Islam and Health Journal
نشریه اسلام و سلامت
e-ISSN: 2383-191X p-ISSN:2383-2177
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Psychological experiences of women with cancer with an emphasize on expectations, needs, and challenges: A phenomenological study

Leila Barjasteh (PhD student)[1], Mohammad Hossein Fallah (PhD)[1], Najmeh Sedrpoushan (PhD)[1]*, Abolghasem Asimozneb (PhD)[2]

1. Department of Psychology and Counseling, Ya.C., Islamic Azad University, Yazd, Iran.
2. Department of Education, Ya.C., Islamic Azad University, Yazd, Iran.

Article Type:
Research Paper

Received:
7 Aug. 2025
Revised:
28 Mar. 2026
Accepted:
6 Apr. 2026
Published Online:
22 Apr. 2026

ABSTRACT

Background and aim: Cancer has long been recognized as a distressing, debilitating, and life-threatening disease, exerting profound negative effects on patients and their families across various societies. This qualitative study explores the psychological experiences of cancer patients, with a special focus on their expectations, needs, challenges, and opportunities in Kerman.

Materials and methods: In the present study, the data were obtained through a qualitative research approach, involving in-depth interviews with 24 women diagnosed with cancer, aged 30 to 60 years in Kerman from October 2023 to September 2024, and participants were selected through purposive sampling. Data collection was carried out using semi-structured in-depth interviews, continuing until theoretical saturation was reached. For data analysis, thematic analysis was employed as the chosen research method.

Findings: The results were categorized into five main themes: self-related experiences, family and social relationships, interactions with medical staff and hospital treatment processes, socio-economic concerns, and religious-spiritual issues. Additionally, 34 sub-themes emerged within these categories.

Conclusion: The findings indicate that understanding the psychological experiences of cancer patients can help identify and validate their emotions and concerns, addressing their needs to prevent the progression of the disease. The interconnected or mediating factors within each component can contribute to greater reassurance and emotional relief, enhancing patients' ability to manage their experiences, mitigate negative emotions, and achieve acceptance.

Keywords: **Psychological experiences, Women, Cancer, Phenomenological**

Cite this article: Barjasteh L, Fallah MH, Sedrpoushan N, Asimozneb A. Psychological experiences of women with cancer with an emphasize on expectations, needs, and challenges: A phenomenological study. Islam and Health Journal. 2026; 11(1): 26-40.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

*Corresponding Author: Najmeh Sedrpoushan
Address: Department of Psychology and Counseling, Faculty of Education, Ya.C., Islamic Azad University, Safaieh, Yazd, Iran.
E-mail: n.sedrpoushan@iau.ac.ir

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

Islam and Health Journal
نشریه اسلام و سلامت
e-ISSN: 2383-191X p-ISSN:2383-2177
دانشگاه علوم پزشکی بابل

تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان با تأکید بر انتظارات، خواسته‌ها و چالش‌ها: یک مطالعه پدیدارشناختی

لیلا برجسته (PhD student)[1]، محمدحسین فلاح (PhD)[1]، نجمه سدرپوشان (PhD)[1*]، ابوالقاسم عاصی مذنب (PhD)[2]

۱. گروه روانشناسی و مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
۲. گروه معارف، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

چکیده

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

سابقه و هدف: در جوامع مختلف بشری، همواره سرطان به‌عنوان یکی از بیماری‌های آزاردهنده، طاقت‌فرسا و کشنده، توانسته است اثرات منفی متعددی بر زندگی مبتلایان و اطرافیان آنان داشته باشد. این پژوهش با نگاهی کیفی، به‌منظور کشف تجارب روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان با تأکید بر انتظارات و خواسته‌ها، چالش‌ها و فرصت‌ها در شهر کرمان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: داده‌های پژوهش حاضر، نتیجهٔ مطالعهٔ کیفی و مصاحبهٔ عمیق با ۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان با دامنه سنی ۳۰ الی ۶۰ سال در مهرماه ۱۴۰۲ تا شهریورماه ۱۴۰۳ در شهر کرمان بود که از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها، از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق بود که تا زمان اشباع نظری ادامه یافت. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مضمون به‌عنوان روش پژوهش انتخاب شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش در ۵ مضمون اصلی مرتبط با خود، مرتبط با خانواده و دوستان، مرتبط با کادر و فرایند درمان در بیمارستان، مسائل اجتماعی–اقتصادی، مسائل مذهبی–معنوی و ۳۴ مضمون فرعی دسته‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که تجربه‌های روانشناختی بیماران می‌تواند به شناسایی و تأیید احساسات و نگرانی‌های بیماران و پرداختن به نیازهایشان در جلوگیری از گسترش سرطان کمک کند. شاخص‌های موجود در هر یک از مؤلفه‌ها به‌صورت زنجیره وار یا مداخله‌گر، می‌تواند سبب آرامش و اطمینان بیشتری برای آنان شود تا در مواجهه با این تجارب، موفقیت بیشتری کسب کرده و به تسکین عواطف منفی خود و پذیرش برسند.

واژگان کلیدی: تجارب روانشناختی، زنان، سرطان، پدیدارشناختی

دریافت: ۱۴۰۴/۵/۱۶
ویرایش: ۱۴۰۵/۱/۸
پذیرش: ۱۴۰۵/۱/۱۷
انتشار: ۱۴۰۵/۲/۲

استناد: لیلا برجسته، محمدحسین فلاح، نجمه سدرپوشان، ابوالقاسم عاصی مذنب. تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان با تأکید بر انتظارات، خواسته‌ها و چالش‌ها: یک مطالعه پدیدارشناختی. نشریه اسلام و سلامت. ۱۴۰۵؛ ۱۱(۱): ۴۰-۲۶.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

* **مسئول مقاله:** نجمه سدرپوشان
آدرس: یزد، صفائیه، بلوار شهدای گمنام، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده تعلیم و تربیت، گروه روانشناسی و مشاوره.
رایانامه: n.sedrpoushan@iau.ac.ir

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در علوم پزشکی و فناوری‌های نوین در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها، سرطان همچنان به عنوان یکی از چالش‌های اساسی سلامت جهانی باقی مانده است. در دهه‌های اخیر، روند افزایش موارد ابتلا به سرطان به شکلی قابل توجه رشد کرده و این بیماری اکنون به عنوان یکی از معضلات قرن شناخته می‌شود. سرطان پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین عامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شود و در بسیاری از موارد، درمان قطعی برای آن وجود ندارد، که این امر تهدیدی جدی برای جان افراد به شمار می‌رود. ابتلا به سرطان برای هر فرد یک تجربه عمیقاً دشوار و تأثیرگذار است، که نه تنها سلامت جسمانی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه پیامدهای گسترده‌ای بر جنبه‌های مختلف زندگی او دارد. از جمله این پیامدها، اختلال در فعالیت‌های شغلی، کاهش موقعیت اجتماعی، مشکلات اقتصادی و فشارهای روانی ناشی از بیماری است. علاوه بر این، زندگی خانوادگی نیز به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد و بسیاری از بیماران و اطرافیان آن‌ها با چالش‌های عاطفی و عملی متعددی مواجه می‌شوند. در نتیجه، عدم مدیریت مناسب این بیماری و عدم حمایت‌های کافی از بیماران، می‌تواند منجر به اختلالات شدید در کیفیت زندگی آنان شود و حتی به بحران‌های فردی و اجتماعی منجر گردد (۱).

مروری بر وضعیت سرطان در ایران در سال‌های اخیر نشان‌دهنده‌ی سیر صعودی این بیماری است و توجه ویژه به ابعاد مختلف سرطان، از جنبه‌های پزشکی، روانشناختی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی، می‌تواند نقشی تعیین‌کننده در بهبود شرایط بیماران داشته باشد (۲). افزایش شیوع بیماری سرطان در جوامع امروزی به یک واقعیت مسلم بدل شده و این بیماری پیچیده، تأثیرات گسترده‌ای بر تمامی جنبه‌های زندگی افراد مبتلا و خانواده‌های آنان داشته است. سرطان نه‌تنها بنیان خانواده را با چالش‌های عمیق مواجه می‌سازد، بلکه پیامدهای مالی، قانونی، اجتماعی و روانی بلندمدت و کوتاه‌مدتی را برای بیماران، فرزندان و دیگر اعضای خانواده به همراه دارد. شواهد متعدد نشان می‌دهند که مواجهه با سرطان، بیماران را درگیر نگرانی‌ها و دغدغه‌های متعدد می‌کند که می‌تواند تغییرات شدید روانی، از جمله اضطراب، افسردگی و استرس‌های مزمن را به دنبال داشته باشد. این بیماری، به دلیل ماهیت چندبعدی خود، ابعاد متعددی را در بر می‌گیرد که هر یک تأثیرات متفاوتی بر فرد و جامعه دارند. از منظر پزشکی، سرطان در درجه نخست یک بیماری جسمانی است که نیازمند مدیریت دقیق علائم، کنترل درد و به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب است. از نظر روانشناختی، این بیماری فشارهای روانی قابل‌توجهی را به همراه دارد و مقابله مؤثر با چالش‌هایی همچون استرس، اضطراب و افسردگی امری ضروری است. جنبه‌های اجتماعی سرطان شامل تأثیرات آن بر روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی بیماران است، در حالی که ابعاد معنوی و اعتقادی آن بر باورهای هستی‌گرایانه، نگرش‌های دینی و امید به زندگی تأکید دارد. علاوه بر این، سرطان دارای ابعاد اخلاقی و حقوقی نیز هست که تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان، ترجیحات فردی بیماران و محدودیت‌های قانونی و استانداردهای مرتبط با آن را شامل می‌شود. ازاین‌رو، توجه به این بیماری از دیدگاه‌های پزشکی، روانشناختی، جامعه‌شناختی، معنوی، فرهنگی، اقتصادی و حقوقی امری ضروری است. نادیده گرفتن هر یک از این جنبه‌ها، می‌تواند مشکلات متعددی را برای بیماران ایجاد کند و روند درمان و سازگاری آنان را با چالش‌های بیشتری مواجه سازد (۳).

برخی از پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام گرفته نشان می‌دهند که تهدید حیات از مهمترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های بیماران پس از مواجه شدن با تشخیص بیماری است (۴). از نظر متخصصین، تمایل انسان به جاودانگی، فرد در حال مرگ و یا فرد رو در رو با یک روند تدریجی و پیشرونده ضعف و ناتوانی را دچار آسیب‌های فراوانی می‌کند. الیزابت کوبلر راس (۱۹۶۹) روانپزشک و نویسنده سوئیسی- آمریکایی در کتاب «پایان راه: پیرامون مرگ و مردن» مدل ۵ مرحله‌ای سوگواری (غم و اندوه) را بیان می‌کند و معتقد است که اولین مرحله‌ای که فرد در رویارویی با این مسأله وجودی در آن قرار می‌گیرد، مرحله انکار و انزوا است. در طی اولین مصاحبه‌ها با افرادی که به تازگی تشخیص بیماری تهدیدکننده زندگی دریافت نموده‌اند، حالات یا بیاناتی هیجانی مانند شوکه شدن، مضطرب شدن، ترسیدن، احساس ناراحتی شدید، عصبانیت، مصیبت بار بودن، عدم امنیت و قطعیت، فقدان هویت، احساس رهاشدگی و فقدان اعتمادبه نفس و در برخی موارد احساس نیاز به کمک و همدلی مشاهده می‌شود که تأییدی بر نظریه راس است (۵).

بیماری‌های تهدیدکننده و یا حوادث ناگوار و غیرمنتظره جسمی (یا روانی) مانند بیماری سرطان، همواره عواقب منفی متعددی را برای انسان به ارمغان آورده است که از مهمترین عواقب آن می‌توان به پیامدها و مشکلاتی مانند کاهش کیفیت زندگی، تقلیل احساس بهزیستی ذهنی، افزایش تدریجی استرس، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، خشم و عصبانیت، انکار و چانه‌زنی است که در این میان افسردگی، اضطراب و ناامیدی بیشترین شیوع را در بین بیماران دارند (۶). بیماران در حال مرگ، موارد بسیاری از جمله کنترل و عملکرد جسمی و روانی، استقلال، ارتباطات و نهایتاً جان خود را از دست می‌دهند. این قبیل بیماری‌های مخوف و ناگوار می‌تواند افراد را تنها و منزوی کرده و بر سازگاری و یا فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها اثر سوء بگذارد که این دلایل باعث می‌شود از صحبت کردن با دیگران و یا حتی اطرافیان نزدیک در خصوص بیماری خود اجتناب کنند. بیماران سرطانی همچنین از مرگ یا عواقب بیماری، ترس و اضطراب و ناامیدی دارند که این احساسات می‌توانند تأثیر بسیار منفی بر آن‌ها به جهت کیفیت زندگی و یا عدم انجام کارهای ناتمام مرتبط با خودشان و یا عدم دستیابی به رویاها

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

و آرزوها و اهداف ناموفق خود برآن‌ها بگذارد (۷). نه تنها تشخیص بیماری سرطان می‌تواند باعث افزایش اضطراب و استرس و ناراحتی و غیره در فرد شود، بلکه روند و طول مسیر درمان در این بیماری نیز سبب اثرات منفی بر زندگی روزمره فرد و اعضای خانواده و اطرافیان می‌شود. بسیاری از بیماران سرطانی ممکن است به بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت‌های شخصی و یا بی‌میلی، بی‌ارادگی، تنبلی، کم‌خوری یا سوء مصرف مواد افیونی و غیره دچار شوند و یا در اثر عوارض مختلف داروهای شیمیایی یا پرتودهی‌های اثرگذار بر افکار، احساسات، اعتقادات، باورها و خلق و رفتار و غیره خود نتوانند اراده‌ای داشته و دچار ناتوانی یا ضعف در اتخاذ تصمیمات ارادی و یا عمل به خواسته‌ها و کارها و اهدافشان باشند. همچنین درمان‌های سرطان مانند جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی و غیره نیز می‌توانند به تغییرات جسمی مانند ریزش مو، تغییر وزن و زخم بر روی پوست منجر شوند که چنین مواردی می‌توانند تأثیری مستقیم بر تصویر منفی فرد از بدن خود و اعتماد به نفسش و تغییرات روانی برای وی داشته باشد. این افراد نیز می‌توانند سوء ظن به اطرافیان خود پیدا کنند که آن‌ها را نمی‌توانند درک کنند که این نیز می‌تواند به کاهش تعاملات اجتماعی و انزوای آنان منجر شود (۸).

در مورد علل بروز سرطان، پژوهش‌ها به عللی گوناگون اشاره دارند که می‌توانند متنوع و چندوجهی باشند. در ایران در تحقیقات انجام‌شده، چند عامل کلیدی را در افزایش شیوع سرطان موثر می‌دانند مانند عادات غذایی نامناسب، سیگار کشیدن و مصرف تنباکو، آلودگی هوا، سبک زندگی و کم‌تحرکی، عوامل ژنتیکی، عفونت‌ها، نداشتن غربالگری و تشخیص زودهنگام (۹). الفت بخش و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان بررسی میزان عود موضعی سرطان پستان و عوامل موثر بر آن در مرکز تحقیقات سرطان پستان، به این نتیجه رسیدند که مطالعات در ایران و جهان، طیف متنوعی از میزان بقا، عود و عوامل مرتبط را در رابطه با بیماری سرطان پستان مطرح می‌کند (۱۰). همچنین صناعت و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی رابطه ابعاد شخصیت و ابتلا به سرطان در بیماران مبتلا پرداختند و نتیجه گرفتند که نقش عوامل شخصیتی افراد در سلامت روان آن‌ها و بروز سرطان ارتباط مستقیم دارد. افراد مبتلا به سرطان دارای عواطف و شناخت‌های منفی بوده و این افراد نیازمند مداخلات روانشناسی هستند. آگاه‌سازی افراد به‌خصوص کسانی که در معرض ابتلا به سرطان هستند با عواملی که به عواطف و شناخت‌های منفی منجر می‌شود، مفید بوده و این آگاهی نقش به‌سزایی در جهت افزایش طول عمر و بهزیستی بقیه عمر افراد سرطانی دارد (۱۱). در پژوهش‌های خارج از کشور نیز به برخی از عوامل مهم مانند عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی و آلودگی‌ها، مواد شیمیایی و صنعتی، سبک نامناسب زندگی و عادت‌های ناسالم، عفونت‌ها، افزایش سن، استفاده زیاد از هورمون‌ها، دسترسی نامناسب و نابرابر به خدمات بهداشتی و غربالگری اشاره شده است (۱۲).

سرطان در خلأ شکل نمی‌گیرد؛ بلکه در بافت اجتماعی–فرهنگی جامعه روی می‌دهد و با پیامدهای آن مرتبط است. به گفته سازمان جهانی بهداشت (اخبار روز جهانی مبارزه با سرطان–۲۰۲۲)، می‌توان به صراحت بیان کرد که حدود ۳۳ درصد از مرگ و میرهای ناشی از این بیماری ناشی از تنباکو، الکل، شاخص توده بدنی بالا (چاقی)، مصرف کم میوه و سبزیجات و عدم فعالیت بدنی است و از جانب دیگر هرگز نمی‌توان تصور کرد که شرایط دیگر جامعه بی‌تاثیر بر ایجاد این جریان نباشند. لیکن همه انسان‌ها در همین جوامع دچار سرطان نمی‌شوند. بنابراین سلسله عوامل روانی اجتماعی نیز در کار سرطان تاثیرگذار هستند (۱۳). در این راستا می‌توان به مطالعه رنجبر نوشری و همکاران (۱۳۹۲) اشاره کرد، این پژوهشگران در تحقیقی به نام همبسته‌های روانشناختی سرطان: نگرانی، سبک زندگی، خودکارآمدی در شهر تهران به این نتیجه رسیدند که نگرانی، خودکارآمدی و سبک زندگی به عنوان متغیرهای روانشناختی نقش مهمی در سلامت جسمی و روانی افراد دارد (۱۴). همچنین در پژوهشی دیگر خرم آبادی (۱۳۹۱) به بررسی نقش عوامل روحی–روانی و اجتماعی در سرطان سینه پرداخت و بیان کرد که از مهارت‌های مهم زندگی که بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه نیز نقش اساسی ایفا می‌کند، مسئله کیفیت روابط و ارتباطات بیماران است. تمرکز بر زمینه‌های فرهنگی و اثرات آن بر سلامتی افراد، موجب شکل‌گیری تیم‌هایی از مراقبین بهداشتی می‌گردد تا از این طریق بتوانیم عوارض بیماری را در بیماران به حداقل برسانیم که این نیاز (به ارتباط و آموزش جهت کاهش استرس‌های فرد) در بیماران جوان محسوس‌تر می‌باشد (۱۵).

احمدی، آقابراری، محمدی، حاجی زاده، روانی فراهانی (۱۳۸۵) در پژوهش ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، در مرکز انستیتو سرطان بیمارستان امام خمینی تهران دریافتند که زنان از مهمترین ارکان خانواده و جامعه می‌باشند. بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان نه تنها سبب بهبود بقای آنان می‌شود، بلکه سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده نیز می‌گردد. از این رو لازم است تیم درمان جهت ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران به‌ویژه در بعد روحی روانی و اجتماعی اقدام نمایند، در این میان بر نقش متخصصین و درمانگران تاکید شده است (۱۶). همچنین مطالعات پورحسین و فرشام (۱۳۹۹) در بررسی سازگاری با بیماری سرطان پستان از جنبه‌های روانی و اجتماعی، عامل سازگاری را به عنوان مهمترین دلیل در افزایش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی معرفی کرده‌اند. همچنین عواملی از قبیل معنویت و مذهب، راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، هوش اجتماعی، هوش هیجانی، حمایت ادراک‌شده اجتماعی، وضعیت تأهل، روابط بین زن و شوهر، سابقه ابتلا به سرطان در خانواده، افسردگی قبل از بیماری، خودکارآمدی با میزان سازگاری در زنان مبتلابه سرطان پستان ارتباط معنی‌داری دارد (۱۷).

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

بررسی پیشینه تجربی اشاره بر این نکته دارد که برخی عوامل مؤثر بر سرطان نه تنها از جامعه‌ای به جامعه دیگر تفاوت دارند، بلکه از دهه‌ای تا دهه دیگر نیز متفاوت است و این امر بر این نکته تاکید دارد که برای پیشگیری و کاهش سرطان به عنوان یک بیماری فراگیر و اجتماعی، لازم است بافت فرهنگی-اجتماعی مورد نظر قرار گیرد. همچنین درک منشأ بیماری و تجارب بیماران به پیشگیری از بیماری در افراد سالم و نسل‌های آینده کمک خواهد کرد. درمان‌های روانشناختی می‌تواند به افراد مبتلا به سرطان کمک کند تا کیفیت زندگی آن‌ها را به‌طور قابل توجهی بهبود بخشد و حمایت از نیازهای روانی بیماران سرطانی برای سلامت کلی آن‌ها حیاتی است (۱۸). بسیاری از تحقیقات، موضوع مقابله با سرطان را از نظر کیفی و کمّی بررسی کرده‌اند. واضح است که تشخیص و درمان سرطان بر کلیه عناصر زندگی فرد از جمله عوامل جسمی، اجتماعی، عاطفی و روانی تأثیر می‌گذارد (۱۹). حسنی و همکاران (۱۴۰۰) با توجه به بافت فرهنگی اجتماعی ایران بیان می‌دارند که تجربه سرطان جنبه‌های اجتماعی–فرهنگی مهمی دارد که می‌تواند پیامدهای روانشناختی جدی برای بازماندگان سرطان داشته باشد. این جنبه‌های بیماری، حتی می‌تواند بر سلامت و بقای آنان و انطباقشان با بیماری تاثیر بگذارد. بنابراین ضروری است در مداخلات آموزشی (اجتماعی و فردی) و درمانی مرتبط با سرطان به این مولفه‌ها توجه شود. اگرچه وقوع هر نوع بیماری سرطان دارای ویژگی‌های منحصر به فرد است، اما برخی از نقاط مشترک این بیماری ما را قادر می‌سازد که عوامل روانشناختی و جامعه‌شناختی مؤثر بر فرآیند این بیماری را مشخص سازیم (۲۰).

Olson (۲۰۱۵) در کتاب «به سوی جامعه‌شناسی مراقبت از سرطان: زمان احساس» بیان می‌کند مطالعات و پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهند سرطان یکی از چهار بیماری مهم است که جان انسان‌ها را می‌گیرد، اما فرق این بیماری با بیماری‌های دیگر در این است که بسیار مهلک‌تر از بقیه است؛ چون نه تنها شخص بیمار بلکه تعداد افراد دیگر یعنی کسانی که از شخص بیمار مراقبت می‌کنند را نیز به صورت بسیار اساسی‌تر درگیر می‌کند. این بیماری تنها گریبان‌گیر شخص بیمار نیست؛ بلکه نزدیکان آن بیمار هم با این بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند. وی در بخش تجربیات مراقبین بیان می‌دارد که مراقبت از بیمار از ۴ بعد روی مراقب تأثیرگذار است: اول اینکه از نظر فیزیکی و ذهنی، فردی که مشغول مراقبت است، فرسوده می‌شود. دوم از نظر روحی و روانی، خانواده‌ها دچار انواع استرس‌ها و عصبانیت‌ها و ناراحتی‌های روحی و روانی می‌شوند چون آینده نامعلومی در پیش رو دارند و مدام این سوال را از خود می‌پرسند که من چه باید بکنم؟ سوم مشکل مالی و اداری است، کشورهایی که دارای خدمات و رفاه اجتماعی هستند وقتی خانواده‌ها مشکل مالی پیدا می‌کنند، شهرداری‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد از آن‌ها حمایت مالی می‌کنند. چهارم بُعد اجتماعی است که در بروز و تظاهر این بیماری اکثر روابط بین افراد خانواده یا محدود و یا مختص می‌شود(۲۱).

در تبیین نقش عوامل روانشناختی در سبب‌شناسی و درمان سرطان، می‌توان به مطالعه و بررسی جنبه‌های روانی، اجتماعی و عاطفی مرتبط با بیماری سرطان اشاره کرد. سرطان نیز مانند بسیاری از بیماری‌ها، دارای ابعاد فردی–اجتماعی پیچیده‌ای است؛ اگرچه وقوع هر نوع سرطانی دارای ویژگی‌های منحصر به فرد است، اما برخی از نقاط مشترک این بیماری، ما را قادر می‌سازد که عوامل روانشناختی، جامعه‌شناختی مؤثر بر آن را مشخص سازیم. عوامل روانشناختی بروز سرطان در افراد به ویژگی‌های درون‌گرایی و جلوگیری از بروز هیجانات، خواه مثبت و خواه منفی (هیجانات سبب استرس می‌شود و استرس باعث کاهش نیروی ایمن‌سازی بدن و موجب سرطان می‌شود)، سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار سرکوبگرانه و بازدارنده نظیر انکار، ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی و هیجانات منفی نظیر خشم بستگی دارند. از اثرات روانشناختی منفی سرطان می‌توان به خشم، اضطراب و افسردگی، واکنش ترس از مرگ، افسردگی اساسی، اختلال روان–عضوی و انواع اختلالات اضطرابی اشاره کرد. مرادی منش و همکاران (۱۳۹۱) بیان داشته‌اند از عواملی که باعث تشدید افسردگی، اضطراب و در نهایت افکار مرگ افراد مبتلا به سرطان و بلاخص زنان می‌شود، تصویر بدنی است و این مشکلات در زنان جوان بیشتر از زنان مسن است. شواهد نشان می‌دهد تغییرات ناشی از جراحی و اقدامات درمانی مانند شیمی‌درمانی و پرتونگاری بر تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر منفی می‌گذارند و باعث می‌شوند تا این زنان احساس کنند مقبولیت و جذابیت قبلی خود را ازدست داده‌اند و احساس طرد شدن و ناامیدی داشته باشند (۲۲).

عوامل تعدیل‌کننده روانی–اجتماعی در سرطان به عوامل و شرایطی اشاره دارند که می‌توانند بیماری سرطان بر فرد را تحت تأثیر قرار داده و به بهبود کیفیت زندگی و افزایش شانس بهبودی در بیماران سرطانی کمک کنند. از مهمترین این عوامل می‌توان به عوامل اجتماعی و اقتصادی، آموزش و آگاهی و باورهای شخصی در مورد بیماری، عوامل فرهنگی، سبک زندگی، مقابله و روش‌های مقابله‌ای، معنویت و مذهب (پرورش هوش معنوی و تعالیم مذهبی) حمایت اجتماعی (ادراک‌شده به عنوان ضربه‌گیر فشار روانی) اشاره کرد. سرطان باعث می‌شود که افراد به بازنگری در اهداف و ارزش‌های خود پرداخته و مجددا به اولویت‌بندی آن‌ها بپردازند، به‌طوری که در ابتدا فرد دچار پریشانی روانی قابل توجهی گردد و در نهایت سبب تغییرات اساسی در او شود. اولویت‌ها و اهداف آنان که تا قبل از تشخیص بیماری سرطان برایشان مشخص و ثابت بود، پس از تشخیص به نظر دست‌نیافتنی خواهد شد. برخی از این افراد ممکن است حتی در طول درمان، احساس شادی یا امیدی نسبت به آینده داشته باشند و این در حالی است که همزمان، با احساسات منفی مختلفی هم مواجه هستند. بسیاری از بیماران سرطانی نیاز به حمایت عاطفی و اجتماعی دارند و ممکن است به دنبال خدمات مشاوره و گروه‌های حمایتی باشند تا بتوانند با اثرات روانی بیماری کنار بیایند. در نهایت، مهم است که این بیماران و خانواده‌های آن‌ها به تأثیرات روانشناختی این بیماری توجه کرده و از خدمات روانشناختی و حمایتی بهره‌مند گردند تا بتوانند به

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

بهترین نحو با چالش‌های پیش رو مقابله کنند. در چند دهه اخیر پژوهش های زیادی در زمینه چالش‌ها، دغدغه‌ها و نیازهای بیماران سرطانی انجام شده ولی اکثر تحقیقات صورت گرفته محدود به رویکرد کمی و با استفاده از ابزارهای از پیش تعیین شده بوده است. در واقع برای درک و کشف چگونگی یک وضعیت غیرطبیعی خاص بر ساختار یا عملکرد تمام یا بخشی از پیکره یک انسان در یک بافت یا موقعیت، بهترین روش مورد مطالعه رویکرد کیفی است. ریاحی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش یک دهه مطالعات پژوهشگران ایرانی در حوزه سرطان و مقایسه آن با کشورهای منطقه و جهان، عنوان کردند هر چند به لحاظ کمّی تولیدات علمی پژوهشگران ایرانی طی سال‌های اخیر رشد نسبتاً قابل قبولی داشته ولی به لحاظ کیفی این مقالات در مجلات معتبر و با کیفیت بالا منتشر نشده‌اند و همین موضوع ضرورت انجام تحقیقات کیفی برای کشف و درک بیماری سرطان را نمایان می‌سازد (۹).

با یک نگاه کلی، انجام این مطالعه در کلان‌شهری در جنوب شرق ایران و مرکز استان کرمان، بدین علت صورت گرفته است که طی سالیان اخیر، شیب افزایش ابتلا به سرطان در استان کرمان بیشتر از متوسط کشوری بوده است و کمربند سرطان‌های گوارشی در شمال استان و رشد سرطان پستان در شهرستان‌هایی مثل بافت به شدت چشمگیر بوده است؛ به‌طوری که رویه فعلی شیوع این بیماری تا سال ۱۴۱۰ میزان بیماران جدید سرطانی را سالانه به بیش از ۵ هزار نفر خواهد رساند (۲۳). همچنین از یک سو وجود حجم انبوهی از جمعیت با قومیت‌های مختلف و با ارزش‌ها و نگرش‌های مختص به خود و از سوی دیگر نرخ بالای مهاجرین از شهرها و استان‌های دیگر به این شهر و تغییرات مداوم و پیوسته در بافت فرهنگی–اجتماعی، مطالعات کیفی بیشتری را در این کلان‌شهر ضروری می‌نماید. در همین راستا هدف اصلی این پژوهش رسیدن به تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان با تأکید بر انتظارات، خواسته‌ها و چالش‌ها این قبیل بیماران با توجه به شرایط مختلف فرهنگی و اجتماعی است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر با توجه به هدف اصلی آن، از نوع کیفی با استفاده از پدیدارشناسی مبتنی بر الگوی تجزیه و تحلیل کولایزی انتخاب شد تا به عمق تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پی برده و انتظارات، خواسته‌ها و چالش‌های آنان درک شوند. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، زنان مبتلا به سرطان شهر کرمان بوده که از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این افراد دارای حداقل یکی از این ملاک‌ها بودند: یا علائم سرطان هشداردهنده داشتند (نشانه‌های تب و یا خونریزی) و یا علائم اولیه سرطان را نشان می‌دادند، مانند درد و یا حالتی که تنها خود فرد متوجه آن خواهد شد. همچنین، سعی شده است که شرکت‌کنندگان در پژوهش در حد امکان از نظر سن، نوع سرطان، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت مالی و منطقه سکونت متمایز از هم انتخاب شوند تا امکان دسترسی به حداکثر تجارب زنان در سطوح مختلف حاصل شود.

در پژوهش کیفی برخلاف پژوهش کمّی، محقق به دنبال دستیابی به تعمیم‌پذیری نتایج نیست و در نتیجه افراد مورد مصاحبه به اشباع داده‌ها بستگی دارد و جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه می‌یابند که اطلاعات و مفاهیم جدیدتری حاصل نگردد. در این پژوهش با ۲۴ شرکت‌کننده در مصاحبه، به اشباع نظری رسید. داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق با افرادی بود که در طول یک سال گذشته از شروع تحقیق به سرطان دچار شده بودند. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را کلیه بیماران سرطانی که به کلینیک‌های شیمی درمانی و انجمن بیماران سرطانی و بیمارستان افضلی‌پور شهر کرمان از اواسط شهریور ۱۴۰۱ تا اواسط شهریورماه ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند. مصاحبه با هر فرد به‌طور میانگین حدود ۴۰ دقیقه به طول می‌انجامید و مصاحبه‌ها به‌طور کامل ضبط می‌شدند و بعد از تایپ در محیط نرم‌افزاری مکس کیودا (MAXQDA 2022)، از تحلیل مضمون (تماتیک) به عنوان روش پژوهش برای تفسیر تجربه شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت و همواره تاکید بر ادراک شرکت‌کنندگان، احساسات و تجربیات آن‌ها بر موضوع مورد مطالعه بود.

گاست، مک کوئن و نامی (۲۰۱۲) مراحل تحلیل مضمون را در ۶ مرحله یعنی نزدیک شدن به داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جستجوی تم‌ها، مرور و بازبینی تم‌ها، تعریف و نامگذاری تم‌ها و تهیه گزارش کرده‌اند. برای اعتبارپذیری داده‌ها از چهار معیار جداگانه گوبا و لینکلن (۱۹۸۹) استفاده گردید. برای تضمین قابلیت اعتبار داده‌ها، پس از تحلیل هر مصاحبه، به مشارکت‌کننده بازگشت داده می‌شد تا صحت و درستی نتایج تایید شود و تغییرات لازم اعمال گردد. همچنین در مطالعه حاضر به‌منظور افزایش روایی و پایایی داده‌ها، برخی از اقدامات نظیر اختصاص مکان مناسب و زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها، صداقت کار در ارتباط با شرکت‌کنندگان و مرور چندباره داده‌ها جهت وسعت و عمق اطلاعات، صورت گرفت. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش اقدامات زیر نیز به‌عمل آمد: توصیف هدف پژوهش و نحوه انجام آن؛ ارائه معرفی‌نامه و مجوزهای لازم جهت پژوهش؛کسب رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی (در صورت لزوم) به

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

شرکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه؛ توجه و احترام به حریم خصوصی آن‌ها؛ اطمینان از محرمانه نگهداشتن اطلاعات مصاحبه‌شوندگان از طریق اختصاص کد به جای ذکر نام؛کسب اجازه جهت ضبط مصاحبه‌ها. ویژگی‌های دموگرافی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ قابل بررسی است.

جدول ۱. مشخصات و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

ردیف	سن (سال)	تحصیلات	شغل	طبقه اقتصادی	تاهل	فرزند	نوع سرطان	مدت بیماری (ماه)
۱	۴۲	دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۲	رحم	۶
۲	۳۷	دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۱	خون	۵
۳	۳۱	فوق دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۲	غدد	۷
۴	۵۱	زیر دیپلم	شاغل	متوسط	مجرد	–	معده	۸
۵	۳۲	فوق دیپلم	شاغل	متوسط	متاهل	–	معده	۴
۶	۴۰	دیپلم	شاغل	پائین	متاهل	۲	مغزاستخوان	۳
۷	۵۹	زیر دیپلم	خانه دار	پائین	مجرد	–	رحم	۱۱
۸	۴۰	لیسانس	شاغل	متوسط	متاهل	–	پستان	۹
۹	۵۸	زیر دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۴	خون	۳
۱۰	۳۶	لیسانس	شاغل	پائین	متاهل	۱	تخمدان	۳
۱۱	۴۰	دیپلم	خانه دار	متوسط	متاهل	۲	معده	۶
۱۲	۵۵	زیر دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۳	آندومتر	۲
۱۳	۳۵	فوق دیپلم	شاغل	متوسط	مجرد	–	خون	۳
۱۴	۴۷	زیر دیپلم	شاغل	متوسط	متاهل	۲	دهانه رحم	۲
۱۵	۳۳	فوق دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۱	مغزاستخوان	۱۲
۱۶	۵۲	زیر دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۴	تخمدان	۷
۱۷	۴۸	زیر دیپلم	خانه دار	پائین	مجرد	–	خون	۴
۱۸	۵۹	زیر دیپلم	خانه دار	متوسط	متاهل	۳	روده	۲
۱۹	۳۰	لیسانس	شاغل	متوسط	متاهل	–	دیواره رحم	۳
۲۰	۳۳	لیسانس	شاغل	متوسط	مجرد	–	معده	۵
۲۱	۳۸	دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۲	پستان	۸
۲۲	۳۱	دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	–	تخمدان	۶
۲۳	۴۳	دیپلم	شاغل	پائین	متاهل	۳	پستان	۱۲
۲۴	۳۵	لیسانس	شاغل	متوسط	مجرد	–	مغزاستخوان	۳

یافته‌ها

تعداد کل مصاحبه‌شوندگان ۲۴ نفر بودند که همگی زنان مبتلا به سرطان، با دامنه سنی ۳۰ الی ۶۰ سال (با میانگین و انحراف معیار ۹/۵±۴۱/۸۸) بودند. سطح تحصیلات مصاحبه‌شوندگان از زیر دیپلم تا لیسانس متغیر و مدت زمان بیماری در شرکت‌کنندگان از ۲ تا ۱۲ ماه متغیر بود. از نظر شغلی ۱۱ نفر از زنان شاغل و دارای کار و ۱۳ نفر خانه‌دار بودند. همچنین محل سکونت و تاحدودی قومیت آن‌ها نیز متغیر بود. آنچه از نتیجه تحلیل محتوای مصاحبه‌ها به‌دست آمد را می‌توان در ۵ مضمون اصلی زیر و ۳۴ مضمون فرعی قرار داد که شامل:

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

۱) تجربه‌های مرتبط با خویشتن
۲) تجربه‌های مرتبط با خانواده و دوستان
۳) تجربه‌های مرتبط با مسائل اجتماعی–اقتصادی
۴) تجربه‌های مرتبط با کادر و فرایند درمان
۵) تجربه‌های مذهبی–معنوی

جدول ۲. روند تحلیل محتوا به‌طور خلاصه

مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدها
تجربه‌های مرتبط با خویشتن	تظاهر بالینی آزاردهنده عوارض بیماری، دارو و درمان محصور شدن در محیطی کوچک احساس تنهایی نگرانی بابت زمین‌گیر شدن نیاز به آرامش آینده نامعلوم احترام و عزت نفس احساس حقارت ارتباط با خود (خود سرزنشگری) آستانه تحمل پایین از دست رفتن استقلال	تغییرات ظاهری ناراحت‌کننده نگرانی بابت از دست دادن عضوی از بدن عوارض فیزیکی عوارض روانی خانه‌نشینی احساس تنهایی و بی‌مونسی ناراحتی از بی‌توجهی خانواده محدود شدن ارتباطات ترس از تنها ماندن زمین‌گیر شدن و ناتوانی ناراحتی به دلیل سلب شدن آرامش ترس از آینده نامشخص از بین رفتن عزت نفس به دلیل بیماری نارضایتی از احساس سربار بودن (به رخ کشیدن زحمات) ناراحتی از گرفتن برچسب بیمار جنگ درونی با خود ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌زا خشم معطوف به خود زودرنجی نارضایتی از ناتوانی و وابستگی نارضایتی از ناکارآمدی نارضایتی از، از دست رفتن کنترل نیاز به استقلال و آزادی
تجربه‌های مرتبط با خانواده و دوستان	عدم کنترل هیجانات نیاز به درک شدن ناهمخوانی در رفتار و گفتار امیدواری و همدلی نامناسب نپذیرفتن واقعیت تنش‌های زندگی مشترک فشار ناشی از بازی نقش دغدغه عاطفی	ترس و بی‌قراری خانواده رنج کشیدن از بی‌قراری خانواده نیاز خانواده به درمان روانشناختی نارضایتی از عدم درک اطرافیان نیاز به درک شدن و مراعات حال بدتر شدن حال بیمار به دلیل انرژی‌های منفی همراهان توجه اطرافیان به نقش بیمار نه خود او آزاردهنده بودن حرف‌های اطرافیان آزاردهنده بودن نسبت دادن بازی نقش به بیمار تناقض در نتیجه ناهمخوانی رفتار و گفتار اطرافیان با واقعیت آزاردهنده بودن دوگانگی رفتار و گفتار اطرافیان آزاردهنده بودن دلسوزی آزاردهنده بودن دلداری و امید واهی دادن عدم پذیرش واقعیت توسط خانواده

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

مضامین اصلی	مضامین فرعی	کدها
		تطبیق دادن خود با نیازهای خانواده عدم تحمل تنش اضافی خستگی ناشی از بازی نقش و وانمود کردن بازی نقش به دلیل حفظ عزت نفس نگرانی بابت آینده فرزند
تجربه‌های مرتبط با کادر و فرایند درمان در بیمارستان	برخورد غیرحرفه‌ای پزشک کمبود امکانات پزشکی در محل زندگی آگاهی در رابطه با بیماری، درمان و عوارض عدم اثربخشی درمان برخورد غیرانسانی، ناکارآمدی و بی‌نظمی حاکم بر سیستم‌های بیمارستانی نارضایتی از عدم تفکیک بیماران نگرانی به دلیل احتمال خطر بالای درمان	عدم صداقت پزشک عدم توجه پزشک به سطح سواد و فهم بیمار عدم درک پزشک کمبود امکانات پزشکی در محل زندگی آگاهی دادن در رابطه با بیماری، درمان و عوارض در حد فهم بیمار عوارض عدم آگاهی کلافه / دلسردکننده بودن درمان بی‌نتیجه طاقت‌فرسا بودن تحمل طولانی مدت بیماری نارضایتی از سودجویی و بی‌رحمی کادر درمان و فروشندگان دارو برخورد نامناسب کادر درمان عدم رسیدگی به نیازهای بیمار آزاردهنده بودن فرایند درمان در بیمارستان نارضایتی از عدم تفکیک بیماران نگرانی به دلیل احتمال خطر بالای درمان
مسائل اجتماعی–اقتصادی	از دست دادن موقعیت شغلی تعدیل وظایف نقش‌ها حمایت همه‌جانبه دغدغه مالی	از دست دادن موقعیت شغلی دشواری انجام وظایف نقش‌ها احساس حقارت به دلیل ناتوانی در انجام وظایف نقش‌ها نیاز به حمایت همه‌جانبه نارضایتی از عدم حمایت اطرافیان ناکارآمدی فرهنگ نابرابری حقوق انتظار درک و حمایت خودجوش فشار اقتصادی
مسائل مذهبی–معنوی	ارتباط با خدا افکار پیرامون دنیای پس از مرگ ترس از مرگ	چالش بی‌عدالتی خدا خشم معطوف به خدا ترس از قهر (خشم) خدا اعتقاد به سرنوشت یا حاکمیت الهی چانه‌زنی با خدا عبادت و راز و نیاز با خدا دغدغه‌های مرتبط با هستی کنجکاوی در ارتباط با دنیای پس از مرگ عدم اعتقاد به داستان‌های مذهبی در ارتباط با دنیای پس از مرگ اعتقاد به وجود حسابرسی پس از مرگ نگرش منفی نسبت به دنیای پس از مرگ آمادگی برای مرگ و دنیای پس از آن

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

بحث و نتیجه‌گیری

زندگی با سرطان همواره با مجموعه‌ای از چالش‌ها و نگرانی‌های مهم و غیرقابل‌انکاری همراه است؛ از این رو انتظارات و خواسته‌های این بیماران نیز بسیار وسیع و فراگیر است. یافته‌های این پژوهش ۵ مضمون اصلی و ۳۴ مضمون فرعی است که هر کدام از آن‌ها مانند زنجیره‌هایی به یکدیگر متصل هستند و از هم تأثیر گرفته و بر روی یکدیگر تأثیر می‌گذارند و هدف اصلی در این پژوهش، بررسی تجارب روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان با تأکید بر انتظارات، خواسته‌ها و چالش‌ها است. به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که تجربیات و بیانات بیماران سرطانی درباره بیماری سرطان، می‌تواند بسیار متنوع باشد و به عوامل مختلفی مانند نوع سرطان، مرحله بیماری، روش‌های درمانی، حمایت‌های اجتماعی و وضعیت روحی خاص هر یک از آن‌ها، بستگی دارد. در هر حال، وقتی در خانواده‌ای، این بیماری برای یکی از اعضاء خانواده (خصوصا مادر) رخ می‌دهد، می‌تواند بحرانی برای کل خانواده به‌شمار آید و تمامی افراد خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. چگونگی رویارویی اعضای خانواده با این بحران و میزان کنترل و تنظیم هیجانات، برای بیمار سرطانی اهمیت فراوانی دارد (۲۴). تجربیات مشابه زیادی برای هر خانواده می‌تواند وجود داشته باشد که دارای شرایط یکسان هستند از جمله، احساس ترس، دلهره و نگرانی، اضطراب، امید، دلواپسی، تجربه درد و رنج، عدم حمایت، تجربه تنهایی، انزوای اجتماعی و تغییر در اولویت‌های زندگی و ... را می‌توان نام برد (۲۵).

سرطان همانند بسیاری از بیماری‌های قلبی، بیماری‌های گوارشی و ریوی، عضو درگیرشده به‌عنوان یک وضعیت غیرطبیعی خاص، بر ساختار یا عملکرد تمام یا بخشی از پیکره یک انسان، تأثیر منفی می‌گذارد و نمی‌توان یک یا چند عامل مشخص را علت پیدایش آن دانست. ممکن است در هر جامعه‌ای به فراخور تغییر شرایط محیطی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ...، اولویت عوامل مؤثر تغییر کنند، بنابراین در مصاحبه‌های بیماران درگیر با سرطان، می‌توان مفاهیم زمینه‌ای گسترده‌ای را که مبتنی بر تجارب آنان با بیماری سرطان است، آشکار نمود. افراد پس از تشخیص و درگیر شدن با این بیماری، تجاربی متفاوت و یا جدید از خود در مواجهه با این بیماری بیان می‌کنند که می‌تواند بر انطباقشان با بیماری تاثیرگذار باشد. در این زمینه نیز فعالیت‌های روان‌شناسان بالینی، مشاوران و متخصصان روانشناسی سرطان، طیف گسترده‌ای از موضوع‌ها را پوشش می‌دهند: ۱) واکنش‌های عاطفی و شناختی به سرطان از قبیل اضطراب، افسردگی، استرس، مقابله و تاب‌آوری. ۲) عوامل رفتاری و سبک زندگی که بر خطر و مدیریت سرطان تأثیر می‌گذارند از قبیل سیگارکشیدن، رژیم غذایی، ورزش و پیروی از درمان. ۳) مسائل اجتماعی و بین‌فردی که از سرطان ناشی می‌شود همانند ارتباط‌ها، حمایت‌ها، انگ‌ها و پویایی خانواده. ۴) پیامدهای فیزیکی و عملکردی سرطان و درمان آن مانند درد، خستگی، حالت تهوع، اختلال عملکرد جنسی و تصویر بدن. ۵) مداخله‌ها و درمان‌های روان‌شناختی که می‌تواند به بیماران سرطانی و مراقبان کمک کند تا با چالش‌های خود کنار بیایند از قبیل درمان شناختی–رفتاری، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، آموزش روانی، و مشاوره. ۶) جنبه‌های روانی–اجتماعی مراقبت‌های تسکینی و پایان زندگی برای بیماران سرطانی و خانواده‌های آن‌ها همانند غم و اندوه، معنویت و برنامه‌ریزی مراقبت‌های اولیه.

روان‌شناسان سرطان معتقدند جهت رفاه و سلامت روان افراد مبتلا به سرطان، اطرافیان آنان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی سرطان، باید با ترویج رفتارها و سبک زندگی سالم که می‌تواند خطر سرطان یا عود آن را کاهش دهد، به پیشگیری و مدیریت سرطان و درمان اختلال‌های سلامت روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) که در بیماران سرطانی شایع است، کمک کنند. لذا پژوهش حاضر در پی بررسی سرطان با رویکرد بافتی نگر و توسط خود بیمار مبتلا به سرطان، بوده است. یکی از مشکلات تحقیقات اخیر در کشور این بوده است که بیشتر پژوهش‌های داخلی گذشته با رویکرد کمّی به بررسی علل سرطان از نگاه روانشناختی پرداخته شده و کمتر به بررسی عمیق عوامل روانشناختی سرطان در افراد بیمار اشاره شده است. یافته‌های این پژوهش بخشی از نتایج یک مطالعهٔ کیفی است که در پاسخ به سؤال، عوامل روانشناختی مؤثر بر سرطان در شرایط کنونی شهر کرمان کدام است؟، صورت گرفت. از آنجا که در تحقیق کیفی برخلاف تحقیق کمّی، محقق به دنبال دستیابی به تعمیم‌پذیری نتایج نیست، بلکه به دنبال کشف پدیده یا درک معنایی است که گروهی از افراد به یک مسئله خاص می‌دهند، داده‌های این مطالعه از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق و سؤالات باز، از پاسخ‌های زنان مبتلا به سرطان جمع‌آوری شد و تا زمان اشباع نظری ادامه یافت.

انتظارات و نیازهای حاصل از تجارب مرتبط با خود به افکار، احساسات و نگرانی‌هایی اشاره دارد که فرد درباره خودش، هویت، زندگی، اهداف و تجربیاتش دارد. این دغدغه‌ها می‌توانند شامل موارد زیر باشند: هویت و خودشناسی: پرسش‌هایی درباره اینکه «من کیستم؟» و چه چیزی من را تعریف می‌کند. اهداف و آرزوها: نگرانی درباره آینده، موفقیت، و اینکه آیا به اهداف خود دست می‌یابیم یا نه. روابط با دیگران: تأثیر ارتباطات بر روی خود، شامل دوستی‌ها، خانواده و روابط عاطفی. خودارزیابی و انتقاد: نگرانی‌های مرتبط با ارزش خود، انتقاد از خود و مقایسه با دیگران. سلامت روان: احساساتی مانند اضطراب، افسردگی یا استرس که می‌تواند بر روی دیدگاه فرد نسبت به خود تاثیر بگذارد. این دغدغه‌ها معمولاً در دوره‌های مختلف زندگی و در مواجهه با چالش‌ها، حوادث و تغییراتی رخ می‌دهند که بخشی طبیعی از فرایند رشد فردی می‌توانند باشند. این مقوله با نتایج تحقیقات بهزادی و همکاران (۲۶)، همتی و همکاران (۲۷)، عربی و اصغری (۲۵)، عباس زاده و همکاران (۲۸)، پیوند و همکاران (۲۹) و قدرتی و همکاران (۳۰) همسو است.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

تجربه‌های مذهبی–معنوی به نگرانی‌ها، پرسش‌ها و جستجوهای افراد در زمینه مذهب و معنویت اشاره دارد. این دغدغه‌ها ممکن است به مسائلی مربوط شوند که بر روی هویت، باورها، ارزش‌ها و معنای زندگی افراد تأثیر می‌گذارند. برخی از این دغدغه‌ها شامل موارد زیر هستند: ایمان و اعتقادات سوالاتی درباره قدرت ایمان، درست بودن اعتقادات و چالش‌های مربوط به حفظ دین در مواجهه با تجارب زندگی. محل و مقصد زندگی کنجکاوی درباره ماهیت وجود و سؤالات وجودی درباره هدف زندگی، وجود خدا و معنای زندگی. اخلاق و ارزش‌ها نگرانی درباره اینکه چگونه می‌توان به ارزش‌های اخلاقی و معنوی پایبند بود و در زندگی روزمره تصمیمات صحیحی گرفت. رابطه با خدا سوالاتی درباره چگونگی برقراری ارتباط با خدا و احساس نزدیکی یا دوری از او. معانی زندگی و مرگ جستجوی معنا در زندگی و درک مفهوم مرگ، دلتنگی و از دست دادن عزیزان. تنهایی و ناامیدی احساس تنهایی و انزوای معنوی، به ویژه در مواقع بحران یا چالش. سنت‌ها و آداب مذهبی چالش‌ها و دغدغه‌ها در پیروی از سنت‌ها و آداب مذهبی، به ویژه در دنیای مدرن و تحت تأثیر فرهنگ‌های مختلف. اجتماعی و جمعی نگرانی درباره چگونگی تأثیرگذاری بر جامعه از طریق باورهای مذهبی و معنوی و جستجوی ارتباطات جمعی با دیگران. آزادی مذهبی نگرانی درباره حق انتخاب آزادی در پیروی از باورهای مذهبی و معنوی بدون فشار اجتماعی. این مضمون با نتایج پژوهش‌های سلیمی بجستانی و همکاران (۳۱)، قزلباش و همکاران (۳۲)، وزیری و همکاران (۳۳) و کمیجانی (۳۴) همخوان است.

خواسته‌ها و نیازها و چالش‌های مرتبط با خانواده و دوستان به نگرانی‌ها، افکار و احساساتی اشاره دارد که افراد درباره روابط خود با اعضای خانواده و دوستان‌شان دارند. این دغدغه‌ها می‌توانند تأثیر بسیار زیادی بر کیفیت زندگی اجتماعی و احساسی فرد بگذارند. برخی از این دغدغه‌ها شامل موارد زیر است: روابط عاطفی: نگرانی درباره کیفیت و سلامت روابط عاطفی با اعضای خانواده و دوستان، مانند صمیمیت، حمایت و تفاهم. انتظارات و مسئولیت‌ها: احساس مسئولیت در قبال خانواده و دوستان، و نگرانی درباره اینکه آیا به انتظارات آن‌ها پاسخ می‌دهیم یا نه. فاصله و جدایی: مشکلات ناشی از فاصله فیزیکی یا عاطفی با عزیزان، که می‌تواند به تنهایی یا احساس عدم تعلق منجر شود. تعارضات خانوادگی: مسائل و مشکلاتی که ممکن است در خانواده پیش بیاید، مانند قضاوت‌ها، اختلاف‌نظرها یا مشکلات ارتباطی. حمایت عاطفی: نیاز به حمایت از طرف خانواده و دوستان و نگرانی درباره اینکه آیا آن‌ها آماده‌اند که در زمان‌های دشوار کنار ما باشند یا خیر. سازگاری و تغییرات: تطبیق با تغییرات در روابط، مانند ازدواج، طلاق، تولد فرزند، یا از دست دادن عزیزان. انتظارات اجتماعی: فشارهای اجتماعی یا فرهنگی در مورد نحوه رفتار یا ارتباطات در چارچوب خانواده و دوستی‌ها. این دغدغه‌ها می‌توانند به محل‌های نارضایتی یا چالش در زندگی فردی تبدیل شوند و نیاز به مدیریت و توجه دارند. این مضمون با نتایج مطالعات آیت اللهی و همکاران (۳۵)، فاضلی و فیضی (۳۶)، سیفی و فرح بیجاری (۳۷)، احسنگر و سرندی (۳۸) و افراسیابی و همکاران (۱۳) همخوانی دارد.

مسائل مرتبط با کادر و فرایند درمان در بیمارستان به نگرانی‌ها و سوالاتی اشاره دارد که بیماران و خانواده‌های آن‌ها ممکن است در مورد توجه کادر پزشکی، روش‌های درمانی و فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی داشته باشند. این دغدغه‌ها می‌توانند شامل کیفیت خدمات درمانی، ارتباطات کادر درمانی، دریافت درمان مناسب، زمان انتظار، هزینه‌های درمان، حریم خصوصی و امنیت اطلاعات، پشتیبانی عاطفی، آموزش و آگاهی باشد. آگاهی و توجه به این دغدغه‌ها می‌تواند به بهبود تجربه بیماران و افزایش رضایت آن‌ها از خدمات درمانی کمک کند.

مسائل مختلف اجتماعی–اقتصادی به مواردی اشاره دارند که به نحوه زندگی افراد و جوامع در ابعاد اقتصادی و اجتماعی مربوط می‌شود و می‌توانند تأثیر قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی و رفاه افراد داشته باشند. این مسائل می‌توانند شامل ۱) بیکاری و اشتغال: نگرانی درباره میزان اشتغال، فرصت‌های شغلی و چگونگی دسترسی به مشاغل پایدار و خوب. ۲) فقر و نابرابری: مشکلات مربوط به میزان درآمد و توزیع ثروت در جامعه، که می‌تواند منجر به نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی شود. ۳) تحصیلات و آموزش: دسترسی به آموزش باکیفیت و فرصت‌های برابر برای همه اقشار جامعه. ۴) خدمات بهداشتی و درمانی: نگرانی‌های مرتبط با دسترسی به خدمات بهداشتی و کیفیت آن‌ها، به‌ویژه برای اقشار غیر برخوردار. ۵) مسکن و رفاه اجتماعی: تأمین مسکن مناسب و پایدار و دسترسی به خدمات اجتماعی که حمایت از افراد در شرایط مختلف زندگی را فراهم می‌کند. ۶) عدالت اجتماعی: دغدغه‌هایی درباره حقوق بشر، برابری جنسیتی و فرصتی برابر برای همه اقشار جامعه.

در یک طرح پژوهشی (۱۳۹۳) که توسط امیدواری و همکاران مرکز تحقیقات سنجش سلامت پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، در بخش‌های مختلف انستیتو کانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت، یافته‌های مطالعه بیانگر دو زمینه اصلی، عوامل معنوی (شامل دو طبقه کلی بدون دخالت خداوند و با دخالت خداوند) و غیرمعنوی (مشتمل بر ۷ طبقه عوامل روانشناختی، عوامل محیطی، انتخاب شیوه زندگی ناسالم از سوی فرد، اختلال در سیستم بدن، ابتلاء به سرطان رخدادی مانند دیگر رخدادها در زندگی، عوامل ژنتیک/ مادرزادی و تبدیل شدن ضایعه خوش‌خیم به بدخیم) بودند. طبقه عوامل معنوی بدون دخالت خداوند، شامل دو زیرطبقه «ابتلاء به سرطان، انعکاس رفتار و کردار معنوی انسان‌ها» و «تفکیک ناپذیر بودن وقایع ناگوار از زندگی» و طبقه عوامل معنوی با دخالت خداوند، شامل سه زیرطبقه «دیدگاه‌های مثبت» (با ۵ زیرطبقه کوچکتر)، «دیدگاه‌های منفی» (با ۲ زیرطبقه کوچکتر) و «تفاسیر با پتانسیل دوگانه در افراد مختلف»(با ۹ زیرطبقه کوچکتر) بود. در خصوص عوامل معنوی، مسائلی مانند گناهکار بودن بیمار یا بستگان نزدیک به وی و ابتلاء به بیماری از سوی خداوند به عنوان نوعی تنبیه مطرح شدند. انتساب ابتلاء به بیماری به خداوند، گاه موجب تخریب رابطه فرد با خداوند برای مدت

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

کوتاه یا طولانی می‌شد، همچنین آنچه برای برخی بیماران بسیار مهم و حیاتی بود، متهم شدن از سوی دیگران به گناهکار بودن، که گاه در حد یک استیگما یا ننگ اجتماعی آزاردهنده بود. درک بیماران از علت ابتلاء خود به سرطان، از مسائل مهمی است که بسته به تفسیر بیمار، ممکن است فرد را به لحاظ سلامت معنوی دچار آسیب کند.

در این تحقیق حاضر، مشخص شد تجربه‌ها و مسائل روانشناختی در ایران (کرمان) به نسبت تحقیقات گذشته (دهه‌های قبل) نقش پررنگ تری را به دلایل مختلف شناختی، معنوی، رفتاری، عاطفی و اجتماعی و ... نظیر تغییر در سبک و کیفیت زندگی بیشتر اختصاص داده است که بیانگر تغییرات تدریجی برخی هنجارها مانند هنجارهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، اعتقادی و یا بهداشتی در اذهان و اعمال افراد ایرانی است. در این قسمت، بخشی از مباحث دکتر کاظم زنده‌دل، استاد اپیدمیولوژی سرطان، در مورد گزارش مقایسه‌ای آمار سرطان در ایران و جهان در سال ۱۳۹۹ و پیش‌بینی ۱۵ سال آینده قابل طرح است: اینکه همه در برابر مبارزه با این بیماری مسئولیت داریم و سوالات مهمی برای این مبارزه بی پایان مطرح است. آیا برای آنچه در پیش روست و آمار افزاینده سرطان آمادگی داریم؟ آیا بستر مناسبی برای رصد شواهد و پیاده‌سازی یک برنامه دقیق و حساب شده برای مهار سرطان در کشور وجود دارد؟ و ... و آیا برنامه‌ای برای کاهش نابرابری‌های مناطق مختلف و دسترسی عادلانه تمام مردم به خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان بیماران وجود دارد؟ متأسفانه چنین نیست؛ گزارش‌های منظمی که نشان از یک برنامه پویا که مبتنی بر شواهد و به روز برای کنترل سرطان در کشور باشد، در دسترس نیست و گسست نامناسبی بین مراکز تصمیم‌گیر و مراکز سرطان‌شناسی کشور وجود دارد و ... .

باید در نظر داشت که حاکم شدن دسته‌ای از ارزش‌ها و باورهایی که ناشی از فضایی است که در آن تشخیص غیرپزشکی بیماری (توسط بیمار) رخ می‌دهد، نیازمند برخورداری از آگاهی و شناخت از خود است. فرد باید بتواند نشانه‌ها و علائم مبهم را در بافت زندگی خانوادگی و اجتماعی اش تشخیص دهد. برای این منظور باید فرد بتواند سلامتی خود را در کانون توجه و در کنار سایر جنبه‌های زندگی‌اش قرار دهد. در یک پایگاه خانوادگی متوسط به بالا، دسترسی راحت‌تر افراد به پول، دانش و روابط اجتماعی سبب می‌گردد که افراد قادر به رفع خطرات و حفظ سلامتی خود باشند. همچنین، هنگامی که جامعه و محیط زندگی فرد بر رفتارها، ادراکات، احساسات و باورهای فردی می‌تواند اثر بگذارند، تصویر ذهنی منفی و در نتیجه مشغولیت فکری نسبت به وضعیت جسمی، روحی و سلامتی فرد از خود، به انحراف و یا ابتذال کشیده می‌شود. مطالعاتی که درباره انگ اجتماعی و سرطان‌هایی مانند نقاط خاص و خصوصی بدن انجام شده، به مساله داغ ننگ بعد از ابتلا بیمار به سرطان، اشاره شده است. برای نمونه در شرایطی که رابطه مادر و دختر ناخوشایند است و مادر در زمان بلوغ دختر با لحن نامناسب درباره رشد اندام‌های دختر صحبت می‌کند، سبب ایجاد احساس شرم و تنفر از جنسیت، بدن و بخصوص سینه خود گردیده و سبب می‌شود فرد در صورت مواجهه با علائم مبهم در سینه (پستان)، از مراجعه به پزشک و اقدام به تشخیص و فرایندهای بعدی اجتناب و خودداری کند. برای درک این مسئله که چرا افراد به نشانه‌های آشکار سرطان بی‌توجهی می‌نمایند، باید به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی، اعتقادی، مذهبی، بهداشتی و دیگر زمینه‌های مورد بحث، توجه شود. سابقه قبلی سرطان در خانواده، سابقه بیماری‌هایی که فرد به آن‌ها مبتلاست، میزان شناخت سرطان، وجود باورهای مبنی بر ارثی بودن سرطان، تابوی اشتباه عدم ابتلاء جوانان یا سالخوردگان به سرطان، و نظایری مانند اینها، سبب می‌گردد که علائم مهم و حیاتی و عوامل روانشناختی هشداردهنده به عنوان یک مسئله بی‌اهمیت، تلقی گردد که می‌تواند موجب مشکلات زیاد در فرد و واحد کارکردی خانواده و جامعه گردد.

هرگونه تلاش برای بهبود و سلامتی در بیماران سرطانی نیازمند استفاده از یک رویکرد چندرشته‌ای است که به‌طور همزمان به عوامل مختلف روانشناختی، زیست پزشکی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و ... توجه داشته باشد. برخی از عوامل نیازمند افزایش آگاهی بیماران و دست‌اندرکاران در درمان و حوزه مراقبت‌های پزشکی چه قبل و چه بعد از بیماری است که در این راستا نقش مشاوران، روانشناسان و به‌خصوص روان‌شناسان حیطه سرطان، در این مسیر از اهمیت خاصی برخوردار است. همچنین شناسایی و تأیید احساسات و نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان و پرداختن به ترجیحات و نیازهایشان، آرامش و اطمینان بیشتری برای آنان فراهم خواهد کرد تا در مواجهه با این تجربیات موفقیت بیشتری کسب کنند. به رسمیت شناختن هر یک از بیماران از مهمترین عوامل پیش‌بینی‌کننده حفظ غرور، عزت نفس و کرامت انسانی در آن‌ها به‌شمار می‌آید. با توجه به نتایج، خانواده و جامعه و کادر درمان و متخصصان مذهب با همکاری یکدیگر می‌توانند به بیمار در تجربیات و احساسات خوشایند جهت مقابله با مشکلات و چالش‌های بیماری کمک کنند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم دسترسی آسان به یک قشر خاصی از بیماران سرطانی (مانند سرطان پستان) بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موضوع مدنظر قرار گیرد. همچنین در تحقیقات بعدی، تجارب روانشناختی مردان مبتلا به سرطان نیز بررسی شود تا بتوان جنبه‌های برجسته رشدیافته و تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه کشف گردد.

ملاحظات اخلاقی: نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن مصاحبه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش، رعایت شده است. همچنین تأیید اخلاقی و رضایت‌نامه از مشارکت‌کنندگان در این مقاله، برگرفته از رسالهٔ دکترای رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد با شماره کد اخلاقی IR.IAU.YAZD.REC.1401.050 می‌باشد.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

References

1. Fukushima T, Suzuki K, Tanaka T, Okayama T, Inoue J, Morishita S, et al. Global quality of life and mortality risk in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. Qual Life Res. 2024; 33: 2631-43.
2. Ahsanipour H. Cancer tsunami in Iran: From reality to warning / The reason for the rising trend of cancer. Mehr News Agency. 2024 Feb 5. Available at: https://www.mehrnews.com/news/6014722 [In Persian]
3. Lutfi Kashani F. The effect of psychological interventions on the recovery of patients with cancer. Doctors and Law News Base. 2018. Available at: https://www.pezeshkanoghanoon.ir [In Persian]
4. Alnaeem MM, Shehadeh A, Nashwan AJ. The experience of patients with hematological malignancy in their terminal stage: a phenomenological study from Jordan's perspective. BMC Palliat Care. 2024; 23: 36.
5. Kubler Ross E. On Death and Dying. Translated by: Bahrami AA. Tehran: Roshd Publications; 2021. p. 11-36. [In Persian]
6. Khodayarifard M, Ghobaribnab B, Shokohiyekta M, Nisfat M, Abedini Y. Investigating the relationship between stress factors and stress symptoms in youth and ways to deal with it. Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran. 2000; 35-41. [In Persian]
7. Imanzadeh A, Sharifi Golzardi F. Lived Experiences of Cancer Patients from Death Anxiety Based on Jaspers Borderline Situations. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019; 6(6): 36-47. [In Persian]
8. Dorri N, Pourhosein R. The Association between Stress and Cancer: A Systematic Review of Research Literature. Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal (RRJ). 2020; 8(12): 1-10. [In Persian]
9. Mousavi Chalak A, Riahi A, Zare A. Scientific production of Iranian researchers in the field of cancer and compare with regional and world countries (2006-2015). The Quarterly Journal of School of Medicine. 2018; 41(4): 282-93. [In Persian]
10. Olfatbakhsh A, Haghighat S, Mehrdad N, Sajjadian AS, Ansari M, Ebrahimi M, Hashemi ES. Studying the rate of local recurrence of breast cancer and its influencing factors at the Breast Cancer Research Center. 8th International Breast Cancer Congress. Tehran, 2012; 108-21. [In Persian]
11. Zeinali S, Gerami N, Bairami M, Sanaat Z. Investigation of the correlation between personality dimensions and development of cancer by using the Cloninger's Temperament and Character Inventory. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2012; 17(4): 61-7. [In Persian]
12. Agarwal SK. Lifestyles and Their Impact on Cancer. East African Scholars Journal of Medical Sciences. 2021; 4(11): 270-80.
13. Afrasiabi H, Barzideh K, Javadian SR. Fluctuate Accommodation in Social Interaction by Cancer Patients; a Qualitative Study in Ahwaz. Journal of Applied Sociology. 2020; 31(1): 1-16. [In Persian]
14. Ranjbar Noushari F, Mohadesi H, Asadi Majareh S, Hashemi S. Psychological correlates of cancer: worry, lifestyle, self-efficacy. Nursing and Midwifery Journal. 2013; 11(9): 698-705. [In Persian]
15. Khorramabadi MS. Investigating the role of psychosocial factors in breast cancer. 8th International Breast Cancer Congress. Tehran, 2012; p.5-22. [In Persian]
16. Aghabarari M, Ahmadi F, Mohammadi E, Hajizadeh E, Vervani Farahani A. Physical, emotional, and social dimensions of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. Iranian Journal of Nursing Research. 2006; 1(3): 55-65. [In Persian]

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

17. Farsham A, Pourhosein R. An investigating the Compatibility of Breast cancer from a Psychological and Social Perspective: A systematic review of literature. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2020; 9(8): 201-12. [In Persian]
18. Haghbeen M, Mosalanezhad L, Hatami F, Kalani N. A review of patients' experiences after breast cancer: A phenomenological study. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2023; 66(3): 451-63. [In Persian]
19. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The relationship between psychological capital and quality of life among patients with breast cancer. Razi Journal of Medical Sciences. 2017; 24(156): 111-9. [In Persian]
20. Dehghan M, Hasani J, Moradi A, Mohammadkhani S. Cancer-Based Contextual Experiences: A Phenomenological Study of Cancer Patients. Quarterly Journal of Health Psychology. 2021; 10(3): 51-66. [In Persian]
21. Olson RE. Towards a sociology of cancer caregiving: time to feel. Translated by: Ebrahimi Loyeh A, Mirzaie Rajeoni S, Abedian Shahraki N. 1st Ed. Tehran: Loyeh Publications; 2018. p. 45-8. [In Persian]
22. Moradi Manesh F, Ahadi H, Jomehri F, Rahgozar M. The Relationship of Body Image with Psychological Distress in Women with Breast Cancer. Armaghan-e-Danesh. 2012; 17(3): 196-204. [In Persian]
23. TABNAK. The rate of increase in cancer incidence in Kerman province is higher than the national average / the gastrointestinal cancer belt is in the north of the province. [Internet]. 2024; No.1274914. Available at: https://www.tabnak.ir/005Lf8 [In Persian]
24. Sajadian A, Mazloom M, Basiri M, Haghighat S, Hashemi E. Depression, anxiety, and quality of life of breast cancer patients' husbands before and after treatment. Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases. 2019; 12(3): 36-46. [In Persian]
25. Arabi S, Asghari BA. Stages Passing of Distress in Cancer Patients: A Narrative Research Study. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2022; 30(4): 4726-39. [In Persian]
26. Farzin M, Behzadi H, Sanatjoo A, Shahidsaleth S. An Investigation into the Needs and Information Resources of Cancer Patients in the Components of Information Literacy Treatment. Library and Information Sciences. 2019; 22(1): 54-71. [In Persian]
27. Feizi A, Hemmati R, Alizadeh M. Illness Identity in Encountering New Information Networks: A Case Study of Women with Breast Cancer. Journal of Applied Sociology. 2020; 31(1): 17-36. [In Persian]
28. Abbaszadeh M, Golabi F, Alizadeh Aghdam MB, Aghayari Hir T, Ghasemi M. Designing a Cognitive Model for Cancer Survivors with a Phenomenological Approach: A Case Study of Patients in Urmia. Strategic Research on Social Problems. 2022; 11(1): 109-36. [In Persian]
29. Zanganeh Baygi M, Peyvand M, Mirani Bahabadii F, Noormohamadi SN. Explaining the Experiences of the Reasons for Non-Adherence to Treatment of Leukemia Cancer Patients in the Least Privileged Province of the Country: A Qualitative Study. Journal of Toloo-e-Behdasht. 2024; 23(3): 107-22. [In Persian]

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]

30. Sedaghatgoo R, Ghodrati H, Ghodrati Sh. Breast Cancer Experience and Change in Self-concept among Women: A Qualitative Study in the City of Sari, Iran. Journal of Social Continuity & Change. 2024; 3(1): 103-30. [In Persian]
31. Fazel M, Salimi Bagestani H, Farahbakhsh K, Esmaeili M. Post traumatic growth model in cancer patients: A grounded theory study. Counseling Culture and Psychotherapy. 2017; 8(29): 79-105. [In Persian]
32. Ghorbani A, Ghezelbash S, Alizadeh Mirashrafi H, Khosravi M. Effect of Spiritual Group Therapy on Depression, Anxiety and Stress of the Mothers of Children with Cancer. Complementary Medicine Journal. 2021; 11(3): 196-209. [In Persian]
33. Eskandari A, Vaziri S, Fallah MH, Asi-Mozneb A. Development and validation of spiritual health assessment tools based on related Islamic texts. Counseling Culture and Psychotherapy. 2021; 12(48): 165-96. [In Persian]
34. Komijani D. The role and functions of spirituality in managing individual and social crises. Quarterly Journal of Life Sciences and Emerging Fields. 2023; 1(1): 93-118. [In Persian]
35. Mohaddesi H, Ayatollahi H, Hassanzadeh G, Yegan Sangi M. Quality of life in breast cancer patients: Study in the Omid cancer research center– Urmia. Iranian Journal of Breast Diseases. 2012; 5(4): 35-43 . [In Persian]
36. Fazeli N, Feizy A. Social Construction of Breast Cancer Case Study: Women with Breast Cancer in Tabriz. Women's Studies Sociological and Psychological. 2012; 10(2): 51-84. [In Persian]
37. Seifi F, Farah-Bidjari A. Bereaved Parents' Changes and Needs after Losing their Child to Cancer: A Qualitative Research. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2018; 7(1): 48-59. [In Persian]
38. Ahsangar S, Sarandi P. Investigating the relationship between interaction analysis training and coping strategies with life satisfaction in women with breast cancer. Journal of women study of family. 2018; 11(40): 1-27. [In Persian]

[Downloaded from iahj.ir on 2026-09-08]