

تجربه بیماران مبتلا به سرطان از موانع شرکت در شیمی‌درمانی: تحلیل محتوی کیفی

فاطمه حسینی^۱، نگین مسعودی علوی^{۲*}، عیسی محمدی^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۱۱/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۷/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر و ناتوانی در دنیا است. یکی از راه‌های اساسی در درمان این بیماری، انجام شیمی‌درمانی است. علیرغم اهمیت آن برخی از بیماران در انجام آن سهل‌انگاری می‌کنند. هدف این مطالعه بررسی تجربه بیماران از موانع شرکت در شیمی‌درمانی بود.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند با ۴۴ مشارکت‌کننده انجام شد. داده‌ها به روش تحلیل محتوی قراردادی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: با تجزیه و تحلیل یافته‌ها نه زیر طبقه مشتمل بر ۱- عدم دریافت حمایت از محیط اطراف، ۲- تنگناهای فرهنگی و اجتماعی در مقابل شیمی‌درمانی، ۳- درماندگی‌های شخصی بیمار، ۴- باورهای شخصی بیمار، ۵- عدم تطابق با شرایط بیماری و درمان، ۶- شرایط اقتصادی بیمار، ۷- فراهم نبودن امکانات درمانی مناسب، ۸- مهارت حرفه‌ای ضعیف کادر درمان، و ۹- پیامد بد باوجود درمان بود. این زیر طبقه‌ها در سه طبقه اصلی ۱- عدم دریافت حمایت از محیط اطراف، ۲- موانع مربوط به شخص بیمار، و ۳- موانع مربوط به درمان قرار گرفتند.

بحث و نتیجه‌گیری: تجربه بیماران نشان داد سه مانع اصلی در برابر شیمی‌درمانی وجود دارد. مقابله با برخی از این موانع به آموزش به بیمار و خانواده و همچنین به تغییرات خرد و کلان در سطح مراکز درمانی نیاز دارد. برخی دیگر به تغییرات ساختاری در فرهنگ جامعه و سیاست‌گذاری‌های وزارت بهداشت و درمان نیاز دارد.

کلیدواژه‌ها: سرطان، شیمی‌درمانی، تحلیل محتوا، تمایل برای شرکت در درمان

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۵۴، مرداد ۱۴۰۱، ص ۳۷۸-۳۷۰

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران، تلفن: ۰۹۱۳۲۹۲۰۵۵۷

Email: hossini1389@yahoo.com

مقدمه

سرطان امروزه در اغلب موارد به‌صورت سریایی انجام می‌شود. هرچند که بیماران سرطانی و خانواده‌هایشان مزایای درمان‌های سریایی را تأیید و استقبال کردند. اما لازمه آن این است که بیماران از درمان‌های برنامه‌ریزی‌شده تبعیت داشته باشند و به‌طور فعالانه در برنامه‌های درمانی شرکت کنند (۴).

متأسفانه احتمالاً دوره طولانی زندگی در بیماران همراه کاهش کیفیت زندگی (۵) اختلال روانی مانند افسردگی (۶)، اضطراب عمومی، هراس (۷)، خستگی در مواردی هم خودکشی است (۸) پیامد این آسیب‌ها، ضعف در اتخاذ تصمیم‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی (۹)، اختلال در اجرای برنامه درمان و

سرطان بیماری مزمن و همه‌گیر می‌باشد که انواع مختلفی دارد و مردم زیادی در دنیا هر روزه با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند. سرطان پس از بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث، سومین علت مرگ در کشور است (۱). روش‌های اصلی درمان در بیماری سرطان، جراحی، اشعه درمانی و شیمی‌درمانی هستند (۲). با پیشرفت علم شانس بقای نسبی بازماندگان سرطان بالا است به‌طور مثال در سرطان پستان، شانس بقا یک سال بعد از تشخیص ۹۰ درصد، ۱۰ سال بعد ۸۲ درصد و ۱۵ سال بعد ۷۵ درصد می‌باشد (۳). درمان

^۱ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

^۲ استاد پرستاری، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد پرستاری، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

ادامه درمان می‌باشد (۱۰). بیمارانی که نسبت به درمان بی‌توجه می‌شوند و دستورات پزشکان را جدی نمی‌گیرند؛ و برای بهبودی تلاش نمی‌کنند (۱۱). در تحقیقات انجام شده عدم پذیرش درمان یک مانع بزرگ در درمان بیماری‌های مزمن می‌باشد (۱۲). در مطالعه‌ای که سجادی و همکاران در ایران انجام دادند ۷۰ درصد نمونه پژوهش بیماران مبتلا به سرطان تبعیت از درمان نداشتند (۱۳). مطالعه Simon و همکاران نشان داد ۱۸ درصد از بیماران شیمی‌درمانی را انجام ندادند و عدم تمکین از درمان علت‌های مختلفی داشت (۱۲). بیماران زیادی هستند از ادامه شیمی‌درمانی انصراف می‌دهند. با استفاده از تحقیقات کیفی می‌توان چالش‌هایی که بیماران در جهت انجام درمان روبرو هستند را استخراج کرد. با درک بیماران و شناخت مشکلات آنان به برنامه‌ریزی بهتر جهت شرکت بیماران در شیمی‌درمانی پرداخت لذا مطالعه کیفی حاضر باهدف کشف تجربه بیماران مبتلا به سرطان از موانع شرکت در شیمی‌درمانی به شیوه تحلیل محتوی کیفی طراحی و انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه با طراحی کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوی قراردادی در بخش‌های شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و انکولوژی و تشخیصی بیمارستان‌های کاشان انجام شد. تحلیل محتوا به‌عنوان روشی به‌منظور توصیف عمیق پدیده بکار می‌رود و برای بررسی تجارب افراد نسبت به موضوعی خاص مناسب است (۱۴).

پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با ۴۴ مشارکت‌کننده ۳۴ بیمار مرد و زن مبتلا به سرطان انجام شد و در ادامه برای تأیید داده‌ها با ۴ پرستار بخش انکولوژی و یک روانشناس و ۴ همراه بیمار و یک انکولوژیست مصاحبه انجام شد. بیماران از نوع بیماری خود مطلع بودند جلسات شیمی‌درمانی را منظم ادامه ندادند و تمایل به بیان تجارب خود را داشتند. همچنین سابقه بستری در بیمارستان روانی را نداشتند و سن آن‌ها بالاتر از ۱۸ سال بود. مصاحبه‌ها در مکان موردنظر مشارکت‌کنندگان انجام شد و با توجه به شرایط و تمایل بیماران بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. در مرحله اول با بیمارانی که قادر درمان معرفی کردند تماس گرفته شد و در صورت واجد شرایط بودن، موافقت وی جلب شده و سپس زمان و مکان مناسب جهت انجام مصاحبه با نظر مشارکت‌کننده تعیین شد. عدم تمایل به همکاری قبل یا در طول مصاحبه توسط هیچ‌کدام از مشارکت‌کنندگان اظهار نشد. به‌طورکلی مصاحبه‌های با بیمار رودررو با یک سؤال کلی در ارتباط با سؤال پژوهش "چه چیزی باعث شده شما درمان را ادامه ندهید؟ ممکن است برایم توضیح دهید؟ سپس به سؤالات کنجکاوانه‌تر و اختصاصی‌تر، بر اساس نوع

پاسخ آیا تمایل شما نسبت به درمان تغییر کرد؟ لطفاً در این ارتباط مثالی بزنید و ممکنه در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ منظور آن از این مطلب چیست؟ جهت رفع ابهامات پاسخ‌ها و عمق بخشیدن به مصاحبه‌ها استفاده شد. در مرحله دوم با کادر درمان به شیوه رودررو و با یک سؤال کلی در ارتباط با سؤال پژوهش "آیا بیماری داشتند که درمان را ترک کند؟ بیماران چه دلایلی را برای ادامه ندادن درمان بیان می‌کردند و در این رابطه چه رفتاری مشاهده کردید؟ لطفاً تجربه خود را در خصوص آن بیمار بیان کنید سپس به سؤالات اکتشافی بر اساس نوع پاسخ آن‌ها چه اتفاقی افتاد، به‌طور مثال آیا دوباره برای درمان مراجعه کردند؟ ممکنه در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ منظور آن از این مطلب چیست؟ جهت رفع ابهامات پاسخ‌ها و عمق بخشیدن به مصاحبه‌ها استفاده شد.

آنالیز داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل به روش تحلیل محتوی قراردادی انجام شد، برای آنالیز داده‌ها از متد پیشنهادی برای تحلیل داده‌ها Elo & Helvi Kynga سال (۲۰۰۸) استفاده شد بدین منظور بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها تایپ شدند (۱۴، ۱۵) جهت سهولت سازمان‌دهی داده‌ها، وارد نسخه ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA گردید؛ متن هر مصاحبه بارها خوانده و مرور شد (۱۵).

استحکام یافته‌ها:

به‌منظور مقبولیت یافته‌ها، کلیه کدهای استخراجی از هر مصاحبه با مصاحبه‌شونده چک شده و در صورت نیاز اصلاح شد در جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر مصاحبه با بیمار، از مصاحبه با همراه بیمار، پرستاران و مددکار اجتماعی همچنین یادداشت‌های در عرصه نیز استفاده شد جهت قابلیت تأیید یافته‌ها، کلیه متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده، توسط نویسندگان دوم و سوم این مقاله و یک نفر عضو هیئت‌علمی خارج از تیم تحقیق مورد بازنگری و تأیید قرار گرفت. در راستای قابلیت اطمینان یافته‌ها نیز، مراحل روند پژوهش تا حد امکان به‌طور دقیق و گام‌به‌گام ثبت و گزارش شد. سعی شد از نظر بخش سن، سابقه کار، جنس، مشارکت‌کنندگان تنوع داشته باشند که این مورد علاوه بر مقبولیت به انتقال‌پذیری یافته‌ها نیز کمک می‌کند.

یافته‌ها

مطالعه بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده از ۴۴ مرد و زن ۱۸ تا ۷۹ ساله انجام شد. سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان از بی‌سواد تا دکترای تخصصی بود. در ادامه ۳۳ کد اولیه در ۹ زیر طبقه و ۳ طبقه اصلی قرار گرفتند.

۱- عدم دریافت حمایت‌های لازم از محیط پیرامون:

۱-۱- عدم دریافت حمایت اطرافیان:

با توجه خانواده محور بودن درمان سرطان در ایران در صورتی که بیماران در محیط خانواده با عدم همکاری مواجه باشند، برخلاف میلشان نمی‌توانند به‌طور منظم در جلسات شیمی‌درمانی شرکت کنند. بخصوص در بیماران با خانوادگی از هم‌گسسته عدم حمایت عاطفی همسر بیمار نقش زیادی در عدم تمایل بیمار به ادامه درمان داشت.

در این مورد پرستار با پنج سال سابقه کار این‌طور بیان می‌کند: "مریضی داشتیم که خانم بوده گرفتار کنسر رحم شده شوهرش ترکش کرده بود امید به زندگیش کم شده می‌گفت درمانم هم به شرم چه فایده داره باید کلی زنگ می‌زدیم تا برای درمان به یاد". (پرستار شماره ۱).

۲-۱- تنگناهای فرهنگی و اجتماعی در مقابل

شیمی‌درمانی:

نادیده گرفته شدن قدرت تصمیم‌گیری بیمار، ترس از سرزنش و قضاوت توسط دیگران به دنبال اعمال پرخطری مانند مصرف دخانیات و الکل از تنگناهای فرهنگی و اجتماعی در مقابل شیمی‌درمانی بود. بخصوص بیماران گفتند در جامعه اعتقادی وجود دارد که خداوند گناهکاران را با درد و بیماری مجازات می‌کند. در نتیجه بیماری خود را در محیط‌های اجتماعی پنهان می‌کردند تا مورد قضاوت واقع نشوند. یکی از بیماران در این رابطه گفت "وقتی گفتند سرطان دارم رفتم دنبال طب سنتی تا کسی نفهمه که این مریضی رو دارم چون تازه طلاق گرفته بودم می‌ترسیدم مردم دوباره سرزنش کنند که مهریه‌اش باید خرج درمان کنه، داروهای سنتی ضررش کمتر بود تا دو سال نیامدم اینجا خیلی خوب بود" (بیمار شماره ۱۰).

بیماران با پنهان سازی بیماری از دیگران برای زندگی عادی تلاش می‌کردند. به‌طور مثال زن جوانی در این زمینه گفت "از ترس اینکه آشنای کسی منو اینجا به بینه همیشه با کلی ترس و دعا میام کلی برای در و همسایه بهانه میارم که میرم پیش دوستم یا سرکار خونه نیستم. یکبار هم مهمون سرزده آمد نتونستم پیام ولی شکر خدا تا الان کسی منو اینجا ندیده" (بیمار شماره ۴).

۲- موانع مربوط به شخصی بیمار:

۲_۱ باورهای شخصی بیمار:

باورهای شخصی بیمار مانند آنچه تقدیر است اتفاق خواهد افتاد، درمان نمی‌تواند تقدیر را تغییر دهد تعیین کننده تمایل بیماران برای انجام شیمی‌درمانی بود. این بیماران و اعتقادی به مؤثر بودن داروها نداشتند. بیماری این‌طور بیان کرد "هر کسی سرطان گرفته

مرده در و همسایه، فامیل و همه کلی دوا و درمان کردند بی فایده آخرش مردند" (بیمار شماره ۱۷)

۲-۲- درماندگی‌های شخصی:

درماندگی‌ها شخصی، جسمی به‌طور مثال بیماران با سن بالا، متاستاز، از دست دادن زمان مناسب درمان، ابتلا به سرطان با کشندگی بالا و داشتن بیماری زمینه‌ای درمان را بی فایده می‌دیدند. بخشی از درماندگی‌های شخصی، روانی بود بطوریکه بیمارانی که در زندگی و بیماری معنایی نمی‌دیدند و به دنبال ناکامی‌های گذشته از زندگی مأیوس بودند راحت‌تر تسلیم بیماری می‌شدند و مرگ را می‌پذیرفتند. در این رابطه یکی از بیماران مرد با سن هفتاد سال این‌طور بیان کرد "وقتی انسان به یک سنی می‌رسد باید منتظر مرگ باشه عمر آدم نهایت حدود شصت تا هفتاد ساله دیگه بقیه‌اش دست و پا زدن بیخوده" (پرستار شماره ۱۰)

۳-۲- عدم توانای سازگاری با بیماری:

بیماران در انطباق شرایط عادی زندگی خود با برنامه شیمی‌درمانی، ایفای نقش، پذیرفتن تغییرات ظاهری به دنبال شیمی‌درمانی مشکل داشتند عدم تمایل به ادامه درمان را تجربه می‌کردند. یکی از زنان در این باره این‌طور بیان کرد. "اون شیمی‌ه چهار و پنج روز حالا تهوع داری بعد تموم میشه تنها دلیلی که خیلی اذیت میشم ظاهر و زیباییه واقعا از داروش نمی‌ترسم از زیبایی که ازم میگیره" (بیمار شماره ۲۵).

۴-۲- شرایط اقتصادی بیمار:

در گفته‌های بیماران شرایط اقتصادی بیمار در وضعیت کنونی جامعه وجود تحریم‌های دارویی، درآمد پایین، عدم پوشش داروهای خارجی توسط بیمه نقش مهمی در تجربه عدم تمایل به شیمی‌درمانی داشت. به‌طور مثال یکی از پرستاران این‌طور گفت "بیماری داشتیم با کلی پیگیری هزینه تزریقات و دارو برای بیماری رایگان شده بود اما از آنجا که باید از شهرستان می‌آمد پرداخت هزینه رفت آمد و سکونت برایش مقدور نبود این باعث شد دیگه نیاد". (پرستار شماره ۲)

۳- موانع مربوط به درمانی:

۳-۱- ضعیف سیستم درمانی بهداشتی:

دسترسی سخت به امکانات درمانی به دلایلی مانند فاصله زیاد محل زندگی بیمار با مراکز درمانی، نامناسب بودن محیط فیزیکی درمان، وجود اشکالات مدیرتی در این مراکز مانند معطل شدن، نداشتن جای مناسب برای انتظار همراهان، ازدحام در مراکز درمانی و طولانی بودن زمان تزریق داروهای شیمی‌درمانی نیاز به مراجعه مکرر بیمار به محیط درمانی و عدم تطابق برنامه تزریق دارو با خواسته فردی بیمار همراه با احساس عدم تمایل برای شرکت در درمان بود. در این رابطه یکی از بیماران این‌طور بیان کرد "دیگه

اولین چیزی که به ذهنم رسید این بود دوباره باید برم زیر دست خانم فلانی طاقت نداشتم.... تحمل بداخلاقی نق زدنش نداشتم" (بیمار شماره ۱).

یکی دیگر از دلایل عدم تمایل بیماران به شرکت در درمان عدم مهارت بالینی کادر درمان بود بطوریکه برای بیماران توانایی پزشکان برای درمان و توانایی پرستاران برای انجام تزریقات خیلی مهم بود. بطوریکه یکی بیماران گفت "...وقت رگ وصل کردن آدم اذیت میشه چند بار سوزن فرو می‌کنه تا چند وقت جاش درد می‌کنه سیاه می‌شه کاش کسایی که واردن بذارن هر دفعه می‌خوام بیام کلی استرس سوزن وصل کردن دارم" (بیمار شماره ۱۶).

دوست ندارم شیمی درمان به شم سر و قتم که میری کلی الاف میشی حوصله آدم سر میره چهار ساعت تنها باید دارو بزنی نمی‌تونی تحمل کنی این خیلی سخته" (بیمار شماره ۴).

۳-۲- مهارت حرفه‌ای ضعیف کادر درمان:

مهارت ارتباطی کادر درمان در برآورده کردن نیازهای ارتباطی خیلی مهم بود. به طوری که بیمار رفتار نامناسب پرستاران را مانعی برای شرکت در درمان بیان کردند یکی از بیماران که بعد از اتمام شیمی‌درمانی دچار متاستاز شده بود در این رابطه بیان کرد "وقتی دکتر به هم گفت بیماری برگشته دوباره باید شیمی‌درمانی بشی

جدول (۱): ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

درصد	تعداد	دسته	
۱۸٪	۸	۵۹-۵۰	سن شرکت کنندگان
۲۲٪	۱۰	۴۹-۴۰	
۲۳٪	۱۰	۳۹-۳۰	
۱۴٪	۶	۲۹-۲۰	
۱۰٪	۴	۷۹-۷۰	
۱۴٪	۶	۶۹-۶۰	
			نوع سرطان
۲۲٪	۷	سینه	
۶٪	۲	ریه	
۶٪	۲	استخوان	
۹٪	۳	لنفوم	
۲۴٪	۸	تنفس	
۳٪	۱	مغز	
۶٪	۲	تخمدان و رحم	
			وضعیت تأهل
۲۴٪	۸	گوارش	
۸۰٪	۳۵	متأهل	
			وضعیت تحصیلی
۶٪	۳	طلاق	
۱۴٪	۶	مجرد	
۲۷٪	۱۲	پیش دیپلم	
۳۲٪	۱۴	دیپلم	
			درمان
۳۰٪	۱۳	BSc/BA	
۲٪	۱	Ph.D	
۹٪	۴	MSc/MA	
			سایر درمان‌های
۵۵٪	۱۸	رادیوتراپی	
۳۰٪	۱۰	شیمی‌درمانی	
۱۵٪	۵	سایر درمان‌های	

۱۶٪	۷	بازنشسته	
۳۴٪	۱۵	کارمند	
۱۴٪	۶	خانه‌دار	وضعیت شغلی
۱۴٪	۶	بیکار	
۲۲٪	۹	سایر	
٪۳۹	۱۳	کمتر از ۱ سال	
٪۲۱	۷	۱ تا ۲ سال	مدت‌زمانی که از تشخیص سرطان گذشته
٪۱۰	۳	۲ تا ۵ سال	است
٪۳۰	۱۰	۵ تا ۱۰ سال	

جدول (۲): طبقه‌بندی بر اساس الگوی الیو و کیگناس ۲۰۰۸

طبقه	زیر طبقه
عدم دریافت حمایت از محیط پیرامون	عدم دریافت حمایت اطرافیان
موانع مربوط به شخص بیمار	تنگناهای فرهنگی و اجتماعی در مقابل شیمی‌درمانی
	باورهای شخصی بیمار
	درماندگی‌های شخصی بیمار
	عدم توانایی سازگاری با بیماری
	شرایط اقتصادی بیمار
موانع مربوط به درمان	ضعیف سیستم بهداشتی و درمان
	مهارت حرفه‌ای ضعیف کادر درمان

باشند (۱۸). باورهای مربوط به قابل کنترل بودن بیماری، آگاهی در خصوص عوارض بیماری و خود کارآمدی میزان تبعیت از درمان بیمار را افزایش می‌دهد (۱۹).

در مطالعه حاضر درماندگی‌های شخصی جسمی و روانی منجر به احساس عدم تمایل برای شرکت در شیمی‌درمانی شد. و بیمارانی که نتوانسته بودند که با سرطان سازگار شوند تمایل به ادامه درمان نداشتند در مطالعه Dijk و همکاران در سال ۲۰۱۶ نیز بیمارانی که معنا در زندگی پیدا کرده بودند بهتر با سرطان و اضطراب و افسردگی ناشی از آن کنار آمدند (۲۰). سازگاری با بیماری با تغییراتی در روش زندگی فرد همراه است و نیازمند برنامه‌ریزی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب است که بتواند هدایتگر بیمار در تحمل بیماری می‌باشد.

یکی از عوامل اصلی عدم تمایل شرکت بیمار در شیمی‌درمانی مشکلات اقتصادی است. داوری و همکاران در مطالعه‌ای این‌طور بیان می‌کند هرچند پس از اجرای طرح حمایتی دولت ایران نرخ

تجربیات بیماران از عدم تمایل به شرکت در شیمی‌درمانی متنوع بود. در سه دسته موانع فردی و موانع درمانی و موانع حمایتی قرار گرفتند.

در تجربیات مشارکت‌کنندگان یکی از دلایل عدم شرکت بیماران در درمان عدم دریافت حمایت کافی از محیط پیرامون بود. حمایت خانوادگی و اجتماعی به تنهایی می‌تواند باعث افزایش طول عمر بیمار و حتی بهبود او شوند (۱۶). اما خانواده بیمار و پرستاران و پزشکان حمایت جسمی را در اولویت اول قرار دادند.

باورهای شخصی بیمار درماندگی‌های شخصی بیمار عدم توانایی سازگاری با بیماری و شرایط اقتصادی از عوامل مربوط به شخص بیمار منجر به احساس عدم تمایل بیمار برای شرکت به شیمی‌درمانی بودند. باندورا بر این باور است که نگرش‌ها از عقاید افراد سرچشمه می‌گیرد و زمینه ساز نحوه عملکرد آن‌ها می‌گردد (۱۷). در مطالعه Silvestri و همکاران نیز نشان داد بیماران شیمی‌درمانی را در صورتی می‌پذیرند که باور به امکان درمان داشته

متون برقراری چنین ارتباطی یکی از جنبه‌های مهم در ایفای نقش پرستاری تلقی می‌شود (۱۶).

عوامل مختلفی برای عدم تمایل برای شرکت در شیمی‌درمانی در تجربیات بیماران، کادر درمان و خانواده بیماران وجود داشت. بعضی از این عوامل مانند عدم دریافت حمایت خانواده، دوستان، جامعه و پرسنل درمانی و پزشکان بود برخی عوامل مربوط به درمان بودند مانند جو محیط درمانی، عدم توانایی پرداخت هزینه‌ها و دسترسی داشتن به امکانات درمانی نیاز به تغییرات ساختاری در سیاست‌های نظام سلامت دارند. تعداد کمی از این عوامل مانند پیشرفت بیماری و مناسبت‌ها حین درمان قابل کنترل نبودند. تجربیات بیماران نشان داد معمولاً وجود یک عامل به تنهایی منجر به عدم شرکت بیماران در شیمی‌درمانی نمی‌شود. بلکه ترکیبی از عوامل منجر به عدم تمایل بیمار به شرکت در شیمی‌درمانی به صورت ترک و یا تأخیر درمان می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله مراتب قدردانی خود را از مشارکت‌کنندگان این تحقیق که به گروه تحقیق اعتماد کردند و با بیان تجربیات خود این تحقیق کیفی را شکل دادند، سپاسگزاری می‌کنیم. جهت انجام این تحقیق مجوز اخلاق با کد KAUMS.NUHEPM.REC.1398.053 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان اخذ گردید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشته‌اند.

References:

- Motlagh A, Ehsani-Chimeh E, Yarmali M, Moshiri F, Roshandel G, Partovipour E, Salavati F, Khoshabi M, Tavakoli N, Asgari F, Raisi A. Iran National Cancer Control Program (IrNCCP) in Practice. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2021;26(5):84-97.
- Miller KD, Nogueira L, Devasia T, Mariotto AB, Yabroff KR, Jemal A, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022;72(5):409-36.
- C Siegel RL, Miller KD, Jemal A. CA: a cancer journal for clinicians. *Cancer Stat* 2019;69:7-34.

هزینه‌های کمرشکن درمان سرطان ۱۰ درصد کاهش یافته و اما هنوز برای ۴۲ درصد بیماران کمر شکن است (21). مطالعه Bestvina و همکاران جهت ارزیابی انتقادی مقالات منتشر شده در ایالات متحده آمریکا از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۴ نشان داد که بیماران که هزینه درمان ضد سرطان را خودشان می‌پردازند در برابر درمان آسیب پذیر هستند و منجر به عدم پایداری بیماران به درمان می‌شود (۲۲). در کنار هزینه‌های درمان هزینه‌های دیگر هم وجود دارد که بیماران باید بپردازند.

یکی از مشکلات دیگر بیماران مبتلا به سرطان عوامل مربوط به درمان بود. بیماران گفتند سیستم بهداشتی درمانی ضعیف و مهارت‌های حرفه‌ای ضعیف کادر درمان آن‌ها را از درمان فراری می‌دهد. در مطالعه Fjose و همکاران نیز انجام پیگیری‌های درمانی و مراجعه به بیمارستان برای بیماران خسته کننده بود (۲۳). Yilmaz & Ozsoy در سال ۲۰۱۰ بر اهمیت همکاری تیم درمان در پیگیری وضعیت بیمار بعد از ترخیص تاکید کردند (۲۴). آرایه خدمات بعد از ترخیص به کنترل عوارض درمان و سازگاری بیمار و خانواده با پیامد درمان و افزایش رضایتمندی بیماران کمک می‌کند. در این مطالعه مانند سایر مطالعات نشان داد مهارت حرفه‌ای ضعیف کادر درمان تمایل بیماران برای شرکت در شیمی‌درمانی را تغییر می‌دهد. سایر مطالعات نیز در راستای مطالعه حضاراهمیت ارتباط کادر درمان با بیمار بخصوص در دوره‌های اولیه درمان را نشان دادند (۲۵، ۲۶).

پرسنل درمانی از منابع مهم کمک به بیماران مبتلا به سرطان در سازگاری با بیماری هستند که تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل و شدت استرس‌های زندگی را کاهش می‌دهد (۲۷). حتی در

- Hatta T, Narita K, Yanagihara K, Ishiguro H, Murayama T, Yokode M. Erratum to: Measuring motivation for medical treatment: confirming the factor structure of the Achievement Motivation Index for Medical Treatment (AMI-MeT). *BMC Med Inform Decis Mak* 2016;16(1):28.
- Keliddar I, Tabar A, Torabipour M. Factors Affecting Community Health Volunteers' Motivation to Participate in Health Programs in Comprehensive Health Service Centers. *J Qual Res Health Sci* 2022;11:61-73.
- Batra A, Marchioni M, Hashmi AZ, Lonergan PE, Morgans AK, Nead KT, et al. Cognition and

- depression effects of androgen receptor axis-targeted drugs in men with prostate cancer: A systematic review. *J Geriatr Oncol* 2021;12(5):687–95.
7. Refaei M, Khakbazan Z, Dehghan Nayeri N. Regular Cervical Cancer Screening for Iranian Women: Facilitators and Barriers. *J Qualit Res Health Sci* 2020;9(2):155-65.
 8. Luutonen S, Sintonen H, Stormi T, Salminen E. Health-related quality of life during adjuvant radiotherapy in breast cancer. *Qual Life Res* 2014;23(4):1363–9.
 9. van der Linden SD, Gehring K, Rutten GJM, Kop WJ, Sitskoorn MM. Prevalence and correlates of fatigue in patients with meningioma before and after surgery. *Neurooncol Pract* 2020;7(1):77–85.
 10. Lazenby M. Understanding and addressing the religious and spiritual needs of advanced cancer patients. *Semin Oncol Nurs* 2018;34(3):274–83.
 11. Rezaei T, Hirschberg AL, Carlström K, Ernberg M. The influence of menstrual phases on pain modulation in healthy women. *J Pain* 2012;13(7):646–55.
 12. Taher TMJ, Majed JM, Ahmed YF, Sarray FTR. The causes of non-compliance to treatment among type 2 diabetes mellitus patients. *J Contemporary Stud Epidemiol Pub Health* 2021;2(2):ep21006.
 13. Sajjadi M, Mohammadpour A, Mahmoudi M. Correlation between Uncertainty in the illness, demographic and clinical factors with adherence to treatment in patients with cancer. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2017;24(3):205-10.
 14. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62(1):107–15.
 15. Kyngäs H, Kääriäinen M, Elo S. The trustworthiness of content analysis. In: *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 41–8.
 16. Vanaki Z, Yekta P, Kazemnejad Z, Heydarnia AN. Interpretation of support for cancer patients under chemotherapy: a qualitative research. *Iran J Psychiatr Clin Psychol* 2003;10(1):53–61.
 17. Bandura A, Evans RI. Albert Bandura. *Insight Media*; 2006.
 18. Silvestri G, Pritchard R, Welch HG. Preferences for chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. *BMJ* 1998;317(7161):771–5.
 19. Saravi FK, Navidian A, Tabas EE, Shad TS. Prediction of the quality of life in the adolescents with diabetes based on self-efficacy. *Med Surg Nurs J* 2016;5(3).
 20. van Dijk EFMM, Coşkuntürk M, Zuur AT, van der Palen J, van der Graaf WTA, Timmer-Bonte JNH, et al. Willingness to accept chemotherapy and attitudes towards costs of cancer treatment; A multisite survey study in the Netherlands. *Neth J Med* 2016;74(7):292–300.
 21. Davari M, Moafi A, Yarmohammadian MH, Haghghi EK. The direct medical costs of acute lymphocytic leukemia (ALL) in children in Isfahan province. *J Health Info Manag* 2015;11(7):1047-57.
 22. Bestvina CM, Zullig LL, Yousuf Zafar S. The implications of out-of-pocket cost of cancer treatment in the USA: a critical appraisal of the literature. *Future Oncol* 2014;10(14):2189–99.
 23. Fjose M, Eilertsen G, Kirkevold M, Grov EK. “Non-palliative care”—a qualitative study of older cancer patients’ and their family members’ experiences with the health care system. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):1-2.
 24. Caliskan Yilmaz M, Ozsoy SA. Effectiveness of a discharge-planning program and home visits for meeting the physical care needs of children with cancer. *Supp Care Cancer* 2010;18(2):243-53.
 25. Wu S, Chee D, Ugalde A, Butow P, Seymour J, Schofield P. Lack of congruence between patients’ and health professionals’ perspectives of adherence to imatinib therapy in treatment of chronic myeloid

- leukemia: A qualitative study. *Palliat Support Care* 2015;13(2):255-63.
26. Ghoshal S, Miriyala R, Elangovan A, Rai B. Why newly diagnosed cancer patients require supportive care? An audit from a regional cancer center in India. *Indian J Palliat Care* 2016;22(3):326-30.
27. Esmacili R, Ahmadi F, Mohammadi E, Targari Seraj A. Support: The major need of patients confronting with cancer diagnosis. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012;22(89):21-30.

CANCER PATIENTS' EXPERIENCE OF BARRIERS TO PARTICIPATION IN CHEMOTHERAPY: A QUALITATIVE CONTENT ANALYSIS

Fatemeh Hosseini¹, Negin Masoudi Alavi^{2*}, Eesa Mohammadi³

Received: 25 January, 2022; Accepted: 15 October, 2022

Abstract

Background & Aims: Cancer is one of the main causes of death and disability in the world. One of the main ways to treat this disease is chemotherapy. Despite its importance, some patients neglect to do it. This study aimed to investigate the patient's experience of the obstacles to participating in chemotherapy.

Materials & Methods: The present study is a qualitative study that was conducted using in-depth and semi-structured interviews with 44 participants. The data were analyzed by conventional content analysis using MAXQDA version 10 software.

Results: By analyzing the findings, there are nine subcategories including 1- lack of support from the surrounding environment, 2- cultural and social bottlenecks in front of chemotherapy, 3- personal helplessness of the patient, 4- personal beliefs of the patient, 5- non-compliance with the conditions of the disease and treatment, 6- economic conditions of the patient, 7- non-availability of appropriate treatment facilities, 8- Poor professional skills of the treatment staff, and 9- bad outcome despite the treatment. These subclasses were finally formed into three main classes: 1- lack of support from the surrounding environment, 2- Obstacles related to the patient, and 3- Obstacles related to treatment.

Conclusion: The experience of patients showed that there are three main obstacles against chemotherapy. Dealing with some of these obstacles requires education to the patient and family, as well as micro and macro changes at the level of medical centers. Others require structural changes in the culture of the society and the policies of the Ministry of Health.

Keywords: Cancer, Chemotherapy, Content Analysis, Willingness to Participate in Treatment

Address: Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Tel: +989132920557

Email: hossini1389@yahoo.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

² Professor of Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran (Corresponding Author)

³ Professor of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran