

## Breaking Bad News to Patients Protocols: a Review Study

Sepideh Tamrchi<sup>1</sup>, Mona Farkhondehfal<sup>2</sup>, Mohadese Kheradmand<sup>3</sup>, Mahtab Rabiee<sup>4</sup>,  
Fariba Zarani<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. Student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Ph.D. Student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Ph.D. Student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Ph.D. Student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Associate professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

### Correspondence

Fariba Zarani

Email: [fzarani@yahoo.com](mailto:fzarani@yahoo.com)

### How to cite

Tamrchi, S., Farkhondehfal, M., Kheradmand, M., Rabiee, M. & Zarani, F. (2023). Breaking bad news to patients protocols: a review study. Quarterly Journal Of Health Psychology, 12(3). 71-88.

### ABSTRACT

**Objective:** Breaking bad news to the patients and their family is an important and difficult stage in disease process requiring both verbal and non-verbal skills. Thus, studies in the field of health psychology have provided protocols to explain step by step how to break bad news. These protocols have focused on how to break bad news in various therapeutic fields and different approaches. The diversity of these models can make health professionals hesitate in choosing the right model. The purpose of this review study was to identify the most widely used protocols for breaking bad news, their similarities and differences, and to provide a structure to compare these protocols.

**Methods:** The search for breaking bad news protocols was conducted in Google Scholar and Science Direct databases. Then, the most widely used protocols that were mostly referred to by other studies were identified. Finally, 13 protocols were selected for detailed investigation. **Results:** As a result of comparing these protocols, 9 common concepts were found, including: 1- preparation before the session, 2- setting up the proper communicational space, 3- personal evaluation of the patient, 4- evaluation of the patient's environment, 5- approaching the news, 6- exploring the emotions and providing empathic response, 7- talking about treatment plans, 8- investigating support systems, 9- summarizing and concluding the session. Along with these common steps, 47 sub-steps were identified. All these findings were classified altogether in both summarized and extended model. In summarized model the one look table consisting of 9 common concepts and 47 sub-steps was provided. While in an extended table, the contribution of each of 13 investigated protocols in each of the concepts and sub-steps was clarified by detail. **Conclusion:** The extended table also highlights the unique features of each protocol, allowing health professionals to choose the most appropriate approach based on the specific needs of the patients and their families. In general, this study reviews and compares the most important protocols of breaking bad news to patients to provide a relatively comprehensive picture of what has been considered in different studies for breaking bad news. Therefore, it provided the summarized and extended models of breaking bad news to health professionals as a practical tool containing common concepts and different sub-steps of the most important protocols. This study emphasizes the importance of a structured and empathetic approach to breaking bad news, which can improve patient satisfaction, trust, and coping strategies.

### KEY WORDS

Breaking bad news, Breaking bad news protocol, Health Psychology.

نشر به علمی

روانشناسی سلامت

«مقاله مروری»

## پروتکل‌های اعلام خبر بد به بیمار: یک مطالعه مروری

سپیده تمرچی<sup>۱</sup>، مونا فرخنده فال<sup>۲</sup>، محدثه خردمند<sup>۳</sup>، مهتاب ربیعی<sup>۴</sup>، فریبا زرانی<sup>۵\*</sup>

### چکیده

**مقدمه:** اعلام خبر بد به بیمار و خانواده‌ی وی مرحله‌ای مهم و دشوار در فرایند یک بیماری است که نیازمند مهارت‌های کلامی و غیرکلامی می‌باشد. مطالعات در حوزه‌ی روانشناسی سلامت به ارائه‌ی پروتکل‌هایی برای توضیح گام‌به‌گام نحوه‌ی اعلام خبر بد، پرداخته‌اند. این پروتکل‌ها در حوزه‌های درمانی مختلف، با رویکردهای متفاوت و از زوایای متنوعی اعلام خبر بد را بررسی کرده‌اند. تنوع مدل‌های ارائه شده می‌تواند متخصصان سلامت را در انتخاب مدل مناسب دچار تردید نماید. مطالعه‌ی حاضر با هدف شناسایی پرکاربردترین پروتکل‌های موجود برای اعلام خبر بد، شباهت‌ها و تفاوت‌های آن‌ها و ارائه‌ی ساختاری جهت مقایسه‌ی این پروتکل‌ها با یکدیگر انجام شد. **روش:** جستجوی پروتکل‌های اعلام خبر بد در پایگاه‌های اطلاعاتی گوگل اسکالر و ساینس دایرکت انجام شد. سپس پرکاربردترین پروتکل‌ها که بیشترین ارجاع در مطالعات دیگر به آنها داده شده بود شناسایی و در نهایت ۱۳ پروتکل برای بررسی دقیق‌تر انتخاب شد. **یافته‌ها:** نتیجه‌ی مقایسه این پروتکل‌ها ۹ مفهوم مشترک در قالب ۴۷ زیرمرحله شناسایی و سپس سهم هر پروتکل در مفاهیم و زیرمرحله‌ها در قالب جدولی مقایسه‌ای به تفصیل مشخص شد. به طور کلی، این مطالعه با مرور و مقایسه‌ی مهم‌ترین پروتکل‌های اعلام خبر بد، به ارائه‌ی تصویری نسبتاً جامع از آنچه در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفته پرداخته است. **نتیجه‌گیری:** بدین ترتیب، متخصصان می‌توانند با مراجعه به مدل مفهومی ارائه شده، تصویری دربردارنده مفاهیم مشترک و زیرمرحله‌های متفاوت از مهم‌ترین پروتکل‌های اعلام خبر بد دریافت نمایند.

### واژه‌های کلیدی

اعلام خبر بد، پروتکل اعلام خبر بد، روانشناسی سلامت.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.  
<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.  
<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.  
<sup>۴</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.  
<sup>۵</sup> دانشیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:

فریبا زرانی

رایانامه: [fzarani@yahoo.com](mailto:fzarani@yahoo.com)

استناد به این مقاله:

تمرچی، سپیده، فرخنده فال، مونا، خردمند، محدثه، ربیعی، مهتاب و زرانی، فریبا (۱۴۰۲). پروتکل‌های اعلام خبر بد به بیمار: یک مطالعه مروری. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۱۲(۳)، ۱۰۰-۸۳.

پزشکان هنگام اعلام اخبار بد می‌توانند منجر به افزایش اضطراب، فرسودگی شغلی و کناره‌جویی پزشکان از موقعیت و بیمار شود (دوس سانتوس، گریمی، کازو، زایا و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۲۱). با این‌وجود بیش از ۸۰ درصد پزشکان، آموزشی در ارائه خبر بد به بیماران دریافت نکرده‌اند (الاشیری، عبدل واحد و الهدی<sup>۹</sup>، ۲۰۲۲). در بسیاری موارد پزشکان در مورد نقش خود در فرایند اعلام خبر بد احساس نگرانی و عدم اطمینان داشته و نیاز به در اختیار داشتن راهکارها برای مواجهه با این شرایط دارند (کلاندین، کیو و کیو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱). نتایج یک مطالعه روی دستیاران پزشکی در ایالات‌متحده آمریکا نشان داد که اکثر پزشکان اعلام خبر بد را یک رویداد استرس‌زا می‌دانند و آمادگی پایینی برای مواجهه با این شرایط دارند (الاشیری، عبدل واحد و الهدی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۲).

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 مطالعات مختلفی برای معرفی پروتکل‌هایی برای اعلام خبر بد در حوزه‌هایی مثل سرطان، اورژانس و آسیب‌های مغزی انجام شده است. این مطالعات با مورد توجه قرار دادن بیمار، خانواده بیمار، پزشک و با نگاه به موضوعاتی مانند ارزش‌ها و فرهنگ بیمار، نقش خانواده و وخامت بیماری، پروتکل‌هایی را در طول ۲۵ سال گذشته معرفی کرده‌اند. تنوع این پروتکل‌ها می‌تواند انتخاب پروتکل مناسب برای ارائه‌دهنده خبر بد را با چالش روبه‌رو کند. به همین دلیل هدف این مطالعه ایجاد ساختاری برای کنار هم قرار دادن مهم‌ترین پروتکل‌های معرفی‌شده برای اعلام خبر بد در طول ۲۵ سال گذشته به‌منظور ایجاد امکان مقایسه این پروتکل‌ها در یک قاب مشترک و درک شباهت‌ها و تفاوت‌های میان آنهاست؛ امری که انتظار می‌رود انتخاب شیوه مناسب در موقعیت‌های ویژه را تسهیل نماید.

## روش‌شناسی پژوهش

**روش پژوهش حاضر از نوع مروری روایتی<sup>۱۲</sup>.** بدین‌منظور از طریق جستجو در پایگاه‌های اسکولار، پاپمد، پروکوئست و ساینس دایرکت کلیدواژه‌های: Model، Health Care Protocol، Guideline، Framework، Family patient، Breaking Bad News، System

## مقدمه

بوکمن (۱۹۹۲) خبر بد را به‌عنوان اطلاعات ناخوشایندی که می‌تواند به‌طور جدی و نامطلوب بر دیدگاه فرد نسبت به آینده خود اثر بگذارد تعریف کرد. خبر بد می‌تواند درباره‌ی تشخیص بیماری، عود یا بازگشت بیماری، ورود به مرحله‌ی مراقبت‌های تسکین‌دهنده یا ورود به مرحله‌ی پایان زندگی باشد (بوشکت و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). اعلام خبر بد کاری استرس‌زاست و بنابراین دارای اهمیت است. مواجهه با خبر بد پیامدهای مختلفی برای بیمار، اعضای خانواده و خبردهنده به همراه دارد.

رویدادهای تغییردهنده‌ی زندگی در قالب خبر بد می‌تواند با هیجان‌هایی مانند شوک، وحشت، ناراحتی، واکنش‌های اجتنابی، انکار و یا تجزیه برای بیمار یا اعضای خانواده او همراه باشد (هاوک، برنهارد، مک کانل و ولفارت<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). اعلام نامناسب خبر بد به بیمار همچنین می‌تواند علائم شدید و ماندگاری نظیر افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه را در پی داشته باشد (جانسون و پاناجیوتی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). علاوه بر این مدیریت مواجهه با خبر بد بر روابط بیماران با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، انتخاب‌های درمانی آن‌ها، پایبندی به درمان و روند بهبودی اثر می‌گذارد (میتار و کارنلی-میلر<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). از طرف دیگر اعلام خبر بد با روش‌های مؤثر و حمایتی احتمال درک، پذیرش و سازگاری با موقعیت را افزایش می‌دهد (فالو فیلد<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

برای مثال نتایج به‌کارگیری پروتکلی برای اعلام خبر بد اثرات بلندمدت مثبتی بر سطح استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان بود (اباذری و همکاران، ۲۰۱۷). اعلام خبر بد پیامدهایی برای خانواده بیمار نیز به همراه دارد. سطح اضطراب و افسردگی خانواده بیماران برابر با بیمار یا حتی بیشتر شناسایی شده است (لیدسال-پاول و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸).

در میان اعلام‌کنندگان خبر بد پزشکان بیشترین مواجهه را با این موقعیت دارند. برای مثال نتایج یک مطالعه (بایل و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲) نشان داد که ۶۰ درصد از انکولوژیست‌ها بایستی بین ۵ تا ۲۰ بار در ماه و ۱۴ درصد بیش از ۲۰ بار در ماه اعلام خبر بد را انجام دهند. استرس‌های روانی- فیزیولوژیکی

1. Bousquet
2. Hauk, Bernhard, McConnell, & Wohlfarth
3. Johnson, J., & Panagioti,
4. Meitar, & Karnieli-Miller
5. Fallowfield
6. Laidsaar-Powell
7. Baile

8. Dos Santos, Gremigni, Casu, Zaia & et.al
9. Elashiry, Abdel Wahed, & Elhady
10. Clandinin, Cave, & Cave
11. Elashiry, Abdel Wahed, & Elhady
12. Narrative review

معرفی سرویس‌های حمایتی موجود برای شرایط بیمار و ۱۳-  
ثابت وقایع جلسه در پرونده پزشکی بیمار.

### پروتکل SPIKES

این پروتکل که از پرکاربردترین پروتکل‌ها برای اعلام خبر بد است در سال ۲۰۰۰ برای اعلام خبر بد به بیماران مبتلا به سرطان معرفی شد. این پروتکل دارای شش گام است و نام‌گذاری آن هم از کنار هم قرار گرفتن حروف ابتدایی کلمه محوری در هر کدام از مراحل ( Setting, Perception, Invitation, Knowledge, ) (Emotions, Strategy & Summary) انجام شده است: ۱- آماده‌سازی جلسه<sup>۲</sup>: شامل اختصاص فضای خصوصی، زمان کافی و ایجاد آمادگی ذهنی، ۲- ارزیابی ادراک بیمار<sup>۳</sup>: ارزیابی ادراک بیمار از وضعیت و شدت بیماری، ۳- دریافت تمایل بیمار<sup>۴</sup>: ارزیابی تمایل بیمار برای میزان دریافت اطلاعات، ۴- ارائه آگاهی و اطلاعات به بیمار<sup>۵</sup>: شامل ارائه پیش‌درآمد و به‌کارگیری بیان ساده و غیرتخصصی برای اعلام خبر بد، ۵- پاسخ‌دهی همدلانه به هیجانات بیمار<sup>۶</sup>: شامل درک و همدلی کلامی و رفتاری با هیجانات بیمار و در اختیار گذاشتن فرصت ابراز هیجان و ۶- راهبردها و خلاصه‌سازی<sup>۷</sup>: همفکری با بیمار برای تصمیم‌گیری درباره برنامه درمانی و جمع‌بندی و اطمینان از درک کامل موضوعات مطرح‌شده.

### پروتکل ABCDE

این پروتکل توسط وندکیفت<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) معرفی شد و نام آن از کنار هم گذاشتن حروف ابتدایی ۵ مرحله آن شکل گرفته است: ۱- آماده‌سازی قبل از جلسه<sup>۹</sup>: آشنایی با اطلاعات بالینی، آماده کردن داده‌های آزمایشگاهی، آمادگی برای ارائه پیش‌آگهی و گزینه‌های درمانی، در نظر گرفتن زمان و مکان مناسب، دور کردن وسایل مزاحم ۲- ایجاد یک محیط/ رابطه درمانی<sup>۱۰</sup>: ارزیابی تمایل بیمار به اینکه چه چیز را و تا چه اندازه می‌خواهد بداند و تمایل دارد چه کسی غیر از او در جلسه حاضر باشد، هشدار در مورد خبر بد، حساسیت به تفاوت‌های فرهنگی برای

Rapport به‌صورت ترکیبی برای بررسی رایج‌ترین پروتکل‌های اعلام خبر بد از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۱ استفاده شد.

### معیارهای ورود به پژوهش: مقالات پژوهشی به‌صورت

هدفمند براساس زمان پژوهش ۱۹۹۰-۲۰۲۱، مرتبط بودن با هدف پژوهش، ارائه پروتکل نظام‌مند، برخورداری از چهارچوب ساختاریافته، امکان دسترسی به تمام متن مقاله و نگارش به زبان انگلیسی انتخاب شدند.

### معیارهای خروج از پژوهش: مقالاتی که به‌صورت

پوستر، سخنرانی به زبانی غیر از انگلیسی، نامرتب با اهداف پژوهش بودند؛ از مطالعه خارج شدند. درنهایت با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۱۳ پروتکل انتخاب شدند که قدیمی‌ترین آنها مربوط به سال ۱۹۹۷ و جدیدترین آنها متعلق به سال ۲۰۲۱ برمی‌گردد.

### یافته‌ها

۱۳ پروتکل و راهنما برای ورود به مطالعه حاضر انتخاب شد که توضیح مختصر گام‌های مطرح‌شده در هر کدام به شرح زیر است.

### پروتکل 13 Specific Steps

در سال ۱۹۹۸ گیرگیس و سانسون<sup>۱</sup> - فیشر خلاصه‌ای ویرایش شده از راهنمای بالینی که برای مدیریت ارائه اطلاعات به بیماران مبتلا به سرطان در استرالیا در طی سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۷ تهیه‌شده بود ارائه کردند. آنها در این مقاله ۱۹ اصل و ۱۳ گام برای اعلام خبر بد به بیماران را برشمردند. آنها در راهنمای خود ابتدا ۱۹ اصل را که دربردارنده موضوعاتی مثل اینکه چه کسی، در چه زمانی، در چه مکانی و با چه بیانی بایستی اعلام خبر بد را انجام دهد عنوان کردند و ۱۳ گام برای اعلام خبر بد مطرح نمودند: ۱- در نظر گرفتن مکانی ساکت و خصوصی برای گفتگو با بیمار، ۲- در نظر گرفتن زمان کافی و بدون وقفه برای گفتگو با بیمار، ۳- ارزیابی میزان اطلاعات بیمار درباره وضعیت بیماری، ۴- ارائه اطلاعات ساده و صادقانه درباره تشخیص و پیش‌آگهی، ۵- تشویق بیمار به ابراز هیجان، ۶- همدلی با هیجانات بیمار، ۷- ارائه پیش‌بینی صادقانه از مدت‌درمان، ۸- اطمینان به بیمار جهت حمایت از او، ۹- تنظیم جلسه‌ای دیگر با بیمار و همراهانش برای مرور، ۱۰- گفتگو و همفکری با بیمار درباره گزینه‌های درمانی، ۱۱- همراهی در اعلام شرایط به خانواده بیمار، ۱۲-

2. Setting up the interview
3. Assessing the Patient's Perception
4. Obtaining the patient's Invitation
5. Giving Knowledge and information to the patient
6. Addressing the patient's emotion with empathic response
7. Strategy and Summary
8. VandeKieft
9. Advance preparation
10. Build a therapeutic environment/ relationship

1. Girgis, & Sanson-Fisher

اطمینان از درک روشن از احساسات بیمار از طریق کاوش، گوش دادن فعال و استفاده از سکوت. ج- احترام گذاشتن<sup>۱۱</sup>: شامل پاسخ‌های غیرکلامی از قبیل حالات چهره، لمس یا تغییر وضعیت یا پاسخ‌های کلامی و تمجید از مهارت‌های مقابله‌ای بیمار. به‌منظور انتقال حس اهمیت داشتن و معتبر بودن هیجان‌ات بیمار. د- حمایت<sup>۱۲</sup>: ابراز نگرانی پزشک، بیان درک خود را از وضعیت بیمار، ابراز تمایل برای کمک، بیان اظهاراتی در مورد نوع همکاری، و مهم‌تر از همه، تصدیق تلاش‌های بیمار برای مقابله. ه- کشف کردن<sup>۱۳</sup>: تشویق بیمار برای بیان نگرانی و احساسات گفته نشده‌ی دیگر(بک، آرنولد، بیل و تالسکی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵؛ اسمیت<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۲).

### پروتکل PEWTER

این پروتکل در سال ۲۰۰۶ در جهت ارائه الگویی برای مددکاران اورژانسی سلامت روان ارائه شد. این پروتکل دارای ۶ مرحله است که با توجه به حروف ابتدایی این مراحل نام‌گذاری شده است (ناردی و کیف کوپرمن<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶). ۱- آمادگی<sup>۱۷</sup>: آماده شدن خبردهنده از نظر آموزشی (شامل آموزش‌های در دسترس که توسط بنیاد بین‌المللی مدیریت استرس حوادث بحرانی ارائه شده)، روانی (شامل آگاهی از افکار، ارزش‌ها و نیازهای عاطفی خود)، فیزیکی (شامل دو جنبه درونی مثل رفتارهای خود مراقبتی خبردهنده و بیرونی) و معنوی. ۲- ارزیابی<sup>۱۸</sup>: ارزیابی میزان آگاهی فعلی بیمار نسبت به بیماری‌اش. ۳- هشدار<sup>۱۹</sup>: آماده کردن بیمار برای شنیدن خبر بد از طریق ارائه هشدار. اگرچه زمان بین هشدار (به‌عنوان مثال "تصادف بدی رخ داده است که شوهر شما هم در آن بوده") و دادن خبر بد (متأسفانه شوهر شما جان سالم به در نبرده است) فقط چند لحظه است اما این زمان برای ایجاد آمادگی روانی بیمار برای دریافت خبر بد کمک‌کننده است. ۴- گفتن<sup>۲۰</sup>: اعلام خبر بد به‌صورت ساده و روان، همراه با دلسوزی و همدلی. کسب اطمینان از درک درست بیمار از خبر بد و اصلاح اطلاعات در صورت لزوم با سوالات باز پاسخ، ۵- پاسخ هیجانی<sup>۲۱</sup>: آمادگی

مواردی مثل لمس، تأکید بر در دسترس بودن و برنامه‌ریزی جلسات بعدی. ۳- به خوبی ارتباط برقرار کردن<sup>۱</sup>: بررسی اطلاعات قبلی بیمار و خانواده در مورد بیماری، صریح و همدلانه صحبت کردن و دوری از اصلاحات پزشکی، دادن فرصت به بیمار برای ابراز هیجان، ارائه اطلاعات با سرعت مناسب و در صورت لزوم اصلاح یا تکرار آن و تنظیم برنامه‌های پیگیری. ۴- پرداختن به واکنش‌های بیمار و خانواده<sup>۲</sup>: ارزیابی واکنش‌های هیجانی و پاسخ‌دهی به آنها، آگاهی از راهبردهای مقابله شناختی (مانند انکار و سرزنش)، همدلی، تأمل بر حالت‌های خود پزشک مانند گریه کردن و بررسی دلایل آن. ۵- تشویق و تأیید هیجان‌ات<sup>۳</sup>: ارائه امید واقع‌بینانه، بحث در مورد گزینه‌های درمانی موجود، بررسی معنای خبر بد برای بیمار، اطلاع از نیازهای هیجانی و معنوی بیمار و نیز سیستم‌های حمایتی در دسترس، استفاده از خدمات بین‌رشته‌ای و توجه به نیازهای خود پزشک.

### پروتکل ATATNURSE

این مدل در سال ۲۰۰۵ برای اعلام اخبار بد به بیماران مبتلا به سرطان مطرح شد. از آنجایی که سازندگان آن نام مشخصی برای آن نگذاشته‌اند، در این مقاله برای تسهیل در مقایسه حرف اول هر مرحله کنار هم قرار داده شد. این پروتکل با تأکید بر هیجان‌ات مختلف بیماران بخشی از این فرایند ۵ مرحله‌ای است: ۱- پرس<sup>۴</sup>: ارزیابی سطح دانش، وضعیت عاطفی و میزان تحصیلات بیمار قبل از اعلام خبر بد ۲- بگو<sup>۵</sup>: بیان خبر بد، گزینه‌های درمانی و سایر اطلاعات به زبانی ساده به بیمار. ۳- پرس<sup>۶</sup>: ارزیابی ادراک بیمار از آنچه پزشک به او گفته است. ۴- به من بیشتر بگو<sup>۷</sup>: این مرحله شامل توجه به هیجان‌ات و معنای آنها برای بیمار می‌باشد که به پزشک برای درک بیشتر بیمار کمک می‌کند. ۵- پاسخ به هیجان‌ات<sup>۸</sup>: مدل NURSE در این مرحله کاربرد دارد که شامل موارد زیر می‌باشد: الف- نام‌گذاری<sup>۹</sup>: نام‌گذاری، بیان مجدد و خلاصه کردن به‌منظور پذیرش احساسات بیمار. ب- فهمیدن<sup>۱۰</sup>: حساسیت به وضعیت یا احساسات بیمار و

11. Respecting
12. Supporting
13. Exploring
14. Back, Arnold, Baile, & Tulsy
15. Smith
16. Nardi, and Keefe-Cooperman
17. Prepare
18. Evaluate
19. Warning
20. Telling
21. Emotional response

1. Communicate well
2. Deal with patient and family reactions
3. Encourage and validate emotions
4. Ask
5. Tell
6. Ask
7. Tell Me More
8. Respond to emotions
9. Naming
10. Understanding

بالدوین<sup>۱۰</sup>، (۲۰۱۰). این پروتکل شامل ۷ مرحله است که نام آن هم از کنار هم گذاشتن حروف ابتدایی همین مراحل شکل گرفته است: ۱- ارتباط<sup>۱۱</sup>: استفاده از زبان ساده و روان به لحاظ کلامی و غیر کلامی برای ارتباط گیری با بیمار. ۲- جهت دهی<sup>۱۲</sup>: جهت دهی بیمار به سمت واقعیت وضعیتی که در آن هستند جهت تعدیل انتظارات در مورد درمان و وضعیت بیماری ۳- ذهن آگاهی<sup>۱۳</sup>: توجه و آگاهی کامل به آنچه در لحظه اتفاق می افتد، اجتناب از هرگونه حواس پرتی کلامی و غیر کلامی، در نظر داشتن بیمار و واکنش های او و پاسخ دهی متناسب به تغییر نیازهای هیجانی بیمار هنگام شنیدن خبر بد. ۴- خانواده<sup>۱۴</sup>: در لحظه اعلام خبر بد خانواده بیمار باید حضور داشته باشند چرا که می توانند بعد از شنیدن خبر از او حمایت کنند. ۵- استمرار<sup>۱۵</sup>: تأکید بر وجود برنامه و مستمر بودن فرایند مراقبت از بیمار جهت جلوگیری از ایجاد حس رهاشدگی. ۶- تکرار<sup>۱۶</sup>: تکرار آنچه گفته شده با جملات مختلف جهت اطمینان از درک درست مطالب و جلوگیری از ایجاد امید اشتباه، ۷- تیم<sup>۱۷</sup>: بیمار باید تحت مراقبت یک تیم حرفه ای پزشکی شامل پزشک، پرستار، روان شناس و مددکار اجتماعی باشد. بدین ترتیب بیمار و خانواده اش اطمینان می یابند که تحت مراقبت مناسبی هستند و مانع از ایجاد حس رهاشدگی می شود.

### پروتکل IGAD

این پروتکل در سال ۲۰۱۳ برای اعلام خبر بد به جمعیت مسلمان ارائه شده است و شامل ۸ مرحله می باشد. این مراحل عبارتند از: ۱- مصاحبه<sup>۱۸</sup>: در نظر گرفتن فضای کافی و خصوصی و فراهم کردن امکان حضور خانواده بیمار در صورت تمایل بیمار ۲- جمع آوری<sup>۱۹</sup>: جمع آوری اطلاعات فعلی بیمار درباره بیماری اش و شناسایی سرنخ های کلامی و غیر کلامی از میزان تمایل بیمار و خانواده اش به افشای خبر بد ۳- ارزیابی<sup>۲۰</sup>: کسب اطلاعات درباره مذهب و خانواده به عنوان دو عامل تأثیرگذار بر ادراکات، انتظارات و تصویر فرد از خودش (توجه به مواردی مثل بر تن داشتن لباس

برای مواجهه با واکنش های هیجانی متفاوت مانند انکار، هیجان نامتناسب (مانند خنده) و یا عدم ابراز هیجان. موکول کردن ادامه گفتگو به جلسه بعدی در صورتی که بیمار آمادگی ادامه گفتگو را نداشته باشد ۶- یکپارچه سازی<sup>۱</sup>: همراهی با بیمار در برنامه ریزی اقدامات بعدی و معرفی گروه های حمایتی و آموزشی.

### پروتکل BREAKS

این پروتکل هندی در سال ۲۰۱۰ معرفی شده و دارای ۶ گام می باشد که حروف ابتدایی این گام ها به عنوان نام این پروتکل استفاده شده است: ۱- پیشینه<sup>۲</sup>: آمادگی برای سوالات و شبهات احتمالی بیمار، بررسی وضعیت عاطفی، مهارت های مقابله ای، سطح تحصیلات، سابقه فرهنگی و قومی و سیستم پشتیبانی موجود. ایجاد محیط فیزیکی امن و خصوصی ۲- اتحاد درمانی<sup>۳</sup>: ارتباط خوب پزشک با بیمار و توجه به راحتی بیمار در جلسه. ۳- کشف<sup>۴</sup>: ارزیابی میزان اطلاعات بیمار راجع به بیماری خود و توجه به تضادهای احتمالی بین باورها و تشخیص. ارزیابی پویایی خانواده و منابع مقابله ای بیمار. ۴- اعلام کردن<sup>۵</sup>: اعلام خبر بد به زبان ساده بعد از رضایت بیمار. ۵- افروختن<sup>۶</sup>: دادن فضای کافی برای جریان آزاد احساسات. درخواست از بیمار برای بازگو کردن آنچه که فهمیده است. ۶- خلاصه کردن<sup>۷</sup>: خلاصه کردن جلسه و نگرانی های بیان شده توسط بیمار، مرور برنامه های درمانی/ مراقبتی آینده، اطمینان بخشی جهت در دسترس بودن پزشک در شبانه روز، حفظ یک چشم انداز خوش بینانه و پیشنهاد همراهی در ارائه اطلاعات به خانواده در صورت درخواست بیمار. اطمینان از مناسب بودن شرایط بیمار برای ترک جلسه (نارایانان، بیستا و کوشی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰).

### پروتکل COMFORT

پروتکل COMFORT در سال ۲۰۱۰ به منظور آموزش کارکنان مراقبت بهداشت برای اعلام خبر بد به بیمار توسط ویلاگران<sup>۹</sup> و همکارانش ارائه شد (ویلاگران، گلداسمیت، ویتنبرگ-لایلز، و

10. Villagran, Goldsmith, Wittenberg-Lyles, & Baldwin

11. Communication

12. Orientation

13. Mindfulness

14. Family

15. Ongoing

16. Reiterative

17. Team

18. I-Interview

19. Gather

20. Assess

1. Regrouping

2. Background

3. Rapport

4. Explore

5. Announce

6. Kindling

7. Summarize

8. Narayanan, Bista & Koshy

9. Villagran

پیش‌آگهی دقیق. ۵- هیجان‌ات<sup>۱۱</sup>: دادن زمان کافی به بیمار برای درک خبر بد و پاسخ به تردیدهای بیمار. ۶- بیمار را رها نکنید<sup>۱۲</sup>: اطمینان از تحت نظارت قرار گرفتن بیمار و تعهد به رها نکردن او. ۷- ترسیم استراتژی<sup>۱۳</sup>: برنامه‌ریزی ارائه مراقبت و گزینه‌های درمانی با بیمار و گنجاندن مراقبت‌های میان‌رشته‌ای در صورت امکان.

### پروتکل TRIO

در سال ۲۰۱۸ پروتکل TRIO برای کار با خانواده بیماران مبتلا به سرطان تدوین شد. از آنجایی که در این پروتکل رابطه سه‌گانه پزشک-بیمار-خانواده در نظر گرفته شده است، TRIO به معنای «سه‌گانه» نام‌گذاری شده است. در این پروتکل به نیازهای مراقبین بیمار توجه می‌شود و به پزشکان کمک می‌کند تا بتوانند رابطه باکیفیتی با خانواده بیمار ایجاد کنند (لایدسار-پاول، بوتو، بویل و ژوراسکووا<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). TRIO شامل ۶ گام کلی است. ۱- تسهیل مشارکت خانواده<sup>۱۵</sup>: احترام به مراقبین بیماران توسط تمامی اعضای کلینیک، ارائه فرم مخصوص درج مشخصات به همراهان بیمار، در نظر داشتن صندلی کافی برای بیماران و مراقبان آنها. ۲- استقبال از حضور خانواده<sup>۱۶</sup>: ضمن خوش‌آمدگویی به بیماران یادآوری می‌شود که خانواده آنها از شرکت در جلسات مشاوره استقبال می‌کنند. ۳- ایجاد رابطه مناسب و احترام به خانواده<sup>۱۷</sup>: ایجاد تعامل مناسب با خانواده بیمار ضمن حفظ تمرکز اصلی بر ارتباط‌گیری با بیمار. ۴- انتقال دقیق و محتاطانه اطلاعات<sup>۱۸</sup>: حفظ حریم خصوصی و ارزیابی ترجیحات بیمار و خانواده او برای دریافت اطلاعات. ایجاد فضای خصوصی برای بیمار جهت گفتگو در مورد مسائل حساس (مانند عملکرد جنسی، وجود یک اختلال روانی و...) ۵- مشاهده‌ی رابطه بین بیمار و اعضای خانواده‌اش<sup>۱۹</sup>: شامل توجه به میزان تمایل خانواده بیمار برای درگیری در فرایند مشاوره و تصمیم‌گیری و در نظر داشتن تعارض‌های موجود بین بیمار و خانواده‌اش. ۶- توجه به نیازهای اطلاعاتی و هیجانی مراقبین<sup>۲۰</sup>: شناسایی و پاسخ‌دهی مناسب به نیازهای اطلاعاتی و هیجانی مراقبین بیمار.

### پروتکل PENS

مذهبی خاص، تکرار عباراتی مانند "ان‌شاءالله"، نقش اصلی حرف‌زدن برعهده کدام عضو خانواده است) ۴- دستیابی به رابطه<sup>۱</sup>: تأکید بر باورهای مذهبی مثبت و خوش‌بینانه در بیماران مذهبی (مانند "همه چیز دست خداست")، اخذ رویکرد والدینی در مورد بیماری که ترجیح می‌دهند زیاد در مورد بیماری‌شان ندانند (مانند گفتن اینکه "نگران نباش، هر کاری که برای بهتر شدن لازم باشه انجام می‌دم") ۵- تصمیم‌گیری<sup>۲</sup>: تصمیم‌گیری در مورد میزان افشای خبر بد با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده کلامی و غیرکلامی از بیمار و خانواده‌اش، ۶- افشاگری<sup>۳</sup>: افشای خبر بد به آرامی، با زبان ساده و متناسب با سطح تحصیلات بیمار. اجتناب از ارائه جزئیات زیاد و نشستن روبه‌روی بیمار، ۷- بحث<sup>۴</sup>: بحث و خلاصه‌سازی موضوعات، ارائه جملات حمایتی متناسب با بیمار و پاسخ به سؤالات. تأکید بر اصول دینی قابل اجرا و معرفی گروه‌های حمایتی مذهبی مختلف برای بیمارانی که دیدگاه‌های مذهبی قوی دارند(سالم و سالم<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳).

### پروتکل PACIENTE

این پروتکل از پروتکل SPIKES با هدف تناسب با زمینه‌ی فرهنگی برزیل اقتباس شده و علاوه بر مراحل آن بر رها نکردن بیمار پس از اعلام خبر بد تأکید دارد. چرا که ترس بیماران از مرگ می‌تواند منجر به ترس رهاشدگی شود (پریرا، کالو نگو، لیمونیکا و باروس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). لازم به ذکر است *paciente* در زبان پرتغالی به معنای بیمار است. این پروتکل شامل مراحل زیر است: ۱-آماده‌سازی<sup>۷</sup>: بررسی پرونده پزشکی، آماده‌کردن محیط، اطمینان از حریم خصوصی و راحتی بیمار، رفع موانع فیزیکی بین پزشک و بیمار و هم‌سطح نشستن بیمار و پزشک. ۲- ارزیابی اینکه بیمار چقدر می‌داند و چقدر می‌خواهد بداند<sup>۸</sup>: ارزیابی سطح اطلاعات بیمار در مورد تشخیص. ۳- دعوت بیمار به حقیقت<sup>۹</sup>: اعلام خبر بد به بیمار با عباراتی مانند: متأسفم اما خبر خوبی ندارم. - اطلاع‌دادن<sup>۱۰</sup>: منتظر ماندن برای اینکه خود بیمار در مورد تشخیص سؤال کند، امیدوار کردن واقع‌بینانه و اجتناب از ارائه

11. Emotions
12. Do not abandon the patient
13. Outline a strategy
14. Lidsaar-Powell, Butow, Boyle, & Juraskova
15. Facilitate collaborative family involvement
16. Welcome family attendance
17. Build rapport and show respect to family
18. Careful communication of information
19. Be observant of the patient and family relationship
20. Meet family caregiver's emotional and informational needs

1. Achieve rapport
2. Decide
3. Disclosure
4. Discuss
5. Salem, and Salem
6. Pereira, Calónego, Lemonica, & Barros
7. Prepare
8. Assess how much the patient knows and how much they want to know
9. Invite the patient to the truth
10. Inform

### پروتکل ایرانی افشای حقیقت

اباذری و همکاران (۲۰۱۷) یک پروتکل محلی برای اعلام خبر بد به بیماران سرطانی در ایران معرفی کردند. این پروتکل شامل شش مرحله است: ۱- ارزیابی: ارزیابی تمایل بیمار و اعضای خانواده در مورد اطلاع بیمار از تشخیص، ۲- برنامه‌ریزی: براساس اطلاعات مرحله قبل، مشخص می‌شود که آیا بیمار، خانواده یا هر دو موافق اعلام تشخیص به بیمار هستند یا خیر، ۳- آماده‌سازی: این مرحله شامل سه زیر مرحله است: الف) آماده‌سازی خانواده: تبیین ضرورت اعلام خبر بد به بیمار در صورت مخالفت آن‌ها با اعلام خبر بد، ب) آماده‌سازی محیط: شامل استفاده از اتاق خصوصی و راحت، حذف عوامل مزاحم، ج) آماده‌سازی بیمار: ارزیابی ادراک بیمار از وضعیت پزشکی خود. ۴- افشای اطلاعات: در میان گذاشتن تشخیص با بیمار با زبانی ساده و غیرتخصصی و در قطعات کوچک و اطمینان از درک بیمار و ارائه همدلی و احترام. ۵- پشتیبانی: حمایت عاطفی از بیمار و اعضای خانواده، ایجاد امکان ابراز هیجانات توسط آنها و پیشنهاد روان‌شناس و پرستار برای کمک به ابراز بیشتر هیجانات ۶- نتیجه‌گیری: خلاصه‌سازی جلسه شامل برنامه‌های درمانی و مراقبتی، تأکید بر پشتیبانی تیم مراقبتی، پاسخ به سؤالات بیمار و خانواده و اطمینان از شرایط مناسب بیمار برای ترک جلسه.

### استخراج مفاهیم و زیرمرحله‌ها

این ۱۳ پروتکل در مقایسه با هم مورد بررسی قرار گرفت. ۹ مفهوم مشترک و ۴۷ زیرمرحله برای این مفاهیم از کنار هم قرار دادن و مقایسه نقاط اشتراک و تفاوت این پروتکل‌ها با هم استخراج شد. نتایج این مقایسه در شکل ۱ نمایش داده شده است. همچنین نحوه ارتباط هر مفهوم و زیرمرحله با ۱۳ پروتکل مورد بررسی در جدول ۱ قابل مشاهده است.

این پروتکل چهار مرحله‌ای برای ارائه خبر بد به بیماران مبتلا به سرطان ارائه شد (میلانکودی و راثو<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱) و شامل مراحل زیر است که نام پروتکل هم از کنار هم قرار دادن حروف ابتدایی این مراحل شکل گرفته است: ۱- ترجیح بیمار: سؤال از بیمار راجع به اینکه می‌خواهد خودش در جلسه باشد یا یکی از اعضای خانواده‌اش. ۲- توضیح: توضیح تشخیص در قالب غیرتخصصی، ارائه انتخاب‌های درمانی، ارائه برنامه نهایی درمان، بحث در مورد پیش‌آگهی و هزینه‌های درمان و ارائه بروشورهایی برای اطلاعات بیشتر در مورد بیماری. ۳- قرار بعدی: تعیین برنامه ملاقات بعدی در دو هفته آینده برای شفاف‌سازی مطالب. ۴- حمایت و خلاصه‌کردن: پاسخ به هیجانات بیمار به شیوه‌ی همدلانه، معرفی حمایت‌های ممکن نظیر سرویس‌های سایکو-آنکولوژی مراقبت تسکینی و یا گروه‌های حمایتی و خلاصه‌سازی مطالب گفته‌شده.

### پروتکل Six-Point

این پروتکل در سال ۱۹۹۲ معرفی شد و شامل ۶ مرحله زیر می‌باشد: (کارگ، بوکمن و کاسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷) ۱- آماده‌سازی مناسب: شامل استفاده از مهارت‌های ارتباطی و تسهیل‌گری اولیه، تنظیم محیط فیزیکی مصاحبه، تضمین حریم خصوصی، زبان بدن درست و برقراری تماس چشمی. ۲- ارزیابی اطلاعات قبلی بیمار: پرسش درباره‌ی آنچه بیمار از قبل می‌داند و گوش دادن به روشی که بیمار موقعیت را توصیف می‌کند و واژگان مورد استفاده وی برای ارزیابی سطح اطلاعات وی از بیماری. ۳- پیدا کردن آنچه بیمار می‌خواهد بداند: دعوت برای گفتگو درباره آنچه بیمار می‌خواهد بداند. ۴- دادن اطلاعات: تنظیم و شروع ارائه اطلاعات با توجه به سطح درک بیمار. ارائه اطلاعات در بخش‌های کوچک، به زبان ساده و بررسی مستمر درک صحیح بیمار از اطلاعات، ۵- پاسخ به واکنش‌های بیمار: تصدیق تمام واکنش‌ها و احساسات با استفاده از تکنیک‌های پاسخ‌دهی همدلانه ۶- بسته شدن: خلاصه کردن موضوعات اصلی، پاسخ‌دهی به سؤالات باقیمانده و هماهنگی برای جلسات بعدی.

1. Mailankody, & Rao
2. Preference Patient
3. Explanation
4. Appointment Next
5. Summary & Support
6. Garg, Buckman & Kason
7. Getting the setting right
8. Find out what the patient already knows
9. Find out what the patient wants to know
10. Giving information
11. Respond to patient reactions
12. Closing



بعد از اعلام خبر بد			حین اعلام خبر بد	قبل از اعلام خبر بد						
جمع‌بندی جلسه	سیستم‌های حمایتی	برنامه درمان	شناسایی هیجانات و پاسخدهی مناسب	اعلام خبر بد	ارزیابی محیط بیمار	ارزیابی فردی بیمار	ایجاد فضای ارتباطی مناسب	آماده سازی قبل از جلسه		
خلاصه‌سازی جلسه	اعلام حمایت از بیمار در طول فرایند درمان	اطمینان از آمادگی بیمار برای گفتگو درباره برنامه درمان	شناسایی هیجانات و معنای خبر بد برای بیمار	شناسایی سرخ‌های گفتگو برای شروع روند اعلام خبر بد	ارزیابی میزان تمایل خاتواده بیمار به دانستن و همراهی در درمان	ارزیابی ادراک و انتظارات بیمار از وضعیت بیماری	برقراری ارتباط مناسب از طریق زبان بدن و ارتباط چشمی	برنامه‌ریزی روند پیش‌برد جلسه و ایجاد آمادگی ذهنی درباره دشواری محتوای جلسه		
مرور و اطمینان از فهم درست و کامل محتوای جلسه	تاکید بر وجود تیم پزشکی در طول فرایند درمان	پیشنهاد گزینه‌های درمانی، مدت زمان آنها و همفکری با بیمار برای تصمیم‌گیری درباره برنامه درمان	تام‌گذاری هیجانات بیمار و بازتاب آنها به او	ایجاد آمادگی ذهنی و ارائه پیش درآمد برای اعلام خبر بد	ارزیابی میزان حمایت خاتواده‌ی و روابط درون خاتواده‌ی بیمار	اصلاح اطلاعات اشتباه بیمار درباره بیماری	اطمینان از راحتی و آمادگی بیمار برای شروع گفتگو	مرور و بررسی شرح حال بیمار (جسمانی، عاطفی، اجتماعی و ...)		
شناسایی و پاسخدهی به سننالات احتمالی باقیمانده برای بیمار	پیشنهاد کمک برای به اشتراک‌گذاری خبر بد با دیگران	امیدوار کردن واقع‌بینانه بیمار	گوش دادن فعال و حساسیت به هیجانات بیمار	توجه به زبان بدن بیمار حین ارائه خبر بد	ارزیابی باورها، اعتقادات مذهبی و فرهنگ خاتواده بیمار	ارزیابی باورها، اعتقادات مذهبی و فرهنگ بیمار	تقدیر از حضور همراهان و تاکید بر اهمیت همراهی خاتواده	افزایش اطلاعات و آماده کردن پاسخ برای سننالات احتمالی بیمار		
برنامه‌ریزی برای برگزاری جلسه بعدی در صورت لزوم	توصیه به حضور حمایت‌کننده خاتواده در فرایند درمان	جمع‌بندی برنامه درمان	تشویق بیمار به شناسایی بیشتر هیجانات و ابراز آنها	اعلام خبر بد (تشخیص و پیش‌آگهی) با زبان ساده و کلمات غیر تخصصی	ارزیابی تمایل بیمار برای میزان دریافت اطلاعات			در نظر گرفتن فضای مناسب، خصوصی و آرام		
ارزیابی مناسب بودن وضعیت بیمار برای ترک جلسه (بررسی تیزاب به همراه و ...)	معرفی سیستم‌های حمایتی اجتماعی و سازمانی موجود مرتبط با وضعیت بیمار		اعتبار دادن کلامی و غیر کلامی به هیجانات بیمار	اطمینان از درک درست و کامل بیمار از خبر بد						در نظر گرفتن زمان کافی و بدون وقفه برای جلسه
مستندسازی جلسه در پرونده پزشکی بیمار			پاسخدهی همدلانه با هیجانات بیمار	شناسایی و پاسخدهی به تیزاب‌های اطلاعاتی همراهان بیمار درباره خبر بد						توجه خاتواده بیمار برای لزوم در میان گذاشتن خبر بد با بیمار (در صورت لزوم)
			توجه به تیزاب‌های هیجانی همراهان بیمار					بررسی تمایل بیمار برای حضور با همراه و آماده‌سازی امکان حضور همراهان بیمار		
			در اختیار گذاشتن فرصت کافی برای ابراز هیجان							
			برجسته‌سازی و تقدیر از راهبردهای مقابله‌ای بیمار							

شکل ۱. مفاهیم مشترک و زیرمرحله‌ها

مقوله‌های کلی	ردیف	زیرمقوله‌ها	SPIKES	Specific Steps (S)	ATAINURSE	Six-Point	BREAKS	IGAD	PEWTER	TRIO	COMFORT	پروتکل ایرانی	ABCDE	PENS	PACIENTTE
آماده‌سازی قبل از جلسه	۱	برنامه‌ریزی روند پیشبرد جلسه و ایجاد آمادگی ذهنی درباره دشواری محتوای جلسه	S						P						
	۲	مرور و بررسی شرح حال بیمار (جسمانی، عاطفی، اجتماعی و...)					B						A		
	۳	افزایش اطلاعات و آماده کردن پاسخ برای سؤالات احتمالی بیمار					B								
	۴	در نظر گرفتن فضای مناسب، خصوصی و آرام	S	S1			B	I	P	1		PRE	A	P	
	۵	در نظر گرفتن زمان کافی و بدون وقفه برای جلسه	S	S2			B					PRE	A	P	
	۶	توجه خانواده بیمار برای لزوم در میان گذاشتن خبر بد با بیمار (در صورت لزوم)										PRE			
	۷	بررسی تمایل بیمار برای حضور با همراه و آماده‌سازی امکان حضور همراهان بیمار	S					I			2,4	F	A		
ایجاد فضای ارتباطی مناسب	۸	برقراری ارتباط مناسب از طریق زبان بدن و ارتباط چشمی	S				R				CM		B		
	۹	اطمینان از راحتی و آمادگی بیمار برای شروع گفتگو	S				R	G							
	۱۰	تقدیر از حضور همراهان و تاکید بر اهمیت همراهی خانواده								3					

		C	PRE	Or		E	G	E	2	A	S3	P	ارزیابی ادراک و انتظارات بیمار از وضعیت بیماری	۱۱	ارزیابی فردی بیمار
				Or		E		E				P	اصلاح اطلاعات اشتباه بیمار درباره بیماری	۱۲	
		B	PRE				A	B					ارزیابی باورها، اعتقادات مذهبی و فرهنگ بیمار	۱۳	
P	P	B	A		4		G	A	3			I	ارزیابی تمایل بیمار برای میزان دریافت اطلاعات	۱۴	
			A		45		G						ارزیابی میزان تمایل خانواده بیمار به دانستن و همراهی در درمان	۱۵	ارزیابی محیط بیمار
					5		A	E					ارزیابی میزان حمایت خانوادگی و روابط درون خانوادگی بیمار	۱۶	
			A										ارزیابی باورها، اعتقادات مذهبی و فرهنگ خانواده بیمار	۱۷	
							G	R			S3	S	شناسایی سرسخ‌های گفتگو برای شروع روند اعلام خبر بد	۱۸	اعلام خبر بد
I		B	PRE			W		A				K	ایجاد آمادگی ذهنی و ارائه پیش‌درآمد برای اعلام خبر بد	۱۹	
				M				A					توجه به زبان بدن بیمار حین ارائه خبر بد	۲۰	
	E	C	D	C		T	Disclosure	A	4	T	S4	K	اعلام خبر بد (تشخیص و پیش‌آگهی) با زبان ساده و کلمات غیرتخصصی	۲۱	
		C	D	Or R		T		K	4	A	S4		اطمینان از درک درست و کامل بیمار از خبر بد	۲۲	
			D		6		Discuss						شناسایی و پاسخ‌دهی به نیازهای اطلاعاتی همراهان بیمار درباره خبر بد	۲۳	
		D/E	S	M		Em	Discuss		5	T-M		E	شناسایی هیجانات و معنای خبر بد برای بیمار	۲۴	
										N		E	نام‌گذاری هیجانات بیمار و بازتاب آنها به او	۲۵	شناسایی و پاسخ‌دهی به هیجانات بیمار

E	S	E	S	M		Em				U		E	گوش دادن فعال و حساسیت به هیجانات بیمار	۲۶	
E		E	S							E	S5	E	تشویق بیمار به شناسایی بیشتر هیجانات و ابراز آنها	۲۷	
E	S	D	S							R	S5	E	اعتبار دادن کلامی و غیر کلامی به هیجانات بیمار	۲۸	
E	S	D	S	M		Em	Discuss			R	S6	E	پاسخ‌دهی همدلانه با هیجانات بیمار	۲۹	
		D	S		6						S5		توجه به نیازهای هیجانی همراهان بیمار	۳۰	
E		C				Em		K				E	در اختیار گذاشتن فرصت کافی برای ابراز هیجان	۳۱	
										R			برجسته‌سازی و تقدیر از راهبردهای مقابله‌ای بیمار	۳۲	
						Em					S10	S	اطمینان از آمادگی بیمار برای گفتگو درباره برنامه درمان	۳۳	برنامه درمان
O	E	B	S		6	R	Discuss				S7 S10	S	پیشنهاد گزینه‌های درمانی، مدت زمان آنها و همفکری با بیمار برای تصمیم‌گیری درباره برنامه درمان	۳۴	
I			D					S					امیدوار کردن واقع‌بینانه بیمار	۳۵	
								S					جمع‌بندی برنامه درمان	۳۶	
DONT	S	B	C			R	Discuss	S		S	S8		اعلام حمایت از بیمار در طول فرایند درمان	۳۷	سیستم‌های حمایتی
O	E	E	C	T									تاکید بر وجود تیم پزشکی در طول فرایند درمان	۳۸	
								S			S11		پیشنهاد کمک برای به اشتراک‌گذاری خبر بد با دیگران	۳۹	
					3						S11		توصیه به حضور حمایت‌کننده خانواده در فرایند درمان	۴۰	

	S			T	6	R	Discuss				S12		معرفی سیستم‌های حمایتی اجتماعی و سازمانی موجود مرتبط با وضعیت بیمار	۴۱	جمع‌بندی جلسه
	S	C	C				Discuss	S	6			S	خلاصه‌سازی جلسه	۴۲	
	S	C	C	Or R			Discuss	S	6		S9		مرور و اطمینان از فهم درست و کامل محتوای جلسه	۴۳	
	N		C	R			Discuss		6		S9		شناسایی و پاسخ‌دهی به سوالات احتمالی باقیمانده برای بیمار	۴۴	
	N	B						S	6		S9		برنامه‌ریزی برای برگزاری جلسه بعدی در صورت لزوم	۴۵	
		D	C					S					ارزیابی مناسب بودن وضعیت بیمار برای ترک جلسه (بررسی نیاز به همراه و ...)	۴۶	
											S13		مستندسازی جلسه در پرونده پزشکی بیمار	۴۷	

## نتیجه‌گیری و بحث

شیوه‌ی نامناسب اعلام اخبار بد، می‌تواند برای بیمار، اعضای خانواده او و حتی خود پزشک نیز پیامدهای منفی در پی داشته باشد (جانسون و پانگیوتی، ۲۰۱۸). در این مطالعه به مرور و مقایسه مدل‌های مختلف ارائه‌شده در زمینه نحوه‌ی صحیح اعلام اخبار بد پرداخته شد. در مجموع می‌توان گفت گام‌های ارائه‌شده در هر مدل در سه مرحله پیش از اعلام خبر بد، حین اعلام خبر بد و بعد از اعلام خبر بد طبقه‌بندی می‌شوند (شکل ۱). همچنین آماده‌سازی محیط، بررسی شرح حال بیمار، توجیه و اجازه از بیمار برای حضور خانواده و ایجاد فضای ارتباطی مناسب از مهم‌ترین مواردی است که پیش از اعلام خبر بد باید در نظر داشت. درک و آگاهی فعلی بیمار از بیماری‌اش و تمام سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی که حاکی از میزان تمایل و آمادگی بیمار به افشای بیماری است توسط پزشک یا خبردهنده نیز در این مرحله ارزیابی می‌شوند. ارزیابی میزان حمایت خانواده از بیمار، تمایل آنها به دانستن درباره بیماری و باورها و اعتقادات آنها به‌عنوان آخرین زیرمرحله پیش از اعلام خبر بد دسته‌بندی شده است (شکل ۱). اعلام اخبار بد باید با زبان ساده همراه با همدلی و به دور از اصطلاحات تخصصی پزشکی صورت گیرد. بعد از اعلام خبر بد خبر دهنده باید تمام واکنش‌ها و هیجانات بیمار را در نظر داشته و پاسخ مناسبی به آنها دهد. به‌علاوه بحث، خلاصه‌سازی، اطمینان از درک درست بیمار از بیماری، همراهی با او برای تصمیم‌گیری درباره برنامه درمانی و ارائه یا معرفی خدمات حمایتی از مهم‌ترین مواردی است که بعد از اعلام خبر بد در نظر داشت (شکل ۱).

از آن‌سو، با وجود مؤلفه‌های مشترک بین مدل‌ها، تفاوت‌هایی نیز بین آنها وجود دارد (جدول ۱). به‌عنوان مثال، مدل SPIKES نقش مهمی را که خانواده می‌تواند در حمایت از بیمار داشته باشد به‌طور صریح در نظر نمی‌گیرد (ماتیوس<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). اما مدل COMFORT، خانواده را به‌عنوان یکی از اصول اصلی خود معرفی می‌کند (ویلاگران و همکاران، ۲۰۱۰). در مدل ABCDE نیز به در نظر گرفتن هیجانات هم بیمار و هم خانواده او تأکید می‌شود (جدول ۱) در حالی که مدل ATATNURSE توجه عمیقی به هیجانات صرفاً بیمار دارد (موندن، ال. جنتری و تی. آر. کاکس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). همچنین با توجه به اهمیت نقش خانواده در فرایند بیماری و از آنجایی که خانواده و مراقبین گاهی نیازهای خود را در راستای همکاری بیشتر با بیمار فراموش می‌کنند و در

نتیجه سلامت جسمانی یا روانی و کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد، مدل TRIO به ارائه پروتکلی مختص خانواده می‌پردازد (لایدسار-پاول و همکاران، ۲۰۱۸). تقدیر از حضور همراهان و تأکید بر اهمیت همراهی خانواده، ارزیابی تمایل خانواده بیمار به دانستن و شناسایی و پاسخ‌دهی به نیازهای اطلاعاتی خانواده بیمار در این پروتکل مورد توجه قرار می‌گیرد (جدول ۱). از آن‌سو، مدل IGAD با هدف در نظر داشتن بافت مذهبی فرد در میزان و نحوه یا افشای خبر بد ارائه شد. براساس این مدل از آنجایی که خانواده در کشورهای مسلمان تمایل دارند همچون چتری محافظ عمل کرده و مانع ایجاد آشفتگی‌های هیجانی و ناامیدی بیمار شوند، در این جوامع پزشک باید بتواند بین حق بیمار برای دانستن بیماری و تمایل خانواده به عدم افشای کامل بیماری نوعی تعادل برقرار کند. براساس این مدل تأکید بر جملاتی مانند «همه چیز دست خداست» در مورد افراد دارای دیدگاه‌های مذهبی می‌تواند حمایت‌گر باشد (سالم و سالم، ۲۰۱۳). به‌علاوه، با توجه به اینکه درک خبر بد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های جامعه است؛ ابادزی و همکاران (۲۰۱۷) در پروتکل بومی خود به عوامل مختلف فرهنگی متناسب با جامعه توجه کرده‌اند. یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های این پروتکل با پروتکل‌هایی که در کشورهای غربی تدوین شده این است که در پروتکل‌های غربی بنابر اصل «احترام به خودمختاری بیمار»، به دیدگاه بستگان بیمار توجه زیادی نمی‌شود. اما در فرهنگ آسیایی و شرقی طبق اصل «عدم ضرررسانی»، دیدگاه خانواده نقش مهمی در اطلاع بیمار از تشخیص ایفا می‌کند (زاهدی، ۲۰۱۱). ارزیابی باورها، اعتقادات مذهبی و فرهنگ بیمار، آماده‌سازی امکان حضور همراهان بیمار و ارزیابی میزان حمایت خانوادگی و روابط درون خانوادگی در این پروتکل مورد توجه قرار می‌گیرد (جدول ۱) به کار بردن عبارت «توده بدخیم» یا «تومور بدخیم» به‌جای سرطان تفاوت دیگری است که این پروتکل با پروتکل‌های دیگر دارد، زیرا مطابق با فرهنگ آسیایی واژه‌ی سرطان معادل بیماری صعب‌العلاج و کشنده است. همچنین همانند پروتکل IGAD تأکید بر مبانی دینی توسط اعضای تیم بهداشت و استفاده از عبارات خوش‌بینانه در این برنامه مورد توجه قرار گرفته است. زیرا گرایش به دین و معنویت استراتژی تطبیقی مهمی است که به سازگاری بهتر بیماران با بیماری خود کمک می‌کند (ابادزی و همکاران، ۲۰۱۷). پروتکل PENS ممکن است سرد و ناگهانی به نظر برسد، اما ارائه‌دهندگان عقیده دارند این پروتکل برای مشاوره‌های سریع و فوری، به‌خصوص اولین مشاوره‌ی انکولوژی

بیمار تاکید می‌کند و با توجه به مرحله‌ای بودن آن قابلیت آموزش خوبی دارد. تحقیقات نشان می‌دهد در انتهای آموزش آن به دانشجویان پزشکی، اکثر آنها احساس می‌کردند نگرش و استراتژی آنها برای انتقال خبر بد بهبود یافته است (گارگ و همکاران، ۱۹۹۷). با این حال از سال ۲۰۰۰ با روی کار آمدن مدل SPIKES و توسعه آن کمتر به این مدل پرداخته شد، اما داشتن اطلاعات درباره‌ی این مدل می‌تواند به درک ما از سایر مدل‌ها بهبود بخشد. و نهایتاً آخرین مدل مطرح شده در این مقاله مدل BREAKS (نارایانان و همکاران، ۲۰۱۰) می‌باشد. در این مدل تلاش شده است تا به صورتی آسان و مرحله‌ای بر اصول بیمارمحور در ارائه اخبار بد تاکید شود (جدول ۱).

به طور کلی، این مطالعه به مرور و مقایسه ۱۳ مدل موجود در پیشینه برای اعلام خبر بد پرداخت که نهایتاً ۹ مفهوم و ۴۷ زیرمرحله در قالب الگوی سه بخشی پیش از اعلام خبر بد، حین اعلام خبر بد و پس از اعلام خبر بد شناسایی شد. اگرچه این مطالعه به پزشکان امکان می‌دهد که با توجه به وضعیت خود پزشک، بیمار و خانواده او پروتکل متناسب را انتخاب نمایند اما محدودیت‌هایی نیز وجود دارد. از جمله اینکه اثربخشی این پروتکل‌ها در زمینه‌های مختلف نیازمند بررسی بیشتر می‌باشد و تحقیقات در این حیطه به‌ویژه در فرهنگ ایرانی محدود است. به نظر می‌رسد برگزاری برنامه‌های آموزشی مختلف شامل سخنرانی‌ها، بحث‌های گروهی کوچک و ایفای نقش می‌تواند در آموزش این مفاهیم و زیرمرحله‌ها به گروه‌های هدف موثر باشند. اختصاصی‌تر کردن پروتکل‌ها برای رده‌های سنی مختلف، جنسیت‌های مختلف و شدت‌های مختلف بیماری می‌تواند به‌عنوان پیشنهادی برای مطالعات بعدی در نظر گرفته شود. همچنین بررسی نتایج بلندمدت آموزش و به‌کارگیری این پروتکل‌ها برای بیمار، پزشک و خانواده بیمار نیز می‌تواند به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی دیگر مطرح باشد.

### سپاسگزاری

از تمام اساتید و افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند سپاسگزاری می‌نماییم.

مناسب‌تر است (میلانکدی و همکاران، ۲۰۲۱). در پروتکل 13 essential Steps، گیرگیس و سانسون-فیشر (۱۹۹۸) راهنمای تدوین شده خود را با نظرسنجی از سه گروه مختلف بیماران، پزشکان و پرستاران مورد ارزیابی قرار دادند. درک نیازهای بیمار، بالا رفتن کیفیت زندگی و میزان رضایت او از جمله نتایج مورد انتظار از این پروتکل می‌باشد. گیرگیس و سانسون-فیشر (۱۹۹۸) راهنمای خود را برای اعلام اخبار بد مربوط به بیماری‌های کودکان مناسب ندانستند و اعلام خبر بد در آن حوزه را نیازمند ملاحظات بیشتری دانستند. پروتکل SPIKES پویایی‌های رابطه بین پزشک و بیمار را مورد توجه قرار می‌دهد. در واقع در این مدل پزشک رفتار خود را بسته به درک، تمایل و رفتار بیمار تنظیم می‌کند (جدول ۱). انعطاف در نظر گرفته شده در مراحل پیشنهادی این پروتکل امکان به‌کارگیری آن را برای بیماران با ویژگی‌های متفاوت بیشتر می‌کند. آنچه در پروتکل SPIKES مطرح شده است راهنمایی برای ارتقای مهارت‌ها در ارتباط پزشک-بیمار دانسته شده (جدول ۱) که نه تنها در ارائه خبر بد بلکه در بقیه حوزه‌های ارتباطی پزشک-بیمار هم می‌تواند کاربرد داشته باشد. تمرکز پروتکل ATATNURSE بر بهبود ارتباط بین پزشک و بیمار است. این مدل تلاش می‌کند تا یک نقشه یا مسیر از ارتباطات ترسیم کند تا پزشکان بتوانند در طول ارتباط با بیماران به‌ویژه افراد دارای سرطان آن را دنبال کنند. این مدل برای غلبه بر برخی مشکلات ارتباطی رایج طراحی شد. از جمله این مسائل می‌توان به مسدود شدن ارتباط به علت عدم آگاهی از نگرانی‌های بیمار، سخنرانی‌های طولانی بدون دادن فرصتی برای پاسخگویی به سؤالات احتمالی بیمار، عدم صحبت در مورد برخی مسائل دشوار به علت سخت بودن برای بیمار و نهایتاً پدیده اطمینان زودرس که می‌تواند به علت در اختیار نگذاشتن زمان کافی برای نگرانی‌های بیمار منجر به احساس عدم درک از سوی بیمار شود، اشاره کرد. بخش اعظم و کلیدی این مدل پرداختن به هیجانات و نحوه پاسخگویی به آنهاست (جدول ۱) زیرا اعتقاد بر این است که هنگامی که اخبار بد به شیوه‌ای همدلانه مخابره می‌شوند می‌تواند تاثیر مهمی بر رضایت بیمار داشته باشد و موجب کاهش اضطراب و افسردگی وی شود (بک و همکاران، ۲۰۰۵). پروتکل دیگر مطرح شده، مدل 6-point بود. این مدل نیز همانند مدل قبلی روی ارتباطات پزشک و

## References

- Abazari, P., Taleghani, F., Hematti, S., Malekian, A., Mokarian, F., Hakimian, S. M. R., & Ehsani, M. (2017). Breaking bad news protocol for cancer disclosure: an Iranian version. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 10. PMID: PMC6164186. *in Persian*
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology 1. *CA: a cancer journal for clinicians*, 55(3), 164-177. DOI: 10.3322/canjclin.55.3.164.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
- Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal of Clinical Oncology*, 20(8), 2189-2196. DOI: 10.1200/JCO.2002.08.004.
- Bousquet, G., Orri, M., Winterman, S., Brugière, C., Verneuil, L., & Revah-Levy, A. (2015). Breaking bad news in oncology: a metanalysis. *Journal of Clinical Oncology*, 33(22), 2437-2443. DOI: 10.1200/JCO.2014.59.6759.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. University of Toronto Press.
- Clandinin, J., Cave, M. T., & Cave, A. (2011). Narrative reflective practice in medical education for residents: composing shifting identities. *Advances in medical education and practice*, 2, 1. DOI: 10.2147/AMEP.S13241.
- Dos Santos, K. L., Gremigni, P., Casu, G., Zaia, V., & Montagna, E. (2021). Development and validation of The Breaking Bad News Attitudes Scale. *BMC medical education*, 21(1), 1-10. DOI: 10.1186/s12909-021-02636-5.
- Elashiry, A., Abdel Wahed, W. Y., & Elhady, G. W. (2022). Assessing Physicians' Knowledge, Attitude, and Practice Towards Breaking Bad News: A Multicenter Study in Egypt. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 89(2), 6305-6312. DOI: 10.21608/EJHM.2022.268973.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312-319. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)15392-5.
- Garg, A., Buckman, R., & Kason, Y. (1997). Teaching medical students how to break bad news. *Cmaj*, 156(8), 1159-1164.



- Girgis, A., & Sanson-Fisher, R. W. (1998). Breaking bad news 1: current best advice for clinicians. *Behavioral Medicine*, 24(2), 53-59. DOI: 10.1080/08964289809596381.
- Hauk, H., Bernhard, J., McConnell, M., & Wohlfarth, B. (2021). Breaking bad news to cancer patients in times of COVID-19. *Supportive care in cancer*, 29(8), 4195-4198. DOI: 10.1007/s00520-021-06167-z.
- Johnson, J., & Panagioti, M. (2018). Interventions to improve the breaking of bad or difficult news by physicians, medical students, and interns/residents: a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, 93(9), 1400-1412. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002308.
- Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Boyle, F., & Juraskova, I. (2018). Facilitating collaborative and effective family involvement in the cancer setting: guidelines for clinicians (TRIO Guidelines-1). *Patient education and counseling*, 101(6), 970-982. DOI: 10.1016/j.pec.2018.01.019.
- Mailankody, S., & Rao, S. R. (2021). "PENS" approach for breaking bad news—a short and sweet way!. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1157-1159. DOI: 10.1007/s00520-020-05807-0.
- Matthews, T. (2020). Breaking bad news about cancer: the experiences of patients, patients' family/whānau members and healthcare professionals: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Clinical Psychology at Massey University, Wellington, New Zealand (Doctoral dissertation, Massey University).
- Meitar, D., & Karnieli-Miller, O. (2022). Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using SPw-ICE-S—A revised version of the SPIKES protocol. *Medical teacher*, 1-5. DOI: 10.1080/0142159X.2021.1928618.
- Monden, K. R., Gentry, L., & Cox, T. R. (2016, January). Delivering bad news to patients. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 29, No. 1, pp. 101-102). Taylor & Francis. DOI: 10.1080/08998280.2016.11929380.
- Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian journal of palliative care*, 16(2), 61. doi: 10.4103/0973-1075.68401.
- Nardi, T., & Keefe-Cooperman, K. (2006). Communicating bad news: a model for emergency mental health helpers. PMID: 16944793.
- Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., LEMONICA, L., & Barros, G. A. M. D. (2017). The PACIENTE

- Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63, 43-49.
- Salem, A., & Salem, A. F. (2013). Breaking bad news: current prospective and practical guideline for Muslim countries. *Journal of Cancer Education*, 28(4), 790-794. DOI: 10.1007/s13187-013-0523-8.
- Smith RC. (2002). Patient-centered interviewing: an evidence-based method. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- VandeKieft, G. (2001). Breaking bad news. *American family physician*, 64(12), 1975. PMID: 11775763.
- Villagran, M., Goldsmith, J., Wittenberg-Lyles, E., & Baldwin, P. (2010). Creating COMFORT: A communication-based model for breaking bad news. *Communication Education*, 59(3), 220-234. DOI: 10.1080/03634521003624031.
- Zahedi, F. (2011). The challenge of truth telling across cultures: a case study. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 4. PMID: PMC3713926. in *Persian*