

## رابطه‌ی آگاهی از تشخیص سرطان با امید در بیماران مبتلا به سرطان

شیماسادات آقا حسینی<sup>۱</sup>، فرحناز عبدالله زاده<sup>۲</sup>، ایرج اسودی کرمانی<sup>۳</sup>، آزاد رحمانی<sup>۴\*</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

آگاه نمودن بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص بیماری خود یکی از چالش‌های اصلی در مراقبت از این بیماران است. این نگرانی وجود دارد که آگاهی از تشخیص باعث از بین رفتن امید این بیماران شود. در زمینه‌ی بررسی رابطه‌ی آگاهی از تشخیص با امید در بیماران مبتلا به سرطان مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی رابطه‌ی آگاهی از تشخیص بیماری با امید در بیماران مبتلا به سرطان است.

این مطالعه‌ی توصیفی - مقایسه‌ای در سال ۱۳۸۸ در مرکز آموزشی - درمانی شهید قاضی طباطبایی تبریز انجام گرفت. نمونه‌ی پژوهش عبارت بود از ۱۵۰ بیمار که از تشخیص قطعی سرطان خود آگاه بودند و ۱۵۰ بیمار که از تشخیص قطعی بیماری خود آگاه نبودند. این بیماران با روش در دسترس انتخاب شدند. امید بیماران با استفاده از Heart Hope Index بررسی شد. دامنه‌ی نمره‌ی این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۴۸ است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت. مشخص شد که امید بیماران آگاه از تشخیص سرطان  $37/61 \pm 6/42$  و امید بیماران ناآگاه از تشخیص  $37/16 \pm 7/10$  است. بین سطح امید بیماران دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $P=0/57$ ).

این نتایج می‌تواند نشان‌دهنده‌ی این باشد که اطلاع از تشخیص سرطان تأثیری بر سطح امید بیماران ندارد. هرچند که تأیید این یافته به مطالعات بیش‌تری نیاز دارد.

**واژگان کلیدی:** سرطان، دادن خبر بد، سرطان‌شناسی

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

<sup>۳</sup> استاد، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

<sup>۴</sup> دانشجوی دکترای آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

\* نشانی: آذربایجان شرقی، تبریز، انتهای خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، گروه داخلی - جراحی، تلفن: ۰۹۱۴۳۱۸۲۳۵۳

Email: azadrahmanims@yahoo.com

## مقدمه

سرطان شامل بیش از صد تومور بدخیم بوده و همه‌ی انسان‌ها اعم از هر جنس، سن و نژادی در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند (۱). سرطان سومین علت مرگ و میر در دنیا بوده و در ایالات متحده هر ساله حدود ۱/۳ میلیون مورد جدید سرطان تشخیص داده می‌شود (۲). در ایران نیز نتایج مطالعه‌ی موسوی و همکاران نشان داد که میزان بروز سرطان در سال ۱۳۸۳ هجری شمسی ۹۸ در صد هزار نفر جمعیت برای زنان و ۱۱۰ در صد هزار نفر جمعیت برای مردان بوده است (۳).

حیطه‌ی مراقبت و درمان از بیماران مبتلا به سرطان یکی از دشوارترین حیطه‌ها در مراقبت‌های پزشکی بوده و چالش‌های زیادی در آن وجود دارد. از نظر بسیاری از صاحب‌نظران، ارائه‌ی آگاهی در مورد تشخیص بیماری به بیماران مبتلا به سرطان پراسترس‌ترین چالش موجود در این حیطه است. این امر سبب شده است که بسیاری از کادر درمان از ارائه‌ی تشخیص واقعی بیماری به بیماران خود اجتناب نمایند (۴، ۵).

در زمینه‌ی ارائه‌ی آگاهی در مورد تشخیص سرطان به بیماران دو رویکرد متفاوت شرقی و غربی وجود دارد. در کشورهای غربی این اطلاع‌رسانی با توجه به اصل استقلال بیماران توجیه می‌شود (۶). با این وجود در کشورهای غربی نیز تمامی بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص واقعی بیماری خود آگاهی ندارند و نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داده‌اند که بسته به کشور تحت بررسی ۲۴ تا ۸۸ درصد بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص بیماری خود آگاهی داشته‌اند (۷، ۸). از طرف دیگر، فرهنگ کشورهای شرقی به‌صورت خانواده‌محور شناخته می‌شود. در این فرهنگ ممکن است اعضای خانواده برای محافظت از عضو خانواده‌ی خود سعی نمایند که تشخیص بیماری سرطان را از وی پنهان نمایند. این عمل نوعی فداکاری شمرده می‌شود و در آن

اعضای خانواده استرس ناشی از تشخیص بیماری را بین خود تقسیم نموده و به این صورت از بیمار خود محافظت می‌نمایند (۹، ۱۰). از طرف دیگر، امروزه، در بسیاری از کشورهای شرقی نیز تمایل شدیدی در زمینه‌ی ارائه‌ی آگاهی در مورد تشخیص بیماری به بیماران مبتلا به سرطان ایجاد شده است (۱۱). برای مثال، امروزه بسیاری از مردم ژاپن اعتقاد دارند که باید تشخیص سرطان به بیماران مبتلا به سرطان ارائه گردد (۱۲).

در ایران دستورالعمل خاصی در زمینه‌ی ارائه‌ی تشخیص بیماری سرطان به بیماران مبتلا به این بیماری وجود ندارد. برای مثال، نتایج مطالعه‌ی ایران نشان داده است که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص بیماری خود اطلاع ندارند (۱۳). در مطالعه‌ی دیگر وحدانی‌نیا و همکاران گزارش کردند که ۸۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان وابستگان آن‌ها اعتقاد دارند که بیماران مبتلا به سرطان تشخیص واقعی بیماری خود را نمی‌دانند (۱۴). منتظری و همکاران نیز نشان دادند که ۸۸ درصد بیماران ایرانی ناآگاه از تشخیص بیماری تمایل دارند اطلاعات بیشتری در مورد تشخیص بیماری خود داشته باشند (۱۵). به‌علاوه در مطالعه وحدانی‌نیا و همکاران مشخص شد که ۸۵ درصد متخصصان انکولوژی در ایران تمایل دارند تشخیص بیماری را به اطلاع بیماران خود برسانند (۱۴). می‌توان دلایلی را برشمرد که پرسنل درمانی از ارائه‌ی تشخیص سرطان به بیماران مبتلا خودداری می‌نمایند. برای مثال، بسیاری از این پرسنل گفتن تشخیص بیماری را جزو وظایف خود نمی‌دانند. اما به‌نظر می‌رسد که یکی از مهم‌ترین دلایل برای این امر ترس این پرسنل از تأثیر منفی اطلاع‌رسانی تشخیص سرطان بر بیماران مبتلا به سرطان باشد. شاید در این زمینه مهم‌ترین ترس این پرسنل از بین رفتن امید این بیماران باشد (۱۱).

بیماران مبتلا به سرطان در هر مرحله از زندگی خود با عوامل تنش‌زای متعددی از جمله مشکلات خانوادگی، تغییر

برای بیمارانی که از تشخیص قطعی بیماری خود آگاهی داشتند عبارت بود از داشتن حداقل ۱۸ سال سن، قابلیت پاسخگویی به سؤالات مطالعه، تمایل به شرکت در پژوهش و سپری شدن حداقل ۶ ماه از آگاهی بیمار از تشخیص قطعی بیماری سرطان. معیارهای ورود برای بیمارانی که از تشخیص قطعی بیماری خود آگاهی نداشتند عبارت بود از داشتن حداقل ۱۸ سال سن، قابلیت پاسخگویی به سؤالات پژوهش و تمایل به شرکت در پژوهش. معیارهای خروجی برای بیماران هر دو گروه نیز شامل ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن جسمی و سابقه‌ی بیماری‌های مزمن روانی به‌ویژه افسردگی اساسی بود. لازم به ذکر است که در این مطالعه تنها بیماران مبتلا به افسردگی اساسی از مطالعه خارج شدند که تعداد آن‌ها ۲ نفر در گروه آگاه و یک نفر در گروه ناآگاه بود که با تشخیص روانپزشک از مطالعه خارج شدند و سایر بیماران مبتلا به درجات دیگر افسردگی از مطالعه خارج نشدند. به دلیل جلوگیری از تأثیر عوامل مخدوش‌گر، بیماران دو گروه از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات به‌صورت گروهی همسان‌سازی شدند. از زمان شروع مطالعه همه‌ی بیمارانی که واجد معیارهای ورود و خروج مطالعه بودند با روش در دسترس به‌عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند. در مدت ۶ ماه انجام مطالعه داده‌های ۳۰۰ بیمار مبتلا به سرطان (هر گروه ۱۵۰ نفر) جمع‌آوری شد.

برای بررسی امید بیماران مبتلا به سرطان از پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو قسمت اصلی بود. قسمت اول برخی مشخصات فردی-اجتماعی و مشخصات مرتبط با سرطان را بررسی می‌نمود. آیت‌های این قسمت به بررسی سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل، طول مدت ابتلا به بیماری و برخورد اعضای خانواده با بیمار می‌پرداختند. قسمت دوم پرسشنامه نیز *Hearth Hope Index* بود. این پرسشنامه حاوی ۱۲ بیانیه بر مبنای لیکرت ۴ گزینه‌ای است. برای نمره‌گذاری به گزینه‌ی هرگز صدق نمی‌کند امتیاز ۱، گزینه‌ی صدق نمی‌کند امتیاز ۲، گزینه‌ی

در عملکردهای خانوادگی و اجتماعی، وابستگی به دیگران، انزوای اجتماعی، تغییر در تصویر ذهنی، فشارهای روانی و تهدید به مرگ مواجه می‌شوند و برای مقابله با این مشکلات به منابع مقابله زیادی نیاز دارند (۱۶). یکی از این منابع مقابله که می‌تواند به بیماران مبتلا به سرطان در سازگاری با بیماری سرطان کمک نماید مفهوم امید است (۱۸، ۱۷). امید به‌عنوان یک عامل شفابخش چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شده و نقش مهمی در سازگاری با بیماری و فقدان دارد (۱۹).

در رابطه با بررسی تأثیر ارائه‌ی تشخیص بیماری سرطان بر سطح امید بیماران مبتلا به سرطان مطالعاتی در کشورهای غربی انجام شده است (۲۰-۲۲). در کل، می‌توان گفت که نتایج اکثر این مطالعات نشان می‌دهد که دانستن تشخیص سرطان تأثیری در امید بیماران نداشته یا حتی این آگاهی تأثیر مثبتی بر سطح امید بیماران مبتلا به سرطان داشته است. در زمینه‌ی رابطه‌ی آگاهی از تشخیص سرطان با امید در بیماران مبتلا به سرطان هیچ مطالعه‌ای در ایران یافت نشد. هم‌چنین، با توجه به نقش عوامل فرهنگی و مذهبی در زمینه‌ی تأثیر آگاهی از تشخیص سرطان بر امید بیماران مبتلا به سرطان، نتایج مطالعات خارجی، در ایران قابل استفاده نیست. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی رابطه‌ی آگاهی از تشخیص سرطان با سطح امید بیماران ایرانی مبتلا به سرطان می‌باشد.

### روش کار

این مطالعه‌ی توصیفی - مقایسه‌ای در سال ۱۳۸۸ در بیمارستان آموزشی - درمانی شهید قاضی طباطبایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد.

جامعه‌ی پژوهش عبارت بود از تمامی بیمارانی که در زمان اجرای مطالعه با تشخیص نهایی سرطان برای درمان بیماری یا تسکین علائم خود به بخش‌های بستری یا درمانگاه بیمارستان شهید قاضی طباطبایی مراجعه می‌نمودند. این جامعه شامل دو دسته بیمار بود. گروهی از بیماران از تشخیص قطعی بیماری خود آگاهی داشتند و گروه دیگر از تشخیص قطعی بیماری خود آگاهی نداشتند. معیارهای ورود

صدق می‌کند امتیاز ۳ و به گزینه‌ی همیشه صدق می‌کند امتیاز ۴ تعلق می‌گیرد. در مورد سؤال ۳ و ۷ نمره‌گذاری به صورت معکوس می‌باشد. این پرسشنامه سه حیطه‌ی امید شامل حوزه‌ی شناختی - زمانی (۴ بیانیه‌ی اول)، حوزه‌ی عاطفی - رفتاری (۴ بیانیه‌ی دوم) و حوزه‌ی نسبی - زمینه‌ای (۴ بیانیه‌ی آخر) را مورد سنجش قرار می‌دهد. کل نمره‌ی این پرسشنامه از ۱۲ تا ۴۸ متغیر بوده و هر چه نمره‌ی فرد در آن بیشتر باشد نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتر امید در وی می‌باشد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه در جمعیت‌ها و فرهنگ‌های گوناگونی مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۲۲) با این وجود در این مطالعه روایی و پایایی این پرسشنامه دوباره محاسبه گردید. روایی پرسشنامه‌ی مورد استفاده در این مطالعه به روش صوری و محتوایی و توسط ۱۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (اخلاق پزشکی، انکولوژی و پرستاری) بررسی و بر مبنای نظرات ارائه شده تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال گردید. سپس، پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی تعیین شد. به این منظور در دو نوبت به فاصله‌ی ده روز پرسشنامه به ۱۵ بیمار مبتلا به سرطان ارائه شد تا تکمیل نمایند و ضریب همبستگی بین دو نوبت اجرای پرسشنامه محاسبه شد (۰/۹۱). همان‌گونه که مشخص است این عدد نشان‌دهنده‌ی پایا بودن پرسشنامه است.

جهت جمع‌آوری داده‌ها دو نفر از محققین در هر روز کاری به بخش‌های بستری و درمانگاه بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز مراجعه نموده و بیماران واجد معیارهای ورودی و خروجی مطالعه را شناسایی می‌نمودند. یکی از چالش‌های اصلی این مطالعه آگاهی از این نکته بود که کدام یک از بیماران مراجعه‌کننده تشخیص قطعی بیماری خود را می‌دانند و کدام بیماران تشخیص قطعی بیماری خود را نمی‌دانند. در این زمینه پس از مشاوره با متخصصان مجرب انکولوژی و اساتید اخلاق پزشکی تصمیم گرفته شد این مورد با پرسیدن سؤال از نزدیکان درجه یک بیماران که همراه آنان

هستند بررسی شود. باید توجه داشت که این راه اگرچه مشکل و دارای خطاست ولی تنها راه عملی برای رسیدن به جواب سؤال است، زیرا در کشور ایران، برخلاف بسیاری از کشورهای غربی، تشخیص بیماری در بسیاری از موارد ابتدا به اطلاع بستگان درجه یک بیماران می‌رسد تا در صورت صلاحدید خود به بیماران در مورد تشخیص قطعی آگاهی دهند. در نهایت، برای آگاهی از این‌که بیمار از تشخیص قطعی بیماری خود آگاهی دارد یا خیر از اطرافیان بیماران درباره‌ی این موضوع به صورت خصوصی و محرمانه سؤال پرسیده می‌شد و جواب این سؤالات به دقت با خود بیماران تأیید می‌شد. لازم به ذکر است که در مورد بیمارانی که بنابر اظهار اطرافیان تشخیص قطعی بیماری خود را نمی‌دانستند نیز پس از برقراری رابطه‌ی مناسب با بیماران این عدم آگاهی تأیید می‌شد. برای مثال، از بیمار پرسیده می‌شد که شما چرا بستری شده‌اید؟ یا شما چه مشکلی دارید؟ هم‌چنین، در مورد این بیماران بنابر توصیه‌ی کمیته‌ی منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز تنها این مورد به اطلاع بیماران رسانده می‌شد که هدف این مطالعه بررسی سطح امید است و در کل مراحل جمع‌آوری داده‌ها اسمی از بیماری سرطان به میان نمی‌آمد. سپس، محققان پس از توضیح اهداف پژوهش رضایت بیماران برای شرکت در مطالعه را کسب می‌نمودند. سپس، داده‌های همه‌ی بیماران جمع‌آوری شد. داده‌های بیماران باسواد توسط خود آنان در پرسشنامه درج می‌شد و در مورد افراد بی‌سواد و/ یا کم سواد محققان داده‌های بیماران را با روش مصاحبه جمع‌آوری می‌نمودند.

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی حاکم بر پژوهش‌های انسانی در نظر گرفته شد. قبل از شروع مطالعه طرح پژوهشی به تصویب کمیته‌ی منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید. هم‌چنین، اطلاعات لازم در مورد مطالعه و روند اجرای مطالعه به اطلاع تمامی بیماران گروه آگاه از تشخیص رسیده و رضایت آگاهانه از آنان کسب شد. در مورد بیماران ناآگاه از تشخیص بیماری نیز اطلاعات لازم در حدی

## نتایج

بررسی مشخصات بیماران نشان داد که میانگین سن بیماران گروه آگاه از تشخیص سرطان  $۱۶/۳۰ \pm ۴۳/۹۴$  سال و میانگین سن بیماران گروه ناآگاه  $۱۷/۱۵ \pm ۴۶/۶۶$  سال بود. همچنین، طول مدت تشخیص بیماری در گروه آگاه از تشخیص  $۲/۲۷ \pm ۲/۲۰$  سال و در گروه ناآگاه  $۲/۶۵ \pm ۱/۸۱$  سال بود. آزمون t با نمونه‌های مستقل تفاوتی بین سن و طول مدت تشخیص بیماری در بیماران دو گروه نشان نداد. برخی دیگر از مشخصات فردی-اجتماعی و مشخصات وابسته به بیماری سرطان در بیماران دو گروه آگاه و ناآگاه از تشخیص سرطان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

که به اجرای مطالعه آسیب نمی‌زد در اختیار بیماران قرار گرفت. لازم به ذکر است که در مورد اختیاری بودن شرکت در پژوهش اطلاعات لازم به همی بیماران آگاه و ناآگاه از تشخیص سرطان داده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۷) استفاده شد. جهت توصیف مشخصات فردی - اجتماعی و اطلاعات وابسته به بیماری و همچنین، سطح امید بیماران دو گروه از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه‌ی سطح امید در بیماران دو گروه نیز آزمون t با نمونه‌های مستقل مورد استفاده قرار گرفت.

جدول شماره ۱- مقایسه‌ی برخی مشخصات فردی-اجتماعی آگاه و ناآگاه از تشخیص سرطان

متغیر	گروه‌ها	گروه آگاه (درصد) تعداد	گروه ناآگاه (درصد) تعداد	P Value
جنس	مذکر	۷۶ (۵۲/۸)	۷۲ (۴۶/۲)	$P = ۰/۲۵$
	مونث	۶۸ (۴۷/۲)	۸۴ (۵۳/۸)	
وضعیت تاهل	مجرد	۳۳ (۲۲/۹)	۲۷ (۱۷/۳)	$P = ۰/۴۷$
	متاهل	۱۰۳ (۷۱/۵)	۱۱۹ (۷۶/۳)	
	مطلقه/بیوه	۸ (۵/۶)	۱۰ (۶/۴)	
تحصیلات	بی‌سواد	۵۶ (۳۸/۹)	۵۷ (۳۶/۵)	$P = ۰/۰۵$
	ابتدایی	۲۰ (۱۳/۹)	۳۸ (۲۴/۴)	
	راهنمایی	۱۴ (۹/۷)	۱۶ (۱۰/۳)	
	دبیرستان	۲۲ (۱۵/۳)	۲۸ (۱۷/۹)	
	دانشگاهی	۳۱ (۲۱/۵)	۱۷ (۱۰/۹)	
برخورد اعضای خانواده	عالی	۶۲ (۴۳/۱)	۶۶ (۴۲/۳)	$P = ۰/۶۹$
	خوب	۵۵ (۳۸/۲)	۶۲ (۳۹/۷)	
	متوسط	۲۵ (۱۷/۴)	۲۳ (۱۴/۷)	
	ضعیف	۲ (۱/۴)	۵ (۳/۲)	

بیماران دو گروه از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات به صورت گروهی جور شده بودند.

برای بررسی هدف اصلی پژوهش جدول شماره ۲ ترسیم شده است. همان‌گونه که در این جدول مشخص است

همان‌گونه که در این جدول دیده می‌شود از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، طول مدت تشخیص بیماری و برخورد اعضای خانواده بین بیماران دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد. البته لازم به ذکر است که

شده است. همان‌گونه که در این جدول مشخص است بین بیماران دو گروه از نظر سطح امید و ابعاد آن تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد.

نمره‌ی کلی امید در گروه آگاه  $6/42 \pm 37/61$  و در گروه ناآگاه از تشخیص سرطان  $7/10 \pm 37/16$  بوده است. در این جدول نمره‌ی بیماران دو گروه در ابعاد مختلف پرسشنامه ذکر

جدول شماره ۲- مقایسه امید و ابعاد آن در بیماران آگاه و ناآگاه از تشخیص سرطان

امید و ابعاد آن	بیماران آگاه از تشخیص	بیماران ناآگاه از تشخیص	شاخص‌های آماری
امید کلی	$37/61 \pm 6/42$	$37/16 \pm 7/10$	$P=0/57$
بعد شناختی-زمانی	$12/21 \pm 2/52$	$12/14 \pm 2/73$	$P=0/80$
بعد عاطفی-رفتاری	$12/25 \pm 2/36$	$12/19 \pm 2/58$	$P=0/82$
بعد نسبی-زمینه‌ای	$13/13 \pm 2/44$	$12/83 \pm 2/63$	$P=0/03$

بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۲۱). به‌عنوان مثالی دیگر، نتایج مطالعه‌ی Mack و همکارانش که ۱۹۴ کودک مبتلا به سرطان را در سال ۲۰۰۷ در آمریکا بررسی کردند نشان داد که گرفتن تشخیص بیماری از سوی پزشک باعث افزایش سطح امید کودکان مبتلا به سرطان شده بود (۱۷). پس مشاهده می‌شود که نتایج این مطالعه مشابه نتایج مطالعات انجام شده در دیگر کشورهای جهان بوده و نشان می‌دهد که اطلاع از تشخیص سرطان تأثیر منفی بر سطح امید بیماران نداشته است.

متأسفانه، در بررسی متون داخلی هیچ مقاله‌ی پژوهشی یافت نشد که رابطه‌ی آگاهی از تشخیص سرطان با سطح امید را در بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار داده باشد. البته در پژوهشی که توسط طاولی و همکاران در سال ۱۳۸۶ در تهران انجام شد مشخص شد که آگاهی از تشخیص سرطان باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش می‌شود (۲۳). باید توجه داشت که این پژوهش تنها در بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش انجام شده است و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج این مطالعه نشان داد که آگاهی از تشخیص سرطان تأثیر منفی بر سطح امید بیماران نداشته است و این امر

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح امید در بیماران مبتلا به سرطان آگاه و ناآگاه از تشخیص بیماری خود با هم تفاوت آماری معنی‌داری نداشته و به‌عبارت دیگر، آگاهی از تشخیص سرطان تأثیر منفی معنی‌داری بر سطح امید بیماران مبتلا به سرطان نداشته است.

نتایج این مطالعه همسو با نتایج مطالعاتی است که در دیگر کشورهای جهان در زمینه‌ی رابطه‌ی آگاهی از تشخیص سرطان با سطح امید بیماران انجام شده است. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ میلادی انجام گرفت Lin و همکاران سطح امید ۱۲۴ بیمار مبتلا به سرطان را در کشور تایوان بررسی نمودند و نتیجه گرفتند سطح امید در بیماران آگاه از تشخیص بیماری سرطان از بیماران ناآگاه از این تشخیص بیش‌تر بوده است (۲۰). نتایج مطالعه‌ی دیگری که توسط Rustøen و همکاران در سال ۲۰۰۰ در نروژ انجام شد نشان داد که هیچ‌کدام از بیماران مبتلا به سرطان که از تشخیص بیماری خود آگاه بودند امید خود را از دست نداده بودند و امید آن‌ها بیش‌تر از بیمارانی بود که از تشخیص بیماری خود آگاهی نداشتند (۱۹). نتایج مطالعه‌ی Hagerty و همکاران که در سال ۲۰۰۵ در آمریکا انجام گرفت نیز حاکی از آن بود که گفتن حقیقت در مورد بیماری سرطان باعث افزایش امید در

این پژوهش دارای محدودیتهایی است که کاربرد یافته‌های آن را محدود می‌سازد. اول این‌که، در این پژوهش نمونه‌ی مطالعه با روش در دسترس انتخاب شد. دوم این‌که، در این مطالعه از روش خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد و در مورد اکثر بیماران نیز داده‌ها با روش مصاحبه جمع‌آوری شد که این امر کاربرد یافته‌ها را محدود می‌سازد. هم‌چنین، اگرچه در این مطالعه بیماران دو گروه از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات با یکدیگر همسان‌سازی گروهی شدند ولی ممکن است عواملی جدای از این عوامل سبب تقسیم شدن بیماران به دو گروه آگاه و ناآگاه از تشخیص سرطان شده باشد که خود می‌تواند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، توصیه می‌شود در این زمینه مطالعاتی با حجم نمونه‌ی بالاتر و روش نمونه‌گیری مناسب‌تر انجام گیرد. هم‌چنین، می‌توان در زمینه‌ی علل آگاه شدن بیماران از تشخیص سرطان نیز مطالعاتی انجام داد.

#### تشکر و قدردانی

محققان برخوردارم لازم می‌دانند از مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که تأمین مالی این طرح تحقیقاتی را بر عهده داشته و هم‌چنین، از تمامی بیماران عزیز که در این مطالعه شرکت نمودند تشکر نمایم.

نشان‌دهنده‌ی ضرورت توجه بیشتر به دادن اطلاع در مورد تشخیص بیماری به بیماران مبتلا به سرطان است. متأسفانه، نتایج مطالعات زیادی در کشور ایران نشان داده است که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص بیماری خود اطلاع ندارند. برای مثال، نتایج مطالعه‌ی طاوولی و همکاران در سال ۱۳۸۶ در تهران نشان داد که ۵۲ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص بیماری خود اطلاع نداشتند (۲۳). نتایج مطالعه‌ی وحدانی‌نیا و منتظری در سال ۱۳۸۲ در تهران نیز نشان داد که ۵۴ درصد پزشکان مورد بررسی گزارش کرده بودند که به کم‌تر از ۲۰ درصد بیماران خود در مورد تشخیص سرطان اطلاع می‌دهند. هم‌چنین، یکی از علل اصلی عدم گزارش تشخیص بیماری به بیماران مبتلا به سرطان ترس از عواقب منفی این اطلاع‌رسانی بوده است (۱۴). بنابراین، نتایج این مطالعه می‌تواند به‌عنوان یک مطالعه‌ی مقدماتی نشان دهد که آگاهی از تشخیص بیماری تأثیر منفی بر سطح امید بیماران مبتلا به سرطان نداشته است. البته باید توجه داشت که با توجه به حساسیت این مسأله قبل از تدوین هرگونه راهنمای عمل نیاز به مطالعات پیش‌تری است که جوانب مختلف آن را را مورد بررسی قرار دهد.

Med 1998; 46(9): 1151-63.

## منابع

۱۳- لاری‌زاده م ح، ملک‌پور افشار ر. بررسی وضعیت آگاهی بیماران سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان شفای کرمان از بیماری خود. پژوهش در پزشکی ۱۳۸۶؛ ۳۱ (۱): ۸۵-۹۰.

۱۴- وحدانی‌نیا م، منتظری ع. اطلاع رسانی به بیماران سرطانی از دیدگاه متخصصان پزشکی و بهداشتی:

یک مطالعه مقطعی. پایش ۱۳۸۲؛ ۲ (۴): ۶۵-۲۵۹.

15- Montazeri A, Vahdani M, Haji-Mahmoodi M, et al. Cancer patient education in Iran: a descriptive study. *Support Care Cancer* 2002; 10 (2): 169-73.

16- Kuehner C, Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord* 2005; 86(2-3): 205-13.

17- Mack JW, Wolfe J, Cook EF, et al. Hope and prognostic disclosure. *J Clin Oncol* 2007; 25(35): 5636-42.

18- Tadd W. *Ethical Issues in Nursing and Midwifery Practice: Perspectives from Europe*. London: Macmillan; 1998.

19- Rustøen T, Wiklund I. Hope in newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs* 2000; 23(3): 214-9.

20- Lin CC, Tsai HF, Chiou JF, et al. Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer. *Cancer Nurs* 2003; 26(2): 155-60.

21- Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005; 23(6): 1278-88.

22- Herth KA. The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1989; 16(1): 67-72.

۲۳- طاولی آ، منتظری ع، محققى م ع، و همکاران. نقش

اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران

مبتلا به سرطان دستگاه گوارش. پایش ۱۳۸۶؛ ۶ (۳):

۲۵۷-۶۴.

1- Gall TL. The role of religious coping in adjustment to prostate cancer. *Cancer Nurs* 2004; 27(6): 454-61.

2- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, et al. *Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing*, 12<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

3- Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, et al. Cancer incidence and mortality in Iran. *Ann Oncol* 2009; 20(3): 556-63.

4- Kawakami S, Arai G, Ueda K, et al. Physician's attitudes towards disclosure of cancer diagnosis to elderly patients: a report from Tokyo, Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2001; 33(1): 29-36.

5- Phungrassami T, Sriplung H, Roka A, et al. Disclosure of a cancer diagnosis in Thai patients treated with radiotherapy. *Soc Sci Med* 2003; 57(9): 1675-82.

6- Cardozo LJ, Afonso NM, Aranha AN, et al. The ethics of information disclosure in HIV disease and cancer: a study of medical residents' attitudes. *Patient Educ Couns* 1999; 36(1): 75-80.

7- Costantini M, Morasso G, Montella M, et al. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol* 2006; 17(5): 853-9.

8- Kostopoulou V, Katsouyanni K. The truth-telling issue and changes in lifestyle in patients with cancer. *J Med Ethics* 2006; 32(12): 693-7.

9- Wang SY, Chen CH, Chen YS, et al. The attitude toward truth telling of cancer in Taiwan. *J Psychosom Res* 2004; 57(1): 53-8.

10- Hamadeh GN, Adib SM. Cancer truth disclosure by Lebanese doctors. *Soc Sci Med* 1998; 47(9): 1289-94.

11- Sheu SJ, Huang SH, Tang FI, et al. Ethical decision making on truth telling in terminal cancer: medical students' choices between patient autonomy and family paternalism. *Med Educ* 2006; 40(6): 590-8.

12- Elwyn TS, Fetters MD, Gorenflo W, et al. Cancer disclosure in Japan: historical comparisons, current practices. *Soc Sci*