

تبیین حسرت‌های بازماندگان درجه اول از مرگ زودهنگام بیماران سرطانی

نجیبه اسدی مهدیکهان محله^{۱*}، عذرا زبردست^۲، سجاد رضائی^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۱۱/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۴)

The Explanation of Regrets in Frist Degree Survivors of Cancer Patients with Early Death

Najibeh Asadi Mehdikhanmahalle¹, *Azra Zebardast², Sajjad Rezaei³

1. M.A in General Psychology, Department of Psychology, University of Guilan.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Guilan.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Guilan.

Qualitative Article

(Received: Jan. 27, 2021 - Accepted: Jun. 14, 2021)

مقاله کیفی

Abstract

Objective: A diagnosis of cancer will influence the person with cancer and their family over a long period of time. Caregivers of cancer patients play important role over the trajectory of cancer care from diagnosis to the end of life. The aim of this study is explaining of regrets in first degree survivors of cancer patients with early death. **Method:** In the present study, qualitative research method has been used with the descriptive phenomenology approach. The information was collected and recorded through individual, in-depth and semi-structured interviews with eight individuals. Data were analyzed by colaizzi method. **Findings:** The themes were obtained under three main questions were categorized to four main themes, include "complete dissatisfaction with yourself", "feeling of negligence", "trying to fulfill the patient's wishes and comfort", "not expressing enough emotions", "impact of the treatment staff". **Conclusion:** The results of present study demonstrate that there is shortcoming in supporting families of cancer patients and it is important to support bereaved people after grief in order to decrease self-blame and increasing comfort and relaxation. Effective interventions in health psychology is necessary to alleviate annoying effect of regret for families of cancer patients, during illness, after loss and experience of grief.

Keywords: Regret, First Degree Survivors, Cancer, Early Death.

چکیده

مقدمه: تشخیص سرطان، نه تنها شخص درگیر با سرطان، بلکه خانواده او را هم در طول زمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. مراقبان بیماران سرطانی، نقشی اساسی در سیر مراقبت از بیمار، از زمان تشخیص تا هنگام مرگ به‌عهده دارند. این پژوهش با هدف تبیین حسرت‌های بازماندگان درجه اول از مرگ زودهنگام بیماران سرطانی انجام شد. **روش:** در مطالعه حاضر از روش پژوهش کیفی، با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی استفاده شد. اطلاعات از طریق مصاحبه فردی، عمیق و نیمه ساختارمند با هشت نفر جمع‌آوری و ضبط شده است. داده‌های حاصل شده به روش کلایزی تجزیه و تحلیل شده است. **یافته‌ها:** مضمون‌های به‌دست‌آمده در زیرمجموعه سه سوال اصلی پژوهش، در چهار مضمون اصلی طبقه‌بندی شدند که شامل: «عدم رضایت کامل از خود و احساس کوتاهی‌کردن»، «تلاش برای اجابت آرزو و آرامش بیمار»، «عدم ابراز احساسات کافی» و «تأثیرگذاری کادر درمان» است. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، با توجه به کمبودهایی که در زمینه حمایت از خانواده‌های درگیر با سرطان وجود دارد، لزوم حمایت‌های پس از سوگ، جهت کاهش خودسوزنشی و افزایش آرامش و اطمینان خاطر افراد داغدار اهمیت یافته و مداخله‌های مؤثر روانشناسی سلامت برای کاهش آثار آزاردهنده افسوس و حسرت، برای خانواده‌های درگیر با بیمار سرطانی، در طی بیمار و بعد از فقدان و تجربه سوگ ضروری است.

واژگان کلیدی: حسرت، بازماندگان درجه اول، سرطان، مرگ زودهنگام.

*نویسنده مسئول: عذرا زبردست

*Corresponding Author: Azra Zebardast

Email: zebardast@guilan.ac.ir

مقدمه

می‌دهد (فینلی،^۷ ۲۰۱۸). اعضای که از بیمار مراقبت می‌کنند معمولاً شامل همسر، اعضای خانواده و دوستان می‌شود (رومیتو، گولدزویگ، کورمیو، هاگدورن و اندرسن،^۸ ۲۰۱۳). مراقبان^۹ بیماران سرطانی، نقشی اساسی در سیر^{۱۰} مراقبت از بیمار، از زمان تشخیص تا هنگام مرگ به عهده دارند. مراقبان حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد مراقبت از بیماران سرطانی را به عهده دارند. این اعداد و ارقام نشان‌دهنده‌ی درگیری‌های بسیار و چندگانه مراقبان بیماران سرطانی است. جالب توجه آن‌که مراقبان هیچ‌گونه راهنمایی و یا آموزشی را در این زمینه دریافت نمی‌کنند و درعین حال همواره نگران سطح کیفیت مراقبتی هستند که برای بیمارشان فراهم می‌کنند (باربارا گیون و همکاران، ۲۰۱۲؛ صالحی، زرانی، فتی و شعرباچی، ۱۳۹۹؛ کنی، هینسبرگ و دی‌به‌پریک،^{۱۱} ۲۰۲۰).

لازم به ذکر است برنامه‌های حمایتی برای مراقبان بیماران سرطانی^{۱۲}، نه تنها باید متمرکز بر ارتقای مهارت‌های مراقبت باشد، بلکه باید مراقبان را از نظر هیجانی نیز برای مرگ آماده کند. در هر حال تعدادی از این بیماران فوت خواهند کرد و اغلب خانواده‌های آن‌ها، بدون حمایت ویژه‌ای تنها می‌مانند. آماده‌سازی^{۱۳} خانواده‌ها برای مرگ بیمار، یک جزء مهم در

سرطان^۱ از مهم‌ترین و شایع‌ترین مشکلات سلامتی در جهان است و جزو گروه بیماری‌های مزمن و غیر واگیردار است (ستاد ملی آمارهای بهداشتی امریکا،^۲ ۲۰۱۱)، اما از جهتی تفاوت عمده‌ای با بقیه بیماری‌های مزمن دارد؛ علاوه بر این که نیازمند مراقبت‌ها و درمان‌های طولانی مدت است، اما نمی‌تواند به طور کامل درمان شود و بیماران درعین حال که از علائم روانی و جسمی رنج می‌برند، اغلب با فاز نهایی^۳ مواجهه می‌شوند (بخش خدمات پزشکی تایلند،^۴ ۲۰۱۴).

تمام اشکال سرطان، علت نه درصد از مرگ‌ومیرهای واقع شده در سراسر جهان را تشکیل می‌دهند (سیگل، نیشادهم و اهدمدین،^۵ ۲۰۱۲)؛ در برخی از کشورها به عنوان دومین علت مرگ‌ومیر و در ایران بعد از بیماری قلبی و عروقی و سوانح و حوادث، به عنوان سومین علت مرگ‌ومیر محسوب می‌شود (بزمی، ۱۳۹۱، به نقل از افسانه حمیدنژاد، ۱۳۹۷؛ عظیم‌زاده طهرانی، بیاضی و شاکری نسب، ۱۳۹۹) و با همه‌ی پیشرفت‌های درمانی، متأسفانه انتظار می‌رود، سرطان به عنوان یک علت منجر به مرگ، در طی دو دهه آینده افزایش ۷۰ درصدی داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی،^۶ ۲۰۱۵).

تشخیص سرطان، نه تنها شخص درگیر با سرطان، بلکه خانواده‌ی او را هم تحت تأثیر قرار

7. Finly
8. Rnito, Goldzweig, Cormio, Hagedoorn & Andersen
9. caregivers
1 . trajectory 0
1 . Gney, Heynsberg & Dieperink
1 . Terminal ill cancer patient 2
1 . Repairing 3

1. cancer
2. U.S National Center for Health Statistics
3. Final phase
4. Department of Medical Service (in Thai)
5. Siegel, Nishadham, Amedin
6. World Health Organization

گاه شدت رنج و پریشانی‌های ناشی از فقدان فرد مورد علاقه^۸ به حدی می‌رسد که افراد در جستجوی مشاوره‌های پزشکی برمی‌آیند (آلن، هالی، اسمال، اسپونوتر و میلان^۹؛ ۲۰۱۳؛ ایشیدا، اوندکی، ماتسوبارا، یوکیوتادا، ایتو، نارابایاشی و همکاران،^{۱۰} ۲۰۱۷). نیمی از اعضای خانواده‌ی شخص مبتلا به سرطان، پس از مرگ بیمارشان، به مدت ۶ تا ۱۲ ماه افسردگی را تجربه کرده و تقریباً ۲۰ درصد سوگ پیچیده^{۱۱} داشته‌اند (گلدین، ودستد، زچاریا، اولسن و جنسن،^{۱۲} ۲۰۱۲؛ یاماشیتا، آروآ، تاکائو، ماسوتانی، موریتا، شیما و همکاران،^{۱۳} ۲۰۱۷).

خانواده‌های داغدار شده از بیمار مبتلا به سرطان، گمان می‌کنند که می‌توانستند کارهای بیشتری برای بیمار، در پایان زندگی‌اش انجام دهند و از این‌که نتوانسته‌اند، احساس گناه^{۱۴} و حسرت^{۱۵} می‌کنند (ایشیدا، اونیشی و ماتسوبارا،^{۱۶} ۲۰۱۲؛ یلیتادو، والیمارسدوتیر، اونلو، دیکمن و استینک،^{۱۷} ۲۰۰۸). حسرت، احساس دردناکی است که در نتیجه تناقض بین آنچه که هست و آنچه که می‌توانست باشد، اتفاق می‌افتد. هم‌چنین حسرت را می‌توان با کیفیت سلامت زندگی بیمار و میزان رضایتی که فرد برای مراقبت از بیمار

کیفیت مراقبت‌های پایان زندگی^۱ است (چیم لانگ، تاناسیلپ، آکایاگورن، آپاسن، پوتتننگ و تانتیتراکل،^۲ ۲۰۱۷).

از سال ۱۹۷۵ مشخص شده است که خانواده‌ها نیز در رنج فرد مبتلا به سرطان شریک هستند و برخی از مطالعات از این باور حمایت می‌کنند که فقدان بدون پیش‌آگاهی، در مقایسه با فقدان‌های مورد انتظار، به‌ویژه در پدران و مادران داغدار، با احتمال بیشتری منجر به مشکلات روان‌شناختی می‌شود. اگرچه در برخی مطالعات، سرطان به‌عنوان یک علت قابل انتظار مرگ در نظر گرفته می‌شود، اما این عقیده در برخی مطالعات تایید نشده است (والیمارسدوتیر، کریسبرگ، هوکسدوتر، هانت، اونلو، هنر و استینک،^۳ ۲۰۰۷). مک و همکارانش در مطالعه‌ای با ۱۹۴ نفر از والدین داغدار به این نتیجه دست یافتند که ۸۷ درصد والدین می‌خواستند راجع به مرگ فرزندشان، اطلاعات لازم را داشته باشند (مک، ولف، گریر، کلییری و ویسکس،^۴ ۲۰۰۶). والدین نه‌تنها می‌خواهند که از مرگ قریب‌الوقوع^۵ فرزندشان مطلع شوند، بلکه این اطلاعات، احتمالاً آنان را از نظر هیجانی، برای مرگ فرزندشان آماده می‌کند و بنابراین از حالت ناخوشی^۶ طولانی‌مدت آن‌ها نیز جلوگیری به عمل می‌آورد (والیمارسدوتیر و همکاران، ۲۰۰۷).

8. distress

8. Loved one

9. Aen, Hley, Snall, Shonwetter, Nlian

1 . Ishida, Oideki, Msubara, Tcha, Ito,

Narabayashi & et al

1 . Complicated grief 1

1 . Guldin, Vsted, Zachariae, Dsen, Jensen

1 . Yamashita, Aao, Tkaao, Mstani, Mit, Shima

& et al

1 . Guilt sense 4

1 . regret 5

1 . Ishida, Oishi, Msubara 6

1 . Ylitalo, Valdimarsdo`ttir, Oelö v, Dekman,

Steineck

1. Quality end-of-life(QOL)

3. chimluang, Tanasilp, Akayagorn, Ufassen,

Pudtong & Antitrakul

4. Valdimarsdo`ttir, Keicberg, Hiksdo`ttir, Hnt,

onelö v, Imer & Steinck

5. Mack, Wf, Gier, Cary & Weeks

6. impending

7. morbidity

بیماری و یا دقیقاً در لحظه مرگ عزیز خود انجام داده است (یلیتالو، والدیمارسدوتر، اونلو، دیکمن و استینک، ۲۰۰۸).

به همین منظور، یک روش تأمین مراقبت و کمک به خانواده‌ها، کمک به حل هرگونه کارهای ناتمام^۲ است (هیرای، میاشیتا، موریتا، سانجو و یوچیتومی، ۲۰۰۶^۳؛ یاماشیتا و همکاران، ۲۰۱۷). کارهای ناتمام، مسائلی هستند که فرد احساس می‌کند در ارتباط با فرد متوفی، ناتمام، ناگفته و یا حل‌نشده باقی گذاشته است از جمله این کارها می‌توان گوش دادن به احساسات خالصانه^۴ بیمار، دیدن و سفر کردن به جاهایی که خانواده و یا بیمار آرزو داشتند که بروند، خداحافظی، تعارضات حل‌نشده با بیمار، از دست دادن فرصت ابراز علاقه و عذرخواهی را نام برد (هلند و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلینگسپنکل، هلند، نیمیر و لیچتنتال، ۲۰۱۵).

آن‌هایی که پریشانی‌هایی در ارتباط با این تجربیات دارند، با احتمال بیشتری علائم سوگ طولانی‌مدت، پریشانی‌های روان‌شناختی و احساس گناه دارند و همچنان با فرد متوفی احساس پیوند ناگسسته‌ی^{۱۶} قوی‌تری داشته، ضمن این‌که معنای^{۱۷} کمتری از فقدان را هم گزارش می‌کنند (کلینگسپن، ۲۰۱۴^{۱۸}؛ کلینگسپن و همکاران، ۲۰۱۵؛ یاماشیتا و همکاران، ۲۰۱۷؛

دارد، مرتبط دانست (موری، یاشیدا، شیوزاکی، بابا، موریتا و آیوما و همکاران، ۲۰۱۷^۱؛ چوی و جان، ۲۰۰۹). در نتایج یک مطالعه‌ی طولی نشان داده شد، افرادی که در طی زمان، سطوح روبه افزایشی از حسرت‌های مرتبط با داغداری را تجربه کرده‌اند، شدیدترین پاسخ‌های سوگ را نشان می‌دهند (هلند، تامپسون، روزالسکی و لیچتنتال، ۲۰۱۳^۲) و کسانی که توانسته‌اند حسرت‌های مرتبط با داغداری را ۶ ماه پس از فقدان حل کنند، سطوح پایین‌تری از افسردگی و نشخوار فکری را ۱۸ ماه پس از فقدان دارا بوده و به همان نسبت دارای بهزیستی کلی بهتری بودند (تورگس و همکاران، ۲۰۰۸). البته انواع معینی از حسرت‌ها، احتمالاً مشکل‌سازتر^۳ از بقیه هستند، مثلاً در تعدادی از مطالعات، رکود و بی‌عملی^۵ منجر به حسرت بیشتری در طول زندگی می‌شود (جوکیساری، ۲۰۰۴^۶؛ وورچ و هکهاس، ۲۰۰۰) و یا در پژوهش دیگری راهبرد خودسرانسی، در مقایسه با راهبرد سرزنش دیگران، رابطه‌ی بیشتری با علائم سوگ دارد (فیلد، بونانو، ویلیامز و هورویتر، ۲۰۰۰؛ هاکسدوتیر، والدیمارسدوتیر، فورست، اونلو و استینک، ۲۰۱۰).

احساس گناه احتمالاً ناشی از ارزیابی و ادراکی است که فرد در مورد مراقبت مناسب از سلامتی فرد بیمار، مراقبتی که در آخرین ماه‌های

1 . Significant other 0
1 . Ylitalo, Valdimarsdottir, Onelöv, Dekman & Steinneck
1 . Unfinished business 2
1 . Hiai, Miyashita, Morita, Sanjo, Uchitomi
1 . honest 4
1 . Klingspon, Hilland, Nimeyer, 5 Ichtenthal
1 . Continued bond 6
1 . meaning 7
1 . Klingspon 8

1. Mori, Yshida, Siozaki, Bba, Morita, Ayama & et al
2. Choi & Jun
3 Holland, Thompson, Rzalski, Ichtenthal
4. problematic
5. inaction
6. Jkisaari
7. Wösch & Heckhause
8. Feld, Bonanno, Williams & Horowitz
9. Haksdo'ttir, Valdimarsdo'ttir, Fürst, Onelöv & Steineck

در نتیجه مباحث مربوط به آرزوهای بیماران نیز، در طی پایان زندگی با تأخیر انجام می‌شود (گومز، پینهیرو، لویز، دی‌بریتو، سارمنتو، لوزفریرا و همکاران، ۲۰۱۸).

در مطالعه‌ای در ارتباط با پایان زندگی و کاهش حسرت خانواده هشت حوزه مهم و مؤثر دانسته شده است: اتمام^۱ تأثیر علائم^۲، ارتباط با تأمین‌کنندگان سلامت^۳، تصمیم‌گیری^۴، آماده‌سازی^۵، تأیید کلیت فرد^۶ خدمات حمایتی^۷ و مراقبت‌های پس از مرگ^۸ -۱. اتمام به معنی اهمیت گذراندن زمان با همدیگر، گفتن چیزهای مهم و خداحافظی کردن است؛ ۲- تأثیر علائم به معنی مراقبت از علائم برای رهایی از درد و سایر علائم موجود است. همچنین به معنی جلوگیری از بروز علائم در آینده و موضوعات مرتبط با تمیز نگه‌داشتن و تماس فیزیکی با بیمار است؛ ۳- ارتباط با تأمین‌کنندگان سلامت، به معنی انتظار حضور یک مسئول برای جواب سؤال‌های خانواده‌هاست؛ ۴- تصمیم‌گیری به معنی نیاز خانواده‌ها برای آگاهی از اهداف دقیق مربوط به مراقبت از بیمار، انتخاب‌هایی که می‌توانند داشته باشند و حق انتخاب راجع به مکان مناسب مراقبت است؛ ۵- آماده‌سازی به معنای این است که خانواده‌ها به شکل هیجانی و روانی آماده شرایط موجود شوند؛ آن‌ها نیاز دارند تا مکالمات

چینداپراسیرت، ونگیتیراویت، لیمپاواتانا، اسرینونپراسرت، مانجاونگ، چوتمونگکول و همکاران، ۲۰۱۹).

مباحث پایان زندگی نه تنها احتمالاً در بهبود سلامت روانی اعضای خانواده‌های داغدار مؤثر بوده، بلکه به بیماران هم کمک می‌کند تا مراقبت‌های باکیفیتی را در پایان زندگی داشته و مرگ خوبی^۲ را تجربه کنند (یاماگوشی، مائدا، هاتانو، موری، شیمایا، تسونتو و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویسریس، دییینگ و رودپال، ۲۰۱۳). در واقع هراندازه رویکرد بیماران و بستگان آن‌ها نسبت به مرگ، بهتر فهمیده شود، تأمین‌کنندگان سلامت، از ترجیحات بیمارانشان بیشتر آگاه شده و می‌توانند حمایت‌های مناسبی را فراهم کنند؛ در نتیجه، این امر خود موجب کیفیت بالاتری از مراقبت‌های پایان زندگی می‌شود و حسرت کمتری باقی می‌ماند (چینداپراسیرت و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج مطالعات گذشته نشان داده‌اند مرگ آرام^۵ در خاطر اعضای خانواده باقی می‌ماند (ساندرس، ۱۹۹۴؛ کار، هاوس، ورتمن، نس و کسلر، ۲۰۰۱) و یک عنصر اساسی برای تسکین حسرت مراقبان طی داغداری است (آکیاما، نیوماتا و میکامی، ۲۰۱۰). متأسفانه تشخیص^۹ و پیش‌بینی^{۱۰} بیماری سرطان در کشورهای آسیایی با تأخیر صورت می‌گیرد و

1 . Gomes, Hnheiro, Lopes, de Brito, Simento, Lopes Ferreira & et al

1 . completion 2
1 . Symptom impact 3
1 . Relationship with healthcare provider 4
1 . Decision making 5
1 . preparation 6
1 . Affirmation of whole person 7
1 . Supportive service 8
1 . Post-death care 9

1. Chindaprasirt, Wngitirawit, Impawattana, Srinonprasert, Mhjavong, dotmongkol & et al

2. Good death
3. Yamagushi, Maeda, Hhano, Mori, Shima, Tsuneto & et al
4. Wesrith, Deeyng, Rodpal
5. peacefully
6. Saunders C
7. Carr, House, Wortman, Nesse, Kessler
8. Akiyama, Numato, Mikami
9. diagnosis
1 . pognosis 0

(چینداپراسیرت و همکاران، ۲۰۱۹) و این موضوع کار را برای خانواده‌ها، به‌خصوص کسانی که عزیزانشان، در زمان جوانی درگیر بیماری و مرگ زودهنگام می‌شوند، سخت‌تر می‌کند.

بررسی مطالعات نشان می‌دهد بیشتر تلاش‌های مراقبت‌های تسکینی، در مورد ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران بوده و مراقبت‌های تسکینی جامع و خوبی برای تعیین نیازهای مراقبان انجام نشده است (استاجدوهار، فانک، توی، آوون، گراند و تاد، ۲۰۱۰؛ فانک، استاجدوهار، توی، آوون، گراند و تاد، ۲۰۱۰).

نظر به اهمیت این موضوع که احتمالاً منابع مالی و هیجانی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان در فاز نهایی، هنگامی که وضعیت بیمار وخیم می‌شود، تحلیل رفته و فشارهای زیادی را تجربه می‌کنند (پارک، شین، چوی، کانگ، بک، مو و همکاران، ۲۰۱۲)، روانشناسان سلامت می‌توانند حمایت‌های مهمی را برای اعضای خانواده‌ها، جهت آمادگی برای فقدان فراهم کنند؛ یعنی، برای برنامه‌ریزی زمانی^۴ مناسب جهت برآورده ساختن آرزوهای خانواده‌ها، نقشی کلیدی داشته و می‌توانند کارهای ناتمام را تحت تأثیر قرار دهند. طبق پژوهش‌های گذشته، اعضای خانواده، مطمئن نیستند که چه زمانی احساساتشان را بیان کنند (ناکازاتو، شیوزاکی و هیرایک، ۲۰۱۳) و احتمالاً زمان‌بندی مناسب برای برآورده ساختن آرزوهایشان را از دست می‌دهند، زیرا از

گسترده و فهم بهتری از فرآیندهای فیزیکی مردن داشته باشند؛ ۶- تأیید کلیت فرد، به معنای گفتن داستان، سهیم شدن در مرور زندگی با تکیه بر قسمت پر زندگی، در کنار اعضای خانواده و در محیط بستری^۱ بیمار است (استین‌هاسر، ویلز، بوسووت و تال اسکی، ۲۰۱۴). در این خصوص، دو حوزه دیگر هم توسط خانواده‌ها برای دوره‌ی پس از مرگ مهم بیان‌شده که شامل: خدمات حمایتی و مراقبت‌های پس از مرگ است. ۷- خدمات حمایتی به معنای نیاز خانواده‌ها به مکانی برای ماندن و استراحت کردن یا دوش گرفتن، در طی ملاقات‌های بیمارستانی و یا راهنمایی‌هایی در زمینه پارک کردن خودرو و غذا خوردن است؛ و ۸- مراقبت‌های پس از مرگ به معنی نیاز به مراقبت از بدن بیمار پس از مرگ، مانند تمیز نگه‌داشتن جسد برای ملاقات خانواده، آماده‌سازی خانواده‌ها برای ملاقات با جسد و دادن زمان کافی برای در کنار جسد بودن است. خدمات به یادسپاری^۳ و خبرنگارهایی از سایر انجمن‌های داغداری، از جمله سایر مراقبت‌های مربوط به پس از مرگ بود (استین‌هاسر و همکاران، ۲۰۱۴).

اگرچه همه‌ی یافته‌های مربوط به کاهش حسرت خانواده‌ها، به اهمیت صحبت راجع به مرگ در میان بیماران سرطانی اشاره دارد، اما صحبت راجع به مرگ آسان نیست (موری و همکاران، ۲۰۱۷) و نکته‌ی مهم‌تر این‌که بیماران جوان ترجیح می‌دهند در طی دوره‌ی پایان زندگی، از مرگ قریب‌الوقوع خود آگاه نشوند

4. Stajduhar, Funk, Toye, Aoun, Grand, Todd
5. Funk, Stajduhar, Toye, Aoun, Grand, Todd
6. Park, Shin, Choi, Kang, Back, Mo & et al
7. timing
8. Nakazato, Shiozaki & Hiraik

1. Inpatient setting
2. Stenhausser, Voils, Boswoth, Tulsy
3. Remembrance

بیمارستان رازی شهر رشت و زمان اجرای پژوهش مهر تا دی ماه ۹۹ بود.

در این پژوهش به اقتضای موضوع مورد بررسی، برای انتخاب مشارکت‌کنندگان، از دو نوع روش نمونه‌گیری هدفمند (متمرکز بر ملاک) و نظری به صورت همزمان استفاده شد. از نمونه‌گیری هدفمند برای گزینش افراد مورد مصاحبه و از نمونه‌گیری نظری، برای تشخیص تعداد افراد استفاده شد و برای تعیین حجم نمونه، یا تعداد افراد نمونه، از معیار اشباع نظری^۳ داده‌ها استفاده شد.

بر این اساس در این مطالعه، انتخاب افراد نمونه بدون توجه به تحصیلات، وضعیت اشتغال و غیره صورت گرفت و ملاک‌هایی به‌عنوان ورود و خروج در این انتخاب لحاظ شد که به شرح زیر است:

ملاک‌های ورود برای انتخاب نمونه‌ها شامل:

- ۱- داشتن سن بالای ۲۰ سال؛ ۲- از دست دادن یکی از اعضای خانواده بر اثر سرطان تا قبل از سن ۴۵ سالگی متوفی؛ ۳- داشتن آگاهی نسبت به بیماری و فاز نهایی؛ و ۴- گذشتن دوره زمانی حداکثر دو سال پس از داغداری و ملاک‌های خروج جهت تفکیک نمونه‌های غیرقابل بررسی شامل: ۱- داشتن سابقه‌ی اختلال شدید روانشناختی (نظیر اختلالات سایکوتیک، افسردگی اساسی، اختلالات هذیانی) پیش از تجربه‌ی سوگ؛ و ۲- داشتن اطلاعات عمومی بالا یا حرفه‌ی مرتبط با پزشکی و پرستاری (به‌طور ویژه، درمورد سرطان).

فرآیند فیزیکی مردن و طول مدت‌زمانی که برای بیمار باقی مانده است، آگاه نیستند. چنین مراقبتی، نیازمند توصیف پویایی^۱ از خانواده‌ها است؛ به این معنا که باید در برخورد با خانواده‌ها، آماده‌سازی آن‌ها، الگوی تعامل و ارتباطات و ارزش‌هایشان را در نظر گرفت (کوه و کیم،^۲ ۲۰۱۶؛ یاماشیتا و همکاران، ۲۰۱۷).

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد پژوهش‌های اندکی در زمینه مشکلات خانواده‌های داغدار بیماران سرطانی در دنیا و به‌طور ویژه در ایران انجام شده است. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤالات است که اعضای خانواده‌های داغدار بیمار مبتلا به سرطان در فاز نهایی بیماری، چه تجاربی دارند؟ چه کارهای ناتمام و حسرت‌هایی دارند؟ حمایتی آن‌ها کدامند و چه عواملی در کاهش و تسکین احساس گناه و حسرت آن‌ها مؤثر بوده است؟ باید گفت پاسخ به این سؤالات با روش کیفی تحقق می‌یابد تا به بررسی عمیق تجارب این افراد بپردازد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع تحقیق کیفی و به روش پدیدارشناسی توصیفی است.

مشارکت‌کنندگان این پژوهش تمام افراد بالای ۲۰ سال هستند که یکی از اعضای خانواده‌ی خود را بر اثر ابتلا به سرطان، در مرگی زودهنگام و در سنین پیش از ۴۵ سالگی، از دست داده‌اند. محیط پژوهش در مطالعه‌ی حاضر،

بنا به هدف پژوهش حاضر، از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. بر اساس ماهیت پرسش در تحقیقات پدیدارشناسانه، دو محور کلی و گسترده از شرکت‌کنندگان در تحقیق پرسیده شد. یکی این‌که در مورد پدیده‌ی موردنظر چه تجربه‌ای دارند؟ دوم این‌که چه زمینه یا وضعیتی بر تجربه‌ی افراد، از پدیده‌ی موردنظر تأثیر گذاشته است؟

بر این اساس سؤالات مصاحبه موردبررسی در این پژوهش را می‌توان در سه دسته‌ی کلی قرار داد:

۱- خانواده‌های داغدار از مرگ فرد موردعلاقه مبتلا به سرطان، فرآیند حسرت و کارهای ناتمام خود را چگونه تجربه و درک کرده‌اند؟ ۲- خانواده‌های داغدار، چه تفسیر و دریافتی از جهان پدیداری خود دارند؟ ۳- خانواده‌های داغدار، میزان رضایت خود را از زندگی، قبل و بعد از سوگ، چگونه تفسیر و روایت می‌کنند؟ ضمناً پژوهشگر، مجموعه سؤالاتی را نیز در پروتکل مصاحبه تنظیم کرده که در جریان مصاحبه، با اطمینان و به دور از سردرگمی، مصاحبه‌را هدایت کند.

جهت تنظیم سؤالات مصاحبه، از مضامین بدست آمده از پژوهش‌های گذشته استفاده شده و بررسی روایی مصاحبه، توسط مشاوران و افراد متخصص انجام شد. پس از انتخاب هدفمند مشارکت‌کنندگان، به‌منظور انجام مصاحبه، اطلاعات کاملی از پژوهش (اهداف پژوهش و بیان موضوعات اخلاقی ازجمله محرمانگی)، به مشارکت‌کنندگان ارائه شد. پس از اخذ رضایت،

فرایند مصاحبه با آن‌ها آغاز شد.

پس از اولین مصاحبه، کدگذاری داده‌ها آغاز شد. مشارکت‌کنندگان بعدی، به همین منوال و بر اساس شیوه‌ی مبتنی بر ملاک (هدفمند) انتخاب شدند و مصاحبه با آن‌ها تا زمان اشباع نظری ادامه یافت. مدت مصاحبه متغیر بود؛ اما به‌طور متوسط بین ۳۰ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید. متن مصاحبه با اجازه و رضایت مشارکت‌کنندگان به‌طور کامل ضبط و سپس پیاده‌سازی و کدگذاری شد و درنهایت به‌صورت گمنام تحلیل شد.

داده‌ها به روش هفت مرحله‌ای کلایزی، تجزیه و تحلیل شد (کلایزی، ۱۹۸۷)؛ بنابراین، مطابق با روش کلایزی، در مرحله اول، متن رونویسی شده مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شدند تا مفهوم کلی متن فهمیده شود. در مرحله دوم، عبارات و جملات مهم مرتبط با تجربه پدیده موردنظر از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، از متون رونویسی شده، استخراج شدند. در مرحله سوم، فرموله کردن معانی از عبارات و جملات مهم انجام شد. سپس معانی فرموله شده، به عباراتی کوتاه‌تر که همان کدها هستند، تبدیل شدند. در مرحله چهارم، تمامی معانی فرموله شده، در مضمون‌های فرعی گروه‌بندی شدند. سپس این گروه‌های مضمون‌های فرعی که هر یک تصور^۱ معینی را منعکس می‌کردند، باهم ادغام شدند تا یک مضمون مجزا را تشکیل بدهند. در مرحله پنجم، با ادغام تمام مضمون‌های این پژوهش، ساختار پدیده‌ی موردنظر استخراج شد. در مرحله ششم، تمام مضمون‌های استخراج‌شده در قالب

خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون ذکر نام آن‌ها منتشر خواهد شد و به‌منظور رعایت این امر تمامی اسامی به کد تغییر داده شده است؛ و ۴- حق انصراف از پژوهش در هر زمان از مصاحبه یا اجرای پژوهش به ایشان داده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها در بخش یافته‌ها به ترتیب، عوامل مؤثر بر حسرت افراد، نوع کارهای ناتمام و حرف‌های ناگفته و تبیین چگونگی تأثیر کادر پزشکی و درمانی در ایجاد حس آرامش روانی و کاهش حسرت‌های افراد داغ‌دیده گزارش می‌شود و به‌منظور ایجاد درک صحیح از وضعیت و ویژگی‌های افراد مورد مصاحبه در جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی افراد ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ گزارش شده، محدوده سنی افرادی که با آن‌ها مصاحبه شده، بین ۳۰ تا ۴۰ و همگی از بستگان درجه‌ی اول متوفی هستند. پنج نفر از مصاحبه‌شوندگان مرد و سه نفر زن هستند. از نظر نسبت با بیمار، دو نفر خواهر، دو نفر برادر، دو نفر شوهر، یک نفر فرزند و یک نفر مادر بیمار متوفی هستند. مدت‌زمان درگیری با بیماری تا فوت، از چندین سال تا چند ماه متغیر هستند، ولی همگی آن‌ها در بین سال‌های ۹۸-۹۹ فوت شده‌اند.

یکی از موضوعاتی که در پژوهش حاضر موردبررسی پدیدارشناسانه قرار گرفت، حسرتی است که افراد داغ‌دیده، پس از فوت بیمار سرطانی خود تجربه می‌کنند.

یک توصیف جامع ارائه شدند. در مرحله‌ی هفتم و آخر، برای اعتباریابی نتایج، از طریق تماس تلفنی با مشارکت‌کنندگان، از یافته‌های پژوهش آگاه شدند و آنچه از صحبت‌های آن‌ها استخراج شده بود، به اطلاعشان رسید. درنهایت آن‌ها، صحت نتایج را تأیید کرده و اذعان کردند که نتایج این تحقیق احساسات و تجربیات آن‌ها را به‌طور کامل منعکس کرده است - کنترل اعضا. به‌منظور پایایی و تشخیص صحت تحلیل داده‌ها، نتایج توسط متخصصان نیز بازبینی شد. به‌منظور تعیین روایی پژوهش (مقبولیت درونی)، در این پژوهش، از روش اعتباریابی پاسخ‌دهندگان، درگیر شدن مناسب در گردآوری داده‌ها و بررسی توسط هم‌تایان و برای تعیین ثبات یا اعتبار پژوهش نیز از بررسی هم‌تایان و ممیزی - متخصص بیرونی - استفاده شد.

در خصوص رعایت ضوابط اخلاقی در پژوهش حاضر سعی شد حداکثر ملاحظات رعایت شود از جمله این‌که ۱- کد IR.GUMS.REC.1399.488 از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی مستقر در دانشگاه علوم پزشکی گیلان جهت مجوز اجرایی دریافت شد؛ ۲- مصاحبه‌ها، به خاطر محدودیت‌های ناشی از پاندمی کرونا به‌صورت تلفنی انجام شد و در آغاز گفتگو، اطلاعات کاملی از پژوهش به مشارکت‌کنندگان داده شد و از آن‌ها اجازه گرفته شد که صدای آن‌ها ضبط شود؛ ۳- به مشارکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات به‌دست‌آمده از آن‌ها، محرمانه

مهدیخان محله و همکاران: تبیین حسرت‌های بازماندگان درجه اول از مرگ زودهنگام بیماران سرطانی

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مصاحبه‌شوندگان (n=۸)

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنسیت	سن مصاحبه‌شونده	تخصص	مدت زمان بیماری تا فوت	زمان فوت	علت سرطان	سن بیمار هنگام فوت
۱	خانم کد یک	زن	۳۰ سال	کاردانی	حدود ۲ سال	آبان ۹۸	روده بزرگ	۳۲ سال
۲	آقای کد دو	مرد	۳۴ سال	دیپلم	حدود ۲ سال	شهریور ۹۹	سرطان خون	۲۷ سال
۳	آقای کد سه	مرد	۳۴ سال	دانشجوی دکتری	۹ ماه	مهر ۹۸	سرطان روده	۳۱ سال
۴	آقای کد چهار	مرد	۲۷	کارشناسی	۹ ماه	شهریور ۹۹	تومور مغزی	۴۶ سال
۵	خانم کد پنج	زن	۳۸	کارشناسی	۱۰ ماه	اردیبهشت ۹۸	تومور لوزالمعده	۳۹ سال
۶	خانم کد شش	زن	۳۵	کارشناسی	حدود ۶ سال	شهریور ۹۹	سرطان خون	۶ ساله
۷	آقای کد هفت	مرد	۳۸	کارشناسی	حدود ۴ سال	فروردین ۹۹	سرطان خون	۳۲ سال
۸	آقای کد هشت	مرد	۳۱	کارشناسی	حدود ۴ سال	فروردین ۹۹	سرطان خون	۳۲ سال

جدول ۲. واحدهای معنایی و مضامین احساس افراد از حسرتی که تجربه می‌کنند

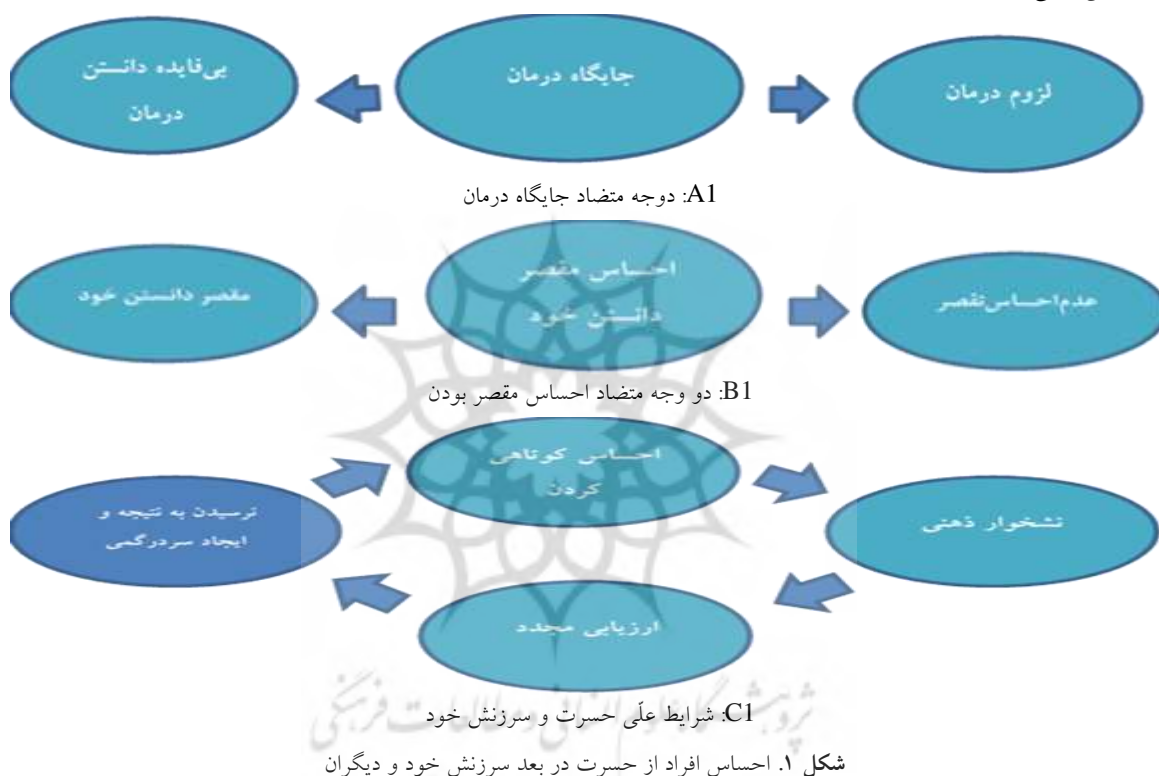
واحدهای معنایی	تعداد	مضامین فرعی	مضامین اصلی
پشیمانی از انجام عمل آخر به دلیل بی‌فایده بودن، پشیمانی از عمل جراحی به خاطر عواقب جسمانی بعد از آن، پشیمانی از شیمی‌درمانی به خاطر دردها و پیامدهای ناراحت‌کننده آن، پشیمانی از تغییر پزشک و بیمارستان، پشیمانی از عدم انجام پیوند مغز استخوان	۵	بی‌فایده دانستن درمان	عدم رضایت کامل از خود و احساس کوتاهی کردن
احساس تقصیر در طولانی شدن روند بیماری، اشتباه در انتخاب روند درمان، احساس گناه بخاطر تعلل در بردن بیمار به نزد پزشک، سرزنش به خاطر مؤثر دانستن مشکلات زندگی مشترک بر ایجاد بیماری	۴	احساس تقصیر در ایجاد و روند بیماری	

در ارتباط با مضامین استخراج شده در جدول ۲، پاسخ برخی از شرکت‌کنندگان، حاکی از پشیمانی از روند درمان است که در زیر با استناد به چند نمونه از پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان، این مضامین به ترتیب توصیف می‌شود:

بعد از انجام مصاحبه‌ها و در مرحله تجزیه و تحلیل در این سوال، پس از حذف مفاهیم تکراری، نهایتاً ۹ واحد معنایی استخراج شد که در جدول ۲ آمده است.

نکته قابل تأمل این است که هر چه آگاهی افراد از روند طبیعی بیماری و درمان بیشتر باشد، ضرورت اعمال جراحی یا لزوم محدودیت‌های غذایی را بیشتر درک می‌کنند و اطمینان و اعتماد بیشتری به روشی که انتخاب کرده بودند، داشتند؛ از این رو حسرت کمتری را تجربه می‌کنند. دو وجه متضاد جایگاه درمان در شکل ۱ (A1) نشان داده شد.

- بی‌فایده دانستن درمان خانم کد یک، خواهر بیماری که به سرطان روده مبتلا بود، این‌گونه به بیان و توصیف حسرت‌های خود می‌پردازد: "عمل آخری که انجام داده بود به اصرار خودش بود. این بیماری کل شکمش را گرفته بود. پزشک آنکولوژی گفته بود که هیچ فرقی به حالش نمی‌کند."



تجربه و احساس خود را در این زمینه این‌گونه بیان می‌کند: "مدام پیش خودم می‌گویم ای کاش نمی‌گذاشتم این قدر طولانی بشود. گاهی می‌گویم ای کاش نمی‌گذاشتم این عمل آخری انجام بشود. چون دکتر به من گفته بود فایده‌ای ندارد. ولی خودش خیلی اصرار داشت. اصلاً هنوز با خودم کنار نیامده‌ام. نمی‌دانم کاری که کرده‌ام درست بوده یا نه؟!"

- احساس تقصیر در ایجاد و روند بیماری بعضی از افراد، به خاطر رابطه‌ی خیلی نزدیکی که با بیمار داشتند و احساس مسئولیتی که در قبال او می‌کردند، گاه خود را در تشدید بیماری مقصر می‌دانند و از این بابت خود را سرزنش می‌کنند در ادامه به موردی از تجارب زیسته شرکت‌کنندگان در این خصوص می‌پردازیم. کد یک، خواهر بیمار سرطانی که تقریباً کل فرآیند پیگیری درمان و تعامل با پزشک بر عهده او بود.

مهدیخان محله و همکاران: تبیین حسرت‌های بازماندگان درجه اول از مرگ زودهنگام بیماران سرطانی

بر اساس یافته‌ها، دو وجه متضاد احساس مقصر بودن و نیز شرایط علی حسرت و سرزنش خود در شکل ۱ (B1) و (C1) نمایش داده شده است.

جدول ۳. واحدهای معنایی و مضامین احساس افراد از کارهای ناتمام

واحد‌های معنایی	تعداد	مضامین اصلی
راضی بودن از کیفیت روزهای پایان زندگی، فراهم آوردن محیط زندگی راحت و آرام مطابق با خواست و نیاز بیمار، تلاش تا آنجا که از عهده‌ی فرد برمی‌آمد، کوشش برای برآورده ساختن آرزوهای بیمار	۴	تلاش برای اجابت آرزو و آرامش بیمار
عدم گذراندن زمان بیشتری در کنار بیمار، عدم بیان جملات محبت‌آمیز، عدم ابراز احساسات بیشتر، عدم رابطه صمیمانه و نزدیک‌تر	۴	عدم ابراز احساسات کافی

معینی را تا فوت برای آن‌ها تعیین کرده بودند، تمام تلاش خود را کرده و درنهایت خود را تسلیم تقدیر می‌دانند و از این نظر خود را کمتر مقصر می‌پندارند، این امر از خلال صحبت‌های مصاحبه‌شدگان کاملاً مشهود است، به‌طور مثال: کد یک:

"از همان روز اول، همه‌ی دکترها به من فقط سه ماه امید دادند. من گفتم حداقل این سه ماه را دو سال کنم این فقط برایم ارزش دارد."

در شکل ۲ دو وجه متضاد آرزوهای بیمار مبتنی بر تحلیل داده‌های مصاحبه نمایش داده شد - عدم ابراز احساسات

از زیرمجموعه عوامل مؤثر بر حسرت افراد، نوع رابطه‌ی عاطفی، نحوه و میزان ابراز احساساتی است که بین افراد و بیمارشان صورت گرفته است. تأمل در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان، گویای این واقعیت است که با وجود رابطه نزدیک و گاه صمیمانه، همچنان حرف‌های ناگفته‌ای وجود دارد که فرد آرزو می‌کند.

این مفاهیم، از خلال صحبت مشارکت‌کنندگان در این پژوهش برداشت و نتیجه‌گیری شده است که در زیر به بیان و توصیف نمونه تجارب آن‌ها پرداخته شد.

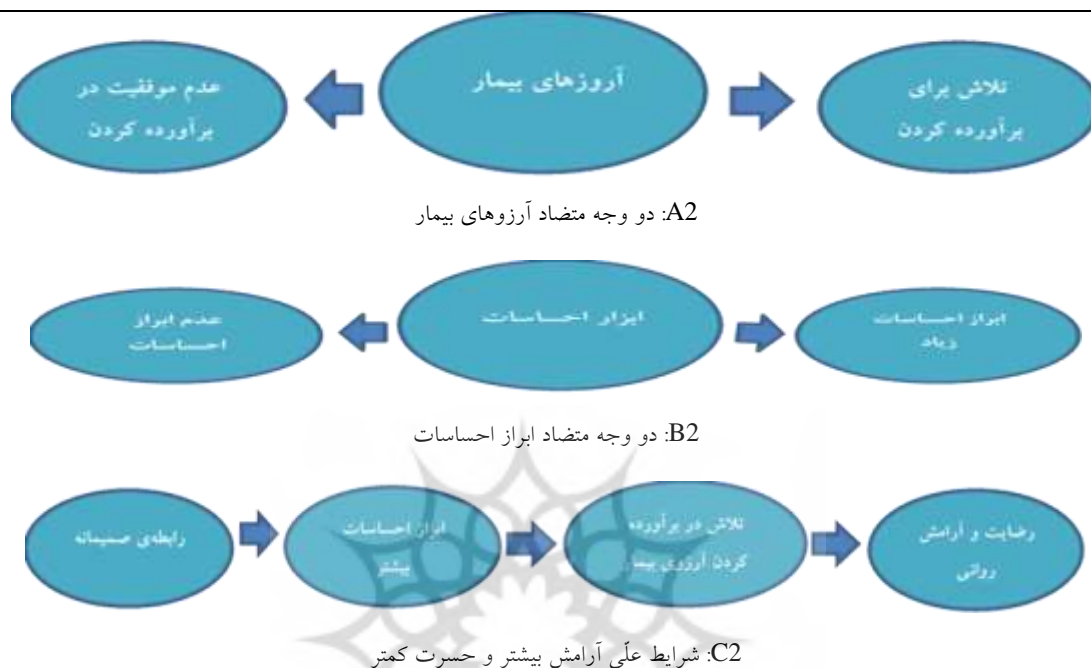
- تلاش برای اجابت آرزو و آرامش بیمار آق‌ای کد دو که همسرشان نزدیک ده سال با این بیماری دست‌وپنجه نرم کردند، با علم و آگاهی به اینکه روزی همسرشان را از دست خواهند داد، این‌طور بیان می‌کنند:

"فکر نکنم آرزویی بود که همسرم داشت و من برایش برآورده نکردم. شش ماه آخر خانمم کاملاً روی تخت خوابیده بود کار خاصی نبود که برایش نکرده باشم. تنها آرزویی که نتوانستم برایش برآورده کنم، خودش هم می‌دانست که نمی‌شود؛ این بود که می‌گفت: ای کاش می‌توانستم روزی که بچه‌ام ازدواج می‌کند را ببینم و به زنش بگویم که هوای پسر من داشته باش!"

در مقابل، بیمارانی که دوره‌ی زمانی کوتاهی از بیماری تا فوت داشتند و پزشکان بازه‌ی زمانی

ای کاش در زمان حیات بیمار، به او می‌گفت،
یا این‌که زمان بیشتری را با عزیز ازدست‌رفته خود
می‌گذراند. به‌طور مثال:

"نهایت کاری که می‌توانستم را برایش انجام
دادم. شاید می‌گفتم ای کاش بیشتر کنارش بودم.
بابت شب‌هایی که در خانه کنارش نبودم، شاید
بتوانم خودم را سرزنش کنم."



شکل ۲. احساس حسرت از کارهای ناتمام

که چرا باید عمر عزیزشان آن کوتاه باشد که فرصت رسیدن به آن‌ها را نداشته باشد، اگرچه باعث رنجش خاطر و ناراحتی می‌شود؛ اما در مجموع افراد این موضوع را به خود اسناد نمی‌کردند.

برای بررسی این‌که آیا حمایت‌ها و مراقبت‌های لازم و ضروری در فاز نهایی بیماری، بر میزان رضایت از زندگی خانواده‌های داغ‌دیده در قبل و بعد از سوگ تأثیر گذاشته است؟ چگونه؟

مبتنی بر دو وجه متضاد ابراز احساسات (شکل ۲-B2) و شرایط علی آرامش و حسرت (شکل ۲-C2) در تحلیل داده‌ها، به نظر می‌رسد هر چه فرد رابطه‌ی صمیمانه‌تری با بیمار داشته باشد و میزان تلاش او برای برآورده کردن خواسته‌های بیمار بیشتر بوده باشد، احساس رضایت خاطر و آرامش بیشتری احساس می‌کند؛ مگر این‌که آرزویی بود که از عهده‌ی فرد خارج و امکان برآورده شدن آن، از لحاظ منطقی ممکن نبود. برآورده شدن چنین آرزوهایی، از این زاویه خانم کد یک، در خصوص رابطه با برادر مرحومش این‌گونه می‌گوید:

مهدیخان محله و همکاران: تبیین حسرت‌های بازماندگان درجه اول از مرگ زودهنگام بیماران سرطانی

جدول ۴. واحدهای معنایی و مضامین احساس افراد از کادر درمان

مضامین اصلی	مضامین فرعی	تعداد	واحدهای معنایی
تأثیرگذاری کادر درمان	رضایت از کادر درمان	۱۰	رضایت از کادر درمان به خاطر دلسوزی و توجه به امور روانی، رضایت از کادر درمان به خاطر رعایت اصول بهداشتی و سلامت، رفاقت با پزشک معالج، خوش اخلاقی پزشک، حمایت و امیددهی پزشک معالج، رضایت از امکانات بستری به خاطر حضور در بیمارستان‌های خصوصی، اجازه در مشارکت در تصمیم‌گیری از سوی پزشک، دریافت اطلاعات درست از سوی پزشک، حضور مشاور در بیمارستان محک
	آمادگی و آماده‌سازی برای مرگ	۳	آماده‌سازی درست برای مرگ در سایه‌ی روابط خوب با پزشک، آگاهی از انتهای روبه‌مرگ بیماری به خاطر سابقه‌ی وجود بیمار سرطانی در بین اقوام، ترجیح شخصی افراد برای آگاهی از زمان باقی تا فوت از سوی پزشک



A3: دو وجه متضاد رضایت از کادر درمان



B3: شرایط علی کاهش حسرت ناشی از رضایت از کادر درمان

شکل ۳. احساس افراد از کادر درمان

بیماری در پی آن هستند، دستیابی به کادر درمان متخصص و درعین‌حال دلسوز است. کادری که نه‌تنها از تخصص لازم برخوردار باشد، بلکه بتواند حس خوب آرامش، امید، انگیزه و همدلی را با او تجربه کنند. از منظر افرادی که به چنین کادری دست پیدا کرده بودند، این امر را مایه‌ی رضایت و آرامش روانی خود می‌پندارند، برای

در مرحله اول، در ارتباط با این سوال، با حذف واحدهای معنایی تکراری، درنهایت ۱۳ واحد معنایی یافت شد که در جدول ۴ آمده است.

تحلیل تجارب مصاحبه‌شوندگان درباره کارد درمان به شرح زیر است:

– رضایت از کادر درمان

یکی از مواردی که افراد به‌محض تشخیص

نمونه می‌توان به مورد زیر اشاره کرد.

بگیرد.

خانم کد یک در این ارتباط می‌گوید:

"من می‌توانم واقعاً بگویم که پرستار نبودند. واقعاً فرشته بودند...."

- آماده‌سازی برای مرگ

اطلاع یافتن از ابتلا به سرطان، به‌عنوان یک بیماری بدخیم آرامش فرد را به هم می‌ریزد. به‌طور طبیعی تیم درمانی، باید آموزش ویژه ببیند تا از عهده امر دشوار اطلاع دادن برآید. ولی آیا این امر واقعاً اتفاق می‌افتد و این روند به شکل درستی انجام می‌شود؟ تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده رابطه عاطفی درست، همدلانه و اخلاق‌مدار بین پزشک معالج و بیمار و همراهانش، نقش تعیین‌کننده‌ای در آماده‌سازی افراد برای عواقب بد بیماری و حتی مرگ دارد. به‌طورمثال،

کد دو می‌گوید:

"من همه‌چیز می‌دانستم. دکتر به من گفته بود خانمت در این شرایطی که هست زیاد نمی‌تواند دوام بیاورد."

شکل ۳ (A3) دو وجه متضاد رضایت از

کادر درمان و شکل B3 شرایط علی‌کاهش حسرت ناشی از رضایت از کادر درمان را که بر اساس تحلیل داده‌های مصاحبه استخراج شده، به تصویر می‌کشد.

نتیجه‌گیری و بحث

در این پژوهش سعی شده، با رویکرد پدیدارشناسی، تجربه‌ی زیسته‌ی بستگان درجه اول داغ‌دیده از بیماران سرطانی موردبررسی قرار

یکی از موضوعات محوری پژوهش حاضر، حسرتی است که افراد داغ‌دیده، پس از فوت بیمار سرطانی خود تجربه می‌کنند. بعد از انجام مصاحبه‌ها و در مرحله‌ی تجزیه و تحلیل، نهایتاً به ۹ واحد معنایی دست یافتیم که این واحدهای معنایی را در دو مضمون فرعی، شامل بی‌فایده دانستن درمان، احساس تقصیر در ایجاد و روند بیماری و یک مضمون اصلی، با عنوان عدم رضایت کامل از خود و احساس کوتاهی کردن قرار دادیم. افراد مورد مصاحبه در این پژوهش، به این علت دچار حسرت شده بودند که در انتخاب شیوه‌ی مناسب درمان برای بیمارشان، یا علتی که موجب به‌وجود آمدن یا تشدید بیماری شده است، دچار تردید شده‌اند. آن‌ها با از دست دادن عزیزشان، دچار شک و دودلی شده‌اند و چون نمی‌توانند برای سؤالاتی که در ذهنشان می‌چرخد، جواب قانع‌کننده، درست و معینی پیدا کنند، در سیکل معیوبی از تردید، نشخوار فکری، احساس عدم رضایت و حسرت دست‌وپا می‌زنند. گاهی درست بودن تصمیم خود را تأیید و گاهی از انجام یک سری از کارها یا عدم انجام یک سری دیگر، دچار احساس گناه و حسرت می‌شوند. این نتایج با مطالعات استین‌هاسر و همکاران (۲۰۱۴)؛ ایشیدا و همکاران (۲۰۱۱)؛ کلینسپن و همکاران (۲۰۱۴)؛ والدیمارسدوتر و همکاران (۲۰۰۷)؛ یاماشیتا و همکاران (۲۰۱۷)؛ یلیتادو و همکاران (۲۰۰۸)؛ یلیتالو و همکاران، (۲۰۰۸)؛ و تسای و همکاران (۲۰۱۸) همسو است.

از دیگر موضوعات محوری در این پژوهش این بود که بدانیم کارهای ناتمام، چگونه در کیفیت زندگی خانواده‌های داغدار از مرگ عزیز

نزدیکی که بین مراقبین و بیمار وجود داشت، همچنان حرف‌های ناگفته‌ای وجود دارد که فرد آرزو می‌کند ای‌کاش در زمان حیات بیمار، به او می‌گفت، یا این‌که زمان بیشتری را با عزیز از دست‌رفته خود می‌گذراند. همسو با پژوهش کلینگسین (۲۰۱۴)؛ یاماشیتا و همکاران (۲۰۱۷) و هیرای و همکاران (۲۰۱۶)؛ وان هات و همکاران (۲۰۲۰) احساس گناه در نمونه‌های این پژوهش نیز، به علت کارهای نکرده و حرف‌های نگفته و فرصت‌هایی که دیگر از دست‌رفته بود، کاملاً دیده می‌شد. داشتن یک رابطه خوب با بیمار، بسیار بااهمیت است و بهبود رابطه با بیمار، به‌عنوان یکی از انواع معمول کارهای ناتمام بود که بسیاری از خانواده‌ها در این زمینه نیاز به کمک داشتند.

در مورد تبیین این‌که چگونه حمایت‌ها و تلاش‌های کادر درمان می‌تواند در کاهش حسرت خانواده‌های داغدار و ایجاد احساس آرامش و رضایت بیشتر و یا بالعکس با ایجاد حسرت، پشیمانی و سرزنش خود مؤثر باشد، در مرحله‌ی اول، با حذف واحدهای معنایی تکراری، درنهایت ۱۳ واحد معنایی استنتاج شد. این واحدهای معنایی را در دو مضمون فرعی شامل رضایت از کادر درمان؛ آمادگی و آماده‌سازی برای مرگ؛ و یک مضمون اصلی با عنوان تأثیرگذاری کادر درمان قرار دادیم. نتایج به‌دست‌آمده در تطابق با هشت مؤلفه تعیین شده تحقیق استین هاسر و همکاران (۲۰۱۴) بود.

نکته حائز اهمیت این است که حس رضایتی که در تعدادی از مصاحبه‌شوندگان این پژوهش مشاهده شد، به‌خاطر حضور بیمارشان، در بیمارستان خصوصی بود و آن‌ها برای این کار

خود تأثیر گذاشته است؟ در این راستا، در پی تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، از منظر وابستگی درجه اول بیماران سرطانی، نهایتاً به ۸ واحد معنایی دست یافتیم که این واحدهای معنایی را در دو مضمون اصلی قرار دادیم. این مضامین شامل تلاش برای اجابت آرزو و آرامش بیمار و عدم ابراز احساسات است. کسانی که احساس می‌کردند تمام تلاششان را کرده‌اند و بیمارشان روزهای پرامید، باثبات و یا محیطی مملو از محبت و آرامش را تجربه کرده است، احساس رضایت بیشتری داشتند. در مقابل، تعدادی از مصاحبه‌کنندگان، از حسرت انجام کارهایی سخن می‌گفتند که فرصت انجام آن را نداشتند و این موضوع به‌شدت باعث ناراحتی و رنجش خاطر آن‌ها شده است. این یافته در نتایج پژوهش‌های پیشین همچون هلند و همکاران (۲۰۱۳)؛ کلینگسپنکل و همکاران (۲۰۱۵)؛ و کاپا و همکاران (۲۰۱۹) نیز تایید شد. به‌طورکلی، افرادی که ابراز احساسات بیشتری کرده بودند و یا فرصت حلالیت طلبیدن و عذرخواهی داشتند، احساس رضایت و آرامش بیشتری داشتند، نسبت به کسانی که فکر می‌کنند ای‌کاش زمان بیشتری با بیمارشان می‌گذراندند یا حرف‌های نگفته‌ای دارند که دیگر فرصتی برای بیان آن ندارند.

از دیگر نتایج موردبحث در این پژوهش که در زیرمجموعه عوامل مؤثر بر حسرت افراد قرار می‌گیرد، واحدهای معنایی است که دال بر مضمون عدم گذراندن زمان بیشتری در کنار بیمار، عدم بیان جملات محبت‌آمیز، عدم ابراز احساسات بیشتر، عدم رابطه صمیمانه و نزدیک‌تر با بیمار است. تأمل در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان، گویای این واقعیت است که با وجود رابطه‌ی

همسو است.

اطلاعاتی که باید در اختیار خانواده‌ها قرار بگیرد، باید شامل تغییرات روانی و فیزیکی بیمار، به‌ویژه، طول مدت‌زمان باقی‌مانده برای او، منابع دردسترس و پیشرفت بیماری باشد. با توجه به اینکه آنچه خانواده‌ها درصدد برآورد کردن آن هستند، احتمالاً با هم متفاوت است، بنابراین باید یک تیم پزشکی متشکل از متخصصان مختلفی (مانند مددکار اجتماعی، روحانی مذهبی و روانشناس سلامت) در خدمت خانواده‌ها باشد. اگرچه حضور تیم متخصص فوق‌الذکر، از نیازهای اساسی، اخلاقی و مبرم افراد درگیر با بیماری‌های سرطان است، اما در بین نمونه‌های مورد مصاحبه در این پژوهش بیشتر به‌عنوان حسرتی از یک آرزوی برآورده نشده بود. مهم‌تر از آن و مسئله قابل‌توجه این است که چه افرادی که با تمام کم‌وکاستی‌های موجود، از کادر درمان راضی بودند و چه آنهایی که از کادر درمان ناراضی بودند، پس از فوت بیمار، به حال خود واگذاشته شده بودند؛ بدون اینکه کوچکترین حمایت، مشاوره و کمکی دریافت کنند. پایان غم‌انگیز داستان این است که آن‌ها، عزیزشان را از دست می‌دهند و خود در ملغمه‌ای از اندوه سوگ، هیچان‌ها و افکار منفی، احساس گناه و حسرت غوطه‌ور می‌شوند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در به‌کارگیری نتایج آن باید موردتوجه قرار گیرد. ازجمله این‌که پژوهش حاضر از نظر ماهیت کیفی است و یافته‌های آن مانند روش‌های کمی، قابلیت تعمیم آماری ندارد؛ پژوهشگر بر اساس تمامی داده‌ها، به ترسیم الگوی حاضر رسیده است و بدیهی است که ارائه الگوهای دیگر نیز

هزینه‌های گزافی پرداخته بودند. حمایت، محبت و اطلاعات پزشکی و درمانی موردنیاز این افراد، در کمال آرامش و احترام به آن‌ها ارائه می‌شد و این امر موجب حس حرمت خود، آرامش و خشنودی آن‌ها شده بود. در این میان، بعضی از افراد مورد مصاحبه، علی‌رغم رضایت از کادر درمان، به دلیل مشکلات جانبی دیگری ازجمله دردسرهایی که برای تهیه دارو کشیده بودند یا عدم دسترسی به مشاور یا روانشناس سلامت و یا به وجود آمدن شرایط کرونا و مشکلات ناشی از آن، گله‌مندی‌ها و ناراحتی‌هایی داشتند. تجاربی مانند این، در کنار تجارب تعداد دیگری از افراد مورد مصاحبه که کمترین حمایت، دلسوزی، احترام و مشورت را، از سوی کادر درمان دریافت کرده بودند، نشان‌دهنده‌ی تأثیر ناکارآمدی سیستم درمان و مراقبت از بیماران سرطانی و مزیدی بر رنج مضاعف حاصل از درمان و پیامدهای آن است. در این میان، رابطه‌ی عاطفی درست، همدلانه و اخلاق‌مدار پزشک معالج و بیمار و همراهانش نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است. چنین رابطه‌ای، نقشی تعیین‌کننده در آماده‌سازی افراد برای عواقب بد بیماری و حتی مرگ دارد. بیماری هر چه باشد، بیمار نیاز به آرامش دارد و رابطه‌ی پزشک و بیمار و اعتمادی که دراین‌بین شکل می‌گیرد، از منظر اخلاق حرفه‌ای، پایه و اساس مراقبت‌های پزشکی و روند درمان است. افراد به پزشکی نیاز دارند که با آن‌ها ارتباطی انسانی، صادقانه و همدلانه برقرار کند، مشکلات آن‌ها را بفهمد و اضطراب و نگرانی‌های آن‌ها را درک کرده و تسکین دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های یاماشیتا و همکاران، (۲۰۱۷)؛ تنگ و همکاران (۲۰۲۰)؛ کارمل و همکاران (۲۰۲۰)

مجبور هستند برای درمان به شهرهای دیگر مراجعه کنند؛ لزوم حمایت و مشاوره‌های روانی برای بیمار و خانواده‌های درگیر با بیماری سرطان، به‌خصوص در فاز نهایی بیماری و آماده‌سازی مناسب آن‌ها برای مرگ قریب‌الوقوع؛ و لزوم حضور مشاوره‌های حمایتی و تأمین حمایت‌های روانی لازم، برای خانواده‌ها پس از تجربه‌ی سوگ در قالب یک تیم متشکل از متخصصان مختلف (مانند مددکار اجتماعی، روحانی مذهبی و روانشناس سلامت).

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از تمامی افراد شرکت‌کننده به جهت همکاری در این پژوهش سپاسگزاری و تشکر کنند.

امکان‌پذیر است؛ پیشنهاد می‌شود به دلیل لزوم مساله، در مورد نمونه‌های داغدار از بیمار سرطانی، به شکل ویژه و با روش هم‌تاسازی در نسبت فامیلی با بیمار یا نوع سرطان و برای افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری، پژوهش‌های آتی بیشتری در زمینه ابعاد حسرت و سوگ خانواده‌های داغدار از بیمار سرطانی صوت گیرد. نتایج پژوهش حاضر برای متخصصین چندگانه دخیل در امر درمان و مراقبت از بیمار سرطانی و خانواده بیمار، محورهایی را پررنگ کرده است که اهم آن محورها عبارت‌اند از: لزوم توجه، احترام و حمایت کادر پزشکی و پرستاری از خانواده‌های بیماران سرطانی و درک شرایط بغرنج و سخت آن‌ها؛ لزوم بسترسازی مناسب برای رفاه حال بیماران و خانواده‌های آن از نظر دسترسی به کادر پزشکی متخصص و تسهیل شرایط تهیه دارو و محل‌هایی برای اسکان خانواده‌های بیمارانی که

منابع

- حمیدنژاد، افسانه. (۱۳۹۷). پدیدارشناسی تجربی بیماران مبتلا به سرطان از عدم پذیرش بیماری (مطالعه موردی کودکان سرطانی مرکز تخصصی رادیوتراپی سرطان‌شناسی امام رضا (ع)). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اسلامی واحد شاهرود، دانشکده علوم انسانی.
- بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی. مجله روانشناسی سلامت، (۹)، ۳۵-۸۶-۶۹.
- عظیم‌زاده طهرانی، نگار؛ بیاضی، محمدحسین؛ شاکری‌نسب، محسن. (۱۳۹۹). رابطه روش‌های مقابله اسلامی و احساس انسجام روانی با سازگاری با بیماری و تحمل درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله روانشناسی سلامت، (۹)، ۳۳-۱۶۰-۱۴۵.
- صالحی، دل‌آرام؛ زرآنی، فریبا؛ فتی، لادن؛ شعرباچی، محمدرضا. (۱۳۹۹). مقایسه معنای زندگی و نگرش به مرگ در مراقبین

Akiyama, A., Numata, k., & Mikami, H. (2010). Importance of end-of-life support to minimize caregiver's

regret during bereavement of the elderly for better subsequent adaption to bereavement. *Arch*

- Gerontol Geriatr*, 50, 178-8.
- Allen, J.Y., Haley, W.E., Small, B.J., Schonwetter, R.S., & Memillan, S.C. (2013). Bereavement among hospice caregiver of patients one year following loss: predictor of grief, complicated grief and symptom of depression. *J Palliat Med*, 16, 745-751.
- Carr, D., House, J.S., Wortman, C., Nesse, R., & Kessler, R.C. (2001). Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed person. *J. Gerontol. B: Psychol. Sci.Soc.Sci.*56, s237-S248.
- Chimlung, J., Thanaslip, S., Akkayagorn, L., Upasen, R., PUDTONG, N., & Tantitrakul, W. (2017). Effective of an intervention based on basic Buddhist principle on the spiritual well-being of patients with terminal ill. *European Journal of Oncology Nursing*, 31, 46-51.
- Chindaprasit, J., Wongtirawit, N., Limpawattana, P., Srinonprasert, V., Manjavong, M., Chotmongkol, V., ... & Sawanyawisuth, k. (2019). *Heliyon*, 5, e02067.
- Choi, N., & Jun, J., (2009). Life regrets and pride among low-income older adult: Relationships with depressive symptom, current life stressors and coping resources. *Aging & Mental Health*, 13(2), 213-225.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it: existential phenomenological alternative for psychology (Valvare R & King M eds), oxford.
- Coyne, E., Heynsberg, N., Dieperink, K.B. (2020). Acknowledging cancer as a family disease: A systematic review of family care in the cancer setting. *European Journal of Oncology Nursing*, 49, Article 101841.
- Department of Medical Service. (2014). Palliative Care Guideline. Available: <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner>.
- Field, N., Bonanno, G.A., Williams, P., & Horowitz, M.J. (2000). Appraisal of blame in adjustment in conjugal bereavement. *Cognitive therapy and Research*, 24(5), 551-569.
- Finley, J.P. (2018). Caregiver café: providing education and support to family caregivers of patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22, 91-96.
- Funk, L., Stajduhar, k., Toye, C., Aoun, S., Grande, G., & Todd, C. (2010). Home-based family caregiving at the end of life, part 2: A comprehensive review of published qualitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 594-607.
- Given, B.A., Given, C.W., &

- Sherwood, P. (2012). The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminar in Oncology Nursing*, 28, 205-212.
- Gomes, B., Pinheiro, M.J, Lopes, S., de Brito, M., Sarmiento, V.P., Lopes Ferreira, p., & Barros, h. (2018). Risk factors for hospital death in condition needing palliative care: nationwide population-based death certificate study. *Palliat. MED*.32(4), 891-901.
- Guldin, M.B., Vedsted, P., Zachariae R., Olesen, F., & Jensen, A.B. (2012). Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: Alongitual cohort study, *Support Care Cancer*,20,1679-1685.
- Hauksdottir, A., Ualdimarsdottir, U., Furst, C.J, Onelov, E., & Steineck, G. (2010). Health care-related predictor of husbands' preparedness for the death of a wife to cancer – a population –based follow up. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology/ESMO* 21 (2): 354-361.
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *J Pain Symptom Manage*, 31, 140-147.
- Holland, J.M., Thompson, K.L., Rozalski, V., & Lichtenthal, W.G. (2013). Bereavement-related regret trajectories among windowed older adult. *Journal of Gerontology: Series B: Psychological science and social sciences*, Advance Access. doi: 10.1093/geronb/gbt050.
- Ishida, M., Onideki, H., Matsubara, M., Tada, Y., Ito, H., Masaru Narabayashi, M Uchitomi, Y. (2012). Psychological distress of bereaved seeking medical counseling at a cancer center. *Jpn J clin Oncol*, 42(6), 506-512.
- Ishida, M., Onishi, H., Matsubara, M., Tada, Y., Ito, H., Narabayashi, M., ... & Uchitomi, Y. (2012). Psychological distress of the bereaved seeking medical counseling a cancer center. *Jpn J Clin Oncol*, 42, 506-512.
- Jokisaari, M. (2004). Regret and subjective well-being: A life-course approach. *Journal of adult Development*, 11, 281-288.
- Klingspon, K.L. (2014). Unfinished business in bereavement: A mixed method study. University of Nevada, Las Vegas, (UNLS).
- Klingspon, K.L., Holland, J.M., Neimeyer, R.A., Lichtenthal, W.G. (2015). Unfinished business in bereavement. *Death Stud*, 39, 387-398.

- Kohs, J., & Kim, J. (2016). Communication for end-of-life care planning among Korean patient with terminal cancer. A context-oriented model. *Palliat Support Care*, 14,69-76.
- Mack, J., Wolf, J., Grier, H.E., Cleary, P., & Weeks, J. (2006). Communication about prognosis between parents and physician of children with cancer: parental preferences and the impact of prognostic information. *J Clin Oncol*, 24, 5265-70.
- Mori, M., Yoshida, S., Shiozaki, M., Baba, M., Morita, T., Aoyama, m., ... Miyashita, M. (2017). Talking about death with terminally-ill cancer patients: what contribute to the regret of bereaved family members? *Journal of Pain and Symptom Management*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.02.021.
- Nakazato., K., Shiozaki., M., Hirai, K. (2013). Feeling and conversation between family and patient being admitted palliative care unit [Japanise]. *The Japan Hospital and Care Evaluation Study*,75-81.
- National Statistical Office, 2014. Statistical Yearbook Thiland 2015. Available at: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pub/e-book/esyb58/index.html#223/z>.
- Park, C.H., Shin, D.W., Choi, J.K., Kang, J., Back, Y.J., Mo, H.N., & Park, S. (2012). Determinants of the burden and positivity of family caregivers of terminally ill cancer patients in Korea. *Psycho Oncology*, 21 (3), 282-290.
- Romito, F., Goldzweig, G., Cormio, C., Hagedoorn, M., & Andersen, B.L. (2013). Informal caregiving for cancer patients: informal caregiving. *Cancer*, 119, 2160-2169.
- Sanders, C. (1994). Pain and impending death. In: Wall, P.D., Melzack, R. (Eds). *Textbook of Pain*. Churchill-Livingstone, New York, pp. 861-868.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Ahmedin, J. (2012). Cancer statistics. *CA Cancer Jclin*, 62, 10-29.
- Stajduhar, k.I, Funk, L., Toye, C., Aoun, S., Grande, G., & Todd, C. (2010). Home-based family caregiving at the end of life, part ۱: A comprehensive review of published qualitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 594-607.
- Steinhauser, K.E, Voils, C.I, Boswoth, H., & Tulsy, J.A. (2014). What constitutes quality of family experience at the end of life? Perspective from family members of patients who died in the hospital. *Plliative Support Care*, 13, 945-952.
- Torges, C.M., Stewart, A.J., & Nolen-

- Hoeksema, S. (2008). Regret resolution. *Aging. And adapting to loss. Psychology and Aging*, 23(1), 169-180.
- Valdimarsdo'ttir, U., kreicberg, U., Hauksdottir, A., Hunt, H., Onelov, E., Jan-Inge-hener, & Steineck, G. (2007). Parent's intellectual and emotional awareness of their child's impending death to cancer: a population-based long-term follow-up study. *Lancel Oncl*, 8, 706-14.
- Wiswrsrith, W., Deeying, S., & Rodpal, J. (2013). Palliative care and end of life care forchronically ill older adult. *M &M Laster Print, Bangkok*.
- World Health Organization. (2015). Cancer Available at: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs297/en/>.
- Yamaguchi, T., Maeda, I., Hatano, Y., Mori, M., Shima, Y., Tsuneto, S., & Miyashita, M. (2017). Effect of end-of-life discussion on the mental health of bereaved family member and quality of patient death and care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54 (1), 17-26.
- Yamashita, R., Arao, H., Takao, A., Masutan, E., Morita, T., Shima, Y., Kizawa, Y., & et al. (2017). Unfinished business in family of terminally ill with cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54 (6), 861-869.
- Ylitalo, N., Valdimarsdottir, U., Onelö ve, E., Dickman, P.W., & Steinneck, G. (2008). Guilt after the loss of a husband to cancer, is there a relation with the health care provided? *Acta Oncd*, 47, 870-878.