

مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص: یک بررسی کیفی

دکتر فریبا طالقانی*، دکتر زهره پارسا یکتا**، دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی***

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی چگونگی مقابله با سرطان پستان در زنان ایرانی بود.

روش: در این بررسی کیفی با ۱۹ زن مبتلا به سرطان پستان در مورد شیوه رویارویی آنان با تشخیص بیماری به روش انفرادی نیمه ساختاریافته و عمیق مصاحبه شد. مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: موضوع‌های مهم به دست آمده در این بررسی شامل مواجهه با بیماری با به کارگیری رویکرد مذهبی (تسلیم به بیماری به عنوان یک تقدیر الهی، استمداد مذهبی)، نگرش نسبت به بیماری (مثبت اندیشی؛ امید به زندگی، تلقین مثبت، درمان پذیر بودن بیماری، فراموشی آگاهانه؛ تفکر منفی؛ ناامیدی، ترس، اختلال در تصویر ذهنی)، پذیرش حقیقت بیماری (پذیرش فعال: مبارزه با بیماری، شکیبایی؛ پذیرش غیرفعال)، عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر رویارویی (واکنش‌های اجتماع نسبت به بیماری، وجود گروه همگون) و حمایت نزدیکان بود.

نتیجه گیری: بیشتر روش‌های به کار گرفته شده در رویارویی با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص، مثبت و متکی بر مبارزه با بیماری و تسلیم نشدن به آن است و در این میان الهام از مبانی مذهبی، نقش بسیار مهمی داشته است.

کلیدواژه: مقابله، سرطان پستان، بررسی کیفی

مقدمه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳).
ابتلا به سرطان پستان، چالش‌های زیادی را در زنان برمی‌انگیزد که شامل سازگاری با خبر اولیه ابتلا به آن، برنامه‌ریزی و بهبودی پس از درمان‌های جراحی، درمان‌های ترکیبی، روبه‌رو شدن با عوارض جانبی درمان، رهایی از

بر پایه گزارش انستیتوی سرطان ایران، سرطان پستان ۲۵٪ از کل سرطان‌ها را در زنان تشکیل داده و شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است. بیشترین میزان بروز این بیماری در زنان در سنین ۳۵ تا ۴۴ سالگی می‌باشد (مرکز مدیریت بیماریها،

* دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان. اصفهان، خیابان هزارجریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی. فاکس: ۰۲۴۷۰۸۰-۳۱۱ (نویسنده مسئول).
E-mail: taleghani@nm.mui.ac.ir

** دکترای تخصصی پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

*** دکترای تخصصی پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

بیماری یا عود آن و انتظار مرگ در موارد پیشرونده بیماری است (هاک^۱ و دگنر^۲، ۲۰۰۳).

برداشتن یک یا هر دو پستان، غالباً با احساس مثله شدن، تغییر در تصویر ذهنی، کاهش جاذبه جنسی، اضطراب، افسردگی، احساس ناامیدی، گناه، ترس از عود بیماری، طرد شدن و در نهایت افکار مرگ همراه است. برداشتن پستان به عنوان نابود شدن بخشی از بدن تلقی می‌گردد که نماد جنسیت، زنانگی و ابعاد مادرانه می‌باشد (کانکل^۳، امی^۴ و تیتوس^۵، ۲۰۰۲). بررسی ۱۲۴۹ زن تازه تشخیص داده شده مبتلا به سرطان پستان نشان داد که ۳۲/۸٪ دچار رنج ناشی از استرس^۶ بوده‌اند (هاک و دگنر، ۲۰۰۳).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که واکنش‌های طبیعی نسبت به بحران سرطان شامل سه مرحله است. مرحله اول دربردارنده واکنش‌های همراه با ناباوری به تشخیص درست بیماری، انکار و شوک است. این مرحله به طور طبیعی نزدیک به یک هفته طول می‌کشد. مرحله دوم احساس درماندگی^۷ است که طی آن بیمار به آرامی واقعیت تشخیص بیماری را پذیرفته و معمولاً یک تا دو هفته به درازا می‌کشد (هولند^۸ و گوان-پایلز^۹، ۲۰۰۰). در مرحله سوم که هفته‌ها یا ماه‌ها پس از تشخیص رخ می‌دهد بیماران راهبردها و سبک‌های گوناگون مقابله را به کار می‌گیرند. این راهبردها، روش‌های اختصاصی برای حل مشکلات مربوط به این بیماری هستند (رولند^{۱۰}، ۱۹۸۹).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان شامل سه دسته کلی انکار بیماری، مبارزه با بیماری به کمک افکار مذهبی و احساس ناامیدی و تنهایی است. در زنانی که با افکار مذهبی و انکار (اجتناب مثبت) نسبت به بیماری واکنش نشان می‌دهند عود بیماری کمتر بوده، در حالی که در بیمارانی که احساس تنهایی و مرگ داشتند عود بیماری بیشتر بود (گرییر^{۱۱}، ۱۹۹۱). رینولدز^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که بیان احساسات و عواطف در طول درمان، اثرات سودمندی در بقای بیماران داشته است.

هندرسون^{۱۳}، گور^{۱۴}، دیویس^{۱۵} و کوندون^{۱۶} (۲۰۰۳) نیز راهبردهای به کار گرفته شده برای مقابله در این بیماران را، شامل مواردی چون پرداختن به دعا و عبادت، داشتن نگرش مثبت نسبت به بیماری، امید به زنده ماندن، فعال بودن و حمایت از سوی خانواده، دوستان و گروه‌های حمایتی

گزارش کرده‌اند. آشینگ^{۱۷}، پادپلا^{۱۸}، تجرو^{۱۹} و کاگوا-سینگر^{۲۰} (۲۰۰۳) در بررسی زنان آمریکایی آسیایی تبار بهره‌گیری از راهبردهای منبع اولیه حمایت و مقابله با بیماری و داشتن اعتقادات مذهبی را بیش از سایر راهبردها گزارش نمودند.

با توجه به این که در زمینه به کارگیری راهبردهای مقابله در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان پژوهش معینی مشاهده نشد، این پژوهش با هدف بررسی روش‌های مقابله‌ای به کار برده شده توسط زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان انجام شده است.

روش

با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، برای درک ماهیت پدیده مورد بررسی که در آن پژوهشگر به صورت هدفمند به سراغ کسانی می‌رود که اطلاعات مورد نیاز را دارند (برنز^{۲۱} و گراو^{۲۲}، ۲۰۰۱)، ۱۹ زن بستری در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر تهران که سرطان پستان در آنان به تازگی تشخیص داده شده و تحت عمل جراحی رادیکال ماستکتومی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند. معیارهای انتخاب افراد عبارت بودند از: بودن در مراحل یک تا سه بیماری، عدم وجود متاستاز واضح در نقاط دور دست بدن، عدم وجود سابقه آشکار بیماری‌های روانی و نداشتن سابقه سرطان و بیماری‌های مزمن دیگر. مشارکت کنندگان از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت بوده، سن آنان بین ۵۲-۳۱ سال با میانگین ۴۴ سال بود. ۱۷ نفر متأهل، یک نفر مجرد و یک نفر مطلقه بود. ۱۳ نفر از شرکت کنندگان در بررسی خانه‌دار و ۶ نفر شاغل بودند. گردآوری داده‌ها به مدت شش ماه از آغاز سال ۱۳۸۳ انجام شد.

برای گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌های عمیق، باز و نیمه‌ساختاریافته فردی به کار برده شد. این نوع مصاحبه‌ها به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن برای پژوهش‌های کیفی

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1- Hack | 2- Degner |
| 3- Kunkel | 4- Emmie |
| 5- Titus | 6- distress |
| 7- helplessness | 8- Holland |
| 9- Goen-Piels | 10- Rowland |
| 11- Greer | 12- Reynolds |
| 13- Henderson | 14- Gore |
| 15- Davis | 16- Condon |
| 17- Ashing | 18- Padilla |
| 19- Tejero | 20- Kagawa-Singer |
| 21- Burns | 22- Grove |

مناسب است (استروبرت^۱ و کارپنتر^۲، ۲۰۰۳). نخست پرسش‌های کلی به‌عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شد که پاسخ‌های باز و تفسیری را به همراه داشت و سپس پاسخ مشارکت‌کنندگان روند مصاحبه و پرسش‌ها را هدایت می‌نمود. پیش از آغاز مصاحبه با طرح یک رشته پرسش‌های اولیه و ایجاد رابطه عاطفی مناسب و جلب اعتماد بیماران، زمینه برای انجام مصاحبه راحت و بهتر فراهم می‌شد.

گفتگوها بر روی نوار ضبط، و بلافاصله کلمه به کلمه پیاده می‌گردید. مدت زمان مصاحبه بسته به شرایط بیمار بین ۱۲۰-۴۵ دقیقه بود. محیط پژوهش متناسب با پژوهش‌های کیفی، محیط واقعی و طبیعی بوده، مصاحبه‌ها با هر شرکت‌کننده بسته به تحمل و علایق بیمار به بیان تجارب خود، در طی یک تا دو جلسه در بیمارستان یا منزل بیمار انجام می‌شد.

با همه بیماران بین ۲ تا ۱۲ هفته پس از تشخیص بیماری مصاحبه شد. همه مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام شد و مصاحبه‌ها تا رسیدن به غنای لازم و اشباع اطلاعاتی^۳ ادامه یافت. معیار انتخاب تعداد نمونه در پژوهش کیفی، همین غنای داده‌ها و رسیدن به زمانی است که با انجام مصاحبه‌های جدید، موضوع و یافته جدیدی افزوده نشود (استروبرت و کارپنتر، ۲۰۰۳). افزون بر مصاحبه، بیماران با مشاهده سازمان‌یافته^۴ نیز بررسی شدند. در این روش رفتارهای غیرکلامی (حالت‌های چهره، تن صدا، واکنش‌های هیجانی و غیره) در هنگام مشاهده و یا پس از آن یادداشت می‌شد.

برای تحلیل داده‌های گردآوری شده، روش تحلیل محتوا به کار برده شد. این روش برای تعیین و توصیف پدیده مورد بررسی، مفاهیم عینی را از واژه‌ها، جمله‌ها و بیان‌ها استخراج می‌نماید. هدف از تحلیل محتوا، بررسی شمار ترتیب، شدت و واژه‌ها، جمله‌ها و عبارت‌ها برای شناسایی موضوع‌های بیان شده توسط شرکت‌کنندگان است (برنز و گراو، ۲۰۰۱). در این بررسی برای تحلیل کلامی مصاحبه‌ها در نخستین مرحله، از واژه‌های کلیدی مصاحبه (کردار، پندار و احساس‌ها) به‌عنوان طبقات اولیه برای سازمان‌دهی اطلاعات بهره گرفته شد. کدگذاری خط به خط انجام شد و کدهای اساسی شناسایی گردید. در مرحله دوم، از روش تحلیل محتوا برای تعیین و ترکیب آنان به موضوعات بزرگتر بهره گرفته شد و در هر موضوع، محتوای بیانات مشخص گردید.

برای ارزیابی داده‌ها معیارهای روایی و پایایی داده‌ها که مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی است، به کار برده شد. برای افزایش روایی داده‌ها روش‌های زیر به کار برده شد:

- ۱- مصاحبه و دیدارهای طولانی با شرکت‌کنندگان،
- ۲- مصاحبه با بیمار در زمان‌های مختلف،^۳ ارتباط طولانی و مشاهده مستمر،^۴ تلفیق زمانی^۵ (بررسی در زمان‌های مختلف) و^۶ مرور دست‌نوشته‌ها توسط شرکت‌کنندگان.

برای تأیید و اصلاح صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده، از نظرها و پیشنهادها تکمیلی همکاران نیز بهره گرفته شد.

در این بررسی دو پژوهشگر جداگانه نوشته‌ها را بررسی نموده، چندین بار نوشته‌ها، کدگذاری‌ها و طبقه‌بندی‌ها، برای اعتبار کدها بررسی و جستجو برای شناسایی الگوها و مفاهیم انجام شد. پایایی محتوای طبقات و موضوع‌های تکراری تا نزدیک به ۹۵ درصد توسط پژوهشگر و دو کدگذار تعیین شد. در صورتی که بین پژوهش‌گرها توافق وجود نداشت، تفاوت‌ها مورد بحث قرار می‌گرفت و یک توافق مشترک به دست می‌آمد. در پایان کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفته، مطالب غیرمرتبط با بررسی نیز حذف گردیدند. عینیت و اعتبار و این که دو پژوهشگر نتایج یکسانی از دست‌نوشته‌ها و گزارش‌ها دریافت نمایند، از ویژگی‌های داده‌های پژوهش است (استروبرت و کارپنتر، ۲۰۰۳).

از همه بیماران برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی و یا شفاهی گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که اصل رازداری و محرمانه‌بودن اطلاعات در کلیه مراحل پژوهش رعایت خواهد شد. هم‌چنین از بیماران برای ضبط صدا در هنگام مصاحبه اجازه گرفته و در مورد پاک کردن نوار پس از انتقال مطالب و تحلیل اطلاعات اطمینان داده شد.

یافته‌ها

در این بررسی پنج طبقه اصلی شامل روبروشدن با بیماری با به‌کارگیری رویکرد مذهبی، نگرش نسبت به بیماری، پذیرش حقیقت بیماری، عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر مقابله، و حمایت نزدیکان و خویشاوندان بودند. در **جدول ۱** طبقات اصلی و فرعی نشان داده شده است.

1- Streubert

2- Carpenter

3- data saturation

4- unstructured observation

5- time triangulation

6- member check

۱- رویروشدن با بیماری با به کارگیری رویکرد مذهبی: رویکرد مذهبی یکی از روش‌های مهم مقابله بسیاری از بیماران در برابر بیماری بود. این موضوع به دو موضوع فرعی مرتبط با یکدیگر الف- تسلیم به بیماری به عنوان یک تقدیر الهی و ب- استمداد مذهبی تقسیم شده بود. بسیاری از بیماران، بیماری را به عنوان یک تقدیر الهی پذیرفته و بر این باور بودند که این سرنوشتی بوده که خداوند برای آنان رقم زده و باید در برابرخواست خداوند سر تسلیم فرود آورند. از سوی دیگر بیشتر بیماران بیماری خود را یک امتحان الهی دانسته، باور داشتند که خداوند با این بیماری می‌خواهد بنده خود را بیازماید؛ پس ما باید بکوشیم از این آزمون سر بلند بیرون بیاییم (استمداد مذهبی). کمک خواستن بیماران از پروردگار، پیشوایان دینی، نذر، زیارت و دعا نیز از جلوه‌های دیگر این موضوع بود.

۲- نگرش نسبت به بیماری: یکی از مواردی که در رویارویی این بیماران با بیماری خود در خور توجه است، نگرش آنان نسبت به بیماری می‌باشد که به دو صورت الف- مثبت اندیشی و ب- تفکر منفی ظاهر می‌شد.

الف- مثبت‌اندیشی: تلقین مثبت، مثبت تلقی شدن بیماری از سوی بیماران است که پستان عضو مهمی در بدن نبوده، به راحتی می‌توان آن را جایگزین کرد؛ مهم این است که اندام‌های مهم بدن مانند دست و پا و سایر اندام‌ها بیمار نباشند. هم چنین امید به زندگی از موارد برخورد مثبت با بیماری بود. آنان ناامیدی را برابر با نابودی و مرگ می‌دانستند. هم چنین درمان‌پذیر بودن بیماری یکی از موارد دیگر نگرش مثبت نسبت به بیماری بود که بیماران، سرطان پستان را درمان‌پذیرتر از سایر سرطان‌ها دانسته و این مایه امید آنها در رویارویی بهتر با بیماری بود.

فراموشی آگاهانه یکی دیگر از ابعاد مقابله با بیماری بود. آنان باور داشتند که برداشت منفی درباره این بیماری و گریه و زاری هیچ سودی جز بدتر نمودن شرایط بیماری و گسترش آن به سایر اندام‌ها ندارد.

ب- تفکر منفی: بعد دیگر برخورد بیماران با بیماری خود، تفکر منفی و افکار ناخوشایندی چون ناامیدی و تأسف از تشخیص سرطان و ترس از مرگ احتمالی بود، که در زنان جوان بیشتر دیده می‌شد.

یک عامل منفی در رویارویی با بیماری، اختلال در تصویر ذهنی بیماران پس از جراحی بود. آنان احساس

می‌کردند که هویت ایشان به عنوان یک زن دچار اختلال شده و احساس زشتی و ناموزونی داشتند. این مشکل در زنان جوان بیشتر بیان می‌شد.

۳- پذیرش حقیقت بیماری: این بررسی نشان داد یکی از راه‌های مهم در رویارویی با بیماری، پذیرش حقیقت بیماری است که به دو صورت الف- فعال و ب- غیرفعال در آنان دیده می‌شد. یکی از روش‌های پذیرش فعال، تلاش برای مبارزه با بیماری بود که عشق به فرزندان از انگیزه‌های اصلی این مبارزه بود. لزوم صبر، شکیبایی و خونسردی در برابر بیماری، یکی از مواردی بود که بیماران در پذیرش بیماری از خود نشان داده، باور داشتند این کار موجب بهتر شدن روحیه و جلوگیری از بدتر شدن شرایط بیماری خواهد شد. در پذیرش غیر فعال، بیمار می‌کوشد از وضعیت موجود خود راضی باشد، چون ممکن بود شرایط بدتری برای او رخ دهد.

۴- عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر مقابله: یکی از ابعاد مهم رویارویی با بیماری و از عوامل بروز مشکلات روانی در زنان، نگرش مردم نسبت به بیماری و احساس دلسوزی آنان نسبت به بیماران بوده است. این امر موجب پنهان نمودن بیماری خود از دیگران شده، آثار زیان‌باری در برخورد مؤثر با بیماری داشت. گروهی از زنان باور داشتند که آگاهی دیگران از بیماری آنان مشکل‌ساز بوده و آسایش آنان را از

جدول ۱- طبقه‌های اصلی و فرعی روش‌های رویارویی با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان

۱) رویروشدن با بیماری با به کارگیری رویکرد مذهبی

- تسلیم به بیماری به عنوان تقدیر الهی

- استمداد مذهبی

۲) نگرش نسبت به بیماری

مثبت‌اندیشی

- تلقین مثبت، امید به زندگی، فراموشی آگاهانه

تفکرمنفی

- ناامیدی و ترس متعاقب بیماری، اختلال در تصویر ذهنی

۳) پذیرش حقیقت بیماری

- پذیرش فعال (مبارزه با بیماری، صبوری)

- پذیرش غیرفعال

۴) عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر مقابله

- واکنش‌های اجتماع به بیماری و پاسخ بیماران، گروه همگون

۵) حمایت نزدیکان و خویشاوندان از بیمار

میان برده است. از این رو تمایل نداشتند با افرادی که احتمالاً واکنش نامناسب نشان می دهند در مورد بیماری خود گفتگو کنند.

برخی از بیماران نمی خواستند به آنان توجه و محبت بیش از اندازه شود و از دیگران انتظار رفتار عادی داشتند. آنان محبت بیش از اندازه را، موجب احساس ناراحتی می دانستند. یکی از مواردی که در رویارویی بهتر بیماران با بیماری تأثیر داشت وجود بیماران دیگر مبتلا به سرطان پستان بود که موجب تقویت روحی و برخورد بهتر آنان با بیماری می شد. آنان احساس می کردند که در رویارویی با بیماری تنها نیستند. ۵- حمایت نزدیکان و خویشاوندان از بیمار: یکی از عوامل مهم در مقابله بیمار با بیماری خود، نقش حمایتی همسر و اطرافیان بوده است. بیماران، حمایت همسر را از عوامل مهم در برخورد بهتر با بیماری می دانستند.

بحث

در این بررسی چگونگی رویارویی زنان ایرانی با سرطان پستان در آغاز تشخیص بیماری توصیف شده است. نتایج نشان داد یکی از جنبه های مهم در مقابله با سرطان پستان در زنان ایرانی، بهره گیری از رویکرد مذهبی بوده و این یافته ای است که در بررسی های پیشین نیز به آن اشاره شده و از ابعاد مهم مقابله با بیماری می باشد. راهکارهای دارای ریشه مذهبی قوی، از روش های فعالی هستند که به بیماران کمک می نمایند تا اندیشه خود را پالایش نموده، بر روی مشکل و تصمیم گیری درباره آن تمرکز کنند (اسپیلکا^۱، اسپنگلر^۲ و نلسون^۳، ۱۹۹۱؛ کورتس^۴، ایت و کورتس، ۱۹۹۳؛ هالستد^۵ و فرنسلر^۶، ۱۹۹۴؛ پوتس^۷، ۱۹۹۶؛ فهر^۸ و مالی^۹، ۱۹۹۹؛ گال^{۱۰} و کورن بلات^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ کولور^{۱۲}، آرناس^{۱۳}، آنتونی^{۱۴} و کارور^{۱۵}، ۲۰۰۲؛ لام^{۱۶} و فیلدینگ^{۱۷}، ۲۰۰۲؛ هندرسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ آشینگ و همکاران، ۲۰۰۳). این بررسی نشان داد که زنان بیماری خود را خواست الهی و سرنوشت تعیین شده از سوی خداوند دانسته، خود را تسلیم خواست خداوند می کردند. بررسی آشینگ (۲۰۰۳) در زنان آمریکایی آسیایی تبار مبتلا به سرطان پستان، نیز نشان داد بیماران باور داشتند بیماری آنان در دستان خداست و در نزد آنان جنبه های مذهبی در رهایی از بیماری، مهم تر از دریافت خدمات بهداشتی بود. یکی دیگر از ابعاد رویکرد مذهبی در رویارویی با بیماری، تفکر نسبت به بیماری به عنوان یک آزمایش الهی

بود. همان گونه که در آموزه های دینی قرآن کریم آمده است خداوند انسان ها را به روش های گوناگون می آزماید تا مشخص گردد بنده نیکو کار و خوب خداوند کیست. از نظر زنان در این بررسی، اگر انسان در برخورد با بیماری، ایمان خود را به خدا از دست نداده و خداوند از او راضی و خشنود باشد به او اجر داده خواهد شد؛ این مورد در بررسی های دیگر کمتر اشاره شده و این نگرش نشان دهنده باور زنان ایرانی است. یکی دیگر از ابعاد روحانی و مذهبی بیماران در رویارویی با سرطان پستان، افزایش دعا و عبادات و آیین های مذهبی است که در پژوهش های انجام شده نیز به آن اشاره شده است.

یافته دیگر پژوهش، نگرش مثبت یا منفی نسبت به بیماری بود. یکی از اشکال تفکر مثبت، تلقین مثبتی بود که بیماران نسبت به برداشتن سینه داشتند. گروهی از زنان بر این باور بودند که سینه یک عضو غیر ضروری و ظاهری است و از سوی دیگر پستان را به عنوان یک عضو مهم در برابر بسیاری از اندام های حیاتی بدن ندانستند. گال و همکاران (۲۰۰۲) نیز گزارش کردند که زنان چینی اهمیت کمتری برای پستان به عنوان یک عضو جنسی، زنانگی و حتی عملکردی، در مقایسه با جوامع غربی قایل بودند. در بررسی حاضر نگرش منفی چون ترس، تغییر در تصویر ذهنی به ویژه در زنان جوانتر و کسانی که به ظاهر خود اهمیت می دادند و تغییرات بدنی پس از بیماری، از نگرانی های مهم در رویارویی با بیماری و حضور در جمع دیگران می باشد. آشینگ و همکاران (۲۰۰۳) و اوایس^{۱۸}، کرافورد^{۱۹} و مانویل^{۲۰} (۲۰۰۴) نیز در زنان جوان تغییر در ظاهر را از نگرانی های مهم در مبتلایان به سرطان پستان گزارش نمودند. هم چنین بررسی های گوناگون نشان داده اند تفاوت هایی وابسته به سن، در هنگام روبه روشن شدن با سرطان پستان و کیفیت زندگی زنان وجود دارد و زنان با سن کمتر، مشکلات بیشتری در ارتباط با بیماری و کیفیت زندگی خود

1- Spilka	2- Spangler
3- Nelson	4- Kurtz
5- Halstead	6- Fernsler
7- Potts	8- Feher
9- Maly	10- Gall
11- Cornblat	12- Culver
13- Arena	14- Antoni
15- Carver	16- Lam
17- Fielding	18- Avis
19- Crawford	20- Manuel

دارند (ونزل^۱، فیر کلاک^۲ و برادی^۳، ۱۹۹۹؛ کینگ^۴، کنی^۵، شیل^۶، هال^۷ و بوی ایجنز^۸، ۲۰۰۰؛ آشینگ و همکاران، ۲۰۰۳).

بر پایه این بررسی، امید به زندگی و میل به برگشت به روال عادی زندگی، انگیزه زیادی را برای بهبودی و مقابله مؤثر با بیماری ایجاد می کند و این نکته توسط همه زنانی که فرزندان در خانه داشتند، بیان شده بود. این یافته نیز با بررسی هندرسون و همکاران (۲۰۰۳) هم سو است. زنان وابستگی اعضای خانواده به آنان را انگیزه ای برای رهایی از بیماری و تلاش در راستای بهبودی هر چه سریع تر می دانستند.

در این بررسی، بیماران باور داشتند که تصورات نامطلوب در مورد بیماری و گریه و زاری مشکلی را حل نموده، تنها ممکن است موجب گسترش بیماری گردد. آشینگ و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان دادند که زنان آسیایی استرس را عامل بروز بیماری می دانسته اند. در بررسی حاضر، بیماران دلسوزی و ترحم از سوی دیگران را غیر ضروری دانستند و تمایل به داشتن رفتار عادی با آنان و عدم ابراز محبت بیش از اندازه داشتند که با یافته های لام (۲۰۰۳) هم سویی دارد. زنان هنگ کنگی بیان کرده بودند برایشان مهم بوده که به آنان به چشم انسان سالم نگاه شود و پذیرش بیماری توسط دیگران باعث می شود تا بیشتر احساس طبیعی بودن داشته باشند. یافته دیگر این بررسی تأثیر گروه همگون در مواجهه بهتر با بیماری بود. بیماران از یکدیگر در مورد بیماری و درمان آن اطلاعاتی کسب کرده بودند که تأثیرات مثبتی را به همراه داشت و این با یافته های هندرسون و همکاران (۲۰۰۳) و آشینگ و همکاران (۲۰۰۳) هم سویی دارد.

یافته پژوهش حاضر مبنی بر کلیدی بودن برخورد همسر به عنوان یک عامل مهم در رویارویی مثبت و مؤثر با بیماری، با یافته های اویس و همکاران (۲۰۰۴) که تجربه سرطان پستان را در صورت داشتن شریک خوب، یک عامل مثبت تلقی نموده اند و یافته های آشینگ و همکاران (۲۰۰۳) بر روی گروه های آسیایی تبار مبنی بر نقش حمایتی همسران هم سویی دارد.

به طور کلی این بررسی نشان داد که در رویارویی با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص، نگرش مثبت و متکی بر مبارزه با بیماری، عدم تسلیم به آن و الهام از مبانی مذهبی نقش بسیار مهمی داشته اند. از آن جا که درباره راهبردهای مقابله در زنان مسلمان، بررسی مشخصی انجام نشده است و

شناسایی راهبردهای مقابله و عوامل مؤثر بر آن، برای مراقبت از آنان ضروری می باشد، می توان با انجام پژوهش های گسترده تر الگوهای مقابله موفق در بقای بیماران را شناسایی و بر پایه آن مداخلات درمانی سودمند و مؤثر را برای افزایش کیفیت زندگی این بیماران برنامه ریزی نمود.

از محدودیت های این پژوهش قابلیت تعمیم پذیری محدود یافته های پژوهش است و این امر به ماهیت این گروه از بررسی ها مربوط می شود. شاید بتوان گفت که در این گونه بررسی ها تأکید بر تغییر و تنوع تجربه ها و ماهیت تکراری آنهاست و نه الزماً رسیدن به یافته های قابل تعمیم.

سپاسگزاری

این طرح با استفاده از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است و بدین وسیله از خانم هایی که در این بررسی شرکت کردند قدردانی می گردد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۲/۲۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۴/۷؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۶/۹

منابع

مرکز مدیریت بیماریها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳). گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

Ashing, T. K., Padilla, G., Tejero, j., & Kagawa-Singer, M. (2003). Understanding the breast cancer experience of Asian American women. *Psycho-Oncology*, 12, 38-58.

Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.

Burns, N., & Grove, S. K. (2001). Understanding nursing research. Philadelphia: W. B. Saunders

Culver, J. L., Arena, P. L., Antoni, M. H., & Carver, C. S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: Comparing African Americans, Hispanics and non-Hispanic whites. *Psycho-Oncology*, 11, 495-504.

1- Wenzel
3- Brady
5- Kenny
7- Hall

2- Fairclough
4- King
6- Shiell
8- Boyages

- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Gall, L. T., & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 524-535.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Hack, T. F., & Degner, L. F. (2003). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13, 235-247.
- Halstead, M. T., & Fernsler, J. L. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17, 94-100.
- Henderson, P. D., Gore, S. V., Davis, B., & Condon, E. H. (2003). African American women coping with Breast cancer: A qualitative analysis. *Oncology Nursing Forum*, 30, 641-648.
- Holland, J. C., & Gooen-Piels, J. (2000). *Principles of psycho-oncology*. In: J. C. Holland & E. Frei (Eds.). *Cancer medicine* (5th. ed.) (p.p. 943-958). Hamilton, Ontario: B.C. Decker Inc.
- King, M. T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9, 789-800.
- Kunkel, E., Emmie, C., & Titus, O. (2002). Psychosocial concerns of women with breast cancer. *Patient Education*, 9, 129-134.
- Kurtz, M. E., Wyatt, G., & Kurtz, J. C. (1993). Psychological and sexual well being, philosophical/spiritual views, and health habits of long-term cancer survivors. *Health Care Women Information*, 16, 253-262.
- Lam, W. T., & Fielding, R. (2003). The evolving experience of illness for Chinese women with breast cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 12, 127-140
- Potts, R. G. (1996). Spirituality and the experience of cancer in an African-American community: Implications for psychosocial oncology. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14, 1-19.
- Radice, D., & Redaell, A. (2003). Breast cancer management. *Pharmaconomics*, 21, 383-396.
- Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., & Chen, V. (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: Results from the black/white cancer survival study. *American Journal of Epidemiology*, 152, 940-949.
- Rowland, J. H. (1989). Intrapersonal resources: Coping. In: J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.). *Handbook of Psycho-oncology: Psychological care of the patient with cancer* (p.p. 44-57). New York, NY: Oxford University Press.
- Spilka, B., Spangler, J. D., & Nelson, C. B. (1991). Spiritual support in life threatening illness. *Journal of Religion Health*, 22, 98-104.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: Lippincott
- Wenzel, L. B., Fairclough, D. L., & Brady, M. J. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast cancer. *Cancer*, 86, 1768-1774.