



Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)

DOI: 10.22067/social.2022.76011.1161

مقاله پژوهشی

## تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر رفتاردرمانی در مبتلایان به سرطان<sup>۱</sup>

حمیده سعیدی (دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران)

[saeedi@stu.um.ac.ir](mailto:saeedi@stu.um.ac.ir)

حسین اکبری (دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، نویسنده مسئول)

[h-akbari@um.ac.ir](mailto:h-akbari@um.ac.ir)

مجید فولادیان (دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران)

[fouladiyan@um.ac.ir](mailto:fouladiyan@um.ac.ir)

فاطمه ورشویی (آنکولوژیست، کلینیک آنکولوژی رضا، مشهد، ایران)

[warshoi@gmail.com](mailto:warshoi@gmail.com)

### چکیده

یکی از علل افزایش مرگ و میر در بیماران مبتلا به سرطان، تبعیت نکردن از دستورالعمل‌های درمانی است. تحقیقات بسیار اندکی در ایران به مسئله رفتاردرمانی این بیماران پرداخته‌اند. این مطالعه به دنبال فهم تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر پذیرندگی درمان است. مطالعه با روش کیفی و با استفاده از مصاحبه‌های روایتی گردآوری انجام شد و با اصول گرند تئوری و کدگذاری سه مرحله‌ای تحلیل شد. بیست و یک بیمار مبتلا به سرطان پستان که به صورت هدفمند و با شیوه نمونه‌گیری گلوله‌برفی انتخاب شده بودند، نمونه آماری مطالعه را تشکیل دادند. پس از مصاحبه عمیق و کدگذاری چندمرحله‌ای، ۳۶ کد باز در ۱۳ کد محوری جمع‌بندی شد و کدگزینی مفهوم «ساختار محدودکننده تجاری‌شده» به دست آمد. نتایج تحقیق نشان داد، پذیرندگی کامل درمان در بیماران با تشخیص زودهنگام وجود داشت. تشخیص دیر هنگام بیماری به دلیل متاستاز و

۱. مستخرج از رساله دکتری، دفاع شده در دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

سرعت پیشرفت بیماری، بیمار را با شرایط ساختاری روبرو کرده است که اثر بازدارندگی بر پذیرش درمان داشت. مطابق با نتایج، مجموعه‌ای از شرایط اجتماعی و اقتصادی در تعامل با شرایط مربوط به سیستم درمانی، تعیین‌کننده رفتارهای درمانی زنان مبتلا به سرطان پستان است.

**کلیدواژه‌ها:** رفتار درمانی، سرطان، تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی، تعلق درمانی، پای‌بندی به درمان.

#### ۱. مقدمه

سلامتی، ارزش اجتماعی تعیین‌کننده و یکی از مسائل عمده در توسعه پایدار است. توسعه انسانی با برخورداری از زندگی طولانی همراه با سلامت محقق می‌شود (گریفین<sup>۱</sup>، ۱۳۷۵؛ پرکینز<sup>۲</sup>، ۱۳۷۹؛ هانت<sup>۳</sup>، ۱۳۹۳؛ دیریکسن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). توسعه اقتصادی مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی را کاهش داده و امید به زندگی را افزایش می‌دهد، اما از طریق رواج سبک زندگی خاص از قبیل اتخاذ رژیم‌های غذایی، شیوه زندگی بدون تحرک، افزایش سن ازدواج، تأخیر در باروری، تولد اولین فرزند در سنین زیاد، کاهش شیردهی به فرزند توسط مادر و طول عمر بیشتر، سبب گسترش سرطان به‌ویژه سرطان پستان در کشورهای مختلف شده است (گیدنز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱؛ کاکرهام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵؛ پورتر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ کلاسن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ گینسبورگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳؛ اوگونکورو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷؛ آرنای<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۷؛ فرانکو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸).

1. Griffin
2. Perkins
3. Hunt
4. Diderichsen
5. Giddens
6. Cockerham
7. Porter
8. Classen
9. Ginsburg
10. Ogunkurode
11. Arena
12. Franco

سرطان پستان را «سرطان رفاه» نیز می‌نامند؛ زیرا بروز آن در زنان با طبقه اجتماعی بالاتر و همچنین در جوامع با منابع بسیار، بیشتر است (کلاسن، ۲۰۱۱؛ کواگلیا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، اما در حال حاضر شایع‌ترین سرطان زنان در سراسر جهان است (گینسبورگ، ۲۰۱۳؛ فرانکو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸، بلانگر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). بار جهانی سرطان پستان در زنان رو به افزایش است (پورتر، ۲۰۰۸؛ کوگلین و کئومه<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹، ص. ۳۱۵). بیش از ۵۰ درصد از مرگ و میرهای ناشی از سرطان پستان در مناطق کمتر توسعه‌یافته جهان روی می‌دهد که در آن‌ها سرعت بروز بیماری با افزایش توسعه اقتصادی صورت می‌گیرد. رشد اقتصادی و سیاست‌های پیشگیرانه از سرطان پستان در هر سطح درآمد به کاهش مرگ و میر منجر می‌شود، اما زنان در کشورهای فقیرتر و به‌ویژه زنان کمتر از ۵۰ سال، به‌دلیل کمبود منابع و زیرساخت‌ها در معرض خطر مرگ و میر بیشتری قرار دارند (لئونگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ اسکولینگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ گینسبورگ، ۲۰۱۳؛ استفان<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵؛ بلانگر، ۲۰۱۸). در این کشورها ماموگرافی غربالگری اغلب در دسترس نیست و سرطان پستان در مراحل آخر شناسایی می‌شود (پورتر، ۲۰۰۸؛ کوگلین، کئومه، ۲۰۰۹؛ بوریسوا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ سادانا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴؛ فرانکو، ۲۰۱۸).

یکی از علل افزایش مرگ و میر در بیماران، تأخیر در تشخیص و درمان بیماری است. با وجود پیشرفت‌های علمی درخور توجه و بهبود در مدیریت سرطان، در کشورهای با درآمد کم و متوسط، سرطان در مراحل پیشرفته‌تر شناسایی شده که به نتایج درمانی ضعیف منجر

1. Quaglia
2. Franco
3. Belanger
4. Coughlin & Keome
5. Leung
6. Schooling
7. Stephen
8. Borisova
9. Sadhana

می‌شود (اندرسن و بنجامین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ کلاس، ۲۰۱۱؛ کواگلیا و همکاران، ۲۰۱۲؛ اوگونکورد و همکاران، ۲۰۱۷). سرطان یک بیماری مزمن همراه با درمان طولانی مدت است؛ بنابراین بهبود بیماری نیازمند تبعیت از توصیه‌های درمانی است. از سوی دیگر، امتناع از درمان باعث کند شدن روند درمان، افزایش هزینه‌های مراقبت (گانس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) و کاهش بقا (مانل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ مازئو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ لمیعان، ۱۳۸۷) می‌شود. سازمان بهداشت جهانی تبعیت از درمان را پیروی از درمان توسط بیمار، مصرف دارو، پیروی از رژیم غذایی و اجرای تغییرات سبک زندگی مطابق با توصیه‌های ارائه‌شده توسط پزشک نامیده است (بورخارت و ساباتا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

تحقیقات اندکی درباره تبعیت نکردن از درمان درباره بیماران مبتلا به سرطان در ایران انجام شده است (میکاییلی و همکاران، ۱۳۹۸، ص. ۱۴۰۴). این تحقیقات نشان داده است، بیشتر بیماران درمان‌های خود را به‌طور منظم پیگیری نمی‌کنند (حسینی و خالدی‌فر، ۱۳۹۲، ص. ۵۱). نتایج تحقیقات در بیماران سرطانی نشان داده است، بیمارانی که در مراحل اولیه بیماری‌شان تشخیص داده شده‌اند، به درمان‌های دارویی پای‌بند هستند (ردلی و پین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹، ص. ۳۱۲)، اما با گذشت سال‌ها از آغاز درمان میزان پای‌بندی آن‌ها کاهش می‌یابد (لو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). این تصمیم‌گیری توسط بیمار که درمان ارائه‌شده را بپذیرد یا رد کند، در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی صورت می‌گیرد که نیازمند انجام مطالعه و بررسی است.

- 
1. Anderson & Benjamin
  2. Gansen
  3. Manel
  4. Mazeo
  5. Burkhart & Sabaté
  6. Radley & Payne
  7. Lu

کنترل سرطان یکی از سه اولویت اصلی نظام سلامت در ایران است (عباچی زاده و کرامتی نیا، ۱۳۹۴) و ایران دومین کشور پر مرگ و میر ناشی از سرطان در منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت است (نورایی و همکاران، ۱۳۸۵). از سوی دیگر، هفتاد درصد از بیماران در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه می‌کنند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۷) و در حال حاضر میزان بروز سرطان پستان در بین زنان ایرانی در حال افزایش است (فاضلی و همکاران، ۱۳۹۱؛ عسگریان و همکاران، ۱۳۹۵)؛ با توجه به این مطالب، قصد داریم دریابیم چه عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر تصمیم زنان درباره ادامه یا امتناع از درمان سرطان پستان - که ۲۳ درصد از سرطان‌های مربوط به زنان را تشکیل می‌دهد (گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی، ۱۳۸۸) - مؤثر است؟ چه زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی رفتاردرمانی را با سرعت و سهولت بیشتری امکان‌پذیر می‌کنند؟ هدف اصلی این تحقیق، فهم رفتاردرمانی بیماران مبتلا به سرطان پستان و تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر آن است.

## ۲. مبانی نظری تحقیق

### ۲.۱. پیشینه تحقیق

تحقیقات کمی متنوعی در حوزه درمان سرطان در ایران و خارج از کشور انجام شده است. اما تحقیقات کیفی چندانی در این حوزه انجام نشده است که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

در پژوهش روک<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان «چه چیزی هنگام تصمیم‌گیری برای درمان سرطان پستان متاستاتیک مهم است؟ تحلیل کیفی تصمیم‌گیری در بیماران و انکولوژیست‌ها»، فرایند تصمیم‌گیری درباره درمان با موضوعات زیر مشخص می‌شود: اثربخشی درمان، عوارض جانبی هزینه و مسمومیت مالی، مسئولیت‌های شخصی و

خانوادگی، تأثیر درمان بر فعالیت‌های روزانه، حضور در رویدادهای مهم و پیگیری اهداف مهم. در پژوهشی کیفی که در سال ۲۰۱۴ درباره دلایل روانی اجتماعی و فرهنگی تأخیر در جست‌وجوی کمک و نبود پای‌بندی به درمان در زنان اندونزیایی مبتلا به سرطان سینه انجام شد، هشت مضمون اصلی در رابطه با دلایل تأخیر در جست‌وجوی کمک پزشکی و نبود پای‌بندی به درمان پدیدار شد، عبارت بودند از: نبود آگاهی و دانش، باورهای سرطان، باورهای درمانی، مشکلات مالی، بار عاطفی، عوارض جانبی شدید، سبک ارتباط پدران و نیازهای اطلاعاتی برآورده نشده.

بنابراین بخش عمده مطالعات، با روش کمی انجام شده است که در آن‌ها به نقش عوامل مختلفی در پذیرش یا امتناع از درمان اشاره شده است. در عمده تحقیقات در سال‌های اخیر به مسئله «مسمومیت مالی»<sup>۱</sup> در امتناع از درمان توجه شده است. درمان طولانی‌مدت سرطان سبب افزایش هزینه‌های درمان می‌شود و مسمومیت مالی ایجاد می‌کند و سبب نبود پای‌بندی به درمان می‌شود (کورتنی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). برخورداری از بیمه‌های ضعیف و طرح‌های بیمه‌ای که به اشتراک هزینه زیادی نیاز دارد (چینو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ سو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) و پرداخت هزینه بیشتر از جیب (بیلی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ چینو و همکاران، ۲۰۱۷؛ ظفر<sup>۶</sup> و آبارنتی، ۲۰۱۵؛ میشل<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ ال<sup>۸</sup> و همکاران ۲۰۰۹) با خطر بیشتر ترک نسخه همراه‌اند.

- 
1. Financial toxicity
  2. Courtney
  - 3 Chino
  4. Dsw
  5. Bailey
  6. Zafer
  7. Michelle
  8. Ell

برخی از مطالعات به نقش مثبت حمایت اجتماعی در تبعیت از دستورالعمل‌های درمانی پرداخته‌اند (تامپسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ بشیری نژادیان و همکاران، ۱۴۰۰؛ حسینی، ۱۳۹۳). در بین ابعاد حمایت اجتماعی، دریافت حمایت اجتماعی خانواده بر بهبود روند درمان سرطان پستان تأثیر بسزایی دارد (دیتاآبادی و همکاران، ۱۳۹۲) و نبود حمایت اجتماعی یا حمایت اجتماعی آزاردهنده می‌تواند به افزایش استرس و آشفتگی روانی زنان منجر شود (دراگست<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). سایر عواملی که سبب پذیرندگی ضعیف درمان می‌شوند، در تحقیقات عبارت‌اند از: بی‌اعتمادی به پزشک (موس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ بیکل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، نقش سستی زنان در خانواده و مراقبت از کودکان و همسر (روک<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ نورساده<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) تحریم‌ها (شهابی و همکاران، ۲۰۱۵؛ پارسا و علیزاده نجد، ۱۳۹۳).

## ۲.۲. چارچوب نظری تحقیق

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، «سلامت یک وضعیت پویا و دینامیک است که با رفاه کامل جسمانی، روانی، ذهنی و اجتماعی مشخص می‌شود و نه صرفاً با نبود بیماری و ناتوانی جسمی» (امید و نوری؛ ۱۳۹۲، ص. ۴۹). از سال ۱۹۵۰ توجه به نقش عاملیت انسانی در سلامت فردی افزایش یافت، اما شواهد به‌دست‌آمده از تجارب جهانی در دو دهه اخیر، متخصصان را به سمت رویکردی جدید متمایل کرد که سلامت افراد در بستری مدنظر قرار گرفت که در آن زندگی و خدمات سلامت خود را دریافت می‌کنند. از دهه ۱۹۹۰ به‌طور فزاینده‌ای به عوامل اجتماعی-اقتصادی تعیین‌کننده سلامت توجه شده است (فیض‌آبادی و

1. Thompson
2. Drageset
- 3 mouse
4. Bickell
- 5 Rook
6. Norsaadah

همکاران، ۱۳۹۶، ص. ۱۴۷). نظریه علل بنیانی لینک و فلان<sup>۱</sup> (۱۹۹۵)، بر ارتباط تنگاتنگ عوامل اجتماعی-اقتصادی با بیماری و مرگ و میر تأکید دارد. بر مبنای این نظریه، «عوامل اجتماعی-اقتصادی با دربرگرفتن مجموعه‌ای از منابع شامل پول، دانش، منزلت، قدرت و روابط اجتماعی پایدار و سودمند به تفاوت بنیانی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین گروه‌های مختلف اجتماعی منجر می‌شود. منابع شامل پول، دانش، قدرت، اعتبار و انواع منابع بین فردی است که در مفاهیم حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی شکل می‌گیرد. متغیرهایی از قبیل وضعیت اقتصادی اجتماعی<sup>۲</sup>، شبکه‌های اجتماعی و محرومیت و متغیرهای دیگری چون نژاد/قومیت و جنسیت به منابعی مانند پول، قدرت، اعتبار و ارتباطات اجتماعی وابسته هستند که باید آن‌ها را علل بالقوه اساسی بیماری شناخت (فلان، لینک، ۱۹۹۵، ص. ۸۵).

محققان معتقدند وضعیت اقتصادی-اجتماعی از تعیین‌کننده‌های اصلی در سلامتی یا بیماری افراد هستند؛ زیرا نمایانگر دسترسی یک فرد به منابع دلخواه و مطلوب، پول، قدرت، شبکه دوستی، مراقبت پزشکی، اوقات فراغت و تحصیلات است. کسانی که از بیشترین منابع برخوردارند، این توانایی را دارند که کمتر تحت تأثیر بیماری‌ها قرار گیرند. بر اساس جایگاه اقتصادی اجتماعی، افراد دارای تجربیات متفاوت در کشف و آسیب‌پذیری در وضعیت‌های در معرض خطر سلامتی هستند. از سویی بیماری ممکن است بر موقعیت اجتماعی فرد اثر بگذارد؛ از قبیل مشکلات فرصت‌های شغلی و کاهش درآمد (دیریکسین، ۲۰۱۰، ص. ۵).

یکی دیگر از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، سبک زندگی است. از صاحب‌نظران مطرح در زمینه سبک زندگی، بوردیو است. وی معتقد است، «کنشگران یک جامعه بین دو فضا جای می‌گیرند: فضاهای موقعیت‌های اجتماعی و فضاهای شیوه زندگی. ترکیب هر دو فضا به منزله فضای اجتماعی تعریف و مشخص می‌شود. فضاهای موقعیت اجتماعی مبتنی

---

1. Link & Phelan

2. Socioeconomic status (SES)



است بر دراختیارگیری متفاوت از طریق سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی ... برعکس، فضاهاى شیوه‌های زندگی به وسیله کارگزارانی خاص مشخص می‌شود که فراتر از شیوه مصرف کالاها، فرهنگ سلیقه‌ای خاص را نشان داده و آن را به صورت نماد در می‌آورند» (ویس و ده<sup>۱</sup>، ۱۳۸۱، ص. ۵۳۶). بورديو با طرح اهمیت ساختار طبقه در ایجاد سبک زندگی سبب شده است که نحوه ایجاد نابرابری سلامت را درک کنیم.

از تعیین‌کننده‌های اجتماعی دیگر مؤثر بر سلامت، سرمایه اجتماعی است. تاکنون، پژوهش‌های مرتبط با سلامت عمدتاً براساس مفهوم‌سازی پانتام<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) از سرمایه اجتماعی انجام شده است. به تازگی این مفهوم‌سازی به سوی فهم سرمایه اجتماعی به عنوان «منابع دردسترس حاصل از عضویت در شبکه‌های اجتماعی» نان لین و نظریه مبتنی بر شبکه اجتماعی بورديو تغییر یافته است. سرمایه اجتماعی از راه‌های مختلف بر سلامتی تأثیر می‌گذارد: از راه گسترش مستقیم منابع فرد از طریق مبادلات متقابل (مثلاً کمک مالی)، از طریق اثرش بر رفتارهای بهداشتی و تأثیر آن بر سایر عوامل تعیین‌کننده مانند تحصیل یا اشتغال (توکل و ناصری‌راد، ۱۳۹۱، ص. ۱۷). سرمایه اجتماعی سبب ایجاد حمایت اجتماعی می‌شود. حمایت اجتماعی به امکاناتی اشاره دارد که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند. حمایت اجتماعی از طریق تعدیل آثار فشار عصبی حاد و مزمن به سلامتی افراد کمک می‌کند (سارافینو<sup>۳</sup>، ۱۳۸۷، ص. ۱۸۴؛ ویلکینسون<sup>۴</sup>، ۱۳۹۳، ص. ۱۹۴).

از آنجاکه در این مطالعه سلامت زنان مدنظر است، توجه به این مسئله ضروری است که نتایج تحقیقات نشان داده است که هرگونه مطالعه درباره «سلامت زنان نیازمند توجه به خواسته‌های ناشی از نقش‌های اجتماعی زنان است» (فسیونه، ۱۹۹۳، ص. ۱۵۲۷). هر نقش همراه خود وظایف و انتظاراتی را برای حاملان نقش مشخص می‌کند، اما زمانی که فرد

1. Weiss
2. Pantam
3. Sarafino
4. Wilkinson

نقش‌های متعدد دارد، وظایف مترتب بر نقش می‌تواند افراد را زیر فشار قرار دهد که به آن فشار نقش می‌گویند که در آن حاملان نقش برعهده‌گیری و تعهدات یک یا چند نقش را نوعی تحمیل و فشار می‌دانند (گونتر<sup>۱</sup>، ۱۳۸۱، ص. ۳۰۷).

یکی از حوزه‌های ساختارگرایی سلامت، جامعه‌شناسی فمینیستی سلامت است که تمرکز آن بر تجارب سلامت زنان است. از شکل‌های نابرابری جنسیتی، نابرابری در توزیع قدرت بین زنان و مردان است که سبب توزیع نابرابر منابع در خانواده می‌شود (آنگوس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶، ص. ۶۳).

صاحب‌نظران در مکتب رئالیسم انتقادی معتقدند، «موضوعات جامعه‌شناسی خرد از قبیل کمبود وقت، مسئولیت‌ها و نبود اعتماد به نفس، ممکن است شالوده اصلی تصمیم‌گیری‌های زنان درباره تشخیص و درمان بیماری‌شان باشند، اما این عوامل با مفاهیم کلان اجتماعی مانند جنسیت یا روابط طبقاتی تبیین نمی‌شوند» (آنگوس، ۲۰۰۶، ص. ۶۳)؛ بنابراین تحقیقات درباره سلامتی زنان ضمن توجه به نقش‌های اجتماعی زنان و مسائل ناشی از آن، باید به مناسبات پیچیده قدرت در زنان نیز توجه کنند.

ساختار اجتماعی و سیاسی شامل تمام مکانیسم‌های اجتماعی و سیاسی می‌شود که تولید، پیکربندی و حفظ سلسله‌مراتب اجتماعی از جمله بازار کار، نظام آموزشی، نهادهای سیاسی و ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی، عوامل مؤثر بر سلامت دولت رفاه و سیاست‌های توزیع مجدد آن یا فقدان آن هستند که می‌توانند در ایجاد بی‌عدالتی‌های سلامتی مؤثر باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰، صص. ۵-۶).

مارکسیست‌ها معتقدند، تعاریف تندرستی و سلامتی، ارتباطی نزدیک با منافع و نیازهای سرمایه‌داری به نیروی کار سالم دارد و فرایند تعریف بیماری و اینکه یک علامت، بیماری است یا خیر، از سوی طبقات حاکم در جامعه و در راستای منافع نظام سرمایه‌داری انجام

---

1. Gunther  
2. Angus

می‌شود. پزشکان و بیماران نیز تضاد منافع دارند (مسعودنیا، ۱۳۹۴، صص. ۵۳۴-۵۳۷). رویکرد مارکسیستی نظام سلامت را که مواجهه پزشک و بیمار در آن انجام می‌شود، محل معاملات تجاری می‌داند و پزشکی زیرسیطره سرمایه‌داری را مسئول کشمکش و تعارض‌های موجود در حوزه سلامت می‌شناسد. مفهوم کالایی شدن سلامت و جایگاه پزشکی در ساختار طبقاتی دو ابزار مفهومی هستند که به فهم بهتر تضاد پزشک و بیمار بر سر منافع مالی کمک می‌کنند. کالایی شدن سلامت در جهان‌بینی نئولیبرالی مطرح می‌شود. براساس این جهان‌بینی، به سلامت و درمان به‌مثابه کالای قابل خرید و فروش در بازار نگریسته می‌شود. مشتری جای بیمار را می‌گیرد که باید هزینه سلامت و درمان خود را تأمین کند (آزاد ارمکی، کوششی و پروایی، ۱۳۹۹، ص. ۱۸۸). در حالت کالایی شدن سلامت، سلامت از حقوق اجتماعی به امتیاز طبقاتی تبدیل می‌شود؛ در نتیجه طبقات بالا امکان دسترسی بیشتری پیدا می‌کنند و سلامت به کالایی لوکس تبدیل می‌شود که همه افراد توان دسترسی به آن را ندارند (آزاد ارمکی، کوششی و پروایی، ۱۳۹۹، ص. ۱۹۳)؛ بنابراین می‌توان با بررسی ادبیات نظری، عوامل مختلفی را به‌عنوان تعیین‌کننده‌های اقتصادی-اجتماعی سلامت مشخص کرد که در مطالعه حاضر به‌عنوان مفاهیم حساسیت‌زا در فرایند تحقیق مدنظر قرار گرفته‌اند.

### ۳. روش تحقیق

این تحقیق، در رویکرد تفسیری و برساخت‌گرا قرار دارد. به‌دلیل کمبود تحقیقات و فقدان تئوری جامع، استفاده از راهبرد نظریه زمینه‌ای به این دلیل که اجازه می‌دهد پدیده فهم تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر رفتاردرمانی در مبتلایان به سرطان پستان را نه در چارچوب‌های نظری تعیین‌شده، بلکه با توجه به زمینه اجتماعی آن بررسی و تحلیل کنیم، روشی مناسب بود. مشارکت‌کنندگان در تحقیق، ۲۱ بیمار مبتلا به سرطان پستان بودند که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از نوع گلوله‌برفی و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. انتخاب تا

زمان اشباع نظری<sup>۱</sup> ادامه یافت. جمع‌آوری اطلاعات با تکنیک مصاحبه نیمه‌ساختمند صورت گرفت. به دلیل هم‌زمانی انجام مصاحبه‌ها با شیوع کرونا، بیشتر مصاحبه‌ها با استفاده از شبکه‌های اجتماعی (واتساپ) انجام پذیرفت. از مشارکت‌کننده درخواست می‌شد که زمانی را مشخص کند تا از طریق اپلیکیشن واتساپ که دارای امکان تماس صوتی-تصویری است، با وی تماس صوتی-تصویری برقرار شود؛ به این ترتیب امکان مشاهده بیمار و محقق فراهم می‌شد. پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد و با کد IR.UM.REC.1400.246 تصویب شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا هدف از مطالعه به مشارکت‌کنندگان اطلاع‌رسانی شد و رضایت آنان برای ورود به مصاحبه جلب شد. همچنین برای مشارکت‌کنندگان، لزوم ثبت و ضبط مصاحبه‌ها و انتشار نتایج حاصل از تحقیق بیان شد. به منظور محرمانه بودن مطالب و گمنامی مشارکت‌کنندگان، در کل متن مصاحبه از اسم مستعار استفاده شد. مشارکت‌کنندگان از حق انصراف از مصاحبه برخوردار بودند. برای روایی و اعتبار از ملاک لینکلن<sup>۲</sup> و گوبا (۱۹۸۵) استفاده شد. درگیری طولانی مدت محقق با داده‌ها، تأیید مصاحبه‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و اساتید راهنما، ثبت همه مراحل و روند تحقیق از ابتدا تا انتها و استفاده از مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع، برای دستیابی به روایی و اعتبار انجام شد. در انتها مدل پارادایمی تحقیق براساس چارچوب تحلیلی اشتراوس و کوربین<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) استخراج شد.

جدول ۱. ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در مطالعه

شماره	سن هنگام تشخیص قطعی بیماری	تحصیلات	شغل
۱	۴۷	کارشناسی	فرهنگی بازنشسته
۲	۴۵	کارشناسی ارشد	فرهنگی

1. Theoretical saturation
2. Lincoln
3. Strauss & Corbin

شماره	سن هنگام تشخیص قطعی بیماری	تحصیلات	شغل
۳	۳۵	پنجم ابتدایی	خانه‌دار
۴	۴۵	سیکل	خانه‌دار
۵	۴۴	دانشجوی دکترا	مدیر در بخش دولتی
۶	۴۵	کارشناسی	کارمند بخش خصوصی
۷	۴۳	دیپلم	فروش فروشی
۸	۴۲	کارشناسی	کارمند بخش دولتی
۹	۴۷	سیکل	خانه‌دار
۱۰	۴۵	سیکل	خانه‌دار
۱۱	۶۳	دیپلم	فرهنگی بازنشسته
۱۲	۵۲	دیپلم	خانه‌دار
۱۳	۴۸	دیپلم	خانه‌دار
۱۴	۴۳	کارشناسی	معلم
۱۵	۴۷	کارشناسی ارشد	خانه‌دار
۱۶	۴۵	ابتدایی	خانه‌دار
۱۷	۳۷	دیپلم	خانه‌دار
۱۸	۵۰	کارشناسی	معلم
۱۹	۶۴	سیکل	خانه‌دار
۲۰	۲۵	کارشناسی	خانه‌دار
۲۱	۲۸	کارشناسی	کارمند بخش خصوصی

#### ۴. یافته‌های تحقیق

درمان بیماری سرطان پستان طولانی مدت است و اشکال مختلفی از درمان را در بر می‌گیرد (جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی)؛ بنابراین نیازمند درمان‌های گوناگون در دوره‌های درازمدت است. نپذیرفتن رژیم دارویی، باعث کند شدن روند درمان و بهبودی بیماران می‌شود و گاه به پیشرفت بیماری، بستری شدن مجدد و حتی مرگ زودرس بیمار منجر می‌شود. وقتی افراد با احساس جسمانی ناخوشایندی روبه‌رو می‌شوند که حاکی

از بیماری است، باید برای توضیح یا رفع آن اقدام کنند. رفتار بیماری را به مفهوم «تیین فرایند رسیدن بیماران به پزشک و شیوه‌های مختلف درک نشانه‌ها، ارزیابی و عمل یا عمل نکردن درمورد آن‌ها از سوی افراد گوناگون» (آرمسترانگ<sup>۱</sup>، ۱۳۸۷، ص. ۲۹) تعریف کرده‌اند. فرایند رفتار بیماری به‌طور معمول زمانی شروع می‌شود که تغییرات چشمگیری در عملکرد جسمانی فرد ایجاد شود؛ به‌گونه‌ای که این تغییرات نشانه‌های نبود سلامت تفسیر شوند (مسعودنیا، ۱۳۸۹، ص. ۳۱۷). رفتارهای تشخیصی و رفتارهای درمانی دو دسته مهم از رفتارهای مرتبط با بیماری محسوب می‌شوند. رفتاردرمانی به مجموعه کنش‌ها و رفتارهای بیمار در ارتباط با کنترل و بهبود بیماری بعد از تشخیص بیماری اشاره دارد.

#### ۱.۴. نوع‌شناسی رفتاردرمانی بیماران

الگوی رفتاردرمانی می‌تواند در پیوستاری از «پذیرندگی حداکثری درمان» که شامل پای‌بندی بیمار به دستورالعمل‌های درمانی از قبیل رعایت نحوه مصرف دارو، مراجعه بهنگام به پزشک معالج برای چکاپ ادواری، انجام آزمایش‌ها و... در زمان مقرر و «پذیرندگی حداکثری درمان» که شامل درجات مختلفی پیروی از دستورالعمل‌های درمانی پزشک توسط بیمار تا «امتناع از درمان» که به قطع کامل درمان در یک مقطع زمانی منجر می‌شود، در نظر گرفته شود.

این تصمیم‌گیری توسط بیمار که درمان ارائه‌شده را بپذیرد یا از پذیرش آن خودداری کند، ظاهراً تصمیمی اختیاری و خصوصی است، اما پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان نشان داده است که این تصمیم در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی گرفته می‌شود. شایان ذکر است که در این پژوهش فقط یک نفر از مشارکت‌کنندگان (مصاحبه‌شونده شماره ۱۷) به مدت دو سال درمان خود را بدون اطلاع پزشک قطع کرد؛ البته پیشرفت بیماری و درد ناشی از آن سبب پذیرش کامل درمان در این بیمار شد. به‌جز مشارکت‌کننده مذکور، سایر مشارکت‌کنندگان درجات مختلفی از پذیرش را در مقاطع مختلف درمان نشان دادند.

1. Armstrong

#### ۱.۱.۴. پذیرندگی حداکثری درمان

در همه بیماران مشارکت‌کننده در این پژوهش، در ابتدای تشخیص بیماری، پذیرش کامل درمان مشاهده می‌شود. از آنجاکه روند درمان این بیماری طولانی است، پس از طی مراحل درمان، به‌خصوص بعد از آغاز هورمون‌درمانی میزان پذیرندگی درمان کاهش می‌یابد. شواهدی موجود است که می‌گوید بیماران که در مراحل اولیه بیماری‌شان تشخیص داده شده است، اکثریت قریب به اتفاق آن‌ها بسیار مصمم هستند که به استفاده از درمان‌های دارویی ادامه دهند (ون گرونین و دلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵، به نقل از ردلی و پین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹، ص. ۳۱۲).

رفتار درمانی بیماران با تشخیص زودهنگام به‌دلیل مراحل درمانی کوتاه‌تر و شناسایی بیماری در مراحل اولیه به پذیرندگی کامل درمان منجر می‌شود (لمیعیان و همکاران، ۱۳۸۷) علاوه بر تشخیص زودهنگام، تشخیص دیرهنگام بیماری نیز به‌دلیل آنکه سبب افزایش احتمال مرگ بیمار می‌شود، به پذیرندگی درمان می‌انجامد. تحقیق لو و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد، متاستاز بیماری به‌دلیل ایجاد نگرانی از خطر پیشرفت سرطان سبب پذیرندگی درمان می‌شود.

بیماران با پذیرندگی کامل درمان، به‌دلیل شناسایی و درمان بیماری در مراحل اولیه، فاقد متاستاز هستند. در بیماران با متاستاز بیماری، پذیرندگی درمان به‌دلیل کاهش درد و جلوگیری از گسترش بیماری صورت می‌گیرد. از سوی دیگر، متاستاز بیماری سبب کاهش اثر بخشی درمان می‌شود و فقدان بهبودی بیمار با وجود مصرف دارو را به دنبال دارد.

«این قدر دارم هزینه می‌کنم و دارو می‌خورم، ولی هیچ اثری روی من نداره. بدترم می‌کنه، ولی بهتر نمی‌شم.» (مصاحبه شماره ۱۲)

تحقیق کالین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده است، کشف زودهنگام، ارجاع و درمان سرطان‌ها، بیماران را از پیش‌آگهی بهتری برخوردار می‌کند. درمورد افرادی که بیماری‌شان

1. Van Groenen & Deli
2. Radley & Payne
3. Klein

به طور زودرس تشخیص داده شده است، درمان ساده تر است و کیفیت زندگی بهتر آن‌ها را به دنبال خواهد داشت.

«دکتر نگاهی به مدارک انداخت. گفت: آفرین خیلی زود متوجه شدی. نیازی به شیمی‌درمانی نداری. فقط چند جلسه رادیوتراپی انجام می‌دهیم. برای اطمینان از اینکه هیچ سلول سرطانی باقی نمونه باشه.» (مصاحبه شماره ۴)

«ایشون (پزشک آنکولوژیست) بعد از مطالعه جواب پاتولوژی و آزمایش‌ها و سونوها گفتن چون خیلی زود متوجه شدم، نیازی به شیمی‌درمانی نیست.» (مصاحبه شماره ۶)

#### ۴. ۱. ۲. پذیرندگی حداقلی و امتناع از درمان

در تحقیقاتی که در زمینه رفتاردرمانی انجام شده است، عمدتاً متمرکز بر پذیرندگی حداقلی یا امتناع از درمان‌اند. این موضوع به این دلیل اهمیت دارد که امتناع از درمان، میزان مرگ و میر در بیماران را افزایش می‌دهد یا حداقل سبب کاهش اثربخشی سایر درمان‌ها می‌شود. امتناع از درمان یکی از حقوق اولیه بیماران است که به موجب آن بیمار می‌تواند بعد از دریافت اطلاعات کامل و کافی از عوارض، خطرهای و مزایای درمان و درمان‌نشدن، براساس حق استقلال فردی از ادامه درمان امتناع کند (فرزندی‌پور و همکاران، ۱۳۹۰، ص. ۶۴۶)

به زعم پارسونز، امتناع از درمان از سمت بیمار به اندازه پذیرش نقش بیمار از اهمیت اجتماعی برخوردار است. امتناع از درمان را نمی‌توان با رد کردن نقش بیمار (چیزی/نقشی که بیمار بعدها وارد آن می‌شود) یکی دانست، اما این امر نشان‌دهنده یک نقص در ارتباط بیمار با پزشک به طور خاص و با دارو به طور کلی است (ردلی و پین، ۲۰۰۹، ص. ۳۱۱).

«بالاخره تمام این مسائل (اشتباه آزمایشگاه، مشکلات رفت و آمد، بچه کوچیک) همه دست به دست هم داد تا خسته بشم و نخوام دیگه ادامه بدم درمانم را و باعث شد که تصمیم جدی بگیرم دارو رو قطع کنم. به شوهرم گفتم دیگه نمی‌خوام قرص بخورم و بهش تأکید کردم که به کسی نگه که من دارو هام رو قطع کردم؛ چون می‌ترسیدم اگه برادرهام و خواهر شوهرم بفهمن من رو مجبور به خوردن دارو کنن.» (مصاحبه شماره ۱۷)



بیمارانی که از درمان خودداری می‌کنند، گفته‌اند که این تصمیم را نه براساس اطلاعات پزشک، بلکه براساس درکشان از تجربه‌های زندگی خود، چارچوب معانی و ارزش‌های خود یا نزدیکان‌شان گرفتند. درحقیقت، امتناع از درمان امری است که باید در زمینه اجتماعی خود درک شود (ردلی و پین، ۲۰۰۹، صص. ۳۱۰-۳۱۸)

#### ۴. ۲. تعیین کننده‌های اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر رفتاردرمانی

نتایج تحقیقات و مطالعات مختلف نشان داده است که رفتار بیماری منحصراً تحت‌تأثیر ذهن نیست؛ بلکه نقش‌ها و روابط اجتماعی نیز بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند (مت بیچ، ۲۰۰۶، ص. ۱۹۴)؛ ازاین‌رو رفتار بیماری پدیده‌ای چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که در تعامل با یکدیگر، بیماری، تشخیص و درمان را در وضعیت اجتماعی-اقتصادی خاص تعیین می‌کنند (مسعودنیا، ۱۳۹۴، ص. ۳۱۲). نتایج مطالعه، ۱۳ کد محوری را در قالب تعیین کننده‌های اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر رفتاردرمانی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد که خلاصه آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. کدهای باز و محوری مستخرج از تحقیق

مفاهیم	مقاله
فقدان حق انتخاب پزشک معالج فقدان حق انتخاب ادامه پیگیری رژیم پزشکی توصیه همسر به قطع درمان به دلیل احساس بهبودی ابراز ناراحتی از هزینه‌های سنگین درمان توسط همسر همراهی نکردن همسر در مراحل درمان پرداخت نکردن هزینه‌های درمان توسط همسر	تبعیض جنسیتی محدود کننده درمان
گرفتاری‌های شغلی و خانوادگی تعهدات شغلی	تعارض تعهدات نقش
اطلاع‌رسانی نکردن پزشک درمورد سایر مؤسسات درمانی با هزینه کمتر معرفی بیمار به مرکز درمانی خصوصی و تحمیل هزینه به بیمار	تجاری‌سازی خاص گرایانه درمانی
توانایی مالی بیمار معیار برخورداری از امکانات درمانی با کیفیت بالا	کالایی شدن درمان

مفاهیم	مقوله
سهولت استفاده از امکانات درمانی به دلیل دسترسی آسان به فرصت‌های درمانی فقیر شدن بیمار به دلیل هزینه‌های زیاد درمان	
کمبود امکانات پزشکی در محل زندگی زندگی در شهر کوچک نیاز به مراجعه به شهر بزرگ‌تر برای دسترسی به خدمات پزشکی بهتر نبود پزشک زن آنکولوژیست در محل زندگی نبود دسترسی به شبکه اجتماعی متخصص	محرومیت از دسترسی به فرصت‌های سلامتی
نبود دسترسی به دارو به دلیل تحریم گران بودن داروها	مشکلات تأمین دارو
هزینه‌بر بودن درمان پوشش بیمه‌ای نداشتن داروها و سایر هزینه‌های درمانی	سمیت مالی
اطلاع‌رسانی نکردن درباره نحوه درمان به بیمار توسط پزشک برخورد غیر حرفه‌ای پزشک (اجازه صحبت ندادن به بیمار، صداقت نداشتن پزشک، صحبت نکردن پزشک و توضیح ندادن درباره روند درمان و...)	پزشکی سالاری غیر متعهدانه
وقوع خطاهای مکرر پزشکی مهارت و تسلط حرفه‌ای ضعیف پزشک در تشخیص و درمان	خطاهای پزشکی تشدیدکننده
خرید دارو بدون نسخه از داروخانه بدون مراجعه به پزشک مراجعه مستمر نکردن یا مراجعه با تأخیر به پزشک وقفه درمانی با نظر شخصی	فردگرایی درمانی
دلسرد کننده بودن درمان بی نتیجه طافت فرسا بودن تحمل طولانی مدت بیماری و درمان اثربخش نبودن درمان خستگی از پیگیری مداوم درمانی	فروسودگی درمانی

در ادامه درباره یافته‌های مطالعه شرح داده می‌شود.

تعارض‌های تعهدات نقش: بسیاری از بیماران دارای تعارض‌های تعهدات نقش در درمان بودند. تحقیق نورساده و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد، از عوامل مؤثر بر ادراک منفی نسبت به درمان سرطان، نقش سنتی زنان در خانواده است که می‌تواند درمان را مختل کند.

«خانم دکتر ... مجدداً برای مرداد وقت دادن، ولی مادرم کرونا گرفت؛ چون درگیر مراقبت از ایشون بودم نتونستم برم.» (مصاحبه شماره ۵)

«پزشک آنکولوژیستم فقط همون سه روز اول شیمی‌درمانی رو مرخصی می‌داد. من هر ۲۱ روز ۳ روز نمی‌رفتم کلاس. بچه‌ها درسشون عقب می‌افتاد. می‌رفتن پیش مدیر مدرسه شکایت می‌کردن. مدیر هم می‌گفت مرخصی کامل بگیر.» (مصاحبه شماره ۱)

«من همیشه گرفتار کار و زندگی‌ام بودم. برام رسیدگی به زندگی‌ام اولویت بیشتری داشت. دوست داشتم همه چیز کامل باشه.» (مصاحبه شماره ۱۸)

**تبعیض جنسیتی محدودکننده درمان:** تبعیض جنسیتی محدودکننده درمان به وضعیتی اشاره دارد که در آن زنان زیر سلطه مردان در خانواده هستند و به دلیل وجود هنجارهای فرهنگی سلطه‌گری و سلطه‌پذیری، زیر نفوذ قدرت مردان‌اند و مردان تصمیم‌گیری‌های خانواده را در اختیار دارند و زنان مورد حمایت همسرشان قرار نمی‌گیرند. تبعیض جنسی محدودکننده با دو کد محوری اقتدارگرایی شوهر و نبود قدرت تصمیم‌گیری در امور مرتبط با سلامت مشخص شده است.

«جلسه دوم یا سوم درمانم همسرم دفترچه بیمه‌ام رو گرفت که بره داروهایم رو بگیره، اما تلفن کرد و گفت قیمت داروها بالاست و فقط ۱۰ تاشو می‌گیره. حتی حاضر نبود هزینه دارو رو بپردازه ... تمام هزینه‌های درمان رو خودم پرداخت کردم. من هیچ‌وقت از اینکه همسرم چقدر حقوق داره خبردار نشدم. از همون ابتدای زندگی همیشه به من می‌گفته ندارم، قسط دارم و من هیچ‌وقت نفهمیدم این قسط‌ها بابت چی بوده. هیچ‌وقت فیش حقوقی‌شو به من نشون نداده و من اصلاً از وضعیت مالی ایشون خبر ندارم، ولی میشه حدس زد که با توجه به اینکه مدرک تحصیلی‌شون دکتراست و چند جا مشغول کار هستن، باید حقوقشون بالا باشه.» (مصاحبه شماره ۵)

خانواده با نظام پدرسالاری علاوه بر استرس ابتلا به بیماری، بی‌قدرتی در خانواده، نبود قدرت تصمیم‌گیری در امور مرتبط با سلامت، نداشتن حق انتخاب پزشک معالج، ابراز ناراحتی از هزینه‌های سنگین درمان توسط همسر و بار مالی آن می‌تواند به آشفتگی بیشتر بیماران منجر شود.

«همسرم گیر داده بود که حق ناداری بری پیش پزشک مرد. من فردا به پزشک زن حاذق برات پیدا می‌کنم. بهش گفتم فردا صبح به‌جای پیدا کردن دکتر زن برای من، میری دادگاه و می‌گی زنم گفته من فقط پیش پزشک مرد می‌رم می‌خوام طلاقش بدم.» (مصاحبه شماره ۲)

«شوهرم گاهی وقت‌ها به‌دلیل هزینه بالای داروها غر می‌زنه، ولی من به غره‌اش توجهی نمی‌کنم. آخرش مجبور می‌شه پول‌ها رو بده. من این قدر تو این زندگی سهم دارم که بخشی از درآمدش رو صرف سلامتی من کنه.» (مصاحبه شماره ۱۲)

دانیل<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند، زمینه فرهنگی مردسالارانه‌ای که زنان بیمار مبتلا به سرطان پستان در آن زندگی می‌کنند، می‌تواند به تقویت تأثیرهای روان‌شناختی سرطان بر زنان منجر شود.

تعاملات اجتماعی حمایت‌شونده: تحقیقات درباره سرمایه، شبکه و حمایت اجتماعی اثر مثبت شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی بر روند تشخیص و درمان را تأیید کرده‌اند؛ همچنانکه حسینی (۱۳۹۳) در تحقیقی نشان داده است که دریافت حمایت و تعاملات بیمار با دیگران می‌تواند باعث افزایش رفتارهای پذیرندگی درمان شود. نتایج پژوهش تامپسون و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده است که سطح بالاتری از حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند به نتایج بهتری در سازگاری بیشتر با بیماری و کیفیت زندگی بالاتر منجر شود. در طول دوره درمان، بیماران مبتلا به سرطان استرس زیادی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین نیاز به حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان بیشتر احساس می‌شود. تحقیق دراگست<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده است که نبود حمایت اجتماعی یا حمایت اجتماعی آزاردهنده

1. Daniel  
2. deragest

می‌تواند به افزایش استرس و آشفتگی روانی زنان منجر شود. در تحقیق بشیری‌نژادیان و همکاران (۱۳۹۹) مشخص شده است که کاهش حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف، انگیزه و توانایی بیماران (مبتلا به سرطان) برای ادامه درمان و امید آن‌ها به نتایج درمانی کاهش می‌یابد که با نتیجه پژوهش حاضر همسوست؛ بنابراین نبود دریافت حمایت اجتماعی از سوی نزدیکان فرسودگی درمانی سریع‌تری ایجاد کند.

«در تمام مدت بیماری‌ام در تمام مراحل درمانم خودم به تنهایی پیگیر کارهای درمانی‌ام بودم. شوهرم هیچ وقت تو مراحل درمانی من حضور نداشته مگه موقع عمل که باید برگه رضایت نامه رو امضا کنه.» (مصاحبه شماره ۱۲)

از سوی دیگر تحقیقات درباره شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی اثر مثبت دسترسی به شبکه اجتماعی متخصص بر روند درمان را تأیید کرده‌اند.

«به شوهرم می‌گفتم آزمایش‌ها و سونو رو برام بنویسه و خودش نگاه می‌کرد و می‌گفت مشکلی نداره.» (مصاحبه شماره ۱)

دسترسی به شبکه اجتماعی متخصص سبب دسترسی بیمار به فرصت‌های درمانی می‌شود که سبب تسریع درمان و تحمل نکردن دشواری‌های مراحل درمان شده و به پذیرندگی درمان منجر می‌شود.

«تمام مراحل درمان به سرعت پیش می‌رفت. برادرم که پزشک بود پیگیر کارهام بود. از طریق اون برای هیچ کاری تو نوبت نمی‌موندم. سونوگرافی و ماموگرافی در همون روز انجام شد.» (مصاحبه شماره ۱۹)

سمیت مالی<sup>۱</sup>: بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته ناچارند سالیان متمادی دارو مصرف کنند. یکی از مشکلات این بیماران گرانی دارو است. ژنگ و چاگیر<sup>۲</sup> (۲۰۲۲)، بستوینا و همکاران (۲۰۱۹)، فوود<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده‌اند که افزایش هزینه‌های درمان با پای‌بندنبودن

---

1. Financial toxicity  
2. Zheng & Chagpar  
3. Fouad

به درمان همراه بوده است. از آنجاکه هزینه‌های درمان بیماری سرطان پیشرفته زیاد و غیرمنتظره است، تصمیم‌گیری در مورد نحوه تخصیص منابع مالی برای پرداخت هزینه‌ها دارای اهمیت است.

«هزینه‌های درمان سنگین هست. چون این یک بیماری غیر منتظره هست، تو حال و هوای دیگری هستی که بیماری می‌آید سری اول خیلی هزینه کردم.» (مصاحبه شماره ۱۳)

نتیجه تحقیق چینو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده است که نبود آمدگی برای هزینه‌های مربوط به درمان ممکن است بر تصمیم‌گیری آگاهانه هزینه‌کرد در آینده تأثیر بگذارد.

«خواهرهام می‌گن آپارتمان مامان رو می‌فروشیم و هزینه درمانت رو می‌پردازیم، ولی من نمی‌تونم قبول کنم. می‌ترسم یه روزی خواهرهام هم دچار سرطان بشن و اون موقع بیشتر به این پول نیاز داشته باشیم.» (مصاحبه شماره ۲۱)

بخش مهمی از هزینه‌های مراقبت سلامتی در ایران توسط خانوار به صورت پرداخت از جیب<sup>۲</sup> در هنگام مصرف انجام می‌گیرد (راغفر و همکاران، ۱۳۹۲، ص. ۹). بیماران مجبورند داروهای مصرفی خود را با قیمت گران خریداری کنند. بیماران برای مقابله با افزایش هزینه‌های درمان سرطان پستان اقدام به دریافت کمک از سوی خویشاوندان، دریافت وام، استفاده از پس‌انداز و کار بیشتر را بیان کرده‌اند.

«هزینه‌های درمانم بالاست. مجبورم کار کنم که بتونم هزینه‌های درمان رو جور کنم.» (مصاحبه شماره ۱۷)

«برای هزینه‌های درمانم مجبور شدیم ۱۰ میلیون وام بگیریم که داریم اقساط شو می‌پردازیم. با مدارک بیماری‌ام تونستیم یه وام ضروری بگیریم.» (مصاحبه شماره ۱۰)

فعالاً هر سال یک‌بار چکاپ کامل می‌شم. هزینه‌های درمانم رو شوهرم و گاهی وقت‌ها خانواده خودم و شوهرم کمکمون می‌کنن.» (مصاحبه شماره ۳)

1. Chino
2. Out of pocket

کم‌اثر بودن حمایت‌های بیمه‌ای رسمی: بار مالی سرطان حتی برای آن دسته از بیمارانی که از بیمه برخوردار هستند نیز مشکل‌آفرین است. ضعف بیمه درمانی و حمایت نکردن بیمه از درمان از مواردی بود که مشارکت‌کنندگانی که بیمه ضعیف داشتند، به آن اشاره کردند که سبب پرداخت هزینه از جیب بیمار شده است.

«من باید هزینه را به صورت آزاد پرداخت می‌کردم و بعد از ۵ یا ۶ ماه واحد درمان مون می‌تونست این هزینه رو به من برگردونه با کسر ۲۰ درصد فرانشیزش.» (مصاحبه شماره ۵)  
«بیمه خدمات درمانی و بیمه تکمیلی دارم، ولی سقفش کم است. مجبور شدم خودم را یک بیمه تکمیلی دیگه هم بکنم. خدمات درمانی داروها را قبول نمی‌کنه.» (مصاحبه شماره ۱۲)  
برای تأمین هزینه‌ها از بیمه آموزش و پرورش استفاده نکردم؛ چون پوشش ضعیفی داشت و خیلی از هزینه‌ها رو نمی‌داد.» (مصاحبه شماره ۱۸)

تحقیقات چینو و همکاران (۲۰۱۷) و سو و همکاران (۲۰۰۹) نشان داده‌اند، بیمارانی با بیمه ضعیف، هزینه‌های بیشتری از جیب خود پرداخت کردند که می‌تواند به درمان ناقص منجر شود. براساس نتایج تحقیق نعمانی و یحیوی دیزج (۱۳۹۸)، بیمه‌های درمانی پایه نتوانسته‌اند از ابتلای خانوارهای ایرانی به هزینه‌های کمرشکن سلامت جلوگیری کنند. با وجود آنکه عوامل اجتماعی و اقتصادی دیگری نیز در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن ممکن است دخیل باشند، آنچه واضح به نظر می‌رسد، این است که خانوارهای ایرانی دارای بیمه درمانی از خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در امان نبودند.

«خدمات درمانی داروها را قبول نمی‌کنه.» (مصاحبه شماره ۱۲)  
«بیمه داروها رو قبول نمی‌کنه؛ حتی داروهای ایرانی رو هم فقط ۳۰ تا میدان برای یک ماه دکتر ۳ ماهه می‌نویسه، ولی اونا فقط یک ماه رو می‌دن.» (مصاحبه شماره ۱۳)

محرومیت از دسترسی به فرصت‌های پزشکی: توزیع متوازن نشدن امکانات پزشکی در نقاط مختلف کشور باعث شده است تا در برخی از نواحی امکان درمان برای بیماران سرطانی وجود نداشته باشد. محرومیت از دسترسی به فرصت‌های پزشکی سبب خستگی بیماران از پیگیری و فرسودگی درمان می‌شود.

«خواف امکانات درمانی نداره. برای درمان باید بیایم مشهد. من تمام کارهای درمانی رو در مشهد انجام دادم. هزینه ایاب و ذهاب هم بر هزینه‌های درمان اضافه شده بود. تو این رفت و آمدها خیلی سختی کشیدیم تو سرما و یخبندان و کرونا می‌اومدیم مشهد. گاهی وقت‌ها پلیس راه ما رو نگه می‌داشت؛ چون راه‌ها بسته بود. الآن هم برای چکاپ اومدم مشهد.» (مصاحبه شماره ۱۱).

تجاری‌سازی خاص گرایانه درمانی و کالایی شدن درمان: دسترسی به امکانات و فرایندهای درمانی مناسب متأثر از جایگاه طبقاتی افراد است که «کالایی شدن درمان» نامیده می‌شود. در چنین شرایطی توانایی مالی بیمار معیار برخورداری از امکانات درمانی با کیفیت بالاست.

«خانم دکتر ... مدارج تحصیلی شون رو از فرانسه دریافت کرده بودند و از جدیدترین متدها استفاده می‌کردن. .... من شیمی درمانی رو در تهران انجام دادم. به اتفاق مادر و خواهرم که ۹ سال از من کوچک‌تر است، برای انجام شیمی درمانی می‌رفتم تهران و برای اقامت از خوابگاه وزارت نیرو که در نزدیکی محل درمانم بود استفاده می‌کردم.» (مصاحبه شماره ۵)

«این بار هم برای عمل رفتم تهران پیش خانم دکتر ... که در جراحی حرف اول رو می‌زنه.» (مصاحبه شماره ۱۳)

تحقیق دریر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که وضعیت اجتماعی-اقتصادی سبب تفاوت‌های چشمگیری در دریافت درمان‌های مربوط به سرطان پستان می‌شود. کالایی شدن درمان سبب سهولت استفاده از امکانات درمانی جهت طبقات بالا و متوسط می‌شود.

«چون وضع مالی همسرم خوب هست، من احساس مشکل مالی برای تأمین هزینه‌های درمانی و تغذیه نمی‌کردم.» (مصاحبه شماره ۱۱)

مشهد در بیمارستان رضوی عمل شدم. چون بیمارستان خصوصی بود، رسیدگی بیشتری داشتن.» (مصاحبه شماره ۱۳)

کالایی شدن درمان در بین طبقات پایین جامعه، بخش زیادی از بار مالی تأمین هزینه‌های پزشکی و درمانی را بر دوش بیمار و افراد خانواده‌اش می‌اندازد.



«چون شوهرم درآمد خوبی ندارد، رفتم بیمارستان دولتی. شوهرم همه‌اش نگران هزینه‌های درمان و عمل بود.» (مصاحبه شماره ۳)

این خانواده‌ها برای تأمین هزینه‌های درمان به روش‌هایی چون صرف نظر از مخارج عمده زندگی یا گرفتن کمک و وام روی می‌آورند.

«یه مقدار شوهرم از اداره وام گرفت. یه مقدار هم یه صندوق خانوادگی داشتیم و از اونجا بهم وام دادن.» (مصاحبه شماره ۴)

درمان طولانی مدت سرطان پیشرفته، بیمار را مجبور به پرداخت هزینه‌های هنگفتی می‌کند که در نهایت وی را به طبقه پایین‌تر از جایگاه طبقاتی می‌کشانند که در آن قرار دارد. لزوم پرداخت از جیب برای خدمات سلامتی مورد نیاز در کنار ماهیت گریزناپذیر هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی به نوبه خود به افزایش خطر فاجعه مالی و فقر منجر می‌شود (راغفر و همکاران، ۱۳۹۲، ص. ۹).

«پزشک جراح عمومی این دکتر رو بهم معرفی کرده بود. هزینه‌هاش بالا بود. به سختی هزینه‌ها رو جور می‌کردیم.» (مصاحبه شماره ۱۰)

«دکتر ... من رو در مطب خصوصی خودشون شیمی درمانی می‌کردن و من هر بار باید هزینه دارو که بالای ۸۰۰ بود رو می‌پرداختم. به علاوه ۳۵ تومن بابت ویزیت و ۱۵ تومن هم بابت شیمی‌درمانی.» (مصاحبه شماره ۱۸)

«صرفه‌جویی می‌کنم تا بتونم هزینه‌های بیماریم رو جبران کنم ... هزینه‌های درمانم بالاست. مجبورم کار کنم که بتونم هزینه‌های درمان رو جور کنم. مدتی هست که زیر بغلم و پهلو و دستهام درد می‌کنه. مثل قبلاً نمی‌تونم کار کنم. شاید هفته‌ای یک تا دو تا لباس رو بتونم بدوزم. برادرهام و خانواده شوهرم چون می‌بینن که من باید تغذیه‌ام با بقیه فرق داشته باشه و سبزی و میوه بخورم ولی بخاطر گرونی میوه‌ها و گوشت نمی‌تونم چیزایی که لازمم هست رو بخورم، خودشون برامون بیارن. در آمدمون دیگه به خرید گوشت و میوه نمی‌رسه.» (مصاحبه شماره ۱۷)

مشکلات تأمین دارو: نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که به دلیل تحریم‌ها دسترسی به دارو برای بیماران دشوار شده است. بیماران سرطانی برای تهیه داروهای مورد نیاز باید

زمان زیادی را صرف می‌کردند. ضمن آنکه دسترسی اقتصادی برای تهیه داروها نیز به دلیل تحریم‌ها و افزایش قیمت دارو دشواری‌هایی را برای این بیماران فراهم کرد که می‌توانست سبب فرسودگی درمانی در بیماران شود.

«داروها به خاطر تحریم‌ها گیر نمی‌یاد. وقتی هم تهیه می‌کنیم، هزینه خیلی بالایی دارند.» (مصاحبه شماره ۱۳)

«بچه‌ها به سختی داروها رو تهیه می‌کنن. داروها خارجی هست و خیلی سخت گیر می‌یاد.» (مصاحبه شماره ۱۹)

«اون زمان ما این داروها رو خارجی شو می‌خریدیم، ولی الآن خارجی نیست و ایرانی رو می‌خریم. دکتر می‌گه ایرانی این قرص هم خوب هست و همه مریض‌ها الآن ایرانی رو ناچاراً استفاده می‌کنن به خاطر شرایط تحریم. شوهرم اول سعی کرد خارجی رو بخره، ولی موفق نمی‌شد.» (مصاحبه شماره ۲۱)

پژوهش‌های شهابی (۲۰۱۵) و پارسا و علیزاده نجد (۱۳۹۳) نیز نشان داده که تحریم‌ها سبب کاهش مراقبت و درمان مبتلا به سرطان شده است. تحریم‌ها بر نظام درمان کشور که شامل تأمین دارو و تجهیزات پزشکی است، اثر منفی گذاشته است. در بسیاری از موارد مانعی برای ورود داروهای خاص شده و همچنین موجب کندی ورود دارو و تجهیزات ورود داروهای تقلبی و بی‌کیفیت و افزایش قیمت بقیه داروها شده است (به نقل از عبداللهی و ابوالحسن شیرازی، ۱۴۰۰، ص. ۲۴۳).

پزشکی‌سالاری غیرمتعهدانه، پزشکی‌سالاری غیرمتعهدانه از شرایطی است که به پذیرندگی حداقلی درمان منجر می‌شود. پزشکی‌سالاری غیرمتعهدانه مفهومی است که در آن برخورد غیرحرفه‌ای پزشک به صورت اجازه صحبت ندادن به بیمار، بی‌صداقتی پزشک و توضیح ندادن درباره روند درمان و... مشخص شده است.

«وقتی دکتر نتایج آزمایش‌ها رو دید و گفت باید شیمی‌درمانی بشی، احساس کردم شوهرم و دکتر جراح سرم رو کلاه گذاشتن و من رو گول زدن ... دلم می‌خواست بهش بگم خفه شو حرف

نزن ... حوصله حرف‌هاش رو نداشتم ... تصمیم گرفتم بعد از اتمام شیمی‌درمانی پزشکم رو عوض کنم» (مصاحبه شماره ۱)

«دکتر تو مطب شخصی‌اش فردی بسیار مهربان و مؤدب و با حوصله هست، اما تو بیمارستان این طوری نبود. با وجود اینکه اول صبح بود، با عصبانیت و بی‌حوصله صحبت می‌کرد.» (مصاحبه شماره ۲)

«دکتر عصبانی شد و گفت: خانم پس این همه صحبت که الآن کردیم چی بود؟ گفتم من هیچ چی از حرف‌هاشون رو نمی‌فهمم. من اصلاً نمی‌دونم شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی یعنی چی. گفت: تحصیلات چقدره و بعد شغلم رو پرسید و گفت چطور تو به خانم تحصیل کرده نمی‌تونستی تصمیم بگیری. پس ما چه توقعی از بیماری کم‌سوادمون داشته باشیم؟!» (مصاحبه شماره ۲).

خطاهای پزشکی تشدیدکننده: یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت درمانی بیمار و کاهش سطح ایمنی بیمار، خطاهای پزشکی است. خطاهای پزشکی می‌توانند آسیب چشمگیری به بیماران وارد کند. در مصاحبه‌ها خطاهای پزشکی در غالب مصاحبه‌ها گزارش شد. در مصاحبه‌هایی که خطای پزشکی روی داده بود، شاهد آن بودیم که بیماران غالباً خطای پزشکی را به مراجع قانونی اطلاع ندادند و صرفاً با تغییر پزشک معالج خود سعی در تغییر وضعیت داشتند.

«گفتم خانم دکتر این توده که هنوز هست. گفت محاله من هر چی توده بوده درآوردم. معاینه که کردن متوجه شدن هنوز هم توده هست. می‌خواستن در مطبشون بی‌حسی موضعی بزنین و توده رو بردارن و نقص عمل رو این طوری برطرف کنن که بعد از بی‌حسی موضعی ورم کرد. ایشون نتونست اصلاً محل توده رو پیدا کنه. برای همین گفت برو و چند روز دیگه بیا که من همون جا توده رو خارج کنم. من ترسیدم و با اینکه منشی‌شون چند بار تماس گرفتن که بیا و ادامه کار عمل تو به اتمام برسون من دیگه نرفتم.» (مصاحبه شماره ۵)

«اونقدر از پزشک‌ها اشتباه دیدم که دیگه بهشون اعتماد ندارم. این چند بار که عمل شدم می‌تونست اتفاق نیفته؛ اگه جراح اولی که عملم کرد کارشو رو خوب انجام داده بود. اگر دکتر

بعدی/ام به سونویی که خانم دکتر توش نوشته بود توده مشکوک هست توجه می‌کرد و اون رو جدی می‌گرفت، من نیازی به عمل مجدد نداشتم». (مصاحبه شماره ۱۸)

مهارت و تسلط ضعیف پزشک معالج در درمان به خطاهای پزشکی تشدیدشونده منجر شده و سبب بی‌اعتمادی بیمار به پزشک و دلسردی از درمان می‌شود. خطای پزشکی مکرر هزینه‌های اقتصادی زیادی را به خانواده‌ها تحمیل می‌کند و یک مورد (مصاحبه شماره ۱۷) خطای پزشکی موجب امتناع بیمار از درمان شده و به متاستاز بیماری منجر شده است. وجود خطاهای پزشکی بیانگر نیاز به تغییر فرهنگ مراقبت بهداشتی و روابط پزشک-بیمار است.

فرسودگی درمانی: فرسودگی درمانی وضعیتی است که بیمار از درمان بی‌نتیجه دلسرد می‌شود. از سوی دیگر، مراحل طولانی درمان و گاه اثربخش نبودن درمان سبب خستگی بیمار از پیگیری مداوم درمان می‌شود.

«تازگی‌ها پیش خودم می‌گم دیگه درمانم رو ادامه ندم؛ از بس اذیت شدم. این سری خیلی مریضی کشیدم. دلم می‌خواد همه چی رو بزارم کنار. نه دارو بخورم و نه چکاپ برم. دیگه تحمل این همه درد رو ندارم.» (مصاحبه شماره ۱۶)

«از دکتر رفتن خسته شدم. قبلاً هر سه ماه و بعد هر شش ماه یک‌بار باید چکاپ می‌شدم، اما حالا هر سال یک‌بار شده.» (مصاحبه شماره ۲)

«از نظر روحی خسته شدم از پیگیری درمانی. از نظر مالی مشکلی ندارم، ولی مراجعه‌های مکرر برای چکاپ برام خسته‌کننده و ملال‌آور شده است.» (مصاحبه شماره ۵)

نتیجه تحقیق بشیری‌نژادیان و همکاران (۱۴۰۰) نشان داده است که درمان بیماران مبتلا به سرطان معمولاً دارای فرایندی پیچیده و طولانی مدت است. زیادشدن مدت زمان بیماری و ناتوانی در انجام بعضی کارها به ناامیدی از بهبودی در بیماران منجر می‌شود و درنهایت پیروی از درمان را در بیماران تحت تأثیر قرار می‌دهد.

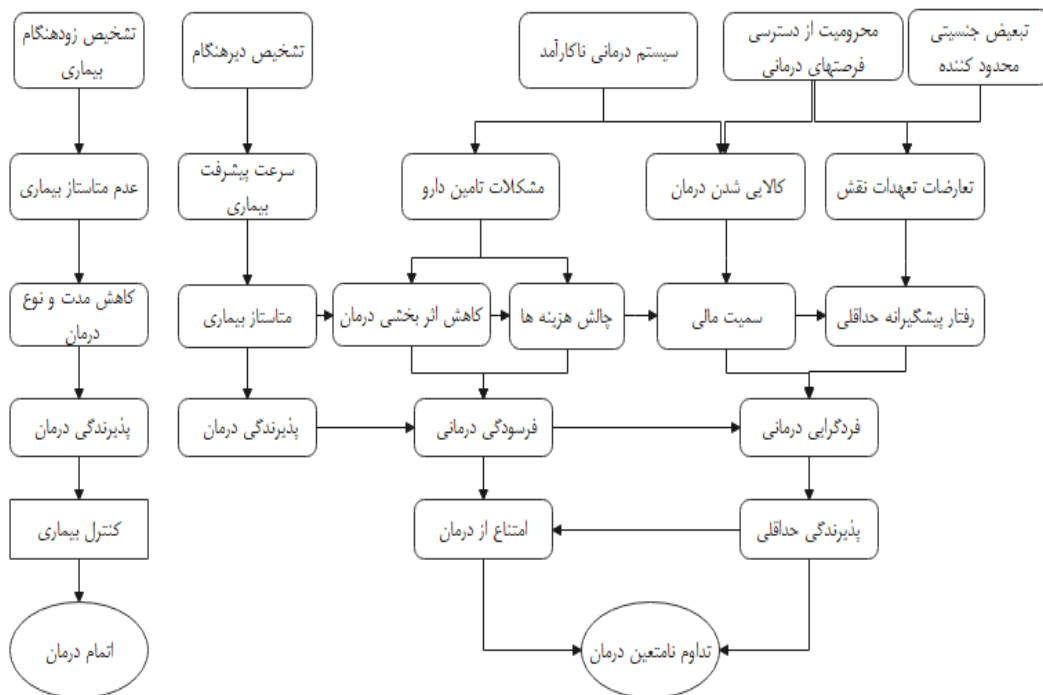
فردگرایی درمانی: نتایج تحقیق حکایت از آن دارد که استفاده طولانی‌مدت از داروی مشخص بنا به توصیه پزشک، در دسترس بودن دارو، فروش بدون نسخه دارو و کاهش هزینه‌های اضافی (از قبیل مراجعه به پزشک و پرداخت هزینه ویزیت، معطلی و...) سبب می‌شود که بیماران مبتلا به سرطان به خرید داروهای تجویز شده توسط پزشک، بدون نسخه اقدام کنند. همچنین مراجعه مستمر نکردن یا مراجعه با تأخیر به پزشک و وقفه درمانی با نظر شخصی، از دیگر وجوه فردگرایی درمانی در این بیماران است.

«چون باید سالی یه بار چکاپ بشم و دارو رو باید پنج سال بخورم، خودم میرم داروخونه و بدون نسخه دارو رو می‌خرم.» (مصاحبه شماره ۲)

آزمایش‌هام رو که می‌گیرم، با آزمایش‌های قبلی‌ام مقایسه می‌کنم و دیگه نمی‌رم به دکتر نشون بدم.» (مصاحبه شماره ۲)

به دکتر گفتم من خودم تاموکسیفن رو قطع کردم. دکتر گفت: حالا که قطع کردی دیگه نمی‌شه کاری کرد.» (مصاحبه شماره ۱)

نتایج تحقیق پیکار و محمدی (۱۳۹۵) نشان داده است که ارزان بودن دارو فروش بدون نسخه دارو و وضع اقتصادی مردم در رواج خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو مؤثر است. بنابراین آنچنان‌که مشاهده می‌شود، مجموعه‌ای از تعیین‌کننده‌های اقتصادی-اجتماعی می‌توانند در فرایند درمان بیماری نقش مهمی داشته باشند. مدل فرایندی زیر روابط بین مقولات مستخرج از مطالعه را نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل فرایندی تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر رفتاردرمانی بیماران مبتلا به سرطان پستان

##### ۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

پای‌بندی به درمان عبارت است از پذیرش دستورالعمل پزشکی تا زمان اتمام درمان. درمقابل این مفهوم، امتناع از درمان وجود دارد و به نقض توصیه‌های پزشکی اشاره دارد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد، در بیماران با تشخیص زودهنگام بیماری به دلیل کنترل بیماری و نیاز نبودن به درمان طولانی‌مدت، پذیرندگی کامل درمان وجود داشته است. آنچه برای علم پزشکی اهمیت دارد، خودداری بیماران از درمان است. برای فهم مفهوم اجتماعی رفتاردرمانی بیماران، در این مطالعه لازم است رابطه بین آنچه را بیماران برای محافظت از خود در برابر این بیماری انجام داده‌اند و فرصت‌های سلامتی که در اختیار دارند، درک کنیم. رفتاردرمانی پذیرش کامل در بیماران با تشخیص دیرهنگام نیازمند

برخورداری از اعتماد به تشخیص پزشک است. اعتماد نداشتن به پزشک و سیستم درمانی سبب امتناع از درمان به دلیل باور نداشتن به بیمار بودن می‌شود (بیکل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ دین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). در تشخیص دیر هنگام، بیماری به سایر نقاط بدن سرایت می‌کند و احتمال کاهش بقای بیمار زیاد است. ظاهراً پذیرش درمان از سوی بیمار برای محافظت از خود در برابر گسترش بیماری است، اما این تصمیم در تمام مصاحبه‌هایی که بیمار دارای فرزند بود، متأثر از نقش مادری و محافظت از فرزندان در برابر پیامدهای فقدان مادر بود، اما گذشت زمان سبب کاهش سطح پذیرندگی درمان می‌شود. تحقیق لو و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد، در سال‌های پنجم و دهم پس از تشخیص قطعی سرطان، میزان تبعیت از درمان کاهش می‌یابد. بیماران با تشخیص دیر هنگام به دلیل آنکه بیماری در مراحل پیشرفته‌تری قرار دارد، نیازمند درمان طولانی‌مدت هستند و تغییر دستورالعمل‌های درمانی را به دنبال دارد. این به معنی وابستگی بیشتر بیمار به سیستم درمانی و نظام سلامت است؛ سیستم درمانی که اقتصاد بازاری در آن نفوذ کرده است و سلامتی مثل یک کالا در آن مبادله می‌شود. در چنین سیستمی دستیابی به امکانات درمانی با کیفیت، به توان اقتصادی بیمار وابسته است. بیماران با سطح اقتصادی بالا، برخوردار از بیمه و بیمه تکمیلی مناسب، این توانایی را دارند که به درمانی با کیفیت‌تر با پرداخت هزینه کمتر از جیب دست یابند. آن‌ها می‌توانند پزشکان متبحر و داروهای نایاب و گران‌قیمت را به دلیل برخورداری از امکانات مالی تهیه کنند؛ فرصت‌های درمانی که بیماران با سطح اقتصادی پایین‌تر از آن برخوردار نیستند. این امر سبب دسترسی بیماران ثروتمند به شبکه اجتماعی متخصص می‌شود. همچنین استفاده طولانی‌مدت از داروها سبب می‌شود که بیمار به‌جای دریافت نوبت و مراجعه به پزشک معالج، به فردگرایی درمانی روی آورد.

---

1. Bickel  
2. Dean

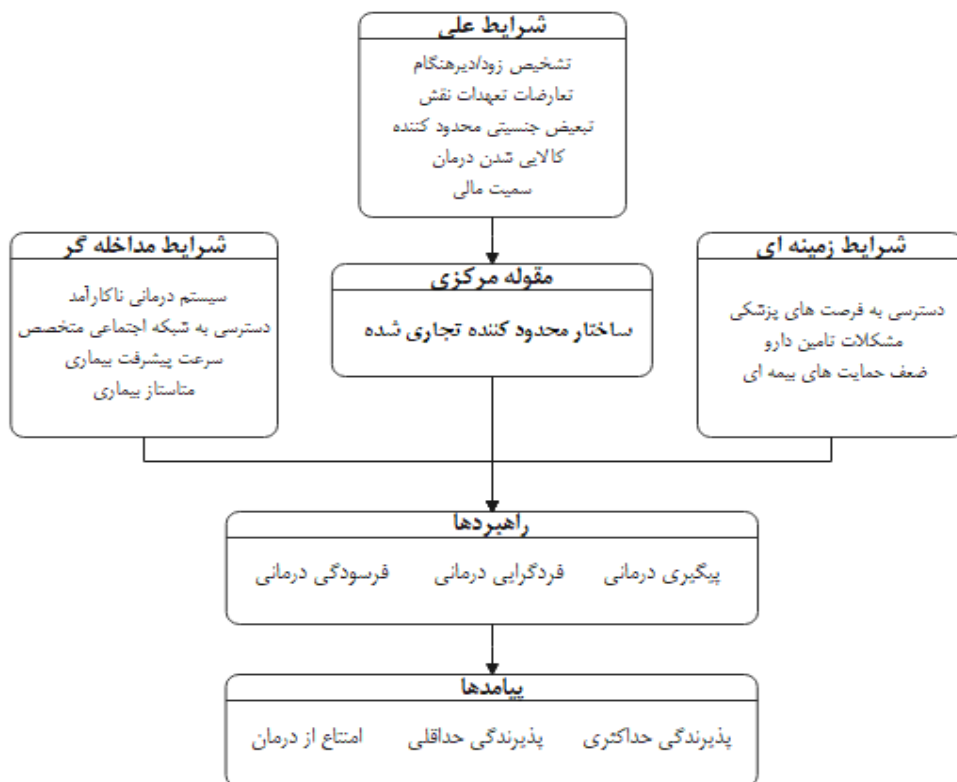
از سویی، پیشرفت بیماری سبب کاهش اثر بخشی درمان می‌شود و بیمار به داروهای جدید نیاز دارد، اما در شرایط تحریم داروهای مورد نیاز کمیاب هستند و تهیه آنان بیمار را با مشکلات مختلفی روبه‌رو می‌کند؛ ضمن آنکه داروهای جدید گران‌قیمت هستند. این مسئله حتی بیماران با وضعیت اقتصادی سطح بالا را با مشکل مالی روبه‌رو می‌کند. پدیده فقیرشدگی ناشی از درمان، در بیماران طبقات پایین با شروع روند درمان آغاز می‌شود و در بیماران طبقات بالا با تأخیر خود را نشان می‌دهد. بیماران ناچارند با برداشت از پس‌اندازهایشان، کاستن از سایر هزینه‌های زندگی، افزایش ساعات کاری و... هزینه درمان خود را تأمین کنند؛ به خصوص در بیماران فاقد بیمه درمانی یا دارای بیمه درمانی ضعیف، اما حتی بیماران برخوردار از بیمه نیز با مشکل پذیرفتن برخی از داروهای سرطان توسط بیمه یا پرداخت بخشی از هزینه‌ها روبه‌رو هستند که در نهایت فرسودگی از درمان را برای این بیماران رقم می‌زند و به کاهش سطح پذیرندگی درمان منجر می‌شود؛ بنابراین بیمار با شرایط ساختاری روبه‌رو می‌شود که اثر بازدارندگی بر پذیرش درمان دارد.

موانع ساختاری دیگری که سبب می‌شود بیماران به پذیرندگی حداقلی درمان دست یابند، تبعیض جنسیتی است. در خانواده‌ای که مردان از اقتدار بیشتری برخوردارند، تصمیم‌گیری‌های عمده خانواده در اختیار مردان است؛ از جمله تصمیم‌های مربوط به تخصیص منابع اقتصادی خانواده به درمان بیمار. در این خانواده‌ها مردان به تخصیص منابع مالی به همسرشان تمایل ندارند، زنان قدرت کمتری در خانواده دارند و هنگام بیماری نیز حمایت همسرشان را ندارند. این امر انگیزه آنان را برای ادامه درمان کم می‌کند (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ دراگست و همکاران، ۲۰۱۱).

زنان در خانواده دارای نقش‌های مختلفی هستند؛ آنان مسئول نگهداری از فرزندان و سایر اعضای خانواده هستند و گاه دارای نقش‌های شغلی نیز هستند. وظایف مربوط به این نقش‌ها سبب ایجاد تعارضات تعهدات نقش در فرد می‌شود که می‌تواند سبب شود زنان رفتار پیشگیرانه حداقلی درمانی را اتخاذ کنند.



مدل پارادایمی مستخرج از مطالعه در شکل ۲ آمده است. آنچه‌آنکه مدل پارادایمی نشان می‌دهد شرایط علی در تعامل بین شروط زمینه‌ای و مداخله‌گر ممکن است سه راهبرد اصلی درمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان ایجاد کنند: پیگیری درمان، فردگرایی درمانی یا فرسودگی درمانی. این تعاملات در نهایت سه پیامد رفتاری برای مبتلایان ایجاد می‌کند: پذیرندگی حداکثری، پذیرندگی حداقلی یا امتناع از درمان؛ بنابراین مجموعه‌ای از شرایط اجتماعی و اقتصادی در تعامل با شرایط به سیستم درمانی تعیین‌کننده رفتارهای درمانی زنان مبتلا به سرطان پستان مربوط است.



شکل ۲. مدل پارادایمی رفتار درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

پیشنهاد‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- با توجه به آنکه در بیماران دارای متاستاز، علاوه بر رنج بیماری، تهیه دارو به دلیل تحریم و گران بودن قیمتش رنج مضاعفی را ایجاد می‌کند، لازم است پزشکان درباره هزینه‌های درمانی سرطان پستان آگاهی‌های لازم را در اختیار بیماران از آغاز درمان قرار دهند تا بیماران قادر به مدیریت مالی شوند؛
- برای جلوگیری از تجاری‌سازی درمان لازم است در مطب متخصصان زنان و زایمان و جراحان عمومی، آدرس و شماره تلفن مراکز خیریه مانند آنکولوژی رضا نصب شود تا بیماران از خدمات درمانی با کیفیت و هزینه اندک اطلاع یابند؛
- بیماران در آغاز روند درمان، به اتخاذ تصمیم‌های سخت درمانی ناچار هستند؛ بنابراین لازم است خانواده بیمار و مراقبان آنان آموزش‌های کافی برای حمایت از این بیماران را دریافت کنند؛
- خانه بهداشت و غربالگری ادارات نقش تعیین‌کننده‌ای در تشخیص زودهنگام این بیماری می‌توانند داشته باشد؛ از این رو نیاز است در این حوزه‌ها مداخلات آموزشی صورت گیرد؛
- نقش خانم‌های طلبه در آموزش ارزشمندی توجه به سلامتی از دیدگاه مبانی اعتقادی، حائز اهمیت است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که حوزه‌های علمیه خواهران در این زمینه آموزش ببینند.

#### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از رساله دکتری نویسنده اول در رشته جامعه‌شناسی توسعه و اقتصادی است. از مسئولان کلینیک آنکولوژی رضا و بیمارانی که با همکاری صمیمانه آن‌ها انجام این پژوهش میسر شد، تشکر و قدردانی می‌شود.

## کتابنامه

۱. امید، م. و نوری، م. (۱۳۹۲). مفهوم علیت در پارادایم‌های پزشکی. *اخلاق و تاریخ پزشکی*، (۳)، ۵۳-۴۲.
۲. آرمسترانگ، د. (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی پزشکی* (م. توکل، مترجم). تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.
۳. بخشی، م.، رنجبر، ح.، و حیدری، ع. (۱۳۹۴). رئالیسم انتقادی: یک دیدگاه فلسفی مهم برای تحقیقات پرستاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، (۳)، ۶۲-۵۶.
۴. توکل، م.، و ناصری راد، م. (۲۰۱۲). تبیین نابرابری‌های سلامت و سرمایه اجتماعی غیر مبتلایان و مبتلایان به سرطان مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر دانشگاه علوم پزشکی تهران. *مجله پی‌اورد سلامت*، (۱)، ۲۱-۱۰.
۵. حسینی، س. (۱۳۹۳). تأثیر سرمایه اجتماعی بر درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *بیماری‌های پستان ایران*، (۲)، ۳۵-۲۳.
۶. سارافینو، ا. پ. (۱۳۸۷). *روان‌شناسی سلامت*. (س. ع. احمدی ابهری و همکاران، مترجمان). تهران: انتشارات رشد.
۷. سجادی، م.، محمدپور، ع.، و محمودی، م. (۱۳۹۶). ارتباط عدم قطعیت در بیماری، عوامل جمعیت‌شناختی و بالینی با تبعیت از رژیم درمانی در مبتلایان به سرطان. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، (۳)، ۲۱۰-۲۰۵.
۸. شاکری نیا، ا. (۱۳۸۸). ارتباط پزشک-بیمار و نقش آن در رضایتمندی بیماران از فرایند درمان. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، (۳)، ۱۶-۹.
۹. شفعتی، م.، و زاهدی، م. ج. (۲۰۱۴). تبیین جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار (مطالعه کیفی در شهر اهواز). *مطالعات اجتماعی ایران*، (۸)، ۱۴۰-۱۰۸.
۱۰. شیرینی نژادیان، ع.، بیاضی، م. ح.، جوهری فرد، ر.، و رجایی، ع. ر. (۱۴۰۰). رابطه بین دوسوگرایی در ابراز هیجان با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان: نقش میانجی افسردگی و حمایت اجتماعی: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، (۲)، ۱۶۳-۱۸۶.

۱۱. فرزندی پور، م.، شیخ طاهری، ع.، و صادقی جبلی، م. (۱۳۹۱). میزان آگاهانه بودن امتناع از درمان در بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان. مدیریت اطلاعات سلامت، (۵)، ۶۴۶-۶۵۴.
۱۲. کاکرهم، سی. (۱۳۹۶). نظریه سبک زندگی سلامت محور و همگرایی عاملیت و ساختار. آتشین صدف، محمد رضا، طعم زندگی، (۶)، ۲۷-۶۰.
۱۳. لمیعیان، م.، حیدرنیا، ع.، احمدی ف.، و فقیه‌زاده س. (۱۳۸۷). رفتار کنترل سرطان پستان از نگاه زنان: یک پژوهش کیفی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، (۳): ۱۰۲-۸۸.
۱۴. مختاری حصاری، پ.، مقدمی فرد، ز.، خدابخشی، ر.، و گوهری، م. ر. (۱۳۹۲). تعیین عوامل مؤثر بر پیش‌آگهی بقای بدون بیماری بیماران سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، (۴)، ۸۲۹-۸۲۱.
۱۵. مسعودنیا، ا. (۱۳۹۴). جامعه‌شناسی پزشکی. تهران: دانشگاه تهران.
۱۶. موسایی، م.، فاطمی ابهری، م.، و نیک‌بین صداقتی، ف. (۱۳۸۹). بررسی عوامل و راه کارهای رعایت حقوق بیمار، رفاه اجتماعی، (۳۹)، ۵۵-۸۴.
۱۷. میکاییلی، ن.، و قاسمی، س. (۲۰۱۹). ابعاد نظری و کاربردی تبعیت از درمان در بیماران: یک مطالعه مروری. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، (۲)، ۱۴۰۳-۱۴۱۹.
۱۸. نوری دلویی، م.، فضیلتی، ح.، و تبریزی، م. (۱۳۹۱). متاستاز سرطان، عامل‌های ژنتیکی و ریز محیطی بافت ثانویه: مقاله مروری. مجله دانشکده پزشکی، (۱۱)، ۶۷۱-۶۸۳.
۱۹. ویس وده، گ. (۱۳۸۱). جامعه‌شناسی برای اقتصاد (صمدی، هادی، مترجم). تهران: سمت.
۲۰. ویلکینسون، ر.، و پیکت، ک. (۱۳۹۳). جامعه‌شناسی سلامت، ثروت و عدالت (ش. احمدنیا، و ا. پوررضا، مترجمان). تهران: سمت.
۲۱. یزدی فیض‌آبادی، م.، امامی، م.، و خسروی، م. س. (۱۳۹۶). مروری بر رویکردهای مفهوم سازی سلامت و تعیین کننده های آن: از رویکرد زیست پزشکی تا سلامت واحد، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، (۱۳)، ۱۴۵-۱۵۴.

- reconstruction subtype and risk of financial toxicity: A single-institution pilot study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 148(1), 1e-11e.
23. Angus, J., Karen-Lee, M., Pulfer, T., & McKeever, P. (2006). Studying delays in breast cancer diagnosis and treatment: Critical realism as a new foundation for inquiry. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 33, No. 4, p. E62). Oncology Nursing Society.
  24. Bickell, N. A., Weidmann, J., Fei, K., Lin, J. J., & Leventhal, H. (2009). Underuse of breast cancer adjuvant treatment: Patient knowledge, beliefs, and medical mistrust. *Journal of Clinical Oncology*, 27(31), 5160.
  25. Burkhart, P. V., & Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 207.
  26. Chino, F., Peppercorn, J. M., Rushing, C., Kamal, A. H., Altomare, I., Samsa, G., & Zafar, S. Y. (2017). Out-of-pocket costs, financial distress, and underinsurance in cancer care. *JAMA Oncology*, 3(11), 1582-1584.
  27. Cockerham, W. C. (2008). *Social causes of health and disease*. London: Polity Press.
  28. Daniel, S., Venkateswaran, C., Singh, C., Hutchinson, A., & Johnson, M. J. (2022). "So, when a woman becomes ill, the total structure of the family is affected, they can't do anything..." Voices from the community on women with breast cancer in India: A qualitative focus group study. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 951-963
  29. Dean, L. T., Moss, S. L., McCarthy, A. M., & Armstrong, K. (2017). Healthcare system distrust, physician trust, and patient discordance with adjuvant breast cancer treatment recommendations. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 26(12), 1745-1752
  30. Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2011). Being in suspense: Women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1941-1951.
  31. Dreyer, M. S., Nattinger, A. B., McGinley, E. L., & Pezzin, L. E. (2018). Socioeconomic status and breast cancer treatment. *Breast Cancer Research and Treatment*, 167(1), 1-8.
  32. Ell, K., Xie, B., Wells, A., Nedjat-Haiem, F., Lee, P. J., & Vourlekis, B. (2008). Economic stress among low-income women with cancer: effects on quality of life. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 112(3), 616-625.
  33. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ..., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367.

34. Facione, N. C. (1993). Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: A critical review of the literature on patient and provider delay. *Social Science & Medicine*, 36(12), 1521-1534.
35. Ganesan, P., Sagar, T. G., Dubashi, B., Rajendranath, R., Kannan, K., Cyriac, S., & Nandennavar, M. (2011). Nonadherence to imatinib adversely affects event free survival in chronic phase chronic myeloid leukemia. *American Journal of Hematology*, 86(6), 471-474.
36. Greenup, R. A., Rushing, C., Fish, L., Campbell, B. M., Tolnitch, L., Hyslop, T., & Hwang, E. S. (2019). Financial costs and burden related to decisions for breast cancer surgery. *Journal of Oncology Practice*, 15(8), e666-e676.
37. Klein, W. M., Bloch, M., Hesse, B. W., McDonald, P. G., Nebeling, L., O'Connell, M. E., ..., & Tesaro, G. (2014). Behavioral research in cancer prevention and control: a look to the future. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3), 303-311.
38. Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.
39. Lindbladh, E., Lyttkens, C. H., Hanson, B. S., Östergren, P., Isacson, S. O., & Lindgren, B. (1996). An economic and sociological interpretation of social differences in health-related behaviour: An encounter as a guide to social epidemiology. *Social Science & Medicine*, 43(12), 1817-1827.
40. Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 80-94.
41. Lu, W., Jansen, L., Schaapveld, M., Baas, P. C., Wiggers, T., & De Bock, G. H. (2011). Underuse of long-term routine hospital follow-up care in patients with a history of breast cancer? *BMC Cancer*, 11(1), 1-7.
42. Männle, H., Siebers, J. W., Momm, F., & Münstedt, K. (2021). Impact of patients' refusal to undergo adjuvant treatment measures on survival. *Breast Cancer Research and Treatment*, 185(1), 239-246.
43. Martin, M. Y., Fouad, M. N., Oster, R. A., Schrag, D., Urmie, J., Sanders, S., & Pisu, M. (2014). What do cancer patients worry about when making decisions about treatment? Variation across racial/ethnic groups. *Supportive Care in Cancer*, 22(1), 233-244.
44. Mazzeo, F., Duck, L., Joosens, E., Dirix, L., Focan, C., Forget, F., ..., & De Grève, J. (2011). Nonadherence to imatinib treatment in patients with gastrointestinal stromal tumors: the ADAGIO study. *Anticancer Research*, 31(4), 1407-1409.
45. Nors'adah, B., Rahmah, M. A., Rampal, K. G., & Knight, A. (2012). Understanding barriers to Malaysian women with breast cancer seeking help. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3723-3730.

46. Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1-suppl), S28-S40.
47. Radley, A., & Payne, S. (2009). A sociological commentary on the refusal of treatment by patients with cancer. *Mortality*, 14(4), 309-324.
48. Rocque, G. B., Rasool, A., Williams, B. R., Wallace, A. S., Niranjani, S. J., Halilova, K. I., ..., & Knight, S. J. (2019). What is important when making treatment decisions in metastatic breast cancer? A qualitative analysis of decision-making in patients and oncologists. *The Oncologist*, 24(10), 1313-1321.
49. Sewell Jr., W. H. (1992). A theory of structure: Duality, agency, and transformation. *American Journal of Sociology*, 98(1), 1-29.
50. Thompson, T., Rodebaugh, T. L., Pérez, M., Schootman, M., & Jeffe, D. B. (2013). Perceived social support change in patients with early-stage breast cancer and controls. *Health Psychology*, 32(8), 886.
51. Williams, C. P., Gallagher, K. D., Deehr, K., Aswani, M. S., Azuero, A., Daniel, C. L., & Rocque, G. B. (2021). Quantifying treatment preferences and their association with financial toxicity in women with breast cancer. *Cancer*, 127(3), 449-457.
52. Zafar, S. Y., & Abernethy, A. P. (2013). Financial toxicity, part I: A new name for a growing problem. *Oncology (Williston Park)*, 27(2), 80-149.
53. Zheng, C., & Chagpar, A. B. (2022). Contribution of cost to treatment nonadherence in the US breast cancer survivors: A population-based analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 192(2), 369-373.