

تجارب روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از گذر از مرحله بحران؛ یک مطالعه کیفی

فاطمه خانساری: گروه اخلاق و حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
 یاسمن سعیدی‌نژاد: گروه اخلاق و حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
 اعظم رؤفی*: گروه اخلاق و حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
 احسان شمس‌گوشکی: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران و گروه اخلاق و حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان جمعیت زنان در جوامع امروزی است. میزان بقای مبتلایان به سرطان پستان بسیار تحت تاثیر کیفیت زندگی آنان است. از آنجاکه تجارب روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان تا حد زیادی بر روی کیفیت زندگی آنان موثر است، پژوهش حاضر با هدف شناخت تجارب روان‌شناختی مبتلایان به این بیماری انجام شده است.

روش بررسی: این مقاله یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا و بر مبنای مصاحبه نیمه باز و نیمه ساختار یافته می‌باشد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشند که بعد از جراحی پستان در حال دریافت شیمی‌درمانی یا پیگیری آن بوده و در زمان انجام پژوهش به کلینیک پژوهش‌کرده سرطان پستان جهاد دانشگاهی مراجعه نموده‌اند. هیچ یک از بیماران متاستاز دوردست بیماری را نداشتند و در مرحله کنترل شده بیماری بودند. دلیل انتخاب این گروه، گذر از دوران بحرانی مواجهه با خبر بد سرطان و سپری شدن بخش اعظم درمان و رسیدن به یک ثبات نسبی در وضعیت بیماری بود. پس از کسب اجازه، در فضایی آرام و به دور از عوامل مداخله‌گر و در یکی از اتاق‌های خالی کلینیک در قالب چند پرسش باز و بدون جهت‌گیری از زنان شرکت‌کننده، مصاحبه به عمل آمد. مصاحبه با هر فرد ۳۰ دقیقه به طول انجامید و برای ضبط مصاحبه از شرکت‌کنندگان اجازه شفاهی گرفته شد. پس از چندبار مرور متن مصاحبه، نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: طیف سنی بیماران ۳۶ تا ۷۲ سال و تحصیلات بیماران از بی‌سواد تا کارشناسی بود. همه بیماران شرکت‌کننده در مطالعه متاهل و دارای ۱ تا ۳ فرزند بودند. برخی از بیماران پس از تشخیص احساس عصبانیت داشتند و برخی احساس غمگین بودن را عنوان می‌کردند. همچنین بیشتر بیماران به لزوم حمایت‌های روانی از طرف اعضای خانواده خود در زمان شنیدن خبر ابتلا به سرطان، تاکید داشتند. برخی از بیماران عنوان کردند که سرطان اتفاق فاجعه باری در زندگیشان نبوده است. بیشتر بیماران آرزو نمی‌کردند که ای کاش به سرطان مبتلا نمی‌شدند، این درحالی است که اکثر بیماران تقریباً هر شب به مرگ می‌اندیشیدند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد با وجود اینکه اکثر بیماران در زمان اطلاع از تشخیص بیماری احساساتی چون عصبانیت یا غمگینی را داشتند، اما مرور زمان سبب کنار آمدن آنها با بیماری و عوارض آن شده است. به طوری که اکثر بیماران پس از انجام ماستکتومی، با وجود تغییر فاحشی که در ظاهر بدنشان ایجاد شده بود، با این موضوع کنار آمده بودند و هیچ‌کدام از این تغییر به عنوان تجربه منفی یاد نکرده بودند. به نظر می‌رسد گذر زمان می‌تواند منجر به تغییر در تجارب روانی این بیماران شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، تصویر بدنی، تجارب روانی.

* نشانی نویسنده پاسخگو: تهران، میدان ونک، بزرگراه حقانی، ابتدای خیابان گاندی جنوبی، مرکز تحقیقات سرطان پستان، اعظم رؤفی.
 نشانی الکترونیک: parastoorafee@gmail.com

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان جمعیت زنان در جوامع امروزی است. میزان بقای مبتلایان به سرطان پستان بسیار تحت تاثیر کیفیت زندگی آنان قرار می‌گیرد (۱-۳). به دنبال بهبود روش‌های درمانی مدیکال و افزایش قابل توجه میزان بقا در بیماران مبتلا به سرطان پستان، پژوهشگران توجه خود را معطوف به نیازمندی‌های اجتماعی و روانی نجات یافتگان از سرطان پستان کردند و دریافتند که در مراحل مختلف بیماری سرطان پستان به ویژه زمانی که بیمار ناچار است خود را با روش‌های مختلف درمانی منطبق نماید و یا زمانی که بیمار مراحل پس از درمان را سپری می‌کند، مداخلات روان‌شناختی می‌تواند نقش بسزایی در بهبود کیفیت زندگی این افراد داشته باشد. به این ترتیب، تامین نیازهای روانی، یک عامل حیاتی برای سلامتی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد (۴). در مورد اثرات روانی از سرطان پستان بعد از اتمام درمان همچنان اختلاف نظر وجود دارد. در حالی که بیشتر زنان با سرطان پستان خوب کنار می‌آیند برخی ممکن است همچنان متاثر از عوارض روانی بیماری باشند. پژوهش‌ها حاکی از آن است که زنان جوان‌تر و در سنین پیش از یائسگی در معرض عوارض روانی بیشتری هستند (۵). در بیماران مبتلا به سرطان مسایل اگزستانسیال و وجودی مهمی پیش می‌آید. در این بیماران، تم اصلی تفکر، زنده ماندن و تلاش برای پربرتر کردن زندگی است. با این حال مطالعات متعدد در بیماران مبتلا به سرطان پستان، جوانب وجود شناختی دیگری همچون واکنش‌های عاطفی، تغییرات جسمی، هویت زنانگی و فعالیت‌های اجتماعی را نیز عنوان می‌کنند (۶، ۷).

واژه بحران در ادبیات تصویری شرق دور و نیز عرفان دینی، هم در بردارنده وجود "تهدید" در یک موقعیت خاص است و در عین حال می‌تواند به عنوان یک "فرصت" به حساب آید. تجربه نشان داده است که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان که بحرانی را از سر می‌گذرانند، آن را فرصتی برای تغییر می‌بینند (۷). درک چگونگی و ماهیت تجربه روانی زنان مبتلا به سرطان پستان از شرایط جدید و تغییر یافته، نحوه کنار آمدن آنان با بیماری خود، دغدغه‌های وجود شناختی، تصور بدنی و فعالیت اجتماعی آنها می‌تواند در ارائه خدمات و به ویژه حمایت‌های توانبخشی و نیز پرستاری از این بیماران بسیار

کمک کننده باشد (۸). از این رو، این مطالعه با هدف شناخت تجارب روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبت به شرایط پیش آمده و آگاهی از دغدغه‌ها و نیازهای آنها طراحی و انجام شده است. با توجه به اینکه مطالعات کمی و پرسشنامه‌ای چندان بیان کننده دغدغه‌ها و تجربه افراد نیست و در حقیقت به جای پرداختن به خواسته‌ها و انتظارات و تجربیات بیماران، سوالات برآمده از ذهن پژوهشگر را پاسخ می‌دهد بر آن شدیم تا به منظور بررسی خواسته‌ها و تجربیات بیماران مبتلا به سرطان پستان این مطالعه را در قالب کیفی و با پرسش‌های نیمه ساختار یافته و باز طراحی کنیم تا حد امکان بیان کننده تجربیات واقعی افراد باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا است و بر مبنای مصاحبه نیمه باز و نیمه ساختار یافته با آن دسته از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیک مرکز تحقیقات سرطان پستان جهاد دانشگاهی انجام شده است که بعد از جراحی پستان در حال دریافت شیمی‌درمانی یا پیگیری بودند. هیچ یک از بیماران متناستاز دور دست بیماری را نداشتند و در مرحله کنترل شده‌ی بیماری بودند. دلیل انتخاب این گروه، گذر از دوران بحرانی مواجهه با خبر بد سرطان و سپری شدن بخش اعظم درمان و رسیدن به یک ثبات نسبی در وضعیت بیماری بود. انتخاب شرکت‌کنندگان بر مبنای انتخاب ساده و در دسترس قرار داشتن بیماران بود. شرکت‌کنندگان داوطلبانه وارد مطالعه شدند. در ابتدای مصاحبه به بیماران درباره طرح پژوهشی توضیحات شفاهی ارائه شد و به آنان اعلام شد که شرکت آنها در پژوهش اختیاری بوده و هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه شرکت در این مطالعه انصراف دهند. همچنین درمورد محرمانه بودن مصاحبه‌ها و حفظ گمنامی نیز به شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد. پس از کسب رضایت آگاهانه جهت مصاحبه، مجدداً برای ضبط مصاحبه از بیمار رضایت شفاهی گرفته شد. مصاحبه در فضایی آرام و به دور از عوامل مداخله‌گر از جمله حضور افراد دیگر، وجود تلفن، و ... در یکی از اتاق‌های خالی کلینیک که شامل یک میز و چهار مبل بود، انجام شد. مصاحبه تا حد اشباع ادامه یافت و در مجموع با ۱۵ نفر از بیماران

عصبانیت و مظلوم واقع شدن: در پاسخ به این سوال که وقتی تشخیص را فهمیدید چه حسی داشتید؟ برخی بیماران از حس عصبانیت صحبت می‌کردند. یکی از آنان که به فلج بلز نیز مبتلا بود چنین گفت: "خیلی عصبانی شدم. همون موقع گفتم آخه چرا باز من". عصبانیت در بیماران که چنین تجربه‌ای داشتند ناشی از احساس مظلومیت بود. این بیماران پاسخی به این سوال نمی‌یافتند که چرا از بین تمام زنانی که می‌توانستند به این بیماری مبتلا شوند آنها گرفتار شده‌اند.

غمگینی: برخی دیگر از بیماران در پاسخ به حسشان از تشخیص بیماری، حس غمگینی را بیان نمودند. یکی از افراد بیان کرد که "وقتی فهمیدم، زدم زیر گریه". یکی دیگر از بیماران نیز احساسات خود را چنین به تصویر کشید "توی راه خونه که با ماشینم می‌رفتم گریه می‌کردم... تا چند هفته به کسی چیزی نگفتم. نمی‌خواستم کسیو ببینم. اصلا نمی‌خواستم اسم سرطان رو بشنوم. اسمشم منو ناراحت می‌کرد."

نیاز به حمایت روانی: بیشتر بیماران، به لزوم حضور یک یا دو نفر از اعضای خانواده یا نزدیکانشان در لحظه شنیدن خبر بد و دریافت حمایت روانی از سوی آنها و تنها نبودن در چنین لحظه بحرانی، تاکید داشتند. یکی از بیماران بیان کرد "با خواهرم و دخترم رفته بودم. وقتی فهمیدم، زدم زیر گریه. ونا اومدن جلو. زیر بغلمو گرفتن و منو آروم کردن". تنها یکی از بیماران جوان که معلم بود، اظهار داشت که "بعد از اینکه فهمیدم سرطان دارم، به شوهرم گفتم تو برو خونه، من خودم میام. بعد توی راه خونه که با ماشینم می‌رفتم گریه می‌کردم. چند بارم جیغ کشیدم."

احساس سرباری: برخی از بیماران از احساس سربار بودن و اینکه وقت و هزینه زیادی را به خانواده تحمیل می‌کنند ابراز ناراحتی می‌کردند یکی از بیماران احساس خود را در این رابطه چنین بیان نمود "دخترم همیشه و همه جا باهام میاد. آخه چقدر مزاحم این دختر بشم. کاش زودتر بمیرم که این دختر راحت بشه."

پذیرش: برخی از بیماران عنوان کردند که سرطان اتفاق فاجعه باری در زندگیشان نبوده است. یکی از آنان بیان کرد: "اصلا حس بدی ندارم که سرطان دارم. چشم باز شد. تازه آدمای دوروبرمو شناختم. فهمیدم شوهرم و بچه‌هام به دردم می‌خورن نه کسی دیگه". گویی دریچه

مصاحبه شد. افراد مورد مطالعه از گروه‌ها و طبقات مختلف جامعه بودند. پس از چند سوال برای دریافت اطلاعات دموگرافیک مبنی بر سن، تحصیلات، شغل و وضعیت تاهل بیمار، تعداد فرزندان، سوالات مصاحبه به صورت کلی در قالب چند پرسش باز و بدون جهت‌گیری از شرکت کنندگان پرسیده شد. از جمله این پرسش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- چگونه از بیماری خود اطلاع پیدا کردید؟
 - وقتی تشخیص را فهمیدید چه حسی داشتید؟
 - تا به حال به مرگ فکر کرده‌اید؟
 - اگر بله، دوست دارید چگونه بمیرید؟ در خانه، بیمارستان؟
 - بزرگترین حسرت زندگی‌تان چیست؟
- هر مصاحبه به طور متوسط حدود ۳۰ دقیقه طول کشید. مصاحبه‌ها توسط یک نفر انجام و به دنبال انجام هر مصاحبه، پس از چند بار گوش کردن به صداهای ضبط شده؛ بطور دقیق و کلمه به کلمه نوشته شد. همچنین پس از نوشتن مصاحبه‌ها، جهت حصول اطمینان از صحت انجام کار، نوشته‌ها بطور همزمان با گوش دادن به نوار ضبط شده مرور شدند. در پایان متن پیاده شده مصاحبه‌ها توسط پژوهشگران مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از چندین بار مرور مصاحبه‌ها، نتایج به واحدهای معنادار کوچک (تم‌ها) شکسته شدند و سپس کلیه تم‌ها مرور و طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها

طیف سنی بیماران ۲۶ تا ۷۲ سال و سطح تحصیلات بیماران از بی‌سواد تا کارشناسی متغیر بود. شغل آنها شامل خانه‌دار، معلم و کارمند بود. همه بیماران شرکت‌کننده در مطالعه متاهل و دارای ۱ تا ۳ فرزند بودند. نتایج این مطالعه پس از تجزیه و تحلیل دقیق مصاحبه‌ها به دست آمد. پس از تم‌گذاری نتایج به چندین مفهوم اصلی تقسیم شدند. یکی از مفاهیم اصلی به دست آمده که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است، مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان است. زیرمفهوم‌های مربوط به تجارب روان‌شناختی این بیماران شامل عصبانیت، غمگینی، احساس سرباری، کنار آمدن، مظلوم واقع شدن، تطابق، ... می‌باشد.

تقریباً هر شب به مرگ فکر می‌کنند و مرگ دیگر پدیده‌ای دور و جدا از زندگی نیست. تنها یکی از شرکت‌کنندگان عنوان کرد که "اصلاً به مرگ فکر نمی‌کنم. هر وقت قرار بشه بمیرم، میمیرم دیگه. لازم نیست خودمو باهش درگیر کنم". همچنین در پاسخ به مکان مردن، برخی از بیماران مرگ در خانه و برخی مرگ در بیمارستان را ترجیح می‌دادند. اما نکته قابل توجه در همه مصاحبه‌ها، تاکید همه بر مرگ آرام و در کنار عزیزان‌شان بود.

بحث

در پژوهش حاضر، تجربیات روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان در مراحل کنترل شده بیماری، از ابعاد **مختلفی** همچون چگونگی تطابق با بیماری و درمان، تغییر شکل بدن و تصور وی از بدن خود، وجود دغدغه ذهنی در باب مرگ و تاثیر احتمالی ابتلا به سرطان بر نوع نگاه به زندگی مورد بررسی قرار گرفته است که برخی از آنها در مطالعات مشابه نیز مورد تاکید و توجه قرار گرفته بودند.

اکثر بیماران احساسات مختلفی همچون احساس عصبانیت، مظلوم واقع شدن و مکافات گناه را هنگام شنیدن تشخیص بیماری سرطان تجربه کرده بودند. برخی بیماران عبارت "چرا من" را به کار می‌بردند. بروز چنین احساساتی در بیمارانی که با خبر بدی همچون سرطان روبرو می‌شوند از نظر روان‌شناختی معمول است. چنانچه احساس عصبانیت، مظلوم واقع شدن و نیاز به حمایت در هنگام اعلام تشخیص سرطان به بیمار، در پژوهش انجام شده توسط Butow و همکاران مورد تاکید قرار گرفته است و در قالب «بدترین اتفاق ممکن و قربانی شدن» به عنوان یکی از تجربیات روانی بیماران مبتلا به سرطان بیان شده است (۹). همچنین در مطالعه‌ای کیفی که در سال ۱۳۹۳ توسط جلالی و همکاران انجام شد، آشفتگی جسمی، روانی و اجتماعی بیماران در هنگام مواجهه با خبر بیماری بیان شده است (۱۰). آنچه حایز اهمیت است واکنش پزشک به چنین احساسات و چنین سوالاتی از جانب بیمار است. افراد در مواجهه با ابتلا به بیماری صعب‌العلاج معمولاً دلایلی اعتقادی یا عملکردی را جستجو می‌کنند و گاه خود را مستحق چنین مجازات یا آسیبی نمی‌دانند (۲). اینجاست که پزشکان و سایر اعضای تیم پزشکی بهتر است با توضیح علل فیزیولوژیکی و آسیب‌شناختی بیماری به زبان قابل فهم، در یافتن پاسخ صحیح

جدیدی به رویشان باز شده که دنیا را با نگاه ژرف‌تری می‌نگرند.

همچنین، در پرسش از حسرت‌های زندگی آنچه جلب توجه می‌کرد این موضوع بود که هیچ‌کدام از بیماران آرزو نمی‌کردند که کاش مبتلا به سرطان نمی‌شدند و برعکس درباره مسایل روزمره زندگی و حسرت‌های معمول سخن می‌گفتند. یکی از بیماران عنوان کرد "کاش برادرم نمی‌مرد". بیمار دیگری که سابقه ابتلا به فلج بلز را از ۷ سال پیش داشت، حسرتش قرینه نبودن صورتش بود و بیان نمود "کاش پول داشتم و می‌تونستم صورتمو عمل کنم". بیمار مسنی بزرگ‌ترین حسرتش را بی‌سوادی می‌دانست و عنوان کرد "کاش برمی‌گشتم عقب، درس می‌خوندم". یکی یگر از بیماران، تاکیدش بر تجدید نظر در روابط عاطفی و مهرورزی بیشتر به همسر و فرزندانش بود و بیان نمود "کاش خوبی‌هایی که برای بعضیا کرده بودمو انجام نمی‌دادم".

کنار آمدن و تطابق: سوال دیگری که از شرکت‌کنندگان پرسیده شد درباره حس آنها از تغییرات ظاهری بدن ناشی از جراحی توده سرطانی بود. نکته قابل توجه این بود که اکثر بیماران به این موضوع اهمیت چندانی نمی‌دادند. بیمار ۷۲ ساله عنوان کرد که "شوهرم مرده. دیگه برام مهم نیست که سینه ندارم". دو نفر از شرکت‌کنندگان هم از رفتار صحیح همسرشان در مواجهه با این موضوع صحبت کردند. مثلاً یکی از آنها اظهار داشت که "رفتار درست و حمایت شوهرم برام بسه. دیگه مهم نیست که سینه ندارم". فرد دیگری که مبتلا به فلج بلز بود نیز بیان کرد "صورت‌م خیلی برام مهم بود که خراب شده. آخه سینه‌مو که کسی نمی‌بینه". اگرچه، موضوع برای برخی دیگر از بیماران مهم بود اما از اینکه امکان گذاشتن پروتز وجود داشت و تغییر ظاهری چندانی رخ نداده بود احساس رضایت داشتند.

سایر یافته‌ها: همچنین، در مصاحبه‌های انجام گرفته از بیماران، بیماران با روی باز پرسش درباره مرگ را می‌شنیدند و پاسخ می‌دادند. برخی از بیماران در واکنش به سوال پرسشگر که می‌گفت می‌خواهم یک سوال سخت بپرسم، اگر دوست ندارید جواب ندهید پیش‌دستی کردند بطوری که یکی از آنها گفت "نکنه می‌خوای درباره مردن بپرسی؟ نه سوال سختی نیست". بسیاری از بیماران چنین عنوان کردند که از زمان آگاهی از تشخیص تا به حال

این بیماران شود (۱۷). ونکی و همکارانش، در مطالعه خود از مسئله حمایت در بیماران مبتلا به سرطان به عنوان یک نیاز حیاتی و چند بعدی در مراحل مختلف بیماری یاد کرده است که هدف آن انطباق بیمار با سرطان است بطوری که بتواند با سرطان به زندگی خود ادامه دهد (۱۸). در خصوص تجربه روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبت به تغییرات ظاهری بدن متعاقب انجام ماستکتومی، اندکی از مطالعات تغییر تصویر بدنی، کاهش جوانب زندگی زناشویی و اثرات این استرس‌ها بر روند بیماری را از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های زنان مبتلا به سرطان پستان عنوان کرده‌اند (۲، ۱۹). لازم به ذکر است که این پژوهش‌ها مربوط به دوره ابتدایی بعد از جراحی و مواجهه با فقدان عضو بوده است. در حالی که پژوهش ما زمانی انجام شده است که نگرانی‌ها و دغدغه‌های مذکور کم رنگ شده‌اند، از این رو می‌توان گفت تطابق با تغییرات ظاهری بدن ناشی از درمان سرطان پستان، به مرور و با گذشت زمان حاصل شده و لذا توجهات خاص و بهره‌مندی از مشاوره‌های روان‌پزشکی در روزها و هفته‌های اول پس از ماستکتومی حایز اهمیت فراوان است (۲۰). چنان‌که Lee و همکارانش در مطالعه مرور سیستماتیک مقالات این حوزه، کنار آمدن بیماران را چه در صورت بازسازی و چه در صورت عدم بازسازی پستان، مشابه ارزیابی کرده‌اند (۲۱). مطالعه Lee و همکارانش نشان دهنده این نکته است که ظاهراً نوع پوشش زنان نقشی در تطابق آنها با کنار آمدن با ماستکتومی ندارد. درحالی‌که، زنان مبتلا به سرطان پستان در مطالعه Brunet و همکارانش از روش‌های جایگزین مانند تغییر نوع پوشش برای مدیریت ظاهر خود و بازگرداندن تجارب مثبت مرتبط با وضعیت بدنیشان استفاده کرده بودند (۲۲). به علاوه، به اعتقاد Jassim و همکاران، چون زنان بحرینی از چادر برای پوشش خود استفاده می‌کنند، نداشتن پستان برایشان اهمیت چندانی ندارد، اگرچه زنان در مطالعه آنان نیز از کاهش جذابیت به دنبال عمل ماستکتومی و احتمال ازدواج مجدد همسرانشان نگران بودند (۲). شاید بتوان علت این اختلافات را در تفاوت در فرهنگ جوامع مختلف جستجو نمود.

پژوهش کیفی حاضر که درصدد ارایه تصویری دقیق‌تر از ابعاد مختلف روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان بوده است، نشان می‌دهد که زمان می‌تواند عامل موثری برای

و عدم ارتباط آن با اعتقادات یا مکافات عمل به بیمار کمک کنند. اگرچه در مطالعه‌ای کیفی که توسط کاظمیان و همکاران انجام شده بود، تنها ۴۴٪ از پزشکان اعتقاد داشتند که پزشک برحسب برداشت شخصی خود از شرایط بیمار باید نسبت به ارایه اطلاعات به بیماران اقدام نماید (۱۱). این درحالیست که در مطالعه منتظری و همکاران، ۲۰٪ از بیماران نسبت به دریافت اطلاعات کافی نسبت به سرطان احساس نیاز خود را بیان نموده بودند (۱۲).

با وجود احساس عصبانیت، نگرانی و مظلوم واقع شدن در زمان مطلع شدن از تشخیص سرطان، بیماران در مراحل بعدی و بعد از درمان جراحی و شیمی‌درمانی و نیز در مراحل پیگیری با بیماری و شرایط جدید کنار آمده بودند. بطوریکه عدم وجود احساس نامطلوب نسبت به ابتلا به سرطان در بیماران، عدم تجربه آن به عنوان یکی از حسرت‌های زندگی و روبرو شدن با مسئله مرگ توسط بیماران در برخی از مطالعات انجام شده در این حوزه نیز مورد تاکید قرار گرفته است (۹، ۱۳-۱۵). همچنین در مطالعه انجام شده توسط Jassim و همکاران و نیز در مطالعه جلالی و همکاران، بسیاری از بیماران، بیماری خود را خواست پروردگارشان می‌دانستند و بیان می‌کردند که با اعتماد به پروردگار می‌توانند به زندگیشان ادامه دهند. بدین ترتیب آنها، بیماری را به عنوان بهانه‌ای برای تقویت معنویت و ارتباط بیشتر با پروردگارشان شناخته بودند که در مطالعه جلالی و همکاران از آن به عنوان تسکین معنوی یاد شده است (۲، ۱۰).

آنچه حایز اهمیت است، مسئله برخورداری از حمایت‌های روانی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشد. این مسئله در مطالعه انجام شده توسط Casellas-Grau و همکارانش به عنوانی عامل موثری در افزایش رفاه اجتماعی و بهبود عملکرد این دسته از بیماران معرفی شده است. Casellas-Grau و همکارانش بیان می‌کنند که علاوه بر نزدیکان بیمار، به منظور دستیابی به نتایج درمانی بهتر، انکولوژیست‌ها نیز باید در حین انجام مراحل درمان شرایط روحی-روانی بیماران را نیز در نظر بگیرند (۱۶). به علاوه خنجری و همکاران نیز در مطالعه خود، بر وجود حمایت‌های روحی-روانی تاکید کرده‌اند. آنها اظهار داشته‌اند که حمایت‌های روانی از بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌تواند منجر به ایجاد تجارب خوشایندتری برای

استرس‌زای بیماری خود کنار آمده و تجارب روانی خوشایندتری را سپری نمایند در همین راستا، گسترش انجمن‌های حمایت از بیماران مبتلا به سرطان پستان و اتخاذ تدابیر مناسب جهت دسترسی بیماران به مشاوره رایگان در زمینه‌های درمانی، مراقبتی، اجتماعی و روانی می‌تواند کمک کننده باشد.

با توجه به اینکه تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک سرطان پستان بودند و همچنین همگی زنان مبتلا به بیماری بودند بدیهی است که نتایج را نمی‌توان به تمام بیماران مبتلا به سرطان تعمیم داد. همچنین عدم مشارکت چند نفر از بیمارانی که به رغم گذر از مرحله بحران به دلیل ضعف و بیحالی و اضطراب حاضر به شرکت در مطالعه نشدند از دیگر محدودیت‌های پژوهشگران در این مطالعه بود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند در پایان از کلیه بیماران که با وجود کسالت ما را از تجارب خویش مطلع نمودند و همچنین مدیریت محترم و کارکنان کلینیک بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی که کمال همکاری را مبذول نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

سازگاری با بیماری سرطان باشد. مراحلی که فرد برای پذیرش ابتلا به سرطان پشت سر می‌گذارد و اضطراب‌های تجربه شده در مورد تغییر ظاهری بدن و ترس از مرگ به مرور زمان کاهش می‌یابد (۱۴، ۲۰).

باید به بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک کرد تا به مرحله جدید زندگیشان وارد شوند و نیازهای روانی آنان شناخته شود. تحقیقات نشان داده است؛ ارتقای مهارت‌های ارتباطی پزشکان درگیر در این حوزه شامل انکولوژیست‌ها، جراحان، رادیوتراپیست‌ها،... جهت تعامل صحیح با بیماران و اطمینان دادن به بیمار از رها نکردن بیمار و تلاش همه جانبه در راستای درمان وی و نیز انجام مشاوره‌های روان‌پزشکی، و حمایت‌های روانی از بیماران، در تطبیق با وضعیت جدید حاصل از بیماری و پذیرش درمان از سوی آنان نقش بسزایی دارد (۱۳، ۱۵، ۲۰).

نتیجه‌گیری

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سیاستی اتخاذ شود تا طی کارگاه‌ها یا دوره‌های آموزشی، مسایل مختلفی که در طی دوران بیماری ممکن است برای بیماران مبتلا به سرطان پستان پیش بیاید به همراه شیوه‌های مختلف غلبه بر آنها برای بیماران مبتلا به سرطان پستان در همان مراحل ابتدایی بیماری تشریح شود. به این ترتیب می‌توانیم زمینه‌ای را فراهم نماییم تا بیماران بتوانند بهتر با شرایط

References

1. Ashing-Giwa KT, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wright K, Coscarelli A, et al. Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-oncology* 2004;13(6):408-28.
2. Jassim GA, Whitford DL. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social science & medicine* 2014; 107:189-95.
3. Maree JE, Mulonda J. My experience has been a terrible one, something I could not run away from: Zambian women's experiences of advanced breast cancer. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2015; 3:24-30.
4. de la Torre-Luque A, Gambara H, López E, Cruzado JA. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2016; 16(2):211-9.
5. Thewes B, Butow P, Girgis A, Pendlebury S. The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-oncology* 2004; 13(3): 177- 89.
6. Landmark BT, Wahl A. Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of advanced nursing* 2002; 40(1):112-21.

7. Cooper M. Existential Psychotherapy and Counselling: Contributions to a Pluralistic Practice: SAGE Publications 2015.
8. Drageset S, Lindstrom TC, Underlid K. I just have to move on: Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society* 2016; 21:205-11.
9. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MHN. When the diagnosis is cancer. *Cancer* 1996; 77(12): 2630-7.
10. Jalali M, Nasiri A, Abedi H. Patients and family members' experiences regarding receiving bad news from health providers. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2015; 7(5):83-93.
11. Azemian A, Parshapoor AR. Evaluation of the doctors' opinion about stating the facts related to patients with incurable diseases.
12. Montazeri A, Vahdani M, Haji-Mahmoodi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. Cancer patient education in Iran: a descriptive study. *Supportive care in cancer* 2002; 10(2):169-73.
13. Eggly S, Penner L, Albrecht TL, Cline RJ, Foster T, Naughton M, et al. Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2006; 24(4):716-9.
14. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2005; 23(6):1278-88. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MH, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology/ESMO* 2003; 14(1):48-56.
15. Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Ochoa C. Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. *Breast* 2016; 27:136-68.
16. Khanjari S, Langius-Eklof A, Oskouie F, Sundberg K. Family caregivers of women with breast cancer in Iran report high psychological impact six months after diagnosis. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society* 2014; 18(6):630-5.
17. Vanaki Z, Parsa Yekta Z, Kazemnejad A, Heydarnia A. Interpretation of support for cancer patients under chemotherapy: A qualitative research. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2003; 9(1):53-61.
18. Vilhauer RP. A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer. *Palliative & supportive care* 2008; 6(3):249-58.
19. Wright EB, Holcombe C, Salmon P. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *Bmj* 2004; 328 (7444):864.
20. Lee C, Sunu C, Pignone M. Patient-reported outcomes of breast reconstruction after mastectomy: a systematic review. *Journal of the American College of Surgeons* 2009; 209(1):123-33.
21. Brunet J, Sabiston CM, Burke S. Surviving breast cancer: women's experiences with their changed bodies. *Body image* 2013; 10(3):344-51.
22. Ayres FJ, Rangayyan RM. Reduction of false positives in the detection of architectural distortion in mammograms by using a geometrically constrained phase portrait model. *International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery* 2007; 1(6):361-9.