

محیط پزشکی، بیمار و خبر بد

دکتر عبدالحسن کاظمی*

دکترای قارچ‌شناسی پزشکی مولکولی، دانشیار گروه انگل‌شناسی و فلوشیپ اخلاق زیستی- پزشکی، تیم پژوهشی اخلاق و تاریخ پزشکی،
دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

زمینه: بیماران حق آگاهی و برخورداری از اطلاعات مربوط به سلامتی و منجمله اخبار بد مربوط به وضعیت سلامتی خود را دارند و گاه‌ا کادر پزشکی ناگزیر از دادن چنین اطلاعاتی به بیماران می‌باشند. تأثیر منفی خبر بر بیماران، منجر به ارزیابی آن به عنوان "خبر بد" می‌گردد و متأسفانه چنین اخباری به فراوانی در محیط پزشکی، برای کادر پزشکی، بیماران و اطرافیان بیماران وجود دارد. مسئولیت اعلام "خبر بد" به بیمار و اطرافیان وی یکی از مشکل‌ترین جنبه‌های حرفه‌ای حرف پزشکی می‌باشد و در این میان، انتظارات نامعقول بیمار و اطرافیان وی از پزشک و همچنین برخورد‌های نابجای آنان با کادر پزشکی نیز بر صعوبت امر در حالی می‌افزاید که کادر پزشکی در آن شرایط متلاطم، مسئولیت مضاعف آرامش بخشی به دیگران را نیز بر دوش می‌کشند.

نتیجه‌گیری: صعوبت بیشتر اعلام "خبر بد" به علت عدم مهارت قبلی پزشکان، حتی پزشکان پر سابقه، برای مواجهه با موقعیت اعلام "خبر بد" و مدیریت فضا و شرایط اعلام "خبر بد" و موقعیت مابعد اعلام می‌باشد که ممکن است مدیریت موقعیت اعلام "خبر بد" به بیمار را از کنترل پزشک خارج نموده و مسیر حوادث را به سمت سلب اعتماد بیمار و اطرافیان وی از کادر درمانی و یا محیط بیمارستانی برده و به تبع آن، ادامه برنامه‌های مفید آتی و لازم برای مراحل بعدی نیز دچار گسیختگی و عدم انتظام می‌گردد. این وضعیت، چرخه‌ای معیوب از وقایع نامطلوب را به دنبال می‌آورد که برخلاف روح امور پزشکی می‌باشد و بنابراین اعلام مدیرانه و دور اندیشانه "خبر بد" به بیمار و اطرافیان وی، تسکین خاطر عمده‌ای را به وجود آورده و کنترل تبعات آنی و آتی "خبر بد" را بسیار آسان می‌نماید و این مهم با ممارست و بکارگیری هوشمندانه استراتژی S-P-I-K-E-S توسط پزشک حاذق و ماهر قابل وصول خواهد بود.

کلید واژه‌ها: "خبر بد"، محیط پزشکی، بیمار، اخلاق پزشکی

* نویسنده مسؤول: گروه انگل‌شناسی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

• Email: kazemi1338@gmail.com

• تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۳۷۴۵ • نمابر: ۰۴۱۱-۳۳۳۷۴۵

مقدمه

از نظر فلسفی می‌توان ادعا نمود و سپس ثابت کرد که «بد» و به تبع آن «خبر بد» و نهایتاً موضوعی که شری در آن نهفته است و «بد» محسوب گردد؛ وجود ندارد اما واقعیت جاری و حاکم آن است که کادر پزشکی، همراه بیماران و اطرافیان بیماران همیشه در معرض مواجهه با اخبار، موارد، رویدادها، شرایط و اوضاع و احوالی هستند که عرف زندگی، ارزش‌های مرسوم، عادات اجتماعی و ... آنها را «خبر بد» و «شرایط ناخوشایند» ارزیابی کرده، آنها را نامطبوع یافته و عکس‌العملی حاکی از احساس نارضایتی نسبت به استماع آنها و یا مواجهه با آنها نشان می‌دهند (۴-۱).

«خبر بد» فقط در حوادث جاریه و شرایط محقق شده نامطبوع خلاصه نمی‌شود. گاهی عدم وقوع امری و یا عدم استماع مطلبی، ناخوشایند تلقی می‌گردد و البته عکس این موارد نیز صادق است (۷-۵). برای زوجی که پس از گذشت سال‌ها از زندگی زناشویی، علی‌رغم تمایل خانوادگی صاحب فرزند نشده‌اند؛ اعلام یک سقط جنین مجدد و یا شکست یک پروسه باروری مصنوعی، خبر بد تلقی می‌گردد ولی باید توجه کرد که اعلام بارداری دو و یا چند قلو همسر یک مرد مسکین و تنگدست دارای چند فرزند قبلی به آن مرد بینوا؟! نیز به احتمال قوی خبر بدی ارزیابی خواهد شد. در کنار این موضوع، تلقی و ارزیابی افراد مختلف از موقعیت سلامتی‌شان، متناسب با انتظارات و توقعات قبلی آنان و همچنین استنباط خاص آنان از آن خبر خاص ممکن است خبری خوب یا بد یا طبیعی قلمداد شود (۱۰-۸) زیرا خبر دریافت ابتلا به بیماری قند توسط فردی فاقد اطلاعات پزشکی کافی که از بد روزگار نیز چندی قبل شاهد کوری و یا قطع پای یکی از بستگان نزدیک خود به علت بیماری قند بوده است، بسیار بد و ناخوشایند تلقی خواهد شد در حالی که ممکن است همین خبر برای یک فرد دارای اطلاعات و یا تخصص پزشکی کافی که انتظار دریافت خبر به مراتب نامساعدی را درباره سلامتی خود داشت، شاید خبری نه چندان بد و بلکه قابل قبول و

رضایت بخش تلقی شود زیرا آشنایی این فرد به توانایی‌های پزشکی فعلی در کنترل دیابت، مسئله را برای وی قابل تحمل و قابل قبول جلوه می‌نماید (۱۳-۱۱). با توجه به این که براساس اصول اخلاق پزشکی و منشور حقوق بیمار، بیماران و گاهی اطرافیان بیمار حق آگاهی و بر خورداری از اطلاعات مربوط به سلامتی خود و منجمله اخبار بد مربوط به وضعیت سلامتی خود را دارند، ارائه این اطلاعات توسط کادر پزشکی به ویژه در مورد ارائه اطلاعات و اخبار بد و ناخوشایند به بیمار و اطرافیان وی باید توأم با لحاظ نمودن و رعایت اصول اخلاق عمومی و اخلاق حرفه‌ای پزشکی توأم باشد که از جمله این اصول می‌توان به اصل راز داری پزشکی، خود مختاری، تعارض منافع، حق امتناع از پذیرش درمان و یا ترک درمان (جز در شرایط استثنایی) اشاره کرد.

جنبه دیگری از خبر «بد»، ناخوشایند بودن اخبار نامطلوب برای خود کادر پزشکی اعم از پزشکان، پرستاران، کارکنان بیمارستانی، کادر پیراپزشکی و بهداشتی می‌باشد. واقعیت آن است که بسیاری از پزشکان و کادر پیراپزشکی، علی‌رغم تصور عمومی در مورد آنان به شدت خود را در قبال بیماران به عنوان یک انسان و شخص دارای هویت انسانی مشخص، درمان بیماری، اعاده سلامتی، سیر بیماری، خانواده بیمار و ... مسئول و حساس می‌یابند و در قبال سئوالات پی در پی خانواده و اطرافیان بیمار، نگاه‌های منتظرانه و معصومانه فرزندان بیماران بزرگسال و چشمان ملتمس والدین بیماران خردسال، احساس درونی و تلاطم عاطفی و استرس‌های روانی، کادر پزشکی و شاغلین حرفه‌های پزشکی را معمولاً به صورتی سنگین و عمیق و مستمر و پایدار تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۶-۱۴، ۲۳) و چه بسا برانداز همکاران شریف و زحمتکش حرف پزشکی که همراه و همگام مریض و اطرافیان مریض، اشک ریخته و مصیبت واقعه‌ای دردناک و یا سنگینی خبر ناخوشایندی را در شرایطی تحمل می‌کنند که هر روز، شاید این حوادث سنگین و مخرب عاطفی برای آنان چندین بار تکرار می‌شود و روح و روان‌شان را می‌آزارد (۱۷، ۴).

از طرف دیگر یکی از مشکل‌ترین جنبه‌های حرفه‌ای حرف پزشکی، مسئولیت اعلام "خبر بد" به بیمار و اطرافیان وی توسط پزشک و یا سایر کارکنان پزشکی می‌باشد. واقع آن است که خود پزشکان و کادر پزشکی با توجه به آگاهی قبلی آنان از اخبار بیمار و بیمار، در قبال یک "خبر بد" قبل از بیمار و اطرافیان وی دچار اضطراب، تشویش خاطر و تلاطم درونی می‌گردند که مدت‌ها ادامه می‌یابد و در این میان، احیاناً انتظارات نامعقول بیمار و اطرافیان وی از پزشک و همچنین برخوردها، سخنان، رفتار و عکس‌العمل‌های نابجا و غیر منصفانه آنان با پزشکان و سایر کادر پزشکی نیز بر اضطراب کادر پزشکی افزوده و زجر درونی آنان را دو چندان می‌نماید؛ به ویژه آن که پزشک، مسئولیت کنترل عکس‌العمل‌های اعلام "خبر بد" به بیمار و اطرافیان وی همراه با مسئولیت کاهش و مدیریت فشار روانی و عاطفی بیمار برای مواجهه با "خبر بد" را بر عهده دارد و بنابراین فشار عاطفی و روانی بسیار زیادی بر کادر پزشکی تحمیل می‌شود و این در حالی است که در چنین مواقعی، نه تنها کسی با کادر پزشکی همدردی و همدلی نمی‌کند و از بار و فشار روانی آنان نمی‌کاهد، بلکه همگان توقع دارند که کادر پزشکی در آن شرایط روانی متلاطم و ناآرام، به آرامش بخشی برای دیگران اقدام نمایند (۱۷، ۱۵، ۱۴، ۶-۱).

تردیدی وجود ندارد که اعلام ماهرانه، مدبرانه، متبحرانه، دوراندیشانه و جامع‌نگرانه خبر بد به بیمار و اطرافیان وی، تسکین خاطر عمده‌ای را به وجود می‌آورد و کنترل تبعات آنی و آتی خبر بد را بسیار آسان می‌نماید (۲۱-۱۸، ۱۳، ۷)، ضمن این که اعتماد به نفس در خود کادر پزشکی هم بدین ترتیب تقویت گشته و در کنار آن حس اعتماد بیمار و اطرافیان وی به پزشک، سرمایه گران بهایی است که ادامه پروتکل درمانی، پذیرش توصیه‌های پزشکی، کیفیت مواجهه بیمار با شرایط آینده و سیر بیماری و ... را به صورتی مثبت و نافع تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین در مورد برنامه پزشکی آتی برای اعلام جواب مثبت یک تست آلودگی به ویروس ایدز، نازایی یک

زوج جوان، اطلاع دهی از سیر پیش رونده یک بیماری دژنراتیو عصبی، ضرورت سقط جنین به علت ارگانوژنز غیر طبیعی و یا ناقص و ... اعلام مدبرانه و دور اندیشانه موضوع به بیمار و یا اطرافیان وی، نقشی اساسی در پذیرش توصیه‌های آتی پزشک خواهد داشت (۲۳، ۲۲، ۱۳-۱۱، ۳، ۲).

یکی دیگر از جنبه‌های بسیار منفی و ناخوشایند اعلام "خبر بد" برای خود پزشکان و حرف پزشکی دشواری پیش‌بینی عکس‌العمل بیماران در هنگام استماع خبر ناخوشایند می‌باشد که کادر پزشکی را در ابهام و سردرگمی قرار داده و بعضاً پزشکان را برای اعلام "خبر بد" به بیمار تا حد استیصال پیش می‌برد و اعلام "خبر بد" را به کابوسی هزار تو و هزار لایه برای کادر پزشکی تبدیل می‌نماید و این کابوس، مشکلی مضاعف برای پزشک می‌گردد. در چنین مواردی کادر پزشکی خود را برای برخورد با حالات متفاوتی از عکس‌العمل‌های بیمار و اطرافیان وی ناتوان و مستاصل می‌یابد زیرا احتمال شنیدن سرزنش، شتمات، سخنان تحقیرآمیز، مواجهه با رفتار تهاجمی بیمار، مشاهده خردشدن عاطفی یک انسان، احساس گناه و ندامت به علت عدم توانایی در درمان بیمار و ... در چنین مواقعی وجود دارد و یافتن آمادگی عقلی و عاطفی و شخصیتی برای مواجهه با چنین طیف وسیعی از عکس‌العمل‌های بیمار و اطرافیان وی برای پزشک واقعاً کار صعب و دشواری محسوب می‌گردد و از عهده هر کسی نیز بر نمی‌آید (۲۹-۲۴، ۱۳-۱۱، ۴-۱). طیف حالات متنوع قابل تصور در چنین مواردی، در کشورهایی مانند کشور ما به علت وجود عقاید و افکار و آداب و فرهنگ‌ها و شخصیت‌های فرهنگی گوناگون، دارای گستره بسیار وسیعی است که بر صعوبت امر می‌افزاید و مواجهه با موضوع را مشکل می‌نماید. باید توجه نمود که شرایط اجتماعی، فرهنگی، ارزشی و ... هر جامعه‌ای در ارزیابی افراد آن جامعه از یک خبر به عنوان "خبر بد"، میزان و عمق بدی خبر، تبعات مترتب بر استماع خبر ناخوشایند، نوع عکس‌العمل‌ها در مقابل استماع خبر ناخوشایند و ... اثر تعیین کننده‌ای دارد، کما این که مباحث مبسوطی در

این زمینه در مورد نوع عکس العمل‌ها در مقابل خبر بد، نحوه پذیرش خبر بد، شدت ترومای روانی حاصل از استماع خبر ناخوشایند و ... وجود دارد و تفاوت‌های قابل ملاحظه در این مورد بین افراد دارای معلومات و افکار فلسفی پخته و خوش بینانه، حمایت‌های اجتماعی و برخوردار از حمایت‌ها و پشتیبانی‌های روحی، عاطفی، خانوادگی و ... در هنگام استماع خبر ناخوشایند مشاهده شده است (۵-۷،۳۰) و در این میان اگر پزشکی در ضمیر خود، به هر علتی احساس قصور و تقصیر در درمان بیمار و بیماری بنماید؛ در اعلام خبر بد دچار انفعالات روحی گسترده‌تری خواهد شد که طعم تلخ "خبر بد" را در ذائقه پزشک، به مراتب تلخ‌تر از ذائقه بیمار می‌نماید و احتمالاً مدیریت موقعیت اعلام "خبر بد" به بیمار را از کنترل و اختیار پزشک خارج می‌نماید و مسیر حوادث به سمتی پیش می‌رود که به سلب اعتماد بیمار و اطرافیان وی از پزشک، کادر درمانی و یا محیط بیمارستانی انجامیده و به تبع آن، ادامه برنامه‌های مفید و مصلحت آمیز آتی و لازم برای مراحل بعدی نیز دچار گسیختگی و عدم انتظام می‌گردد و زنجیره‌ای معیوب از حوادث و وقایع نامطلوب به دنبال می‌آید که بر خلاف روح امور پزشکی می‌باشد (۱۱،۲۵-۲۸،۳۱-۳۷).

بحث و نتیجه‌گیری

آنچه که مشاهده می‌شود عدم مهارت و آموزش قبلی و کافی پزشکان حتی پزشکان پر سابقه در کشور ما برای مواجهه با موقعیت اعلام "خبر بد" و کنترل و مدیریت فضا و شرایط اعلام "خبر بد" و موقعیت مابعد اعلام "خبر بد" می‌باشد (۴،۷،۱۲،۱۶-۱۹،۳۱-۳۳). باید توجه داشت که ایجاد شرایط محیطی، عاطفی، اجتماعی و حتی علمی مناسب و برقراری یک رابطه منطقی و اصولی با بیمار و اطرافیان وی در چنین شرایطی، کار را سهل نموده و از سنگینی و هیبت و صولت "خبر بد" مانند اعلام یک کانسر پیشرفته، یک سندرم علاج ناپذیر، یک بیماری دژنراتیو پیشرونده، ابتلا به ایدز، عدم امکان باروری، وجود جنین مرده و یا ناقص‌الخلقه در رحم، وجود

سندرم ژنتیکی و ... به بیمار می‌کاهد (۲۰،۲۷،۲۸،۳۳،۳۷-۹،۱۳،۱۸) و ضمن تسکین و تخفیف رنج و آلام بیمار، به وی قدرت مواجهه منطقی و مسئولانه با خود (خویشتن)، پزشک، بیماری، پروتکل‌های درمانی و یا نگهدارنده مناسب، حفظ شادابی برای باقیمانده عمر (کیفیت زندگی) و ... را داده و حتی بعضاً می‌تواند منجر به تصحیح اشتباهات فاحش عقیدتی، فکری، رفتاری، اجتماعی و اخلاقی بیماران گردد که اعلام خبر بد آنان را به بی وفایی دنیا و زودگذر بودن ایام عمر فانی آگاه می‌نماید و درهایی از حکمت و بصیرت و اشراق را بر روی آنان می‌گشاید و ای بسا که از تبعات نیک و خدایپسندانه چنین رویکردی، خیر دنیا و آخرت نیز نصیب پزشک و سایر کادر درمانی گردد که با کنترل و مدیریت موقعیت و درک هنرمندانه و مدبرانه شرایط شخصیتی، عاطفی، فکری، اجتماعی، خانوادگی و ... بیمار، زمینه چنین هشیاری و بیدار باشی را در هنگام استماع "خبر بد" برای بیمار فراهم می‌آورند (۳،۱۲،۱۶،۱۷،۲۶،۲۹،۳۳). در مورد اعلام "خبر بد" برای بیمار، البته نکات حرفه‌ای و تکنیکی عدیده‌ای وجود دارد که در بردارنده موارد لازم الرعایه اخلاقی و قانونی و حرفه‌ای می‌باشد (۱،۶،۱۲،۱۳،۲۳). مواردی از قبیل اولویت اعلام اولیه بیماری به خود بیمار یا اطرافیان وی، اعلام دفعی و یا مرحله به مرحله بیماری با مقدمه چینی‌های طولانی، کیفیت اعلام خبر برای کاستن از فشار روحی و روانی اعلام خبر، اجتناب از به‌کارگیری اصطلاحات ثقیل و نامفهوم تخصصی برای عموم مردم، ایجاد یک رابطه عاطفی و انسانی شایسته، ارائه اطلاعات تخصصی و علمی لازم با زبان ساده در مورد بیماری و تبعات و سیر آتی آن به بیمار، اعلام بیماری در شرایطی خصوصی و فضایی دلچسب و آرامش بخش، توجه و تنبه دادن بیمار به حکمت و مصلحت الهی و احیاء قوی حس مذهبی در وی، مقابله آگاهانه با مکانیسم‌های انکاری شایع در بیماران در هنگام اعلام "خبر بد"، داشتن آمادگی برای مواجهه با اتهاماتی از قبیل امکان عدم تشخیص صحیح، بی‌سوادی، به رخ کشیدن اشتباهات فاحش پزشکان و، استفاده از جملات و تعبیر

روشن و صریح برای اعلام "خبر بد" و پرهیز از سردرگم نمودن بیمار با بیان جملات دو پهلوی یا چند پهلوی، کسب اطمینان از درک مفهوم و معنای واقعی خبر و تشخیص پزشکی داده شده توسط بیمار و اطرافیان وی، ارائه مشاوره پزشکی برای راهنمایی بیمار و اطرافیان وی جهت مراجعه به سایر پزشکان و مراکز درمانی برای حصول اطمینان از صحت خبر و تشخیص اعلام شده، اعلام همدردی و نشان دادن احساسات و واکنش‌های عاطفی واقعی (نه تصنعی و بازیگرانه) به بیمار جهت مشارکت در غم و اضطراب وی در نهایت آمادگی لازم برای اعلام یک برنامه حمایت‌گرانه و نگه دارنده برای بیمار جهت کمک به تخفیف رنج و درد وی و کنترل پیشرفت بیماری و ... از موارد و نکات مهمی است که یک پزشک حاذق و ماهر و مدبر خود را برای بکارگیری هم‌زمان و هوشمندانه آنها در هنگام اعلام "خبر بد" به بیمار و اطرافیان وی آماده می‌نماید (۳۶، ۳۳، ۲۵-۲۴، ۲۰-۱۶، ۶). برای آماده نمودن بیمار و یا اطرافیان وی با خبر بد، چهار چوبی کلی جهت مواجهه خردمندانه، دوراندیشانه و دارای کم‌ترین تبعات منفی بر بیمار قابل طراحی است که در این چهارچوب کلی موقعیت بیمار و اطرافیان وی از نظر زمینه‌های مربوط به بیماری در بستر ارزش‌ها و تفکرات و موقعیت فرهنگی آنان مورد توجه قرار گرفته و چشم‌اندازی عمومی جهت ارائه محتوای خبر بد به بیمار و اطرافیان وی در نظر گرفته می‌شود. این موارد قبل از ملاقات پزشک و یا سایر کادرهای درمانی با بیمار و اطرافیان وی برنامه‌ریزی می‌گردند و سپس از بیمار و اطرافیان وی جهت حضور در محیطی مناسب که ظرفیت شنیدن خبر بد در آنان را بالا برده و به حداکثر میزان قابل وصول برساند؛ دعوت به عمل می‌آید. در این ملاقات که با آمادگی قبلی طرفین گفتگو انجام می‌گیرد؛ با توجه به نیازهای بیمار و اطرافیان وی، اطلاعات و موارد پزشکی لازم به صورتی واقع بینانه به بیمار و اطرافیان وی ارائه شده و در عین حال سعی به حفظ روحیه بیمار و ارائه خوش بینی واقع بینانه

می‌شود که از دادن خوش بینی کاذب که منجر به تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های نادرست و یا غیر قابل وصول برای بیمار می‌گردد؛ پرهیز شود. باید توجه کرد که دادن خوش بینی مفرط و یا کاذب، تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های نادرست و یا غیر قابل وصول برای بیمار و بیماری را از جانب خود بیمار و اطرافیان وی در پی داشته و بنابراین با اصول اخلاق پزشکی و حرفه‌ای مغایرت داشته و در مواردی حتی امکان اقامه دعاوی حقوقی بر علیه پزشک را در آینده از طرف بیمار و اطرافیان وی فراهم می‌آورد زیرا دادن خوش بینی مفرط و یا کاذب به بیمار ممکن است بیمار را به پیگیری‌های دارای هزینه‌های سنگین پزشکی ترغیب نموده و یا برنامه‌ریزی‌های نادرستی برای زندگی، شغل، خانواده، معیشت و ... را باعث شود. در ارائه اطلاعات به بیمار باید از جملات کوتاه، رسا، روشن و فاقد تعابیر و اصطلاحات ثقیل و تخصصی استفاده نمود و سطح و محتوای اطلاعات باید متناسب با سطح معلومات و درک و فهم به بیمار و اطرافیان وی باشد. متعاقب ارائه اطلاعات لازم به بیمار باید از درک و دریافت و فهمیدن صحیح مطالب و اطلاعات ارائه شده به بیمار و اطرافیان وی اطمینان حاصل کرد و به پایان بردن چنین گفتگو و ملاقاتی با اظهار همدردی مسئولانه و انسانی با بیمار و اطرافیان وی جزئی اجتناب ناپذیر از وظیفه حرفه‌ای و اخلاق پزشکی همه کادرهای درمانی می‌باشد که اثری مثبت و غیر قابل انکار در تنظیم اصولی و انسانی مناسبات آتی بیمار و اطرافیان وی با مجموعه محیط پزشکی بر جای می‌گذارد. این موارد همان اصولی هستند که تحت عنوان استراتژی یا پروتکل S-P-I-K-E-S در متون پزشکی از آن یاد می‌گردد که در برگزیده S=Setting, P=Perception, I=Invitation, K=Knowledge, E=Empathy, S=Strategy and summary می‌باشند (۳۸).

منابع

1. Liloyd-Williams M, Lawrie I. Breaking bad news to patients and relatives. BMJ 2002; 325: 511.
2. Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. J R Soc Med 2002; 95(7):343-7.
3. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. Med Care 1990; 28(1): 19-28.
4. Schildmann J, Cushing A, Doyal L, Vollmann J. Breaking bad news: experiences, views and difficulties of pre-registration house officers. Palliat Med 2005; 19(2):93-8.
5. Sample PL, Tomter H, Johns N. "The left hand does not know what the right hand is doing": rural and urban cultures of care for persons with traumatic brain injuries. Subst Use Misuse 2007; 42(4):705-27.
6. Agard A, Nilstun T, Lofmark R. Ethics in everyday care. The dialogue is physician's most important tool. Lakartidningen 2002; 99(19):2171-3.
7. Arnold R, Lidz CH. Clinical aspects of informed consent. In: Reich T, Ed. Enciclopedia of Bioethics. New York: MacMillan Library; 1995: 87.
8. Cornelison AH. Cultural barriers to compassionate care--patients' and health professionals' perspectives. Bioethics Forum 2001; 17(1):7-14.
9. Saukko PM, Ellard S, Richards SH, Shepherd MH, Campbell JL. Patients' understanding of genetic susceptibility testing in mainstream medicine: qualitative study on thrombophilia. BMC Health Serv Res 2007; 7:82.
10. Talmadge SA. Who should determine what is best for children in state custody who object to psychotropic medication? Ann Health Law 2006; 15(2):183-211.
11. Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. J Gen Intern Med 2002; 17(11):825-31.
12. Ungar L, Alperin M, Amiel GE, Beharier Z, Reis S. Breaking bad news: structures training for family medicine residents. Patient Educ Couns 2002; 48: 63-8.
13. Buckman R. How to break bad news? A guide for health care professionals. Maryland: The John Hopkins University Press; 1992: 123.
14. Salinsky J, Sackin P. What are you feeling doctor? Abingdon: Radcliffe Medical press; 2000: 34.
15. Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 2001; 322: 1073-4.
16. Goldfield N, Rothman WA. Ethical considerations of informed consent: a case study. Soc Sci Med. 1987; 24(6):483-6.
17. Vegni E, Zannini L, Visioli S, Moja EA. Giving bad news: a GPs' narrative perspective. Support Care Cancer 2001; 9(5):390-6.
18. Wahlberg P. How to tell bad news? Lakartidningen 1995; 92(16):1702-4.
19. Avery JA. Ethical issue: giving bad news in a beautiful way. Am J Geriatr Cardiol 2002; 11(6):413-5.
20. Chisholm CA, Pappas DJ, Sharp MC. Communicating bad news. Obstet Gynecol 1997; 90(4 Pt 1):637-9.
21. Singer GR, Koch KA. Communicating with our patients: the goal of bioethics. J Fla Med Assoc 1997; 84(8):486-7.

22. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171(8):844-9.
23. Angelos P, DaRosa DA, Derossis AM, Kim B. Medical ethics curriculum for surgical residents: results of a pilot project *Surgery* 1999; 126(4):701-5; discussion 705-7.
24. Hoy AM. Breaking bad news to patients. *Br J Hosp Med* 1985; 34(2):96-9.
25. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 276(6):496-502.
26. Bascunan ML. Truth disclosure in medicine: psychological perspective. *Rev Med Chil* 2005; 133(6):693-8.
27. Farrell M, Ryan S, Langrick B. 'Breaking bad news' within a pediatrics setting: an evaluation report of a collaborative education workshop to support health professionals. *J Adv Nurs* 2001; 36(6):765-75.
28. Smith DH, McCarty K. Ethical issues in the care of cancer patients. *Prim Care* 1992; 19(4):821-33.
29. Turkoski BB. Ethics in the absence of truth. *Home Health Nurse* 2001; 19(4): 218-22, quiz 223.
30. Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation* 2004; 62(3):267-73.
31. Seale C. Communication and awareness about death: a study of a random sample of dying people. *Soc Sci Med* 1991; 32(8):943-52.
32. Orr RD. Awakening: bad news and good news. *J Clin Ethics* 1992; 3(3):204-5.
33. Brewin T. Relating to the relatives. Breaking bad news, communication and support. New York: Radcliffe Medical Press, Cancer Medicine. Section 21: Pain and Palliation. Palliative Care; 1996: 77.
34. Andrew J. Perspectives in truth telling, etical issues. In: Reich T, Ed. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: MacMillan Library, 1995:185.
35. Sullivan R, Menapace L, White R. Truth-telling and patient diagnoses. *J Med Ethics* 2001; 27: 192-7.
36. Grantcharov TP, Reznick RK. Teaching procedural skills. *BMJ* 2008; 336(7653):1129-31.
37. Rosner F. Informing the patient about a fatal disease: from paternalism to autonomy--the Jewish view. *Cancer Invest* 2004; 22(6):949-53.
38. Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E, Kudelka P. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-11.

Medical Environment, Patient and Bad News

Abdolhassan Kazemi *

Ph.D. in Molecular Medical Mycology, Associated Professor of Parasitology Dept., Fellowship in Medical-Biological Ethics, Member of Medical History and Ethics of Research Center, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Background & Objective: Patients have the right to be informed about their own health condition including bad news and sometimes, medical staff has no choice but to give the patients such information that makes them feel bad and is that's when it's evaluated as "bad news".

Unfortunately such kind of news is enormously found in medical environment, for medical staff, patients and their companies. The responsibility of telling patients the bad news is one of the hardest tasks in medical career. Patients and their companies' illogical expectation and inappropriate behavior add to its difficulty while in this situation medical staff is also responsible for calming others.

Conclusion: The difficult part of telling bad news is due to physicians' previous lack of skill, even the ones with a proven track record, for facing the situation of transferring bad news and further management and consequences which may end in bringing it out of control and causes patients' and their companies' mistrust in staff or hospital environment. This ends in discontinue of future and useful necessary plans. This situation causes a faulty circle of unwanted events which are against the medical affairs. So a thoughtful bad news transfer to patients and their companies may cause them a relief and makes the control of present and future consequences easier. This important factor will be gained by practicing and applying the smart strategy of SPIKES by the professional physician.

Key words: Bad news, Medical environment, Patient, Medical ethics

*Correspondence: Parasitology Dept., School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

• Tel: 0411-3373745

• Fax: 0411-3364665

• Email: kazemi1338@gmail.com