

مراحل گذر از بحران در افراد مبتلا به سرطان: یک مطالعه روایت‌پژوهی

صدیقه عربی*^۱، بی‌بی اقدس اصغری^۲

مقاله پژوهشی

مقدمه: افراد مبتلا به سرطان از لحاظ روحی بسیار آسیب‌پذیر هستند و ممکن است به انواع آسیب‌های روانی دچار شوند. این امر در میزان مقاومت و بهبودی بدنشان در برابر سرطان تأثیرات بسزایی دارد. با توجه به آمار بالای سرطان در کشور هدف از این مطالعه بررسی فرآیند گذر از بحران در بیماران سرطانی است.

روش بررسی: نوع مطالعه کیفی می‌باشد. در این مطالعه از روش روایت پژوهی و تکنیک مصاحبه روایی به منظور دستیابی به مراحل گذر از بحران در بیماران سرطانی استفاده شده است. طی مصاحبه با ۱۴ بیمار مبتلا به سرطان در شهر گناباد اشباع نظری حاصل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مقایسه‌ای به شیوه استراوس و کوربین (۱۹۹۰) استفاده شد.

نتایج: افراد مبتلا به سرطان ۸ مرحله را تا پذیرش مرگ طی کردند. این مراحل شامل شوک بیماری، انکار بیماری، مخفی‌کاری توسط بیمار، خشم، افسردگی، حمایت ادراک شده دینی، پذیرش بیماری و در نهایت پذیرش مرگ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به لزوم شناخت فرآیند گذر از بحران در افراد مبتلا به سرطان و همچنین آمار بالای مبتلایان، نتایج این مطالعه می‌تواند برای افراد درگیر با این بیماران در جهت مواجهه صحیح با آن‌ها و همچنین برای پژوهشگران، مدیران و برنامه‌ریزان جهت شناخت بیشتر نیازهای بیماران سرطانی و برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بحران، سرطان، پذیرش بیماری، پژوهش کیفی

ارجاع: صدیقه عربی، بی بی اقدس اصغری. مراحل گذر از بحران در افراد مبتلا به سرطان: یک مطالعه روایت پژوهی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۱؛ ۳۰ (۴): ۳۹-۴۷۲۶.

۱- مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

۲- گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد، گناباد، ایران

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۲۵-۵۷۲۲۹۰۲۵-۰۵۱، پست الکترونیکی: sedighe.arabi@yahoo.com، صندوق پستی: ۳۹۷

در مطالعه خود بر روی شیوع نشانگان رفتاری و اختلالات روانی مبتلایان به سرطان در سال ۱۳۹۴ بیان کرد؛ ۴۵ درصد از بیماران درجاتی از نشانگان اختلالات روانی را دارا بودند. بالاترین میزان شیوع مربوط به نشانگان جسمانی سازی و افسردگی با شیوع ۵۴/۵۴ درصد و پایین‌ترین میزان شیوع نیز مربوط به نشانگان فوبیا با ۳۰ درصد بود. این در حالی است که شیوع اختلالات روانی در جمعیت بهنجار جامعه ایرانی ۵/۲۳-۱۸ درصد تخمین زده شده است (۷). پژوهش کوزاکا، کوندو و موریموتو، نشان‌دهنده وجود تفاوت معنی‌دار بین خودکارآمدی افراد مبتلا به سرطان و افراد سالم بود. بر این اساس افراد مبتلا به سرطان از خودکارآمدی پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند. این افراد نمی‌توانند با استرس کنار بیایند، در نتیجه دستگاه غدد درون ریز، کاتکولامینی و دستگاه شبه افیونی آنان فعال می‌شود و دستگاه ایمنی آنان لطمه می‌بیند. به این ترتیب، افراد مبتلا به سرطان مستعد عفونت و بیماری می‌شود (۸). بهرامی و همکاران نیز در مطالعه خود که بر روی اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان انجام شده بود بیان کردند که بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به خصوص در بعد روانی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. به نظر می‌رسد نگرش و ترس از مرگ شامل استرس و اضطراب حاصل از به پایان رسیدن عمر است (۹). برخی مطالعات نیز نشان می‌دهد عوامل محیطی مختلف، به خصوص مکان زندگی بر سلامت انسان‌ها موثر است و ناخوشی‌ها و بیماری‌های افراد تقریباً مرتبط با مکان زندگی آن‌هاست (۱۰). امید است بتوان اقدامات موثری را با استفاده از دانش تجربی برای جمعیت‌های بالینی و کلینیکی انجام داد تا پذیرش بیماری برای مبتلایان به سرطان آسان گردد زیرا درمان مبتنی بر پذیرش بیماری و گذر از بحران یکی از الگوهای درمانی بسط یافته است که می‌تواند در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران موثر باشد و افق‌های جدیدی برای افراد مبتلا به سرطان گشوده شود (۱۱). با توجه به آمار بالای مبتلایان به سرطان در کشور و از آنجایی که طبق بررسی‌های صورت گرفته توسط محقق تحقیقات اندکی

تمایل انسان به جاودانگی، فرد در حال مرگ را دچار آسیب‌های جسمی، فیزیکی و روان‌شناختی زیادی می‌کند. در جامعه کنونی و مدرن مرگ به حاشیه رانده شده است. اما به ناچار بایستی این واقعیت، در جوامع مطرح و الگوهایی جهت اندیشیدن به آن در اختیار افراد به ویژه مبتلایان به سرطان قرار گیرد (۱). گروهی از افراد که در معرض اضطراب ناشی از مرگ قرار می‌گیرند افراد مبتلا به سرطان هستند. در ایران بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و سوانح و حوادث، سرطان سومین علت مرگ و میر می‌باشد. در حال حاضر سرطان عامل بیش از ۱۲ درصد از مرگ‌ها در سراسر جهان و ایران است. بیماران درمان ناپذیری که در آستانه مرگ قرار دارند، همزمان دو نوع درد را تجربه می‌کنند. درد اول ماهیتی جسمانی و درد دوم ماهیتی روان‌شناختی دارد. امروزه، دانش پزشکی در مواجهه با کاهش درد جسمانی این نوع بیماران به پیشرفت‌های زیادی نائل آمده است، اما متأسفانه نوع مواجهه با رنج روان‌شناختی این قبیل بیماران، به دلیل ماهیت پیچیده آن هنوز در هاله‌ای از ابهام قرار دارد (۲). برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او از قبیل احتمال بدشکلی، درد، فقدان‌های مالی و اجتماعی، وابستگی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، مرگ و فرایند مردن و نیز رویداد واقعی برخی از این پدیده‌ها در زندگی افراد مبتلا به سرطان است (۳). مطالعات نشان دادند که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از افراد مبتلا به سرطان به طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند (۴). مسعودی و همکاران در مطالعه خود به میزان شیوع بالای افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج اشاره کردند که این پدیده می‌تواند عواقبی مانند اختلال در درمان و عدم مصرف دارو و رعایت رژیم غذایی داشته باشد که کیفیت زندگی این بیماران را به شدت آسیب‌پذیر می‌سازد (۵). دهقانی و همکاران طی مطالعه‌ای گزارش کردند که یکی از استرس‌زاترین جنبه‌های بیماری‌های سرطان نامعلوم بودن آینده و فرایند درمان می‌باشد که امیدواری فرد مبتلا را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۶). طبایی

به صورت کامل به بررسی و تحلیل فرآیندهای گذر از بحران در افراد مبتلا به سرطان در کشور صورت گرفته است لذا پژوهش حاضر با هدف " بررسی فرآیند گذر از بحران در افراد مبتلا به سرطان" انجام شده است تا با شناخت این مراحل در زندگی این بیماران بتوانیم راهکارهای بهتری در جهت عبور از این بحران روانی برای این عزیزان در آینده فراهم آوریم.

روش بررسی

در این مطالعه از روش روایت پژوهی و از تکنیک مصاحبه‌روایی به منظور دستیابی به مراحل گذر از بحران در بیماران سرطانی استفاده شده است. به جای تحلیل داده‌ها برای کشف ویژگی‌ها و ابعاد، به عمل یا تعامل پرداخته شده و آن نیز در بستر زمان بررسی شده است تا چگونگی تغییر این عمل تبیین شود و مشخص شود به رغم تغییر در شرایط ساختاری چه چیزی در تحلیل موجب می شود آن عمل به همان حال باقی بماند (۱۲). در روایت پژوهانه، پژوهشگر توصیفات رویدادها یا اتفاقات را گردآوری می‌کند و آن‌ها را با استفاده از یک پیرنگ به صورت یک داستان ارائه می‌دهد. یک تعریف ایجابی و حداقلی از روایت، آن را توالی غیرتصادفی رخدادها و حوادث در یک زنجیره زمانی می‌داند. در این نوع مطالعه زندگی، به منزله روایت در نظر گرفته می‌شود تا بتوان بر ساخت روایی واقعیت را بدون استفاده از رویه‌های گردآوری داده‌ها که مشخصاً به دنبال دستیابی به روایت‌ها هستند، تحلیل کرد. این تحلیل کمک می‌کند تا مراحل سرطانی که بیمار سرطانی برای گذر از بحران طی می‌کند شناسایی شود و در نهایت این مراحل استخراج شوند. در این تحقیق، شیوه نمونه‌گیری نظری مدنظر قرار گرفته است. در نمونه‌گیری نظری، نمونه‌ها با توجه به اهداف تحقیق، آگاهانه و برای پوشش دادن تمام مسئله تحقیق انتخاب می‌شوند (۱۳). جامعه پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گناباد و بیمارستان علامه بهلول گنابادی در سال ۱۳۹۷ بود. جمع آوری و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان انجام شد. برای جمع آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته و یادداشت برداری استفاده شد. برای انتخاب افراد

مشارکت‌کننده، با چندین جراح و متخصص بیماری‌های مبتلا به سرطان تماس تلفنی برقرار شد. از بین این افراد سه نفر از جراحان حاضر به همکاری شدند و تعدادی از نمونه‌های مورد نظر از بین بیماران این پزشکان انتخاب و تعدادی نیز طی همکاری مراکز درمانی به محقق معرفی شده و طی تماس تلفنی و رضایت بیمار جهت مصاحبه انتخاب شدند. بدین ترتیب مشارکت‌کنندگان را افراد مبتلا به سرطان تشکیل می‌دادند و در دامنه سنی بین ۱۶ تا ۶۳ سال قرار داشتند. در انتخاب افراد نمونه به تنوع نمونه از نظر سیر درمان و زمان ابتلا توجه شد تا تفسیر نتایج دقیق‌تر باشد و همچنین سعی شد با افرادی که از لحاظ جنسیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، شغلی، تحصیلی و تعداد فرزند متفاوت و متنوع هستند مصاحبه صورت گیرد. چرا که بهتر است افراد مورد مصاحبه تا حد ممکن ناهمگن انتخاب شوند تا از یکنواختی پاسخ‌ها جلوگیری شده و بتوان به مفاهیم متنوعی دست یافت. مصاحبه‌ها در یک بازه زمانی سه ماهه در شهر گناباد انجام شد. مصاحبه‌ها در محل منزل بیماران و با رضایت آنان انجام شد؛ به جز دو بیمار که به دلیل وخامت حال، مصاحبه در بیمارستان با آنان صورت گرفت. مصاحبه با دو بیمار بستری در بیمارستان بهلول با اخذ مجوز انجام شده بود. پس از ۱۴ مصاحبه اشباع نظری حاصل گردید، بدین معنی که پاسخ‌ها تکرار شدند و مطالب جدیدی مطرح نشد. ضمناً در ابتدای هر مصاحبه درباره محرمانه ماندن مباحث مطرح شده و نیز بهره‌گیری از مصاحبه‌ها برای انجام کار پژوهشی توضیح داده شد. مصاحبه‌ها تقریباً در بازه زمانی ۲۵-۱۴۰ دقیقه و توسط یک نفر انجام گرفته است. مصاحبه‌ها ضبط شد و فقط یک نفر با ضبط صدایش موافقت نکرد که مصاحبه او یادداشت گردید. هر مصاحبه با سؤالاتی درباره اطلاعات دموگرافیک همچون سن، شغل، میزان تحصیلات، تعداد فرزند و آغاز شد و در ادامه سؤالاتی عمومی مثل: علائم اولیه بیماری در شما چه بود؟ با بروز اولین علائم بیماری قبل از مراجعه به پزشک چه تصویری از بیماری خود داشتید؟ واکنش شما هنگام تشخیص بیماریتان چه بود؟ تفسیر شما از بیماری چه بود؟ از اولین لحظه اطلاع از بیماری تا پذیرش آن به عنوان یک

- اخذ مجوز از معاونین بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی گناباد جهت حضور پژوهشگر در بیمارستان و انجام اقدامات لازم. معرفی خود به مشارکت‌کنندگان و همراهان درجه یک آنان و توضیح در رابطه با پژوهش و نحوه مصاحبه حضوری.

- اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان و همراهان درجه یک آنان در مورد حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات.

- اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان و همراهان آنان جهت خودداری از شرکت در مطالعه در صورت تمایل و خروج آنان از پژوهش در هر مرحله‌ای.

- اخذ رضایت‌نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان در هنگام مصاحبه.

نتایج

در پژوهش حاضر ۱۴ فرد مبتلا به سرطان مورد مصاحبه قرار گرفتند. ۵۳/۳ درصد مشارکت‌کنندگان زن و ۴۶/۷ درصد مرد بودند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان ۶۳-۱۶ سال بود. سایر مشخصات بیماران در جدول یک ارائه شده است (جدول ۱). تحلیل داده‌ها منجر به استخراج تعداد ۴۱۰ کد اولیه شد و تمام آن‌ها در ۸ مقوله اصلی شامل: شوک بیماری، انکار و عدم پذیرش بیماری، مخفی‌کاری توسط بیمار، خشم، افسردگی، حمایت ادراک شده دینی، پذیرش بیماری و پذیرش مرگ قرار گرفت. مقوله شوک بیماری دارای زیر مقوله‌های نوع بیماری، از دست دادن زیبایی، ترس از برگشت بیماری؛ انکار و عدم پذیرش بیماری شامل زیر مقوله تردید در بیماری، مخفی‌کاری و لاپوشانی توسط بیمار شامل زیر مقوله‌های ترس از طردشدگی، ترحم نسبت به خانواده؛ خشم شامل زیر مقوله مقصریابی، افسردگی شامل زیر مقوله‌های گسست از زندگی و انزوای اجتماعی؛ حمایت ادراک شده دینی شامل زیر مقوله درک حضور خداوند؛ پذیرش بیماری دارای زیر مقوله‌های صبوری و تقدیر الهی، پذیرش مسئولیتی، احساس گناه (خود مقصریابی- بیماری عقوبت اعمال) و در نهایت پذیرش مرگ دارای زیر مقوله برخورد به دیوار آخر بود که از مصاحبه‌های ما استخراج شدند و در جدول ۲ مشخص شده است.

واقعیت چه مرحله‌ای را پشت سر گذراندید؟ واکنش اطرافیان (گروه‌های ارجاعی) در زمان بیماری با شما چگونه بود؟ دیدگاهتان را در مورد شرایط کنونی زندگی و روابط بین فردیتان چگونه است؟ مطرح گردید. صدای تمامی مشارکت‌کنندگان با رضایت آن‌ها ضبط شد و پس از ضبط، بلافاصله به شکل متن نوشته شدند و به تایید مشارکت‌کنندگان رسید و به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم و مطابق با روش استراوس و کوربین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تأیید صحت داده‌ها و کدها از بازنگری شرکت‌کنندگان استفاده شد. یعنی بعد از کدگذاری متن مصاحبه به شرکت‌کنندگان بازگردانده شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شود. کدهایی که از نظر شرکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح شد. این روش یکی از وجوه مثلث سازی می‌باشد که باعث اعتبار درونی تحقیق می‌گردد (۱۵).

تجزیه و تحلیل آماری

با توجه به روحیات خاص و آسیب‌پذیر افراد به مبتلا به سرطان و آمار بالای این بیماری در کشور و جهان که نمی‌توان تنها با استفاده از پرسش‌نامه به عمق آسیب‌های روحی آنان پی برد، در این مطالعه از رویکرد کیفی استفاده شد، چون رویکرد کیفی در تحقیقات خود به شناختی دقیق‌تر و عمیق‌تر از پدیده‌های مورد مطالعه می‌پردازد. همچنین پژوهش کیفی راهی برای خلق نظریه‌های تازه و نوین‌یابی است که می‌تواند در مطالعات تکمیلی با رویکرد کمی مورد آزمون قرار گیرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مقایسه‌ای به شیوه استراوس و کوربین (۱۹۹۰) استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی گناباد است که در مورخ ۹۶/۱/۲۳ با تاییدیه اخلاقی به شماره ۰۹/۲۰/۲/۱۷۵۵ به تصویب رسید.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی مراحل ذیل صورت پذیرفت: اخذ معرفی‌نامه برای حضور در محیط پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان

نام و نام خانوادگی	نوع بیماری	جنس	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	شغل	تعداد فرزند
مشارکت‌کننده ۱	سرطان تیروئید	زن	۳۱	کارشناس	متأهل	کارمند	۱
مشارکت‌کننده ۲	سرطان پستان	زن	۶۱	سیکل	متأهل	خانه دار	۶
مشارکت‌کننده ۳	سرطان پستان و تومور مغزی	زن	۳۴	کارشناس	متأهل	خانه دار	۲
مشارکت‌کننده ۴	سرطان غدد لنفاوی	مرد	۳۹	کارشناسی ارشد	متأهل	کارمند	۳
مشارکت‌کننده ۵	سرطان رحم	زن	۳۷	لیسانس	متاهل	خانه دار	۲
مشارکت‌کننده ۶	سرطان روده	مرد	۳۳	دیپلم	متأهل	راننده	۲
مشارکت‌کننده ۷	سرطان رحم و غدد لنفاوی	زن	۴۵	کارشناسی	متأهل	خانه دار	۲
مشارکت‌کننده ۸	تومور مغزی	مرد	۴۳	دیپلم	متأهل	لوله کش	۲
مشارکت‌کننده ۹	سرطان ریه	زن	۳۲	دیپلم	متأهل	خانه دار	۲
مشارکت‌کننده ۱۰	سرطان پستان	زن	۴۵	دیپلم	مطلقه	خانه دار	۰
مشارکت‌کننده ۱۱	سرطان پوست	مرد	۳۲	فوق دیپلم	مجرد	کافی نت	۰
مشارکت‌کننده ۱۲	سرطان خون	زن	۵۰	کارشناسی	متأهل	کارمند	۳
مشارکت‌کننده ۱۳	سرطان مثانه	زن	۶۳	بیسواد	متأهل	خانه دار	۵
مشارکت‌کننده ۱۴	سرطان مغز استخوان	مرد	۱۶	سیکل	مجرد	بیکار	۰

جدول ۲: مراحل روایی فرآیند گذر از بحران

ردیف	مفاهیم	مقوله‌ها	مراحل گذر از بحران
۱	شنیدن نام سرطان، تومور ریزش مو بعد از شیمی درمانی، اویزان شدن پوست بعد از عمل، نقص عضو و از دست دادن زیبایی زنانه اسکن‌های پی در پی و ترس از درگیر شدن سایر اعضای بدن، اتمام پرتودرمانی سینه و ترس از تجویز پرتودرمانی مجدد بعد از عمل تومور مغزی، تجویز چکاب‌های سه ماهه و نرفتن جهت چکاب پس از شش ماه، تجویز عمل‌های پی در پی توسط پزشک، لمس شدن لحظه‌ای بدن در بستر و ترس از عود بیماری	نوع بیماری از دست دادن زیبایی شوک بیماری ترس از برگشت بیماری	بحران
۲	تکرر در انجام آزمایشات، نه من بیمار نمیشم من ورزشکارم و از همه بیماریها در امان، باور نکردن بیماری، مراجعه به پزشکان متعدد جهت اثبات بیماری	تردید و ترس در بیماری	انکار و عدم پذیرش بیماری
۳	مخفی کاری ابتلا به بیماری از دیگران بعد از مراحل درمان سرطان پستان، کلاه پوشیدن به خاطر ریزش موهای سر و ابرو، پرتو درمانی و ید درمانی موانع حضور در اماکن عمومی پنهان کردن بیماری از پدر و مادر و دردهایش از دیگران بخاطر رنجش آنان، دوری از خانواده در زمان شیمی‌درمانی، پنهان کردن درد بیماری از فرزندان و خود را خوب جلوه دادن	ترس از طردشدگی ترحم نسبت به خانواده	مخفی کاری و لاپوشانی توسط بیمار
۴	خدایا چرا من باید بیمار شوم؟؟، قصور کادر پزشکی، قصور بهورزان ناامیدی از زندگی، ناامیدی از درمان و بهبودی، آرزوی مرگ کردن	مقتضیابی گسست از زندگی	خشم
۵	بیماران منفی‌نگر، گریه بخاطر از دست دادن مجدد موها، از کار افتادگی و خانه نشینی، شکستگی ظاهری و وضع ناخوش جسمی، نوع بیماری، سربار خانواده بودن، منزوی شدن و عدم حضور در جمع.	انزوای اجتماعی	افسردگی
۶	رنجش بیمار بواسطه تحقیر و رفتار توهین آمیز پدر شوهر (ابتلای تو به سرطان به دلیل ضعف بدنی توست) و مبتلا شدن پدر شوهر به همان سرطان پس از یکسال، قراردادن افرادی خاص در مسیر بیمار و درک موهبت الهی، اعتقاد به ارحم‌الراحمین بودن پروردگار	درک حضور خداوند	حمایت ادراک شده دینی
۷	فنا عاقبت تمام انسان‌ها و آینده و پاینده خدا، تقدیر انسان، دنیای کنونی دنیای آزمایش و	صبوری و تقدیر الهی	پذیرش بیماری

امتحان، صبوری کردن و اعتراض نکردن به پروردگار

دل نگرانی برای آینده همسر و فرزندان در نبود هر کدام از والدین
 پرداختن به حق الناس و طلب حلالیت از افراد رنجیده از خود، سرزنش همسر و عدم درک
 وی در زمان کسالت (بیماری تلنگری از طرف پروردگار)، بیماری امتحان خداوند و عاملی
 برای سبکی بار گناهان، رنجش دنیوی به واسطه گناهان

طلب حلالیت از فرزندان، تسلیم تقدیر شدن و در انتظار مرگ، اعلام پایان عمر و احساسی
 ۸ متفاوت نسبت به دیگران (از هیچکس کینه‌ای ندارم)، ترس از عود بیماری در آینده و
 رضایت به مرگ، سربار خانواده بودن و رضایت به مرگ، ترجیح مرگ به تحمل رنج کنونی

درمانی می‌شدم. خیلی‌ها از من فاصله می‌گرفتند و حتی
 می‌شنیدم که می‌گفتند اشعه داره. ممکنه ما هم سرطان
 بگیریم. خیلی از اقوام کنارم نمی‌نشستن."

خشم

خشم در مطالعه حاضر مرحله‌ای است که بعد از مخفی‌کاری
 توسط بیمار مشاهده گردید. که طی آن بیمار به دنبال مقصر
 می‌گشت. وقتی دیوار انکار فرو می‌ریزد انکار جای خود را به
 خشم، حسادت و تنفر می‌دهد و بیمار خشم خود را بدون هیچ
 نظم و قاعده‌ای متوجه محیط پیرامون خود می‌کند (۱۵).
 مشارکت‌کننده شماره ۳: " من مرکز بهداشت می‌رفتم و اونا
 می‌دونستن خانواده من سرطان سینه دارن و این قرص‌ها رو به
 من می‌دادن و هیچکس بهم نگفته بود که قرص ضدبارداری
 نباید بخورم."

افسردگی

بالاخره بعد از انجام مراحل بالا زمانی می‌رسد که بیمار نیاز
 به عمل جراحی و بستری شدن‌های متمادی پیدا می‌کند و به
 تدریج نشانه‌های بیماری در او ظاهر می‌شود. در این مرحله
 بیمار دیگر قادر به انکار بیماری خود نیست و احساس خشم و
 غضب او جای خود را به احساس زوال و افسردگی می‌دهد.
 البته افسردگی اغلب با احساسات و رفتارهایی از جمله احساس
 ضایعه و فقدان، شکست، نومیدی و یاس، درماندگی، احساس
 بی‌معنایی و پوچی، بدبینی نسبت به آینده، کاهش عزت نفس و
 احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایت بودن همراه است (۱۶). افسردگی
 شامل دو زیر مقوله شد:

الف: گسست از زندگی: این نوع از افسردگی نتیجه از
 دست‌دادن چیزی در نتیجه بیماری است. از دست دادن

شوک بیماری

اولین مرحله‌ای که در مطالعه حاضر بیماران با آن مواجه
 شدند مرحله شوک بیماری بود. بیمار باور نمی‌کند که گرفتار
 سرطان شده است (۱۵). در تحقیق حاضر شوک بیماری ناشی
 از عواملی نظیر نوع بیماری، از دست دادن زیبایی و ترس از
 برگشت بیماری بود. این مسئله موجب تشدید مشکلات
 هیجانی و روانی در افراد خانواده شده و زمینه‌های مشکلات
 ارتباطی را بیشتر کرد. مشارکت‌کننده شماره ۱: " وقتی گفتند
 سرطان تیروئید داری جمله سرطان توی گوش و مخم
 می‌چرخید. از سرم بیرون نمی‌رفت."

انکار و عدم پذیرش بیماری

مرحله انکار به دلیل تردید و باور نکردن بیماری توسط
 بیماران ایجاد شده است (۱۵). در این مرحله بیمار می‌کوشد تا
 با انکار بیماری شرایط روحی خود را حفظ کند. مشارکت‌کننده
 شماره ۴: " اصلاً باورم نمی‌شد که این منم که این بیماری رو
 دارم. من با این همه ورزش و سه بچه که اصلاً سنم خیلی کم
 به‌نظر می‌رسه و اصلاً قیافم به سنم نمی‌خوره و خیلی خوب
 موندم باید این بیماری رو داشته باشم."

مخفی‌کاری توسط بیمار

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بعد از مرحله انکار به
 دلایلی مانند ترس از طرد شدگی و ترحم نسبت به خانواده به
 مخفی‌کاری و لاپوشانی روی می‌آورند. مشارکت‌کننده شماره ۱:
 " به درخواست شوهرم به خانوادش نگفتم گفت: چون
 خانواده‌ام خیلی ناراحت میشن و می‌گن عروسمون عیب داره و
 اگر بفهمن سرطانه، مدام خواهند گفت سرطان و روحیت رو
 خراب خواهند کرد". مشارکت‌کننده شماره ۳: " وقتی پرتو

توانمندی، قطع عضو و اختلال در شرایط خانواده از جمله علل بروز این افسردگی است. مشارکت‌کننده شماره ۹: "به دلیل درمان مکرر و طولانی شیمی‌درمانی و پرتودرمانی از کارم اخراج شدم حوصله حرف زدن با هیچکس رو ندارم."

ب: انزوای اجتماعی: در این مرحله بیمار به دلایل متفاوتی از جمله ریختن موهای سر و برو، از دست دادن عضو، وضع ناخوش جسمی، ترحم‌های رنج آور اطرافیان؛ از جامعه و جمع‌گريزان است. هیچ تمایلی به حضور در جمع ندارد و خانه‌نشینی و عزلت برمی‌گزیند. مشارکت‌کننده شماره ۷: "بعد از پرتودرمانی قسمت‌های مختلفی از سرم بدون مو شده، ابرو هام ریخته، کلا از حضور در جمع متنفرم همش انگار انگشت‌نمای دیگران هستی همه با یک حس نگران کننده به آدم نگاه میکنند. داخل خونم راحت‌تر هستم."

حمایت ادراک شده دینی

حمایت ادراک شده دینی مرحله دیگری بود که مشارکت‌کنندگان تحقیق آنرا تجربه کرده بودند و ناشی از درک حضور خداوند و کمک خداوند در طول درمان بیماری بود. مشارکت‌کننده شماره ۳: "با وجودیکه تومور مغزی و سرطان دارم و عمل کردم ولی شش ساله وضعیت عمومیم عالییه. مطمئنم این شفای خداست." مشارکت‌کننده شماره ۱: "پدر شوهرم من رو به خاطر بیماریم تحقیر میکرد و می‌گفت خانوادت باید ببرنت دکتر به پسر منگی تو رو ببره. ولی بعد از یکسال خواست خدا بود که خودشم این بیماری رو گرفت. و وقتی می‌خواست برای عمل و یدرمانی بره مشهد هیچکدوم از بچه‌هاش اونو نمی‌بردن می‌گفتن کار داریم. آخرش اومد به ما التماس کرد و شوهرم اونو برد و من همونجا غیر مستقیم بهش گفتم این چوب خدا بود."

پذیرش بیماری

بعد از این مرحله فرآیند پذیرش بیماری رخ می‌دهد. پذیرش بیماری مرحله‌ای است که بیماران ناگزیر به رویارویی با آن هستند و با آن مواجه می‌شوند، مرحله‌ای که فرد، بیماری خود را پذیرفته است. به نظر می‌رسد افراد مسن تر دارای بلوغ روانی-اجتماعی بالاتری نسبت به افراد جوان هستند و واقعیت بیماری و

تقدیر را بیشتر و راحت تر می‌پذیرند (۱۵ و ۱۷). در این مطالعه بیماران به سه شکل با بیماری خود، کنار آمده و آنرا پذیرفته بودند. الف: صبوری و تقدیر الهی: پذیرشی که ناشی از اعتقاد به خداوند و امتحان الهی در بیمار رخ می‌دهد (۱۸). مشارکت‌کننده شماره ۴: "من اعتقاد دارم وقتی میگن این دنیا، دنیای آزمایش و امتحانه واقعاً همین طوره و خدا رو شکر می‌کنم."

ب: پذیرش مسئولیتی: پذیرشی که به واسطه مسئولیت‌های زندگی همچون فرزندپروری و همسراری در بیمار به وجود آمده بود. مشارکت‌کننده شماره ۱: "میگم دیگه زندگی همینه. آخه همسرم و بچم چه گناهی کردن. باید بسوزم و بسازم. چرا اونا رو زجر بدم."

ج: پذیرش بیماری به عنوان عقوبت اعمال: بیمار در این نوع پذیرش بخاطر انجام گناهان در گذشته خود را مستحق این بیماری می‌داند. مشارکت‌کننده شماره ۴: "یکی از دلایلی که فکر می‌کنم دچار این بیماری شدم اینه که همسرم اکثر اوقات سر درد داشت و من هیچوقت درکش نمی‌کردم. مدام می‌گفتم از بس تو خونه‌ای و ورزش نمیکنی سردرد داری مثل من ورزش کن تا سالم باشی و بعد خودم سرطان گرفتم."

پذیرش مرگ

مرحله پایانی که در این مطالعه مشارکت‌کنندگان تجربه کردند برخورد به دیوار آخر یا پذیرش مرگ بود. بیمار در این مرحله از بیماری خود خسته شده و به اصطلاح بریده است و به دلیل درد و رنج زیاد بیماری به مرگ خود راضی است (۱۹-۱۵). مشارکت‌کننده شماره ۱۶: "موقع بستری در بیمارستان و دردهای زیاد همش گریه و آرزوی مرگ می‌کردم. از مردن نمی‌ترسیدم. فقط دوست داشتم زودتر همه از دستم راحت بشن. همش خودمو سر بار بقیه می‌دونستم. میگفتم خدا کنه زودتر بمیرم و راحت بشم."

بحث

زندگی با سرطان همواره با مجموعه‌ای از دغدغه‌ها و نگرانی‌های مهم و غیرقابل انکاری همراه است که وسعتی از زندگی تا مرگ دارد، از این رو دغدغه‌های این بیماران نیز بسیار وسیع و فراگیر است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که افراد

شوک بیماری، انکار و عدم پذیرش بیماری، و مرحله تسکین معنوی را با مرحله حمایت ادراک شده دینی در این مطالعه همسو دانست (۲۳). خانساری و همکاران در پژوهش کیفی خود به بررسی تجارب روانی ۱۵ بیمار مبتلا به سرطان پستان بعد از گذر از مرحله بحران؛ پرداختند و بیان کردند برخی از بیماران پس از تشخیص سرطان احساس عصبانیت داشتند و برخی احساس غمگین بودن را عنوان می‌کردند. بیشتر بیماران به لزوم حمایت‌های روانی از طرف اعضای خانواده خود در زمان شنیدن خبر ابتلا به سرطان، تاکید داشتند. برخی از بیماران عنوان کردند که سرطان اتفاق فاجعه باری در زندگیشان نبوده است. این درحالی است که اکثر بیماران تقریباً هر شب به مرگ می‌اندیشیدند (۲۴). بخش‌علی‌زاده و همکاران در پژوهش خود با عنوان تجربه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان در آستانه مرگ با تأکید بر دغدغه‌ها و نیازها به این نتایج رسیدند که دغدغه‌های اصلی این بیماران عبارتند از: "دغدغه‌های مرتبط با خانواده و دوستان"، "دغدغه‌های اجتماعی - اقتصادی"، "دغدغه‌های مرتبط با خود"، "دغدغه‌های مرتبط با کادر و فرایند درمان در بیمارستان" و "دغدغه‌های مذهبی-معنوی (۲۵)". قربانعلی‌پور و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که بسیاری از افراد از مرگ و یاد آن در هراسند و مرگ برنامه‌ریزی روزانه آن‌ها را دگرگون کرده و در آن‌ها احساس عدم امنیت و آشفتگی روانی ایجاد می‌کند، اما برخی دیگر با واقعیت مرگ کنار آمده و آنرا می‌پذیرند. لازم به ذکر است که نگرش و ترس از مرگ شامل استرس و اضطراب جدایی حاصل از به پایان رسیدن عمر است (۲۶). مشارکت‌کنندگان پس از مرحله انکار به دلالتی مانند ترس از طرد شدگی و ترحم نسبت به خانواده به مخفی‌کاری و لاپوشانی روی آوردند. در این مرحله بیمار ممکن است گوشه‌گیر و منزوی شود. می‌توان مرحله خشم را به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر فرآیند مردن به حساب آورد. بیمار در این مرحله خشمگین است که چرا من دچار این بیماری شده‌ام و باید این همه سختی را تحمل کنم (۱۵). بالاخره بعد از انجام مراحل بالا زمانی می‌رسد که بیمار نیاز به عمل جراحی و بستری شدن‌های متمادی پیدا می‌کند و به

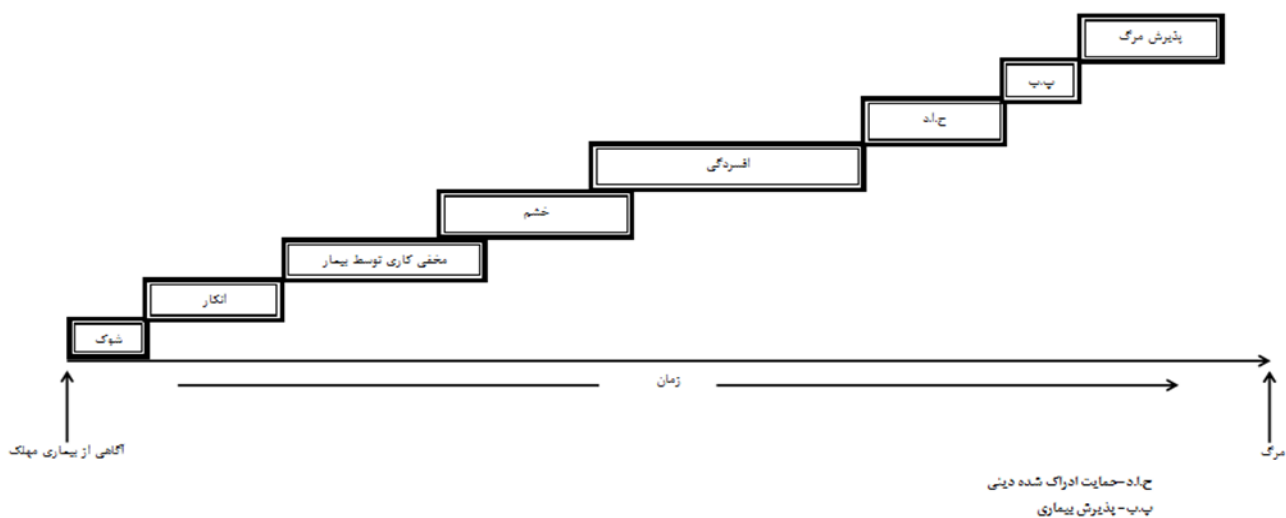
مبتلا به سرطان ۸ مرحله را در جهت‌گذر از بحران طی می‌کنند که این مراحل شامل شوک بیماری، انکار و عدم پذیرش بیماری، مخفی‌کاری توسط بیمار، خشم، افسردگی، حمایت ادراک شده دینی، پذیرش بیماری و در نهایت پذیرش مرگ است. در همین راستا آرنولد جنپ و ویکتور ترنر دو تن از انسان شناسان به ویژگی‌ها و کارکردهای مناسب گذار به معنای انتقال از یک مرحله زندگی به مرحله دیگر زندگی پرداختند. اصلاح مناسب گذار معمولاً برای ارجاع به مناسب یا بحران‌های زندگی به کار می‌روند که مناسبی مربوط به تغییر موقعیت در زندگی افراد و گروه‌ها هستند. مثال‌های چنین مناسب اموری مثل تشریف، مرگ و ازدواج هستند (۲۲-۲۰). وان جنپ معتقد است زندگی با سرعتی یکنواخت پیش نمی‌رود و تجربه انسانی از مراحل و بحران‌های زندگی تشکیل شده است. مراحل و بحران‌های زندگی مثل تولد، بلوغ، ازدواج، بیماری و مرگ هستند. به عنوان یک مثال، تولد یک بچه یا مرگ یکی از والدین می‌تواند تغییرات غیر قابل برگشتی را در شرایط زندگی ایجاد کند. وان جنپ در این طبقه‌بندی مراحل سه‌گانه‌ای ترسیم می‌کند: ۱. جدایی ۲. انتقال و ۳. الحاق (۲۲) که با مرحله‌ای در مطالعه حاضر هم خوانی دارد. در مرحله شوک بیماری، بیمار با آگاهی از بیماری خود دچار شوک می‌شود و می‌توان گفت به نحوی از جامعه و خانواده می‌گسلد و مرحله جدایی رخ می‌دهد. مرحله انکار که به دلیل تردید و باور نکردن بیماری توسط بیماران ایجاد شده است در کلیه بیماران در آستانه مرگ مشاهده می‌شود چه آن‌ها که صراحتاً از بیماری خود اطلاع دارند و چه آن‌ها که به صورت غیر مستقیم به این مساله پی‌برده‌اند (۱۳). فرد بیمار، بیماری خود را نمی‌پذیرد و برای او غیر قابل باور است. جلالی و همکاران نیز در مطالعه‌ای که در آن تجارب بیمار و خانواده از شنیدن خبر بد توسط کادر پزشکی در سال ۹۳ انجام داده بودند چنین بیان کردند که بیمار و خانواده پس از شنیدن خبر بد واکنش‌های متفاوتی از خود نشان دادند، که عبارتند از آشفتگی بدو مواجهه، واکنش‌های تطابقی، تسکین معنوی، تلاطم خانوادگی و حمایت طلبی که می‌توان مرحله آشفتگی بدو مواجهه را با مراحل

تدریج نشانه‌های بیماری در او ظاهر می‌شود. در این مرحله بیمار دیگر قادر به انکار بیماری خود نیست و احساس خشم و غضب او جای خود را به احساس زوال و افسردگی می‌دهد (۱۸-۱۵). البته کوبلر راس طی مطالعه خود که بر روی بیماران سرطانی انجام داد دو نوع افسردگی را بیان کرده بود. نوع اول افسردگی واکنشی است. این نوع از افسردگی نتیجه از دست دادن چیزی در گذشته است. از دست دادن توانمندی، قطع عضو و اختلال در شرایط خانواده از جمله علل بروز این افسردگی است. و نوع دیگر افسردگی، افسردگی مقدماتی یا تدارکاتی است که بیمار برای پذیرش مرگ آماده می‌شود. این نوع از افسردگی بر خلاف افسردگی واکنشی ناشی از پرداختن به امور پیش‌رو است. در این مرحله بیمار خود را برای از دست‌دادن همه چیز آماده می‌کند. در واقع بیمار در این مرحله می‌کوشد تا پذیرش مرگ را برای خود تسهیل کند. ولی طی مطالعه حاضر بیمار به دلایلی از جمله ناامیدی از بهبودی بیماری و همچنین ناراحتی‌های جسمانی و ظاهری دچار افسردگی و انزوای اجتماعی شده است. در مرحله پذیرش بیماری، بیماران ناگزیر به رویارویی با آن هستند و با آن مواجه می‌شوند. به نظر می‌رسد افراد مسن‌تر و افرادی که از لحاظ اعتقادات مذهبی قوی‌تر هستند واقعیت بیماری را بیشتر و راحت‌تر می‌پذیرند (۱۹). در این مرحله می‌توان گفت بیمار به جامعه و خانواده برمی‌گردد. حمایت ادراک شده دینی ناشی از درک حضور خداوند و کمک خداوند در طول درمان و پذیرش مرگ از دیگر مراحل مطالعه حاضر است. به نظر می‌رسد نوع واکنش‌های هیجانی افراد در مواجهه با مرگ و پذیرش آن، بستگی کامل به اعمال، رفتار، افکار، ساختار شخصیتی و توان مقابله‌ای او با مسائل و مشکلات گذشته در طول حیات دارد (۱). بهرامی و همکاران در سال ۱۳۹۶ طی یک مطالعه توصیفی بیماران مبتلا به سرطان که در مرحله آخر زندگی هستند را مورد بررسی قرار دادند. نتایج مرتبط با درونمایه "دغدغه‌های مذهبی - معنوی" بیماران ارائه گردید که شامل سه زیر درونمایه "ارتباط فرد با خدا"، "ارتباط فرد با خود" و "ارتباط فرد با خلق" می‌باشد. این محققان گزارش کردند که

یکی از نگرانی‌های اصلی بیماران مبتلا به سرطان در مرحله آخر زندگی، دغدغه‌های مذهبی و معنوی است. ابتلا به سرطان ممکن است بیماران را به خدا نزدیکتر و توکل و خدانشناسی آن‌ها را ارتقاء دهد. برای بعضی مشارکت‌کنندگان نیز این سفر طولانی ممکن است با دغدغه‌های متفاوتی از جمله ترس از مرگ، چالش در زمینه عدالت خداوند و اشکال در روابط بین فردی همراه باشد. این دغدغه‌ها باید مورد توجه قرار گرفته و اقدامات حساس فرهنگی برای ارتقاء آن‌ها برنامه‌ریزی گردد (۱۷). باتوجه به اهمیت جایگاه اعتقادات مذهبی در جامعه ما و پایبندی اکثر مردم به باورهای مذهبی، در مواقع بروز موقعیت‌های تنش‌زا و بیماری‌های صعب‌العلاج سعی می‌کنند از منابع تسکینی معنوی برای مقابله با این موقعیت‌ها بهره ببرند. از این رو، مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بیماری را مشیت و امتحان الهی دانسته و ایمان و توکل به خدا و حفظ و پایبندی به معنویات را عامل آرامش و پذیرش بیماری می‌دانستند. اعمال مذهبی ممکن است موجب معالجه یک بیمار نشود، اما می‌تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد، با بیماری و مرگ بهتر کنار آید. در این مطالعه نیز از این رفتارها به عنوان رفتارهای دینی یاد شده است که شامل انواع اعمال مذهبی، دعا، نذر و نیاز و درک حضور خداوند بود که اکثر شرکت‌کنندگان به وسیله آن‌ها به آرامشی گاهاً حتی موقت دست می‌یافتند. با توجه به اعتقاد مردم کشور ما به باورهای دینی لزوم توجه به این باورها و تقویت آن‌ها توسط بیماران و اطرافیان بیش از پیش احساس می‌شود. از طرفی، احساس، باور و پذیرش بیماری بستگی به سن بیمار، جنسیت فرد، شرایط زندگی بیمار و نحوه زندگی افراد متفاوت است (۲۰). بنابراین تفاوت‌های فردی و نحوه زندگی افراد عاملی است که می‌تواند باعث شکل‌گیری این مراحل و نحوه گذر از بحران توسط هر بیمار شود. در مطالعه‌ای که رحمانی فیروزجاه به بررسی جامعه شناختی نگرش مردم نسبت به جهان پس از مرگ در بابل پرداخته بود به این نتایج دست یافت که هر چه میزان دین‌داری، احساس محرومیت و سن مردم افزایش می‌یابد، نگرششان نسبت به جهان پس از مرگ با نگرش اسلام همسوتر

گزارش کرد اکثریت این زنان به آینده امیدوار نبودند، تفکر عامل در آنان ضعیف بوده و انگیزه‌ای برای هدف گذاری و شناخت مسیرهای دستیابی به این اهداف نداشتند (۲۹). فولادیان به نقل از کوبلر راس در مطالعه خود روی بیماران سرطانی به پنج مرحله شامل: انکار، خشم، افسردگی، چانه زنی و پذیرش اشاره کرده بود (۱۳). اما با توجه به تفاوت فرهنگ مواجهه با مرگ در کشورهای غرب و امریکا و در کشور اسلامی مانند ایران می‌توان به این تفاوت پی‌برد که در جوامع اسلامی درک از حضور خداوند؛ می‌تواند کمک شایانی به پذیرش و تحمل بیماری و توکل به خداوند در بهبودی داشته باشد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به سختی روش جمع‌آوری اطلاعات به دلیل عدم همکاری همراهان بیمار، تحمل کم افراد مبتلا به سرطان در پاسخگویی دقیق به سوالات با توجه به شرایط روحی خاص و تعمیم‌پذیری نتایج در مطالعات کیفی اشاره نمود. نمودار ذیل مراحل گذر از بحران را در مطالعه حاضر در افراد مبتلا به سرطان نشان می‌دهد (نمودار ۱).

می‌شود. براساس نتایج رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر، بعد اعتقادی بیشترین اثر مستقیم را بر متغیر وابسته داشته و بعد پیامدی بیشترین اثر غیرمستقیم را بر نگرش مردم نسبت به جهان پس از مرگ داشته است (۲۷). جانکاسکا و همکاران در مطالعه‌ای گزارش کردند که پذیرش بیماری یک نقش مهم در ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دارد، به‌طوری‌که پذیرش بیشتر با بالاتر بودن کیفیت زندگی بیماران همراه است (۲۸). بهرامی و همکاران در مطالعه مقطعی دیگری ۲۷۶ نفر از زنان با تشخیص قطعی سرطان را انتخاب کردند و برای گردآوری داده‌ها از یک پرسش‌نامه مبتنی بر سه بخش شامل مشخصات دموگرافیک، اضطراب مرگ و کیفیت زندگی استفاده شد. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و اضطراب مرگ رابطه معناداری وجود داشت. این محققان گزارش کردند که تدوین یک برنامه جامع مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان از جمله مواردی است که می‌تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان را بهبود بخشد (۹). سروش در مطالعه خود روی امید به آینده در زنان مبتلا به سرطان پستان



در جهت گذر از بحران طی می‌کنند که این مراحل شامل شوک بیماری، انکار و عدم پذیرش بیماری، مخفی کاری توسط بیمار، خشم، افسردگی، حمایت ادراک شده دینی، پذیرش بیماری و در نهایت پذیرش مرگ می‌باشد. هم‌چنین نتایج

نتیجه‌گیری

با توجه به لزوم شناخت مراحل که افراد مبتلا به سرطان برای گذر از دوران سخت بیماری خود می‌گذرانند، نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به سرطان مراحل مختلفی را

درمانی، مراقبتی، اجتماعی و روانی می‌تواند کمک‌کننده باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند برای پژوهشگران، مدیران و برنامه‌ریزان جهت شناخت بیشتر نیازهای بیماران سرطانی؛ نحوه مراقبت و برخورد و برنامه ریزی های صحیح و مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار گیرد. زیرا درک تجربیات، ادراکات و نیازهای افراد مبتلا به سرطان، ارزش بالقوه‌ای در سیستم مراقبت بیماری دارد.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسندگان در مقطع کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی گناباد است که در مورخ ۹۶/۱/۲۳ با تاییدیه اخلاقی به شماره ۰۹/۲۰/۲/۱۷۵۵ به تصویب رسید. از کادر پزشکی محترم و از همکاری بیماران و هم پایان آن‌ها که با صبر و شکیبایی محققین را طی مصاحبه یاری نمودند سپاس‌گزاری می‌گردد.

حامی مالی: ندارد

تعارض در منافع: وجود ندارد.

مطالعه اخیر نشان داد این بیماران بیشتر از بحران روحی رنج می‌برند لذا نحوه برخورد اطرافیان و کادر درمانی با آنان تاثیر بسزایی در روحیه و پذیرش بیماری توسط آنان دارد که بایستی با مدیریت صحیح این آشفتگی‌ها، کم‌ترین آسیب روحی - روانی یا فیزیکی به بیمار و خانواده آنان وارد شود. بر اساس نتایج به دست آمده، ابتلا به سرطان و نزدیکی به مرگ، بحران‌ها و نیازهایی را در ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده او به وجود می‌آورد که در صورت مورد غفلت قرار گرفتن؛ کیفیت زندگی او مختل خواهد شد. شناسایی احساسات و نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان و توجه به نیازهایشان، آرامش و اطمینان بیشتری برای آنان فراهم خواهد آورد تا در گذران این مراحل بحران، موفقیت بیشتری کسب کنند. پی بردن به اینکه بیمار مبتلا به سرطان کیست و چه دغدغه‌هایی دارد، یکی از بخش‌های اساسی سیستم مراقبتی نوین و از وظایف فراهم‌کنندگان خدمات درمانی است. در همین راستا، گسترش انجمن‌های حمایت از بیماران مبتلا به سرطان و اتخاذ تدابیر مناسب جهت دسترسی بیماران به مشاوره رایگان در زمینه‌های

References:

- 1-Ghasemnia P, Ranjbar Ghadim NS. *Psychology of Death*. The Journal of New Advances in Behavioral Sciences 2017; 9(2): 50-63. [Persian]
- 2-Ghazavi ST. *The Grounds for the Death Anxiety and the Prevention of It in the Teachings of Islam*. Biquarterly Journal of Islamic Education 2011; 11(5): 173-94. [Persian]
- 3-Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. *Anxiety and Depression in Cancer Patients*. J Res Behavior Sci 2007; 5(2): 115-18. [Persian]
- 4-Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA, et al. *Course of Psychological Distress and Its Predictors in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Patients*. Psychooncology 2006; 15(6): 463-73.
- 5-Masoudi Alavi N, Sharifi Kh, Aliakbarzadeh Z. *Depression and Anxiety in Patients Undertaken Renal Replacement Therapy in Kashan During 2008*. Feyz 2009; 4(12): 46-51. [Persian]
- 6-Dehghani Y. *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Quality of Life in Women with Dialysis Patients*. Journal of Clinical Psychology 2016; 8(3): 1-11. [Persian]
- 7-Seyyed Tabayi SR, Rahmati Nejad P, Sehat R. *The Prevalence of Behavioral Symptoms of*

- Psychological Disorders in Cancer Patients.* Thoughts and Behavior in Clinical Psychology 2015; 10(36): 27-36.
- 8-Kusaka Y, Kondou H, Morimoto K. *Healthy Lifestyles are Associated with Higher Natural Killer Cell Activity.* Prev Med 1992; 21(5): 602-15.
- 9-Bahrami N, Moradi M, Soleimani M, Kalantari Z, Hosseini F. *Death Anxiety and its Relationship with quality of life in Women with Cancer .* Iran Journal of Nursing 2013; 26(82): 51-61
- 10-Hajarian A., Ghanbari Y. *Investigating the Relationship between Geographic Distribution of the Mortality Rate Due to Various Types of Cancer and Climatic Components; Case Study of Isfahan Province.* Journal of Mashhad Medical Council 2017; 21(2): 46-9. [Persian]
- 11-Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression in Patients with Type 2 Diabetes.* J Res Behav Sci 2013; 11(2(26)): 121-8. [Persian]
- 12-Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 4st ed.* New York: SAGE; 2016: 297.
- 13-Fouladiyan M, Toosi Far J, Vaziri S. *Narrative Research of Children Resorting to Child Labor in the City of Mashhad.* Quarterly of Social Studies and Research in Iran 2016; 5(3): 485-510.
- 14-Barrera M Jr, Toobert DJ, Angell KL, Glasgow RE, MacKinnon DP. *Social Support and Social-Ecological Resources as Mediators of Lifestyle Intervention Effects for Type 2 Diabetes.* J Health Psychol 2006; 11(3): 483-95.
- 15-Ebrahimi Belil F, Alhani F, Ebadi A, Kazemnejad A. *Explaining the Concept of Self-esteem in Patients with Chronic Conditions Based on the Family-Centered Empowerment Model: A Directed Content Analysis.* IJPN 2017; 5(2): 23-30. [Persian]
- 16-Mousavi Diva R, Moghadamfar N, Amani O. *Evaluating Family Functioning and Spiritual Health in Women with Breast Cancer, Cancer-Treated and Healthy Women.* IJPN 2017; 5(5): 49-56. [Persian]
- 17-Bahrami M, Mosavizadeh SR, Ahmadi Faraz MM, Shirvani A. *Concerns of Iranian Muslim Patients Suffered from Cancer in the Last Stages of Life: A Qualitative Study.* Journal of Clinical Nursing and Midwifery 2018; 4(3): 32-41. [Persian]
- 18-Fathi M, Sanagoo A, Jouybari L, Yazarloo M, Sharif Nia H. *Death Anxiety in Hemodialysis Patients Admitted to Panj-Azar Teaching Hospital, 2013.* Journal of Research Development in Nursing and Midwifery 2016; 12(3): 48-55. [Persian]
- 19-Moeini M. *Patients' Religious Beliefs in Cardiac Pain Situations: A Qualitative Research.* Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2014; 3(1): 104-13. [Persian]
- 20-Audrey B, Kozier B. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice,* 10th ed, Libraries Australia, Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall; 2008.
- 21-Janbabaei GH, Hesamzadeh A, Esmaeili R. *A Review of Approaches for Disclosing Cancer Diagnosis to the Patients.* J Clin Excel 2014; 3(1): 12-28. [Persian]

- 22- Norton TR, Manne SL, Rubin S, Carlson J, Hernandez E, Edelson MI, et al. *Prevalence and Predictors of Psychological Distress among Women with Ovarian Cancer*. J Clin Oncol 2004; 22(5): 919-26.
- 23- Jalali M, Nasiri A, Abedi H. *Patients and Family Members' Experiences Regarding Receiving Bad News from Health Providers*. Medical Ethics and History of Medicine 2015; 7(5): 83-93
- 24- Khansari F, Saeedinejad Y, Raoofi A, Shamsi Gooshki E. *Psychological Experiences of Women with Breast Cancer after Passing through the Critical Stage; A Qualitative Study*. Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases 2016; 9(3): 53-9.
- 25- Bakhshalizadeh Irani F, Shahidi S, Hazini A. *Psychological Experiences of Terminal Cancer Patients with an Emphasis on their Concerns and Needs: A Phenomenological Study*. Journal of Research in Psychological Health 2020; 14(2): 20-33.
- 26- Ghorbanalipoor M, Moghadamzadeh A, Jafari E. *The Effectiveness of Schema Therapy and Logo Therapy on Death Anxiety in Patients with Hypochondriasis*. Research in Clinical Psychology and Counseling (Syudies in Education & Psychology) 2017; 7(1): 52-66.
- 27- Rahmani Firoozjah A, Niazi Urimi F. *Sociological Evaluation of the People's Attitudes towards the Afterlife (Case Study: The Population with the Age of over 20 Years Old in the City of Babol)*. Journal of Islam and Social Sciences 2015; 6(12): 149-86.
- 28- Jankowska-Polańska B, Kasprzyk M, Chudiak A1, Uchmanowicz I. *Effect of Disease Acceptance on Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. Advances in Respiratory Medicine 2016; 84(1): 3-10.
- 29- Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. *Body Image Psychological Characteristics and Hope in Women with Breast Cancer*. Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases 2015; 7(4): 52-63.

Stages Passing of Distress in Cancer Patients: A Narrative Research Study

Sedighe Arabi¹, Bibi Aghdas Asghari²

Original Article

Introduction: Cancer patients are extremely vulnerable psychologically and may suffer a variety of psychological trauma. This can have a significant impact on their cancer resistance and recovery. The aim of this study was to investigate the transition process of crisis in cancer patients, considering the high number of cancer in the country.

Methods: This study was conducted using a qualitative paradigm. In this study, narrative research approach and narrative interview technique was run in order to achieve the transition stages in crisis in cancer patients. During the interview with 14 cancer patients in Gonabad City, theoretical saturation was obtained. Data were analyzed using Strauss and Corbin (1990) comparative analysis.

Results: Cancer patients went through 8 stages before accepting death. These stages included Disease shock, denial of disease, concealment, anger, depression, religious perception, acceptance of illness and acceptance of death.

Conclusion: Due to the need to know the crisis process in people with cancer and the high number of patients, the results of this study can be used for people with the patients to deal with them properly, as well as for researchers, managers and planners to know more. The needs of cancer patients and evidence-based planning should be used.

Keywords: Distress, Cancer, Incurable diseases, Qualitative research.

Citation: Arabi S, Asghari B.A. Stages Passing of Distress in Cancer Patients: A Narrative Research Study. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2022; 30(4): 4726-39

¹Social Development & Health Promotion Research Center, Gonbad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

²Department of Social Science, School of Humanities, Islamic Azad University Gonabad Branch, Gonabad, Iran.

*Corresponding author: Tel: 051-57229025, email: sedighe.arabi@yahoo