناختی به طور معناداری بیشتر بود. این تفاوت می‌تواند ناشی از ماهیت این رشته‌ها باشد؛ دستیاران جراحی به دلیل مواجهه مکرر با بیماران مبتلایه سرطان، ممکن است دانش نظری بیشتری درباره پروتکل‌های ارائه خبر کسب کرده باشند. در مورد دستیاران اطفال نیز

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد، مهارت ارائه‌ی خبر بد، فراتر از وظیفه روزمره، رکنی اساسی در رعایت حقوق بیمار و حفظ کرامت انسانی در نظام سلامت است. نتایج مطالعه تایید می‌کند آگاهی از راهنماهای اختصاصی، به ویژه پروتکل SPIKES، عامل تعیین‌کننده‌ی در ارتقای کیفیت عملکرد پزشکان در هر دو حیطه محیطی و روان‌شناختی است. با این حال، فاصله قابل توجه میان دانش عمومی اخلاق پزشکی و تسلط بر دستورالعمل‌های کاربردی ارائه خبر، بیانگر آن است که نظام آموزش پزشکی فعلی در انتقال مهارت‌های عملی با چالش مواجه است. پایین بودن سطح آشنایی دستیاران و حتی بسیاری از پزشکان متخصص با این راهنماها، بر ضرورت بازنگری در برنامه‌های درسی و جایگزینی روش‌های آموزشی فعال مانند شبیه‌سازی و نقش‌آفرینی به جای سخنرانی‌های تئوری تأکید دارد. همچنین، تفاوت‌های مشاهده شده در عملکرد حیطه‌های مختلف بالینی و تأثیر مثبت تجربه زیسته در دریافت خبر بد، نشان داد تقویت روحیه همدلی و درک ابعاد روانی مواجهه با

بیماری‌های سخت، بایستی به عنوان بخشی از توانمندسازی حرفه‌ای کادر درمان مورد توجه قرار گیرد. در نظر گرفتن محیط‌های فیزیکی مناسب در بیمارستان‌های آموزشی و اختصاص زمان کافی برای گفتگو با بیمار و خانواده او، از دیگر الزامات اجرایی است که می‌تواند به کاهش تنش‌های روانی و شکایت‌های قانونی بینجامد. در نهایت، سرمایه‌گذاری بر آموزش‌های مستمر و کاربردی در زمینه‌ی ارائه خبر بد، منجر به افزایش رضایتمندی بیماران و بهبود پیامدهای درمانی همچنین تقویت رابطه پزشک و بیمار می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه مقطع دکترای حرفه‌ای رشته‌ی پزشکی با کد ۳۴۰۵۳۳ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات اساتید و دانشجویان شرکت‌کننده در در مطالعه تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Rafiei M, Mohammadi Z, Mohamadirizi S. Clinical nurses' experiences about "breaking bad news" during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *J Edu Health Promot* 2024; 13: 247.
- Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: A qualitative study. *BMC Psychiatry* 2020; 20(1): 489.
- Akabayashi A, Nakazawa E. Autonomy in Japan: What does it Look Like? *Asian Bioeth Rev* 2022; 14(4): 317-36.
- Khaki S, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi-Shahboulaghi F, Can G, Hosseini MA. A comprehensive practical guideline for breaking bad news to patients and their families in Intensive Care Units: a qualitative study [in Persian]. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2025; 17(1): 28.
- Meitar D, Karnieli-Miller O. Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using SPw-ICE-S-A revised version of the SPIKES protocol. *Med Teach* 2022; 44(10): 1087-91.
- Zolkefli Y. The Ethics of Truth-Telling in Health-Care Settings. *Malays J Med Sci* 2018; 25(3): 135-9.
- Miller EM, Porter JE, Barbagallo MS. The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Palliat Support Care* 2022; 20(3): 433-44.
- Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL. Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011; 20(1): 56-61.
- Bukowski H, Sweeney C, Bennett D, Rizzo G, O'Tuathaigh CMP. Medical student empathy and breaking bad news communication in a simulated consultation. *Patient Educ Couns* 2022; 105(5): 1342-5.
- Marschollek P, Bąkowska K, Bąkowski W, Marschollek K, Tarkowski R. Oncologists and Breaking Bad News-From the Informed Patients' Point of View. The Evaluation of the SPIKES Protocol Implementation. *J Cancer Educ* 2019; 34(2): 375-80.
- Olson M. Breaking Bad News: Integrating the Spikes Model into Medical School Curriculum. *S D Med* 2022; 75(10): 455.
- alali R, Jalali A, Jalilian M. Breaking bad news in medical services: A comprehensive systematic review. *Heliyon* 2023; 9(4): e14734.
- Monden KR, Gentry L, Cox TR. Delivering bad news to patients. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2016; 29(1): 101-2.
- Sadat Hoseini AS. Propose a model for delivering bad news based on Iranian-Islamic culture: Hybrid study [in Persian]. *Education and Ethics in Nursing* 2021; 10(1): 26-35.
- Farokhyar N, Shirazi M, Bahador H, Baradaran Hr, Jahanshir A. Assessing the validity and reliability of spikes questionnaires regard in of medical residents' awareness breaking bad news in TUMS 2012 [in Persian]. *Razi J Med Sci* 2014; 21(122): 29-36.
- Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol* 2014; 25(3): 707-11.
- Gleichgerricht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci* 2014; 8: 243.
- Reed S, Kassis K, Nagel R, Verbeck N, Mahan JD, Shell R. Does emotional intelligence predict breaking

- bad news skills in pediatric interns? A pilot study. Med Educ Online 2015; 20: 24245.
19. Rezayof E, Akhavan S, Afshar L, Ghaemi M, Sahebi L, Farmad SA. A virtual instructional design improved breaking bad news in obstetrics and gynecology residents J Family Reprod Health 2022; 16(4): 282-9.
20. Sobczak K, Trzciński M, Kotłowska A, Lenkiewicz J, Lenkiewicz O, Przeniosło J, et al. Delivering Bad News: Emotional Perspective and Coping Strategies of Medical Students. Psychol Res Behav Manag 2023; 16: 3061-74.

Evaluating the Skills of Medical Specialists, Residents, and Interns in Delivering Bad News to Patients

Mohadese Hodaian¹, Narges Motamedi², Neda Yavari³

Original Article

Abstract

Background: Delivering bad news to patients is a challenging and daily task for physicians, rooted in the principle of respect for patient autonomy. This study aimed to evaluate the skills of medical specialists, residents, and interns in breaking bad news and to identify factors influencing these skills based on the SPIKES protocol.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2023 at selected teaching hospitals in Isfahan. A total of 321 healthcare professionals, including 57 specialists, 102 residents, and 162 interns, were selected using quota sampling. Data were collected using the standard SPIKES questionnaire, which assessed participants' skills in two domains: environmental and psychological factors. Data were analyzed using independent t-tests and one-way ANOVA.

Findings: Findings indicated that specialists achieved significantly higher scores in the psychological domain compared to residents ($P = 0.037$). Prior knowledge of specific Breaking Bad News (BBN) guidelines was the most influential variable in improving participants' performance across all domains and total skill scores ($P < 0.05$). Furthermore, interns who had personal experience of receiving bad news in their own lives achieved higher scores in news delivery skills ($P = 0.016$). Variables such as gender, marital status, and work experience had no significant impact on the mean self-assessment scores of skills.

Conclusion: A large proportion of participants were unfamiliar with specific guidelines for breaking bad news, highlighting the necessity of revising medical education programs.

Keywords: Breaking Bad News, Patient, Medical Ethics, Evaluation, Physician

Citation: Hodaian M, Motamedi N, Yavari N. **Evaluating the Skills of Medical Specialists, Residents, and Interns in Delivering Bad News to Patients.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(863): 772- 8.

1- MD, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Neda Yavari, Assistant Professor, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: ne.yavari@gmail.com