

## ارائه مدل پیشنهادی دادن خبر بد به بیمار و خانواده بر اساس فرهنگ ایرانی - اسلامی: یک مطالعه

هیبرید

اکرم السادات سادات حسینی\*

۱- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی و عضو مرکز تحقیقات قرآن، علوم حدیث و طب، تهران، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.10, No.1&amp;2, Spring &amp; Summer 2021

## چکیده:

**مقدمه:** خبر بد موجب ایجاد واکنش هیجانی شدید، رفتار یا احساسی ناخوشایند در شنونده شده و نوع نگاه وی به خود یا آینده‌اش را تغییر می‌دهد. با توجه به اهمیت چگونگی دادن خبر بد به بیمار و خانواده وی و اثراتی که چگونگی انجام آن به جا می‌گذارد، این تحقیق در برگیرنده آن است که ضمن جمع‌بندی بررسی‌های قبلی با انجام پژوهش‌های چند وجهی و ارائه راهکاری بر مبنای فرهنگ و دستورات دینی به مدلی جهت بیان کردن خبر بد به بیماران بر اساس فرهنگ ایرانی و مذهب اسلام دست یابد.

**روش کار:** بررسی حاضر یک تحقیق هیبرید است که شامل: سه مرحله نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی است.

**یافته‌ها:** بر اساس پژوهش انجام شده، فرآیند دادن خبر بد بر اساس الگوی اسلامی- ایرانی با نام اختصاری «تات» به دست آمد که شامل سه مرحله می‌باشد: ۱- مرحله تشکیل تیم، آماده‌سازی و هماهنگی ۲- مرحله اطلاع‌رسانی ۳- مرحله تعالی، برنامه‌ریزی برای آینده و پیگیری.

**نتیجه گیری:** بر اساس این مدل، در اطلاع‌رسانی به بیماران، سطح و نگرش مذهبی آنها باید مد نظر قرار گیرد. از طرفی خود مصیبت و بیماری می‌تواند فرد را با هر پیشینه ایمانی مستعد دستیابی به تعالی سازد. بر اساس این تفکر، محیط‌های درمانی و مراقبتی باید تسهیلات لازم برای طی مسیر تعالی و استفاده از حمایت‌ها و مراقبت‌های معنوی بر اساس تمایل و نیاز بیماران و خانواده‌هایشان فراهم نمایند.

**واژگان کلیدی:** خبر بد- اسلام- اخلاق پزشکی- تعالی

J Educ Ethics Nurs 2021;10(1&amp;2):26-35

## مقدمه:

تأثیر مهمی روی نگرش بیمار و خانواده وی نسبت به بیماری، رابطه آینده آنها با گروه درمان و رضایتمندی آنها دارد [۵، ۶]. دادن خبر بد، یک فرایند است که قبل، حین و بعد از لحظه انتقال، خبر بد را نیز در بر می‌گیرد [۵]. برای اجرای فرآیند دادن خبر بد مدل‌های مختلفی طراحی شده است که هدف تمامی آنها استاندارد کردن روش‌های دادن خبر بد است [۸-۱۱]. دادن اطلاعات لازم در مورد بیماری در بسیاری از جوامع حق مسلم و قانونی بیمار تلقی می‌شود؛ اما با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در کشورهای مختلف نحوه بیان حقایق در مورد بیماری خصوصاً وقتی بیمار دچار عارضه‌ای جدی و تهدید کننده حیات است موضوعی مورد بحث می‌باشد [۱۲].

تحقیقات موجود نشان می‌دهد در کشورهای غربی ۸۰ الی ۹۰ درصد بیماران از بیماری خود مطلع می‌شوند که این رقم در سایر

دادن خبر بد از ابتدا با حرفه پزشکی همراه بوده است اما توجه چندانی تا اواخر قرن بیستم به آن نشده بود [۱-۳]. خبری بد است که رساندنش موجب ایجاد واکنش هیجانی شدید، رفتار یا احساسی ناخوشایند در شنونده شده و نوع نگاه وی به خود یا آینده‌اش را بد کند [۴] و در یک کلام خبر وقتی بد تلقی می‌شود که به تغییرات شناختی، رفتاری یا عاطفی فرد دریافت کننده منجر شود و تا مدتی بعد از دریافت خبر ادامه پیدا کند [۵-۷]. روند انتقال خبر بد شامل فعالیت‌های پیچیده‌ای است که نیاز به مهارت زیادی دارد تا از تأثیرات نامطلوب بر بیمار و نزدیکان وی جلوگیری شود. اگر خبر بد به شیوه نادرستی منتقل شود می‌تواند باعث اضطراب، گیجی، تنفر و خشم بیمار و خانواده وی گردد. از سوی دیگر، دادن خبر بد به شیوه مناسب، انتظارات غیر واقعی، انکار، ناامیدی کاذب، گیجی و اضطراب را در بیمار و نزدیکان وی کاهش می‌دهد و

\*نویسنده مسئول، نشانی: دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده پرستاری و مامایی و عضو مرکز تحقیقات قرآن، علوم حدیث و طب، تهران - ایران .

پست الکترونیک: [ashoseini@tums.ac.ir](mailto:ashoseini@tums.ac.ir)

تلفن تماس: ۰۹۱۲۲۰۹۴۸۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱۶

**(۱) نظری:** محقق با جستجوی منابع و پایگاه‌های اطلاعاتی مرتبط و تحلیل محتوای این منابع، مدل‌های دادن خبر بد را ارائه می‌دهد. در قسمت دوم، متون و نظرات محققین اسلامی در مورد دادن خبر بد مورد بررسی قرار گرفت.

**(۲) کار در عرصه:** به منظور روشن‌سازی تجربی و کشف چگونگی دادن خبر بد از راه مصاحبه با بیماران دارای تجربه مورد نظر انجام شد. مصاحبه ابتدا با سؤالاتی مانند: تجربه خود را زمانی که خبر بیماریتان (بیماری نزدیکانتان) را به شما دادند بیان کنید؟ در زمان دادن خبر بد چه انتظاری از کادر درمان داشتید؟ آغاز و سپس با سؤالات کاوشگر و پیگیر مانند: لطفاً بیشتر توضیح بدهید، منظور شما چه بود؟ یک مثال بزنید و... ادامه یافت.

**(۳) تحلیل نهایی:** ترکیب نمودن تحلیل نظری همراه با بینش و بصیرت‌های به دست آمده، از مشاهدات تجربی و گزارش یافته‌ها بود. نتیجه نهایی تحلیل، ارائه دادن مدلی برآمده از زمینه و عرصه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی بود.

### یافته‌ها:

#### تحقیقات موجود در ایران و جهان

در مجموع پروتکل‌های SPIKES و PACIENTE و BREAKS در مرور متون یافت شد. همچنین دستورالعملی برای کشورهای مسلمان و ایران نیز ارائه شده بود که در ادامه به بیان خلاصه‌ای از آنها می‌پردازیم.

#### پروتکل SPIKES و بررسی‌های انجام گرفته بر روی

**آن:** پروتکل SPIKES یک الگوی متداول برای دادن خبر بد است این پروتکل توسط Walter Baile و همکارانش برای کمک به مراقبت‌دهندگان سلامت طراحی شده و شامل مراحل زیر است [۹]:

(۱) setting (تنظیم): تعیین اولویت‌ها، انتخاب لغات مناسب و مشخص کردن اطلاعاتی که باید به اشتراک گذاشته شود.

(۲) perception (درک): بررسی درک بیمار و معنایی که خبر بد بر ایشان دارد، بررسی میزان آگاهی بیمار و این که چقدر می‌خواهد بداند.

(۳) invitation (دعوت): اجازه خواستن از بیمار برای دادن خبر.

(۴) knowledge (دانش): ارائه اطلاعات متناسب با فهم و انطباق بیمار و به تدریج و با زبان ساده و مثال.

(۵) empathy (همدلی): درک عاطفی بیمار و نشان دادن همدلی.

(۶) Summary and Strategizing for the future (خلاصه‌سازی و نظامی هدفمند برای آینده): کمک به بیمار تا برای آینده برنامه داشته باشد. برنامه‌ریزی برای بیمار باید با مشارکت او باشد.

کشورها متفاوت است [۱۳]. در ترکیه به جای خود فرد، بیشتر اطرافیان از مشکل بیمار مطلع هستند [۱۴]. در عربستان نیز ۷۵٪ پزشکان ترجیح می‌دهند مشکل بیمار را به اطرافیان بگویند [۱۵]. در مصر نیز وضعیت مشابهی وجود دارد [۱۶]. در ایران نیز پزشکان ترجیح می‌دهند تا اطلاعات مربوط به بیمار را با خانواده او در میان بگذارند [۱۷، ۱۸]. در پژوهش کاظمیان تمام پزشکان بیان داشته‌اند که با توجه به مسائل فرهنگی، تشخیص بیماری را در ابتدا با خانواده مطرح می‌نمایند [۱۹]. در بررسی وحدانی‌نیا و منتظری ۵۴٪ پاسخگویان بیان داشتند که فقط در کمتر از ۲۰ درصد موارد تشخیص واقعی بیماری را به بیماران سرطانی می‌گویند [۱۹]. با توجه به نتایج تحقیقات بیان شده به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی سبب شده تا راهکارهای ارائه شده برای دادن خبر بد در جوامع اسلامی با چالش مواجه شوند؛ بطوریکه در بیشتر بررسی‌ها، خبر بد به بیماران داده نمی‌شود. علاوه بر تفاوت‌های فرهنگی که نیاز به ارائه روشی متناسب با فرهنگ ایرانی برای دادن خبر بد را بیان می‌کند؛ کشور ایران دارای مذهب اسلام است و در کشورهای اسلامی علاوه بر تأثیر فرهنگ در دادن خبر بد، دیدگاه اسلامی نیز در این مورد نقش مهمی دارد [۲۰]. از منظر اسلام هر فرد از این حق برخوردار است تا حقایق شخصی و مربوط به خود را بداند و بر اساس آنها در مورد برنامه‌های آینده خود به صورت معقول و مطابق با عقاید و خواسته‌های فردی تصمیم‌گیری نماید [۲۱]. اسلام تأکید ویژه‌ای بر آمادگی قبل از مرگ دارد و روزهای پایانی حیات برای مؤمنان می‌تواند فرصت مناسبی برای جبران مافات، رد امانات، رفع کدورت‌ها، حالیت طلبی و انجام وصیت باشد. از دیدگاه اسلام، مرگ پایان حیات انسانی نیست بلکه شروع حیات واقعی و جاوید است بنابراین آماده کردن مقدمات و بهره‌گیری بهینه از حیات دنیوی جهت تأمین حیات معنوی و اخروی انسان بسیار ارزنده است [۲۲-۲۴]. بنابراین به نظر می‌رسد علاوه بر مسائل فرهنگی مرتبط بر دادن خبر بد، مسائل و مسئولیت‌های دینی نیز بر این فرآیند تأثیرگذار خواهد بود. خوشبختانه در دهه گذشته، مؤلفان متعددی توصیه‌ها و دستورالعمل‌هایی برای دادن اخبار بد بر اساس الگوی بومی [۲۵، ۲۶] پیشنهاد داده‌اند. بنابراین این پژوهش در برگیرنده آن است که ضمن جمع‌بندی تحقیقات قبلی با انجام بررسی‌های چند وجهی و ارائه راهکاری بر مبنای فرهنگ و دستورات دینی به مدلی جهت دادن خبر بد به بیماران بر اساس فرهنگ ایرانی و مذهب اسلام دست یابد.

### روش کار:

تحقیق حاضر یک پژوهش هیبرید است. تحلیل مفهوم هیبرید شامل سه مرحله نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی است [۲۷].

گوش دادن، توجه بیشتر به بیماران، پذیرش احساسات آنها و فراهم کردن آموزش متناسب با نیاز آنها به جای فراهم کردن اطلاعات یک جانبه، مؤثر می‌باشد [۳۲].

تحقیقی که توسط Carolina Rebello Pereira و همکارانش، با هدف ارائه ابزار برای دادن خبر بد متناسب با زمینه‌ی فرهنگی برزیل (۲۰۱۶) انجام گرفت، پروتکلی با نام PACIENTE بر مبنای پروتکل SPIKES ارائه شد که شامل ۷ مرحله است: P (آماده‌سازی)، A (بررسی میزان آگاهی بیمار و میزان تمایل وی برای دانستن)، C (دعوت بیمار به حقیقت)، I (دادن اطلاعات)، E (توجه به احساسات بیمار)، N (رها نکردن بیمار/فالوآپ)، T&E (طراحی استراتژی/چیدن برنامه مراقبت با بیمار/مراقبت‌های بین رشته‌ای) [۳۳].

پروتکل BREAKS به دنبال یک تحقیق مروری در زمینه دادن خبر بد توسط Vijayakumar Narayanan (۲۰۱۰) ارائه شد. این پروتکل دارای مراحل زیر است: فراهم کردن پیش زمینه قبل از دادن خبر بد (Background)، برقراری ارتباط نزدیک (Rapport)، کاوش کردن (Explore): بررسی آنچه که بیمار از بیماری و تشخیص بیماری فکر می‌کند و تا چه حد از جدی بودن وضعیت آگاهی دارد. اخطار (Announce): باید درباره دادن خبر بد اخطار داده شود تا خبر بد برای بیمار شوک آور نباشد و در نهایت روشن سازی موضوع (Kindling) [۳۴].

پژوهشی که توسط Ahmad Salem و Abdel-Fattah Salem (۲۰۱۳) انجام شد، مشکلات موجود برای گفتن خبر بد در کشورهای اسلامی را، نیاز به زمان بیشتر برای آماده سازی بیمار، آموزش ندیدن درمانگران برای گفتن خبر بد در شرایط فوری، نگفتن اطلاعات کامل و صحیح به بیمار توسط پزشک در برخی از کشورها، نبود آموزش فرهنگی لازم جهت گفتن خبر بد برای پزشکان، فقدان مجموعه‌های لازم برای حمایت روانی - اجتماعی از بیمار؛ بیان کرد. او در پایان یک راهنمای ۷ مرحله‌ای ارائه کرده که عبارت است از: ۱- مصاحبه ۲- جمع آوری اطلاعات زمینه‌ای درباره تمایل بیمار برای میزان افشای خبر ۳- ارزیابی تأثیر انتظارات و تصویر ذهنی بیمار از بیماری ۴- برقراری ارتباط نزدیک ۵- تصمیم‌گیری درباره اینکه چه مقدار از اطلاعات باید به بیمار گفته شود ۶- افشای خبر بد ۷- بحث، خلاصه و بیان عبارات حمایتی برطبق ترجیحات بیمار. در این تحقیق بیان شده به دلیل تفاوت‌های گسترده بین تحصیلات بیماران، پیش‌زمینه فرهنگی و ارزش‌های مذهبی آنها، کارکنان نظام سلامت در کشورهای مسلمان، به سازگاری و تغییر دادن پیشنهادات غرب محور جهت هماهنگ کردن با نیازهای بیماران و خانواده‌های آنها نیاز دارند [۲۶].

پژوهشی که توسط C.Seifart و همکارانش (۲۰۱۳) در آلمان به بررسی میزان رضایت بیماران از اولین افشای خبر بیماریشان مطابق با مراحل پروتکل SPIKES و نیز ارجحیت آنان در مراحل این پروتکل پرداخته‌است، نشان می‌دهد که کمتر از نصف بیماران کاملاً از فرآیند ارتباطی که خبر بد از آن طریق به آنها داده شده بود، راضی بودند. بزرگ‌ترین تفاوت بین آنچه که بیماران می‌خواهند و دریافت می‌کنند، در رابطه با ارائه توضیح قطعی از روند بیماری بود. در واقع مرحله چهارم این پروتکل یعنی مرحله «knowledge» (داشتن وضوح در مورد رنج و پیشرفت بیماری) مهم‌ترین قسمت از نظر بیماران بود [۲۸].

تحقیق دیگری که به منظور ارزیابی پروتکل SPIKES در اولین دریافت خبر سرطان توسط Pawel Marschollek و همکارانش (۲۰۱۸) انجام گرفت، نشان می‌دهد بخش‌هایی از پروتکل SPIKES به ویژه مراحل درک، دعوت و خلاصه سازی باید بهبود یابد [۲۹].

بررسی Walter F.Baile و همکارانش (۲۰۰۰) تحت عنوان «SPIKES - یک پروتکل ۶ مرحله‌ای برای گفتن خبر بد: کاربرد برای بیمار مبتلا به سرطان» انجام شد، نشان داد که پروتکل SPIKES به طور کامل از اطلاعات تجربی استخراج نشده است و اینکه آیا بیماران رویکرد پیشنهاد شده در این پروتکل را سودمند می‌دانند، هنوز یک سؤال مهم است [۱].

پژوهشی تحت عنوان «چهارچوبی برای گفتن خبر بد به بیماران دچار سرطان» توسط Marcelle Kaplan و به روش کارآزمایی بالینی انجام شد. در این بررسی از پروتکل SPIKES برای گفتن خبر بد متاستاز کبد به بیماری که قبلاً دچار breast cancer بوده و تحت درمان قرار گرفته است، استفاده شد. نتایج این بررسی نشان داد که گفتن خبر بد، مهارت ارتباطی پیچیده‌ای است. اما پیروی از ۶ مرحله پروتکل SPIKES می‌تواند تنش احساس شده توسط هردوطرف، بیمار (کسی که خبر را دریافت می‌کند) و متخصصان سلامت (کسانی که خبر را بیان می‌کنند) را کاهش دهد. مفاهیم کلیدی SPIKES شامل: اظهار همدلی، آگاهی دادن و ارزیابی احساسات بیمار، کشف فهم و پذیرش خبر بد و فراهم کردن اطلاعات درباره اقدامات احتمالی بسیار مناسب هستند (۳۰). مطالعه‌ای که توسط Daniela Leon و همکاران (۲۰۱۷) جهت بررسی مناسب بودن پروتکل SPIKES انجام شد، نشان داد که پروتکل SPIKES، به خصوص پیشنهادات بالینی آن برای مدیریت دادن خبر بد بسیار مناسب است [۳۱].

پژوهشی توسط Manako Hany و به روش کارآزمایی بالینی (۲۰۱۷) بر روی داروسازان با آموزش مهارت‌های ارتباطی و SPIKES انجام شد. نتایج این بررسی نشان داد، آموزش مهارت‌های ارتباطی در ارتقاء سبک گفتگوی داروسازان به صورت

دادن خبر بد بر اساس متون اسلامی قبل از بیان اصول اسلامی در مورد دادن خبر بد لازم است تا چهارچوب عقیدتی اسلام در مورد انسان، کرامت و تکریم بیمار، حق انتخاب و اختیار انسان به عنوان عوامل مؤثر در فرآیند دادن خبر بد به اختصار شرح داده شود.

**انسان:** بر اساس عقاید دینی انسان دارای دو جنبه جسمی و روحی است و دارای دو زندگی در جهان مادی و غیرمادی است؛ که جهان مادی مقدمه‌ای برای آمادگی و آماده سازی خود برای زندگی باقی انسان است. در این دیدگاه مرگ از بین رفتن نیست بلکه از پوسته به در آمدن است [۲۱].

**کرامت:** کرامت انسان به عنوان منشاء و دلیل اخلاق و رفتار اخلاقی است. انسان به واسطه آفرینش خدا دارای کرامت ذاتی است و همه انسان‌ها به واسطه داشتن کرامت ذاتی ارزشمند هستند و باید مورد تکریم قرار گیرند. تکریم انسان شامل احترام به حق انتخاب و اختیار وی در محدوده ارزش‌های الهی است [۳۵-۳۷].

**حق انتخاب و اختیار انسان:** از منظر اسلام هر فرد این حق را دارد که حقایق شخصی و مربوط به خود را بداند و در مورد آینده خود مطابق بر ارزش‌های الهی و آزادانه تصمیم‌گیری کند [۳۸].

#### دیدگاه‌های اسلام در مورد مسائل مرتبط با خبر بد:

- سختی و بلاهای دنیوی امتحان الهی است (بقره آیه ۱۵۵ - ۱۵۷): به نظر می‌رسد انسان در زندگی دنیوی فرآیندی را طی می‌کند که بلاها و سختی‌ها در آن نقش تکاملی و به تعالی رساندن انسان را دارد و به طور بالقوه خوب یا بد نیستند بلکه بستگی به کاربرد آنها در تعالی و نزدیک‌تر شدن انسان به خداوند بار ارزشی می‌گیرند. با این دیدگاه بلاها و سختی‌ها و اطلاع از آنها باید سبب گردد انسان برای تعالی خود برنامه‌ریزی دقیق و منظمی انجام دهد [۳۹].

- وصیت کردن: وصیت نیز یکی از دستورات الهی است که بسیار توصیه شده است (آیه ۱۸۰ بقره و مائده ۱۶۰) اینکه فرد برای بعد از مرگ خود توصیه‌هایی داشته باشد منوط به اعلام خبر مرگ یا بیماری نیست ولی مشخص می‌کند دیدگاه اسلام داشتن آگاهی در مورد خود است. اطلاع نداشتن از حوادث و وقایع سبب می‌گردد فرد وظایف خود را در مراحل پایان حیات یا بیماری انجام ندهد و توصیه‌ها و وصیت‌های خود را با دیدگاهی جامع و کامل ارائه ندهد [۴۰].

- توبه: توبه بر اساس دستورات قرآنی (بقره ۵۴-۵۳) و (مائده ۳۸) لازم و یکی از وظایف انسان است. اگرچه توبه کردن نیز مستلزم اطلاع از بیماری یا خبرداشتن از رسیدن به انتهای زندگی نیست

بررسی که توسط لباف و همکارانش (۱۳۹۳) با هدف پاسخ به این پرسش که آیا دستورالعمل‌های موجود، برای کشورهای با بافت فرهنگی غیر غربی نیز مناسب هستند؟ انجام گرفت، بیان شد؛ این مدل‌ها برای هدایت پروتکل دادن خبر بد بسیار مهم هستند ولی راهکارهای غربی موجود در این مدل‌ها برای پزشکان شرقی کاربردی نیستند. مواردی چون مدت، محتوا و نحوه اداره جلسه شنیدن خبر بد در جوامع شرقی در تعارض کامل با بندهایی از دستورالعمل‌های موجود قرار دارند. آنها دستورالعمل GRIEV-ING که برای دادن خبر مرگ به همراهان بیمار در اورژانس توصیه شده را با کمی تغییر برای دادن سایر اخبار ناخوشایند در اورژانس قابل استفاده می‌دانند. مراحل GRIEV-ING به ترتیب عبارتند از: Gather جمع کردن خانواده، Resources دعوت از افرادی که ممکن است بتوانند در دادن خبر بد کمک کنند، Identify معرفی پزشک و خانواده به یکدیگر، Educate اطلاع رسانی در مورد اقدامات انجام شده، Verify اعلام خبر فوت یا خبر بیماری، Space دادن یک فاصله زمانی برای ابراز احساسات به خانواده، Nuts and Bolts انجام اقدامات قانونی مربوط، Give دادن اطلاعات تماس با پزشک به خانواده [۱۸].

تحقیق پروانه ابادری و همکاران (۲۰۱۷)، دستورالعملی محلی برای کمک به اعضای گروه مراقبت سلامت در افشای خبر بد برای بیماران مبتلا به سرطان ارائه شده است. برخی تفاوت‌ها در بین این پروتکل و کشورهای غربی وجود دارد. یکی از مهم‌ترین تفاوت‌ها این است که در کشورهای غربی با توجه به اصل اختیار، نظر بستگان نزدیک در پروتکل‌ها و راهنماها در نظر گرفته نشده ولی در آسیا و خاورمیانه، نظر خانواده درباره میزان اطلاع بیمار از بیماری خود مهم است. در پروتکل ابادری، این موضوع علاوه بر مرحله ارزیابی، در دو مرحله برنامه‌ریزی و آماده‌سازی خانواده، در نظر گرفته شده است. این پروتکل از ۶ مرحله اساسی ارزیابی، برنامه‌ریزی، آماده‌سازی، افشا، حمایت و نتیجه‌گیری تشکیل شده است [۲۵].

بنابراین به نظر می‌رسد موارد ذیل در مورد دادن خبر بد باید مورد توجه قرار گیرد:

۱. طراحی روش‌های مناسب و عملی متناسب با فرهنگ و مذهب بومی برای دادن خبر بد.
۲. توجه به اهمیت چگونگی دادن خبر بد به دلیل آسیب‌های بی‌شماری که اختلال در این فرآیند برای بیمار و خانواده به وجود می‌آورد.
۳. توجه به لزوم برگزاری جلساتی مجزا برای سنجش جوانب مسئله و تصمیم‌گیری نهایی در مورد بیماری.
۴. دادن خبر بد توسط گروه مراقبتی - درمانی به سرپرستی پزشک.

خبر بد انسان باید صبور باشد و وظیفه تیم مراقبتی و درمانی این است که او را به سمت صبر و ارتقاء ایمان و تعالی راهنمایی کنند. از طرفی انسان در صورت نزدیک شدن به مراحل انتهایی زندگی مکلف است وظایف خود را تکمیل نماید و خود را برای زندگی پس از مرگ آماده تر کند [۴۵]. عیادت وظیفه‌ای است که جامعه باید در برابر بیماران انجام دهد و به او در طی این مراحل دشوار از همه جهات یاری برساند و حال و روز بیمار را جویا شود.

### کار در عرصه:

تحقیق به روش مصاحبه آزاد بر روی ۲۶ بیمار و خانواده دارای بیمار مبتلا به بیماری صعب‌العلاج انجام شد. مصاحبه‌ها با این سؤال که چگونه به شما خبر بیماری و درمانتان داده شد؟ و چگونه دوست داشتید این خبر به شما داده می‌شد؟ انجام گشت. نتایج مصاحبه با خانواده بیماران و بیماران منجر به استخراج چهار طبقه اصلی شد.

۱- نقص در دریافت اطلاعات با زیر طبقات: شنیدن خبر از افراد غیرمتخصص، ندادن توضیح کافی در مورد برنامه مراقبتی، پرهیز از دادن اطلاعات به بیمار، شنیدن خبر بیماری از بیماران دیگر، ناکافی بودن حمایت اطلاعاتی در مدت بیماری و درمان، دریافت اطلاعات متناقض از گروه پزشکی، گیج شدن بیمار و خانواده، نقص در ارائه حمایت اطلاعاتی بعد از شنیدن خبر بد. نمونه: کسی به ما چیزی نمی‌گفت، از حرف‌های تخت بغلیم حس می‌کردم ممکنه خبر بدی را بشنوم.

۲- انتخاب فرد یا افراد مناسب برای دادن خبر بد با زیر طبقات: دادن خبر بد به فرد نامناسب از خانواده، تمایل به بودن اعضای خانواده در کنار بیمار در زمان شنیدن خبر بد. نمونه: خبر اینکه بیماری بچم چیه اول به مادرشوهرم گفتم نه من. خیلی ناراحت شدم حق من بود خودم متوجه بشم شاید نمی‌خواستم کسی بفهمه.

۳- نقص در حمایت از بیمار و خانواده با زیر طبقات: شروع درمان بدون آمادگی روحی- جسمی بیمار و خانواده، نبودن نظام حمایتی از بیمار و خانواده، خود حمایتی بیمار از خود و خانواده اش، خود حمایتی اعضای خانواده از یکدیگر، درک نکردن حمایت تیم پزشکی در زمان شنیدن خبر بد.

نمونه: فکر کن تو یک خونه ۲۴ ساعته، یکساله و نیم میشه، شوهرم فقط این رو [کودک بیمار] نگاه میکنه زار میزنه زار میزنه! حالا من همین رو باید جمع کنم و هم اون رو جمع کنم؛ فرصتی نیست که من خودم رو، احساساتم رو نشون بدم.

۴- نقص در حمایت روحی بیمار در زمان دادن خبر بد، حمایت ناکافی روحی از بیمار بعد از شنیدن خبر بد.

ولی لزوم آن در این زمان‌ها بیشتر است. بر اساس روایات اسلامی ابتلا به بیماری سبب از بین رفتن گناهان، یاد کردن حق تعالی و اخلاص در دعا می‌گردد که می‌تواند شرایط توبه را تسهیل کرده و اهمیت آن را بیشتر کند [۴۲،۴۱].

- خبر بد (مصیبت): در آیه ۳۰-۳۵ سوره شورا بیان شده است که در زمان رسیدن مصیبت انسان باید صبر کند و از خداوند بخواهد که قلب او را هدایت نماید. هدف از این صبر ارتقاء به مدارج والای انسانی است. صبر در برابر مصیبت‌ها نتیجه، ایمان به مالکیت خداوند بر تمام هستی است. ایمان به خداوند سبب می‌گردد انسان تصور نکند چیزی را از دست داده است زیرا اساساً مالک همه چیز در نظر او خدا است. از طرفی در برخی آیات (احزاب ۶۹-۵۹) بیان شده است که خبر بد وقتی از طرف انسان‌های با مرض شک و فساد ارائه می‌گردد، قصد آن ناامیدی و مغموم کردن است [۴۳]. با این وصف مشخص می‌شود، دادن خبر بیماری نباید از دل‌های با مرض شک و فساد صادر شود و نقش مغموم و مهموم کردن گیرنده خبر را داشته باشد. بنابراین در دادن خبر بیماری باید به لطف و مهربانی و بخشش خداوند امید داشت. خبر بد، اگر ناگوار به فرد داده شود لذت زندگی را از او می‌گیرد پس نباید خبر بد به گونه‌ای به فرد برسد که امید را در او از بین ببرد [۴۲،۴۱].

- عیادت: در دستورات امامان، عیادت از بیماران توصیه بسیار شده است و این کار ثواب زیادی دارد. از وظایف در عیادت دلجویی کردن، در کنار بیمار نشستن و در مواردی حتی لمس کردن سر و دست و گذاشتن دست روی بدن بیمار نیز بیان شده است. عیادت علاوه بر اثر شفا بخشی برای بیمار بر اساس روایات برای عیادت کننده نیز اثر شفا بخشی دارد و حتی سبب آمرزیده شدن گناهان و استجاب دعا می‌گردد [۴۴،۴۳].

بنابراین بیان حقیقت و مصیبت وارد شده به فرد امری مسلم است چون انسان بر اساس حق کرامت ذاتی خود و وظایفش در مراحل انتهایی زندگی باید از اتفاقات رخ داده برای خود و تصمیماتی که برای او می‌گیرند مطلع باشد و در مورد آنها با اختیار خود تصمیم‌گیری و مشارکت نماید. اما دادن خبر بد یا بیماری به انسان بر اساس تفکرات اسلامی مستلزم آن است که بیمار ناامید نشود و خبر دهنده برای رسیدن او به صبر و درجات تعالی، همراهی و همیاری داشته باشد. پس رساندن خبر بد به بیمار باید توسط فردی انجام گردد که به خدا و گذرا بودن این جهان اعتقاد داشته باشد و هدفش مغموم و مهموم کردن بیمار نباشد. در زمان دادن خبر بد نباید امید را از انسان گرفت و همواره باید توجه داشت که مخاطب وی انسانی دارای کرامت و شایسته تکریم است که به واسطه وارد آمدن مصیبت یا بیماری مورد توجه خاص می‌باشد که در نتیجه آمادگی بیشتری برای متعالی شدن دارد. بعد از دادن



اطلاع رسانی با هماهنگی بیمار صورت می‌گیرد. اگر بیمار در بررسی اولیه توانمندی عاطفی کافی را نداشت در این مورد ابتدا با خانواده وی هماهنگ می‌شود. در صورت تمایل نداشتن خانواده برای دادن اطلاعات به بیمار دلیل آن پرسیده می‌شود و در جهت رفع مشکل، اقدامات لازم و حمایت‌های کافی به عمل می‌آید. با توجه به نتایج تحقیقات متعدد که به طور یکسان ندادن اطلاعات به بیمار را مضر دانسته‌اند و از طرفی آموزه‌های دینی نیز برای انسان وظایفی به خصوص در بیماری و زندگی معین کرده‌است بنابراین دادن اطلاعات به بیمار باید انجام گردد و هرگز فرد جایگزین نمی‌تواند به جای بیمار تصمیم بگیرد، ولی اطلاع رسانی را می‌توان به طور علمی و با ایجاد آمادگی‌های لازم در بیمار انجام داد.

Presence: در این مرحله، هماهنگی برای تشکیل جلسه و افراد حاضر در جلسه انجام می‌گردد. جلسه در صورت تمایل می‌تواند با همه اعضای گروه یا تنها با چند تن از اعضای تیم برگزار شود ولی حضور پزشک به عنوان ارائه دهنده اصلی اطلاعات به بیمار الزامی است.

Setting: فراهم کردن محیط مناسب از نظر نور، صدا و حفظ حریم خصوصی بیمار و خانواده وی. محیط باید کاملاً از نظر فرهنگی برای بیمار و خانواده اش مورد قبول باشد و دارای امکانات اولیه برای بیمار و خانواده مثل امکانات برای نشستن، آب، لیوان، دستمال کاغذی، مواد قندی (برای استفاده در صورت نیاز) و کتب مذهبی در صورتیکه بررسی اولیه نشان دهد که بیمار نیازمند آن است باشد.

#### « مرحله دوم: اطلاع رسانی APA »

مرحله اطلاع رسانی با توجه به اینکه باید تمرکز این مرحله بر دادن اطلاعات در مورد بیماری، درمان، مراقبت و پیش آگهی بیماری باشد بنابراین انتخاب نام «دادن خبر بد» نا مناسب است. از طرفی بر اساس آموزه‌های اسلامی اتفاقات و وقایع زندگی بنابر اثری که در تعالی و رشد انسان‌ها می‌گذارد دسته‌بندی می‌شوند و این برخورد انسان با آن است که آنرا ارزش‌گذاری می‌کند. بنابراین نحوه دادن خبر باید بر اساس امیدوار کردن بیمار و با جملات مثبت و بیان جنبه‌های مثبت کار و مراقبت و درمان باشد نه ناامید کردن بیمار. پس نام اطلاع رسانی به بیمار مناسب‌تر است.

Answer: ابتدا جلسه را با طراحی پرسش‌هایی که مقدمه برای دادن اطلاعات به بیمار باشد شروع می‌کنیم. مثل بررسی میزان دانسته‌های او از بیماری، رخدادهای مشابه در خانواده، اتفاقات رخ داده در طی مدت بیماری، رضایت او از محیط و افراد حاضر در جلسه و یا هر موضوع دیگری که به اطلاعات ما در مورد چگونگی

نمونه: اولش شوک بودم ولی به خاطر بچه تو شکم و اینکه زندگی در جریان دارم مبارزه می‌کنم.

بر اساس نتایج به دست آمده از مصاحبه، بیماران و خانواده آنها برای دریافت خبر بد موارد ذیل باید مورد توجه قرار گیرد. حضور همراهان و نزدیکان مورد درخواست بیمار در جلسه دادن خبر بد به منظور حمایت آنان از بیمار - حضور پرستار و مشاور در کنار پزشک در زمان دادن خبر بد - برگزاری جلساتی مجزا برای توضیحات بیشتر و تصمیم‌گیری نهایی در مورد درمان - تداوم جلسات مشاوره، حمایتی و آموزشی برای دریافت اطلاعات لازم در زمینه بیماری و همچنین دریافت حمایت‌های لازم.

#### ارائه الگوی اسلامی - ایرانی دادن خبر بد به بیمار

پروتکل ارائه شده، برای شرایط غیراورژانس و غیر حاد می باشد که در آن فرآیند دادن خبر بد به بیمار و همراهانش به اختصار «تات» (تات در لغت نامه دهخدا به معنای ایرانی و ایرانیان می‌باشد. واژه‌ای است که اقوام غیر ایرانی برای بیان ایرانی بودن بکار می‌برده‌اند.) و شامل سه مرحله می‌باشد: ۱- تشکیل تیم، آماده سازی و هماهنگی ۲- اطلاع رسانی ۳- تعالی، برنامه ریزی برای آینده و پیگیری.

#### «مرحله اول: تشکیل تیم، آماده سازی و هماهنگی»

##### TIPS

در این مرحله باید مقدمات دادن خبر بد فراهم شود که این مقدمات شامل موارد زیر است:

Team working: گروه ارائه دهنده خبر بد باید شامل افراد خیرخواه باشد تا بیمار ناامید و غمگین نگردد، تیم شامل: پزشک، پرستار، روانشناس یا مشاور و در صورت درخواست خانواده یا بیمار یک نفر مطلع از اصول مذهبی و یک عضو خانواده بیمار می‌باشد. این گروه باید در تمام مدت بستری و حتی بعد از مرخص شدن، بیمار و خانواده‌اش را حمایت و هدایت کند بنابراین تیم از لحظه نیاز بیمار تا زمانی که نیازش برطرف شود باید بکار خود ادامه دهد. بررسی بیمار و خانواده برای پیدا کردن پیش زمینه اطلاعاتی، فرهنگی، مذهبی و توانمندی‌های ذهنی و عاطفی وی جهت انتخاب شیوه اطلاع رسانی و محدوده اطلاعات دریافتی بر عهده تمام اعضای تیم است. تصمیم‌گیری نهایی در مورد نحوه ارائه خبر بعد از مشاوره با اعضای گروه، بر عهده پزشک مسئول بیمار است و او موظف است تا روشی را انتخاب کند که کمترین صدمه را به بیمار می‌زند.

Informing: در این مرحله، زمان و مکان جلسه با هماهنگی با بیمار و در صورت تمایل بیمار، با خانواده وی انجام می‌گردد. در این مرحله باید توجه کرد دادن اطلاعات و فراهم آوردن جلسه

می‌رسد توجه به این بعد در دادن خبر بد به بیماران خاص دیدگاه مذهبی باشد که در مدل‌های قبلی به آن توجه کافی نشده‌است.

### بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج تحقیقات موجود در ایران و این بررسی نشان داده‌است در وضعیت موجود معمولاً از الگو و مدلی برای اطلاع‌رسانی به بیمار و خانواده‌اش استفاده نمی‌شود. به نظر می‌رسد در موقعیت فعلی رعایت کرامت انسانی و احترام به بیمار در زمان اطلاع‌رسانی حداقل‌هایی باشد که باید به آنها توجه گردد. مشارکت همه اعضای گروه مراقبت و درمان در دادن اطلاعات به بیمار با رعایت مسائل قانونی و محول نکردن آن به دیگران و در مواردی افراد غیر متخصص از مواردی می‌باشد که شیوه‌ی دادن خبر به بیمار را به شدت تحت الشعاع قرار می‌دهد و رعایت نکردن آن بیمار و خانواده‌اش را مستعد آسیب‌های جدی می‌کند که در ارائه‌ی مدل حاضر به آنها توجه شده‌است. بر اساس دیدگاه اسلامی، رخدادهای زندگی روش‌هایی برای متعالی شدن انسان است و اگر مصیبتی به انسان می‌رسد فرصتی برای تعالی انسان است بنابراین در اطلاع‌رسانی به بیماران سطح و نگرش مذهبی آنها باید مدنظر قرار گیرد از طرفی خود مصیبت و بیماری می‌تواند فرد با هر پیشینه‌ی ایمانی آمادگی دستیابی به تعالی فراهم سازد. بر اساس این تفکر، محیط‌های درمانی و مراقبتی باید تسهیلات لازم برای بیماران و خانواده‌ی آنها برای طی مسیر تعالی را تدارک ببینند همچنین مشاوره‌های مذهبی و فراهم بودن و داشتن تفکر گروه مراقبتی و درمانی در مورد شیوه‌های مراقبت معنوی و استفاده از حمایت‌ها و مراقبت‌های معنوی بر اساس تمایل و نیاز بیماران و خانواده‌ها هایشان تا در صورت نیاز به آنها کمک‌های لازم را در این خصوص ارائه نمایند.

### تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از تمام بیماران و خانواده‌ی آنها که صادقانه در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌نمایم. همه‌ی هزینه‌های این تحقیق توسط مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران که تحت شماره 97-01-189-37631 به ثبت رسیده، پرداخت شده است.

### تعارض منافع:

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی در مورد این تحقیق با مراکز و یا نویسندگان دیگر ندارند.

اطلاع‌رسانی کمک‌کننده و بیمار را نیز برای دریافت اطلاعات آماده‌سازد.

Present: ارائه‌ی اطلاعات در رابطه با بیماری یا موضوع مورد نظر. اطلاعات باید صادقانه، ساده و در حد فهم بیمار باشد. حتماً در ارائه‌ی اطلاعات به مسائل فرهنگی، اجتماعی، عاطفی و مذهبی بیمار و خانواده‌ی وی توجه شود و اصل بر ناامید نکردن، بیمار باشد. در زمان دادن اطلاعات باید به حفظ کرامت بیمار و خانواده‌اش توجه شود و هر زمان که آنها خواستند جهت مهلت دادن به بیمار برای هضم اطلاعات دریافتی، بیان و بروز احساسات و گرفتن بازخورد؛ اطلاع‌رسانی قطع شود.

Appointment: تعیین قرار جلسه بعد، برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی با هماهنگی بیمار و خانواده. باید توجه داشت بیمار نیازمند تعداد جلسات مکرر برای تصمیم‌گیری‌های لازم می‌باشد و ممکن است جلسات بعدی بر اساس نیاز بیمار و تشخیص گروه با افراد مختلف برگزار گردد که حضور افراد بر اساس تشخیص پزشک و بیمار تعیین می‌گردد.

### « مرحله سوم: تعالی، برنامه‌ریزی برای آینده و

#### پیگیری FAT».

این مرحله مربوط به تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای آینده است. Follow up: پیگیری بیمار و خانواده از نظر نیازهای عاطفی، اطلاعاتی، روحی، روانی، حمایت‌های مالی و اجتماعی و مذهبی با کمک افراد متخصص و بر اساس نیاز بیماران.

Aid: گروه مراقبتی و پزشکی باید در تمام مراحل همراه بیمار باشند. بعد از اطلاع‌رسانی و طی مرحله‌ی انکار کم‌کم نیازهای بیمار و خانواده خود را نشان خواهد داد. اگرچه بررسی‌ها نشان داده که با طی زمان توانمندی، همبستگی و سازش بیمار و خانواده با بیماری افزایش می‌یابد ولی این به معنای بی‌نیازی نیست. کمک برای فراهم کردن محیطی امن و مناسب برای عیادت از بیمار و برگشت به زندگی عادی از مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد.

Transcendence: بر اساس آموزه‌های دینی بیماری و وقایع زندگی روشی برای متعالی شدن انسان است. اگرچه پرسش‌های زیادی در ذهن بیمار و خانواده‌اش در مرحله‌ی اطلاع‌رسانی مطرح می‌گردد که شاید تناسبی با تعالی انسان در طی بیماری نداشته باشد. ولی تعالی، مطالبه‌ای است که بیمار در طی زمان و با قبول شرایط پیش آمده درخواست خواهد کرد. تحقیقات نشان داده‌اند بیماران در طی زمان نیازها و تعاملات معنوی را خواستار هستند که بر اساس آموزه‌های دینی ما، باید به آنها توجه گردد. به نظر

## References:

- Baile W. SPIKES--A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000; 5(4):302-11.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2002; 359(9307):650-6.
- Kazemi A. Medical environment, patient and bad news. *Strides in Development of Medical Education* 2008; 4(2):133-9.
- Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *British medical journal (Clinical research ed)* 1984; 288(6430):1597-99.
- Barclay J, Blackhall L, Tulskey J. Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *Journal of palliative medicine* 2007; 10(4):95:77-8.
- Gilbey P. Qualitative analysis of parents' experience with receiving the news of the detection of their child's hearing loss. *International journal of pediatric otorhinolaryngology* 2010; 74(3): 265-70.
- Warnock C. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard* 2014; 28(45):51-8.
- Back A, Arnold R, Baile W, Fryer-Edwards K, Alexander S, Barley G. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Archives of internal medicine* 2007; 167(5):543-60.
- Baile W, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale E, Kudelka A. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist* 2000; 5(4):302-11.
- Griffiths J, Ewing G, Wilson C, Connolly M, Grande G. Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse. *Palliative Medicine* 2014: 1-9.
- Kalber B. Breaking bad news—whose responsibility is it? *European journal of cancer care* 2009; 18(4):330.
۱۲. ف ز ب ل. گفتن حقیقت به بیمار در فرهنگ‌های مختلف و بیان دیدگاه‌های اسلام، اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۸۹؛ ۳(۵):۱۱-۲.
- FUJIMORIM, AKECHI T, UCHITOMI Y. Factors associated with patient preferences for communication of bad news. *Palliative and Supportive Care* 2016; 1478(16):1-8.
- Buken N. Truth-telling information and communication with cancer patients in Turkey. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine* 2003; 2(4):31-6.
- Al-Mohaimed A, Sharaf F. Breaking bad news issues: a survey among physicians. *Oman medical journal* 2013; 28(1):20.
- Abdelmuktader A, Elhamed K. Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: A structured verbal questionnaire. *BMC medical ethics* 2012; 13(14):1-5.
- Abbaszadeh A, Ehsani R, Begjani J, Akbari M, Nemati Dopolani F, Nejati A, et al. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2014; 7(17):1-7.
۱۸. ع ل ج ح. اشن. دشواری‌های استفاده از دستورالعمل‌های غربی ارائه‌ی خبر بد در بخش اورژانس و لزوم بومی سازی آن‌ها برای کشورهای با فرهنگ غیر غربی. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*. ۱۳۹۳؛ ۱۱(۱):۴-۱۱.
- Kazemiyani A. Evaluating physicians points of view about terminally ill patients. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2008; 1(2):61-8.
- Conferences Gowi. *Islamic- Iranian Development(2)*. Tehran: Nashre Olgoye Pishraft; 1392.
- Javadi Amuli A. *Ensan az Aghaz ta Anjam*. Qum: Esra; 2010.
- Jafari. *Afarinesh va Ensan*. edn e, editor. Qum: Dar Al'Tabliq Islami; 1965.
- Jafari Tabrizi M. Haq Keramah Ensani. *Nashrieh Daneshkade Hoqq va Oloom Siasi* 1995:77-98.
- Javadi Amuli A. *Tafsir Mozoe Quran Karim: Tafsir Ensan be Ensan*. 4th, editor. Qum: Esra; 2008.
- Abazari P. Breaking bad news protocol for cancer disclosure: an Iranian version. *J Med Ethics Hist Med* 2017; 10:13.
- Salem A, Salem A. *Breaking Bad News: Current Prospective and Practical Guideline for Muslim Countries*. *Journal of Cancer Education* 2013; 28(4):790-4.
- Melise IA. *Theoretical Nursing Development and Progress*. edn n, editor. Washington (U.S.A): Lippincott Williams & Walkins; 2012.
- Seifart C. Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Annals of Oncology* 2014; 25(3):707-11.
- Marschollek P. *Oncologists and Breaking Bad News—From the Informed Patients' Point of View*The Evaluation of the SPIKES Protocol Implementation. *Journal of Cancer Education* 2018; FEB(5).
- Kaplan M. SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2010; 14(4):514-6.
- Leone D. Breaking bad news in assisted reproductive technology : a proposal for guidelines. *Reproductive Health* 2017; 14(87).
- Hanya M. Effects of communication skill training (CST) based on SPIKES for insurance-covered pharmacy pharmacists to interact with simulated cancer patients. *Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences* 2017; 3(1).
- Pereira C. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2017; 63(1):43-9.
- Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care* 2010; 16(2):61-5.
- Baqeri M. *Fetrat va Keramat Ensani az Manzare Quran va Imam*. Bayenat 2005; 53:182-205.
- Gazi zade K, Salimi zare M. *Keramate Ensani dar Parto Quran va Revayat*. Bayenat 2005; 68:53-95.
- Sadagpour T. *Keramate Ensan dar Quran*. Bayenat 2005; 53:51-67.
- Rajabi M. *Ensanshenasi*. edn n, editor. Qum: Entasharat Moassese Amozeshi va Pajoheshi Imam Khomeini; 2007.



39. Qaraee AQ. Holy Quran translation. Tehran: Markaze Tahgigate Computeri Oloom Islami; 2009. Available from: Available in: Software Jame- Al Tafasir.
40. Razi M. Nahjol Balaghe: Imam Ali (Dashti A translated to Persian). edn n, editor. Qum: Mashhoor; 2000.
41. Abdol Mohammad A. Holy Quran translation. 4 th ed. Tehran: Entesharat Sorosh; 1995.
42. Arberry AJ. Arberry Quran translation. Tehran: Moassese Farhangi Jahan Yarane Kosar; 2001.
43. isfahani M. Hamdame Bimar. th, editor. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 1385.
44. Isfahani M. Aayeen Tandrosti. Tehran: Tandis; 2009.
45. Sadat Hoseini A, Alhani F, Khosro-panah A, Behjat Pour A. The Concept Analysis of Health Based on Islamic Sources: Intellectual Health. International Journal of Nursing Knowledge. 2013b.

## Propose a model for delivering bad news based on Iranian-Islamic culture: Hybrid study

Akram Sadat Sadat Hoseini<sup>1\*</sup>

Received: 2020/11/6

Revised: 2021/02/28

Accepted: 2021/01/23

1. Associated professor of Tehran University of Medical Sciences and a member of research center of Quran, Hadith and medical sciences of TUMS. Tehran- Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.10, No.1&2, Spring & Summer 2021

J Educ Ethics Nurs 2021;10(1&2):26-35

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

Bad news can cause a strong emotional and stressful response, unpleasant feeling or behavior, it can change their attitude towards themselves or their futures. Given the importance of how to tell bad news to a patient or his/her family and its consequent effects, this study includes summarizing previous literature by conducting multidimensional research along with providing a solution for expressing bad news to patients based on Islamic religion and Iranian culture to achieve a model for this issue.

#### **Methods and Materials:**

This study is a hybrid study with three stages: theoretical, field work and final analysis.

#### **Results:**

According to this study, a model for delivering bad news based on Islamic-Iranian culture had been developed, entitled "TAT". This model consists of three stages: 1- Team formation, preparation, and coordination for delivering bad news; 2- Notification; 3- Transcending and planning for the future, and follow-up.

#### **Conclusion:**

According to this model, when notifying patients, their religious attitudes and faith should be considered. Although, hardships and illnesses can make people think of transcendence, regardless of their faith level. Hence, care settings should facilitate this process of transcendence and application of spiritual support and care for patients and their families based on their wants and needs.

**Keywords:** Bad news, Islam, Medical ethics, Transcendence.

\* Corresponding author Email: