

نقش تعاملات اجتماعی بر رفتارهای جستجوی سلامت زنان ایرانی با نشانه‌های سرطان پستان: یک مطالعه کیفی

زهره خاکبازان* رباب لطیف‌نژاد رودسری** علی تقی‌پور*** عیسی محمدی****

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در کشورهای توسعه یافته و کمتر توسعه یافته است. پیش‌آگهی سرطان پستان، قویاً بستگی به مرحله بیماری در زمان تشخیص دارد. در حدود ۴۵-۲۵٪ از زنان ایرانی پس از شناسایی علامت سه ماه یا بیشتر در مراجعه به پزشک تأخیر می‌کنند. درک افراد از علایم تهدیدکننده حیات و پاسخ متعاقب آن، متأثر از شبکه تعاملات اجتماعی و ساختار اجتماعی فرهنگی به شیوه‌ای متفاوت شکل می‌گیرد. این مطالعه با هدف تبیین نقش تعاملات اجتماعی بر رفتارهای سلامت جویی زنان ایرانی با نشانه‌های سرطان پستان صورت گرفته است. روش بررسی: مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۰ زن با نشانه‌های سرطان پستان بودند که از خرداد ۱۳۹۱ تا مرداد ماه ۱۳۹۲ به مؤسسه سرطان بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه نمودند. داده‌ها با انجام مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی (Graneheim و Lundman) و نرم‌افزار MAXqda مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: براساس نتایج این مطالعه سه درون مایه اصلی شامل ۱- اثربخشی آموزه‌های اجتماعی ۲- تعامل با رویکرد حمایت جویانه ۳- بازخورد با رویکرد حمایت گرایانه و هفت طبقه شامل: ۱- آگاهی بخشی آموزه‌های اجتماعی ۲- اعتمادبخشی آموزه‌های اجتماعی ۳- بازگویی انتخابی علامت ۴- جستجوی اطلاعات ۵- جلب حمایت روانی ۶- اطمینان بخشی و ۷- حمایت در تصمیم‌گیری آشکار شد. نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه بیانگر آن است که آموزه‌های اثربخش، در کنار تعاملات اجتماعی حمایت‌کننده نقش تأثیرگذاری بر رفتارهای جستجوی سلامت دارند. از این‌رو لازم است ارتقای آگاهی عمومی و اصلاح باورهای بهداشتی مرتبط با سرطان پستان به ویژه در طراحی برنامه‌های آموزشی رسانه‌ای به منظور کاهش تأخیر بیماران مدنظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: تعاملات اجتماعی، جستجوی سلامت، سرطان پستان، مطالعه کیفی

نویسنده مسئول: علی تقی‌پور؛ دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

e-mail: TaghipourA@mums.ac.ir

- دریافت مقاله: تیر ماه ۱۳۹۳ - پذیرش مقاله: آبان ماه ۱۳۹۳

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان (۱) و عامل ۱۶٪ مرگ‌های ناشی از سرطان در

جهان محسوب می‌شود (۲). شیوع در حال افزایش سرطان پستان در ۴ دهه گذشته آنرا به شایع‌ترین سرطان زنان ایرانی تبدیل کرده است (۳ و ۴). پیش‌آگهی سرطان پستان، قویاً بستگی به مرحله بیماری در زمان تشخیص دارد. تشخیص سریع سرطان از میزان مرگ و میر کاسته، شانس درمان بیماران را افزایش

* دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
** عضو مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشیار گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
*** عضو مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، استادیار گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
**** دانشیار گروه آموزش پرستاری دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

می‌دهد (۷-۵). از این‌رو سازمان جهانی بهداشت تشخیص زودهنگام را سنگ بنای کنترل سرطان پستان معرفی نموده است (۲).

نتایج یک مرور سیستماتیک نشان داد، اقلیت قابل توجهی (۳۰-۲۰٪) از زنان به دنبال کشف یکی از نشانه‌های سرطان پستان به مدت سه ماه و گاهی بیشتر، در مراجعه به پزشک تأخیر می‌کنند (۵). مطالعه مروری دیگری، میزان تأخیر کلی بیش از ۳ ماه را در کشورهای مختلف از ۱۷٪ در نمونه‌ای از جمعیت آلمان تا حداکثر ۴۲/۵٪ در یک بیمارستان منطقه‌ای در تهران در نوسان گزارش نمود (۷).

در پرتو ارتباط اثبات شده‌ای که بین شناسایی زودرس بیماران و بقا وجود دارد، بررسی رفتارهای جستجوی سلامت (-Health seeking behavior) و کمک‌جویی (-Help seeking behavior)، پیوسته مورد توجه محققان سرطان در جهان بوده است (۹و۸). Rickwood و همکاران مفاهیم کمک‌جویی را فرایند جلب کمک از سایر افراد در پاسخ به یک مشکل و یا تجربه استرس‌زا به منظور دریافت مشاوره، اطلاعات، درمان و حمایت عمومی تعریف کرده‌اند (۱۰). در مطالعه دیگری McCarthy و Cornally، سلامت‌جویی و کمک‌جویی در پزشکی را به عنوان مفاهیمی پرکاربرد و جایگزین یکدیگر توصیف کرده‌اند که بر سه ویژگی مشکل‌مداری، عمدی بودن اقدام و تعامل بین فردی اشاره دارند (۱۱). بدین ترتیب تعاملات اجتماعی ویژگی ضروری فرایند جستجوی سلامت در پزشکی شناخته شده است. براساس مطالعه‌ای که توسط Unger-Saldana و Infante-Castaneda با رویکرد

نظریه زمینه‌ای در زنان با نشانه‌های سرطان پستان هدایت شد، تأخیر در جستجوی سلامت، حاصل تعامل بافت اجتماعی و فرهنگی، ویژگی‌های فردی مؤثر بر تفسیر نشانه‌ها، تعامل با شبکه‌های اجتماعی و نوع حمایت به دست آمده و ویژگی‌های سازمان‌های ارایه خدمات بهداشتی درمانی است (۱۲).

مطالعات متعددی نقش ابعاد متنوع مؤثر بر فرایند جستجوی سلامت را در پاسخ به نشانه‌های سرطان پستان مورد بررسی قرار داده‌اند و بر نقش عواملی از قبیل تفسیر افراد از علایم (۱۵-۱۳)، دانش و باور زنان در مورد سرطان و نتایج درمان (۱۷-۱۵)، عدم آگاهی در مورد ضرورت معاینه پزشکی (۱۸)، برداشت‌های نادرست، اطلاعات غلط (۱۹)، هزینه بر بودن خدمات (۱۴ و ۱۸)، پاسخ‌های عاطفی و ویژگی‌های شخصیتی (۱۶ و ۱۹)، بر فرایند جستجوی سلامت تأکید کرده‌اند.

تأثیر مهم تعاملات اجتماعی بر رفتارهای بهداشتی در مطالعات اخیر مورد توجه قرار گرفته است (۲۰). مطالعات انجام یافته غالباً بر نقش حمایت‌کننده شبکه‌های اجتماعی بر تسریع در دریافت مراقبت پزشکی تأکید دارند. در مطالعه Gullatte و همکاران و Burgess و همکاران، بازگو کردن علایم پستانی و صحبت کردن در مورد بیماری با اطرافیان (دوستان، نزدیکان و همسر) با تسریع در مراجعه ارتباط معناداری نشان داد (۲۱ و ۲۲). در مطالعه Unger-Saldana و Infante-Castaneda نیز تعاملات اجتماعی به عنوان یک رفتار حمایت‌کننده و تأثیرگذار بر رفتارهای سلامت‌جویی، جلب انواع حمایت اجتماعی و

تعاملات پاراسوشیال در شکل‌گیری تجارب و آموزه‌های فردی غفلت کرده‌اند.

از سویی غالب مطالعات مرتبط با تأخیر بیماران در کشورهای توسعه یافته صورت گرفته است (۱۸)، حال آن که انتظار می‌رود رفتارهای جستجوی مراقبت در کشورهای مختلف و متأثر از بافت فرهنگی، اجتماعی متفاوت باشد. نظر به افزایش شیوع سرطان پستان در ۴ دهه گذشته در ایران، وجود شواهد کافی مبنی بر شیوع بالای تأخیر در ایران و نبود اطلاعات کافی در مورد رفتارهای تعاملی زنان ایرانی به عنوان جزء ضروری رفتارهای جستجوی سلامت، در این مطالعه با انتخاب رویکردی کیفی، نقش تعاملات اجتماعی بر رفتارهای جستجوی سلامت زنان ایرانی با نشانه‌های سرطان پستان بررسی شده است.

روش بررسی

این تحقیق، مطالعه‌ای با روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی است که در آن داده‌ها به روشی سیستماتیک کدهی و طبقه‌بندی می‌گردد (۲۵). روش‌های کیفی می‌توانند نقشه‌ای از عوامل اجتماعی- فرهنگی تعیین‌کننده الگوهای رفتاری و همچنین درک درستی از تأثیر ارزش‌ها، باورها، ترجیحات، سنت‌ها، عملکردهای مرسوم و شرایط اجتماعی مؤثر بر شکل‌گیری الگوهای تصمیم‌گیری را در جوامع ارائه دهند (۲۶). در این مطالعه مشارکت‌کنندگان شامل ۲۰ نفر از زنانی بودند که با نشانه‌های سرطان پستان که توسط خود زنان شناسایی شده بود، جهت مشاوره یا اقدامات تشخیصی- درمانی به درمانگاه پستان

تسریع در دریافت مراقبت را به همراه داشت (۱۲). اگرچه در مطالعه Meechan و همکاران، بازگو کردن مشکل با افراد خانواده ارتباطی با تسریع در دریافت مراقبت نشان نداد (۲۳).

نتایج مطالعات انجام یافته در سایر بیماری‌ها نیز نشان می‌دهد، شبکه تعاملات اجتماعی، نقش مهمی در شکل‌گیری باورهای عمومی نسبت به سلامتی، بیماری‌ها و علل اصلی مرگ و میر دارند. رسانه‌های عمومی و شبکه‌های ارتباطی غیررسمی شامل دوستان و همسایگان، منابع مهم تأمین اطلاعات مردم در مورد خطرات سلامتی به شمار می‌روند. رسانه‌های عمومی نظیر رادیو، تلویزیون، تصویری از ارتباط چهره به چهره را برای کاربر فراهم نموده، او را در یک رابطه اجتماعی یک سویه درگیر می‌کنند. Horton و Wohl، این نوع ارتباط را که از فرآیندهای روان‌شناختی مشابهی با تعامل واقعی چهره به چهره پیروی می‌کنند، در زیر مجموعه تعاملات اجتماعی، تحت عنوان تعاملات پاراسوشیال معرفی کردند (۲۴).

براساس مرور انجام یافته، نقش تعامل با شبکه‌های اجتماعی بر رفتارهای جستجوی سلامت زنان در هیچ مطالعه مستقلی مورد مطالعه قرار نگرفته است. تحقیقات مرتبط صورت گرفته نیز، غالباً رویکرد تجربی و کمی دارند و در تعریف نقش تعاملات اجتماعی بر اطلاعات محدود از پیش تعریف شده حاصل از بررسی تنها یک یا چند متغیر معدود تکیه کرده‌اند. مطالعات اندکی نیز که با رویکرد کیفی صورت گرفته، تنها تعاملات اجتماعی دو سویه را مورد توجه قرار داده‌اند و از تأثیرگذاری

انیستیتو سرطان بیمارستان امام خمینی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کردند یا با تشخیص قطعی جدید سرطان پستان جهت جراحی بستری شدند. مشارکت‌کنندگان دارای توانایی برقراری ارتباط مطلوب بودند و ضمن آگاهی از اهداف مطالعه، داوطلب شرکت و همکاری در مطالعه بودند. زنانی که در آن‌ها ضایعه غیرطبیعی در معاینه بالینی توسط پزشک یا غربالگری با ماموگرافی کشف شده بود، از مطالعه خارج شدند (خروج این گروه از مطالعه در راستای هدف مطالعه انجام گرفته و مبتنی بر این پیش فرض بوده است که رفتارهای جستجوی سلامت افرادی که به انجام آزمایش‌های غربالگری اقدام کرده و قبل از شناسایی علامت به پزشک مراجعه می‌کنند، در مقایسه با افرادی که پس از شناسایی علامت و چه بسا با تأخیر به پزشک مراجعه می‌کنند به شیوه‌ای متفاوت شکل می‌گیرد). در موارد لزوم وابستگان مطلع زنان نیز جهت روایی بیشتر داده‌ها به مطالعه وارد شدند. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع و تا اشباع داده‌ها با در نظر داشتن حداکثر تغییرپذیری براساس عوامل ماهیت علایم پستان، سن، وضعیت اقتصادی اجتماعی، مدت تأخیر بیمار و مرحله تشخیص ادامه یافت. نمونه‌گیری به مدت ۱۴ ماه (خرداد ۹۱- مرداد ۹۲) تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. در این مطالعه اشباع داده، با انتخاب ۲۰ مشارکت‌کننده، حاصل گردید.

نمونه‌گیری از بیماران مراجعه‌کننده در مراحل مختلف شامل: مراجعه‌کنندگان جهت مشاوره پزشکی، بیماران در مرحله اقدامات تشخیصی و بیماران بستری و سرپایی با

تشخیص جدید سرطان پستان، با هدف دستیابی به طیف وسیع‌تری از تجارب و تفاسیر بیماران صورت گرفت. آنالیز داده‌ها هم‌زمان انجام گرفت.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته به مدت ۴۰ تا ۹۰ دقیقه استفاده شد. تعدادی سؤال باز و کلی، راهنمای محقق در جمع‌آوری اطلاعات بود. سؤالات اصلی اولیه در این پژوهش عبارت بود از: لطفاً به من بگویید چه علامتی را شناسایی کردید؟ آیا در مورد آن با کسی صحبت کردید؟ با چه افرادی؟ چرا؟ و آن‌ها چه واکنشی نشان دادند؟ به منظور وضوح بیشتر مطلب، هر سؤال باز اصلی با سؤالات کاوشی دیگری، به صورت درخواست ارایه مثال یا توضیحات مبسوط‌تر دنبال می‌شد. در مصاحبه به منظور پرهیز از آزرده کردن مشارکت‌کنندگان جز در مواردی که خود آنان به صراحت به بحث در مورد سرطان پستان می‌پرداختند، از بحث مستقیم در مورد سرطان پستان خوداداری شد و سؤالات در ارتباط با «بیماری‌های پستان» مطرح گردید. مصاحبه‌ها به طور کامل ضبط و سپس نسخه‌برداری شد. انجام مصاحبه، نسخه‌برداری و کدهی متون توسط یک نفر انجام گرفت و جهت افزودن روایی، بحث‌های تفسیری مشترک با سه محقق با تجربه در مورد روند انجام مصاحبه و کدهی متون صورت گرفت. همچنین با تخصیص زمان کافی و برقراری ارتباط مطلوب با شرکت‌کنندگان، استفاده از یادداشت‌های عرصه و همچنین استفاده از نظرات ناظران خارجی آشنا به روش‌های تحقیق کیفی جهت اعتبار یافته‌ها تلاش شد.

نفر و تشخیص اولیه توده خوش خیم در ۶ نفر تأیید شد (جدول شماره ۱). با انجام تحلیل محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته، براساس نتایج این مطالعه ۳ درون مایه شامل «اثر بخشی آموزه‌های اجتماعی» با دو طبقه «آگاهی بخشی آموزه‌های اجتماعی» و «اعتمادپذیری آموزه‌های اجتماعی»، درون مایه «تعامل با رویکرد حمایت جویانه» با سه طبقه «افشای انتخابی علامت»، «جستجوی اطلاعات» و «جلب حمایت روانی» و درون مایه «بازخورد با رویکرد حمایت گرایانه» با دو طبقه «اطمینان بخشی» و «حمایت در تصمیم‌گیری» آشکار شد که در ذیل هر یک به تفصیل توضیح داده می‌شود.

۱- اثر بخشی آموزه‌های اجتماعی

این درون مایه بیانگر آن است که چنانچه اطلاعات آرایه شده از سوی شبکه‌های اجتماعی، به درستی توسط مخاطب درک شده و در کنار آن اعتماد مخاطب را نیز به خود جلب نمایند، قادر خواهند بود به شیوه‌ای اثربخش به صحنه تصمیم‌گیری‌های حیاتی وارد شوند. بدین ترتیب در این مطالعه آگاهی بخشی و اعتمادپذیری به عنوان دو ویژگی ضروری منابع اطلاعاتی اثربخش بر فرایند جستجوی سلامت شناسایی شدند.

- آگاهی بخشی آموزه‌های اجتماعی

آگاهی‌های اولیه و تجارب زنان در مورد علایم، عوامل خطر و درمان‌پذیری سرطان پستان، نقش مهمی در تفسیر افراد از علایم و اقدام متعاقب آن در مواجهه با علامت داشت. یکی از مشارکت‌کنندگان با سطح تحصیلات کارشناسی، علی‌رغم توجه به رشد پیش‌رونده توده و بروز علایم عمومی از قبیل خستگی و

آنالیز داده‌ها براساس روش آنالیز محتوا با رویکرد قراردادی (Lundman و Graneheim) (۲۷) و استفاده از نرم‌افزار MAXqda صورت پذیرفت. در رویکرد قراردادی آنالیز داده براساس نظریه از پیش تعیین شده‌ای هدایت نمی‌گردد و طبقات از درون داده‌ها بیرون می‌آید (۲۸). ابتدا به منظور به دست آوردن تصویری از کل داستان، متون به صورت مکرر بازخوانی شد، سپس داده‌ها خط به خط به دقت مطالعه و تمامی کلمات، جملات یا پاراگراف‌هایی که دربردارنده معنا و مفهومی در مورد هدف پژوهش بودند، استخراج و کدگذاری گردیدند. سپس براساس مقایسه دایمی داده‌ها، کدهایی که از نظر مفهومی مشابه بودند، در یک طبقه قرار گرفتند. با پیشرفت آنالیز، طبقات اولیه ادغام و طبقات بزرگ‌تر، با مفاهیم انتزاعی‌تر و پوشش جامع‌تر شکل گرفتند. در انتها درون مایه‌هایی با سطوح انتزاعی متفاوت حاصل و ارتباط بین آن‌ها تعیین شد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه با رعایت ضوابط اخلاقی پس از تصویب کمیته اخلاق دانشگاه، اخذ موافقت مسؤولان مراکز بیمارستانی مرتبط و کسب رضایت کتبی و آگاهانه مشارکت‌کنندگان انجام گرفت. بدین منظور مشارکت‌کنندگان از اهداف و روش مطالعه شامل لزوم ضبط صوتی مصاحبه و همچنین حقوق خود شامل محرمانه ماندن اطلاعات، حفظ بی‌نامی و حق بدون شرط انصراف از مطالعه آگاه گردیدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۰ مددجو در طیف سنی ۲۶-۷۱ سال با میانگین سنی ۴۱ سال مشارکت کردند. تشخیص قطعی سرطان پستان در ۱۱

به شدت تصمیم‌گیری وی را متأثر کرد، این‌گونه گفت:

«از دیروز که متوجه شدم ترسیدم، چون همیشه مطلع بودم که نباید خون داشته باشه، به خاطر سابقه فامیلی‌ام که زن عموم رو دیده بودم ... خیلی رو من تأثیر داشته، مخصوصاً روزهای آخری که زنده بود» (مشارکت‌کننده ۱۶، ۴۷ ساله، فاقد تشخیص).

حال آن که در داستان غالب مشارکت‌کنندگان، آموزه‌های اجتماعی فاقد ویژگی آگاهی بخشی کامل بود و اطلاعات غالباً ناکافی همراه با تفاسیر و برداشت‌های نادرست در داستان مشارکت‌کنندگان نمود بارزی داشت. یکی از مشارکت‌کنندگان که با ۲ سال تأخیر مراجعه نموده بود، از نقش آموزه‌های اجتماعی خود در تفسیر علامت و توجیه اقدام خود این‌گونه سخن گفت:

«من یک موقع با خواهرام صحبت می‌کردم، اونا می‌گفتن شیر جمع بشه داخل سینه، غده می‌شه، برای همین توجه نمی‌کردم که باید دکتر برم این رو درمان کنم» (مشارکت‌کننده ۷، ۴۴ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

اطلاعات ارایه شده از سوی منابع رسانه‌ای نیز گرچه به طور محدود موجب افزایش آگاهی زنان در مورد علایم، عوامل خطر و شیوه خودآزمایی پستان شده بود، در برخی موارد با درک و تفسیر نادرست مشارکت‌کنندگان همراه بود. یکی از مشارکت‌کنندگان که درک نادرستی از آموزه‌های رسانه‌ای داشت، چنین گفت:

«اصلاً فکر سینه‌ام نبودم، اصلاً فکرش رو نمی‌کردم، چون با دیگران هم که صحبت

تب، به علت دردناک نبودن توده، در مراجعه به پزشک سه ماه تأخیر کرد. این مشارکت‌کننده ناکافی بودن دانش اختصاصی خود را در مورد علایم سرطان پستان از دلایل تأخیر در مراجعه ذکر کرد. وی در این باره چنین گفت:

«درد خاصی نداشت، من تب می‌کردم حتی احتمال تب مالت رو می‌دادم، ولی احتمال نمی‌دادم به سینه‌ام ربط داشته باشه. این علایم رو داشتم، چون آگاهی نداشتم نمی‌فهمیدم اینا ربط داره به سینه‌ام» (مشارکت‌کننده ۱، ۳۵ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

زنان مشارکت‌کننده اطلاعات خود را از منابع غیررسمی شامل گفتگوهای مردمی و تجربه حاصل از تعامل با افراد مبتلا در آشنایان یا خانواده و همچنین منابع رسمی شامل پزشکان و ارایه‌دهندگان خدمات درمانی، رسانه‌های عمومی، کتب و مجلات تأمین نموده بودند. در برخی موارد آموزه‌های حاصل از تعاملات اجتماعی آگاهی بخش بودند و مشارکت‌کنندگان را به انجام رفتارهای سلامتی ترغیب می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان با اشاره بر نقش مثبت گفتگوهای دوستانه بر رفتارهای جستجوی سلامت چنین گفت:

«با دوستانم دور هم می‌شستیم صحبت می‌کردیم، می‌گفتن خودتون رو معاینه کنین اگر یه موقعی چیزی شد نترسید، زودتر مراجعه کنین» (مشارکت‌کننده ۱۲، ۶۴ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان با سابقه فامیلی سرطان در خانواده که تنها یک روز پس از مشاهده ترشح خونی از پستان مراجعه نمود، در ارتباط با تجارب ناخوشایند خود که

گرفتن مشکل خود مطرح کرد. وی در این مورد گفت:

«من الان تقریباً دو ساله، تو سینم (توده) پیدا شده، ولی زیاد اهمیت نمی‌دادم، فکر نمی‌کردم چیزی باشه. چون قدیما می‌گفتند شیر مونده باشه تو سینه، غده می‌شه» (مشارکت‌کننده ۳، ۴۳ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان علی‌رغم توجه به آموزه‌های رسانه‌ای، در توجیه رفتار سلامتی خود بر سوابق و آموزه‌های خانوادگی خود تکیه کرد. وی در این مورد چنین گفت:

«از رادیو شنیده بودم، می‌گفت هر ۶ ماه باید خانم‌ها برند ولی چون تو جنس ما (خانواده) چیزی (سرطان) نبود، من یک بار هم در این مدت به دکتر زنان مراجعه نکردم چون من خیلی وقت بود که یأسه شده بودم از ۳۶- ۳۵ سالگی، ۲۶-۲۵ ساله، مادرم هم همین‌طور بود. مادرم هم بعد از من، زایمان نکرد هیچ مشکلی هم نداشت» (مشارکت‌کننده ۲، ۵۹ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

بدین ترتیب در برخی موارد منابع مردمی در مقایسه با رسانه‌های عمومی، اعتماد بیشتری را در تأمین اطلاعات جلب می‌کردند.

۲- تعامل با رویکرد حمایت جویانه

این درون‌مایه بر چگونگی تعامل زنان با سایر افراد در مواجهه با علامت اشاره دارد. تقریباً همه زنان پس از رویارویی با علامت، اغلب به شیوه‌ای فعال مشکل خود را با افراد نزدیک، دوستان یا سایر افراد به مشارکت گذاشتند. درک غیرطبیعی بودن علامت، ابهام در شناسایی موقعیت به ویژه احتمال سرطان،

می‌کردم، یا تلویزیون برنامه می‌گذاشتن، می‌گفتن این مشکل خانم‌های ۴۰ سال به بالاست، می‌گفتن دخترای مجرد چنین مشکلاتی رو نمی‌گیرن، می‌گفتن خانم‌های متأهل بیش‌تر می‌گیرن، من به فکر نمی‌رسید» (مشارکت‌کننده ۵، ۳۵ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

این مشارکت‌کننده، اطلاعات دریافتی از رسانه‌های عمومی را به علت شفاف و جامع نبودن اطلاعات ارایه شده، کاملاً آگاهی بخش ارزیابی نکرد. وی در این مورد چنین گفت:

«به نظر من روزنامه، رادیو یا هر رسانه‌ای که تأثیر می‌ذاره که آدم مریضیش رو پی‌گیری کنه، یا چکاپ کنه توضیح کامل و خیلی واضح بدن، مثلاً بگن دخترای سن کم یا بالا هم احتمال چنین بیماری‌هایی رو دارن».

بدین ترتیب اطلاعاتی آگاهی بخش هستند که با برخورداری از وضوح و جامعیت کامل، توسط مخاطب به درستی درک شده، راه را بر تفاسیر نادرست احتمالی ببندند.

- اعتمادپذیری آموزه‌های اجتماعی

اعتماد افراد مختلف به منابع تأمین اطلاعات، به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت بود. از این رو در حالی که برخی زنان در توجیه اقدامات خود بر موضوعات علمی و اطلاعات دریافتی از شبکه‌های رسمی از قبیل رسانه‌های عمومی، کتب و مجلات علمی استناد می‌کردند، برخی دیگر در مواجهه با مشکل، بر سابقه خانوادگی و گفته‌های افراد سالمند خانواده تکیه کردند و علامت خود را به توده شیری نسبت دادند. یکی از مشارکت‌کنندگان اعتماد به آموزه‌ها و تجارب خانوادگی را دلیلی بر نادیده

زنان را با واکنش‌های روانی منفی مواجه کرد و آنان را به توسعه درک فردی و تسکین تألمات روانی فرا خواند. برقراری تعامل با شبکه‌های اجتماعی، راهبرد هدفمندی بود که مشارکت‌کنندگان در گذار از تردید و ابهام در مواجهه با تهدید احتمالی و ترس و نگرانی‌های حاصل به کار گرفتند و در اغلب موارد به بازگو کردن انتخابی علامت انجامید. بدین ترتیب سه طبقه ۱- «بازگویی انتخابی موقعیت»، ۲- «جستجوی اطلاعات» و ۳- «جلب حمایت روانی» در تبیین تعامل با رویکرد حمایت جویانه پدیدار شد.

- بازگویی انتخابی موقعیت

تقریباً همه زنان پس از رویارویی با علامت در تمامی مراحل شامل تشخیص و درمان اغلب به شیوه‌ای فعال مشکل خود را با افراد نزدیک، دوستان یا سایر افراد به مشارکت گذاشتند. بازگو کردن موقعیت به افراد نزدیک خانواده و دوستان، تقریباً در همه مشارکت‌کنندگان به شیوه انتخابی صورت می‌گرفت. انتخاب مخاطب، اغلب براساس نسبت خویشاوندی «تو خانواده فقط به شوهرم گفتم»، در موارد کم‌تری برخوردار از اطلاعات حرفه‌ای «با همکارم که پزشک عمومی مشورت کردم» و یا سابقه تجربه بیماری «با فامیلائی که از قبل مشکل داشتن صحبت کردم» صورت می‌گرفت.

مشارکت‌کنندگان در بازگویی موقعیت خود به سایر افراد، درجاتی از پنهان کاری و رازداری را اعمال می‌کردند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان «آزرده نکردن نزدیکان» را از دلایل بازگو نکردن مشکل خود به افراد نزدیک خانواده برشمردند. یکی از مشارکت‌کنندگان ناراحت نکردن فرزندان را از دلایل تمایل خود

برای مخفی ماندن مشکل خود مطرح کرد. او در این مورد گفت:

«با کسی در میون نگذاشتم. می‌خواستم ناراحت نشن، فقط آقامون می‌دونست من یک کمی درد دارم. بهش گفتم به بچه‌ها هیچ‌کدوم نگو» (مشارکت‌کننده ۲، ۵۹ ساله، تشخیص قطعی بدخیم)

اقلیتی از مشارکت‌کنندگان نیز واکنش‌های روانی و اندوه شدید اطرافیان را که با بزرگ‌نمایی موقعیت همراه بود، مخل تصمیم‌گیری مناسب می‌دانستند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این ارتباط گفت:

«من حتی با مادرم صحبت نکردم، بعضی‌ها مسأله رو بزرگش می‌کنن، در صورتی که تو این چیزا آدم آرامش داشته باشه خیلی راحت‌تر می‌تونه تصمیم بگیره، من کلاً تو این چیزا با افراد خانواده مشورت نمی‌کنم» (مشارکت‌کننده ۱۸، ۳۹ ساله، تشخیص اولیه: خوش خیم)

برخی دیگر نیز به دلیل عواقب اجتماعی پراکنش خبر نظیر رفتارهای ترحم‌آمیز، پشت سرگویی‌ها و سؤالات غیرضروری افراد بیگانه، محدودیت‌هایی را در بازگویی علامت به سایر افراد قایل می‌شدند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این مورد گفت:

«به خاطر حرف مردم. هر کس می‌شنوه یه چیزی می‌گه، فلانی چی شد، چطور شد، ... دیگه این که جای ما جای کوچیکه صحبت‌ها زود پخش می‌شه، مردم هم نظر خوبی در مورد این بیماری ندارن، دیگه ما خودمون شنیدیم در مورد دیگران می‌گن، آدم ناراحت می‌شه، سخته دیگه» (مشارکت‌کننده ۱۰، ۲۶ ساله، تشخیص اولیه: خوش خیم)

دخترمه، در میون گذاشتم» (مشارکت‌کننده ۲، ۵۹ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

اطلاعات دریافتی مشارکت‌کنندگان را در تأیید یا رد فرضیات ذهنی خود، در مورد چرایی و چیستی علامت کمک می‌کرد. به روایت یکی از مشارکت‌کنندگان، مشاوره با سایر افراد به تأیید و تقویت نظرات وی انجامید. او در این مورد چنین گفت:

«خودم فکر می‌کردم خودم رو درمان کنم بهتره، با دیگران هم صحبت می‌کردم می‌گفتند مراجعه کن» (مشارکت‌کننده ۱۱، ۶۷ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

در برخی موارد نیز، اطلاعات دریافتی به تعریف جدیدی از موقعیت انجامید. در این مورد یکی از مشارکت‌کنندگان که علامت خود را خوش خیم می‌پنداشت، سعی می‌نمود با طرح کردن ایده خود با افراد مختلف و در هر فرصت ممکن فرضیه خود را بیازماید. او در مشاوره با افراد مختلف پیام‌های جدی و روشنی مبنی بر جدی بودن موقعیت خود دریافت می‌کرد که فرضیه او را تأیید نمی‌کرد. او چنین اظهار داشت:

«من می‌گفتم چیزی نیست، ولی با خواهرام، بچه‌هام، با هر کسی صحبت کردم، گفتن سرطان» (مشارکت‌کننده ۸، ۷۱ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

بدین ترتیب مشورت با دیگران از طریق تأیید یا بازتعریف موقعیت، درک جدیدی برای مشارکت‌کنندگان فراهم می‌ساخت.

- جلب حمایت روانی

مشارکت‌کنندگانی که علامت خود را به سرطان نسبت می‌دادند، در مواجهه با علامت، احساسات روانی منفی شامل اشکال مختلف

شیوه افشا به شدت تحت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی بیمار نظیر گرایش به ناراحت نکردن دیگران، درون‌گرا بودن، افشا کردن با هدف حل مشکل قرار داشت. یکی از مشارکت‌کنندگان ضمن اشاره به ویژگی‌های شخصیتی خود چنین گفت:

من فقط با خواهر زادم صحبت کردم، چون ماماست. من معمولاً درون‌گرم، یعنی سعی می‌کنم مشکلم رو خودم حل کنم. کسی رو ناراحت نکنم اطرافیانم رو به خصوص. خواهر زاده‌ام گفت حتماً سونوگرافی برو. همان‌روز رفتم» (مشارکت‌کننده ۴، ۵۰ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

بدین ترتیب مشارکت‌کنندگان به منظور دستیابی به بیش‌ترین حمایت اجتماعی با کم‌ترین عارضه جانبی، مشکل خود را به شیوه‌ای انتخابی با سایرین درمیان می‌گذاشتند. - جستجوی اطلاعات: تأیید یا بازتعریف موقعیت

مشارکت‌کنندگان به شیوه‌ای ضمنی سعی داشتند از طریق تعامل با دیگران و دریافت اطلاعات به تأیید یا رد فرضیات خود اقدام کنند و به درک تعاملی عمیق‌تری در مورد موقعیت دست یابند. از این‌رو جستجوی نظرات سایر افراد، پاسخی پرتکرارتر به تردید ذهنی آزارنده‌ای بود که زنان در مورد جدی یا کم اهمیت بودن علامت تجربه می‌کردند. در این مورد یکی از مشارکت‌کنندگان تردید خود را در منشأ درد، عامل مشورت با عروس خود مطرح کرد. او این‌گونه داستان خود را روایت کرد:

«این دردی که اذیتم می‌کرد احساس می‌کردم از سینه‌ام، ولی شک داشتم، بعد از این شد که یواش یواش با عروسم که مثل

ترس و نگرانی، اضطراب، انکار و افسردگی را تجربه کردند. در مقابل زنانی که علامت را طبیعی و فاقد اهمیت تلقی کردند، احساس روانی منفی را در مورد علامت گزارش نکردند. برقراری تعامل با فردی نزدیک و صمیمی، رویکردی معمول برای کاستن از شدت تألمات تجربه شده بود. از این رو تجربه نگرانی در مواجهه با علامت با تسریع در بازگویی مشکل همراهی می‌کرد. یکی از مشارکت‌کنندگان که بلافاصله پس از لمس توده، مشکل خود را با مادر خود مطرح نمود، چنین گفت:

«من یه دفعه یه چیزی لمس کردم من خیلی حساسم به مریضی و این چیزا، بعد به مامانم گفتم مامان نمی‌دونم، این جام چرا یه غده هست». در مقابل به کرات مشارکت‌کنندگانی که نگرانی خاصی را در مواجهه با علامت تجربه نکرده بودند، در بازگویی مشکل به افراد نزدیک تطل می‌کردند. مشارکت‌کننده شماره ۱۱، ۶۴ ساله که داستان او بر عدم نگرانی نسبت به علامت دلالت داشت، پس از یک سال تأخیر مشکل خود را با همسر و دختران خود در میان گذاشت. او علت تأخیر در بازگویی مشکل را دردناک نبودن توده «نه درد نداشت نگفتم. خوب گفتم شاید غده چربی باشه» ذکر کرد و در مقابل علت گفتگو را تمایل به دل‌جویی «خوب آدم درد و دلش با دخترش می‌گه، چه کار کنم» ذکر کرد. بدین ترتیب تهدید درک شده و احساسات روانی متعاقب آن، بازگویی علامت را تحت تأثیر قرار می‌داد.

۳- بازخورد با رویکرد حمایت گرایانه

این درون‌مایه بر چگونگی بازخورد افراد مورد مشاوره در تعامل با مشارکت‌کنندگان

اشاره دارد. افراد مخاطب، غالباً بازخوردی با رویکرد حمایت گرایانه داشتند و براساس درک شخصی خود از طبیعی یا غیرطبیعی بودن علامت به شیوه‌ای متفاوت زنان را در درک موقعیت و تصمیم‌گیری جهت اقدام، حمایت کردند. کوچک‌نمایی تهدید درک شده به اطمینان بخشی کامل و عدم توصیه جهت اقدام انجامید و در نظر داشتن احتمال بدخیمی و نگرانی از عوارض تأخیر به توصیه جهت تسریع در مراجعه پزشکی منجر شد. از این رو بازخورد افراد با توجه به دو طبقه اطمینان بخشی و حمایت در تصمیم‌گیری شکل گرفت.

- اطمینان بخشی

افراد مورد مشاوره برحسب توجه به جنبه‌های تهدیدکننده یا غیرتهدیدکننده موقعیت، راهبردهای حمایتی متفاوتی را برگزیدند که بر دو الگوی کلی شامل: ۱- «اطمینان بخشی نسبی همراه با ارایه راهنمایی جهت پی‌گیری» و ۲- «اطمینان بخشی کامل همراه با عدم توصیه جهت پی‌گیری» اشاره داشت.

برخی افراد در پاسخ به تعامل مشارکت‌کنندگان، بر جنبه‌های غیرتهدیدکننده موقعیت تمرکز کردند و با طبیعی نمایاندن علامت، سعی بر «اطمینان بخشی کامل» به وی نمودند. «اطمینان بخشی کامل» بر عدم نیاز به پی‌گیری اشاره داشت و غالباً توسط دوستان یا افرادی با سطح پایین تحصیلات و به منظور حمایت عاطفی از مشارکت‌کنندگان اتخاذ گردید. در این مورد یکی از مشارکت‌کنندگان در مشاوره با دوستان خود، تنها به آرامش دعوت شد. او در این ارتباط چنین توضیح داد:

«من با دو نفر مشورت کردم گفتن چیزی نیست. چون شما یائسه شدید این غده مربوط

به اونه، چیز مهمی نیست، این قدر نگران نباش، این قدر دلت شور نزنه، من هم این طوری نگاه کردم» (مشارکت کننده ۱۲، ۶۴ ساله، تشخیص قطعی بدخیم).

در مقابل مطرح کردن توأم جنبه‌های تهدیدکننده و غیرتهدیدکننده موقعیت، همراه با نتایج امیدوارکننده درمان زودرس، راهبرد مؤثری بود که توسط افراد دارای اطلاعات تخصصی و برخی از خویشاوندان نزدیک اتخاذ شد و منجر به درک ضرورت مقابله با علامت و تسریع جدی در مراجعه گردید. مشارکت کننده شماره ۱۸ که در مواجهه با علامت به شدت نگران شد، در مشاوره غیررسمی با پزشک همکار خود، علاوه بر حفظ آرامش، به اقدام عاجل نیز دعوت شد. او در این مورد چنین گفت:

«من با همکارم، پزشک عمومی مشورت کردم، گفت نگران نباش، معمولاً اون‌ها که درد داره، چیزی نیست، ولی خوب پیگیری کن، چرا ۵ شنبه جمعه نرفتی؟ علی‌رغم این‌که مشغله کاریت زیاده در اولین فرصت اقدام کن» (مشارکت کننده ۱۸، ۳۹ ساله، تشخیص اولیه: خوش خیم)

بدین ترتیب «اطمینان بخشی نسبی» به درک نیاز به اقدام می‌انجامید و اطمینان بخشی کامل به مسکوت گذاشتن مشکل منجر می‌شد.

- حمایت در تصمیم‌گیری

افراد مورد مشاوره علاوه بر رایاه اطلاعات، برحسب نقش اجتماعی خود مشارکت‌کنندگان را به شیوه‌های متفاوتی در تصمیم‌گیری حمایت کردند. برخی با اکتفا به رایاه پیشنهاد یا انجام تشویق مشارکت‌کنندگان را به تسریع در اقدام فراخواندند و برخی دیگر از راهبردهای مؤثرتری از قبیل اصرار، الزام و یا تمهید شرایط کمک

جستند. افرادی با ارتباط فامیلی نزدیک‌تر، نقش قاطع‌تری در کمک‌رسانی به فرد اعمال کردند، به طوری که غالباً دختر و همسر فراتر از تشویق، با اصرار، الزام و تمهید امکانات لازم (مانند گرفتن نوبت پزشک)، فرد را جهت اقدام به هنگام، مدد رساندند. یکی از مشارکت‌کنندگان که داستان وی سراسر بر انکار و کوچک انگاری موقعیتش اشاره داشت، تشویق اطرافیان را در انجام اقدام تشخیصی، مؤثر دانست.

«هی این و اون گفتن رفتی نرفتی، من رو تشویق کردن به اومدن، دیگه رفتم ماموگرافی» (مشارکت کننده ۸، ۷۱ ساله، تشخیص اولیه بدخیم).

به‌کارگیری واژه اصرار توسط مشارکت‌کنندگانی که از جانب دختر یا همسر خود به پی‌گیری پزشکی دعوت شدند، گرچه ناظر بر گونه‌ای فشار اجتماعی است، خود بیانگر رویکرد حمایت‌گرایانه افراد خانواده و تأکید بیش‌تر آنان نسبت به تسریع و انجام اقدام پزشکی است. یکی از مشارکت‌کنندگان با اشاره به اصرار دخترش جهت پی‌گیری چنین گفت:

«دخترم اصرار کرد بریم پیش دکتر پستان، رفتم مراجعه کردم، بعدا رفتیم ماموگرافی انجام دادیم» (بیمار ۳).

مشارکت‌کننده دیگری نیز نه تنها همسرش او را ملزم به مراجعه به پزشک متخصص زنان نمود، بلکه با گرفتن نوبت شرایط را برای مراجعه همسر خود تسهیل نمود. او در این ارتباط چنین اظهار داشت:

«خودم موافق بودم برم دکتر داخلی، همسرم با من برخورد کرد، گفت شما می‌گی سینه‌ام درد می‌کنه، برو دکتر زنان زایمان،

فردی نبوده است، بلکه در مواردی حاصل تعامل و تبعیت از دیگران بوده است. در غالب موارد همسران نقش قاطعی در تصمیم‌گیری زنان به ویژه در انتخاب مرکز درمانی پس از تشخیص داشتند.

خودشون هم برام نوبت گرفتند» (مشارکت‌کننده ۱، ۳۵ ساله، تشخیص قطعی بدخیم). از این رو نه تنها تشویق بلکه اصرار و الزام رویکردی حمایت‌گرایانه داشته است و بدین ترتیب تصمیم‌گیری الزاماً حاصل درک

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و مرتبط به بیماری مشارکت‌کنندگان

تعداد	متغیر	
۶	بی‌سواد و ابتدایی	سطح تحصیلات
۱۱	دیپلم و کمتر	
۳	لیسانس	
۱۷	خانه‌دار	وضعیت اشتغال
۳	شاغل	
۱۸	متاهل	وضعیت ازدواج
۲	مجرد	
۲۶-۷۱	طیف سنی	سن
۴۱	میانگین سن	
۱۶	توده	ماهیت علامت
۴	سایر علائم (درد، ترشح خونی، تغییرات پوستی، خارش)	
۱۱	تشخیص قطعی سرطان	تشخیص
۶	تشخیص اولیه خوش خیم	
۱	تشخیص اولیه بدخیم	
۲	فاقد تشخیص	
۲	مثبت	تاریخچه فامیلی سرطان پستان
۱۸	منفی	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نقش تعاملات اجتماعی را به عنوان عاملی تأثیرگذار در فرایند جستجوی سلامت زنان با نشانه‌های سرطان پستان مطرح نمود. در این مطالعه علاوه بر تعاملات اجتماعی افراد پس از مواجهه با علامت، پیشینه ارتباطات اجتماعی افراد و چگونگی تأثیرگذاری آن بر رفتار بیماری مورد توجه قرار گرفت.

براساس نتایج این مطالعه، آموزه‌های اجتماعی که براساس تجارب و ارتباطات

اجتماعی فرد قبل از مواجهه با علامت حاصل شده بود، با دو ویژگی آگاهی بخشی و اعتمادپذیری، اثربخشی متفاوتی را بر فرایند درخواست مراقبت اعمال کردند. زنانی که توده پستانی فاقد درد را نادیده گرفتند، بر تجارب خانوادگی و گفته‌های عوامانه تکیه کرده، علامت خود را به توده شیرری نسبت دادند. به نظر می‌رسد تکرار تجربه توده‌های خوش خیم در مقایسه با پایین بودن نسبی سرطان پستان در ایران و عدم تجربه بدخیمی در نزدیکان، گفته‌های پیشینیان را به منبع قابل اعتماد و

تجربه شده تأمین داده‌های فرد تبدیل نمود، همچنان‌که تجربه بدخیمی در خویشاوندان، به عنوان منبع قابل اعتمادی برای پذیرش خطر بیماری عمل کرد. از این‌رو اطمینان‌پذیری در طول زمان و براساس تجربه عملی مکرر در خانواده حاصل گردید، در حالی‌که موضوعات علمی رسانه‌ای در تجارب شخصی مشارکت‌کنندگان جایگاهی نداشت.

Orbell و Hagger، در مروری بر مدل بازنمایی بیماری، بر منابع اطلاعاتی و تأثیرگذاری آن بر رفتار بیماری اشاره کردند. براساس نتایج این مطالعه منابع مردمی اطلاعات که براساس ارتباطات اجتماعی قبلی و دانش فرهنگی از بیماری حاصل می‌گردد و همچنین اطلاعاتی که از افراد مورد توجه یا منابع معتبر مانند پزشک و یا پدر و مادر کسب می‌شود، در شکل‌گیری تجربه فرد از بیماری اخیر مؤثر است (۲۹). برنامه‌های ارتقای بهداشت بر این ایده توافق دارند که گرچه فراهم آوردن دانش درباره علل بیماری‌ها و انتخاب‌های در دسترس، راهی به سوی تغییر رفتار فردی است، در عین حال آموزش به خودی خود برای ترویج یک تغییر رفتار کافی نیست (۲۷). به نظر می‌رسد، طبقه پدیدار شده در این مطالعه تحت عنوان «اعتمادپذیری داده»، پاسخی نسبی بر دلایل عدم به‌کارگیری برخی آموزه‌ها در مواجهه با موقعیت‌های بحرانی تصمیم‌گیری ارائه می‌کند. بر این اساس می‌توان گفت آموزه‌های قابل اعتماد و منطبق با تجارب شخصی افراد، قابلیت به‌کارگیری بیش‌تری از حجم انبوه داده‌هایی دارد که به دلیل عدم اعتمادپذیری در تصمیم‌گیری‌های فردی رنگ

می‌بازند. از این‌رو شناسایی منابع قابل اعتماد داده در فرهنگ‌ها و گروه‌های مختلف، می‌تواند نقش قابل توجهی در موفقیت برنامه‌های آموزشی بهداشتی ایفا کند.

در مطالعه حاضر علاوه بر اثربخشی آموزه‌های مرتبط با بیماری که حاصل تجارب و ارتباطات اجتماعی فرد قبل از مواجهه با علامت بود، برقراری تعامل فعال با اجتماع پس از مواجهه با علامت، نیز نقش مؤثری را در فرایند درخواست مراقبت اعمال کرد. بازگویی موقعیت با هدف کسب اطلاعات راهنمایی‌کننده، به شیوه‌ای انتخابی صورت گرفت و به بسط درک فردی، اطمینان بخشی و درجاتی از تبعیت انجامید. در راستای سایر مطالعات پیامدهای تعامل اجتماعی در اغلب موارد حمایت‌کننده و بسیار رضایت‌بخش درک شد و منجر به تسریع در درک جدیت علامت شد و به کسب اطلاعات و تعدیل واکنش‌های روانی جهت تصمیم‌گیری انجامید. در مقابل طبیعی نمایاندن علامت و ارائه اطلاعات نادرست و اطمینان بخش که منطبق با فرهنگ زنان ایرانی، به منظور حمایت و تأیید بیمار صورت گرفت، به مفهوم کم‌اهمیت بودن علامت درک شده و موجب تأخیر در مراجعه گردید. همچنان‌که در مواردی حمایت‌های عاطفی بیش از حد یا غیرمعمول به معنای متفاوت بودن از دیگران، مخل تصمیم‌گیری و متأثرکننده ارزیابی شد. در مقابل تشویق و راهنمایی بیمار به اقدام، مطرح کردن توأم جنبه‌های تهدیدکننده و غیرتهدیدکننده موقعیت همراه با نتایج امیدوارکننده درمان زودرس، به عنوان تعاملی اثربخش به اقدام منجر شد. در مطالعه حاضر در راستای سایر مطالعات، بازگو کردن علامت به

سایرین، بیماران را در تفسیر علایم (۳۲-۳۰)، تصمیم‌گیری جهت دریافت کمک پزشکی (۲۲ و ۳۱) و کاهش نگرانی‌ها (۱۲ و ۳۳) حمایت کرد. خانواده‌ها سعی کردند نیازهای اطلاعاتی (۱۲ و ۳۳) و همچنین نیازهای مالی بیماران (۱۲ و ۳۴) را فراهم کنند. در مواردی نیز اعمال فشار از جانب دیگران به دریافت درمان منجر شد. در هر حال در مواردی اطلاعات نادرست یا پیشنهادهایی مبتنی بر سیاست صبر و انتظار به عنوان مانعی بر درخواست مراقبت عمل کرد (۱۲، ۳۰، ۳۵ و ۳۶).

براساس مرور انجام یافته، اگرچه تعامل اجتماعی و پیامدهای آن در سایر مطالعات مرتبط نیز مورد توجه قرار گرفته است، اما مفاهیمی از جمله، انتخابی بودن افشای علامت و عوامل اجتماعی فرهنگی تأثیرگذار بر بازگویی علامت و شیوه تعامل اثربخش که در این پژوهش پدیدار شد، گزارش نگردیده است.

نتایج مطالعه حاضر به طور خلاصه بیان می‌کند، زنان پس از رویارویی با علامت، در گذار از تردید و ابهام در مورد چیستی و چرایی علامت از یک سو و ترس از رویارویی با سرطان از سوی دیگر، مشکل خود را به شیوه‌ای هدفمند با افراد نزدیک، افراد دارای تجربه بیماری یا بهره‌مند از اطلاعات تخصصی در میان گذاشتند. نگرانی از عواقب پراکنش خبر، بازگویی را به شیوه‌ای انتخابی همراه با درجاتی از رازداری و پنهان کاری، به پیش برد. طبیعی یا کم اهمیت تلقی شدن علایم، بازگویی را به تأخیر انداخت و ترس و نگرانی از احتمال بدخیم بودن علامت، بازگویی را تسریع کرد. ویژگی‌های فردی انتخاب شبکه تعاملات اجتماعی و به نوبه خود نوع اطلاعات

دریافتی را متأثر کرد. بازخورد دریافت شده غالباً رویکردی حمایت‌گرایانه یافت، اما الزاماً زنان را در درک جدی بودن موقعیت و تصمیم‌گیری جهت اقدام کمک نکرد. تعامل اثربخش غالباً در تعامل با افراد دارای اطلاعات تخصصی و برخی از نزدیکانی به ثمر نشست که تنها به بازنمایی ابعاد خوش‌بینانه اکتفا نکردند، بلکه به ترسیم ابعاد تهدیدکننده موقعیت نیز پرداختند و آنگاه واکنش‌های روانی نامطلوب را با اطمینان بخشی آگاهانه نسبت به احتمال خوش خیم بودن علامت، ارایه راهنمایی برای پی‌گیری جدی و نتایج امیدبخش تسریع در درمان تعدیل کردند. در مقابل تعاملات غیرمثمر، در تعامل با افراد کم سواد حاصل شد که در ارایه راهنمایی بر تجارب و آموزه‌های شخصی و خانوادگی تجربه شده خود اعتماد و اکتفا کردند و با اطمینان بخشی بی‌قید و شرط، بیمار را در تأخیر در دریافت مراقبت همراهی کردند.

نتایج این پژوهش در برنامه‌های آموزشی به ویژه در برنامه‌های آموزشی رسانه‌ای کاربرد دارد. براساس نتایج این پژوهش، اطلاعات مردم در مورد علایم، عوامل خطر و درمان‌پذیری سرطان پستان ناکافی است و در مواردی با باورها و تفاسیر نادرست همراه است. از طرفی مردم در مورد چگونگی ایفای نقش‌های حمایتی از بیماران و تأمین نیازهای اطلاعاتی و عاطفی سایر افراد خانواده در شرایط تهدید سلامتی از دانش لازم برخوردار نیستند، از این‌رو لازم است به ویژه در طراحی برنامه‌های آموزشی رسانه‌ای افزایش دانش، خودآگاهی و اصلاح باورها و رفتارهای بهداشتی زنان جامعه با پیام‌رسانی به شیوه‌ای شفاف مدنظر قرار گیرد.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش، از ویژگی‌های یک مطالعه کیفی برخوردار است، از این رو به علت کم بودن تعداد نمونه و انتخاب هدفمند مشارکت‌کنندگان فاقد تعمیم‌پذیری مطلوب است. سعی شد با در نظر گرفتن حداکثر تغییرپذیری در نمونه‌گیری بر محدودیت موجود غلبه شود. همچنین در مطالعات کیفی، داده‌ها حاصل مصاحبه و ناظر بر رویکردی گذشته‌نگر است که خود تهدیدی بر اعتبار داده‌ها است. انتخاب مشارکت‌کنندگان در مراحل مختلف شامل مواجهه با علامت، تشخیص و درمان تلاشی بود که به منظور دستیابی به تجارب دست اول مشارکت‌کنندگان صورت گرفت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دکترای بهداشت باروری است که با کد ۹۰۰۹۸۷ به تصویب کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است. مطالعه حاضر با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با همکاری انیستیتوی سرطان دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت. بدین وسیله از مسئولان، پزشکان و پرستاران انیستیتوی سرطان امام خمینی که جهت انجام پژوهش همکاری لازم را نمودند و همچنین تمامی مشارکت‌کنندگان که در لحظات بحرانی زندگی خود، ما را امین خود دانسته و جهت اعتلای علم پزشکی و مصالح جامعه، اطلاعات شخصی خود را در اختیار گذاشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

منابع

- 1 - Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010 Dec 15; 127(12): 2893-917.
- 2 - World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>. 2014.
- 3 - Ghiasvand R, Maram ES, Tahmasebi S, Tabatabaee SH. Risk factors for breast cancer among young women in southern Iran. *Int J Cancer*. 2011 Sep 15; 129(6): 1443-9.
- 4 - Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J*. 2007 Jul-Aug; 13(4): 383-91.
- 5 - Bish A, Ramirez A, Burgess C, Hunter M. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *J Psychosom Res*. 2005 Apr; 58(4): 321-6.
- 6 - Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Socio-demographic factors, health behavior and late-stage diagnosis of breast cancer in Germany: a population-based study. *J Clin Epidemiol*. 2001 Jul; 54(7): 719-27.
- 7 - Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999 Apr 3; 353(9159): 1127-31.
- 8 - Unger-Saldana K, Infante-Castaneda C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Publica Mex*. 2009; 51 Suppl 2: s270-85.
- 9 - O'Mahony M, Hegarty J. Help seeking for cancer symptoms: a review of the literature. *Oncol Nurs Forum*. 2009 Jul; 36(4): E178-84.
- 10 - Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi JV. Young people's help-seeking for mental health Problems. *Advances in Mental Health*. 2005; 4(3): 218-251.
- 11 - Cornally N, McCarthy G. Help-seeking behaviour: a concept analysis. *Int J Nurs Pract*. 2011 Jun; 17(3): 280-8.
- 12 - Unger-Saldana K, Infante-Castaneda CB. Breast cancer delay: a grounded model of help-seeking behaviour. *Soc Sci Med*. 2011 Apr; 72(7): 1096-104.

- 13 - Koldjeski D, Kirkpatrick MK, Swanson M, Everett L, Brown S. An ovarian cancer diagnosis-seeking process: unraveling the diagnostic delay problem. *Oncol Nurs Forum*. 2005 Sep 1; 32(5): 1036-42.
- 14 - Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Dulay MF, Romero C, Chang J, Liscum KR. Medical and psychosocial predictors of delay in seeking medical consultation for breast symptoms in women in a public sector setting. *J Behav Med*. 2006 Aug; 29(4): 327-34.
- 15 - Burgess C, Hunter MS, Ramirez AJ. A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *Br J Gen Pract*. 2001 Dec; 51(473): 967-71.
- 16 - O'Mahony M, Hegarty J, McCarthy G. Women's help seeking behaviour for self discovered breast cancer symptoms. *Eur J Oncol Nurs*. 2011 Dec; 15(5): 410-8.
- 17 - Lam WW, Tsuchiya M, Chan M, Chan SW, Or A, Fielding R. Help-seeking patterns in Chinese women with symptoms of breast disease: a qualitative study. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Mar; 31(1): 59-68.
- 18 - Harirchi I, Ghaemmaghami F, Karbakhsh M, Moghimi R, Mazaherie H. Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: an Iranian study. *Public Health*. 2005 Oct; 119(10): 885-91.
- 19 - Reifstein K. Care-seeking behaviors of African American women with breast cancer symptoms. *Res Nurs Health*. 2007 Oct; 30(5): 542-57.
- 20 - Khadivzadeh T, Latifnejad Roudsari R, Bahrami M, Taghipour A, Abbasi Shavazi J. The influence of social network on couples' intention to have the first child. *Iran J Reprod Med*. 2013 Mar; 11(3): 209-18.
- 21 - Gullatte MM, Brawley O, Kinney A, Powe B, Mooney K. Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in African American women. *J Relig Health*. 2010 Mar; 49(1): 62-72.
- 22 - Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Love SB. Who and what influences delayed presentation in breast cancer? *Br J Cancer*. 1998 Apr; 77(8): 1343-8.
- 23 - Meechan G, Collins J, Petrie KJ. The relationship of symptoms and psychological factors to delay in seeking medical care for breast symptoms. *Prev Med*. 2003 Mar; 36(3): 374-8.
- 24 - Horton D, Wohl RR. Mass communication and para-social interaction; observations on intimacy at a distance. *Psychiatry*. 1956 Aug; 19(3): 215-29.
- 25 - Grbich C. *Qualitative data analysis: An introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2012.
- 26 - MacKian S. *A review of health seeking behaviour: problems and prospects*. Health Systems Development. University of Manchester, Manchester, UK, 2003.
- 27 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12.
- 28 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov; 15(9): 1277-88.
- 29 - Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*. 2003; 18(2): 141-184.
- 30 - Taib NA, Yip CH, Low WY. Recognising symptoms of breast cancer as a reason for delayed presentation in Asian women--the psycho-socio-cultural model for breast symptom appraisal: opportunities for intervention. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011; 12(6): 1601-8.
- 31 - de Nooijer J, Lechner L, de Vries H. A qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help; an application of Andersen's model of total patient delay. *Patient Educ Couns*. 2001 Feb; 42(2): 145-57.
- 32 - Lam WW, Tsuchiya M, Chan M, Chan SW, Or A, Fielding R. Help-seeking patterns in Chinese women with symptoms of breast disease: a qualitative study. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Mar; 31(1): 59-68.
- 33 - Lu MH, Lin HR, Lee MD. The experiences among older Taiwanese women facing a new diagnosis of breast cancer. *Cancer Nurs*. 2010 Sep-Oct; 33(5): 398-405.
- 34 - Lackey NR, Gates MF, Brown G. African American women's experiences with the initial discovery, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2001 Apr; 28(3): 519-27.
- 35 - Gates MF, Lackey NR, Brown G. Caring demands and delay in seeking care in African American women newly diagnosed with breast cancer: an ethnographic, photographic study. *Oncol Nurs Forum*. 2001 Apr; 28(3): 529-37.
- 36 - Rastad H, Khanjani N, Khandani BK. Causes of delay in seeking treatment in patients with breast cancer in Iran: a qualitative content analysis study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012; 13(9): 4511-5.

Role of Social Interactions on Health-Seeking Behavior among Iranian Women with Breast Cancer Symptoms: a Qualitative Study

Zohreh Khakbazan* (M.Sc.) - Robab Latifnejad Roudsari** (Ph.D) - Ali Taghipour*** (Ph.D) - Eesa Mohammadi**** (Ph.D).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jun. 2014
Accepted: Oct. 2014

Background & Aim: Breast cancer is the most common cancer diagnosed in women in both developed and developing countries. Long-term prognosis of breast cancer strongly depends on the stage of disease at diagnosis. More than three months after detecting breast symptoms by Iranian women, they go to visit a doctor. The understanding of life-threatening symptoms and the subsequent responses are differently affected by social interaction networks as well as cultural and social contexts. This study aimed to explore the role of social interactions on health-seeking behaviors among Iranian women with breast cancer symptoms.

Methods & Materials: A qualitative study was conducted using purposive sampling method. Twenty Iranian women who attended the Cancer Institute in Imam Khomeini hospital at Tehran University of Medical Sciences and complained of symptoms of breast cancer were recruited to the study during 2012-2013. Data were collected through semi-structured and in-depth interviews. Interviews were transcribed and analyzed using conventional content analysis in the MAXqda.

Results: The results revealed three themes including: 1) effectiveness of social learning; 2) seeking social support; and 3) feedback with a supportive approach which included seven categories of informative social learning, reliable social learning, selective disclosure, seeking information, seeking emotional support, giving reassurance and social support for decision making.

Conclusion: Effective social learning and supportive interactions have influential role on health seeking behavior. Thus it is necessary to improve public awareness and correct clients' social beliefs about breast cancer to shorten the patients' delay.

Key words: social interactions, health-seeking behavior, breast cancer, qualitative study

Corresponding author:
Ali Taghipour
e-mail:
TaghipourA@mums.
ac.ir

Please cite this article as:

- Khakbazan Z, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A, Mohammadi E. [Role of Social Interactions on Health-Seeking Behavior among Iranian Women with Breast Cancer Symptoms: a Qualitative Study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2014; 20(3): 43-59. (Persian)

* Ph.D Student in Reproductive Health, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

** Research Centre for Patient Safety, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

*** Health Sciences Research Center, Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

**** Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran