



Cancer Patients' Perceptions of the Preparation Process for Early Diagnosis Awareness: A Qualitative Study

Nilofar Oladroostam¹, Mitra Khoobi^{2*}, Eesa Mohammady³

1-PhD Student, Student Research Committee, Faculty of Medical Science, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2-PhD, RN, Assistant Professor, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Professor, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Correspond author: Mitra Khoobi, PhD, RN, Assistant Professor, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: m.khoobi@modares.ac.ir

Received: 2025/07/9

Accepted: 2025/07/25

Abstract

Introduction: The manner in which bad news is disclosed, such as the bad news of a cancer diagnosis, can have a profound impact on both the recipient (patient) and the giver (medical staff). Inappropriate and unstructured disclosure disrupts the patient's health and quality of life and negatively impacts subsequent interactions with health care professionals. However, what has received less attention in the literature is considering patients' perceptions and experiences of using bad news disclosure protocols among cancer patients.

Methods: The present study is a qualitative study using the conventional content analysis method that was conducted at the Cancer Institute of Imam Khomeini Hospital in Tehran during the period of April 2024 to March 2025. Data were collected through semi-structured interviews with 13 patients in the intervention group implementing the bad news disclosure protocol. Sampling was purposeful. Data analysis was performed using the Graneheim and Lundman 5-step method and managed through OpenCode software version 4.2.3.

Results: The two main categories and four subcategories resulted from the explanation of the experiences of patients who participated in the bad news disclosure program. The first main category is strengthening self-control with two subcategories: managing psychological stress and strengthening spiritual connection, and the second main category is improving the quality of life with two subcategories: managing physical complications and returning to the flow of life.

Conclusions: The preparation process in all three stages of bad news disclosure (before, during, and after) led to improved quality of life and better understanding and management of clinical challenges such as disease progression, treatment side effects, and clinical complications. Also, clinical settings focusing on the patient preparation process can improve the overall patient experience and increase patient satisfaction levels. This can lead to fewer complaints and improved treatment outcomes.

Keywords: Nurse, Protocol, Truth-telling, Cancer Diagnosis, Qualitative Study.



ادراک بیماران مبتلا به سرطان از فرایند آماده سازی جهت آگاهی از تشخیص اولیه؛ یک مطالعه ی کیفی

نیلوفر اولادریستم^۱، میترا خوبی^{۲*}، عیسی محمدی^۳

۱- دانشجوی دکترا، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳- استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: میترا خوبی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
ایمیل: m.khoobi@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۳

چکیده

مقدمه: نحوه ی افشای خبر بد مانند خبر بد تشخیص سرطان می تواند تأثیر عمیقی هم بر گیرنده (بیمار) و هم بر دهنده (کادر پزشکی) داشته باشد. افشای نادرست و بدون چارچوب سلامت بیمار و کیفیت زندگی را مختل می نماید و ارتباطات بعدی با متخصصین مراقبت های بهداشتی را خنثی تحت تأثیر قرار می دهد. اما آنچه که در متون کمتر به آن توجه شده است در نظر گرفتن ادراک و تجربیات بیماران از به کارگیری پروتکل های افشای خبر بد در میان بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

روش کار: مطالعه ی حاضر یک مطالعه ی کیفی با روش تحلیل محتوای قراردادی می باشد که در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره) تهران در بازه ی زمانی اردیبهشت ۱۴۰۳ تا فروردین ۱۴۰۴ انجام گرفت. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختارمند با تعداد ۱۳ نفر از بیماران گروه مداخله اجرای پروتکل افشای خبر بد جمع آوری گردید. نمونه گیری به صورت هدفمند انجام شد. تحلیل داده ها با استفاده از روش ۵ مرحله ای گراینهام و لاندمن انجام گرفت و از طریق نرم افزار open code نسخه ی ۴.۲.۳ مدیریت شدند.

یافته ها: دو طبقه ی اصلی و ۴ زیر طبقه حاصل تبیین تجربیات بیمارانی بود که در برنامه افشای خبر بد شرکت کرده بودند. طبقه ی اصلی اول تقویت خود کنترلی با دو زیر طبقه ی مدیریت تنش روانی و تقویت ارتباط معنوی و طبقه ی اصلی دوم بهبود کیفیت زندگی با دو زیر طبقه مدیریت عوارض جسمی و برگشت به جریان زندگی بودند.

نتیجه گیری: فرایند آماده سازی در هر سه مرحله ی افشای خبر بد (قبل، حین، بعد) سبب شد، بیماران کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند و همچنین چالش های بالینی مانند پیشرفت بیماری، عوارض جانبی درمان، عوارض بالینی را بهتر درک و مدیریت نمایند. همچنین محیط های بالینی با تمرکز بر فرایند آماده سازی بیماران می توانند تجربه کلی بیمار را بهبود بخشند و سطح رضایت بیمار را بالا ببرند. این امر می تواند منجر به کاهش شکایات و بهبود نتایج درمانی شود.

کلیدواژه ها: پرستار، پروتکل، حقیقت گوئی، تشخیص سرطان، مطالعه ی کیفی.

ارائه خبر بد فاقد مهارت‌های لازم می‌باشند. عواقب عدم اطلاع‌رسانی صحیح اخبار بد می‌تواند هم بر بیمار و هم بر پزشک اعلام‌کننده خبر تأثیر بگذارد (۱۰، ۱۱). از طرفی انتقال مؤثر اخبار بد در جلب رضایت بیماران و کمک به سلامت طولانی‌مدت آنها بعد از تشخیص بیماری بسیار مهم است (۱۲). اطلاعات دقیق ارائه شده می‌تواند به بیماران کمک کند تا تصمیمات آگاهانه‌ای در مورد درمان خود بگیرند، مسئولیت مراقبت خود را بر عهده بگیرند و بتوانند برنامه‌های مناسب برای آینده خود داشته باشند (۱۳). پیامدهای افشای نادرست می‌تواند منجر به از دست دادن اعتماد بیمار شود. و ناخواسته حس کاذب امید به درمان و تصور طول عمر بیشتر را ایجاد نماید (۱۴).

بنابر آنچه گفته شد در اختیار داشتن فرایندی مشخص همراه با توضیحات لازم برای هر مرحله از فرایند اعلام خبر بد ضرورت دارد. در همین راستا پروتکل‌هایی برای اعلام خبر بد ارائه شده است. پروتکل SPIKES پرکاربردترین پروتکل‌ها می‌باشد که در سال ۲۰۰۰ برای اعلام خبر بد به بیماران مبتلا به سرطان معرفی شد (۱۵). به نظر می‌رسد پروتکل‌هایی مانند SPIKES ابزارهای حیاتی برای ارائه صحیح اخبار بد هستند و چارچوبی را فراهم می‌کند که کسب مهارت برای افشای اخبار بد را بهبود می‌بخشد (۱۶). نتایج مطالعات قبلی نشان داده‌اند که پروتکل SPIKES می‌تواند به عنوان چارچوبی برای بهینه‌سازی فرایند افشای تشخیص سرطان مورد استفاده قرار گیرد و منجر به پذیرش بیشتر بیماران شود (۱۷، ۱۸). علاوه بر این استفاده از این پروتکل باعث می‌شود پزشکان هنگام افشای خبر بد احساس راحتی و اطمینان بیشتری داشته باشند (۱۹).

پروتکل‌های ارائه شده در حیطه‌ی افشای خبر بد بر اساس نظرات و دیدگاه پزشکان می‌باشد و کمتر بر اساس نیازها و ترجیحات بیماران مبتلا به سرطان ارائه شده‌اند. نتایج پژوهش Seifart و همکاران سال ۲۰۱۴ نشان داد تنها ۴۶٫۲ درصد از بیماران سرطانی از نحوه افشای اخبار بد از طریق پروتکل SPIKES رضایت داشتند (۲۰). علاوه بر این اگرچه دستورالعمل‌ها و برنامه‌های درسی برای افشای اخبار بد در عمل و آموزش پزشکی جامعه‌ی غربی در حال افزایش است، اما ممکن است با بسیاری از فرهنگ‌های غیر غربی تناسب نداشته باشد. Anuk و همکاران در پژوهش خود بیان می‌کنند آنچه که در شکل‌دهی به ترجیحات ارتباطی

سرطان بیماری است که با نگرانی‌های شدید در بیماران همراه می‌باشد (۱). چرا که علی‌رغم پیشرفتهای قابل توجه در علوم پزشکی، همچنان به عنوان یکی از مهمترین بیماریهای قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماریهای قلب و عروق مطرح می‌باشد (۲). بنا بر نظر سازمان جهانی بهداشت، می‌توان از سرطان به عنوان یک علت مهم مرگ به واسطه‌ی بیماری نام برد که درمان آن با تمام روند درمانی پیشرفته هنوز لاینحل مانده است. (۳) طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ابتلا به سرطان به طور هشداردهنده‌ای رو به افزایش است، به نحوی که در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به این بیماری با یک افزایش پنجاه درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر موارد جدید سرطان در سراسر دنیا خواهد رسید (۴).

بیماری سرطان از دیدگاه برخی بیماران و مراقبین خانواده به معنای درد شدید، شکست در درمان و مرگ می‌باشد، در حالی که برای سایر بیماران به عنوان یک چالش و رویداد با تأثیرات منفی در زندگی است، که ممکن است آسیب‌های روانی شدیدی را به همراه داشته باشد (۵). بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه‌ای از علائم شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند (۶). همچنین بنا بر آمار وزارت بهداشت، سرطان سومین علت مرگ و میر در کشور ایران می‌باشد تا جایی که سالانه سیصد هزار نفر در ایران بر اثر ابتلا به سرطان فوت می‌کنند (۷). از این رو افشای تشخیص بیماری به بیماران مبتلا به سرطان پراسترس‌ترین چالش موجود در حیطه‌ی مراقبت از این بیماران می‌باشد (۸). تشخیص سرطان همیشه به عنوان خبر بد تلقی می‌شود و خبر بد در ادبیات علوم پزشکی خبری است که دیدگاه بیمار را به صورت منفی در مورد زندگی یا آینده تغییر می‌دهد (۹). در این شرایط نحوه‌ی افشای خبر بد اهمیت پیدا می‌کند. در بیشتر موارد، پزشکان خبر بد را مستقیماً به بیمار یا اعضای خانواده یا مراقب بیمار می‌گویند. دقیقاً در این مرحله، پزشک شاهد شوک، انکار، خشم، ناامیدی، ترس و اندوه بیمار می‌باشد که با سردرگمی و ناراحتی در هم تنیده می‌شود و نهایتاً به احساسات دلخراش بیمار و اعضای خانواده او ختم می‌شود (۱) متخصصان سرطان در طول دوران حرفه‌ای خود به طور متوسط ۲۰۰۰۰ بار اخبار بد را اعلام می‌کنند. با این حال، بسیاری از پزشکان در

روش کار

این مطالعه بخشی از یک مطالعه ی ترکیبی پیچیده از نوع مطالعه ترکیبی تجربی (مداخله ای) می باشد. یک ماه پس از اتمام مداخله (اجرای پروتکل افشای خبر بد)، از روش آنالیز محتوای قرار دادی برای تبیین تجربیات بیمارانی که خبر بد تشخیص سرطان را از طریق فرآیند آماده سازی (قبل، حین، بعد) دریافت کرده بودند استفاده گردید. استفاده شد. این پروتکل شامل شش مرحله اصلی است: ارزیابی، برنامه ریزی، آماده سازی، افشا، پشتیبانی و در نهایت نتیجه گیری می باشد که فرآیند افشای خبر بد در این پروتکل با همکاری یک تیم چند رشته ای شامل پزشک متخصص، پرستار و روانشناس انجام می گیرد. همچنین در این پروتکل دیدگاه های مذهبی و فرهنگی جامعه ایران نسبت به سرطان و پیامدهای آن و همچنین تفاوت های بین ایران و کشورهای غربی در نظر گرفته شده است. پژوهش حاضر در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره) تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در بازه ی زمانی اردیبهشت ۱۴۰۳ تا فروردین ۱۴۰۴ انجام گرفت.

جمع آوری داده ها

مشارکت کنندگان ۱۳ نفر از بیماران مبتلا به سرطان در گروه مداخله بودند که پروتکل افشای خبر بد و مراحل آماده سازی جهت آگاهی از تشخیص سرطان بر روی آنها اجرا شده بود. مشارکت کنندگان با معیار در دسترس بودن و تمایل جهت بیان تجربیات با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. مصاحبه ها به صورت عمیق، نیمه ساختار یافته و انفرادی یک اتاق خصوصی در محیطی آرام در درمانگاه انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره) انجام گرفت. زمان انجام مصاحبه ها متناسب با ترجیحات و تمایل بیماران تعیین گردید. در مجموع ۱۳ مصاحبه انجام گرفت. بعد از انجام ۱۱ مصاحبه هیچ داده ی جدیدی پدیدار نشد. سوالات مصاحبه شامل: لطفا در مورد احساس خودتان بعد از اینکه از تشخیص خود آگاه شدید بگویید؟ در این مدت که ما در کنار شما از لحظه قبل اعلام تشخیص تا الان بودیم، چه اتفاقی براتون افتاد؟ چه احساسی داشتید؟ بود. در طول مصاحبه ها از سوالات کاووشی مانند «منظورتان چیست» و یا «کمی بیشتر توضیح دهید» بود. میانگین مدت مصاحبه ها ۴۵ دقیقه بود. به منظور حفظ یکپارچگی داده ها، پژوهشگر شخصا تمام مصاحبه ها را انجام داد.

بیماران و خانواده هایشان در مورد سرطان و مراقبت های پایان زندگی دارای اهمیت می باشد، عوامل اجتماعی- فرهنگی است (۱۸). علاوه بر این، متخصصان مراقبت های بهداشتی باید از اصل صداقت و مسئولیت پذیری در قبال تصمیماتی که در حین رسیدگی به بیماران و اعضای خانواده آنها اتخاذ می کنند پیروی کنند و در عین حال انتخاب های پیچیده ای را با در نظر گرفتن هنجارهای اخلاقی و رفتاری صحیح که شامل فرهنگ ها، مناطق جغرافیایی و مذاهب می باشد انجام دهند (۱). بنابراین، تدوین پروتکل های بومی سازی شده متناسب با زیرساخت های فرهنگی هر جامعه و آموزش تیم های مراقبت های بهداشتی در مورد نحوه استفاده از این دستورالعمل ها می تواند گامی ارزشمند در جهت اجرای مؤثرتر فرآیند افشای خبر بد باشد (۲۱). در همین راستا نادری و همکاران در سال ۲۰۲۲ پژوهشی را با هدف ارزیابی نحوه پیروی پزشکان از پروتکل SPIKES را بر روی بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند. یافته های این مطالعه نشان داد که به دلیل تفاوت های اساسی فرهنگی و اعتقادی، پروتکل فعلی SPIKES باید بومی هر کشور باشد (۱۹).

بیماران دارای حق قابل توجهی برای درک وضعیت پزشکی خود و تصمیم گیری آگاهانه در مورد مراقبت های آینده خود هستند (۲۲). بنابراین محققان توصیه می کنند که پروتکل ها باید بر مبنای نظر بیماران (Patient-based) شکل بگیرد، نه بر اساس نظرات پزشکان و ترجیحات بیماران باید در نظر گرفته شوند (۲۳). با این وجود، بسیاری از مطالعات انجام شده در زمینه ی افشای خبر بد، برنامه های درسی (۲۴-۲۶)، ارزیابی نگرش و مهارت کادر پزشکی در خصوص افشای خبر بد (۱۹، ۲۷، ۲۸) را هدف قرار داده است. همچنین تا آنجایی که ما می دانیم مطالعات کیفی انجام شده در حوزه ی خبر بد در ایران نیز ارزشیابی کننده یک پروتکل بومی و مطابق با ترجیحات فرهنگی بیماران مبتلا به سرطان و خانواده های آنان نمی باشد (۲۹، ۳۰) علاوه بر این، استانداردسازی پروتکل های مراقبتی از طریق ارزشیابی اجرای آنها، یک ابزار مدیریتی مهم در تعیین کیفیت مراقبت های پرستاری محسوب می شود (۳۰). لذا پژوهش حاضر با هدف تبیین ادراک بیماران مبتلا به سرطان از فرآیند آماده سازی جهت آگاهی از تشخیص اولیه، در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره) انجام گرفت.

تجزیه و تحلیل داده ها

تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها در یک روش ۵ مرحله ای با استفاده از روش گراینهام و لاندمن سال ۲۰۰۴ (۳۱) انجام گرفت و توسط نرم افزار open code نسخه ۴.۲.۳ مدیریت شد. مصاحبه ها با استفاده از نرم افزار voice Recorder ضبط و پس از اتمام مصاحبه ها دو یا سه مرتبه گوش داده شد. سپس کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده سازی شد و چندین بار مطالعه شد تا محقق درک کلی نسبت به محتوا پیدا کند. سپس واحدهای معنایی مشخص و کدهای اولیه استخراج گردید. کدهای اولیه مشابه در یک زیر طبقه و زیر طبقات مشابه در دسته های اصلی گروه بندی شدند. کدها و طبقات استخراج شده چندین بار توسط اعضای تیم تحقیق مورد بازنگری و بررسی قرار گرفتند و تایید شدند. در نهایت دو طبقه اصلی و ۴ زیر طبقه استخراج شد (جدول ۱). یک نمونه کد و طبقه بتدی اولیه در قالب یک جدول بیاورید.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش انجام شده دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس با شناسه IR.MODARES.REC.1403.110 می باشد. جهت ورود به مطالعه و ضبط مصاحبه از کلیه ی شرکت کنندگان رضایت آگاهانه اخذ شد. به کلیه مشارکت کنندگان اهداف پژوهش و نکات اخلاقی مبنی بر محرمانه بودن مصاحبه ها، امانت در ذکر نظرات و عدم ذکر نام افراد در گزارش نهایی توضیح داده شد.

دقت داده ها

برای اطمینان از صحت داده ها از معیارهای ۴ گانه ی

لینکولن و گوبا (۳۲) شامل اعتبارپذیری، تاییدپذیری، انتقال پذیری، اعتمادپذیری استفاده شد. به منظور اعتبارداده ها از راهبردهای مختلف شامل؛ درگیری طولانی مدت با داده ها، بررسی و بازبینی مکرر کدها توسط اعضای تیم تحقیق و انتخاب نمونه ها شامل طیف گوناگونی از نظر جنسیت، تحصیلات، سن و محل جغرافیایی استفاده شد. به منظور افزایش تایید پذیری داده ها کلیه مصاحبه ها، کدها و طبقات به اعضای تیم تحقیق و متخصصانی خارج از تیم تحقیق ارائه شد. به منظور افزایش انتقال پذیری داده ها، کلیه مراحل انجام مطالعه و جزئیات مطالعه در روش کار شرح داده شده است تا با توجه به موارد مطرح شده در این پژوهش، بتوان از نتایج پژوهش حاضر در شرایط مشابه استفاده نمود. برای افزایش اعتمادپذیری علاوه بر بررسی توسط اعضا، همه داده ها مستند و قابل دستیابی است.

یافته ها

در این پژوهش با ۱۳ بیمار مصاحبه شد که دهنه ی سنی بیماران بین ۳۵ تا ۷۰ سال بود. از این بین ۶ شرکت کننده خانم و ۷ شرکت کننده آقا بودند (جدول ۲). تحلیل یافته های حاصل از تجارب مشارکت کنندگان منجر به استخراج دو طبقه ی اصلی و ۴ زیر طبقه شد. اولین طبقه شامل تقویت خود کنترلی با زیر طبقات مدیریت تنش روانی و تقویت ارتباط معنوی بود. طبقه ی دوم شامل بهبود کیفیت زندگی با دو زیر طبقه مدیریت عوارض جسمی و تلاش برای برگشت به جریان زندگی بود.

جدول ۱: نحوه ی شکل گیری زیر طبقات و طبقات اصلی از تبیین تجربیات شرکت کنندگان

طبقات	زیر طبقات	کدهای زمینه ای
بهبود کیفیت زندگی	مدیریت عوارض جسمی	کنترل درد
		بهبود کیفیت خواب
		زندگی در زمان زمان حال
تقویت خود کنترلی	مدیریت تنش روانی	انجام فعالیت های لذت بخش
		کنترل خشم
		کنترل استرس
		کاهش اضطراب و استرس
تقویت ارتباط معنوی	تقویت ارتباط معنوی	ارتباط بیشتر با خدا
		دور کردن افکار منفی

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

ردیف	جنس	وضعیت تاهل	سن	محل سکونت	میزان تحصیلات	زمان مصاحبه
۱	زن	متاهل	۳۷	لرستان	لیسانس	۴۰ دقیقه
۲	زن	متاهل	۳۵	مشکین شهر	دیپلم	۴۵ دقیقه
۳	زن	متاهل	۳۷	تهران	سیکل	۳۵ دقیقه
۴	مرد	مجرد	۳۷	تهران	فوق لیسانس	۶۰ دقیقه
۵	مرد	متاهل	۴۵	یزد	سیکل	۳۰ دقیقه
۶	مرد	متاهل	۳۷	مریوان	فوق لیسانس	۴۵ دقیقه
۷	زن	متاهل	۶۰	قزوین	سیکل	۳۰ دقیقه
۸	زن	متاهل	۴۱	تهران	لیسانس	۳۰ دقیقه
۹	زن	مجرد	۵۰	کرج	فوق لیسانس	۴۸ دقیقه
۱۰	مرد	متاهل	۶۵	قزوین	سیکل	۲۵ دقیقه
۱۱	مرد	متاهل	۵۵	تهران	سیکل	۴۰ دقیقه
۱۲	مرد	متاهل	۴۰	دیواندره	سیکل	۳۰ دقیقه
۱۳	مرد	متاهل	۷۰	تهران	سیکل	۳۵ دقیقه

طبقه ۱: تقویت خود کنترلی

در نتیجه ی اجرای پروتکل افشای خبر بد و همکاری افراد متخصص (پزشک، پرستار، روانشناس) در قالب تیم چند رشته ای و همچنین دریافت حمایت از جانب آنها بیماران مبتلا به سرطان این توانایی را به دست می آورند که حالات منفی مانند اضطراب، استرس و خشم را مدیریت نمایند و ضمن ارتباط بیشتر با خدا و دور کردن افکار منفی حس هدفمندی در زندگی را تجربه نمایند. تقویت خود کنترلی در بیماران مبتلا به سرطان که در برنامه ی افشای خبر بد شرکت می کنند از طریق مدیریت تنش روانی و تقویت رابطه ی معنوی حاصل می گردد.

۲-۱ مدیریت تنش روانی

اولین ویژگی در طبقه ی تقویت خودکنترلی بیماران، مدیریت تنش روانی می باشد. تنش های روانی در بیمارانی که در برنامه افشای خبر بد شرکت می کنند از طریق آموزش ها و حمایت های تیم درمان و هم از طریق توانمند شدن خود بیماران کنترل می گردد. کنترل خشم یکی از مهارت هایی بود که بیمارانیکه در برنامه ی افشای خبر بد شرکت کرده بودند در تجربیات خود بیان کردند. به کارگیری این مهارت در بیماران باعث شد که ارتباط با اطرافیان بهتر و موثرتر باشد و بتوانند با آرامش لحظات تنش زای زندگی و درمان را مدیریت نمایند. همچنین سبب شد بیماران بتوانند با تحت کنترل درآوردن این احساس منفی نسبت به ادامه ی درمان انگیزه یابند. یکی از شرکت کنندگان تجربه ی خود را این

چنین توصیف می کند: *والا من خیلی زود عصبانی میشم. خانم روانشناس گفت اگه یکی از فرزندان یه قندونی رو انداخت لازم نیست یکدفعه عصبانی بشی عمدی نبوده. یه فکرایه روم انجام داد. دیگه تصمیم گرفتم زود عصبانی نشم. گفت اگه دونفر دارن با هم دعوا میکنن زیاد رو اینا حساس نباشین حرفایی که خانم روانشناس بهم گفتن کلا تو مغزم هستن. من تو سالن ورزشی کار میکنم زود از بچه ها ناراحت میشم ولی الان یه کارای اشتباه که انجام میدادن سعی می کردم ناراحت نشم. خودمو کنترل می کردم (۲۶).*

*استرس حالت ناخوشایند روانی دیگری است که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از ابتدای تشخیص بیماری آن را تجربه می نمایند. اما بیمارانی که در برنامه افشای خبر بد شرکت کرده بودند، از طریق افزایش آگاهی و یادگیری فنون ذهن آگاهی و تنفس عمیق توانستند فشارهای روانی حاصل از بیماری را کنترل نمایند. شرکت کنندگان تجربیات خود از کنترل استرس را این چنین بیان می کنند: *اونام خیلی خوبه اتفاقا. خیلی آروم میکنه بازم. مثلاً چیزایی که تا الان فکر نمی کردم مثلاً حرکت هایی که اصلاً اهمیت نمی دادم مثلاً نفس کشیدنم. مثلاً میگفت آروم یه نفس عمیق بکش، نفستونگه دار. اینجور چیزا. مثلاً این نفس کشیدن آروم می کرد وقتی باهاش صحبت می کردم میگفت فکر کن تو یه فضایی هستی، فکر کن جایی که دوست داری هستی که آروم می کنه. یا کسایی که پیششون هستی آروم می کنن یا کسایی هستن*

شادی می کردم خوب بود. خدام همینطور واسه من شادیو میاورد. آره شاد بودم. خوب بودم. فکر بدی نمی کردم. همش با خدا بودم. خوب بود. مشکل نداشت (p11).

۲- بهبود کیفیت زندگی

بیمارانی که در برنامه ی افشای خبر بد شرکت کرده بودند، تجاربی را بیان کردند که نشانگر تاثیرات مثبت برنامه بر ارتقاء کیفیت زندگی و رضایت آنها از مداخلات صورت گرفته بر کاهش عوارض جسمی و از سر گیری زندگی معمولی توسط تیم افشا بود. بهبود کیفیت زندگی بیمارانی که در برنامه شرکت کرده بودند از طریق مدیریت عوارض جسمی و تلاش برای برگشت به جریان زندگی معنا می شود.

۱-۲ مدیریت عوارض جسمی

دریافت حمایت های تیم افشا و همچنین آموزش مطالب، مهارت ها و تکنیک هایی مانند، آگاهی هیجانی، آگاهی بدن از احساسات، پذیرش احساسات، آگاهی از افکار و باورها و آرام سازی توانست عوارض جسمی بیمارانی که در برنامه افشای خبر بد شرکت کرده بودند را مانند اختلال در خواب، بهبود بخشد. یکی از شرکت کنندگان در مورد بهبود کیفیت خواب خود این چنین می گوید: تاثیرش رو خوابم خیلی خوب بود. من قبلا خیلی کم می خوابیدم. همین که تونستم استرسامو کم کنم ساعته خوابم خیلی بیشتر شد. بعد میدیدم هرچی بیشتر می خوابم رونده بهبودم بهتر میشه. مثلا قبل از اینکه پیام درگیره فرآینده درمان بشم مثلا بود شبی که دو ساعت سه ساعت می خوابیدم ولی الان ساعت خوابم بیشتر شده. کیفیت خوابم بهتر شد. خوابم عمیق تر شد (p14).

از عوارض دیگری که بیماران مبتلا به سرطان به علت ماهیت بیماری و عوارض ناشی از درمان تحمل می نمایند، درد می باشد. بیمارانی که در برنامه ی افشای خبر بد شرکت می کنند با تشخیص و ارزیابی دقیق علت و نوع درد از طریق وجود تخصص هایی مانند پزشک، پرستار و روانشناس و همچنین دریافت مراقبت های روانی و درمانی اعضای تیم می توانند درد خود را بهتر کنترل نمایند و ادامه ی مسیر درمان را با انگیزه و امید بیشتری طی نمایند. شرکت کنندگان در همین راستا تجربیات خود را اینچنین بیان می کنند:

اینجا که خانمم با شما تماس گرفته بود که شب نمیتونه بخوابه دهنش، گردنش و اینا تاوله که شما دارو برامون

که پیششون اذیت میشی. اینجوری مثلا. با صحبتاش آروم میشدم. خیلی آرومم. این نفس کشیدنو خداییش مدیون شما و خانم حمزه لوام. وقتی این نفسمو میکشم خیلی آروم میشم احساس می کنم ریه هام تازه شده. یه احساس خیلی خوبی تو بدنم پیدا می کنم. (p13).

همچنین تجربه ی یکی دیگر از شرکت کنندگان نیز نشان داد حمایت های عاطفی و روانشناختی تیم درمان در کاهش استرس و اضطراب بی تاثیر نیست:

توی همین سه چهار جلسه ای که بودیمو من راضی هستم. دارم میبینم که من حالم بهتر شده. نگرانی هام کمتر شده. اضطرابام کمتر شده. استرسام کمتر شده. من قبل از اینکه بخوام درمان کنم همش دنبال اون حال خوبه میگشتم. نمیدونم کلی مکمل میخوردم. b6 می خوردم شاید ویتامینم افتاده. نمیدونم ویتامین چی بخورم. نمیدونم کمتر شکر بخورم. نمیدونم یه چیزی بخورم اون حال خوب باشه. برنگردم به اون گذشته هه هی اضطراب بگیرم. دنبال همون حال خوبه بودم. الان که شمام کنارم هستی این حال خوب تر شده (p18).

۲-۲ تقویت ارتباط معنوی

دومین ویژگی در طبقه ی تقویت خود کنترلی بیماران، تقویت رابطه ی معنوی می باشد. دریافت حمایت های عاطفی، روانی و درمانی از تیم چند رشته ای در جریان اجرای پروتکل افشای خبر بد و یادگیری تکنیک های مقابله و مدیریت افکار منفی سبب شد بیماران بتوانند با پیامدهای بیماری سازگاری یابند و الگوهای فکری منفی که بر مبنای ترس و نگرانی از بیماری و آینده ی بیماری بود را از خود دور نمایند. اینها که حالا بهم گفته بودین به چیزای مثبت فکر کن، به چیزایی که حالتو خوب میکنه که مثلا آروم باشی، آروم بگیری از فکره بد یا اون روزایی که شرایط واقعا سخت بود که راهکار دادین که میگم که روعصاب و روحی و روانی که می خواد بریزتم به هم اون راه کارا بهم کمک کرد که ذهنتو مثلا درگیره مسائله خوب کم، مثبت. اینجوری واقعا یه جاهایی بهم کمک شد (p15).

شکل گیری ارتباط نزدیک با خدا یافته ی دیگر پژوهش بود که سبب شد شرکت کنندگان در برنامه بر ارزش ها و باورهای معنوی خود تمرکز یابند و بتوانند یک منبع قوی از شادی را در مسیر درمان خود تجربه نمایند. یکی از شرکت کنندگان تجربه ی خود را اینچنین بیان می کند: تو برنامه تون که بودم خوب بود. همش روحیه داشتم. همش فکر

از وقتی تو برنامه‌تون شرکت کردم من به یه آگاهی رسیدم که آدم باید از لحظه به لحظه وقتش استفاده کنه. (p۹).

بحث

بیماران مبتلا به سرطان در این مطالعه در مورد تجربه ی خود از اجرای پروتکل ۶ مرحله ای افشای خبر بد صحبت کردند. اگر چه خبر تشخیص سرطان می تواند برای بیمار رویدادی تنش زا باشد، اما یافته های این مطالعه نشان می دهد که اگر افشای خبر بد بر اساس یک برنامه و پروتکل درست و با ملاحظات لازم توسط یک تیم بین حرفه ای صورت گیرد، بیماران با آگاه شدن از خبر تشخیص خود نه تنها نسبت به آینده نگرش منفی پیدا نکردند، بلکه احساس امید و آرامش را تجربه می نمایند. همچنین بیان تجربیات بیماران نشان داد اگر فرآیند افشای خبر بد به روش صحیح انجام گیرد، در کاهش اثرات آسیب زای اخبار بد بر درک بیماری، مقابله با بیماری، تبعیت از درمان و امید به زندگی بسیار موثر خواهد بود و حتی ممکن است باعث تشویق بیمار به ادامه ی درمان گردد.

در بیماری های جدی مانند سرطان، رضایت بیمار از مراقبت، امیدداشتن و سازگاری روانی، همگی تحت تأثیر نحوه ی ارائه خبر بد قرار می گیرند. اگر خبر بد به طرز نادرست منتقل شود، ممکن است شانس کمی برای جبران وجود داشته باشد. بنابراین، ارائه مناسب و شایسته ی خبر بد، یک مهارت اصلی است (۳۳). افشای خبر بد یک فرآیند پویا است که قبل از لحظه افشای خبر بد آغاز می شود. همچنین زمان حین و پس از لحظه افشا را نیز پوشش می دهد (۱۱). اجرای پروتکل افشای خبر بد ابزاری و همکاران (۲۱) که متناسب با فرهنگ خانواده محور جامعه ایران می باشد و انجام وظیفه حقیقت گویی با استفاده از این دستورالعمل گامی ارزشمند در اجرای اثربخش این فرایند می باشد.

در پژوهش حاضر اولین یافته تقویت خود کنترلی بود. با وجود اینکه افشای خبر بد یک وظیفه ی استرس زا برای کادر پزشکی می باشد و بر سیر بیماری و پیش آگهی بیماری تأثیر می گذارد (۱۱، ۳۴)، و می تواند منبعی از استرس و اضطراب را برای بیمار به همراه داشته باشد (۱۶) اما بیمارانی که در برنامه ی افشای خبر بد شرکت کرده بودند، به دلیل اینکه به صورت حمایتی و مشارکتی، از طریق تیم چند رشته ای از خبر بد تشخیص سرطان

تجویز کردین و اینا همه جوره دیگه کمک بود مرحله به مرحله. موقعی که دیدم یه سری دارو میتونه کمک کنه، یه سری راهکار، کسی هست، بهم امید میداد. تأثیر داشت. بهتر اومدم این مسیرو جلو. (p۵). و وقتی که به درد میفتم. در میاد تا این لاله ی گوشم بی حس میشه بعد دوباره شروع میکنه به اذیت کردن. با همین تنفس عمیق باهاش مقابله کردم. ایشون گفتن فکرتو ببر روی تمرکز بر احساسات مثله شنوایی مثله چشایی (p۱۲).

۲-۲ تلاش برای برگشت به جریان زندگی

بیمارانی که در برنامه افشای خبر بد شرکت می کنند، تلاش می کنند زندگی روزمره، روابط و فعالیت های خود را مجدد تجربه نمایند و در مسیر درمان قرار بگیرند. تشویق به انجام فعالیت های لذت بخش توسط روانشناس تیم در بیماران احساس شادی، هدفمند بودن و آرامش رابه همراه داشت. در کنار درمان های پزشکی انجام چنین فعالیت هایی موجب شد تا شرکت کنندگان بر نگرانی های بیماری و درمان تمرکز نکنند و با دریافت حس امیدواری از انجام این فعالیت ها بیشتر و بهتر در مسیر بهبودی از بیماری قرار بگیرند. چنانکه بیماران تجربیات خود را اینچنین بیان می کنند: میگویم که من آهنگ های سنتی خیلی دوست داشتم بر اساس توصیه های ایشون یه تمرینی رو شروع کردم که مثلاً خیلی سعی کردم دقیق تر به آهنگه گوش بدم به جملاتش توجه کنم لذت درونم بیشتر شد. آهنگی که بارها گوش داده بودم سطحی گوش داده بودم الان اونطور که گوش دادم لذتش بیشتر شد. یا مثلاً تمرین بوایی، مثلاً لیمورو عمیق تر بو میکردم. این کار دوپامین بیشتری تو بدنم ایجاد می کرد و این آرامشه که من تأثیر اصلیشو اول توی خوابم دیدم. نکاتی که گفتن حس میکنم در سرعت بهبودی موثر بود (p۴).

زندگی در زمان حال تمرین دیگری بود که بیماران شرکت کننده در برنامه افشای خبر بد توانستند آن را تجربه نمایند. از طریق این تکنیک بیماران توانستند از نگرانی های مربوط به آینده و افسوس های مربوط به گذشته فاصله بگیرند. همچنین توانستند با دستیابی به آگاهی در مورد بیماری و فرآیند درمان بتوانند رضایت بیشتری را در زندگی روزمره تجربه نمایند. بیماران تجربیات خود را این چنین توصیف می کنند: شماها که زنگ می زدید، پیگیری می کردید خیلی بهم کمک می شد. به استرس، به ناراحتی، که زندگی آخرش نیست. زندگی هر زمان ادامه داره (p۱۳).

نمایند. یافته‌های مطالعه‌ی Tarakeshwar و Nelson نیز نشان داد که امید و سلامت معنوی عوامل معنادار در زندگی است که به افراد کمک میکند تا با بیماری سرطان سازگار شوند، زجر روانی خود را کاهش دهند و سلامت روانی اجتماعی خود را زندگی افزایش دهند (۳۹،۴۰). علاوه بر این Scot در پژوهش خود بیان می‌کند مدیریت بیماران مبتلا به سرطان پیچیده است و نیازمند مشارکت طیف وسیعی از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که در کنار مشاوران متخصص انکولوژی برای رسیدگی به نیازهای بیماران و بهینه‌سازی نتایج کار می‌کنند. وجود تیم چند رشته‌ای امکان تصمیم‌گیری مشترک و مراقبت جامع از بیماران مبتلا به سرطان را از طریق انواع تخصص‌ها و ابتکارات پشتیبانی فراهم می‌کند (۴۱).

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر بهبود کیفیت زندگی بود که از طریق مدیریت عوارض جسمی و تلاش برای بازگشت به جریان زندگی معنا می‌شود. هرچند که در حال حاضر، درمان دارویی رویکرد درمانی استاندارد برای دردهای مرتبط با سرطان وجود دارند، اما همچنان بیماران مبتلا به سرطان از این عامل رنج می‌برند (۷). مرکاداته در مطالعه‌ی خود بیان می‌کند مدیریت درد سرطان به ندرت از منابع روانی اجتماعی در درمان درد استفاده می‌کند و اغلب منحصر بر کاهش درد توسط درمان‌های دارویی تأکید می‌کند (۴۲). اما در پژوهش حاضر آموزش‌ها، مشاوره‌ها و حمایت‌های ارائه شده از جانب تیم چند رشته‌ای و آگاه شدن از خبر تشخیص سرطان به صورت گام به گام و قطره‌ای از طریق پروتکل سبب شد شرکت کنندگان بهبود کیفیت خواب و کاهش درد را در تجربیات خود بیان نمایند. نتایج مطالعه‌ی حق دوست و همکاران نشان داد مداخله‌ی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر شدت درد بیماران مبتلا به پروستات موثر باشد (۴۳). نتایج مطالعه‌ی پوردزی و همکاران نیز از موثر بودن برنامه بهبود سرطان مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌سازی درد بیماران مبتلا به سرطان حمایت کرد (۷). اما نتایج مطالعه‌ی Lovell و همکاران نشان داد استراتژی‌های اجرای دستورالعمل‌های مدیریت درد که به متخصصان سلامت در مراکز درمانی مختلف به صورت آنلاین و کتبی آموزش داده شده بود، در مقایسه با مراقبت‌های معمول، بهبود قابل توجهی در پیامدهای مرتبط با درد برای بیماران سرپایی مبتلا به سرطان پیشرفته ایجاد نکرد (۴۴). که این احتمالاً نشان‌دهنده‌ی پذیرش محدود

خود آگاه شده بودند، توانستند حالات منفی مانند اضطراب و استرس و خشم را در خود کنترل و مدیریت نمایند. همچنین بیماران توانستند از طریق افزایش آگاهی و یادگیری فنون ذهن آگاهی و تنفس عمیق فشارهای روانی حاصل از بیماری را کنترل نمایند در همین راستا نتایج مطالعه‌ی صادقیان و همکاران نشان داد یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد بیماران مبتلا به سرطان و وابستگان آنان بعد آگاه شدن ناگهانی از تشخیص بیماری شان دچار آشفتگی روانی می‌شوند و این روند تحت تأثیر نحوه اطاع رسانی به آنها می‌باشد که بنظر میرسد این فشار با همراهی و همدلی تیم درمانی تسکین می‌یابد (۳۵). نتایج مطالعه‌ی پوردزی و همکاران نیز نشان داد آموزش بهبودی سرطان مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد اما برخلاف آنچه گفته شد Stark House and یک متخصص سلامت روان برای بسیاری از بیماران سرطانی مضطرب گزینه مفیدی نیست. چرا که طیف خدمات موجود اغلب محدود است و به انتخاب موارد مناسب برای ارجاع بستگی دارد. علاوه بر این، همه بیماران آماده پذیرش ارجاع نیستند و بنابراین نیاز است که مدیریت بسیاری از این مشکلات در چارچوب مراقبت‌های سرطان انجام شود (۳۶). اما در پژوهش حاضر امکان دسترسی به کارشناس روان چه به صورت حضوری و چه به صورت آنلاین مقدور بود و در ارائه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی از جانب تیم چند رشته‌ای هیچ محدودیتی وجود نداشت. علاوه بر این نتایج مطالعه‌ی محمودی و همکاران نیز نشان داد از نظر ۹۰ درصد بیماران حضور متخصص روانشناسی در هنگام ارائه خبر بد ضروری بود (۳۷).

تقویت ارتباط معنوی یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر بود. هنگامی که فردی به سرطان مبتلا می‌شود، ناراحتی عاطفی می‌تواند بر معنویت و بسیاری دیگر از جنبه‌های زندگی فرد تأثیر بگذارد. بنابراین، کاملاً واضح است که نیازهای بیماران مبتلا به سرطان تنها به جنبه‌های جسمانی مرتبط با بیماری و درمان آن محدود نمی‌شود (۳۸). در همین راستا اجرای برنامه‌ی افشای خبر بد و به کارگیری رویکرد هماهنگ و چندرشته‌ای سبب شد بیماران در تجربیات خود احساس نزدیکی به خدا و در نتیجه‌ی آن احساس شادی و امیدواری در زندگی را بیان نمایند و نسبت به آینده‌ی بیماری خود بدون داشتن افکار منفی مسیر درمانی را دنبال

مسیر بیماری را با روحیه بهتری طی نمایند. در همین راستا نتایج مطالعات حیدریان و همکاران (۴۶) و همچنین Kvillemo (۴۷) نشان داد زیستن در زمان حال میتواند در بهبود بیماران سرطانی نقشی مهم ایفا نماید. یافته های مطالعه ی کولایی و فرهنگي نیز نشان داد بین امیدواری زندگی در زمان حال در مردان مبتلا به سرطان رابطه ی مثبت و معنادار وجود دارد (۴۸).

نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد مراقبت از سرطان عموماً نیازمند مداخلات مختلفی است که باید توسط متخصصان مراقبت های بهداشتی متعدد و همچنین متخصصان مراقبت های کمکی متعدد ارائه شود. ارائه این خدمات توسط تیم چندرشته ای برای تشخیص و درمان، مدیریت عوارض و تضمین تداوم مراقبت و کیفیت زندگی مناسب بیماران در کل دوره سرطان شناسی ضروری هستند. در این مطالعه برای اولین بار تلاش شد، تا ادراک بیماران از آماده سازی جهت آگاهی از خبر بدتشخیص سرطان با اجرای پروتکل افشای خبر بد که به صورت بومی توسط اباذری و همکاران (۲۱) طراحی شده و پیشینه فرهنگی بیمار و خصوصاً جایگاه خانواده را در نظر گرفته، مورد بررسی قرار گیرد. یافته های چنین مطالعاتی می تواند به استانداردسازی پروتکل های مراقبتی کمک نماید و مراقبت های استاندارد را برای بیمار مطابق با تکنیک های فنی و علمی ارائه دهد و همچنین از استقلال پرستاران در تصمیم گیری حمایت نماید در عین اینکه می تواند تامین کننده اهداف آموزشی باشد (۳۰). لذا توصیه می شود پژوهش های آینده با محوریت افشای خبر بد، برگرفته از تجربیات و ادراک بیماران، شواهد تجربی و با در نظر گرفتن تفاوت های فرهنگی بیماران باشند و بر تأثیرات محیط حمایتی که توسط تیم چند رشته ای معنا می یابد تأکید نمایند.

نقاط قوت و محدودیت ها:

هیچ مطالعه ی مستند شده ای در ایران و کشورهای دیگر که تجربیات بیماران ارزیابی کننده اجرای یک پروتکل افشای خبر بد باشد انجام نشده است. بنابراین یافته های این مطالعه می تواند با اتخاذ تصمیمات و سیاست ها برای جامعه ی انکولوژی کنونی، بینش های جدید نسبت به نیازهای درک نشده بیماران و خانواده های آنان در فرآیند افشای خبر بد ایجاد نماید. همچنین نتایج مطالعه ی ما

مداخله توسط مراکز است، شاید به دلیل کمبود منابع اختصاصی اضافی. خدمات مراقبت های سرپایی انکولوژی به منابع کافی برای ارائه غربالگری روتین درد، آموزش بیمار و کارکنان و چرخه های بهبود کیفیت نیاز دارند. همچنین انجام نگرفتن مداخله در قالب یک تیم چند رشته ای با تخصص های مختلف نیز می تواند دلیلی بر بی اثر بودن انجام مداخلات کاهش درد باشد.

بهبود کیفیت خواب یافته ای دیگر بود که در نتیجه ی اجرای پروتکل افشای خبر بد بیماران آن را در تجربیات خود گزارش نمودند. بیماران با آموزش و به کارگیری مهارت هایی مانند آگاهی هیجانی، آگاهی بدن از احساسات، پذیرش احساسات، آگاهی از افکار و باورها و آرام سازی یکی از عوارض جسمی مرتبط با بیماری سرطان که اختلال خواب می باشد را بهبود بخشند. اختلالات خواب یک عارضه جانبی شایع و ناتوان کننده برای میلیون ها نفر از مبتلایان به سرطان می باشد. ۹۵٪ بیماران سرطانی از اختلالات خواب در حین تشخیص، درمان و ۱۰ سال پس از زنده ماندن شکایت دارند. نتایج مطالعه ی سرلک و همکاران نیز نشان داد افزایش آگاهی در زمینه ابعاد مختلف خواب در بیماران مبتلا به سرطان به دلیل تأثیر مثبت در اتخاذ رفتارهای سالم به عنوان یکی از دلایل احتمالی بهبود در خواب آلودگی روزانه بیماران مطرح می باشد. از سوی دیگر افزایش اطلاعات و آگاهی باعث افزایش انگیزه بیماران برای شرکت فعال در فعالیتهای خودمراقبتی می شود (۴۵).

تلاش برای برگشت به جریان زندگی یافته ی دیگر پژوهش بود که از بیان تجربیات بیماران به دست آمد. زندگی در زمان حال تمرینی بود که بیماران شرکت کننده در برنامه افشای خبر بد توانستند آن را تجربه نمایند. از طریق این تکنیک بیماران توانستند از نگرانی های مربوط به آینده و افسوس های مربوط به گذشته فاصله بگیرند. همچنین توانستند با دستیابی به آگاهی در مورد بیماری و فرآیند درمان بتوانند رضایت بیشتری را در زندگی روزمره تجربه نمایند. تشویق به انجام فعالیت های لذت بخش و مشاوره های روانشناسی توسط روانشناس تیم در بیماران احساس شادی، هدفمند بودن و آرامش را به همراه داشت. در کنار درمان های پزشکی انجام چنین فعالیت هایی موجب شد تا شرکت کنندگان بر نگرانی های بیماری و درمان تمرکز نکنند و با دریافت حس امیدواری از انجام این فعالیت ها

می شوند بنابراین، دیدگاه‌های آنها ارزش درک و توجه را خصوصاً در فرهنگ‌های خانواده محور دارد. آخرین محدودیت پژوهش ما انجام دو مصاحبه به صورت تلفنی بود که به علت اینکه بیماران در نقاط روستایی و دور از دسترس جهت انجام مصاحبه‌ی حضوری زندگی می کردند انجام شد. لازم به ذکر است قبل از انجام مصاحبه‌های تلفنی، رضایت شفاهی جهت ضبط مصاحبه از مصاحبه شونده‌گان گرفته شد و اطمینان حاصل شد که محیط مصاحبه برای هر دو طرف آرام و به دور از هرگونه مزاحمت می باشد.

References

1. Baliga MS, Prasad K, Rao S, Hegde SK, Sacheendran D, Krishna A, et al. Breaking the bad news in cancer: an in-depth analysis of varying shades of ethical issues. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*. 2022;43(03):226-32. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1750738>
2. Moradipour S, Soleimani MA, Sheikhi MR, Sharif SP. Examining the effect of benson's relaxation technique on hope among patients with breast cancer. *IJPN*. 2018;6(3):10-7.
3. Habibi Kilak A, Khodabakhsh M, Bagherzadeh Golmakani Z. Comparing the efficacy of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on psychological distress in caregivers of cancer patients. *Journal of Psychological Science*. 2025;24(148):245-65.
4. Ryahi Rad M, Khalatbari J, Nasehi M, Mousavi SA. Effectiveness of Therapy Based on Group Emotional Schema on the Resilience and Self-Efficacy in People with Cancer. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2025;31(6):902-13.
5. Zheng X, Tang Y. Who breaks bad news: Doctors, family caregivers or cancer patients? A qualitative study in Southern China. *Death Stud*. 2021;1-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1995532>
6. Tavoli A, Montazeri A, MOhagheghi S, Roushan R, Tavoli Z, Melyani M. Knowledge of cancer diagnosis and quality of life in patients with gastrointestinal cancer. 2007.
7. Nematpour darzi Aa, basharpoor s, Moslemi D. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cancer Recovery Training on Pain Catastrophizing and Perceived Stress of Cancer Patients. *Health Psychology*. 2024;13(51):67-82.

تاییدی بود بر اهمیت و لزوم وجود تیم چندرشته ای با نقش برجسته ی پرستار، چرا که اغلب پژوهش‌های گذشته تاثیر نقش پرستار در فرآیند افشای خبر بد را را مورد توجه و بررسی قرار نداده اند.

نتایج مطالعه ی ما دربرگیرنده ی جمله ی بیماران مبتلا به سرطان می باشد و بنابراین هرگونه تعمیم یافته ها و مقایسه با بیماری های مزمن دیگر دارای محدودیت می باشد. از دیگر محدودیت های پژوهش ما، عدم تبیین تجربیات اعضای خانواده بیماران بود. چرا که در جریان افشای خبر بد خانواده ها گاهی بیشتر از بیماران آشفته

8. Agha hosini ss, abdollahzadeh f, asvadi kermani e, rahmani a. Relationship between awareness of cancer diagnosis and hope in patients with cancer. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(5):45-52.
9. Saqib SU, Inam Pal KM. Disclosing bad news of cancer diagnosis: Patients' preference for communication. *J Pak Med Assoc*. 2021;71(4):1239-42. <https://doi.org/10.47391/JPMA.03-414>
10. Paul C, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher R, Douglas H, Webb G. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2009;45(17):2960-6. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.08.013>
11. Zarezadeh MR, Mirzaei S, Mirjalili SMJ, Nasiriani K. The effect of guided group reflection on the ability and convenience of breaking bad news in pre-hospital emergency staff. *BMC Health Services Research*. 2024;24(1):1175. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11604-w>
12. Bosshard M, Guttormsen S, Nater UM, Schmitz F, Gomez P, Berendonk C. Improving breaking bad news communication skills through stress arousal reappraisal and worked examples. *Medical Education*. 2025. <https://doi.org/10.1111/medu.15658>
13. Mulugeta T, Alemu W, Tigeneh W, Kaba M, Haileselassie W. Breaking bad news in oncology practice: experience and challenges of oncology health professionals in Ethiopia - an exploratory qualitative study. *BMJ Open*. 2024;14(5):e087977. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087977>
14. Bumb M. Breaking bad news: An evidence-based review of communication

- models for oncology nurses. Number 5/ October 2017. 2017;21(5):573-80. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580>
15. Tamrchi s, Farkhondehfal M, Kheradmand M, Rabiee M, Zarani F. Breaking bad news to patients protocols: a review study. Health Psychology. 2023;12(47):71-88.
16. Dos Santos KL, Gremigni P, Casu G, Zaia V, Montagna E. Development and validation of the breaking bad news attitudes scale. BMC medical education. 2021;21:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02636-5>
17. Von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. Patient Educ Couns. 2020;103(8):1623-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036>
18. Anuk D, Alçalar N, Sağlam EK, Bahadır G. Breaking bad news to cancer patients and their families: Attitudes toward death among Turkish physicians and their communication styles. Journal of psychosocial oncology. 2022;40(1):115-30. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1969488>
19. Naderi Nabi B, Rafiei Sorouri Z, Pourramzani A, Mirpour SH, Biazar G, Atrkarroushan Z, et al. Physicians' skills in breaking bad news to patients with cancer using SPIKES protocol. Caspian Journal of Neurological Sciences. 2022;8(4):234-43. <https://doi.org/10.32598/CJNS.4.31.96.5>
20. Seifart C, Hofmann M, Bar T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. Ann Oncol. 2014;25(3):707-11. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt582>
21. Abazari P, Taleghani F, Hematti S, Malekian A, Mokarian F, Hakimian SMR, et al. Breaking bad news protocol for cancer disclosure: an Iranian version. Journal of medical ethics and history of medicine. 2017;10.
22. Cheemakurthy A, Lesandrini J. A Culturally Sensitive Approach to Truth-Telling: Balancing Autonomy and Cultural Norms for a Cancer Diagnosis. Gastroenterology Nursing. 2024;47(5):373-4. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000845>
23. 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.
24. Vincent A, Urban T, Becker C, Beck K, Daetwyler C, Wilde M, et al. Breaking bad news: A randomized controlled trial to test a novel interactive course for medical students using blended learning. Patient Education and Counseling. 2022;105(1):105-13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.002>
25. Miller S, Hope T, Talbot D. The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. British journal of cancer. 1999;80(5):792-800. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6690423>
26. Gorniewicz J, Floyd M, Krishnan K, Bishop TW, Tudiver F, Lang F. Breaking bad news to patients with cancer: a randomized control trial of a brief communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. Patient education and counseling. 2017;100(4):655-66. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.008>
27. Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, et al. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. Iranian journal of psychiatry. 2010;5(4):128.
28. Rayan A, Hussni Al-Ghabeesh S, Qarallah I. Critical Care Nurses' Attitudes, Roles, and Barriers Regarding Breaking Bad News. SAGE Open Nurs. 2022;8:23779608221089999. <https://doi.org/10.1177/23779608221089999>
29. MAHASTI JL, Ghana S, SARAFI KS, Sanagoo A. THE NURSES' EXPERIENCES OF BREAKING BAD NEWS TO THE PATIENTS AND THEIR RELATIVES. 2013.
30. Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MdFP, Moura AAd, Zanetti ACB. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. Revista brasileira de enfermagem. 2018;71:126-34. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
32. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. Handbook of qualitative research. 1994;2(163-194):105.
33. Randall TC, Wearn AM. Receiving bad news: patients with haematological can-

- cer reflect upon their experience. Palliative medicine. 2005;19(8):594-601. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1080oa>
34. Berger JT, Ribeiro Miller D. Physicians should stop breaking bad news. Journal of General Internal Medicine. 2022;37(13):3475-6. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07566-6>
 35. Sadeghian E, khodaveisi M, nabavian m. Perception of cancer patients and their close relatives about the disclosure of cancer. Iranian Journal of Cancer Care. 2023;2(1):18-26.
 36. Stark DPH, House A. Anxiety in cancer patients. British journal of cancer. 2000;83(10):1261-7. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1405>
 37. Mahmoudi G-A, Khodadadi B, Farhadi A, Moalemnia P, Astaraki P. A review of experiences and views of hospitalized patients about how bad news was delivered to them in hospitals in Khorramabad, Western of Iran, in 2016. EurAsian Journal of BioSciences. 2019;13(2).
 38. Lyu X-C, Jiang H-J, Lee L-H, Yang C-I, Sun X-Y. Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. BMC nursing. 2024;23(1):58. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01718-1>
 39. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics. 2002; 43 (3):213-20. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.213>
 40. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. Journal of palliative medicine. 2006;9(3):646-57. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.646>
 41. Scott B. Multidisciplinary team approach in cancer care: a review of the latest advancements. Oncology. 2021;9(9):2-13.
 42. Mercadante S. Cancer pain treatment strategies in patients with cancer. Drugs. 2022;82(13):1357-66. <https://doi.org/10.1007/s40265-022-01780-6>
 43. Haghdoust M, Serajkhorrani N, Makvandi B. The effectiveness of mindfulness based on stress management on death anxiety, disaster of imagination, acceptance and severity of pain in prostatic cancer patients. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2022;29(6). <https://doi.org/10.52547/sjimu.29.6.48>
 44. Lovell MR, Phillips JL, Luckett T, Lam L, Boyle FM, Davidson PM, et al. Effect of cancer pain guideline implementation on pain outcomes among adult outpatients with cancer-related pain: a stepped wedge cluster randomized trial. JAMA network open. 2022;5(2):e220060-e. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0060>
 45. Sarlak E, Ansari J, Moradzadeh R, Nejat N. The Effect of a Supportive Educational Intervention Through Virtual Social Networks on Sleep Quality and Insomnia of Patients with Cancer. Journal of Cancer Education. 2023;38(5):1675-82. <https://doi.org/10.1007/s13187-023-02321-9>
 46. Heidarian A, Zahra Kar F, Mohsenzade F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Resiliency and Reducing the Rumination in Female Patients with Breast Cancer: A Randomized Trial. Breast Cancer of Iran. 2016;9(2):25-31.
 47. Kvillemo P, Bränström R. Experiences of a mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. Cancer nursing. 2011; 34(1):24-31. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181e2d0df>
 48. Khodabakhshi-Koolaei A, Farhangi D. Relationship of Spiritual Experiences and Hope with Living in Present among Men with Cancer in Tehran. Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (ie, Research on Religion & Health). 2019;5(2):75-88.