SJNMP
Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty
No.2/ Autumn 2025:11(2):129-139
DOI: 10.22034/11.2.129
https://sjnmp.muk.ac.ir

Original Article

Nurses' Skills in Breaking Bad News and Related Factors: A Cross-Sectional Study

Asrin Lotfi[1*], Bijan Nouri[2], Mohammad Fathi[3]

1. Clinical Research Center, Health Development Research Institute, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
2. Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3. School of Medicine, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran

Article history:
Received: August 30, 2026
Accepted: September 03, 2026

***Corresponding author:** Asrin Lotfi, Clinical Research Center, Health Development Research Institute, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

E-mail: asrin.lotfi2024@gmail.com

Abstract

Background and Aim: Delivering bad news is a challenging healthcare task, particularly for nurses who are primary points of contact for patients and families. Despite its importance, structured training and standardized guidelines for nurses remain limited. This study assessed nurses' skills in delivering bad news and related factors in teaching hospitals affiliated with Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in 2022. A total of 150 nurses with at least one year of experience and a bachelor's degree or higher were selected using multistage sampling, including stratified and convenience sampling. Data were collected using a four-part questionnaire addressing demographic characteristics, types of bad news, involvement in delivery, and delivery skills. Validity was confirmed by experts, and reliability was supported by a Cronbach's alpha of 0.71. Data were analyzed using STATA (version 12), Spearman's correlation, Mann–Whitney U, and Kruskal–Wallis tests ($P<0.05$).

Results: The most common bad news was announcing a resuscitation code (76.67%). The mean participation score was 17.68±5.85, and the mean delivery-skill score was 54.30±5.10. Delivery skills were significantly associated with work shift ($P=0.026$), familiarity with bad-news disclosure guidelines ($P=0.040$), clinical department ($P=0.009$), number of bad-news events delivered ($P=0.012$), and type of bad news ($P=0.014$). The association with organizational position approached statistical significance ($P=0.055$).

Conclusion: Nurses demonstrated moderate skills in delivering bad news. Structured educational programs and communication workshops are recommended to improve competence and the quality of patient and family care.

Keywords: Breaking bad news, Nurses, Related factors, Skill

Please cite this article as follows: Lotfi A, Nouri B, Fathi M. Nurses' Skills in Breaking Bad News and Related Factors: A Cross-Sectional Study. SJNMP. 2026;11(2):129-139. DOI:10.22034/11.2.129.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

Copyright © 2026 *Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, Kurdistan University of Medical Sciences. The publication, reproduction, and use of the materials published in this journal are permitted under the terms of the *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).* Users must provide appropriate credit, cite the original work, and indicate if any changes have been made. Commercial use of the published materials is not permitted.

SJNMP
فصلنامه پرستاری، مامایی، پیراپزشکی کردستان
دوره ۱۱، شماره ۲، پاییز ۱۴۰۴،صفحات:۱۲۹-۱۳۹
DOI:10.22034/11.2.129
https://sjnmp.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی اصیل

مهارت اعلام خبر بد و عوامل مرتبط در پرستاران: یک مطالعهٔ مقطعی

اسرین لطفی[1*]، بیژن نوری[2]، محمد فتحی[3]

۱. مرکز تحقیقات بالینی، پژوهشکدهٔ توسعهٔ سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۳. دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۰۶/۰۹
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۳

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول**: اسرین لطفی، مرکز تحقیقات بالینی، پژوهشکدهٔ توسعهٔ سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

ایمیل: asrin.lotfi2024@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ارائهٔ خبر بد یکی از چالش‌برانگیزترین وظایف در مراقبت سلامت است؛ به‌ویژه برای پرستارانی که نقطه تماس اصلی بیماران و خانواده‌ها هستند. باوجود اهمیت این مسئولیت، آموزش ساختاریافته و دستورالعمل‌های استاندارد برای پرستاران محدود است. این مطالعه مهارت پرستاران در ارائهٔ خبر بد و عوامل مرتبط با آن را در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان بررسی کرد.

مواد و روش‌ها: این مطالعهٔ مقطعی در سال ۱۴۰۱ انجام شد. ۱۵۰ پرستار دارای حداقل یک سال سابقهٔ کار و مدرک کارشناسی یا بالاتر، با استفاده از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای شامل نمونه‌گیری طبقه‌ای و در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با پرسش‌نامه‌ای شامل ویژگی‌های فردی، انواع اخبار بد، مشارکت در ارائهٔ خبر بد و مهارت ارائهٔ خبر بد جمع‌آوری شد. روایی ابزار با نظر کارشناسان و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تأیید شد. داده‌ها با نرم‌افزار STATA نسخهٔ ۱۲ و آزمون‌های همبستگی اسپیرمن، من‌ویتنی U و کروسکال–والیس تحلیل شدند (P<۰/۰۵).

یافته‌ها: شایع‌ترین نوع خبر بد، اعلام کد احیا (۷۶/۶۷٪) بود. میانگین نمرهٔ مشارکت ۱۷/۶۸±۵/۸۵ و میانگین نمرهٔ مهارت ارائهٔ خبر بد ۵/۱۰ ± ۵۴/۳۰ بود. مهارت ارائهٔ خبر بد با شیفت کاری (P=۰/۰۲۶)، آشنایی با دستورالعمل اطلاع‌رسانی خبر بد (P=۰/۰۴۰)، بخش خدمت (P=۰/۰۰۹)، تعداد خبر بد (P=۰/۰۱۲) و نوع خبر بد (P=۰/۰۱۴) ارتباط معنادار داشت. ارتباط با پست سازمانی مرزی بود (P=۰/۰۵۵).

نتیجه‌گیری: پرستاران مهارت متوسطی در ارائهٔ خبر بد داشتند. اجرای برنامه‌های آموزشی ساختاریافته و کارگاه‌های مهارت ارتباطی برای بهبود شایستگی پرستاران و کیفیت مراقبت از بیماران و خانواده‌ها توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: مهارت، اعلام خبر بد، عوامل مرتبط، پرستاران

استناد: لطفی، اسرین؛ نوری، بیژن؛ فتحی، محمد. مهارت اعلام خبر بد و عوامل مرتبط در پرستاران: یک مطالعهٔ مقطعی. فصلنامه پرستاری، مامایی، پیراپزشکی کردستان، پاییز ۱۴۰۴؛۱۱(۲): ۱۲۹-۱۳۹.

مقدمه

«اخبار بد» شامل هر گونه اطلاعاتی است که بر درک یا انتظارات افراد از وضعیت فعلی یا آینده‌شان تأثیر منفی می‌گذارد. برقراری ارتباط دربارهٔ چنین اخباری یک وظیفهٔ پیچیده است که نیاز به دانش و مهارت‌های خاص برای ارائه مناسب دارد. ارائهٔ اخبار بد شامل اقداماتی پیچیده است که نیاز به دانش و مهارت‌ها برای ارائه صحیح دارد (۱، ۲). کادر درمان، همراه و اطرافیان بیماران همیشه در معرض مواجهه با اخباری هستند که عرف زندگی، ارزش‌های مرسوم و عادات اجتماعی آنها را «خبر بد (Bad News)» و «شرایط ناخوشایند (Disagreeable Conditions)» ارزیابی کرده و افراد عکس‌العملی حاکی از احساس نارضایتی نسبت به استماع و یا مواجهه با این اخبار نشان می‌دهند (۲). خبر بد تنها به حوادث و شرایط رخ داده نامطبوع محدود نمی‌شود بلکه گاهی عدم وقوع یک رخداد و یا عدم استماع مطلبی، ناخوشایند تلقی می‌گردد و عکس این مورد نیز می‌تواند رخ دهد. ازجمله اخبار بدِ شایع در محیط‌های درمانی می‌توان به اعلام خبر مرگ، رفتن به کما، نیاز به عمل جراحی، وابستگی به تجهیزات نظیر ونتیلاتور، قرار داشتن بیمار در مرحلهٔ انتهایی و نقص عضو اشاره کرد (۳). در گذشته عقیده بر این بوده که در محیط درمان، پزشک تنها کسی است که خبر بد را انتقال می‌دهد، اما درحال حاضر، دادن خبر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

بد به‌صورت یک فرایند مطرح می‌شود که انتقال آن نیازمند همکاری سایر اعضای تیم درمان و مراقبت ازجمله پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی و حتی خانواده بیمار است (۴-۶).

پرستاران نقش حیاتی در ارتباط با ارائهٔ خبر بد دارند. آنها اغلب اولین حرفه‌ای‌های بهداشتی هستند که با بیماران و خانواده‌ها تعامل می‌کنند و اطلاعات و حمایت عاطفی ضروری را به آنها ارائه می‌دهند. مسئولیت‌های آنها شامل ارائهٔ خبر به‌صورت مهربانانه، رسیدگی به واکنش‌های عاطفی بیماران و خانواده‌ها، و تسهیل بحث‌ها دربارهٔ گزینه‌های درمان و مراحل بعدی است. چالش‌هایی که کارمندان با آن روبه‌رو هستند شامل عدم آموزش رسمی، استرس عاطفی ناشی از ارائهٔ خبر بد و نیاز به مدیریت دینامیک‌های پیچیدهٔ خانوادگی است. این مسئولیت‌ها و چالش‌ها، مهارت‌های ارتباطی مؤثر را در این موقعیت‌ها برای پرستاران حیاتی می‌سازد (۷).

پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهندگان خدمات در نظام بهداشت و درمان هستند و نقش آنها به‌طور قابل‌توجهی بر کیفیت مراقبت تأثیر می‌گذارد (۸). در حرفهٔ پرستاری، ایفای نقش ازطریق ارتباط شکل می‌گیرد. پرستاران اغلب فوری‌ترین منبع اطلاعات بوده و در مقایسه با سایر مراقبت‌کنندگان، بیشترین ارتباط را با بیمار دارند (۹). پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه به‌طور بالقوه با موقعیت‌های زیادی جهت انتقال خبر بد روبه‌رو هستند (۱۰).

موقعیت‌هایی که پرستاران در آن قرار می‌گیرند و می‌بایست خبر بد را اعلام کنند، استرس‌زا هستند. در غیاب آموزش مؤثر در رابطه با اعلام خبر بد، ممکن است راه‌های نامناسبی برای ارائهٔ اخبار بد توسط پرستاران اتخاذ شود (۱۱). شناخت اینکه چگونه در موقعیت اعلام خبر بد قرار بگیرند و آن را اعلام کنند، باعث افزایش آموزش مهارت‌های ارتباطی و توسعهٔ دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها شده است (۱۲). مهم‌ترین فعالیت‌های مرتبط با انتقال خبر بد که پرستاران اغلب در آنها مشارکت دارند عبارت‌اند از حمایت عاطفی از بیمار و خانواده وی، توضیح صحبت‌های پزشک با بیان ساده‌تر، کمک به بیمار و خانواده برای سازش با خبر بد و آماده‌کردن بیمار یا خانواده برای شنیدن خبر بد (۱۳). طیف واکنش‌ها در مواجهه با خبر بد، در بیماران متنوع است. توجه دقیق به تفاوت‌های اخلاقی، فرهنگی، اجتماعی و قومی، ویژگی‌های شخصیتی و مذهبی، سطح هوش، سن و جنسیت بیماران، همراه با تمرکز ذهنی کادر پزشکی، عوامل مؤثری در کنترل واکنش‌های بیماران خواهد بود (۱۴).

عملکرد غیرمسئولانهٔ کارکنان بهداشت و درمان در انتقال خبر بد می‌تواند ماهیت ارتباط بیمار با تیم درمان را تضعیف کند و به عدم پذیرش، عدم تطابق و اقدامات غیرمنتظره از سوی بیمار منجر شود (۱۵). گاهی بین انتظارات بیمار و شیوه‌های انتقال خبر بد توسط کادر درمانی تعارضاتی وجود دارد و بیماران گمان می‌کنند که معمولاً کادر درمانی به دلواپسی‌های بیمار توجهی ندارند و به‌روش‌های معمولِ انتقال خبر بسنده کرده و باعث افزایش تشویش در بیماران می‌شوند (۱۶). در ایران آموزش پزشکی و پیراپزشکی بیشتر بر درمان، بهبود بیماران و کاهش درد آنها تأکید دارد. اما اکثر مواقع تیم درمانی دربرابر مشکلات عاطفی و محدودیت‌های بیماران و خانوادهٔ آنان احساس مسئولیت نموده و نیاز به راهکار مناسب احساس می‌شود (۱۷).

درحال حاضر، پرستاران در ایران اغلب برای ارائهٔ اطلاع‌رسانی‌ها آمادگی و آموزش کافی ندارند. باوجود اینکه موارد کمی در سرفصل‌ها و برنامه‌های درسی گنجانده شده است، مطالعات بالینی نشان می‌دهند که پرستاران اغلب خود را در موقعیت‌هایی می‌یابند که باید در ارائهٔ خبر بد دخالت کنند و حتی در برخی موارد این کار را به‌طور داوطلبانه انجام می‌دهند. مطالعه‌ای نشان داده است که در ایران ۷۱/۱ درصد از پرستاران آموزش رسمی در مورد نحوهٔ رساندن خبر بد و کمک به بازماندگان جهت کنترل احساسات ندیده‌اند، ۲۸ درصد از پرستاران، این مهارت را به‌صورت تجربی کسب کرده‌اند و ۹۹ درصد آنها اطلاعی از راه کارهای استاندارد اعلام خبر بد ندارند (۱۸). در یک مطالعه در آمریکا نیز مشخص شد که ۴۰ درصد پرستاران نه به‌صورت عملی و نه به‌صورت تئوری، هیچ آموزشی برای اعلام خبر بد ندیده بودند، در صورتی که ۷۰ درصدِ آنها حداقل یک بار خبر بد را به بیمار یا خانواده وی منتقل کرده بودند (۱۹). اهمیت آموزش تا جایی است که در یک مطالعه گزارش شد که آموزش می‌تواند باعث ارتقای ۹۷درصدیِ مهارت انتقال خبر بد شود (۲۰). در یک مطالعهٔ مداخله‌ای نیز مشخص شد که آموزش دانشجوهای مامایی درزمینهٔ انتقال خبر بد به‌طور معناداری آگاهی و نگرش آنها را ارتقا داد (۱۵).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که نوع خبر بد، جنسیت، سنوات کاری و بخش محل کار، ازجمله مهم‌ترین عوامل مؤثر بر میزان آگاهی و مهارت پرستاران در اعلام خبر بد بوده است (۲۱). با توجه به تنوع ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی بیماران، ضروری است تا پرستاران با شیوه‌های علمی ابلاغ خبر بد که به‌کرات در زندگی کاری خود با آن مواجه می‌شوند، آشنا شوند و آموزش لازم را ببینند (۱۰). همچنین، لازم است ابتدا اطلاعات پایه درزمینهٔ میزان مواجهه و مشارکت پرستاران در فرایند انتقال خبر بد فراهم گردد (۱۳). برای دستیابی به هدف این مطالعه، یک نظرسنجی مقطعی در میان پرستاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام خواهد شد تا مهارت‌های آنها در گزارش‌دهی خبر بد و عوامل تأثیرگذار بر این مهارت‌ها ارزیابی شود. با توجه به موارد گفته‌شده، دادن خبر بد به بیمار یکی از چالش‌برانگیزترین نوع ارتباط به‌شمار می‌آید و در تمامی کشورها و افراد با فرهنگ‌های مختلف، با واکنش‌های اضطرابی و آسیب‌زا، هم برای کادر درمان و هم برای بیمار، همراه است. در این بین، نقش پرستاران به‌دلیل اینکه نقش مهمی در بیمارستان و درمان بیماران ایفا می‌کنند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از مطالعهٔ حاضر، تعیین مهارت اعلام خبر بد و عوامل مرتبط در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۴۰۰ بود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

روش کار

این پژوهش یک مطالعهٔ مقطعی بود. جامعهٔ آماری شامل همهٔ پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به کار در یکی از بخش‌های درمانی، سابقهٔ خدمت بیشتر از یک سال، داشتن مدرک کارشناسی پرستاری یا بالاتر و تمایل به شرکت در مطالعه بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم پاسخ‌دهی به تمام سؤالات پرسش‌نامه و خروج داوطلبانهٔ نمونه‌ها از مطالعه بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

برای محاسبهٔ حجم نمونه از متغیر میزان مشارکت در انتقال خبر بد استفاده شد. نتایج مطالعهٔ زهرا کریم و همکاران در سال ۱۳۹۴ نشان داد که ۳۴/۱ درصد (p) پرستاران خبر بد را مستقلاً انتقال می‌دهند (۲۲). با درنظرگرفتن سطح معناداری یک درصد (α) و خطای ۰/۱ (d) حجم نمونه محاسبه شد که برابر ۱۵۰ نفر محاسبه گردید.

نمونه‌گیری به‌روش چندمرحله‌ای به‌ترتیب طبقه ای و سپس به‌صورت در دسترس انجام شد. با توجه به تفاوت در بخش‌های موجود در بیمارستان‌ها، هر بیمارستان به‌عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد. طبقات نمونه‌گیری شامل چهار بیمارستان آموزشی توحید، بعثت، کوثر و قدس بود که به‌ترتیب ۴۴۳، ۲۵۴، ۵۲۵ و ۶۴ پرستار داشتند. لذا از بیمارستان توحید ۵۲ پرستار، از بیمارستان بعثت ۳۰ پرستار، از بیمارستان کوثر ۶۱ نفر و از بیمارستان قدس ۷ پرستار انتخاب شدند. در نهایت، تعداد نمونه‌های تعیین‌شده از هر طبقه به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ای استفاده شد که مشتمل بر چهار قسمت بود: قسمت اول مربوط به مشخصات فردی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه (اطلاعات دموگرافیک؛ جنس: زن، مرد؛ وضعیت تأهل: مجرد، متأهل؛ وضعیت تحصیلی: کارشناسی، کارشناسی ارشد)، قسمت دوم مربوط به شایع‌ترین نوع اخبار بدی بود که به بیمار یا خانواده وی اعلام می‌شد (قسمت اول و دوم پرسش‌نامه براساس مرور متون). قسمت سوم مربوط به میزان مشارکت پرستاران در فرایند انتقال خبر بد بود که توسط ایمانی‌پور و همکاران در سال ۱۳۹۴ تهیه شد و مورد استفاده قرار گرفت (۲۲) (سؤالات در قالب ۸ فعالیت مطرح می‌شد و پرستاران میزان مشارکت خود را در هر یک از فعالیت‌های مطرح‌شده براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به‌ندرت، هرگز) مشخص می‌کردند. نمرات ۴-۰ به گزینه‌های همیشه تا هرگز تعلق گرفت. قسمت چهارم مربوط به میزان مهارت پرستاران در اعلام خبر بد بود (۲۳) که توسط مانوال گونزالز و همکاران در سال ۲۰۲۰ تهیه شده است که اجازهٔ آن اخذ گردید و مورد استفاده قرار گرفت. پرسش‌نامهٔ ۲۵سؤالی که توسط گونزالز-کابرها و همکاران (۲۰۲۰) طراحی شده است، دارای مقیاس رتبه‌ای ۴گزینه‌ای شامل (هرگز: نمرهٔ ۱، گاهی اوقات: نمرهٔ ۲، همیشه: نمرهٔ ۳، نظری ندارم/NA: نمرهٔ ۴) است و دامنهٔ نمرات آن از ۲۵ تا ۱۰۰ است (نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ مهارت بهتر در اعلام خبر بد است). در ابزار اصلی، نقاط برش استاندارد برای طبقه‌بندی سطح مهارت (ضعیف/متوسط/خوب) تعریف نشده است و نمرات به‌صورت پیوسته تفسیر می‌شوند. جهت تهیهٔ نسخهٔ فارسی، ترجمهٔ پرسش‌نامه به‌روش استاندارد Backward-Forward انجام شد. این روش شامل مراحل ترجمه، ترجمهٔ معکوس و مرور کارشناسان بود. جهت بررسی روایی صوری، پرسش‌نامه انگلیسی ترجمه شد. سپس متن ترجمه‌شدهٔ فارسی توسط یک فرد متخصص در حوزهٔ تخصصی رشته پرستاری، بررسی شد. متن ترجمه‌شدهٔ فارسی مجدداً به انگلیسی ترجمه شد. پرسش‌نامهٔ انگلیسی برای مؤلف اصلی (گونزالس-کاربرا) ارسال شد (۲۳) و ایشان تأیید کردند که متن ترجمه‌شده توسط ما، همان معنی و مفهوم متن اصلی انگلیسی را می‌رساند. سپس مجدد متن به فارسی ترجمه شد و در اختیار مشارکت‌کنندگان در پژوهش قرار گرفت.

در مرحلهٔ بعد جهت بررسی روایی محتوی، پرسش‌نامه‌ها در اختیار ۱۴ نفر از اساتید متخصص در حوزهٔ پرستاری، اخلاق پزشکی، روان‌پزشکی، پرستاری ویژه و روان‌پرستاری قرار گرفتند؛ سپس نظرات آنها اعمال گردید. جهت تعیین پایایی، پرسش‌نامه‌ها در اختیار ۳۰ نفر از پرستارانی که خارج از مطالعه بودند، قرار گرفت و پایایی آن به‌روش α کرونباخ سنجیده شد که برابر ۰/۷۱ بود. پرسش‌نامهٔ نهایی جهت انجام کار پایان‌نامه به‌صورت حضوری در واحدهای مورد پژوهش توزیع و تکمیل گردیدند.

از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان کد اخلاق (IR.MUK.REC.1400.031) و مجوز اخلاق کسب گردید. معرفی‌نامهٔ رسمی به مدیریت بیمارستان‌ها ارائه شد و کسب اجازه به عمل آمد. هدف و ماهیت پژوهش برای پرستارانِ شرکت‌کننده در مطالعه توضیح داده شد و اخذ رضایت انجام شد. همهٔ ملاحظات اخلاقی مربوط به پژوهش ازجمله رعایت گمنامی و محرمانه‌بودن اطلاعات حفظ شد.

برای تحلیل داده‌ها از نسخهٔ ۱۲ نرم‌افزار STATA استفاده شد. ابتدا برای تمامی متغیرهای کمّی میانگین و انحراف‌معیار برآورد شد و برای تمامی متغیرهای کیفی جدول توزیع فراوانی ترسیم گردید. سپس برای بررسی فرضیات مطالعه از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون‌های ناپارامتری من-ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. سطح معناداری برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد بیشتر شرکت‌کنندگان، ۹۲ نفر (۶۱/۳۳ درصد) زن بودند. ۸۴ نفر (۵۶ درصد) متأهل بودند. ۱۳۲ نفر (۸۸ درصد) تحصیلات کارشناسی داشتند. ۹۴ نفر (۶۲/۶۷ درصد) در بخش عمومی مشغول به کار بودند. ۱۲۶ نفر (۸۴ درصد) پرستار در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

بخش‌ها بودند. میانگین سن افراد واردشده به مطالعه ۳۱/۳۹±۵/۹۳ سال بود. میانگین سابقهٔ خدمت پرستاران واردشده به مطالعه ۷/۱۶±۵/۵۱ سال بود. میانگین سابقهٔ خدمت در بخش فعلی در پرستاران براساس سال ۳/۵۲±۳/۱۷ بود. ازنظر شیفت کاری ۱۰۵ نفر (۷۰ درصد) پرستاران به‌صورت شیفت‌های متغیر و در گردش بودند. ۱۰۲ نفر (۶۸ درصد) در کارگاه مهارتِ دادنِ خبر بد شرکت نکرده بودند. ۷۷ نفر (۵۱/۳۳ درصد) در مورد چگونگی گزارش دادن خبرهای بد اطلاعات کافی داشتند (جدول ۱).

میزان مشارکت در اعلام خبر بد توسط پرستاران مشارکت‌کننده کم و ۱۷/۶۸±۵/۸۵ بود. میزان مهارت اعلام خبر بد توسط پرستاران مشارکت‌کننده متوسط و ۵۴/۵۵±۳۰/۱ بود.

میانگین تعداد خبر بد اعلام‌شده توسط پرستاران مشارکت‌کننده ۳/۹۴±۳/۳۶ بود. به‌طور کلی، ۳۳ خبر بد توسط پرستاران مورد بررسی و در طی زمان مطالعه اعلام شدند. بیشترین فراوانی خبر بد اعلام‌شده مربوط به اعلام کد احیا برای بیمار (۷۶/۶۷ درصد)، مرگ بیمار (۶۸/۶۷ درصد) و موفقیت‌آمیز نبودن احیای بیمار (۵۸/۰۰ درصد) بود. (جدول ۲).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

متغیرها		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۹۲	۶۱/۳۳
	مرد	۵۸	۳۸/۶۷
وضعیت تأهل	مجرد	۶۶	۴۴
	متأهل	۸۴	۵۶
وضعیت تحصیلی	کارشناسی	۱۳۲	۸۸
	کارشناسی ارشد	۱۸	۱۲
بیمارستان‌های آموزشی	توحید	۵۳	۳۵/۳۳
	بعثت	۲۸	۱۸/۶۷
	کوثر	۶۲	۴۱/۳۳
	قدس	۷	۴/۶۷
بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی	اورژانس	۱۵	۱۰
	مراقبت‌های ویژه	۴۱	۲۷/۳۳
	جنرال	۹۴	۶۲/۶۷
موقعیت شغلی	مترون	۲	۱/۳۳
	سوپروایزر	۴	۲/۶۷
	سرپرستار	۱۸	۱۲
	پرستار	۱۲۶	۸۴
شیفت کاری	ثابت	۴۵	۳۰
	در گردش	۱۰۵	۷۰
وضعیت شرکت در کارگاه	بله	۴۸	۳۲
	خیر	۱۰۲	۶۸
آشنایی با دستورالعمل اطلاع‌رسانی خبر بد	بله	۷۷	۵۱/۳۳
	خیر	۷۳	۴۸/۶۷
		میانگین	انحراف‌معیار
سن		۳۱/۳۹	۵/۹۳
سابقه خدمت		۷/۱۶	۵/۵۱
سابقه خدمت در بخش فعلی		۳/۵۲	۳/۱۷

جدول ۲. توزیع فراوانی شایع‌ترین نوع خبر بد اعلام‌شده توسط پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

ردیف	نوع خبر بد	تعداد	درصد
۱	مرگ بیمار	۱۰۳	۶۸/۶۷
۲	اعلام کد احیا برای بیمار	۱۱۵	۷۶/۶۷
۳	موفقیت‌آمیز نبودن احیای بیمار	۸۷	۵۸/۰۰
۴	به کما رفتن/ کاهش سطح هوشیاری	۷۸	۵۲/۰۰

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

جدول ۲. توزیع فراوانی شایع‌ترین نوع خبر بد اعلام‌شده توسط پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

ردیف	نوع خبر بد	تعداد	درصد
۵	قرار داشتن بیمار در مراحل پایان حیات	۵۳	۳۵/۳۳
۶	مشکلات تنفسی	۵۹	۳۹/۳۳
۷	تروما/ خونریزی مغزی	۴۰	۲۶/۶۷
۸	سقوط بیمار از تخت	۴۵	۳۰/۰۰
۹	تشخیص سرطان	۲۸	۱۸/۶۷
۱۰	تشخیص بیماری صعب‌العلاج یا ناعلاج مانند ایدز و نظایر آن	۳۰	۲۰/۰۰
۱۱	نیاز به عمل جراحی	۴۴	۲۹/۳۳
۱۲	لغوشدن جراحی	۳۱	۲۰/۶۷
۱۳	نیاز به عمل جراحی مجدد	۲۲	۱۴/۶۷
۱۴	موفقیت‌آمیز نبودن جراحی/پروسیجر	۲۹	۱۹/۳۳
۱۵	موفقیت‌آمیز نبودن مداخلات پرستاری	۴۸	۳۲/۰۰
۱۶	کمبود یا فقدان داروی لازم	۶۰	۴۰/۰۰
۱۷	غیرطبیعی بودن نتایج آزمایشات بالینی	۸۲	۵۴/۶۷
۱۸	سقط‌شدن جنین	۱۱	۷/۳۳
۱۹	موفقیت‌آمیز نبودن باروری مصنوعی	۸	۵/۳۳
۲۰	مرگ نوزاد /جنین	۸	۵/۳۳
۲۱	ناتوانی جسمی یا ذهنی نوزاد	۶	۴/۰۰
۲۲	نیاز به بستری در بخش روان	۲۷	۱۸/۰۰
۲۳	نیاز به الکتروشوک درمانی	۱۴	۹/۳۳
۲۴	اقدام به خودکشی بیمار	۳۲	۲۱/۳۳
۲۵	نیاز به بستری در بخش‌های ویژه	۸۶	۵۷/۳۳
۲۶	نارسایی ارگان‌های بیمار	۲۵	۱۶/۶۷
۲۷	نیاز به پیوند عضو	۱۱	۷/۳۳
۲۸	نیاز به پرداخت هزینه درمان	۳۳	۲۲/۰۰
۲۹	مثبت‌شدن تست اعتیاد	۲۰	۱۳/۳۳
۳۰	نیاز به اعزام به مرکز	۴۸	۳۲/۰۰
۳۱	عدم حضور پزشک متخصص	۳۵	۲۳/۳۳
۳۲	عدم امکان پذیرش بیمار	۴۳	۲۸/۶۷
۳۳	سایر موارد	۷	۴/۶۷

مهارت اعلام خبر بد با شیفت کاری (p=۰/۰۲۶)، آشنایی با دستورالعمل اطلاع‌رسانی خبر بد (p=۰/۰۴)، بخش‌های محل خدمت (p=۰/۰۰۹)، تعداد خبر بد (p=۰/۰۱۲) و شایع‌ترین نوع خبرهای بد اعلام‌شده (p=۰/۰۱۴) رابطهٔ معنی‌دار داشت. ارتباط با پست سازمانی در حد مرزی بود (p=۰/۰۵۵). نتایج آماری نشان می‌دهد افرادی که با دستورالعمل اطلاع‌رسانی خبر بد آشنایی داشتند (میانگین ۳۷/۵۸±۹۲/۳۹) مهارت بیشتری در اعلام خبر بد داشتند. سایر متغیرهای دموگرافیک پرستاران با مهارت اعلام خبر بد رابطهٔ معنی‌دار آماری نداشتند (جدول ۳). این نتایج نشان می‌دهد مهارت‌های ارائهٔ خبر بد بیشتر تحت‌تأثیر عوامل حرفه‌ای (شیفت کاری، بخش، تعداد تجربهٔ اعلام خبر و آشنایی با دستورالعمل) قرار دارند.

ارتباط نوع خبر بد با مهارت خبرهای بدِ اعلام‌شده به‌جز در مورد عدم حضور پزشک متخصص (p=۰/۰۱۴)، در بقیهٔ موارد رابطهٔ معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۴). این موضوع نشان می‌دهد که زمینه‌ای که در آن خبر بد ارائه می‌شود، ممکن است بر مهارت‌های لازم برای ارتباط مؤثر تأثیر بگذارد؛ به‌ویژه زمانی که عدم حضور یک متخصص مطرح است. بااین‌حال، در سایر موارد، عدم وجود یک رابطهٔ معنادار نشان می‌دهد که عواملی فراتر از نوع خبر بد ممکن است نقش مهم‌تری در تعیین مهارت‌های ارائهٔ خبر بد داشته باشند. این یافته بر اهمیت زمینه در ارتباط اطلاعات حساس تأکید می‌کند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

جدول ۳. نوزیع فراوانی مهارت اعلام خبر بد براساس ویژگی‌های دموگرافیک پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

ویژگی‌های دموگرافیک	متغیرها	میانگین	انحراف‌معیار	تعداد	نوع آزمون آماری	P-value
جنس	زن	۵۷/۱۷	۳۶/۴۴	۹۲	من‌ویتنی	۰/۲۱
	مرد	۵۰/۳۹	۱۴/۸۵	۵۸		
وضعیت تأهل	مجرد	۵۱/۱۳	۱۴/۱۱	۶۶	من‌ویتنی	۰/۴۱۵
	متأهل	۵۷/۲۳	۳۸/۱۴	۸۴		
سطح تحصیلات	کارشناسی	۵۴/۰۹	۳۱/۹۰	۱۳۲	من‌ویتنی	*۰/۰۷
	کارشناسی ارشد	۵۷/۸۸	۹/۳۲	۱۸		
	توحید	۵۷/۱۶	۴۸/۱۴	۵۳		
	بعثت	۵۰/۲۸	۱۱/۴۷	۲۸		
بیمارستان	کوثر	۵۳/۵۴	۱۲/۲۴	۶۲	کروسکال-والیس	۰/۰۷۵
	قدس	۶۰/۷۱	۱۰/۴۸	۷		
	اورژانس	۵۲/۶۰	۱۲/۰۲	۱۵		
بخش	مراقبت‌های ویژه	۵۲/۴۶	۱۲/۸۸	۴۱	کروسکال-والیس	*۰/۰۰۹
	عمومی	۵۵/۷۷	۳۶/۸۱	۹۴		
	مترون	۵۸/۵۰	۴/۹۴	۲		
پست سازمانی	سوپروایزر	۶۰/۵۰	۲/۳۸	۴	کروسکال-والیس	۰/۰۵۵
	سرپرستار	۵۷/۹۴	۷/۸۱	۱۸		
	پرستار	۵۳/۸۱	۳۲/۶۸	۱۲۶		
شیفت کاری	ثابت	۶۲/۶۴	۵۰/۵۴	۴۵	من‌ویتنی	*۰/۰۲۶
	درگردش	۵۱/۰۸	۱۳/۳۱	۱۰۵		
وضعیت شرکت در کارگاه	بلی	۶۰/۵۲	۴۹/۸۰	۴۸	من‌ویتنی	۰/۳۳۵
	خیر	۵۱/۷۴	۱۲/۵۷	۱۰۲		
آشنایی با دستورالعمل اطلاع‌رسانی خبر بد	بلی	۵۸/۳۷	۳۹/۹۲	۷۷	من‌ویتنی	*۰/۰۴
	خیر	۵۰/۵۲	۱۲/۶۹	۷۳		

*معنادار در سطح P<۰/۰۵

جدول ۴. ارتباط نوع خبر بد با مهارت خبرهای بد اعلام شده در پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

ردیف	نوع خبر	مهارت اعلام خبر بد	میانگین	انحراف‌معیار	P-value
۱	مرگ بیمار	منفی	۵۱/۹۱	۱۴/۶۱	۰/۹۹۶
		مثبت	۵۵/۷۵	۳۴/۹۷	
۲	اعلام کد احیا برای بیمار	منفی	۵۱/۹۴	۱۱/۳۴	۰/۶۴۸
		مثبت	۵۵/۳۴	۳۳/۸۲	
۳	موفقیت‌آمیز نبودن احیای بیمار	منفی	۵۸/۶۹	۴۳/۶۰	۰/۴۰۶
		مثبت	۵۱/۵۵	۱۳/۳۴	
۴	به کما رفتن/ کاهش سطح هوشیاری	منفی	۵۳/۰۹	۱۱/۵۹	۰/۷۹۰
		مثبت	۵۵/۸۹	۴۰/۳۲	
۵	قرار داشتن بیمار در مراحل پایان حیات	منفی	۵۶/۰۵	۳۵/۷۵	۰/۹۷۸
		مثبت	۵۱/۸۱	۱۵/۰۴	
۶	مشکلات تنفسی	منفی	۵۵/۸۹	۳۶/۹۴	۰/۶۸۳
		مثبت	۵۲/۴۹	۱۴/۲۷	
۷	تروما/ خونریزی مغزی	منفی	۵۵/۵۳	۳۴/۶۳	۰/۴۷۲
		مثبت	۵۱/۸۵	۱۰/۰۳	
۸	سقوط بیمار از تخت	منفی	۵۶/۰۶	۳۵/۲۴	۰/۳۱۳
		مثبت	۵۱/۰۲	۱۰/۷۶	
۹	تشخیص سرطان	منفی	۵۵/۲۳	۳۳/۰۰	۰/۵۳۲

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

جدول ۴. ارتباط نوع خبر بد با مهارت خبرهای بد اعلام شده در پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

ردیف	نوع خبر	مهارت اعلام خبر بد	میانگین	انحراف‌معیار	P-value
		مثبت	۵۱/۵۷	۱۰/۵۱	
۱۰	تشخیص بیماری صعب العلاج یا ناعلاج مانند ایدز و نظایر آن	منفی	۵۵/۶۸	۳۲/۷۸	۰/۳۵۶
		مثبت	۵۰/۰۳	۱۴/۸۷	
۱۱	نیاز به عمل جراحی	منفی	۵۵/۷۲	۳۴/۳۷	۰/۷۴۵
		مثبت	۵۱/۷۲	۱۵/۶۲	
۱۲	لغوشدن جراحی	منفی	۵۵/۲۹	۳۲/۶۹	۰/۴۹۱
		مثبت	۵۱/۷۰	۱۶/۹۸	
۱۳	نیاز به عمل جراحی مجدد	منفی	۵۵/۴۶	۳۱/۵۲	۰/۹۰۲
		مثبت	۴۹/۲۷	۱۹/۶۶	
۱۴	موفقیت‌آمیز نبودن جراحی/پروسیجر	منفی	۵۵/۸۹	۳۲/۳۳	۰/۲۹۴
		مثبت	۴۸/۹۶	۱۷/۴۲	
۱۵	موفقیت‌آمیز نبودن مداخلات پرستاری	منفی	۵۶/۷۴	۳۴/۹۷	۰/۱۵۱
		مثبت	۴۹/۸۹	۱۴/۵۸	
۱۶	کمبود یا فقدان داروی لازم	منفی	۵۶/۳۱	۳۶/۸۱	۰/۹۹۲
		مثبت	۵۱/۹۱	۱۵/۲۶	
۱۷	غیرطبیعی بودن نتایج آزمایشات بالینی	منفی	۵۴/۴۷	۹/۷۹	۰/۱۰۸
		مثبت	۵۴/۶۲	۳۹/۸۵	
۱۸	سقط‌شدن جنین	منفی	۵۴/۸۶	۳۱/۱۰	۰/۳۸۰
		مثبت	۵۰/۶۳	۱۱/۵۸	
۱۹	موفقیت‌آمیز نبودن باروری مصنوعی	منفی	۵۴/۹۹	۳۰/۸۴	۰/۱۰۱
		مثبت	۴۶/۷۵	۸/۰۶	
۲۰	مرگ نوزاد /جنین	منفی	۵۴/۸۵	۳۰/۸۳	۰/۳۵۲
		مثبت	۴۹/۲۵	۱۰/۷۹	
۲۱	ناتوانی جسمی یا ذهنی نوزاد	منفی	۵۴/۸۸	۳۰/۶۴	۰/۱۶۲
		مثبت	۴۶/۵۰	۸/۳۶	
۲۲	نیاز به بستری در بخش روان	منفی	۵۴/۷۰	۳۲/۵۴	۰/۱۵۰
		مثبت	۵۳/۸۵	۱۵/۰۰	
۲۳	نیاز به الکتروشوک درمانی	منفی	۵۴/۵۶	۳۱/۴۷	۰/۶۵۳
		مثبت	۵۴/۴۲	۱۰/۱۴	
۲۴	اقدام به خودکشی بیمار	منفی	۵۵/۶۱	۳۳/۳۵	۰/۲۵۱
		مثبت	۵۰/۶۲	۱۱/۷۱	
۲۵	نیاز به بستری در بخش‌های ویژه	منفی	۵۲/۸۷	۱۳/۰۲	۰/۵۴۸
		مثبت	۵۵/۸۰	۳۸/۲۰	
۲۶	نارسایی ارگان‌های بیمار	منفی	۵۵/۳۹	۳۱/۸۸	۰/۸۵۱
		مثبت	۵۰/۳۶	۱۸/۷۹	
۲۷	نیاز به پیوند عضو	منفی	۵۴/۸۲	۳۱/۰۶	۰/۳۷۴
		مثبت	۵۱/۱۸	۱۳/۳۴	
۲۸	نیاز به پرداخت هزینه درمان	منفی	۵۴/۶۰	۳۳/۶۴	۰/۵۸۹
		مثبت	۵۴/۳۶	۱۰/۸۲	
۲۹	مثبت‌شدن تست اعتیاد	منفی	۵۴/۳۸	۳۲/۰۳	۰/۳۲۲
		مثبت	۵۵/۶۵	۱۱/۷۷	
۳۰	نیاز به اعزام به مرکز	منفی	۵۶/۲۱	۳۴/۹۲	۰/۵۵۶
		مثبت	۵۱/۰۲	۱۵/۲۹	
۳۱	عدم حضور پزشک متخصص	منفی	۵۶/۹۳	۳۲/۸۴	۰/۰۱۴

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

جدول ۴. ارتباط نوع خبر بد با مهارت خبرهای بد اعلام شده در پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

ردیف	نوع خبر	مهارت اعلام خبر بد	میانگین	انحراف‌معیار	P-value
		مثبت	۴۶/۷۴	۱۶/۵۳	
۳۲	عدم امکان پذیرش بیمار	منفی	۵۴/۹۵	۳۴/۹۴	۰/۶۱۰
		مثبت	۵۳/۵۵	۱۱/۵۴	
۳۳	سایر موارد	منفی	۵۴/۷۴	۳۰/۷۳	۰/۶۹۸
		مثبت	۵۰/۷۱	۱۲/۱۰	

بحث

اطلاع‌رسانی خبر ناگوار از جزئیات روان‌شناختی ظریفی برخوردار است که گویندهٔ آن ناگزیر از توجه به آنها است. مهارت اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران و اطرافیان تسکین خاطر ویژه‌ای را به‌وجود می‌آورد و کنترل تبعات آن را ممکن می‌سازد. یک خبر بد شامل مسائل اخلاقی، قانونی، حرفه‌ای و حقوق بشری است (۲۴، ۲۵). میزان مهارت اعلام خبر بد توسط پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعهٔ ما متوسط بود. مهارت‌های ارتباطی مانند انتشار اخبار بد با استفاده از روش تجربی و آموزشی، می‌بایست آموزش داده شود (۲۶).

بهبود مهارت‌های ارتباطی می‌تواند باعث ایجادِ نتایج بهتری ازطریق کاهش اضطراب و استرس، افزایش رضایت بیماران، و تقویت اعتماد بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در بیماران شود. هنگامی که پرستاران به‌طور مؤثر ارتباط برقرار می‌کنند، بیماران بیشتر احتمال دارد که تشخیص‌ها و گزینه‌های درمانی خود را درک کنند که این می‌تواند به پیرویِ بهتر از برنامه‌های درمانی و مدیریت کلی سلامت منجر شود (۲۷). گوارداکس و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که مهارت پرستاران در چگونگی انتقال اخبار بد می‌تواند بر روحیهٔ بیماران و اطرافیان تأثیرگذار باشد. زمانی که از پرستارن متخصص و ماهر از یک بخش خاص در دادن اخبار مرتبط با همان بخش استفاده شد، بیماران رضایت‌مندی بیشتری داشتند و استرس آنها در مورد بیماری خود کاهش یافته بود. کنترل استرس روانی در کیفیت سلامت، در خطر ابتلا به بیماری، در پیشرفت بیماری، و در افزایش علائم گزارش‌شده نقش دارد و این کنترل توسط پرستاران ماهر می‌تواند انجام شود (۲۸). در مطالعه‌ای که توسط محمدی و مناجب (۲۰۱۱) انجام شده و به یافته‌های ما مرتبط است، پژوهشگران به بررسی رابطهٔ بین دانش و نگرش در ارائهٔ خبر بد در میان پرستاران پرداختند. نتایج آنها نشان داد که همانند مطالعهٔ ما، هیچ هم‌بستگی معناداری بین مهارت‌های ارائهٔ خبر بد در میان جنسیت‌های مختلف وجود نداشت. این موضوع نشان می‌دهد که نیاز به آموزش و توسعهٔ مهارت‌های ارتباطی مؤثر، مسئله‌ای گسترده در زمینه‌های مختلف است (۲۹). در بررسی غفاری‌نژاد و همکاران (۲۰۰۶) به‌غیر از یک نفر، بقیهٔ گروهِ مورد مطالعه هیچ‌گونه آموزشی درزمینهٔ انتقال اخبار بد به بیمار ندیده بودند و آنچه را که به‌صورت تجربی آموخته بودند، مورد استفاده قرار می‌دادند (۳۰). در تحقیق ما، نصف پرستاران در مورد نحوهٔ اعلام اخبار بد مرتبط با بیماران، اطلاعات کافی را کسب کرده بودند و نصف افراد نیز به کسب اطلاعات بیشتری در این زمینه نیاز داشتند.

در بررسی ما میزان مشارکت در اعلام خبر بد و میانگین افرادی که در اعلام خبر بد مشارکت داشتند، کم بود. در عین حال، در بررسی ما زنان در اعلام خبر بد مشارکت بیشتری نسبت به مردان داشتند. وگلیوتی و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که مردان تجربه کاری بیشتری در انتقال اخبار بد و مشارکت در اطلاع‌رسانی، نسبت به زنان داشتند. پزشکان زن و کسانی که در پزشکی بالینی کار می‌کنند، در هنگام تصمیم‌گیری برای انتشار اخبار بد، بیشتر به کمک روان‌شناختی نیاز داشتند. جنسیت و تجربهٔ کاری ممکن است بر نحوهٔ ارتباط پزشکان با بیماران تأثیر بگذارد. بنابراین در یک منطقه یا بیمارستان، با دانستن چگونگی اطلاع‌رسانی اخبار بد توسط زنان یا مردان پرستار یا پزشک و چگونگی مشارکت آنها، دید بهتری نسبت به این خلا خواهیم داشت؛ که کدام گروه نیاز به اطلاع‌رسانی و آموزش بیشتری در این زمینه دارند (۳۱).

در بررسی حاضر، بیشترین فراوانی خبر بد اعلام‌شده شامل اعلام کد احیای بیمار، مرگ بیمار و تلاش‌های ناموفق برای احیا بود. به‌طور قابل‌توجهی، تفاوت معناداری بین بخشی که پرستاران شرکت‌کننده در آن کار می‌کردند یا تجربهٔ بیشتری در آن داشتند، ازنظر مهارت در ارائهٔ خبر بد وجود داشت. این تفاوت در سطح مهارت بین بخش‌های مختلف می‌تواند بر مراقبت از بیمار تأثیر بگذارد، زیرا ارتباط مؤثر در لحظات بحرانی بسیار حیاتی است. در مطالعهٔ انجام‌شده توسط گیلین و همکاران (۲۰۲۱) بیان شد که دادن اخبار و هشدارهای مرتبط با بیمار در بخش‌های بیمارستان و پیش‌بینی پیامدهای آن می‌تواند به مدیریت به‌موقع و کافی بیماران و اطرافیان کمک کند و نتایج را برای آنها بهبود بخشد (۳۲). علاوه‌براین، در تحقیقی که باشیخ و همکاران (۲۰۲۱) انجام دادند، شایع‌ترین اخبار بد مرتبط با بیماری مزمن و بیماری صعب‌العلاج بود. در این بین رساندن اخبار بد به خود بیمار؛ ۸۱/۸ درصد برای بیماری صعب‌العلاج و ۹۴/۲ درصد برای بیماری مزمن بود. اطلاع دادن در مورد تشخیص بیماری صعب‌العلاج و چگونگی افشای آن، فرد مورد نظر را قادر می‌سازد در تصمیم درمانی خود شرکت کند و با بیماری کنار بیاید (۳۳).

در مطالعهٔ حاضر، هیچ هم‌بستگی معناداری بین مهارت ارائهٔ خبر بد با سن و جنسیت شرکت‌کنندگان وجود نداشت. در بررسی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

محمدی و مناقب (۲۰۱۱) نیز مهارت و آگاهی در اطلاع‌رسانی خبر بد بین دو گروه جنسی زن و مرد تفاوت معنی‌داری نداشت. برخلاف مطالعهٔ توه و همکاران (۲۰۲۱) که سن، سابقهٔ کاری و آموزش را مؤثر بر مهارت اعلام خبر بد گزارش کردند، در مطالعهٔ ما سابقهٔ کاری ارتباط معناداری با مهارت نداشت. ارتباط با پست سازمانی در حد مرزی بود (p=۰/۰۵۵) و نمی‌توان آن را به‌عنوان رابطهٔ معنادار تفسیر کرد. در مقابل، ارتباط مهارت اعلام خبر بد با شیفت کاری معنادار بود. با توجه به اینکه بیشتر پرستاران شیفت‌های متغیر داشتند، این یافته می‌تواند نشان‌دهندهٔ تأثیر شرایط کاری بر مهارت ارتباطی باشد. همچنین آشنایی با دستورالعمل اطلاع‌رسانی خبر بد با مهارت بالاتر همراه بود که بر اهمیت وجود پروتکل‌های استاندارد تأکید می‌کند.

در بررسی‌ای که توسط روزنزویگ و همکاران (۲۰۱۲) صورت گرفت، به این مطلب اشاره شد که رساندن انواع اخبار بد و چگونگی توضیح آن با سابقهٔ کاری و تعداد خبر بد که فرد در طی دوره کاری خود می‌رساند، مرتبط است (۲۶). در بررسی ما بین مهارت اعلام خبر بد با تعداد خبر بد اعلام‌شده، ارتباط وجود داشت؛ به‌وضوح افراد کارآزموده‌تر و با سابقهٔ کاری بیشتر که تعداد اخبار بد بیشتری را در طی دوره کاری خود به خانواده‌ها رسانده بودند، مهارت بیشتری در این زمینه داشتند.

در نتایج تحقیق ما مهارت اعلام خبر بد با میزان مشارکت در اعلام خبر بد در پرستاران رابطهٔ معنی‌داری داشت. یزدان‌پرست و همکاران (۲۰۲۱) نیز گزارش کردند که مهارت ارتباطی و مشارکت پرستاران در رساندن خبر بد با یکدیگر مرتبط هستند و پس از مداخلهٔ آموزشی، هر دو افزایش یافته‌اند. در مطالعهٔ حاضر مداخلهٔ آموزشی اجرا نشده بود، بااین‌حال، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان مهارت اعلام خبر بد را در سطح متوسط داشتند. ایمانی‌پور و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان دادند که پرستاران با موقعیت‌های شغلی متفاوت در انتشار اخبار بد نقش دارند.

در بررسی بین شایع‌ترین نوع خبر بد در تمام انواع موارد خبر بد اعلام شده، و مهارت اعلام خبر بد، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. برخلاف نتیجهٔ حاضر، در بررسی‌ای که توسط هایوک و همکاران (۲۰۲۱) انجام شد، مهارت اعلام خبر بد با نوع شایع خبر ارتباط داشت. در بررسی هایوک و همکاران (۲۰۲۱) در همه‌گیری کووید-۱۹، انتشار اخبار بد برای بیماران سرطانی حتی چالش‌برانگیزتر از زمان‌های غیرهمه‌گیری بود. در این موارد، زمانی که کادر درمانی محل مشاوره را آماده می‌سازند، عوامل مخرب را به حداقل می‌رسانند، و هشدارها و استراتژی‌های مورد نیاز و مرتبط با نوع خبر را در نظر می‌گیرند، اخبار بد را به قابل درک‌ترین و همدلانه‌ترین راه ممکن منتقل می‌کنند (۳۴).

در بررسی انجام‌شده توسط آنادورایی و همکاران (۲۰۲۲) حدود نیمی از دانشجویان پزشکی در ارائهٔ اخبار بد احساس راحتی نمی‌کردند و همانند مطالعهٔ ما مهارت کافی را نداشتند، در عین حال، بین انواع موارد شایع خبر و مهارت اعلام خبر بد، همانند نتایج مطالعهٔ ما ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. بیشتر دانشجویان پزشکی تجربه و مهارت ارائهٔ اخبار بد را در گذشته داشتند و از میان اخبار بد ارسالی، انواع اخبار بد مانند اعلام مرگ، اعلان وضعیت بیماری کووید-۱۹، عوارض غیرقابل درمان بیماری‌ها، تشخیص سرطان، وضعیت HIV مثبت و بیماری‌های ژنتیکی جزء اخباری بودند که با مهارت بیشتری منتقل شدند. بنابراین تجربهٔ اعلام خبر بد و تکرار اعلام اخبار خاص که از سایر خبرها فراوان‌تر است، می‌تواند بر مهارت اعلام این نوع اخبار تأثیر مثبت بگذارد (۲۵).

پرستاران به‌عنوان کسانی که وظیفهٔ مراقبت مداوم از بیمار را به‌عهده دارند نقش مهمی در فرایند انتقال خبر بد دارند، درحالی‌که کمتر به بررسی ابعاد مختلف آموزش، مهارت و مشارکت آنها در این زمینه پرداخته شده است. 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 چگونگیِ دادنِ خبر بد به بیمار و خانوادهٔ وی و اثراتی که چگونگی انجام آن به جا می‌گذارد، مهارت اعلام خبر بد جهت حمایت از بیماران و خانواده‌هایشان و همچنین افزایش کیفیت کار پرستاران لازم است.

محدویت‌ها و پیشنهادها

محدودیت‌های مطالعه شامل استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و پرسش‌نامهٔ خودگزارش‌دهی بود که می‌تواند موجب بایاس و کاهش قابلیت تعمیم نتایج شود. همچنین، پرسش‌نامهٔ محقق‌ساخته، باوجودِ بررسی توسط متخصصان، ممکن است تمامی ابعاد مرتبط با ارائهٔ خبر بد را پوشش نداده باشد و نیازمند روان‌سنجی بیشتر است. احتمالِ ازدست‌رفتنِ برخی جزئیات در فرایند ترجمه و حجم نمونهٔ محدود از دیگر محدودیت‌ها بود. انجام مطالعات آینده با ابزارهای استانداردتر، بررسی تأثیر مداخلات آموزشی و ارزیابی رضایت بیماران و خانواده‌ها در خصوص نحوهٔ ارائهٔ خبر بد پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

پرستاران در مطالعهٔ حاضر مهارت متوسطی در اعلام خبر بد نشان دادند و سطح مشارکت آنان زیرِ متوسط بود. شایع‌ترین نوع خبر بد، اعلام کد احیا بود. مهارت اعلام خبر بد با شیفت کاری، آشنایی با دستورالعمل اطلاع‌رسانی خبر بد، بخش محل خدمت، تعداد خبر بد اعلام‌شده و نوع شایع خبر بد رابطهٔ معنی‌دار داشت. ارتباط با پست سازمانی در حد مرزی بود و شرکت در کارگاه آموزشی تفاوت آماری معناداری ایجاد نکرد. با توجه به این یافته‌ها، تدوین و اجرای دستورالعمل‌های استاندارد و برنامه‌های آموزشی ساختاریافته برای ارتقای مهارت پرستاران در اعلام خبر بد توصیه می‌شود. این اقدامات می‌توانند به بهبود کیفیت ارتباط با بیماران و خانواده‌ها کمک کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

نمودند نهایت تشکر را داریم.

ملاحظات اخلاقی

مطالعهٔ حاضر حاصل پایان‌نامهٔ مصوب دانشکدهٔ پرستاری-مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR.MUK.REC.1400.031 است.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند.

REFERENCES

1. Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2020;20(1):489. [DOI: 10.1186/s12888-020-02898-1]
2. Darrason M, Souquet PJ, Couraud S. Standardized vs peer-played patients for learning how to break bad news in lung cancer: a prospective crossover study. Respir Med Res. 2021;80:100856. [DOI: 10.1016/j.resmer.2021.100856]
3. Buckman R. Breaking bad news: the SPIKES strategy. Community Oncol. 2005;2(2):138-42. [Link]
4. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. JAMA. 1996;276(6):496-502. [Link]
5. Jouybari L. Disclosing bad news to the patient and family: laryngeal carcinoma and laryngectomy: an ethical case report. Educ Ethics Nurs. 2017;6(1):32-6. [Link]
6. Abel J, Dennison S, Senior-Smith G, Dolley T, Lovett J, Cassidy S. Breaking bad news-development of a hospital-based training workshop. Lancet Oncol. 2001;2(6):380-4. [DOI: 10.1016/s1470-2045(00)00393-4]
7. Khaki S, Fallahi-Khoshknab M, Hosseini M, Mohammadi-Shahboulaghi F, Can G. The role of nurses in delivering bad news to the patient and family: an integrated review study. Int J Cancer Manag. 2024;17(1):e145579. [Link]
8. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The future of nursing 2020-2030: charting a path to achieve health equity. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021. [DOI: 10.17226/25982]
9. Baer L, Weinstein E. Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. Clin J Oncol Nurs. 2013;17(3):E45-E51. [DOI: 10.1188/13.CJON.E45-E51]
10. Rassin M, Levy O, Schwartz T, Silner D. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. Cancer Nurs. 2006;29(4):302-8. [DOI: 10.1097/00002820-200607000-00009]
11. Hashemi F, Mazlom SR, Vaghee S, Bagheri-Moghaddam A. Effect of using SPIKES protocol for delivering death news to patient family members on their anxiety symptoms. Evidence-Based Care. 2020;10(2):74-9. [Link]
12. Polivka L, Delcour C, Dufresne H, Bartoli S, Bataille P, Bekel L, et al. Breaking bad news: an active learning method for medical students. BMC Med Educ. 2024;24(1):994. [DOI: 10.1186/s12909-024-05821-4]
13. Karim Z, Imanipour M, Bahrani N. 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. Nurs Midwifery J. 2015;13(5):377-85. [Link]
14. Wright JA. Prenatal and postnatal diagnosis of infant disability: breaking the news to mothers. J Perinat Educ. 2008;17(3):27-32. [DOI: 10.1624/105812408x324543]
15. Baghdari N, Torkmannejad Sabzevari M, Karimi Moonaghi H, Rad M, Amiri M. The effect of educational approaches on knowledge and attitude of midwifery students in breaking bad news to patients. J Med Educ Dev. 2017;9(22):12-20. [Link]
16. Hajiazizi AH, Bahmani B, Mahdi N, Manzari Tavakoli V, Barshan A. Effectiveness of group logotherapy on death anxiety and life expectancy of the elderly living in boarding houses in Kerman. Salmand. 2017;12(2):220-31. [Link]
17. Mirmolaei T, Shakari M. The role of midwives in maternal safety and reproductive health. Hayat. 2001;7(1):60-8. [Link]
18. Shomoossi N, Rad M, Kooshan M, Ganjloo J. Nurses as death notifiers: a report from nurses in Iran. Life Sci J. 2013;10(4s):26-31. [Link]
19. Stewart AE, Lord JH, Mercer DL. A survey of professionals' training and experiences in delivering death notifications. Death Stud. 2000;24(7):611-31. [DOI: 10.1080/074811800501328 11]
20. Nordström A, Fjellman-Wiklund A, Grysell T. The effect of a role-playing exercise on clerkship students' views of death notification: the Swedish experience. Int J Med Educ. 2011;2:24-9. [Link]
21. 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. Med Ethics J. 2014;8(29):171-91. [Link]
22. Imanipour M, Karim Z, Bahrani N. Role, perspective and knowledge of Iranian critical care nurses about breaking bad news. Aust Crit Care. 2016;29(2):77-82. [DOI: 10.1016/j.aucc.2015.07.003]
23. González-Cabrera M, Ortega-Martínez AR, Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Parra-Anguita L, Frías-Osuna A. Design and validation of a questionnaire on communicating bad news in nursing: a pilot study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(2):457. [DOI: 10.3390/ijerph17020457]
24. Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. Patient Prefer Adherence. 2018;12:2397-404. [DOI: 10.2147/ppa.s183106]
25. Annadurai K, Muthukumar T. Practices, perceptions, and challenges of postgraduate medical students on breaking bad news: a mixed-methods study. J Mar Med Soc. 2025;27(3):283-90. [Link]
26. Rosenzweig MQ. Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. Nurse Pract. 2012;37(2):1-4. [DOI: 10.1097/01.npr.0000408626.24599.9e]
27. Burgener AM. Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. Health Care Manag (Frederick). 2020;39(3):128-32. [DOI: 10.1097/hcm.0000000000000298]
28. Guerdoux E, Trouillet R, de Forges H, Valy L, Jouvet F, Chauvet C, et al. 'Bad news consultations' with oncology nurses: impact on perceived stress and patient experience. Eur J Oncol Nurs. 2022;56:102085. [DOI: 10.1016/j.ejon.2021.102085]
29. 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. Iran J Med Educ. 2011;11(5):436-43. [Link]
30. Ghafari Nezhad AR, Salari P, Mirzazadeh A. Study on breaking bad news to patients among physicians of Kerman University of Medical Sciences. Med J Hormozgan Univ. 2006;10(2):179-84. [Link]
31. Vogliotti E, Pintore G, Zoccarato F, Biasin M, Sergi G, Inelmen EM, et al. Communicating bad news to older patients from the physician's point of view: focus on the influence of gender and length of work experience. Gerontology. 2022;68(8):903-9. [DOI: 10.1159/000519710]
32. Gielen A, Koekkoek K, van der Steen M, Looijen M, van Zanten AR. Evaluation of the initial general ward early warning score and ICU admission, hospital length of stay and mortality. West J Emerg Med. 2021;22(5):1131-8. [DOI: 10.5811/westjem.2021.6.50657]
33. Basheikh M. Preferences of the Saudi population in breaking bad medical news: a regional study. Cureus. 2021;13(11):e19525. [DOI: 0.7759/cureus.19525]
34. Hauk H, Bernhard J, McConnell M, Wohlfarth B. Breaking bad news to cancer patients in times of COVID-19. Support Care Cancer. 2021;29(8):4195-8. [DOI: 10.1007/s00520-021-06167-z]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]