مقاله پژوهشی

فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، سال سوم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۱۳۸۹

تحلیل عوامل اجتماعی مؤثر بر درد سرطان پستان: یک مطالعهٔ کیفی با رهیافت نظریهٔ مبنائی

***اصغر شیرعلی‌پور:** کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی، دانشگاه تربیت معلم تهران

مسعود اسدی: دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران

علی حسین‌ولی‌وند: دستیار داخلی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)

چکیده

مقدمه: سرطان پستان رایج‌ترین سرطان زنان در ایران است و نگران‌کننده‌ترین بیماری در بین بیماری‌ها است که علاوه بر جنبهٔ پزشکی و عینی دارای جنبهٔ ذهنی نیز هست. بنابراین هدف اصلی این تحقیق شناخت و برجسته کردن بُعد ذهنی عوامل مؤثر بردرد سرطان پستان می‌باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش کیفی و رویکرد نظریهٔ مبنائی انجام شد. جامعهٔ آماری مورد مطالعه زنان مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان رازی شهرستان مرند بودند. ۱۶ بیمار مبتلا به سرطان پستان و ۲ پزشک با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی و هدفمند انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها مشاهده و مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته بود.

یافته‌ها: نتایج حاصل از کدگذاری محوری نشان داد که سه گزارهٔ کلی شامل ۱- اطلاع از بیماری و مراجعه به پزشک، ۲- خانواده، بیمار و خلق شیوه‌هایی برای کنار آمدن با بیماری و۳ - توان اقتصادی بر درد سرطان پستان مؤثر می‌باشند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر مشخص می‌کند که عوامل ذهنی، اجتماعی و روانی می‌تواند بر درد ناشی از سرطان پستان تأثیرگذار باشد. بنابراین از این اطلاعات می‌توان در راستای برنامه‌ریزی درمانی و مراقبت‌های پزشکی- بهداشتی سرطان پستان در زنان بهره جست.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، درد، مطالعهٔ کیفی، نظریهٔ مبنائی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.6.0]

*نشانی نویسندهٔ پاسخگو: آموزش و پرورش شهرستان مرند، اصغر شیرعلی‌پور

تلفن:۰۴۹۲۲۱۶۳۱۲۱ نشانی الکترونیک: asgar_shiralipoor@yahoo.com

مقدمه

ایران یکی از کشورهایی است که میزان بروز سرطان پستان کمتری نسبت به بقیهٔ کشورها دارد اما، افزایش میزان بروز آن در سال‌های اخیر این بیماری را به‌عنوان رایج‌ترین بدخیمی در میان زنان ایرانی نشان داده است[۵]. امروزه به علت استفادهٔ گسترده از ماموگرافی، سرطان پستان اغلب در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شود، با این حال هیچ‌گونه کاهش مشخصی در مرگ‌ومیر ناشی از این سرطان مشاهده نشده است. برخلاف کشورهای غربی به‌نظر می‌رسد سن شایع این بیماری در ایران بین ۳۵ تا ۴۵ سالگی است[۶].

عوامل گوناگونی در سرطان پستان نقش دارند. براساس مطالعات همه‌گیرشناسی، عوامل ژنتیکی، غددی و محیطی ممکن است در شروع یا ادامهٔ سرطان پستان نقش داشته باشند. در درمان سرطان پستان علاوه بر روش‌های درمان پزشکی، عوامل روانی، اجتماعی، بین فردی و غیر آزمایشگاهی (مانند ترس، دلهره، درد و تحمل آن، افسردگی، اضطراب و ...) و نگرانی‌ها (از قبیل عدم آگاهی از خود آزمایی پستان، ترس ازمرگ، هزینه‌های اقتصادی و ...)، مؤثرند[۷]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روانی قرار دارند که می‌تواند اختلالات روانی و اجتماعی را در زندگی آن‌ها ایجاد کند. این بیماران در زندگی خانوادگی خود احساس ازهم‌گسیختگی می‌نمایند. علاوه بر آن درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آیندهٔ اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها و اختلال در تصویر ذهنی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی مبتلایان به سرطان پستان را دچار اختلال می‌کنند[۸]. پایان دورهٔ فعال درمان پزشکی، آغاز دورهٔ انتقالی مهمی در زندگی این بیماران محسوب می‌شود و آن‌ها را به‌عنوان یک بازمانده از سرطان با نمای تازه‌ای از زندگی جدید مواجه می‌کند. در این شرایط بسیاری از بیماران وارد دورهٔ جدیدی از دل مشغولی‌های مبتنی بر نگرانی و تردید نسبت به آینده می‌شوند[۹] و اغلب با درماندگی روان‌شناختی شدیدی در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و نیز در تمام طول دورهٔ درمان مواجه می‌شوند [۱۰]. مطالعات نشان داده‌اند که درماندگی مبتلایان به سرطان پستان بیشتر درحول تهدید مرگ، عود مجدد بیماری، نگرانی در مورد آینده و رنج ناشی از درد متمرکز است[۱۱و۱۲]. درد به عنوان یک محرک تهدید کننده روش‌های رویارویی فرد را فرا می‌خواند[۱۳]. فرد با ارزیابی میزان کنترل خود بر موقعیت و نظام اجتماعی روش‌های رویارویی متفاوتی را بر می‌گزیند[۱۴].

درد و رنج نهفته در سرطان پستان در بسیاری از مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است. خادمی و سجادی هزاوه در یک مطالعهٔ کیفی تجارب بیماران مبتلا را در چهار مفهوم محوری تأخیر در تشخیص و درمان، عدم پذیرش درمان، غوطه‌وری در درد و رنج و حرکت به‌سوی زندگی طبیعی گزارش کردند[۱۵].

آقابری و همکاران نیز نشان دادند که سرطان پستان برای بسیاری از زنان واقعهٔ دردناکی تلقی می‌شود به‌طوری‌که احساس اندوه، اضطراب و افسردگی به‌عنوان واکنش‌های طبیعی و در عین حال فشارهای روانی گزارش شده است[۱۶]. مطالعات دیگر نقش فقدان حمایت‌های اجتماعی در هنگام وقایع ناگوار (وقایع مربوط به زندگی روزانه اعم از جسمانی یا روانی) و عواملی مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی و وضعیت تأهل را در بروز درد ناشی از سرطان پستان مشخص کرده‌اند[۱۷و۱۸].

به این ترتیب به‌نظر می‌رسد چالش اصلی با حصول اطمینان از مفید بودن روش‌های درمان پزشکی برای کمک به مبتلایان سرطان پستان در موقعیت‌های اجتماعی و شناخت و برجسته کردن بُعد ذهنی سرطان است. برای رسیدن به هدف مذکور وسعت نگاه به این بیماری از دیدگاه گفتمان اجتماعی می‌تواند مؤثر باشد. موضوع گفتمان اجتماعی کشف این نکته است که افراد چگونه به تعریفی از مسئله رسیده‌اند و چه تعریف و تفسیرهایی را از موقعیت‌ها و تجارب خود خلق می‌کنند[۱۹]. لذا، پرداختن به این موضوع از رهیافت نظریهٔ مبنائی [1] و با استناد به دیدگاه برساخت‌گرایی اجتماعی [2] از اهداف پژوهش حاضر است. نظریهٔ مبنائی، رویکردی کیفی و مبتنی بر استقراء است. رویکرد کیفی تلاشی است جهت توصیف غیر کمّی از موقعیت‌ها، حوادث و گروه‌های کوچک اجتماعی با توجه به جزئیات و همچنین سعی برای ارائهٔ تعبیر و تفسیر معانی که انسان‌ها درموقعیت‌های طبیعی و عادی به زندگی خود و حوادث

[1]. grounded theory
[2]. social constructionism

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.6.0]

می‌بخشند. در روش کیفی نوعی نگاه امیک[3] (نگاه درون) به پدیده‌ها وجود دارد. در این حالت مقولات فکری گروه مورد تحقیق برای توصیف نگرش و رفتارهایشان مورد تأیید قرار می‌گیرد[۲۰].

از آنجا که در جامعهٔ ایران از ابعاد ذهنی و اجتماعی عوامل مؤثر بر درد سرطان پستان غفلت شده است، پژوهش حاضر سعی دارد با نشان دادن ابعاد ذهنی و اجتماعی این بیماری بر روند درمان و معالجه، نگاه به بیمار و بسیاری دیگر از مؤلفه‌های بیماری تأثیرگذار باشد. با توجه به تمهیدات یاد شده، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رهیافت نظریهٔ مبنائی و با استناد به دیدگاه برساخت‌گرایی اجتماعی، مسئله درد سرطان پستان را در زنان مورد کنکاش قرار داده است. بنابراین سؤالات پژوهش حاضر شامل این موارد است: زنان مبتلا به سرطان پستان درد سرطان پستان را چگونه می‌بینند؟ آن را چگونه حس می‌کنند؟ معانی و تجارب خود از درد سرطان پستان را چگونه تفسیر می‌کنند؟ فرض‌های فرهنگی ــ اجتماعی بر شناخت و تعریف آن چه تأثیری می‌گذارند؟ آیا چگونگی تعریف درد بر احساس آن تأثیر می‌گذارد و یا چگونگی احساس درد بر تعریف آن؟

روش بررسی

پژوهش حاضر در چارچوب رویکرد کیفی و با استفاده از روش پژوهش گفتمان اجتماعی صورت پذیرفته است. جامعهٔ این تحقیق را زنان مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان رازی شهرستان مرند تشکیل می‌دهند. از میان این جامعهٔ آماری ۱۶ زن مبتلا به سرطان پستان که در دوره‌های زمانی مختلفی از ابتلا قرار داشتند با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و هدفمند انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه با زنان مبتلا تا حد اشباع[4] تحقیق پیش برده شد و با ۱۶ بیمار و ۲ پزشک مصاحبه انجام شد. این مصاحبه‌ها در محیط واقعی بیمار و بیماری یعنی بیمارستان انجام شد. در پژوهش حاضر ضمن همدلی با بیماران، ملاحظات اخلاقی نیز رعایت شد. بدین ترتیب که پس از ارائهٔ توضیحات لازم در مورد اهمیت و اهداف پژوهش، رضایت شرکت‌کنندگان جهت شرکت درپژوهش و ضبط مصاحبه اخذ گردید و به آنان توضیح داده شد که درمورد انصراف از شرکت در پژوهش آزادی عمل دارند و چنین تصمیمی بر روند درمان آنان تأثیری نخواهد داشت. مصاحبه‌ها در مکانی که ضمن حفظ خلوت و سکوت، بیشترین راحتی و رضایت بیمار را تأمین می‌نمود، انجام شد و در صورت نامناسب بودن شرایط یا درخواست شرکت‌کننده فرصت و مکان دیگری با توافق بیمار برای مصاحبه تعیین می‌شد. مشخصات فردی شرکت‌کنندگان محرمانه حفظ گردید و به آنان اطمینان داده شد که فایل صدا پس ازتکمیل یادداشت‌ها پاک خواهد شد. به شرکت‌کنندگان اعلام شد که در صورت تمایل می‌توانند از نتایج پژوهش مطلع شوند.

جمع‌آوری داده‌ها در طی ۲ ماه در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. داده‌های مورد نیاز با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شدند. فرآیند تحلیل با بهره‌گیری از روش تحلیل نظریهٔ مبنائی به شرح زیر و با استفاده از روش کدگذاری انجام شد: انجام مصاحبه با اطلاع رسان‌ها (این مصاحبه‌ها توسط ضبط صوت ثبت شدند)، پیاده نمودن مصاحبه‌ها بر روی کاغذ، کدگذاری باز[5] (شامل خواندن خط‌به‌خط داده‌ها، استخراج مفاهیم و جملات اصلی، تشکیل مقولات و طبقات اولیه) و کدگذاری محوری[6] (شامل طبقه‌بندی داده‌ها، مشخص نمودن زیر طبقات و تشکیل طبقات نهایی) انجام گردید. برای حصولِ اطمینان از اعتبار داده‌ها و نتایج، اقدامات زیر صورت گرفتند: ۱- جهت کسب اطمینان از اعتبارکدگذاری‌ها مقولات تشکیل شده و نام‌گذاری شده توسط پژوهشگر اول، توسط پژوهشگران دوم و سوم مورد بازبینی قرارگرفت. در نهایت با اعمال برخی از نظرهای این دو و کسب اجماع، مقولات نهایی شکل گرفتند. همچنین با توجه به اینکه مقولات باید دو ویژگی جامع و مانع بودن را دارا باشند، نظرهای پژوهشگران دوم، سوم و چهارم نیز اخذ شدند و در نهایت مقولات به‌نحوی که در مقالهٔ حاضر آمده‌اند، شکل گرفتند. ۲- مقولات نهایی با اطلاع‌رسان‌های پژوهش در میان گذاشته شدند. نظرهای این افراد نشان می‌داد که مقولات شکل گرفته و نتایج استخراج شدهٔ نسبتاً صحیح از دیدگاه‌های آن‌ها می‌باشند.

[3] . emic
[4] . saturation
[5] . open coding
[6] . axial coding

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.6.0]

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۶ نفر مشارکت نمودند که ویژگی‌های آن‌ها از نظر وضعیت تأهل، تحصیلات، موقعیت شغلی و مدت ابتلا به بیماری در جدول ۱ نمایش داده شده است. ۶/۳ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد، ۹۳/۸ درصد متأهل، ۴۳/۸ درصد بی‌سواد، ۱۲/۵ درصد دارای تحصیلات ابتدایی و دیپلم، ۶/۳ درصد فوق دیپلم و ۲۵ درصد لیسانس بودند. ۷۵ درصد خانه‌دار و ۲۵ درصد شاغل بودند. از نظر مدت ابتلا به بیماری ۵۶/۳ درصد کمتر از یکسال، ۱۲/۵ درصد یکسال و ۳۱/۳ درصد بیشتر از یکسال به بیماری سرطان پستان مبتلا شده بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۵/۳۱ سال (sd=۱۱/۰۲) بود.

داده‌های حاصل از مصاحبه با اطلاع رسان‌های این پژوهش طی دو مرحله کدگذاری باز و کدگذاری محوری انجام گرفت. نتایج نشان می‌دهند که در کدگذاری باز می‌توان عوامل مؤثر بر سرطان پستان را در ۲۲ زیرمقوله و سه مقولهٔ محوری طبقه‌بندی کرد(جدول۲).

جدول۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان مورد بررسی

مشخصات جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل:		
مجرد	۱	۶/۳
متأهل	۱۵	۹۳/۸
تحصیلات:		
بی‌سواد	۷	۴۳/۸
ابتدایی	۲	۱۲/۵
دیپلم	۲	۱۲/۵
فوق دیپلم	۱	۶/۳
لیسانس	۴	۲۵
موقعیت شغلی:		
خانه‌دار	۱۲	۷۵
شاغل	۴	۲۵
مدت ابتلا به بیماری سرطان پستان:		
کمتر از یکسال	۹	۵۶/۳
۱سال	۲	۱۲/۵
بیشتر از ۱ سال	۵	۳۱/۳
میانگین سنی و انحراف معیار	۴۵/۳۱ ±۱۱/۰۲	

جدول۲: مفاهیم اولیه، مقوله‌ها و زیرمقوله‌های استخراج‌شده از داده‌های کیفی مطالعه براساس کدگذاری باز و محوری نظریهٔ مبنائی

سؤال پژوهش	مقوله‌ها(کدگذاری محوری)	زیرمقوله‌ها(کدگذاری باز)
عوامل اجتماعی موثر بر درد سرطان پستان	۱- اطلاع از بیماری، مراجعه به پزشک و ...	جدی نگرفتن تومور در پستان، عدم آگاهی از خودآزمایی پستان، درد و تحمل آن، نگرانی از مراجعه به پزشکان مرد، پنهان کردن بیماری از پزشکان
	۲- خانواده، بیمار و خلق شیوه‌هایی برای کنار آمدن با بیماری	عشق به فرزندان، مادر بودن، حمایت خانواده، ترس و دلهره، امید به خدا، افسردگی، روابط با دوستان، نگاه‌های دیگران، پذیرش شرایط، سرگرمی‌ها و مرگ
	۳- توان اقتصادی	هزینه‌های اقتصادی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.6.0]

این ابعاد چنان با هم مرتبط هستند که شاید تفکیک آن‌ها چندان صحیح نباشد. باتوجه به تجزیه‌وتحلیل داده‌ها می‌توان تجارب و نظرهای شرکت‌کنندگان پیرامون عوامل مؤثر بر درد سرطان پستان را در سه درون مایهٔ[7] اصلی اطلاع از بیماری و مراجعه به پزشک، خانواده و خلق شیوه‌های کنار آمدن با بیماری و توان اقتصادی به دست آورد. نتایج این تحقیق در مقوله‌های اصلی و زیرمقوله‌های استخراج‌شده از داده‌های کیفی نشان می‌دهند که زندگی بیمار مبتلا به سرطان چگونه می‌گذرد؟ با "خود" و "بیماری خود" چگونه کنار می‌آید؟ روابطش با اطرافیان چه تغییراتی می‌کند؟ تجربه‌اش بر احساس درد چه تأثیری می‌گذارد؟ آیا مادری که فرزندانش ازدواج کرده و رفته‌اند با مادر کودکی که هنوز به زحمت سخن گفتن را آغاز کرده است، یک تعریف از سرطان و درنتیجه یک احساس از آن دارند؟ آیا زنی که با " نگاه دیگران" کنار آمده و آن را پذیرفته است با زنی که" نگاه دیگران" را یک مسئله و گاهی دردناک‌تر از سرطان پستان می‌داند، یک تعریف و یک احساس از این بیماری دارند؟ یا کسی که می‌گوید خودآزمایی پستان را بلد نبودم با کسی که اذعان دارد می‌دانستم اما انجام نمی‌دادم، سرطان پستان را با یک نگاه می‌نگرند؟ آیا کسی که این بیماری را عقوبت گناهانش می‌داند با کسی که آن را حکمت و نعمتی از سوی خدا می‌داند، درد را به یک اندازه تحمل خواهند کرد؟ و بنابراین آیا باید فرآیند درمان و معالجه‌شان یکسان و به یک شیوه باشد؟ داده‌های این تحقیق نشان می‌دهد که هرگز این‌گونه نیست. مسئله‌ای به نام "زیبایی" و "نگاه دیگران" برای یک زن ۷۶ سالهٔ مبتلا وجود ندارد، درحالی‌که زن ۴۵ سالهٔ دارای فرزند با اینکه دوست ندارد پس از ریزش موها و از دست دادن زیبایی در جمع و مهمانی‌های خانوادگی شرکت کند، به‌خاطر فرزندان خود و اینکه آن‌ها احساس نکنند از همسالان خود عقب مانده و متفاوت شده‌اند، این حصار را می‌شکند و با این مسئله کنار می‌آید و یا زن ۴۷ ساله‌ای که حمایت خانواده و امید خدا را در کنار آمدن با بیماری و بهبود آن مؤثر می‌داند نمونه‌ای دیگر است. نمونه‌هایی از اظهارات بیماران در پژوهش حاضر نشانگر ادعای فوق است، "از دست دادن زیبایی و اینکه مرا به‌عنوان فردی می‌بینند که پستان ندارم برایم مهم نیست. البته از دست دادن عضوی از اعضای بدن سخت است ولی صرف اینکه لباس خوب نمی‌ایستد یا دیگر زیبایی ندارم اهمیت زیادی ندارد، فقط خوب بشوم، سرپا بایستم و کارهای خودم را انجام دهم برایم کافی است "یک بیمار ۷۶ ساله". اوایل خیلی حالم بد بود، به شدت افسرده بودم به‌طوری‌که شوهر خواهرم متوجه شد و فوراً برای ۶ ماه داروی افسردگی نوشت. ولی الان تا حدی با این مشکل کنار آمده‌ام و آن را سرنوشتی از سوی خداوند می‌دانم، بچه‌ها هم خیلی مراعاتم را می‌کنند، خیلی کمکم می‌کنند" "یک بیمار ۴۷ ساله".

همان‌طور که در پژوهش حاضر مشخص گردید، زنان مبتلا به سرطان پستان این بیماری را با توجه به مؤلفه‌های مختلفی چون ذهنیت خودشان در مورد زندگی و جهان هستی، شرایط زندگی خانوادگی، تجاربی که پشت سرگذاشته‌اند، موقعیت اجتماعی، سن و اینکه بیماری را ناشی از چه چیزی می‌دانند، احساس و درک می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف شناخت و برجسته کردن بُعد ذهنی عوامل مؤثر بر درد سرطان پستان انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مطابق با رهیافت نظریهٔ مبنائی و با استناد به دیدگاه بر ساخت‌گرایی اجتماعی، بیماری سرطان پستان علاوه بر بُعد پزشکی الزاماً بُعد روانی– ذهنی نیز دارد که متأثر از بافت اجتماعی و تجارب هر بیمار می‌باشد و مختص خود اوست و چنان بر تعریف سرطان پستان و نگاه به آن تأثیر می‌گذارد که باعث تولید درد و احساس نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و سردرگمی‌ها می‌گردد. زنان مبتلا به سرطان پستان این بیماری را با توجه به مؤلفه‌های مختلفی چون ذهنیت خودشان در مورد زندگی و جهان هستی، شرایط زندگی خانوادگی، تجارب، موقعیت اجتماعی- اقتصادی و سن درنظر می‌گیرند. بنابراین به‌دلیل تأثیر مستقیم این عوامل بر چگونگی احساس و درک بیماری همچنین به‌دلیل متفاوت بودن این مقوله‌ها در هریک از بیماران، این بیماری از سوی بیماران به اشکال متفاوتی درک می‌شود. از این رو به راحتی می‌توان گفت که این بیماری دارای تم‌های اجتماعی– فرهنگی تأثیرگذار بر وضعیت بیمار است که غفلت از آن‌ها و یا نادیده گرفتن آن‌ها نه تنها تلاش پزشکان را بی‌ثمرخواهد گذاشت، بلکه برای

[7] . themes

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.6.0]

بیمار نیز جز قرارگرفتن در یک فرآیند دردناک و طولانی مدت درمان در ازاء هزینه‌های مالی و مخارج اقتصادی کمرشکن حاصلی نخواهد داشت. این زیربناهای اجتماعی– فرهنگی آنچنان با درد بیماران و درک درد از سوی بیماران آمیخته و عجین شده‌اند که در ذهن بیماران جای گرفته‌اند و بیماران با توجه به درک خود، آن را به گونه‌های متفاوتی تفسیر می‌کنند.

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری در پژوهش حاضر اشاره کرد. در سطح نظری توجه به بیماری سرطان از رهیافت نظریهٔ مبنائی و با استناد به دیدگاه برساخت‌گرایی اجتماعی هنوز مورد توجه پژوهشگران داخلی قرار نگرفته است به همین دلیل انجام این پژوهش می‌تواند به‌عنوان شروع، توجه پژوهشگران داخلی را به این متغیرها و همچنین توجه به سایر بیماری‌ها برطبق دیدگاه مبنائی جلب نماید. در سطح عملی نیز اگر نسبت به عوامل غیرپزشکی مؤثر بر سرطان پستان شناخت و توجه بیشتری وجود داشته باشد، در ایجاد راهبردها و روش‌هایی که اهداف آموزش بهداشت را عملی می‌سازند، موقعیت بهتری ایجاد می‌شود و شاخص‌های موفقیت در تشخیص و درمان سرطان پستان به‌روش منطقی‌تری انتخاب و اعمال می‌گردند. لذا، پیشنهاد می‌شود که نتایج پژوهش حاضر در برنامه‌های آموزشی و مداخلات درمانی به‌کار گرفته شوند و در کار با بیماران به‌صورت فردی و گروهی، جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماری و نوع تفسیر بیماران از بیماری و درد نیز لحاظ گردند. همچنین پیشنهاد می‌شود که پزشکان، روانپزشکان، روان‌شناسان، مشاوران، مددکاران اجتماعی و سایر حرفه‌های یاوری در نشست‌های مشترک جهت ایجاد روش‌ها و تکنیک‌های درمان تلفیقی (پزشکی، روانی و اجتماعی) اقدام نمایند. همچنین برای قضاوت دقیق‌تر پیرامون تأثیرعوامل غیرپزشکی با استناد بر نظریهٔ مبنائی و برساخت‌گرایی اجتماعی، اجرای پژوهش‌های جامع‌تر در نمونه‌های گسترده‌تر درسایر جمعیت‌ها و بیماری‌ها پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

ازبیماران زن مبتلا به سرطان پستان، پزشکان و کارشناسان رادیوتراپی بیمارستان رازی شهرستان مرند که در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری صمیمانهٔ آن‌ها اجرای پژوهش حاضر امکان پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Gurm BK. Understanding Canadian punjubi–speaking South Asian Women's experiences of breast cancer: a qualitative study. Inter. Journal of Nursing Studies 2008; 45(2): 266-76.
2. Perry CW, Phillips BJ. Quick Review: Breast Cancer. The Internt Journal of Oncology 2002; 1: 1-5.
3. World Health Organization (W. H. O.) Fact sheet N°297 February 2009; Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html. 29 July 2010.
4. Ghazanfari Z, Alizadeh MS, Ezzattalab F. Survey knowledge, attitude and practice toward breast cancer prevention. Yazd journal of university of medical sciences health services 2006; 14(2): 44-50. [Persian]
5. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I. Breast Cancer in Iran: An Epidemiological Review. The Breast Journal 2007; 13(4): 383–91.
6. Naghashvar F, Torabizadeh ZH, Emadian O. Status of estrogene Progesterone receptors and Her-2/neu expression in invasive breast cancer. Journal of Gorgan University of Medical Science 2007; 8(4): 64-7.
7. Maunsell E, Brisson J, Mondor M. Stressful life events and survival after breast cancer. Psychosomatic Medicine 2001; 63: 306-15.
8. Kricher A, Price M, Butow P, Goumas C, Armes JE, Armstrong BK. Effects of life event stress and social support on the odds of a>or= 2 cm breast cancer. Cancer Causes Control 2009; 20: 437-47.
9. OnenSertoz O, ElbiMete H, Noyan A, Alper M, Kapkac M. Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem and marital adjustment in breast cancer: a

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.6.0]

controlled study. Turk Psikiyatri Derg 2004; 15(4): 264-75.
10. Shields, C, Rousseau S. A Pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. Family Process 2004; 43(1); 95-107.
11. Taylor EJ. Transforming tragedy among women surviving breast cancer. Oncology Nursing Forum 2000; 27: 721-88.
12. Petro-Nustas W. Health-related behaviors and lifestyle factors of patients with breast cancer. Cancer Nurs 2002; 25(3): 219-29.
13. Margaret S, Rogers B, SN, Chris T. Can cancer Patients Influence the Pain Agenda in Oncology Outpatient Consultations. Journal of Pain and Symptom Management 2010; 39(2): 268-82.
14. Kurt K, Dale T, Jingwei W, Julie K, Carpenter W. The Association of Depression and pain with Health-Related Quality of Life, Disability and Health Care Use in cancer Patients . Journal of pain and Symptom Management 2010; 40(3): 327-41
15. Khademi M, SajadiHezaveh M. Breast Cancer: A phenomenological study. Journal of Arak University of Medical Sciences 2009; 12(1): 29-39.
16. Aghabarari M, Ahmadi FA, Agha-Alinejad H, Mohammadi E, Hajizadeh E. Effect of designed exercise program on stress, anxiety and depression in women with breast cancer receiving chemotherapy. Journal of Shahrekord University of Medical Sci 2008; 9(4): 26-35.
17. Karjalainen S, Pukkala E. Social class as aprognostic factor in breast cancer survival. Cancer 1990; 66: 819-26.
18. Price MA, Tannent CC, Butow PN, Smith RC, Kennedy SJ, Kossoff MB, Dunn SM. The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: part II, Life event stressor, social support, defence style and emotional control and their interactions. Cancer 2001; 91: 686-97.
19. Thorne & Murray. Social Construction of breast cancer 2000; 30-60.
20. Charmaz K. Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods. In Denzin N.K. & Lincoln Y. S. (Eds.), Handbook of Qualitative Research, 2nd edition, Sage, Thousand Oaks, Ca 2000; 509-35.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1389.3.3.6.0]