

تهدید حیات، دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان: یک مطالعه کیفی

روانبخش اسمعیلی* فضل‌الله احمدی** عیسی محمدی*** عبدالحکیم تیرگری سراج****

چکیده

زمینه و هدف: روند رو به تزاید بیماری سرطان و ترس شدید ناشی از ابتلا به این بیماری، لزوم درک نگرانی‌های بیماران از مواجهه با تشخیص این بیماری را ضرورتی انکارناپذیر می‌نماید. چرا که مشخص شدن دغدغه‌های بیماران، به کارکنان درمانی در برنامه‌ریزی مراقبت‌های مبتنی بر شواهد کمک می‌کند. این مطالعه با هدف درک دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان طراحی و اجرا شده است.

روش بررسی: این یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا می‌باشد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۵ بیمار سرطانی بودند که از اردیبهشت ۱۳۹۰ تا خرداد ۱۳۹۱ از یکی از بیمارستان‌های فوق تخصصی ساری، کلینیک فوق تخصصی اونکولوژی و مرکز امداد بیماران سرطانی شهرستان ساری انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و در اولین فرصت دست‌نویس شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی توصیفی و به روش Graneheim و Lundman تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: سه طبقه از داده‌ها به دست آمد که شامل «آشفته‌گی شدید فردی و خانوادگی»، «احساس عجز و ناامیدی» و «تصور آینده نامشخص بیماری» بود و طبقه اصلی یا درون‌مایه مرکزی آن‌ها تهدید حیات بود که به عنوان دغدغه اصلی بیماران از مواجهه با تشخیص سرطان استخراج شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه مبین این مسأله است که تهدید حیات دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان می‌باشد. کارکنان بالینی و پرستاران لازم است به این دغدغه در مواجهه با بیماران سرطانی توجه نموده و مراقبت‌های خود را بر مبنای این تجربه برنامه‌ریزی نمایند.

نویسنده مسئول:
فضل‌الله احمدی؛
دانشکده علوم پزشکی
دانشگاه تربیت مدرس
e-mail:
ahmadif@modares.
ac.ir

واژه‌های کلیدی: تهدید حیات، مواجهه با تشخیص سرطان، مطالعه کیفی

- دریافت مقاله: شهریور ماه ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۱

مقدمه

کanser یا سرطان به آن دسته از توده‌های سلولی که خصوصیات بدخیمی را دارند، اطلاق می‌شود. این واژه اولین بار برای توصیف بیش از ۱۰۰ بیماری که در آن‌ها سلول‌ها بدون محدودیت تکثیر پیدا کرده و یا باعث تخریب بافت‌های سالم می‌شدند، استفاده شد (۱). اولین مدارک پزشکی

برای توصیف سرطان از کتیبه پاپیروس به دست آمده که حدود سال ۱۵۰۰ قبل از میلاد نوشته شده است. این مدارک فقط توصیفی از ورم‌های همراه با بعضی از تومورها می‌باشد (۲). شیوع این بیماری در حال افزایش است و امروزه سرطان‌ها یکی از شایع‌ترین و شدیدترین بیماری‌های مشاهده شده در طب بالینی است (۳) و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ شیوع سرطان دو برابر خواهد شد (۴). در ایران نیز سرطان یکی از مشکلات عمده بهداشتی می‌باشد (۵)، به طوری

* دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
** استاد گروه آموزشی پرستاری دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
*** دانشیار گروه آموزشی پرستاری دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
**** استادیار گروه آموزشی روان‌پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

که سالانه بیش از ۵۰۰۰۰ مورد سرطان جدید در ایران بروز می‌نماید (۶).

مطلع شدن از تشخیص سرطان می‌تواند از لحاظ جسمی و روانی هم برای بیماران و هم برای خانواده‌ها بسیار تنش‌زا باشد (۷). در گذشته معمول بود تا آن‌جا که ممکن است از به کار بردن کلماتی چون سرطان پرهیز شود و یا بیمار از بدخیمی مطلع نشود، چنین طفره رفتن‌هایی در حال حاضر در بسیاری از جوامع تأیید نمی‌شود (۸). بلافاصله پس از تشخیص بیماری سرطان، ممکن است اضطراب و سایر اختلالات خلقی در بیماران به وجود آید (۹). بیماران مبتلا به سرطان مری تجربه خودشان را از ابتلا به سرطان، به صورت لرزش و تکان روح بیان کردند که با احساساتی مانند غرق شدن، ناراحتی‌های خلقی غیر قابل کنترل و ترس همراه است (۱۰).

در بسیاری از کشورهای آسیایی و بعضی از کشورهای اروپایی مانند یونان و پرتغال، اغلب بیماران را از فرآیند آگاه شدن از تشخیص سرطان خارج می‌کنند و این کار برای پیشگیری از یأس و ناامیدی بیماران و به درخواست خانواده‌ها برای حمایت از بیماران انجام می‌شود (۱۱).

نگرانی از ایجاد ترس و اضطراب در بیماران به دنبال تشخیص سرطان باعث می‌شود حتی پزشکان و پرستاران علی‌رغم تمایل به آگاه کردن بیماران از تشخیص، از انجام این کار اجتناب نمایند (۱۲). تشخیص سرطان باعث یأس و ناامیدی بیماران شده و آن‌ها احساس می‌کنند که در یک موقعیت غیر قابل کنترل و سخت، گیر کرده‌اند (۱۳).

تشخیص سرطان باعث وحشت بیماران می‌شود و آن را به صورت غلتیدن یک سنگ بزرگ در یک دریای آرام توصیف نموده‌اند (۱۴). علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و همچنین افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌همتا می‌باشد (۱۵). همچنین تشخیص و درمان سرطان می‌تواند بر کیفیت زندگی جسمی و روانی بیماران تأثیر بگذارد (۱۶) و گفته شده تشخیص سرطان و تبدیل شدن به یک بیمار سرطانی با شوک همراه است (۷). مطالعه‌ای نشان می‌دهد زنان بومی استرالیا سرطان را یک بیماری کثیف دانسته و دیدی توأم با ترس نسبت به این بیماری داشته‌اند (۱۷). با توجه به نتایج مطالعات ذکر شده و مطالعات مشابه زیادی که در جوامع مختلف انجام یافته است، بیماران پس از مواجهه با تشخیص سرطان، دچار ترس و واکنش‌های روحی و روانی شدیدی می‌شوند. لذا یک فضای عدم فاش‌سازی در مراکز درمانی غالب است. با این حال بررسی‌ها و مطالعات نشان می‌دهد اغلب بیماران در نهایت چه به طور مستقیم یا غیرمستقیم از تشخیص بیماری خودشان آگاه می‌شوند (۱۸). همان‌گونه که توضیح داده شد شواهد نشان می‌دهد که تشخیص سرطان و مواجه شدن بیماران با آن، دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی را در آنان به وجود می‌آورد که منجر به تغییرات شدید روحی و روانی در بیماران می‌گردد. ولی به طور دقیق به دغدغه و نگران اصلی بیماران مبتلا به سرطان به ویژه در زمان مواجهه با تشخیص سرطان پرداخته

این مطالعه در شهرستان ساری از اردیبهشت ۱۳۹۰ تا خرداد ۱۳۹۱ انجام یافت و یکی از بیمارستان‌های فوق تخصصی ساری، کلینیک فوق تخصصی بیماران سرطانی و مرکز امداد بیماران سرطانی به عنوان مکان‌های پژوهش انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان در مطالعه عبارت بودند از ۱۵ نفر از بیماران که اخیراً تجربه مواجهه با تشخیص سرطان را داشتند.

در این مطالعه ۲۵ مصاحبه با ۱۵ بیمار بالغ مواجه شده با تشخیص سرطان که ۲۸ تا ۷۶ ساله بودند، انجام یافت. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محلی مناسب که مورد رضایت مشارکت‌کنندگان بود و در آنجا احساس راحتی می‌کردند، انجام گرفت.

روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. ابتدا سؤالاتی برای آشنایی از مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شد و بعد از آن سؤالات اختصاصی‌تر مرتبط با هدف پژوهش مطرح می‌گردید. از مشارکت‌کنندگان سؤال شد که «وقتی از تشخیص سرطان اطلاع یافتید چه احساسی داشتید؟»، «چه اتفاقاتی برای شما افتاد؟»، «به چه چیزهایی فکر می‌کردید؟» همچنین از آن‌ها خواسته شد جزئیات احساسات و حوادث را برای محقق بیان نمایند. سپس سؤالات اکتشافی و عمق‌دهنده مثل «می‌توانید در این مورد بیشتر توضیح بدهید؟» و ... براساس پاسخ‌ها مطرح می‌شد.

طول مدت مصاحبه‌ها بین ۴۰ تا ۸۰ دقیقه و برای هر شرکت‌کننده براساس مدت پاسخ‌دهی متفاوت بود. مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. اشباع عبارت است از این که

نشده است. لذا این مطالعه با هدف درک دغدغه و نگرانی اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان طراحی گردیده است که بتوان با درک بهتر آن، تدابیر مراقبتی لازم را برای کمک به بیماران برنامه‌ریزی نمود تا کارکنان درمانی بتوانند در زمان مواجهه شدن بیماران با تشخیص، ضمن توجه به دغدغه اصلی بیماران اقدامات پیشگیری و حمایتی مناسب را برای آنان انجام دهند.

روش بررسی

با توجه به سؤال پژوهش، از روش تحقیق کیفی با رویکرد آنالیز محتوا استفاده شد. روش‌های تحقیق کیفی درصدد کشف و درک دنیای درونی افراد هستند و از آن‌جا که تجارب، ساختار حقیقت را برای هر فرد تشکیل می‌دهند، محقق فقط با وارد شدن به دنیای تجربیات افراد می‌تواند معنای پدیده‌ها را از زاویه دید آن‌ها کشف نماید (۱۹). در مطالعه حاضر با استفاده از این روش و بررسی عمیق تجارب و رفتارها در دنیای واقعی افراد به توضیح پدیده پرداخته شده است.

مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند شروع و تا اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد. ملاک انتخاب مشارکت‌کنندگان در مطالعه، مواجهه شدن با تشخیص بیماری سرطان خود، هوشیار بودن و تمایل به شرکت در مطالعه بود. پژوهشگر ضمن حضور در عرصه و تماس با مشارکت‌کنندگان، هدف مطالعه را به آن‌ها توضیح داده و پس از جلب رضایت و اعلام شفاهی آنان برای شرکت در مطالعه، محل مصاحبه را با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین می‌کرد.

با ادامه جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نگردد (۲۰). در این مطالعه نیز تا مصاحبه بیست و سوم اشباع داده‌ها از نظر محقق حاصل شد و به منظور اطمینان از این که داده‌های جدیدی وجود ندارد، دو مصاحبه دیگر هم انجام گرفت.

هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز انجام می‌گرفت و برای این کار از روش پیشنهادی Graneheim و Lundman استفاده شد که پنج مرحله را برای تحلیل داده‌های کیفی به شرح ذیل پیشنهاد کرده‌اند: ۱- مکتوب کردن کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، ۲- خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن، ۳- تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، ۴- طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و ۵- تعیین محتوای نهفته در داده‌ها (۲۱). لذا در این مطالعه نیز بلافاصله بعد از مصاحبه متن دست‌نویس و تایپ می‌گردید و چندین بار خوانده می‌شد. کدهای اولیه استخراج، سپس کدها ادغام و براساس شباهت‌ها طبقه‌بندی می‌گردید و در نهایت مفهوم و محتوای نهفته در داده‌ها استخراج شد. جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری مطابق نظر لینکلن و گوبا استفاده گردید (۲۲). بدین منظور محقق با محل‌های تحقیق ارتباط طولانی مدت داشت که به جلب اعتماد شرکت‌کنندگان و نیز درک محیط مورد مطالعه کمک کرد. از بازنگری مشارکت‌کنندگان نیز برای تأیید صحت داده‌ها و کدها استفاده

شد، یعنی بعد از کدگذاری متن مصاحبه به شرکت‌کننده بازگردانده می‌شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شود و کدهایی که از نظر مشارکت‌کنندگان بیانگر نظر آن‌ها نبود اصلاح می‌شد. همچنین سعی شد مشارکت‌کنندگان از نظر سن، نوع سرطان، شغل، جنس و سطح تحصیلات حداکثر تنوع را داشته باشند. متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظران قرار گرفت. یعنی کدها و طبقات استخراج شده به چند نفر از اعضای هیأت علمی داده شد و مورد بررسی قرار گرفت و توافق بالایی در میان نتایج استخراج شده وجود داشت.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله بخشی از نتایج یک پایان‌نامه مصوب دوره دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد که توسط کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی آن دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است. قبل از شروع مطالعه، موافقت مسؤولان مربوطه اخذ گردید. در ابتدای مصاحبه‌ها به مشارکت‌کنندگان هدف تحقیق، روش مصاحبه، محرمانه ماندن داده‌ها و آزادی آن‌ها برای ورود یا خروج از مطالعه توضیح داده شد و رضایت شفاهی آن‌ها برای شرکت در مطالعه کسب شد. زمان مصاحبه و مکان مصاحبه‌ها نیز با مشارکت‌کنندگان هماهنگ شد به صورتی که با تنظیم برنامه‌های خود فرصت کافی برای صحبت و شرکت در مصاحبه داشته باشند.

یافته‌ها

تعداد ۱۵ نفر که برای آن‌ها تشخیص سرطان داده شده بود و از تشخیص بیماری

خود آگاه شده بودند، در این تحقیق شرکت داشتند. ۵ نفر از بیماران مرد و ۱۰ نفر زن، سن آن‌ها بین ۲۸ تا ۷۶ سال با میانگین ۴۷ سال، اکثر آن‌ها متأهل (۱۴ نفر)، سطح تحصیلات از بی‌سواد تا لیسانس، زمان سپری شده از تشخیص ۲ تا ۲۴ ماه (به طور متوسط ۱۴ ماه) و دارای شغل‌های مختلف (بی‌کار، کارگر، خانه‌دار، آزاد، کارمند و دبیر) بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد نگرانی‌های بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان، سه طبقه را مشخص نمود که عبارتند از: آشفتگی شدید فردی و خانوادگی، احساس عجز و نومی‌دی و تصور آینده نامشخص بیماری

این سه طبقه یک طبقه کلی یا درون‌مایه مشترک طبقات را تحت عنوان تهدید حیات به عنوان دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان مشخص نمود.

آشفتگی شدید فردی و خانوادگی

یکی از مواردی که در گفته‌های اکثر مشارکت‌کنندگان تکرار شده بود، آشفتگی شدید فردی و خانوادگی است که به شکل‌های مختلف مثل ترس، تألمات روحی، زودرنجی، پریشانی ذهنی نسبت به بیماری و نگرانی و درماندگی خانواده بود. ترس که به شکل‌های مختلف در بیماران وجود داشت، یکی از بارزترین موارد آشفتگی فردی بود. بیمار شماره ۸ بیست و هشت ساله زن در این مورد چنین گفت: «گفتن سرطان دارم خیلی وحشت کردم و ترسیدم، اون موقع هم اسم‌اش بد در رفته بود دیگه که مثلاً بعضی‌ها شش ماه یا چند وقت بیشتر زنده نیستن، گفتم من دارم

می‌میرم، گفتم بچه‌هام بی‌مادر می‌شن چه جور می‌شه به اینا فکر می‌کردم، می‌گفتم من می‌میرم اینا رو کی بزرگ می‌کنه، چه جور می‌شه»، و بیمار شماره ۵ سی و دو ساله مرد نیز در این مورد چنین گفت: «همه می‌ترسن و ترس برادر مرگه، مریض فکر می‌کنه که کارش تمومه، ترسی که من از این بیماری داشتم باعث شد من پیگیر درمان نباشم، در حقیقت ترس از مردن بود»، تألمات روحی، زودرنجی و پریشانی ذهنی نسبت به بیماری از اشکال آشفتگی شدید فردی بود که به دنبال مواجهه با تشخیص در بیماران بروز کرده بود. بیمار شماره ۱۰ پنجاه و دو ساله زن در این مورد چنین گفت: «وقتی در تهران دکتر بهم گفت تو سرطان روده داری و باید عمل بشی، جیغ کشیدم، گریه کردم، توی اتوبوس هم که نشستم یک سره گریه کردم، این قدر گریه کردم تا رسیدیم خونه، دیگه بیهوش شدم و نفهمیدم چی شد». در همین مورد بیمار شماره ۱۱ چهل ساله زن نیز چنین گفت: «دکتر وقتی گفت مریضی‌ات اینه، من سرد شدم، خیلی ناراحت شدم، از همون جا گریه‌مو شروع کردم و از مطب اومدم بیرون، اصلاً روحیه نداشتم، امید خودمو از دست دادم، یه کنج می‌نشستم یا دراز می‌کشیدم و سرم لحاف می‌کشیدم و زیر پتو گریه می‌کردم».

پریشانی ذهنی نسبت به بیماری نیز در بیماران یکی از نگرانی‌های پس از مواجهه با تشخیص سرطان است، در این مورد بیمار شماره ۴ پنجاه و یک ساله مرد چنین گفت: «مرتب تو فکر می‌رفتم، تو فکر می‌رفتم و می‌گفتم خدایا جریان چی جور شد؟ این چی

می‌شه؟ تا دوازده یک نصف شب نمی‌خوابیدم، همیشه تو عالم فکر بودم که خدایا این چه جور می‌شه؟!»

نگرانی و درماندگی خانواده نیز از موارد دیگر بود، در این خصوص بیمار شماره ۶ پنجاه و هشت ساله زن چنین گفت: «همه نگران من هستن، بچه‌هام نگران هستن، اینو تو نگاهشون می‌بینم، دخترم داره فوق می‌خونه، الان درسش را رها کرده همش دنبال کار منه، شوهرم مرد خوبییه ولی خودش هم مریضه، ته دل همه نگرانن، دوست داشتم بعد از بازنشستگی بیشتر به خونه و بچه‌ها برسم، بچه‌هام که تهران هستن خیلی نگران هستن و مرتب زنگ می‌زنن، بچه‌ها امتحان دارن، به زندگیم فکر می‌کنم که همه نگران و مستاصل هستن». در مورد درماندگی خانواده بیمار شماره ۸ بیست و هشت ساله زن چنین اظهار داشت: «همش استرس زیاد داشتم زندگی من چه جور می‌شه، دو تا بچه دارم، به خاطر این خیلی ناراحت بودم، خانواده‌ام، پدرم، مادرم خیلی نگران بودن، شوهرم هم همین‌طور، زندگی مون همه پخش و پلا شده بود».

احساس عجز و نومیدی

مورد دیگری که در گفته‌ها و مصاحبه‌های انجام یافته با مشارکت‌کنندگان وجود داشت، احساس عجز و نومیدی بود که احساس خطر از تشخیص سرطان، احساس ناتوانی در برابر بیماری و سردرگمی و اختلال تمرکز زیرطبقات آن را تشکیل می‌دادند. در مورد احساس خطر از تشخیص سرطان، بیمار شماره ۱۴ پنجاه ساله زن چنین گفت: «بعد از نمونه‌برداری که گفتن سرطان من خیلی ترس

برم داشت چون که می‌گفتم سرطان که بیماری شوخی برداری نیست، هزار جور مشکل پیش می‌یاره، حتی گفتم خدایا تا این‌جا بسه، موندن من چه فایده‌ای داره؟». و در مورد احساس ناتوانی در برابر بیماری، مشارکت‌کننده شماره ۱۰ پنجاه و دو سه ساله زن چنین گفت: «اگه یک نفر ثروتمند باشه یه همچین مریضیایی داشته باشه می‌گه من پول دارم، حتی تا خارج هم باشه می‌ره ولی مثل ماها طبقای ضعیف همش می‌گفتم من نمی‌تونم اینو درمان بکنم، بعد گفتم که کارم تمومه دیگه، ترسیدم، اسم سرطان را که شنیدم خیلی ناامید شدم، گفتم دیگه من مردنی هستم»، و در مورد سردرگمی و اختلال تمرکز نیز بیمار شماره ۱۱ چهل ساله زن چنین گفت: «فکرم کار نمی‌کرد، تو حالت گیجی بودم، اصلاً متوجه دور و برم نبودم، انگار روانی شده بودم».

تصور آینده نامشخص بیماری

یکی از نگرانی‌های بیماران پس از رویارویی با تشخیص سرطان، تصور آینده نامشخص بیماری است که زیرطبقات آن را تردید به درمان‌پذیری بیماری و نگاه نامطمئن به آینده تشکیل می‌دهد. در مورد تردید به درمان‌پذیر بودن بیماری، بیمار شماره ۴ پنجاه ساله مرد اظهار داشت: «دکتر که گفت شیمی درمانی من خودم فهمیدم جریان چه جوریه دیگه، شیمی درمانی هم دیگه آخرین درمانه، گفتم دیگه هر چی خدا بخواد»، و در همین زمینه بیمار شماره ۳ سی و نه ساله زن نیز اظهار داشت: «برای من با این سن کم تشخیص سرطان فاجعه بود، همش شک و تردید در مورد درمان و این که آیا با جراحی و شیمی

درمانی خوب می‌شم؟، کی گفته که خوب می‌شم؟، شیمی درمانی کنم که چی؟».

در مورد نگاه نامطمئن به آینده نیز بیمار شماره ۱۱ چهل ساله زن چنین گفت: «می‌گفتم عاقبت ما همین، سرطانی‌ها کی دوام کرده که من بخوام بکنم؟ کی زنده مونده که من بمونم؟، آخر و عاقبت همه درمانا را هم بکنیم می‌میریم، خیلی این فکر را می‌کردم» و بیمار ۷ هفتاد و شش ساله زن نیز در همین مورد چنین گفت: «من ترس دارم که این درمان‌ها منو از پا بندازه چون یه عمر رو پای خودم بودمو نمی‌خوام بیفتم، به بچه‌ها گفتم چه فایده داره این درمان‌ها؟، با اصرار بچه‌ها و نوه‌ها دارم پیگیری می‌کنم».

با توجه به دغدغه‌های ذکر شده مشارکت‌کنندگان در مواجهه با تشخیص سرطان و از جمع‌بندی این دغدغه‌ها می‌توان دغدغه و نگرانی اصلی بیماران را تهدید حیات بیان نمود. در این مورد بیمار شماره ۵ سی و دو ساله مرد چنین اظهار نمود: «بالاخره فکر مرگ می‌یاد برای آدم، اون زمان هر کسی فکر می‌کنه سرطان یعنی تموم شدن زندگی، مریض فکر می‌کنه دیگه مردن نزدیکه، واقعاً یه همچین فکرایمی‌یاد تو ذهن آدم، من خودم زندگیمو تموم شده حساب کردم». بنابراین تهدید حیات دغدغه اصلی بیماران پس از مواجهه با تشخیص سرطان است که در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها

| زیرطبقات | طبقه | طبقه اصلی یا درون‌مایه مشترک طبقات |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| ترس تألمات روحی زودرنجی پریشانی ذهنی نسبت به بیماری نگرانی و درماندگی خانواده | آشفتنگی شدید فردی و خانوادگی | تهدید حیات |
| احساس خطر از تشخیص سرطان احساس ناتوانی در برابر بیماری سردرگمی و اختلال تمرکز | احساس عجز و نومیدی | |
| تردید داشتن به درمان بیماری نگاه نامطمئن به آینده | تصور آینده نامشخص بیماری | |

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین نگرانی یا دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان انجام یافته است. براساس نقطه نظرات مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، تهدید حیات مهم‌ترین دغدغه و نگرانی آن‌ها را پس از مواجهه با تشخیص سرطان تشکیل می‌دهد. به عبارت

دیگر می‌توان گفت آنچه که این بیماری را برای بیماران هراس انگیز و هولناک جلوه می‌دهد، به این دغدغه آن‌ها بر می‌گردد. احساسی که آن‌ها پس از مواجهه با تشخیص سرطان دارند، حس مرگ قریب‌الوقوع و نزدیک بودن به مرگ است. این تصور که سرطان یعنی اتمام زندگی، لذا در خطر بودن جان و به عبارت دیگر تهدید حیات

دغدغه اصلی مشارکت‌کنندگان بوده است. یافته این مطالعه با نتایج مطالعه Gum و همکاران تطابق دارد، آن‌ها در یک مطالعه کیفی نتیجه‌گیری کردند که زنان مبتلا به سرطان پستان پس از مواجه شدن با تشخیص دچار فشار روانی شدند و عقیده داشتند که سرطان معادل مرگ است و حس ترس از مرگ و مرگ قریب‌الوقوع و حتمی را داشتند (۲۳). مطالعه دیگری نیز نشان داد بچه‌ها و افراد جوان مبتلا به سرطان، در اوایل که تشخیص سرطان برای آنان داده شد، از مردن ترسیده بودند و یکی از درون‌مایه‌های این مطالعه نگرانی هم برای حال و هم برای آینده بود (۲۴) که با نتایج مطالعه ما که مشارکت‌کنندگان تصور آینده نامشخص را داشتند، منطبق بود. در مطالعه دیگری که به روش کیفی انجام یافته، تجربه بیماران مسن از دریافت تشخیص سرطان را بررسی نموده که درون‌مایه اصلی مطالعه «بیماری نقطه چرخش نشانگر مسن شدن» استخراج گردید و یکی از زیرطبقات آن آشکار شدن ناگهانی مرگ بود. در این مطالعه بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان، آرزو می‌کردند بمیرند ولی به دیگران وابسته نباشند. بیماران سرطان را به عنوان یک بیماری تهدیدکننده حیات تصور کرده بودند ولی بیشتر از وابسته شدن به دیگران نگران بودند (۷). همچنین یک مطالعه زمینه‌ای که منجر به ارائه نظریه «حفظ تمامیت در مواجهه با مرگ» شد، بیماران مبتلا به سرطان ریه را مورد بررسی قرار داد و طبقه مواجهه با مرگ شامل دو زیرطبقه «زندگی در زمان حاضر» و «مواجهه با مرگ تا فرا رسیدن زمان آن» بود. نتایج این مطالعه نشان داد که اگر چه بیماران بر زمان

حال و زنده ماندن تمرکز می‌کردند ولی دغدغه آینده، مردن و جنبه‌های اجتماعی مرگ در آن‌ها وجود داشت. آن‌ها همچنین از این که باری به دوش فامیل خواهند بود، ناراحت بودند (۲۵). در یک مطالعه کیفی دیگر در مورد بیماران سرطانی، سه درون‌مایه استخراج شد که یکی از درون‌مایه‌ها احساس‌های منفی بود از جمله حس مرگ و مردن. همچنین بیماران مبتلا به سرطان تشخیص سرطان را به معنی تغییرات ناگهانی در زندگی خودشان درک کردند (۲۶). نتایج مطالعات یاد شده نشان می‌دهد یکی از دغدغه‌های اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان، تهدید حیات می‌باشد، اگر چه ممکن است در بعضی از بیماران منتج از دغدغه‌ای دیگر مثل وابسته شدن به دیگران بشود. البته مطالعات دیگری نشان می‌دهد که نگرانی اصلی بیماران با یافته این پژوهش یعنی تهدید حیات یکسان نمی‌باشد. به عنوان مثال در یک مطالعه در زنان لبنانی مبتلا به سرطان پستان، تجربیات آن‌ها در درون‌مایه‌هایی مانند «زندگی با نقایص»، «زندگی با احساس گناه»، «زندگی با ترس‌ها و عدم اطمینان» و «زندگی توأم با نیاز به دانستن و مشارکت در یادگیری» بیان شده است. آنان ترس از درد، ترس از انزوا و ترس از عود بیماری را ذکر نمودند ولی ترس از مرگ گزارش نشد (۲۷) که در مورد نتایج متفاوت این مطالعه و این که این بیماران نگرانی و ترس از مرگ را نداشتند، می‌توان به اعتقادات و باورهای مشارکت‌کنندگان توجه نمود چرا که آن‌ها مرگ و زندگی را دست خداوند می‌دانند و معتقدند که سرنوشت هر کسی دست خداوند است و هر زمان که خداوند مقدر کرده است،

سرطانی، نتایج این مطالعه می‌تواند برای کارکنان درمانی به خصوص پرستاران در جهت مواجهه صحیح با بیماران مفید و کاربردی باشد. همچنین نتایج این مطالعه می‌تواند برای پژوهشگران، مدیران و برنامه‌ریزان جهت شناخت بیشتر نیازهای بیماران سرطانی و برنامه‌ریزی‌های صحیح و مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار گیرد.

این مطالعه در یک شهرستان و به صورت یک مطالعه محدود کیفی انجام یافته است. لذا مانند تمامی مطالعات کیفی در تعمیم‌پذیری نتایج محدودیت داشته و لازم است مطالعه در مکان‌های دیگر و با شرایط فرهنگی متفاوت تکرار گردد. همچنین تمایل کم‌تر بیماران مرد به شرکت در مطالعه و این که تعداد مشارکت‌کنندگان زن دو برابر مردان بوده است یکی از محدودیت‌های مطالعه بوده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه دکتری پرستاری می‌باشد که در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تصویب شده است، لذا پژوهشگران از تمامی مسؤولان دانشگاه تربیت مدرس به جهت حمایت‌های لازم از انجام تحقیق و نیز از کلیه مشارکت‌کنندگان که بدون مشارکت آن‌ها انجام این تحقیق امکان‌پذیر نبود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

مرگ اتفاق خواهد افتاد، همچنین به نوع سرطان آن‌ها یعنی سرطان پستان که احتمال درمان شدن آن بیشتر است و کم‌تر تصور مرگ را در مبتلایان ایجاد می‌کند، توجه نمود. همچنین نتایج مطالعه‌ای در بیماران مسن که به تازگی برای آن‌ها تشخیص سرطان داده شده بود، نشان داد که مهم‌ترین نگرانی بیماران وابسته شدن به دیگران بوده است. درون‌مایه‌های این مطالعه نیز «از دست دادن کنترل»، «تغییر هویت اجتماعی» و «به هم خوردن توازن خانواده» ذکر شد (۲۸). در همین باره حمایت به عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای این بیماران به هنگام مواجهه با تشخیص سرطان می‌باشد (۲۹). متفاوت بودن نتایج این مطالعه را می‌توان به مسن بودن بیماران و این که آن‌ها در سنی قرار دارند که ترس از مردن برای آن‌ها احتمالاً مسأله اصلی نمی‌باشد و این که آن‌ها در این سنین دوست دارند مستقل باشند نه این که سربار و زحمتی برای دیگران باشند، لذا از دست دادن استقلال برای آن‌ها بیشتر نگران‌کننده می‌باشد.

یافته‌های این مطالعه مبین این مسأله است که تهدید حیات دغدغه اصلی بیماران در مواجهه با تشخیص می‌باشد. با توجه به لزوم شناخت نگرانی‌های بیماران توسط کارکنان درمانی و برنامه‌ریزی مناسب برای انجام مداخلات درمانی مبتنی بر نیازها و نگرانی‌های بیماران و به دلیل روند رو به افزایش بیماران

منابع

- 1 - Imanipour M. [Principles of oncology nursing]. Second ed. Tehran: Tohfe & Boshra; 2009. (Persian)
- 2 - Braun AC. The story of cancer: On its nature, causes and control. 1st ed. London: Addison-Wesley; 1977.
- 3 - Farazmandfar T, Janbabaie G, Azadeh H. [Common on aspects of cancer]. 1st ed. Sari: Mazandaran University of Medical Sciences; 2011. (Persian)

- 4 - Eaton L. World cancer rates set to double by 2020. *BMJ*. 2003 Apr 5; 326(7392): 728.
- 5 - Kolahdoozan S, Sadjadi A, Radmard AR, Khademi H. Five common cancers in Iran. *Arch Iran Med*. 2010 Mar; 13(2): 143-6.
- 6 - Sadjadi A, Nouraei M, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi A, Malekezadeh R, Parkin DM. Cancer occurrence in Iran in 2002, an international perspective. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2005 Jul-Sep; 6(3): 359-63.
- 7 - Degi CL. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical, and psychosocial factors. *Support Care Cancer*. 2009 Aug; 17(8): 1101-7.
- 8 - Campbell A, Gillett G, Jones G. *Medical ethics*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- 9 - Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA Cancer J Clin*. 2005 Mar-Apr; 55(2): 109-16.
- 10 - Andreassen S, Randers I, Naslund E, Stockeld D, Mattiasson AC. Patients' experiences of living with oesophageal cancer. *J Clin Nurs*. 2006 Jun; 15(6): 685-95.
- 11 - Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Vlahos L. Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005 May; 14(2): 175-81.
- 12 - Tavakol M, Murphy R, Torabi S. Educating doctors about breaking bad news: an Iranian perspective. *J Cancer Educ*. 2008; 23(4): 260-3.
- 13 - Missel M, Birkelund R. Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *Eur J Oncol Nurs*. 2011 Sep; 15(4): 296-301.
- 14 - Fu MR, Xu B, Liu Y, Haber J. 'Making the best of it': Chinese women's experiences of adjusting to breast cancer diagnosis and treatment. *J Adv Nurs*. 2008 Jul; 63(2): 155-65.
- 15 - Lee A, Wu HY. Diagnosis disclosure in cancer patients--when the family says "no!". *Singapore Med J*. 2002 Oct; 43(10): 533-8.
- 16 - Manne S, Badr H, Zaider T, Nelson C, Kissane D. Cancer-related communication, relationship intimacy, and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer. *J Cancer Surviv*. 2010 Mar; 4(1): 74-85.
- 17 - Prior D. The meaning of cancer for Australian Aboriginal women; changing the focus of cancer nursing. *Eur J Oncol Nurs*. 2009 Sep; 13(4): 280-6.
- 18 - Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahmani A, Howard F, Nikanfar AR, Ferguson C. Cancer disclosure: experiences of Iranian cancer patients. *Nurs Health Sci*. 2012 Jun; 14(2): 250-6.
- 19 - Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 20 - Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
- 21 - 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.
- 22 - Polit DF. *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1993.
- 23 - Gurm BK, Stephen J, MacKenzie G, Doll R, Barroetavena MC, Cadell S. Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian women's experience of breast cancer: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008 Feb; 45(2): 266-76.
- 24 - Gibson F, Aldiss S, Horstman M, Kumpunen S, Richardson A. Children and young people's experiences of cancer care: a qualitative research study using participatory methods. *Int J Nurs Stud*. 2010 Nov; 47(11): 1397-407.
- 25 - Horne G, Seymour J, Payne S. Maintaining integrity in the face of death: a grounded theory to explain the perspectives of people affected by lung cancer about the expression of wishes for end of life care. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jun; 49(6): 718-26.
- 26 - Chen PY, Chang HC. The coping process of patients with cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2012 Feb; 16(1): 10-6.
- 27 - Doumit MA, El Saghier N, Abu-Saad Huijjer H, Kelley JH, Nassar N. Living with breast cancer, a Lebanese experience. *Eur J Oncol Nurs*. 2010 Feb; 14(1): 42-8.
- 28 - Esbensen BA, Thome B, Thomsen T. Dependency in elderly people newly diagnosed with cancer--a mixed-method study. *Eur J Oncol Nurs*. 2012 Apr; 16(2): 137-44.
- 29 - Esmaeili R, Ahmadi F, Mohammadi E, Tirgari Seraj A. [Support: The major need of patients confronting with cancer diagnosis]. *J Mazand Univ Med Sci*. 2012; 22(89): 21-31 (Persian)

Life Threatening: The Most Important Concern of Patients Confronting Cancer Diagnosis

Ravanbakhsh Esmaili* (MSc.) - Fazlollah Ahmadi** (Ph.D) - Eesa Mohammadi*** (Ph.D) - Abdolhakim Tirgari Seraj**** (Ph.D).

Abstract

Received: Sep. 2012
Accepted: Nov. 2012

Background & Aim: Increase in cancer prevalence results in feeling fear of being diagnosed with cancer among individuals. Understanding concerns of patients diagnosed with cancer helps health care professionals to provide appropriate caring plans. This study aimed to understand main concerns of patients who confront cancer diagnosis.

Methods & Materials: This was a qualitative study with content analysis approach. Fifteen patients with cancer were selected from a specialized hospital, an oncology clinic, and Emdad Center of Cancer patients in Sari using a purposeful sampling method during May 2011 to June 2012. The sample size was completed regarding data saturation. Data were collected using interviews, observations and recording field notes. All interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. Data were analyzed using descriptive content analysis and the Granhim and Landmann method.

Results: Three categories including 485 primary codes were emerged. The derived codes were as follows: 1) sever personal and family disturbance; 2) imagination of despair; and 3) unclear imagination of future. The main code included in all derived codes was life threatening nature of cancer.

Conclusion: The findings showed that life threatening nature of cancer is a source of fear that makes the disease frightening. Clinical staff and nurses should pay more attention to concerns of patients with cancer and design their care plan accordingly.

Corresponding author:
Fazlollah Ahmadi
e-mail:
ahmadif@modares.ac.ir

Key words: life threat, cancer diagnosis, qualitative research

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

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

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

**** Dept. of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran