فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، سال چهارم، شمارهٔ سوم، پاییز ۱۳۹۰

مقاله پژوهشی

سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از درمان

*اکرم السادات سجادیان: مربی پژوهش، مرکز تحقیقات سرطان پستان جهادانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران
شهپر حقیقت: استادیار پژوهش، گروه پژوهشی کیفیت زندگی، مرکز تحقیقات سرطان پستان جهادانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران
علی منتظری: استاد سلامت همگانی، پژوهشکدهٔ علوم بهداشتی جهاددانشگاهی
انوشیروان کاظم نژاد: استاد آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس
افسانهٔ علوی فیلی: مربی مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی آبادان

چکیده

مقدمه: سازگاری با سرطان پستان فرآیندی مداوم و زمان‌بر است. سازگاری با سرطان از مرحلهٔ شنیدن خبر ابتلا تا اتمام درمان‌ها ادامه دارد. استفاده از راهبردهای سازگاری در افراد مختلف یکسان نیست. هدف این مطالعه بررسی روش‌های مختلف سازگاری مورد استفاده در بیماران مبتلا به سرطان پستان است.

روش بررسی: جهت بررسی میزان سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان مطالعه‌ای مقطعی در دو مقطع زمانی بلافاصله پس از تشخیص و شش ماه پس از آن در مرکز بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران طراحی شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامهٔ سازگاری بود. اطلاعات گردآوری‌شده وارد رایانه و از طریق نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل آماری شد.

یافته‌ها: تعداد ۱۸۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان در مطالعه شرکت کردند. ۱۷۷پرسشنامه برای هر دو مرحله وجود داشت. تمامی شرکت‌کنندگان عمل جراحی پستان را انجام داده بودند. میانگین سنی آنان ۹/۶± ۴۷/۳۲ سال بود. ۸۷ درصد از آنان متأهل بودند و ۹۱ درصد تحصیلات متوسطه به بالا داشتند. بیشتر شرکت‌کنندگان خانه‌دار (۸۳ درصد) بودند. ۸۷ نفر (۴۶ درصد) در مرحلهٔII، ۴۸ نفر در مرحلهٔ I و ۵۲ نفر در مرحلهٔ III بیماری بودند. ۸۲ نفر (۴۵ درصد) جراحی برداشتن کامل پستان و ۱۰۱ نفر (۵۵ درصد) آنان جراحی پستان محافظه‌کارانه داشتند. بیماران شرکت‌کننده در مطالعه از راهبردهای سازگاری شامل حمایت اجتماعی، معنویت، بازسازی شناختی مجدد، ایجاد فاصله با بیماری و ایجاد تغییرات درخود استفادهٔ بیشتر و از راهبردهای آرزومندی و نگهداری احساسات در خود استفادهٔ کمتری می‌بردند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بیماران مبتلا به سرطان پستان جهت سازگاری با بیماری خود با گذشت زمان از راهبردهای معنویت و حل مسئله بیشتر از سایر راهبردها بهره می‌برند. بنابراین چنانچه متخصصان از انواع راهبردهای سازگاری و چگونگی استفاده از آن‌ها آگاهی کافی داشته باشند، می‌توانند در هریک از مراحل بیماری درک بهتری از شرایط بیمار داشته باشند. از طرف دیگر لازم است به دیدگاه معنوی/ مذهبی بیماران در رابطه با بیماری توجه بیشتری داشت تا بتوان به تناسب آن به بیماران کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: سازگاری، سرطان پستان، مرحلهٔ بیماری، معنویت

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.3.6.7]

نشانی نویسندهٔ پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان ابوریحان، خیابان وحید نظری، پلاک ۴۵، مرکز تحقیقات سرطان پستان، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، اکرم‌السادات سجادیان. تلفن: ۰۲۱۶۶۹۵۲۰۴۰ نشانی الکترونیک: assajadi@yahoo.com

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان است. براساس گزارش انستیتو سرطان ایران، سرطان پستان ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها را در زنان تشکیل می‌دهد[۱]. ابتلا به سرطان پستان با از دست دادن یک یا هر دو پستان، احساس ناشی از قطع عضو را در یک فرد ایجاد می‌کند. این فقدان عضو در زن با تغییر تصویر ذهنی، کاهش احساسات زنانه، کاهش حس جذابیت و جاذبهٔ جنسی و نیز اضطراب، افسردگی، بی‌انگیزگی، خجالت و... و نهایتاً ترس از عود، فکر طردشدگی و افکار مرگ همراه است [۱، ۳، ۸ و۹]. بسیاری از زنان پس از اطلاع از تشخیص سرطان پستان، در زمینهٔ سازگاری[1] با سرطان پستان در زندگی شخصی و خانوادگی خود دچار سطح بالایی از ناتوانی و ناامیدی می‌شوند[۷]. این بیماران برای بازگشت به زندگی عادی خود نیازمند کمک‌هایی جهت سازگاری و برآورده‌شدن نیازهای مختل‌شدهٔ خویش هستند[۴]. سازگاری در سرطان به مجموعهٔ نگرش‌ها و عملکردهایی اطلاق می‌گردد که فرد برای ابقاء سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی و غلبه بر استرس‌هایی که به‌علت ابتلا به سرطان ایجاد می‌گردد، اتخاذ می‌کند.

افراد از طرق گوناگون سازگاری را ایجاد می‌کنند. بررسی‌ها نشان می‌دهد افراد برای سازگاری عمدتا" از راهبردهای مسئله مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند[۲۱]. بیماران مبتلا به سرطان برای سازگاری با بیماری بیشتر از راهبردهای معنوی، حمایت اجتماعی، امیدواری و بازسازی شناختی و ایجاد تغییر و فاصله با بیماری استفاده می‌کنند[۱۰ و ۱۹]. برخی از روش‌های سازگاری در ارتقاء حس سلامت موفقیت‌آمیز می‌باشد و در برخی دیگر، این فرآیندها در زمینهٔ ایجاد تطابق روانی سودمند هستند[۵].

در ایران چندین مطالعهٔ کیفی در زمینهٔ تجربیات بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شده است به‌طور کلی این مطالعات مهم‌ترین فرآیندهای سازگاری را باورهای مذهبی و تفکر در زمینهٔ بیماری و پذیرش واقعیت بیماری بیان کرده‌اند[۳، ۱۱ و۱۲]. در این بررسی‌ها اشاره‌ای به راهبردهای مختلف استفاده شده در سازگاری با سرطان پستان نشده است. مطالعات نشان می‌دهند که استفاده از روش سازگاری مذهبی- معنوی بیشترین کاربرد را دارند ولی سایر راهبردها نیز از جایگاه مهمی برخوردارند[۳، ۱۰، ۱۱ و۱۲]. بنابراین بررسی ابعاد مختلف تأثیرگذاری مذهب و نیز سایر راهبردهای استفاده‌شده در زمینهٔ سازگاری توسط بیماران، انجام مطالعات وسیع‌تری را می‌طلبد. پس، این مطالعه با هدف بررسی میزان استفاده از روش‌های مختلف سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

این یک مطالعهٔ طولی قبل‌وبعد می‌باشد که در دو مقطع زمانی یک‌بار بلافاصله پس از تشخیص و بار دوم شش ماه پس از تشخیص قطعی سرطان در فاصلهٔ زمانی اردیبهشت ۱۳۸۹ تا خرداد ۱۳۹۰ در محل کلینیک بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران انجام شد. مطالعه در بیمارانی انجام شد که تشخیص قطعی سرطان پستان داشتند و بین ۶ تا ۸ ماه از تشخیص نهایی سرطان در آنان گذشته بود و در کلینیک مرکز بیماری-های پستان تحت درمان بودند. در این مطالعه بیماران در دومرحله پرسشنامه پر کردند.

پرسشنامهٔ طرح توسط محقق و با استفاده از متون و مطالعات قبلی در مورد سازگاری به‌طور اعم[۸، ۱۳ و۱۴] و در سرطان‌ها و سرطان پستان به‌طور اخص [۴، ۱۵، ۱۶ و ۳۳] طراحی شد و پس از تهیهٔ اعتبار محتوا و شکل ظاهری آن توسط متخصصان ایرانی تأیید گردید. سپس پرسشنامه در یک مطالعهٔ مقدماتی برای ۳۰ نفر از بیماران پر شد. برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب پایایی آن مساوی ۰/۷۳۵ بود و پس از تأیید نهایی در مطالعه استفاده شد.

پرسشنامهٔ سازگاری دارای ۲۱ سؤال مربوط به ۷ راهبرد سازگاری به شرح زیر است: مشورت- استفاده از حمایت‌های اجتماعی (۵ سؤال)؛ نگهداری احساسات در خویشتن (۲سؤال)؛ بازسازی شناختی مثبت (۳ سؤال)؛ توجه به معنویات (۲سؤال)؛ آرزومندی- خیالبافی (۲ سؤال)؛ فاصله‌گرفتن و جداشدن از مشکل (۴ سؤال) و ایجاد تغییرات (۳ سؤال).

[1]. coping

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.3.6.7]

مقیاس سؤالات لیکرت ۵ تایی (۴-۰) بود. دامنهٔ تغییرات نمرهٔ کلی سازگاری ۸۴-۰ بود(صفر کمترین و ۸۴ بیشترین مقدار سازگاری). برای قابل مقایسه‌شدن زیر گروه‌ها سؤالات هر زیر گروه جمع گردید و نسبت به نمرهٔ کلی ۱۰۰ سنجیده شد.

پرسشنامه‌ها توسط یک‌نفر پرسشگر از گروه پزشکی برای هر یک از بیماران پر شد و رضایت‌نامهٔ حضوری از شرکت‌کنندگان گرفته شد.

نتایج کلیهٔ آزمون‌ها در سطح خطای α کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار درنظر گرفته شد. سپس اثر متغیرهای دموگرافیک برنمرهٔ تطابق، آزمون شد. در تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری t زوجی (paired t-test) و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها

درمرحلهٔ اول برای بیماران۱۸۷ پرسشنامه تکمیل گردید. تعداد ۱۷۷پرسشنامهٔ پرشده از هر دومرحله وجود داشت و آنالیز برای این تعداد انجام شد. دامنهٔ سنی بیماران بین ۸۳-۲۶ سال و میانگین سنی و انحراف معیار آن‌ها ۹/۶±۴۷/۳۲ سال بود. ۸۷ درصد از آنان متأهل بودند و ۹۱ درصد تحصیلات متوسطه به بالا داشتند. بیشتر خانم‌ها خانه‌دار (۸۳ درصد) بودند. ۸۷ نفر در مرحلهٔ II بیماری و ۴۸ و ۵۲ نفر در مراحل اول و سوم بودند. از ۱۸۳ نفر که اطلاعات جراحی کامل داشتند، ۸۲ نفر (۴۵ درصد) جراحی برداشتن کامل پستان[2] و ۱۰۱ نفر (۵۵ درصد) آنان جراحی پستان محافظه‌کارانه داشتند (جدول ۱).

جدول۱: مشخصات جمعیتی

	تعداد (درصد)
شغل	
خانه دار	(۸۳)۱۵۶
کارمند	(۱۷)۳۱
میزان تحصیلات	
بی‌سواد	(۹)۱۶
متوسطه	(۴۱) ۷۷
دیپلمه	(۳۴) ۶۳
دانشگاهی	(۱۶) ۳۱
وضعیت تاهل	
مجرد	(۱۳) ۲۵
متاهل	(۸۷)۱۶۲
مرحلهٔ بیماری (stage)	
I	(۲۶) ۴۸
II	(۴۶) ۸۷
III	(۲۸) ۵۲
نوع جراحی	n=۱۸۳
برداشتن کامل پستان	۸۲(۴۵)
برداشتن قسمتی از پستان	۱۰۱(۵۵)

میانگین نمرهٔ کلی سازگاری و هر یک از زیر گروه‌ها قبل و بعد از درمان توسط آزمون t زوجی محاسبه شد. میانگین (انحراف معیار) نمرهٔ سازگاری قبل از درمان ۴۶/۳۷(۱۱/۴۲) و بعد از درمان ۵۱/۴۸(۹/۸۰) بود (P <۰/۰۰۰۱).

میانگین استفاده پس از درمان نسبت به پس از تشخیص در استفاده از ۵ راهبرد سازگاری معنوی، مشورت- استفاده از حمایت اجتماعی، بازسازی شناختی مثبت در خود، جدایی بین خود و بیماری و ایجاد تغییرات در خود بیشتر بود و اختلاف معنی‌داری وجود داشت. ولی در استفاده از ۲ راهبرد نگهداری احساسات در خود و آرزومندی- خیالبافی میانگین استفاده پس از درمان نسبت به پس از تشخیص کمتر بود و اختلاف معنی‌داری وجود داشت که به تفکیک در جدول۲ آمده است.

بیشترین سازگاری در هر دو مرحله استفاده از معنویت با میانگین (انحراف معیار) نمرهٔ سازگاری معنوی قبل از درمان (۵۳/۳۹) ۸۳/۳۳ و بعد از درمان (۱۸/۰۹)۵۷ /۸۷ بود (P=۰/۰۴۱).

بیشترین افزایش در استفاده از راهبردهای سازگاری بعد از درمان نسبت به قبل از درمان در استفاده از راهبرد ایجاد تغییرات در خود، با میانگین (انحراف معیار) قبل از درمان (۲۶/۵۴)۴۸/۲۵و بعد از درمان (۲۳/۶۹)۶۴/۳۹ بود (P <۰/۰۰۰۱).

بیشترین کاهش در استفاده از راهبردهای سازگاری بعد از درمان نسبت به قبل از درمان در استفاده از راهبرد آرزومندی- خیالبافی نسبت به آینده(بیماری)، میانگین (انحراف معیار) قبل از درمان (۲۹/۹۱)۴۸/۳۸ و بعد از درمان (۲۵/۸۳) ۲۷/۶۸ (P <۰/۰۰۱) (جدول۲).

در بررسی رابطهٔ سازگاری کلی پس از درمان با عوامل دموگرافیک که با آزمون آماری t زوجی ANOVA انجام شد، هیچ رابطهٔ معنی‌داری وجود نداشت.

[2]. modified Radical Mastectomy (MRM)

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.3.6.7]

جدول ۲: مقایسهٔ سازگاری در ۷ زیر گروه سازگاری قبل و پس از درمان آزمون

	قبل از درمان	بعد از درمان	P.value
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	
سازگاری کلی	(۱۱/۴۲)۴۶/۳۷	(۹/۸۰)۵۱/۴۸	۰/۰۰۰۱
حمایت‌های اجتماعی	(۲۰/۷۱)۵۷/۴۰	(۱۸/۲۸)۶۵/۰۸	۰/۰۰۰۱
نگهداری احساسات	(۲۶/۵۵)۵۴/۳۸	(۲۳/۹۲)۴۷/۱۰	۰/۰۰۳
بازسازی مثبت	(۲۳/۹۷)۵۹/۰۹	(۲۱/۰۷)۷۰/۴۸	۰/۰۰۰۱
توجه به معنویات	(۵۳/۳۹)۸۳/۳۳	(۱۸/۰۹)۸۷/۵۷	۰/۰۴۱
فاصله از مشکل	(۲۰/۵۳)۴۵/۱۳	(۲۲/۹۴)۵۸/۶۵	۰/۰۰۰۱
ایجاد تغییرات	(۲۶/۵۴)۴۸/۲۵	(۲۳/۶۹)۶۴/۳۹	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

سازگاری با سرطان فرایندی است که در طول زمان انجام می‌شود[۵]. این سازگاری با تغییراتی در روش زندگی فرد همراه است که نیازمند برنامه‌ریزی می‌باشد. مطالعات مختلف نشان می‌دهد این برنامه‌ریزی‌ها باید باتوجه به موقعیت‌های جدید پیش‌آمده در زندگی باشد و در استفاده از راهبردهای مناسب سازگاری هدایتگر بیمار باشد[۶]. نتایج این مطالعه نیز نشان می‌دهد که بیماران به مرور زمان، استفادهٔ بیشتری از راهبردهای مختلف سازگاری داشتند خصوصاً استفادهٔ بیشتر از راهبرد ایجاد تغییرات در خود، نشانگر مداوم بودن روند سازگاری در این بیماران است. این مطالعه نشان می‌دهد پرکاربردترین روش سازگاری بیماران با سرطان پستان، راهبرد سازگاری معنوی است. مطالعات دیگر نیز نتایج مشابه داشتند[۳، ۴، ۱۰ و ۱۷]. احمد در مطالعهٔ خود از تجربیات بیماران نقل می‌کند که آنان تجربهٔ سرطان پستان را به زیبایی به‌عنوان یک هدیهٔ الهی توصیف می‌کنند. سرطان پستان موجب بیداری معنوی بیماران می‌شود به‌طوری‌که فاصلهٔ معنوی درک‌نشدهٔ خود را با خداوند حس کنند و پس از این تجربه خداوند را به‌عنوان تکیه‌گاهی مطمئن و منبع بی‌پایان یافتند. سرطان هدیه‌ای باارزش برای گذر از مادیات به معنویات است[۱۷].

نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از راهبرد سازگاری معنوی به‌طور مستمر و در هر مرحله افزون‌تر از قبل می‌باشد. بدین مفهوم که بیماران خواست الهی را بر خواست خود یا هرکس دیگری ارجح و خود را موظف به تسلیم به خواست خداوند می‌دانستند. این تسلیم بودن جهت جوانه‌زدن ایمان تازه‌ای در زندگیشان رخ داده که موجب افزایش بیداری و توجه به ابعاد ناشناختهٔ زندگی در آنان شده بود. این موضوع نشانگر ایمان عمیق قلبی زنان ایرانی به خداوند و نفوذ فرهنگ ارتباط با خداوند در زندگی و استفاده از آن به عنوان مهم‌ترین و مؤثرترین راهبرد سازگاری است. در مطالعات دیگر نیز اشاره می‌کنند که بیماری موجب شد دنیا را بهتر ببینیم [۱۸ و ۱۹].

در این مطالعه سازگاری معنوی، اجتماعی، بازسازی مجدد تفکر مثبت، فاصله گرفتن- جداشدن از مشکل و تغییر جهت به‌عنوان گروه‌های اصلی سازگاری محسوب می‌گردند که به‌طور مداوم در هر مرحله بیش از قبل مورد استفاده قرار گرفته بودند که این نتایج نیز با دیگر مطالعات همخوانی دارد[۱۰، ۱۱ و۱۷]. در مطالعهٔ دان‌هاور نیز راهبردهایی از قبیل بازسازی شناختی مجدد، جستجوی حمایت اجتماعی، سازگاری معنوی- مذهبی، تفکر امیدوارانه به آینده و ایجاد فاصله بین خود و بیماری از روش‌های اصلی و مورد استفاده در ایجاد سازگاری بودند[۱۹].

در این مطالعه روش ایجاد تغییرات در خود پس از معنویت پرکاربردترین راهبرد سازگاری می‌باشد که بیشتر پس از درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. در ابتدای تشخیص استفاده از راهبرد ایجاد تغییرات در خود برای بیماران به آسانی مقدور نبود ولی با گذشت زمان پذیرفتند یکی از راه‌های بهترزندگی‌کردن، ایجاد تغییراتی در خود است. این موضوع در مطالعات دیگر نیز آمده است که بیماران با ایجاد تغییرات در خود به سازگاری با بیماری پرداخته‌اند[۲۲ و ۲۷]. در افراد مذهبی توجه به معنویات

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.3.6.7]

موجب بازسازی شناختی و درنتیجه ایجاد تغییرات در افراد برای رسیدن به تابلوی جدید ایجادشده از زندگی می‌گردد[۳، ۱۰ و ۱۷].

جستجوی حمایت اجتماعی یکی از راهبردهای اساسی سازگاری است و مطالعات از جهات مختلف به بررسی آن پرداخته‌اند که با تمرکز بر حل مشکل (مسئله) و یا تمرکز بر هیجان‌مداری و حتی بازسازی شناختی مورد استفاده بوده است. مطالعات دیگر نشان داده‌اند حمایت اجتماعی یکی از راهبردهای اصلی در سازگاری با مشکلات از جمله سرطان پستان می‌باشد[۷، ۹، ۲۲ و ۲۳].

نتایج مطالعهٔ اخیر نشان داد جستجوی حمایت اجتماعی یکی از راهبردهای مهم مورد استفادهٔ بیماران بود که در هر دومرحله به میزان زیادی از آن استفاده شده بود البته در ابتدای درمان بیشتر مربوط به استفاده از مشاوره و خدمات تخصصی و کمتر مربوط به ابراز احساسات و جستجوی حمایت‌های سایرین بود ولی با پیشرفت درمان و گذشت زمان استفاده از کمک سایرین و حتی سایر بیماران برای آنان جنبهٔ عمومی‌تری پیدا کرد.

مطالعهٔ دراجست نیز نتایج مشابهی نشان داد مبنی براینکه راهبردهای متمرکز بر هیجانات، پیوستگی بیشتری با حمایت‌های اجتماعی دارند[۲۴]. این مطالعه نشان داد استفاده از راهبرد نگهداری احساسات و پنهان کردن مشکل از دیگران بلافاصله بعد از تشخیص، بیشتر و در بررسی شش ماه بعد به‌طور معنی‌داری نسبت به ابتدای درمان، کمتر بود. همان‌طورکه سایر مطالعات نشان می‌دهند، استفاده از روش‌های ناکارآمد برای سازگاری به‌طور منفی در مراحل اولیهٔ بیماری استفاده می‌شود [۹، ۱۹،۲۱، ۲۵ و۲۶] که با نتایج مطالعهٔ حاضر نیز همخوانی دارد.

در این مطالعه همچنین از راهبرد بازسازی شناختی مثبت استفاده شده بود. در ابتدای تشخیص نیمی از افراد، ابتلا به این بیماری را مانند یک نبرد می‌دیدند که می‌خواستند پیروز میدان باشند. در بررسی شش ماه نیز میزان استفاده از این راهبرد بیشتر شد. خوش‌بینی و بازسازی مجدد یک استراتژی طولانی‌مدت است که بعضی افراد این روش را برای تمام عمر خود انتخاب می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد افراد خوش‌بین که در زندگی جنبه‌های مثبت مسائل را به‌سرعت پیدا می‌کنند و بر آن تمرکز می‌کنند، بهتر می‌توانند از راهبرد بازسازی شناختی مثبت استفاده کنند. چنانچه از این روش استفاده شود به‌صورت یک قاعدهٔ کلی در زندگی فرد جاری است [۲۱ و ۲۷].

در این مطالعه در مرحلهٔ اول استفاده از راهبرد خیالبافی بیشتر از مرحلهٔ دوم بود. آنان با اینکه مطمئن بودند مبتلا به سرطان پستان شده‌اند باز هم آرزو می‌کردند به طریقی مشکل حل شود. مثلاً آرزو می‌کردند این تشخیص غلط باشد و یا اینکه شاید خواب باشد که هر لحظه بیدار شوند و هیچ مشکلی نداشته باشند. در بررسی پس از ۶ ماه، استفاده از این راهبرد خیلی کمتر بود. پس از گذشت چند ماه با پذیرش بیماری، بیماران راه‌های حل مسئله را پیدا می‌کنند و کمتر از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌نمایند[۲۱]. در این مطالعه می‌بینیم که کمتر از ۳۰ درصد بیماران به خیال‌پردازی در مورد بیماری می‌پرداختند. همانگونه که مطالعات قبلی نشان می‌دهد، آرزومندی و خیالپردازی‌های ذهنی در مراحل اولیه زاییدهٔ ناباوری است ولی به مرور زمان کمرنگ می‌شود و جای خود را به راهبردهای مسئله‌مدار می‌دهد[۷]. در مطالعات دیگر نیز بیماران افکار آرزومندانه را استفاده کرده‌اند [۱۰، ۱۹ و ۲۸].

در مطالعات دیگر فاصله‌گرفتن از مشکل، یکی از پرکاربردترین راهبردهای استفاده شده در بیماران سرطانی بود[۱۹، ۲۵، ۲۹ و۳۰]. در این مطالعه فاصله گرفتن از بیماری در ابتدا برای بیمار مشکل بود ولی به مرور زمان و با پذیرش عقلانی بیماری به‌طور معنی‌داری بیشتر شد و بیماران موفق به استفادهٔ بیشتر از این روش شدند.

عوامل جمعیتی با راهبردهای سازگاری در این مطالعه در سطح خطای α برابر ۰/۰۵ ارتباط معنی‌داری نداشتند. مطالعات دیگری نیز این نتایج را نشان داده‌اند که شغل، وضعیت تأهل و سطوح مختلف تحصیلات با سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ معنی‌داری نداشتند [۱۰، ۲۴ و ۳۱].

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد تنها راهبردی که نزدیک به ۱۰۰ درصد بیماران از آن استفاده کرده‌بودند، معنویت و تازه شدن ایمان مذهبی بود. اگرچه این موضوع در اکثر منابع دیده شده است، ولی اینکه در هردو مرحله بعد از تشخیص و بعد از درمان از قوی‌ترین و مؤثرترین راهبردهای سازگاری جمعیت مورد مطالعه می‌باشد، اهمیت این موضوع را دو چندان می‌کند. بعد از معنویت

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.3.6.7]

بیشترین راهبردهای سازگاری که توسط بیماران استفاده شده‌اند عبارت‌اند از: جستجوی حمایت اجتماعی، بازسازی شناختی، ایجاد فاصله با بیماری و ایجاد تغییرات در جهت حل مشکل. از بین راهبردهای استفاده شدهٔ قبل از درمان، معنویت بیشترین کاربرد را دارد و در مقایسهٔ راهبردهای قبل و بعد از درمان، بیشترین افزایش در استفاده از روش ایجاد تغییرات در خود پس از درمان و بیشترین کاهش در استفاده از روش خیالبافی پس از درمان بود.

بنابراین پیشنهاد می‌گردد با انجام پژوهش‌های گسترده‌تر، بُعد معنویت و اجزای آن به تفکیک مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان راهکارهای مناسبی برای دست‌یابی به اجزای این راهبرد و عوامل مؤثر بر آن برای مراقبت‌های ضروری از بیماران مبتلا به سرطان پستان پیشنهاد کرد.

انجام پژوهش‌های وسیع‌تر در مورد هریک از زیرگروه‌های سازگاری مخصوصاً ایجاد تغییرات، بازسازی شناختی و حمایت‌های اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن‌ها می‌تواند مسیر ارائهٔ خدمت به بیماران را هموارتر نماید. از دیگرسوی با انجام پژوهش‌های وسیع می‌توان سایر الگوهای مؤثر در سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان و عوامل مؤثر بر آن‌ها را جستجو و کشف کرد تا بتوان بر پایهٔ آن تداخل سودمندی برای افزایش بقاء و کیفیت زندگی بیماران برنامه‌ریزی و اجرا نمود.

از محدودیت‌های این مطالعه انجام آن در یک مرکز است. البته مرکز بیماری‌های پستان مرجع بیماران مبتلا به سرطان پستان است ولی با این حال شاید از نظر تعمیم‌پذیری محدودیتی محسوب گردد که توصیه می‌شود این‌گونه مطالعات، چندمرکزی و با وسعت بیشتری انجام شود. از نقاط قوت مطالعه این است که بیماران با درصد تقریباً برابر در دوگروه جراحی ماستکتومی و جراحی محافظه‌کارانه شرکت داشتند و همچنین سعی شد بیماران شرکت‌کننده در مطالعه از هر ۳ مرحلهٔ بیماری به‌طور برابر باشند که این موضوع رعایت شد.

تشکر و قدردانی

در اجرای طرح تحقیقاتی و تهیهٔ این مقاله از اعتبارات جهاد دانشگاهی استفاده شده است. همچنین نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری سرکار خانم لیلا حیدری و فاطمهٔ حاجی‌ملاحسینی که در جمع‌آوری اطلاعات همکاری شایسته‌ای داشتند، نهایت سپاسگزاری را بنمایند.

References

1. Ministry of Health and Medical Education. Health Deputy. Cancer Control Office. Iranian Annual of National Cancer Registration Report. Islamic Republic of Iran: Cancer Control Office 2005.
2. Vargen OM, Bertero CM. Living with breast cancer. Cancer nursing 2007; 30: 417-78.
3. Taleghani F, ParsaYekta Z, Nikbakht Nasrabadi A. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. Journal of Advanced Nursing 2006; 54; 3: 265-73.
4. Montazeri A, Sajadian A. A project Survivors' point of view after breast cancer. ACECR Academic center for Education, culture and research, ICBC 1384.
5. Kneier A, Rosenbaum E, Rosenbaum IR. Cancer coping strategies. www.Cancersupportivecare.com
6. Kyngas H, Mikkon R, Nousiainen EN. Coping With the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. European J cancer care 2000; 10: 6-11.
7. Koopman CH, Angell K, Turner C, Kreshka MA, Donnelly P. Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. The Breast Journal 2001; 1: 25-33.
8. Lazarus RS. coping theory and research: past, present, and future. Psychomatic Medicine 1993; 55: 234-47.
9. Boehmke MM, Dickerson SS. The diagnosis of breast cancer. Transition from health to illness. Oncol Nurs Forum 2006; 33: 1121-7.
10. Al-Azri M, Al-Awisi H, Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer-literature review and implications for developing countries. Breast Journal 2009; 15(6): 615-22.
11. Harandy TF, Ghofranipour F, Montazeri A, Anoosheh M, Bazargan M. Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? Health Care for Women Internal 2010; 31: 88-98.
12. Taleghani F, ParsaYekta Z, Nikbakht Nasrabadi A, kappeli S. Adjustment process in

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.3.6.7]

Iranian women with breast cancer ". Cancer Nursing 2008; 31; (3): 32-40.
13. Finset A, Steine S, Haugli L, Steen E, Laerum E. The brief Approach /Avoidance coping questionnaire: development and validation. Psychology, Health& Medicine 2002; 7(1): 75-85.
14. Moorey S, frampton M, Greer S. The cancer coping questionnaire: A self- rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. Psycho-Oncology 2003; 12; 331-44.
15. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi E, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health Qual Life Outcome 2003; 1; 14-9.
16. Hjorleifsdottir E, Hallberg IR, Bolmsjö IA, Gunnarsdottir ED. Distress and coping in cancer patients: feasibility of the Icelandic version of BSI 18 and the WOC-CA questionnaires. European Journal of Cancer Care 2008; 15: 80–9.
17. Ahmad F, BintiMuhammad M, Abdullah AA. Religion and Spirtuality in coping with advanced breast cancer: perspective Form Malaysian. Muslims women. J Relig Health 2010; DoI, 10. 1007/s 10943.
18. Banning M, HafeezhFaisal S, Hassan M, Zafar A. The impact of culture and Sociological issues on Muslim patients with breast cancer in Pakistan. Cancer Nurs 2009; 32(4): 317-24.
19. Danhauauer SC, Crawford SL, Former DF, Avio NE. A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer 2009; 32(4): 371-9.
20. Howseplan BA, Merluzzi TV. Religious beliefs social support, self-efficacy and adjustment to cancer. Psycho- Oncology 2009; 18:1069-79.
21. Carr A. Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths. 2004, first edition. Routledge.
22. Manuel JC, Burwell SR, Crawford SI. Younger women's perceptions of coping with Breast cancer. Cancer Nurs 2007; 30: 85-94.
23. Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. Cancer Nursing. 2007; 30(6): 498-504.
24. Dregeset S, Lindstrom T. Coping with a possible breast cancer diagnosis; demographic factors and social support. Journal of Advanced Nursing 2005; 51; 3: 217-26.
25. Anagnostopoulos F, Vaslamatzis G, Markidis M. Coping strategies of women with breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. Psychother Psychosom 2004; 73: 43–52.
26. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. Ann Oncol 2005; 16: 805-16.
27. Zhang J, Gao W, Wang P, Zhonghui WU. Ralationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. Chinese Medical Journal 2010; 123(17): 2331-5.
28. Kim HS, Yeom HA, Seo YS, Kim Nch, yooy S. Stress and coping strategies of patients with cancer. Cancer Nursing 2002; 25(6): 425-31.
29. Lambert VA. Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the people's Republic of china. Nurs Health Sci 2007; 9: 199-204.
30- Lauver DR, Connolly–Nelson k, Vang P, Stressors and coping strategies among female cancer survivors after Treatments. Cancer Nurs 2007; 30: 101-11.
31. Moor JS, Partridge AH, Winer EP, Ligibel J, Emmons KM. The Role of Socio-economic Status in Adjustment After Ductal Carcinoma In Situ. Cancer 2010; 116(5): 1218–25.
32. Heim E, Valach L, Schaffner L. Coping and psychosocial adaptation longitudinal effects over times and stages in breast cancer. Psychosomatic Medicine 1997; 59: 408-18.
33. Reynolds P, Hurley S, Torres M, Jackson J, Boyd P, Chen VW. Use of coping strategic and breast cancer survival: results from the Black/White cancer survival study. American Journal of Epidemiology 2000; 152: 940-9.
34. Carver CS, Pozo C, Harris SD. How coping mediates the effect, of optimism on distress: a Study of women with early stage breast cancer. J Pers SOC Psychol 1993; 65: 375-60.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.3.6.7]