

## نگرش بیماران و خانواده‌ها در مورد انتقال خبر بد در بخش‌های اونکولوژی

معصومه آقامحمدی<sup>۱</sup>، اکرم الفیابی<sup>۲</sup>، فاطمه بابایی<sup>۳</sup>، ندا بی‌آزار<sup>۴</sup>، سودا قرداشخانی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۱۰/۳۰

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** انتقال خبر بد یکی از چالش‌های مهم در بیماران دچار سرطان می‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی نگرش بیماران و خانواده بیماران که با تشخیص سرطان بستری بودند، انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه که از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد، ۱۹۶ نفر از بیماران و خانواده بیماران دچار سرطان (۶۲ بیمار، ۷۶ نفر خانواده بیمار بزرگسال و ۵۸ نفر خانواده کودک بیمار) بستری در بخش‌های اونکولوژی بیمارستان امام (ره) و بوعلی شهر اردبیل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که در ۶ بعد فرد، زمان و مکان مناسب جهت دادن خبر بد، میزان اطلاعات داده‌شده، پذیرش خبر بد، عوامل مؤثر بر نحوه انتقال خبر بد و اطلاعات دموگرافیک تنظیم شده بود. پرسشنامه به روش مصاحبه تکمیل شد.

**یافته‌ها:** بر اساس یافته‌ها تفاوت معنی‌دار آماری بین سن و نگرش در بعد پذیرش خبر بد در هر ۳ گروه ( $p=0.045$ ) وجود دارد، خانواده کودک نگرش بالاتر از خانواده بیمار بزرگسال و خود بیمار بزرگسال در بعد زمان مناسب دادن خبر بد (تفاوت بین گروهی:  $0.017$ ) و نگرش پایین‌تر از دو گروه دیگر در بعد عوامل مؤثر بر دادن خبر بد (تفاوت بین گروهی:  $0.007$ ) دارد. بیماران با جنس مؤنث نگرش پایین‌تر به مکان دادن خبر بد ( $p=0.046$ ) دارند. در خانواده بیماران بزرگسال افراد با تحصیلات بالاتر نگرش پایین‌تری به فرد دهنده خبر بد ( $p=0.009$ ) دارند. همچنین افراد با درآمد بالاتر نگرش بالاتر به زمان دادن خبر بد ( $p=0.046$ ) دارند. سکونت در منزل شخصی باعث نگرش بالاتر نسبت به مکان مناسب ( $p=0.043$ ) و میزان اطلاعات برای دادن خبر بد ( $p=0.043$ ) بوده است و نیز در خانواده بیماران با بیماری حاد نگرش بالاتر به میزان اطلاعات داده‌شده در مورد خبر بد ( $p=0.033$ ) وجود دارد. افراد شاغل در گروه خانواده بیماران خردسال نگرش بالاتر به پذیرش خبر بد ( $p=0.04$ ) داشته‌اند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق نشان می‌دهد در نگرش بیمار و خانواده بیمار بزرگسال و خانواده بیمار خردسال تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ولی در برخی جنبه‌های نگرش و در مقایسه با برخی متغیرهای دموگرافیک تفاوت وجود دارد و باید در انتقال خبر بد به شرایط اقتصادی-اجتماعی و دموگرافیک افراد توجه شود.

**کلیدواژه‌ها:** خبر بد، بیمار، خانواده، نگرش بیمار و خانواده، سرطان، مهارت ارتباطی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هفدهم، شماره ۱۲، پی‌درپی ۱۲۵، اسفند ۱۳۹۸، ص ۹۶۴-۹۵۵

آدرس مکاتبه: اردبیل، بزرگراه شهدا، بین چهارراه حافظ و پل سعدی، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۵۳۳۷۲۸۰۰۴

Email: sevdam1400@gmail.com

## مقدمه

باشد(۱). خبر بد به آن دسته از اخباری اطلاق می‌شود که منجر به بروز تغییرات منفی در درک یا انتظارات فرد نسبت به آینده خود می‌گردد. معمولاً از خبر بد به‌عنوان هرگونه شرایطی که فرد در آن احساس ناامیدی، محدود شدن تصمیمات برای زندگی آینده و

یکی از وظایف کادر درمانی در زندگی کاریشان انتقال خبر بد به بیماران و خانواده‌هایشان در مورد وضعیت سلامتی، تشخیص‌ها و پیش‌آگهی می‌باشد که می‌تواند اثرات مهمی بر زندگی آن‌ها داشته

<sup>۱</sup> گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

<sup>۲</sup> گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

<sup>۳</sup> گروه پرستاری، بیمارستان بوعلی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

<sup>۴</sup> گروه پرستاری، بیمارستان بوعلی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

<sup>۵</sup> کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

مطالعه کریمی و همکاران در سال ۱۳۹۴ نشان داد، گستره اخبار بد در بخش‌های ویژه و اورژانس متنوع بوده و پرستاران اغلب در فعالیت‌های مرتبط با فرایند انتقال خبر بد مشارکت دارند، لذا آموزش آن‌ها درباره چگونگی انتقال خبر بد و تدارک سازوکارهای حمایتی از ایشان در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد (۲). مطالعه وارنوک و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) در بیمارستان‌های شمال انگلستان نشان داد که پرستاران در مراحل مختلفی از سیر مراقبت با فرایند انتقال خبر بد درگیر می‌شوند. ارتباط با بیماران و خانواده‌ها و حوادث کنترل نشده و بدون برنامه‌ریزی، زمینه لازم را برای ارائه مراقبت مناسب توسط آن‌ها فراهم می‌کند (۱۱).

با توجه به مطالب فوق، علی‌رغم اهمیت مسئله انتقال خبر بد هنوز توجه چندانی به آن مبذول نشده و مشکلات قابل‌توجهی در این زمینه وجود دارد. مفهوم حقوق بیمار مقوله‌ای است که هنوز جای بحث بسیار دارد و هر گامی که در جهت شناخت و گسترش آن برداشته شود می‌تواند بیماران را در جهت دریافت مراقبت مبتنی بر حقوق اخلاقی یاری کند. همچنین شناخت نگرش و عقاید بیمار و خانواده در مورد چگونگی انتقال خبر بد می‌تواند تأثیر مثبتی بر میزان موفقیت انتقال‌دهندگان خبر بد داشته باشد، که نتیجه آن تطابق و سازگاری بهتر مددجویان و خانواده با شرایط فعلی و افزایش امید به زندگی آن‌ها می‌باشد. روش انتقال خبر بد بستگی به عوامل فرهنگی و اجتماعی حاکم بر هر جامعه دارد. تدوین و اجرای دستورالعمل‌های خاصی در این خصوص، جهت تسهیل انتقال اخبار بد در برخی کشورها صورت گرفته است که لازم است در کشور ما نیز پیگیری و اجرا شود و لازمی آن نیز اطلاع از نگرش بیماران و خانواده‌هایشان در مورد انتقال خبر بد، برای دخیل دادن نظرات و دیدگاه آن‌ها در دستورالعمل‌ها می‌باشد. در حال به نظر می‌رسد در ایران نیز به تحقیقات گسترده‌ای برای آگاهی از خواست بیمار و خانواده‌هایشان در زمان ابتلا به بیماری صعب‌العلاج یا ناعلاج و نیز تبعات احتمالی ناشی از دادن خبر بد صورت پذیرد و قوانین و مقررات جامعی در این زمینه وضع شود تا کادر درمانی بتوانند در این موارد تصمیمات مناسب را اخذ نمایند. لذا این مطالعه باهدف تعیین نگرش بیماران و خانواده‌هایشان در مورد انتقال خبر بد توسط کارکنان بخش‌های اونکولوژی بیمارستان‌های امام (ره) و بوعلی استان اردبیل در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

## مواد و روش کار

تهدید وضعیت سلامت روحی و جسمی می‌کند، نام برده می‌شود (۲). به نظر باکمن<sup>۱</sup> هر خبری که نگرش فرد در مورد آینده‌اش را به‌گونه‌ای منفی و به نحو چشم‌گیری تغییر دهد خبر بد نامیده می‌شود (۳). انتقال خبر بد به یک تیم چند حرفه‌ای شامل پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی و حتی خانواده بیمار نیاز دارد (۲). شیوه انتقال خبر بد می‌تواند تأثیر تقویت‌کننده یا تضعیف‌کننده در روحیه بیماران و نقش مثبت یا منفی در فرایند درمان آنان داشته باشد (۴). از طرف دیگر طبق اصول اخلاق پزشکی، بیمار حق آگاهی و برخورداری از اطلاعات مربوط به سلامتی خود را دارد و ارائه این اطلاعات توسط کادر پزشکی باید توأم با لحاظ نمودن و رعایت اصول اخلاق عمومی و حرفه‌ای باشد (۵). بر اساس شواهد موجود، افشای خبر بد با یک روش درست منجر به پذیرش آسان درمان، رضایت بیشتر و سطح پایین اضطراب بیمار می‌شود (۶). همچنین دادن خبر بد در شرایط محیطی، عاطفی، اجتماعی و حتی علمی مناسب و برقراری رابطه منطقی و اصولی با بیمار و اطرافیان وی در لحظه‌ی انتقال خبر بد از سنگینی و هیبت خبر بد می‌کاهد (۵).

معمولاً بیشتر بیماران علاقه‌مند به کسب اطلاعات واقعی و صحیح در مورد تشخیص‌ها، گزینه‌های درمانی و نتایج آن‌ها می‌باشند. با این حال گفتن حقیقت به بیماری که از نظر روحی آمادگی لازم را ندارد نه تنها احترام به وی و اختیاراتش نیست بلکه می‌تواند بر سیر بیماری و برقراری با تیم درمان اثر منفی بگذارد (۷). دیدگاه‌های متفاوتی در مورد حقیقت‌گویی و انتقال خبر بد به بیمار در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف وجود دارد. به نظر می‌رسد وجود اصل اختیار فردی در غرب، الزام بیان حقیقت به بیمار را در جوامع غربی، قابل‌پذیرش نموده است اما در بسیاری از جوامع شرقی به علت محدودیت خانواده و اولویت اصل عدم آسیب نسبت به اختیار فردی، کتمان حقیقت امری رایج است. نتایج پژوهش مناقب و همکاران (۱۳۹۰)، نشان داد که در برخی موارد، خواسته‌های بیماران برای چگونگی انتقال خبر بد با سایر جوامع تفاوت چشمگیری داشته و در انتقال خبر بد باید به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی توجه کرد (۴). مطالعه بوخلیل<sup>۲</sup> روی بیماران مبتلا به سرطان در خاورمیانه نشان داد که در این جوامع، مراقبت‌کنندگان و خانواده دوست دارند بیماری را پنهان کنند (۸). زمان زاده و همکاران نیز در مطالعه خود در ایران به این نتیجه رسیدند که پزشک و خانواده دوست دارند اطلاعات را از بیمار پنهان نمایند (۹). در حالی که مطالعه‌ای در ژاپن نشان داد که ۸۶/۱ درصد از بیماران علاقه‌مند به افشای کامل تشخیص خود هستند (۱۰).

<sup>3</sup> -Warnock et al

<sup>1</sup> -Buchman

<sup>2</sup> - Bou Khalil

بر اساس مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم تنظیم شده است. پرسشنامه شامل 6 بعد است که 8 سؤال در بعد فرد مناسب جهت دادن خبر بد، 2 سؤال در بعد زمان مناسب جهت دادن خبر بد، 3 سؤال در بعد مکان مناسب جهت دادن خبر بد، 5 سؤال در بعد میزان اطلاعات داده شده در مورد خبر بد، 3 سؤال در بعد پذیرش خبر بد و 7 سؤال در بعد عوامل مؤثر بر نحوه انتقال خبر بد می‌باشد. به منظور تعیین روایی محتوای آن، پرسشنامه در اختیار 10 نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل قرار گرفت و نظرات اصلاحی ایشان اعمال شد. پایایی ابزار نیز به روش ضریب آلفای کرونباخ، 0/71 برآورد شد.

نحوه انجام کار به این صورت بود که بعد از بیان اهداف مطالعه، در صورت تمایل شرکت‌کنندگان و امضای فرم رضایت آگاهانه، پرسشنامه به روش مصاحبه تکمیل شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 انجام شد. از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. به علت نداشتن توزیع نرمال داده‌ها از آمار غیرپارامتری (کروسکال والیس و من ویتنی) و آزمون‌های تی تست و آنوای یک‌طرفه برای مقایسه نمره نگرش کل و ابعاد آن با گروه‌ها و خصوصیات دموگرافیک استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد که از مجموع 196 فرد شرکت‌کننده در مطالعه، تعداد 62 نفر، بیمار و 134 نفر از اعضای خانواده بیمار (76 نفر خانواده بزرگسال و 58 نفر خانواده کودک) بودند. جدول شماره 1 اطلاعات تفصیلی در مورد ویژگی‌های فردی-اجتماعی شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که در سال 1397 پس از کسب نظر موافق کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد IR.ARUMS.REC.1397.079 انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام بیماران بزرگسال و کودک بستری و خانواده آن‌ها در بخش‌های اونکولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و بوعلی شهر اردبیل از دی‌ماه 1397 تا فروردین 1398 بودند که از بین آن‌ها افراد حائز شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه از طرف فرد بیمار یا خانواده کودک بیمار، سن بالای 18 سال، عدم وجود بیماری روانی جدی و داشتن شرایط جسمانی مساعد در کلیه بیماران دچار سرطان اعم از سرطان‌های خون و ارگان‌ها بود. در صورت بدحال شدن بیماران حین مطالعه و یا عدم تمایل آن‌ها به ادامه همکاری، نمونه‌ها از مطالعه خارج شدند.

تعداد نمونه پس از انجام مطالعه پابلوت روی 20 نفر از بیماران بستری، 196 نفر به دست آمد.

روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. که در مجموع تعداد 200 پرسشنامه تکمیل شد و به دلیل بدحال شدن 4 نفر از بیماران بزرگسال حین تکمیل پرسشنامه، آن‌ها از مطالعه خارج شدند. از بین افراد باقیمانده تعداد 62 بیمار بزرگسال و 134 فرد از خانواده بیماران، پرسشنامه را تکمیل نموده بودند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مناقب و همکاران (1390) که دارای روایی و پایایی (آلفا کرونباخ 73 درصد) و سطح معنی‌داری 0/0001 می‌باشد، استفاده شد. این پرسشنامه دو قسمتی است که قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان (سن، جنس، نوع بیماری حاد یا مزمن (بر اساس تشخیص پزشک معالج)، میزان تحصیلات، بخش بستری و وضعیت تأهل و بخش دوم در خصوص دیدگاه بیماران و خانواده‌ها در مورد نحوه انتقال خبر بد می‌باشد (28 سؤال). سؤال‌ها

جدول (1): توزیع فراوانی مشخصات فردی-اجتماعی شرکت‌کنندگان

متغیر	درصد	فراوانی	متغیر	درصد	فراوانی
سن			وضعیت درآمد		
20-30	13/8%	27	ضعیف	30%	59
31-40	34/2%	67	متوسط	59/2%	116
41-50	28/6%	56	خوب	10/7%	21
51-60	12/2%	24			
61-70	9/2%	18			
71-80	2%	4			
جنس			وضعیت شغلی		
مؤنث	64%	126	شاغل	22/4%	44
مذکر	36%	70	بیکار و خانه‌دار	77/6%	152
وضعیت تأهل			وضعیت سکونت		

۱۴۷	٪۷۵	شخصی	۱۸۶	٪۹۴/۹	متأهل
۴۹	٪۲۵	استیجاری و رهنی	۱۰	٪۵/۱	مجرد و بیوه
تحصیلات					
۳۹	٪۲۰	حاد	۳۲	٪۱۶/۳	بی‌سواد
۱۵۷	٪۸۰	مزمن	۹۷	٪۴۹/۵	ابتدایی و راهنمایی
			۵۲	٪۲۶/۵	دیپلم و فوق‌دیپلم
			۱۴	٪۷/۱	لیسانس و فوق‌لیسانس
			۱	٪۰/۵	دکتر

که با افزایش سن، نگرش در بعد پذیرش خبر بد مثبت بود ( $p=0.045$ ). در گروه افراد بیمار، بیماران با جنس مؤنث نگرش پایین‌تری به مکان دادن خبر بد داشتند ( $p=0.046$ ). در گروه خانواده بیماران بزرگسال، افراد با تحصیلات بالاتر که بیمار مبتلا به سرطان داشتند، دارای نگرش پایین‌تری به فرد دهنده خبر بد بودند ( $p=0.009$ ). همچنین افراد با درآمد بالا نگرش بالاتری به زمان دادن خبر بد داشتند ( $p=0.046$ ). سکونت در منزل شخصی باعث نگرش بالاتر نسبت به مکان مناسب ( $p=0.043$ ) و میزان اطلاعات داده شده برای دادن خبر بد ( $p=0.043$ ) بوده است. در خانواده بیماران با بیماری حاد نیز، نگرش افراد به میزان اطلاعات داده شده در مورد خبر بد مثبت‌تر بود ( $p=0.033$ ) و در گروه خانواده بیماران خردسال نیز افراد شاعلی، نگرش مثبت‌تری نسبت به پذیرش خبر بد داشتند ( $P=0.04$ ).

طی این مطالعه نشان داده شد، تفاوت نگرش در ۳ گروه در ابعاد مکان مناسب، فرد مناسب، میزان اطلاعات داده شده و پذیرش خبر بد معنی‌دار نمی‌باشد (نمرات نگرش در این ابعاد در جدول ۲ آورده شده است). همچنین، تفاوت نگرش در ۳ گروه در بعد زمان مناسب دادن خبر بد و عوامل مؤثر بر دادن خبر بد وجود دارد بطوری که خانواده کودک به ترتیب، نگرش بالاتر و پایینتر از خانواده‌ی بیمار بزرگسال و خود بیمار بزرگسال در این ابعاد دارند. در مقایسه نمره کل نگرش با متغیرهای دموگرافیک در هیچ یک از گروه بیمار یا خانواده تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت اما در مقایسه برخی ابعاد نگرش با مشخصات دموگرافیک تفاوت معنی‌دار وجود داشت. بدین صورت که، مقایسه نمرات نگرش در مورد خبر بد در مجموع افراد بیمار و خانواده‌ها (جدول ۳) نشان داد

**جدول (۲): نتایج تفاوت نگرش در سه گروه (بیمار بزرگسال، خانواده بیمار بزرگسال و کودک)**

نمره نگرش در ابعاد مختلف	فرد مناسب	زمان مناسب	مکان مناسب	میزان اطلاعات داده شده	پذیرش خبر بد	عوامل مؤثر بر نحوه انتقال خبر بد	نمره کل
نمره کل گروه تکمیل‌کننده	از ۴۰ نمره	از ۱۰ نمره	از ۱۵ نمره	از ۲۵ نمره	از ۱۵ نمره	از ۳۵ نمره	از ۴۰ نمره
بیمار بزرگسال	۳۱،۲	۸،۸	۱۳،۶	۲۱،۶	۱۱،۴	۳۱	۱۱۸
خانواده بیمار بزرگسال	۲۶،۵	۸،۵۷	۱۴،۸۵	۲۱،۲۸	۱۱	۳۰،۲۸	۱۱۲،۵
خانواده بیمار کودک	۳۰	۹،۱	۱۴،۲	۲۱،۸	۱۰،۸	۲۸،۲	۱۱۴

**جدول (۱): میانگین نمره کل نگرش در سه گروه (بیمار بزرگسال، خانواده بیمار بزرگسال و کودک)**

نمره نگرش در ابعاد مختلف	فرد مناسب	زمان مناسب	مکان مناسب	میزان اطلاعات داده شده	پذیرش خبر بد	عوامل مؤثر بر نحوه انتقال خبر بد	نمره کل
میانگین کل گروه‌های تکمیل‌کننده	از ۴۰ نمره	از ۱۰ نمره	از ۱۵ نمره	از ۲۵ نمره	از ۱۵ نمره	از ۳۵ نمره	از ۴۰ نمره
میانگین کل بیماران و خانواده‌ها	۲۹،۴	۸،۹۲	۱۴،۲۹	۲۱،۶۲	۱۰،۹۶	۲۹،۴	۱۱۴

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه که با هدف تعیین نگرش بیماران و خانواده بیماران دچار سرطان در مورد چگونگی انتقال خبر بد انجام شد، نشان داد

در نگرش بیمار و خانواده بیمار بزرگسال و خانواده بیمار خردسال تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ولی در برخی جنبه‌های نگرش در گروه‌ها و در مقایسه با برخی متغیرهای دموگرافیک تفاوت وجود دارد. که بحث در ابعادهای گوناگون مطالعه حاضر به شرح زیر است:

#### • بعد میزان اطلاعات داده شده:

در نتایج مطالعه حاضر به‌دست آمد، خانواده بیماران با بیماری مزمن که اکثریت نمونه‌ها را تشکیل می‌دادند، نگرش پایین‌تر به میزان اطلاعات داده شده در مورد خبر بد داشتند، بدین معنی، خانواده بیماران که دارای بیماری مزمن بودند، نیاز به اطلاعات بیشتری در هنگام انتقال خبر بد داشتند. اما در مطالعه هوف و همکاران<sup>۱</sup> در سوئد بیماران که اطلاعات در مورد حاد بودن بیماری خود دریافت کرده بودند در مورد علت بروز بیماری متعجب بودند و نیاز به اطلاعات بیشتر داشتند (۱۲). هم چنین در مطالعه فوجی موری<sup>۲</sup> و همکاران نشان داده شد که افراد دارای بیماری حاد نسبت به افراد دارای بیماری مزمن و عودکننده اطلاعات بیشتری در مورد بیماری نیاز دارند. که دلیل نگرش پایین در بیماران دارای بیماری مزمن می‌تواند این باشد که خانواده‌ها و بیماران پی برده‌اند که این بیماری پیش‌آگهی مطلوبی نداشته و باعث بستری شدن پی در پی افراد می‌شود و نیاز به اطلاعات جامع در مورد پیش‌آگهی و عوارض بیماری دارند. نیز، با افزایش اطلاعات بیماران و خانواده‌ها در مورد بیماری بار پذیرش خبر بد کاهش می‌یابد.

موری و همکاران<sup>۳</sup> مطالعه‌ای درباره بیماران دچار سرطان پستان عود کننده غیرقابل درمان دارند که در آن بیماران با اونکولوژیست خود درباره پیش‌آگهی بحث نموده‌اند. وی ذکر می‌کند پزشکان باید تشویق شوند به خواسته بیماران احترام بگذارند و به‌طور صریح در مورد پیش‌آگهی صحبت کنند (۱۳). که این مطالعه بیانگر لزوم دریافت اطلاعات کافی در بیماران مزمن و عود کننده می‌باشد. در مطالعه فوجی موری بیماران دوست داشتند احساسات خانواده‌شان مورد توجه قرار گیرد و در مورد شرایط فعلی با پزشک بحث کنند. همچنین در مطالعه فوجی موری نیمی از بیماران (از ۵۲۹ نفر) دوست داشتند در مورد امید به زندگی اطلاعات دریافت نمایند و ۳۰ درصد ترجیح می‌دهند اطلاعاتی در این مورد نگیرند. همچنین، مطالعه وی نشان می‌دهد با افزایش سطح تحصیلات میزان علاقه به دریافت اطلاعات فرق می‌کند (۱۴) که موافق با پژوهش حاضر است. بنابراین طبق پژوهش حاضر و مطالعات فوق در مورد این که چه میزان

اطلاعات هنگام انتقال خبر بد به بیماران داده شود باید به میزان علاقه، نیاز بیماران و تحصیلات آن‌ها و خانواده‌هایشان برای مشارکت و تصمیم‌گیری بهتر توجه شود. همچنین یکی از یافته‌های مطالعه کریمی راهجودی این است که بهتر است شیوه انتقال اخبار ناگوار بیماری سرطان همراه با یک مقدمه چینی باشد (۱۵).

از جنبه دیگر هم ممکن است بیماران بخواهند اطلاعات کمی دریافت کنند به‌طوریکه آزو<sup>۴</sup> و جین<sup>۵</sup> نشان دادند از مجموع ۶۹۱ نفر بیمار دچار کانسر پستان که ۱۰ سال قبل مورد تشخیص قرار گرفته بودند ۵۹ درصد دوست داشتند قبل از دادن اطلاعات از ایشان پرسیده می‌شد چه مقدار اطلاعات می‌خواستند دریافت کنند و بعد اطلاعات داده می‌شد که از ۵۴ درصد این بیماران پرسش در مورد میزان اطلاعات نشده بوده است (۱۶). که این مطالعه نیز موافق با پژوهش کنونی است و باید قبل از انتقال خبر بد به علاقه و نیاز بیماران برای دریافت خبر بد توجه شود.

از سوی دیگر این مطالعه‌ها نشان می‌دهند که گذاشتن وقت در بحث با بیمار که او بتواند نگرانی‌های خود را بیان کند، سواالتش را بپرسد و فراهم کردن شرایطی که راحتی بیمار فراهم شود و بیمار با عجله پزشک یا فرد دهنده خبر بد مواجه نباشد در انتقال خبر بد کمک کننده است.

#### • بعد زمان مناسب:

نتایج پژوهش اخیر نشان داد که درآمد بالاتر خانواده همراه با نگرش بالاتر به زمان دادن خبر بد بود و درآمد پایین در خانواده‌ها باعث شده بود که نسبت به زمان مناسب برای انتقال خبر بد حساس باشند. که این ممکن است به دلیل اثر گذاشتن دغدغه‌های مالی بر آستانه تحمل افراد باشد که نتوانند شوک خبر بد را در هر لحظه و هر جا داشته باشند و نیاز به حمایت‌های روانی و اجتماعی بیشتر داشته باشند. به نظر می‌رسد با ایجاد حس اعتماد در خانواده‌های کم درآمد برای تأمین حمایت مالی و معرفی به مددکاری بتوان از شوک خبر بد آن‌ها کاست تا روی بیماری خود تمرکز بیشتری داشته و در جهت سازگاری با وضعیت موجود تلاش نمایند. همچنین در تحقیق برگر و همکاران<sup>۶</sup> نیز میزان دانش بیماران دچار سرطان و وضعیت اشتغال با میزان درک اطلاعات مرتبط بود (۱۷). علت آن می‌تواند این باشد که، داشتن شغل از دغدغه‌های مالی خانواده دارای بیماری مزمن می‌کاهد. از سوی دیگر مطالعه راشین<sup>۷</sup> و همکاران

<sup>5</sup> Jean

<sup>6</sup> Berger et al

<sup>7</sup> Russin

<sup>1</sup> Huff et al

<sup>2</sup> Fujimori

<sup>3</sup> Mori et al

<sup>4</sup> Azu

نشان داد که بهتر است خبر بد بلافاصله پس از تشخیص داده شود (۱۸).

#### • بعد مکان مناسب:

در تحلیل جداگانه ۳ گروه بیمار و خانواده کودک و خانواده بیماران بزرگسال هم نتایج نشان داد که در گروه افراد بیمار، بیماران مؤنث که اکثریت نمونه‌ها را شامل می‌شدند نگرش پایین‌تر به مکان دادن خبر بد داشتند، بدین معنی که بیماران مؤنث نسبت به مکان اطلاع خبر بد حساس‌تر بوده و ترجیح می‌دهند که مکان خلوت و خصوصی باشد. در مطالعه سرشتی نیز که درباره‌ی دادن خبر بد به مادران در مورد نوزادانشان بود، پرستاران اظهار داشتند بهتر است اتاق خصوصی برای دادن خبر بد به مادران بدون حضور نوزاد در نظر گرفته شود که در آن بیان احساس خشم مادر و همدردی با وی صورت بگیرد (۱۹). در مطالعه راشین اشاره شده است که پرستاران اظهار می‌داشتند بهتر است اتاقی برای بیان خشم باشد (۱۸). در مطالعه مناقب نیز ۶۳ درصد بیماران بر لزوم انجام این کار در اتاق خصوصی و خلوت تاکید داشتند (۴). در مطالعه مصطفویان و همکاران نشان داده شد که توجه به مکان مناسب (اتاق خصوصی) و زمان مناسب از ابعاد مهم دادن خبر بد می‌باشد (۲۰). بیماران خانم به علت داشتن روحیه حساس و آسیب پذیر ممکن است، دوست نداشته باشند که در هر مکانی خبر بد را دریافت کنند. بنابراین، بسیار اهمیت دارد که حداقل در هنگام انتقال خبر بد به خانم‌ها به جایگاه انجام مصاحبه و خصوصی بودن محل توجه ویژه‌ای نماییم. همچنین نتایج پژوهش اخیر نشان داد سکونت در منزل شخصی باعث نگرش بالاتر خانواده بیماران بزرگسال نسبت به مکان مناسب برای دادن خبر بد بوده است یعنی، بیماران و خانواده‌های دارای مسکن شخصی از حساسیت کم‌تری نسبت به مکان مناسب برای انتقال خبر بد برخوردار بودند.

#### • بعد فرد مناسب:

در نتایج مطالعه حاضر خانواده بیماران بزرگسال با تحصیلات بالاتر نگرش پایین‌تری به فرد دهنده خبر بد داشتند بدین معنی که، خانواده بیماران دارای تحصیلات بالاتر نسبت به فرد مناسب برای انتقال خبر بد حساس‌تر می‌باشند. که ممکن است آن‌ها انتظار دریافت اطلاعات زیاد در رابطه با پاتوفیزیولوژی بیماری و نیاز به نحوه ارتباط بهتر را داشته باشند، بنابراین بهتر است کادر درمانی در زمینه مهارت ارتباطی با بیماران و خانواده‌هایشان آموزش‌های لازم را ببینند. که این مورد موافق با پژوهش جلالی و همکاران می‌باشد که برگزاری دوره‌های آموزش مهارت ارتباطی را جهت مدیریت هنگام انتقال خبر بد توصیه می‌کند (۲۱). کریمی راهجودی نیز در

مطالعه خود به دست آورد که بهتر است انتقال اخبار ناگوار بیماری سرطان به صورت مستقیم توسط پزشک به بیمار انتقال یابد (۱۵). همچنین مطالعه لاکسمی<sup>۸</sup> نشان می‌دهد در مردم هند تحصیلات ارتباط معنی‌دار با ترجیح به دریافت میزان اطلاعات در بیماران سرطانی دارد و افراد با سوادتر نیاز به اطلاعات بیشتری هنگام انتقال خبر بد دارند (۲۲).

مطالعات نشان می‌دهد پرستاران بیشتر دادن خبر بد را وظیفه پزشک دانسته‌اند (۵،۶،۲۳). به طوری که مطالعه جویباری نشان داد که پرستاران در دادن خبر بد دوست دارند از ترندهای به پزشک واگذار کردن، توسل به اقوام دورتر، مهیا کردن زمینه، کوچک جلوه دادن موضوع استفاده کنند (۵). از سوی دیگر تحصیلات بالاتر در پرستاران نیز باعث درک بیشتر و مشارکت آن‌ها در دادن خبر بد خواهد شد چرا که ممکن است مهارت‌های ارتباطی بیشتر داشته باشند و دادن اطلاعات به بیمار و همراه را نیز از وظایف اصلی خویش بدانند. به طوری که در مطالعه سرشتی پرستاران دارای تحصیلات بالاتر در کل نگرش مثبت به دادن خبر بد داشتند (۱۹).

#### • بعد پذیرش خبر بد:

با تحلیل ابعاد دادن خبر بد به دست آمد که در مجموع افراد بیمار و خانواده‌ها با افزایش سن نگرش در بعد پذیرش خبر بد مثبت می‌باشد یعنی، بیماران و خانواده‌های جوانتر هنگام انتقال خبر بد نیاز به اطلاعات بیشتری برای پذیرش خبر بد دارند. که این می‌تواند به دلیل روحیه بالا و حس کنجکاوی افراد جوان نسبت به بیماری و کسب اطلاعات لازم در مورد آن باشد. مطالعه راشین نیز نشان داد، دادن خبر بد به بیمار پیر آسان‌تر از جوان‌ترها می‌باشد (۱۸). در حالی که مطالعه لاکسمی در جمعیت هند تأثیر سن بر نیاز به اطلاعات را نشان نداد (۲۲). مطالعه ریشر و همکاران<sup>۹</sup> نیز نشان داد که تفاوتی در بیماران کم سن تر نسبت به میانسال و سالخورده در افشای خبر بد وجود نداشت و شدت خبر را به یک میزان درک نموده بودند (۲۴). همچنین در نتایج به دست آمده در گروه خانواده بیماران خردسال افراد شاغل نگرش بالاتر نسبت به پذیرش خبر بد داشتند، به این معنی که افراد بیکار و یا خانه‌دار برای پذیرش خبر بد نیاز به اطلاعات بیشتری دارند. در تحقیق احسانی و همکاران بیش از نیمی از بیماران و افراد خانواده شرکت‌کننده بازنشسته یا خانه‌دار و بیکار بودند که نیاز به اطلاعات بیشتر هنگام افشای خبر بد و عدم پنهان کاری داشتند (۶). با توجه به متوسط بودن جمعیت کشور ما بیماری‌ها وقتی در همین گستره اتفاق می‌افتد ممکن است انتظار برود که تحمل روانی برای پذیرش خبر بد پائین باشد.

<sup>9</sup> Richter et al

<sup>8</sup> Laxmi

اطلاعات مناسب جهت کاهش ضربه‌ی خبر بد توسط کادر پزشکی اشاره دارد (۲۵).

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به عدم همکاری بعضی از شرکت‌کنندگان در پژوهش اشاره کرد که با بیان مزایا و اهداف مطالعه سعی شد همکاری هرچه بیشتر آن‌ها جلب شود. شرکت‌کنندگان در پژوهش برخی بی‌سواد و برخی باسواد بودند، لذا برای رفع این مشکل پرسشنامه توسط پژوهشگران به روش مصاحبه تکمیل شد. با احتمال اینکه واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را در ارائه نظرات منعکس نکنند، لذا با توضیح در مورد محرمانه بودن محتوی پرسشنامه و عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی این احتمال نیز نسبتاً کنترل شد.

بطور کلی این مطالعه نشان داد که، انتقال خبر بد به خانواده کودک در برخی موارد با انتقال خبر بد به بیمار بزرگسال یا خانواده وی متفاوت است ولی با افزایش سن در همه‌ی گروه‌ها پذیرش خبر بد بیشتر است. در کودکان بیمار، خانواده‌ها با زمان دادن خبر بد مشکل ندارند ولی عوامل مؤثر بر دادن خبر بد بیشتر بر ایشان تأثیر گذار بوده است. از نتایج دیگر این است که برخی عوامل اجتماعی-اقتصادی در انتقال خبر بد اثر گذار است از جمله سکونت در منزل شخصی باعث پذیرش اطلاعات بیشتر و کم اهمیت بودن محل دادن خبر بد شده و درآمد بالاتر خانواده بیمار بزرگسال باعث عدم تفاوت زمان دادن خبر بد به آن‌ها می‌شود. در کودکان نیز والدین شاغل پذیرش بیشتری به خبر بد دارند. ولی تحصیلات بالاتر باعث دیدگاه بدتر خانواده بیمار بزرگسال به فرد دهنده خبر بد می‌باشد و آن‌ها نسبت به فرد مناسب برای دادن خبر بد حساس‌تر بوده و نیاز به اطلاعات بیشتر هنگام دادن خبر بد دارند. همچنین در بیماری حاد نگرش بالاتر به گرفتن اطلاعات بیشتر در خانواده بیماران بزرگسال وجود دارد و خانواده بیماران دارای بیماری مزمن نیاز به اطلاعات بیشتر هنگام انتقال خبر بد داشتند. بیماران مؤنث نیز نسبت به مکان اطلاع خبر بد حساس‌تر بوده و ترجیح می‌دهند که مکان خلوت و خصوصی باشد.

با توجه به اینکه تنوع اجتماعی و فرهنگی بیماران نیز در نحوه مناسب دادن خبر بد اثر می‌گذارد، ضروری است که پرستاران با شیوه‌های علمی ابلاغ خبر بد که به کرات در زندگی کاری خود با آن مواجهه می‌شوند آشنا شده و آموزش لازم را ببینند.

لذا کادر درمانی بهتر است هنگام انتقال خبر بد به توصیه‌های زیر توجه ویژه‌ای نمایند:

اما، در تحقیق مصطفوی و همکاران بیش از ۷۰ درصد مادران تحصیلات بیش از ۱۲ سال و نزدیک به ۸۰ درصد آن‌ها شاغل بوده اند که نشان داده شده است تقریباً اکثر مادران در فرایند انتقال و پذیرش خبر بد مایلند تمام اطلاعات درباره بیماری فرزندشان را دریافت کنند (۲۰).

#### • بعد عوامل مؤثر بر نحوه انتقال خبر بد:

در پژوهش حاضر خانواده کودک نگرش پایین‌تر از خانواده بیمار بزرگسال و خود بیمار بزرگسال در بعد عوامل مؤثر بر دادن خبر بد دارد. این موضوع نشان می‌دهد توجه به عوامل روحی در انتقال خبر بد مؤثر است و خبر بد باید با توجه به روحیات بیماران و خانواده و با در نظر گرفتن زمینه‌ها داده شود، همچنین این امر در بیماران کودک و خانواده آن‌ها جایگاه ویژه‌ای دارد. بنابراین بهتر است، دادن خبر بد به خانواده بیماران کودک همراه با تقویت روحیه خانواده‌ها باشد. به‌طوری که راشین در پژوهش خود ذکر می‌کند در دادن خبر بد به بیماران، گفتن جملاتی از قبیل "همه یک روز می‌میرند"، "کاری از دستمان بر نمی‌آید" و یا "متأسفم خبر بدی دارم" را دوست ندارند، در عوض گفتن جملاتی از قبیل "شما در یک جنگ وارد شده‌اید که باید پیروز شوید"، "من در خدمت شما هستم" و "من تلاش شما را ارج می‌نهم" در پذیرش خبر بد به آن‌ها کمک کننده است (۱۸). جویباری نیز در مطالعه خود نشان داد پرستاران از استراتژی روحیه دادن به بیمار و همراه در دادن خبر بد استفاده کردند و آن را مؤثر دانسته‌اند (۵). طبق مطالعه مناقب و همکاران نیز اکثریت بیماران بر لزوم حضور مشاور روانپزشکی و مذهبی در هنگام انتقال خبر بد تأکید داشتند (۴). همچنین طبق مطالعه جلالی و همکاران بیماران بیشترین انتظار حمایت روحی و روانی را از خانواده خود دارند (۲۱). بنابراین بنظر می‌رسد از آن جایی که خبر بد می‌تواند برای بیمار و خانواده‌اش تنش‌زا باشد، برای تقویت روح و روان بیماران و خانواده‌هایشان وجود مشاورین روانشناسی و مذهبی جهت ایجاد حس همدلی و درک وضعیت روان شناختی در هنگام انتقال خبر بد می‌تواند مؤثر واقع شود. هم چنین برگزاری دوره‌های نحوه تقویت روحیه بیماران برای کادر درمان می‌تواند مفید واقع شود. وارنوک و همکاران در سال ۲۰۱۶ تحقیقی انجام دادند و بعد از برگزاری دو بار دوره آموزشی در آن سال اطلاعات در مورد فرآیند دادن خبر بد جمع‌آوری شد و نتایج نشان داد که مهم‌ترین عوامل مؤثر در نحوه دادن خبر بد شامل اطلاعات تشخیصی، درمان بیماری، عوارض بیماری و مراقبت در مراحل انتهایی زندگی می‌باشد (۳). گالاگر<sup>۱۰</sup> و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود به اهمیت استفاده از زمان، مکان و

<sup>10</sup> Gallagher

-تقویت روحیه بیماران و خانواده‌ها هنگام دادن خبر بد  
-خصوصاً در مورد خانواده‌های کودک بیمار.

بنابراین پژوهش حاضر پیشنهاد برگزاری کارگاه آموزش مهارت  
ارتباطی، نحوه انتقال خبر بد، تقویت روحیه بیماران و خانواده‌ها و  
انجام مطالعاتی برای بررسی تأثیر مکان خصوصی در نحوه پذیرش  
خبر بد را می‌کند.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم تحقیقات  
و فناوری و کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه  
علوم پزشکی اردبیل به واسطه تأیید و حمایت مالی این پژوهش  
سپاسگزاری و از بیماران و خانواده‌هایشان که در این مطالعه شرکت  
نمودند صمیمانه قدردانی نمایند.

### References:

1. Warnock C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nurs Stand* 2014;28(45):51-8.
2. Imanipour M, Karim Z, Bahrani N. Role, perspective and knowledge of Iranian critical care nurses about breaking bad news. *Aust Crit Care* 2016;29(2):77-82.
3. Arbabi M, Roodzar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, et al. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry* 2010;5(4):128-33.
4. Managheb SE, Hosseinpour M, Mehrabi F. Patient's viewpoints about how to break bad news. *Iran J Microbiol.* 2013;5(4).
5. Jooybari L, Ghana S, Sarari S SA. Nurses experiences in delivering bad news to patients and fellows. *Med Ethics Q* 2013;7(24):11-31.
6. Ehsani M, Taleghani F, Hematti S, Abazari P. Perceptions of patients, families, physicians and nurses regarding challenges in cancer disclosure: A descriptive qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2016;25:55-61.
7. 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.
8. Ichikura K, Matsuda A, Kobayashi M, Noguchi W, Matsushita T, Matsushima E. Breaking bad news to

-دادن اطلاعات جامع و دقیق به بیمار و خانواده درباره  
پیش‌آگهی و عوارض بیماری بخصوص درمورد بیماری‌های مزمن و  
عود کننده و بیماران و خانواده‌های جوان‌تر.

-توجه به میزان علاقه، نیاز و تحصیلات بیمار و خانواده‌ها هنگام  
انتقال خبر بد.

-حساس‌تر بودن خانواده‌های با درآمد پایین و بدون شغل  
به ترتیب نسبت به زمان مناسب برای دادن خبر بد و میزان اطلاعات  
مناسب و جامع برای پذیرش خبر بد.

-در نظر گرفتن مکان مناسب و خصوصی برای دادن خبر بد  
خصوصاً برای خانم‌ها.

-در نظر گرفتن فرد مناسب با مهارت ارتباطی مناسب برای  
بیماران و خانواده‌های آن‌ها و در اختیار قرار دادن اطلاعات جامع.

9. Khalil RB. Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the middle east: A review. *Palliat Support Care* 2013; 11(1); 69-78.
10. Zamanzadeh V, Rahmani A, Valizadeh L, Ferguson C, Hassankhani H, Nikanfar AR, et al. The taboo of cancer: The experiences of cancer disclosure by Iranian patients, their family members and physicians. *Psychooncology* 2013;22(2):396-402.
11. Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: Role of the nurse. *J Adv Nurs* 2010;66(7):1543-55.
12. Hoff L, Tidfelt U, Thaning L, Hermerén G. In the shadow of bad news - Views of patients with acute leukaemia, myeloma or lung cancer about information, from diagnosis to cure or death. *BMC Palliat Care* 2007;6(1):1.
13. Mori M, Fujimori M, van Vliet LM, Yamaguchi T, Shimizu C, Kinoshita T, et al. Explicit prognostic disclosure to Asian women with breast cancer: A randomized, scripted video-vignette study (J-SUPPORT1601). *Cancer* 2019;125(19):3320-9.



14. Fujimori M, Parker PA, Akechi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y. Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 2007;16(7):617-25.
15. Rahjerdi AK, Nasiri B, Shamshiri AR, Aghanavesi M, Tari MHA. The cancer patient point of view to the transfer ways of bad news. *Med Ethics J* 2015;9(33):103-20.
16. Azu MC, Jean S, Piotrowski JM, O'Hea B. Effective methods for disclosing breast cancer diagnosis. *Am J Surg* 2007;194(4):488-90.
17. Berger O, Grønberg BH, Loge JH, Kaasa S, Sand K. Cancer patients' knowledge about their disease and treatment before, during and after treatment: A prospective, longitudinal study. *BMC Cancer* 2018;18(1):381.
18. Rassin M, Levy O, Schwartz T, Silner D. Caregivers' role in breaking bad news: Patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nurs* 2006;29:302-8.
19. Seresht M, Izadi A. The attitudes of health care providers toward breaking bad news in neonatal intensive care units and labor wards. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013;6(4):57-67.
20. Mostafavian Z, Shaye Z, Farajpour A. Mothers' preferences toward breaking bad news about their children cancer. *J Fam Med Prim Care* 2018;7(3):596.
21. Mohammad Jalali, Ahmad Nasiri HA. Patients and family members' experiences regarding receiving bad news from health providers. *J Med Ethics Hist Med* 2015;7(5):83-93.
22. Khan J, Laxmi S. Does the cancer patient want to know? Results from a study in an Indian tertiary cancer center. *South Asian J Cancer* 2013;2(2):57.
23. Abbaszadeh A, Ehsani SR, Begjani J, Kaji MA, Dopolani FN, Nejati A, et al. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: A qualitative content analysis. *J Med Ethics Hist Med* 2014;7.
24. Richter D, Ernst J, Lehmann C, Koch U, Mehnert A, Friedrich M. Communication preferences in young, middle-aged, and elderly cancer patients. *Oncol Res Treat* 2015;38(11):590-5.
25. Gallagher A, Arber A, Chaplin R, Quirk A. Service users' experience of receiving bad news about their mental health. *J Ment Heal* 2010;19(1):34-42.

## THE ATTITUDE OF PATIENTS AND FAMILIES TOWARD THE DELIVERY OF BAD NEWS IN ONCOLOGY WARDS

Masomeh Agamohammadi<sup>1</sup>, Akram Alefbaei<sup>2</sup>, Faatemeh Babaei<sup>3</sup>, Neda Biazar<sup>4</sup>, Sevda Gardashkhani<sup>\*5</sup>

Received: 11 Sep, 2019; Accepted: 20 Jan, 2020

### Abstract

**Background & Aims:** Bad news is one of the major challenges for cancer patients. The present study was conducted to investigate the attitudes of cancer patients and their families toward the diagnosis of cancer admitted to hospitals affiliated to Ardebil University of Medical sciences.

**Materials & Methods:** A total of 196 cancer patients and their families (including 62 family members of cancer patients, 76 adult patients and 58 child patients) who were admitted to the oncology wards of Imam and Bu-Ali hospitals in Ardebil were selected by convenient sampling method. Data were collected using a questionnaire containing six dimensions, including the suitability of the person, the time and the place for delivering the bad news, amount of information disclosed, acceptance, and factors affecting the delivery of bad news, plus a section on demographic details. The questionnaire was completed by the researchers through interviews.

**Results:** Significant differences were found between age and attitude in all three groups regarding acceptance of the bad news ( $p=0.045$ ). In the dimension of suitability of time for delivering bad news, children's families had a better attitude than families of adult patients and adult patients themselves (intergroup difference: 0.017), but they had a poorer attitude than the other two groups with regard to factors affecting delivery of bad news (intergroup difference: 0.007). Female patients had poorer attitude toward the place for delivery of bad news ( $p=0.046$ ). Family members of adult patients with higher education showed poorer attitude toward the bearer of the bad news ( $p=0.009$ ), and those with higher income had a better attitude toward timing of the bad news ( $p=0.046$ ). Those living in privately owned houses had a better attitude toward suitability of the place for the delivery of bad news ( $p=0.043$ ) and the amount of information provided ( $p=0.043$ ). Families of patients with acute diseases showed better attitudes toward the amount of information provided ( $p=0.033$ ). Employed family members of pediatric patients accepted the bad news better ( $p=0.04$ ).

**Conclusion:** The results showed no significant differences between the attitudes of adult patients and their families and families of pediatric patients. The attitude differences were observed between groups in certain demographic variables. Therefore the socioeconomic and demographic backgrounds of the person should be considered when delivering the bad news.

**Keywords:** Bad news, patient, family, patient attitudes and family, cancer, communication skills

**Address:** Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

**Tel:** (+98) 4533728004

**Email:** sevdam1400@gmail.com

<sup>1</sup> Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

<sup>2</sup> Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

<sup>3</sup> Department of Nursing, Boali Hospital, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

<sup>4</sup> Department of Nursing, Boali Hospital, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

<sup>5</sup> Students Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran (Corresponding Author)