

درک مراقبت در زنان سوری مبتلا به سرطان پستان

تحت شیمی درمانی در سال ۱۳۸۹

فریال نظاملی^۱، منیره انوشه^۲، عیسی محمدی^۳

چکیده

سرطان پستان شایعترین نوع سرطان در میان زنان و دومین علت مرگ و میر بین آنان است. مطالعه حاضر با هدف تبیین درک مراقبت در زنان سوری مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی انجام شد. در این مطالعه کیفی، ۱۷ شرکت کننده شامل ۱۱ زن مبتلا به سرطان پستان که تحت شیمی درمانی قرار داشتند، ۳ شوهر این زنان، ۲ پرستار و ۱ پزشک در مرکز هسته ای شهر لاذقیه بین خرداد و مهر سال ۱۳۸۹ مشارکت داشتند. روش نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف بود. جمع آوری داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته بود و از روش تحلیل محتوی برای تحلیل داده ها استفاده شد. بر اساس تحلیل یافته ها، سه محور مربوط به درک مراقبت در زنان سوری مبتلا به سرطان پستان شامل "مراقبت در فضای درد آلود"، "آموزش ناکافی" و "احساس نیاز بیشتر به مراقبت تخصصی" استخراج گردیدند. نتایج این پژوهش نشان داد که شناخت تجارب زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، می تواند راهی برای شناخت و رفع عوامل تنش زا در فرایند مراقبت از این بیماران باشد. به نظر می رسد رفع این عوامل می تواند باعث بهبود کیفیت زندگی آنان گردد.

کلید واژگان: زنان سوری، سرطان پستان، شیمی درمانی، مراقبت بیمار، مطالعه کیفی

مجله تخصصی پژوهش و سلامت

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد

دوره ۱، شماره ۱، پاییز و زمستان ۱۳۹۰

مقاله اصیل پژوهشی

۱- دانشجوی دکتری تخصص پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

۲- نویسنده مسوول: دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

نشانی: تهران- تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و دکتر چمران- دانشکده علوم پزشکی- دانشگاه تربیت مدرس
تلفن و نمابر: ۸۲۸۸۳۸۱۳-۰۲۱

پست الکترونیکی:

anoosheh@modares.ac.ir

۳- دکتری تخصص پرستاری، دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

دریافت: ۹۰/۳/۹

اصلاح نهایی: ۹۰/۵/۲۵

پذیرش: ۹۰/۶/۸

مقدمه

به ۱۵۰ میلیون پوند سوریه معادل ۳۲۶۰۸۶۹ دلار امریکا اختصاص داده است که کلیه داروها وارداتی هستند [۸].

تشخیص و درمان سرطان پستان، اثرات جسمی و روحی شگرفی در زنان خواهد داشت [۹]. تشخیص سرطان پستان، بسیاری از زنان را با بحران هویت مواجه می‌سازد [۱۰]. در طی ۲ ماهه ی اول تشخیص سرطان پستان، ۴ تا ۷ درصد زنان، نشانه های افسردگی و ۳۲ تا ۴۵ درصد آنان نشانه های اضطراب را در سطوحی قابل توجه از نظر بالینی گزارش نموده اند [۱۱]. ریس و همکاران تاکید کردند که حد اقل ۲۵-۳۵٪ اینگونه بیماران، اختلالات روانی را از اضطراب تا افسردگی شدید و اختلالات عملکرد جنسی تجربه می‌کنند که حداقل دو سال با وجود درمان ادامه یافته رنج می‌برند [۱۲]. علیرغم اینکه شیمی درمانی اغلب اوقات بعد از عمل جراحی در بیماران با خطر بالای احتمال متاستاز (metastases) انجام می‌شود و در حدود ۴۰٪ موجب کاهش میزان مرگ و میر می‌شود [۱۳]. متأسفانه عوارض جانبی شدید ناشی از تغییرات فیزیولوژیکی در ارگانها و سیستم های بدن دارد [۱۴، ۱۵]. از جمله این عوارض می‌توان به تهوع، خستگی، ریزش مو و زخم اشاره نمود که اغلب سبب می‌شوند بیماران احساس ناخوشی داشته باشند، به صورتیکه ممکن است در بیماری این حس را نداشته باشند [۱۶]. درمان سرطان می‌تواند تاثیر عمیقی بر ظاهر بیمار و تصویر بدن داشته باشند [۱۷]. علاوه بر آن نورتوز و سواين دریافتند که علائم روانی مانند سطوح بالای ناراحتی خصوصاً در طی مدت زمان بستری آنها در بیمارستان، نه تنها در بیماران مبتلا به سرطان سینه مشاهده می‌شود، بلکه می‌توان این علائم را در همسران آنها نیز مشاهده کرد. همچنین شیمی درمانی بر روابط بین بیمار و همسر وی نیز مانند روابط روزمره، ارتباط جنسی و حتی هویت آنها تأثیر می‌گذارد [۱۸].

طی چند دهه اخیر، به موازات پیشرفت علم پزشکی در زمینه کنترل بیماری های عفونی و واگیر و همچنین شناخت اتیولوژی بسیاری از بیماری ها، مرگ و میر در اثر سرطان بحث های زیادی را برانگیخته است. در حال حاضر، سرطان به عنوان یکی از مشکلات جوامع بشری شناخته شده، با توجه به افزایش شیوع

سرطان پستان از شایعترین سرطان هایی است که زنان در سراسر دنیا به آن مبتلا می‌شوند [۱]. طی سالیان متمادی، سرطان پستان عمده ترین دلیل مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان بوده [۲]. یک سوم مرگ و میر همه سرطان ها مربوط به این بیماری می‌باشد [۳]. سالانه حدود ۱ میلیون مورد سرطان پستان در سراسر جهان رخ می‌دهد، و در طول دهه های گذشته، شیوع بیماری در سراسر جهان افزایش یافته و این افزایش در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته بوده است [۴]. در کشور ایران، این بیماری جزو شایعترین سرطان های زنان می‌باشد. به گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۵، سرطان پستان در میان سرطان های شایع زنان رتبه دوم را داشته، در حالیکه در سال ۱۳۷۵ به مقام اول صعود کرده است [۵]. بر اساس گزارش مرکز ملی سرطان سوریه، تعداد کل موارد سرطان های جدید در طول سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶، ۵۸۷۴۳ نفر بود که شایعترین نوع آن، سرطان پستان با ۱۵.۸٪ بوده است [۶]. مطالعه ای در شهر حلب (جمعیت ۳.۹ میلیون نفر) به منظور برآورد الگوی سرطان در سال ۲۰۰۴ انجام شد که سرطان پستان در جنس مؤنث، شایعترین نوع سرطان (۲۸.۸٪) بود. این مطالعه همچنین نشان داد که تعداد موارد جدید سرطان هنوز هم کمتر از حد واقعی تخمین زده می‌شوند و علل احتمالی آن عدم وجود مرکز تخصصی سرطان و یا فقدان برنامه کنترل سرطان است [۷]. آمار دولت سوریه نشان می‌دهد که هر ساله ۱.۶ بلیون پوند برای درمان بیماران سرطانی اختصاص می‌یابد. مطابق با شاخص های منتشر شده توسط مرکز پزشکی هسته ای بیمارستان دانشگاه تشرين، به طور متوسط هزینه شیمی درمانی تک دوز برای سرطان پستان حدود ۴۸ - ۸۶ هزار پوند سوریه، معادل ۱۰۴۳ - ۱۸۶۹ دلار امریکاست که اگر ۶ دوز برای بیمار لازم باشد، هزینه درمان بین ۲۸۸ - ۵۱۶ هزار پوند سوریه، معادل ۶۲۰۰ - ۱۱.۲۱۷ دلار امریکاست. دولت سوریه به مرکز پزشکی هسته ای بیمارستان دانشگاه تشرين برای درمان سرطان، نزدیک

وجود حق انتخاب در درمان و مراقبت، مشکلات ناشی از منابع محدود، احساسات حمایت نشده، و راه‌هایی که در آن مراقبت‌های حمایتی می‌توانند بهبود یابند، تاکید داشته‌اند [۲۷]. همچنین مطالعات متعددی در مورد تجربه‌ی سرطان پستان با فرهنگ‌های متفاوت در کشورهای عربی انجام شده که در فرهنگ کشور اردن، سرطان پستان، مربوط به مرگ می‌باشد [۲۸]. اما در کشور لبنان به علت اینکه مرگ مربوط به سرنوشت خداست، سرطان پستان به مرگ مربوط نمی‌باشد [۲۹].

براساس یافته‌ها و مستندات فوق در جهان، تحقیقات کیفی متعددی در مورد تجربیات زنان مبتلا به سرطان پستان از مراقبت، انجام شده که این تجربیات از کشوری به کشور دیگر متفاوت بوده است. همانطوریکه تجارب زنان از بیماری در مطالعات و جوامع مختلف متفاوت بوده است، تجارب آنها از مراقبت نیز می‌تواند متفاوت باشد و دیدگاه‌های ویژه‌ی در مورد مراقبت داشته باشند.

"مراقبت" (Care) یکی از مهمترین استراتژی‌هایی است که باید توسط پرستاران، پزشکان و خانواده به کارگرفته شود. اما اینکه چگونه بیماران مبتلا به سرطان پستان و خانواده‌هایشان از این مراقبت برخوردارند و آنرا درک می‌کنند، چه عواملی بر مراقبت مؤثر هستند، یا پرستاران و دیگر پرسنل ارائه دهنده خدمات بهداشتی - درمانی چگونه مراقبت را ارائه می‌کنند، از مواردی است که در سوریه ناشناخته است. در این کشور، تاکنون مطالعه‌ای برای تبیین تجارب زنان مبتلا به سرطان پستان از مراقبت آنها انجام نشده است. این در حالی است که اگر بدانیم این مراقبت چگونه رخ می‌دهد، دارای چه ویژگی‌هایی است و بکارگیری آن چگونه می‌تواند در حل مشکلات بیماران سرطان پستان و خانواده‌هایشان مؤثر باشد، نیاز به پژوهش دارد. یکی از مهمترین عوامل مؤثر و لازم برای مراقبت خوب، شناخت درک و تجربه بیماران سرطانی از مراقبت است. محقق اول، به عنوان یک دانشجوی دکتری دانشگاه تربیت مدرس که تبعه کشور سوریه است و با توجه به نیازهای پزشکان و پرستاران کشور خود در درک تجربیات مراقبت در زنان سوری، تحقیق مورد نظر را در سوریه انجام داد. هدف این مطالعه، پاسخ به این سؤال است که درک مراقبت از دیدگاه زنان سوری مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی چیست؟

برخی از انواع سرطانها، مقابله با آنها از اهمیت خاصی برخوردار است [۱۹].

زنان مبتلا به سرطان پستان نیازهای پیچیده‌ای دارند و در سراسر تجربه بیماری خود نیاز به حمایت اعضای تیم درمانی دارند. متون اخیر بر ظهور متخصص مراقبت از پستان به عنوان عضو جدایی‌ناپذیر از تیم متخصص مراقبت از پستان، تاکید کرده‌اند [۲۰]. حتی توصیه می‌شود که پرستاران تحصیلکرده لیسانس باید دانش خود را از درمان سرطان پستان و مدیریت آن، در سراسر زنجیره درمان از زمان تشخیص تا مرگ افزایش دهند [۲۱]. نقش پرستار مراقبت از پستان چند بعدی بوده، پرستار یکی از مهم‌ترین عناصر مراقبت حرفه‌ای است [۲۲]. نقش اولیه پرستار مراقبت از زنان، فراهم کردن زن مبتلا به سرطان پستان و خانواده‌اش با پشتیبانی مناسب و همچنین ارائه اطلاعات و ارجاع در چارچوب مراقبت چند حرفه‌ای است [۲۳].

یافته‌های مختلف از مطالعات کیفی در مورد تجربه زنان از مراقبت سرطان پستان در کشورهای غربی و شرقی ارائه شده‌اند، درحالیکه لنینگر می‌گوید مراقبت یک پدیده‌ی همگانی است که تظاهرات آن بسیار به فرهنگ وابسته است [۲۴]. برای مثال رمز و همکاران در سال ۲۰۰۹ پژوهش کیفی در شمال غرب آلمان برای کشف نیازها و انتظارات زنان مبتلا به سرطان پستان از مراقبت پرستاران انجام دادند. نیازهای مراقبت، به صورت رابطه با پرستاران، صلاحیت‌های حرفه‌ای و شرایط خارجی مراقبت بود. پرستاران می‌توانند با گوش دادن به زنان، پذیرش احساسات آنان و اطلاع‌رسانی آنها در جزئیات، از آنان حمایت کنند [۲۵]. همچنین مطالعه پدیدارشناسی توسط چارالامبوس و همکاران در سال ۲۰۰۸ با هدف بررسی دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان و کشف تجارب آنها در رابطه با کیفیت مراقبت‌های پرستاری در قبرس انجام شد که بر آموزش پرستار برای ارائه مراقبت مناسب تاکید شد [۲۶]. فینچام و همکاران در سال ۲۰۰۵ گزارش کرده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان در تجارب خود در مورد مراقبت حمایتی بر موضوعاتی از قبیل شیوه تشخیص، دسترسی خانواده و دوستان به اطلاعات، پذیرش سرطان توسط خود بیماران، ارائه خدمات از قبیل تماس یک فرد مشخص،

روش

رویکرد مورد استفاده در این پژوهش یک مطالعه کیفی بود. این نوع مطالعات، روی تجربه زندگی و تفاسیر و معانی که افراد با آن برخورد می کنند متمرکز شده اند [۳۰]. هدف تحقیقات کیفی، درک وضعیت و رفتار مردم از دیدگاه ذهنی و درونی آنها است. در این نوع مطالعات، ارزشها، اعتقادات و هنجارها از دیدگاه مطالعه شوندگان استنباط می گردد [۳۱]. تحقیقات کیفی در مراقبت های بهداشتی به میزان وسیعی کاربرد دارند، از جمله این موارد می توان به سوال در باره بررسی علل رفتارهای انسانی از قبیل چگونگی پذیرش درمان از سوی بیمار، تصمیم گیری، چگونگی سازماندهی برنامه های حفظ و ارتقای سلامتی توسط متخصصین و مراقبین بهداشتی اشاره نمود [۳۲].

نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا اشیاع داده ها، به طوری که اطلاعات جدیدی از مصاحبه ها و داده های موجود به دست نیامد [۳۳] ادامه یافت. نمونه های پژوهش شامل سه گروه ۱- زنان سوری که تجربه ابتلاء به سرطان پستان داشته، تحت شیمی درمانی (حد اقل ۲ دوره) و ماستکتومی قرار گرفته باشند و قادر باشند این تجارب را بیان نمایند، ۲- اعضای خانواده بیماران و ۳- درمانگران، اعم از پرستاران و پزشکان که حد اقل ۶ ماه در درمان این بیماران تجربه داشته باشند، بودند. در مجموع، شمار شرکت کنندگان در پژوهش به ۱۷ نفر رسید که ۱۱ نفر از بیماران، ۳ نفر از بین شوهران بیماران انتخاب شدند. ۲ نفر پرستار و ۱ نفر پزشک هم در این مطالعه مشارکت نمودند. از آنجا که بیمارستان تشرین در شهر لاذقیه کشور سوریه خدمات درمانی را به صورت رایگان ارائه می دهد، برای بیماران سرطانی سوری مرکز ارجاع مناسبی می باشد. به این دلیل، مطالعه حاضر در مرکز پزشکی هسته ای این بیمارستان انجام گردید. انتخاب شرکت کنندگان در مرکز شیمی درمانی شهر لاذقیه بر اساس هدف پژوهش انجام شد. پس از موافقت شرکت کنندگان، مصاحبه در منزل، محیط کار یا هر مکان دیگری توسط آنها انتخاب و انجام شد.

جهت انجام پژوهش، مجوز انجام تحقیق از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه تربیت مدرس صادر و معرفی نامه کتبی برای

مرکز پزشکی هسته ای دانشگاه تشرین گرفته شد. همچنین مسئولین مرکز پزشکی هسته ای تشرین به محقق اجازه دادند تا کار پژوهش را شروع کند. فرم رضایت نامه ای جهت شرکت آگاهانه و رضایتمندانه مشارکت کنندگان تهیه شد که پس از توضیح مختصر و روشن در مورد پژوهش، این فرم رضایت نامه توسط مشارکت کنندگان تکمیل و امضا شد. به علاوه در مورد هدف استفاده از ضبط صوت به شرکت کنندگان توضیحات لازم داده شد. به طوری که جهت ضبط گفته های شرکت کنندگان از آنها اجازه گرفته و به آنها اطمینان داده شد که گفته های آنها به صورت محرمانه حفظ می شود و در اختیار کسی به جز محقق قرار نمی گیرد. تسهیلات لازم جهت دسترسی همه مشارکت کنندگان به مشاور نیز فراهم شد.

در این مطالعه برای جمع آوری داده ها از مصاحبه های نیمه ساختار یافته استفاده شد. مدت زمان مصاحبه ها از ۲۵ تا ۳۵ دقیقه بود. متن هر مصاحبه، کلمه به کلمه برگردانده شد و پس از تجزیه و تحلیل، مصاحبه بعدی انجام گرفت. برای تحلیل داده های گردآوری شده از روش تحلیل محتوی (content analysis) استفاده شد. این روش برای تعیین و توصیف پدیده مورد بررسی، مفاهیم عینی را از واژه ها و جمله ها استخراج می نماید. هدف از تحلیل محتوی، بررسی شمارش، ترتیب و شدت واژه، جملات و عبارات برای شناسایی موضوعات بیان شده توسط شرکت کنندگان است [۳۴، ۳۵]. در کد گذاری، واحدهای معنایی از بیان و گفته های مشارکت کنندگان که منبعث و نشان دهنده تجربیات آنها بود، استخراج گردید. سپس کدهایی که براساس تشابه و تناسب، بیان کننده موضوع واحدی بودند در یک دسته یا طبقه قرار گرفتند و طبقات و زیر طبقات با هم مقایسه شدند. از تحلیل و تفسیر این داده ها، درون مایه ها یا مقوله های انتزاعی تر استخراج گردید [۳۶]. از "یادآورها" به منظور تکمیل طبقات و فرآیند تجزیه و تحلیل مداوم داده ها نیز استفاده شد.

جهت اطمینان از روایی و پایایی داده ها در طول مطالعه از روش های گوناگونی استفاده شد. برای تایید صحت داده ها و کدهای استخراج شده، از بازنگری مشارکت کنندگان استفاده شد.

۱- مراقبت در فضای درد آلود:

مراقبت زنان مبتلا به سرطان پستان در فضایی انجام می شود که از ویژگی‌هایی تلخ و حزن انگیز برخوردار بودند. تجربیات زنان مبتلا نشان دادند خصوصیات ویژه ای که مراقبت در آن فضا رخ داده بود عبارت از "برخورد نامناسب جامعه"، "عکس العمل نامناسب دوستان" و "کوتاهی خانواده" بودند. سرطان از نظر جامعه سوری، مربوط به مرگ است. به این علت زنان مبتلا در مطالعه حاضر از نام بردن سرطان احتراز داشتند و به جای واژه سرطان، از عبارت "آن بیماری" استفاده می کردند. نگاه منفی جامعه به این بیماری ناشی از درک و اعتقاد مردم بود که ابتلا به این بیماری را به معنی انتهای زندگی می دانند. برخوردار نامناسب جامعه و عکس العمل نامناسب دوستان، مانند ابراز ترحم به بیماران و کوتاهی خانواده، به ویژه کاهش تدریجی حمایت آنها، باعث غم و اندوه بیماران می شود.

یکی از شرکت کنندگان که خانمی ۳۵ ساله بود اظهار می نمود که "دیدگاه مردم ضعیفه، مثلاً آگه بگی فلانی آن بیماری رو داره، میگن بدبخت بیچاره اون دیگه می میره، می گن این دیگه تمامه، مرده حساب می کنند و وقتی که می فهمند مریضی، دیدشان صد در صد فرق می کنه، حالا یا ترحم می کنند یا مثلاً حس می کنند کسی که مریضه فقط باید توی خونه باشه، توی جامعه اصلاً نباید باشه یعنی می دانید... آن بیماری یعنی آخر زندگیه".

یکی دیگر از شرکت کنندگان که خانمی ۳۳ ساله بود بیان نمود که: "من دوست نداشتم که خبر ابتلایم به آن بیماری را به دیگران بگم که می دونید بعضی دوستانم وقتی که فهمیدند من مریض شدم صحبتشان با من کم شده، شاید به منظور ترحم برای وضعیتم بود، اما این نگاه خیلی روی من اثر بدی داشت". شرکت کنندگان در این مطالعه واکنش‌ها و عملکرد منفی خانواده را نیز ذکر کردند به عنوان مثال شرکت کننده ای ۴۰ ساله می گفت: "خانواده شوهرم به من اهمیت زیاد ندادند. امید داشتم با من خوب باشند اما متأسفانه خوب نبودند، یعنی وقتی که شوهرم تصمیم گرفت که جراحی پلاستیک برام اجرا بشه،

کدهایی که از نظر مشارکت کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود اصلاح گردید. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان، توسط ۲ نفر از اعضای هیئت علمی مورد بررسی قرار گرفتند. برای جلوگیری از سوگیری نیز محقق در طول تحقیق نظرات خود را درباره پدیده مورد بررسی یادداشت می کرد و از این طریق سعی می نمود آنها را از دیدگاه مشارکت کنندگان متمایز کند.

یافته‌ها

۲۰۷ کد اولیه از مجموع ۱۷ مصاحبه بر اساس بررسی محتوای داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها و یادداشت‌های در عرصه به دست آمد. در روند بررسی، این کدها ۳ مقوله اصلی "مراقبت در فضای درد آلود"، "آموزش ناکافی" و "احساس نیاز بیشتر به مراقبت تخصصی" را شکل دادند. نتایج مطالعه نشان داد که اکثریت بیماران با سواد و همه متأهل بودند. سن شرکت کنندگان بین ۳۰ تا ۴۵ سال (میانگین ۳۷ سال) و مدت ابتلا به سرطان پستان بین ۱ تا ۳ سال (میانگین ۱/۲ سال) گزارش شد. در زمان مصاحبه‌ها، میانگین تعداد دوزهای شیمی درمانی ۵ دوز بود. مشخصات فردی مشارکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. طبقات و زیر طبقات مرتبط با درک مراقبت که سه طبقه اصلی و هر کدام دو یا سه زیر طبقه را شامل می شوند، در جدول شماره ۲ قابل مشاهده هستند.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان.

تعداد مشارکت کنندگان	۱۷
سطح تحصیلات	
راهنمایی	۳
دیپلم	۹
دانشگاهی	۵
میانگین سن (سال)	۳۷ سال
میانگین مدت ابتلا به سرطان پستان (سال)	۱/۲ سال
میانگین تعداد دوزهای شیمی درمانی (دوز)	۵ دوز

از پدرش پول خواست اما نداد علی الرغم اینکه پول زیادی داره او به شوهرم گفت که چه فایده داره، آن به این عمل اصلا نیاز نداره."

۲- آموزش ناکافی:

این طبقه اصلی دارای ۳ زیرطبقه "کمبود برنامه های آموزش پیشگیری"، "کمبود اطلاعات" و "بی کفایتی آموزش" بود. زنان مبتلا به سرطان پستان شرکت کننده در مطالعه حاضر اشاره کردند که سیستم درمانی مربوط به مراقبت بیماریهای سرطانی، خوب کار نمی کند و به برنامه های آموزشی و تبلیغات مربوط به تشخیص زودرس اهمیت زیاد نمی دهد.

شرکت کننده ای که خانمی ۴۴ ساله بود می گفت: "اطلاعات زیاد در مورد این بیماری ندارم. می دانید، نه فقط من بلکه سطح اطلاعات عمومی در مورد این بیماری در جامعه کمه. می دانید چرا؟ به علت اینکه برنامه های آموزشی در این مورد نداریم و حتی تبلیغات برای تشخیص زودرس هم خیلی کمه. علیرغم اینکه تشخیص زودرس به شفا کمک می کنه، اما متأسفانه این برنامه ها را در جامعه مان زیاد نمی بینیم."

نتایج مطالعه نشان داد نه تنها اطلاعات جامعه بطور عمومی در مورد این بیماری کم است و اینکه سوالات زیادی در ذهن بیماران در ابتدای بیماری و آگاهی نا کافی در مورد پیامد و آینده آن دارند، بلکه آرایه اطلاعات و آموزش توسط پرستاران و پزشکان در طی درمان نیز کافی نبود. همچنین درمانگران وقت کافی برای آموزش بیماران اختصاص نمی دهند.

شرکت کننده دیگری که خانمی ۴۵ ساله بود اظهار می کرد که: "اطلاعاتم در باره این بیماری کمه مخصوصا در مورد علتش، عوارضش، درمانش و این چیزیه که باعث ترس و نگرانی من شده، به این علت که آموزش در طی درمان از پزشکان و پرستاران نمی گیریم. به این دلیل به آموزش از سمت پزشکان و پرستاران نیاز دارم که در طی مراقبت، پزشکان و پرستاران آموزش به من نمی دادند و برای کاهش استرس ناشی از شیمی درمانی و عوارض آن باید آموزش وجود داشته باشه."

شرکت کننده پزشک اظهار می داشت: "علاوه بر اینکه بعضی از زنان اصلا هیچ اطلاعات قبل از ابتلا نداشتند به این خاطر سوالات زیاد در ذهنشان وجود داره". یکی از پرستاران

شرکت کننده در مطالعه بیان می نمود که: "اصلا مراقبت به این بیماران نمی کنم، چون وقت برای آرایه آموزش یا اطلاعات مربوط به این بیماری یا شیمی درمانی ندارم و کارم در بیمارستان منحصر به دادن دارو و پاسخ از سوالات بیماران است."

۳- احساس نیاز بیشتر به مراقبت تخصصی:

این طبقه اصلی دارای ۲ زیرطبقه "کوتاه بودن مدت مراقبت در بیمارستان" و "نیاز بیشتر به مراقبت روانی" بود. مراقبت روانی، یکی از نیازهای عمده در مراقبت و نیز از انتظارات اساسی بیماران از تیم درمانی است. اما به علت شلوغی و ازدحام مرکز درمانی سرطان بیمارستان تشرین، مدت بستری زنان مبتلا در آن مرکز کوتاه است و منحصر به دادن دارو توسط پرستاران می باشد. همچنین زنان شرکت کننده در این مطالعه تاکید کردند که این گونه بیماران به مراقبت های روانی تخصصی نیازمندند، اما متأسفانه سیستم درمانی به مراقبت روانی اهمیت نمی دهد و تیمی از متخصصان، روانپزشکان و روانپرستاران برای مراقبت این بیماران وجود ندارد.

شرکت کننده ۴۵ ساله ای اظهار کرد که: "بیمار، یعنی مثل من که به سرطان پستان مبتلا شده، به مراقبت روانی فوق العاده نیاز داره که پرستار یا پزشک به مراقبت روانی مخصوصا به این گونه بیماران باید اهمیت بدن و وقت برای حل مشکلات بیماران که با این بیماری مواجه هستند تخصیص بدنند اما متأسفانه که اینجا نیست، چون اینجا پرستار وقت برای آرایه مراقبت روانی نداره، خوب من ۳ ساعت اینجا می مانم و مراقبت، منحصر به دادن دارو و پاسخ دادن به سوالاتم میشه و اصلا پرستار اطلاعاتی در مورد آرایه مراقبت روانی نداره."

شرکت کننده پرستار ذکر می کرد که: "سرطان پستان، بیماری که خصوصیت در زنان داره و به مراقبت خاصی نیاز داره، اما با توجه به اینکه مدت ماندن بیماران اینجا خیلی کوتاه است اصلا وقت نداریم برای آرایه خدماتی غیر از دادن دارو. می دانم که لازمه پرستاران متخصص، این بیماران را مراقبت می کنند، اما متخصصان در سوریه نیست."

جدول ۲: طبقات اصلی و زیر طبقات مرتبط با مراقبت

مراقبت در فضای درد آلود

. برخورد نامناسب جامعه

. عکس العمل نامناسب دوستان

. کوتاهی خانواده

آموزش ناکافی

. کمبود برنامه های آموزش پیشگیری

. کمبود اطلاعات

. بی کفایتی آموزش

. احساس نیاز بیشتر به مراقبت تخصصی

. کوتاه بودن مدت مراقبت در بیمارستان

. نیاز بیشتر به مراقبت روانی

بحث

در این مطالعه، درک مراقبت در زنان سوری مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی توصیف شده است. یافته های این تحقیق، در بردارنده سه طبقه اصلی شامل "مراقبت در فضای درد آلود"، "آموزش ناکافی" و "احساس نیاز بیشتر به مراقبت" بود. داده های این مطالعه نشان داد که مراقبت زنان مبتلا به سرطان پستان در محیط حزن انگیز اتفاق می افتد و مشارکت کنندگان در این مطالعه به نگاه منفی جامعه به سرطان پستان تاکید داشتند. واکنش های نامناسب جامعه مانند احساس ترحم، شایعه سازی توسط مردم و بزرگ جلوه دادن بیماری توسط جامعه، همچنین برخورد ناراحت کننده برخی از افراد فامیل و یا دوستان، از مشکلاتی بود که باعث درد شرکت کنندگان در این تحقیق به حساب می آمد. همانطور که شرکت کنندگان در این پژوهش بیان داشتند، کلمه سرطان برای افراد و خانواده ها و به طور کلی در فرهنگ جامعه سوری، به معنی "مرگ" است. به معنای اینکه این بیماری در فرهنگ سوری از نظر جامعه شناختی دارای مفهوم "مرگ" است. یافته های مطالعه حاضر با مطالعه لمیعیان و همکاران همسو می باشد. یافته های آنان نشان داد که نگاه منفی جامعه در سازگاری بیمارانی سرطانی

اختلال ایجاد می کند و برگشت دوباره آنان به زندگی طبیعی را به عقب می اندازد [۳۷]. مراقبان بهداشتی باید به خود، جامعه و افراد مبتلا به سرطان برای تغییر این چشم انداز و دستیابی به توانمندی کمک کنند. ضمن آن که معرفی افراد توانمند از طریق انجمن های سرطان پستان و برنامه های رسانه های مختلف می تواند در این راستا موثر باشد.

زنان شرکت کننده در این مطالعه، از مراقبت خانواده خود رضایت نداشتند و غالباً از کاهش تدریجی حمایت خانواده، عادت کردن خانواده، و نقش منفی خانواده همسر شکایت داشتند. در رابطه با این نتیجه برخی محققان نشان داده اند که همه بیماران از خانواده های حمایت کننده برخوردار نبوده، حتی گاهی رها شدن را تجربه نموده اند [۳۸].

کمبود برنامه های پیشگیری، از جمله عوامل دال بر آموزش ناکافی و تاثیرگذار بر مراقبت زنان مبتلا به سرطان پستان است. تجارب زنان در این خصوص مشخص نمود که سیستم اطلاع رسانی و تبلیغات مستمر بهداشتی برای زنان کم بود. در تایید این یافته، تریسی و همکاران اظهار داشتند که اطلاع رسانی و آموزش زنان علی الخصوص در مورد خطر افزایش سن، تشخیص زودرس و مشاوره زنان با تاریخچه فامیلی سرطان پستان جهت برنامه ریزی مراقبت های حمایتی بیش از پیش ضرورت دارد [۳۹]. امروزه ارایه اطلاعات به عنوان یکی از اجزاء اساسی بسیاری از برنامه های پیشگیری و کنترل رایج درآمده است و در این راستا، آگاهی از بیماری سرطان پستان و عوامل خطر زای آن، یکی از مواردی است که در برنامه های پیشگیری و کنترل این بیماری مد نظر قرار می گیرد [۴۰]. یافته ها در این مطالعه به طور قوی تاکید می کنند که تامین اطلاعات صحیح درباره بیماری و عوامل خطر، پیامدهای مرتبط با اتخاذ سبک زندگی سالم و دوری از عوامل خطر و نیز اقدام برای تشخیص زودرس بیماری، در ارتقاء مراقبت در زنان مهم می باشد. در مطالعه بنائیان و همکاران مشخص گردید که میزان آگاهی از روش های غربالگری، کم و عملکرد افراد بسیار ضعیف می باشد. بنابراین تنظیم و اجرای برنامه آموزشی بدون برای عموم جامعه به خصوص کارکنان سطوح اولیه مراقبت

بهداشتی در این زمینه ضروری می باشد [۴۱]. همچنین علیزاده در سال ۲۰۰۰ گزارش کرد که دلیل اصلی عدم مراجعه زنان برای تشخیص زودرس، کمبود اطلاعات لازم از بیماری سرطان پستان و علائم خطر ساز آن است [۴۲]. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، از آنجا که دانش آموختگان پرستاری در جامعه می توانند خدمات ارزنده ای جهت رفع مشکلات مدد جویان ارایه دهند، ضروری است آموزش های لازم در زمینه مراقبت و عوامل موثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی را در دروس دانشگاهی به طور کامل فراگیرند.

نداشتن اطلاعات و آگاهی در مورد سرطان پستان در زنان مبتلا به سرطان پستان از جمله مسائل دیگری بود که مراقبت زنان را تحت تاثیر خود قرار داده بود. اریکو و رودر گزارش کرده اند که بسیاری از زنان در کشورهای در حال توسعه اطلاعات کمی درباره سرطان پستان و عوامل هشدار دهنده آن دارند؛ بنابراین، زمانی به بیمارستان می روند و برای درمان اقدام می کنند که دیر شده است [۴۳]. زنان شرکت کننده در این مطالعه کارمندان بهداشتی را به عنوان منبع کسب اطلاعات خود ذکر نمودند. به نظر می آید کارمندان بهداشتی به عنوان عوامل مهم ایجاد کننده آگاهی می توانند نقش مهمی در آموزش و پیشگیری از سرطان در بین کلیه افراد و اقشار جامعه داشته باشند. این نقش به خصوص در شهرهای کوچکی مانند شهر لاذقیه که مردم تمام نیازهای بهداشتی و درمانی خود را از مراکز بهداشتی تامین می کنند از اهمیت بیشتری برخوردار است.

شرکت کنندگان مطالعه حاضر نشان دادند که درمانگران مرکز درمانی از وسایل آموزشی استفاده نمی کنند و حتی وقت برای آموزش اختصاص نمی دهند. به این علت، شرکت کنندگان اشاره کردند که بی کفایتی آموزش یکی از عوامل تاثیر گذار بر مراقبت بود. در تایید این یافته، تحقیقات متعددی حاکی از تاثیر آموزش بر افزایش میزان دانش و اطلاعات مرتبط با بیماری سرطان پستان و فاکتورهای خطر قطعی و نسبی مرتبط با آن است [۴۴، ۴۵]. روباتش و هیلر در سال ۲۰۰۲ همچنین شانتر و همکاران در سال ۲۰۰۵ گزارش کردند که آموزش و ارایه اطلاعات در طی بیماری، یکی از نیازهای عمده برای هر مرحله

از بیماری است [۴۶، ۴۷]. اورتگا و همکاران در مطالعه ای که با مطالعه حاضر همخوانی دارد، بیان کردند که آموزش توسط پرستار و دیگر کادر پزشکی (که مهمترین مانع برای این آموزش ها را نداشتن وقت کافی می دانند) بیشتر و موثرتر انجام می شود [۴۸]. در این خصوص، یافته مخالف با نتایج مطالعه حاضر نیز وجود داشت. مثلا ساریس و سومنین در سال ۲۰۰۵ و سالمین و همکاران در سال ۲۰۰۴ در مطالعات خود گزارش کردند که حقیقت نیازهای آموزشی این زنان در طی بیماری کاهش پیدا می کند [۴۹، ۵۰]. به نظر می رسد که علت کاهش نیازهای آموزشی در طی بیماری سرطان پستان، ناشی از افزایش سطح اطلاعات مربوط به این بیماری به علاوه به کارگیری برنامه های آموزشی پیشگیری در جامعه آنها می باشد.

همچنین مشارکت کنندگان در این مطالعه به نیاز بیشتر به مراقبت تخصصی در مراقبت سرطان پستان اشاره کردند. آنان ذکر کردند که سرطان پستان به عنوان یک بیماری، نه تنها بر زن بلکه بر خانواده بیمار هم اثر روانی شدید دارد. این افراد نیازمند مراقبت روانی تخصصی هستند، در حالی که مرکز درمانی مربوطه در شهر لاذقیه اهمیت به مراقبت روانی نمی دهد و پرستاران متخصص مراقبت روانی این بیماری وجود ندارد. همچنین این یافته همسو با مطالعه انجام شده توسط لاندمارک و همکاران در سال ۲۰۰۲ است. آنها اشاره کردند که زنان استرالیایی مبتلا به سرطان پستان، بر حمایت عاطفی ناکافی از طرف تیم مراقبتی تاکید کردند [۵۱]. نتایج مطالعه ونکی و همکاران در سال ۲۰۰۴ هم نشان می دهد که حمایت، یک نیاز حیاتی و چند بعدی است و باید پیوسته به مدد جویان ارائه شود. معمولا پرستاران و پزشکان، حمایت جسمی را در اولویت اول قرار می دهند، در حالی که بیماران حمایت های روحی-روانی را در اولویت قرار می دهند [۵۲]. ویلکس و همکاران بر یافته های ۲۵ تحقیق، مرور داشتند و گزارش کردند که زنان در این مطالعات از حمایت ناکافی برخوردار بوده اند. آنها همچنین از کمبود حمایت اجتماعی درمانی تیم مراقبت، کمبود ارتباطات و کمک از طرف پرستاران شکایت داشته اند [۵۳]. همچنین فیلیپس در مطالعه خود نشان داد که کلیه ارتباطات پزشکان با

جامعه بر مراقبت این بیماران اثر منفی دارد. همچنین نتایج مطالعه حاضر بر کوتاهی سیستم درمانی در انجام نیازهای بیماران از مراقبت مناسب مخصوصاً ارایه مراقبت های روانی اشاره کردند. آموزش و دریافت اطلاعات در مورد بیماری سرطان پستان و درمان آن اهمیت دارد، لذا ارایه اطلاعات در این موارد یک جزء اساسی مهم در زمینه مراقبت مد نظر قرار می گیرد.

تشکر و قدرانی

این تحقیق از پایان نامه دکتری رشته پرستاری نویسنده اول مقاله و با حمایت مالی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. نویسندگان مراتب قدرانی و تشکر خود را از همپاری دانشگاه تربیت مدرس، همینطور زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی ساکن شهر لاذقیه در کشور سوریه که بدون همراهیشان انجام این پژوهش ممکن نبود، اعلام می دارند.

سهم نویسندگان

فریال نظاملی: طراحی مطالعه و ایده؛ جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها؛ تهیه نگارش مقاله
منیره انوشه: راهنمایی و مشاوره به عنوان استاد راهنما؛ تجزیه و تحلیل داده ها؛ تهیه و نگارش مقاله
عیسی محمدی: استاد مشاور پایان نامه؛ تجزیه و تحلیل داده ها، تهیه و نگارش مقاله

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

بیماران، حاکی از تسلط حرفه ای و نگرش های آنان در برقراری ارتباط است. به طوری که اطلاعات ارائه شده از طرف بیماران اصلاً اهمیتی نداشته و تنها به بیماری توجه شده و به احساسات و علائق روحی-روانی مدد جویان دقت نمی شده است. تلقی بیماران از این گونه ارتباطات، عدم حمایت شدن از طرف پرسنل بوده است [۵۴]. با توجه به نتایج این مطالعات به نظر می رسد درک کردن شرایط اینگونه زنان بیمار توسط تیم درمانی و ارایه مراقبت های روانی مناسب به آنان، باعث کاهش تنش و ایجاد آرامش آنان بویژه قبل از گرفتن دوزهای شیمی درمانی می گردد. از محدودیت های اصلی این طرح می توان به مصاحبه ها با بیماران تحت شیمی درمانی که عمدتاً از وضعیت روحی روانی مناسبی برخوردار نبوده و به راحتی با مصاحبه گر ارتباط برقرار نمی نمودند، اشاره کرد.

در این پژوهش بیشتر زنان دارای تحصیلات دیپلم و لیسانس و تعداد کمی از آنها زیر دیپلم بودند، اما اطلاعات آنها در مورد این بیماری کم بود. لذا توصیه می شود جلسات آموزشی برای زنان در مورد این بیماری در مراکز بهداشتی برگزار گردد. از آنجایی که مراقبت تنها برای زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی به کار گرفته شده است، انجام مطالعات دیگری در بیماران مبتلا به سرطان های مختلف در جهت تایید یافته های این مطالعه و تعمیم نتایج آن ضروری به نظر می رسد. همچنین مطالعات مشابهی برای درمان های دیگر از جمله رادیوتراپی، جراحی، و دیگر بیماران تحت شیمی درمانی نیز به کار گرفته شود.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که فرهنگ جامعه در درک مفهوم مراقبت، نقش مهمی را ایفا می کند. در فرهنگ سوریه، بیماری سرطان به معنی انتهای زندگی است، به این دلیل نگاه منفی

References

- 1- Davidson T. Abortion and breast cancer: a hard decision made harder. *J Lancet Oncology* 2001; 2(12):756-758.
- 2- Zanafalioglu Y, Atahan K, Gur S, Kmez A, Tarcan E. Effect of breast conserving surgery in quality of life breast cancer patients. *The Journal of Breast Health* 2009; 5 (3):152-156.
- 3- Haghpanah S, Amini M, Kherad M, Sadeghimehr R. Knowledge and practice of patients with breast cancer about complication of chemotherapy. *J Res Health Sci* 2006; 6(2):28-32. [In Persian]
- 4- Kurian AW, Clarke CA, Carlson RW. The decline in breast cancer incidence: real or imaginary? *Curr Oncol Rep* 2009; 11(1):21-28.
- 5- Ministry of Health, Education of Medicine. Community Health Office. "Program of elderly health and common cancers between women". Tehran: 1st Ed; 2002. [In Persian]
- 6- Ministry of Health, Syrian Arab Republic, National Cancer Registry, Cancer Incidence Report, Syria 2006, El jord, A. 2008; www.emro.who.int/ncd/pdf/syria_cancer_registry.pdf accessed September 29, 2010.
- 7- Fouad M. Patterns in Northern Syria: recent estimates. UICC World Cancer Congress 2006; July 8-12; Washington, USA; 2009. Available at URL: <http://2006.confex.com/uicc/uicc/techprogram/P3590.HTM>. Accessed August 20, 2010.
- 8- A study on cancer cases in 5 provinces. 2007. [Cited 5 November 2009]. Available at URL: www.syrianmeds.net/forum/topic7395.html Accessed Jul 20, 2010.
- 9- Cochrane B, Lewis FM. Partner's adjustment to breast cancer: A critical analysis of intervention studies. *Health Psychology* 2005; 24(3): 327-332.
- 10- Lugton J. The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *J Adv Nurs* 1997; 25(6):1184-1191.
- 11- Gallagher J, Parle M, Cairns D. Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *Br J Health Psychol* 2002; 7(3):365-376.
- 12- Ries L, Kosary CL, Hankey BF, et al. SEER cancer statistics review, 1973- 1996. National Cancer Institute; 2001.
- 13- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- 14- Balducci L. Aging frailty and chemotherapy. *Cancer Control* 2007; 14(1):7-12.
- 15- Wedding U, Honecker F, Bokemeyer C, et al. Tolerance to chemotherapy in elderly patients with cancer. *Cancer Control* 2007; 14 (1): 44-56.
- 16- Fall-Dickson JM, Rose L. Caring for patients who experience chemotherapy-induced side effects: the meaning for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26 (5):901-907.
- 17- Rumsey N, Harcourt D. The Psychology of appearance. Buckingham: open University Press; 2005.
- 18- O'Mahoney J, Carroll A. The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *J Clin Psychol Med Settings* 2004; 4 (4):397-415.
- 19- Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-99. *Int J Epidemiol* 2005; 34(2):405-412.
- 20- Dontje K, Sparks B, Given B. Establishing a collaborative practice in a comprehensive breast clinic. *Clinical Nurse Specialist* 1996; 10(2):95-101.
- 21- Murphy M, Borland R. Evaluation of the breast cancer support service: stage two: the nurses and volunteers who provide the service. Victoria: Centre for Behavioral Research in Cancer, Anti-Cancer Council of Victoria, Australia; 1994.
- 22- Mc Ardle JM, George W D, Mc Ardle C. et al. Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. *British Medical Journal* 1996; 312(7034):813- 816.
- 23- Tait A. Psychological aspects of breast cancer. In: Denton S, ed. Breast Cancer Nursing. London: Chapman & Hall; 1996.pp:15-45.
- 24- Cortis, JD. Caring as experienced by minority ethnic patients. *International Nursing Review* 2000; 47:53-62.
- 25- Remmers H, Holtgrawe M, Pinkert C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2010; 14(1):6-11.
- 26- Charalambous A, Papadopoulos R, Beadsmoore A. Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: a hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12(5):436-442.
- 27- Fincham L, Copp G, Caldwell K, Jones L, Tookman A. Supportive care: Experiences of cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2005; 9:258-268.
- 28- Alqaissi N. Common meaning of social support as experienced by Jordanian women with breast cancer [dissertation]. The University at Buffalo, State University of New York 2009.
- 29- Doumit MA, El Saghier N, Abu-Said Huijjer H, Kelley JH, Nassar N. Living with breast cancer, a

- Lebanese experience. *Eur J Oncol Nurs* 2010; 14(1):42-48.
- 30- Baker R. Qualitative method in research on health quality. *J Health Care* 2002; 11:148-152.
- 31- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- 32- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing, 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2003.
- 33- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 34- Guthrie J, Petty R, Yongvanich K, Ricceri F. Using content analysis as a research method to inquire into intellectual capital reporting. *Journal of intellectual capital* 2004; 5:282-293.
- 35- Kyngas H, Vanhanen L. Content analysis as a research method. *Hoitotiede* 1999; 11:3-13.
- 36- Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description. *Res Nurs Health* 2000; 23(4):334-40.
- 37- Lemeaian N. designing of control education model and application it for improvement behavior of control of breast cancer between women [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares Unevirisity 2007. [In Persian]
- 38- Gurm BK. Understanding Canadian punjabi-speaking South Asian women's experiences of breast cancer: a qualitative study. *Inter J of Nursing Studies* 2008; 45(2):266- 276.
- 39- Williams T, Clarke V, Savage S. Women's perceptions of familial aspects of breast cancer. *J health Education* 2002; 102(2):50-59.
- 40- NBCAM. Breast cancer: Know the facts about your risk. *Emerge chronic Dis*.2005. Available at URL: <http://www.cancer.org/breastcancer/figures-factsheet.htm>. Accessed August 14, 2010.
- 41- Banaeian S, Kazemian A, Kheiri S. Knowledge, attitude and practice about breast cancer screening and related factors among women referred to health care centers in Boroujen in 2005. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006; 7(4):28-34. [In Persian]
- 42- Alizadeh SM. Practice concerning breast cancer in Iran, Fourth Leura International Breast Cancer Conference, Leura, Australia, 2000. www.zetup.ch/dynasite.cfm?dsmid. Accessed Jul 20, 2010.
- 43- Errico KM, Rowder D. Experiences of breast cancer survivor – advocates and advocates in countries with limited resources: A shared journey in breast cancer advocacy. *Breast J* 2006; 12(1): 111-116.
- 44- Ardalan M, Manaseki P, kamanger S. The effect of women's education on knowledge and using of services screening in Health Centers in Sanandadj. *Tebb-o-Tazkiyeh* 2002; 45:35-40. [In Persian]
- 45- Yavari P, Mehrabi Y, Pourhosseingholi MA. Knowledge and practice of women concerning breast self examination: A case-control study. *Research and Science Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2006; 5(4):371-377. [In Persian]
- 46- Raupach JCA, Hiller JE. Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. *Health Expect* 2002; 5(4):289–301.
- 47- Chantler M, Podbilewicz-Schuller Y, Mortimer J. Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2005; 23(2/3):65–78.
- 48- Ortega-Altamirano D, Lopez-Carrillo L, Lopez-Cervantes M. Strategies for breast self examination training to women of reproductive age. *Salud Publica de Mexico* 2000; 42(1):17-25.
- 49- Saares P, Suominen T. Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *Eur Journal of Cancer Care* 2005; 14(1):43–52.
- 50- Salminen E, Vire J, Poussa T, Knifund S. Unmet needs in information flow between breast cancer patients, their spouses and physicians. *Support Cancer Care* 2004; 12(9):663–668.
- 51- Landmark BT, Strandmark M, Wahl A. Breast cancer and experiences with social support. *Scand J Caring Sci* 2002; 16 (3):216-223.
- 52- Vanaki Z, Parsa Yekta Z, Kazemnejad A, Heidarnia AR. Interpretation of support for cancer patients under chemotherapy: A qualitative research. *Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology* 2003; 9(1):53-61. [In Persian]
- 53- Wilkes L, White K, Beale B. Life after breast cancer: Australian women's stories of support. *Collegian* 2002; 9(2):22-26.
- 54- Philips D. Medical professional dominance and client satisfaction. *Soc Sci Med* 1996; 42(10):1419-1425.

How to cite this article: Nizamli F, Anoosheh M, Mohammadi E. Perception of care among Syrian women with breast cancer under chemotherapy in 2010. *J Research & Health* 2011; 1:34-44.