


Medical Ethics and Law
Research Center

Faşnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2025; 19: e14

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Exploring the Needs of Patients and Families When Receiving Bad News Based on Lived Experiences: A Qualitative Study

Soore Khaki¹, Masoud Fallahi-Khoshknab², Maryam Jamsahar¹, Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi³,
Gülbeyaz Can⁴, Mohammad Ali Hosseini^{2*}

1. Department of Medical Surgical, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.
2. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department Medical Nursing, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul University - Cerrahpasa, Istanbul, Turkey.

ABSTRACT

Background and Aim: Receiving bad news places the patient and family in the most critical psychological and emotional moments. Ethical and empathetic care requires that the medical staff recognize their needs in these situations and not be satisfied with simply transmitting information. The present study is an exploration of the needs of patients and their families upon receiving bad news, based on their lived experiences.

Methods: This qualitative study was conducted in 2023-25 by utilizing conventional content analysis approach. Participants were thirteen patients with formidable, incurable, or life-threatening diseases and fifteen family members with the history of receiving bad news. They were purposively selected from three leading hospitals in Tehran, Iran. Data were gathered via 28 face-to-face in-depth semi-structured interviews and for data analysis, the approach by Graneheim and Lundman was used.

Ethical Considerations: Informed consent was obtained from all participants before conducting interviews and participants were assured of the confidentiality of information and the right to withdraw from the study at any stage of the research.

Results: In this study, three main categories and eight subcategories related to the needs of patients and families were extracted, which included: need for freedom (need for hope, need for peace, need for spiritual support), Appropriate Relationships (Need for the protection of human dignity, need for emotional support), and Professional support (need for gradual preparation, Need for information about disease reality, need for counseling and support).

Conclusion: Following the reception of bad news, patients and their families often find themselves unable to adapt to the prevailing reality. Consequently, they anticipate the provision of comprehensive and honest information, prior preparation, respect for their human dignity, and the availability of social support. Therefore, understanding the needs of patients and families when receiving bad news can mitigate their distress and assist in informed decision-making and satisfaction with healthcare services. Furthermore, comprehending these needs can be instrumental in the development of clinical guidelines.

Keywords: Breaking Bad News; Patients Needs and Demands; Family; Patient Rights; Qualitative Research

Corresponding Author: Mohammad Ali Hosseini; **Email:** mahmaimy2020@gmail.com

Received: April 01, 2026; **Accepted:** April 11, 2026; **Published Online:** April 20, 2026

Please cite this article as:

Khaki S, Fallahi-Khoshknab M, Jamsahar M, Mohammadi-Shahboulaghi F, Can G, Hosseini MA. Exploring the Needs of Patients and Families When Receiving Bad News Based on Lived Experiences: A Qualitative Study. *Faşnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2025; 19: e14.



مجله اخلاق پزشکی

دوره نوزدهم، ۱۴۰۴



مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

واکاوی نیازهای بیماران و خانواده‌ها هنگام دریافت خبر بد بر اساس تجارب زیسته:

یک مطالعه کیفی

سوره خاکی^۱ (id)، مسعود فلاحی خشکناپ^۲، مریم جام سحر^۱، فرحناز محمدی شاهبلاغی^۲، گل بیاض جان^۴، محمدعلی حسینی^{۲*} (id)

۱. گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. گروه پرستاری، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.
۴. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری فلورانس نایتنگل، دانشگاه استانبول - جراح پاشا، استانبول، ترکیه.

چکیده

زمینه و هدف: دریافت خبر بد، بیمار و خانواده را در بحرانی‌ترین لحظات روانی و عاطفی قرار می‌دهد. مراقبت اخلاقی و همدلانه ایجاب می‌کند که کادر درمان نیازهای آنان را در این موقعیت بشناسند و صرفاً به انتقال اطلاعات اکتفا نکنند. پژوهش حاضر، واکاوی نیازهای بیماران و خانواده‌ها هنگام دریافت خبر بد بر اساس تجارب زیسته آن‌ها می‌باشد. **روش:** این مطالعه کیفی در سال‌های ۲۵-۲۰۲۳ با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای مرسوم انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل سیزده بیمار مبتلا به بیماری‌های وخیم، لاعلاج یا تهدیدکننده حیات و پانزده عضو خانواده بودند که سابقه دریافت خبر بد را داشتند. آن‌ها به صورت هدفمند از سه بیمارستان مرکزی در تهران، ایران انتخاب شدند. داده‌ها از طریق ۲۸ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق به صورت حضوری جمع‌آوری و برای تحلیل داده‌ها، از رویکرد Granheim & Landman استفاده گردید. **ملاحظات اخلاقی:** از تمامی مشارکت‌کنندگان پیش از انجام مصاحبه، رضایت آگاهانه اخذ و به مشارکت‌کنندگان در مورد محرمانه‌بودن اطلاعات و حق خروج از مطالعه در هر مرحله از پژوهش، در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** در این مطالعه سه طبقه اصلی و هشت زیرطبقه مرتبط با نیازهای بیماران و خانواده‌ها، استخراج گردید که شامل «نیازهای رهایی‌بخش (نیاز به امید، نیاز به آرامش، نیاز به حمایت معنوی)، ارتباطات مطلوب (نیاز به حفظ کرامت انسانی، نیاز به حمایت عاطفی)، حمایت حرفه‌ای (نیاز به آماده‌سازی تدریجی، نیازهای اطلاعاتی در مورد واقعیت بیماری، نیاز به مشاوره و پشتیبانی)» می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** بیمار و خانواده بعد از دریافت خبر بد قادر به تطبیق خود با واقعیت موجود نیستند. بنابراین انتظار دارند اطلاعات جامع و صادقانه و آمادگی قبلی ارائه شود و شأن و کرامت انسانی آن‌ها رعایت گردد و از حمایت و پشتیبانی اجتماعی برخوردار شوند. بنابراین شناخت نیازهای بیماران و خانواده‌ها در دریافت خبر بد، می‌تواند آشفته‌گی‌های آن‌ها را کاهش داده و در تصمیم‌گیری آگاهانه و رضایت از خدمات درمانی کمک کند. همچنین درک این نیازها در تدوین راهنماهای بالینی می‌تواند کمک‌کننده باشد. **واژگان کلیدی:** دریافت خبر بد؛ نیاز و خواسته بیمار؛ خانواده؛ حقوق بیمار؛ مطالعه کیفی

نویسنده مسئول: محمدعلی حسینی؛ پست الکترونیک: mahmaimy2020@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۲۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۳۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Khaki S, Fallahi-Khoshknab M, Jamsahar M, Mohammadi-Shahboulaghi F, Can G, Hosseini MA. Exploring the Needs of Patients and Families When Receiving Bad News Based on Lived Experiences: A Qualitative Study. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2025; 19: e14.

مقدمه

معمولاً بیشتر بیماران علاقمند به کسب اطلاعات در مورد تشخیص و گزینه‌های درمانی درست می‌باشند (۱). بیماران و خانواده‌ها بر اساس اصول اخلاق پزشکی و منشور حقوق بیمار، حق آگاهی از اطلاعات وضعیت سلامتی خود دارند (۲). اعلام خبر بد یکی از چالش‌برانگیزترین و پراسترس‌ترین وظایف کادر درمان در مواجهه با بیماران و خانواده‌هاست (۳). خبر بد به هرگونه اطلاعاتی اطلاق می‌شود که اثرات شدید و نامطلوب بر دیدگاه آینده فرد بر جای می‌گذارد (۴). با این حال، میزان تمایل به دریافت اطلاعات و نحوه اعلام آن در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (۵). مطالعه ایمانی‌پور (۱۳۹۴ ش.) نشان می‌دهد اعلام خبر بد در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس بیشتر بوده است (۴). پژوهش‌ها حاکی از آن است که ترجیحات بیماران در جوامع مختلف، تفاوت چشم‌گیری دارد. برای مثال در ژاپن ۸۶/۱ درصد بیماران تمایل به آگاهی کامل از تشخیص خود دارند (۶). در نشست سالانه سرطان‌شناسی آمریکا، بیش از ۶۶ درصد کادر درمان، اعلام کرده‌اند: ماهانه بین ۵ تا ۲۰ مورد مجبور به اعلام خبر بد دارند، در انگلستان این تعداد هفته‌ای ۱ تا ۲ مورد می‌باشد (۷).

بیان واقعیت در بیماری ناعلاج با عوارضی مانند ناامیدی، ترس، اندوه، با افزایش اضطراب همراه بوده است (۸). شنیدن خطر ابتلا به یک بیماری ناعلاج ممکن است بیماران را از نظر روانی آسیب‌پذیر ساخته و از طرفی در اختیار قراردادن اطلاعات، باعث دوچندان شدن مشکلات روحی و روانی بیماران می‌شود (۹). مطالعه دیگر هم نیز نشان می‌دهد، دادن اطلاعات در مورد تشخیص به بیمار باعث بروز اضطراب، ناامیدی و اندوه، افسردگی، ترس یا بی‌خوابی نمی‌شود (۸). از سوی دیگر، برخی معتقدند اطلاع‌داشتن بیمار از بیماری خود به بهبود روابط با اطرافیان و تیم درمانی منجر می‌شود (۱۰). از طرف دیگر ندادن اطلاعات در مورد بیماری به بیماران می‌تواند باعث عدم امکان تصمیم‌گیری صحیح، تحمیل رنج عاطفی و جسمی غیر ضروری و افزایش هزینه‌ها شود (۵). ۴۰ درصد از پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه Baile (به نقل از روانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۷ ش.) گزارش داده‌اند، تشخیص بد را از بیماران پنهان

می‌کنند (۱۱). مطالعه‌ای در ژاپن اعلام کرده، ۸۱ درصد از بیماران به دلیل عدم توضیح و یا توضیح نادرست تشخیص بیماریشان، علیه پزشکان شکایت کرده‌اند (۱۲). مطالعه‌ای نشان می‌دهد، بیماران ایرانی که از تشخیص سرطان خود اطلاعی نداشته‌اند، کیفیت زندگی بهتری داشته‌اند (۱۳). مطالعه‌ای در هند، شیوع بالاتر اختلالات روان‌پزشکی به ویژه افسردگی را در بیماران سرطانی آگاه از تشخیص گزارش کردند. در مطالعه دیگر بر روی بیماران مبتلا به سرطان ریه، افزایش تشخیص تأثیر قابل توجهی بر سلامت نداشت (۱۴). در عربستان سعودی، نگرش مردم نسبت به افشای تشخیص سرطان نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان معتقدند اطلاع از تشخیص به بیماران کمک می‌کند (۱۵). برخی از عوامل خطر پس از اعلام تشخیص با واکنش‌های استرسی بیماران نیز گزارش شده است (۱۶).

باید توجه داشت ایجاد شرایط محیطی، عاطفی، اجتماعی و برقراری یک رابطه منطقی و اصولی با بیمار و اطرافیان وی، اعلام خبر بد را تسهیل نموده و از سنگینی و هیبت آن می‌کاهد (۱۷). همچنین ضمن تسکین و تخفیف رنج و آلام بیمار، به وی قدرت مواجهه منطقی و مسئولانه با خود، پزشک، بیماری، دستورالعمل درمانی می‌دهد (۱۸). بر اساس شواهد موجود، اعلام خبر بد با یک روش درست منجر به پذیرش آسان درمان، رضایت بیشتر و سطح پایین اضطراب بیمار می‌شود (۱۹). مطالعه انجام‌شده در ژاپن نشان می‌دهد که ۷۸ درصد بیماران ترجیح می‌دهند خبر بد با اعضای خانواده آن‌ها نیز در میان گذاشته شود (۲۰)، در حالی که مطالعه انجام‌شده در آمریکا نشان می‌دهد که ۸۱ درصد بیماران ترجیح می‌دهند در هنگام دریافت خبر بد هیچکس حضور نداشته و بیمار تنها باشد (۲۱). در مطالعه مناقب، تقریباً ۸۷ درصد از بیماران با اینکه همراه بیمار در جریان خبر بد قرار گیرد، موافق بودند و حتی ۶۲ درصد از بیماران با اینکه خبر بد توسط افراد خانواده به آن‌ها گفته شود نیز موافق بودند (۵). در یک مطالعه، تمام پزشکان اظهار داشتند: با توجه به مسائل فرهنگی، تشخیص را ابتدا با خانواده مطرح می‌کنند، هرچند قبول داشتند دانستن حقیقت حق بیمار است (۲۲). نتایج مطالعه‌ای نشان می‌دهد

تجربیات افراد مختلف در مورد پدیده‌های انسانی، مانند تعاملات در فرایند دریافت خبر بد را می‌توان از طریق تحقیقات کیفی به دست آورد که هدف آن ارائه دانش و درک پدیده مورد مطالعه است (۳۲-۳۰). بنابراین هدف پژوهش حاضر، واکاوی نیازهای بیماران و خانواده‌ها هنگام دریافت خبر بد بر اساس تجارب زیسته آن‌ها می‌باشد.

روش

این یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی با رویکرد Graneheim & Landman در سال ۲۵-۲۰۲۳ انجام شد (۳۱). مشارکت‌کنندگان با توجه به هدف مطالعه که توصیف و فهم عمیق تجربه بیماران و خانواده‌های آنان در بیماری‌های خطرناک و تهدیدکننده حیات یا خانواده‌هایی دارای بیمار صعب‌العلاج، ناعلاج یا بیمار فوت‌شده مراجعه‌کننده به سه بیمارستان بزرگ و مرکزی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که دارای بیشترین ارائه خدمات درمانی به بیماران بدحال بود، انتخاب شدند. معیارهای ورود برای بیماران، شامل تمایل و علاقمندی، توانایی برقراری ارتباط، دارای تجربه دریافت خبر بد، نداشتن بیماری‌های روحی و روانی و برای خانواده‌ها، تمایل و علاقمندی، نداشتن بیماری‌های روان‌شناختی و جسمی، دارای تجربه دریافت خبر بد و نزدیک‌ترین ارتباط خویشاوندی و رفع نیازهای بیمار با استفاده از روش مبتنی بر هدف، انتخاب شدند. حداکثر تنوع در انتخاب نمونه‌ها از نظر سن، جنس، سطح سواد و فرهنگ و نوع بیماری برای به دست آوردن تجارب وسیع و غنی در نظر گرفته شد. مشارکت‌کنندگان، شامل ۲۸ مشارکت‌کننده (۱۳ بیمار دارای تشخیص بیماری مثل: سرطان پروستات، سرطان روده بزرگ، سرطان کلیه، سرطان مثانه و سرطان حنجره و ۱۵ تا از اعضای خانواده) بود. سایر مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ پیوست می‌باشد.

اغلب بیماران معتقدند حقوق آن‌ها در دریافت اطلاعات از طرف کادر درمان رعایت نمی‌گردد (۲۳). طیف واکنش‌ها در برابر آگاهی از خبر بد در میان بیماران و خانواده‌ها متنوع است (۲۴). میزان اطلاعاتی که باید در اختیار بیمار قرار گیرد بر اساس علاقه، نیاز، تحصیلات و توانایی مشارکت بیمار و خانواده تعیین می‌شود (۲۵). همچنین فراهم‌نمودن حمایت‌های لازم، ارائه راهکارهای متناسب جهت تطبیق فرد با شرایط بیماری نیز از مباحثی هستند که کادر درمان باید در مورد آن‌ها اندیشیده باشد (۲۶).

امروزه وضعیت فعلی اعلام خبر بد در سیستم‌های مراقبت بهداشتی در کشورهای اسلامی تا حد زیادی ناشناخته است (۲۷). علیرغم اهمیت مسأله فرایند اعلام خبر بد، مشکلات قابل توجهی در این زمینه وجود دارد، مانند شناخت تجربه و عقاید بیمار و خانواده در مورد چگونگی دریافت خبر بد که می‌تواند بر میزان موفقیت انتقال‌دهندگان خبر بد داشته باشد، مورد توجه جدی قرار نمی‌گیرد (۲۵). مفهوم حقوق بیمار هنوز جای بحث بسیار دارد و هر قدم برای شناخت آن می‌تواند بیمار را در دریافت مراقبتی مبتنی بر حقوق انسانی و اخلاقی یاری کند (۱۱). فرایند اعلام خبر بد به یک تیم چندحرفه‌ای، شامل پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، بیمار و خانواده نیاز دارد که کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۴). از آنجایی که راهبردهای اعلام خبر بد حوزه اصلی مورد علاقه در پزشکی را تشکیل می‌دهد، باید مطالعات بیشتری با تمرکز بر دیدگاه بیماران انجام شود تا خدمات بهتر و مراقبت بیمارمحور فراهم گردد (۲۸)، باید نحوه اعلام خبر بد بر اساس نیازهای بیماران باشد (۲۹)، با وجود مطالعات گسترده درباره چگونگی اعلام خبر بد توسط کادر درمان، نیازها و انتظارات واقعی بیماران و خانواده‌های ایرانی به عنوان دریافت‌کنندگان این خبر، ناشناخته باقی مانده است. تناقض موجود در پژوهش‌های داخلی و تأکید بر تفاوت‌های فرهنگی، ضرورت انجام مطالعه عمیق و بومی را ایجاب می‌کند. از سوی دیگر، درک عمیق

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران، خانواده‌های مشارکت‌کننده در مطالعه

سن	تحصیلات	مشارکت‌کنندگان	تشخیص بیماری	جنس
۴۰	دیپلم	خانواده	-	مرد
۳۶	راهنمایی	خانواده	-	مرد
۴۵	راهنمایی	خانواده	-	مرد
۲۸	کارشناسی	خانواده	-	مرد
۳۴	کارشناسی	خانواده	-	زن
۴۳	راهنمایی	خانواده	-	زن
۴۲	دیپلم	خانواده	-	مرد
۳۶	دیپلم	خانواده	-	مرد
۳۶	دیپلم	خانواده	-	زن
۴۲	کارشناسی	خانواده	-	مرد
۳۸	کارشناسی	خانواده	-	مرد
۴۵	دیپلم	خانواده	-	زن
۳۱	کارشناسی	خانواده	-	زن
۴۵	کارشناسی	خانواده	-	زن
۳۷	دیپلم	خانواده	-	زن
۶۳	راهنمایی	بیمار	سرطان پروستات	مرد
۶۵	ابتدایی	بیمار	سرطان پروستات	مرد
۶۰	دیپلم	بیمار	سرطان مثانه	مرد
۴۸	دیپلم	بیمار	تومور کلیه	مرد
۵۳	راهنمایی	بیمار	تومور کلیه	مرد
۵۱	دیپلم	بیمار	سرطان مثانه	مرد
۶۴	دیپلم	بیمار	سرطان معده	مرد
۵۵	دیپلم	بیمار	تومور مثانه	مرد
۶۷	کارشناسی	بیمار	سرطان پروستات	مرد
۳۴	کارشناسی	بیمار	سرطان روده	مرد
۶۹	دیپلم	بیمار	سرطان حنجره	مرد
۷۱	دیپلم	بیمار	تومور مثانه	مرد
۲۷	دیپلم	بیمار	تومور کلیه	مرد

۱. جمع‌آوری داده‌ها: داده‌ها از طریق ۲۸ مصاحبه عمیق

نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری گردید. قبل از جلسه، هماهنگی در مورد زمان و مکان با توجه به تمایل شرکت‌کنندگان انجام شد. قبل از شروع مصاحبه، توضیحات لازم در مورد پژوهش ارائه گردید و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه دریافت شد. بر اساس راهنمای مصاحبه تهیه‌شده توسط تیم پژوهش، مصاحبه‌ها با

پرسش‌های متناسب با توجه به نقش هر یک از شرکت‌کنندگان، آغاز و ادامه یافت. از سؤالات نیمه‌ساختارمند، مانند ۱- وضعیت بیماری را چگونه پذیرفتید؟ ۲- آیا از نحوه اعلام آن راضی بودید با جزئیات بیشتری توضیح دهید؟ ۳- ترجیح می‌دادید خبر بیماری را چگونه به شما می‌دادند؟ چگونه برای اولین بار خبر بیماری را به شما اطلاع دادند؟ به نظر شما بیمار چگونه

قرار گرفت تا صحت کدها تأیید شود. همچنین به منظور بررسی همتابان، سه نفر از اعضای هیأت علمی آشنا به پژوهش کیفی، کدها و مقوله‌ها را بررسی و بر سر نتایج در بین اعضای تیم تحقیق توافق ایجاد گردید. توصیف روشن و متمایز از فرهنگ و زمینه، انتخاب و ویژگی‌های شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری داده‌ها و فرآیند تجزیه و تحلیل ارائه شد (۳۴-۳۱).

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.USWR.REC.1400.204).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

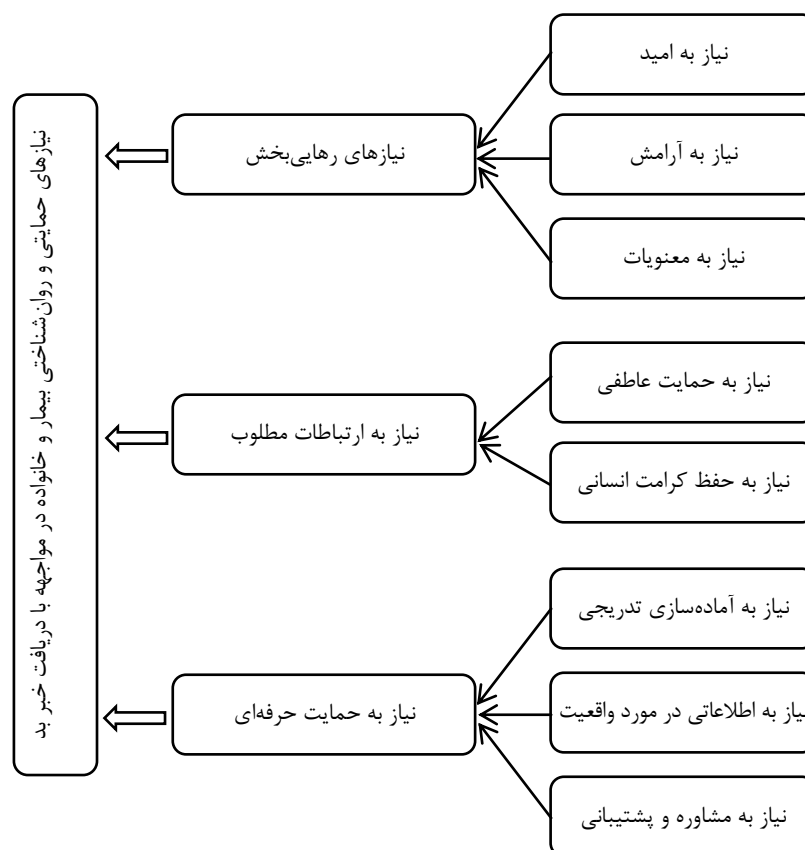
۱. **مشخصات مشارکت‌کنندگان:** در این مطالعه ۲۸ مشارکت‌کننده، شامل ۱۳ نفر بیمار و ۱۵ نفر از اعضای خانواده بودند. پایین‌ترین سطح تحصیل دیپلم و بالاترین کارشناسی ارشد بودند. میانگین سن برای خانواده ۳۵ سال و برای بیماران ۵۵ سال بود.

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه با بیماران و اعضای خانواده آنان منجر به شناسایی سه طبقه اصلی از نیازها گردید که هر یک بیانگر جنبه‌ای متفاوت از تجربه دریافت خبر بد هستند: «نیازهای رهایی‌بخش» که به منابع درونی و معنوی برای مقابله با خبر بد اشاره دارد، «نیاز به ارتباطات مطلوب» که بر تعامل با دیگران و حفظ کرامت انسانی تأکید می‌کند و «نیاز به حمایت حرفه‌ای» که شامل راهنمایی‌های تخصصی و اطلاعات دقیق برای تصمیم‌گیری آگاهانه است. این طبقه‌بندی، برخلاف پژوهش‌های پیشین که عمدتاً بر مراحل اعلام خبر متمرکز بودند، بر محتوا و کارکرد نیازها در فرآیند پذیرش خبر بد تأکید دارد (نمودار ۱).

باید درمورد بیماریش اطلاع داشته باشد؟ چگونه این خبر را پذیرفتید؟ رعایت چه مواردی در زمان اعلام خبر بیماری برای شما مهم هست؟ شروع گردید و با سؤالات کاوشی، ادامه یافت. مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر به صورت انفرادی و حضوری به طور میانگین از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها (به معنای تکرارپذیری داده‌ها و به دست‌نیابردن داده‌های جدید) بود.

۲. **تحلیل داده‌ها:** در این پژوهش، داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای مرسوم بر اساس مراحل پنج‌گانه Graneheim & Landman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در گام اول، مصاحبه‌های ضبط‌شده به صورت کلمه به کلمه پیاده شد. مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا فهم کاملی از آن درک شود. متن مصاحبه خوانده‌شده به واحدهای معنایی تقسیم و سپس واحدهای معنایی خلاصه گردید و با کد، برچسب‌گذاری شدند. در هنگام کدگذاری و برچسب‌گذاری واحدهای معنایی، زمینه اصلی و کل مفهوم در نظر گرفته شد. کدها بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها با هم مقایسه و در دسته‌بندی‌ها، طبقه‌بندی شدند. مقوله‌های Tentative توسط تیم تحقیقاتی مورد بحث و بررسی قرار گرفت و تجدید نظر شد. در نهایت، معنای زیربنایی، یعنی محتوای نهفته مقوله‌ها در قالب مضامین فرموله شدند (۳۱). مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که هیچ دسته‌بندی یا مضامین مرتبط جدیدی پدیدار نشد و مقوله‌ها از نظر مفهوم‌سازی تکامل یافتند (۳۰).

۳. **استحکام و اعتبار یافته‌ها:** به منظور دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای ارائه‌شده توسط Lincoln & Guba (مقبولیت، اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری و تأییدپذیری) مورد توجه و استفاده تیم تحقیق قرار گرفت. در این راستا، محقق بیش از یک سال برای جمع‌آوری داده‌های کیفی در محیط تحقیق حضور داشت و با صرف وقت طولانی برای انجام مصاحبه، سعی نمود جمع‌آوری اطلاعات معتبر، داشته باشد. شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر تحصیلات، سن، جنس و نوع بیماری، انتخاب شدند. از طریق فرآیند بررسی اعضا، کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها توسط شرکت‌کنندگان مورد بررسی



نمودار ۱: نیازهای حمایتی و روان‌شناختی بیمار و خانواده در مواجهه با دریافت خبر بد

۲. **نیازهای رهایی‌بخش:** مشارکت‌کنندگان در این مطالعه از تجربه فروپاشی روحی خود پس از شنیدن خبر بد سخن گفتند. آن‌ها بیان می‌کردند که در آن لحظات سخت به چیزی فراتر از اطلاعات پزشکی نیاز داشته‌اند، چیزی که بتواند بار سنگین ناامیدی را از دوش‌شان بردارد و به آن‌ها نیرویی برای ادامه‌دادن بدهد. از نگاه آنان، نیازهای رهایی‌بخش همان عواملی هستند که به بیمار و خانواده کمک می‌کنند از تاریکی، ناامیدی به روشنایی امید برسند و با احساس رضایت و آرامش بیشتری با شرایط جدید، کنار بیایند. این نیازها که نقش مکانیسم‌های مقابله‌ای را در برابر خبر بد ایفا می‌کنند، از سه زیرطبقه تشکیل شده است: ۱- «نیاز به امید» که چراغ راه بیمار در تاریکی بیماری است؛ ۲- «نیاز به آرامش» که به او کمک می‌کند آشفتگی درونی خود را مهار کند؛ ۳- «نیاز به حمایت معنوی» که با تکیه به باورهای دینی و معنوی، تسلی‌بخش قلب‌های آشفته می‌شود. به باور مشارکت‌کنندگان،

این سه نیاز به آن‌ها قدرت می‌دهد تا نه تنها خبر بد را بپذیرند، بلکه برای ادامه مسیر درمان نیز انگیزه و تاب‌آوری لازم را پیدا کنند.

۱-۲. **نیاز به امید:** مشارکت‌کنندگان از احساس ناامیدی عمیق پس از شنیدن خبر بد سخن گفتند و تأکید داشتند که آنچه آن‌ها را در آن لحظات سخت سر پا نگه داشته، امید به امکان بهبودی بوده است. از نگاه آنان، امید زمانی در دلشان زنده می‌ماند که کادر درمان ضمن بیان صادقانه واقعیت، از راه‌های موجود درمان و امکانات پیش رو نیز صحبت کنند. آن‌ها تأکید داشتند که حضور در گروه‌های حمایتی، گفتگو با افرادی با تجربه مشابه و مشاوره روان‌شناختی، نقش مهمی در حفظ امیدشان ایفا می‌کند. به باور آنان، امید، یعنی باور به اینکه زندگی هنوز ارزش ادامه‌دادن دارد، حتی در سخت‌ترین لحظات.

بکنیم. اگه نتونیم خونسردی خود را کنترل کنیم، کلاً گیج و سردرگم می‌شیم» (مشارکت‌کننده ۱۹، دختر بیمار).

۲-۳. نیاز به حمایت معنوی: برای بسیاری از بیماران و خانواده‌ها، اعتقاد به نیروهای ماوراء، منبعی از امید و تسلی در مواجهه با خبر بد است. این باور معنوی به آن‌ها کمک می‌کند تا بیماری را نه صرفاً یک رویداد تلخ، بلکه بخشی از تقدیر و سرنوشت خود بپذیرند. بیماران بیان داشتند که با توکل به خدا و ایمان به اینکه هر رویدادی از اراده الهی نشأت می‌گیرد، به تدریج از مرحله انکار اولیه عبور کرده و با صبر و تسلیم، حقیقت بیماری را می‌پذیرند. این نگاه معنوی، بیماری را به فرصتی برای ارتباط عمیق‌تر با خدا تبدیل می‌کند و به بیماران کمک می‌نماید تا با اطمینان و امید بیشتری به آینده بنگرند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره گفت:

«وقتی خبر بد را شنیدم، کلاً به هم ریختم و اصلاً نمی‌دونستم چکار می‌کنم. گفتم خدایا چرا این بلا را سر من آوردی؟! از طرفی همیشه حضور خدا را باور دارم و گفتم حتماً این هم یه امتحان الهی هست» (مشارکت‌کننده ۲۰، بیمار).

۳. نیاز به ارتباطات مطلوب: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که کیفیت ارتباط کادر درمان با آن‌ها در لحظه اعلام خبر بد، به اندازه خود خبر اهمیت دارد. ارتباط مؤثر و دوطرفه می‌تواند از شدت شوک اولیه بکاهد و احساس امنیت و اعتماد را در بیمار و خانواده ایجاد کند. از نگاه آنان، کادر درمان باید نسبت به تفاوت‌های فرهنگی و فردی بیماران حساس باشند و بدون خدشه‌دار کردن باورهای آنان، خبر را منتقل کنند. وقتی ارتباطی مبتنی بر اعتماد شکل بگیرد، پذیرش خبر بد آسان‌تر شده و اجرای طرح مراقبتی نیز با موفقیت بیشتری همراه خواهد بود. این طبقه شامل دو زیرطبقه «نیاز به حمایت عاطفی و روانی» و «نیاز به حفظ شأن و کرامت انسانی» است.

۳-۱. نیاز به حمایت عاطفی و روانی: بیماران و خانواده‌ها در مواجهه با خبر بد، نیازمند دریافت حمایت عاطفی از سوی دیگران هستند. این حمایت یک تعامل بین فردی است که طی آن کادر درمان، دوستان با حضور توأم با همدلی خود به بیمار و خانواده کمک می‌کنند تا احساسات دشوار را ابراز و پردازش

«وقتی پیش پزشک رفتم و در مورد بیماری پسرم پرسیدم، گفت: بیماری پسرت خیلی پیشرفت کرده، شوکه شدم. انتظار شنیدن چنین خبری را نداشتم. دکتر می‌تونست با حالت امیدوارکننده بگوید» (مشارکت‌کننده ۱۸، خانواده).

مشارکت‌کنندگان به تأثیر مثبت دیدار با افرادی اشاره داشتند که تجربه مشابهی را پشت سر گذاشته و بهبودی یافته‌اند. از نگاه آنان، رو به روشن شدن با بیماران هم‌تا که زمانی در شرایط آنان بودند و اکنون حال بهتری دارند، امید به بهبودی را در دلشان زنده می‌کند. این دیدارها تصویری عینی و ملموس از امکان بهبودی را پیش چشم آنان قرار می‌دهد و امید را از یک باور انتزاعی به واقعیتی قابل لمس تبدیل می‌نماید.

«وقتی خبر سرطان را به من دادند، خیلی ناامید شدم، حتی فکر کردم همه چیز تمام شده است، اما وقتی با بیماران مشابه رو در رو شدم و دیدم حالشون خیلی خوبه و درمان می‌شوند منم به بهبودی امیدوار شدم» (مشارکت‌کننده ۲۳، بیمار).

۲-۲. نیاز به آرامش: بیماران و خانواده‌ها در مواجهه با خبر بد، نگرانی، ترس و استرس را تجربه می‌کنند و برای مدیریت این آشفتگی‌های هیجانی، نیازمند دستیابی به آرامش درونی هستند. آنان به دنبال ایجاد تعادل احساسی در برابر استرس، حضور ذهن در لحظه حاضر و مدیریت شرایط اضطراری می‌باشند. در این مسیر، بیماران و خانواده‌ها به تکنیک‌های فردی برای کاهش استرس و بازگرداندن آرامش روی می‌آورند؛ تکنیک‌هایی مانند مراقبه، تمرینات تنفسی، یوگا، مدیتیشن و تماس با طبیعت. این راهکارها به آن‌ها کمک می‌کند تا آشفتگی درونی خود را کاهش داده و با ذهنی متمرکزتر و تاب‌آوری بیشتر، با شرایط دشوار پیش رو مواجه شوند.

«وقتی به من گفتند سرطان روده بزرگ داری، به یک روان‌شناس نیاز داشتم تا راهکارهایی برای حفظ آرامش به من نشان بده، چون داشتن آرامش برای پذیرش بیماری خیلی مهمه» (مشارکت‌کننده ۲۰، بیمار).

«در مواجهه با موقعیت سخت، انجام تکنیک‌هایی برای حفظ آرامش مهمه تا بتوانیم درست تصمیم بگیریم که چکار باید

مشارکت‌کننده دیگری در این مورد گفت:

«وقتی پیش پزشک برای اطلاع از بیماری پدرم رفتم، متأسفانه پاش را روی هم انداخته بود و داشت چایی و کیک می‌خورد. در آن حالت به من گفت کلیه‌های پدرت از بین رفته و باید هر دو را خارج کنم؛ خیلی ناراحت شدم که چرا باید خبر به این سنگینی را با آن وضعیت ناپسند و غیر اخلاقی به من بدهد، یه ذره احترام برای ما قائل نیستند (مشارکت‌کننده ۲۶، دختر بیمار).

۴. نیاز به حمایت حرفه‌ای: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بر این باور بودند که حمایت حرفه‌ای کادر درمان تنها به لحظه اعلام خبر محدود نمی‌شود، بلکه فرایندی مداوم و چندبعدی است که نقش تعیین‌کننده‌ای در پذیرش خبر بد و ادامه مسیر درمان دارد. از نگاه آنان وقتی کادر درمان شناخت دقیقی از سطح اطلاعات و درک بیمار و خانواده داشته باشد و ارتباط خود را با آن‌ها تداوم بخشد، تجربه مثبت‌تری از مشارکت در مراقبت‌های درمانی حاصل می‌شود. بیمارانی که احساس می‌کنند در جریان درمان، مسئولیت و تعهدی نسبت به رفتارهای سلامتی خود پیدا می‌کنند، با اعتماد به نفس بیشتری مسیر درمانی را ادامه می‌دهند و از میان راه‌های مختلف، مناسب‌ترین گزینه را برای خود انتخاب می‌نمایند. به بیان آنان، حمایت حرفه‌ای، یعنی کادر درمان نه تنها در لحظه اعلام خبر، بلکه پیش و پس از آن نیز در کنارشان باشند، آن‌ها را راهنمایی کنند و در تصمیم‌گیری‌های دشوار تنها نگذارند. این طبقه شامل سه زیرطبقه «نیاز به آماده‌سازی تدریجی»، «نیاز به اطلاعات دقیق درباره واقعیت بیماری» و «نیاز به مشاوره و پشتیبانی مستمر» می‌باشد.

۴-۱. نیاز به آماده‌سازی تدریجی برای دریافت خبر بد: بیماران و خانواده‌ها تأکید داشتند که دریافت ناگهانی خبر بد، بدون هیچ مقدمه و آمادگی قبلی، شوک عمیقی به آن‌ها وارد می‌کند. آن‌ها بیان می‌کردند که اگر کادر درمان پیش از اعلام خبر، ابتدا میزان آگاهی و اطلاعات قبلی آنان را می‌سنجیدند و گام به گام آن‌ها را برای شنیدن خبر آماده می‌کردند، شوک کمتری تجربه می‌کردند و بهتر می‌توانستند خبر را بپذیرند. به

این حمایت شامل گوش‌دادن فعال به احساسات و نگرانی‌ها بدون قضاوت، ابراز احترام به تصمیمات بیمار و ارائه کمک در فرآیند درمان می‌باشد. بیمار و خانواده نیازمند یک فضای امن و حمایت عاطفی هستند تا حریم شخصی‌شان حفظ شود و بدون هیچ‌گونه ترس یا شرم، احساسات و نگرانی‌هایشان را بیان کنند. توجه به این نیازها به آن‌ها امکان می‌دهد تا احساس تنهایی نکنند و با اطمینان از پشتیبانی دیگران، بتوانند با احساسات متلاطم خود کنار بیایند و از حمایت دیگران بهره‌مند شوند.

«من وقتی شاهد نمونه‌گیری از مایع مغزی و نخاعی بیمارم بودم، پرستار مستقیم آمد و به من گفت که شوهرت سرطان خون داره، من خیلی شوکه شدم و افتادم رو صندلی تو سالن و خیلی گریه کردم و هیچ کسی از من حمایت نکرد» (مشارکت‌کننده ۱، همسر بیمار).

۳-۲. نیاز به حفظ شأن و کرامت انسانی: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بر این نکته تأکید داشتند که در لحظه اعلام خبر بد، چگونه با آن‌ها رفتار می‌شود، برایشان به اندازه خود خبر اهمیت دارد. آن‌ها از تجربیات تلخی سخن گفتند که در حساس‌ترین لحظه زندگی‌شان با بی‌احترامی، بی‌توجهی یا رفتارهای نامناسب کادر درمان مواجه شده بودند. از نگاه بیماران و خانواده‌ها، حفظ کرامت انسانی، یعنی در آن لحظه سخت آن‌ها را به عنوان یک انسان ببینند، یعنی به حریم شخصی‌شان احترام بگذارند، احساس ارزشمندی‌شان را حفظ کنند و با نگرش انسانی با آن‌ها رفتار نمایند. آن‌ها انتظار ندارند کادر درمان معجزه کنند، اما انتظار دارند در نهایت آسیب‌پذیری، با آن‌ها با احترام و همدلی رفتار شود. همین رفتار محترمانه می‌تواند تا حد زیادی از رنج لحظه اعلام خبر بد بکاهد و به آن‌ها احساس امنیت و اطمینان بدهد تا بتوانند تصمیمات دشوار پیش رو را با آرامش بیشتری اتخاذ کنند.

«کادر درمان وقتی خبر بدی را به ما اعلام می‌کنن، بعد از آن به جای حمایت و دلداری، ما را با برخورد خیلی بدی به بیرون از بیمارستان هدایت می‌کنند؛ این بی‌احترامی، از خود خبر بد، برای ما غیر قابل تحمل» (مشارکت‌کننده ۱۸، خانواده).

۳-۴. نیاز به مشاوره و پشتیبانی: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بر این باور بودند که دریافت خبر بد، سرآغاز مسیری دشوار و پرپیچ و خم است که ادامه آن بدون حمایت و پشتیبانی مستمر، طاقت‌فرسا خواهد بود. آن‌ها از احساساتی مانند ناامیدی، ترس، اضطراب و افسردگی پس از شنیدن خبر بد سخن گفتند و تأکید داشتند که در چنین شرایطی، صرفاً دانستن حقیقت بیماری کافی نیست، بلکه نیازمند همراهی و راهنمایی هستند. به باور آنان، کادر درمان نباید پس از اعلام خبر، بیمار و خانواده را رها کنند، بلکه لازم است با معرفی مراکز حمایتی، مشاوران روان‌شناختی و حتی خیریه‌های مرتبط، مسیر ادامه درمان و پذیرش شرایط را برایشان هموارتر سازند. بیماران و خانواده‌ها نیازمند ارتباط مداوم با کادر درمان، پیگیری منظم وضعیت خود و دریافت مشاوره‌های تخصصی هستند تا بتوانند انگیزه و امید را در خود زنده نگه دارند و با تاب‌آوری بیشتری با چالش‌های پیش‌رو مواجه شوند. «متأسفانه کادر درمان بعد از اعلام خبر بد، ما را رها می‌کنند و ما واقعاً نمی‌دانیم چطوری این وضعیت را بپذیریم و برای ادامه دادن چکار باید بکنیم نیاز به مشاوره و راهنمایی داریم» (مشارکت‌کننده ۲۶، دختر بیمار).

برخی از مشارکت‌کنندگان به جنبه دیگری از حمایت حرفه‌ای اشاره داشتند که کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد: نیاز به حمایت مالی، آنان بیان می‌کردند که در کنار تمام رنج‌های روحی ناشی از بیماری، فشار سنگین هزینه‌های درمان نیز بر دوشان سنگینی می‌کند. خانواده‌هایی که ماه‌ها درگیر درمان یکی از عزیزان خود هستند، گاهی آنقدر درگیر هزینه‌های درمان می‌شوند که نمی‌دانند باید به فکر تأمین مخارج باشند یا بهبود بیمار خود. این مشارکت‌کنندگان از کادر درمان انتظار داشتند که آنان را در این مسیر تنها نگذارند و با معرفی مراکز حمایتی، خیریه‌ها و سازمان‌های مرتبط، راهی برای کاهش این بار سنگین پیش پایشان بگذارند. از نگاه آنان، حمایت حرفه‌ای، یعنی دیدن تمام ابعاد نیازهای بیمار و خانواده، چه روحی و چه مالی، و کمک به آن‌ها برای دسترسی به منابع حمایتی موجود.

باور مشارکت‌کنندگان، وقتی اطلاعات درباره بیماری و تأثیرات آن بر زندگی‌شان به تدریج و با صراحت به آن‌ها داده شود، می‌توانند راهکارهای بهتری برای مدیریت شرایط پیدا کنند و با اطمینان بیشتری تصمیم‌گیری نمایند. به عبارت دیگر، آماده‌سازی تدریجی از نگاه آنان یک اقدام ضروری است که به آن‌ها فرصت می‌دهد خود را برای مواجهه با واقعیت جدید زندگی‌شان تجهیز کنند.

«این درست نیست یه دفعه‌ای بیایی بگی بیمار شما این مشکل را داره، با مرحله‌بندی و به تدریج اطلاعات را منتقل کنند تا فرد بتونه خودش را با شرایط پیش‌آمده وفق بده» (مشارکت‌کننده ۱۸، پدر بیمار).

۲-۴. نیاز به اطلاعات در مورد واقعیت بیماری: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، یکی از اساسی‌ترین نیازهای آنان در مواجهه با خبر بد، دریافت اطلاعات دقیق، شفاف و کامل درباره وضعیت بیماری است. آن‌ها تأکید داشتند که برای پذیرش خبر بد و تصمیم‌گیری آگاهانه درباره مسیر درمانی خود، باید بدانند واقعاً چه اتفاقی برایشان افتاده است. بیماران و خانواده‌ها انتظار دارند کادر درمان بدون پنهان‌کاری و با صداقت کامل، اطلاعات مربوط به بیماری و گزینه‌های درمانی پیش رو را در اختیارشان بگذارند، اما به شرطی که این اطلاعات به زبانی ساده و قابل فهم برای آنان بیان شود. به باور آنان، وقتی بیمار از حقیقت بیماری خود مطلع باشد، می‌تواند با آگاهی کامل در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان مشارکت کند و این مشارکت آگاهانه، هم حرمت و کرامت انسانی آنان را پاس می‌دارد و هم احساس کنترل بیشتری بر سرنوشت خود به آن‌ها می‌دهد. در واقع، از نگاه مشارکت‌کنندگان، دانستن حقیقت بیماری نه یک حق، که یک ضرورت برای ادامه مسیر درمان است.

«کادر درمان از بیماری و مسیر درمانی اطلاع دارند. بهتره اطلاعات کامل در اختیارمون بگذارند تا خودمون تصمیم بگیریم. همیشه که ما اطلاع نداشته باشیم چه اتفاقی برای ما افتاده، آن‌ها برای ما تصمیم بگیرند» (مشارکت‌کننده ۲۰، بیمار).

یافته‌ها نشان داد بیماران و خانواده‌ها برای دستیابی به آرامش، هم به تکنیک‌های فردی مانند ارتباط با بیماران هم‌تا روی می‌آورند و هم از باورهای معنوی خود مدد می‌جویند. ارتباط با بیماران هم‌تا از نگاه مشارکت‌کنندگان، تصویری عینی و ملموس از امکان بهبودی را پیش چشمشان قرار می‌داد و احساس تنهایی را از آنان دور می‌کرد. این یافته با مطالعه جویباری که راهبردهای روحیه دادن پرستاران به بیمار را مؤثر دانسته (۳۹)، همسو است. در بافت فرهنگی ایران که باورهای مذهبی ریشه‌ای عمیق دارند، آرامش حاصل از توکل به خدا و توسل به ائمه، نقشی کلیدی در پذیرش خبر بد ایفا می‌کند. این یافته با مطالعه‌ای که نشان داد ۸۴ درصد آمریکایی‌ها دعا را در بهبود بیمار مؤثر می‌دانستند (۴۰)، شباهت مفهومی دارد، اما در ایران این باورها با فرهنگ جمع‌گرا و حمایت‌های خانوادگی عجین شده است.

نیازهای معنوی و باورهای دینی یکی دیگر از یافته‌های برجسته این مطالعه بود. مشارکت‌کنندگان از دعا، نذر، توسل به قرآن و ائمه به عنوان منابعی یاد کردند که به آن‌ها قدرت تحمل و پذیرش می‌بخشد. این یافته با پژوهش‌های متعددی همخوانی دارد که نقش ایمان و توکل به خدا را در پذیرش بیماری تأیید کرده‌اند (۴۱)، در جوامع اسلامی درک حضور خداوند، می‌تواند کمک شایانی به پذیرش و تحمل بیماری و توکل بر خداوند در بهبودی آن داشته باشد (۴۲). آنچه مطالعه حاضر به دانش موجود می‌افزاید، تأکید بر نقش تسهیل‌گر کادر درمان در پاسخگویی به این نیازهاست. همانطور که مطالعه‌ای نشان داد ارتباط مثبت و ارزشمند تیم درمان با بیمار می‌تواند بیان معنوی را تسهیل کند (۴۳). مطالعه حاضر نیز بر این نکته تأکید دارد که کادر درمان با ایجاد فضایی امن و غیر قضاوتی، می‌تواند به بیماران در بیان نیازهای معنوی و بهره‌گیری از منابع دینی یاری رساند. نادیده‌گرفتن این نیازها می‌تواند فرایند پذیرش خبر بد را با اختلال مواجه سازد.

مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که در لحظه اعلام خبر بد، به همراهی عاطفی کادر درمان نیاز دارند. گوش‌دادن فعال، تصدیق احساسات و ایجاد فضایی امن برای ابراز هیجانات، از جمله عواملی بود که می‌توانست از شدت شوک اولیه بکاهد.

«چند ماهه همسرم تو بخش آی‌سی‌یو خوابیده است، کلی دارو می‌گیرد، واقعاً نمی‌دونم به فکر بهبودی باشم یا هزینه‌های سنگین درمان، نمی‌دونم از چه کسی کمک بگیرم، کاش پزشک‌ها و پرستارها ما را راهنمایی کنند» (مشارکت‌کننده ۱۵، همسر بیمار).

بحث

مطالعه حاضر با هدف واکاوی نیازهای بیماران و خانواده‌های ایرانی در مواجهه با خبر بد انجام شد. یافته‌ها منجر به شناسایی سه طبقه اصلی «نیازهای رهایی‌بخش»، «نیاز به ارتباطات مطلوب» و «نیاز به حمایت حرفه‌ای» گردید. در این بخش، هر یک از این یافته‌ها در بافت فرهنگی - اجتماعی ایران تفسیر و با پژوهش‌های پیشین مقایسه می‌شود.

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بارها بر نقش امید در پذیرش خبر بد تأکید کردند. امید از نگاه آنان نه یک خوش‌بینی سطحی، بلکه نیرویی بود که به آن‌ها اجازه می‌داد در تاریکی‌ترین لحظات، هنوز برای آینده خود برنامه‌ریزی کنند. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که امید را یک نیاز اساسی بشر و پدیده‌ای پیچیده معرفی می‌کنند (۳۵). آنچه در بافت فرهنگی ایران حائز اهمیت است، مرز باریک میان «امید واقعی» و «امید کاذب» است. مشارکت‌کنندگان انتظار نداشتند کادر درمان واقعیت را پنهان کنند، اما از آن‌ها می‌خواستند در کنار بیان حقیقت، دریچه‌ای به سوی آینده نیز برایشان بگشایند. این یافته با مطالعه‌ای که نشان می‌داد پرستاران از امید کاذب پزشکان به خانواده‌ها ناراضی هستند (۳۶). همچنین با مطالعه Mori و همکاران که نیمی از بیماران خواهان دریافت اطلاعات درباره امید به زندگی بودند (۳۷). همخوانی دارد. با این حال، برخی خانواده‌ها در مطالعات دیگر بر این باورند که گفتن واقعیت، امید را از بیمار می‌گیرد (۳۸). این تناقض نشان‌دهنده لزوم رویکرد فردمحور در اعلام خبر بد است؛ آنچه برای یک بیمار امیدبخش است، ممکن است برای دیگری ناامیدکننده باشد.

همسو است که ارتباط مؤثر را عامل افزایش رضایت بیمار، کاهش اضطراب و کاهش درمان‌های نامناسب معرفی کرده‌اند (۴۸). در مقابل، ارتباط ضعیف نه تنها مانعی برای انجام صحیح کارهاست (۱۱)، بلکه می‌تواند منجر به ابهامات، نگرانی‌های اضافی (۱۱) و حتی شکایات و دادخواهی‌های بیماران علیه پزشکان شود (۴۹). آنچه مطالعه حاضر بر آن تأکید دارد، بیماران با پیشینه‌های فرهنگی متفاوت، نیازمند رویکردهای ارتباطی متناسب با باورها و ارزش‌های خود هستند. این یافته می‌تواند در طراحی برنامه‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی برای کادر درمان در ایران مورد توجه قرار گیرد (۲۹).

مشارکت‌کنندگان بر دریافت اطلاعات دقیق، شفاف و کامل درباره وضعیت بیماری تأکید داشتند. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که نشان می‌دهند خانواده‌های بیماران با تشخیص مزمن و حاد، نیاز به اطلاعات جامع درباره پیش‌آگهی و عوارض بیماری دارند (۲۵، ۳۷، ۵۰). همچنین مطالعات نشان داده‌اند بیماران و خانواده‌های باسوادتر (۵۱) و جوان‌تر (۵۲)، هنگام اعلام خبر بد به اطلاعات بیشتری نیاز دارند. با این حال، یافته‌ها در این زمینه متناقض است. برخی مطالعات تفاوتی بر اساس سن نیافته‌اند (۵۳). برخی دیگر نشان داده‌اند افراد بیکار و خانه‌دار به اطلاعات بیشتری نیاز داشتند (۱۹). آنچه مطالعه حاضر به این دانش می‌افزاید، تأکید بر لزوم رویکرد فردمحور و ارزیابی تمایل بیمار به دریافت اطلاعات پیش از اعلام خبر است. امروزه پزشکان هم از نظر اخلاقی و هم قانونی ملزم هستند در صورت تمایل بیمار، همه جزئیات بیماری را در اختیار او قرار دهند (۵۴). نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد، ۵۰ بیمار طی یک هفته پس از اطلاع از تشخیص سرطان ریه خواستار آگاهی از تشخیص بیماری بودند و سطح بالایی از اطلاعات نیاز داشتند (۲۹). با این حال، نتایج یک مطالعه در ایران نشان می‌دهد تقریباً نیمی از بیماران سرطانی لاعلاج از تشخیص خود آگاه نبودند (۵۵). ارائه اطلاعات به بیماران باعث می‌شود تا آنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت‌های درمانی مشارکت آگاهانه و متقابل داشته باشند و ارتباط پزشک و بیمار پایدار و صادقانه باقی بماند (۴۶). این فاصله میان الزامات اخلاقی و عمل بالینی، ضرورت

این یافته با مطالعه‌ای که حمایت روانی - عاطفی را مهم‌ترین نیاز بیماران و خانواده‌ها در انتقال خبر بد معرفی کرده (۱۹) و نیز با پروتکل Rabow & McPhee که بر فنون روان‌شناختی برقراری ارتباط و همدلی تأکید دارد (۴۴)، همسو است. با این حال، نتایج یک مطالعه مروری نشان می‌دهد ارتباط پرستاران و پزشکان با خانواده‌ها مناسب توصیف نشده و پزشکان کمترین کمک را در میان اعضای تیم درمان داشته‌اند (۴۵). این شکاف میان «آنچه بیمار نیاز دارد» و «آنچه دریافت می‌کند» در مطالعه حاضر نیز مشهود بود. مشارکت‌کنندگان از تجربیات تلخی سخن گفتند که سال‌ها در خاطره‌شان باقی مانده بود. این یافته، ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباطی و همدلی را به کادر درمان بیش از پیش آشکار می‌سازد.

یکی از تلخ‌ترین یافته‌های این مطالعه، تجربه بی‌احترامی و رفتار نامناسب برخی از مشارکت‌کنندگان در لحظه اعلام خبر بد بود. آنان انتظار نداشتند در آسیب‌پذیرترین لحظه زندگی‌شان با رفتاری مواجه شوند که کرامت انسانی‌شان را خدشه‌دار کند. این یافته با اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸ م.) و بیانیه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴ م.) که بر اهمیت حفظ شأن و مقام بیمار تأکید دارند و در ایران نیز منشور حقوق بیمار (۱۳۸۱ ش.) بر حق بیمار برای دریافت مراقبت همراه با احترام کامل تأکید کرده است (به نقل از آویژگان و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) (۴۶). همچنین با مطالعه Larcher (۲۰۱۳ م.) که زندگی همه انسان‌ها را مقدس و دارای ارزش ذاتی می‌داند (۴۷)، همخوانی دارد. با این حال آنچه مطالعه حاضر نشان می‌دهد، فاصله میان این اسناد بالادستی و عمل بالینی است. رفتارهای ساده‌ای مانند نحوه نشستن، لحن صحبت و توجه به حریم شخصی بیمار، می‌تواند تفاوت عمیقی در تجربه دریافت خبر بد ایجاد کند. این یافته، ضرورت گنجاندن مباحث اخلاقی و احترام به کرامت انسانی در برنامه‌های آموزش مداوم کادر درمان را یادآور می‌شود.

مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که کیفیت ارتباط کادر درمان با آن‌ها، به اندازه خود خبر اهمیت دارد. ارتباط مؤثر و دوطرفه، احساس امنیت و اعتماد را در آنان تقویت می‌کند و پذیرش خبر بد را تسهیل می‌نمود. این یافته با پژوهش‌هایی

در فضایی محترمانه (نیاز ارتباطی) و برخورداری از آرامش درونی و امید (نیاز رهایی‌بخش) می‌باشد. بر این اساس، طراحی برنامه‌های آموزشی برای کادر درمان، تدوین راهنماهای بومی اعلام خبر بد متناسب با فرهنگ ایرانی، استقرار تیم‌های حمایتی (روانشناس، مشاور مذهبی، مددکار اجتماعی) و تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد در این حوزه پیشنهاد می‌گردد. بدین ترتیب، با تکیه بر شواهد حاصل از تجربیات واقعی بیماران و خانواده‌ها، می‌توان نظام سلامت را به سمت ارائه مراقبت‌های انسانی‌تر، هدفمندتر و اثربخش‌تر در یکی از حساسترین لحظات زندگی بیماران سوق داد.

محدودیت‌های پژوهش: این مطالعه با چند محدودیت مواجه بود. نخست، داده‌ها بر اساس تجربیات زیسته و گزارش‌های کلامی مشارکت‌کنندگان گردآوری شده که ممکن است تحت تأثیر سوگیری حافظه یا ملاحظات فرهنگی و شخصی آن‌ها در بازگو کردن تجربه‌شان از دریافت خبر بد قرار گرفته باشد. دوم، تمرکز مطالعه بر بیماران و خانواده‌هایی بود که تجربه دریافت خبر بد را در یک بازه زمانی مشخص داشته‌اند؛ بنابراین، نتایج ممکن است منعکس‌کننده تجربیات افرادی نباشد که در بسترها یا مراحل متفاوتی از بیماری این خبر را دریافت کرده‌اند. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های پژوهش بینش عمیقی درباره نیازهای ارتباطی و حمایتی این گروه ارائه می‌دهد.

مشارکت نویسندگان

سوره خاکی: گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نوشتن مقاله. مسعود فلاحي خشک‌ناب: مشاوره در تحلیل داده‌ها و تأیید نسخه نهایی.

مریم جام سحر: ویرایش نهایی مقاله.

فرحناز محمدی شاه‌بلاغی و گل بیاض جان: مشاوره در تحلیل.

محمدعلی حسینی: مشاوره در تحلیل و تأیید نسخه نهایی.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

توجه بیشتر به حقوق بیماران در نظام سلامت ایران را یادآور می‌شود.

مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که دریافت ناگهانی خبر بد، بدون هیچ مقدمه و آمادگی قبلی، شوک عمیقی به آن‌ها وارد می‌کند. این یافته با مطالعه Anderson (۲۰۱۹ م.) و McSteen (۲۰۰۶ م.) همسو است که آماده‌سازی بیمار و نزدیکان وی را جزئی از فرایند اعلام خبر بد می‌داند که باید پیش از اعلام خبر آغاز شود (۵۶، ۵۷). همچنین راهنمای Rabow & McPhee بر آمادگی قبلی و دادن هشدار به بیمار و خانواده تأکید زیادی دارد (۴۴)، البته باید توجه داشت که آگاهی از پیش‌آگهی ممکن است بر بقا و کیفیت زندگی در برخی بیماران تأثیر منفی بگذارد. بنابراین ترجیحات و حساسیت فردی بیمار باید پیش از اعلام خبر بد به دقت ارزیابی شود (۵۸). این یافته، لزوم رویکرد فردمحور و پرهیز از یکسان‌سازی در فرایند اعلام خبر بد را یادآور می‌شود.

مشارکت‌کنندگان از احساس رهاشدن و سرگردانی در بیمارستان پس از دریافت خبر بد سخن گفتند. آنان نیازمند مشاوره، راهنمایی و ارجاع به مراکز حمایتی بودند. این یافته با مطالعه مناقب و همکاران که بر لزوم حضور مشاور روان‌پزشکی و مذهبی هنگام اعلام خبر بد تأکید داشت (۵). همچنین با مطالعه جلالی و همکاران که بیماران بیشترین انتظار حمایت روحی را از خانواده خود دارند (۲۴)، همسو است. آنچه مطالعه حاضر به آن اشاره دارد، نیاز خانواده‌های کم‌درآمد به حمایت مالی و معرفی به مددکاری است. این یافته، ابعاد تازه‌ای از حمایت حرفه‌ای را آشکار می‌سازد که فراتر از نیازهای بالینی صرف بوده و با بافت فرهنگی - اقتصادی ایران پیوند دارد. ایجاد و در دسترس قراردادن خدمات حمایتی قابل اطمینان، مانند مشاوره و پیگیری مستمر، می‌تواند احساس امنیت را در بیمار و خانواده تقویت کند (۲۶، ۵۵، ۵۹).

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد این نیازها به‌هم‌پیوسته هستند. بیمار برای تصمیم‌گیری آگاهانه (نیاز حرفه‌ای)، نیازمند دریافت اطلاعات

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از همه مسئولین دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مشارکت‌کنندگان در مطالعه به واسطه کمک و همکاری در جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با پژوهش حاضر اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در نوشتن این مطالعه، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Warnock C, Buchanan J, Tod AM. The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(7):1632-45.
2. Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2002;95(7):343-7.
3. Warnock C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard* (2014+). 2014;28(45):51.
4. Imanipour M, Karim Z, Bahrani N. Role, perspective and knowledge of Iranian critical care nurses about breaking bad news. *Australian Critical Care*. 2016;29(2):77-82.
5. Managheb SE, Hosseinpour M, Mehrabi F. Patient's viewpoints about how to break bad news. *Iranian Journal of Microbiology*. 2013;5(4):69-79.[Persian]
6. 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. *Psycho-Oncology*. 2013;22(2):396-402.
7. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2000 1;5(4):302-11.
8. Centeno-Cortés C, Núñez-Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. *Palliative Medicine*. 1994;8(1):39-44.
9. Ezadi A, Mohammadnejad E, Ahsani SR. Nurses' experiences regarding truth telling: a phenomenological study. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(1):53-63. [Persian]
10. Gold M. Is honesty always the best policy? Ethical aspects of truth telling. *Internal Medicine Journal*. 2004;34(9-10):578-80.
11. Ravanipour M, Gholami S, Jahanpour F, Hashemi M, Hoseini S. Assessment of nurses' knowledge about how to convey bad news to patients and their companions. *Iran Journal of Nursing*. 2018;31(114):17-27. [Persian]
12. Hamasaki T, Takehara T, Hagihara A. Physicians' communication skills with patients and legal liability in decided medical malpractice litigation cases in Japan. *BMC Family Practice*. 2008;9(1):43.
13. Montazeri A, Tavoli A, Mohagheghi MA, Roshan R, Tavoli Z. Disclosure of cancer diagnosis and quality of life in cancer patients: should it be the same everywhere?. *BMC Cancer*. 2009;9(1):39.
14. Aggarwal AN, Singh N, Gupta D, Behera D. Does awareness of diagnosis influence health related quality of life in north Indian patients with lung cancer? *Indian Journal of Medical Research*. 2016;143(Suppl 1):S38-S44.
15. Mansour EA, Pandaan IN, Gemeay EM, Al-Zayd AH, Alenize EK. Disclosure of cancer diagnosis to the patient: A cross-sectional assessment of public point-of-view in Saudi Arabia. *Archives of Nursing Practice and Care*. 2017;3(2):038-44.
16. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*. 2001;19(7):2049-56.
17. Chisholm CA, Pappas D, Sharp MC. Communicating bad news. *Obstetrics & Gynecology*. 1997;90(4):637-9.
18. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*. 1990;28(1):19-28.
19. Ehsani M, Taleghani F, Hematti S, Abazari P. Perceptions of patients, families, physicians and nurses regarding challenges in cancer disclosure: a descriptive qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016;25:55-61.
20. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2007;16(6):573-81.
21. Kim MK, Alvi A. Breaking the bad news of cancer: the patient's perspective. *The Laryngoscope*. 1999;109(7):1064-7.
22. Kazemian A, Parsapour AR. Evaluation of Physicians Ethics about Truth Telling to Terminal III Patients. *Ethics in Science and Technology*. 2007;1(2):61-67. [Persian]
23. Hooshmand A, Joolae S, Mehrdad N, Bahrani N. Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics. *Hayat*. 2007;12(4):57-66. [Persian]
24. Jalali M, Nasiri A, Abedi H. Patients and family members' experiences regarding receiving bad news from health providers. *Iranian Journal of Medical*

- Ethics and History of Medicine. 2015;7(5):83-93.[Persian]
25. Agamohammadi M, Alefbaei A, Babaei F, Biazar N, Gardashkhani S. The attitude of patients and families toward the delivery of bad news in oncology wards. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020;17(12):955-64.[Persian]
 26. Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(5):1-11.[Persian]
 27. Salem A, Salem AF. Breaking bad news: current prospective and practical guideline for Muslim countries. *Journal of Cancer Education*. 2013;28(4):790-4.
 28. Cao W, Qi X, Yao T, Han X, Feng X. How doctors communicate the initial diagnosis of cancer matters: cancer disclosure and its relationship with Patients' hope and trust. *Psycho-Oncology*. 2017;26(5):640-8.
 29. Taher AF. A patient-centred approach to the ethical dilemma of breaking bad news to cancer patients: recommendation for better communication strategy. *Advances in Cancer Research and Clinical Imaging*. 2019;1(2):1-6.
 30. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 31. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
 32. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-88.
 33. Lincoln YS. *Naturalistic inquiry*. London: Sage; 1985.
 34. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of Qualitative Research*. 1994;2(163-194):105.
 35. Rosenbaum JL, Smith JR, Zollfrank R. Neonatal end-of-life spiritual support care. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2011;25(1):61-9.
 36. Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*. 2007;14(3):344-59.
 37. 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.
 38. Ibn Ahmadi A, Heydari N. Is there a proper method of truth telling? *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(2):16-28.[Persian]
 39. Mahasti Joyubari L, Ghana S, Sarrafi Kheyrahad S, Sanagoo A. The nurses' experiences of breaking bad news to the patients and their relatives. *Fašnāmah-i akhlāq-i pizishkī - ie, Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2013;7(24):11-31.[Persian]
 40. Kazemi A, Pursoleimani A, Fakhari A, Madaen K. Truth telling in medicine: views of Tabriz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(2):54-63.[Persian]
 41. Robinson MR, Thiel MM, Backus MM, Meyer EC. Matters of spirituality at the end of life in the pediatric intensive care unit. *Pediatrics*. 2006;118(3):e719-e29.
 42. Ghaseminia P, Ranjbar Ghadim NS. Psychology of death. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*. 2017;2(9):50-63.[Persian]
 43. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*. 2010;24(8):753-70.
 44. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: Helping patients who suffer. *BMJ*. 2000;320:000365.
 45. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology*. 2007;27(4):230-7.
 46. Avizhgan M, Mirshahjafari E. Dignity in medicine: emphasis on dignity of end stage patients. *Iranian Journal of Medical Education* 2012;11(9):1496-1510. [Persian]
 47. Larcher V. Ethical considerations in neonatal end-of-life care. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2013;18:105-110.
 48. Parsa M, Bagheri A, Larijani B. Telling bad news and its various aspects. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011;4(6):1-14. [Persian]
 49. Managheb SE, Mohammadi M. Knowledge And attitudes of clinical teachers, family physicians, and medical interns towards giving bad news, a study in Jahrom University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2011;11(5):436-443. [Persian]

50. Hoff L, Tidefelt 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 Palliative Care*. 2007;6:1-8.
51. Laxmi S, Khan JA. Does the cancer patient want to know? Results from a study in an Indian tertiary cancer center. *South Asian Journal of Cancer*. 2013;2(2):57.
52. Rassin M, Levy O, Schwartz T, Silner D. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nursing*. 2006;29(4):302-8.
53. Richter D, Ernst J, Lehmann C, Koch U, Mehnert A, Friedrich M. Communication preferences in young, middle-aged, and elderly cancer patients. *Oncology Research and Treatment*. 2015;38(11):590-5.
54. Buckman RA. Breaking bad news: the SPIKES strategy. *Community Oncology*. 2005;2(2):138-42.
55. Shahidi J. Not telling the truth: circumstances leading to concealment of diagnosis and prognosis from cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2010;19(5):589-93.
56. McSteen K, Peden-McAlpine C. The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situations with dying patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2006;8(5):259-69.
57. Anderson B. Reflecting on the communication process in health care. Part 1: clinical practice-breaking bad news. *British Journal of Nursing*. 2019;28(13):858-63.
58. Kim SY, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Bae KY, Shim HJ, et al. Does awareness of terminal status influence survival and quality of life in terminally ill cancer patients? *Psycho-Oncology*. 2013;22(10):2206-13.
59. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2005;55(3):164-77.