



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/09/03

Accepted:2023/12/03

Structural Equation Modeling of the Relationship between Social Stigma of Cancer and Mental Habitus of Cancer among Family Caregivers of Cancer Patients

Omid Mazlumi(Ph.D.s)¹ ,Mehraban Parsamehr(Ph.D.)² , Akbar Zare-shahabadi(Ph.D.)³

1. Ph.D. Student of Sociology, Yazd University, Iran.

2. Corresponding author: Associate Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Iran.

Email:parsamehr@yazd.ac.ir, Tel: 09113115819

3. Associate Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Iran.

Abstract

Introduction: In societies, incorrect beliefs about cancer cause stigma and weaken the health care and patients' treatment. The purpose of this study is to investigate the impact of cancer habitus on cancer social stigma among family caregivers of cancer patients.

Methods: Survey method was used and the statistical population included family caregivers of cancer patients in Tehran hospitals in 1401. Sample size included 384 people selected by convenience sampling method of multi-stage stratified type by referring to the hospitals under study. Data collection tool was the standard cancer stigma index questionnaire and the researcher-made cancer habitus questionnaire. Data were analyzed through correlation tests, mean difference, path analysis and structural equation modeling in SPSS and Amos.

Results: According to the results, there was a relationship between cancer stigma (with dimensions of others-avoidance, self-avoidance, and being released) and cancer habitus (with dimensions of enchantment and cure-avoidance); according to the path model, habitus explains 19/6% of the variation in stigma. Moreover, enchantment and cure-avoidance had the highest and lowest contribution to explaining stigma with an impact factor of 0/29 and 0/25. The results of structural equation model test also indicated appropriate fit of the presented conceptual model (GFI=0/973, RMSEA=0/067, CFI=0/958).

Conclusion: Caregivers of cancer patients, as the main supporters of the patient, are always influenced by incorrect cultural stereotypes of society. Identifying different dimensions of habitus (especially the aspect of enchantment), paying more attention to the aspect of being released of stigma, paying attention to the role of education and awareness in reducing false beliefs and more interaction with patients have a significant role in reducing the stigma of cancer and makes it easier for patients to bear the pain and suffering of cancer

Keywords: Cancer, Stigma, Habitus, Family Caregivers

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Omid Mazlumi, Mehraban Parsamehr, Akbar Zare-shahabadi. Structural Equation Modeling of the Relationship between Social Stigma of Cancer and Mental Habitus of Cancer among.....Tolooebehdasht Journal. 2023;22(5)107-120.[Persian]



مدل یابی معادلات ساختاری رابطه استیگمای اجتماعی سرطان و عادت‌واره ذهنی

سرطان در مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی

نویسندگان: امید مظلومی^۱، مهربان پارسامهر^۲، اکبر زارع شاه آبادی^۳

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، ایران.

شماره تماس: ۰۹۱۱۳۱۱۵۸۱۹ Email: parsamehr@yazd.ac.ir

۳. دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، ایران.

چکیده

مقدمه: در جوامع باورهای نادرست پیرامون بیماری سرطان، موجب بروز داغ‌ننگ شده و مراقبت‌های بهداشتی درمانی بیماران را تضعیف می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر عادت‌واره‌های ذهنی سرطان بر استیگمای اجتماعی سرطان در بین مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی بود.

روش بررسی: روش پژوهش پیمایشی بوده و جامعه‌ی آماری شامل مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی در بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه ۳۸۴ نفر بود که با مراجعه به بیمارستان‌های مورد مطالعه، به روش نمونه‌گیری دردسترس از نوع طبقه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد cancer stigma index و پرسش‌نامه محقق‌ساخته عادت‌واره سرطان بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های هم‌بستگی، تفاوت میانگین، تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری در برنامه SPSS و Amos مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد بین استیگمای سرطان (با ابعاد دگرگیزی، خودگیزی، رهاشدگی) و عادت‌واره‌ی سرطان (با ابعاد افسون‌گرایی، درمان‌گیزی) رابطه وجود دارد. طبق مدل مسیر، عادت‌واره ۱۹/۶ درصد از تغییرات استیگما را تبیین می‌کند. هم‌چنین، افسون‌گرایی و درمان‌گیزی با ضریب تاثیر ۰/۲۹ و ۰/۲۵ به ترتیب بیش‌ترین و کم‌ترین سهم را در تبیین استیگما داشتند. نتایج آزمون مدل معادلات ساختاری نیز حاکی از برازش مناسب مدل مفهومی ارائه شده بود ($GIF=0/973$ ، $Rmse=0/067$ ، $Cfi=0/958$).

نتیجه‌گیری: مراقبین بیماران سرطانی به‌عنوان حامیان اصلی بیمار، همواره تحت‌تاثیر کلیشه‌های فرهنگی نادرست جامعه قرار دارند. شناسایی ابعاد مختلف عادت‌واره‌ها (به‌ویژه بعد افسون‌گرایی)، توجه بیش‌تر به بعد رهاشدگی استیگما، توجه به نقش آموزش و آگاهی در کاهش باورهای نادرست و تعامل بیش‌تر با بیماران، نقش به‌سزایی در کاهش استیگمای سرطان داشته و تحمل درد و رنج سرطان را برای مبتلایان آسان می‌کند.

واژه‌های کلیدی: سرطان، استیگما، عادت‌واره، مراقبین خانوادگی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال بیست و دوم

شماره پنجم

آذر و دی

شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۲



مقدمه

سرطان یک بیماری بسیار دردناک و تغییر دهنده سبک زندگی است و میزان بروز آن در سراسر جهان به طرز نگران کننده ای رو به افزایش است (۱). خطرات این بیماری و هم چنین میزان مرگ و میر ناشی از آن منجر به ایجاد یک ترس عمومی در میان مردم با سطوح گوناگون دانش، فرهنگ و طبقه شده است (۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ سرطان به عنوان دومین عامل مرگ و میر حدود ۲۰ میلیون نفر را در سرتاسر جهان مبتلا نموده که از این تعداد حدود ۱۰ میلیون نفر جان خود را از دست داده اند (۳).

در ایران نیز، سرطان پس از بیماری های قلبی-عروقی و حوادث، سومین عامل مرگ و میر است (۴). در سال ۲۰۲۰ حدود ۱۳۰ هزار مورد جدید سرطان در ایران وجود داشته (این میزان در سال ۲۰۲۳ نزدیک به ۱۵۰ هزار نفر بوده) که از این تعداد حدود ۸۰ هزار مورد منجر به مرگ گردیده است. به دلیل روند تغییرات جمعیتی، و افزایش امید به زندگی در ایران، میزان بروز سرطان تا سال ۲۰۴۰ بیش از دو برابر می شود (۵).

زندگی با سرطان، برای بیماران از نظر جسمی چالش برانگیز بوده و از نظر عاطفی نیز برای بیماران و مراقبین آنها، بار روانی سنگینی به همراه دارد (۶). با پیشرفت سرطان علاوه بر درد، بیماران باید با ترس شدید از مرگ، احساس درماندگی و مشکلات روانی مرتبط با آن مبارزه کنند. خانواده‌ها جهت ارائه‌ی مراقبت های جسمی، روانی، معنوی و مالی به بیماران سرطانی بهترین گزینه هستند و نقش مهمی در همه نوع مراقبت های تسکینی ایفا می کنند. مراقبت فیزیکی و حمایت عاطفی از سوی اعضای خانواده را نمی توان با هیچ مقدار مراقبت پزشکی

جایگزین کرد (۷).

باورهای غیرعلمی فرهنگی-اجتماعی نسبت به وضعیت بیماری، موفقیت نتایج درمان را کاهش می دهد (۸). انگ یا باور نادرست مراقبین یکی از موانع اصلی در مدیریت سرطان است (۹). واکنش منفی مراقبین به درمان سرطان می تواند به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر بگذارد (۱۰). از آنجایی که مراقبین نقش فعالی در درمان سرطان دارند باورها و تصورات نادرست آنها می تواند نتیجه مراقبت های بهداشتی-درمانی بیماران را تضعیف کند.

داغ ننگ یا استیگما، خصیصه‌ای است که با تنزل افراد «از شخصی نرمال و عادی به فردی مورد دار و خوار شده»، موجبات بی‌اعتباری آنها را فراهم می سازد (۱۱). این تعریف دو جزء مهم از استیگما را برجسته می کند: نخست مشخصه‌ای که سبب می شود یک فرد «متفاوت به نظر برسد» و دوم کاهش ارزش فرد بر مبنای این تفاوت (۱۲).

استیگمای مربوط به سلامت (Health-related stigma) به بدنام‌سازی (stigmatization) یک بیماری اشاره دارد که می تواند در مورد یک فرد یا گروهی از افراد مبتلا به یک بیماری و نیز بیماری‌هایی که بیش تر رایج‌اند به کار برده شود (۱۳). مکانیزم بدنام‌سازی «از طریق محروم‌سازی، طرد، سرزنش یا تنزل ارزش عمل می کند، و با تجربه، ادراک یا پیش‌بینی منطقی از یک قضاوت اجتماعی نامطلوب درباره‌ی یک فرد یا گروه می توان به وجود آن پی برد» (۱۴). در پژوهشی طی مصاحبه با بیش از ۲۰۰ نفر از بیماران سرطانی، مراقبین اولیه و کادر درمان مشخص شد که تم اصلی داده‌ها استیگمای سرطان است که در قالب‌هایی چون ترس از انتقال تصادفی، مسئولیت



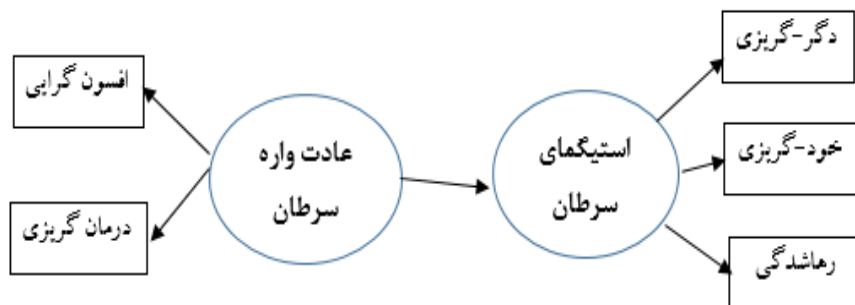
پدیده‌ای فراگیر و همه‌جایی توصیف شد که به صورت مجموعه‌ای از احساسات، نگرش‌ها و رفتارهایی متمایز نشان داده می‌شوند مانند: سرطان یعنی حکم مرگ، مسری بودن بیماری سرطان، مقصر پنداشتن بیمار و ... (۱۷). بیماران سرطانی زیادی اذعان داشته‌اند که استیگمای سرطان را به‌وفور تجربه کرده‌اند (۱۵). برای نمونه، ایلماز و همکاران در مطالعه‌ی خود، با بررسی ۳۰۳ بیمار سرطانی تحت درمان دریافتند بیش از ۷۰ درصد آن‌ها تجربه‌ی استیگما را داشته‌اند (۳۵). در ایران نیز محبت‌بهار و همکاران طی مصاحبه با ۱۲ بیمار سرطانی، ۸ نفر از اعضای کادر درمان و چند نفر از اعضای خانواده بیمار، اذعان داشتند پدیده استیگما تم اصلی داده‌ها بود (۳۶).

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر عادت‌واره‌های ذهنی سرطان بر استیگمای اجتماعی سرطان، در بین مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی است. در واقع این تحقیق برآن است تا میزان تاثیر جنبه‌های مختلف عادت‌واره بر استیگما را در بین مراقبین بسنجد و نیز مشخص نماید کدام‌یک از ابعاد استیگما از اهمیت بیش‌تری برخوردارند. با توجه به مبانی نظری و تجربی پژوهش حاضر، می‌توان مدل مفهومی را به شکل زیر ترسیم نمود.

شخصی برای ایجاد سرطان، ترس از اجتناب‌ناپذیری ناتوانی و مرگ، خود را نمایان می‌سازد و چنین نگرش‌هایی مانعی بزرگ بر سر راه آزمایش غربال‌گری، تشخیص زودهنگام، و جستجوی درمان ایجاد خواهد کرد (۱۵).

عادت‌واره، نقشه‌ای ذهنی یا چارچوب سازمان‌یافته‌ای از ادراک‌هاست که افراد از طریق آن از خط رفتاری خاصی پیروی می‌کنند به طوری که در تقابل با رفتارهای دیگری است که ممکن بود انتخاب شوند. این ادراک‌ها از طریق جامعه‌پذیری، تجربیات و واقعیت شرایط طبقه فرد توسعه یافته، شکل گرفته و در حافظه باقی می‌مانند (۱۶).

عادت‌واره‌ی ذهنی سرطان نیز به کلیشه‌ها و ته‌نشست‌های ذهنی مردم یک جامعه در مورد بیماری سرطان اشاره دارد که در طول سالیان متمادی شکل گرفته و راهنمای عمل آن‌ها در برخورد با بیماران سرطانی شده است. این عادت‌واره‌ها می‌توانند مبنای قضاوت اطرافیان قرار گرفته و تصورات بیماران سرطانی در مورد خودشان را تحت تاثیر قرار داده و بدین ترتیب روند بیماری آن‌ها را تشدید نماید. در پژوهشی، طی مصاحبه با بیش از ۴۵۰۰ نفر از گروه‌های مختلف در ۱۰ کشور، استیگمای سرطان



نمودار ۱: مدل نظری پژوهش



روش بررسی

روش مورد استفاده در این تحقیق، از نوع پیمایشی - مقطعی و ابزار گردآوری داده‌ها نیز پرسش‌نامه‌ی حاوی گویه‌هایی با طیف لیکرت و متغیرهای زمینه‌ای بوده است.

جامعه‌ی آماری تحقیق، مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی بستری‌شده یا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های درمان سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه به صورت حداکثری یعنی ۳۸۴ نفر انتخاب گردید. برای انتخاب نمونه‌ها، ابتدا شهر تهران به ۵ منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تقسیم‌بندی شد که سهم هر منطقه ۷۷ پرسش‌نامه بود. سپس مهم‌ترین بیمارستان‌های هر منطقه که به درمان و معالجه بیماران سرطانی می‌پرداختند، انتخاب و با مراجعه به آن‌ها پرسش‌نامه‌ها بین مراقبین بیمار که در دسترس بودند توزیع گردید.

شیوه‌ی دقیق توزیع پرسش‌نامه در هر بیمارستان به شکل زیر بود: در مرکز بیمارستان امام‌خیمینی (۷۷ نمونه)، در جنوب بیمارستان بعثت (۷۷ نمونه)، در شرق بیمارستان امام‌حسین (۷۷ نمونه)، در غرب بیمارستان‌های رسول‌اکرم، میلاد و شهیدمدرس (هر کدام ۲۶ نمونه) و در شمال بیمارستان‌های طالقانی، شهدای تجریش، شهیدچمران و بقیه‌الله (هر کدام ۱۹ نمونه).

دو معیار اصلی انتخاب بیمارستان‌ها، دولتی بودن و داشتن مراکز درمانی همه نوع سرطان بود. در مناطق مرکز، جنوب و شرق به دلیل جامع بودن بیمارستان‌ها و حجم بالای مراجعات بیماران سرطانی، کل نمونه‌ها تنها به همان بیمارستان یادشده تعلق گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه بود. برای سنجش متغیر مستقل استیگمای اجتماعی سرطان از

پرسش‌نامه‌ی استاندارد (CSI) cancer stigma index استفاده شد.

این پرسش‌نامه که جهت سنجش دیدگاه‌های عموم راجع به بیماران سرطانی طراحی شده و حاوی ۱۲ گویه و در قالب سه بعد دگرگیزی (با گویه‌هایی چون ناراحتی از صحبت با فرد سرطانی، دوری از دوست مبتلابه سرطان)، خودگیزی (با گویه‌هایی چون احساس انزوا و خجالت در صورت ابتلا به سرطان) و رهاشدگی (با گویه‌هایی چون بی‌فایده بودن درمان سرطان، بار اضافی بودن بیمار سرطانی برای جامعه) است توسط ماریا اورلاندو و همکارانش ساخته و اعتباریابی شده است (۱۸).

پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت و مقدار آلفای کل (۰/۸۲۲) و آلفای هر سه بعد استیگما بیش از ۰/۷۵ به دست آمد. هم‌چنین نتایج تحلیل‌عاملی‌تاییدی نشان داد که بارعاملی همه‌ی گویه‌های استیگما بالای ۰/۵ بوده (و قدرمطلق t نیز بیش از ۱/۹۶ به دست آمد)، بدین معنا که گویه‌های پرسش‌نامه، متغیر استیگما را به‌خوبی اندازه‌گیری کرده‌اند.

برای سنجش متغیر وابسته‌ی عادت‌واره (به‌معنای کلیشه‌ها و ته‌نشست‌های ذهنی مردم یک جامعه در مورد بیماری سرطان)، از پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته استفاده شد که حاوی ۶ گویه و در قالب دو بعد افسون‌گرایی (با گویه‌های سرطان یعنی مرگ، مسری بودن سرطان، سرطان یعنی نفرین خدایان) و درمان‌گریزی (با گویه‌های درمان نداشتن سرطان، گسترش سرطان در اثر جراحی، برگشتن سرطان بعد درمان) بود.

روایی محتوایی این پرسش‌نامه با مراجعه به نظر ده نفر از خبرگان و به‌دست‌آمدن $CvI=0/76$ تأیید گردید. جهت دست‌یابی به



فراوانی بازه‌ی سنی ۲۶-۳۵ سال، ۴۶-۵۵ و بالای ۵۵ سال هم به ترتیب عبارت بودند از ۲۲ درصد، ۲۲ درصد و ۱۵ درصد. در مورد درآمد، ۵۸ درصد درآمد متوسط، ۲۸ درصد درآمد کم و ۱۴ درصد هم درآمد زیاد گزارش دادند. قومیت ۳۴ درصد پاسخ‌گویان فارس، ۳۱ درصد ترک، ۲۲ درصد لر و ۱۲ درصد هم کرد بود.

در مورد متغیر مستقل استیگمای سرطان، ۴۱ درصد استیگمای کم، ۳۱ درصد متوسط و ۲۸ درصد نیز زیاد گزارش داده بودند. در مورد متغیر وابسته عادت‌واره نیز ۴۶ درصد کم، ۲۹ درصد متوسط و ۲۵ درصد زیاد بیان کردند.

باتوجه به جدول ۱ میزان چولگی و کشیدگی در بازه‌ی ۱- و ۱+ قرار گرفته که نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌های پژوهش است. هم چنین میانگین استیگمای سرطان و عادت‌واره در بین پاسخ‌گویان به ترتیب ۲/۱۲ و ۱/۸۲ بوده که نشان‌دهنده‌ی پایین بودن میزان این متغیرها در جامعه‌ی آماری است.

در بین ابعاد متغیر استیگما، میزان خودگریزی از دگرگریزی بیش‌تر است و در بین ابعاد متغیر عادت‌واره، بیش‌ترین میزان مربوط به درمان‌گریزی و کم‌ترین آن مربوط به افسون‌گرایی است.

روایی صوری از ادبیات تجربی و نظری تحقیق و نیز نظر کارشناسان امر کمک گرفته شد.

هم‌چون استیگما مقدار آلفای کل متغیر عادت‌واره (۰/۷۹۵) و آلفای هردو بعد آن بیش‌از ۰/۷۵ به دست‌آمد و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. هم‌چنین طبق نتایج تحلیل‌عاملی تاییدی عادت‌واره، بارعاملی همه‌ی گویه‌ها بالای ۰/۵ و قدرمطلق t بیش‌از ۱/۹۶ به دست‌آمد.

نمره‌گذاری همه گویه‌های پرسش‌نامه به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق) در مقیاس لیکرت بوده که به گزینه‌ی «کاملاً مخالف» نمره‌ی پایین ۱ و به گزینه‌ی «کاملاً موافق» نیز نمره‌ی بالای ۵ تعلق گرفت.

یافته‌ها

توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد از مجموع ۳۸۴ پاسخ‌گو، ۵۲ درصد مرد و ۴۸ درصد زن بودند. از لحاظ تاهل، ۷۰ درصد متاهل و ۳۰ درصد مجرد و از لحاظ مقطع تحصیلی، ۲۸ درصد زیردیپلم، ۳۷ درصد دیپلم، ۳۰ درصد لیسانس و ۵ درصد فوق لیسانس و دکتری بودند. در مورد سن هم بازه‌ی سنی ۳۶-۴۵ با ۲۸ درصد بیش‌ترین و زیر ۲۵ سال با ۱۳ درصد کم‌ترین فراوانی را داشتند.

جدول ۱: نتایج توصیفی سازه‌های تحقیق و بررسی نرمال بودن آن‌ها

میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	حداقل	حداکثر
۲/۱۲	۰/۴۵	-۰/۷۶	۰/۵۱	۱/۳۲	۳/۸۷
۱/۸۲	۰/۲۷	-۰/۳۴	-۰/۶۸	۱/۴۱	۳/۶۱
۲/۰۷	۰/۵۱	۰/۳۶	-۰/۷۱	۱/۲۱	۴/۲۰
۳/۱۴	۰/۵۴	۰/۴۷	-۰/۶۳	۱/۴۳	۴/۳۵
۲/۲۴	۰/۶۱	-۰/۷۳	-۰/۳۷	۱/۲۶	۶/۶۸
۲/۲۱	۰/۵۶	-۰/۷۳	۰/۴۹	۱/۱۴	۳/۷۸
۲/۴۵	۰/۵۹	-۰/۳۸	-۰/۷۱	۱/۲۱	۴/۱۱



مستقیم و معنادار به دست آمده است ($t=0/69$ و $sig<0/05$) یعنی با کاهش یا افزایش میزان عادت‌واره، استیگما نیز کاهش و افزایش می‌یابد. رابطه‌ی بین سایر متغیرها با یکدیگر نیز مستقیم و معنادار می‌باشد. از بین ابعاد عادت‌واره، متغیر افسون‌گرایی، بیش‌ترین ضریب هم‌بستگی را با استیگما دارد ($t=0/87$) و از بین ابعاد استیگما، متغیر رهاشدگی بالاترین رابطه را با عادت‌واره برقرار کرده است (جدول ۳).

میزان استیگمای سرطان در مردان بیش‌از زنان، و در تحصیلات پایین، بیش‌تر از تحصیلات بالا به دست آمد ($sig<0/05$) اما استیگما بر حسب تاهل و سن معنادار نیست. هم‌چنین عادت‌واره مردان بیش‌از زنان، و عادت‌واره افراد با تحصیلات پایین بیش‌از افراد تحصیل کرده است ($sig<0/05$). در مورد عادت‌واره بر حسب سن و تاهل، تفاوت معناداری دیده نشد (جدول ۲). رابطه‌ی بین عادت‌واره و استیگمای سرطان

جدول ۲: نتایج آزمون تفاوت میانگین استیگمای سرطان و عادت‌واره سرطان بر حسب متغیرهای کیفی تحقیق

استیگمای سرطان	میانگین درونی	انحراف معیار	مقدار t/f	sig	عادت‌واره سرطان	میانگین درونی	انحراف معیار	مقدار t/f	sig
جنس	مرد	۲/۶۱	۰/۵۷	۱/۸۵۴	۰/۰۴	جنس	مرد	۲/۷۸	۰/۴۲
	زن	۲/۱۴	۰/۳۹			جنس	زن	۱/۸۴	۰/۶۱
تاهل	مجرد	۲/۳۱	۴۱/۰	۳/۵۱۶	۰/۱۴	تاهل	مجرد	۲/۳۶	۰/۳۹
	متاهل	۲/۴۵	۰/۴۸			تاهل	متاهل	۲/۵۸	۰/۵۸
تحصیلات	زیردیپلم	۳/۲۴	۰/۶۸	۲/۸۴۲	۰/۰۳۶	تحصیلات	زیردیپلم	۲/۸۴	۰/۷۴
	لیسانس	۲/۷۱	۰/۵۹			تحصیلات	لیسانس	۲/۴۲	۰/۵۸
	فوق‌ودکتری	۲/۰۵	۰/۴۶			تحصیلات	فوق‌ودکتری	۱/۴۷	۰/۴۱
سن	زیر ۳۵	۲/۵۹	۰/۵۸	۲/۳۱۲	۰/۲۴	سن	زیر ۳۵	۲/۳۶	۰/۶۱
	۳۶ تا ۵۵	۲/۴۸	۰/۶۷			سن	۳۶ تا ۵۵	۲/۱۵	۰/۵۳
	۵۶ به بالا	۲/۲۹	۰/۴۱			سن	۵۶ به بالا	۱/۹۴	۰/۳۹

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای تحقیق

استیگما	افسون‌گرایی	درمان‌گریزی	دگر‌گریزی	خود‌گریزی	رهاشدگی	عادت‌واره
استیگما	۱	*۰/۸۲	*۰/۷۸	*۰/۴۱	*۰/۳۸	*۰/۶۹
افسون‌گرایی		۱	*۰/۶۵	*۰/۶۸	*۰/۴۱	*۰/۷۵
درمان‌گریزی			۱	*۰/۳۱۴	*۰/۲۷	*۰/۶۴
دگر‌گریزی				۱	*۰/۶۹	*۰/۶۴
خود‌گریزی					۱	*۰/۳۹
رهاشدگی						۱
عادت‌واره						



درمقایسه با متغیر درمان‌گریزی (با ضریب مسیر ۰/۲۵)، تاثیر بیش‌تری بر استیگمای سرطان دارد. هم‌چنین ابعاد استیگمای سرطان به‌ترتیب اهمیت عبارت‌اند از بعد رهاشدگی (با ضریب مسیر ۰/۷۲)، دگر‌گریزی (با ضریب مسیر ۰/۶۴) و خود‌گریزی (با ضریب مسیر ۰/۵۸) (نمودار ۲). دو شاخص اولیه ارزیابی مدل ترسیم‌شده ($p=0/002$, $cmin/df=2/279$) در حد مطلوب به‌دست آمد.

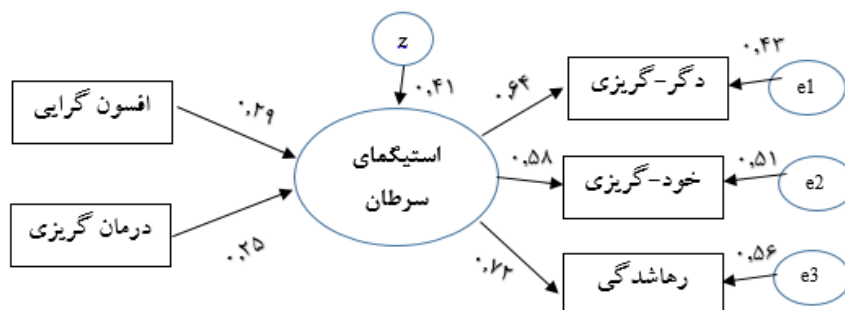
سه شاخص GFI، CFI و AGFI نیز مقداری بالاتر از ۰/۹ را نشان می‌دهند که بیان‌گر مناسب بودن مدل ترسیم‌شده هستند. هم‌چنین، شاخص RMSEA کم‌تر از ۰/۰۸ به‌دست آمده که این نیز در راستای تایید مدل قرار دارد.

طبق نتایج جدول ۴، ضریب همبستگی چندگانه‌ی I^2 نشان می‌دهد که دو متغیر افسون‌گرایی و درمان‌گریزی بر روی هم به‌اندازه‌ی ۰/۴۴۳ با استیگما رابطه دارند. هم‌چنین ضریب تبیین I^2 بیان‌گر این است که این دو متغیر ۱۹/۶ درصد از تغییرات استیگمای سرطان را پیش‌بینی می‌کنند ($sig<0/05$). هم‌چنین ضرایب بتای استانداردشده در جدول مذکور نشان می‌دهد که متغیر افسون‌گرایی ($beta=0/29$) سهم بیش‌تری را نسبت به درمان‌گریزی ($beta=0/25$) در تبیین استیگمای سرطان ایفا می‌کند ($sig<0/05$).

مدل معادله ساختاری متغیرهای تحقیق را همراه با ضرایب تأثیر آن‌ها نشان می‌دهد. متغیر افسون‌گرایی (با ضریب مسیر ۰/۲۹)

جدول ۴: تبیین استیگمای سرطان بر اساس ابعاد عادت‌واره سرطان

متغیر	B	Beta	t	Sig(t)	R	R ²	F	Sig(F)
مقدار ثابت	۲/۴۸۵	-	۱۷/۹۴۲	۰۰۰/۰				
افسون‌گرایی	۰/۱۸۲	۰/۲۹	۳/۰۵۸	۰/۰۰۲	۰/۴۴۳	۰/۱۹۶	۱۱/۵۶۱	۰/۰۰۰
درمان‌گریزی	۰/۱۳۸	۰/۲۵	۲/۶۳۱	۰/۰۰۰				



نمودار ۲: ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی تاثیر عادت‌واره ذهنی سرطان بر استیگمای اجتماعی سرطان (مدل نهایی)



بحث و نتیجه گیری

در مطالعه‌ی حاضر ارتباط استیگمای اجتماعی سرطان و عادت‌واره ذهنی سرطان در بین مراقبین بیماران سرطانی بررسی شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون خطی نشان داد دو بعد متغیر عادت‌واره (یعنی افسون‌گرایی و درمان‌گریزی) بر روی هم به اندازه‌ی ۰/۴۴۳ با استیگما رابطه دارند. همچنین ضریب تبیین I^2 بیان‌گر این است که این دو متغیر ۱۹/۶ درصد از تغییرات استیگمای سرطان را پیش‌بینی می‌کنند ($sig < 0/05$).

رابطه بین عادت‌واره و استیگمای سرطان، مستقیم و معنادار به دست آمد. به این معنا که هرچه افراد بیش‌تر تحت نفوذ باورهای فرهنگی و کلیشه‌های رایج پیرامون سرطان قرار داشته‌باشند، به همان میزان دیدگاه‌های منفی‌تری نسبت به بیماران سرطانی داشته و در عمل نیز رفتارهای غیرانسانی و غیراخلاقی در قبال این بیماران پیش می‌گیرند و این امر پیامدهای ناگواری را برای آن‌ها به همراه خواهد داشت.

در مطالعه‌ای کیفی راجع به چالش‌های کلیدی پیش‌روی بیماران سرطانی در هند (به‌ویژه در رابطه با کمک‌جویی و دسترسی به مراقبت)، طی مصاحبه با بیش از ۵۰ پزشک آنکولوژیست هندی مشخص شد ارزش‌های فرهنگی (یا همان عادت‌واره‌ها) و استیگما دو مانع کلیدی برای درمان سرطان هستند؛ چراکه این عوامل سبب می‌شوند بیماران از ترس انگشت‌نما شدن و مورد اهانت و سرزش قرار گرفتن به خاطر مقصر جلوه دادن آن‌ها در ابتلای‌شان به سرطان، بیماری خود را پنهان کرده و درمان و معالجه‌ی خود را به تاخیر بیندازند (۱۹).

پژوهشی دیگر نشان داد کلیشه‌های فرهنگی مرتبط با بیماری سرطان می‌تواند بر تعاملات افراد جامعه با بیماران سرطانی اثر

گذاشته و آن‌ها را به انزوا و تنهایی بکشاند (۲۰).

از بین ابعاد عادت‌واره، متغیر افسون‌گرایی (با ضریب مسیر ۰/۲۹) در مقایسه با متغیر درمان‌گریزی (با ضریب مسیر ۰/۲۵)، تاثیر بیش‌تری بر استیگمای سرطان داشت؛ به این معنی که هرچه فرد در مقایسه با کلیشه‌هایی چون «درمان‌پذیر بودن یا نبودن سرطان»، بیش‌تر تحت سیطره‌ی افسانه‌هایی چون «نفرین الهی بودن سرطان» قرار داشته‌باشد، استیگمای سرطان بیش‌تری را تجربه کرده و دیدگاه منفی‌تری نسبت به بیمار سرطانی دارد. این امر را می‌توان در بالاتر بودن میانگین درمان‌گریزی (۲/۴۵) نسبت به افسون‌گرایی (۲/۲۱) نیز مشاهده کرد.

best و همکاران (۱۰) نشان دادند بیش‌ترین واکنش منفی مراقبین نسبت به بیماران سرطانی، تحت تاثیر باورهای اسطوره‌ای چون «مسری بودن سرطان» و «سرطان مجازات اعمال افراد است» بوده و کلیشه‌های مربوط به درمان سرطان نقش کم‌تری در این زمینه دارند. حسن‌شیری و همکاران (۲۱)، oystacher و همکاران (۲۲)، elangovan (۲۳) دریافتند افسانه‌های مرتبط با درمان سرطان از جمله «عدم بهبودی سرطان»، یا «گسترش سرطان در اثر جراحی» در بین افراد جامعه بسیار شایع است. ضریب‌مسیر استیگما با بعد رهاشدگی (۰/۷۲) بیش‌تر از دو بعد دیگر است که نشان‌دهنده‌ی بالا بودن اهمیت این بعد از استیگماست.

در واقع باورهایی چون «بی‌فایده دانستن درمان و حمایت از بیمار سرطانی» و یا «مقصر جلوه دادن خود بیمار در ابتلایش به سرطان»، ایده‌هایی بس خطرناک‌تر از «هم‌صحبت نشدن با بیمار سرطانی» است و این امر می‌تواند راه‌های معالجه و درمان را بر روی بیماران ببندد.



همکاران (۲۲) نیز در پژوهش خود، از تاثیرات مخرب کلیشه‌ها و اسطوره‌های پیرامون سرطان بر خودانگاره بیماران و مخدوش شدن هویت آن‌ها خبر داده‌اند.

میزان استیگما و عادت‌واره در زنان بیش از مردان به‌دست آمد و دلیل این امر را می‌توان در حضور پررنگ‌تر زنان نسبت به مردان در نقش‌های مراقبتی و حمایتی از بیماران (سرطانی) دانست. در واقع از آنجایی که زنان در زمان نیاز، بیش از مردان به مراقبت و پرستاری از بیماران می‌پردازند و از لحاظ عاطفی و روانی، ارتباط موثرتری با فرد بیمار برقرار می‌کنند لذا کم‌تر تحت تاثیر کلیشه‌های رایج پیرامون سرطان قرار می‌گیرند.

gershfeld و همکاران (۳۲) و bedi و devins (۳۳) برخلاف نتایج تحقیق حاضر دریافته‌اند که استیگما و عادت‌واره سرطان در بین زنان بیش‌تر از مردان است. دلیل این تناقض را می‌توان در جامعه آماری دو تحقیق یادشده دانست (مراقبین بیمار در مقابل عموم مردم). افراد تحصیل‌کرده نیز استیگما و عادت‌واره کم‌تری نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر داشتند و در این جا می‌توان نقش آموزش و آگاهی را در کاهش باورها و تصورات نادرست پیرامون سرطان به‌وضوح دید. pak و همکاران (۳۴) و siti و همکاران (۲۶) در تحقیق خود راجع به نقش آگاهی در استیگما به این امر اذعان داشته‌اند.

مدل معادلات ساختاری طراحی شده در ارتباط با رابطه استیگما و عادت‌واره (همراه با ابعاد آن‌ها) و شاخص‌های برازش آن، همگی در راستای تایید مدل مفهومی اولیه قرار گرفتند، به این معنا که متغیرهای آشکار افسون‌گرایی و درمان‌گریزی (به‌عنوان دو بعد متغیر پنهان عادت‌واره) قابلیت پیش‌بینی متغیر پنهان استیگمای اجتماعی سرطان (با ابعاد آشکار دگرگریزی،

مصدق راد (۲۴) «بی‌فایده دانستن درمان بیماران سرطانی» را یکی از عوامل اثرگذار بر کیفیت خدمات مراقبتی بیماران برشمرده است. tripathi و همکاران (۲۵) نیز «مقصر دانستن بیماران در ابتلای آن‌ها به سرطان» را عامل مهمی در همراهی نکردن بستگان بیمار جهت مراقبت و درمان آن‌ها عنوان کرده‌اند.

میزان استیگما و عادت‌واره در بین پاسخ‌گویان پایین‌تراز حد میانگین به‌دست آمد و این امر به دلیل آگاهی نسبتاً خوب مراقبین از بیماری سرطان و نیز تماس دائم آن‌ها با بیماران سرطانی است. در واقع دو عامل آگاهی و سطح تماس می‌توانند تاحدی از میزان افسانه‌ها و باورهای نادرست پیرامون سرطان بکاهند. siti و همکاران (۲۶) و یوسف و همکاران (۲۷) در پژوهش خود دریافته‌اند که آگاهی از جنبه‌های مختلف بیماری سرطان و نیز سطح تعامل افراد با بیماران سرطانی می‌تواند از میزان استیگمای ناشی از سرطان بکاهد. بخش علی‌زاده و همکاران (۲۸) و ohlsson و همکاران (۲۹) نیز به نتایج مشابهی در این مورد دست یافتند.

در بین ابعاد متغیر استیگما، میزان خودگریزی از دگرگریزی بیش‌تر بود، به این معنا که افرادی که خودشان مبتلا به سرطان می‌شوند بیش‌تر تحت تاثیر باورها و افسانه‌های پیرامون سرطان و پیامدهای ناشی از آن قرار می‌گیرند تا این که به‌عنوان فردی سالم در تعامل با بیمار سرطانی باشند و این امری منطقی است چرا که یک فرد سالم هرگز نمی‌تواند احساسات و تجربیات فرد بیمار را درک کند مگر این که خود در چنین موقعیتی قرار بگیرد.

Sabgul (۳۰)، squiers و همکاران (۳۱) و oystacher و



مسئول برای مراقبین بیماران سرطانی به منظور آگاه‌سازی و حمایت‌های همه‌جانبه از آنها

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری امید مظلومی می‌باشد و با کد IR.Yazd.Rec.1401.065 به تصویب کمیته‌ی اخلاق دانشگاه یزد رسیده است. هم‌چنین در هنگام توزیع پرسش‌نامه‌ها بین همراهان بیمار، آن‌ها را در جریان اهداف اصلی پژوهش قرار داده تا با آگاهی و رضایت‌مندی کامل به پرسش‌ها پاسخ دهند.

سهم نویسندگان

سهم هریک از نویسندگان به‌ترتیبی که در مقاله ذکر شده عبارت‌است از امید مظلومی: طراحی پژوهش، گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش اولیه، دکتر پارسامهر: طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، اصلاح مقاله، دکتر زارع: تحلیل داده‌ها، اصلاح مقاله. هم‌چنین، نویسندگان نسخه‌ی نهایی مقاله را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخ‌گویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

این مقاله هیچ منبع و حمایت مالی نداشته است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند در وهله‌ی اول، از مدیریت و کادر درمان بخش سرطانی بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهر تهران از جمله بیمارستان‌های امام خمینی، امام حسین، بعثت، میلاد و شهدای تجریش و در وهله‌ی بعد، از افرادی که باکمال

خودگریزی و رهاشدگی) را دارند. باتوجه به تحلیل‌های یادشده و سهم هریک از متغیرهای عادت‌واره در تبیین استیگما و نیز میزان هم‌بستگی عادت‌واره با ابعاد خود، میزان هم‌بستگی استیگما با ابعاد خود و میزان هم‌بستگی استیگما و عادت‌واره، می‌توان پیشنهادهای زیر را جهت افسانه‌زدایی و کاستن از سنگینی بار این باورهای نادرست ارائه کرد:

۱-شناسایی سایر کلیشه‌ها و تصورات قالبی نسبت به بیماران سرطانی و بیماری سرطان، دسته‌بندی، و بعددهی به آن‌ها

۲-وزن‌دهی، اولویت‌بندی و تعیین میزان اثرگذاری هریک از عادت‌واره‌ها جهت مقابله و خنثی‌سازی سریع‌تر آن‌ها

۳-انجام پژوهش‌هایی مشابه در سایر جوامع آماری از جمله بیماران، افراد عادی و کادر درمان

۴-انجام پژوهش‌هایی که نقش متغیرهای تاثیرگذار بر عادت‌واره سرطان را بیابند.

۵-تاکید پزشکان و کادر درمان مرتبط بر درمان‌پذیر بودن سرطان و آگاه کردن مراقبین از پیشرفت‌های علمی صورت گرفته در بخش درمان سرطان

۶-توجه بیش‌تر به بعد اساطیری و ماورائی عادت‌واره‌های سرطان در مقایسه با جنبه‌های عینی‌تر و واقعی‌تر آن‌ها

۷-کمک پزشکان و کادر درمان مرتبط به متخصصین اجتماعی جهت کشف عادت‌واره‌های سرطان در طول مراحل مختلف درمان و اطلاع‌رسانی آن به سایرین جهت مقابله و خنثی‌سازی آن‌ها

۸-گردهمایی مراقبین بیماران سرطانی در قالب انجمن‌هایی خاص جهت به اشتراک گذاشتن تجربیات خود

۹-برگزاری همایش‌ها و کنفرانس‌های سالانه از سوی نهادهای



صبر و حوصله به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند کمال امتنان و سپاس را داشته باشند.

References

- 1-Park YM, Kim HY, Kim JY, et al. Relationship between type D personality, symptoms, cancer stigma, and quality of life among patients with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2022.
- 2-Larkin D, Birtle AJ, Bradley L, Dey P, Martin CR, Pilkington M & Romero-Rivas C. A systematic review of disease related stigmatization in patients living with prostate cancer 2022; *Plos one*, 17(2), e0261557.
- 3-IARC World Cancer Report (2020). Available from: <https://www.iccpportal.org/system/files/resources/IARC%20World%20Cancer%20Report%202020.pdf>
- 4-Amirkhah R, Naderi-meshkini H, Mirahmadi M, Allahyari & Sharifi H. Cancer Statistics in Iran: Towards Finding Priority for Prevention and Treatment. *cancer press* 2017; 3(2): 27-38. [in Persian].
- 5-Globocan. international agency research on cancer 2020. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
- 6-LeSeure P, Chongkham-ang S. The experience of caregivers living with cancer patients: A systematic review and meta-synthesis. *J Pers Med* 2015; 19(2): 406-39.
- 7-Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol* 2004; 2:145-55.
- 8-Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Med* 2019; 17:1-15.
- 9-Harding R, Nair S, Ekstrand M. Multilevel model of stigma and barriers to cancer palliative care in India: A qualitative study. *BMJ Open* 2019;9(3):e024248.
- 10-Best AL, Shukla R, Adamu AM, Martinez Tyson D, Stein KD & Alcaraz KI. Impact of caregivers' negative response to cancer on long-term survivors' quality of life. *Support Care Cancer* 2021; 29:679-86.
- 11-Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall Inc 1963.



- 12-Dovidio JF, Major BA, Crocker J. Stigma: introduction and overview. In *The Social Psychology of Stigma*. Edited by Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG. New York: Guilford Press. 2000; 1–28.
- 13-Scambler G. Health-related stigma. *Sociol Health Illn* 2009; 31:441–455.
- 14-Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med*. 2006; 11:277–287.
- 15-Nyblade L, Stockton M, Nyato D, Wamoyi J. Perceived, anticipated and experienced stigma: exploring manifestations and implications for young people's sexual and reproductive health and access to care in North- Western Tanzania. *National Library of Medicine*. 2017; 19(10): 1–16.
- 16-Bourdieu P. *The Logic of Practice*. Stanford CA, Stanford University Press; 1990.
- 17-Wagstaff A. Stigma: breaking the vicious circle; patient voice, *Cancer World*. 2013; 24-29.
- 18-Maria O E, Anita Ch, Brian S, Rebekkah S, Claire N & Ruth R. Developing a Global Cancer Stigma Index. *SAGE JOURNALS*. 2014;4(3):2158244014547875.
- 19-Broom A, Doron A. The rise of cancer in urban India: cultural understandings, structural inequalities and the emergence of the clinic. *Health*. 2012; 16(3):250–66.
- 20-Webb LA, McDonnell KK, Adams SA, et al. Exploring stigma among lung cancer survivors: A scoping literature review. *Oncol Nurs Forum*. 2019; 46:402-418.
- 21-Hasan Shiri F, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, & Rohani C. Stigma and Related Factors in Iranian People with Cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2018; 19(8):2285-2290.
- 22-Oystacher T, Blasco D, He E, Huang D, Schear R, McGoldrick D, et al. Understanding stigma as a barrier to accessing cancer treatment in South Africa: Implications for public health campaigns. *Pan Afr Med J*. 2018; 29:73.
- 23-Elangovan V, Rajaraman S, Basumalik B & Pandian D. Awareness and perception about cancer among the public in Chennai, India. *J Glob Oncol*. 2016; 3:469-79.
- 24-Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag*. 2014; 3:77-89.
- 25-Tripathi L, Datta SS, Agrawal SK, Chatterjee S & Ahmed R. Stigma perceived by women following surgery for breast cancer. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2017; 38(2):146–52.



- 26-Abd-Razak SF, Abdul-Manaf NB & Nawang DB. An Analysis of Cancer Awareness and Stigma Among Malaysia's Non-Patient Population 2023.
- 27-Yusof, MM & Wan-Ishak, WZ. Cancer in My Community: Addressing Increasing Cancer Cases in Malaysia. 2022.
- 28-Bakhshalizadeh F, shahidi SH, Hazini A. Attitude towards death and life meaning in dying cancer patients: a phenomenological study. Quarterly Journal of Health Psychology. 2021;10(37):65-82
- 29-Ohlsson-Nevo E, Ahlgren J & Karlsson J. Impact of health-related stigma on psychosocial functioning in cancer patients: Construct validity of the stigma-related social problems scale. European Journal of Cancer Care (Engl) 2020; 29(6), e13312.
- 30-Sabgul AA, Qattan AMN, Hashmi R, et al. Husbands' knowledge of breast cancer and their wives' attitudes and practices related to breast cancer screening in Saudi Arabia: Crosssectional Online Survey. Journal of Medical Internet Research 2021; 23(2): e25404.
- 31-Squiers L, Siddiqui M, Kataria I, Dhillon PK, Aggarwal A, Bann C, *et al.* Perceived, Experienced, and Internalized Cancer Stigma: Perspectives of Cancer Patients and Caregivers in India. Research Triangle Park (NC): RTI Press. 2021.
- 32-Gershfeld-Litvin a, halabi s & bellizzi k. Stigma related to breast cancer among women and men: The case of the Druze minority in Israel. J Health Psychol 2023; 28(2):189-199.
- 33-Bedi M, Devins GM. Cultural considerations for south Asian women with breast cancer. Journal of Cancer Survivorshi. 2016; 10:31–50.
- 34-Pak LM, Purad CC, Nadipally S, Rao MP, Mukherjee S, Hegde SKB, *et al.* Cancer awareness and stigma in Rural Assam India: Baseline survey of the detect early and save her/him (DESH) program. Ann Surg Oncol. 2021; 28:7006-13.
- 35-Yılmaz M, Dissiz G, Usluoğlu AK, Iriz S, Demir F, Alacacioglu A. Cancer-Related Stigma and Depression in Cancer Patients in A Middle-Income Country. Asia Pac J Oncol Nurs. 2019 Oct 23;7(1):95-102. doi: 10.4103/apjon.apjon_45_19. PMID: 31879690; PMCID: PMC6927157.
- 36-Mohabbat-bahar S, Bigdeli I, Mashhadi A, and Moradi-Joo M; Investigation of Stigma Phenomenon in Cancer: A Grounded Theory Study. International Journal of Cancer Management. 2017; 10(2): 1-7. [Persian]