REVIEW ARTICLE

Ethical Considerations Related to Breaking Bad News in Obstetrics and Gynaecology: A Scoping Review

Homeira Asgharpour[1]
Zohreh Shahhosseini[2]

[1].PhD Student in Midwifery, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Professor, Department of Midwifery, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 13, 2026; Accepted September 29, 2026)

Abstract

Background and purpose: Delivering bad news in obstetrics, gynaecology, and midwifery is a complex clinical task that can have significant psychological, emotional, familial, and social consequences for women and their families. It also presents ethical and communication challenges for healthcare professionals. This scoping review aimed to identify, classify, and synthesise ethical considerations related to delivering bad news in gynaecological and midwifery care, as well as the reported challenges and strategies.

Materials and methods: The review was conducted using the framework proposed by Arksey and O'Malley and in accordance with the PRISMA-ScR guidelines. Studies published between January 1990 and March 2026 were searched for in PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar. After duplicate records were removed, titles and abstracts were screened, followed by full-text assessment of potentially eligible studies. Relevant studies published in Persian or English were included if they met the predefined eligibility criteria. The textual data were analysed using conventional content analysis.

Results: Of the 420 records identified, 50 duplicates were removed, leaving 370 records for screening. Following the exclusion of 313 records during title and abstract screening, the full texts of 57 studies were assessed for eligibility. Seventeen studies were excluded during full-text assessment, leaving 40 studies for further evaluation. Of these, 24 were excluded because they did not meet the review's final eligibility criteria. Ultimately, 16 studies were included in the synthesis. A manual search identified two additional records, neither of which met the inclusion criteria. Five main themes were identified: ethical principles, stakeholder roles, communication skills, barriers and facilitators, and psychosocial consequences.

Conclusion: Delivering bad news in obstetric and gynaecological care is a multidimensional process shaped by ethical principles, individual and cultural preferences, communication skills, and organisational factors. Multicentre interventional studies are needed to develop and adapt educational strategies to local contexts and evaluate their effects on patient-centred outcomes.

Keywords: ethical considerations, breaking bad news, women, midwifery, patient-centred communication.

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (263): 255-268 (Persian).

Corresponding Author: Zohreh Shahhosseini - Department of Midwifery Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: zshahhosseini@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۳ آبان سال ۱۴۰۵ (۲۶۸-۲۵۵)

ملاحظات اخلاقی مرتبط با اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی: یک مرور دامنه‌ای

حمیرا اصغرپور[۱]
زهره شاه حسینی[۲]

چکیده

سابقه و هدف: اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی از پیچیده‌ترین موقعیت‌های بالینی است که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی، عاطفی، خانوادگی و اجتماعی قابل‌توجهی برای زنان و خانواده‌های آنان داشته باشد و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را با چالش‌های اخلاقی و ارتباطی مواجه کند. این مرور دامنه‌ای با هدف شناسایی، طبقه‌بندی و ترکیب ملاحظات اخلاقی مرتبط با اطلاع‌رسانی خبرهای بد در مراقبت‌های زنان و مامایی و بررسی چالش‌ها و راهبردهای گزارش‌شده انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه بر اساس چارچوب آرکسی و اومالی و راهنمای PRISMA-ScR انجام شد. مطالعات منتشرشده از ژانویه ۱۹۹۰ تا مارس ۲۰۲۶ در پایگاه‌هایPubMed ، Scopus، Web of Scienceو Google Scholar جستجو شدند. پس از حذف موارد تکراری، عناوین و چکیده‌ها غربال و متن کامل مطالعات واجد شرایط بررسی شد. مطالعات مرتبط فارسی و انگلیسی مطابق معیارهای ورود انتخاب و داده‌های متنی با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۴۲۰ رکورد شناسایی‌شده، ۵۰ مورد تکراری حذف و ۳۷۰ رکورد غربال شد. پس از حذف ۳۱۳ رکورد در مرحله عنوان و چکیده، متن کامل ۵۷ مطالعه بررسی شد. ۱۷ مطالعه در بررسی متن کامل کنار گذاشته شدند و ۴۰ مطالعه وارد ارزیابی نهایی شدند که از میان آن‌ها، ۲۴ مطالعه به دلیل عدم انطباق با دامنه نهایی مرور حذف شدند. در نهایت، ۱۶ مطالعه وارد سنتز نهایی شدند. جستجوی دستی نیز دو رکورد بالقوه شناسایی کرد که واجد شرایط ورود نبودند. پنج مضمون اصلی شامل اصول اخلاقی، نقش ذی‌نفعان، مهارت‌های ارتباطی، موانع و تسهیل‌کننده‌ها و پیامدهای روانی و اجتماعی شناسایی شد.

استنتاج: اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی فرایندی چندبعدی است که اصول اخلاقی، ترجیحات فردی و فرهنگی، مهارت‌های ارتباطی و عوامل سازمانی را دربرمی‌گیرد. انجام مطالعات مداخله‌ای و چندمرکزی برای توسعه و بومی‌سازی راهبردهای آموزشی و ارزیابی پیامدهای بیمارمحور ضروری است.

واژه های کلیدی: ملاحظات اخلاقی؛ اطلاع رسانی خبر بد؛ زنان؛ مامایی؛ ارتباط بیمارمحور

مولف مسئول: زهره شاه حسینی-ساری، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران **E-mail:** zshahhosseini@yahoo.com
۱. دانشجوی دکتری مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استاد سلامت باروری، گروه مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۴/۲۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۴/۳۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۷/۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

اطلاع‌رسانی خبر بد (Breaking Bad News) به فرایند انتقال اطلاعاتی اطلاق می‌شود که می‌تواند برداشت فرد از وضعیت سلامت، آینده یا کیفیت زندگی خود یا جنین را به‌طور نامطلوب تحت تأثیر قرار دهد. این فرایند یکی از موقعیت‌های دشوار در مراقبت سلامت است و در حوزه زنان و مامایی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا ارائه‌دهندگان خدمات در موقعیت‌هایی مانند تشخیص ناهنجاری‌های جنینی، از دست رفتن بارداری، مرده‌زایی، عوارض جدی بارداری، ناباروری و بیماری‌های بدخیم زنان با ضرورت اطلاع‌رسانی خبر بد مواجه می‌شوند. در این موقعیت‌ها، خبر بد صرفاً انتقال یک اطلاعات پزشکی نیست، بلکه می‌تواند با تصمیم‌گیری‌های حساس، واکنش‌های هیجانی و نگرانی درباره آینده باروری و بارداری همراه باشد. همچنین، ویژگی‌های مراقبت در زنان و زایمان، از جمله احتمال درگیرشدن همسر یا خانواده و ضرورت تصمیم‌گیری در شرایط زمانی حساس، می‌تواند فرایند اطلاع‌رسانی را پیچیده‌تر کند. مرور اختصاصی انجام‌شده در حوزه زنان و زایمان نیز نشان داده است که اطلاع‌رسانی خبر بد در این تخصص شایع و دشوار است و با وجود اهمیت آن، آموزش کافی برای مواجهه با این موقعیت در میان بسیاری از پزشکان وجود ندارد(۱).

از منظر اخلاق پزشکی، اطلاع‌رسانی خبر بد مستلزم توجه هم‌زمان به حقوق بیمار و مسئولیت‌های حرفه‌ای ارائه‌دهنده خدمت است. احترام به خودمختاری و حق بیمار برای دانستن، حقیقت‌گویی، فراهم‌کردن امکان مشارکت آگاهانه در تصمیم‌گیری، توجه به خیررسانی و پرهیز از آسیب، از مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی در این فرایند به شمار می‌روند. حقیقت‌گویی، اگرچه بخش مهمی از رابطه حرفه‌ای و احترام به خودمختاری بیمار است، در برخی موقعیت‌ها می‌تواند با ترجیحات فردی، فرهنگی و شرایط بالینی همراه شود و نیازمند قضاوت حرفه‌ای باشد(۲). از سوی دیگر، شواهد موجود نشان می‌دهد که ترجیحات بیماران درباره دریافت خبر بد یکسان نیست و موضوعاتی مانند حق دانستن، حمایت هیجانی، مشارکت در تصمیم‌گیری و نحوه ارائه اطلاعات از ملاحظات مهم در تجربه بیماران محسوب می‌شوند(۳). در مراقبت‌های زنان و مامایی، این ملاحظات می‌توانند در شرایطی مانند تشخیص ناهنجاری جنینی، از دست رفتن بارداری یا تشخیص بیماری‌های جدی اهمیت بیشتری پیدا کنند؛ زیرا تصمیم‌های مرتبط با ادامه مراقبت و گزینه‌های پیش‌رو ممکن است در شرایط هیجانی و زمانی خاص اتخاذ شوند(۱). بنابراین، ملاحظه اخلاقی در اطلاع‌رسانی خبر بد تنها به انتقال صادقانه اطلاعات محدود نیست، بلکه مستلزم توجه به حق بیمار برای دریافت اطلاعات، ترجیحات وی درباره میزان و نحوه دریافت اطلاعات، ظرفیت مشارکت در تصمیم‌گیری و حفظ حریم خصوصی و کرامت اوست.

بخش قابل توجهی از مطالعات پیشین بر مهارت‌ها و چارچوب‌های ارتباطی مورد استفاده برای انتقال خبر بد تمرکز داشته‌اند. پروتکل‌هایی مانند SPIKES بر ایجاد محیط مناسب، ارزیابی درک و آمادگی بیمار، تعیین میزان اطلاعات مورد نیاز، ارائه اطلاعات به شیوه قابل فهم، پاسخ به واکنش‌های هیجانی و برنامه‌ریزی برای ادامه مراقبت تأکید دارند(۴). همچنین، مطالعات آموزشی مختلف نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های ارتباطی، یادگیری فعال، بازخورد و روش‌های شبیه‌سازی می‌توانند برای ارتقای آمادگی و عملکرد حرفه‌ای در اطلاع‌رسانی خبر بد مورد استفاده قرار گیرد (۵-۸). با این حال، مهارت ارتباطی و پروتکل اطلاع‌رسانی با ملاحظه اخلاقی یکسان نیستند؛ پروتکل‌ها عمدتاً به چگونگی سازمان‌دهی و اجرای فرایند ارتباط می‌پردازند، درحالی‌که ملاحظات اخلاقی ناظر بر حقوق و ارزش‌های بیمار، خودمختاری، حقیقت‌گویی، تناسب اطلاعات، مشارکت آگاهانه و پرهیز از آسیب است. مطالعات مربوط به ترجیحات

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

بیماران و ارتباط حرفه‌ای نیز بر اهمیت مشارکت بیمار و توجه به نیازها و ترجیحات وی تأکید کرده‌اند(۳، ۹، ۱۰). در حوزه زنان و زایمان، اگرچه شواهدی درباره آموزش و بهبود مهارت‌های اطلاع‌رسانی وجود دارد، شواهد درباره مؤثرترین روش آموزش و انتقال خبر بد همچنان محدود است (۱). از این‌رو، شواهد موجود در میان جمعیت‌ها و موقعیت‌های بالینی متفاوت پراکنده است و جمع‌بندی منسجمی از ملاحظات اخلاقی مرتبط با اطلاع‌رسانی خبر بد در مراقبت‌های زنان و مامایی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

با توجه به پراکندگی شواهد و تفاوت میان ملاحظات اخلاقی و مهارت‌های ارتباطی، شناسایی و طبقه‌بندی ابعاد اخلاقی مرتبط با اطلاع‌رسانی خبرهای بد می‌تواند به درک جامع‌تر این فرایند در مراقبت‌های زنان و مامایی کمک کند. این موضوع به‌ویژه از آن جهت اهمیت دارد که نوع خبر، شرایط بالینی، ترجیحات بیمار، وضعیت هیجانی و زمینه فرهنگی می‌توانند در نحوه دریافت و پردازش اطلاعات و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری نقش داشته باشند. ازاین‌رو، مطالعه حاضر با هدف طبقه‌بندی ملاحظات اخلاقی مرتبط با اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی و ترسیم ابعاد و مضامین مطرح‌شده در شواهد موجود انجام شد. سؤال پژوهش عبارت بود از: (چه ملاحظات اخلاقی در فرایند اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی در مطالعات منتشرشده گزارش شده است؟)

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه و چارچوب مرور

مطالعه حاضر به روش مرور دامنه‌ای (Scoping Review) و بر اساس چارچوب پیشنهادی Arksey و O'Malley شامل پنج مرحله شناسایی سؤال پژوهش، شناسایی مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، استخراج داده‌ها، جمع‌بندی و گزارش یافته‌ها انجام شد. همچنین، گزارش این مطالعه مطابق با دستورالعمل PRISMA-ScR تنظیم شد(۱۱).

راهبرد جستجو

به‌منظور ارتقای شفافیت علمی و فراهم‌سازی امکان تکرارپذیری مطالعه، فرایند جستجو، غربالگری، انتخاب و استخراج داده‌ها به‌صورت نظام‌مند و مرحله‌به‌مرحله انجام شد. جستجوی جامع منابع در پایگاه‌های اطلاعاتی علمی معتبر شامل PubMed، Scopus، Web of Science و Google Scholar برای شناسایی مطالعات منتشرشده در بازه زمانی ژانویه ۱۹۹۰ تا مارس ۲۰۲۶ انجام گرفت.

راهبرد جستجو بر اساس هدف و سؤال پژوهش و با استفاده از ترکیبی از اصطلاحات کنترل‌شده (Controlled Vocabulary)، اصطلاحات MeSH در PubMed، واژگان آزاد (Free-text) و مترادف‌های مرتبط طراحی شد. برای افزایش حساسیت جستجو، واژگان در سه محور مفهومی اصلی شامل:(۱) اطلاع‌رسانی خبر بد و افشای اطلاعات، (۲) ملاحظات اخلاقی، ترجیحات و ارتباط با بیمار و (۳) سلامت زنان و مامایی و موقعیت‌های بالینی مرتبط سازمان‌دهی شدند.

ترکیب واژگان با استفاده از عملگرهای بولی OR در داخل هر محور مفهومی و AND بین محورهای اصلی انجام شد. همچنین، متناسب با قابلیت هر پایگاه، از جستجوی عبارتی و عملگرهای truncation استفاده شد. راهبرد جستجوی هر پایگاه با توجه به ساختار نمایه‌سازی و قابلیت‌های آن پایگاه، به‌صورت اختصاصی تنظیم شد و محدودیت زمانی از ژانویه ۱۹۹۰ تا مارس ۲۰۲۶ اعمال گردید. رشته‌های جستجوی کامل و قابل بازتولید برای هر پایگاه اطلاعاتی در جدول مربوط به راهبرد جستجو ارائه شده است. در PubMed، رشته جستجو شامل ترکیب اصطلاحات MeSH و واژگان آزاد در فیلدهای عنوان و چکیده بود؛ در Scopus و Web of Science از واژگان عنوان،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

چکیده و کلیدواژه‌ها و قابلیت‌های جستجوی موضوعی این پایگاه‌ها استفاده شد؛ و در Google Scholar نیز ترکیبات اصلی واژگان با توجه به ساختار ساده‌تر موتور جستجو اجرا و نتایج مرتبط بررسی شدند. و رشته کامل هر پایگاه در ضمیمه راهبرد جستجو ارائه می‌شود. پس از اجرای جستجو، تمامی رکوردهای شناسایی‌شده گردآوری و موارد تکراری حذف شدند. سپس عناوین و چکیده‌ها بر اساس معیارهای ورود و خروج از پیش تعیین‌شده غربالگری شدند و مطالعات واجد شرایط برای بررسی متن کامل انتخاب گردیدند. در مرحله بررسی متن کامل، مطالعاتی که با معیارهای ورود مطابقت نداشتند حذف شدند و دلایل حذف آن‌ها ثبت گردید. علاوه بر جستجوی الکترونیکی، فهرست منابع مطالعات منتخب نیز به‌صورت دستی بررسی شد تا مطالعات مرتبط احتمالی که در جستجوی اولیه شناسایی نشده بودند، شناسایی شوند. در نهایت، مطالعات واجد شرایط وارد مرحله استخراج و تحلیل داده‌ها شدند. فرایند شناسایی، غربالگری، ارزیابی واجد شرایط بودن و انتخاب نهایی مطالعات مطابق با اصول گزارش‌دهی PRISMA-ScR انجام و در قالب نمودار جریان ارائه شد(۱۱).

معیارهای ورود و خروج مطالعات

معیارهای ورود

منابع و مطالعاتی وارد مرور شدند واجد معیارهای زیر بودند:

جمعیت:(Population)

مطالعاتی که جمعیت یا مشارکت‌کنندگان آنها شامل یکی از گروه‌های زیر بود:

- زنان و بیماران دریافت‌کننده خدمات سلامت زنان؛
- زنان باردار، مادران و زنان در دوره پس از زایمان؛
- زنان مبتلا به بیماری‌های زنان یا شرایط مرتبط با سلامت باروری؛
- بیماران و خانواده‌های آنان در موقعیت‌های مرتبط با تشخیص‌های نامطلوب زنان و مامایی؛
- متخصصان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مرتبط با زنان و مامایی، شامل ماماها، متخصصان زنان و زایمان، پزشکان، پرستاران و سایر اعضای تیم درمان.

همچنین، مطالعاتی با جمعیت عمومی بیماران یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، در صورتی قابل ورود بودند که یافته‌های آن ها در مورد ملاحظات اخلاقی، ترجیحات بیمار، خودمختاری، حق دریافت اطلاعات، حقیقت‌گویی، حمایت عاطفی، با مشارکت در تصمیم‌گیری یا سایر ابعاد مرتبط با اطلاع‌رسانی خبرهای بد، قابلیت انتقال شفاف و مستقیم به حوزه زنان و مامایی را داشته باشد.

مفهوم:(Concept)

مفهوم اصلی مورد بررسی، اطلاع‌رسانی خبرهای بد (Breaking Bad News/Bad News)و ملاحظات اخلاقی مرتبط با آن بود. مطالعاتی وارد شدند که حداقل یکی از ابعاد اخلاقی یا بیمارمحور این فرایند را بررسی یا گزارش کرده باشند؛ از جمله:

- خودمختاری و حق انتخاب بیمار؛
- حق دانستن و دریافت اطلاعات؛
- حقیقت‌گویی و افشای مناسب اطلاعات؛
- رضایت آگاهانه؛
- رازداری، محرمانگی و حفظ حریم خصوصی؛
- احترام به کرامت، ارزش‌ها و ترجیحات بیمار؛
- نیکوکاری و عدم آسیب؛
- حمایت عاطفی و روانی؛
- مشارکت بیمار و تصمیم‌گیری مشترک؛
- نحوه، زمان‌بندی و شرایط مناسب اطلاع‌رسانی؛
- نقش و مشارکت خانواده؛
- حساسیت‌های فرهنگی و تعارضات اخلاقی مرتبط با افشای اطلاعات.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

زمینه (Context)

مطالعاتی که در زمینه‌های مرتبط با سلامت زنان و مامایی، از جمله مراقبت‌های پیش از بارداری، بارداری، غربالگری و تشخیص‌های دوران بارداری، تشخیص ناهنجاری‌های جنینی، پزشکی جنین، زایمان، سقط و از دست دادن بارداری، ناباروری، بیماری‌های زنان، انکولوژی زنان و سایر موقعیت‌های مرتبط با سلامت باروری و زنان انجام شده بودند، در اولویت ورود قرار داشتند. همچنین، منابعی که در زمینه عمومی مراقبت سلامت انجام شده بودند، در صورت ارائه شواهد اخلاقی یا بیمارمحورِ مشخص و قابل انتقال به فرایند اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی، قابل ورود بودند. ارتباط قابل انتقال باید بر اساس محتوای گزارش‌شده در منبع و ارتباط آن با مفهوم مرور قابل توجیه باشد و صرفاً بر اساس مشابهت کلی موضوعی تعیین نشود.

نوع منابع شواهد

مطالعات کمی، کیفی و روش‌های ترکیبی، مطالعات توصیفی و تحلیلی، مطالعات مقطعی، مطالعات مداخله‌ای، مطالعات موردی و سایر منابع پژوهشی مرتبط قابل ورود بودند. همچنین، در صورت ارائه اطلاعات مرتبط و قابل استخراج درباره مفهوم موردنظر، منابع ثانویه یا مفهومی مرتبط، از جمله مرورهای روایتی و نظام‌مند، مطالعات مفهومی و مقالات دیدگاهی، می‌توانستند برای ترسیم دامنه شواهد مورد استفاده قرار گیرند؛ مشروط بر اینکه نقش آن ها در سنتز یافته‌ها و احتمال همپوشانی شواهد در نظر گرفته شود.

بازه زمانی

منابع منتشرشده از ژانویه ۱۹۹۰ تا مارس ۲۰۲۶ مورد بررسی قرار گرفتند.

زبان

منابع منتشرشده به زبان‌های فارسی یا انگلیسی وارد مرور شدند.

دسترسی به متن:

منابعی وارد شدند که متن کامل آنها برای بررسی واجد شرایط بودن و استخراج داده‌ها در دسترس بود.

ارتباط با سؤال پژوهش:

هر منبع باید حداقل یک یافته، مفهوم، ملاحظه یا چالش مرتبط با اخلاق و بیمارمحوری در فرایند اطلاع‌رسانی خبرهای بد ارائه می‌کرد که با هدف مرور قابل ارتباط با حوزه زنان و مامایی باشد.

معیارهای خروج

منابع در صورت وجود هر یک از شرایط زیر از مرور خارج شدند:

- موضوع اصلی منبع اطلاع‌رسانی خبرهای بد نبود و ارتباط مشخصی با مفهوم مورد بررسی نداشت.
- منبع در زمینه‌ای کاملاً نامرتبط با سلامت زنان و مامایی قرار داشت و هیچ یافته مشخص و قابل انتقالی درباره ملاحظات اخلاقی یا بیمارمحورِ مرتبط با اطلاع‌رسانی خبرهای بد ارائه نمی‌کرد.
- مطالعه صرفاً به مهارت‌های عمومی ارتباطی، آموزش ارتباط پزشک–بیمار یا آموزش تکنیک‌های انتقال خبر بد پرداخته بود و هیچ داده یا بحث مرتبطی درباره ملاحظات اخلاقی، ترجیحات بیمار، خودمختاری، حق دریافت اطلاعات، حمایت عاطفی، عدم آسیب یا سایر ابعاد مفهوم موردنظر ارائه نمی کرد.
- جمعیت، زمینه یا محتوای منبع با سؤال پژوهش همخوانی نداشت و ارتباط آن با اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی قابل توجیه نبود.
- منابعی که صرفاً چکیده همایش، نامه به سردبیر، خبر علمی، گزارش کوتاه بدون اطلاعات قابل استخراج

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

یا سایر متون فاقد اطلاعات مرتبط با سؤال پژوهش بودند.

- منابع منتشرشده خارج از بازه زمانی ژانویه ۱۹۹۰ تا مارس ۲۰۲۶ بودند.

- منابعی که متن کامل آنها پس از جستجوی منابع و تلاش برای دستیابی به متن مقاله در دسترس نبود.

- منابع منتشرشده به زبان‌هایی غیر از فارسی یا انگلیسی بودند.

- رکوردهای تکراری شناسایی‌شده در پایگاه‌های اطلاعاتی، پس از حذف نسخه‌های تکراری، از فرایند انتخاب کنار گذاشته شدند.

- در مواردی که یک منبع عمومی درباره اطلاع‌رسانی خبرهای بد بود، تصمیم درباره ورود آن بر اساس ارتباط مشخص محتوای آن با ملاحظات اخلاقی موردنظر و قابلیت انتقال یافته‌ها به زمینه زنان و مامایی اتخاذ شد و صرفاً عمومی بودن جمعیت مطالعه به‌تنهایی موجب حذف آن نشد.

استخراج و تحلیل داده‌ها

دو پژوهشگر عنوان و چکیده و سپس متن کامل مقالات را به صورت مستقل بررسی کردند. اختلاف نظرها از طریق بازبینی متن بر اساس معیارهای ورود و خروج و بحث ودستیابی به توافق میان دو پژوهشگر حل‌وفصل شد و نیازی به داور سوم نبود. مدیریت غربالگری به‌صورت دستی و سازمان‌دهی داده‌ها با نرم‌افزار Microsoft Excel انجام شد. همچنین دو پژوهشگر فهرست منابع مطالعات واجد شرایط را نیز به‌صورت مستقل بررسی کردند و مطالعات بالقوه مرتبط را بر اساس همان معیارها ارزیابی کردند.

استخراج داده‌ها با استفاده از فرم استاندارد و از پیش طراحی شده انجام شد. اطلاعات استخراج‌شده شامل نویسنده، سال انتشار، کشور، نوع طراحی، مطالعه، مشخصات جمعیت، زمینه، موقعیت خبر بد، ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خبر و یافته‌های اخلاقی بود. دو پژوهشگر داده‌ها را به طور مستقل استخراج و سپس با یکدیگر تطبیق دادند.

تحلیل و سنتز داده‌ها

تحلیل داده ها با رویکرد تحلیل محتوای جهت‌دار و استقرایی انجام شد. ابتدا کدهای مرتبط با ملاحظات اخلاقی، فرایند ارتباط، نقش ذی‌نفعان، عوامل زمینه‌ای و پیامدها استخراج شدند و سپس در قالب زیرمضمون‌ها و مضامین اصلی سازمان‌دهی شدند .برای افزایش قابلیت ردیابی، اصول اخلاق زیستی به‌عنوان مبنای هنجاری، ارتباط بیمارمحور به‌عنوان چارچوب فرایندی و عوامل فردی، فرهنگی، بین‌فردی و سازمانی به‌عنوان عوامل زمینه‌ای در نظر گرفته شدند.

چهار اصل خودمختاری، نیکوکاری، عدم آسیب و عدالت به عنوان مفاهیم راهنما در نظر گرفته شدند، اما کدگذاری به آن ها محدود نماند و مفاهیمی نظیرو حق دانستن، حقیقت‌گویی، رضایت آگاهانه، محرمانگی، کرامت، ترجیحات و حساسیت‌های فرهنگی نیز به طور مستقل حفظ شدند. بنابراین، اصول چهارگانه صرفاًچارچوب تفسیرداده‌ها بودند و مضامین از پیش تعیین نشدند؛ بلکه از ترکیب کدگذاری جهت‌دار و استقرایی پدید آمدند.

ارزیابی کیفیت روش‌شناختی

ارزیابی رسمی کیفیت یا خطر سوگیری انجام نشد و کیفیت مطالعات، معیاری برای حذف یا وزن‌دهی به آن ها نبود؛ زیرا هدف اصلی مرورهای دامنه ای ترسیم دامنه و ماهیت شواهد موجوداست(۱۱). این تصمیم به‌عنوان یکی از محدودیت های مطالعه در نظر گرفته شد.

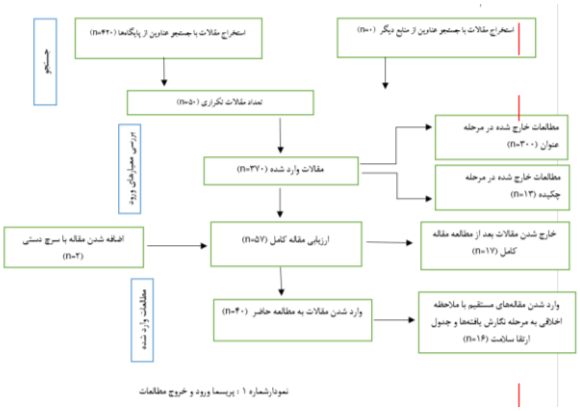
فرایند انتخاب مطالعات

در مجموع، ۴۲۰ رکورد شناسایی شد که پس از حذف ۵۰ رکورد تکراری، ۳۷۰ رکورد برای غربالگری عنوان و چکیده باقی ماند. از این تعداد، ۳۱۳ رکورد به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

دلیل عدم انطباق با معیارهای ورود کنار گذاشته شد و متن کامل ۵۷ مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از بررسی متن کامل، ۱۷ مطالعه به دلیل عدم انطباق با معیارهای ورود حذف شد و ۴۰ مطالعه وارد مرحله ارزیابی نهایی شدند. در این مرحله، مطالعات از نظر انطباق کامل با دامنه مرور، یعنی تمرکز مستقیم بر ملاحظات اخلاقی مرتبط با اطلاع‌رسانی خبر بد در حوزه زنان و مامایی، بررسی شدند و ۲۴ مطالعه به دلیل عدم احراز معیارهای نهایی کنار رفتند. در نهایت، ۱۶ مطالعه معیارهای ورود را برآورده کردند و وارد سنتز نهایی شدند. همچنین، بررسی دستی فهرست منابع مطالعات مرتبط، ۲ رکورد بالقوه دیگر را شناسایی کرد که پس از بررسی معیارهای ورود، واجد شرایط ورود به سنتز نهایی نبودند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع مرور منابع منتشرشده بود، نیاز به اخذ رضایت آگاهانه وجود نداشت. با این حال، اصول اخلاق پژوهش شامل استناددهی دقیق، امانت‌داری علمی و پرهیز از سوگیری در گزارش نتایج به طور کامل رعایت شد.



نمودارشماره ۱ : پریسما ورود و خروج مطالعات

یافته‌ها

در مجموع، ۱۶ مطالعه منتشرشده درفاصله سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۴ وارد سنتز نهایی شدند. طراحی مطالعات شامل طرح‌های کمی مقطعی، کیفی، پدیدارشناختی، مرورهای روایتی و دامنه ای، مطالعات مفهومی و مقالات دیدگاهی بود. این مطالعات درکشورهای ایران، آلمان، ایرلند، اسپانیا، ژاپن، مالزی، یونان، فرانسه، برزیل و استرالیا انجام شده بودند. زمینه‌های مورد بررسی عمدتاً شامل پیامدهای نامطلوب بارداری، ناهنجاری جنینی، غربالگری پیش از تولد، نئوپلازی دهانه رحم، سرطان، مرده زایی و ارتباط بیمارمحور بودند. مشخصات این ۱۶ مقاله که به‌طور مستقیم به ملاحظات اخلاقی اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی پرداخته‌اند، در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

مضامین و چارچوب مفهومی سنتز

چارچوب مفهومی سنتز به این صورت تبیین شد: اصول اخلاقی، مبنای هنجاری افشا و مشارکت بیمار را فراهم می کنند؛ نقش ذی نفعان مسئولیت زن/بیمار، خانواده و ارائه‌دهنده خدمت را مشخص می سازد؛ مهارت‌های ارتباطی اجرای عملی این مسئولیت‌ها را شکل می‌دهند؛ عوامل فردی، فرهنگی و سازمانی فرایند را تسهیل یا مختل می‌کنند؛ و پیامدهای روانی، اجتماعی و معنوی برآیند تجربه این فرایند هستند. اصول اخلاقی این مضمون شامل خودمختاری و حق دانستن، حقیقت‌گویی، رضایت آگاهانه، نیکوکاری، عدم آسیب، محرمانگی، کرامت و احترام به ترجیحات فردی و فرهنگی بود. در مطالعات حوزه پیش از تولد، زن تا حد امکان مخاطب اصلی اطلاعات تلقی می‌شد و مشارکت همراه تابع ترجیح و رضایت او بود(۳، ۱۲، ۱۶). تفاوت ترجیحات در سبک دریافت خبر نیز نشان داد که احترام به خودمختاری با یک الگوی ارتباطی یکسان برای همه بیماران سازگار نیست(۹، ۲۳).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول شماره۱ : مطالعات وارد شده به مطالعه حاضر

نویسنده اول/سال چاپ	تعداد مشارکت کنندگان	نوع مقاله	ابزار	کشور	نتیجه	ملاحضات اخلاقی
Barikani ۲۰۲۴ (۳)	۵۹ مطالعه از ۲۷ کشور	Scoping Review	جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های Scopus، Web of Science، ProQuest، Embase و PubMed و استخراج داده با فرم چک‌لیست	ایران	بیماران ترجیح می‌دهند خبر بد را به‌صورت صادقانه، حضوری، همراه با همدلی و حمایت عاطفی دریافت کنند و در تصمیم‌گیری درمانی نیز مشارکت داشته باشند؛ همچنین ترجیحات افراد در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و باید شخصی‌سازی شود.	حق دانستن و دریافت اطلاعات؛ خودمختاری؛ مشارکت در تصمیم‌گیری؛ حمایت عاطفی؛ احترام به ترجیحات فردی و فرهنگی؛ حقیقت‌گویی متناسب با ترجیح بیمار
Fujimori ۲۰۰۷ (۸)	بیماران مبتلا به سرطان (سرپایی)	Cross-sectional study	پرسشنامه استاندارد Communication Style Preferences in Cancer Care (بررسی ترجیحات ارتباطی هنگام دریافت خبر بد)	ژاپن	بیماران ژاپنی بیشتر سبک ارتباطی غیرمستقیم، تدریجی و همراه با حفظ امید را ترجیح می‌دهند و تمایل کمتری به دریافت صریح و مستقیم خبر بد دارند.	خودمختاری؛ احترام به ترجیحات بیمار؛ حق دریافت اطلاعات؛ حمایت عاطفی؛ ارتباط بیمارمحور؛ شخصی‌سازی نحوه ارائه خبر بد
Atienza-Carrasco ۲۰۱۸ (۱۱)	۳۷ نفر از کارکنان بخش زنان و زایمان شامل ۲۲ متخصص زنان و زایمان، ۴ ماما، ۳ پرستار و ۸ کمک‌پرستار	مطالعه کیفی پدیدارشناختی	مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و مشاهده غیرمشارکتی	اسپانیا	اطلاع‌رسانی تشخیص نامطلوب دوران بارداری نیازمند توجه همزمان به نیازهای اطلاعاتی و واکنش‌های عاطفی زنان است. یافته‌ها بر ارائه اطلاعات به خود زن، توجه به خواسته‌های او، مشارکت همراه در صورت رضایت زن، اجتناب از پنهان‌کاری و فراهم کردن حمایت روانی تأکید داشتند.	خودمختاری و حق دانستن؛ رضایت آگاهانه؛ احترام به ترجیحات بیمار؛ مشارکت در تصمیم‌گیری؛ حقیقت‌گویی؛ محرمانگی؛ حمایت عاطفی و روانی؛ عدم آسیب؛ کرامت انسانی
Sharif ۲۰۲۳ (۱۲)	مطالعات مرتبط با breaking bad news	مرور نظام‌مند (Systematic Review)	جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های Scopus، PubMed، Web of Science چارچوب PRISMA برای انتخاب مطالعات	مالزی	پژوهش‌ها نشان دادند که آموزش مهارت‌های ارتباطی و استفاده از پروتکل‌ها (مثل SPIKES) به طور مداوم باعث بهبود کیفیت انتقال خبر بد و کاهش اضطراب بیماران و پزشکان می‌شود.	عدم آسیب؛ نیکوکاری؛ حمایت عاطفی؛ ارتقای صلاحیت ارتباطی؛ کاهش اضطراب بیمار و ارائه خبر بد به شیوه ساختارمند
Glynou ۲۰۲۴ (۱۳)	۱۰۰ متخصص مراقبت‌های مامایی شامل ۵۰ ماما و ۵۰ متخصص زنان و زایمان	مطالعه مقطعی کمی	پرسشنامه طراحی‌شده توسط پژوهشگران درباره نگرش و دانش متخصصان در انتقال خبر بد در غربالگری دوران بارداری	یونان	تنها ۴۱٪ متخصصان در بیان نتایج نامطلوب احساس راحتی داشتند؛ ۸۵٪ احساساتی مانند غم، اضطراب یا گناه را تجربه کرده بودند و ۸۷٪ ارتباط غیرکلامی را در انتقال خبر بد مهم دانستند. نویسندگان بر پیچیدگی اخلاقی، فرهنگی، روان‌شناختی و قانونی اطلاع‌رسانی نتایج نامطلوب دوران بارداری تأکید کردند.	رضایت آگاهانه؛ احترام به خودمختاری زن؛ ارتباط مؤثر و غیرکلامی؛ حمایت روانی؛ عدم آسیب؛ صلاحیت حرفه‌ای؛ توجه به ملاحظات اخلاقی، فرهنگی و قانونی؛ احترام به نگرانی‌های زن
Koch ۲۰۲۴ (۱۴)	ندارد	مقاله مفهومی /مدل‌سازی (Conceptual paper)	مدل نظری ارائه شده	آلمان	مدل Successful Delivery Process تأکید می‌کند که موفقیت در انتقال خبر بد، باید از دید بیمار سنجیده شود و شامل درک نیازهای بیمار، زمینه روانی و کیفیت ارتباط است، نه فقط اجرای پروتکل پزشک.	خودمختاری؛ بیمارمحوری؛ احترام به نیازها و ترجیحات بیمار؛ کرامت انسانی؛ توجه به زمینه روانی بیمار
von Blanckenburg ۲۰۲۳ (۱۵)	۳۱۹ زن مبتلا به ضایعات نئوپلازی دهانه رحم: ۱۱۰ نفر در گروه RVT، ۱۰۱ نفر در گروه هیستروکومی/شیمی‌پرتودرمانی و ۱۰۸ نفر مبتلا به CIN3	مطالعه مقطعی	مقیاس ۳۸ گویه‌ای Marburg Breaking Bad News Scale (MABBAN) بر اساس شش مؤلفه SPIKES	آلمان	تنها ۷۲٪ زنان از تجربه دریافت خبر بد خود رضایت داشتند. ۹۰٪ زنان وجود محیط آرام، اختصاص زمان کافی، توضیح منسجم درباره بیماری و امکان پرسش کردن را مهم دانستند. همچنین در تجربه واقعی، برخی مؤلفه‌های مورد انتظار مانند توجه به نگرانی‌ها، بررسی درک بیمار، توضیح گزینه‌های درمانی و مشارکت در برنامه‌ریزی درمان به اندازه کافی رعایت نشده بود.	خودمختاری؛ حق دریافت اطلاعات؛ مشارکت در تصمیم‌گیری؛ احترام به ترجیحات بیمار؛ ارتباط بیمارمحور؛ حمایت عاطفی؛ حفظ حریم خصوصی؛ اختصاص زمان کافی؛ فرصت پرسش و دریافت توضیح؛ کرامت انسانی
Luz ۲۰۱۷ (۱۶)	۳۲ مطالعه از ۸۶۰ مقاله غربال‌شده	مرور ادبیات اکتشافی	جستجوی PubMed و PsycINFO/PsycARTICLES و تحلیل محتوای نظام‌مند. مطالعات منتخب	فرانسه	چهار محور اصلی شامل تجربه والدین، تجربه پزشکان، تعامل والدین و متخصصان و چالش‌های اخلاقی در انتقال خبر بد در پزشکی پیش از تولد شناسایی شد. انتقال خبر بد در تشخیص ناهنجاری جنینی فرایندی پیچیده و چندبعدی است و نیازمند توجه همزمان به وضعیت روانی والدین و آمادگی متخصصان است.	رضایت آگاهانه؛ حق دریافت اطلاعات؛ خودمختاری؛ مشارکت در تصمیم‌گیری؛ حقیقت‌گویی؛ توجه به عدم قطعیت تشخیص؛ توجه به آسیب روانی؛ حمایت عاطفی؛ ارتباط حساس و بیمارمحور
Lalor ۲۰۰۷ (۱۷)	۳۸ زن با تشخیص ناهنجاری جنینی در سونوگرافی سه‌ماهه دوم	مطالعه کیفی	مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته	ایرلند	زنان خواهان دریافت سریع اطلاعات، ارجاع سریع به متخصص طب جنین، توضیح قابل‌فهم درباره ناهنجاری، اطلاعات مکتوب و تداوم مراقبت بودند. همدلی کارکنان و تداوم ارتباط با مراقب نیز برای زنان اهمیت زیادی داشت.	حق دریافت اطلاعات؛ خودمختاری؛ حقیقت‌گویی؛ ارائه به‌موقع اطلاعات؛ احترام به نیازهای اطلاعاتی زن؛ حمایت عاطفی؛ همدلی؛ تداوم مراقبت؛ کرامت انسانی؛ دسترسی به اطلاعات قابل‌فهم
Nuzum ۲۰۱۷ (۱۸)	والدین داغدیده پس از مردهزایی؛ مصاحبه‌های کیفی نیمه‌ساختاریافته	مطالعه کیفی پدیدارشناختی تفسیری	مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و تحلیل Interpretative Phenomenological Analysis	ایرلند	مردهزایی پیامدهای عمیق معنوی و شخصی برای والدین داشت. والدین به جستجوی معنا، حفظ امید و به چالش کشیده‌شدن باورهای بنیادین اشاره کردند و بسیاری معتقد بودند نیازهای معنوی آنان در بیمارستان به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته است	احترام به باورها و ارزش‌های فردی؛ حمایت معنوی؛ حفظ کرامت؛ حمایت روانی ـ عاطفی؛ حفظ امید؛ مراقبت فردمحور؛ توجه به نیازهای والدین در شرایط سوگ
Farhadfar ۲۰۱۹ (۱۹)	مطالعات مرتبط با patient-centered care	مرور جامع (Comprehensive review)	مرور منابع علمی (literature review)	ایران	مراقبت بیمارمحور در بیمارستان‌ها باعث بهبود رضایت بیمار، کیفیت ارتباط و نتایج درمانی می‌شود و باید در تمام سطوح سیستم سلامت تقویت شود.	خودمختاری؛ احترام به ترجیحات و ارزش‌های بیمار؛ مشارکت بیمار؛ کرامت انسانی؛ مراقبت بیمارمحور
Abazari ۲۰۱۷ (۲۰)	بیماران مبتلا به سرطان، خانواده‌ها، پزشکان و پرستاران	مطالعه کیفی توصیفی (Qualitative descriptive study)	مصاحبه نیمه‌ساختاریافته (Semi-structured interviews)	ایران	اطلاع‌رسانی تشخیص سرطان یک فرایند حساس است و باید با در نظر گرفتن ترجیحات بیمار، حمایت خانواده و ملاحظات فرهنگی انجام شود.	خودمختاری؛ حق دریافت اطلاعات؛ احترام به ترجیحات بیمار؛ نقش خانواده؛ حساسیت فرهنگی؛ حمایت عاطفی
Ribeiro ۲۰۲۲ (۱)	ندارد	Narrative Review (مرور روایتی)	مرور نظام‌مند روایتی و تحلیل و سنتز مقالات موجود	برزیل	در حوزه زنان و مامایی نیاز به آموزش استاندارد و ساختارمند برای انتقال خبر بد وجود دارد، اما هنوز شواهد قوی کافی برای تعیین بهترین روش آموزشی در دسترس نیست	عدم آسیب؛ نیکوکاری؛ همدلی؛ حمایت روانی؛ صلاحیت حرفه‌ای؛ استانداردسازی ارتباط در حوزه زنان و مامایی
Yosuflu ۲۰۲۳ (۲۱)	۲۰ مطالعه کمی و کیفی	مرور روایتی	جستجوی PubMed، Medline، Scopus، Web of Science، Embase، CINAHL، IRANDOC، Google Scholar و پایگاه‌های ایرانی	ایران	چالش‌های انتقال خبر بد در مامایی در دو محور اصلی شامل مشکلات کارکنان سلامت در انتقال خبر بد و راهکارهای آموزشی شناسایی شد. استفاده از روش‌هایی مانند SPIKES، ABCDE، بیمار شبیه‌سازی‌شده و Mini-CEX برای ارتقای مهارت انتقال خبر بد پیشنهاد شده است.	عدم آسیب؛ نیکوکاری؛ حمایت روانی و عاطفی؛ همدلی؛ صلاحیت حرفه‌ای؛ مسئولیت حرفه‌ای؛ ارتباط بیمارمحور؛ توجه به شرایط حساس بارداری و زایمان
Zahedi ۲۰۱۰ (۲۲)	ندارد	مقاله مروری /دیدگاهی (Review perspectiv/ ethical	ندارد	ایران	از دیدگاه اخلاق اسلامی، گفتن حقیقت به بیمار اصل مهمی است، اما باید با توجه به شرایط فرهنگی، مصلحت بیمار و حفظ امید انجام شود و در برخی موارد می‌تواند با شیوه‌های غیرمستقیم تعدیل شود.	حقیقت‌گویی؛ خودمختاری؛ مصلحت بیمار؛ عدم آسیب؛ حفظ امید؛ حساسیت فرهنگی و اخلاقی در نحوه افشای اطلاعات
Delaney ۲۰۱۸ (۲۳)	ندارد	مقاله مروری /دیدگاهی (Review paper)	ندارد	استرالیا	مراقبت بیمارمحور (Patient-centred care) باعث بهبود کیفیت خدمات، افزایش رضایت بیمار و تقویت ارتباط درمانی می‌شود و باید در همه سطوح نظام سلامت اجرا شود	خودمختاری؛ خودتعیین‌گری؛ احترام به ارزش‌ها و ترجیحات بیمار؛ مشارکت بیمار؛ مراقبت بیمارمحور؛ کرامت انسانی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

این مضمون شامل خودمختاری و حق دانستن، حقیقت‌گویی، رضایت آگاهانه، نیکوکاری، عدم آسیب، محرمانگی، کرامت و احترام به ترجیحات فردی و فرهنگی بود. در مطالعات حوزه پیش از تولد، زن تا حد امکان مخاطب اصلی اطلاعات تلقی می‌شد و مشارکت همراه تابع ترجیح و رضایت او بود(۳، ۱۲، ۱۶) .تفاوت ترجیحات در سبک دریافت خبر نیز نشان داد که احترام به خودمختاری با یک الگوی ارتباطی یکسان برای همه بیماران سازگار نیست(۹، ۲۳).

۱- نقش ذی نفعان و مسئولیت ها

اطلاع‌رسانی یک فرایند چندذی‌نفعی است. مسئولیت حرفه‌ای شامل انتقال دقیق و قابل فهم اطلاعات، حفظ محرمانگی، توجه به هیجان‌ها و فراهم کردن فرصت پرسش است. مشارکت خانواده باید با ترجیح بیمار و زمینه فرهنگی هماهنگ باشد(۱۰، ۱۲). ارائه‌دهندگان نیز ممکن است هنگام انتقال خبر بد واکنش‌های عاطفی تجربه کنند و نیازمند حمایت حرفه‌ای باشند(۱۴، ۲۴).

۲- مهارت‌ها و تکنیک‌های ارتباطی

کاربرد زبان ساده،گوش‌دادن فعال، همدلی، ارتباط غیرکلامی، بررسی میزان درک بیمار، اختصاص زمان کافی، محیط مناسب و فرصت پرسش از مهارت‌های پرتکرار بودند. مرور جامع Jalali و همکاران نیز بر احترام، همدلی، حمایت، زمان و فضای مناسب و حمایت پس از اعلام خبر تأکید کرده است(۲۴). همچنین، مرور اثربخشی پروتکل SPIKES نشان داد آموزش مبتنی بر آن با بهبود دانش و عملکرد یادگیرندگان همراه است، اگرچه پیامدهای مستقیم بیمار کمتر بررسی شده‌اند(۲۵).

۳- موانع و تسهیل کننده‌ها

کمبود آموزش، فشار کاری، محدودیت زمان، دشواری مدیریت هیجان‌ها، پیچیدگی بالینی، تفاوت فرهنگی و فقدان راهنمای استاندارد از موانع بودند. در مقابل آموزش، پروتکل ساختاریافته، محیط آرام و خصوصی، زمان کافی و حمایت سازمانی از تسهیل‌کننده‌ها بودند مرور انجام‌شده در منطقه مدیترانه شرقی نیز کمبود آموزش و آگاهی محدود از پروتکل ها را برجسته ساخته است(۲۶).

۴- پیامدهای روانی و اجتماعی

اطلاع‌رسانی نامناسب یا غیر همدلانه می‌تواند با تشدید اضطراب، افسردگی، شوک روانی و تضعیف اعتماد بیمار به تیم درمان همراه باشد. در مقابل، رویکرد صحیح، تدریجی و همدلانه نقش موثری در تسهیل پذیرش تشخیص، ارتقای سازگاری روانی و تحکیم رابطه درمانی ایفا می‌کند(۱۷، ۱۹). مرور Primeau و همکاران نیز بر اطلاعات، تصمیم‌گیری، احساس حمایت و ضرورت ارتباط شخصی‌سازی‌شده و همدلانه تأکید دارد(۲۷).

در نتیجه تحلیل محتوای مطالعات منجر به استخراج پنج مضمون اصلی انجامید: (۱) اصول اخلاقی در اطلاع‌رسانی خبرهای بد، (۲) نقش ذی‌نفعان و مسئولیت‌های آنان، (۳) مهارت‌ها و تکنیک‌های ارتباطی مؤثر، (۴) موانع و تسهیل‌کننده‌های اطلاع‌رسانی و (۵) پیامدهای روانی و اجتماعی. خلاصه این مضامین و زیرمضامین در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

بحث

این مرور نشان داد اطلاع رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی فرایندی چندبعدی در نقطه تلاقی اخلاق، ارتباط، نقش های حرفه‌ای و خانوادگی، فرهنگ و پیامدهای روانی است. بنابراین، اطلاع‌رسانی مناسب باید هم حق بیمار برای دانستن و مشارکت و هم مسئولیت حرفه‌ای برای کاهش آسیب و حمایت را پوشش دهد. خودمختاری و حق دانستن از محورهای اصلی بودند و با شواهد مربوط به ترجیحات بیماران و مطالعات مستقیم زنان و بارداری همخوانی داشتند(۳، ۱۲، ۱۸).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول شماره ۲: ملاحظات اخلاقی در خبر بد در زنان و مامایی

محور	یافته‌های اصلی	شواهد موجود در مطالعات
اصول اخلاقی در اطلاع‌رسانی خبر بد	مطالعات نشان دادند که اطلاع‌رسانی باید بر پایه راستگویی، شفافیت و ارائه اطلاعات کامل به بیمار انجام شود. احترام به استقلال بیمار و حق او برای آگاهی و مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی از اصول کلیدی است. همچنین، رعایت اصول سودرسانی (Beneficence) و عدم آسیب‌رسانی (Non-maleficence) در نحوه بیان خبر اهمیت دارد. انتخاب زمان مناسب، لحن همدلانه و پرهیز از ایجاد شوک غیرضروری در کاهش آسیب روانی بیمار مؤثر است. اصل عدالت نیز در ارائه برابر اطلاعات بدون تبعیض مورد تأکید قرار گرفته است.	Atienza-Carrasco، Barikani، Luz، von Zahedi، Blanckenburg (۳، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۲۲)
نقش ذینفعان و مسئولیت‌ها	پزشکان و ماماها به‌عنوان اصلی‌ترین ارائه‌دهندگان خبر بد، نیازمند مهارت‌های ارتباطی پیشرفته، همدلی، مدیریت هیجانات و آگاهی اخلاقی هستند. در بسیاری از مطالعات بر نقش خانواده در حمایت از بیمار تأکید شده است، اما مشارکت خانواده باید با رضایت بیمار و حفظ حریم خصوصی انجام شود. همچنین، توجه به زمینه فرهنگی و ساختار خانواده در تصمیم‌گیری ارتباطی اهمیت دارد.	Atienza-Carrasco، Abazarip، Nuzum، Glynou (۱۱، ۱۳، ۱۸، ۲۰)
مهارت‌ها و تکنیک‌های ارتباطی مؤثر	استفاده از پروتکل‌های ساختارمند مانند SPIKES، ABCDE و BREAKSبه‌عنوان چارچوب‌های استاندارد در انتقال خبر بد گزارش شده است. این مدل‌ها بر مراحل آماده‌سازی، ایجاد ارتباط درمانی، ارائه تدریجی خبر، مدیریت واکنش‌ها و حمایت عاطفی تأکید دارند. همچنین استفاده از زبان ساده، قابل فهم، اجتناب از اصطلاحات تخصصی و مدیریت واکنش‌های هیجانی (شوک، انکار، خشم، غم) از مهارت‌های ضروری محسوب می‌شود.	Sharif، Glynou، Lalor، von Blanckenburg، Yosuflu (۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۱)
موانع و تسهیل‌کننده‌های اطلاع‌رسانی	موانع اصلی شامل کمبود زمان، فشار کاری بالا، نبود آموزش رسمی، ترس از ایجاد آسیب روانی، و چالش‌های فرهنگی گزارش شده‌اند. در مقابل، تسهیل‌کننده‌ها شامل آموزش مستمر مهارت‌های ارتباطی، وجود پروتکل‌های استاندارد، حمایت سازمانی، تجربه بالینی و محیط کاری ایمن هستند که کیفیت اطلاع‌رسانی را بهبود می‌دهند.	Glynou، Luz، Yosuflu، Fujimori، Lalor (۸، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱)
پیامدهای روانی و اجتماعی	اطلاع‌رسانی نامناسب یا غیرهمدلانه ممکن است منجر به افزایش اضطراب، افسردگی، شوک روانی و کاهش اعتماد بیمار به تیم درمان شود. در مقابل، اطلاع‌رسانی صحیح، تدریجی و همراه با همدلی باعث افزایش پذیرش تشخیص، سازگاری روانی بهتر و بهبود رابطه درمانی می‌شود.	Glynou، Nuzum، Lalor، von Blanckenburge (۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۸)

این یافته به معنای ارائه یکسان اطلاعات به همه نیست؛ بلکه مستلزم پرسش درباره ترجیح بیمار، ارزیابی آمادگی و احترام به انتخاب او درباره نقش خانواده است(۹، ۱۰).

تمایز میان اخلاق و تکنیک ارتباطی نیز اهمیت دارد پروتکل‌هایی نظیر SPIKES ومدل‌های مشابه ساختار ارتباط را فراهم می‌کنند، اما رعایت اخلاق به نحوه به‌کارگیری آن‌ها وابسته است. شواهد آموزشی نشان می‌دهد آموزش ساختارمند، شبیه‌سازی و بازخورد می‌توانند آمادگی و عملکرد را بهبود دهند، اما شواهد درباره پیامدهای واقعی بیمار و مؤثرترین ترکیب آموزشی هنوز محدود است(۲۷، ۲۸).

عوامل فرهنگی نیز در تعیین نحوه دریافت خبر نقش دارند. تفاوت ترجیحات بیماران ژاپنی، دیدگاه اخلاق اسلامی درباره حقیقت‌گویی و شواهد منطقه مدیترانه شرقی نشان می‌دهد که استانداردسازی باید با انعطاف فرهنگی همراه باشد(۹، ۲۳، ۲۹). بنابراین، راهنمای بالینی بهتر است حداقل‌های اخلاقی و ارتباطی ثابت را مشخص کند و در میزان اطلاعات، نقش خانواده و سبک ارتباطی انعطاف داشته باشد.

توجه به ارائه‌دهنده خبر نیز ضروری است. تجربه انتقال خبر بد می‌تواند با غم، اضطراب،احساس گناه و ترس از عملکرد نامناسب همراه باشد(۱۴، ۲۸). بنابراین، حمایت سازمانی، فرصت بازتاب (Reflection) و مراقبت از سلامت روان کارکنان.

در مجموع، شواهد از مدلی حمایت می‌کنند که در آن اصول اخلاقی، مسئولیت ذی‌نفعان و مهارت ارتباطی در بستر فرهنگی و سازمانی با یکدیگر تعامل دارند و با تجربه روانی ــ اجتماعی بیمار و تجربه حرفه‌ای ارائه‌دهنده مرتبط‌اند. این مدل می‌تواند مبنای طراحی راهنماهای بالینی و برنامه‌های آموزشی اختصاصی زنان و مامایی باشد.

نقاط قوت مطالعه

جستجوی چندپایگاهی و بررسی دستی منابع؛

غربالگری و استخراج داده ها بصورت مستقل توسط دو پژوهشگر؛

حل اختلاف نظرها از طریق بحث و توافق بدون نیاز به داور سوم؛

استفاده از چارچوب مفهومی برای ردیابی کدها تا مضامین؛

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

تفکیک مفهومی اصول اخلاقی از تکنیک‌های ارتباطی و عوامل زمینه‌ای.

محدودیت‌ها

محدودیت زبان و دسترسی به متن کامل می‌تواند سبب سوگیری انتخاب شود .جستجوی اصلی به چهار پایگاه محدود بود. ارزیابی رسمی کیفیت روش‌شناختی انجام نشد و مطالعات با کیفیت متفاوت وارد سنتز شدند. بخشی از شواهد از حوزه‌های عمومی پزشکی یا انکولوژی آمده است و انتقال آن به زنان و مامایی باید با احتیاط انجام شود .همچنین، به دلیل ناهمگونی طراحی مطالعات، نتایج نباید به‌صورت علّی تفسیر شوند.

کاربردهای بالینی، آموزشی و سیاستی

در بالین، اطلاع‌رسانی باید بیمارمحور و اخلاق‌مدار باشد و شامل توجه به ترجیح بیمار، حفظ محرمانگی و کرامت، زبان قابل‌فهم، فرصت پرسش، پاسخ به هیجان‌ها و برنامه ادامه مراقبت باشد. در آموزش، ترکیب چارچوب‌های ساختاریافته با شبیه‌سازی، بازخورد و بازتاب حرفه‌ای پیشنهاد می‌شود(۲۷، ۲۹، ۳۰). درسطح سازمانی، محیط خصوصی، زمان کافی و حمایت از کارکنان اهمیت دارد. راهنماهای بالینی نیز باید حداقل‌های اخلاقی ثابت را با انعطاف فرهنگی ترکیب کنند.

شکاف‌های دانشی و پیشنهادهای پژوهشی

شواهد موجود نشان‌دهنده کمبود مطالعات مداخله‌ای اختصاصی زنان و مامایی، محدود بودن ارزیابی پیامدهای بیمارمحور، کمبود مطالعات کیفی در فرهنگ‌های مختلف و نبود شواهد کافی درباره مؤثرترین ترکیب روش‌های آموزشی است . پژوهش‌های آینده باید بومی‌سازی پروتکل‌ها، آموزش بین‌حرفه‌ای، شبیه‌سازی، حمایت سازمانی و اثر آن ها بر تجربه واقعی بیماران و خانواده‌ها را بررسی کنند.

ملاحظات اخلاقی اطلاع‌رسانی خبرهای بد در حوزه زنان و مامایی در پنج حوزه به‌هم‌پیوسته قرار می‌گیرند: اصول اخلاقی، نقش ذی‌نفعان، مهارت‌های ارتباطی، عوامل زمینه‌ای و پیامدهای روانی ـ اجتماعی . اطلاع‌رسانی اخلاق‌مدار نه صرفاً بیان حقیقت و نه صرفاً اجرای یک پروتکل است؛ بلکه ترکیبی از حق بیمار برای دانستن و مشارکت، ارتباط همدلانه، حساسیت فرهنگی، حمایت و شرایط سازمانی مناسب است. با توجه به محدود بودن شواهد اختصاصی این حوزه و نبود ارزیابی رسمی کیفیت مطالعات، انجام پژوهش‌های مداخله‌ای، چندمرکزی و بومی ضروری است.

References

1- Ribeiro LSC, D'Abreu BF, Santiago AE, Cândido EB, Romão GS, De Sá MFS, et al. Breaking bad news in obstetrics and gynecology: we must talk about it. Rev Bras Ginecol Obstet 2022;44(6):621-628 PMID: 35820425.

2- Gold M. Is honesty always the best policy? Ethical aspects of truth telling. Intern Med J 2004;34(9-10):578-580.

3- Barikani A, Negarandeh R, Ghasemi E. The patients' preferences in breaking bad news: A scoping review. Nursing Practice Today 2024;11(2):92-106.

4- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka APJTo. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist2000;5(4):302-111 PMID: 10964998.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

5- Yazdanparast E, Arasteh A, Ghorbani S, Davoudi M. The effectiveness of communication skills training on nurses' skills and participation in the breaking bad news. Iran J Nurs Midwifery Res 2021;26(4):337-341 PMID: 34422614.
6- Polivka L, Delcour C, Dufresne H, Bartoli S, Bataille P, Bekel L, etal. Breaking bad news: an active learning method for medical students. BMC Med Educ 2024; 24(1):994 PMID: 39267024.
7- 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 Serv Res 2024;24(1):1175 PMID: 39363286.
8- Fujimori M, Parker PA, Akechi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y. Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. Psychooncology 2007;16(7):617-625 PMID: 17006968.
9- Abazari P, Taleghani F, Hematti S, Ehsani M. Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: a descriptive qualitative study. Support Care Cancer 2016;24(11):4651-4659.
10- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, etal. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Int Med 2018;169(7):467-473 PMID: 30178033.
11- Atienza-Carrasco J, Linares-Abad M, Padilla-Ruiz M, Morales-Gil IM. Breaking bad news to antenatal patients with strategies to lessen the pain: a qualitative study. Reprod Health 2018;15(1):11 PMID: 29361953.
12- Sharif NM, Ibrahim NA, Mohd Don Z, Haladin NaB. Current Research Trends and Research Themes of Breaking Bad News: A Systematic Review. Education in Medicine Journal 2023;15(4):1-19.
13- Glynou A, Galatis DG, Yalelis V, Sotiriadis A, Pampanos A, Sarella A, etal. Breaking bad news during prenatal screening: the role of professional obstetricians and midwives in Greece. Cureus 2024; 16(3):e56787 PMID: 38650784.
14- Koch M, Seifart C. Rethinking parameters of “success” in breaking bad news conversations from patient’s perspective: the successful delivery process model. Supportive Care in Cancer 2024;32(3):181.
15- Von Blanckenburg P, Köhler C, Petzel A, Jülicher A, Schneider V, Schneider A. Quality of breaking bad news to patients diagnosed with neoplasia of the uterine cervix. J Cancer Res Clin Oncol 2023; 149(19):17215-17222 PMID: 37792062.
16- Luz R, George A, Spitz E, Vieux R. Breaking bad news in prenatal medicine: a literature review. J Reprod Infant Psychol 2017;35(1):14-31 PMID: 29517292.
17- Lalor JG, Devane D, Begley CM. Unexpected diagnosis of fetal abnormality: women’s encounters with caregivers. Birth 2007;34(1):80-88 PMID: 17324182.
18- Nuzum D, Meaney S, O’Donoghue K. The spiritual and theological challenges of stillbirth for bereaved parents. J Relig Health 2017;56(3):1081-1095 PMID: 28154999.
19- Farhadfar AH, Nasiripour AA, HAJI NK. A comprehensive review of patient-centered care in the hospitals. J Health Manag 2019;9(4):91-98.
20- Abazari P, Taleghani F, Hematti S, Malekian A, Mokarian F, Hakimian SMR, etal. Breaking bad news protocol for cancer

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

disclosure: an Iranian version. J Med Ethics Hist Med 2017;10:13.

21- Yosuflu S, Taghiyani Z, Haqqani F. The Challenges and Solutions of Breaking Bad News in Midwifery: a Narrative Review. Journal of Medical Education Development 2023;18(3):563-579.

22- Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. Iran J Med Ethics Hist Med 2010;3(5):1-11.

23- Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. Collegian 2018;25(1):119-123.

24- Jalali R, Jalali A, Jalilian M. Breaking bad news in medical services: a comprehensive systematic review. Heliyon 2023; 9(4):e14734.

25- Mahendiran M, Yeung H, Rossi S, Khosravani H, Perri GA. Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news–a systematic review. Am J Hospice Palliat Med Care 2023;40(11):1231-1260 PMID: 36779374.

26- MacLaine TD, Lowe N, Dale J. The use of simulation in medical student education on the topic of breaking bad news: A systematic review. Patient Educ Couns 2021;104(11):2670-2681 PMID: 33926808.

27- Primeau C, Chau M, Turner MR, Paterson C. Patient experiences of patient–clinician communication among cancer multidisciplinary healthcare professionals during “breaking bad news”: A qualitative systematic review. Semin Oncol Nurs 2024;40:151680.

28- Francis L, Robertson N. Healthcare practitioners’ experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis. Patient Education Counseling 2023;107:107574 PMID: 36459829.

29- Yousuf AAA, Stewart DC, Kane T, Soltani A, Al-Khal A, Sethi A. Health professionals’ views and experiences of breaking bad news in the Eastern Mediterranean Region: a scoping review. Front Med 2024;11:1440867 PMID: 39290389.

30- Mueller J, Beck K, Loretz N, Becker C, Gross S, Blatter R, etal. The Disclosure of Bad News Over the Phone vs. in Person and its Association with Psychological Distress: a Systematic Review and Meta-Analysis: Müller et al. Journal of General Internal Medicine. 2023; 38(16):3589-603 PMID: 37552418.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]