

اخبار بد شایع در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس و میزان مشارکت پرستاران در فرایند انتقال خبر بد در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران

زهرا کریم^۱، معصومه ایمانی پور^{۲*}، ناصر بحرانی^۳

تاریخ دریافت 1393/11/15 تاریخ پذیرش 1394/02/20

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: انتقال خبر بد یکی از چالش‌های موجود در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس است. پرستاران به‌عنوان کسانی که وظیفه مراقبت مداوم از بیمار را به عهده دارند نقشی مهمی در فرایند انتقال خبر بد دارند، درحالی‌که کمتر به بررسی ابعاد مشارکت آن‌ها در این زمینه پرداخته شده است. این مطالعه به‌منظور بررسی نوع اخبار بد شایع در بخش‌های ویژه و اورژانس و تعیین میزان مشارکت پرستاران در فرایند انتقال خبر بد انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، ۱۸۲ نفر از پرستاران بخش‌های ویژه و اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و سهمیه‌ای موردبررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بود که شایع‌ترین اخبار بدی که پرستاران با آن مواجهه داشتند و نوع فعالیت‌هایی که در زمینه انتقال خبر بد انجام می‌دادند را به طریق خودگزارش‌دهی موردبررسی قرار می‌داد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها، اخبار مربوط به مرگ بیمار بیشترین اخباری هستند که پرستاران در بخش‌های CCU (۸۹/۵ درصد)، ICU (۷۷/۳ درصد) و اورژانس (۸۱/۸ درصد) با آن مواجهه دارند. مهم‌ترین فعالیت‌های مرتبط با انتقال خبر بد که پرستاران اغلب در آن مشارکت داشتند عبارت بودند از حمایت عاطفی از بیمار و خانواده وی (۲/۷۹±۰/۹۵)، توضیح صحبت‌های پزشک با بیان ساده‌تر (۲/۶۸±۰/۹۶)، کمک به بیمار و خانواده برای سازش با خبر بد (۲/۶۳±۰/۸۹)، آماده کردن بیمار یا خانواده برای شنیدن خبر بد (۲/۶۱±۰/۰۴). همچنین مشخص شد ۳۴/۱ درصد پرستاران، اغلب خبر بد را مستقلاً به بیمار یا بستگان وی منتقل می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش 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.

کلیدواژه‌ها: خبر بد، بخش مراقبت ویژه، اورژانس، پرستار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره پنجم، پی‌درپی 70، مردادماه 1394، ص 377-385

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دپارتمان مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، تلفن: ۰۲۱-۶۱۰۵۴۴۲۵، فاکس: ۰۲۱-۶۶۹۴۳۱۸۹

Email: m_imanipour@tums.ac.ir

مقدمه

احساس ناامیدی، محدود شدن تصمیمات برای زندگی آینده و تهدید وضعیت سلامت روحی و جسمی را تجربه می‌کند، نام برده می‌شود (۲). انتقال خبر بد اگرچه تجربه تلخی است، اما مدیریت صحیح آن به تطابق بیشتر فرد کمک می‌کند. این تجربه اگر ضعیف مدیریت شود می‌تواند تا مدت‌های طولانی باعث کشمکش فرد با استرس ناشی از مواجهه با آن شود که سلامت فرد را بیشتر به مخاطره خواهد انداخت (۳).

خبر بد به آن دسته از اخباری اطلاق می‌شود که منجر به بروز تغییرات منفی در درک یا انتظارات فرد نسبت به آینده‌اش می‌گردد (۱). اگرچه بیشتر افراد از خبر بد به عنوان صحبت درباره بیماری‌های تهدیدکننده حیات یا مرگ عزیزان یاد می‌کنند، اما خبر بد می‌تواند برای هر فرد معنی متفاوتی داشته باشد. معمولاً از خبر بد به عنوان هرگونه شرایطی که فرد در آن

^۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ مربی هیئت علمی و عضو مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دپارتمان مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی گروه آموزشی آمار، دانشکده علوم پایه دانشگاه هوایی شهید ستاری

در بسیاری از موارد حتی سال‌ها پس از گذشت مواجهه با خبر بد، فرد این گفتگو را با جزئیات دقیق به خاطر می‌آورد (۲). این مطلب تأثیر این مواجهه را به‌خوبی نشان داده و اهمیت و ضرورت کسب مهارت در زمینه انتقال خبر بد را آشکار می‌سازد.

بیشتر مطالعاتی که در زمینه انتقال خبر بد انجام شده‌اند به لحظه انتقال خبر بد اشاره دارند و توجه کمتری به انتقال خبر بد به‌عنوان یک فرایند کرده‌اند درحالی‌که انتقال خبر بد فرایندی دینامیک و پویا است که قبل از لحظه انتقال خبر بد شروع شده، حین و بعد از لحظه انتقال را نیز در برمی‌گیرد. انتقال خبر بد فرایندی است که مشارکت تیمی ارائه‌دهندگان مراقبت به بیمار را می‌طلبد (۴) و نباید مسئولیت آن تنها بر عهده یک نفر از اعضای تیم درمان باشد (۵). درگذشته عقیده بر این بوده که پزشک تنها کسی است که خبر بد را انتقال می‌دهد اما در حال حاضر، دادن خبر بد به‌صورت یک فرایند مطرح می‌شود که انتقال آن نیازمند همکاری سایر اعضای تیم درمان از جمله پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی و حتی خانواده بیمار است (۵،۳). درواقع انتقال خبر بد به یک تیم چند رشته‌ای نیاز دارد که هر یک در سطوح مختلف و زمان‌های متفاوت عملکردهای مختلفی دارند (۶). به‌عنوان مثال مطالعات نشان می‌دهند که نیاز بیمار برای کسب اطلاعات و حمایت، فراتر از لحظه انتقال خبر بد است و پرستاران اغلب در این زمینه به‌طور فعالی درگیر هستند. آماده‌سازی بیمار و نزدیکان وی، شفاف‌سازی شرایط موجود و کمک به آن‌ها جهت درک این شرایط، جزئی از این فرآیند است که اغلب وظیفه پرستاران است (۷-۹). بخش مراقبت‌های ویژه قسمتی از بیمارستان است که به علت وخامت حال بالینی بیماران شرایطی مانند وضعیت‌های تهدیدکننده حیات، بدتر شدن سطح هوشیاری بیمار، گذاشتن لوله تراشه^۱ و وابستگی به دستگاه ونتیلاتور، قطع اندام^۲، نیاز به عضو اهدایی، ایست قلبی، کما^۳ و مرگ در آن شیوع بیشتری دارد (۳ و ۱۰). بر این اساس پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه به‌طور بالقوه با موقعیت‌های زیادی جهت انتقال خبر بد روبه‌رو هستند و شیوع این نوع اخبار در این بخش‌ها بنا به‌ضرورت، بیشتر است (۳). پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس نیز اغلب مجبورند اخبار بدی را به اعضای خانواده مصدومین بگویند و این موقعیت‌ها به دلیل عدم وجود فرصت کافی برای آماده‌سازی خانواده و انتقال خبر بد، بسیار استرس‌زا هستند (۱۱). مرگ متعاقب یک حادثه پیش‌بینی‌نشده، جوان بودن مصدومین آسیب‌دیده، صدمات نخاعی،

از دست دادن اندام و ... ازجمله این موقعیت‌ها هستند (۱۲). بالین‌وجود و درحالی‌که انتقال خبر بد به بیمار و خانواده وی و حمایت از آن‌ها در شرایط خاص حاکم بر بخش مراقبت‌های ویژه و اورژانس، یکی از چالش‌های موجود در این بخش‌ها است، اما مطالعات کمی به‌طور اختصاصی به بررسی ابعاد این موضوع در بخش‌های ویژه و اورژانس پرداخته‌اند (۱۳، ۱۴).

در ایران اختلاف‌نظرهایی در زمینه حیطه کاری پرستاران درباره انتقال خبر بد وجود دارد و درحالی‌که در هیچ بخشی از کوریکولوم رسمی آموزش پرستاری ایران به چگونگی انتقال خبر بد پرداخته نشده است اما تجربیات بالینی نشان می‌دهد پرستاران، خصوص پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس اغلب در شرایطی قرار می‌گیرند که مجبورند در فرایند انتقال خبر بد درگیر شده یا حتی در مواردی مستقلاً این کار را انجام دهند. بر این اساس و با توجه به برخی تناقضات در آموزش‌ها و وظایف پرستاران با آنچه درواقع مجبور به انجام آن هستند لازم است ابتدا اطلاعات پایه در زمینه میزان مواجهه و مشارکت پرستاران در فرایند انتقال خبر بد فراهم گردد تا با اتکا به آن بتوان ضمن مشخص کردن حیطه کاری پرستاران در این زمینه، در صورت لزوم راهکارهای ضروری برای ارتقاء سطح دانش و عملکرد آنان در زمینه انتقال خبر بد و حمایت قانونی از ایشان را فراهم نمود. لذا این مطالعه در پاسخ به این نیاز طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ باهدف تعیین میزان مشارکت پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در فرایند انتقال خبر بد و نوع اخبار بد شایع در این بخش‌ها انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: اشتغال به کار در یکی از بخش‌های CCU، انواع ICU بزرگ‌سالان یا اورژانس، سابقه حداقل یک سال کار در یکی از بخش‌های نامبرده، داشتن مدرک کاردانی پرستاری یا بالاتر و تمایل به شرکت در مطالعه. حجم نمونه بر اساس نتایج حاصل از یک مطالعه پایلوت که روی ۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه انجام شد و معادل ۱۸۲ نفر محاسبه گردید و نمونه‌گیری با توجه به معیارهای ورود، به دو صورت طبقه‌ای و سهمیه‌ای انجام شد. به این صورت که ابتدا سهمیه هر بخش با توجه به حجم نمونه محاسبه شده و تعداد کل پرستاران شاغل در بخش‌های محیط پژوهش مشخص شد. سپس با توجه به اینکه سمت کاری پرستاران می‌توانست در اینکه چه کسی خبر بد را به بیمار بگوید نقش داشته باشد نمونه‌ها بر اساس سمت به سه طبقه

¹Intubation

²Amputation

³Coma

سرپرستار، مسئول شیفت، پرستار ساده تقسیم شدند و از هر طبقه از بین پرستاران واجد شرایط نمونه‌گیری انجام شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته که با استفاده از متون علمی و مطالعات مشابه تهیه شده بود استفاده شد. این پرسشنامه مشتمل بر سه قسمت بود: قسمت اول مربوط به ثبت مشخصات فردی نمونه‌ها مانند سن و جنس و سوابق کاری ایشان بود. قسمت دوم مربوط به نوع اخبار بدی بود که پرستاران بیشتر با آن‌ها مواجه شده و درگیر انتقال آن می‌شدند. قسمت آخر نیز مربوط به میزان مشارکت پرستاران در فرایند انتقال اخبار بد بود. سؤالات مربوط به میزان مشارکت پرستاران در فرایند انتقال خبر بد در قالب ۸ فعالیت مطرح گردید و پرستاران میزان مشارکت خود را در هر یک از فعالیت‌های مطرح‌شده بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به‌ندرت، هرگز) مشخص می‌نمودند. نمرات ۴-۰ به گزینه‌های همیشه تا هرگز تعلق گرفت و گویه‌های این بخش هرکدام به‌طور جداگانه از نظر آماری موردبررسی قرار گرفت. روایی پرسشنامه به طریق محتوایی و نظرسنجی از اساتید متخصص در حوزه اخلاق پزشکی، روان‌پزشکی، پرستاری ویژه و روان‌پرستاری بررسی و تأیید شد. پایایی آن نیز طی یک مطالعه آزمایشی به روش آزمون مجدد بر روی ۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و اورژانس بررسی شد و با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون پرسشنامه با ضریب پایایی ۰/۹۶ تأیید گردید. روش جمع‌آوری داده به این صورت بود که بعد از مشخص شدن سهمیه

نمونه هر بخش (CCU/ICU/اورژانس) در بین ۹ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، محقق از روی لیست پرستاران هر بخش، افراد واجد شرایط را مشخص کرده و به آن‌ها مراجعه می‌نمود و پس از بیان اهداف مطالعه و در صورت تمایل ایشان به شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت آگاهانه، پرسشنامه را در اختیار آنان قرار می‌داد تا به‌صورت خود گزارش‌دهی پر کنند. لازم به توضیح است کلیه ملاحظات اخلاقی مربوط به پژوهش ازجمله رعایت گمنامی و محرمانه بودن اطلاعات، کسب تأییدیه اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران، کسب رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان در فرایند انجام کار لحاظ گردید. بعد از اتمام مرحله نمونه‌گیری، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS18 انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸۲ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس به‌عنوان نمونه واجد شرایط در مطالعه شرکت نمودند که ۸۵/۸ درصد زن و ۱۴/۸ درصد مرد بودند. میانگین سنی افراد ۳۲/۵۳ سال و میانگین سابقه کار آن‌ها ۶/۴۲ سال بود. ۱۲/۱ درصد از واحدهای موردپژوهش سرپرستار، ۳۶/۳ درصد مسئول شیفت و ۵۱/۷ درصد پرستار ساده بودند. ۱۰/۴ درصد از شرکت‌کنندگان در بخش CCU، ۷۷/۵ درصد در بخش ICU و ۱۲/۱ درصد در بخش اورژانس مشغول به کار بودند (جدول ۱).

جدول (۱): مشخصات فردی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه

ویژگی‌های فردی		تعداد	درصد
جنس	مرد	۲۷	۱۴/۸
	زن	۱۵۵	۸۵/۲
سن	کمتر از ۳۰ سال	۸۴	۴۶/۲
	۳۰-۴۰ سال	۷۴	۴۰/۶
	بیش از ۴۰ سال	۲۴	۱۳/۲
سابقه کار	۱-۵ سال	۱۰۳	۵۶/۶
	۵-۱۰ سال	۴۸	۲۶/۴
	۱۰-۱۵ سال	۱۷	۹/۴
	۱۵-۲۰ سال	۱۱	۶
	بیش از ۲۰ سال	۳	۱/۶
سمت	سرپرستار	۲۲	۱۲/۱
	مسئول شیفت	۶۶	۳۶/۳
	پرستار ساده	۹۴	۵۱/۷
بخش	ICU	۱۴۱	۷۷/۵
	CCU	۱۹	۱۰/۴
	اورژانس	۲۲	۱۲/۱

وابستگی به تجهیزات پزشکی مانند ونتیلاتور (۵۱/۸ درصد)، رفتن به کما یا بدتر شدن سطح هوشیاری (۴۸/۲ درصد) و نیاز به عمل جراحی (۴۶/۱ درصد). در بخش اورژانس بعد از خبر مرگ، عدم امکان پذیرش بیمار (۵۰ درصد) شایع ترین خبر بدی بود که پرستاران اغلب مجبور بودند اعلام کنند (جدول ۲). مرگ مغزی، بروز عوارض جراحی، نیاز به دیالیز، نبود امکانات و تجهیزات ضروری از سایر اخبار بدی بودند که پرستاران اغلب با آن‌ها مواجهه داشتند.

شایع ترین اخباری که پرستاران در بخش های ویژه و اورژانس با آن مواجهه داشتند عبارت بود از اعلام خبر مرگ بیمار که مشخص شد پرستاران بخش CCU بیش از پرستاران ICU و اورژانس با این خبر مواجهه دارند. سایر اخبار بد در بخش CCU به ترتیب شیوع عبارت بودند از: رفتن به کما یا بدتر شدن سطح هوشیاری (۶۳/۲ درصد)، نیاز به عمل جراحی (۵۷/۹ درصد)، وابستگی به تجهیزات پزشکی مانند ونتیلاتور (۵۷/۹ درصد). در حالی که در بخش ICU ترتیب این اخبار به این صورت بود:

جدول (2): شایع ترین اخبار بدی که پرستاران شرکت کننده در مطالعه با آن مواجهه داشتند

الویت	CCU		ICU		اورژانس	
	نوع خبر بد	درصد	نوع خبر بد	درصد	نوع خبر بد	درصد
۱	مرگ	۸۹/۵	مرگ	۷۷/۳	مرگ	۸۱/۸
۲	رفتن به کما یا کاهش سطح هوشیاری	۶۳/۲	وابستگی به تجهیزات پزشکی مانند ونتیلاتور	۵۱/۸	عدم امکان پذیرش بیمار	۵۰
۳	نیاز به عمل جراحی؛ وابستگی به تجهیزات پزشکی مانند ونتیلاتور	۵۷/۹	رفتن به کما یا کاهش سطح هوشیاری	۴۸/۲	نیاز به عمل جراحی	۴۵/۵
۴	قرار داشتن بیمار در مراحل انتهایی	۵۲/۶	نیاز به عمل جراحی	۴۶/۱	وابستگی به تجهیزات پزشکی مانند ونتیلاتور	۴۵

جدول (3): میزان مشارکت پرستاران بخش های مراقبت ویژه و اورژانس در فرآیند انتقال خبر بد

نوع مشارکت	فراوانی		همیشه		اغلب		گاهی اوقات		به ندرت		هرگز	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حضور داشتن هنگام انتقال خبر بد توسط پزشک	۲۸	۱۵/۴	۶۷	۳۶/۸	۶۵	۳۵/۷	۱۲	۶/۶	۱۰	۵/۵	۲/۵±۱/۰۱	SD
دادن خبر بد به بیمار یا بستگان وی به طور مستقل	۱۹	۱۰/۴	۶۲	۳۴/۱	۵۷	۳۱/۳	۲۹	۱۵/۹	۱۵	۸/۲	۲/۲۳±۱/۰۹	SD
آماده کردن بیمار یا بستگان وی برای شنیدن خبر بد	۳۶	۱۹/۸	۷۱	۳۹	۴۷	۲۵/۸	۲۲	۱۲/۱	۶	۳/۳	۲/۶±۱/۰۴	SD
کمک به بیمار یا بستگان وی برای سازش با خبر بد در طول زمان	۲۶	۱۴/۳	۸۷	۴۷/۸	۴۷	۲۵/۸	۲۰	۱۱	۲	۱/۱	۲/۶۳±۰/۸۹	SD
فراهم کردن فرصت صحبت درباره خبر بد برای بیمار یا بستگان وی	۲۶	۱۴/۳	۶۸	۳۷/۴	۶۲	۳۴/۱	۱۸	۹/۹	۸	۴/۴	۲/۴۷±۱	SD
توضیح صحبت های پزشک با بیان ساده تر و پاسخ به سؤالات و ابهامات بیمار یا خانواده وی درباره خبر بد	۳۶	۱۹/۸	۷۷	۴۲/۳	۴۸	۲۶/۴	۱۷	۹/۳	۴	۲/۲	۲/۶۸±۰/۹۶	SD
حمایت عاطفی از بیمار و بستگان وی پس از انتقال خبر بد	۴۵	۲۴/۷	۷۳	۴۰/۱	۴۹	۲۶/۹	۱۱	۶	۴	۲/۲	۲/۷۹±۰/۹۵	SD
معرفی بیمار یا خانواده به سایر گروه های حمایتی مرتبط بعد از انتقال خبر بد	۳۳	۱۸/۱	۴۵	۲۴/۷	۴۱	۲۲/۵	۳۷	۲۰/۳	۲۶	۱۴/۳	۲/۱۲±۱/۳۲	SD

دوم اخباری که مربوط به تداوم زندگی هستند مانند اخبار مربوط به تشخیص یک بدخیمی یا خبر مرگ (۱۱).

با توجه به تنوع اخبار بد در بخش‌های ویژه و اورژانس و نیز با عنایت به این مسئله که معمولاً در این بخش‌ها زمان زیادی برای برقراری ارتباط و جلب اعتماد بیمار و خانواده وی وجود ندارد (۱۱) و لذا ممکن است اخبار بد به شیوه نادرست و غیراستاندارد که پیامدهای منفی زیادی را به دنبال دارد منتقل شوند؛ لازم است آموزش‌های اختصاصی در این زمینه برای پرستاران برگزار شود تا توانمندی مواجهه صحیح با این اخبار و موقعیت‌ها را به دست آورند. چنانچه Kalber هم اذعان می‌کند آموزش افراد در این زمینه و بهبود مهارت‌های ارتباطی آن‌ها، اثرات مثبتی بر بیمار و کادر درمان خواهد داشت (۵).

همان‌گونه که بحث شد انتقال خبر بد را نباید فقط به گفتن خبر بد منحصر دانست. درواقع انتقال خبر بد فرایندی است که از اجزاء و فعالیت‌های مختلفی تشکیل شده که باید به‌صورت پیوسته به هم انجام شوند (۴،۵). این مطالعه نشان داد پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس اغلب در فعالیت‌های مختلف مربوط به فرایند انتقال خبر بد مشارکت داشته و دخیل هستند. یکی از فعالیت‌های مهم که ۴۰/۱ درصد پرستاران مطالعه حاضر، در اغلب موارد در آن مشارکت داشتند، حمایت عاطفی از بیمار و خانواده وی بود. در مطالعه Warnock و همکاران نیز در بخش فعالیت‌های مربوط به فرایند انتقال خبر بد بیشترین مشارکت پرستاران مربوط به حمایت عاطفی از بیمار مانند توجه به احساساتی چون ترس، سکوت، انکار، گریه و پاسخ مناسب به این احساسات (۵۵/۵ درصد) در زمان دریافت خبر بد بود (۴). در مطالعه Ptacek و Ellison نیز حمایت عاطفی از بیماران و کمک به بیمار برای بیان عواطف و احساسات، ازجمله فعالیت‌های پرستاران در زمینه انتقال خبر بد بود (۱۶). مطالعات نشان می‌دهند که نیاز بیمار برای کسب اطلاعات و حمایت، فراتر از لحظه انتقال خبر بد است و پرستاران در این زمینه به‌طور فعالی درگیر هستند. پرستار به‌عنوان کسی که زمان بیشتری درگیر مراقبت از بیمار است بیش از سایر افراد تیم، درگیر حمایت از بیمار یا خانواده‌ای که خبر بدی را دریافت کرده، می‌شود (۷ و ۸ و ۹). نکته مهم اینکه بیماران و خانواده‌ها نیز دریافت حمایت عاطفی بعد از دریافت خبر بد را مهم‌ترین نیاز خود بیان کرده‌اند. به‌عنوان نمونه بیماران شرکت‌کننده در مطالعه Stajduhar و همکاران بیان کرده بودند که از پرستاران انتظار دارند از آن‌ها حمایت کرده و به آن‌ها اجازه دهند که عواطف و احساسات خود را بیان کنند (۱۷). بر این اساس لازم است پرستاران به این نیاز بیماران و خانواده‌ها بیشتر اهمیت داده و تلاش کنند نقش خود را این زمینه با کیفیت بهتری ایفا نمایند.

یافته‌ها نشان داد اغلب پرستاران در فعالیت‌های مربوط به انتقال خبر بد مشارکت داشته و نقش‌های مختلفی به عهده داشته‌اند. ۳۴/۱ درصد پرستاران عنوان کردند که در اغلب موارد، اخبار بد را به‌طور مستقل منتقل می‌کنند. سایر فعالیت‌هایی که پرستاران در آن مشارکت داشتند به ترتیب شیوع عبارت بودند از حمایت عاطفی از بیمار و خانواده وی (۲/۷۹±۰/۹۵)، توضیح صحبت‌های پزشک با بیان ساده‌تر (۲/۶۸±۰/۹۶)، کمک به بیمار و خانواده برای سازش با خبر بد (۲/۶۳±۰/۸۹) و آماده کردن بیمار یا خانواده برای شنیدن خبر بد (۲/۶۱±۰/۰۴)، حضور داشتن هنگامی که خبر بد توسط پزشک منتقل می‌شود (۲/۵۱±۰/۰۱)، فراهم کردن فرصت صحبت درباره خبر بد برای بیمار یا بستگان وی (۲/۴۷±۰/۰۱)، معرفی بیمار یا خانواده به سایر گروه‌های حمایتی (مانند مشاور، روان‌درمانگر، خدمات مددکاری و...) بعد از انتقال خبر بد (۲/۱۲±۰/۳۲) (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که اخبار بد در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس شیوع بالایی و گستره متنوعی دارند. اخبار مربوط به مرگ بیمار در همه بخش‌های مورد مطالعه شایع‌ترین خبر بد بودند. Curtis نیز از بخش ویژه به‌عنوان بخشی که به علت وخامت حال بیماران مباحث مربوط به مرگ و مراقبت از بیمار در مراحل انتهایی زندگی شیوع بیشتری دارد یاد می‌کند. طبق مطالعه وی نیمی از بیمارانی که می‌میرند در ۳ روز انتهایی عمر خود در ICU بستری بوده‌اند و ۳/۱ درصد فوت‌شدگان بیش از ۱۰ روز قبل از مرگ خود در ICU بستری بوده‌اند (۱۰). ضمناً این مطالعه نشان داد اخبار بد تنها مربوط به وضعیت جسمانی یا ادامه حیات بیمار نیست. موقعیت‌های متنوعی وجود دارد که برای بیماران بستری در بخش‌های ویژه و اورژانس و خانواده آن‌ها، ناگوار و نامطلوب بوده و اعلام آن‌ها در شرایط خاص حاکم بر این بخش‌ها و بیماران، با استرس و چالش زیادی همراه است. Buckman نیز معتقد است خبر بد عبارت است از هر نوع اطلاعاتی که دیدگاه فرد را درباره آینده‌اش شدیداً و در جهتی منفی تحت تأثیر قرار دهد (۱۵). همچنین از خبر بد به‌عنوان تغییرات بالقوه و بالفعلی که می‌توانند بر کیفیت زندگی فرد تأثیرگذار باشند، یاد می‌شود. این تعریف، به خبر بد محدوده وسیعی می‌دهد که می‌تواند از خبر مرگ عزیزان تا اعلام احتیاج بیمار به بستری مجدد متفاوت باشد. بر این اساس، خبر بد را می‌توان به دو سطح تقسیم کرد: یک سطح خبری که نوعی اختلال موقتی در فرایند زندگی فرد ایجاد می‌کند مانند نیاز به تعویض مفصل ران یا بروز عوارض ناشی از عمل جراحی و سطح

فراهم کردن فرصت صحبت درباره خبر بد برای بیمار یا بستگان وی که ۳۷/۴ درصد پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه اظهار کرده بودند اغلب آن را انجام می‌دهند، می‌تواند در راستای توجه به همین نیاز و تلاش برای مرتفع کردن آن بوده باشد.

همان‌طور که گفته شد انتقال خبر بد فرایند پیچیده‌ای است که از لحظه قبل از اعلام خبر بد شروع شده و تا مدت‌ها بعد از آن ادامه می‌یابد و در صورتی که درست و منطبق با استانداردها انجام نشود می‌تواند پیامدهای نامطلوبی برای شنونده خبر به دنبال داشته باشد. آماده‌سازی بیمار و نزدیکان وی، شفاف‌سازی شرایط موجود و کمک به آن‌ها جهت درک این شرایط، جزئی از این فرایند است که باید از قبل از اعلام خبر بد شروع شود (۳). این در حالی است که نتایج این مطالعه نشان داد تنها ۱۹/۸ درصد پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس و ۱۴/۳ درصد آن‌ها همیشه سعی می‌کردند بیمار یا خانواده وی را برای شنیدن خبر بد آماده کرده و به آن‌ها برای سازش با خبر بد کمک نمایند. البته نزدیک به نیمی از پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه اظهار کرده بودند این دو فعالیت را در اغلب موارد انجام می‌دهند ولی با توجه به اینکه پرستاران در ایران هیچ آموزش رسمی در زمینه فرایند انتقال خبر بد نمی‌بینند، این نکته قابل تأمل خواهد بود که آیا این مشارکت و ایفای نقش، به نحو صحیح و با کیفیت مناسب انجام می‌شود چرا که انتقال خبر بد فرایندی است که مهارت زیادی را می‌طلبد و افرادی که در این فرایند مشارکت دارند باید به مهارت‌های خود در این زمینه اعتماد کامل داشته باشند. مطالعه Warnock نشان داد بیشتر پرستاران به مهارت‌های خود در این زمینه با شک و تردید می‌نگرند. افراد کمی در این زمینه آموزش دریافت کرده‌اند و اکثر آن‌ها مهارت خود را برحسب تجربه کسب کرده‌اند، در حالی که آموزش برحسب تجربه نمی‌تواند جایگزین آموزش سازمان‌یافته شود (۴).

این مطالعه نشان داد حضور داشتن هنگامی که خبر بد توسط پزشک منتقل می‌شود و توضیح صحبت‌های پزشک با بیان ساده‌تر، از جمله فعالیت‌های مشارکتی پرستاران در فرایند انتقال خبر بد است. Slevin و Dunniece بر لزوم همراه بودن پرستار با بیماری که خبر بدی دریافت می‌کند، تأکید کرده و حضور پرستار در فرایند انتقال خبر بد را در غالب وظایفی مانند توضیح اطلاعات، پاسخ به سؤالات، گوش دادن به صحبت‌های بیمار و حمایت عاطفی، معنی کرده‌اند (۱۸)؛ بنابراین حضور پرستار مسلط و باتجربه هنگام انتقال خبر بد بسیار مهم و ارزشمند است چرا که می‌تواند فرایند انتقال اطلاعات را تسهیل کند (۵). پرستاران معمولاً برای شروع گفتگو راجع به خبر بد و ارائه مراقبت‌های حمایتی یا کمک به بیمار برای سازش، باید اطلاعات قبلی بیمار

راجع به خبر بد را ارزیابی کنند و برای این کار به دانستن اینکه پزشک قبلاً چه اطلاعاتی در اختیار بیمار قرار داده، نیاز دارند، لذا حضور آن‌ها در کنار پزشک هنگام انتقال خبر بد، ضروری بوده و به آن‌ها برای توضیح صحبت‌های پزشک با بیان ساده‌تر و پاسخ به سؤالات و ابهامات بیمار کمک می‌کند (۱۹). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ بر روی تعدادی از بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی انجام شد نیز مشخص گردید بیماران برای شفاف‌سازی اطلاعاتی که قبلاً از پزشک دریافت کرده‌اند، به پرستاران تکیه می‌کنند. این موضوع می‌تواند به این دلیل باشد که بیماران اصطلاحاتی که قبلاً توسط پزشک بیان شده را متوجه نشده‌اند یا این‌که در آن لحظه نیازی به پرسیدن سؤال نداشته‌اند (۲۰). لذا شاید بتوان حضور پرستار در هنگام انتقال خبر بد توسط پزشک را یکی از مهم‌ترین نقش‌های مشارکتی پرستاران در فرایند انتقال خبر بد، بشمار آورد. به‌گونه‌ای که ۹۰ درصد بیماران شرکت‌کننده در مطالعه McCulloch که خبر بد دریافت کرده بودند، از حضور پرستار بالینی به‌عنوان مفیدترین بخش فرایند انتقال خبر بد یاد کرده و اصلی‌ترین نقش پرستار را پشتیبانی و حمایت عاطفی از بیمار بعد از لحظه انتقال خبر بد ذکر کرده بودند (۲۱).

در حالی که در مطالعه Warnock و همکاران، ۴۷/۷ درصد پرستاران اعلام کرده بودند بیشتر اوقات را برای کمک به بیمار و نزدیکانش برای سازش با معنی واقعی خبر بد در طول زمان، اختصاص می‌دهند (۴)؛ در مطالعه حاضر ۴/۳ درصد پرستاران، همیشه و ۴۷/۸ درصد آن‌ها اغلب، اقدام به این کار می‌کردند. شاید علت تفاوت نتایج مطالعه Warnock و مطالعه حاضر، به محیط پژوهش مربوط باشد. مطالعه حاضر در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس انجام شد که پرستاران معمولاً به خاطر حجم کاری بالا، وضعیت بالینی خاص بیماران و نیاز به مراقبت‌های جسمی مداوم و دقیق، غیرقابل‌پیش‌بینی بودن شرایط، ثابت نبودن بیماران بخصوص در بخش اورژانس و ... فرصت کافی برای صحبت با بیمار یا خانواده، ارزیابی دقیق آن‌ها از ابعاد مختلف عاطفی و روانی و شناخت روحیات، ارزش‌ها و نیازهای آن‌ها را ندارند؛ از سوی دیگر اغلب پرستاران آموزش‌های لازم درباره فن‌های سازگاری و تطابق را فراموش کرده و به تبع توانایی لازم برای آموزش این مهارت‌ها به بیماران یا خانواده‌هایشان را ندارند.

در مطالعه حاضر ۳۵ درصد پرستاران اظهار کرده بودند اغلب اوقات مستقلاً خبر بد را به بیمار یا خانواده وی اعلام می‌کنند که در مطالعه Warnock و همکاران، ۲۲/۵ درصد پرستاران این کار را مستقل انجام می‌دادند (۴). شاید علت شیوع بیشتر این نقش در پرستاران ایرانی را بتوان به دو مسئله نسبت داد: اول - مشخص نبودن صریح شرح وظایف و نقش پرستاران در این زمینه در قانون

و دستورالعمل‌ها و عدم آگاهی ایشان از حدود وظایف و اختیارات خود؛ دوم- سهل‌انگاری پزشکان در اعلام خبر بد به بیمار یا بستگان وی که موجب می‌شود پرستاران اجباراً در شرایطی قرار بگیرند که مجبور به این کار به‌طور مستقل شوند. البته قابل‌ذکر است که این یافته با نتیجه مطالعه اربابی و همکارانش که نشان داد تنها ۲ درصد پرستاران تشخیص بیماری را به فرد یا خانواده‌اش اطلاع می‌دهند (۲۲)، مغایرت دارد که دلیل آن در تفاوت محیط پژوهش می‌باشد. مطالعه اربابی در بخش‌های سرطان انجام شده بود و از آنجاکه بیماران مبتلا به سرطان شرایط مزمن داشته و در مراقبت از آن‌ها زمان لازم برای بیان تشخیص و تصمیم‌گیری درباره بیماری وجود دارد اغلب پرستاران بیان تشخیص بیماری را بر عهده پزشک قرار می‌دهند و مستقلاً برای این کار اقدام نمی‌کنند درحالی‌که در بخش مراقبت‌های ویژه و اورژانس، اغلب موقعیت‌هایی اتفاق می‌افتد که پزشک حضور ندارد و شرایط هم به‌گونه‌ای نیست که بتوان اعلام خبر را به تعویق انداخت لذا پرستاران این بخش‌ها از این نظر، اجبار ناخواسته بیشتری دارند. از سوی دیگر باید توجه داشت که در مطالعه اربابی، یافته مذکور تنها مربوط به اعلام خبر تشخیص بیماری سرطان یا عود آن توسط پرستار است درحالی‌که خبر بد لزوماً همیشه اعلام تشخیص بیماری نیست. در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس اغلب شرایطی مانند بدتر شدن سطح هوشیاری بیمار، نارسایی ارگان‌ها و متصل شدن بیمار به دستگاه‌های پزشکی (مانند ونتیلاتور، دیالیز، بالن پمپ داخل آنورتی)، نامطلوب بودن نتیجه آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی، از دست دادن یک اندام یا نتیجه‌بخش نبودن اقدامات درمانی و ... حتی فوت بیمار اتفاق می‌افتد که ماهیت ناخوشایند و بد داشته و اعلام آن‌ها نوعی تنش برای فرد دریافت‌کننده خبر و نوعی چالش برای فرد اعلام‌کننده خبر، است درحالی‌که اغلب این قبیل اخبار، اجباراً توسط پرستار و مستقلاً اعلام می‌شوند. پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه Reinke و همکاران نیز اذعان داشتند که در بسیاری از موارد در شرایط اجبار ناخواسته‌ای قرار می‌گیرند که باعث می‌شود نقشی آن‌ها که در عمل در فرایند انتقال خبر بد ایفا می‌کنند فرای وظایف قانونی آن‌ها باشد درحالی‌که درباره آن آموزش کافی ندیده‌اند (۱۹).

با عنایت به اینکه این مطالعه نشان داد اخبار بد در بخش‌های ویژه و اورژانس به سبب ماهیت این بخش‌ها، شایع بوده و گستره وسیعی دارند و پرستاران در این بخش‌ها مجبورند در فعالیت‌های

2. Gilbey P. Qualitative analysis of parents' experience with receiving the news of the detection of their child's hearing loss. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2010;74(3):265-70.

مربوط به فرایند انتقال خبر بد مشارکت داشته باشند و از آنجاکه انجام با کیفیت این کار احتیاج به طیف وسیعی از مهارت‌ها و دانش تخصصی دارد، لازم است در این زمینه دوره‌های آموزشی اختصاصی و مبتنی بر توانمندی برای پرستاران به‌ویژه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس برگزار شود تا زمینه ارتقاء سطح دانش و عملکرد آن‌ها در این زمینه فراهم‌شده و به‌این‌ترتیب از تبعات منفی انتقال خبر بد بر بیمار و پرستاران کاسته شود. از سوی دیگر با توجه به اینکه در حال حاضر حیطه کار پرستاران در این‌باره شفاف نیست و گهگاه مجبورند به‌صورت مستقل این کار را انجام دهند، لازم است وظایف قانونی آن‌ها در این مورد شفاف‌شده و سازوکارهای لازم برای برقراری تعادل بین وظایف و اختیارات قانونی آن‌ها با آنچه مجبورند در عمل انجام دهند، تدارک دیده شود.

این مطالعه با عنایت به اینکه اگر نقش پرستار در فرایند انتقال خبر بد به‌خوبی شناخته نشود عملکرد وی در ارائه مراقبت مورد اغماض قرار گرفته و با نقایص و اشکالاتی همراه خواهد بود (۴) طرح‌ریزی شد و اگرچه یک مطالعه توصیفی بود ولی از این لحاظ که اولین مطالعه‌ای بود که در ایران به بررسی نقش پرستاران در زمینه مشارکت در انتقال خبر بد پرداخته بود می‌تواند اطلاعات پایه ارزشمندی در اختیار مسئولین قرار دهد تا با استناد به شواهد علمی در جهت ارتقاء توانمندی‌های علمی و مهارتی پرستاران در زمینه انتقال خبر بد برنامه‌ریزی کنند. از سوی دیگر ضرورت پرداختن به نقش پرستاران در این زمینه و تعریف دقیق و صریح وظایف و اختیارات آن‌ها و سایر اعضای تیم درمان را روشن می‌کند. علاوه بر این، مبنایی برای انجام تحقیقات بعدی است.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره قرارداد ۲۲۸۲۴ مورخه ۹۲/۸/۱۴ بوده و توسط کمیته اخلاق این دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است. مجریان بر خود لازم می‌دانند بدین‌وسیله از کلیه پرستارانی که علی‌رغم مشغله فراوان و بارکاری سنگین در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس، در انجام این پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی نمایند. همچنین از خانم دکتر سودابه جولایی به خاطر کمک فکری ایشان تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Narayanan V, Bista B, Koshy C. BREAKS'protocol for breaking bad news. Indian J Palliat Care 2010;16(2): 61-5.

3. Watson LAP. Informing critical care patients of a loved one's death. *Crit Care Nurse* 2008;28(3):52-63; quiz 64.
4. 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.
5. Kalber B. Breaking bad news--whose responsibility is it? *Eur J Cancer Care* 2009; 18(4): 330-42.
6. Barclay JSL, Blackhall LJ, Tulskey JA. Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *J Palliat Med*. 2007;10(4):958-77.
7. Morrissey MV. Extending the theory of awareness contexts by examining the ethical issues faced by nurses in terminal care. *Nurs Ethics* 1997; 4(5): 370-79.
8. Norton SA, Talerico KA. Facilitating end-of-life decision-making strategies for communicating and assessing. *J Gerontol Nurs*. 2000;26(9):6-13.
9. McSteen K, Peden MA. The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. *J Hosp Palliat Nurs* 2006; 8(5):259-69.
10. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med* 2001;29(2):26-33.
11. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363: 312-19.
12. McLauchlan CA. ABC of major trauma. Handling distressed relatives and breaking bad news. *BMJ* 1990; 301: 1145-49.
13. Farrell M. The challenge of breaking bad News. *Intensive Crit Care Nurs* 1999; 15: 101-10.
14. Peel N. The role of the critical care nurse in the delivery of bad news. *Br J Nurs* 2003; 12: 966-73.
15. Buckman R.A. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *J Community Support Oncol* 2005; 2(2): 138-42.
16. Ptacek JT, Ellison N. Health care providers' perspectives on breaking bad news to patients. *Crit Care Nurs Q* 2000; 23 (2): 51-59.
17. Stajduhar KI, Thorne SE, McGuinness L, Kim-Sing C. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *J Clin Nurs* 2010; 19 (14): 2039-47.
18. Dunniece U, Slevin E. Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *J Adv Nurs* 2000; 32(3): 611-8.
19. Reinke LF, Shannon SE, Engelberg RA, Young JP, Curtis RJ. Supporting Hope and prognostic information: Nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39(6): 982-92.
20. Dewar A. Nurses' experiences in giving bad news to patients with spinal cord injuries. *J Neurosci Nurs* 2000; 32(6): 324-30.
21. McCulloch P. The patient experience of receiving bad news from health professionals. *Prof Nurse* 2004;19(5): 276-80.
22. Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, Nejatiasafa A, Tahmasebi M, Roozdar A. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry* 2010; 5(4):128-33.

BAD NEWS IN CRITICAL CARE AND EMERGENCY UNITS AND NURSES' PARTICIPATION IN THE PROCESS OF BREAKING BAD NEWS IN AFFILIATED HOSPITALS OF TEHRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

Karim Z¹, Imanipour M^{2*}, Bahrani N³

Received: 4 Feb, 2015; Accepted: 10 May, 2015

Abstract:

Background & Aim: Breaking bad news is one of the challenges in intensive care units and emergency departments. Nurses as a person who has responsibility for continuous caring, has a significant role in the process of breaking bad news, but little has been done to explore this issue. The purpose of this study was to determine types of bad news common in intensive care units and emergency departments and to investigate nurses' participation in the process of breaking bad news.

Materials & Methods: In this descriptive study, a sample of 182 nurses working at intensive care units and emergency departments of the hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences selected in a quota and stratified sampling method. The data collection tool was a self-reported questionnaire which query common bad news that nurses encounter, and the activities they involved in breaking bad news.

Results: According to the findings, news about death was the most common news in CCU (89/5%), ICU (77/3%), and emergency departments (81/8%). The most important activities that nurses had been involved were emotional support of patients and relatives (2/79±0/95), explaining the physician's speech in a simple manner (2/68±0/96), helping patients or relatives adapt with bad news over time (2/63±0/89), preparing the patient or his/her relative for hearing bad news (2/6±1/04). The results showed 34.1% of nurses break bad news to a patient or his/her relative independently.

Conclusion: This study showed the scope of bad news in intensive care units and emergency departments is broad and diverse. Also, nurses are mostly involved in activities related to breaking bad news. Therefore, educating nurses about breaking bad news and providing regulations to support them about this issue seems to be necessary.

Keywords: Bad News, Nurse, Intensive Care Unit, Emergency Department

Address: Nursing and Midwifery Care Research Center, Dept. of Critical Care Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: (+98)2161054425, Fax: (+98)2166943189

Email: m_imanipour@tums.ac.ir

¹ Master of Science in Critical Care Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Senior Lecturer, Nursing and Midwifery Care Research Center, Dept. of Critical Care Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ Senior Lecturer, Department of Statistic, Shahid Sattary University, Tehran, Iran