مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال هفتم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۳

ویژگی‌های روان‌شناختی و امید به آینده در زنان مبتلا به سرطان پستان

مریم سروش: گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، ایران
الهه حجازی[*]: گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، ایران
مهرانگیز شعاع‌کاظمی: گروه مطالعات زنان و خانواده، دانشگاه الزهرا، ایران
لعبت گرانپایه: گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان است که باعث بروز اضطراب، افسردگی، ناامیدی و خشم در مبتلایان می‌شود. هدف پژوهش حاضر شناسایی ویژگی‌های روان‌شناختی و امید زنان مبتلا به سرطان پستان است.

روش بررسی: دراین مطالعه کیفی با استفاده از روش نمونه‌گیری نظری ۲۰ زن مراجعه‌کننده به یکی از مراکز درمانی شهر تهران در سال۱۳۹۲ که مبتلا به سرطان پستان بودند، انتخاب و به صورت انفرادی مورد مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک روش پدیدارشناختی و کدگذاری متون حاصل از مصاحبه‌ها انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش ویژگی‌های روان‌شناختی زنان مبتلا و امید زنان مبتلا نسبت به آینده شامل امید به آینده و اهداف و تصمیمات جدید دسته‌بندی شده است.

نتیجه‌گیری: برخی افراد مبتلا پس از انجام درمان‌ها ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت مانند برون‌گرایی، اجتماعی بودن، صمیمیت، نوع‌دوستی، انعطاف‌پذیری، معنویت‌گرایی، مثبت‌اندیشی و برخی دیگر ویژگی‌های منفی مانند اضطراب، تنهایی، افسردگی، غم، خشم و ناامیدی را بروز می‌دهند. همچنین اکثریت این زنان به آینده امیدوار نیستند، تفکر عامل در آنان ضعیف بوده و انگیزه‌ای برای هدف‌گذاری و شناخت مسیرهای دست‌یابی به این اهداف ندارند.

واژه‌های کلیدی: ویژگی روان‌شناختی، امید، سرطان پستان.

[*] نشانی نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه چمران، خیابان جلال آل احمد، روبروی کوی نصر، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران ،الهه حجازی.
پست الکترونیک: ehejazi@ut.ac.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است (۱). در طول چهار دهه اخیر، افزایش میزان بروز سرطان پستان، آن را در زمره بیشترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار داده است و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از همتایانشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). تشخیص و درمان سرطان پستان، منجر به تغییر عملکرد جنسی، تصویر خود منفی، مشکلات ارتباطی و از دست دادن لیبیدو می‌گردد و بدین طریق اثرات مهمی بر بهزیستی افراد می‌گذارد. همچنین ریزش مو، افزایش وزن، خستگی، محدودیت حرکت شانه، درد، عفونت شدید زخم، تغییر حس پوست در ناحیه جراحی شده و خشکی پوست از دیگر آثار جسمانی درمان سرطان پستان است (۳).

زمانی که زنی مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می‌شود، تغییراتی در جنبه‌های مختلف زندگی او رخ می‌دهد. بدن با روش‌های هجومی و اثرات جانبی درمان روبه رو می‌گردد، ذهن می‌فهمد که چه اتفاقی برای بدن افتاده است و احساسات برای سازگاری با این بیماری کشنده برانگیخته می‌گردد. بعد از چندین دهه، افزایشی در نرخ بقای زنان مبتلا دیده شده است. در نتیجه افزایش بقای مبتلایان، نگرانی‌ها درباره عملکرد اجتماعی، هیجانی و شناختی هم بیشتر شده است (۴). جراحی‌های پستان منجربه بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد. روش‌های جراحی روی ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی- اجتماعی زن همچون هویت، اعتماد، خلق، تمایلات جنسی، رضایت از خود و کیفیت زندگی اثر می‌گذارد (۵). مشکلات تصویر بدن همراه با استرس، افسردگی، کناره‌گیری از روابط اجتماعی و اضطراب عدم پذیرش از سوی همسر می‌باشد. ترس از عدم پذیرش و جذابیت از دید همسر و افراد مهم زندگی، نگرانی مهم و عمده زنان دچار مشکلات تصویر بدنی است. آنها خود را با پیش از ابتلا به بیماری و درمان‌های آن مقایسه می‌کنند و درنتیجه احساس ناکامی، افسردگی و اضطراب آنها افزایش می‌یابد (۶). در برخی بیماران علاوه بر علایم عمومی اضطراب مانند ترس، دلهره، لرزش دست، تنگی نفس، احساس گیرکردن چیزی در گلو و تپش قلب علایم دیگری مانند فکر کردن مداوم به بیماری و احساس بازگشت بیماری نیز دیده می‌شوند (۷). اضطراب درمان نشده می‌تواند به مشکلاتی در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف و کیفیت زندگی مختل شده منجر شود (۸).

پژوهشی نشان داد که یک سال بعد از ماستکتومی ۱۸٪ بیماران از افسردگی سطحی و ۵٪ آنها از افسردگی عمده رنج می‌برند (۹). افرادی هم که نگرش منفی به جسم خود دارند یا دچار اعتماد به نفس پایینی هستند به احتمال بیشتری از افسردگی، کمبود اعتماد به نفس و وسواس رنج می‌برند (۱۰). مهری‌نژاد، خسروانی شریعتی و حسینی آباد شاپوری (۱۳۸۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که زنان مبتلا به سرطان سینه میزان بیشتری از تنیدگی را احساس می‌نمایند و در ضمن نوع این تنیدگی‌ها نیز متفاوت از زنان سالم است. در مورد حوادث مشترک نیز زنان دارای سرطان، فراوانی و میانگین تنیدگی بیشتری را نسبت به افراد سالم تجربه نموده‌اند. به این معنا که زنان بیمار حوادث را بسیار تهدیدکننده‌تر می‌پندارند و در ضمن، آنان مشاجره با همسر و مرگ اعضای خانواده را نیز بیشتر تجربه نموده‌اند (۱۱).

بعد از بروز بیماری، امید به زندگی در بیماران به طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند. همین عامل باعث می‌شود تا آنها نسبت به درمان خود توجه کافی نشان نداده و دستورات پزشکان را چندان جدی نگیرند؛ آنان برای بهبودی تلاش زیادی نکرده و در حقیقت خودشان با این کار وضعیت سلامتی خود را بدتر می‌کنند (۱۲). بین بیمارانی که درمان سرطان را تجربه می‌کنند اما پس از آن هیچ نشانه‌ای از بیماری باقی نمی‌ماند و آنهایی که با حقیقت عود سرطان سازگار شده‌اند و درمان‌های بعدی را نیز تحمل می‌کنند، تفاوت‌هایی وجود دارد. بیماران با عود سرطان، تغییراتی را متحمل می‌شوند که آنها را نسبت به بهبودی ناامید و به روش‌های درمانی نیز بدگمان و بی‌اعتماد می‌سازد. حس ناامیدی یا فقدان کنترل، اثرات منفی شدیدی بر رفتار، خلق و فیزیولوژی می‌گذارد (۱۳). این در حالی است که فرد امیدوار در تسلط بر امور زندگی خود را توانا می‌داند، توانایی کنترل استرس و احساسات منفی را دارد و شرایط زندگی را نیز قابل تغییر می‌یابد، بنابراین او خواهان زندگی کردن است چراکه آینده را خوب می‌داند (۱۴).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

افراد امیدوار بیشتر برحل مشکل خود متمرکز شده و به احتمال بیشتری رفتارهای غربال‌گری[1] سرطان مانند ماموگرافی[2] را انجام می‌دهند. از سوی دیگر در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و تطابق بیشتری را نشان داده و در مراحل درمان نیز در تحمل درمان‌ها و عوارض مختلف آنها مثل ریزش مو، اضافه وزن، خستگی، حالت تهوع و... مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. البته حتی در صورت عدم امکان درمان و بهبودی، بیمار امیدوار سعی می‌کند اهداف جدید مانند صرف وقت بیشتر با خانواده را انتخاب کند و به نوعی از فرصت باقیمانده بهره بهتری ببرد (۱۵). در تحقیقات بر لزوم افزایش امید و تأثیر آن بر کیفیت کلی زندگی مبتلایان به سرطان پستان توجه شده‌است. چنان‌که در پژوهش منعمی مطلق و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی اثربخشی روان‌درمانی چهار عاملی (آگاهی افزایی، امید، ایجاد رابطه درمانی مناسب و نظم‌بخشی رفتار) بر ارتقا کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته شد. نتایج بیانگر تفاوت معنادار گروه آزمایش در مقیاس کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های سلامت عمومی، عملکرد هیجانی، عملکرد جنسی و کاهش علایم است و بدین ترتیب می‌توان بیان کرد که روان‌درمانی چهار عاملی به عنوان یکی از درمان‌های مشاوره‌ای و حمایتی در افزایش سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار است. البته این روش درمانی در بهبود زیرمقیاس‌های عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، تصویر بدنی و عوارض جانبی درمان سرطان پستان مؤثر نبوده است. به علاوه با افزایش امید به بهبودی و درمان، کیفیت زندگی مبتلایان نیز بالا رفته است (۱۶).

یافته‌های تحقیق پورغزنین و همکاران (۱۳۸۲) بیانگر اینست که مبتلایان به سرطان مواردی همچون خداوند، خانواده، رفتار و سخنان امیدبخش پزشک و پرستاران، نداشتن مشکل جسمی و مالی را به عنوان منابع امیدبخش بیان کردند. عواملی مانند طی کردن یک برنامه کامل درمانی، حمایت اجتماعی و باورهای دینی تأثیر معنی‌داری بر سطح امید دارند. اما وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سن، جنس، ایجاد تغییرات ظاهری ناشی از درمان، فاصله شروع مشکلات تا تشخیص بیماری توسط پزشک و شغل تأثیر معنی‌داری بر امید ندارد. با تقویت باورهای دینی، حمایت اجتماعی، توضیح اهمیت امید برای بیماران و پذیرش برون‌فکنی‌های آنان، آگاهی پرستاران از منابع امید بخش در بیماران و تقویت این منابع، آگاهی از مشکلاتی که باعث ناامیدی در آنان می‌شود (مانند مشکلات مالی و ترس از آینده) و نیز کمک به تعدیل این مشکلات می‌توان باعث ارتقا سطح امید در بیماران مبتلا به سرطان شد. این اقدام‌ها علاوه بر افزایش طول عمر، همکاری فعالانه بیمار برای انجام درمان‌ها، پذیرش آموزش‌های لازم برای برنامه خودمراقبتی و مقابله مؤثر با بیماری را به دنبال خواهد داشت (۱۷).

کانکل، چن و اکانللا (۲۰۰۲) مطرح کردند که زنان مبتلا به سرطان پستان علاوه بر بیماری، با تغییراتی در زنانگی، تمایلات جنسی و باروری هم روبه‌رو می‌شوند. آنها باید در تصمیم‌گیری برای انتخاب روش‌های درمانی مشارکت‌کنند و همچنین مسئولیت بیشتری در سراسر دوره‌ی درمان داشته باشند که البته این موقعیت برای برخی استرس‌آور است و می‌توانند از خدمات مشاوره‌ای بهره‌مند شوند. حمایت از بیمار برای درمان و ارتباط بین بیمار، پزشک و خانواده تعیین‌کننده‌ترین عامل در رویارویی با روش‌های درمانی چندوجهی و هجومی می‌باشد (۱۸). شاهد آن هستیم که پیامدهای تشخیص و درمان سرطان پستان در ابعاد گوناگون زندگی زنان نمود پیدا می‌کند و علاوه بر بعد جسمی، سلامت روانی آنان را نیز به مخاطره می‌اندازد. برخی بیماران مشکلات روانی ازجمله اضطراب، افسردگی، خشم، نگرانی و ناامیدی را تجربه می‌کنند.

مداخلات روان‌شناختی با کاهش تنش‌های روانی، افزایش امید به بهبودی وگسترش روابط و فعالیت‌های اجتماعی به دنبال ارتقای سلامت روان این افراد می‌باشند. چراکه در صورت بهبودی جسم، اگر روح و روان دستخوش تنش و آسیب باشد، نمی‌توان از سلامت کلی در آنان سخن گفت. شیوع بالا و سن پایین بروز سرطان پستان در ایران ضرورت توجه به آن را چندین برابر می‌کند، این در حالی است که اگرچه در علوم پزشکی سرطان پستان مورد توجه قرار گرفته و به پیشرفت‌های بسیاری نیز در تشخیص و درمان آن دست یافته است. اما درباره اثرات روان‌شناختی این بیماری به خصوص تأثیر آن بر ویژگی‌های روانشناختی و امید در مبتلایان، پژوهش‌های کیفی اندکی در ایران صورت گرفته است که لزوم پرداختن بیشتر به اثرات این نوع سرطان را نشان می‌دهد.

[1] Screening

[2] Mammography

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

بنابراین می‌توان با شناخت و درک عمیق‌تر از چگونگی ویژگی‌های روان‌شناختی و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان، گام‌هایی را برای افزایش سازگاری آنان با شرایط جدید زندگی برداشت. طبعاً این درک و آگاهی عمیق با کمک تحقیقی به دست می‌آید که مستقیماً با افراد تجربه‌کننده روبه‌رو شود و دیدی همه جانبه و کلی پیرامون ادراکات، تصورات و احساسات آنان به دست بیاورد. بایستی توجه داشت که زنان در درون سیستم خانواده عنصری مهم تلقی می‌شوند، به تبع کاهش سلامت روانی و جسمانی آنان تأثیرات سوئی بر کل اعضای خانواده خواهد گذاشت و با ابتلای آنان به سرطان، کل سیستم دچار ازهم‌گسیختگی و اختلال می‌گردد، از این رو نیاز به انجام پژوهشی کیفی احساس شد.

سؤالات کلی پژوهش:

ویژگی‌های روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از انجام انواع درمان‌ها کدامند؟

امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به آینده چگونه است؟

مواد و روش‌ها

در این پژوهش کیفی به منظور شناخت ویژگی‌های روانشناختی و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان از روش پدیدارشناسی[۳] استفاده شده است. با این روش پژوهشگر توانست به دنیای زندگی زنان وارد شده و احساسات، ادراکات و تصورات ایشان را درباره پدیده موردنظر کشف کند. بدین ترتیب نقاط مشترک تجربیات آنان پدیدار شد. محقق سعی کرد ذهنیت‌ها و تصورات قبلی خود را رها کرده و از هرگونه پیش‌داوری خودداری کند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به یکی از مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بود. برای انتخاب افراد نمونه، با چندین جراح و متخصص بیماری‌های پستان تماس تلفنی برقرار شد. از بین این افراد یکی از جراحان حاضر به همکاری شد و نمونه مورد نظر از بین بیماران این پزشک انتخاب گردید. بدین ترتیب افراد نمونه را کسانی تشکیل می‌دادند که ۱۰ ماه تا ۵ سال از زمان جراحی ایشان گذشته بود، در زمان جراحی در دامنه سنی بین ۵۵ تا ۳۰ سال بودند، همچنین جراحی به صورت برداشت کل یا بخشی از یک و یا هر دو پستان بوده است. البته بنابه نظر پزشکان متخصص اکثر این افراد، دوره شیمی‌درمانی و پرتودرمانی هم گذرانده بودند.

در انتخاب افراد نمونه به همگونی نمونه از نظر سیر درمان و زمان ابتلا توجه شد تا تفسیر نتایج دقیق‌تر باشد، البته از لحاظ تحصیلی، شغلی و منطقه سکونت با طیف نسبتاً متنوعی از افراد مصاحبه شد؛ چراکه بهتر است افراد مورد مصاحبه تا حد ممکن ناهمگن انتخاب شوند تا از یکنواختی پاسخ‌ها جلوگیری شده و بتوان به مفاهیم متنوعی دست یافت. بنابراین ۲۰ زن مبتلا به سرطان پستان به روش نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند، و به صورت انفرادی مورد مصاحبه قرار گرفتند. جراحی ۱۳ نفر از این افراد به صورت برداشت کل پستان و ۷ نفر برداشت بخشی از پستان بوده است. برای محقق بررسی وضعیت فعلی بیماران مهم بوده و فاصله زمان مصاحبه تا آخرین درمان بیمار را مدنظر قرار نداده بود. به جهت اینکه محقق می‌بایست حجم نمونه مورد نظر برای پژوهش کیفی را تأمین کند و از طرفی رضایت آزمودنی‌ها نیز برای او بسیار اهمیت داشت، از بین افراد مبتلا کسانی انتخاب شدند که ۱۰ ماه تا ۵ سال از زمان جراحی ایشان گذشته بود. البته این افراد دوره عود نداشته و اولین سیر درمانی خود را طی کرده‌اند.

ابزار مورد استفاده در پژوهش

در این تحقیق از تکنیک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته[۴] و مشاهده برای گردآوری اطلاعات استفاده شده است. مصاحبه نیمه ساختاریافته با استفاده از فهرستی از سؤالات که باید در یک توالی خاص پرسیده شوند، تحت عنوان راهنمای مصاحبه[۵] انجام می‌گیرد (۱۹). ضمناً گاهی باید موضوعات خاصی از طریق مشاهده مورد توصیف و تحلیل قرار گیرد. اگر مصاحبه شوندگان از اظهارنظر واقعی خود در مورد بسیاری از مسایل امتناع کنند، می‌توان با مشاهده‌ی رفتار آنها اطلاعات تکمیلی را به دست آورد. نکته مهم، هدفمند بودن مشاهده است که آن را تبدیل به مشاهده‌ی علمی می‌کند (۲۰). در پژوهش حاضر، داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با توجه به وضعیت کلی زنان مبتلا به سرطان پستان جمع‌آوری شد. بدین

[۳] Phenomenology

[۴] Semi -structured

[۵] Self interview

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

صورت که مصاحبه‌ها در یک بازه زمانی چهار ماهه درمطب یکی از پزشکان جراح عمومی در شهر تهران انجام شد و پس از ۲۰ مصاحبه اشباع نظری حاصل گردید، بدین معنی که پاسخ‌ها تکرار شدند و مطالب جدیدی مطرح نشد. ضمناً در ابتدای هر مصاحبه درباره‌ی محرمانه ماندن مباحث مطرح شده و نیز بهره‌گیری از مصاحبه‌ها برای انجام کار پژوهشی توضیح داده شد. مصاحبه‌ها تقریباً در فاصله زمانی ۵۰ – ۲۵ دقیقه و توسط یک نفر انجام گرفته است (به دلیل شرایط روانی و جسمانی برخی مشارکت‌کنندگان انجام مصاحبه طولانی امکان‌پذیر نبود). ۱۹ مصاحبه 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 و ... آغاز شد و در ادامه سؤالاتی مطرح گردید. اگرچه سؤالات از قبل مشخص شده و مورد تأیید اساتید قرار گرفته بود، اما توالی این پرسش‌ها برای همه مشارکت‌کنندگان یکسان نبود و باتوجه به فرایند مصاحبه و پاسخ‌های افراد مطرح می‌شدند. در ضمن به مشاهده حالات چهره و واکنش‌های هیجانی افراد در جریان مصاحبه پرداخته شد.

برای تحلیل مصاحبه‌ها ابتدا تمامی مصاحبه‌های ضبط شده به صورت متن نوشته می‌شوند، پس از مطالعه سطر به سطر مصاحبه‌ها، مفاهیم موردنظر از پاسخ هر سؤال استخراج شد. برای مثال مفاهیم اصلی پاسخ سؤال ۱۰ در همه مصاحبه‌ها با ذکر گفته‌های افراد کنار هم قرار داده شد. در مرحله بعد بیشترین فراوانی پاسخ‌ها در هر سؤال مشخص شد. از کنار هم گذاشتن مفاهیم اصلی، براساس شباهت‌ها و اشتراکات، مقولات محوری به دست آمد.

یافته‌ها

از میان افراد نمونه ۱۷ نفر متأهل، یک نفر مجرد و ۲ نفر نیز مطلقه و بیوه بودند. ۹ نفر از این افراد دارای مدرک دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم، ۳ نفر کارشناسی، ۲ نفر کارشناسی ارشد و ۳ نفر نیز زیر دیپلم بودند. در ضمن ۵ نفر از اینان خانه‌دار و ۱۵ نفر هم شاغل بودند.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها دو مفهوم ویژگی‌های روان‌شناختی زنان مبتلا و امید زنان مبتلا نسبت به آینده استخراج گردید. امید زنان مبتلا نیز به دو بخش امید به آینده و اهداف و تصمیمات جدید تقسیم می‌شود. پس از توضیح مفصل درباره هر محور، جملات و گفته‌های افراد نیز ذکر می‌شود.

۱.ویژگی‌های روان‌شناختی زنان مبتلا

افراد مبتلا پس از انجام درمان‌ها، احساسات منفی مانند غم، خشم، اضطراب، شرم، تنهایی، افسردگی و ناامیدی را تجربه می‌کنند و دارای باورهای غیرمنطقی هستند که منجر به سازش ضعیف با شرایط استرس‌زای بیماری می‌گردد. آنان گرفتار حالات نوروتیک یا عصبی می‌باشند و به دلیل تغییرات ظاهری، در موقعیت‌های بین فردی راحت نیستند. اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند و تمایلی به برقراری روابط با دیگران ندارند. احساس درماندگی و ناامیدی سبب بروز خشم و عصبانیت می‌شود که معمولاً این خشم به سوی اعضای خانواده (همسر و فرزندان) ابراز می‌شود و آثار سویی را برای خانواده به دنبال خواهد داشت. برای مثال خانم «م» می‌گوید: «خیلی سخت است. اوایل خیلی گریه می‌کردم و اشک می‌ریختم. الان هم که توضیح می‌دهم، برایم سخت است (بغض شدید مانع سخن گفتن او می‌گردد)...». خانم«و» بیان می‌کند «خیلی ناامید شده بودم... اوایل خیلی افسرده شدم و خیلی ناراحت بودم... نقص عضو خیلی سخت است».

افراد مبتلا با ویژگی برون‌گرایی، افرادی اجتماعی هستند که دوستدار دیگران بوده و تمایل به شرکت در اجتماعات و مهمانی‌ها را دارند. آنان پرانرژی، فعال، صمیمی، اهل گفتگو و حراف هستند. به آسانی با دیگران ارتباط برقرار کرده و از بودن با آنان لذت می‌برند. تمایل به تجربه هیجانات مثبت مانند لذت و شادی سبب می‌گردد که به عنوان افرادی خنده‌رو و شوخ‌طبع شناخته شوند. افراد دارای این ویژگی پس از انجام درمان‌ها، از جامعه و دیگران جدا نمی‌شوند. آنان در زندگی پرتحرک خود همیشه مشغول فعالیت‌اند، بنابراین فرصت چندانی برای مرور خاطرات تلخ و رنج‌آور بیماری ندارند.

افراد دارای قدرت پذیرش بالا نسبت بیماری، از ویژگی انعطاف‌پذیری برخوردارند و نسبت به تجربیات مختلف باز هستند. وقتی آنان در معرض موقعیت بحرانی همچون دوره‌های درمانی مختلف قرار می‌گیرند، با پذیرش، سعی در کاهش رنج و اضطراب خود دارند. برخی دیگر با تجربه سرطان، به دنبال برقراری ارتباط بهتر و نزدیک‌تر با خداوند هستند. آنان با انجام اعمال دینی مانند قرآن

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

خواندن سعی در حفظ آرامش خود دارند. یکی از دلایل این مسئله احساس نزدیکی به مرگ است. برخی از افراد مبتلا با برقراری روابط دوستانه، شرایط بیماری سرطان پستان و نحوه پیشگیری از آن را به اطلاع دیگران می‌رسانند. آنان مشتاق کمک به افراد نیازمندند، توجه فعالی به دیگران دارند، نوع دوست هستند و با افراد بیمار همدردی می‌کنند. برای نمونه خانم«ع» می‌گوید: «همه می‌گفتند نگو این مریضی را داری، بد است که بگویی. چون در جامعه روی این مسئله حتی روی اسمش هم حساسند ... ولی من به همه می‌گفتم. به دوستانم هم می‌گویم بروید و معاینه پزشکی شوید، چون معتقدم که اگر پیگیری کنند، بهتر است».

خانم«ر» می‌گوید: «با همه وضعیتی هم که داشتم در دوره شیمی‌درمانی هم سه تا سفر رفتم. با همه بی‌حالی سفرهایم را می‌رفتم، سفرهای دو یا سه روزه. زمان‌بندی می‌کردم. در یک هفته حالت خیلی بد است، یک هفته حالت بهترست. در هفته‌ای که حالم بهتر بود با دوستانم برنامه‌ای می‌گذاشتم...». خانم«ش» توضیح می‌دهد «بیماریم را سریع پذیرفتم و حتی مرگم را هم پذیرفتم. اگر قرار است که مرگ باشد، مرگی که خدا خودش تعیین می‌کند، برای من بهترین است. به نظرم بیماری برای من خیر کثیری در زندگی داشت. هرچقدر آدم رابطه‌اش را با خدا نزدیک‌تر کند، راحت‌تر می‌پذیرد و هرچه استرس کمتر باشد، بیماری سریع‌تر روبه بهبودی می‌رود...».

افراد خوش‌بین و مثبت اندیش بهتر می‌توانند با شرایط پس از درمان کنار آیند. برای مثال خانم «س» بیان می‌کند: « ... سعی می‌کنم به مکان‌های مثبت بروم، دوست دارم همیشه انرژی‌هایم مثبت باشد ... به دخترم هم می‌گویم: همیشه مثبت باش...».

۲. امید زنان مبتلا نسبت به آینده

۲-۱ امید به آینده

امید را می‌توان انتظار وقوع تجارب مثبت و یا عدم وقوع موقعیت تهدیدکننده دانست. وجود امید برای بیماران بسیار ضروری و محرک ادامه‌ی زندگی است. برخی از آنان نگران عود بیماری و بازگشت به شرایط قبلی هستند. تصور انجام شیمی‌درمانی و جراحی دوباره فرد را آزار می‌دهد و دچار استرس و اضطراب می‌کند. استرسی که جسم و ذهن را درگیر کرده و حتی او را به ابتلای دوباره نزدیک‌تر می‌کند. در این بیماران احساس نزدیکی به مرگ، سبب بی‌توجهی به آینده و عدم برنامه‌ریزی درست می‌گردد و توجه آنان را تنها به زمان حال منحصر می‌کند. چون امیدی به زنده ماندن ندارند، فقط می‌خواهند در زمان حال شاد باشند و بهترین بهره را از لحظات زندگی خویش ببرند.

خانم «د» می‌گوید: «امیدواریم خیلی پایین است. بیشتر دوست داشتم که این بیماری دیگر پیش نیاید... دیگر آن دردسرها تکرار نشود. بیشتر این موضوع، فکرم را مشغول می‌کند ... خب این نگرانی‌ها هست که چه اتفاقی می‌افتد؟». یا خانم «ع» که توضیح می‌دهد«اوایل اعصاب و روحیه‌ام خیلی ضعیف بود و خیلی حالم بد بود ... الان می‌گویم هر لحظه ممکن است برای آدم یک نوع بیماری پیش بیاید ... نگاه نگران‌تری دارم تا اینکه مطمئن باشم به سن هشتاد سالگی می‌رسم ... بیشتر دوست دارم در لحظه زندگی کنم».

برخی افراد به دلیل بیماری تجربیات مثبتی کسب کرده‌اند. مثلاً یکی از افراد بیماری را سبب سرگرم شدن به دوره درمان و دوری از گوشه‌گیری و تنهایی می‌داند یا دیگری اعتقاد دارد با انجام درمان‌ها مشکلات جسمانی دیگر هم رفع گردیده و از این جهت ابراز رضایت می‌کند. بیماران با اعتقاد به پیشرفت علم پزشکی امیدوار به بهبود هستند. البته طرز برخورد پزشک و لحن او هم در این امیدواری سهم به‌سزایی داشته است. چراکه برخورد اولیه پزشک و توضیحات او، هم می‌تواند بیماری را قابل درمان و هم غیرقابل علاج و کشنده معرفی کند.

هدف‌گذاری جدید و تلاش برای ارتقا سطح تحصیلی، شغلی، فردی و خانوادگی خود و اعضای خانواده حاکی از اعتقاد به توانایی‌های جسمانی و روانی برای ادامه زندگی است. البته اعتقاد به خداوند و قدرت او، توانایی فرد را افزایش داده و کمک می‌کند تا دید مثبتی به بیماری داشته باشد. از سویی دیگر بیمار با این فکر که«نمی‌داند در آینده چه می‌خواهد شود» به جای منفی‌نگری سعی در مثبت اندیشی داشته و به بهبود خود و درمان‌پذیر بودن مشکلش خوش‌بین می‌گردد. به علاوه، بازسازی پستان هم دلیلی برای طی کردن روند درمان و تحمل دشواری‌ها می‌باشد؛ چراکه با این نوع جراحی فرد تصور بهتری از بدن خود پیدا کرده و احساس زنانگی او تقویت می‌گردد. خانم «ش» توضیح می‌دهد: «امیدوارتر شدم و خیلی بهتر شدم. قبلاً شاید کمی افسرده بودم ولی این بیماری باعث شد که

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

حالت افسردگی کم شود ... در این مدت به بیماری فکر می‌کنم. مقداری سرگرمم کرد و مشغول شدم».

خانم «ب» بیان می‌کند« ... به آینده امید دارم. چرا نداشته باشم؟ خدا را شکر. بیماری من خوب شده با پیشرفتی که علم کرده است، روز اولی که سرطانم را فهمیدم، فکر می‌کردم زندگی برابر با مرگ است. یعنی مردن، یعنی همه چیز تمام شده ... ولی طرز برخورد دکتر خیلی تأثیر دارد. خدا را شکر دکترهای من خیلی خوب بودند، خیلی به من روحیه دادند و همین روحیه باعث شد امید به زندگی داشته باشم».

باید گفت آنچه از نظر برخی بیماران امید نامیده می‌شود، در واقع امید نیست بلکه استفاده بهتر از لحظات حال و نیز سرگرم کردن خود برای رهایی از افکار تنش‌زا و شرایط موجود است. در بین این زنان، افرادی نیز برداشت درستی از امید داشته‌اند و واقعاً به آینده امیدوار بودند.

مانند خانم «ک» می‌گوید: «باید امید داشت چون اگر نداشته باشی اصلاً فایده ندارد. شما وقتی سالم هم هستی نمی‌دانی چه پیش می‌آید ... ترسی از آینده ندارم و امید دارم. باید امیدوار باشم که انشاالله خوب می‌شوم. دکترها می‌گویند: ۵۰٪ جراحی و شیمی‌درمانی و بقیه و ۵۰٪ روحیه خود مریض است. او باید قبول کند که این مشکل پیش آمده و باید درمان شود. مشکلی ندارم و باید امیدوار بود».

۲-۲ اهداف و تصمیمات جدید

افراد امیدوار برنامه‌هایی را برای ارتقای توانایی‌های خویش تدوین می‌کنند. هر مشارکت‌کننده متناسب با علایق خود تصمیمات جدیدی را در زمینه‌های مختلف ورزشی، هنری، تحصیلی، اجتماعی و فردی اتخاذ کرده است. از جمله این برنامه‌ها می‌توان به یادگیری موسیقی و خطاطی، ورزش یوگا، افزایش ارتباطات اجتماعی، کمک و اطلاع‌رسانی به افراد دارای بیماری مشابه، ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر و انجام کارهای پژوهشی و ... اشاره کرد. برای مثال خانم «ی» می‌گوید: «هدف جدید اینکه با همسرم تصمیم گرفتیم از ایران برویم. آموزش تنبک و سنتور رفتم. کلاس‌هایی را رفتم که احساس می‌کردم در روحیه‌ام تأثیر دارد. ارتباطم را با خدا بهتر کردم...».

یا خانم «ت» ذکر می‌کند «یکی از برنامه‌هایم این بود که تا حد امکان با افراد مثل خودم همکاری و همراهی کنم تا یک نتیجه خوب بگیرند ... دیگر اینکه در پارک‌های محلی پیاده روی کنم ... دوستان بسیاری پیدا کردم. یک بروشور هم پیدا کرده‌ام که بر روی آن درباره ورزش همگانی نوشته بود و می‌خواهم اگر یکبار هم شده بروم و ببینم تا چه اندازه برایم نیاز است ... دخترم یک ارگ دارد که خانه‌ی خودش نبرده است، دیروز با آن تمرین کردم. به خودم گفتم: چرا تمرین نکنی؟...». خانم «ج» بیان می‌کند «... از جهت فردی برنامه زیاد دارم ... برای دکترا بخوانم. به کارهای پژوهشی علاقمندم. البته یک دغدغه‌ی من فرزند دوم است که آیا می‌توانم داشته باشم یا نه ... می‌خواهم دنبال کار خطاطی بروم چون از بچگی علاقمند بودم ... یک تصمیم دیگر هم گرفتم، اینکه دیگر هیچ وقت به این حالت برنگردم یعنی هیچ وقت اجازه ندهم که مریضی دوباره بر من غلبه کند ... تصمیم گرفتم که استرس نابجا تحمل نکنم، قبلاً خیلی استرسی بودم ولی الان واقعاً خوب شده‌ام ... خیلی آدم خونسردتری نسبت به گذشته شده‌ام. خیلی مسایل برایم کوچکتر شده ... بسیار لازم است که در مطب پزشکان یک مشاور هم باشد. واقعاً آن موقع این خلأ را احساس می‌کردم ...».

یأس، ناامیدی، ضعف روانی، بی‌حوصلگی و بی‌انگیزگی فرد را به سمت استرس و اضطراب بیشتر سوق می‌دهد. برخی فقط به زمان حال و شاد بودن در لحظه فکر می‌کنند. آنان با بی‌توجهی به آینده، سعی در بهره بردن از فرصت‌های زمان حال دارند؛ چراکه معتقدند مرگ ممکن است در هر لحظه اتفاق بیفتد. با تجربه سرطان، این فکر به ذهن افراد می‌رسد که مرگ نزدیک است و بنابراین دوراندیشی و تفکر درباره‌ی برنامه‌های آتی را کنار می‌گذارند و برنامه چندان منسجم و متنوعی برای خود تدوین نمی‌کنند. از سویی دیگر تفکر در لحظه زندگی کردن، ممکن است فرد را در دام برنامه‌های متعدد هم بیندازد و به عنوان راهی برای فرار از افکار منفی (مانند تفکر درباره مرگ) تلقی گردد. اثر دیگر ناامیدی، بی‌میلی به تدوین اهداف و تصمیمات جدید است که جز افسردگی نتیجه‌ای برای فرد دربر نخواهد داشت.

برای نمونه خانم «د» می‌گوید: «نه. بی‌حوصله و بی‌انگیزه شدم ... حوصله درس خواندن هم ندارم. حتی با بچه‌ها بدرفتاری می‌کنم، خیلی بداخلاق شدم و این رفتارها به فکر و خیال برمی‌گردد ...». خانم «س» بیان می‌کند «... اوایل خیلی حرص می‌خوردم برای پول، طلا و... الان حرص نمی‌زنم که جمع کنم، فقط خرج می‌کنم. چون

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

مرگ به آدم بسیار نزدیک است، آدم هر لحظه ممکن است بمیرد، فقط تفریح می‌کنم شاید زیاده‌روی هم می‌کنم. مامانم می‌گوید اینقدر زیاده‌روی نکن. شاید تو بیست سال دیگر، سی سال دیگر زنده باشی. به خاطر بچه‌هایت جمع کن. می‌گویم: مامان نه. می‌خواهم تا وقتی زنده‌ام شاد باشم، خرج کنم و شاد باشم. من احساسم اینطوری شده، حالا اشتباه است یا درست است نمی‌دانم. من اینطوری فکر می‌کنم. تازه فهمیدم که هر لحظه ممکن است آدم بمیرد، پس باید زندگی کرد. تا وقتی که می‌میری حسرت نخوری یعنی هرآنچه را دوست داشتی، انجام داده باشی ... مسافرت خیلی می‌روم، استخر، مجالس عروسی. اوایل بسیاری از مجلس‌ها را نمی‌رفتم، حوصله نداشتم ... بیماری خرید گرفتم، بازار می‌روم و خرید کنم. با خرید احساس می‌کنم که خودم را تخلیه می‌کنم ...».

بحث

انجام درمان‌ها بر تصویر ذهنی زنان از خود اثر گذاشته و سبب می‌گردد که آنان احساس کنند با نقص عضو دیگر جذابیت پیشین را ندارند، از طرفی نگرانی از آینده خود و اعضای خانواده، از دست دادن توانایی انجام کارهای روزمره، افزایش وابستگی به اطرافیان، احساس درماندگی، عوارض منفی درمان و ترس از مرگ، فرد را منفعل و درمانده کرده و دچار استرس، اضطراب و افسردگی می‌سازد. مشاور با شناخت درست و دقیق ویژگی‌های روانشناختی مبتلایان می‌تواند مشاوره کارامدتری را به آنان ارایه دهد. استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند آموزش آرمیدگی، حساسیت‌زدایی و مواجه‌سازی به منظور کاهش اضطراب و خشم بیماران راهگشا است. چراکه با رهایی از تنش‌های روانی و کسب آرامش، فرد بهتر می‌تواند دوره درمان را ادامه دهد. افسردگی حالتی است که بر احساسات، افکار و رفتار تأثیر گذاشته و چگونگی ادراک فرد را از خود و محیط دگرگون می‌سازد. این تغییرات به حدی است که فرد در کنترل خود و محیط احساس درماندگی و ناتوانی می‌کند. پس مشاور در جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند به اعضا آموزش دهد تا بتوانند افکار منطقی را جایگزین افکار و باورهای غیرمنطقی سازند. آموزش A-B-C و بازسازی شناختی به بیماران کمک می‌کند تا با تغییر در باورهای غیرمنطقی و اصلاح تحریفات شناختی از درماندگی و ناتوانی بیرون بیایند. از سوی دیگر تمرین مقابله با خجالت به افراد کمک می‌کند تا خود را بدون توجه به اینکه دیگران در مورد آنها چگونه فکر می‌کنند، بپذیرند. انجام این تمرین در داخل گروه سبب می‌گردد که استرس افراد کاهش یافته، حمایت لازم را از اعضای گروه دریافت کنند و ترس آنان از حضور در جمع کاهش یابد.

معمولاً افرادی که از ویژگی برون‌گرایی برخوردارند، به دلیل علاقه به تجربه هیجانات مثبت و داشتن ارتباطات زیاد و گسترده، حمایت روانی، عاطفی و اجتماعی لازم را دریافت می‌کنند. حضور این افراد در گروه، اعتمادبه نفس سایر افراد را نیز بالا می‌برد. آنان می‌توانند حمایت کارامدی را برای همتایانشان فراهم کرده و مشاور می‌تواند با تدارک برنامه‌های مناسب و شادی بخش همراهی این افراد را با یکدیگر هدفمند سازد. به علاوه برخی پس از این بیماری گرایش بیشتر به سوی خداوند و اعتقادات معنوی قوی‌تری پیدا می‌کنند و تمایل دارند که نقش حامی و پشتیبان را برای دیگر مبتلایان ایفا کنند. بنابراین می‌توان از انرژی و تجربیات این افراد برای کمک به بقیه استفاده نمود. آنان بر رفتارهای خود کنترل بیشتری اعمال می‌کنند.

افراد دارای ویژگی گشودگی نسبت به تجربیات، انعطاف‌پذیر، مبتکر و خلاق هستند. آنان در رویارویی با چالش‌های مختلف شجاع بوده و انسان‌های مستقلی هستند. هم‌چنین به بهره‌گیری از تجارب دیگران می‌پردازند. به علاوه، توجه به ابعاد مثبت مسئله و خوش‌بینی نسبت به آینده سبب می‌شود که فرد امیدوارانه‌تر به آینده بنگرد. خوشبین‌ها انتظار دارند که اتفاقات خوب برای آنها روی دهند و بیشتر مسئولیت مراقبت از خود را به عهده می‌گیرند. بنابراین خوش‌بینی و بدبینی بر عملکرد شناختی افراد تأثیر می‌گذارد. البته خوش‌بینی و بدبینی غیرواقع‌بینانه زیانبار و آسیب‌زا است (۲۱). بنابراین نتایج حاصل از مصاحبه‌ها نشان داد که برخی افراد مبتلا پس از انجام درمان‌ها ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت مانند برون‌گرایی، اجتماعی بودن، صمیمیت، نوع‌دوستی، انعطاف‌پذیری، معنویت‌گرایی، مثبت‌اندیشی و برخی دیگر ویژگی‌های منفی مانند اضطراب، تنهایی، افسردگی، غم، خشم و ناامیدی را بروز می‌دهند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

بی‌توجهی به آینده، انتظار مرگ، عدم برنامه‌ریزی درست، ضعف روانی، تفکر در لحظه زندگی کردن و بی‌میلی به تدوین اهداف و تصمیمات جدید نشان دهنده ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پستان است. امیدواری یکی از ویژگی‌های انسان است که به او کمک می‌کند تا موقعیت‌های بحرانی همچون ابتلا به سرطان را پشت سرگذاشته و به دنبال اهداف خود باشد. براساس نظر اسنایدر (۲۰۰۰) امید، نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل[۶] (اراده برای دست‌یابی به هدف) و گذرگاه‌ها[۷] (مسیرهای دست‌یابی به اهداف) است. تفکر عامل، جزء انگیزشی امید و نشان‌دهنده اعتقاد به این است که فرد می‌تواند از طریق راه‌های فرضی به سمت هدفی مشخص حرکت کند و بدان دست یابد. به ویژه در زمان رویارویی با موانع، وجود تفکر عامل، در راه‌اندازی انگیزه لازم برای طی کردن مسیرهای جایگزین حائز اهمیت است. گذرگاه‌ها جزء شناختی امید و نشان‌دهنده توان فرد در خلق راه‌های معقول برای دست‌یابی به اهداف است (۱۴). افراد امیدوار «عامل» و «گذرگاه‌های» بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می‌کنند، می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از مسیرها یا گذرگاه‌های دیگر استفاده کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه «عامل» و «گذرگاه‌های» کمی دارند، در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را ازدست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه خود منجربه افسردگی می‌گردد (۲۲).

امیددرمانی اسنایدر به بیماران کمک می‌کند تا اهدافی را برای خود تعیین کنند، مسیرهای متعددی را برای رسیدن به این اهداف بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و با شناسایی موانع موجود، بر آنها غلبه کنند. مسلم است که بیماران سرطانی امیدوار، بیشتر بر مشکل متمرکز شده، برای درمان فعالانه‌تر عمل می‌کنند و در مراحل درمان مقاومت بیشتری را از خود نشان می‌دهند.

از سوی دیگر روان‌شناسی مثبت‌گرا به بررسی موضوعاتی همچون شادی، خوش‌بینی، بهزیستی ذهنی، رشد شخصی، عقلانیت و خلاقیت می‌پردازد. البته روان‌شناسی مثبت فقط افکار و احساسات مثبت را مدنظر قرار نمی‌دهد بلکه فراتر از این است (۲۳). این شاخه از روان‌شناسی با کمک به افراد برای پی بردن به توانایی‌های مهم خود، درمان کامل‌تری را نوید داده که به رشد نیز کمک می‌کند. هم‌چنین متکی بر توانایی‌ها و مزیت‌هایی است که افراد و جوامع را قادر به پیشرفت می‌سازد (۲۴). روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تجارب مثبت افراد در سه دوره‌ی زمانی تمرکز می‌کند: ۱. زمان گذشته (تمرکز بر بهزیستی، خرسندی و رضایت) ۲. زمان حال (تمرکز بر شادی و تجارب حال حاضر افراد) ۳. زمان آینده (تمرکز بر مفاهیمی مانند خوش‌بینی و امید) (۲۵). هم‌چنین بر این تأکید می‌کند که انسان موجودی تصمیم‌گیرنده و فعال است و می‌تواند دست به انتخاب بزند. از این رو مشاور با بهره‌گیری از روان‌شناسی مثبت‌گرا و نظریه امید اسنایدر می‌تواند بر سطح امید افراد تأثیر بگذارد.

هم‌چنین می‌توان توصیه کرد تا بیماران با انجام فعالیت‌های ساده و در حد توان در منزل و یا محیط کار حس توانمندی خود را افزایش دهند. به علاوه، یکی از منابع اصلی رشد امید، ارتباط با اطرافیان و برخورداری از حمایت اجتماعی است. محیط حمایت‌کننده به فرد امکان می‌دهد تا اهدافش را بهتر دنبال کرده و انگیزه او را نیز بالا می‌برد. از طرفی حضور و حمایت دیگران به فرد قوت قلب می‌دهد که مشکلش درمان‌پذیر است.

باید به این نکته نیز توجه داشت که امید به زندگی بیشتر یک مسأله ذهنی است تا جسمی، بنابراین تا حد زیادی تحت تأثیر تلقین قرار می‌گیرد (۲۹). پس باید نقش پزشک را در امید بخشی و حمایت از بیمار مدنظر قرار داد. سخنان او در نگرش بیمار نسبت به خود و افزایش اعتماد به نفس و خودکارامدی او بسیار تأثیرگذارست. چراکه بیمار او را فردی باتجربه و آگاه در این زمینه می‌داند و نسبت به گفته‌هایش تلقین‌پذیری بالایی دارد. گاهی پزشک حتی از بازی نقش هم برای تقویت روحیه بیمار استفاده می‌کند، به این دلیل که بیمار با حفظ توانایی‌هایش، خود را دچار مرگ تدریجی نکند.

درست است که هدف‌گذاری، امید و انتظار فرد برای بهبودی جسمانی و روانی را افزایش داده، نیروی محرک او برای ادامه زندگی می‌شود و منجر به این شده که فرد به جای منفی‌نگری بر ابعاد مثبت مسئله و توانایی‌هایش متمرکز گردد. اما گاهی بیماران به دنبال این هستند که به مرحله‌ای از ثبات و آرامش برسند. پس نباید همیشه

[۶] agency thinking

[۷] pathways

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

آنان را مجبور به هدف‌گذاری و تلاش برای رسیدن به آن کرد. بلکه می‌توان او را راهنمایی کرد تا به انجام کارهای مورد علاقه‌اش بپردازد و حتی اگر تمایلی هم به انتخاب اهداف مختلف نداشت به او کمک کرد تا شرایط بدون تنش و همراه با آرامش را تجربه کند. براساس پاسخ مشارکت‌کنندگان، این یافته‌ها حاصل شد که اکثریت زنان مبتلا، به آینده امیدوار نیستند، چرا که یا مأیوس هستند و یا تعریف درستی از امید ندارند. آنان امید را به معنای اهمیت به لحظه و عدم تفکر درباره‌ی آینده می‌دانند و نقش خود را در تعیین سرنوشتشان و معنایی که می‌توانند به زندگی بدهند، فراموش کرده و یا به نوعی نادیده گرفته‌اند.

درست است که بیماری سرطان تهدیدکننده امید می‌باشد و سبب کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، درماندگی، اضطراب و نیز اختلال در فعالیت‌های فردی و اجتماعی مبتلایان می‌گردد. اما این امید است که می‌تواند به فرد آرامش دهد و او را برای مقابله با این بیماری سخت و درمان‌های طولانی و دردناکش تقویت کند. مبتلایان امیدوار با افکار مثبت و خوش‌بینی نسبت به آینده گام‌های محکم‌تری را در مسیر بهبودی برمی‌دارند و تمام تلاششان را برای برداشتن موانع صرف می‌کنند. پس با رویکرد امید درمانی می‌توان به تقویت تفکر عامل در آنان کمک کرد تا انگیزه لازم برای خلق اهداف جدید و طی کردن مسیرهای دست یابی به این اهداف را داشته و در صورت برخورد با موانع، ناامید و درمانده نشوند، بلکه به انتخاب راه‌های دیگر بپردازند. البته تعدادی از بیماران، هم به آینده امیدوارند و هم برنامه‌های متعددی را برای خود گذاشته‌اند تا به نحوی انگیزه خود را برای ادامه مسیر افزایش دهند. برخی دیگر نیز بیان می‌کنند که مرگشان را پذیرفته‌اند، البته نه به این علت که برنامه‌ای برای آینده ندارند. بلکه آنها هم مثل انسان‌های دیگر به این حقیقت پی‌برده‌اند که موجود و مفعولی هستند که زندگی و مرگشان در دست خودشان نیست و هر لحظه ممکن است مرگ را تجربه کنند.

بطور کلی بهره‌گیری از تکنیک‌ها و رویکردهای مشاوره‌ای کمک می‌کند تا بیماران آموزش‌های لازم رابرای تقویت ویژگی‌های مثبت و برطرف کردن ویژگی‌های منفی دریافت کنند و در جهت سازگاری با شرایط موجود توانایی‌های لازم را کسب کنند. از طرفی آنان به اهمیت امید و تقویت روحیه‌ی خود در برابر بیماری پی‌برده و از منابع لازم برای تقویت امید بهره‌مند می‌گردند. چراکه امید به آینده یکی از مهم‌ترین محرک‌های بیمار برای ادامه‌ی زندگی به نحوه مطلوب و خوشایند است.

در این راستا پیشنهاد می‌گردد: ۱. جلسات مشاوره گروهی برای متخصصان، انکولوژیست‌ها و دیگر اعضای کادر پزشکی به منظور آموزش نحوه رفتار درست با بیماران و چگونگی امید بخشی به آنان و پی‌بردن ایشان به اهمیت گفتار و رفتار کادر پزشکی در تقویت روحیه و حمایت از بیماران برگزار گردد. ۲. با توجه به اینکه همسر و فرزندان در فرایند بیماری و تقویت امید و روحیه بیمار نقش بسیار مهمی دارند، پیشنهاد می‌شود که جلسات خانواده‌درمانی با حضور اعضای خانواده مبتلایان انجام شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش: ۱. عدم همکاری متخصصان موجب شد که محقق زمان زیادی را به پیداکردن نمونه مورد نظر اختصاص دهد. ۲. عدم همکاری برخی از زنان مبتلا با محقق برای انجام پژوهش. ۳. به دلیل عدم دسترسی به نمونه یکسان، مجبور شدیم افرادی را انتخاب کنیم که از نظر مدت زمان ابتلا، گذراندن دوره‌های درمانی و یا نوع جراحی با هم تفاوت دارند و بدین علت از نظر سیر بیماری پراکندگی وجود دارد (مثلاً برخی دوره‌های شیمی‌درمانی و پرتودرمانی را گذرانده‌اند ولی برخی دیگر در حین شیمی درمانی هستند و یا این دوره‌ها را طی نکرده‌اند، برخی ماستکتومی شده‌اند و در برخی دیگر فقط توده و بافت کمی از پستان برداشته شده‌است).

نتیجه گیری

براساس یافته ها می توان گفت که داشتن امید به آینده ،دریافت حمایت اجتماعی و خدمات مشاوره ای می تواند در روند بهبودی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر مثبت داشته باشد و آن را نسریع نماید.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

References

1. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Retrieved May 7, 2013, from: http: //www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/.
2. Pedram M, Mohammadi M, NaziriGh, Aiinparast N. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on treatmentanxity, depression and hope creation in women with breast cancer. Scientific Journal Management System 1389; 1(4): 61-75.
3. Kissane D, White K, Cooper K, Vitetta L. Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer. The national breast cancer centre 2004.
4. Pilarski DJ. The Experience of younger women diagnosed with breast cancer involved in dance/movement therapy with regards to body image and sexuality. (dissertation). College of Nursing and Health Professions Drexel Univ 2008; USA.
5. Helms RL, Ohea EL, Corso M. Body image issues in women with breast cancer. Psychology, Health & Medicine 2008; 13(3): 313- 25.
6. Moreira H, Canavarro MC. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. European Journal of Oncology Nursing 2010; 14: 263-70.
7. Alavi N, Manaii M.Anxiety in patients with breast cancer and coping with it.Iranian Journal of Breast Disease 1388; 2(3-4): 43-5.
8. Tel H, Tel H, Dogan S. Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. Neurology, Psychiatry and Brain Research 2011; 17: 42-5.
9. Izadiajirloo A, Bahmani B, Ghanbarimotlagh A. Effectiveness of cognitive behavioral group intervention on body image improving and increasing self-esteem in women with breast cancer after mastectomy. Journal of Rehabilitation 1391; 13(4): 72-83.
10. Aghakhani N, Feizi A, Shams Sh, Baghaii R, Rahbar N, Nikbakhsh AS.Study of body image and self-esteem in high school students in Urmia in 1381-82.Urmia Medical Journal 1385; 17(4): 254-9.
11. Mehrinejad A, Khosravani H, Hosseini M. Compare experienced stress womenwith breast cancerand healthy women. Daneshvar Raftar 1389; 17(43), 49-56.
12. Rezaii A, RefahiZh, Ahmadikhah MA. Effectiveness of group logotherapy to reduce depression in patients with cancer.Journal of Psychological Models and Methods 1391; 2(7): 37-46.
13. Kullmer U, Stenger K, Milch W, Zygmunt M, Sachsse S. Munstedt K. Self –concept, body image, and use of unconventional therapies in patients with gynaecological malignancies in the state of complete remission and recurrence. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 1999; 82, 101-6.
14. Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Psychometric properties ofthe hoping Snyder's scale.Journal Applied Psychology 1390; 5(3): 7-23.
15. Bijari H, Ghanbari BA, Aghamohammadian HR,Homaii F. Effectiveness ofgroup therapy based onlogotherapyapproachto increasing thelife expectancyfor womenwith breast cancer. Studies in Education and Psychology 1388; 10(1): 171-84.
16. MonamimotlaghSh, Shoaakazemi M. Effectiveness of four factors psychotherapy(increasing awareness, hope, relationtherapy andbehaviorregulation) to increase the quality oflife of womenwith breast cancer. Iranian Journal of Breast Disease 1391; 5(2-3): 50-9.
17. Porghaznein T, Hooshmand P, Talasaz E, Eemaiili H. Thesources of hope and levels of hope in patients with

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]

cancer.Thought and Behavior in Clinical Psychology 1382; 8(4): 82-8.

18. Kunkel EJ, Chen EI, Okunlola TB. Psychosocial concerns of women with breast cancer. Primary Care Update for OB/GYNS 2002; 9(4): 129-34.

19. Mohammadpour A. Qualitative researchmethod, AntiMethod 1(logic and design inqualitative methodology). Jameshenasan publication 1390.

20. Arian A. Introduce qualitative research method -Groundedtheory. Library and Information Science 1389; 25: 86-95.

21. Schultz DP, Schultz SE. Theories of personality. Translated Mohammadi Y. Virayesh publication 1388.

22. Ghasemi A, Abedi A, Bagheban I. The effectiveness group teaching based on hope Snyder'stheory onthehappinessofthe elder. Knowledge & Research in Applied Psychology 1388; 41: 17-40.

23. Hefferon K, Boniwell L. Positive psychology: theory, research and applications. Open university press 2011.

24. Prochaska J, Norkras J. System of psychotherapy (A transtheoretical analysis). Translated Mohammadi Y. Ravan publication 1389.

25. Fekri K, Shafiabadi A, Sanaiizaker B, Harirchi I. Effectiveness ofindividualguided imageson the extent of anxietyandlife expectancy in womenwith breast cancer. Knowledge & Research in Applied Psychology 1386; 33: 1-16.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1393.7.4.6.0]