مقاله پژوهشی اصیل

بررسی وضعیت انتقال خبر فوت به خانواده‌های بیماران متوفی در بخش‌های مراقبت ویژه یک مرکز درمانی تخصصی قلب‌وعروق

عاطفه محرابی[۱]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه
محمد ضیاء توتونچی قربانی[۲]، فلوشیپ بیهوشی قلب
محمود شیخ فتح الهی[۳]، دکترای تخصصی آمار زیستی
امیرعلی سهیلی[۴]، پزشک عمومی
*** شیوا خالق پرست[۵]، دکترای تخصصی پرستاری**

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت انتقال خبر فوت توسط پرسنل به خانواده‌های بیماران متوفی در بخش‌های مراقبت ویژه یک مرکز درمانی تخصصی قلب‌وعروق در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

زمینه. انتقال اخبار ناگوار، به‌ویژه خبر فوت، یکی از مهم‌ترین و چالش‌برانگیزترین وظایف کادر درمان در بخش‌های مراقبت ویژه به شمار می‌رود. این فرآیند بر خانواده بیماران تاثیرات روانی و عاطفی فراوانی دارد. در این مطالعه تلاش شد با ارزیابی عملکرد پرسنل در انتقال اخبار فوت، نقاط قوت و ضعف موجود شناسایی شوند و راهکارهای احتمالی برای بهبود این فرآیند ارائه گردند.

روش کار. در این مطالعه توصیفی مقطعی از پرسشنامه اسپایکز برای ارزیابی مهارت کادر درمان در انتقال خبر فوت استفاده شد. مشارکت‌کنندگان، ۱۲۱ نفر از اعضای کادر شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه یک مرکز درمانی تخصصی قلب‌وعروق بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ برای تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها. از مجموع ۲۳۲ خبر فوت منتقل‌شده، ۳۲/۳ درصد به‌صورت حضوری و ۶۷/۷ درصد به صورت تلفنی به خانواده بیماران اطلاع داده شده بود. میانگین نمره کسب‌شده از پرسشنامه اسپایکز ۳/۷۰ با انحراف معیار ۶/۱۵ بود که نشان‌دهنده عملکرد متوسط در انتقال خبر فوت است. این نتیجه نشان می‌دهد که عملکرد کادر درمان در این زمینه نسبتاً قابل قبول است، اما هنوز جای بهبود وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد که در این مرکز، بیشتر اخبار فوت به‌صورت تلفنی منتقل می‌شود که برخلاف استانداردهای جهانی است که تاکید دارند اخبار فوت باید در یک محیط خصوصی و به‌صورت حضوری اطلاع‌رسانی شود.

نتیجه‌گیری. این مطالعه نشان داد که پرسنل شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نیاز به آموزش‌های مداوم در زمینه مهارت‌های ارتباطی و نحوه انتقال اخبار ناگوار به خانواده بیماران دارند. همچنین، نتایج مطالعه بیانگر آن است که تدوین پروتکل‌های استاندارد برای انتقال خبر فوت در مراکز درمانی ضروری است. پیشنهاد می‌شود مدیران ارشد به این امر توجه ویژه داشته باشند و پروتکل‌های دقیقی برای ارتقای کیفیت این فرآیند تدوین کنند تا از آسیب‌های روانی ناشی از انتقال اخبار فوت به خانواده‌ها جلوگیری شود.

کلیدواژه‌ها: خبر فوت، خبر ناگوار، پرستار، پزشک، بخش مراقبت ویژه، کادر درمان

۱ کارشناسی ارشد پرستاری ویژه، مرکز تحقیقات پرستاری قلب‌وعروق، انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی، تهران، ایران
۲ استاد، فلوشیپ بیهوشی قلب، انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی، تهران، ایران
۳ استادیار، دکترای تخصصی آمار زیستی، مرکز تحقیقات پرستاری قلب‌وعروق، انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی، تهران، ایران
۴ دکترای حرفه ای پزشکی عمومی، مرکز تحقیقات پرستاری قلب‌وعروق، انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی، تهران، ایران
۵ دانشیار، دکترای تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری قلب‌وعروق، انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: sh_khaleghparast@yahoo.com

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

مقدمه

انتقال اخبار ناگوار، به‌ویژه خبر فوت، یکی از چالش‌های مهم در مراقبت‌های پزشکی به شمار می‌رود. این فرآیند نیازمند مهارت‌های ارتباطی ویژه‌ای است که تأثیرات روانی عمیقی بر دریافت‌کنندگان خبر می‌گذارد. در بخش‌های مراقبت ویژه، به دلیل وضعیت بحرانی بیماران، انتقال خبر فوت به خانواده‌ها اهمیتی دوچندان پیدا می‌کند. این فرآیند می‌تواند منجر به واکنش‌های شدید احساسی و روانی در خانواده بیمار شود که ممکن است مدت‌ها پس از دریافت خبر ادامه یابد (صدیقی، ۲۰۱۱). در بخش‌های مراقبت ویژه، جایی که شرایط بیماران بحرانی و مرگبار است، کادر درمان، به‌ویژه پرستاران و پزشکان، باید از مهارت‌های خاصی برای انتقال چنین اخبار بد و حساس استفاده کنند. مطالعات نشان داده‌اند که این مهارت‌ها می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر فرآیند تطابق خانواده بیمار با وضعیت پیش‌آمده داشته باشند و در نتیجه، به رضایت خانواده‌ها و کاهش اضطراب آنها کمک کنند (وارنوک، ۲۰۱۰؛ پارسا، ۱۳۹۰).

اگرچه به نظر می‌رسد انتقال خبر بد جزئی از وظایف پزشکان است، اما اغلب با توجه به عدم تمایل و یا مهارت کمتر آنها دراین زمینه، در بیشتر موارد، این مسئولیت سنگین به‌صورت ناخودآگاه به پرستاران محول می‌شود، زیرا آنان بیشترین زمان را با بیمار و خانواده او می‌گذرانند و بنابراین، به‌طور مستقیم و البته موثرتری با آنان در ارتباط هستند. در نتیجه، پرستاران نقشی کلیدی در فرآیند انتقال اخبار ناگوار به‌ویژه خبر فوت ایفا می‌کنند (مالوی، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، در بخش‌های مراقبت ویژه، با توجه به شرایط خاص بیماران، احتمال انتقال خبر فوت به‌صورت تلفنی بیشتر از حضوری است. این موضوع به‌ویژه در ایران که ویژگی‌های فرهنگی و مذهبی خاصی دارد، می‌تواند تأثیرات روانی و عاطفی متفاوتی بر خانواده‌ها بگذارد. همچنین، با توجه به اینکه پرستاران در این شرایط ممکن است احساسات گوناگونی نظیر خشم یا ترس را تجربه کنند، مواجهه با چنین شرایطی معمولا چالش برانگیز است (گیرگیس، ۱۹۹۵؛ فوجیموری، ۲۰۰۵؛ روانی پور، ۱۳۹۳).

با توجه به این مسائل و اهمیت نحوه انتقال این خبر توسط کادر درمان، به‌ویژه در بخش‌های مراقبت ویژه، هدف اصلی این تحقیق بررسی وضعیت فعلی و مهارت کادر درمان در انتقال خبر فوت به خانواده‌های بیماران متوفی در بخش‌های مراقبت ویژه انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی بود.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به‌صورت توصیفی مقطعی طراحی شد و هدف آن بررسی وضعیت موجود انتقال خبر فوت به خانواده‌های بیماران متوفی در بخش‌های مراقبت ویژه انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی در سال ۱۳۹۹ بود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه پرسنل شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه شامل پزشکان، پرستاران، منشی‌ها و سایر اعضای کادر درمان بودند که در فرآیند انتقال خبر فوت به خانواده بیماران متوفی نقش داشتند. با توجه به اینکه تعداد اعضای کادر درمان شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و مراقبت ویژه قلبی در بازه زمانی شش‌ماهه (خرداد تا آبان سال ۱۳۹۹) ۱۲۱ نفر بود، نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری انجام شد. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، داشتن حداقل یک بار تجربه انتقال خبر فوت به خانواده بیمار، و رضایت به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل تکمیل پرسشنامه به‌صورت ناقص و انصراف از ادامه همکاری در تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار جمع‌آوری در این مطالعه شامل فرم اطلاعات دموگرافیک (مشخصات فرد انتقال‌دهنده خبر و دو سئوال درباره شغل و نحوه انتقال خبر به‌صورت تلفنی یا حضوری)، و پرسشنامه اسپایکز بود. این پرسشنامه، یک ابزار استاندارد و معتبر شامل شش بخش آماده‌سازی محیط، ارزیابی ادراک، دعوت به گفت‌وگو، ارائه اطلاعات، واکنش همدلانه، و راهکار و راهبردهای بعدی است که به‌طور معمول برای ارزیابی مهارت‌های ارتباطی پرسنل در انتقال اخبار بد به کار می‌رود و روایی و پایایی آن در تحقیقات قبلی و بومی نیز تایید شده است (باکمن، ۱۹۹۲؛ فرخیار، ۱۳۹۳). در پژوهش فرخیار و همکاران (۱۳۹۳)، در یک مطالعه دلفی، نسخه ترجمه‌شده برای تعدادی از متخصصان آموزش پزشکی که در زمینه مهارت‌های ارتباطی تبحر داشتند، ارسال و نظرات آنها در دو مرحله اخذ و اصلاحات لازم اعمال شد و سپس، به متخصص آن در خارج از کشور برای برگرداندن به زبان انگلیسی ارسال شد. تأیید این ترجمه توسط نامبرده، خود در واقع روایی خارجی ابزار محسوب می‌شود و بدین‌ترتیب، روایی صوری و محتوایی دستورالعمل تایید شده بود. برای بررسی روایی ساختاری، پرسشنامه بین ۱۰۰ دستیار توزیع و سپس داده‌ها تحلیل شدند و با تشکیل پانل‌های تخصصی روایی آن تایید شد. پایایی پرسشنامه با آزمون بازآزمایی مجدد و سنجش آلفای کرونباخ ارزیابی شد. در مطالعه فرخیار و همکاران آلفای کرونباخ

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

کل ابزار که نشانگر انسجام درونی آن است در حیطه‌های اندازه‌گیری‌شده، بیشتر از ۰/۷۰ بود که بیانگر پایایی خوب این پرسش‌نامه است. پرسشنامه پس از بازنگری جزئی کلمات، جهت سنجش عملکرد اختصاصی ارائه خبر فوت به خانواده بیمار متوفی، دوباره به ده نفر از استادان انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی برای تایید شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا داده شد که با نظر نهایی استادان استفاده گردید. این نظرات و پیشنهادات شامل املای بعضی کلمات و گزینه‌ها بود. همچنین، سازگاری درونی (پایایی) بخش‌های مختلف پرسشنامه با ۱۵ پرسش و به صورت جداگانه براساس ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد و مقدار آلفا ۰/۸۸۱ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسشنامه است.

نمره‌دهی در این پرسش‌نامه به صورت بلی (۱) و خیر (صفر) بود و امتیازها به سه سطح ضعیف (صفر تا ۵)، متوسط (۵ تا ۱۰) و خوب (۱۰ تا ۱۵) تقسیم شد. پس از اخذ مجوزهای لازم و کد اخلاق (IR.RHC.REC.1399.038)، پژوهشگر با حضور در بخش‌های ویژه و سی‌سی‌یود خود را معرفی و اهداف پژوهش را به پرسنل توضیح داد. پرسشنامه‌ها بین سرپرستاران توزیع شد تا به افراد واجد شرایط داده شود. تکمیل پرسشنامه به صورت خودگزارش‌دهی بود و در صورت انتقال خبر به صورت تلفنی، فقط بخش دموگرافیک تکمیل می‌شد. تمامی داده‌ها به‌صورت محرمانه و با حفظ حریم خصوصی افراد جمع‌آوری گردید. داده‌های به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۲۱ نفر از پرسنل شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه انستیتو قلب‌وعروق شهید رجایی در بازه زمانی شش‌ماهه (از ابتدای خرداد تا پایان آبان ماه سال ۱۳۹۹) شرکت کردند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۳۸/۸۰ سال با انحراف معیار ۷/۳۸ و میانگین سابقه کار آنها، ۱۰/۹۴ سال با انحراف معیار بود. از این تعداد ۹۶ نفر (۷۹/۳ درصد) زن و ۲۵ نفر (۲۰/۷ درصد) مرد بودند. بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به مقطع کارشناسی (۷۴/۴ درصد) بود. شغل بیشتر شرکت‌کنندگان (۷۷/۶ درصد) پرستار بود که از این بین، مسئولان شیفت‌ها بیشترین سهم انتقال خبر فوت را داشتند (۵۴/۵ درصد). همچنین، پرسنل رسمی فراوانی بالاتری در انتقال خبر داشتند (۴۳ درصد) (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک افراد انتقال‌دهنده خبر فوت

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس		**نوع شیفت**	
مرد	۲۵ (۲۰/۷)	**صبح**	۳۵ (۲۸/۹)
زن	۹۶ (۷۹/۳)	**عصر و شب**	۸۶ (۷۱/۱)
سطح تحصیلات		**نقش حرفه‌ای**	
لیسانس	۹۰ (۷۴/۴)	**پزشک**	۱۵ (۱۲/۴)
فوق لیسانس	۱۶ (۱۳/۲)	**سرپرستار**	۱۱ (۹/۱)
دکتری	۱۵ (۱۲/۴)	**مسئول شیفت**	۶۶ (۵۴/۵)
نوع استخدام		**پرستار**	۱۷ (۱۴/۰)
قراردادی	۴۳ (۳۵/۵)	**منشی**	۱۲ (۹/۹)
پیمانی	۲۶ (۲۱/۵)	**نحوه انتقال خبر فوت**	
رسمی	۵۲ (۴۳/۰)	**تلفنی**	۶۹ (۵۷/۰)
		حضوری	۵۲ (۴۳/۰)

از مجموع ۲۳۲ خبر فوت انتقال داده‌شده، ۷۵ خبر (۳۲/۳ درصد) به‌صورت حضوری و ۱۵۷ خبر (۶۷/۷ درصد) به‌صورت تلفنی به اطلاع خانواده بیماران رسانده شده بود. این یافته نشان می‌دهد که بیشتر اخبار فوت به‌صورت تلفنی منتقل می‌شوند و درصد کمتری از آنها به‌صورت حضوری به خانواده‌ها اعلام می‌شود. در جدول ۲ توزیع فراوانی نحوه انتقال خبر فوت برای هر یک از عبارات

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

پرسشنامه اسپایکز در خبرهای فوت حضوری (۷۵ مورد) ارائه شده است. در ۷۵ خبر فوت حضوری، میانگین نمره پرسشنامه اسپایکز ۶/۱۵ با انحراف معیار ۳/۷۰ و در محدوده یک تا ۱۴ گزارش شد که نشان‌دهنده عملکرد متوسط در انتقال خبر فوت است. با این حال، تحلیل‌ها نشان داد که در برخی گروه‌های شغلی و شیفت‌ها، عملکرد می‌تواند متفاوت باشد (جدول ۳).

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ به گویه‌های نحوه انتقال خبر فوت (پرسشنامه اسپایکز)

ردیف	عبارات	بلی (درصد) تعداد	خیر (درصد) تعداد
۱	گفتن خبر فوت به خانواده بیمار، در محیطی خصوصی و محرمانه انجام شد.	۱۸ (۲۴)	۵۷ (۷۶)
۲	برای انتقال خبر فوت و دلداری خانواده بیمار، زمان معینی را از قبل در نظر گرفتم.	۲۰ (۷/۲۶)	۵۵ (۳/۷۳)
۳	موقع گفتن خبر فوت به خانواده بیمار، کنار او نشستم.	۳۰ (۴۰)	۴۵ (۶۰)
۴	هنگام گفتن خبر فوت به خانواده بیمار، لباس فرم خود را به تن داشتم.	۷۱(۷/۹۴)	۴ (۳/۵)
۵	بعد از ارائه خبر فوت به خانواده بیمار، آنها را به تیم تخصصی پزشکی یا مددکار معرفی کردم.	۲۱ (۲۸)	۵۴ (۷۲)
۶	هنگام گفتگو با خانواده بیمار و انتقال خبر فوت، به منشی درمانگاه گفتم که تماس تلفنی را در طول گفتگو وصل نکند.	۱۷ (۷/۲۲)	۵۸ (۳/۷۷)
۷	تلفن همراه و یا پیجر خود را در هنگام گفتن خبر فوت به خانواده بیمار، خاموش کردم.	۱۸ (۲۴)	۵۷ (۷۶)
۸	اگر با عضو خانواده بیمار هم‌جنس بودم، برای دلداری دستم را روی شانه‌اش گذاشتم.	۲۳ (۷/۳۰)	۵۲ (۳/۶۹)
۹	هنگام گفتن خبر فوت، نوعی آرام‌بخشی نسبی و منطقی به خانواده بیمار دادم (این اطمینان را دادم که تیم درمان تمام تلاششان را کرده‌اند).	۵۰ (۷/۶۶)	۲۵ (۳/۳۳)
۱۰	پیش از گفتن جزئیات خبر فوت به خانواده بیمار، آنها را از جدی بودن شرایط بیمارشان آگاه کردم.	۵۰ (۷/۶۶)	۲۵ (۳/۳۳)
۱۱	پس از بررسی دانسته‌های خانواده بیمار در مورد بیماری بیمارشان، شروع به گفتن خبر فوت کردم.	۳۸ (۷/۵۰)	۳۷ (۳/۴۹)
۱۲	هنگام انتقال خبر فوت، شانس زنده ماندن بیمارشان را به خانواده اش گفتم.	۴۵ (۶۰)	۳۰ (۴۰)
۱۳	اگر خانواده بیمار کنجکاو بودند که طول تقریبی زنده ماندن بیمارشان را درصورت عدم انجام پروسه درمان بدانند، به آنها توضیحات لازم را دادم.	۲۶ (۷/۳۴)	۴۹ (۳/۶۵)
۱۴	پیش از ابلاغ خبر فوت، بررسی کردم که خانواده بیمار تا چه حدی مایل به آگاه شدن از شرایط ناگوار بیمارشان قبل از فوت بودند.	۲۶ (۷/۳۴)	۴۹ (۳/۶۵)
۱۵	با گفتن خبر فوت، خانواده بیمار را تشویق کردم تا احساس درونی خود را در این مورد ابراز کنند.	۲۳ (۷/۳۰)	۵۲ (۳/۶۹)

میانگین نمره پرسشنامه اسپایکز در انواع گروه‌های شغلی، متفاوت بود. آزمون مقایسه‌های چندگانه توکی نشان داد که میانگین نمره در شرکت‌کنندگان با استخدام قراردادی به‌طور معنی‌داری کمتر از افراد با استخدام پیمانی (P=۰/۰۱۹) و رسمی (P=۰/۰۴۵) بود. این تفاوت نشان‌دهنده ارتباط نوع قرارداد با عملکرد کادر درمان در انتقال خبر فوت است. با این حال، میانگین نمره پرسشنامه اسپایکز در شرکت‌کنندگان با استخدام پیمانی و رسمی تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشت. با توجه به تفاوت آماری معنادار در آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بر حسب سمت فرد انتقال‌دهنده خبر فوت (P=۰/۰۳۹)، آزمون مقایسه‌های چندگانه توکی نشان داد که میانگین نمره پرسشنامه اسپایکز در سرپرستاران به‌طور معنی‌داری بیشتر از مسئولان شیفت بود (P=۰/۰۲۳)، در حالی که میانگین نمره سایر گروه‌ها تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نشان نداد. این تفاوت ممکن است نشان‌دهنده تجربه بیشتر سرپرستاران در مدیریت چنین موقعیت‌ها و عملکرد بهتر آنها در انتقال خبر بد باشد.

میانگین نمره پرسشنامه اسپایکز در پرستاران شیفت صبح به‌طور معنی‌داری بیشتر از شیفت‌های عصر و شب بود (P=۰/۰۱۶). این تفاوت می‌تواند ناشی از شرایط متفاوت روانی و جسمی کارکنان در ساعات مختلف باشد، که بر توانایی آنها در انجام این فرآیند تاثیر می‌گذارد.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

میانگین نمره پرسشنامه اسپایکز در زنان و مردان شرکت‌کننده در مطالعه تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد، که بیانگر این موضوع است که عملکرد زنان و مردان در انتقال خبر فوت به صورت حضوری مشابه بوده است. همچنین، آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین نمره پرسشنامه اسپایکز بر حسب سطح تحصیلات افراد شرکت‌کننده در مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری ندارد؛ به عبارت دیگر، عملکرد افراد با سطح تحصیلات کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا در انتقال خبر فوت به صورت حضوری مشابه بود.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره پرسشنامه اسپایکز در ۵۲ فرد انتقال‌دهنده خبر فوت به صورت حضوری، برحسب ویژگی‌های دموگرافیک

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	آزمون
جنس			
مرد	۷ (۱۳/۵)	۴/۷۹ (۳/۸۵)	df=۵۰ ،t=۱/۰۵۳ ،P=۰/۲۹۸
زن	۴۵ (۸۶/۵)	۶/۳۶ (۳/۶۷)	
سطح تحصیلات			
لیسانس	۳۳ (۶۳/۵)	۵/۹۷ (۳/۳۰)	
فوق لیسانس	۴ (۷/۷)	۸/۲۵ (۳/۵۲)	df=۴۹ ،۲ ،t=۰/۶۹۰ ،P=۰/۵۰۶
دکتری	۱۵ (۲۸/۸)	۶/۰۱ (۴/۵۸)	
نوع استخدام			
قراردادی	۱۹ (۳۶/۵)	۴/۳۲ (۳/۴۹)	
پیمانی	۶ (۱۱/۵)	۸/۲۵ (۳/۵۲)	df=۴۹ ،۲ ،t=۵/۱۱۴ ،P=۰/۰۱۰
رسمی	۲۷ (۵۲/۰)	۶/۰۱ (۴/۵۸)	
نوع شیفت			
صبح	۲۲ (۴۲/۳)	۷/۵۸ (۴/۰۲)	df=۵۰ ،t=۳/۰۲۰ ،P=۰/۰۰۰
عصر و شب	۳۰ (۵۷/۷)	۵/۱۱ (۳/۱۱)	
نقش حرفه‌ای			
پزشک	۱۵ (۲۸/۹)	۶/۰۱ (۴/۵۷)	
سرپرستار	۱۰ (۱۹/۲)	۹/۰۲ (۳/۱۷)	df=۴۸ ،۳ ،t=۲/۴۹۷ ،P=۰/۰۳۹
مسئول شیفت	۲۱ (۴۰/۴)	۵/۰۱ (۲/۶۲)	
پرستار	۶ (۱۱/۵)	۵/۷۵ (۳/۶۳)	

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی نمره پرسشنامه اسپایکز با سن (r=۰/۰۱۰، P=۰/۹۴۲)، سابقه کار (r=۰/۲۰۷، P=۰/۱۴۰)، و تعداد دفعات انتقال خبر ناگوار (r=۰۹۱/۰، P=۵۲۰/۰) در ۵۲ نفر فرد انتقال دهنده خبر فوت به صورت حضوری، ضعیف بود و از نظر آماری معنی‌دار نبود. در بین اعضای کادر درمان، بیشترین درصد انتقال خبر فوت به خانواده بیمار توسط پرستاران مسئول شیفت عصر و شب (۴۴/۸ درصد) انجام شد. کمترین درصد انتقال خبر فوت نیز توسط پزشکان بود (۷/۸ درصد). این نشان می‌دهد که در این مرکز درمانی پرستاران به‌طور عمده مسئول انتقال خبر فوت به خانواده‌ها هستند.

بحث

در این مطالعه، به بررسی وضعیت انتقال خبر فوت به خانواده بیماران متوفی در بخش‌های مراقبت ویژه یک مرکز درمانی تخصصی قلب‌وعروق پرداخته شد. یکی از یافته‌های مهم این بود که بیشتر اخبار فوت به صورت تلفنی به خانواده‌ها اعلام شد، در حالی که اصولا انتقال اخبار فوت باید به‌صورت حضوری و در یک محیط خصوصی و آرام صورت گیرد. این یافته نشان می‌دهد که کادر درمان، به‌ویژه در شرایط بحرانی مانند پاندمی کرونا، از شیوه‌های غیررسمی و راحت‌تری مانند تماس تلفنی استفاده کرده‌اند، که این موضوع بر خلاف توصیه‌های استاندارد در خصوص انتقال اخبار بد است (بلی، ۲۰۲۰).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

یافته‌ها نشان داد که عملکرد کلی در انتقال خبر فوت در سطح متوسط قرار دارد. این عملکرد، با توجه به نمرات به‌دست‌آمده از پرسشنامه اسپایکز در حد قابل قبولی است، اما همچنان نیازمند بهبود است. در برخی از مطالعات مشابه، مانند مطالعه راینکه و همکاران (۲۰۱۰) که در آن مهارت‌های پرستاران در انتقال اخبار بد به بیماران و خانواده‌ها بررسی شد، گزارش شد که پرستاران به‌ویژه در بخش‌های مراقبت ویژه، به دلیل مواجهه مکرر با این نوع شرایط، دارای مهارت‌های بهتری در این زمینه هستند. از سوی دیگر، در این مطالعه نیز مشاهده شد که مسئولان شیفت و پرستاران مسئول بیشتر از دیگر اعضای تیم درمانی به خانواده‌ها خبر فوت را منتقل کرده‌اند. این موضوع بر اهمیت نقش پرستاران در انتقال اخبار بد تاکید دارد که با یافته‌های مطالعه برهانی و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی دارد که در آن گفته شده بود مهارت‌های ارتباطی پرستاران در ارائه اخبار بد و ایجاد ارتباط مؤثر با خانواده‌ها نقش بسزایی دارد.

مطالعات داخلی بسیاری بر چالش‌های موجود در فرآیند انتقال اخبار ناگوار به‌ویژه خبر فوت تاکید کرده‌اند. به‌عنوان مثال، مطالعه‌ای توسط آزادی و همکاران (۲۰۱۸) در دانشگاه علوم پزشکی تبریز نشان داد که مهارت دستیاران پزشکی در انتقال اخبار ناگوار به‌ویژه بر اساس پروتکل اسپایکز در سطح مطلوبی قرار ندارد. در این مطالعه، همچنین مشاهده شد که انتقال خبر فوت توسط پزشکان در مقایسه با پرستاران بسیار کمتر است. این نتیجه با مطالعه گلاس و همکاران (۲۰۰۴) که تاکید می‌کند پزشکان باید مسئول انتقال اخبار فوت باشند، همخوانی ندارد. این ممکن است به دلیل کمبود آموزش و تجربه در این زمینه باشد (مالوی، ۲۰۱۰) که نیاز به بررسی و ارتقای مهارت‌های ارتباطی در آموزش‌های پزشکی دارد. در توجیه این یافته‌ها می‌توان مواردی همچون فقدان آموزش‌های مناسب در زمینه انتقال اخبار بد برای کادر درمان، به‌ویژه پزشکان و پرستاران اشاره کرد. همان‌طور که در مطالعه هراهیل و همکاران (۲۰۰۵) گزارش شد، آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند به‌طور معناداری به بهبود عملکرد در انتقال اخبار بد منجر شود. از سوی دیگر، انتقال اخبار به‌صورت تلفنی و عدم رعایت اصول استاندارد محیطی در انتقال خبر فوت ممکن است تحت تاثیر شرایط بحرانی مانند پاندمی کرونا باشد، که نیازمند تغییرات فوری و اتخاذ شیوه‌های جدید ارتباطی است. همچنین، عوامل سازمانی مانند نوع قرارداد شغلی و وضعیت شغلی پرسنل نیز می‌تواند بر عملکرد آنها تاثیرگذار باشد، که این موضوع در مطالعه حاضر نیز مشاهده شد.

این مطالعه با وجود ارائه داده‌های مهم در زمینه انتقال خبر فوت، محدودیت‌هایی داشت. اولین محدودیت مربوط به اندازه نمونه بود که تنها شامل کادر درمان مرکز خاصی در ایران است و این ممکن است نتایج را قابل تعمیم به دیگر مراکز درمانی نکند. همچنین، اطلاعات مربوط به شرایط خاص و تاثیرات پاندمی کرونا بر نحوه انتقال اخبار فوت محدود است. از آنجا که این مطالعه تنها بر اساس داده‌های پرسشنامه‌ای انجام شده است، ممکن است برخی از جنبه‌های کیفی و تجربی این فرآیند نادیده گرفته شده باشد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، ارائه دوره‌های آموزش مداوم و برنامه‌های بازآموزی برای ارتقای مهارت‌های ارتباطی کادر درمان، به‌ویژه در زمینه انتقال اخبار بد، ضروری است. این آموزش‌ها بهبود قابل توجهی در عملکرد کادر درمان به همراه دارند (گارسیا، ۲۰۲۳). همچنین، به‌منظور جلوگیری از مشکلات قانونی، تدوین پروتکل‌های استاندارد برای انتقال اخبار بد، به‌ویژه انتقال خبر فوت توسط پزشکان، در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ضروری است. این پروتکل‌ها باید شامل نحوه اطلاع‌رسانی، زمان‌بندی و رعایت اصول اخلاقی و انسانی باشد (دینز، ۲۰۱۶).

نتیجه‌گیری

انتقال خبر فوت به خانواده‌های بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه نیازمند آموزش و ارتقای مهارت‌های ارتباطی کادر درمان است. در شرایط بحرانی مانند پاندمی کرونا، استفاده از شیوه‌های غیرحضوری برای انتقال اخبار فوت افزایش می‌یابد، که این موضوع نیازمند تدوین راهکارهای آموزشی و پروتکل‌های مناسب است. بنابراین، توسعه و بهبود مهارت‌های ارتباطی کادر درمان می‌تواند به‌طور موثری به مدیریت بهتر این فرآیند چالش‌برانگیز کمک کند.

منابع فارسی

پارسا، م.، باقری، ع.، و لاریجانی، ب. (۱۳۹۰) گفتن خبر بد به بیمار و جوانب مختلف آن. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران. ۱۳۹۰؛ ۴ (۶) :۱۴-۱
روانی پور، م.، غلامی، س.، جهان پور، ف.، هاشمی، م.، و حسینی، س. (۱۳۹۳). سنجش میزان آگاهی پرستاران پیرامون نحوه انتقال خبر ناگوار به بیماران و همراهان آن ها. اخلاق پزشکی، ۸(۲۹)، ۱۷۱-۱۹۱.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

فرخ یار، ن.، شیرازی، م.، بهادر، ح.، برادران، ح.، و جهانشیر، ا. (۱۳۹۳) بررسی پایایی و روایی پرسشنامه دستورالعمل (SPIKES) به منظور سنجش مهارت ارائه خبر ناخوشایند به بیمارتوسط دستیاران پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱. مجله علوم پزشکی رازی. ۲۱ (۱۲۲) :۳۶-۲۹.

منابع انگلیسی

Azadi, A., et al. 2018. Medical student's skills in notifying bad news based on SPIKES protocol. Journal of Liaquat University of Medical & Health Sciences, 17(04): 249-254.

Belli LF. 2020. Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2 [Recommendations for communicating bad news by phone during the SARS-CoV-2 pandemicRecomendações para a comunicação de más notícias por telefone durante a pandemia do SARS-CoV-2]. Rev Panam Salud Publica, 44:e69. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2020.69. PMID: 32523607; PMCID: PMC7279122.

Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. 2014. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. J Med Ethics Hist Med, .7:3 PMID: 25512824; PMCID: PMC4263391.

Buckman, R. 1992. How to break bad news: a guide for health care professionals. JHU Press.

Dean, A. and S. Willis. .2016 The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. International journal of palliative nursing, 22(6): 265-271.

Fujimori, M., et al. 2005. Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 14(12): 1043-1051.

García, A. R., et al. 2023. As early as possible: training medical students to deliver bad news. IEEE Revista Iberoamericana de Tecnologias del Aprendizaje, 18(1): 33-40.

Girgis, A. and R. W. Sanson-Fisher. .1995 Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. Journal of Clinical Oncology, 13(9): 2449-2456.

Glass, E. and D. Cluxton. .2004 Truth-telling: ethical issues in clinical practice. Journal of Hospice & Palliative Nursing, 6(4): 232-242.

Harrahill, M. 2005. Giving bad news gracefully. Journal of Emergency Nursing, 31(3): 312-314.

Malloy, P., et al. 2010. Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care. Journal of Hospice & Palliative Nursing, 12(3): 166-174

Reinke, L. F., et al. 2010. Supporting hope and prognostic information: nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. Journal of pain and symptom management, 39(6): 982-992.

Siddiqui, S., et al. 2011. What families want-an assessment of family expectations in the ICU. International archives of medicine, 4(1): 21.

Warnock, C., et al. 2010. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. Journal of advanced nursing, 66(7): 1543-1555

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]

Original Article

Assessment of death notification to the families of deceased patients in Intensive Care Units of a specialized cardiovascular medical center

Atefeh Mehrabi[1], MSc
Mohammad Ziae Totonchi Ghorbani[2], MD
Mahmood Sheikh Fathollahi[3], PhD
Amirali Soheili[4], MD
*** Shiva Khaleghparast[5], PhD**

Abstract

Aim. The aim of this study was to assess the current status of death notification by healthcare staff to the families of deceased patients in the intensive care units of a specialized cardiovascular medical center in 2020.

Background. Delivering bad news, particularly death notification, is one of the most important and challenging responsibilities of healthcare providers in intensive care units (ICUs). This process has profound psychological and emotional impacts, not only on the patient, but also on their families. This study was conducted to evaluate the performance of the healthcare staff in delivering death news, identify existing strengths and weaknesses, and provide potential solutions for improving this process.

Method. This descriptive cross-sectional study used the SPIKES questionnaire to assess the communication skills of the healthcare staff in delivering death news. A total of 121 healthcare staff members from the intensive care units of the specialized cardiovascular medical center participated in the study, selected via census sampling. Data were analyzed using SPSS version 24, and a significance level of 0.05 was considered.

Findings. Of the 232 death notifications, 32.3 percent were delivered in person, and 67.7 percent were delivered by phone. The mean score obtained from the SPIKES questionnaire was 3.70±1.56, indicating an average performance in delivering death news. This result suggests that the performance of the healthcare staff in this regard is reasonably acceptable but still has room for improvement. The study also found that, in this center, the majority of death notifications were delivered by phone, which contradicts global standards that emphasize delivering death news in a private and in-person setting.

Conclusion. This study showed that healthcare staff in intensive care units need continuous training in communication skills and methods for delivering bad news to patients' families. Additionally, the results indicate the necessity of developing standardized protocols for death notification in healthcare settings. It is recommended that senior management pay special attention to this matter and develop precise protocols to improve the quality of this process and prevent the psychological harm caused by delivering death news to families.

Keywords: Death notification, Bad news, Nurse, Physician, Intensive care unit, Healthcare staff

1 MSc, Cardiovascular Nursing Research Center, Rajaie Cardiovascular Institute, Tehran, Iran
2 Professor, Rajaie Cardiovascular Institute, Tehran, Iran
3 Assistant Professor, Cardiovascular Nursing Research Center, Rajaie Cardiovascular Institute, Tehran, Iran
4 MD, Cardiovascular Nursing Research Center, Rajaie Cardiovascular Institute, Tehran, Iran
5 Associate Professor, Cardiovascular Nursing Research Center, Rajaie Cardiovascular Institute, Tehran, Iran (*Corresponding Author) e-mail: sh_khaleghparast@yahoo.com

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16]