

بررسی میزان استرس پزشکان عضو هیأت علمی و دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در رابطه با انتقال خبر بد به بیماران

احمدرضا زمانی^۱، نرگس معتمدی^۲، امیرحسین فرهادی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: انتقال اخبار ناگوار، یکی از مشکل‌ترین وظایف پزشکان می‌باشد که می‌تواند بسیار استرس‌زا باشد و در نتیجه، اثرات منفی بر رابطه‌ی پزشک با بیمار داشته باشد. با توجه به این که انتقال استرس طی اعلان خبر بد به بیمار می‌تواند عملکرد پزشک را مختل کند، این مطالعه با هدف بررسی میزان استرس پزشکان عضو هیأت علمی و دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در رابطه با انتقال خبر بد به بیماران و شیوه‌های مقابله با استرس انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی، ۳۳۴ عضو هیأت علمی و دستیار رشته‌های تخصصی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک، شغلی و میزان استرس درک شده با استفاده از پرسش‌نامه‌ی طراحی شده جمع‌آوری گردید. همچنین، بررسی راه‌های مقابله با استرس با استفاده از پرسش‌نامه‌ی Endler و Parker صورت گرفت.

یافته‌ها: در زمان انتقال خبر بد، ۷۶ نفر (۲۲/۸ درصد) تعریق، ۶۴ نفر (۱۹/۲ درصد) لرزش دست و ۱۵۹ نفر (۴۷/۶ درصد) طپش قلب را تجربه کردند. میانگین نمره‌ی استرس درک شده در زنان ($1/05 \pm 2/96$) به طور معنی‌داری بیشتر از مردان ($1/10 \pm 2/64$) بود ($P = 0/006$). در خصوص راه‌های مقابله با استرس حین انتقال خبر بد به بیماران، ۱۰۷ نفر (۳۲/۰ درصد) از روش مسأله‌مدار، ۴۸ نفر (۱۴/۴ درصد) از روش معنی‌مدار و ۱۷۹ نفر (۵۳/۶ درصد) از روش هیجان‌مدار استفاده می‌کردند.

نتیجه‌گیری: بسیاری از پزشکان حین انتقال خبر بد به بیماران دچار استرس می‌شوند که شایع‌ترین علامت همراه آن طپش قلب می‌باشد. در خصوص روش‌های مقابله با استرس، مدیریت شرایط استرس‌زا با استفاده از روش هیجان‌مدار، متداول‌ترین روش مورد استفاده توسط پزشکان حین انتقال خبر بد به بیماران می‌باشد که با میزان کمتری از استرس نیز همراه است.

واژگان کلیدی: خبر، ارتباط، مهارت‌های اجتماعی، ارتباط پزشک و بیمار، استرس

ارجاع: زمانی احمدرضا، معتمدی نرگس، فرهادی امیرحسین. بررسی میزان استرس پزشکان عضو هیأت علمی و دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در رابطه با انتقال خبر بد به بیماران. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۳۰): ۶۴۴-۶۳۷

مقدمه

شنیدن خبری را دارد که عدم وقوع آن نیز ممکن است برای وی ناخوشایند در نظر گرفته شود. در کنار این موضوع، عوامل دیگری نیز در خوب و یا بد قلمداد کردن اخبار وجود دارد که شامل ارزیابی متفاوت افراد از وضعیت سلامتی خود، انتظارات و توقعات آن‌ها و همچنین، استنباط هر فرد از یک خبر خاص می‌باشد (۱، ۴).

ارایه‌ی خبر بد به بیماران و خانواده‌ی آن‌ها، یکی از اصول مهم و مرکزی ارتباط بین پزشک و بیمار در حیطه‌ی بالینی است که بسیاری از پزشکان با آن مواجه می‌شوند (۵-۷). از نظر پزشکان، ارایه‌ی خبر

اخبار بد به هر گونه اطلاعاتی که به صورت جدی بر چشم‌انداز فرد نسبت به آینده‌اش اثر سوء می‌گذارد، تعریف می‌شود، اما تصمیم‌گیری در مورد این که «آیا این خبر بد است یا نه؟»، به دیدگاه هر فرد بستگی دارد (۱-۳). در اغلب موارد، خبر بد برای تشخیص یک بیماری جدی و خطرناک یا مرگ قریب‌الوقوع مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ در حالی که خبر بد تنها در حوادث جاری و شرایط نامطلوب خلاصه نمی‌شود؛ گاهی فرد انتظار وقوع یک رخداد و یا

۱- استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: امیرحسین فرهادی

مختل کند، ضرورت آموزش مهارت انتقال خبر بد و آموزش روش‌های Coping کارآمد با استرس احساس می‌شود. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته، مطالعه‌ای در این خصوص در ایران انجام نشده بود. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان استرس پزشکان عضو هیأت علمی و دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در رابطه با انتقال خبر بد به بیماران و شیوه‌های مقابله با استرس انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی بر روی جمعیت اعضای هیأت علمی و دستیاران تخصصی رشته‌های اورژانس، چشم‌پزشکی، جراحی، زنان و زایمان، بیهوشی، کودکان و دستیاران فوق تخصصی خون و انکولوژی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. برای بیشترین برآورد حجم نمونه، شیوع استرس ۵۰ درصد در نظر گرفته شد و با خطای ۵ درصد، حجم نمونه‌ی ۳۸۴ نفر برآورد شد. در این مطالعه، لیست پزشکان هیأت علمی و دستیاران تخصصی شماره‌گذاری شد و با استفاده از جدول اعداد تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل رضایت کتبی آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، دارا بودن حداقل یک سال سابقه‌ی کار و دستیاری تخصصی سال‌های دوم، سوم و چهارم رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی بودند.

معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه و عدم تکمیل بیش از ۲۰ درصد از سؤالات پرسش‌نامه می‌باشد. رضایت آگاهانه از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش جهت ورود به مطالعه دریافت شد و مطالعه‌ی حاضر، توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی اصفهان مورد تأیید قرار گرفت.

اطلاعات افراد شرکت کننده در این مطالعه، با استفاده از چک لیست‌های طراحی شده جمع‌آوری گردید. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، رشته‌ی تخصصی و سوابق فعالیت‌های بالینی پزشکی بود. مشخصات انتقال خبر بد (Breaking bad news یا BBN) شامل تخمین فراوانی BBN در یک سال گذشته، گذراندن دوره‌ی آموزشی مهارت‌های ارتباطی، آموزش مهارت دادن خبر بد و استرس درک شده از BBN که شامل طیف لیکرت بین ۱-۵ (نمره‌ی ۱ بدون استرس و نمره‌ی ۵ به شدت استرس‌آور) بود، علائم همراه استرس شامل طپش قلب، تعریق و لرزش دست‌ها در حین و بعد از دادن خبر بد ثبت گردید.

پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های مقابله (Coping strategy) که به منظور

بد یکی از پراسترس‌ترین وظایف در قبال بیمار است و اغلب در مواجهه با آن دچار ترس، دلهره و آشفتگی می‌شوند. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که افتراق احساسات شخصی از موقعیت بالینی، امری دشوار است (۶، ۸).

پزشکان با توجه به آگاهی قبلی آنان از اخبار بیمار، در قبال یک خبر بد قبل از بیمار و اطرافیان وی دچار اضطراب و تشویش خاطر می‌گردند که مدت‌ها ادامه می‌یابد و در این میان، عواملی نظیر انتظارات نامعقول بیمار و اطرافیان وی از پزشک و همچنین برخورد، سخنان، رفتار و واکنش‌های نابه‌جا و غیر منصفانه‌ی آنان با پزشکان و سایر کادر پزشکی نیز بر اضطراب کادر پزشکی می‌افزاید و زجر درونی آنان را دو چندان می‌نماید؛ به ویژه آن که پزشک، مسؤولیت کنترل واکنش‌های اعلام خبر بد به بیمار و اطرافیان وی همراه با مسؤولیت کاهش و مدیریت فشار روانی و عاطفی بیمار برای مواجهه با خبر بد را بر عهده دارد و بنابراین، فشار عاطفی و روانی بسیار زیادی بر پزشکان تحمیل می‌شود (۹-۱۱). عملکرد غیر مسؤولانه‌ی پرسنل بهداشتی - درمانی در انتقال خبر بد، می‌تواند ماهیت ارتباط بیمار با تیم مراقبتی را تضعیف نماید و به عدم پذیرش، عدم تطابق و اقدامات غیر منتظره‌ای از سوی بیمار، منجر شود (۱۰، ۱۲، ۱۳).

به طور کلی، مقابله به فرایند مدیریت تقاضاها (اعم از بیرونی یا درونی) که دشوار و یا فراتر از منابع فرد ارزیابی شده است، اشاره دارد. مقابله، مشتمل بر تلاش‌ها، اعم از کنش‌مدار و درون روانی، به منظور اداره و کنترل تقاضاهای محیطی و درونی و تعارضات میان آن‌ها می‌شود. مقابله، دو کارکرد عمده دارد که شامل تنظیم هیجان‌ها، ناگوار و درماننده کننده و اتخاذ کنش به منظور تغییر و بهبود مسأله‌ای که باعث ناراحتی شده است، می‌شود. بر این مبنای مدیریت شرایط استرس‌زا و روش‌های مقابله با استرس، به صورت تلاش برای تغییر در واقعه‌ی استرس‌زا (Problem-focused coping) و تلاش برای کنترل احساسات منفی حاصل شده از استرس (Emotion focused coping) تعریف می‌شود (۱۴-۱۶).

شکست راهبردهای پیش‌گفته در تسلط بر شرایط استرس‌زا، باعث می‌شود فرد برای تغییر درک و ارزیابی شناختی خود از موقعیت تلاش کند. این تغییرات، در راستای یافتن معنی (Meaning focused coping) در شرایط استرس‌زا می‌باشد. یافتن معنی، به صورت کلی به عنوان یک جستجوی کلی تحت شرایط منفی برای یافتن معنی (Benefit finding) و یا تلاش ارادی برای یافتن نقاط مثبت در شرایط استرس‌زا (Benefit reminding) شناخته می‌شود (۱۴-۱۶).

با توجه به این که دادن خبر بد یکی از وظایف رشته‌ی پزشکی به ویژه در رشته‌های پراسترس است که می‌تواند عملکرد پزشک را

(۳۶/۴ درصد) دستیار رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی بودند. میانگین سابقه‌ی کار در افراد شرکت کننده، $7/95 \pm 8/81$ سال و میانگین تعداد دفعات انتقال خبر بد در طی یک سال گذشته، $52/57 \pm 29/79$ بار بود. در این مطالعه، ۷۷ نفر (۲۳/۱ درصد) از افراد شرکت کننده در مطالعه، دوره‌های مهارت‌های ارتباطی را گذرانده بودند.

در زمان انتقال خبر بد، ۷۶ نفر (۲۲/۸ درصد) تعریق، ۶۴ نفر (۱۹/۲ درصد) لرزش دست و ۱۵۹ نفر (۴۷/۶ درصد) طپش قلب را تجربه کرده بودند. بر اساس آزمون χ^2 تفاوت معنی‌داری بین دو جنس از نظر ایجاد تعریق و لرزش دست در هنگام انتقال خبر بد وجود نداشت ($P > 0/050$). با این وجود، فراوانی طپش قلب در هنگام انتقال خبر بد در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود ($P = 0/020$). بر اساس آزمون χ^2 تفاوت معنی‌داری بین اعضای هیأت علمی و دستیاران تخصصی از نظر فراوانی لرزش دست و طپش قلب هنگام انتقال خبر بد یافت نشد ($P > 0/050$) (جدول ۱). با این وجود، فراوانی تعریق هنگام انتقال خبر بد در دستیاران بیشتر از اعضای هیأت علمی بود ($P = 0/040$).

بر اساس آزمون χ^2 میانگین نمره‌ی استرس درک شده $1/09 \pm 2/77$ بود. میانگین نمره‌ی استرس درک شده در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود ($P = 0/006$). تفاوت معنی‌داری بین افرادی که دوره‌ی مهارت‌های ارتباطی را گذرانده بودند و افرادی که این دوره را نگذرانده بودند، از نظر میزان استرس درک شده یافت نشد ($P = 0/120$) (جدول ۲). به طور مشابه، تفاوت معنی‌داری بین رشته‌های تخصصی مختلف از نظر میزان استرس درک شده حین انتقال خبر بد مشاهده نشد ($P = 0/290$).

در خصوص روش‌های مقابله با استرس حین انتقال خبر بد به بیماران، ۱۰۷ نفر (۳۲/۰ درصد) از روش مسأله‌مدار، ۴۸ نفر (۱۴/۴ درصد) از روش معنی‌مدار و ۱۷۹ نفر (۵۳/۶ درصد) از روش هیجان‌مدار استفاده می‌کردند. بر اساس آزمون χ^2 تفاوت معنی‌داری بین دو جنس از نظر روش مقابله با استرس حین انتقال خبر بد مشاهده گردید ($P = 0/020$) (جدول ۳). با این وجود، تفاوت معنی‌داری بین اعضای هیأت علمی و دستیاران از نظر روش‌های مقابله با استرس وجود نداشت ($P = 0/460$).

بر اساس نتایج آزمون Kruskal-Wallis، میانگین میزان استرس درک شده در افراد استفاده کننده از روش‌های مسأله‌مدار، معنی‌مدار و هیجان‌مدار، به ترتیب $1/06 \pm 3/04$ ، $1/08 \pm 2/98$ و $1/07 \pm 2/56$ بود که تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0/010$). تفاوت معنی‌داری بین روش‌های مقابله با استرس از نظر سن افراد استفاده کننده از آن‌ها مشاهده نشد ($P = 0/930$).

سنجش اطلاعات افراد شرکت کننده در مورد راه‌های مقابله با استرس از پرسش‌نامه‌ی (Parker and Eandler Coping inventory for stressful situations یا CISS) استفاده شد. این آزمون، دارای ۴۸ عبارت است و سه سبک مقابله‌ی اصلی یعنی مقابله‌ی مسأله‌مدار که به معنای کنترل هیجانات و برنامه‌ریزی برای حل گام به گام مسأله است (۱۶ عبارت)؛ مقابله‌ی هیجان‌مدار که در آن فرد به جای تمرکز بر خود مسأله، بر هیجانات ناشی از آن تمرکز می‌کند و به جای حل مشکل، برای کاهش دادن هیجانات منفی تلاش می‌کند (۱۶ عبارت)؛ سبک مقابله‌ی اجتنابی که در آن فرد از روبه‌رو شدن با مشکل اجتناب می‌کند (۱۶ عبارت) تقسیم می‌شود. پرسش‌نامه‌ی مقابله با شرایط پر استرس، یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز با نمره‌ی ۱ تا بسیار زیاد با نمره‌ی ۵) مشخص می‌کردند که تا چه حد از هر یک از راهبردهای ارائه شده استفاده می‌کردند. به عبارتی، شیوه‌ی رویارویی غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند، مشخص می‌شود؛ یعنی هر کدام از رفتارها نمره‌ی بالاتری را کسب کند، آن رفتار به عنوان شیوه‌ی رویارویی فرد در نظر گرفته می‌شود. پایایی و روایی پرسش‌نامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته و Cronbach's alpha معادل ۰/۷۵ برای آن محاسبه گردیده است (۱۷).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) صورت گرفت. با استفاده از آزمون Kolmogrov-Smirnov، توزیع طبیعی داده‌ها بررسی شد و بر حسب آن از آزمون‌های پارامتریک و یا غیر پارامتریک برای واکاوی داده‌های کمی استفاده گردید. برای مقایسه‌ی متغیرهای کیفی شامل فراوانی تعریق، لرزش دست، طپش قلب و استرس درک شده، جنس، سطح علمی و گذراندن دوره‌ی مهارت‌های ارتباطی بین گروه‌های مختلف، از آزمون χ^2 استفاده شد. همچنین، برای مقایسه‌ی متغیرهای کمی نظیر سن و میزان استرس درک شده بین سه گروه، از آزمون Kruskal-Wallis استفاده شد. داده‌ها بر اساس میانگین \pm انحراف معیار و تعداد (درصد) بیان شدند. $P < 0/050$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۳۳۴ عضو هیأت علمی و دستیار رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین سن آن‌ها $37/00 \pm 8/04$ سال بود و تعداد ۱۹۱ نفر (۵۷/۲ درصد) از آن‌ها را مردان تشکیل دادند. در بین افراد شرکت کننده در این مطالعه، ۲۱۶ نفر (۶۴/۷ درصد) عضو هیأت علمی و ۱۱۵ نفر

جدول ۱. ارتباط بین علایم استرس و یافته‌های دموگرافیک

متغیرها	علایم استرس			تعریق			لرزش دست			طپش قلب		
	دارد	ندارد	P مقدار	دارد	ندارد	P مقدار	دارد	ندارد	P مقدار	دارد	ندارد	P مقدار
سن (سال)	۲۶-۴۷	۶۵ (۲۳/۲)	۰/۹۹۹ <	۲۱۵ (۷۶/۸)	۵۳ (۱۸/۹)	۰/۲۰۰	۲۲۸ (۸۱/۱)	۲۹ (۷/۵)	۰/۲۰۰	۱۳۳ (۴۶/۷)	۱۵۲ (۵۳/۳)	۰/۳۹۰
	۴۸-۶۸	۹ (۲۲/۵)		۳۱ (۷۷/۵)	۱۱ (۲۷/۵)		۲۹ (۷/۵)	۱۱ (۲۷/۵)		۲۲ (۵۵/۰)	۱۸ (۴۵/۰)	
جنس	مرد	۴۰ (۲۱/۳)	۰/۴۲۰	۱۴۸ (۷۸/۷)	۳۶ (۱۹/۱)	۰/۸۸۰	۱۵۲ (۸۰/۹)	۲۸ (۲۰/۱)	۰/۸۸۰	۸۰ (۴۱/۹)	۱۱۱ (۵۸/۱)	۰/۲۰
	زن	۳۵ (۲۵/۴)		۱۰۳ (۷۴/۶)	۲۸ (۲۰/۱)		۱۱۱ (۷۹/۹)	۲۸ (۲۰/۱)		۷۶ (۵۴/۳)	۶۴ (۴۵/۷)	
سطح علمی	عضو هیأت علمی	۵۷ (۲۶/۹)	۰/۰۴۰	۱۵۵ (۷۳/۱)	۴۲ (۱۹/۷)	۰/۸۸۰	۱۷۱ (۸۰/۳)	۲۱ (۱۸/۴)	۰/۸۸۰	۱۰۶ (۴۹/۱)	۱۱۰ (۵۰/۹)	۰/۳۵۰
	دستیار	۱۹ (۱۶/۵)		۹۶ (۸۳/۵)	۲۱ (۱۸/۴)		۹۳ (۸۱/۶)	۲۱ (۱۸/۴)		۵۰ (۴۳/۵)	۶۵ (۵۶/۵)	
سابقه‌ی کاری (سال)	۰-۱۸	۵۳ (۲۲/۸)	۰/۸۴۰	۱۷۹ (۷۷/۲)	۴۴ (۱۹/۰)	۰/۸۳۰	۱۸۸ (۸۱/۰)	۹ (۲۰/۰)	۰/۸۳۰	۱۱۰ (۴۶/۸)	۱۲۵ (۵۳/۲)	۰/۸۷۰
	۱۹-۳۶	۹ (۲۰/۰)		۳۶ (۸۰/۰)	۹ (۲۰/۰)		۳۶ (۸۰/۰)	۹ (۲۰/۰)		۲۲ (۴۸/۹)	۲۳ (۵۱/۱)	
گذراندن دوره‌ی مهارت‌های ارتباطی	بله	۱۴ (۱۸/۴)	۰/۲۷۰	۶۲ (۸۱/۶)	۱۲ (۱۵/۶)	۰/۳۲۰	۶۵ (۸۴/۴)	۱۲ (۱۵/۶)	۰/۳۲۰	۲۵ (۳۲/۵)	۵۲ (۶۷/۵)	۰/۰۰۶
	خیر	۵۹ (۲۵/۳)		۱۷۴ (۷۴/۷)	۴۹ (۲۱/۰)		۱۸۴ (۷۹/۰)	۴۹ (۲۱/۰)		۱۲۰ (۵۰/۸)	۱۱۶ (۴۹/۲)	
استرس درک شده	همیشه	۱ (۳/۱)	< ۰/۰۱۰	۳۱ (۹۶/۹)	۲ (۶/۳)	< ۰/۰۱۰	۳۰ (۹۳/۸)	۲ (۶/۳)	< ۰/۰۱۰	۲ (۶/۳)	۳۰ (۹۳/۸)	< ۰/۰۱۰
	اغلب	۱۲ (۱۰/۳)		۱۰۵ (۸۹/۷)	۴ (۳/۴)		۱۱۲ (۹۶/۶)	۴ (۳/۴)		۳۷ (۳۱/۴)	۸۱ (۶۸/۶)	
	معمولا	۲۹ (۲۷/۹)		۷۵ (۷۲/۱)	۲۶ (۲۵/۰)		۷۸ (۷۵/۰)	۲۶ (۲۵/۰)		۶۱ (۵۷/۵)	۴۵ (۴۲/۵)	
	به ندرت	۱۳ (۲۸/۳)		۳۳ (۷۱/۷)	۱۴ (۲۹/۸)		۳۳ (۷۰/۲)	۱۴ (۲۹/۸)		۳۲ (۶۸/۱)	۱۵ (۳۱/۹)	
	بدون استرس	۲۱ (۷۲/۴)		۸ (۲۷/۶)	۱۸ (۶۰/۰)		۱۲ (۴۰/۰)	۱۸ (۶۰/۰)		۲۷ (۹۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	

مقادیر به صورت تعداد (درصد) معیار آمده است.

و اعضای هیئت علمی از نظر بسیاری از علایم استرس مشاهده نشد، اما فراوانی موارد تعریق در بین دستیاران بیشتر از اعضای هیأت علمی بود. در خصوص روش‌های مقابله با استرس، روش هیجان‌مدار، شایع‌ترین روش مورد استفاده توسط دستیاران و اعضای هیأت علمی جهت مقابله با استرس بود. همچنین، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میزان استرس درک شده در استفاده کنندگان از روش هیجان‌مدار، به طور معنی‌داری کمتر از این میزان در استفاده کنندگان از سایر روش‌های مقابله با استرس بود.

بحث

مطالعه‌ی حاضر، با هدف بررسی میزان استرس پزشکان عضو هیأت علمی و دستیاران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در رابطه با انتقال خیر بد به بیماران و شیوه‌های مقابله با استرس صورت گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که طپش قلب، شایع‌ترین علامت استرس هنگام انتقال خیر بد به بیماران بود که به طور معنی‌داری در بین زنان بیشتر از مردان وجود داشت. همچنین، میزان استرس درک شده نیز در زنان بیشتر از مردان بود. از طرفی، اگر چه تفاوت معنی‌داری بین دستیاران

جدول ۲. ارتباط بین استرس درک شده و عوامل دموگرافیک

متغیرها	استرس ادراک شده					
	همیشه	اغلب	معمولا	به ندرت	بدون استرس	
سن	۲۶-۴۷ سال	۲۵ (۸۰/۶)	۱۰۴ (۹۲/۰)	۹۱ (۸۷/۵)	۴۳ (۹۱/۵)	۰/۰۳۰
	۴۸-۶۸ سال	۶ (۱۹/۴)	۹ (۸/۰)	۱۳ (۱۲/۵)	۴ (۸/۵)	۸ (۲۷/۶)
جنس	مرد	۲۵ (۷۸/۱)	۷۱ (۶۱/۲)	۵۷ (۵۳/۸)	۲۱ (۴۵/۷)	۰/۰۴۰
	زن	۷ (۲۱/۹)	۴۵ (۳۸/۸)	۴۹ (۴۶/۲)	۲۵ (۵۴/۳)	۱۴ (۴۶/۷)
سطح علمی	هیأت علمی	۱۹ (۵۹/۴)	۷۹ (۶۷/۵)	۶۶ (۶۲/۳)	۳۰ (۶۵/۴)	۰/۷۶۰
	دستیار	۱۳ (۴۰/۶)	۳۸ (۳۲/۵)	۴۰ (۳۷/۷)	۱۶ (۳۴/۸)	۸ (۲۷/۶)
سابقه‌ی کار	۰-۱۸ سال	۱۸ (۷۲/۰)	۹۵ (۸۷/۲)	۷۲ (۸۴/۷)	۳۴ (۹۱/۹)	۰/۰۶۰
	۱۹-۳۶ سال	۷ (۲۸/۰)	۱۴ (۱۲/۸)	۱۳ (۱۵/۳)	۳ (۸/۱)	۷ (۳۰/۴)
گذراندن دوره‌ی مهارت‌های ارتباطی	بله	۹ (۲۹/۰)	۳۲ (۲۸/۶)	۲۲ (۲۲/۰)	۶ (۱۴/۳)	۰/۱۸۰
	خیر	۲۲ (۷۱/۰)	۸۰ (۷۱/۴)	۷۸ (۷۸/۰)	۳۶ (۸۵/۷)	۲۰ (۷۴/۱)

مقادیر به صورت تعداد (درصد) معیار آمده است.

جدول ۳. مقایسه‌ی روش‌های مقابله با استرس از نظر متغیرهای دموگرافیک و علایم استرس

مقدار P	هیجان‌مدار		معنی‌مدار		مسأله‌مدار		روش‌های مقابله با استرس	متغیر
	میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار			
۰/۹۳۰	۳۶/۸۴ \pm ۷/۸۷		۳۶/۹۱ \pm ۹/۲۶		۳۷/۳۰ \pm ۸/۹۰			سن (سال)
۰/۷۶۰	۸/۴۴ \pm ۷/۶۱		۹/۵۵ \pm ۸/۰۰		۹/۱۲ \pm ۸/۴۵			سابقه‌ی کار (سال)
< ۰/۰۱۰	۲/۵۶ \pm ۱/۰۷		۲/۹۸ \pm ۱/۰۸		۳/۰۴ \pm ۱/۰۶			استرس درک شده
	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)		تعداد (درصد)			
۰/۰۲۰	۱۱۴ (۶۴/۴)		۲۲ (۴۵/۸)		۵۵ (۵۱/۹)		مرد	جنس
	۶۳ (۳۵/۶)		۲۶ (۵۴/۲)		۵۱ (۴۸/۱)		زن	
۰/۴۶۰	۶۳ (۳۵/۴)		۱۳ (۲۷/۱)		۳۹ (۳۷/۱)		هیأت علمی	سطح علمی
	۱۱۵ (۶۴/۶)		۳۵ (۷۲/۹)		۶۶ (۶۲/۹)		دستیار	
۰/۳۹۰	۴۲ (۲۵/۱)		۸ (۱۷/۰)		۲۷ (۲۷/۳)			گذراندن دوره‌ی مهارت‌های ارتباطی
۰/۲۷۰	۳۵ (۱۹/۸)		۱۴ (۲۹/۲)		۲۷ (۲۶/۰)			تعریق
۰/۰۱۰	۲۴ (۱۳/۶)		۱۲ (۲۵/۰)		۲۸ (۲۶/۷)			لرزش دست
۰/۰۰۳	۷۱ (۳۹/۷)		۲۳ (۴۷/۹)		۶۵ (۶۰/۷)			طپش قلب

بسیاری از پزشکان مورد بررسی در مطالعه‌ی آن‌ها از روش‌های مسأله‌مدار و معنی‌مدار برای کنترل استرس استفاده می‌کردند؛ در حالی که در مطالعه‌ی حاضر، بیشتر پزشکان، از روش هیجان‌مدار برای مقابله با استرس بهره می‌بردند. همچنین، نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که با افزایش میزان سابقه‌ی کاری، استفاده از روش مسأله‌مدار برای کنترل استرس افزایش می‌یابد. اگر چه ممکن است به دلیل افزایش سابقه‌ی کاری، اتکای پزشکان به تجربه‌ی کاری افزایش یابد و در نتیجه، استفاده از روش مسأله‌مدار جهت کنترل استرس اولویت یابد، اما نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین افراد استفاده‌کننده از انواع مختلف راهبردهای مقابله با استرس از نظر میزان سابقه‌ی کاری وجود ندارد. این تفاوت‌ها، می‌تواند به دلیل تفاوت در روش‌های ارزیابی میزان استرس و راهبردهای مقابله با استرس باشد؛ چرا که در مطالعه‌ی حاضر، از پرسش‌نامه‌ی مدون برای ارزیابی روش‌های مقابله با استرس استفاده شد؛ در حالی که در مطالعه‌ی آن‌ها این معیارها به صورت مصاحبه مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین، ممکن است تفاوت‌های مشاهده شده، به دلیل تفاوت در افراد شرکت‌کننده در مطالعه و حجم نمونه باشد؛ چراکه حجم نمونه‌ی مورد بررسی در مطالعه‌ی حاضر در مقایسه با مطالعه‌ی آن‌ها بسیار بیشتر بوده است.

همچنین، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین افرادی که دوره‌ی مهارت‌های ارتباطی را گذرانده‌اند و افرادی که این دوره را نگذرانده‌اند، از نظر میزان استرس درک شده وجود ندارد. بر خلاف نتایج مطالعه‌ی حاضر، در مطالعه‌ی مشابهی که بر روی دستیاران بیهوشی صورت گرفت، نتایج متفاوتی به دست آمد (۱۸).

در مطالعه‌ی مشابهی که توسط Ferreira da Silveira و همکاران صورت گرفت، ۱۲۱ پزشک شاغل در بیمارستان دانشگاهی از نظر ترس در هنگام انتقال خبر بد به بیماران مورد بررسی قرار گرفتند (۱۸). بر خلاف نتایج مطالعه‌ی حاضر، مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که بیشتر پزشکان در خصوص اراییه‌ی خبر بد به بیماران مشکلی ندارند؛ اگر چه توانایی آن‌ها به رشته‌ی تخصصی و فاصله‌ی زمانی از دانش‌آموختگی آن‌ها بستگی دارد. این در حالی است که نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد ارتباط معنی‌داری بین نوع رشته‌ی تخصصی و میزان استرس در هنگام اراییه‌ی خبر بد به بیماران وجود ندارد. اگر چه در مطالعه‌ی حاضر، فاصله‌ی زمانی بین دانش‌آموختگی پزشکان تا زمان انجام مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت، اما تفاوت معنی‌داری بین میزان استرس دستیاران رشته‌های تخصصی و اعضای هیأت علمی در هنگام اراییه‌ی اخبار بد به بیماران وجود نداشت.

در مطالعه‌ی Shaw و همکاران، میزان استرس هنگام اراییه‌ی خبر بد و همچنین، روش‌های مقابله با استرس که توسط پزشکان مورد استفاده قرار می‌گیرند، بررسی شد (۱۴). بدین منظور، میزان استرس درک شده با استفاده از مقیاس لیکرت و روش مقابله با استرس با استفاده از روش مصاحبه از ۲۸ پزشک با میزان سوابق کاری متفاوت جمع‌آوری گردید. تفاوت‌هایی در میزان استرس درک شده در دو مطالعه وجود دارد؛ چرا که در مطالعه‌ی حاضر تعداد زیادی از پزشکان به ندرت دچار استرس هنگام اراییه‌ی خبر بد می‌شدند؛ در حالی که در مطالعه‌ی آن‌ها، تعداد زیادی از پزشکان، به طور کامل دچار استرس شدند و مواردی که فاقد استرس در هنگام اراییه‌ی اخبار بد باشند، گزارش نشده است. بر خلاف نتایج مطالعه‌ی حاضر،

مهارت‌های ارتباطی پزشکان بر روی میزان استرس حین انتقال خبر بد پرداخته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی میزان استرس پزشکان حین انتقال خبر بد به بیماران، به طور هم‌زمان به میزان رضایتمندی و دیدگاه بیماران در خصوص خبر بد دریافت شده از پزشکان نیز پرداخته شود و ارتباط میان آن‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد. به طور کلی، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که بسیاری از پزشکان حین انتقال خبر بد به بیماران دچار استرس می‌شوند که شایع‌ترین علامت همراه آن طپش قلب می‌باشد. در خصوص روش‌های مقابله با استرس، مدیریت شرایط استرس‌زا با استفاده از روش هیجان‌مدار، متداول‌ترین روش مورد استفاده توسط پزشکان حین انتقال خبر بد به بیماران می‌باشد. همچنین، استفاده از روش هیجان‌مدار حین انتقال خبر بد به بیماران، با میزان کمتری از استرس برای پزشکان همراه است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی با کد ۳۹۵۶۰۵ می‌باشد. منابع مالی طرح حاضر توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین گردید. بدین وسیله از تمام اعضای محترم هیأت علمی و دستیاران تخصص و فوق تخصص که در اجرای این مطالعه با پژوهشگران همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

در این مطالعه، ۱۶ دستیار بیهوشی آموزش‌های در خصوص مهارت‌های ارتباطی مرتبط با ارایه‌ی اخبار بد دریافت کردند. میزان ادراک دستیاران از توانایی و راحتی در خصوص ارایه‌ی خبر بد قبل و بعد از دریافت آموزش در آن‌ها بررسی شد. نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که میزان توانایی و راحتی دستیاران برای ارایه‌ی خبر بد به بیماران پس از دریافت آموزش‌ها بهبود یافته است. این تفاوت مشاهده شده در مطالعه‌ی آن‌ها و مطالعه‌ی حاضر، می‌تواند به دلیل عوامل مختلفی نظیر میزان فاصله‌ی زمانی بین دریافت آموزش در خصوص ارایه‌ی خبر بد و بررسی میزان کارایی آن باشد؛ چرا که در مطالعه‌ی حاضر، زمان دریافت این آموزش‌ها بررسی نشده است. همچنین، این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت در نوع آموزش‌های دریافتی و نیز تفاوت در میزان کارایی آن‌ها برای رشته‌های تخصصی مختلف باشد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به حجم کم نمونه‌ی مورد بررسی، عدم بررسی فاصله‌ی زمانی دانش‌آموختگی پزشکان تا شروع مطالعه، عدم بررسی میزان کارایی و تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر روی میزان استرس و توانایی پزشکان در خصوص ارایه‌ی خبر بد به بیماران اشاره کرد.

از این رو، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده با استفاده از حجم نمونه‌ی بالاتری به بررسی میزان کارایی روش‌های مختلف آموزشی

References

1. Studer RK, Danuser B, Gomez P. Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *Int J Psychophysiol* 2017; 120: 14-22.
2. Lamiani G, Leone D, Meyer EC, Vegni E. Breaking bad news: Theory and practice for healthcare professionals. In: Freda MF, Picione RDL, editors. *Healthcare and culture: Subjectivity in medical contexts*. Charlotte, NC: Information Age Publishing; 2017. p. 103-22.
3. Scheidt CE, Wunsch A, Afshar H, Goli F, Malekian A, Sharbafchi MR, et al. Breaking bad news: Different approaches in different countries of Iran and Germany- an expert panel. *Int J Body Mind Culture* 2017; 4(2): 108-14.
4. Hilkert SM, Cebulla CM, Jain SG, Pfeil SA, Benes SC, Robbins SL. Breaking bad news: A communication competency for ophthalmology training programs. *Surv Ophthalmol* 2016; 61(6): 791-8.
5. Azzopardi J, Gauci D, Parker P, Calleja N, Sloan J, Zammit R. Breaking bad news in cancer: An assessment of maltese patients' preferences. *Malta Medical School Gazette* 2017; 1(4): 36-45.
6. Dean A, Willis S. The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. *Int J Palliat Nurs* 2016; 22(6): 265-71.
7. Toivonen AK, Lindblom-Ylänne S, Louhiala P, Pyorala E. Medical students' reflections on emotions concerning breaking bad news. *Patient Educ Couns* 2017; 100(10): 1903-9.
8. Warnock C, Buchanan J, Tod AM. The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *J Adv Nurs* 2017; 73(7): 1632-45.
9. Karimi RA, Nabi AR, Karimi RJ, Rasouli D. Attitudes toward telling the truth to cancer patients in Iran: A Review Article. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res* 2017; 11(3): 178-84.
10. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? *J Clin Diagn Res* 2015; 9(3): JE01-JE04.
11. Luz R, George A, Spitz E, Vieux R. Breaking bad news in prenatal medicine: A literature review. *J Reprod Infant Psychol* 2017; 35(1): 14-31.
12. Keefe-Cooperman K, Savitsky D, Koschel W, Bhat V, Cooperman J. The PEWTER Study: Breaking bad news communication skills training for counseling programs. *International Journal for the Advancement of Counselling* 2018; 40(1): 72-87.
13. Seifart C, Hofmann M, Bar T, Riera KJ, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: Evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol* 2014; 25(3): 707-11.
14. Shaw JM, Brown RF, Dunn SM. A qualitative study

- of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient Educ Couns* 2013; 91(2): 243-8.
15. Labrague LJ, McEnroe-Petite DM, De Los Santos JAA, Edet OB. Examining stress perceptions and coping strategies among Saudi nursing students: A systematic review. *Nurse Educ Today* 2018; 65: 192-200.
 16. Fares J, Al TH, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, Aridi H. Stress, burnout and coping strategies in preclinical medical students. *N Am J Med Sci* 2016; 8(2): 75-81.
 17. Karam VY, Barakat H, Aouad M, Harris I, Park YS, Youssef N, et al. Effect of a simulation-based workshop on breaking bad news for anesthesiology residents: An intervention study. *BMC Anesthesiol* 2017; 17(1): 77.
 18. Ferreira da Silveira FJ, Botelho CC, Valadao CC. Breaking bad news: Doctors' skills in communicating with patients. *Sao Paulo Med J* 2017; 135(4): 323-31.

Investigation of the Stress Level of Physician Faculty Members and Residents of Isfahan University of Medical Sciences, Iran, Regarding Breaking Bad News to Patients

Ahmad Reza Zamani¹, Narges Motamedi², Amirhosein Farhady³

Original Article

Abstract

Background: The breaking bad news (BBN) is one of the most difficult duties of physicians, which can be very stressful and, as a result, has adverse effects on relationship between the physician and the patient. As the stress of BBN to the patient can disrupt the physician's performance, in this study, we aimed to investigate the stress of faculty members and residents of Isfahan University of Medical Sciences (IUMS), Iran, regarding the BBN to the patients and stress coping strategies.

Methods: In this cross-sectional study, 334 faculty members and residents of IUMS were investigated. Demographic and occupational data and perceived stress levels were collected using a researcher-made questionnaire. Furthermore, the investigation of stress coping strategies was performed using the Endler and Parker questionnaire.

Findings: During the BBN, 76 participants (22.8%) experienced sweating, 64 subjects (19.2%) tremor, and 159 (47.6%) faced palpitations. The mean score of perceived stress in women (2.96 ± 1.05) was significantly higher than men (2.64 ± 1.10) ($P = 0.006$). Regarding stress coping strategies during BBN to patients, 107 participants (32%) used the problem-focused coping, 48 (14.4%) used meaning-focused coping, and 179 subjects (53.6%) used the emotion-focused coping.

Conclusion: Many physicians get stress during BBN to patients, which most common associated symptom is palpitations. Regarding stress coping strategies, management of stressful situations using the emotion-focused coping is the most commonly used strategy by physicians during BBN to patients that is also associated with less stress.

Keywords: News, Communication, Social skills, Physician patient relationship, Stress

Citation: Zamani AR, Motamedi N, Farhady A. Investigation of the Stress Level of Physician Faculty Members and Residents of Isfahan University of Medical Sciences, Iran, Regarding Breaking Bad News to Patients. J Isfahan Med Sch 2019; 37(530): 637-44.

1- Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Amirhosein Farhady, Email: am_farhady@yahoo.com