

## راهنمای جامع عمل برای اعلام خبر ناگوار به بیمار و خانواده در بخش‌های مراقبت ویژه: مطالعه‌ای کیفی

سوره خاکی<sup>۱</sup>، مسعود فلاحی خشک‌ناب<sup>۲</sup>، فرحناز محمدی شاه‌بلاغی<sup>۳</sup>، گل بیاض جان<sup>۴</sup>، محمدعلی حسینی<sup>۵\*</sup>

۱. مدرس پرستاری، گروه داخلی- جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳. استاد، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۴. استاد، گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری فلورانس نایتنگل، دانشگاه استانبول- جراح پاشا، استانبول، ترکیه.

۵. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

### چکیده

فرایند انتقال خبر بد به بیمار و خانواده، نیازمند مشارکت جمعی است. در کشورهای مختلف، برای این فرایند، راهکارهایی متناسب ارائه شده است. این مطالعه با هدف ارائه‌ی راهنمای عمل، مبتنی بر تجربیات بیماران و خانواده‌ها و کارکنان درمان در بخش‌های مراقبت ویژه، در سه مرحله انجام گرفته است. در مرحله‌ی اول با ۳۱ مشارکت‌کننده، نمونه‌گیری هدفمند، مصاحبه‌ی عمیق انجام گرفت و پیش‌نویس اولیه‌ی راهنمای عمل تدوین شد. در مرحله‌ی دوم، متخصصان در دو جلسه بحث گروهی، پیش‌نویس اولیه را بررسی و پیش‌نویس ثانویه طراحی شد. در مرحله‌ی سوم، ۴۳ متخصص حوزه‌ی سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری، راهنمای عمل تدوین‌شده را با روش دلفی اعتبارسنجی کردند. راهنمای عمل در ۸ گام اصلی و ۴۳ گام فرعی برای اعلام خبر ناگوار به بیمار و خانواده تدوین شد. برای این فرایند، سه مرحله‌ی قبل از اعلام خبر (بررسی، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی، هماهنگی) حین اعلام خبر (اعلام خبر بد، حمایت عاطفی، جمع‌بندی و مستندسازی) و بعد از اعلام خبر (ارجاع و پیگیری) شناسایی شد. امید است با استفاده از این راهنمای عمل، فرایند اعلام خبر ناگوار در بخش‌های مراقبت ویژه تا حصول نتیجه‌ی مطلوب، تسهیل شود و پیامدها و آسیب‌های ناشی از آن کاهش یابد. در نهایت، ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت به کمک این راهنما می‌توانند، با در نظر گرفتن ترجیحات بیمار و خانواده، ضرورت روش‌های علمی و استاندارد اعلام خبر ناگوار و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای را در کانون توجه قرار دهند.

**واژگان کلیدی:** ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، اعلام خبر ناگوار، راهنمای عمل، اخلاق حرفه‌ای.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۳۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۲۵

\* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

محمدعلی حسینی

آدرس: تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، بن‌بست

کودک‌یار، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت

اجتماعی

کد پستی: ۱۹۸۰۷۱۲۸۷۱

تلفن: ۰۲۱۷۱۷۳۲۰۰۰

Email: [mahmaimy2020@gmail.com](mailto:mahmaimy2020@gmail.com)

## مقدمه

ارائه دهندگان خدمات سلامت در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر می‌شوند که خبرنگاران کننده‌ای را در مورد وضع سلامتی بیماران خود بیان کنند که ممکن است موجب ناراحتی بیماران گردد. اینگونه خبر را اصطلاحاً خبر بد و یا ناگوار می‌نامند (۲). دادن خبرنگار به بیمار و خانواده از چالش‌های کارکنان مراقبت بهداشتی است (۱، ۲). فرایندی است که مشارکت جمعی ارائه دهندگان مراقبت به بیمار را می‌طلبد (۳). در واقع اعلام خبر ناگوار به یک تیم چند رشته‌ای نیاز دارد که هر یک در سطوح مختلف و در زمان‌های متفاوت، عملکردهای مختلفی دارند (۴). اگرچه وظیفه اعلام خبرنگار متعلق به پزشک است ولی سایر کارکنان درمان در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف، لاجرم درگیر می‌شوند (۵).

مطالعات مختلف تایید می‌کنند که نحوه اعلام خبر ناگوار تاثیر قابل توجهی بر فرستنده و گیرنده خبر دارد، به طوری که اگر این مسئولیت به درستی اجرا نشود مانع بهبودی بیمار، کیفیت زندگی او و همچنین روابط وی با اعضای تیم مراقبت را تحت تاثیر قرار دهد و باعث اضطراب، گیجی، تنفر و خشم بیمار و خانواده وی گردد. از طرف دیگر اعلام خبرنگار به صورت علمی مانع انتقال نادرست تشخیص، درمان و پیش‌آگهی می‌شود و منجر به قبول بهتر درمان و سازگاری عاطفی در بیماران می‌شود (۶، ۷). در اعلام صحیح خبرنگار، انکار، ناامیدی کاذب، گیجی و اضطراب در بیمار و نزدیکان وی کاهش می‌یابد و تأثیر مهمی بر نگرش بیمار و خانواده وی

## پیام‌های کلیدی

- راهنمای عمل معرفی شده می‌تواند فرایند اعلام خبر بد را تسهیل کرده و آثار منفی آن را کاهش دهد.
- با ارائه اطلاعات بصورت شفاف و جامع می‌توان بیماران را در تصمیم‌گیری آگاهانه برای درمان کمک کرد.
- راهنمای عمل تدوین شده برای اعلام خبر بد، با هشت گام اصلی شامل بررسی وضعیت، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی، هماهنگی، اعلام خبر، حمایت عاطفی، جمع‌بندی و مستندسازی، ارجاع و پیگیری، به ایجاد یک فرآیند منظم و مؤثر کمک می‌کند. این رویکرد ساختار یافته نه تنها به بهبود ارتباطات و ارائه حمایت عاطفی مؤثر می‌انجامد، بلکه تسهیل‌کننده فرآیند پذیرش و مدیریت احساسات بیمار و خانواده نیز خواهد بود.

نسبت به بیماری و رابطه آنها با تیم درمان و رضایتمندی‌شان می‌گذارد (۸).

باکمن<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۲ پروتکل شش مرحله‌ای SPIKES<sup>۲</sup> را برای اعلام خبرسرطان، پیشنهاد داد. علاوه براین،

1. Buckman

2. S: Setting, P: perception, I: invitation, K: knowledge, E: empathy S: Summary and Strategizing for the future

خانواده‌ها برای پرسیدن سوالات شان و ارجاع دادن آنها به امور بعدی است (۵). نکته قابل توجه دیگر آن است که مقوله اعلام خبر ناگوار یک مقوله کاملاً فرهنگی است و نگرش و تمایلات افراد هر جامعه، نقش بسیار مهمی در آن دارد (۱۳). دادن اطلاعات لازم در مورد بیماری در بسیاری از جوامع حق مسلم و قانونی بیمار تلقی می‌شود؛ اما نحوه اعلام خبر ناگوار در مورد بیماری خصوصاً وقتی بیمار دچار عارضه ای جدی و تهدید کننده حیات است، هنوز جای بحث دارد (۱۳).

مطالعه ای نشان می‌دهد در برخی از کشورهای غربی حدود ۸۰ الی ۹۰ درصد بیماران از بیماری خود مطلع می‌شوند که این رقم در سایر کشورها متفاوت است (۱۴). در کشور ترکیه بجای بیمار اغلب اطرافیان از مشکل بیمار مطلع هستند (۱۵). در عربستان سعودی نیز ۷۵ درصد پزشکان ترجیح می‌دهند مشکل بیمار را به اطرفیانش بگویند (۱۶). در مصر نیز وضعیت مشابهی وجود دارد (۱۷). در ایران پزشکان ترجیح می‌دهند تا اطلاعات مربوط به بیمار را با خانواده او در میان بگذارند (۱۸، ۱۹). با توجه به نتایج مطالعات صورت گرفته، به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی سبب شده تا الگوهای ارائه شده برای اعلام خبر ناگوار در جوامع اسلامی با چالش مواجه باشند. در کشورهای اسلامی علاوه بر تأثیر فرهنگ، دیدگاه اسلامی نیز در این مورد نقش پر رنگی دارد (۲۰). از منظر اسلام هر فرد از این حق برخوردار است تا حقایق شخصی و مربوط به خود را بداند و براساس آنها

راهکارهای دیگری مثل: <sup>1</sup> BREAK ، <sup>2</sup> PEWTER ، <sup>3</sup> ABCDE ، <sup>4</sup> GRIEV-ING ارائه شده است. جوهره تمامی آنها، آمادگی قبلی و نسپردن هیچ چیز به دست حوادث در مراحل قبل، حین و بعد از دادن خبر ناگوار است. دستورالعمل‌های مشابه دیگری هم مانند: پیشنهاد اوکامورا<sup>۵</sup> و همکاران در ژاپن وجود دارد. این مدل‌ها، عموماً با نظر پزشکان طراحی شده و نگاه پدرسالارانه دارد (۹، ۱۰). بخشی از موضوعاتی که در این دستورالعمل‌ها ذکر شده است، مانند: حضور یک خویشاوند نزدیک یا یکی از سایر افراد کادر پزشکی در هنگام مشاوره، مورد پذیرش بسیاری از بیماران نبوده است. بنابراین، محققان توصیه می‌کنند، دستورالعمل‌ها باید بر مبنای نظر بیماران شکل بگیرد و بر ترجیح آنها تأکید شود (۲). اعلام خبر ناگوار به بیمار در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است. برتری اصل «خود مختاری» در مغرب زمین، سبب شده است تا بیان حقیقت به خود بیمار قابل پذیرش باشد، اما در بسیاری از جوامع شرقی، به علت محوریت خانواده و نظر به اصل «ضرر نرسانی»، نگفتن حقیقت به خود بیمار و بیان آن برای خانواده، از رواج بیشتری برخوردار شده است (۱۱).

اعلان خبر ناگوار تأثیر ماندگاری روی خاطرات خانواده‌ها و بیماران در مواجهات پزشکی دارد (۱۲). مطالعات انجام گرفته روی خانواده‌ها و انواع بیماران، نشان می‌دهد، مهمترین عناصری که این خانواده‌ها را رده بندی کرده اند، عبارتند از: همدلی تیم درمان، صداقت و شفافیت آنها، دادن فرصتی به

deal with patient and family reaction, E: Encourage and validate Emotion

4. G: Gather, R: Resources, I: Identify, E: Educate, V: Verify Space N: Nuts and Bolts, G: Give

5. Okamura

1. B: Background, R: Rapport, E: Explore, A: Announce, K: Kindling

2. P: Prepare, E: Evaluate, W: warning, T: Telling, E: Emotional, R: response Regrouping

3. A: Advance preparation, B: Build a Therapeutic Environment / Relationships, C: communicate well

## روش کار

### نوع مطالعه

مطالعه حاضر یک تحلیل محتوای کیفی با رویکرد گرانهایم ولاندمن، در سال ۲۰۲۲-۲۰۲۴ انجام شده است. تحلیل محتوا یکی از پرکاربردترین تکنیک ها در تحقیقات کیفی به ویژه در حوزه پزشکی است که هدف آن ارائه دانش و درک پدیده مورد مطالعه است (۲۷-۲۹). درک عمیق تجربیات افراد مختلف در مورد پدیده های انسانی مانند: تعاملات در فرایند اعلام خبرنگار را می توان از طریق تحقیقات کیفی به دست آورد.

### مشارکت کنندگان

ارائه دهندگان مراقبت سلامت، بیماران و خانواده های مراجعه کننده به بخش های مراقبت ویژه سه بیمارستان بزرگ و مرکزی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران که دارای بیشترین ارائه خدمات درمانی به بیماران بدحال بودند، انتخاب شد. معیارهای ورود برای بیماران: تمایل و علاقمندی، توانایی برقراری ارتباط، دارای تجربه دریافت خبرنگار، نداشتن بیماریهای روحی و روانی، برای خانواده ها: تمایل و علاقمندی، نداشتن بیماریهای روانشناختی و جسمی، دارای تجربه دریافت خبرنگار و نزدیکترین ارتباط خویشاوندی و رفع نیازهای بیماری باشد. برای ارائه دهندگان مراقبت سلامت: دارا بودن تجربه اعلام خبرنگار و تمایل به مشارکت بود. مشارکت کنندگان در این مطالعه با استفاده از روش مبتنی بر هدف، انتخاب شدند. حداکثر تنوع در انتخاب نمونه ها، از نظر سن، جنس، سطح سواد و فرهنگ و نوع بیماری و موقعیت شغلی برای بدست آوردن تجارب وسیع و غنی در نظر گرفته شد. مشارکت کنندگان شامل: ۳۱ مشارکت کننده (۲۰ نفر از ارائه

درمورد برنامه های آینده خود بصورت معقول و مطابق با عقاید و خواسته های فردی تصمیم گیری نماید (۱۳). توجه به فرهنگ ملل مختلف در اعلام خبر ناگوار حتی در کشورهایی که پذیرای مهاجران زیادی هستند نیز مورد توجه واقع شده است (۲۱). بسیاری از واکنشهای هیجانی انسان با محیط، فرهنگ و باورهای دینی او ارتباط تنگاتنگی دارند که با در نظر گرفتن این عوامل هنگام تدوین راهنمای عمل، باعث کاهش تأثیر آنها می شود (۲۲). ارائه راهکارهای متناسب جهت تطبیق فرد با شرایط و کنار آمدن با مشکلات و سختی های بیماری از مباحثی هستند که ارائه دهندگان مراقبت سلامت باید در مورد آن اندیشیده باشند. این مباحث در کشورهای مختلف مورد توجه بوده و راهکارهایی برای آن پیشنهاد و دستورالعمل های سودمندی ارائه شده است (۱۱). در بسیاری از کشورهای آسیایی از جمله ایران، پروتکل های منسجم و دقیقی وجود ندارد (۲۳). با توجه به آن که اعلام خبر ناگوار تحت هر شرایطی، وظیفه دشواری است، استفاده از یک برنامه اجرایی و آگاهی از چگونگی حمایت بیمار در طول این دوره، بسیار کمک کننده خواهد بود (۲۴). از طرف دیگر مدیریت مواجهه با خبرنگار بر روابط بیماران با ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و پایبندی به درمان و روند بهبودی اثر می گذارد (۲۵). بنابراین اعلام خبر ناگوار با روشهای مؤثر و حمایتی، احتمال درک، پذیرش و سازگاری با موقعیت را افزایش می دهد (۲۶). فلذا داشتن فرایندی مشخص همراه با توضیحات لازم برای هر مرحله از فرایند اعلام خبر ناگوار مورد نیاز می باشد. بنابراین این مطالعه با هدف، تدوین و ارائه راهنمای عمل برای اعلام خبرنگار طبق تجربیات و ترجیحات ارائه دهندگان مراقبت سلامت، بیماران و خانواده ها در بخش های مراقبت ویژه انجام شده است.

بحث گروهی، ۴۳ نفر از متخصصین درحوزه سیاست گذاری، تصمیم گیری، مدیریتی، آموزشی، پژوهشی و بالینی، درمرحله اعتبارسنجی شرکت نمودند. سایر مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان به پیوست است. (جدول شماره ۱)

دهندگان مراقبت سلامت شامل: ۱۰ پرستار، ۲ سرپرستار، ۱ سوپروایزر، ۱ بهیار، ۱ مدرس پرستاری، ۴ پزشک متخصص و ۱ مددکار اجتماعی، ۴ بیمار و ۷ اعضای خانواده) در مرحله کیفی مطالعه مشارکت داشتند. ۱۱ نفر از متخصصین در هر جلسه

جدول شماره ۱- اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در سه مرحله مطالعه

تعداد و درصد	متغیر	
۴۲ (%۴۴)	مرد	جنسیت
۵۴ (%۵۶.۲۵)	زن	
۲۸ (%۳۰)	کارشناسی	مقطع تحصیلی
۲۰ (%۳)	کارشناسی ارشد	
۳۰ (%۳۱.۲۵)	دکتری تخصصی	
۱۰ (%۱۱)	دکتری حرفه ای	
۵ (%۲)	دیپلم	
۳۶ (%۳۷.۵)	پرستاران درموقعیت های مختلف شغلی	موقعیت مشارکت کنندگان
۳۳ (%۳۵)	اعضای هیات علمی دانشگاه	
۱۰ (%۱۱)	پزشکان متخصص	
۳ (%۳.۱۲)	مددکار اجتماعی	
۳ (%۳.۱۲)	روانشناس	
۵ (%۵.۲۰)	بیمار	
۷ (%۷.۲۹)	اعضای خانواده	
۱۳ (%۱۴)	۳-۱۰	سابقه کاری
۳۷ (%۳۹)	۱۱-۲۰	
۳۱ (%۳۲.۲۹)	۲۱-۳۰	
۳ (%۳.۱۲)	۳۱-۴۰	
۱۳ (%۱۴)	۲۶-۳۶	سن
۲۶ (%۲۷)	۳۷-۴۷	
۱۱ (%۱۱.۵۰)	۴۸-۷۱	

توضیحات لازم در مورد پژوهش ارائه می گردید و رضایت نامه کتبی آگاهانه صادر می شد. مصاحبه ها با توجه به نقش هر یک از شرکت کنندگان با پرسش های متناسب، آغاز و ادامه یافت. از

#### جمع آوری داده ها

داده ها در مرحله کیفی، از طریق ۳۱ مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته جمع آوری گردید. قبل از شروع مصاحبه،

بر اساس مراحل پنج گانه «گرانهایم و لاندمن» مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (۲۸). در گام اول، مصاحبه های ضبط شده به صورت کلمه به کلمه پیاده شد. مصاحبه ها چندین بار خوانده شد تا فهم کاملی از مصاحبه ها درک شود. متن مصاحبه خوانده شده به واحدهای معنایی تقسیم و سپس واحد های معنایی خلاصه گردید و با کد، برچسب گذاری شدند. در هنگام کدگذاری و برچسب گذاری واحدهای معنایی، زمینه اصلی و کل مفهوم در نظر گرفته شد. کدها بر اساس تفاوت ها و شباهت ها با هم مقایسه و در دسته بندی ها، طبقه بندی شدند. مقوله های آزمایشی<sup>۱</sup> توسط تیم تحقیقاتی مورد بحث و بررسی قرار گرفت و تجدید نظر شد. در نهایت، معنای زیربنایی، یعنی محتوای نهفته مقوله ها در قالب مضامین فرموله شدند (۲۸). مصاحبه ها تا زمانی ادامه یافت که هیچ دسته بندی یا مضامین مرتبط جدیدی پدیدار نشد و مقوله ها از نظر مفهوم سازی تکامل یافتند (۲۷). نمونه ای از استخراج طبقات و زیر طبقات پیوست می باشد (جدول شماره ۲).

سوالات نیمه ساختارمند مانند «آیا تابحال شده خبر بدی را به بیماری و یا همراه بیمار بدهید؟ میشه یکی از مواردی را که خودتان خبر بد داده اید را توضیح دهید؟ جریان چی بود؟ چگونه از وضعیت بیماری تون مطلع شدید؟ چگونه خبر بیماری، بیمارستان را به شما دادند؟ بعد از اعلام خبر بد چه اتفاقی می افتاد؟ چه حالی بهتون دست داد؟» شروع گردید و با سوالات کاوشی، ادامه یافت. مصاحبه ها توسط پژوهشگر بصورت انفرادی و حضوری بطور میانگین از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بطول انجامید. جمع آوری داده ها تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. اشباع داده ها به معنای تکرارپذیری و به دست نیاموردن داده های جدید بود. در مرحله دوم، جمع آوری داده ها با تشکیل دو بحث گروهی توسط ۲۲ نفر از متخصصین، با سوالاتی مثل «به نظر شما خبر ناگوار را چگونه به بیمار و خانواده اعلام کنیم؟» چه شرایطی را هنگام اعلام خبرنگار به بیمار و خانواده رعایت کنیم؟ مطرح و به مدت یک الی دو و نیم ساعت بطول انجامید.

### تجزیه و تحلیل داده ها

در این پژوهش، داده ها با استفاده از تحلیل محتوای مرسوم

#### جدول شماره ۲ - نمونه روند استخراج زیر طبقات و طبقات اصلی

کد باز	زیر طبقه	طبقه اصلی
ارزیابی سطح درک و فهم بیمار	ارزیابی وضعیت بیمار	بررسی
ارزیابی سابقه مصرف داروهای روان پریشی		
ارزیابی سطح دانسته های قبلی		
ارزیابی اولیه از نظر نیاز به روانپزشک و روانشناس		
ارزیابی سابقه اختلالات روانشناختی		
ارزیابی سابقه خودکشی		
ارزیابی نیاز به حضور کارشناس مذهبی		
ارزیابی فرهنگ و قومیت بیمار		
ارزیابی تمایل بیمار به فهم واقعیت		
ارزیابی شرایط بیمار برای انتقال اطلاعات		
شناسایی یکی از اعضای کلیدی و موثر	ارزیابی وضعیت خانواده	
ارزیابی خانواده از نظر تمایل به اعلام خبر به بیمار		
ارزیابی روانشناختی، فرد گیرنده خبر		

1. Tentative

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

کد باز	زیر طبقه	طبقه اصلی
ارزیابی فرهنگ و قومیت فرد گیرنده خبر	ارزیابی ویژگی های فرد اعلام کننده خبر	
ارزیابی زمان اعلام خبر به خانواده		
ارزیابی سطح دانسته های قبلی		
ارزیابی واکنش های غیرقابل انتظار		
شناسایی افراد اعلام کننده خبر		
ارزیابی ویژگی های شخصیتی		
بررسی مهارتهای فرد اعلام کننده		
بررسی وضعیت روحی و روانی فرد اعلام کننده		
ارائه اطلاعات درمورد بیماری و فرایند درمان از قبل		
حفظ روحیه فرد دریافت کننده خبر		
آمادگی ذهنی قبل از اعلام خبر	آماده سازی بیمار و خانواده	برنامه ریزی
نیاز به مشاوره بر حسب نیاز بیمار		
توجه به ترجیحات بیمار برای دریافت خبر		
حفظ روحیه بیمار برای روبرو شدن با واقعیت		
دادن امید واری واقعی به بیمار برای ادامه درمان		
انتخاب فرد دریافت کننده خبر طبق درخواست بیمار		
تعیین فرد همراه کننده بیمار در زمان اعلام		
دادن آمادگی به خانواده برای اعلام خبر به بیمار		
آماده سازی قبلی برای پذیرش حقیقت		
جلب اعتماد بیمار و خانواده		
بیان اقدامات انجام شده	آماده سازی محیط و شرایط	
توجه به فرهنگ های مختلف		
پیش بینی پیش آگهی بیمار و اطلاع به خانواده		
دادن هشدار وضعیت بحرانی به خانواده		
در نظر گرفتن مکانی مناسب برای اعلام		
گذاشتن وسایلی مثل آب قند، شکلات، دستمال آماده سازی قبلی		
مشخص کردن نحوه اعلام		
مشخص کردن افراد اعلام کننده		
توجه به ماهیت و خصوصیات فرد دریافت کننده خبر		
برقراری ارتباط صحیح کلامی و غیر کلامی		
داشتن مهارت ارتباطی توسط فرد اعلام کننده	برقراری ارتباط همدلانه	هماهنگی
حفظ شان و کرامت		
اطلاع به پزشک معالج/دستیار ارشد	هماهنگی اعضای تیم برای اعلام	
اطلاع به سرپرستار/سوپروایزر/مسئول شیفت/مسئول بیمار		
اطلاع به نگهبانی/حراست/نیروی انتظامی		
اطلاع همدیگر از مطالب قابل انتقال	هماهنگی بیمار و خانواده	
اطلاع به بیمار		
اطلاع به عضو کلیدی خانواده		
مشخص کردن زمان اعلام	هماهنگی زمان و مکان	
مشخص کردن مکان اعلام		

طولانی برای انجام مصاحبه ها، سعی نمود جمع آوری اطلاعات معتبر، داشته باشد. شرکت کنندگان با حداکثر تنوع از نظر تحصیلات، سن، جنسیت و نوع بیماری، موقعیت شغلی انتخاب شدند. از طریق فرآیند بررسی اعضا، کدگذاری اولیه مصاحبه ها توسط شرکت کنندگان مورد بررسی قرار گرفت تا صحت کدها تایید شود. همچنین به منظور بررسی همتایان<sup>۴</sup>، سه نفر از اعضای هیئت علمی آشنا به پژوهش کیفی، کدها و مقوله ها را بررسی و بر سر نتایج در بین اعضای تیم تحقیق توافق ایجاد گردید. توصیف روشن و متمایز از فرهنگ و زمینه، انتخاب و ویژگی های شرکت کنندگان، جمع آوری داده ها و فرآیند تجزیه و تحلیل ارائه شد (۲۸، ۲۹، ۳۳).

### ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است (کد اخلاقی: IR.USWR.REC.1400.204). اجازه ضبط مصاحبه ها، کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه برای شرکت در مطالعه و صلاحدید شرکت کنندگان برای انصراف از مطالعه در هر مرحله از مطالعه در نظر گرفته شد.

### نتایج

در مرحله اول مطالعه، ۴۰۰ کدباز، ۳۰ زیر طبقه و ۱۰ طبقه اصلی استخراج شد و براساس نتایج آن، پیش نویس اولیه راهنمای عمل تدوین شد، برای توسعه و ارتقای آن از دو جلسه بحث گروهی توسط متخصصان استفاده شد و پیش نویس ثانویه تدوین گردید. براساس نتایج بحث گروهی: هشت طبقه اصلی

برای اعتبارسنجی پیش نویس راهنمای عمل، از روش دلفی کلاسیک<sup>۱</sup> استفاده شد. این روش به منظور جمع آوری دانش گروهی از افراد صاحب نظر و رسیدن به اجماع در مورد پدیده های خاص است (۳۰، ۳۱). بعد از پیگیریهای مداوم و مکرر، تعداد ۴۳ عدد از ۵۸ فرم ارسالی به متخصصان برگردانده شد. سپس اطلاعات گردآوری شده مندرج در آن شامل: شاخص های آماری مرکزی (میانگین) و پراکندگی انحراف معیار محاسبه گردید (۳۲). جهت تحلیل داده ها، هر عبارت راهنمای عمل در قالب مقیاس چهار حالتی از ۱ تا ۴ امتیاز بندی شد و میانگین نمره کل مشارکت کنندگان به هر عبارت ملاک قضاوت در مورد آن بود. با توجه به اینکه مقیاس مورد استفاده در این مرحله، یک مقیاس ۴ درجه ای بود، بنابراین نقطه ۲ و بالاتر به عنوان نقطه بی طرف و خنثی در نظر گرفته شد. در این حالت، سه محدوده برای موافقت یا عدم موافقت با هر یک از عبارت راهنمای عمل تعریف شد: محدوده عدم موافقت از ۱ تا ۱/۹۹ امتیاز، محدوده خنثی از ۲ تا ۲/۹۹ امتیاز، محدوده موافقت از ۳ تا ۴ امتیاز، نتایج نشان می داد که همه عبارات راهنمای عمل، دارای میانگین امتیاز بیشتر از ۳ از مجموع ۴ امتیاز بودند.

### استحکام مطالعه

به منظور دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای ارائه شده توسط گوبا ولینکن<sup>۲</sup> (مقبولیت، اعتمادپذیری، انتقال پذیری و تاییدپذیری) مورد توجه و استفاده تیم تحقیق قرار گرفت. در این راستا، محقق بیش از دو سال برای جمع آوری داده های کیفی در محیط تحقیق، حضور داشت و با صرف وقت

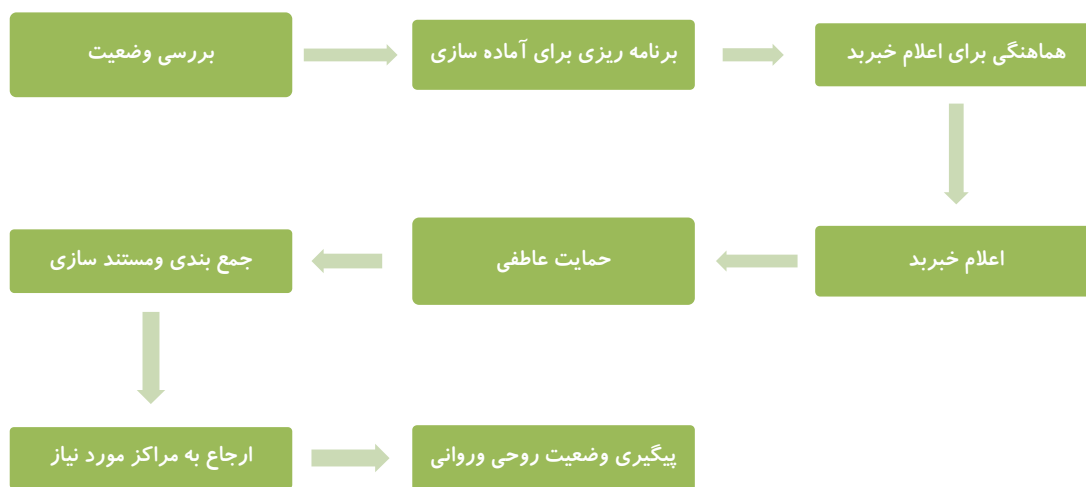
3. member check
4. peer review

1. Classic Delphi Method
2. Guba, Lincoln

توجه نموده و برای چالش‌ها و مشکلات شناسایی شده در مرحله اول مطالعه، راهکار ارائه شده است.

راهنمای جامع عمل برای اعلام خبرنگار، در سه مرحله: قبل، حین و بعد دارای هشت گام اصلی و ۴۳ گام فرعی، هشت اقدام مدیریتی برای تسهیل و بهبود فرایند اعلام خبر ناگوار در بخش‌های مراقبت ویژه استخراج شد (جدول شماره ۳ و شکل ۱). در نهایت این راهنمای عمل بر اساس شباهت و تفاوت با سایر پروتکل‌های موجود مورد مقایسه قرار گرفت. گام‌های اصلی به شرح زیر می‌باشد.

و ۴۳ زیر طبقه مشخص شدند. اعتبارسنجی در مرحله سوم با روش دلفی انجام گرفت؛ نتایج نشان داد که همه عبارات راهنمای عمل، دارای میانگین امتیاز بیشتر از ۳ از مجموع ۴ امتیاز بودند. همه مشارکت‌کنندگان بر روی عبارات راهنمای عمل توافق نظر داشتند و با ساختار و محتوای راهنمای عمل تدوین شده با اصلاحات جزئی موافق بودند. بنابراین پس از بحث و بررسی توسط تیم تحقیق و اجماع نظرات، نسخه نهایی راهنمای عمل ارائه گردید. راهنمای عمل حاضر به ترجیحات و نیازهای ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، بیماران و خانواده‌ها



شکل شماره ۱- راهنمای عمل جامع برای اعلام خبر بد به بیمار و خانواده در بخش‌های مراقبت ویژه

نظر فرهنگی، باور و عقاید و تاریخچه بیماری‌های روحی و روانی و سابقه مصرف داروهای روانگردان و سابقه خودکشی از بیمار و خانواده، به عمل آید تا با شناخت کافی، اقدام به اعلام خبر گردد. همچنین شرایط روحی و روانی و مهارت‌های فرد اعلام‌کننده خبر باید مورد توجه قرار گیرد.

### ۱-مرحله بررسی<sup>۱</sup>

در این مرحله قبل از اعلام خبرنگار باید یک ارزیابی از وضعیت بالینی، اطلاعات قبلی، سطح درک و فهم، تمایل بیمار به فهم واقعیت و تمایل خانواده برای اعلام واقعیت به بیمار از

#### 1. Assessment

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

## ۲- مرحله برنامه ریزی<sup>۱</sup> و آمادگی<sup>۲</sup>

در این مرحله نیاز به برنامه ریزی اصولی و درست هست تا بتوان بیمار و خانواده را برای دریافت خبرنگار آماده کرد. همچنین محیط مناسبی را که دارای امکانات حداقلی باشد، فراهم نمود. در واقع در این مرحله، بیمار و خانواده را باید برای تمایل به فهم واقعیت آماده کرد.

## ۳- مرحله هماهنگی<sup>۳</sup>

در این مرحله، هماهنگی لازم جهت تهیه مکان و زمان مناسب برای تشکیل جلسه با بیمار، خانواده و افراد حاضر در آن انجام می گردد. جلسه در صورت ممکن با همه اعضای گروه یا تنها با چند نفر از اعضای تیم، برگزار می شود ولی حضور پزشک/ دستیار ارشد به عنوان ارائه دهنده اصلی اطلاعات به بیمار یا خانواده، الزامی است. پرستار هماهنگی های لازم برای تعیین زمان و مکان جلسه را انجام داده و سپس این اطلاعات را در اختیار سایر اعضای تیم و همچنین بیمار و خانواده قرار می دهد. لازم به یادآوری است، اعضای تیم، جلسه ای کوتاه (بدون حضور بیمار و خانواده) با یکدیگر برگزار می کنند و اطلاعات خود و نتایج حاصل از مراحل قبل از اعلام در رابطه با بیمار و خانواده را در اختیار یکدیگر قرار می دهند.

## ۴- مرحله اعلام خبر بد<sup>۴</sup>

در این مرحله، وظیفه اصلی بر عهده پزشک معالج بیمار یا دستیار ارشد آن می باشد. تمرکز این مرحله، دادن اطلاعات در مورد بیماری، درمان، مراقبت و پیش آگهی بیماری می باشد و هر زمان که لازم باشد جهت مهلت دادن به بیمار برای درک

اطلاعات دریافتی و بروز احساسات و گرفتن بازخورد، مکالمه قطع می شود. نحوه دادن خبر باید بر اساس امیدوار کردن بیمار با جملات مثبت و بیان جنبه های مثبت کار و مراقبت و درمان باشد نه ناامید کردن بیمار، فلذا دادن اطلاعات در رابطه با بیماری باید صادقانه، ساده و در حد فهم بیمار باشد. در ارائه اطلاعات به مسائل فرهنگی، اجتماعی، عاطفی، مذهبی و حفظ کرامت بیمار و خانواده، توجه شود.

## ۵- مرحله حمایت عاطفی<sup>۵</sup>

یکی از مهمترین گام ها، حمایت عاطفی از بیمار است. کارکنان درمان زمانی را برای ابراز احساسات اختصاص داده و آنها را تشویق به تخلیه احساسات بکنند و اندوه، ناراحتی و نگرانی و حتی انکار را درک کرده و پاسخ صحیح و همدلانه در برابر واکنش ها داشته باشند و در موارد حساس سکوت کنند و به آنها دلگرمی ببخشند و همدلی کنند. حمایت عاطفی باعث پذیرش راحت تر خبر و افزایش سازگاری با شرایط به وجود آمده می شود.

## ۶- مرحله جمع بندی و مستند سازی<sup>۶</sup>

در این گام، وقتی خبرنگار ناگوار اعلام می گردد یک جمع بندی از مواردی که گفته شده ارائه می شود تا مطالب بصورت خلاصه و شفاف برای بیمار و خانواده مفهوم گردد. جمع بندی باعث می شود اطلاعاتی که گفته شده مجدد تکرار شود تا اگر ابهاماتی وجود داشت، برطرف گردد. از موارد مهم و حساس و اتفاقات جلسه، گزارشی تهیه می شود و اعضای حاضر امضا می کنند تا به عنوان یک سند قانونی نگه داشته شود.

4. Announcement
5. Emotional support
6. Summarizing and documenting

1. Planning
2. preparation
3. coordination

۷-مرحله ارجاع<sup>۱</sup>

در این مرحله در صورت نیاز بیمار و خانواده، از طرف اعضای تیم برای ادامه فرایند درمان به مراکز درمانی یا حمایتی ارجاع می شوند. بعضی از بیماران گاهی اوقات به مراکز درمانی دیگر، منابع حمایتی مالی، روانشناسی، مددکار اجتماعی، نیاز پیدا می کنند و کارکنان درمان آنها را به این مراکز هدایت و راهنمایی می کنند.

۸-مرحله پیگیری<sup>۲</sup>

در مرحله پیگیری، بعد از اعلام خبرنگار، نباید بیمار یا اعضای خانواده را رها کرد باید به آنها اطمینان داده شود که کارکنان درمان در کنار آنها هستند و هر زمانی لازم دانستند، می توانند مشاوره بگیرند.

## جدول شماره ۳ - راهنمای عمل جامع برای اعلام خبر بد به بیمار و خانواده در بخش های مراقبت ویژه

قبل از اعلام خبر بد	
۱- مرحله بررسی	۱-۱-در این مرحله با بررسی بیمار و نزدیک ترین عضو خانواده وی، اطلاعات پایه مورد نیاز در رابطه با خصوصیات فردی و خانوادگی آنها، تمایلات بیمار برای مطلع شدن از اطلاعات مربوط به بیماریش کسب می شود. ۱-۲- بررسی خصوصیات فردی و ویژگی های مهارتی فرد اعلام کننده خبر ۱-۳- بررسی سابقه اختلالات روانشناختی و مصرف داروهای روان گردان در بیمار و خانواده ۱-۴- بررسی دلایل فردی، فرهنگی و مذهبی خانواده برای پنهان کاری اطلاعات مربوط به بیماری از خود بیمار و همچنین نگرانی های آنها را نسبت به بیان خبر به بیمار
۲- مرحله برنامه ریزی	۲-۱- آماده سازی بیمار برای دریافت خبر بد -در صورت عدم تمایل خود بیمار به دانستن واقعیت بیماری، اعضای تیم باید به بیمار اطمینان دهند، هر زمانی که او تمایل داشته باشد و درخواست کند، اطلاعات مربوط به بیماری در اختیارش قرار خواهد گرفت. -پزشک باید متناسب با میزان تمایل هر بیمار به دانستن، اطلاعات را در اختیار وی قرار دهد. -میزان تمایل بیمار برای مطلع شدن از مسائل مربوط به بیماریش، با سوالاتی ساده که توسط پزشک مشخص می شود: آیا شما تمایل دارید، اطلاعات مربوط به بیماری تان به طور کامل در اختیار خودتان قرار گیرد؟ ترجیح می دهید چه اطلاعاتی به خودتان و چه اطلاعاتی به عضو نزدیک خانواده تان گفته شود؟ ۲-۲- آماده سازی خانواده برای دریافت خبر و بیان واقعیت به بیمار -در فرهنگ کشورهای آسیایی و خاورمیانه از جمله ایران، خانواده مخالف مطلع کردن بیمار از بیماریش است، در چنین شرایطی در این مرحله، ابتدا باید جلسه ای خصوصی با حضور خانواده ترتیب داده شود. -در این جلسه، اعضای تیم باید با استدلال سعی کنند اعضای خانواده را متقاعد نمایند که در صورت تمایل بیمار به مطلع شدن از بیماریش، پنهان کردن این اطلاعات از وی نادرست است و می تواند عواقب مخرب به دنبال داشته باشد. -در همین راستا اعضای تیم باید بتوانند این اطمینان را در خانواده ایجاد کنند که آنها، اطلاعات مربوط به بیماری را با شیوه ای مناسب، غیر ناگهانی و متناسب با شرایط بیمار و میزان تمایل وی در اختیارش قرار خواهند داد. ۲-۳- آماده کردن محیط و شرایط برای اعلام خبرنگار

2. Follow up

1. Refer

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

- برای اعلام خبر بد، از یک اتاق خصوصی، راحت و تمیز استفاده کنید. در صورت عدم امکان برقراری چنین شرایطی، با اقدامات ساده ای نظیر: کشیدن پرده یا پاراوان در اطراف تخت بیمار، باید خلوت مناسب برای وی فراهم کنید.

- هر عامل مداخله گر نظیر صدای زنگ تلفن و موبایل را قطع کرده و ترتیبی دهید تا در طول جلسه با بیمار و خانواده اش مشخص دیگری، پاسخگوی تلفن ها باشد. از بیمار و خانواده اش هم درخواست کنید تا در طول جلسه، موبایل خود را خاموش کنند.

- هماهنگی های لازم را انجام دهید تا در طول جلسه با بیمار و خانواده، کسی مزاحم نشود و حتی تابلوی "مزاحم نشوید" را پشت درب وصل کنید.

- قبل از جلسه مطمئن شوید که صندلی به تعداد کافی در اتاق وجود دارد و کلیه افراد شامل: تیم، بیمار و اعضای خانواده او می توانند بنشینند. وضعیت نشسته گوینده خبر کمک می کند تا بیمار و خانواده اش در برقراری ارتباط، احساس راحتی بیشتری کرده و مطمئن شوند که پزشک عجله ندارد. حتی اگر بیمار روی تخت خوابیده است، با گذاشتن صندلی کنار تخت او و دعوت از نزدیکان وی برای نشستن جلسه را آغاز کنید.

- نشستن بیمار و خانواده در حین اعلام خبر بیماری، بسیار اهمیت دارد و از بسیاری از عواقب نامطلوب ناشی از شنیدن خبر نظیر غش کردن و ... جلوگیری می کند. با توجه به موارد ذکر شده، از اعلام خبر بیماری در مکان های عمومی نظیر: راهروی بیمارستان و در شرایطی که گوینده و دریافت کننده خبر در وضعیت ایستاده هستند، خودداری کنید.

### ۳- مرحله هماهنگی

- ۳-۱ هماهنگی اعضای اعلام کننده خبر
- ۳-۲ هماهنگی بیمار و خانواده برای دریافت خبر
- ۳-۳ هماهنگی مکان و زمان برای اعلام خبر
- ۳-۴ هماهنگی بین اعضای جمع بیان کننده اطلاعات به بیمار و خانواده

### حین اعلام خبر بد

#### ۱- مرحله اعلام واقعت

- ۱-۱ اعلان واقعت بصورت شفاف و واضح
- ۱-۲ عدم استفاده از اصلاحات و اختصارات پزشکی
- ۱-۳ ارائه اطلاعات برحسب درک و فهم بیمار و خانواده
- ۱-۴ جلوگیری از ارائه اطلاعات اضافی
- ۱-۵ اطمینان از درک درست مطالب
- ۱-۶ پاسخ به سوالات
- ۱-۷ استفاده از تکنیک های همدلانه
- ۱-۸ ارائه اطلاعات درمورد پیش آگهی بیماری در صورت نیاز
- ۱-۹ ارائه اطلاعات درمورد روند درمان
- ۱-۱۰ دادن اطلاعات جامع
- ۱-۱۱ ندادن امید کاذب
- ۱-۱۲ عدم ارائه اطلاعات کاذب

**۲- مرحله حمایت عاطفی**

- ۱-۲ تشویق به ابراز احساسات
- ۲-۲ پاسخ صحیح و همدلانه نسبت به واکنش های ابراز شده
- ۳-۲ درک و هم کیش پنداری
- ۴-۲ توجه به نگرانی و اندوه
- ۵-۲ دلگرمی بخشیدن و همدلی کردن
- ۶-۲ دادن فرصت برای پذیرش و سازگاری با خبر دریافت شده
- ۷-۲ استفاده از عبارات همدلانه

**۳- مرحله جمع بندی و مستند سازی**

- ۱-۳ خلاصه کردن مطالب ارائه شده
- ۲-۳ گرفتن بازخورد برای اطمینان از درک درست مطالب
- ۳-۳ پاسخ به سوالات و رفع ابهامات
- ۴-۳ ارائه توضیحات تکمیلی
- ۵-۳ تهیه گزارش از جلسه اعلام خبر
- ۶-۳ صورت جلسه در صورت درگیری

**بعد از اعلام خبر بد****۱- مرحله ارجاع**

- ۱-۱ ارجاع به سایر مراکز درمانی و آموزشی
- ۲-۱ ارجاع به سازمان های حامی مالی
- ۳-۱ ارجاع به روانشناس / روانپزشک
- ۴-۱ ارجاع به مددکار اجتماعی
- ۵-۱ ارجاع به کارشناس حقوق گیرنده خدمت / رسیدگی به شکایات
- ۶-۱ ارجاع به حراست سازمان در صورت لزوم

**۲- مرحله پیگیری**

- ۱-۲ پیگیری وضعیت روحی - روانی کاستن از غم و اندوه
- ۲-۲ پیگیری فرایند درمان و وضعیت بیماری

فرایند اعلام خبر ناگوار خیلی پیچیده هست و عوامل زیادی روی آن تاثیر می گذارد. علاوه بر مراحل فوق، سازمان های درمانی و آموزشی هم یک سری وظایفی دارند که باید انجام دهند. به همین دلیل، هشت اقدام مدیریتی استخراج شده است که عبارتند از:

۱- فراهم سازی زیر ساخت های اجرایی،

سوالات خود را بپرسند و ادامه درمان را پیگیری کنند و برای جلوگیری از عوارض و اتفاقات بعدی، آموزش ببینند. اگر این شرایط فراهم نشود احتمال قطع درمان و حتی خودکشی وجود دارد و در بعضی از موقعیت ها، بیماران و خانواده ها در مرحله انکار مانده و وضعیت موجود و واقعیت را نمی پذیرند و نیاز هست پیگیری های لازم در این خصوص صورت بگیرد.

## بحث

- ۲- استفاده از مشاوره روانشناس بالینی،
- ۳- فراهم سازی امکانات آموزشی،
- ۴- نظارت و ارائه بازخورد توسط کمیته اخلاق پزشکی،
- ۵- تشکیل کمیته ای مبتنی بر نظارت،
- ۶- حمایت قانونی از افراد اعلام کننده خبرنگار،
- ۷- تعیین و شفاف سازی شرح وظایف،
- ۸- اعلام شرح وظایف به همه کارکنان درگیر در فرایند،
- راهنمای عمل حاضر که دارای هشت گام اصلی برای اعلام خبرنگار می باشد. براساس تجربیات، ترجیحات، نظرات، پیشنهادات و توصیه های متخصصین سلامت، اعضای هیات علمی دانشگاه ها و بیماران و خانواده ها در سه مرکز درمانی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران تدوین و ارائه و از نظر شباهت و تفاوت با پروتکل های موجود مورد بحث و مقایسه قرار گرفته است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴ - پروتکل های موجود برای اعلام خیر بد به بیمار و خانواده در جهان

ردیف	نویسنده	سال	پروتکل	مراحل پروتکل های موجود برای اعلام خیر بد
۱	پروتکل SPIKES	۲۰۰۰	والتر (Walter Baile)	۶ مرحله: آماده کردن محیط ۲- شناختن میزان درک بیمار از وضعیت موجود ۳- تعیین میزان نیاز بیمار به دریافت اطلاعات ۴- اعلام این که قصد دادن خبر بدی را دارید، پیش از دادن خبر ۵- پاسخ صحیح و همدلانه به واکنش های بیمار ۶- اطمینان از فهم صحیح خبر توسط بیمار و آماده کردن وی برای مراحل بعدی
۲	پروتکل PACIENTE	۲۰۱۶	کارولینا ربلو (Rebello Pereira Carolina) و همکاران	۷ مرحله: ۱- آماده سازی، ۲- بررسی میزان آگاهی بیمار و میزان تمایل وی برای دانستن، ۳- دعوت بیمار به حقیقت، ۴- دادن اطلاعات، ۵- توجه به احساسات بیمار، ۶- رها نکردن بیمار و پیگیری، ۷- طراحی استراتژی و چیدمان برنامه مراقبتی
۳	ING-GRIEV			۸ مرحله: ۱- جمع کردن خانواده ۲- دعوت از افرادی که ممکن است بتوانند در دادن خبر بد کمک کنند ۳- معرفی پزشک و خانواده به یکدیگر، اطلاع رسانی در مورد اقدامات انجام شده، ۴- اعلام خبر فوت یا خبر بیماری ۵- دادن یک فاصله زمانی برای ابراز احساسات به خانواده، انجام اقدامات قانونی مربوطه ۶- دادن اطلاعات تماس با پزشک به خانواده ۷- گفتن تسلیت
۴	PEWTER	۲۰۰۶	برای مددکاران سلامت روان اورژانس	۶ مرحله: ۱- آماده سازی ۲- ارزیابی میزان آگاهی بیمار ۳- در ابتدا پزشک باید با جمله ای کامل و صحیح این مساله را که حامل خبری بد هست را گوشزد نماید. سپس سکوت اختیار کند و اجازه دهد که شنونده خود را برای شنیدن خبر بد آماده کند، ۴- اعلام خبر بد ۵- توجه به احساسات شنونده و پاسخ مناسب به این احساسات ۵- جمع بندی مطالب جهت آماده سازی و ورود به موقعیت بعدی
۵	پروتکل BREAKS	۲۰۱۰	ویجایا کومار (n Vijayakumar)	مرحله: ۱- فراهم کردن پیش زمینه ۲- برقراری ارتباط ۳- بررسی وضعیت موجود ۴- هشدار دادن ۵- روشن سازی موضوع
۶	ABCDE	۲۰۰۱	وندکیفت	۵ مرحله: ۱- آمادگی قبلی ۲- فراهم نمودن محیط درمانی مناسب ۳- برقراری ارتباط خوب و مناسب ۴- عکس العمل های بیمار و خانواده اش را بپذیرد ۵- دلگرمی بخشیدن و پذیرفتن احساسات بیمار
۷		۲۰۰۲	لی و همکاران	۱- آمادگی برای مواجهه ۲- ارزیابی درک بیمار از شرایطش و میزان تمایل بیمار به دانستن خبر ۳- بازگویی خبر با زبانی ساده و صادقانه ۴- پاسخ گویی به احساسات بیمار با سکوت و دادن فرصت به او جهت ابراز احساسات خود ۵- پیشنهاد جهت باز کردن مسائل از قبیل روند بهبودی، راه های درمان و تاثیر بر کیفیت زندگی ۶-

ردیف	نویسنده	سال	پروتکل	مراحل پروتکل های موجود برای اعلام خبر بد
				پیشنهاد مراجعه به منابع و خدمات حمایتی دیگر ۷-جمع بندی بحث از طریق تکرار نکات اصلی و پاسخ گویی به سوالات احتمالی بیمار
۸	مک گویگان	۲۰۰۹	مک گویگان و همکاران	۱۰ مرحله ای: ۱-آماده سازی ۲-شناسایی دانسته های بیمار ۳-بررسی آن چه که بیمار تمایل به دانستن آن دارد ۴-سپه کارگیری کلمات یا رفتار مناسب برای جلب دقت بیمار به صورت کلامی یا غیرکلامی ۵-دقت و حساسیت در انتقال خبر بد ۶-درک اندوه بیمار و حمایت از او به هنگام بیان احساساتش ۷-شناسایی تشویش، نگرانی ها و آن چه برای بیمار اهمیت دارد و الویت بندی آن ها ۸-بررسی اطلاعات اضافی مورد نیاز که بیمار در آن لحظه احتیاج به دانستنش دارد ۹-شناسایی نهادها و شبکه هایی که بیمار را حمایت می کنند ۱۰-گفت و گوی واضح و هوشمندانه با بیمار در مورد حمایت های موجود برای وی و ارائه ی چگونگی وضعیت و شرایط بعدی که بیمار با آن مواجه خواهد شد
۹	احمد سالم و همکاران (Abdel-Fattah Salem, Ahmad Salem)	۲۰۱۳		۱-مصاحبه ۲-جمع آوری اطلاعات زمینه ای درباره تمایل بیمار برای میزان اعلام خبر ۳-ارزیابی تاثیر انتظارات و تصویر ذهنی بیمار از بیماری ۴-برقراری ارتباط نزدیک ۵-تصمیم گیری درباره اینکه چه مقدار از اطلاعات باید به بیمار گفته شود ۶-اعلام خبر بد ۷-بحث، خلاصه و بیان عبارات حمایتی برطبق ترجیحات بیمار
۱۰	کای	۱۹۹۶		۱-آماده سازی (پیدا کردن حقایق مرتبط قبل از جلسه) ۲. بیمار چه می داند؟ (اطلاعات قبلی بیمار را بررسی کنید) ۳. آیا اطلاعات بیشتری می خواهید؟ (بررسی کنید که بیمار چقدر می خواهد بداند) ۴. یک آلارم هشدار بدهید. ۵. اجازه انکار ۶. توضیح دهید (در صورت درخواست) ۷. به نگرانی ها گوش دهید. ۸. تخلیه احساسات را تشویق کنید ۹. خلاصه و برنامه (که شامل تقویت امید است) ۱۰. منابع در دسترس را پیشنهاد دهید.
۱۱	اباذری و همکاران	۲۰۱۷		۱-ارزیابی ۲-برنامه ریزی ۳-آماده سازی ۴-اعلام خبر ۵-حمایت ۶-نتیجه گیری
۱۲	حسینی	۲۰۲۰		۱-آماده سازی و هماهنگی ۲-مرحله اطلاع رسانی ۳-مرحله تعالی، برنامه ریزی برای آینده و پیگیری
۱۳	دستورالعمل های بالینی نظام ملی خدمات انگلیس	بازبینی ۲۰۰۶		۱-آماده سازی ۲-بیمار چه می داند؟ ۳-آیا اطلاعات بیش تری لازم است؟ ۴-جلب نظریه بیمار با یک جمله ی اخطاری مانند:مساله جدی است. ۵- اجازه ی انکار به بیمار ۶-شرح بیماری- در صورت درخواست ۷-گوش دادن به آن چه برای بیمار در آن لحظه اهمیت دارد. ۸-اجازه ی تخلیه احساسات به بیمار ۹-جمع بندی، برنامه ریزی و امید مناسب دادن ۱۰-اطمینان دادن به بیمار در مورد در دسترس بودنش برای پاسخ گویی و حمایت
۱۴	شورای ملی ارائه ی خدمات بیمارستانی ایرلند شمالی	۲۰۰۳		۱- آمادگی پزشک ۲-فراهم آوردن محیط مناسب ۳-آماده سازی بیمار ۴-ارائه ی اطلاعات مناسب ۵-حمایت از بیمار ۶-برنامه ریزی فعالیت هایی که در آینده قرار است صورت گیرد ۶-تهیه ی گزارش از صحبت های انجام شده با بیمار و تعیین برنامه های آینده
۱۵	تفاهم نامه ساده شش جزئی با نام رابرت باکمن			۱-آماده سازی خود، محیط و شرایط برای آغاز گفت و گو ۲- توجه به میزان اطلاعات بیمار تا حال حاضر و ترسیم تصویر مناسب از واکنش های پیش رو ۳-شناخت میزان اطلاعات مورد نیاز بیمار از این پس ۴-مبادرت به مشارکت اطلاعات داده ها با وی ۵-بستر سازی مناسب برای پاسخ به احساسات و واکنشهای بیمار و همراهانش ۶-برنامه ریزی فعالیت های پزشکی پیش رو و پیگیری های لازم
۱۶	الگوی رابو و مک فی			۱-آماده سازی ۲- ایجاد یک محیط آموزشی برای ارتباط درمانی ۳- ارتباطات خوب ۴-مواجه شدن با واکنش های بیماران و خانواده های آنان و دلگرم کردن بیمار و ایجاد ثبات
۱۷	کیرشبلوم و همکاران			۱-مهیا سازی، ۲-گفت و گو ۳-جمع بندی

ردیف	نویسنده	سال	پروتکل	مراحل پروتکل های موجود برای اعلام خبر بد
۱۸	پروتکل 13 SPECIFIC STEPS	۱۹۹۸	گیرگیس و سانسون فیشر <sup>۱</sup>	۱۳ گام:- ۱: در نظر گرفتن مکانی ساکت و خصوصی برای گفتگو با بیمار ۲- در نظر گرفتن زمان کافی و بدون وقفه برای گفتگو با بیمار ۳- ارزیابی میزان اطلاعات بیمار درباره وضعیت بیماری ۴- ارائه اطلاعات ساده و صادقانه درباره تشخیص و پیش آگهی، ۵- تشویق بیمار به ابراز هیجان ۶- همدلی با هیجانات بیمار ۷- ارائه پیش بینی صادقانه از مدت درمان ۸- اطمینان به بیمار جهت حمایت از او ۹- تنظیم جلسه ای دیگر با بیمار و همراهانش برای مرور ۱۰- گفتگو و همفکری با بیمار درباره گزینه های درمانی، ۱۱- همراهی در اعلام شرایط به خانواده بیمار ۱۲- معرفی سرویس های حمایتی موجود برای شرایط بیمار ۱۳- ثبت وقایع جلسه در پرونده پزشکی بیمار.
۱۹	پروتکل ATATNURSE	۲۰۰۵	ویلاگران (Villagran, Goldsmith)	۵ گام:- ۱- پرسش: ارزیابی سطح دانش، وضعیت عاطفی و میزان تحصیلات بیمار قبل از اعلام خبر بد ۲- بگو: بیان خبر بد، گزینه های درمانی و سایر اطلاعات به زبانی ساده به بیمار. ۳- پرسش: ارزیابی ادراک بیمار از آنچه پزشک به او گفته است. ۴- به من بیشتر بگو: این مرحله شامل توجه به هیجانات و معنای آنها برای بیمار می باشد که به پزشک برای درک بیشتر بیمار کمک میکند. ۵- پاسخ به هیجانات
۲۰	پروتکل COMFORT	۲۰۱۰	ویلاگران (Villagran, Goldsmith)	۷ گام:- ۱ ارتباط: استفاده از زبان ساده و روان به لحاظ کلامی و غیرکلامی برای ارتباط گیری با بیمار. ۲- جهت دهی: جهت دهی بیمار به سمت واقعیت وضعیتی که در آن هستند جهت تعدیل: توجه انتظارات در مورد درمان و وضعیت بیماری ۳- ذهن آگاهی و آگاهی کامل به آنچه در لحظه اتفاق می افتد، اجتناب از هرگونه حواس پرتی کلامی و غیرکلامی، در نظر داشتن بیمار و واکنشهای او و پاسخدهی متناسب به تغییر نیازهای هیجانی بیمار هنگام: در لحظه اعلام خبر بد به خانواده بیمار شنیدن خبر بد. ۴- خانواده باید حضور داشته باشند چرا که می توانند بعد از شنیدن خبر از او: تأکید بر وجود برنامه و مستمر بودن حمایت کنند. ۵- استمرار فرایند مراقبت از بیمار جهت جلوگیری از ایجاد حس رهاشدگی. ۶- تکرار: تکرار آنچه گفته شده با جملات مختلف جهت اطمینان از درک درست مطالب و جلوگیری از ایجاد امید اشتباه، ۷- تیم بیمار باید تحت مراقبت یک تیم حرفه ای پزشکی شامل پزشک، پرستار، روانشناس و مددکار اجتماعی باشد.
۲۱	پروتکل TRIO	۲۰۱۸		۶ گام: ۱- تسهیل مشارکت خانواده ۲- استقبال از حضور خانواده ۳- ایجاد رابطه مناسب و احترام به خانواده ۴- انتقال دقیق و محتاطانه اطلاعات ۵- مشاهده ی رابطه بین بیمار و اعضای خانواده اش ۶- توجه به نیازهای اطلاعاتی و هیجانی مراقبین
۲۲	پروتکل PENS	۲۰۲۱	میلانکندی و رائو (Mailankody, & Rao)	۴ گام: ۱- ترجیح بیمار: سؤال از بیمار راجع به اینکه میخواهد خودش در جلسه باشد یا یکی از اعضای خانواده اش. ۲- توضیح: توضیح تشخیص در قالب غیر تخصصی، ارائه انتخابهای درمانی، ارائه برنامه نهایی درمان، بحث در مورد پیش آگهی و هزینه های درمان و ارائه بروشورهایی برای اطلاعات ۴- بیشتر در مورد بیماری. ۳- فرار بعدی: تعیین برنامه ملاقات بعدی در دو هفته آینده برای شفاف سازی مطالب. ۴- حمایت و خلاصه کردن
۲۳	پروتکل Six-Point	۱۹۹۲	بوکمن و کاسون	۶ مرحله: ۱- آماده سازی مناسب ۲- ارزیابی اطلاعات قبلی بیمار ۳- پیدا کردن آنچه بیمار می خواهد بداند ۴- دادن اطلاعات ۵- پاسخ به واکنش های بیمار ۶- بسته شدن

اولین گام راهنمای عمل، مرحله بررسی و ارزیابی بود. بررسی شرح حال بیمار، درک و آگاهی فعلی بیمار از بیماری

<sup>1</sup> Girgis, & Sanson-Fisher

تمایل هر بیمار، اطلاعات را در اختیار وی قرار دهد (۲۴، ۳۷).  
 الگوهای مختلفی برآمدگی و تمایل خانواده برای اعلام خبر ناگوار به بیمار وجود دارد: براساس مدل IGAD<sup>1</sup>، خانواده ها در کشورهای مسلمان تمایل دارند همچون چتری محافظ عمل کنند و مانع ایجاد آشفتگی های هیجانی و ناامیدی بیمار شوند، در این جوامع پزشک باید بتواند بین حق بیمار برای دانستن بیماری و تمایل خانواده به عدم اطلاع کامل بیماری، نوعی تعادل برقرار کند. براساس این مدل تاکید بر جملاتی مانند «همه چیز دست خداست» در مورد افراد دارای دیدگاه های مذهبی می تواند حمایتگر باشد (۳۴). همچنین، با توجه به اینکه درک خبر ناگوار تحت تأثیر باورها و نگرش های جامعه است؛ توجه به عوامل مختلف فرهنگی متناسب با جامعه ضروری می باشد، در پروتکل های غربی بنابر اصل «احترام به خودمختاری بیمار»، به دیدگاه بستگان بیمار توجه زیادی نمی شود. اما در فرهنگ آسیایی و شرقی طبق اصل «عدم ضرررسانی»، دیدگاه خانواده نقش مهمی ایفا می کند (۳۸).  
 یکی از ابعاد مهم دیگر در مرحله برنامه ریزی، ارزیابی محیط مناسب و آماده سازی آن برای اعلام خبرناگوار است که شواهد مطابق با نتایج این مطالعه نشان می دهد که تدارک زمینه مناسب<sup>۲</sup>، یکی از اجزاء اصلی اعلام خبرناگوار به بیماران است. فوجیموری<sup>۳</sup> در مطالعه خود به توصیه های زیر تاکید کرده است. برای اعلام خبرناگوار، از یک اتاق خصوصی، راحت و تمیز استفاده کنید. در صورت عدم امکان برقراری چنین شرایطی، با اقدامات ساده ای نظیر: کشیدن پرده یا پاروان در اطراف تخت بیمار، باید خلوت مناسبی برای وی فراهم کنید (۲۴، ۲۱).

### 3. Fujimori and Uchitomi

اش و تمام سرخ های کلامی و غیرکلامی که حاکی از میزان تمایل و آمادگی بیمار به دریافت خبرناگوار، ارزیابی میزان حمایت خانواده از بیمار، تمایل آنها به دانستن درباره بیماری و شناسایی باورها و اعتقادات آنها توسط پزشک یا اعلام کننده خبرناگوار می باشد. در مطالعه دیگری نیز، بررسی بیمار و خانواده برای پیدا کردن پیش زمینه اطلاعاتی، فرهنگی، مذهبی و توانمندی های ذهنی و عاطفی وی جهت انتخاب شیوه اطلاع رسانی و محدوده اطلاعات دریافتی بر عهده تمام اعضای تیم اعلام کننده خبرناگوار بوده است (۲۰). مراحل بررسی، برقراری ارتباط مناسب، با پروتکل احمد سالم (۲۰۱۳) مطابقت دارد (۳۴). همچنین برای آماده سازی بیمار برای دریافت خبر، منابع متعدد بر اهمیت بررسی میزان آگاهی بیمار از بیماری تاکید شده تا متناسب با هر بیمار، بهترین روش را برای اعلام خبرناگوار انتخاب شود (۳۴، ۳۵).

یکی از گام های مهم و ضروری در راهنمای عمل، آماده سازی بیمار و خانواده برای دریافت خبر در مرحله برنامه ریزی بود. گاهی اوقات خود بیمار تمایلی به دانستن اطلاعات بیماری ندارد و ترجیح می دهد این اطلاعات در اختیار خانواده اش قرار گیرد. نتایج مطالعه، فین و کاستلو نشان می دهد که باید به خواسته بیمار برای امتناع از مطلع شدن راجع به بیماری، احترام گذاشته شود. معمولاً امتناع بیماران از دریافت خبر ناگوار، موقتی است و اگر هنگامی که آنها تمایل به شنیدن اطلاعات ندارند، این داده ها در اختیارشان گذاشته شود، آنها دچار آسیب عاطفی خواهند شد (۳۶). بنابراین در راهنمای عمل فوق، در قسمت برنامه ریزی به تمایل بیمار بردانستن واقعیت و آمادگی آن تاکید شد. پزشک باید متناسب با میزان

1. Interview Gather Assess Achieve rapport
2. Appropriate Setting

کیسون<sup>۱</sup> معتقدند، میزان اطلاعاتی که در این مرحله ارائه می‌شود به مواردی نظیر ماهیت بیماری، روشهای درمان، تمایلات و ترجیحات بیمار و همچنین واکنش و عکس‌العمل‌های وی بستگی دارد (۴۳).

در مرحله حمایت عاطفی، سکوت کردن و تشویق به ابراز احساسات، استفاده از کلمات و اصطلاحات معنوی توسط مشارکت کنندگان تاکید شده است. در عین حالی که بیان خبرنگار واضح باشد همراه با شفقت، همدلی و احترام بیان شود (۳۵، ۳۷). نگو متزگر<sup>۲</sup> همکاران (۲۰۰۸) اگر بیمار از نظر روانپزشکی آماده شنیدن یک پیش‌آگهی بد نباشد، گفتن خبرنگار باعث می‌شود او احساس ناامیدی، افسردگی یا اضطراب کند (۴۴). اعلام خبرنگار به شیوه ای همدلانه می‌تواند تاثیر مهمی بر رضایت بیمار داشته باشد و موجب کاهش اضطراب و افسردگی وی شود (۴۵). خانواده نقش مهم حمایتی از بیمار دارد. درالگوی اسپایکز نقش مهمی را که خانواده می‌تواند داشته باشد به طور صریح آورده نشده است (۴۶). اما الگوی COMFORT<sup>۳</sup>، خانواده را به عنوان یکی از اصول اصلی خود معرفی می‌کند (۴۷). در الگوی ABCDE به هیجانات بیمار و خانواده تاکید شده است (۴۸). با توجه به اهمیت نقش خانواده در فرایند بیماری، سلامت جسمانی یا روانی و کیفیت زندگی آنها نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرد که در مدل TRIO<sup>۴</sup> به ارائه پروتکلی مخصوص خانواده پرداخته است (۴۹)، تقدیر از حضور همراهان و تاکید بر اهمیت همراهی خانواده، ارزیابی تمایل خانواده بیمار به دانستن و شناسایی و پاسخ دهی به نیازهای اطلاعاتی خانواده بیمار، در این راهنمای عمل مورد توجه قرار

مرحله بعدی، هماهنگی بین بیمار، خانواده و اعضای تیم اعلام خبرید است که در مطالعه ای مشابه نیز به هماهنگی قبل از اعلام خبرنگار تاکید شده است. در این مرحله، زمان و مکان جلسه، هماهنگی با بیمار در صورت تمایل و یا با خانواده وی انجام می‌گردد. در این مرحله باید توجه نمود که دادن اطلاعات و فراهم آوردن جلسه اطلاع رسانی با هماهنگی بیمار صورت می‌گیرد (۲۰). این مرحله می‌تواند تضادی که بین اطلاعات ارائه شده توسط کارکنان درمان وجود دارد را بر طرف کند.

مرحله اعلام خبرنگار یا بیان واقعیت به بیمار و خانواده است که در این مطالعه، نظرات متخصصین سلامت و ذی‌نفعان مطابق با مطالعات انجام یافته است. از عجله، شتابزدگی و اعلام خبر بدون آماده کردن بیمار و تدارک مقدمات لازم، خودداری شود. در مطالعه مناقب و همکاران (۱۳۹۲) آمده است ۷۶/۹ درصد بیماران، تمایل داشتند پزشک قبل از اعلام خبر ناگوار، اطلاعات کلی در مورد بیماریشان را در اختیار آنها قرار دهد (۳۹). نتایج بررسی های مختلف نشان می‌دهد که یکی از دلایلی که پزشکان معمولاً، روش ناگهانی را برای اعلام خبر ناگوار انتخاب می‌کنند تراکم فعالیت های بالینی و کم توجهی به آموزش و تحقیق است. در نتیجه وقت کافی به فرایند اعلام خبرنگار اختصاص نمی‌دهند و از روش های نامناسب برای اعلام خبرنگار استفاده می‌کنند (۴۰، ۴۱). منابع مختلفی تایید می‌کنند که اعضای تیم اعلام خبر ناگوار بخصوص پزشک باید سعی کند وقت کافی برای جلسه اعلام خبر ناگوار و پاسخگویی به سوالات بیماران و همراهان وی اختصاص دهد و در این مورد شتابزده عمل نکند (۳۵، ۴۲). همچنین باکمن و

4. -Facilitate Collaborative Family Involvement
- Welcome Family Attendance
- Build Rapport and Show Respect to Family
- Careful Communication of Information

1. Buckman and Kaison
2. Ngo-Metzger
3. C: Communication, O: Orientation, M: Mindfulness, F: Family, O: Ongoing, R: Repetition, T: Team

BREAKS (۵۲)، بیان شفاف و ساده، آماده سازی، ارجاع به نهادهای حمایتی و مرحله بررسی، با پروتکل مک‌گویلان (۵۳)، بررسی، برنامه ریزی، حمایت و جمع بندی با پروتکل ابذری (۳۸)، آماده سازی و هماهنگی با پروتکل حسینی (۲۰) مشابهت دارد. یکی از ویژگی‌های متمایز این راهنمای عمل، تأکید بر هماهنگی در اعلام خبر بد است. تفاوت اصلی این راهنمای عمل با سایر الگوهای موجود این هست که اکثر الگوها تدوین شده از الگوی اسپایکز یا مطالعات مروری و بر اساس نظرات پزشکان برای اعلام خبر سرطان بوده ولی این راهنمای عمل بر اساس تجربیات و ترجیحات بیماران، خانواده ها و کارکنان درمان و سایر متخصصین درگیر در این فرایند برای اعلام اخبار ناگوار غیر حاد در بخش های مراقبت ویژه می باشد.

مطالعه حاضر در سه بیمارستان شهر تهران، ایران انجام شده است. از این روممكن است تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی و ساختاری این شهر با سایر شهرهای ایران، قابلیت انتقال نتایج بدست آمده را محدود کند. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌ها این بود که بخشی از گردآوری داده‌ها در زمان بیماری جهان گیر امیکرون (کرونا) صورت گرفت که انجام مصاحبه‌ها را دچار مشکل کرده بود ولی با هماهنگی و مدیریت پژوهشگر این مشکل تا حدودی رفع شد.

### نتیجه گیری

تفاوت‌های فرهنگی در زمینه‌های مختلف مانند: ارتباطات، ابراز احساسات، نقش خانواده و انتظارات از سیستم بهداشتی-درمانی بر نحوه اعلام خبرناگوار تأثیر می‌گذارد به عنوان مثال، در فرهنگ‌های شرقی مانند ایران، خانواده نقش مهمی در

گرفته است.

در مرحله ارجاع که اکثر مشارکت کنندگان به آن تأکید کرده و ضروری دانستند، حضور روانشناس در جلسه یا ارجاع بیمار بود که حمایت روحی و روانی از بیمار و تشویق وی به بیان احساسات و نگرانی هایش، موثر است. در بررسی روانشناسی مشخص می شود که وی سابقه مشکلات روحی و روانی داشته یا از داروهای مربوط به اعصاب و روان استفاده می کرده و یا احتمال اقداماتی مثل خودکشی وجود دارد. بنابراین باید تدابیر لازم برای ارجاع وی به یک روانپزشک صورت گیرد. اوکامورا<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) در راهنمای بالینی خود به بیماران مبتلا به سرطان، توصیه می کند بیماران دارای سابقه اختلالات روانشناختی، ارجاع آنها به یک روانپزشک بعد از شنیدن خبرناگوار می تواند مفید باشد (۵۰). این مورد در مرحله پیگیری وضعیت روحی و روانی بیمار و خانواده مفید است و همچنان مورد حمایت ارائه دهندگان مراقبت سلامت قرار می گیرند (۲۰).

بعضی از مراحل راهنمای عمل تهیه شده با برخی از گام‌های پروتکل های موجود، مشابهت و مطابقت دارد. این راهنمای عمل نیز مثل سایر الگوهای موجود، بر آماده سازی، توجه به واکنش‌های هیجانی بیماران و خانواده‌ها، مستندسازی و جمع‌بندی اطلاعات به عنوان یک مرحله کلیدی، فرآیندی بودن اعلام خبرناگوار، تأکید می کند. نمونه هایی از این پروتکل ها مثل، مراحل آماده‌سازی محیط، پاسخ همدلانه به واکنش ها و اطمینان از درک صحیح بیمار، با پروتکل SPIKES (۹)، آماده سازی و رها نکردن بیمار و پیگیری کردن با دستورالعمل PACIENTE<sup>۲</sup> (۵۱)، فراهم کردن پیش زمینه با پروتکل

1. Okamura

2. P: Prepare, A: Assess, I: Invite the Patient to the Truth, I: Inform, E: Emotions, D: Do Not Abandon the Patient, Outline a Strategy

۳) نظارت کمیته اخلاق پزشکی یا کمیته حقوق گیرنده خدمت در فرایند اعلام خبربرد مورد توجه قرار گیرد و بازخورد ملموسی داشته باشد.

۴) حمایت حقوقی و قانونی از همه ارائه دهندگان مراقبت سلامت که درگیر این فرایند هستند جدی گرفته شود.

۵) ارائه خبر ناگوار توسط تیم مراقبتی- بهداشتی با سرپرستی پزشک مورد تاکید و نظارت جدی قرار گیرد.

### تقدیر و تشکر

از همه مسئولین دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، همه مشارکت کنندگان در مطالعه به خاطر همکاری و همراهی تقدیر و تشکر می شود. حمایت مالی در این مطالعه وجود نداشت.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

### سهام نویسندگان

نویسنده اول در جمع آوری و تحلیل داده ها، و سایر نویسندگان در تحلیل داده ها و تأیید نسخه نهائی مشارکت داشتند.

تصمیم‌گیری‌های پزشکی دارد. از طرف دیگر توجه به دیدگاه های بیمار، خانواده و نقش سایر تیم درمانی در بهبود انتقال خبر ناگوار موثر است. در مجموع، اعلام خبرنگار به بیماران و خانواده‌ها در بخش‌های مراقبت ویژه نیازمند اعمال نقش بی بدیل تفاوت‌های فرهنگی و ایفای نقش همراه با آموزش ارائه دهندگان مراقبت سلامت در این زمینه است. توجه به تفاوت‌های این مطالعه با سایر مطالعات و استفاده از روش مناسب برای هر فرهنگ و جغرافیای خاص می‌تواند به بهبود فرآیند اعلام خبر بد و کاهش عوارض منفی آن کمک کند. همچنین، آگاهی‌بخشی به بیماران و خانواده‌ها در مورد حقوق خود و انتظارات از سیستم بهداشتی-درمانی می‌تواند در اصلاح امور تسریع نماید. برای بهبود فرایند اعلام خبرنگار، چند توصیه پیشنهاد می‌گردد:

۱) همه عناصر درگیر در این فرایند ضمن ایفای نقش موثر خود باید آموزش ببینند و مهارت های ارتباطی و نحوه اعلام خبر بد را یاد بگیرند.

۲) در مورد رعایت الزامات اخلاقی و قانونی اعلام خبرنگار، نقش رسانه های عمومی اعم از صدا سیما، روزنامه، فضای مجازی و سایر رسانه ها در فرهنگ سازی و آگاهی دهی، بسیار مهم است.

## منابع

1. Ptacek J, Ellison NM. Health care providers' perspectives on breaking bad news to patients. *Critical care nursing quarterly*. 2000;23(2):51-9.
2. Warnock C, Buchanan J, Tod AM. The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *Journal of advanced nursing*. 2017;73(7):1632-45.
3. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(7):1543-55.
4. McSteen K, Peden-McAlpine C. The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2006;8(5):259-69.
5. Rassin M, Dado KP, Avraham M. The role of health care professionals in breaking bad news about death: the perspectives of doctors, nurses and social workers. *International journal of caring sciences*. 2013;6(2):227.
6. Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, et al. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iranian journal of psychiatry*. 2010;5(4):128.
7. Cheah WL, Dollah NB, Chang CT. Perceptions of receiving bad news about cancer among bone cancer patients in sarawak general hospital-a descriptive study. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*. 2012;19(3):36.
8. Gilbey P. Qualitative analysis of parents' experience with receiving the news of the detection of their child's hearing loss. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2010;74(3):265-70.
9. Baile W, Buckman R, Lenzi R, Gliner G, Beale E, Kudelka A. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news. Application to the patient with cancer. 2000;5.
10. Brown V, Parker P, Furber L, Thomas A. Patient preferences for the delivery of bad news—the experience of a UK Cancer Centre. *European journal of cancer care*. 2011;20(1):56-61.
11. Nazari Tavakkoli S, Foroozandeh M. Truthfulness, comparative study of the teachings of Islamic ethics and principles of medical ethics. *Medical Ethics Journal*. 2015;9(32):167-94.
12. Barclay JS, Blackhall LJ, Tulskey JA. Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *Journal of palliative medicine*. 2007;10(4):958-77.
13. Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(5):1-11.
14. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. Factors associated with patient preferences for communication of bad news. *Palliative & Supportive Care*. 2017;15(3):328-35.
15. Buken NO. Truth-telling information and communication with cancer patients in Turkey. *J Int Soc Hist Islamic Med*. 2003;2(4):31-7.
16. Al-Mohaimed AA, Sharaf FK. Breaking bad news issues: a survey among physicians. *Oman medical journal*. 2013;28(1):20.
17. Abdelmoktader AM, Abd Elhamed KA. Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: A structured verbal questionnaire. *BMC medical ethics*. 2012;13(1):1-5.
18. Abbaszadeh A, Ehsani SR, Kaji MA, Dopolani FN, Nejati A, Mohammadnejad E. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2014;7.
19. Kuzu N, Ergin A, Zencir M. Patients' awareness of their rights in a developing country. *Public health*. 2006;120(4):290-6.
20. Sadat Hoseini As. Propose a model for delivering bad news based on Iranian-Islamic culture: Hybrid study. *Education and Ethics in Nursing*. 2021;10(1):26-35.
21. Labaf A, Jahanshir A, Shahvaraninasab A. Difficulties in using Western guidelines for breaking bad news in the emergency department: the necessity of indigenizing guidelines for non-Western countries. *Journal of Medical Ethics &*

- History of Medicine. 2014;7(1).
22. Back AL, Curtis JR. Evidence-based case reviews: communicating bad news. *Western Journal of Medicine*. 2002;176(3):177.
  23. Xue D, Wheeler JL, Abernethy AP. Cultural differences in truth-telling to cancer patients: Chinese and American approaches to the disclosure of 'bad news'. *Progress in Palliative Care*. 2011;19(3):125-31.
  24. Buckman RA. Breaking bad news: the SPIKES strategy. *Community oncology*. 2005;2(2):138-42.
  25. 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. *Medical teacher*. 2022;44(10):1087-91.
  26. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
  27. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
  29. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
  30. Ali AK. Using the Delphi technique to search for empirical measures of local planning agency power. *The Qualitative Report*. 2005;10(4):718-44.
  31. Burns NA, Grove SK. *Burns & Grove's understanding nursing research: building an evidence-based practice*: Elsevier/Saunders; 2013.
  32. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of advanced nursing*. 2003;41(4):376-82.
  33. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*: sage; 1985.
  34. Salem A, Salem A-F. Breaking bad news: current prospective and practical guideline for Muslim countries. *Journal of Cancer Education*. 2013;28(4):790-4.
  35. Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, Tattersall MH, Currow DC. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *The Medical Journal of Australia*. 2007;186(12):S77.
  36. Parsa M, Bagheri A, Larijani B. Telling bad news and its various aspects. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011;4(6):1-14.
  37. Ahmady AE, Sabounchi SS, Mirmohammadsadeghi H, Rezaei A. A suitable model for breaking bad news: Review of recommendations. *JMED Res*. 2014;2014:1-15.
  38. Abazari P, Taleghani F, Hematti S, Malekian A, Mokarian F, Hakimian SMR, et al. Breaking bad news protocol for cancer disclosure: an Iranian version. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2017;10.
  39. Managheb SE, Hosseinpour M, Mehrabi F. Patient's viewpoints about how to break bad news. *Iranian Journal of Microbiology*. 2013;5(4).
  40. Khalil RB. Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: a review. *Palliative & supportive care*. 2013;11(1):69-78.
  41. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Personal fear of death affects the proper process of breaking bad news. *Archives of Medical Science*. 2013;9(1):127-31.
  42. Hollis R, Corkin D, Crawford D, Campbell M, Coad J, Davies J, et al. *Breaking bad news: supporting parents when they are told of their child's diagnosis*. London: Royal College of Nursing. 2013.
  43. Buckman R. *How to break bad news: a guide for health care professionals*: University of Toronto Press; 1992.
  44. Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, Liao S, Meyskens FL, Jr. *End-of-Life care: guidelines for patient-centered communication*.

- Am Fam Physician. 2008;77(2):167-74.
45. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(3):164-77.
46. Matthews T. Breaking bad news about cancer: the experiences of patients, patients' family/whānau members and healthcare professionals: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Clinical Psychology at Massey University, Wellington, New Zealand: Massey University; 2020.
47. Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. Creating COMFORT: A communication-based model for breaking bad news. *Communication Education.* 2010;59(3):220-34.
48. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician.* 2001;64(12):1975-8.
49. Laidsaar-Powell R, Butow P, Boyle F, Juraskova I. Facilitating collaborative and effective family involvement in the cancer setting: guidelines for clinicians (TRIO Guidelines-1). Patient education and counseling. 2018;101(6):970-82.
50. Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M, Eguchi K, Kakizoe T. Guidelines for telling the truth to cancer patients. *Japanese journal of clinical oncology.* 1998;28(1):1-4.
51. Pereira CR, Calônego MAM, Lemonica L, Barros GAMd. The PACIENTE Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2017;63(1):43-9.
52. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian journal of palliative care.* 2010;16(2):61.
53. McGuigan D. Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard.* 2009;23(31).

## **A Comprehensive Practical guideline for Breaking Bad News to Patients and Their Families in Intensive Care Units: A Qualitative Study**

Soore Khaki<sup>1</sup>, Masoud Fallahi-Khoshknab<sup>2</sup>, Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi<sup>3</sup>, Gülbeyaz Can<sup>4</sup>,  
Mohammad Ali Hosseini\*<sup>5</sup>

1. Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3. Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4. Professor, Department of Medical Nursing, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul University – Cerrahpasa, Istanbul, Turkey.

5. Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Received:** 21 July 2024

**Accepted:** 19 January 2025

**Published:** 15 March 2025

### **\*Corresponding Author**

**Mohammad Ali Hosseini**

**Address:** Koodakyar Ave, Daneshjoo Blvd., Velenjak, Tehran, Iran.

**Postal Code :** 1985713871

**Tel:** 98 22 18 01 58

**Email:** [mahmaimy2020@gmail.com](mailto:mahmaimy2020@gmail.com)

### **Citation to this article:**

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. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2025; 17:Article number: 28.

### **Abstract**

Conveying bad news to patients and their families is a process that requires team collaboration. Different countries have taken into consideration providing suitable solutions. This study aimed to develop an practical guideline, according to the experiences of patients, families, and healthcare providers in intensive care units across three phases. In the first phase, in-depth interviews were conducted with 31 participants selected through purposive sampling, and the initial draft of the practical guideline was created. In the second phase, the initial draft was discussed and reviewed by experts in two focus group meetings, and a secondary draft was developed. In the third phase, the practical guideline compiled by the Delphi method was validated by 43 experts in policymaking and decision-making. Finally, an practical guideline to deliver bad news to patients and their families was developed with 8 main steps and 43 sub-steps. The main steps included before delivering bad news (assessment, planning and preparation, coordination), during delivering bad news (announcing bad news, emotional support, summary and documentation), and after delivering bad news (referral, follow-up). This practical guideline is intended to facilitate the process of delivering bad news in intensive care units to achieve the desired outcomes and reduce the resulting consequences and harms. Accordingly, healthcare providers are recommended to consider the importance of patient and family preferences, adhering to scientific and standard methods for delivering bad news, and upholding the principles of professional ethics.

**Keywords:** Healthcare providers, Breaking bad news, Practical guideline, Professional ethics.

