

بررسی نگرش پرسنل بهداشتی و درمانی نسبت به مهارت انتقال خبر بد

در بخش‌های زایمان و نوزادان

مینژه سرشتی^{۱*}، احمد ایزدی^۲

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

افشای خبر بد موضوعی عاطفی برای پرسنل بهداشتی و درمانی و بیماران است. دیدگاه کلی نسبت به یک تجربه‌ی مثبت یا منفی در مورد خبرهای بد می‌تواند در سازگاری و تطبیق بعدی بیمار مؤثر باشد. این مطالعه با هدف تعیین نگرش پرسنل بهداشتی و درمانی نسبت به مهارت انتقال خبر بد در بخش‌های زنان و زایمان و نوزادان انجام شده است. این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۱ در شهرکرد انجام شد. نمونه‌ی پژوهش شامل ۷۰ پرسنل شاغل در بخش‌های زایمان و مراقبت ویژه‌ی نوزادان و پرسنل دانشکده‌ی پرستاری و مامایی با حداقل یک‌سال سابقه‌ی کار بالینی بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی محقق ساخته در دو بخش مشخصات دموگرافیک و نگرش‌سنجی پرسنل بهداشتی و درمانی در مورد افشای خبر بد بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد. ۶۳/۲ درصد واحدهای پژوهش در زمینه انتقال خبر بد به والدین نگرش مثبت داشتند. ۷۷/۶ درصد افراد مورد مطالعه در هنگام انتقال خبر بد با مشکل مواجه شده و ۹۲/۶ درصد افراد برگزاری کارگاه در این زمینه را ضروری دانستند. بین محل خدمت و تحصیلات با نگرش پرسنل ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ($P < 0.0001$). بدین مفهوم که افراد شاغل در دانشکده و افراد دارای تحصیلات بالاتر در مقایسه با سایر پرسنل بیش‌تر نگرش مثبت داشتند. بین وضعیت تأهل، سابقه‌ی مشکل در انتقال خبر بد، شرکت در کارگاه آموزشی، سابقه‌ی کار، جنس و سن واحدهای پژوهش و نگرش، ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت ($P > 0.05$). اکثر پرسنل نسبت به انتقال سریع اطلاعات (۷۶/۵ درصد)، تماس مادر با نوزاد فوت شده (۵۷/۴ درصد)، اتاق اختصاصی برای مادران دچار فقدان (۵۴/۴ درصد)، ممانعت از تماس سایر بیماران و همراهان با مادر دچار فقدان (۷۰/۶ درصد) نگرش منفی داشتند. بیش‌تر واحدهای پژوهش نسبت به گرفتن تاریخچه بلافاصله بعد از وقوع حادثه (۵۱/۵ درصد)، ارتباط بیش‌تر از معمول با مادر دچار فقدان (۵۷/۴ درصد)، اطلاع خبر بد ابتدا به فامیل و اعضای خانواده‌ی مددجو (۶۰/۳ درصد) نگرش مثبت داشتند. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود، آموزش مهارت‌های ارتباطی در زمینه‌ی انتقال خبر بد، برای آمادگی هر چه بیش‌تر پرسنل شاغل در بخش‌های زنان و نوزادان، در برنامه‌های آتی آموزش مداوم پزشکی در اولویت قرار گیرد.

واژگان کلیدی: گفتن خبر بد، بخش زایمان و نوزادان، پرسنل بهداشتی و درمانی

^۱ مربی، گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری واحد بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۲ استادیار، دانشگاه امام حسین

* نشانی: شهرکرد، رحمتیه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، گروه مامایی، تلفن: ۰۹۱۳۱۸۳۸۴۳۸، Email: m_sereshti@yahoo.com

مقدمه

بارداری واقعه‌ای مسرت‌بخش و هیجان‌انگیز در زندگی هر زن است. تولد کودک از شیرین‌ترین وقایع دوران زندگی والدین به‌شمار می‌آید (۱). با وقوع بارداری احساس امید و هیجان در زندگی افزایش می‌یابد، اما گاه هنوز تمامی امیدهای والدین به واقعیت نرسیده که مرگ جنین یا نوزاد اتفاق می‌افتد (۲). فشار روحی ناشی از این حادثه به قدری شدید است که سلامت والدین به‌ویژه مادر به مخاطره می‌افتد. وقوع عوارضی نظیر افسردگی در این مادران ۷-۹ برابر مادرانی است که نوزاد سالم به دنیا آورده‌اند. ارتباط مناسب و حمایت‌های عاطفی بلافاصله بعد از وقوع مرگ و میر پری‌ناتال می‌تواند در کاهش این عوارض مؤثر باشد (۳). ارتباط بین پزشک و بیمار محور همه‌ی اقدامات بالینی و سنگ‌زیربنای فعالیت خوب پزشکی توصیف شده است (۴). علیرغم پیشرفت تکنولوژی، ارتباط هم‌چنان به‌عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی پذیرش روش‌های درمانی، میزان رضایت و مشارکت باقی مانده است (۵).

ضعف مهارت‌های ارتباطی اثرات زیان‌باری بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مراقبت‌های بهداشتی دارد. بررسی شکایات مربوط به پزشکان نشان می‌دهد، بسیاری از این شکایات به مهارت‌های علمی و کارایی پزشک مربوط نمی‌شود، بلکه ناشی از نحوه‌ی برقراری ارتباط با بیمار است. به‌عبارتی می‌توان گفت، دلیل نهایی بیش‌تر شکایات و تخلف‌های پزشکی، خطاهای ارتباطی است. افشای خبر بد یکی از مشکل‌ترین وظایف کارکنان بهداشتی و درمانی است. به‌طورکلی، خبر بد به هر خبری که تأثیر منفی در دید فرد نسبت به آینده ایجاد کند، گفته می‌شود (۶). مسؤلیت انتقال خبر بد به بیمار و اطرافیان وی یکی از مشکل‌ترین وظایف حرفه‌ای پزشکی است که در این رابطه لازم است پزشک نسبت به مسائل اجتماعی، روان‌شناختی و بالینی بیمار شناخت

کامل داشته باشد، به‌نحوی که بتواند توان بالقوه‌ی مطلق و نسبی آن‌ها را در رویارویی با این اخبار شناسایی، ارزیابی و در برقراری ارتباط مؤثر کمک کند. توان بالقوه‌ی مطلق، بیانگر حمایت اجتماعی و توان بالقوه‌ی نسبی بیانگر محرک‌های تنش‌زا است. با ایجاد توازن میان این استعدادها می‌توان بیمار را برای مواجهه با اعلام خبر بد آماده کرد (۷).

علیرغم اهمیت مهارت‌های ارتباطی هنگام انتقال پیام‌های نامطلوب، این مسأله در دوره‌ی تحصیل رشته‌ی پزشکی و حرف و ابسته کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است اما با ورود پزشکان به محیط کار، انتقال خبر بد به مددجویان به یک ضرورت تبدیل می‌شود. به‌ویژه در پزشکی جنینی که اطلاع‌رسانی در مورد خبر بد به‌طور مکرر صورت می‌گیرد و نیاز به افرادی با تجربه و دانش فراوان در این زمینه وجود دارد (۸).

گرچه اغلب بارداری‌ها طبیعی هستند، پرسنل همواره باید برای افشای خبر بد آماده باشند (۸). در دوران پری‌ناتال به‌طور مکرر سقط، ناهنجاری جنینی و مرگ غیر منتظره کودک یا جنین تشخیص داده می‌شود (۹). استفاده‌ی گسترده و روتین از سونوگرافی سبب شده بسیاری از مشکلات و ناهنجاری‌های جنینی قبل از زایمان شناخته شوند. بلافاصله پس از انجام سونوگرافی، همواره سلامت جنین مورد پرسش قرار می‌گیرد. در صورت وجود اختلال جنینی قبل از انجام تست‌های تکمیلی تشخیصی و دریافت اطلاعات کامل و شناسایی خانواده و بدون در اختیار داشتن وقت کافی برای اعلام ماهرانه‌ی خبر، پزشک ناگزیر است خبر بد را منتقل کند (۹، ۱۰). افشای خبر بد در دوره‌ی پری‌ناتال برای والدین تخریب‌کننده و برای پرسنل موضوعی عاطفی و استرس‌آور است (۸). زیرا مادران باردار عموماً انتظار شنیدن خبرهای بد را ندارند. مرگ نوزاد، جنین یا تولد کودکی با ناتوانی جسمی یا ذهنی حادثه‌ای تروماتیک برای والدین است، زیرا بین

انتظارات و برنامه‌های طراحی شده‌ی آنان، با آنچه به وقوع پیوسته، هم‌خوانی وجود ندارد (۱۰).

دیدگاه کلی نسبت به یک تجربه مثبت یا منفی ناشی از خبرهای بد می‌تواند در تطابق بعدی بیمار تأثیر گذارد (۱۱). تجربیاتی که والدین در هنگام افشای خبر بد بدست می‌آورند، نقش مهمی در درک خانواده از کودک ناتوان و تطابق طولانی مدت با او دارد (۱۲). اغلب بیماران لحظه‌ی خبر بد را نه تنها صرفاً به‌خاطر خود خبر بد، بلکه به‌دلیل ناتوانی و بی‌احساسی مراقبت‌کنندگان آن را به‌خاطر می‌سپارند (۸).

گاهی اوقات بین انتظارات بیمار و شیوه‌های انتقال خبر بد توسط پزشک، تعارضاتی وجود دارد. معمولاً پزشکان به دلواپسی‌های بیمار توجهی نداشته، در مورد روانشناسی و وضعیت اجتماعی آنان تحقیق و تفحص نمی‌کنند یا نیازهای شخصی بیمار را مبنای کار خود قرار نمی‌دهند. در عوض به روش‌های معمولی انتقال خبر بسنده کرده و باعث افزایش تشویش در بیماران می‌شوند (۷). نتایج مطالعات *Pastor Montero* و همکاران و *Wright*، حاکی از آن است که پرسنل بهداشتی و درمانی عموماً برای انتقال خبر بد در دوران پری‌ناتال آماده نشده‌اند و در دوران تحصیل در این زمینه آموزش ندیده‌اند (۱۳، ۱). نتایج مطالعات مختلف بیانگر آن است که یکی از مهم‌ترین اعضای تیم درمان که می‌تواند نقش اساسی و مهم در فرآیند انتقال خبر بد داشته باشد ماماهاست متخصص و پرستاران آموزش‌دیده (۱۴) در این زمینه هستند. اما مطالعات اندکی در مورد نگرش اعضای تیم درمانی در بخش‌های زایمان و نوزادان در مورد شیوه‌ی انتقال خبر بد انجام شده است لذا با توجه به مقدمات فوق و نقش عوامل فرهنگی و مذهبی در شیوه‌ی اطلاع‌رسانی در مورد خبر بد (۱۵) و عدم انجام چنین مطالعه‌ای در این زمینه انجام مطالعه‌ای با هدف تعیین نگرش پرسنل بهداشتی و درمانی شاغل در بخش‌های زنان و زایمان نسبت به مهارت انتقال خبر بد در بخش‌های زنان و زایمان و نوزادان در شهرکرد

ضروری به‌نظر رسید.

روش کار

این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی در تابستان سال ۱۳۹۰ در شهرکرد انجام شد. نمونه‌ی پژوهش شامل ۷۰ پرسنل شاغل در بخش‌های زنان و زایمان و مراقبت ویژه‌ی نوزادان بیمارستان هاجر شهرکرد و دانشکده‌ی پرستاری و مامایی بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری و شامل تمامی پرسنل بخش‌های نوزادان، لیبر و اعضای هیأت علمی و کادر آموزشی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی نگرش‌سنجی پرسنل بهداشتی و درمانی بود. با توجه به عدم وجود پرسشنامه‌ی استاندارد در این زمینه، پرسشنامه توسط محقق تهیه شد. برای تهیه‌ی پرسشنامه علاوه بر استفاده از منابع معتبر با ۱۰ نفر مادر با سابقه‌ی فقدان پری‌ناتال مصاحبه و از تجربیات و انتظارات آنان در تهیه پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک و سؤالات سنجش نگرش بود. سؤالات نگرش در زمینه‌ی وظیفه پزشک و پرسنل بهداشتی و درمانی در زمینه انتقال خبر بد، لزوم و اهمیت انتقال خبر بد و آموزش این مهارت‌ها بود.

پرسشنامه‌ی سنجش نگرش شامل ۴۰ سؤال بود که بر اساس مقیاس لیکرت پنج رتبه‌ای (کاملاً موافقم - موافقم - نظری ندارم - مخالفم - کاملاً مخالفم) تنظیم شد. سؤالات ترکیبی از جملات مثبت و منفی بودند و به هر گزینه امتیاز یک (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) تعلق گرفت و در موارد جملات منفی امتیازدهی بر عکس بود. بنابراین، حداقل و حداکثر جمع نمره آگاهی ۴۰ و ۲۰۰ بود. برای تعیین روایی پرسش‌نامه، روش اعتبار محتوا استفاده شد، به این ترتیب که برای طراحی سؤالات از جدیدترین منابع علمی شامل کتب، نشریات و مقالات علمی استفاده شد. سپس پرسشنامه توسط ده نفر از اعضای هیأت علمی مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸ مورد تأیید قرار

نتایج

میانگین سن و سابقه‌ی کار واحدهای پژوهش به ترتیب $8/3 \pm 36/24$ (حداقل ۲۳ و حداکثر ۵۳)، $9/06 \pm 12/53$ سال (حداقل ۱ و حداکثر ۲۹) سال بود. ۹۴/۱ درصد مؤنث و بقیه مذکر بودند. اکثر واحدهای پژوهش (۶۹/۷ درصد) متأهل بودند. تحصیلات بیش‌تر پرسنل مورد بررسی کارشناسی بود (۴۳/۳) بود (جدول شماره‌ی یک).

جدول شماره‌ی ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر

حسب تحصیلات

درصد	تعداد	فراوانی
۱۱/۹	۸	کاردانی
۴۳/۳	۲۹	کارشناسی
۳۲/۸	۲۲	کارشناسی ارشد و دکترای حرفه‌ای
۱۲	۹	متخصص پزشکی و دکترای تخصصی
۱۰۰	۶۸	جمع

۱۴/۷ درصد افراد مورد مطالعه، خود سابقه‌ی سقط جنین، ناهنجاری جنینی یا مرگ جنین داشتند. ۹۲/۶ درصد افراد مورد بررسی برگزاری کارگاه در مورد چگونگی انتقال خبر بد را ضروری دانستند. ۴/۴ درصد واحدهای پژوهش سابقه‌ی شرکت در کارگاه در این زمینه را گزارش کردند. ۷۷/۶ درصد افراد مورد مطالعه در هنگام انتقال خبر بد با مشکل مواجه شده بودند. محل خدمت ۴۰/۶ درصد واحدهای پژوهش دانشکده‌ی پرستاری و مامایی و پزشکی، ۳۵/۹ درصد آن‌ها بخش زایمان و ۲۳/۴ درصد بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بود. ۶۳/۲ درصد واحدهای پژوهش دارای نگرش مثبت نسبت به افشای خبر بد برای مادر دچار فقدان بوده و بقیه نگرش منفی داشتند.

ارتباط آماری معنی‌دار بین محل خدمت و نگرش پرسنل وجود داشت؛ بدین مفهوم که ۴۳/۵ درصد شاغلان بخش

گرفت. در این مطالعه منظور از نگرش مثبت کسب جمع نمرات بالاتر از میانگین در پاسخ به سؤالات پرسشنامه‌ی نگرش‌سنجی است که در مورد شیوه، مکان، زمان و نحوه ... انتقال خبر بد است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سابقه‌ی حداقل یک‌سال ارائه‌ی خدمت بالینی در بخش‌های نوزادان، کودکان، زنان و زایمان و مامایی و اتاق عمل زنان بود. انصراف واحدهای پژوهش و تکمیل ناقص (عدم پاسخدهی به کم‌تر از ۵۰ درصد سؤالات) پرسشنامه از معیارهای خروج از مطالعه بود. پژوهشگر پس از کسب مجوز شروع کار تحقیقاتی و هماهنگی با بیمارستان هاجر و دانشکده‌ی پرستاری و مامایی شهرکرد، به واحدهای پژوهش مراجعه و با کسب اجازه از آنان، پرسشنامه‌ها را در بین آن‌ها توزیع کرد.

به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. از ۷۰ پرسشنامه‌ی توزیع‌شده بین واحدهای پژوهش ۶۸ پرسشنامه‌ی تکمیل‌شده به پژوهشگر عودت داده شد.

جهت تعیین توزیع نرمال نمرات نگرش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات نگرش، میانگین نمرات محاسبه و سپس نمرات بالاتر از میانگین به‌عنوان نگرش مثبت و کم‌تر از آن به‌عنوان نگرش منفی در نظر گرفته شد. بنابراین، جمع نمرات بیش از ۱۴۰ نگرش مثبت و کم‌تر از آن به‌عنوان نگرش منفی در نظر گرفته شد. در بررسی نگرش پرسنل در رابطه با هر یک از سؤالات پرسشنامه نگرش‌سنجی به‌صورت مجزا نیز اگر امتیاز کسب شده از هر سؤال بالاتر از میانگین بود نگرش مثبت و در غیر این صورت منفی در نظر گرفته شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و شاخص‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی مانند آزمون کولموگراف اسمیرنوف، آزمون کای دو و تی تست انجام شد.

جنس ($P=0.362$) و سن ($P=0.512$) واحدهای پژوهش و نگرش وجود نداشت. اکثر واحدهای پژوهش (۷۳/۵ درصد) معتقد بودند مهارت انتقال خبر بد با افزایش تجربه‌ی پرسنل بهداشتی و درمانی خودبه‌خود کسب می‌شود و ۵۸/۸ درصد افراد مورد مطالعه مهارت انتقال خبر بد را امری ذاتی و درونی می‌پنداشتند.

اکثر پرسنل بهداشتی درمانی نسبت به انتقال سریع اطلاعات، تماس مادر با نوزاد فوت شده، اتاق اختصاصی برای مادران دچار فقدان، ممانعت از تماس سایر افراد (بیماران و همراهان آنان) با مادر دچار فقدان نگرش منفی داشتند (جدول شماره ۲). بیش‌تر واحدهای پژوهش نسبت به گرفتن تاریخچه بلافاصله بعد از وقوع حادثه، ارتباط بیش‌تر از معمول با مادر دچار فقدان، اطلاع خبر بد ابتدا به فامیل و اعضای خانواده مددجو نگرش مثبت داشتند (جدول شماره ۲).

زایمان و ۴۰ درصد کارکنان بخش نوزادان دارای نگرش منفی نسبت به انتقال خبر بودند، در حالی که این میزان در پرسنل دانشکده ۳/۸ درصد بود ($P<0.0001$). ارتباط آماری معنی‌دار بین تحصیلات و نگرش پرسنل وجود داشت، بدین مفهوم که ۶۲/۲ درصد افراد دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی دارای نگرش منفی نسبت به انتقال خبر بودند، در حالی که این میزان در تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر ۶/۵ درصد بود ($P<0.0001$). نگرش مثبت نسبت به انتقال خبر بد در واحدهای پژوهش با سابقه سقط جنین، ناهنجاری جنینی یا مرگ جنین بیش‌تر از افراد بدون چنین سابقه‌ای (۸۰ درصد در مقابل ۶۰/۳ درصد) بود، اما این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0.205$).

ارتباط آماری معنی‌دار بین وضعیت تأهل ($P=0.205$)، سابقه‌ی مشکل هنگام انتقال خبر بد ($P=0.289$)، شرکت در کارگاه آموزشی ($P=0.564$)، سابقه‌ی کار ($P=0.914$).

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب نگرش آنان در مورد گویه‌های مورد پرسش

نگرش مثبت		نگرش منفی		گویه
		درصد	تعداد	
۴۱/۲	۲۸	۵۸/۸	۴۰	مهارت انتقال خبر بد بیش از آن که اکتسابی باشد، امری ذاتی و درونی است
۲۶/۵	۱۸	۷۳/۵	۵۰	مهارت انتقال خبر بد با افزایش تجربه پرسنل بهداشتی و درمانی خودبه‌خود کسب می‌شود.
۹۵/۶	۶۵	۴/۴	۳	آموزش در زمینه مهارت انتقال خبر بد در بخش زنان و زایمان و نوزادان امری لازم و کاربردی است.
۹۲/۶	۶۳	۷/۴	۵	والدین و به ویژه مادران دارای نوزاد مبتلا به بیماری لاعلاج نباید از بیماری نوزاد خود مطلع شوند.
۷/۴	۵	۹۲/۶	۶۳	در هنگام انتقال خبر بد، به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی چندان ضروری نیست.
۲۷/۹	۱۹	۷۲/۱	۴۹	سپردن انتقال خبر بد به سایر همکاران، نشانه ضعف در امر طبابت و توانمندی حرفه‌ای پرسنل است.
۸۲/۴	۵۶	۱۷/۶	۱۲	صحبت از مهارت انتقال خبر بد در شرایط فعلی کشور ما با توجه به فرهنگ بیماران ما هنوز زود است.
۸۹/۷	۶۱	۱۰/۳	۷	چون رساندن خبر بد یک کار وقت گیر است، بهتر است آن را به سایر همکاران بسپاریم.
۸۸/۲	۶۰	۱۱/۸	۸	یادگیری مهارت انتقال خبر بد چندان تأثیری در برقراری ارتباط مؤثر بین پزشک، پرسنل و بیمار ندارد.
۵۱/۵	۳۵	۴۸/۵	۳۳	انتقال خبر بد به بیماران، به هر روشی که باشد، همیشه با نارضایتی آنان همراه است.
۸۹/۷	۶۱	۱۰/۳	۷	داشتن مهارت کافی به هنگام انتقال خبر بد، باعث افزایش تمکین بیمار می‌گردد.
۵۸/۸	۴۰	۴۱/۲	۲۸	مهارت انتقال خبر بد ارتباطی با قابلیت بالینی پزشک و پرسنل بهداشتی و درمانی ندارد.
۸۰/۹	۵۵	۱۹/۱	۱۳	از ویژگی‌های یک پزشک و ماما و پرستار حاذق، داشتن مهارت‌های لازم برای انتقال خبر بد می‌باشد.
۷۶/۵	۵۲	۲۳/۵	۱۶	انتقال خبر بد به بیماران باید در اتاق خصوصی انجام شود.
۹۴/۱	۶۴	۵/۹	۴	هنگام انتقال خبر بد به بیماران باید حتماً یک حمایت‌کننده وجود داشته باشد.
۶۰/۳	۴۱	۳۹/۷	۲۷	خبر بد در ابتدا باید به سایر اعضای خانواده اطلاع داده شود و پرسنل خود خبر بد را برای والدین افشا نکنند.

۲۳/۵	۱۶	۷۶/۵	۵۲	خبر بد باید خیلی سریع و در اولین فرصت ممکن به اطلاع فرد برسد.
۷۲/۱	۴۹	۲۷/۹	۱۹	بعد از انتقال خبر بد لازم است یک مشاور روانشناس به بیمار معرفی شود.
۶۷/۶	۴۶	۳۲/۴	۲۲	بعد از انتقال خبر بد لازم است یک مددکار اجتماعی به بیمار معرفی شود.
۴۲/۴	۲۹	۵۷/۴	۳۹	بعد از وقوع مرگ جنین یا نوزاد اجازه لمس نوزاد (ارتباط با نوزاد) به مادر داده شود.
۷۶/۵	۵۲	۲۳/۵	۱۶	خبر بد بهتر است تلفنی به اطلاع والدین برسد.
۸۹/۷	۶۱	۱۰/۳	۷	خبر بد باید بعد از آماده کردن والدین به صورت حضوری به اطلاع آنان برسد.
۹۱/۲	۶۲	۸/۸	۶	بعد از انتقال خبر بد باید مادر را به بیان احساساتش تشویق نمود.
۲۹/۴	۲۰	۷۰/۶	۴۸	ممانعت از تماس سایر بیماران و همراهان آنان با مادر دچار فقدان یا دارای فرزندی با ناهنجاری جنینی.
۸۶/۸	۵۹	۱۳/۲	۹	شرایط ملاقات یا تماس مادر دارای فرزند ناهنجار با سایر مادران دارای چنین مشکلاتی را باید فراهم نمود.
۶۷/۶	۴۶	۳۲/۴	۲۲	خبر بد باید فقط توسط ماما یا پرستار به اطلاع والدین برسد.
۳۹/۷	۲۷	۶۰/۳	۴۱	خبر بد باید فقط توسط پزشک مسؤول یا رزیدنت به اطلاع والدین و به ویژه مادر نوزاد برسد.
۸۲/۴	۵۶	۱۷/۶	۱۲	به هیچ وجه نباید شرایطی فراهم شود که خبر بد توسط کارگر بخش به اطلاع والدین برسد.
۴۸/۵	۳۳	۵۱/۵	۳۵	جهت دلداری به مادر دچار فقدان بهتر است گفته شود، خود را با مادری که جوان از دست داده است مقایسه کنید.
۷۶/۵	۵۲	۲۳/۵	۱۶	مادری که جنین خود را سقط کرده یا نوزاد را از دست داده نیز مراحل سوگ را پشت سر می‌گذارد.
۸۸/۲	۶۰	۱۱/۸	۸	اجتناب از صحبت کردن با صدای بلند با سایر همکاران در مورد ناهنجاری یا مرگ جنین در حضور مادر نوزاد.
۴۵/۶	۳۱	۵۴/۴	۳۷	مادران دارای فرزند ناهنجار باید در اتاق ویژه‌ی جنین مددجویانی بستری شوند.
۹۴/۱	۶۴	۵/۹	۴	در کنار مادرائی که امکان مرگ قریب‌الوقوع نوزادان آن‌ها وجود دارد اجازه حضور حمایت باید فراهم شود.
۹۵/۶	۶۵	۴/۴	۳	پرسنل باید اطلاعات کاملی در مورد سیر بیماری و علل احتمالی مشکل در اختیار والدین نوزاد قرار دهند.
۸۲/۴	۵۶	۱۷/۶	۱۲	انتقال خبر بد به والدین باید در دفتر کار پزشک و با آرامی صورت گیرد.
۶۳/۲	۴۳	۳۶/۸	۲۵	در موارد ناهنجاری نوزاد، بهتر است به مادر گفته شود، دعا کن نوزاد زنده نماند و هر چه زودتر بمیرد.
۵۱/۵	۳۵	۴۸/۵	۳۳	گرفتن تاریخچه بلافاصله بعد از مشاهده مرگ یا ناهنجاری جنینی از مادر، اقدام مناسبی است.
۴۲/۶	۲۹	۵۷/۴	۳۹	ارتباط بیش‌تر از حد معمول پرسنل با مادری که نوزاد خود را در بخش زایمان از دست داده ضروری است
۵۱/۵	۳۵	۴۸/۵	۳۳	به منظور پذیرش بهتر مرگ نوزاد مادر باید شاهد عملیات احیای نوزاد باشد
۵۱/۵	۳۵	۴۸/۵	۳۳	ممانعت از تماس و مشاهده نوزاد مرده دارای ناهنجاری توسط مادر به منظور پیشگیری از خاطرات بد

بحث

زمینه آموزش دیده بودند (۱۹)؛ لذا پیشنهاد می‌شود در طرح درس دانشجویان مامایی و پرستاری و پزشکی و هم‌چنین در برنامه‌های آموزش مداوم، شیوه‌های اطلاع‌رسانی در مورد خبر بد در بخش‌های زنان و مامایی و نوزادان گنجانده شود.

اکثر واحدهای پژوهش مهارت انتقال خبر بد را ذاتی دانسته و معتقد بودند که با افزایش تجربه‌ی پرسنل بهداشتی و درمانی خودبه‌خود کسب می‌شود. یافته‌های مطالعه‌ی Pastor Montero و همکاران نیز نشان داد برخی از متخصصان زنان مورد مطالعه‌ی او نیز چنین دیدگاهی داشتند (۱). در حالی که نتایج پژوهش فعلی و پژوهش‌های متعدد دیگر مبین آن است

اطلاع‌رسانی در مورد خبر بد در دوره‌ی جنینی و نوزادی به‌طور روزمره و مکرر توسط پرسنل بهداشتی و درمانی انجام می‌شود (۸). نتایج پژوهش نشان داد اکثر افراد مورد بررسی در زمینه‌ی مهارت انتقال خبر بد در دوران تحصیل یا پس از آن آموزش دریافت نکرده و آموزش در این زمینه را ضروری دانستند که با نتایج مطالعه‌ی مناقب و همکاران (۶) و Nielsen و همکاران (۱۶)، Rassin و همکاران (۱۷) و Supe (۱۸) هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه‌ی اربابی و همکاران نیز نشان داد فقط ۸ درصد افراد مورد مطالعه‌ی او در این

را ببینند ولی برخی دیگر با دیدن نوزاد دچار ترس می‌شوند. اما یافته‌های مطالعات Cacciatore و همکاران و Rådestad و همکاران مبین کاهش میزان اضطراب و افسردگی در مادرانی است که با کودک مرده خود تماس داشته‌اند (۲۴). نتیجه‌ی مطالعه‌ی Hughes و همکاران نیز نشان داد در افرادی که با نوزاد مرده‌ی خود بعد از تولد ارتباط نداشته‌اند، در بارداری‌های بعدی، افسردگی کم‌تر دیده می‌شود (۲۵). بنابراین، با توجه به نتایج مطالعات مختلف و انتظارات متفاوت بیماران توصیه می‌شود پرسنل بهداشتی و درمانی دیدگاه مددجویان خود را بررسی و در صورت تمایل آنان، شرایط تماس بین مادر و کودک را فراهم کنند. نتایج پژوهش نشان داد بیش از نیمی از واحدهای پژوهش نسبت به اطلاع‌رسانی سریع خبر بد به مادران مخالف بودند. اما نتایج مطالعات انجام‌شده در عربستان، مصر و مطالعات Abdelmokter و همکاران (۱۵)، Lalor و همکاران (۱۴) بیانگر تمایل مادران نسبت به افشای سریع اطلاعات بود. یافته‌های مطالعه Skotko و همکاران نشان داد عدم افشای سریع خبر بد سبب می‌شود پرسنل در چنین مواقعی کم‌تر با بیمار خود ارتباط برقرار کنند و از ارتباط چشمی با مددجویان اجتناب می‌کنند و این مسأله سبب نگرانی و استرس بسیار زیاد در مددجویان می‌شود (۲۶). نتایج پژوهش نشان داد اکثر واحدهای پژوهش در مورد تماس سایر مادران با مادرانی که دارای فرزند مشکل‌دار بودند، نگرش مثبت داشتند. در حالی که مطالعات نشان داده است مادران دریافت‌کننده‌ی خبر بد معمولاً تمایل به برقراری این ارتباط ندارند، در این رابطه Maijala و همکاران (۲۷) می‌نویسند: خانواده‌ها در مورد چگونگی واکنش سایر افراد به چنین موقعیت‌هایی بسیار نگران هستند، لذا توصیه می‌شود پرسنل بهداشتی - درمانی تمهیدات لازم جهت ممانعت از ملاقات سایر افراد با این مادران بیاندیشند.

اکثر پرسنل با گرفتن شرح حال از مددجویان پس از

که مهارت انتقال خبر بد با افزایش تجربه بیش‌تر نمی‌شود و نیاز به آموزش آن در همه‌ی مقاطع تحصیلی وجود دارد. یافته‌های پژوهش مناقب و همکاران، اربابی و همکاران و Jameel و همکاران (۲۰) نیز نشان داد افرادی که در این زمینه آموزش دیده‌اند بیش‌تر با بیماران خود در رابطه با خبر بد صحبت می‌کنند.

یافته‌های پژوهش نشان داد اکثر قابل توجه واحدهای پژوهش در حیطه‌ی کاری خود در مورد چگونگی انتقال خبر بد با مشکل برخورد کرده‌اند که با نتایج بررسی Jameel و همکاران (۲۰) و Saviani-Zeoti و همکاران (۲۱) هم‌خوانی دارد. نتایج بررسی Saviani-Zeoti و همکاران نشان داد متخصصان زنان و زایمان و رادیولوژیست‌ها هنگام اعلام عقب‌ماندگی ذهنی کودکان به مادران دچار احساس درد و ناامیدی می‌شوند (۲۱). شواهد حاکی از آن است که پزشکان و پرستاران هنگام مواجهه با مرگ بیمار دچار احساس گناه، غم و اندوه و استرس شده و سوگ را تجربه می‌کنند. نتایج مطالعه‌ی Plante و همکاران نشان داد پرسنل از روش‌های گوناگونی (از صحبت کردن با دیگران گرفته تا مصرف مواد مخدر) برای تطابق با مشکل فوق استفاده کرده‌اند (۲۲)؛ لذا توصیه می‌شود مسئولین بیمارستان‌ها به مشکلات عاطفی پرسنل که در این مواقع تجربه می‌کنند، توجه کنند و امکانات حمایتی برای پرسنل خود فراهم نمایند.

یافته‌های مطالعه نشان داد بیش از نیمی از پرسنل نسبت به تماس بین مادر و نوزاد فوت شده نگرش منفی داشتند، اما بر اساس مستندات موجود، بخش قابل توجهی از والدین تمایل دارند کودک بی‌جان خود را لمس کرده و در آغوش بگیرند. در کشورهای غربی تماس بین مادر و نوزاد به‌طور معمول انجام می‌شود. اخیراً دیدگاه‌های ضد و نقیضی در رابطه با پیامدهای تماس مادر با نوزاد مرده گزارش شده است. بعضی از محققان گزارش کرده‌اند که برخی از مادران نوزادان دارای ناهنجاری‌های مادرزادی تمایل دارند نوزاد خود

زمینه‌ی افشای خبر بد برای این گروه از کادر درمانی باید در اولویت قرار گیرد. کم بودن حجم نمونه و انجام مطالعه در شهرکرد که فقط دارای یک بیمارستان آموزشی و درمانی با بخش‌های زنان و زایمان و نوزادان بود، از محدودیت‌های این پژوهش تلقی می‌شود که شاید تعمیم‌پذیری نتایج به مناطق دیگر را با مشکل مواجه سازد، لذا انجام مطالعات گسترده‌تر در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

گرچه نگرش پرسنل به‌طور کلی در مورد انتقال خبر بد مثبت بود، در موارد اختصاصی مربوط به بخش زایمان و نوزاد نگرش منفی وجود داشت و اکثر قریب به اتفاق واحدهای پژوهش آموزش در این زمینه را ضروری می‌دانستند. نتایج مطالعه بیانگر پایین بودن نمره‌ی نگرش پرسنل بهداشتی و درمانی در زمینه انتقال خبر بد در دوره‌ی پری‌ناتال و نداشتن آموزش کافی در این زمینه است. بنابراین، آموزش مهارت‌های ارتباطی در دوره‌ی تحصیل پزشکی، پرستاری و مامایی و دوره‌های آموزش ضمن خدمت ضرورتی انکارناپذیر است. بی‌تردید اعلام ماهرانه، مدبرانه، متبحرانه، دوراندیشانه و جامع‌نگرانه‌ی خبر بد به بیمار و اطرافیان وی، تسکین خاطر عمده‌ای را به‌وجود می‌آورد و کنترل تبعات آنی، ضمن - و آتی خبر بد را بسیار آسان می‌کند، اعتماد به نفس کادر پزشکی را تقویت می‌کند و حس اعتماد بیمار و اطرافیان وی را نسبت به تیم درمانی، افزایش داده (۲۹) و از عوارض نامطلوب ناشی از فقدان نوزاد در مددجویان و پرسنل می‌کاهد.

تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی اساتید محترم، رزیدنت‌های زنان و زایمان و پرستاران و ماماها‌ی شاغل در بخش زنان و زایمان که بدون همکاری و مساعدت آنان انجام این پژوهش ممکن نبود، سپاسگزارم.

انتقال خبر بد، موافق بودند. اما نتایج مطالعات بیانگر آن است که زنان دریافت‌کننده‌ی خبر بد نسبت به جملات و کلمات مورد استفاده در چنین موقعیت‌هایی بسیار حساس و آسیب‌پذیر هستند (۱۰، ۸) و پرسش از بیمار ممکن است سبب تشدید احساس گناه در آنان و مقصر قلمداد کردن خود یا دیگران در رخ داد چنین حوادثی شود؛ لذا توصیه می‌شود پرسنل بهداشتی و درمانی گرفتن تاریخچه را به فرصتی دیگر موکول کنند. اکثر پرسنل با اختصاص اتاق ویژه به مادران دارای نوزاد با ناهنجاری جنینی نگرش منفی داشتند. اما نتایج مطالعات Maijala و همکاران (۲۷) و Wright و همکاران (۱۳) و Bellew و همکاران (۱۰) نشان داد این مادران از بستری شدن در اتاقی که مادران دارای نوزاد سالم بودند، احساس نارضایتی کردند؛ لذا پیشنهاد می‌شود مسئولین بخش‌ها ترتیبی اتخاذ کنند تا این مادران در اتاق اختصاصی بستری شوند. با وجود این‌که اکثر پرسنل موافق ارتباط بیش از حد معمول با مادران دریافت‌کننده خبر بد بودند، Wright معتقد است، به‌دلیل این‌که لحظه‌ی انتقال خبر بد برای والدین زمان سخت و غیر قابل تحملی است و آنان نیاز به حمایت عاطفی دارند و تمایل کم‌تری جهت پذیرش افراد روپوش سفید دارند؛ پزشکان و پرستار متخصص آموزش پری‌ناتال باید تعداد پرسنل مراقبت‌کننده (نظیر اینترنت‌ها و دانشجویان) بر بالین آنان را محدود کنند (۱۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد اختلاف معنی‌دار بین نمره‌ی نگرش پرسنل شاغل در بخش زایمان و نوزادان با اعضای هیأت علمی دانشگاه وجود دارد، این اختلاف احتمالاً می‌تواند به‌دلیل مطالعه‌ی بیش‌تر اعضای هیأت علمی یا ارتباط و مسئولیت کم‌تر آن‌ها در برابر مددجویان باشد. پرستاران و ماماها در بسیاری از موارد وظیفه‌ی مشکل افشای خبر بد را به عهده دارند. نتایج بررسی‌های مختلف نشان داده است که وظیفه‌ی انتقال خبر بد بهتر است به پرستاران (۲۸) یا ماماها‌ی متخصص (۱۴) و با تجربه واگذار شود. برگزاری آموزش در

385-8

10- Bellew M, Kay SP. Early parental experiences of obstetric brachial plexus palsy. *J Hand Surg Br* 2003; 28(4): 339-46.

11- Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *J R Soc Med* 2002; 95(7): 343-7.

12- Al-Abdi SY, Al-Ali EA, Daheer MH, Al-Saleh YM, Al-Qurashi KH, Al-Aamri MA. Saudi mothers' preferences about breaking bad news concerning newborns: a structured verbal questionnaire. *BMC Med Ethics* 2011; 23: 12-15.

13- Wright JA. Prenatal and postnatal diagnosis of infant disability: breaking the news to mothers. *J Perinat Educ* 2008; 17(3): 27-32.

14- Lalor JG, Devane D, Begley CM. Unexpected diagnosis of fetal abnormality: women's encounters with caregivers. *Birth* 2007; 34(1): 80-8.

15- Abdelmuktader AM, Abd Elhamed KA. Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: a structured verbal questionnaire. *BMC Med Ethics* 2012; 13: 14.

16- Nielsen D, Schmidt L. Breaking bad news--experience and attitude of young physicians. *Ugeskr Laeger* 1997; 159(19): 2862-6.

17- Rassin M, Levy O, Schwartz T, Silner D. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nurs* 2006; 29(4): 302-8.

18- Supe AN. Interns' perspectives about communicating bad news to patients: a qualitative study. *Educ Health (Abingdon)* 2011; 24(3): 541.

19- Arbabi M, Roozdar A, Taher M, et al. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry* 2010; 5(4): 128-33.

20- Jameel A, Noor SM, Ayub S. Survey on perceptions and skills amongst postgraduate residents regarding breaking bad news at teaching hospitals in Peshawar, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2012; 62(6): 585-9.

21- Saviani-Zeoti F, Petean EB. Breaking bad news: doctors' feelings and behaviors. *Span J Psychol* 2007; 10(2): 380-7.

22- Plante J, Cyr C. Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatr Child*

منابع

1- Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(6):1405-12.

۲- غیائی پ، جهانفرش، مختارشاهی ش، حقانی ح. بررسی عوامل خطرزای مادری مرگ داخل رحمی جنین در زنان بستری شده در بیمارستان قائم فیروزآباد فارس در طی سال های ۷۹-۱۳۷۵. نشریه پرستاری ایران ۱۳۸۱؛ سال شانزدهم (شماره ۳۳): ۶۷-۶۳.

۳- رهبر ن، قربانی ر، مؤذن ص، ستوده اصل ن. ارتباط سقط خود به خودی و سلامت عمومی. مجله زنان مامایی و نازایی ایران ۱۳۸۹؛ دوره سیزده (شماره ۱): ۱۲-۷.

۴- معین ا، عنبری اکمل ک. ارتباط پزشک و بیمار. دانشور ۱۳۸۸؛ دوره ۱۶ (شماره ۸۵): ۸۰-۷۱.

5- Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997; 156(8): 1159-64.

۶- مناقب س ا، محمدی م. آگاهی و نگرش اساتید بالینی، پزشکان خانواده و کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم در مورد اعلام خبر بد. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره یازدهم (شماره ۵ (پیاپی ۳۴): ۴۳۶-۴۴۳.

۷- ابن احمدی آ، حیدری ن. آیا راه کار مناسبی جهت تسهیل انتقال «خبر بد» به بیمار وجود دارد؟ مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره سوم (شماره ۲): ۲۸-۱۶.

8- Guerra FA, Mirlesse V, Baião AE. Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5): 2361-7.

9- Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: a novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock* 2010; 3(4):

27- Maijala H, Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Väisänen L. [Interaction between caregivers and families expecting a malformed child](#). J Adv Nurs 2003; 42(1): 37-46.

28- Kalber B. [Breaking bad news - whose responsibility is it?](#) Eur J Cancer Care 2009; 18(4): 330.

۲۹- کاظمی ع. محیط پزشکی، بیمار و خبر بد. گام های

توسعه در آموزش پزشکی ۱۳۸۶؛ دوره چهارم (شماره ۲):

۱۳۳-۱۳۹.

Health 2011; 16(4): 213-6.

23- Cacciatore J, Rådestad I, Frederik Frøen J. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. Birth 2008; 35(4): 313-20.

24- Rådestad I, Surkan PJ, Steineck G, Cnattingius S, Onelöv E, Dickman PW. Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. [Midwifery](#) 2009; 25(4): 422-9.

25- Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. [Lancet](#) 2002; 360(9327): 114-8.

26- Skotko B, Bedia RC. Postnatal support for mothers of children with Down syndrome. Ment Retard 2005; 43(3):196-212.

The attitudes of health care providers toward breaking bad news in neonatal intensive care units and labor wards

Manijeh Sereshti^{1*}, Ahmad Izadi²

¹ Mentor, Department of Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran and PhD Student in Reproduction Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

² Assistant Professor, University of Imam Hossein, Tehran, Iran.

Abstract

Breaking bad news emotionally affects both health professionals and patients. Breaking bad news is a sensitive issue for both health care providers and patients. It is generally believed that the patient's adjustment can be affected by either a positive or a negative experience in this respect. This study aims to determine health care providers' attitudes toward breaking bad news to parents in NICU and labor wards.

This cross-sectional study was conducted in Shahrekord in 2011 with a study sample of 70 health care providers drawn from neonatal intensive care units and labor wards and the department of nursing and midwifery who had had at least one year's clinical experience. The sampling method was census. Data were collected through a self-administered questionnaire in two sections: demographic information and health care providers' attitudes toward breaking bad news. Data were analyzed by SPSS software with descriptive and Chi-square and T-student test statistics.

Most participants (63.2%) had a positive attitude toward disclosing bad news to parents. 77.6% of caregivers faced difficulties in delivering bad news to parents, 92.6% of them believed that training workshops in this field are necessary. There was a significant statistical relationship between the attitudes of the health care providers and their education level and work place ($P < 0.0001$). Health professionals with higher education levels and nursing and midwifery staff had more positive attitudes.

There was no significant statistical relationship between the attitudes of the health care providers and their history of difficulties in transferring bad news, workshop trainings, work experience, gender, age and marital status ($P > 0.05$).

The majority of health professionals had a negative attitude toward immediate disclosure of bad news to parents, mothers holding and seeing their deceased babies, dedicating a special room to perinatal loss mothers with similar problems, and preventing other patients and their families from contacting them.

Based on the findings of this study, teaching bad news communication skills to personnel of NICU and labor wards should receive prioritization in future continuing medical education programs in order to best prepare the staff for disclosure of bad news to parents.

Keywords: attitude, breaking bad news, health care provider, NICU

*Email: m_sereshti@yahoo.com