

ORIGINAL ARTICLE

Being Dependent: The Most Significant Concern of Elderly Patients Confronted with Diagnosis of Cancer

Ravanbaksh Esmaeili¹,
Fazlollah Ahmadi²,
Esa Mohammadi²,
Abdolhakim Tirkari Seraj³

¹ PhD student in Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 3, 2013 ; Accepted March 5, 2013)

Abstract

Background and purpose: The incidence of cancer is increasing in everyone especially old people. Due to the hardly curable nature of cancer those who confront with its diagnosis are highly influenced by concerns and distress. Hence, a better understanding of such concerns will help health care staff to plan for effective care. This study was designed to investigate the main concerns of elderly patients confronting with diagnosis of cancer.

Materials and methods: This qualitative research was performed in 10 patients exposed to the diagnosis of cancer in Sari, 2010-2011. Sampling was done purposefully and continued until data saturation. The data was collected through interview which was tape recorded and transcribed immediately. The data was then analyzed using content analysis.

Results: The data was categorized into four main categories and 10 subcategories. The main categories included ‘feeling unable to cope with cancer’, ‘unable to pay for treatment’, ‘feeling of prolongation of the disease’, and ‘suffering from abnormal life’. The core category was ‘being dependent’ that was the main concern of elderly patients confronting with diagnosis of cancer.

Conclusion: The findings showed that being dependent is the most significant concern of elderly which results in experiencing high amount of distress. Hence, health care staff and nurses should attempt to enhance independency among such patients.

Keywords: Being dependent, old people, cancer diagnosis

J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(Supple 1): 26-34 (Persian).

وابسته شدن: مهم ترین دغدغه بیماران مسن در مواجهه با تشخیص سرطان

روانبخشن اسماعیلی^۱

فضل ا... احمدی^۲

عیسی محمدی^۳

عبدالحکیم تیرگری سراج^۳

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به افزایش بروز بیماری سرطان در سالمندان، تشخیص آن امری اجتناب ناپذیر بوده، لذا آن‌ها به طور مستقیم یا غیر مستقیم با تشخیص سرطان مواجهه می‌شوند و با توجه به صعب العلاج بودن این بیماری، دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی را در بیماران مبتلا به وجود می‌آورد، که شناخت این نگرانی‌ها به کارکنان درمانی کمک می‌کند تا مراقبت‌های مؤثری را بر نامه‌ریزی نمایند. این مطالعه به منظور تبیین و درک دغدغه اصلی بیماران سالمند در مواجهه با تشخیص سرطان طراحی و اجراء شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی- تحلیلی در سال ۱۳۹۱- ۱۳۹۰ بر روی ۱۰ نفر از سالمندان مبتلا به سرطان که از بیماری خود آگاهی داشته‌اند انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع و با اشباع داده‌ها خاتمه یافت. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه استفاده شد و تمامی مصاحبه‌ها ضبط و بلاfaciale دست نویس شدند و داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوی به روش قراردادی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: از مجموع داده‌ها، ۱۰ کد اولیه، ۱۰ زیر طبقه و چهار طبقه اصلی به دست آمد. طبقات شامل: احساس ناتوانی در مقابله و سازگاری با بیماری، نگرانی از عدم امکان تأمین هزینه‌های بیماری، احساس طولانی شدن بیماری و احساس داشتن زندگی غیرعادی بود و این چهار طبقه، طبقه اصلی یا درون مایه مشترک طبقات وابسته شدن بود، که به عنوان دغدغه اصلی بیماران سالمند در رویارویی با تشخیص سرطان استخراج شد.

استنتاج: یافته‌های تحقیق نشان داد وابسته شدن به دیگران، مهم ترین نگرانی بیماران سالمند در زمان مواجهه با تشخیص سرطان و علت بسیاری از تغییرات و دل نگرانی‌های آنان می‌باشد. کارکنان درمانی و پرستاران باید به این مسئله توجه نموده و در برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات خود بر تقویت استقلال این بیماران تمرکز نمایند.

واژه‌های کلیدی: دغدغه، بیماران مسن، تشخیص سرطان

مقدمه

در معرض ابتلاء به این بیماری قرار دارند^(۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) سرطان یکی

سرطان، شامل بیش از صد نوع تومور بدخیم می‌باشد که همه انسان‌ها اعم از هر جنس، سن و نژادی

E-mail: ahmadif@modares.ac.ir

مؤلف مسئول: فضل الله احمدی- تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری

۱. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. گروه آموزشی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۱/۱۲/۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۱/۱۲/۱۵

گزارش‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد خبر ناگوار، از جمله خبر تشخیص سرطان، بر دریافت کنندگان این نوع خبر تاثیراتی خواهد گذاشت^(۱۱). از جمله این تأثیرات عبارتند از: شوک، ترس، عصبانیت، باور نکردن، انکار^(۱۲). همچنین گفته شده است که ممکن است بیان حقیقت و تشخیص سرطان، سبب از بین رفتن امید در فرد بیمار شود^(۱۳) و یا این که ترس از مرگ را در بیماران القاء نماید^(۱۴). بیماری‌های مزمن مثل سرطان، باعث پدید آمدن بحران‌هایی در زندگی افراد شده و سبب تغییر نگاه بیماران به خودشان می‌گردد^(۱۵).

به وجود آمدن احساسات منفی، از جمله تجربیات بیماران پس از مواجهه با تشخیص و آگاهی از داشتن بیماری سرطان است^(۱۶). آن‌ها احساس می‌کنند که امنیت آن‌ها به خطر افتاده است و حس عدم امنیت را تجربه می‌نمایند^(۱۷). با توجه به این که تشخیص سرطان و ابتلاء به این بیماری در سالمندان، با اثرات منفی بر آن‌ها همراه می‌باشد^(۱۸)، لذا در کنیا های بیماران و عالیق آن‌ها در هنگام رویارویی با تشخیص سرطان، به کارکنان حرفه‌ای خصوصاً پرستاران کمک می‌کند تا خدمات مشاوره‌ای مناسب را برای بیماران و خانواده‌ها فراهم نمایند^(۱۹) همچنین دانش به دست آمده از مطالعات بیماران سرطانی، و تجربیات آن‌ها، برای آگاهی و توسعه استراتژی‌های ارائه خدمات مراقبت پرستاری جامع به بیماران سرطانی ضروری می‌باشد^(۲۰). با توجه به این حقیقت که با تغییر هرم سنی جمعیت و روند رو به رشد جمعیت سالمندان، شیوع سرطان در جمعیت سالمندان افزایش یافته است^(۲۱)، محققین مصمم شدند تا با طراحی و انجام مطالعه‌ای، به بررسی مهم ترین دغدغه و نگرانی اصلی بیماران سالمند مبتلا به سرطان پیردازند، تا مشخص شود که این بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان، با چه دغدغه و نگرانی اصلی مواجهه می‌شوند تا بتواند به این بیماران کمک کرده و نسبت به رفع آن اقدامات لازم حمایتی را انجام دهند.

از علل اصلی مرگ در سراسر جهان است. به طوری که در سال ۲۰۰۸ میلادی ۷/۶ میلیون مرگ ناشی از این بیماری گزارش شد که معادل ۱۳ درصد از مرگ و میرها را تشکیل می‌داد و پیش‌بینی می‌شود مرگ ناشی از این بیماری در حال افزایش است. به طوری که تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۳۰ میلادی، ۱۳/۱ میلیون مرگ ناشی از سرطان رخ خواهد داد^(۲).

در ایران نیز میزان بروز سرطان، روند رو به رشدی دارد و ابتلاء به سرطان یکی از معضلات مهم بهداشتی کشور می‌باشد^(۳). تشخیص سرطان خبر ناگواری است که ممکن است موجب نگرانی و ناراحتی بیماران گردد، چرا که سرطان به عنوان یک بیماری صعب العلاج یا ناعلاج تلقی می‌گردد^(۴).

در گذشته حتی در کشورهای غربی به دلیل نگرانی و ترس از این بیماری، تشخیص سرطان را از بیماران پنهان می‌کردند، به طوری که در مطالعه‌ای که در دهه ۱۹۶۰ میلادی انجام شده بود، نواد درصد از پزشکان اظهار داشتند که تشخیص سرطان را به اطلاع بیماران نمی‌رسانند^(۵)، ولی امروزه اکثر پزشکان در کشورهای اروپای شمالی و امریکا بیمار را از تشخیص آگاه می‌کنند و اکثر مردم نیز در این کشورها موافق بیان تشخیص سرطان به بیماران هستند و عقیده بر این است که باید به بیمار گفته شود و دلایلی نیز مبنی بر مفید بودن این کار ذکر می‌کنند^(۶). در کشور ما، اکثر بیماران تمایل دارند تا اطلاعات بیشتری در مورد تشخیص بیماری خود به دست آورند^(۷) و بسیاری از پزشکان نیز مایلند تا تشخیص بیماری را به اطلاع بیماران خود برسانند^(۸). اگرچه مطالعاتی نشان داده است که در ایران بسیاری از بیماران سرطانی، از تشخیص بیماری خود آگاه نمی‌شوند^(۹) و یک فضای عدم فاش‌سازی در مراکز درمانی و بخش‌های مرتبط با درمان بیماران سرطانی وجود دارد، ولی بسیاری از بیماران چه به طور مستقیم و یا غیر مستقیم از تشخیص بیماری خود، آگاه می‌شوند^(۱۰).

مواد و روش‌ها

کردن سوال پژوهش، مشارکت کنندگان مشخص شده و نمونه گیری (مصاحبه‌ها) انجام شد و سپس فرآیند کدگذاری تعیین و اجرا شد. پس از تعریف زیر طبقه‌ها و طبقات، اعتبار آن‌ها تعیین و نتایج فرآیند کدگذاری تحلیل گردید. بدین ترتیب طبقات و نام آن‌ها از درون داده‌ها بیرون آمد و روابط بین زیر طبقه‌ها و طبقات مشخص شده برای تأیید و اصلاح صحت داده‌ها و کدهای استخراج یافته، از نظرات و پیشنهادات همکاران و مرور مصاحبه‌ها و تحلیل مقایسه‌ای مدام استفاده گردید.^(۲۴) مطابق نظر لینکلن و گوبای جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها، از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال پذیری استفاده گردید.^(۲۵)

بدین منظور، محقق با محل‌های تحقیق ارتباط طولانی مدت داشت که به جلب اعتماد شرکت کنندگان و نیز در کمیت مورد مطالعه کمک کرد. از بازنگری مشارکت کنندگان نیز برای تأیید صحت داده‌ها و کدها استفاده شد، یعنی بعد از کدگذاری متن مصاحبه، به شرکت کنندگان بازگردانده شد تا از صحت کدها و تفاسیر، اطمینان حاصل کرده و کدهایی که بیانگر نظر مشارکت کنندگان نبود اصلاح شود. هم‌چنین سعی شد مشارکت کنندگان حداکثر تنوع را از لحاظ سن، نوع سرطان، شغل، جنس و سطح تحصیلات از داشته باشند. متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظرین قرار گرفت، یعنی کدها و طبقات استخراج شده به چند نفر از استادی داده شد و مورد بررسی قرار گرفت که بین نتایج استخراج شده توافق بالای وجود داشت. اصول اخلاقی در پژوهش، از جمله تصویب طرح در کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، اخذ معرفی نامه از دانشگاه، گرفتن رضایت‌نامه از مشارکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه و شرکت در تحقیق، حفظ رازداری و اختیار مشارکت کنندگان برای ترک کردن مطالعه، انجام و کاملاً رعایت گردید.

در این مطالعه، ۱۰ مشارکت کننده سالمند ساکن شهرستان ساری، که مبتلا به سرطان بوده و از بیماری خود آگاهی داشتند، ابتداء به روش نمونه گیری هدفمند و سپس به صورت نمونه گیری نظری با توجه به کدها و طبقات به دست آمده در مطالعه مشارکت نمودند. با توجه به این که هدف این مطالعه، تبیین دغدغه بیماران سالمند در مواجهه با تشخیص سرطان بود، از روش مطالعه کیفی- تحلیلی استفاده گردید. مطالعه کیفی عبارت است از یک شیوه ذهنی^۱ که برای توصیف تجربیات زندگی و معنی بخشیدن به آن‌ها به کار می‌رود و بر تجربیات، تفسیرها و انگیزه‌های یک فرد و یا گروهی از افراد تأکید کرده و نحوه نگاه مردم به امور را توصیف می‌نماید.^(۲۶) روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. ابتداء از مشارکت کنندگان سوالات اصلی پرسیده شد، مثلاً: آیا می‌توانید در مورد بیماری خودتان برای من توضیح دهید؟، چگونه، چه زمان و توسط چه کسی از تشخیص بیماری خودتان مطلع شدید؟، بعد از اطلاع از تشخیص چه اتفاقاتی برای شما رخ داد؟ نوع پاسخ مشارکت کنندگان، روند مصاحبه و پرسش‌ها را هدایت نمود. با همه مشارکت کنندگان مصاحبه‌های انفرادی انجام شد. جمعاً ۱۷ مصاحبه با مشارکت کنندگان انجام شد و تمامی مصاحبه‌ها توسط یکی از محققین انجام گردید و تا تکمیل داده‌ها ادامه یافت، به طوری که دو مصاحبه آخر برای اطمینان از تکراری بودن داده‌ها انجام و داده جدیدی بدست نیامد. مدت مصاحبه‌ها بسته به شرایط بیماران ۳۵-۷۵ دقیقه و به طور متوسط ۵۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها ضبط، در اولین فرصت دست نویس و به صورت خط به خط کدگذاری شد.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوى با روش قراردادی استفاده شد^(۲۳)، بدین ترتیب که پس از فرموله

1. Subjective

بیماری، هزینه‌های آن است. در مورد سرطان این نگرانی مضاعف می‌شود، چرا که تقریباً این امر در جامعه پذیرفته شده است که درمان‌های این بیماری بسیار پر هزینه است و این ذهنیت و دل مشغولی در نزد مشارکت کنندگان نیز وجود داشت. مشارکت کننده ۷۵ ساله زن در این مورد بیان کرد، "بعداز انجام کولونوسکوپی جوامع بردن، ایشان مرا از بیماری آگاه نمود و اظهار داشت که حتماً باید تحت عمل جراحی قرار گیرم با توجه به این که از نمونه‌های بیمارستان مطلع بودم از طرفی همسرم فوت شده دیگر قادر به کار کردن نیستم نزداقوام رفته و در مورد هزینه‌ها با ایشان صحبت کردم هزینه بیمارستان، دکتر و در مورد نگرانی‌های مالی و بالا بودن پس از تشخیص سرطان، مشارکت کننده ۶۰ ساله زن نیز چنین گفت، "من کاملاً از همسرم شناخت دارم. ایشان حس مسئولیت ندارد و قادر به تأمین مخارج زندگی نمی‌باشد خودم باید از طریق وام هم مخارج زندگی را تأمین نمایم و هم هزینه جراحی را مستقبل شوم. هزینه‌های بیماری سبب می‌شود بیماران از لحاظ مالی و مقابله با بیماری خود را به ایران وابسته نمایند.

احساس طولانی شدن بیماری

یکی از دغدغه‌های مهم بیماران مرتبط با آینده بیماری است. آن‌ها فکر می‌کنند سرانجام این بیماری چه خواهد شد. در مورد آن نگرانند. مشارکت کننده ۷۶ ساله زن می‌گوید، "من گفتم هر شروعی پایانی داره، ولی می‌گم این بیماری اصلاً معلوم نیست که چی می‌شه، من همیشه از پزشکم مپرسم تا کی این بیماری ادامه داره؟، پزشک من خیلی خوبه، همچش به من رویه می‌ده ولی من هر بار بهش می‌گم شاید این آخرین باری باشه که من می‌یام پیش شما، خیلی‌ها بودن امثال من که زندگی شون پای این بیماری گذاشتند، ولی می‌گم هر چی خدا بخواود". در همین مورد مشارکت کننده ۶۰ ساله زن چنین گفت، "همش می‌گفتم چه جوری می‌شه؟، آخر و عاقبت این همه درمانو بکنیم که چی شه؟،

یافته‌ها

تعداد ۱۰ بیمار مبتلا به سرطان با میانگین سنی ۶۵/۷ سال، در این مطالعه شرکت داشتند. همه آن‌ها از تشخیص بیماری خودشان آگاه بوده و دارای انواع متفاوت سرطان بودند (لنفوما، کانسرهای گوارشی، پستان و تیروئید). تمامی مشارکت کنندگان متاهل بودند که همسر دو نفر از آن‌ها فوت شده بود مشارکت کنندگان شامل خانه دار، کارمند، کارگر، دبیر و بازنیسته بود سطح تحصیلات آن‌ها از سواد خواندن و نوشتن، تا لیسانس متفاوت بود. زمان سپری شده از تشخیص، ۲ الی ۲۴ ماه و بطور متوسط ۱۴ ماه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها در خصوص دغدغه‌های مشارکت کنندگان در مواجهه با تشخیص سرطان، ۴ طبقه را مشخص نمود که عبارتند از:

- ۱- احساس ناتوانی در مقابله و سازگاری با بیماری
- ۲- نگرانی از عدم امکان تأمین هزینه‌های بیماری
- ۳- احساس طولانی شدن بیماری
- ۴- احساس داشتن زندگی غیر عادی

این چهار طبقه، یک طبقه کلی یا درون مایه مشترک طبقات تحت عنوان «وابسته شدن» بود که به عنوان دغدغه اصلی مشارکت کنندگان مسن در مواجهه با تشخیص سرطان می‌باشد.

بیماران پس از مواجهه با بیماری و تشخیص سرطان، احساس می‌کنند در یک وضعیت میهمی گیر کرده‌اند این بیماری یک بیماری سخت و طاقت فرسا است که برای مقابله و کنار آمدن آن نیاز به توانایی بالایی می‌باشد. آنقدر خبر شنیدن تشخیص بیماری برای آنان سنگین است که حس درمانگری در آنان پدیدار می‌شود و احساس می‌کنند به تنها توان لازم را برای مقابله و سازگاری با این بیماری ندارند و باید از دیگران کمک گرفته و به آنها وابسته خواهند شد.

نگرانی از عدم امکان تأمین هزینه‌های بیماری یکی از نگرانی‌های بیماران در مواجهه با هر

در مواجهه با تشخیص سرطان است چرا که آنها دوست دارند مستقل بوده و باری به دوش دیگران نباشند که این مسئله در بیانات مشارکت کننده ۷۱ ساله مرد به خوبی مشخص است که گفت، "من همیشه آدم مستقلی بودم و تمام کارامو خودم انجام می‌دادم، الان دلم همینو می‌خواهد و از خدا هم می‌خواهم انشاء... روی پای خودم باشم و تا روزی که زنده‌ام سربار کسی نباشم و منوبه کسی وابسته نکنم منم البته تلاشمو می‌کنم، تا الان اینجوری بوده انشالله از این به بعد هم خدا کنه اینجوری باشه".

جدول شماره ۱: زیر طبقات، طبقات و درون مایه مشترک طبقات استخراج شده از داده‌ها

مشترک طبقات	طبقات	درون مایه	زیر طبقات
نگرانی از عدم امکان تامین هزینه های بیماری	ناراحتی از هزینه های زیاد بیماری	احساس ناتوانی مقابله و سازگاری با بیماری	
تصور کم توان بودن در برابر بیماری		تصور کم توان بودن در برابر بیماری	
احساس پیچارگی		احساس ناتوانی مالی	
نگرانی از عدم امکان تامین هزینه های بیماری	ناراحتی از هزینه های زیاد بیماری	احساس ناشدن حمامی	
نگرانی از ایجاد اختلال عملکرد چسمی	احساس طولانی شدن بیماری	نگرانی آنده توام با بیماری	
نگرانی از عوارض پیامد درمان	احساس داشتن زندگی غیر عادی		

بحث

هدف از این مطالعه، کشف و آشکار نمودن دغدغه اصلی بیماران سالم‌مند، در مواجهه با تشخیص سرطان بود تا با توجه به بستر کشور خودمان بتوان به دانش غنی دست یافت. یافته‌های مطالعه نشان داد که مهم‌ترین نگرانی و دغدغه بیماران سالم‌مند در مواجهه با تشخیص سرطان وابسته شدن بود.

در این مطالعه، مشارکت کنندگان در مواجهه با تشخیص احساس ناتوانی می‌کردند که توانایی آن‌ها در مقابله با این بیماری سخت و سنگین، کافی نمی‌باشد. Miyaji می‌گوید: بیماران مبتلا به سرطان، دریافت خبر تشخیص سرطان را مانند با سر به زمین خوردن و یا انفجار بمب توصیف می‌کردند و این نشان می‌داد که آن‌ها چقدر این بیماری را ترسناک و سهمگین تلقی می‌کردند که ترس شدیدی را بر افراد وارد می‌کند.^(۲۶)

تا کی؟، تا چند سال؟، می‌گفتم عاقبت ما با این بیماری چی می‌شه؟، بعد می‌گم خدای خودت به من کمک کن، بعضی وقتها انگار روانی می‌شم".

این که بیماران سرطان را یک بیماری نمی‌پنداشند که به سرعت بهبود یابد، بلکه بر عکس تصور می‌کنند که بیماری صعب‌العالجه است که در آینده‌ای شاید طولانی با آن‌ها خواهد بود، سبب می‌شود که با از دست دادن استقلال خود در این فرایند طولانی، نگران شوند.

احساس داشتن زندگی غیر عادی

نظر شرکت کنندگان بیماری سرطان از یک بیماری شوم تصور می‌شد و لذا ترس و نگرانی از این مسائل در گفته‌های آنان وجود داشت. در این خصوص مشارکت کننده ۶۰ ساله مرد چنین بیان کرد، "تو درون ناراحت بودم، چون دبیر بودم و می‌ترسیدم بعد از عمل صورتم فلچ بشه و تغییر شکل بدنه، نگران بودم که حالا صورتم چه جوری می‌شه، این مسئله خیلی منو نگران می‌کرد" و مشارکت کننده ۶۷ ساله مرد نیز گفت، "اسم شیمی درمانی را شنیده بودم و یکی از فامیل ماقبل اشیمی درمانی می‌کرد و هر وقت می‌رفت شیمی درمانی چند روز نمی‌تونست پاشه، من از شیمی درمانی وحشت داشتم که منو ضعیف بکنه و نتونم پا بشم و مثل همیشه زندگی بکنم".

بسیاری از بیماران تصویر می‌کند که بیماری و یا پیامدهای درمان، می‌کند و باعث می‌شود آن‌ها نتوانند زندگی عادی خود را داشته باشند و روی پای خود باشند لذا نگران می‌شوند. با تجزیه و تحلیل داده‌ها و مروری بر گفته‌های مشارکت کنندگان و مفاهیم و طبقات استخراج شده، درون مایه و تم مشترک طبقات وابسته شدن بود که به عنوان نگرانی اصلی مشارکت کنندگان در مواجهه با تشخیص سرطان مفهوم سازی گردید (جدول شماره ۱). در حقیقت ترس از وابسته شدن به دیگران و از دست دادن استقلال در بیماران سالم‌مند، اصلی ترین و مهم‌ترین نگرانی و دغدغه

مبلا به سرطان انجام داد، نتیجه‌گیری نمود که آن‌ها یک نگرش ترسناک نسبت به سرطان داشتند و نسبت به آینده بیماری و تاثیر درمان، با شک و تردید نگاه می‌کردند.^(۳۲) احساس داشتن زندگی غیرعادی نیز از نگرانی‌های مشارکت کنندگان ما در این تحقیق بود که سبب می‌شد پس از آگاهی از سرطان، نگران وابسته شدن به دیگران باشند. Doumit Lebanonی مبتلا به سرطان پستان، زندگی با نقاوص را هنگام رویارویی با تشخیص سرطان گزارش کردند. آن‌ها فکر می‌کردند در صورت مواجهه شدن با این بیماری دچار نقاوص و خسaranهایی می‌شوند و از آن وحشت داشتند و این مورد موجب نگرانی آن‌ها بود.^(۳۳) فضیحی هرندي و همکاران نیز در مطالعه خود ترس از معلولیت را یکی از نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران گزارش کردند.^(۳۰) درون مایه مشترک طبقات استخراج شده از داده‌ها، وابسته شدن به دیگران بود که به عنوان نگرانی اصلی مشارکت کنندگان و نتیجه این مطالعه استخراج گردید. این یافته با یافته‌های مطالعات متعددی منطبق است که در آن مطالعات نیز این نگرانی تحت عنوانی مانند: وابسته شدن به دیگران^(۳۴)، زحمت و سختی برای دیگران^(۳۵)، وابسته شدن به دیگران به عنوان بدترین تجربه^(۱۸) و سریار دیگران شدن^(۳۰) مفهوم سازی و گزارش گردید.

در پایان می‌توان نتیجه گیری کرد که یافته‌های این مطالعه نشان داد که در بیماران سالم‌مند، وابسته شدن مهم‌ترین دغدغه در مواجهه با تشخیص سرطان می‌باشد و از آنجایی که در مراقبت شاهد محور، بهترین شواهد نتایج حاصل از تحقیقات در بستر و متن هرجامعه‌ای می‌باشد و با توجه به این که تعداد سالم‌مندانی که با تشخیص سرطان مواجهه می‌شوند، افزایش یافته است نتایج این تحقیق می‌تواند به کادر درمانی خصوصاً پرستاران در زمینه رویارویی بهتر با این بیماران تشخيص صحیح نگرانی‌های آن‌ها و برنامه ریزی لازم و مناسب برای رفع این نگرانی‌ها کمک نماید. همچنین، مدیران و

Chambers نیز می‌گوید: تشخیص سرطان برای بیماران به معنی درگیر شدن در یک جنگ و مبارزه است، بنابراین ترس از شکست وجود دارد.^(۲۷)

Kendall نیز تأکید می‌کند که بیماران سرطانی احساس عجز می‌نموده و نامیدی بر آنان وارد می‌شود که این خود به دلیل حس فقدان قدرت در آن‌ها می‌باشد، لذا پرستاران تشخیص بیماری سرطان را به آنان نمی‌گفتند.^(۲۸) از دیگر نگرانی‌های مشارکت کنندگان در این مطالعه، نگرانی از عدم امکان تأمین هزینه‌های بیماری بود که سبب می‌شد آن‌ها احساس نمایند که توانایی مقابله با این بیماری را ندارند و باید به دیگران تکیه نمایند.

Brooks و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که هزینه‌های مرتبط با سرطان، یکی از دلایل نگرانی و آزدگی بیماران مبتلا به سرطان بود همچنین در مطالعات مختلفی که توسط آن‌ها انجام شد گزارش کردند که اکثر مشارکت کنندگان درجهاتی از مشکلات اقتصادی و هزینه‌های بیماری را متحمل می‌شوند.^(۲۹) فضیحی هرندي و همکاران نیز در مطالعه خود یکی از مشکلات و نگرانی بیماران مبتلا به سرطان را مشکلات اقتصادی گزارش کردند و هزینه‌های زیاد بیماری و فقدان سیستم حمایتی کافی را از موانع بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان، به پشتیبانی خانواده، اطرافیان و سازمان‌های امدادارسان نیازمندند و معتقدند به تنها این توان مقابله با این بیماری را ندارند.^(۳۰)

احساس طولانی شدن بیماری و عدم اطمینان از این که در آینده چه اتفاقاتی خواهد افتاد و سرنوشت بیماری و خودشان به کجا ختم می‌شود، از دیگر نگرانی‌های مشارکت کنندگان این مطالعه بود. در این زمینه لیل آبادی و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که ۶۲/۷ درصد از خانم‌های مبتلا به سرطان پستان، در مورد آینده نگران بودند.^(۳۱)

Prior نیز در مطالعه‌ای که بر روی زنان بومی استرالیایی

رضایت مشارکت کنندگان و اطمینان دادن به آنها در مورد محترمانه ماندن گفته‌هایشان، اطمینان آنها را جلب و آنها را به بیان هر چه بیشتر تجربیاتشان ترغیب نماید.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل بخشی از نتایج پایان نامه دوره دکتری پرستاری می‌باشد که در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تصویب شده است، لذا محققین از حمایت‌های مسئولین دانشگاه تربیت مدرس و نیز از تمامی مشارکت کنندگان در این تحقیق، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

برنامه‌ریزان بهداشت و درمان نیز می‌توانند از نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزی‌های مناسب استفاده نمایند. این مطالعه در شهرستان ساری و با رویکرد کیفی انجام شده است، لذا همانند سایر مطالعات کیفی در تعیین پذیری نتایج با محدودیت رویرو می‌باشد و لازم است مطالعه در نقاط مختلف که دارای شرایط فرهنگی و اجتماعی متفاوت می‌باشد تکرار گردد. وضعیت خاص جسمانی، روحی و روانی مشارکت کنندگان که همگی سالمند و بیمار بوده‌اند و اختلاف جنسیت مصاحبه کننده (محقق اول)، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود، اگر چه محقق تلاش نمود، با تنظیم وقت مناسب و با هماهنگی و

References

1. Gall TL. The role of religious coping in adjustment to prostate cancer. *Cancer Nurse* 2004; 27 (6): 454-61.
2. Globocan 2008, IARC 2010; available in; www.WHO.int. February 2012. Factsheet N297.
3. Goya M. Iranian Annual Cancer Registration Report 2005/2006. Ministry of Health and Medical Education, Health Deputy, Center for Disease Control and Prevention. 2007 (Persian).
4. Molleman E, Krabbendam PJ, Annyas AA, Koops HS, Sleijfer DT, Vermey A. The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Soc Sci Med* 1984; 18 (6): 475-80.
5. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitude. *JAMA* 1961; 175 (13): 1120-80.
6. Parsa M, bagheri AR, Larijani B. Breaking bad news to patients in different viewpoints. *Journal of Ethics and Medical History* 2011; 4 (6): 1-14 (Persian).
7. Montazeri A, Vahdani M, Haji-Mahmoodi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. Cancer patient education in Iran: a descriptive study. *Support. Care Cancer* 2002; 10(2): 169–173.
8. Vahdaninia M, Montazeri A. Patient informing from Health Specialist viewpoint: A cross sectional study. *Payesh* 2003; 2 (4): 259-65 (Persian) .
9. Larizadeh MH, Malakpour Afshar R. Survey on patient informing about their diagnosis in Kerman. *Research in Medicine* 2007; 31 (1): 85-90.
10. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahmani A, Howard F, Nikanfar AR, Ferguson C. Cancer disclosure: Experiences of Iranian cancer patients. *Nursing and Health Sciences*. 2012; 14 (2): 250-256.
11. Davies R, Davis B, Sibert J. Parent's stories of sensitive and insensitive care by paediatricians in the time leading up to and including diagnostic disclosure of life-limiting condition in their child. *Child care Health Dev* 2003; 29 (1): 77-82.



12. Fallofield L, Jenkins V. communicating sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363 (9405): 312-19.
13. Higgs R, Kuhse H, Singer P. A companion to bioethics. UK; Blackwell, 2001.
14. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: The healing ethos, 1st ed. Oxford university press, Oxford: 2001.
15. Fathi Ashtiani A, Azimi Ashtiani H. Health psychology. 3th ed. Behsat publishing, Tehran; 2008 (Persian).
16. Chen PY, Chang HC. The coping process of patients with cancer. *EUR J Oncol Nurs* 2012; 16 (1): 10-16.
17. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, et al. A scale for measuring feeling of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. *Journal of pain and symptom management* 2012; 43 (2): 218-25.
18. Esbensen BA, Thome B, Thomsen T. Dependency in elderly people newly diagnosed with cancer- Amixed method study. *Eur J Oncol Nurs* 2012; 16 (2): 137-44.
19. 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): 21-30 (Persian).
20. Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, Mccance T. The experience of cancer cachexia: A qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *Int J Nurs Stud* 2009; 46 (5): 606-160.
21. Schoenberg MH, Halle M. Physical activity in the prevention and treatment of colorectal. *Deutsches Arzteblatt International* 2009; 106(44): 722-7.
22. Mazloom SR, Hasanzadeh M. Qualitative Research. 1st ed. Parastaran Javan Publishing. Mashad; 2012 (Persian).
23. Hsieh HF, Shahnon SE. There approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15 (9): 1277-88.
24. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott. 2005.
25. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research; methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott, 1993.
26. Miyaji N. The power of compassion: Truth-telling among American doctors in the care of dying patients. *Soc Sci Med* 1993; 36 (3): 249-64.
27. Chambers T. Cross cultural issues in caring for patients with cancer. *Canc Treat Res* 2000; 102: 23-37.
28. Kendall S. Being asked not to tell: nurses' experiences of caring for cancer patients not told their diagnosis. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15 (9): 1149-57.
29. Brooks J, Wilson K, Amir Z. Additional financial costs borne by cancer patients: A narrative review. *Eur J Oncol Nurs* 2011, 15 (4): 302-10.
30. Fasihi Harandi T, Anooshe M, Ghofrani Pour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, et al. Quality of life of women with breast cancer: a qualitative study. *Payesh Journal* 2011; 11 (1): 73-81 (Persian).
31. Laylabadi L, Nasiri Ziba F, Nazari Jeyrani M, Hoseini F. Needs for women with breast cancer. *IJN* 2004; 17 (40): 27-38 (Persian).
32. Prior D. The meaning of cancer for Australian Aboriginal women: changing the

-
- focus of cancer nursing. Eur J Oncol Nurs 2009; 13 (4): 280-86.
33. Doumit MAA, Saghir NE, Abu-Saad Huijer H, Kelley JH, Nasser N. Living with breast cancer, a Lebanese experience. Eur J Oncol Nurs 2010; 14 (1): 42-48.
34. Gurm BK, Stephen J, Machenzie G, Doll R, Barroetaven MC, Cadell S. Under standing Canadian Punjabi- speaking south Asian women's experience of breast cancer: a qualitative study. Int Nurs Stud 2008; 45 (2): 266-76.
35. Esbensen BA, Swane CE, Hallberg IR, Thome B. Being given a cancer diagnosis in old age: a phenomenological study. Int Nurs Stud 2008; 45 (3): 393-405.