

تجربیات پرستاران از رساندن خبر بد به بیماران و همراهان

لیلا مهستی جویباری

سامیه غنا

سمیه صرافی خیرآباد

اکرم ثناگو^۱

چکیده

مقدمه: کادر پزشکی، بیماران و همراهان بیماران همیشه در معرض مواجهه با اخبار، شرایط و اوضاعی هستند که آن‌ها را «خبر بد» و «شرایط ناخوشایند» ارزیابی می‌کنند. هدف از این پژوهش، تبیین تجربیات پرستاران از رساندن خبر بد به بیماران و همراهان آنان بوده است.

روش: در این پژوهش کیفی با ۳۰ پرستار مصاحبه نیمه ساختار به عمل آمد. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر از تنوع انتخاب شدند. حداقل یک سؤال باز در تمامی مصاحبه‌ها مطرح شد، بقیه سؤالات کاوشی بود. مصاحبه‌ها خط به خط، دست نویس و مطابق رویکرد «تحلیل محتوا» آنالیز شدند. برای شرکت در مطالعه و ضبط صدا رضایتنامه شفاهی اخذ گردید.

یافته‌ها: از آنالیز داده‌ها مضامین «به پزشک واگذار کردن، توسل به اقوام دورتر، مهیا کردن زمینه، کوچک جلوه دادن موضوع» استخراج شد. مشارکت کنندگان ابلاغ «اخبار تشخیصی» را جزء مسئولیت و وظایف خود نمی‌دانستند، لذا تلاش می‌کردند تا هر آنچه که در این حیطه باشد را به پزشک واگذار نمایند. یکی از رایج‌ترین استراتژی‌های پرستاران در رساندن خبر بد «روحیه دادن به بیمار و همراه وی» بوده است.

نتیجه‌گیری: داده‌ها نشان داد پرستاران در ابلاغ خبر بد به بیماران و همراهان وی از روش‌های غیر مستقیم استفاده می‌کنند، پزشکان را مسؤول این کار می‌دانند، دستورالعمل

۱. دکترای آموزش پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی بویه، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران. (نویسنده مسؤول)

خاصی در خصوص ابلاغ اخبار بد به بیمار و خانواده ندارند و هر پرستاری به سبک خاص خود مبتنی بر ذهنیات، ولی مطابق فرهنگ رفتار می‌نماید. با توجه به تنوع اجتماعی و فرهنگی بیماران، ضروری است تا پرستاران با شیوه‌های علمی ابلاغ خبر بد که به کرات در زندگی کاری خود با آن مواجهه می‌شوند، آشنا شوند.

واژگان کلیدی

رساندن خبر بد، اخلاق پزشکی، پرستار، بیمار، تحلیل محتوا

مقدمه

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. (سمپل، ۲۰۰۷ م.) 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 قلمداد شود (ساوکو، ۲۰۰۷ م.)، خبر دریافت ابتلا به بیماری قند توسط فردی فاقد اطلاعات پزشکی کافی که از بد روزگار نیز چندی قبل شاهد کوری 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 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، مسأله را برای وی قابل تحمل و قابل قبول جلوه می‌نماید، (اورلاندر، ۲۰۰۲ م.) لذا خبر بد را می‌توان به این صورت تعریف کرد: «هرگونه اطلاعاتی که اثرات شدید و نامطلوب بر دیدگاه آینده یک فرد بگذارد». (پارسا، ۱۳۹۰ ش.) با توجه به این که بر اساس اصول اخلاق پزشکی و منشور حقوق بیمار، بیماران و گاهی اطرافیان بیمار حق آگاهی و برخورداری از اطلاعات مربوط به سلامتی خود و از جمله 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 رازداری پزشکی، خودمختاری، تعارض منافع، حق امتناع از پذیرش درمان یا ترک درمان (جز در شرایط استثنایی) اشاره کرد. یکی از مشکل‌ترین جنبه‌های حرفه‌ای پزشکی، مسؤلیت اعلام «خبر بد» به بیمار و اطرافیان وی توسط پزشک یا سایر کارکنان پزشکی می‌باشد. (آگارد، ۲۰۰۲ م؛ واگنی، ۲۰۰۱ م) دلایل شخصی و حرفه‌ای و اجتماعی زیادی وجود دارد که موجب می‌شود پزشک در رساندن خبر بد به بیماران با مشکل مواجه شود. از مهم‌ترین دلایل می‌توان به موارد عدم آشنایی پزشک به بهترین روش رساندن خبر بد، ترس از تجربه شکست فردی، نگرانی از برهم خوردن ارتباط مناسب قبلی با بیمار، عدم شناخت روحیه و عاطفه بیمار، ترس از واکنش احساسی بیمار و عدم اطلاع از آنچه ممکن است اتفاق بیفتد، اشاره کرد. (مناقب، ۱۳۸۸ ش.) تردیدی وجود ندارد که اعلام ماهرانه، مدیرانه، 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. (آوری، ۲۰۰۲ م.) 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 گران‌بهایی 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. (کوریتس، ۲۰۰۵ م.) آموزش مناسب شیوه‌های انتقال اخبار بد، از ناراحتی و عدم اطمینانی که معمولاً در حین اطلاع‌رسانی این‌گونه اخبار در پزشکان وجود دارد، می‌کاهد. (غفاری‌نژاد، ۱۳۸۵ ش.) عدم مهارت و آموزش قبلی و کافی پزشکان حتی پزشکان پرسابقه برای مواجهه با موقعیت اعلام «خبر بد» و

کنترل و مدیریت فضا و شرایط اعلام «خبر بد» و موقعیت مابعد اعلام «خبر بد» می‌باشد. (اسچیلدمن، ۲۰۰۵ م.) ایجاد شرایط محیطی، عاطفی، اجتماعی و حتی علمی مناسب و برقراری رابطه منطقی و اصولی با بیمار و اطرافیان وی در چنین شرایطی، کار را سهل نموده و از سنگینی و هیبت «خبر بد» مانند اعلام یک سرطان پیشرفته، یک سندرم علاج‌ناپذیر، یک بیماری دژنراتیو پیشرونده، ابتلا به ایدز، عدم امکان باروری، وجود جنین مرده یا ناقص‌الخلقه در رحم، وجود سندرم ژنتیکی به بیمار می‌کاهد (گراتچراو، ۲۰۰۸ م.) و ضمن تسکین و تخفیف رنج و آلام بیمار، به وی قدرت مواجهه منطقی و مسؤولانه با خود، پزشک، بیماری، پروتکل‌های درمانی یا نگهدارنده مناسب، حفظ شادابی برای باقیمانده عمر را داده و می‌تواند منجر به تصحیح اشتباهات فاحش عقیدتی، فکری، رفتاری، اجتماعی و اخلاقی بیماران گردد. اعلام خبر بد آنان را به بی‌وفایی دنیا و زودگذر بودن ایام عمر فانی آگاه می‌نماید و درهایی از حکمت و بصیرت و اشراق را روی آنان می‌گشاید. چه بسا از تبعات نیک و خداپسندانه چنین رویکردی، خیر دنیا و آخرت نیز نصیب پزشک و سایر کادر درمانی گردد و با کنترل و مدیریت موقعیت و درک هنرمندانه و مدبرانه شرایط شخصیتی، عاطفی، فکری، اجتماعی، خانوادگی و... بیمار، زمینه هشیاری و بیدار باشی را در هنگام استماع «خبر بد» برای بیمار فراهم آورد. (اونگار، ۲۰۰۲ م.) از آنجایی پرستاران نقش حیاتی در ارتباط پزشک، بیماران و همراهانشان دارند و تاکنون به نقش پرستاران در ارائه خبر بد کمتر توجه شده است، برآن شدیم تا تجربیات پرستاران در رساندن خبر بد به بیمار و همراهان آن‌ها را مورد بررسی قرار دهیم، امید است معرفی تجارب پرستاران به ارتقای رفتارهای اخلاقی در این خصوص کمک نماید.

روش

در این پژوهش با رویکرد کیفی تجربیات پرستاران از رساندن خبر بد به بیماران و همراهان بررسی شد. پژوهش کیفی یک روش سیستماتیک و ذهنی است که به منظور توصیف تجارب زندگی و درک معانی آن به اجرا در می‌آید. (عابدی، ۱۳۹۰ ش.) جامعه آماری این پژوهش ۳۰ پرستار شاغل در ۸ بخش درمانی در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود که با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف شرکت کردند. معیار ورود به مطالعه علاقه‌مند بودن به برقراری ارتباط و بیان تجربیات خود، داشتن حداقل ۲ سال سابقه کاری بود. رضایت‌نامه شفاهی برای ضبط صدا و شرکت در پژوهش اخذ گردید. برای انجام مصاحبه‌ها ابتدا اطلاعات دموگرافیک شامل جنسیت، نوع استخدام، مدرک تحصیلی، بخش محل کار و سابقه کاری پرسیده شد، سپس از سؤالات نیمه‌ساختار استفاده گردید. حداقل یک سؤال باز از تمام مشارکت‌کنندگان پرسیده شد «آیا شده تا کنون یک خبر بد را به بیمار یا همراهش بدهید؟ برایم مثال بزنید»، سایر سؤالات از نوع سؤالات کاوشی، از قبیل «چرا، چگونه و...» بودند و پژوهشگر سعی داشت تا یک شنونده فعال باشد. مدت هر مصاحبه ۴۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. ملاک ختم نمونه‌گیری، اشباع داده‌ها، به معنی تکرارپذیری داده‌ها و به دست‌نیاوردن داده‌های جدید بود. (کهن، ۱۳۹۰ ش.) تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری داده‌ها صورت گرفت. به این منظور بلافاصله پس از هر مصاحبه نوارهای صوتی دست‌نویس و حداقل یک بار هر دست‌نوشته با متن نوار از نظر انطباق محتوایی آن کنترل شدند. دست‌نوشته‌ها مطابق رویکرد کیفی تحلیل محتوای گرانهم^۱ و لوندمن^۲ (۲۰۰۴ م.) تحلیل شدند. ابتدا تمامی دست‌نوشته‌ها خط به خط خوانده شدند، سپس عبارت یا کلمات مرتبط (با هدف مطالعه) در هر سطر و پاراگراف خط

کشیده شد (کدگذاری سطح یک، معروف به کدهای باز یا زنده تأمین کدهای سطح یک با توجه به تکرار و معنای خود در خوشه‌هایی قرار گرفتند، خوشه‌ها چندین بار مرور و بر اساس شباهت محتوایی تلفیق شدند و طبقات را شکل دادند (کدگذاری سطح دو تأمین برای هر یک از این طبقات، مضمونی انتخاب شد که نشانگر محتوای آن و بیانگر تجربه مشارکت کنندگان است (کدگذاری سطح سه)، از این رو هر طبقه اصلی دارای یک مضمون و چند طبقه فرعی می‌باشد.

برای تأمین استحکام داده‌ها از مهم‌ترین و مرسوم‌ترین رویکرد در تحقیقات کیفی «عودت داده‌ها به شرکت کنندگان» استفاده شد. به این منظور مضامین اصلی و فرعی، طبقات و محتوای آن‌ها به تعدادی از مشارکت کنندگان بازگردانده شد و درباره این که آیا این مضامین بیانگر چیزی است که آنان تجربه نموده‌اند، سؤال شد. در این خصوص بین محققان و مشارکت کنندگان توافق حاصل شد.

از دیگر اقدامات انجام شده برای تأمین صحت و استحکام داده‌ها استفاده از تری انگولیشن یا تلفیق محققین به هنگام تحلیل داده‌ها بود. از این رو، هر یک از مصاحبه‌ها جداگانه کدگذاری شد و سپس کدگذاری دو نفر از محققان این مطالعه با یکدیگر مقایسه و بحث شد به طوری که اجماع در تحلیل نیز حاصل آمد.

یافته‌ها

۹۰٪ پرستاران مؤنث و تمامی شرکت کنندگان با مدرک کارشناسی بودند. کمترین سابقه کاری ۳ سال و بیشترین سابقه ۲۸ سال بوده است (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات فردی اجتماعی شرکت کنندگان

تعداد (درصد)	مشخصات فردی - اجتماعی	
۱۳ (۴۳/۳)	۲۲-۳۲ سال	سن
۱۱ (۳۶/۷)	۳۳-۴۲ سال	
۶ (۲۰)	۴۳-۵۲ سال	
۳ (۱۰)	مذکر	جنس
۲۷ (۹۰)	مؤنث	
۱۷ (۵۶/۷)	قراردادی	نوع استخدام
۷ (۲۳/۳)	پیمانی	
۶ (۲۰)	رسمی	
۳۰ (۱۰۰)	کارشناسی	مدرک تحصیلی
۴ (۱۳/۳)	قلب	بخش
۱۰ (۳۳/۳)	داخلی	
۴ (۱۳/۳)	نورولوژی	
۳ (۱۰)	اورژانس	
۳ (۱۰)	جراحی	
۲ (۶/۷)	دیالیز	
۲ (۶/۷)	عفونی	
۲ (۶/۷)	گوش و حلق و بینی	
۷ (۲۳/۳)	۲-۵ سال	سابقه کاری
۱۳ (۴۳/۳)	۶-۱۰ سال	
۳ (۱۰)	۱۱-۱۵ سال	
۳ (۱۰)	۱۶-۲۰ سال	

۱ (۳,۳)	سال ۲۱-۲۵	
۳ (۱۰)	سال ۲۶-۳۰	

از آنالیز داده‌ها مضامین «توسل به اقوام دورتر، به پزشک واگذار کردن، مهیا کردن زمینه، کوچک جلوه دادن موضوع» استخراج شد. پرستاران در ابلاغ خبر بد از یک یا چند روش استفاده کردند. یافته‌ها مؤید آن بود مشارکت کنندگان ابلاغ «اخبار تشخیصی» را جز مسؤولیت و وظایف خود نمی‌دانند، لذا تلاش می‌کنند تا هرآنچه که در این حیطه باشد را به پزشک واگذار نمایند. یکی از رایج‌ترین استراتژی‌های پرستاران «روحیه دادن به بیمار و همراه» بوده است. پرستاران برای ابلاغ اخبار مربوط به فوت بیمار از زمینه‌سازی، توجه به شرایط بیمار و نوع بیماری استفاده کردند. از نگرانی‌های پرستاران واکنش بیماران و همراهان بعد از دریافت خبر ناگوار بوده است.

«توسل به اقوام دورتر»

پرستاران در این مطالعه برای رساندن خبر بد به بیمار و خانواده او از توسل به اقوام دورتر بیمار استفاده می‌کردند و از طریق آن‌ها خبر را می‌رسانند. آن‌ها معتقد بودند که بیمار حالش وخیم است و نباید مستقیم خبر بد را به او داد. در زیر به نمونه‌هایی از متن مصاحبه‌ها اشاره می‌شود:

«به مریض هیچ وقت خبر بد را نمی‌دهم، چون حال خودش بد است، به همراهش می‌گویم و سعی می‌کنیم که همراهش از اقوام نزدیک بیمار نباشد و از همراهان دور بیمار باشد.»

«مریضی داشتیم که دیالیز می‌شد. متوجه شدند این مریض سیروز کبدی و ایدز هم دارد ما به خود مریض در این مورد هیچی نگفتیم، به یکی از همراه‌های دورش گفتیم که قضیه از چه قرار است.»

از طرفی پرستاران معتقد بودند خبر بد از طریق اقوام دورتر آرام‌آرام بخش می‌شود تا به گوش اقوام نزدیک و یا بیمار برسد و حسن این کار این است که خبر بد از زبان پرستار به بیمار و اقوام او گفته نشده است. یکی از پرستاران این گونه بیان داشت:

«اگر هر خبر بدی باشد به بستگان نزدیک مثل دختر، پسر و... این خبر بد را اصلاً نمی‌رسانم، بلکه این خبر بد را به بستگان دور می‌رسانم، چون آگه به فامیل‌های دور گفته شود این خبر یواش‌واش در فامیل پخش می‌شود به گوش بستگان نزدیک هم رسیده می‌شود این‌جوری این خبر بد هم از زبان پرستار مستقیماً رسانده نمی‌شود.»

«به پزشک واگذار کردن»

یافته‌ها مؤید آن بود پرستاران ابلاغ خبر بد خصوصاً در ارتباط با موضوعاتی از قبیل تشخیص بیماری یا وخامت بیماری را از وظایف پزشک دانسته و آن را جز مسؤولیت و وظایف خود نمی‌دانند، لذا تلاش می‌کنند تا هرآنچه که در این حیطه باشد را به پزشک واگذار نمایند. تشخیص بیماری بدخیم از قبیل سرطان و ابلاغ آن به بیمار و خانواده را به پزشک موکول می‌کردند. رساندن خبر بد از قبیل سرطان به بیمار حتی برای پزشک هم سخت بود، چنانچه یکی از پرستاران این گونه بیان داشت.

«شخصی بود که تومور مغزی داشت. پزشک گفت که بیمار نباید چیزی متوجه شود و به همراهان بیمار هم خود پزشک اطلاع داد.»

از آنجایی که پرستاران در دسترس هستند، بیمار و همراهان اغلب از پرستاران در مورد نوع بیماری و بهبودی می‌پرسند و پرستاران در مواقعی که بیماری جدی باشد آن را به پزشک واگذار کرده و با رویه‌های مختلف از قبیل بی‌اطلاع‌بودن و متوجه‌نشدن از پاسخگویی طفره می‌رفتند. به نمونه‌هایی از اظهارات پرستاران در این زمینه اشاره می‌شود:

«اگر تشخیص بیماری ناعلاج برای بیمار داده شود، مثل سرطان آن را به عهده پزشک می‌گذاریم و اگر از ما، خود بیمار یا همراهان بیمار چیزی پرسند می‌گیم که ما هیچ اطلاعی نداریم یا مثلاً ما به عکس‌ها نگاه کردیم چیزی متوجه نشدیم یا اگر حال بیمار خیلی بد باشد و از ما پرسند که مریضمان خوب می‌شه یا نه، ما بهشون می‌گیم که برانش دعا کنید.»

«اگر بخواهم یک خبر بدی را به همراه اطلاع دهم اگر بدانم که این خبر در همراه بیمار تنش زیادی به وجود خواهد آورد، در این صورت به همراه آن را نمی‌گویم و به عهده پزشک این موضوع را می‌گذارم.»

«اگر در مورد تشخیص بیماری از ما پرسند ما بهشون در این مورد جوابی نمی‌دهیم و آن را به عهده پزشک می‌گذاریم و می‌گیم که ما چیزی نمی‌دانیم.»

«اگر مریض فشارخون بالا داشت به مریض هیچ موقع نمی‌گم که فشارت بالا است در پرونده یادداشت می‌کنم و دکتر می‌آیند اظهار نظر می‌کنند.»

به پزشک واگذار کردن از مضامینی بود که پرستاران در ابلاغ خبر بد به بیمار و خانواده او، مخصوصاً زمانی که این خبر بار سنگینی برای بیمار و خانواده

داشت، مکرر استفاده کردند. بیماری لاعلاج، به خصوص سرطان و همچنین وخامت حال بیمار، آن‌ها را ناگزیز می‌کرد که آن را به پزشک واگذار نمایند.

«مهیا کردن زمینه»

در صورتی که پرستاران عامل رساندن خبر بد به بیمار می‌شدند از ترفندهایی مانند مقدمه‌چینی، روحیه‌دادن و در نظر گرفتن چگونگی ابلاغ خبر بد استفاده می‌کردند. آن‌ها در این مورد سعی می‌کردند به یک باره خبر را بازگو نکنند، بلکه زمینه را خوب فراهم نمایند و سپس ابلاغ خبر بد را داشته باشند. آن‌ها در این راه حتی مراقبت‌های انجام‌شده را هم بازگو می‌کردند. یکی از پرستاران چگونگی رساندن خبر مرگ را به اقوام بیمار این‌گونه بیان داشت:

«اگر مریض فوت کرده باشد به همراهان مریض زنگ می‌زنیم و می‌گوییم که بیایید مریضتان حالش بد است. بعد از این که آمدند مقدمه‌چینی برایشان می‌کنیم، می‌گوییم که شما از حال مریضتان باخبر بودید و می‌دانستید که وضعش چطوری است؟ می‌دانستید همیشه فشارش پایین است؟ و هیچ موقع فشارش بالا نمی‌آمد یا می‌دانستید مریضتان ضربه مغزی شده است؟ و دکتر همش بالا سرش بود دکتر و پرستارها هر کار از دستشان بر می‌آمد برایشان انجام دادند، ولی ایشان فوت کردند و نشد که زنده بمانند.»

«اگر بیمار ارست کرد و شوک بهش دادیم، اما بیمار برنگشت اول به همراهان بیمار تقویت روحیه می‌دهیم بعد می‌گوییم که بین مرگ و زندگی باید حقیقت را پذیرفت می‌گوییم ما هر کاری از دستمان بر می‌آمد برای بیمارستان انجام دادیم ولی ایشان متأسفانه فوت کردند.»

پرستاران معتقد بودند که رساندن خبر بد باعث از دست دادن روحیه بیمار می‌شود، بنابراین ضرورت مقدمه‌چینی و آهنگ کلام و بکارگیری کلمات مناسب را ضروری می‌دانستند، یکی از پرستاران بیان داشت:

«اگر لازم باشد که به بیمار خبر بد را بدهیم در این صورت با ملایمت به بیمار این خبر را می‌دهیم تا روحیه اش حفظ شود باید روحیه مریض را حفظ کنیم تا به قلب و اعصاب مریض هم فشار وارد نشود و مسأله را طوری عنوان می‌کنیم که مریض ناراحت نشود و با مقدمه‌چینی این کار را می‌کنیم.»

«اگر قرار باشه خبر بد را من به همراه مریض برسانم، مثلا مریضی است با این‌که عمل شده، احتمال این‌که حالش خوب بشه کم است من با همراه مریض صحبت می‌کنم و می‌گم مثلا خانم فلانی یا آقای فلانی، مریض شما نمی‌تونه مثل زمان‌های قبل سالم باشه و مرگ و زندگی هم دست خداست. اینجوری مقدمه‌چینی می‌کنم و بعد حرف اصلی‌ام را می‌زنم تا این‌که یک دفعه همراه مریض غش نکنند و بیفتند.»

به کاربردن کلماتی از قبیل مرگ و زندگی دست خداست و یا هر کاری که از دست دکتر و پرستار ساخته بود برای بیمار انجام شد و نتیجه نداد از جملاتی بود که مکررا در ابلاغ خبر بد از سوی پرستاران به خانواده بیماران گفته شد.

«کوچک جلوه دادن موضوع»

مشارکت کنندگان این مطالعه، برای رساندن خبر بد از کوچک جلوه دادن استفاده کردند، دقیقا وخامت را نمی‌گفتند، کمی از بزرگی موضوع کاسته و سعی در توضیح در مورد نحوه برخورد با بیماری داشتند. یکی از پرستاران این‌گونه بیان داشت:

«اگر لازم باشد که نوع بیماری‌اش را به همراهان بگیریم برای‌شان این موضوع را کوچک جلوه می‌دهیم، مثلاً اگر بیمار ICH کرده است به همراهان بیمار می‌گیریم که یک خونریزی مغزی کوچک است. بهشان عوارض بیماری و نحوه برخورد با بیمار را توضیح می‌دهیم.»

آنها در گفتن فشار خون بالا یا حتی فشار واقعی بیمار به علت امکان استرس وارد کردن به بیمار طفره رفته و سعی داشتند آن را کوچک جلوه دهند. یکی از پرستاران در رساندن خبر بد به بیمار این‌گونه بیان داشت:

«اگر فشار مریض بالا باشد من رک به بیمار نمی‌گم که فشارتان بالا است. بهش می‌گم که یکم فشارتان بالا است و نگران نباشید. و اگر از من عدد بخواهد مثلاً فشارش ۲۰ باشد بهش می‌گم که فشارت ۱۵-۱۶ می‌باشد تا مریض استرس نگیرد، چون استرس باعث می‌شود که فشار مریض از این هم بالاتر باشد.»

بحث

توسل به اقوام دورتر، به پزشک واگذار کردن، مهیا کردن زمینه، کوچک جلوه‌دادن موضوع، از راهبردهایی بود که پرستاران مشارکت کننده در این مطالعه برای ابلاغ خبر بد به بیمار استفاده می‌کردند. به طور غیر مستقیم و با واسطه صحبت کردن، روحیه‌دادن به بیمار و همراهان و نگرانی از صدمه دیدن بیمار و همراه در نتیجه دریافت خبر، از تجارب بارز پرستاران در ابلاغ خبر بد بود.

پرستاران اطلاع‌رسانی در مورد خبر بد را به پزشک واگذار می‌کردند زیرا ابلاغ «اخبار تشخیصی» را جز مسؤولیت و وظایف خود نمی‌دانند، لذا تلاش داشتند تا هرآنچه که در این حیطة باشد را به پزشک واگذار نمایند و از تبعات قانونی و واکنش‌های بیماران و همراهان بعد از دریافت خبر بد پرهیز نمایند. در

مطالعه رندال (۲۰۰۵ م.) و توبین (۲۰۰۸ م.) رساندن خبر بد به عنوان یکی از وظایف پزشکان بیان شده است که با یافته‌های مطالعه حاضر نیز همخوانی دارد. در مطالعه دوار (۲۰۰۰ م.) رساندن خبر بد به عنوان موضوعی مطرح شده است که می‌تواند تمام گروه پزشکی را درگیر سازد، در حالی که مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر این امر را به دلیل نقش درمانی پزشک خاص اطبا می‌دانستند.

یکی از یافته‌های پژوهش «توسل به اقوام دورتر» بود. مطالعه کاظمی و همکاران (۱۳۸۹ ش.) نیز حاکی از آن است که کادر مراقبتی درمانی هیچگاه تشخیص را به بیمار نمی‌گویند و تصمیم آن‌ها بر حسب موقعیت و زمینه فرهنگی اجتماعی بیمار متفاوت بوده است. در پژوهش بوکن (۲۰۰۳ م.) ۵۲٪ نمونه‌ها با رساندن خبر بد به بیماران سرطانی از طریق یک واسطه موافق بودند. تشخیص بیماری ممکن است در جهت جلوگیری از به خطر افتادن وضعیت روحی بیمار، کتمان شود. بر این اساس، تشخیص بیماری‌های مهلک با رعایت احتیاط لازم بایستی به اطلاع بیمار رسانده شود. مطالعه گلد (۲۰۰۴ م.) نشان می‌دهد در کشورهای غربی ۸۰ یا ۹۰ درصد بیماران از حقایق بیماری خود مطلع هستند. در بررسی شاکری‌نیا (۱۳۸۸ ش.) مرحله دوم اعلام خبر بد به بیمار در حضور خانواده بیمار یا فرد حمایت‌کننده بوده است. در هر حال، اصل «عدم ضرر» بر اصل «اختیار» ترجیح دارد، پرستاران در پژوهش حاضر با توجه به این اصل اقدام می‌کردند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش مهیا کردن زمینه بود. در پروتکل بایل (۲۰۰۰ م.) زمینه‌سازی به معنی ارائه محرمانه اخبار بد است. با آگاهی از مقدار دانش بیمار درباره بیماری‌اش می‌توان اطلاعات لازم را در اختیار بیمار قرار داد و زمینه‌سازی را می‌توان در تمام شرایط استفاده نمود تا بیمار با شرایط جدید خود کنار بیاید.

یکی از رایج‌ترین استراتژی‌های پرستاران «روحیه‌دادن به بیمار و همراه» بود. در پروتکل رابو و مک فی (۱۹۹۹ م.) برای دلگرم ساختن بیمار و ایجاد ثبات در حالات هیجانی بیمار می‌توان از فنون روان‌شناختی برقراری ارتباط، درک وضعیت روان‌شناختی بیمار و همدلی استفاده کرد. در مطالعه ما نیز پرستاران سعی داشتند با زمینه‌های روان‌شناختی لازم بیماران را امیدوار نمایند تا آنان بتواند با مثبت‌اندیشی از زندگی خود بهره کافی را ببرند.

یکی دیگر از مضامین کوچک جلوه‌دادن موضوع بود. کادر پزشکی اکثراً میزان اطلاعات مورد نیاز بیماران را کم‌تر از حد واقعی در نظر می‌گیرند. در مطالعه ورونیکا (۲۰۰۴ م.) میزان و محتوای اطلاعات بر اساس شرایط هر بیمار متفاوت است. عواملی مانند پیچیدگی درمان، خطراتی که همراه با درمان‌های طبی و جراحی وجود دارد و خواسته‌های شخصی بیمار در این موضوع تأثیرگذار است که با یافته ما همخوانی دارد و نشان‌دهنده این است که گروه علوم پزشکی ترجیح می‌دهند اطلاعات در مورد بیماری را کمتر از حد بیان کنند تا امید بیمار و علائم بیماری تشدید نیابد. در مطالعه سوروین (۲۰۰۱ م.) که روی بیماران، پزشکان و پرستاران در بیمارستانی که در نیویورک انجام شد، ۷۲٪ از بیماران گفته بودند که می‌خواهند تمام جزئیات وضعیت آن‌ها برایشان گفته شود. در مطالعه بلک‌هال (۱۹۹۵ م.) بیمارانی که در کره متولد شده بودند، ترجیح می‌دادند اطلاعات کمتری نسبت به بیمارانی که در آمریکا متولد شده بودند به آن‌ها داده شود، که این تفاوت‌ها می‌تواند به تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی نسبت داد. پرستاران در این مطالعه موضوعات را با توجه صلاح دید خود کوچک جلوه می‌داند که در برخی از موارد می‌تواند به عنوان یک موضوع غیر اخلاقی محسوب شود، لذا لازم است گروه علوم پزشکی توجه ویژه‌ای به این نکته داشته باشند.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد پرستاران به طور غیر رسمی (و نانوشته) در ارائه خبر بد به بیماران و همراهان نقش دارند و به این منظور از روش‌های غیر مستقیم استفاده می‌کنند، پزشکان را مسؤول این کار می‌دانند، دستورالعمل خاصی در خصوص ابلاغ اخبار بد به بیمار و خانواده ندارند و هر پرستاری به سبک خاص خود مبتنی بر ذهنیات ولی مطابق فرهنگ رفتار می‌نماید. با توجه به تنوع اجتماعی و فرهنگی بیماران، ضروری است تا پرستاران با شیوه‌های علمی ابلاغ خبر بد که بکرات در زندگی کاری خود با آن مواجهه می‌شوند، آشنا شوند و آموزش لازم را ببینند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از مشارکت کنندگان که تجارب کاری خود را در اختیار محققان قرار دادند، صمیمانه قدردانی نمایند. همچنین از حمایت‌های مادی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز تحقیقات پرستاری و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان سپاسگزاری می‌گردد.

پی‌نوشت‌ها

1. Graneheim
2. Lundman

فهرست منابع

منابع فارسی:

- پارسا، م. باقری چیمه، ع-ر. اردشیرلاریجانی، م-ب. (۱۳۹۰ ش.). گفتن خبر بد به بیمار و جوانب مختلف آن (مقاله مروری). *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. سال چهارم، شماره ششم، صص ۱۴-۱.
- شاکری‌نیا، ا-ی. (۱۳۸۸ ش.). آموزش مهارت انتقال اخبار بد: ضرورت توانمندشدن در یک مهارت بالینی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. سال سوم، ویژه‌نامه، صص ۳۸-۲۹.
- عابدی، ح-ع. محمدی خشویی، ر-ا. صالحی، ش. (۱۳۹۱ ش.). خواست‌ها و تمایلات روانی اجتماعی اولین کودک در خانواده: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. سال اول، شماره اول، صص ۷-۱.
- غفاری‌نژاد، ع-ر. سالاری، پ. میرزازاده، ع. (۱۳۸۵ ش.). نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران در بین پزشکان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله پزشکی هم‌میزگان*. سال دهم، شماره دوم، صص ۸۴-۱۷۹.
- کاظمی، ع-ح. پورسلیمانی، ع-ر. فخاری، ع. مداین، س-ک. (۱۳۸۹ ش.). بررسی جوانب حقیقت‌گویی از دیدگاه مجموعه کادر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. سال سوم، شماره دوم، صص ۶۳-۵۴.
- کهن، م. برهانی، ف. عباس‌زاده، ع. سلطان‌احمدی، ژ. خواجه‌پور، م. (۱۳۹۱ ش.). تجارب مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. سال اول، شماره اول، صص ۵۱-۴۱.
- مناقب، س-ا. مصلی‌نژاد، ن-ال. (۱۳۹۰ ش.). مقایسه دو روش آموزش ایفای نقش و بحث گروهی بر عملکرد کارورزان دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه انتقال خبر بد. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. سال یازدهم، شماره سی‌وششم، صص ۹۶-۷۸۹.

منابع انگلیسی:

- Agard, A. Nilstun, T. Lofmark, R. (2002). Ethics in everyday care. The dialogue is physician's most important tool. *Lakartidningen*. 99 (19): 2171-3.
- Avery, JA. (2002). Ethical issue: giving bad news in a beautiful way. *American Journal of Geriatric Cardiology*. 11 (6): 413-5.
- Baile, W. Buckman, R. Lenzi, R. Glober, G. Beale, E. Kudelka, P. (2000). SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. (4): 302-11.
- Blackhall, LJ. Murphy, ST. Frank, G. Michel, V. Azen, S. (1995). Ethnicity and attitudes toward patients autonomy. *The Journal of the American Medical Association*. 274 (10): 820-25.
- Buken, NO. (2003). Truth telling information and communication with cancer patients in turkey. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*. 2 (4) :31-6.
- Curtis, JR. Engelberg, RA. Wenrich, MD. Shannon, SE. Treece, PD. Rubenfeld, GD. (2005). Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 171 (8): 844-9.
- Dewar, A. (2000). Nurse's experiences in giving bad news to patients with spinal cord injuries. *Journal of Neuroscience Nursing*. 32 (6): 324-30.
- Gold, M. (2004). Is honey always the best policy? Ethical aspects of truth telling. *Journal of Internal Medicine*. 34 (9, 10):578-80.
- Graneheim, UH. Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24: 105-12.
- Grantcharov, TP. Reznick, RK. (2008). Teaching procedural skills. *British Medical Journal*. 336 (7653): 1129-31.

- Orlander, JD. Fincke, BG. Hermanns, D. Johnson, GA. (2002). Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *Journal of General Internal Medicine*. 17 (11): 825-31.
- Rabow, MW. McPhee, SJ. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*. 171 (4): 260-3.
- Randall, T. (2005). Wearn A. Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect on their experiences. *Palliative Medicine*. 19 (8): 594-601.
- Sample, PL. Tomter, H. Johns, N. (2007). The left hand does not know what the right hand is doing": rural and urban cultures of care for persons with traumatic brain injuries. *Substance Use and Misuse*. 42 (4): 705-27.
- Saukko, PM. Ellard, S. Richards, SH. Shepherd, MH. Campbell, JL. (2007). Patients' understanding of geneticsusceptibility testing in mainstream medicine: qualitative study on thrombophilia. *BMC Health Services Research*. 7 (1): 82.
- Schildmann, J. Cushing, A. Doyal, L. Vollmann, J. (2005). Breaking bad news: experiences, views and difficulties of pre-registration house officers. *Palliative Medicine*. 19 (2): 93-8.
- Sullivan, RJ. Menapace, LW. White, RM. (2001). Truth telling and patient diagnosis. *Journal of Medical Ethics*. 27 (3): 192-7.
- Tobin, G. Begley, C. (2008). Receiving bad news. A phenomenological exploration of the lived experience of receiving a cancer diagnosis. *Cancer Nursing*. 31 (5): 31-9.
- Ungar, L. Alperin, M. Amiel, GE. Beharier, Z. Reis, S. (2002). Breaking bad news: structures training for family medicine residents. *Patient Education and Counseling*. 48 (1): 63-8.
- Vegni, E. Zannini, L. Visioli, S. Moja, EA. (2001). Giving bad news: a GPs' narrative perspective. *Support Care Cancer*. 9 (5): 390-6.

Veronica, E. Gillian, RC. (2004). Brithish medical association, Ann Sommerville. Medical Ethics today: the BMAs Handbook of Ethics and Law. *British Medical Journal*. 78-82 and 368-80.

یادداشت شناسه مؤلفان

دکتر لیلا مهستی جویباری: دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران.

سامیه غنا: کارشناس مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران.

سمیه صرافانی خیرآباد: دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

اکرم ثناگو: دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیک: a_sanagu@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۲۵