J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2025/04/06 *Accepted:2025/06/02*

Psychological Experiences of Women with Cancer Regarding Factors Affecting the Disease: A Qualitative Study

Leila Barjasteh (Ph.Ds.)[1], Mohammad Hossein Fallah (Ph.D.)[2], Najmeh Sedrpoushan (Ph.D.)[3], Abolghasem Asi Moznab (Ph.D.)[4]

1.Ph.D. Student in Counseling, Faculty of Education, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran
2.Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Education, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran
3.Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Education, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran Email: n.sedrpoushan@iau.ac.ir Tel: 09133526993
4.Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Faculty of Humanities, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: In various human societies, cancer, as one of the most irritating, exhausting, and deadly diseases, has always had numerous negative effects on the lives of patients and their loved ones. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the psychological experiences of women with cancer as factors affecting the disease

Methods: The present study employs a qualitative approach and is applied in nature. Data collection was conducted through interviews with participants. The study sample consisted of 24 women diagnosed with cancer, aged 30 to 60, residing in Kerman, Iran. Participants were selected through purposive sampling. Data were gathered using semi-structured interviews, continuing until theoretical saturation was achieved. After collection, the data were recorded, documented, and transcribed. Subsequently, to identify, extract, organize, and interpret the latent themes, a coding process within thematic analysis was conducted using MAXQDA-2022 software.

Results: The findings showed that 5 main clusters and 12 sub-clusters were identified, including: health care factors (physical and mental health management; health behaviors; importance of education and awareness), use of coping mechanisms (Islamic coping style; acceptance; problem solving), social support networks (social network of family, friends, and those around them; support network of medical staff and hospital personnel), personality and attitude (personality traits of optimism and self-efficacy; positive attitude), and mental health (mental stress; mental disorders and anxiety and depression).

Conclusion: The results showed that the factors influencing disease in patients with cancer are a complex issue that, in addition to the most important causes of cancer, also depends on numerous other factors, including health care factors, coping mechanisms, support and social networks, personality, attitude, and mental health, which can affect the condition of cancer patients in a precipitating or intervening manner and be effective in preventing its progression or improving it.

Keywords: Psychological Experiences,Women,Cancer

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

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

This Paper Should be Cited as:
Author: Leila Barjasteh, Mohammad Hossein Fallah, Najmeh Sedrpoushan, Abolghasem Asi Moznab. Psychological Experiences of Women with Cancer Regarding Factors …….Tolooebehdasht Journal. 2025;24(3)99-118.[Persian]

تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان از عوامل موثر بر بیماری: یک مطالعه کیفی

نویسندگان: لیلا برجسته[۱]، محمدحسین فلاح[۲]، نجمه سدرپوشان[۳]، ابوالقاسم عاصی مذنب[۴]

۱.دانشجوی دکترای مشاوره، دانشکده تعلیم و تربیت، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

۲.دانشیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده تعلیم و تربیت، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

۳.نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده تعلیم و تربیت، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۲۶۹۹۳ Email:n.sedrpoushan@iau.ac.ir

۴.استادیار گروه معارف، دانشکده علوم انسانی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و چهارم
شماره سوم
مرداد و شهریور
شماره مسلسل:۱۱۱

تاریخ وصول:۱۴۰۴/۰۱/۱۷
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۳/۱۲

چکیده

مقدمه: در جوامع مختلف بشری، همواره سرطان به عنوان یکی از بیماری های آزاردهنده، طاقت فرسا و کشنده توانسته است اثرات منفی متعددی بر زندگی مبتلایان و اطرافیان آنان داشته باشد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان از عوامل موثر بر بیماری انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر از حیث رویکرد کیفی، از نظر هدف کاربردی و به شیوه مصاحبه با شرکت کنندگان انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان با دامنه سنی ۳۰ تا۶۰ سال در شهر کرمان تشکیل می دادند که به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شدند و این روند تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. پس از جمع‌آوری، اطلاعات ضبط، ثبت و تایپ گردیدند. سپس برای شناسایی، استخراج، سازمان‌دهی و تحلیل مضامین پنهان در داده‌ها، فرآیند کدگذاری در چارچوب تحلیل مضمون با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA-2022 اجرا شد.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد که ۵ خوشه اصلی و ۱۲ خوشه فرعی شامل: عوامل بهداشتی درمانی (مدیریت درمان جسمی و روانی؛ رفتارهای بهداشتی؛ اهمیت آموزش و آگاهی)، استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای (سبک مقابله اسلامی؛ پذیرش؛ حل مسئله)، شبکه های حمایتی اجتماعی(شبکه اجتماعی خانواده و دوستان و اطرافیان؛ شبکه حمایتی کادر درمان و پرسنل بیمارستانی)، شخصیت و نگرش (ویژگی‌های شخصیتی خوش‌بینی و خودکارآمدی؛ نگرش مثبت گرا)، سلامت روان (تنش ذهنی؛ اختلالات روانی و اضطراب و افسردگی) شناسایی شدند.

نتیجه گیری: نتایج نشان دادکه عوامل موثر بر بیماری در بیماران مبتلا به سرطان مسئله ای پیچیده است که علاوه بر مهم‌ترین علل ایجاد سرطان، به عوامل متعدد دیگری نیز بستگی دارد. از میان عوامل بهداشتی–درمانی، مکانیسم‌های مقابله‌ای، شبکه‌های حمایتی و اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی، نگرش و سلامت روان می‌توانند به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز یا مداخله‌گر بر وضعیت بیماران سرطانی اثر بگذارند و در پیشگیری از پیشرفت بیماری یا بهبود آن نقش داشته باشند.

واژه های کلیدی: تجارب روانشناختی، زنان، سرطان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای رشته مشاوره می باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

تشخیص سرطان یک تجربه بحرانی و غیر قابل پیش بینی است که علاوه بر شوک روانی، موجب تغییرات گسترده‌ای در زندگی فرد می‌شود. این بیماری می‌تواند بهره‌وری شغلی را کاهش داده، روابط اجتماعی و خانوادگی را مختل کند و بر وضعیت اقتصادی فرد تأثیر منفی بگذارد. در مجموع، این تغییرات منجر به افت کیفیت زندگی و آسیب به سلامت روانی و اجتماعی بیمار می‌شوند(۱). شیوع سرطان در ایران طی دهه‌های اخیر به طور قابل توجهی افزایش یافته است که این روند ناشی از عوامل محیطی، سبک زندگی ناسالم، تغییرات تغذیه‌ای، آلودگی هوا و افزایش مواجهه با مواد سرطان‌زا است(۲). همچنین شیوع سرطان در جهان روند افزایشی دارد و پیامدهای گسترده‌ای در زمینه‌های خانوادگی، اقتصادی، قانونی و اجتماعی ایجاد کرده است. گزارش GLOBOCAN و مطالعه بری و همکاران (۲۰۱۸) این افزایش را با بررسی داده‌های ۱۸۵ کشور تأیید کرده‌اند(۳).

سرطان با ایجاد تغییرات اساسی در ساختار خانواده، تأثیرات گسترده‌ای بر جنبه‌های جسمانی، روان شناختی، اجتماعی و اقتصادی دارد. بیماران علاوه بر تجربه درد و ناراحتی جسمانی، با اضطراب و افسردگی روبه‌رو می‌شوند. هزینه‌های درمانی بالا و محدودیت‌های شغلی نیز روابط اجتماعی و نقش‌های خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین، این بیماری افراد را به بازنگری در باورها و ارزش‌هایشان سوق می‌دهد(۴).

رویکرد جامع مدیریت سرطان نه تنها سلامت جسمی بیماران را بهبود می‌بخشد، بلکه کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقاء می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تهدید حیات یکی از دغدغه‌های اصلی بیماران پس از تشخیص بیماری است. به دلیل تمایل انسان به جاودانگی، مواجهه با روند تدریجی ضعف و ناتوانی می‌تواند آسیب‌های روانی و احساسی شدیدی به همراه داشته باشد(۵). الیزابت کوبلر راس (۱۹۶۹) در کتاب «پایان راه: پیرامون مرگ و مردن» مدل پنج‌مرحله‌ای سوگواری را معرفی می‌کند که نخستین مرحله آن «انکار و انزوا» است. او معتقد است که افراد پس از دریافت تشخیص بیماری تهدیدکننده زندگی، واکنش‌های هیجانی شدیدی مانند شوک، اضطراب، ترس، ناراحتی، عصبانیت، احساس ناامنی، فقدان هویت و نیاز به همدلی را تجربه می‌کنند. این مشاهدات، نظریه او را در زمینه مراحل سوگواری تأیید می‌کند(۶).

بیماری‌های حاد و مزمن به ویژه سرطان، پیامدهای منفی متعددی دارند که شامل کاهش کیفیت زندگی، افت بهزیستی ذهنی، افزایش استرس، افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌شود. در این میان، افسردگی، اضطراب و ناامیدی بیشترین شیوع را دارند. همچنین تشخیص و درمان سرطان برای بیماران تجربه‌ای پراسترس محسوب می‌شود. نتایج مطالعات در مورد ارتباط بین استرس و میزان ابتلا به سرطان به عنوان یکی از مسائل حل نشده دارای نتایج ضد و نقیضی است(۷). به عنوان نمونه، بیماران سرطانی در مراحل پایانی بیماری با از دست دادن کنترل جسمی و روانی، استقلال و روابط اجتماعی، احساس انزوا و تنهایی را تجربه می‌کنند.این وضعیت می‌تواند بر سازگاری اجتماعی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد و حتی موجب اجتناب از بیان مشکلات یا تمایل به خودکشی شود. روند درمان نیز فشارهای روحی و اجتماعی شدیدی بر بیمار و اطرافیانش وارد کرده و ممکن است باعث کاهش انگیزه، بی‌میلی به فعالیت‌های شخصی، اختلالات

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

تغذیه‌ای یا سوءمصرف مواد شود. علاوه بر این، عوارض داروها و پرتودرمانی می‌توانند تفکر، احساسات و توانایی تصمیم‌گیری را مختل کنند(۸،۹).

سرطان تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد که در ایران شامل تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، آلودگی هوا، سبک زندگی کم‌تحرک، عوامل ژنتیکی، عفونت‌ها و نبود غربالگری و تشخیص زود هنگام است. مطالعه‌ای جامع در مرکز تحقیقات سرطان پستان نیز طیف گسترده‌ای از عوامل مؤثر بر میزان بقا و عود بیماری را در ایران و جهان بررسی کرده است(۱۰). همچنین درمان های سرطان مانند جراحی، شیمی درمانی و پرتو درمانی و غیره نیز می توانند به تغییرات جسمی مانند ریزش مو، تغییر وزن و زخم بر روی پوست منجر شوند که چنین مواردی می توانند تأثیری مستقیمی بر تصویر منفی فرد از بدن خود داشته باشد. این افراد نیز می توانند سوء ظن به اطرافیان خود پیدا کنند که آن ها را نمی توانند درک کنند که این نیز می تواند به کاهش تعاملات اجتماعی و انزوای آنان منجر شود(۱۱). از نظر روانشناختی، ابعاد شخصیتی نقش مهمی در سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان دارند و می‌توانند با بروز بیماری ارتباط مستقیم داشته باشند. این افراد اغلب دارای نگرش‌های منفی بوده و به مداخلات روانشناختی نیاز دارند. آگاه‌سازی، به ویژه برای افراد در معرض خطر، می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر کاهش عوامل منفی، افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته باشد.

در بررسی‌های انجام‌شده در سایر کشورها، فرآیند سرطان‌زایی را تحت عوامل ترکیبی مختلف از قبیل ژنتیکی، محیطی و سبک زندگی بررسی کرده اند. مطالعات جهانی نشان داده‌اند که فرآیند سرطان‌زایی تحت تأثیر ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی و سبک زندگی قرار دارد. قرار گرفتن در معرض مواد سرطان زا، آلودگی هوا، مصرف دخانیات، عادات غذایی ناسالم و چاقی از عوامل اصلی در افزایش خطر سرطان هستند. سیگار عامل مهمی در سرطان‌های ریه، گلو و پانکراس است، در حالی که مصرف گوشت‌های فرآوری شده، الکل و چربی‌های اشباع با سرطان‌های دستگاه گوارش و کبد مرتبط شده‌اند. چاقی نیز با التهاب مزمن و اختلالات هورمونی، احتمال ابتلا به چندین نوع سرطان را افزایش می‌دهد(۱۲).

ربکا ای اولسن (۲۰۱۵) در کتاب «به سوی جامعه‌شناسی مراقبت از سرطان: زمان احساس» تأکید می‌کند که سرطان نه تنها بیمار بلکه مراقبان او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. مراقبت از بیماران سرطانی از چهار بُعد روی مراقب تاثیرگذار است: باعث فرسودگی جسمی و ذهنی، فشار روانی، مشکلات مالی و تغییرات در روابط اجتماعی خانواده‌ها که این بیماری علاوه بر تأثیرات فردی، پیامدهای گسترده‌ای برای نزدیکان بیمار دارد(۱۳). پژوهش پورحسین و فرشام (۱۳۹۹) نشان داده است که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت تأثیر عوامل جسمی، روانی و اجتماعی قرار دارد و بهبود آن نه‌تنها برای بقای بیمار بلکه برای انسجام خانواده نیز ضروری است. سازگاری به عنوان عامل کلیدی در افزایش کیفیت زندگی، تحت تأثیر عواملی مانند معنویت، راهبردهای مقابله‌ای، هوش اجتماعی و هیجانی، حمایت اجتماعی، وضعیت تأهل، روابط خانوادگی، سابقه سرطان، افسردگی قبل از بیماری و خودکارآمدی قرار دارد(۱۴). همچنین پژوهش حسنی و همکاران (۱۴۰۰) بیان می دارد که سرطان علاوه بر تأثیرات جسمی، پیامدهای روانی،

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

اجتماعی و عاطفی قابل توجهی دارد و می‌تواند اثرات طولانی مدتی بر بازماندگان بیماری بگذارد. توجه به جنبه‌های روانشناختی باعث افزایش سازگاری بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود. همچنین درمان‌های روانشناختی و حمایت‌های اجتماعی نقش مهمی در سلامت بیماران و اطرافیانشان دارند(۱۵).

رویکرد کیفی در مطالعه تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان، نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند، زیرا به درک عمیق‌تر و جامع‌تر از تأثیرات روانی، اجتماعی و عاطفی این بیماری بر زندگی آنان کمک شده است. در پژوهش حاضر، امکان بررسی مستقیم و عمیق تجربه زیسته زنان مبتلا به سرطان فراهم گردید تا پژوهشگر با استفاده از مصاحبه‌های عمیق، مشاهده مشارکتی و تحلیل روایت بتواند به تأثیر سرطان بر هویت فردی، روابط اجتماعی و احساسات بیماران دست یابد. زنان مبتلا به سرطان بیماری خود را به شیوه‌های مختلف معنا می‌کنند. پژوهش‌های کیفی به شناخت بهتر نحوه تفسیر، پذیرش و کنار آمدن با چالش‌های ناشی از بیماری کمک کرده‌اند. همچنین عوامل روانی مانند اضطراب، افسردگی و امید به زندگی، همراه با تأثیر حمایت خانوادگی، نقش‌های جنسیتی و تعاملات اجتماعی بر وضعیت روانی این زنان بررسی شده‌اند.

همچنین داده‌های حاصل از این پژوهش کیفی به متخصصان سلامت روان کمک خواهد کرد تا برنامه‌های حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی مؤثرتری برای زنان مبتلا به سرطان طراحی کنند. این پژوهش‌ها اطلاعات ارزشمندی درباره نیازهای روانشناختی بیماران ارائه می‌دهند که برای ارائه مراقبت‌های جامع و انسانی ضروری است تا در افزایش آگاهی عمومی درباره چالش‌های روانی زنان مبتلا به سرطان و کاهش انگ اجتماعی مرتبط با این بیماری، نقش موثری داشته باشند. ریاحی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود به بررسی مطالعات انجام شده توسط پژوهشگران ایرانی در حوزه سرطان طی یک دهه و مقایسه آن با تحقیقات سایر کشورها پرداختند. یافته‌ها نشان دادند که علیرغم رشد قابل‌توجه تولیدات علمی از لحاظ کمی در سال‌های اخیر، کیفیت این مقالات کمتر مورد توجه قرار گرفته و اغلب در مجلات معتبر و باکیفیت بالا منتشر نشده‌اند. این امر اهمیت انجام پژوهش‌های کیفی را برجسته می‌سازد، زیرا چنین تحقیقاتی امکان درک عمیق‌تر و جامع‌تر عوامل مرتبط با سرطان را فراهم می‌کنند و می‌توانند به توسعه راهبردهای مؤثر در پیشگیری و درمان این بیماری کمک کنند(۱۶).

با نگاهی جامع، این مطالعه در کلان شهری واقع در جنوب شرق ایران و مرکز استان کرمان انجام گرفت، چراکه در سال‌های اخیر، روند افزایش موارد ابتلا به سرطان در این استان از میانگین کشوری فراتر رفته است. کمربند سرطان‌های گوارشی در بخش‌های شمالی استان و رشد قابل توجه سرطان پستان در شهرستان هایی همچون بافت، به‌گونه‌ای است که ادامه روند فعلی تا سال ۱۴۱۰ شمار مبتلایان جدید را به بیش از ۵ هزار نفر در سال خواهد رساند(۱۷).

افزون بر این، ترکیب جمعیتی گسترده با قومیت‌ها، ارزش‌ها و نگرش‌های متنوع، در کنار نرخ بالای مهاجرت از سایر استان‌ها به این منطقه و تغییرات مستمر در بافت فرهنگی-اجتماعی، ضرورت انجام مطالعات کیفی گسترده‌تری را در این کلان‌شهر بیش‌از پیش نمایان می‌سازد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش پدیدار شناسی (Phenomenology) انجام گرفت. این مطالعه دارای ماهیت کیفی و مبتنی بر تجزیه و تحلیل است. در این روش ابزار گردآوری داده‌ها براساس مصاحبه‌های نیمه ساختارمند بود. انتخاب نمونه ها براساس نمونه گیری هدفمند و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و راحتی و احساس امنیت و اعتماد به پژوهشگر صورت گرفت. همچنین بیماران تمایل خود را به شرکت در انجام مصاحبه با تکمیل رضایت نامه اعلام کردند.

جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان بود که از شهریورماه ۱۴۰۲ تا مهرماه ۱۴۰۳ به مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی کرمان و بیمارستان دکتر افضلی پور در شهر کرمان مراجعه و یا بستری شده و یا در حال گذران درمان به صورت مستمر بودند. همواره سعی شد که انتخاب شرکت کنندگان در پژوهش تا حد امکان از نظر سن، نوع سرطان، تحصیلات، شغل، وضعیت مالی و منطقه سکونت متمایز باشند تا دسترسی به حداکثر تجارب مختلف در سطوح گوناگون جامعه آماری حاصل شود. پس از کسب مجوزهای لازم از مراجع دانشگاه و بیمارستان و ارائه تعهد کتبی جهت انجام پژوهش دانشگاهی، جمع آوری نمونه ها آغاز گردید. مهم ترین ملاک جهت انتخاب افراد برای شرکت در پژوهش این بود که علائم و نشانه های بیماری سرطان را داشته و یا در حال گذراندن درمان بیماری بوده باشند.

پیش از این با مطالعه مدارک و مستندات عمومی پزشکی بیماران که از طریق بیمارستان و یا مرکز درمان سرطان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت، اطلاعات برخی از بیماران سرطانی مشخص شده بود و فقط نیازمند مرحله مصاحبه با آنان بود. بنابراین جمع آوری نمونه ها به صورت هدفمند در بازه زمانی تقریبا یک ساله انجام شد.

هدف از انجام نمونه گیری هدفمند، انتخاب شرکت کنندگان به نمایندگی از طیف وسیعی از بیمارانی بودند که به سرطان های مختلفی مانند: سرطان رحم، خون، غدد، معده، مغزاستخوان، پستان، تخمدان، آندومتر(لایه داخلی پوشش رحم)، دهانه رحم، روده دچار شده و یا در حال سپری کردن درمان بودند.

از دلایل طولانی بودن بازه زمانی یکساله در گردآوری داده ها، خودداری بیماران یا مخالفت خانواده آنان از انجام مصاحبه به خاطر شرایط خاص فرهنگی و اجتماعی حاکم بر منطقه، کم بودن نوع خاصی از سرطان در یک گروه از زنان و نیز ترس از شناسایی هویت و یا ترس از شرایط آینده برای بیمار را می توان از مهم ترین دلایل برشمرد. این پژوهش با ۲۴ شرکت کننده در مصاحبه به اشباع نظری رسید و جمع آوری داده ها تا زمانی ادامه یافت که اطلاعات و مفاهیم جدیدتری حاصل نگردید. البته تعداد مصاحبه شوندگان در خصوص موضوع مورد مطالعه، بیش از ۲۴ نفر بودند که ۲ شرکت کننده به علت پشیمانی از همکاری در جریان مصاحبه و شرایط بد جسمی کنارگذاشته شدند. جهت آگاهی کامل مصاحبه شوندگان در رابطه با هدف مطالعه، توضیحاتی جامع و کامل و در عین حال مختصر در ابتدای مصاحبه ها به مصاحبه شوندگان ارائه می شد. همچنین اطمینان داده می شد که این اطلاعات محرمانه خواهند بود و در صورت درخواست اطلاعات ضبط شده و متن مصاحبه ها در اختیارشان قرار خواهد گرفت. مصاحبه با کسب اجازه از آنان ضبط می گردید. همواره از سوی پژوهشگر تلاش گردید که

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

جلسات مصاحبه ها به صورت جداگانه و انفرادی انجام شوند. این گروه از زنان بیمار سرطانی، دارای حداقل ۲ ماه و حداکثر ۱۲ ماه از دوره تشخیص بیماری شان گذشته و بیمارانی بودند که دوره درمان را می گذراندند و اکثر آنان دارای تحصیلات دیپلم یا زیر دیپلم و از طبقه اقتصادی پایین تا متوسط جامعه و متاهل بودند. این بیماران وقتی به مطالعه وارد شدند از تجربیات روانشناختی خود صحبت نموده و مصاحبه شدند. بیمارانی هم بودند که تمایلی به شرکت در مطالعه یا همکاری با پژوهشگر نداشتند، لذا از مطالعه کنارگذاشته شدند، لذا معیار خروج از مصاحبه شامل، ابتلا به دیگر بیماری های مزمن و روانپزشکی، داشتن مشکلات جسمی حاد و عدم تمایل برای شرکت در پژوهش بود.

داده های پژوهش با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختاریافته و ثبت و ضبط مکالمات و مشاهدات میدانی پژوهشگر با هر یک از بیماران جمع آوری شد. مصاحبه ها با توجه به راحتی مصاحبه شوندگان در زمان هایی متفاوت و در محل هایی که از قبل برای انجام مصاحبه انتخاب شده بود، انجام گرفت و مدت زمان مصاحبه ها از ۳۰ دقیقه تا حدود ۵۰ دقیقه (به طور میانگین حدود ۴۰ دقیقه) به طول می انجامید. از مشارکت کنندگان در مصاحبه ها سوالات مختلفی در زمینه های موضوع پژوهش (تجارب روانشناختی آنان از عوامل موثر بر بیماری) پرسیده شد. همچنین برای به دست آوردن اطلاعات بیشتر از مصاحبه شوندگان، سوالات باز در طول مصاحبه هاگنجانده شده بود، در جدول ۱ نمونه هایی از سوالات بیان شدند.

سپس با استفاده از کدگذاری در تحلیل مضمون، برای شناسایی مضامین اصلی و فرعی اقدام شد. این کدها به پژوهشگر کمک می‌کنند تا الگوها و مضامین پنهان را سازماندهی کرده و به دست آورند. نرم افزار به کار رفته در روش تحلیل داده ها، مکس کیودا نسخه ۲۰۲۲ (MAXQDA-2022) بود.

داده های جمع آوری شده که شامل تمامی رونوشت ها و نکات کلیدی ثبت شده در جریان مصاحبه ها و مکالمات ضبط شده، عبارات و جملات معنادار افراد در طی مصاحبه ها بودند جهت حصول اطمینان از دقت در کار توسط یکی از همکاران پژوهشگر یک بار دیگر باز بینی گردیدند. سپس داده ها تایپ شده و برای شناسایی، استخراج، سازماندهی و تفسیر مضامین پنهان با استفاده از نرم افزار مکس کیودا مضامین نهایی (اصلی) استخراج گردیدند. مراحل کدگذاری در تحلیل مضمون شامل: کدگذاری اولیه یا باز جهت شناسایی مفاهیم و برچسب‌گذاری بخش‌های مهم داده‌ها و سپس گروه‌بندی کدهای مشابه برای تشکیل مضامین فرعی و آنگاه ترکیب و پالایش کدها برای شکل‌گیری و استخراج مضامین اصلی می باشد.

در این پژوهش برای ارزیابی روایی و پایایی داده‌ها از روش لینکلن و گوبا (۱۹۸۹) استفاده شد که شامل چهار معیار اصلی است: اعتبار، ثبات، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری

اعتبار: بیانگر دقت و صحت تفسیر داده‌ها و بازتاب صحیح هدف پژوهش و تجربیات شرکت‌کنندگان است.

ثبات: نشان‌دهنده پایداری داده‌ها در شرایط و زمان‌های مختلف بوده و معادل پایایی در پژوهش‌های کمی تلقی می‌شود.

تأییدپذیری: ارتباط داده‌ها با منابع اصلی را مشخص می‌کند و از طریق مستند سازی دقیق و ارائه روند پژوهش به صورت قابل پیگیری، تضمین می‌شود.

انتقال‌پذیری: میزان تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌ها و شرایط

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

را ارزیابی کرده و مستلزم ارائه توضیحات شفاف درباره بستر پژوهش، انتخاب مشارکت‌کنندگان، جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل نتایج است.برای افزایش اعتبار پژوهش، مراحل تحقیق مستندسازی شد و صحت اجرای آن توسط چندین همکار مورد بررسی قرار گرفت. همچنین تنوع دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان، قابلیت تعمیم نتایج را تقویت کرد. همچنین به منظور تضمین اعتبار داده‌ها، پس از تحلیل هر مصاحبه، صحت مطالب با برخی از مشارکت‌کنندگان بررسی شد تا در صورت لزوم اصلاحات لازم اعمال گردد. علاوه بر این برای ارتقاء روایی و پایایی داده‌ها، اقداماتی نظیر اختصاص مکان و زمان مناسب برای جمع‌آوری داده‌ها، ایجاد تعامل صادقانه با شرکت‌کنندگان و مرور چند باره داده‌ها جهت افزایش عمق و دقت اطلاعات، انجام شد.

همچنین در پژوهش حاضر به منظور رعایت اصول اخلاقی، اقداماتی نظیر ارائه معرفی نامه و مجوزهای لازم جهت پژوهش،کسب رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی (در صورت لزوم) به شرکت کنندگان جهت انجام مصاحبه، توجه و احترام به حریم خصوصی و شخصی آنان و به منظور اطمینان از محرمانه نگهداشتن اطلاعات، تمامی مصاحبه شوندگان به صورت گمنام ثبت شدند.

هدف و اهمیت پژوهش به طور کامل برای ایشان توضیح و از جهت مخفی ماندن تمام اطلاعات ایشان اطمینان داده شد. یادآوری می شود که شرکت در این پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده و امکان خروج آزادانه برای شرکت‌کنندگان فراهم شده بود. بدین ترتیب از ورود هرگونه آسیب روانی یا جسمانی به شرکت‌کنندگان اطمینان حاصل گردید.

جدول ۱: سوال های راهنما در انجام مصاحبه

هدف از طرح سوال	نمونه سوالات مطرح شده
تاریجچه بیماری و درمان	۱)چه زمانی متوجه علائم بیماری و تشخیص سرطان شدید؟ چه درمان‌هایی را تاکنون انجام دادید؟ (شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، جراحی و غیره)
علائم جسمی و وضعیت فعلی	۲)تاکنون چه دردها یا مشکلات جسمی داشتید؟ چطور علائم بیماری روی زندگیتان تأثیر گذاشته؟
روانشناختی و عاطفی	۳)آیا با بیماری کنار آمدید؟ احساسات شما چگونه بوده؟ چه حمایت‌های عاطفی از خانواده و اطرافیان دریافت کردید؟
سبک زندگی و فعالیت ها	۴)قبل و بعد بیماری، روزهایتان چگونه بوده؟ آیا هنوز به کار یا فعالیت‌های اجتماعی مشغولید؟ آیا در انجام فعالیت‌های روزانه به کمک نیاز دارید؟
دیدگاه ها و آرزوها	۵)چه انتظاراتی از درمان و آینده خود دارید؟ آیا از مراقبت های تسکینی (Palliative Care) نگرانی دارید؟ مهم‌ترین چیزهایی که در زندگی برایتان اهمیت دارند چه می باشند؟

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

یافته ها

در این پژوهش به منظور تحقق اهداف تعیین‌شده، داده‌های گردآوری شده از ۲۴ بیمار مبتلا به سرطان در بازه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، پس از تجزیه و تحلیل آماری در قالب جداول خلاصه و ارائه گردید.

مشخصات دموگرافی این مشارکت کنندگان به صورت تفکیک شده در جدول ۲ آورده شده است.

بر طبق این جدول، میانگین و انحراف معیار سنی ۹/۵±۴۱/۸۸ سال، سطح تحصیلات از زیر دیپلم تا لیسانس و مدت زمان بیماری از ۲ تا ۱۲ ماه در مشارکت کنندگان متغیر بود.

همچنین از نظر شغلی۴۵/۸۳ درصد از زنان شاغل و ۵۴/۱۷ درصد خانه دار بودند.

جدول ۲: دموگرافی مصاحبه شوندگان

ردیف	سن(سال)	تحصیلات	شغل	طبقه اقتصادی	تاهل	فرزند	نوع سرطان	زمان تشخیص 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	–	دهانه 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

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

یافته ها نشان داد که تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان در ۵ مقولهٔ اصلی شامل: عوامل بهداشتی درمانی؛ مکانیسم‌های مقابله‌ای؛ شبکه های حمایتی اجتماعی؛ شخصیت و نگرش؛ سلامت روان و ۱۲ مقوله فرعی که عبارتند از: مدیریت درمان جسمی و روانی؛ رفتارهای بهداشتی؛ اهمیت آموزش و آگاهی؛ سبک مقابله اسلامی؛ پذیرش؛ حل مسئله؛ شبکه اجتماعی خانواده، دوستان و اطرافیان؛ شبکه حمایتی کادر درمان و پرسنل بیمارستانی؛ ویژگی‌های شخصیتی، خوش بینی و خودکارآمدی؛ نگرش مثبت گرا؛ تنش ذهنی؛ اختلالات روانی، اضطراب و افسردگی استخراج و طبقه بندی شدند. ابعاد بیان شده در مصاحبه ها آن چنان به هم نزدیک و مرتبط هستند که شاید تفکیک آن ها چندان صحیح نباشد. باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها می توان تجارب و نظرات شرکت کنندگان پیرامون عوامل روانشناختی مؤثر بر سرطان را در ۵ گروه مقوله های اصلی قرار داد. با این حال وضعیت روانشناختی فرد بیمار بر سیستم ایمنی و روند بیماری سرطان می تواند تاثیرگذار باشد. به طور خاص استرس مزمن، اضطراب و افسردگی می‌توانند عملکرد سیستم ایمنی را مختل کرده و التهاب را افزایش دهند، که ممکن است خطر ابتلا به سرطان را بالا برده یا روند بیماری را تسریع کنند. در مقابل احساسات مثبت، حمایت اجتماعی و مدیریت صحیح استرس به تقویت سیستم ایمنی کمک کرده و نقش حمایتی در پیشگیری یا کنترل سرطان ایفا می‌کنند. این عوامل روانشناختی در تعامل با عوامل بیولوژیکی، محیطی و ژنتیکی قرار دارند و تأثیرات آن‌ها را پیچیده تر و چند وجهی می سازند. در جدول ۳ پنج عامل روانشناختی موثر بر سرطان در قالب مقوله های اصلی بیان شده اند که در ادامه به تشریح هر یک پرداخته می شود.

۱)عوامل بهداشتی-درمانی: پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت‌های حمایتی، ابعاد کلیدی مدیریت سرطان هستند که در تعامل هماهنگ، تأثیر قابل توجهی بر روند درمان دارند. پیشگیری شامل اصلاح سبک زندگی، تغذیه سالم و غربالگری‌های دوره‌ای است، در حالی که تشخیص زود هنگام از طریق آزمایش‌های تخصصی، موفقیت درمان را افزایش می‌دهد. روش‌های درمانی متنوع بسته به نوع و مرحله بیماری، شامل جراحی، شیمی درمانی و پرتو درمانی است. همچنین مراقبت‌های حمایتی و روان‌شناختی، تغذیه مناسب و برنامه‌های بازتوانی، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش عوارض درمان ایفا می‌کنند. در این زمینه دو نفر از مصاحبه شوندگان چنین بیان کردند:

"سال‌ها کنار همسرم با سختی‌ها ساختم، اما همیشه مورد سرزنش و بی‌مهری قرار گرفتم. روابطمان سرد و پرتنش بود، اما به‌خاطر بچه هام تحمل کردم. نهایتاً بیماری‌ام عود کرد و اکنون دور از آن ها روی تخت بیمارستانم و ...".

"علائم اولیه سرطان را جدی نگرفتم، اما درد و تغییرات جسمی مجبورم کرد برای تشخیص اقدام کنم. وقتی دکتر خبر بیماری را داد، دنیا برایم تیره و تار شد. درد و ضعف و ناتوانی هر روز شدیدتر و درمان‌ها برایم سخت تر شد و ...، پرتودرمانی سوزاننده بود، استرس جراحی مرا نگران می‌کرد، شیمی‌درمانی بدنم را درگیر خود کرده و تحمل عوارضش رو ندارم ولی چاره‌ای دیگه برام نمونده".

۲)مکانیسم‌های مقابله‌ای:این مکانیسم‌ها در بیماران مبتلا به سرطان شامل راهبردهای مسئله مدار و هیجان‌مدار است که به

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

مدیریت استرس و حفظ سلامت روان کمک می‌کند. مقابله مسئله‌مدار شامل جستجوی اطلاعات، پیروی از توصیه‌های پزشکی و اصلاح سبک زندگی است، در حالی که مقابله هیجان‌مدار بر پذیرش بیماری، حمایت اجتماعی و تکنیک‌های آرام‌سازی تمرکز دارد. علاوه بر این، سبک مقابله اسلامی مبتنی بر معنویت، توکل و صبر، تأثیر مثبتی بر سازگاری بیماران دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این راهبردها موجب بهبود عملکرد سیستم ایمنی، کاهش اضطراب و ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌شوند. مادر ۴۷ ساله ای در مورد شرایط حال خود چنین بیان کرد:

"ابتدا غرق در ناامیدی بودم، اما با گذشت زمان قبول بیماری و حمایت خانواده ام آرامم کرد. اوایل ذهنم درگیر بی‌عدالتی و چراهای بی‌پاسخ بود، اما امید به زندگی را باز یافتم و درمان را آغاز کردم. ایمان به خدا و توکل، تسکین‌بخش سختی هام شد؛ سپردن امور به او، آرامشی درونم ایجاد کرد که اکنون با خود و آینده کنار آمدم و باور دارم که هر آنچه رخ دهد، حکمتی درش نهفته است".

۳)شبکه های حمایتی- اجتماعی: حمایت های اجتماعی تأثیر بسزایی در کاهش استرس، اضطراب و بهبود سلامت روان دارد و با تقویت حس همدلی، امید و انگیزه، بیماران را در مسیر درمان یاری می‌کند. این حمایت‌ها شامل حمایت عاطفی از سوی خانواده و دوستان، حمایت اطلاعاتی برای افزایش آگاهی درباره بیماری و درمان، و حمایت عملی و مالی جهت تأمین نیازهای روزمره و هزینه‌های درمانی است. گروه‌های حمایتی و شبکه‌های اجتماعی نیز با فراهم کردن ارتباطات مؤثر، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ایفا می‌کنند. مصاحبه شونده ای در این باره چنین گفت:

"حمایت خانواده و فرزندانم، نیروی امید و دلگرمیم بودند و تحمل سختی‌های بیماری را برایم آسان‌تر می کرد. همراهی دکترم هم مرا به درمان امیدوار ساخت. مادرم با نگرانی و اشک‌هایش، درد مرا درک می‌کرد و باور داشت که استرس های زندگیم، بیماری‌ام را تشدید کرده. با حفظ ارتباطات اجتماعی، روحیه‌ام قوی تر شد و حتی با دیگر بیماران دوست شدم و همدلی آن‌ها برایم آرامش‌بخش بود و ...".

۴)شخصیت و نگرش: نگرش، باورها و ویژگی‌های شخصیتی، نقش مهمی در پذیرش و سازگاری بیماران مبتلا به سرطان دارند و بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارند. حمایت اجتماعی، باورهای معنوی و روان‌شناختی، مسیر کنار آمدن با بیماری را هموارتر کرده و موجب کاهش اضطراب می‌شود. نگرش مثبت و تغییر سبک زندگی، روند درمان را بهبود می‌بخشد، در حالی که انکار بیماری می‌تواند نتایج نامطلوبی به همراه داشته باشد. مطالعات نشان داده‌اند که ترکیب این عوامل، در ارتقای سلامت روان و سازگاری بیماران تأثیر بسزایی دارد. مصاحبه کننده ای با داشتن سه فرزند در مصاحبه خود چنین صحبت کرد:

"اوایل از دست دادن زیبایی و تغییرات ظاهری برایم مهم بود، اما الان اهمیت اصلی، بازیابی سلامتی و توانایی انجام کارهای شخصی‌ام است. دیگر ظاهر و آراستگی گذشته برام دغدغه نیست، فقط می‌خواهم سالم باشم و زندگی کنم".

مصاحبه شونده دیگری چنین گفت: "دوست نداشتم کسی از مریضیم مطلع شود، فکر می کنم کسی ندونه بهتر باشه

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

نمی خواستم برایم دلسوزی کنند و یا دائما حالم را بپرسند و...".

۵)سلامت روان:

سلامت روان نقش اساسی در مدیریت سرطان داشته و بر روند درمان و کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری، با حمایت اجتماعی و تکنیک‌های مدیریت استرس کاهش می‌یابد. افراد با سلامت روان مطلوب، تاب‌آوری بالاتری در برابر چالش‌های بیماری دارند و بهتر می‌توانند مشکلات را مدیریت کنند. توجه به سلامت روان، نه‌تنها بهبود وضعیت روانی را تسهیل می‌کند، بلکه اثرات منفی سرطان را کاهش می‌دهد.

مصاحبه شونده ای که دارای تحصیلات تکمیلی بود این گونه گفت:"اوایل حوصله هیچ کس را نداشتم عصبی بودم و دوست نداشتم با کسی باشم یا کسی کمکم کند ولی کم کم با قضیه کنار اومدم و فهمیدم این قضیه می تونه برای دیگران هم اتفاق بیفته و درگیرش بشن و با خودم قرار گذاشتم که دیگه به حرف های دیگران زیاد اهمیت ندم و در برابر دلسوزی شان بی تفاوت و فقط شنونده باشم".

مصاحبه کننده ۳۱ ساله دراین باره چنین گفت:"حمایت های دکترم بهم خیلی روحیه داد" و یا "رفتار پرسنل درمانی این قدر باهام مهربانانه و صبورانه بود که فکر می کردم با بچه های خودمم و اونا دارن ازم مراقبت می کنند" و یا "روحیه ای که دکتر جراحم بهم داد این قدر امیدوارکننده بود که مطمئن بودم به کار خودش وارده و همین رفتار بود که جراحی کردن باعث آرامشم می شد".

جدول ۳: مقوله های اصلی و فرعی استخراج شده از داده ها

مقوله های اصلی	مقوله های فرعی	مفاهیم
۱)عوامل بهداشتی- درمانی	مدیریت درمان جسمی و روانی رفتارهای بهداشتی اهمیت آموزش و آگاهی	توانمندسازی جهت مقابله با ناملایمات؛ بکارگیری تجربیات بهداشتی گذشته (قبل از بیماری)؛ مدیریت درد و ناراحتی؛ مدیریت احساسات؛ ارزیابی نظرات و قضاوت ها؛ اختلال خواب؛ تعارضات زناشویی؛ تاب آوری روانی از رویدادهای ناگوار؛ تحریک‌پذیری شدید فیزیکی؛ نوسانات و اختلالات خلقی؛ مدیتیشن یا تکنیک‌های آرامش؛
۲)مکانیسم‌های مقابله‌ای	سبک مقابله اسلامی پذیرش حل مسئله	امید به روند بهبودی؛ احساس کفایت و ارزیابی مثبت از گذشته خود؛ امید به الطاف و رحمت های الهی؛ امید به آمرزش گناهان؛ آرامش درونی؛ درک پدیده مبدا و معاد؛ درک حقیقت وجود و هستی؛ معنادهی به حوادث و رویدادها؛ اعتماد و توکل به خدا؛ پرهیزکردن از خطاها و دوری از گناهان؛
۳)شبکه های حمایتی- اجتماعی	شبکه اجتماعی خانواده، دوستان و اطرافیان شبکه حمایتی کادر درمان و پرسنل بیمارستانی	حمایت های عاطفی و تقویت روحیه؛ کمک به روابط اجتماعی؛ احساس شادی و رضایت از طرف دوستان و اطرافیان؛ بالا بردن امید به زندگی؛ کمک و یاری به دردهای جسمی و روحی؛
۴)شخصیت و نگرش	ویژگی‌های شخصیتی، خوش‌بینی و خودکارآمدی نگرش مثبت گرا	اعتماد به نفس و قابلیت‌های فردی؛ خودپذیری با داشتن نقاط ضعف و قوت؛ خوداندیشی و درون‌نگری؛ صبوری و بردباری؛
۵)سلامت روان	تنش ذهنی اختلالات روانی، اضطراب و افسردگی	احساس غم و اندوه؛ رخ دادن اضطراب و استرس مزمن؛ نگرانی از مقابله با مشکلات و چالش ها؛ نگرانی از روند بهبودی؛گوشه گیری؛ ناگویی هیجانی؛

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی عوامل مؤثر بر تجربه روان شناختی زنان مبتلا به سرطان، نشان می‌دهد که عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی نقشی تعیین‌کننده در درک بیماری و روند بهبود آن دارند. یافته‌ها تأکید دارند که حمایت روانی و اجتماعی، علاوه بر بهبود روش‌های درمانی، تأثیر قابل توجهی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دارد. تجربه بیماران از سرطان تحت تأثیر متغیرهایی چون نوع بیماری، روش‌های تشخیص و درمان، سطح حمایت اجتماعی، وضعیت روان‌شناختی، شرایط فرهنگی و ویژگی‌های شخصیتی قرار دارد. سرطان به دلیل ماهیت چندبعدی خود، علاوه بر جنبه‌های زیستی، ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای دارد. این پژوهش نشان می‌دهد که رویکرد فرد محور و راهکارهای جامع در درمان بیماران، عاملی ضروری برای بهینه سازی مراقبت‌های پزشکی و بهبود وضعیت روانی آنان است. افزایش آگاهی عمومی، توسعه خدمات مشاوره‌ای و تقویت حمایت‌های روانی، در کاهش انگ اجتماعی سرطان و بهبود مراقبت‌های درمانی نقش بسزایی دارند.

این مطالعه مبتنی بر داده‌های کیفی، تجربه زیسته بیماران را منعکس می‌کند و می‌تواند مسیر تحقیقات آینده را در حوزه سلامت روان و سرطان هموار سازد. نتایج آن بر اهمیت توجه به ابعاد روانی-اجتماعی در کنار مداخلات پزشکی تأکید کرده و ضرورت یک رویکرد جامع برای حمایت از بیماران مبتلا به سرطان را برجسته می‌سازد. در این زمینه پژوهش مظلومی و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد که استیگمای اجتماعی سرطان ناشی از کلیشه‌های فرهنگی و تعامل محدود افراد با بیماران است. افزایش آگاهی و تماس مستقیم با بیماران نقش مؤثری در کاهش این انگ دارد. عوامل مانند سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و خوش بینی تأثیر معناداری در کاهش استیگما دارند، در حالی که باورهای مذهبی بسته به تفسیر افراد می‌توانند آن را تقویت یا تضعیف کنند. این مطالعه بر اهمیت آموزش و اطلاع‌رسانی در کاهش استیگمای سرطان تأکید دارد(۱۸).

یکی از مهم ترین فاکتورهای موثر بر بیماری سرطان در این مطالعه، عوامل بهداشتی- درمانی بوده است. باید در نظر داشت که تشخیص غیرپزشکی بیماری مستلزم آگاهی فرد از نشانه‌های مبهم در بستر خانوادگی و اجتماعی است. سلامت باید در اولویت فرد قرار گیرد تا بتواند علائم را به‌درستی ارزیابی کند. در جوامع با سطح اقتصادی و اجتماعی بالاتر، دسترسی به منابع مالی، اطلاعات پزشکی و حمایت اجتماعی، امکان مدیریت بهتر سلامت و کاهش خطرات بیماری را فراهم می‌کند(۱۹). از طرف دیگر جامعه و محیط زندگی تأثیر عمیقی بر ادراک، احساسات و باورهای فرد دارند. این تأثیرات می‌توانند موجب شکل‌گیری تصویر ذهنی منفی از سلامت جسمی و روانی شده و فرد را درگیر نگرانی‌های افراطی کنند. در مواردی، این مشغولیت فکری به انحراف از واقعیت یا کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود(۲۰).

مطالعاتی که محمدی و همکاران (۱۴۰۱) انجام داده اند نشان می‌دهد که انگ اجتماعی مرتبط با سرطان، به‌ویژه در مواردی که اندام‌های خاص بدن را درگیر می‌کند، موجب اجتناب بیماران از تشخیص و درمان می‌شود. این رفتار ناشی از عدم آگاهی، دسترسی محدود به خدمات بهداشتی- درمانی و عوامل روان شناختی است که تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و اعتقادی قرار دارند. یافته‌ها بر ضرورت افزایش

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

آگاهی عمومی و بهبود امکانات درمانی تأکید دارند تا موانع ناشی از استیگمای سرطان کاهش یابد که با نتایج پژوهش حاضر همسو است(۲۱).

مکانیزم‌های مقابله‌ای نقشی اساسی در مدیریت فشار روانی و سازگاری با شرایط دشوار دارند. اثربخشی آن‌ها وابسته به پذیرش واقعیت و توانایی حل مسئله به جای اجتناب یا انکار است. انعطاف پذیری فرد موجب افزایش تاب‌آوری و پاسخگویی مثبت به تغییرات می‌شود. در سرطان، پذیرش و سازگاری فعال تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیمار دارد(۲۲). علاوه بر این، سبک‌های مقابله‌ای مذهبی، شامل اعتماد به خدا، صبر، توکل و دعا، نقش مهمی در کاهش اضطراب و تقویت سلامت روان دارند. این باورها باعث افزایش امید به زندگی، کاهش ترس از مرگ و انگیزه بیشتر برای پیگیری درمان می‌شوند. همچنین مشارکت در اجتماعات مذهبی حس تعلق را تقویت کرده و با کاهش تنهایی، حمایت اجتماعی مؤثری فراهم می‌کند(۲۳).

پذیرش واقعیت، انعطاف پذیری و حمایت‌های مذهبی و اجتماعی، نقش مهمی در سازگاری بیماران با سرطان دارند و توانایی آنان را در مواجهه با چالش‌های درمانی افزایش می‌دهند. تحقیقات تأکید دارند که تقویت این راهبردها می‌تواند به‌عنوان بخشی از مداخلات روان‌شناختی، تأثیر مثبتی بر روند درمان و بهبود سلامت روان بیماران داشته باشد(۲۴). در این زمینه پژوهش عربی و اصغری (۱۴۰۱) تأیید می‌کند که بیماران مبتلا به سرطان مراحل روان‌شناختی و اجتماعی متعددی را تجربه می‌کنند، از شوک اولیه و انکار تا پذیرش بیماری و مرگ. بحران روحی ناشی از بیماری تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران دارد و تعامل اطرافیان و کادر درمانی نقشی اساسی در تسهیل فرآیند پذیرش و سازگاری ایفا می‌کند که با نتایج پژوهش حاضر همخوان است(۲۵).

شبکه‌های حمایتی-اجتماعی شامل خانواده، دوستان، تیم درمانی و گروه‌های حمایتی، نقش اساسی در پذیرش بیماری و سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان دارند. خانواده با حمایت عاطفی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی، احساس امنیت و امید بیمار را افزایش می‌دهد، در حالی که دوستان، با حفظ روابط عادی، موجب کاهش انزوای اجتماعی و تقویت حس تعلق می‌شوند. این حمایت‌ها تأثیر قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی بیماران و روند درمان دارند. در این باره مطالعه ترکمندی و همکاران (۱۴۰۱) نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان با چالش‌های جسمی و روان‌شناختی متعددی روبه‌رو هستند که بر فرآیند سازگاری آنان تأثیر می‌گذارد. حمایت اجتماعی به ویژه از سوی خانواده و دوستان، نقشی اساسی در این سازگاری دارد و به عنوان یک عامل مستقل، تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی بیماران می‌گذارد. این پژوهش بر اهمیت حمایت اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی و مراقبت‌های مرتبط با سرطان تأکید دارد(۲۶).

کادر درمان، علاوه بر ارائه مراقبت‌های پزشکی، نقش مهمی در حمایت روان‌شناختی و اجتماعی بیماران ایفا می‌کند. اطلاع‌رسانی دقیق درباره بیماری و روش‌های درمانی، احساس کنترل و آگاهی بیمار را افزایش می‌دهد. همچنین برخورد همدلانه و انسانی پرسنل بیمارستانی، موجب کاهش اضطراب و ترس بیماران شده و روند درمان را بهبود می‌بخشد. در این زمینه مطالعه زنگنه بایگی و همکاران (۱۴۰۲) تأکید دارد که کیفیت

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

تعامل پزشکان و پرستاران با بیماران، نقش تعیین‌کننده‌ای در پذیرش و ادامه مراقبت‌های پزشکی دارد. برای بهبود این ارتباط، مدیران بیمارستان‌ها باید بر ارتقاء رفتار حرفه‌ای و عاطفی کارکنان از طریق آموزش، توسعه مهارت‌های ارتباطی، مشوق‌های شغلی و ایجاد محیط کاری حمایتی تمرکز کنند. این اقدامات نه‌تنها عملکرد کادر درمان را بهبود می‌بخشد، بلکه موجب ارتقای کیفیت خدمات و تجربه بیماران در بیمارستان می‌شود(۲۷).

همچنین شبکه‌های حمایتی گسترده، شامل گروه‌های مشاوره، خیریه‌ها، نهادهای دولتی و مذهبی، نقش مهمی در ارتقاء سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان دارند. این شبکه‌ها علاوه بر حمایت روان‌شناختی، اطلاعات علمی، حقوقی و اجتماعی را در اختیار بیماران قرار داده و روند درمان را تسهیل می‌کنند. حمایت اجتماعی، فراتر از جنبه‌های پزشکی، در پذیرش بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران تأثیر بسزایی دارد. پژوهش صابری‌پور و همکاران (۲۰۱۹) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در افزایش امیدواری و سازگاری زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی دارد. تقویت این حمایت می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی در کاهش عوارض بیماری‌های مزمن داشته و به بهبود کیفیت زندگی، تحمل مشکلات درمانی و ارتقاء تاب‌آوری بیماران کمک کند. این پژوهش نیز با یافته های مطالعه حاضر در یک راستا می باشد(۲۸).

ویژگی‌های شخصیتی و نگرش افراد تأثیر قابل توجهی بر سازگاری با سرطان و تعامل با بیماران دارد. این عوامل روان شناختی، نقش مهمی در مدیریت استرس، ارتقاء کیفیت مراقبت‌های درمانی و بهبود پیامدهای بالینی ایفا می‌کنند. نگرش مثبت و انعطاف‌پذیری، پذیرش بیماری را تسهیل کرده و به افزایش تاب‌آوری بیماران کمک می‌کند. پژوهش جنگی اقدم و سرداری (۱۴۰۱) تأکید دارد که نگرش‌های مذهبی نقش اساسی در افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان دارند. تقویت باورهای مذهبی موجب به‌کارگیری راهبردهای مؤثرتر در مدیریت استرس و بحران‌های بیماری شده و مقاومت روان‌شناختی بیماران را بهبود می‌بخشد. افراد با سطح بالای تاب‌آوری، برخورد سازگارتری با فشارهای ناشی از بیماری داشته و کیفیت زندگی مطلوب‌تری تجربه می‌کنند. این نتایج با یافته های پژوهش حاضر که بر اهمیت توجه به عوامل روان‌شناختی و معنوی در بهبود سازگاری بیماران سرطانی تأکید می‌کند، همخوانی دارد(۲۹).

همچنین نگرش مثبت و امید به درمان، موجب افزایش پایبندی به مراقبت‌های پزشکی، کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. این نگرش تأثیر قابل‌توجهی بر تعاملات اجتماعی و ارتباط بیماران با کادر درمان دارد. خودکارآمدی، به عنوان عامل کلیدی در مدیریت بیماری، نقش مهمی در تعیین راهبردهای سازگاری ایفا می‌کند. بیماران با سطح بالای خودکارآمدی، مشارکت بیشتری در درمان داشته و از شیوه‌های مؤثرتری برای مقابله با سرطان بهره می‌گیرند(۳۰).

پژوهش عطاران خراسانی و همکاران (۲۰۲۳) تأکید دارد که ویژگی‌های فردی نقش مهمی در مداخلات بالینی و پایبندی بیماران به درمان ایفا می‌کنند. گرچه بیماران در مراحل اولیه بیماری تعهد درمانی بالایی دارند، این پایبندی با گذشت زمان کاهش می‌یابد و می‌تواند منجر به عود بیماری شود. حمایت

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

اجتماعی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای، تأثیر قابل‌توجهی در تقویت پایبندی درمانی و افزایش خودکارآمدی بیماران دارد. همچنین، نگرش مثبت و امیدواری موجب ارتقای سلامت روان، تقویت عملکرد سیستم ایمنی و بهبود پیامدهای درمانی می‌شود(۳۱).

توجه به سلامت روان بیماران سرطانی به عنوان یکی ارکان اساسی در روند درمان سرطان مطرح است، زیرا تشخیص بیماری موجب واکنش‌های استرس‌زا و نگرانی‌های عمیق در بیماران و خانواده‌های آنان می‌شود. فشارهای روانی ناشی از ماهیت مزمن سرطان و هزینه‌های درمانی، کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حضور متخصصان روان‌پزشکی و روان‌شناسی در مدیریت اضطراب، افسردگی و افزایش تاب‌آوری بیماران نقش مهمی دارد. همچنین استرس مزمن می‌تواند عملکرد سیستم ایمنی را مختل کرده و روند بهبودی را به تأخیر اندازد، لذا مداخلات روان‌درمانی و درمان‌های دارویی در بهبود سلامت روان بیماران ضروری است. پژوهش ناظمی و همکاران (۱۳۹۸) تأیید می‌کند که اختلال مفصل گیجگاهی-فکی تأثیر قابل‌توجهی بر رفتارهای اجتماعی، حالات روانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان دارد. بهبود سلامت دهان این بیماران مستلزم کنترل درد و مدیریت افسردگی ناشی از بیماری است، زیرا مشکلات روانی ارتباط مستقیمی با کاهش شاخص‌های سلامت دهان و دندان دارند. یافته‌ها بر اهمیت توجه به سلامت روان در کنار درمان‌های فیزیکی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران تأکید دارد که با نتایج پژوهش حاضر یکسان می باشد(۳۲).

سرطان، همانند بسیاری از بیماری‌های مزمن، تأثیرات گسترده‌ای بر ساختار جسمی و روانی فرد دارد. عوامل مؤثر بر تجربه بیماری، بسته به شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، متغیر هستند. توجه به جنبه‌های روانی و روحی بیماران مبتلا به سرطان، نقش مهمی در سازگاری با بیماری، تداوم درمان و بهبود کیفیت زندگی دارد. تفاوت‌های فردی، از جمله نگرش شخصی، حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی، در نحوه درک بیماری و تنظیم هیجانات مؤثرند. مواجهه خانواده با بحران بیماری، به ویژه در مورد مادران، می‌تواند تأثیر عمیقی بر کل نظام خانوادگی داشته باشد. با نگاهی فراتر از ابعاد جسمی و درمانی به بیماری سرطان، توجه به جنبه‌های روانی و روحی ضروری به نظر می‌رسد، چرا که شرایط ذهنی و عاطفی بیماران و برداشت و تجارب آموخته شده آنان از سرطان، در تعیین توانایی سازگاری، پایداری در روند درمان و ارتقاء کیفیت زندگی ایشان نقش اساسی ایفا می‌کند. این برداشت‌های متفاوت ممکن است موجب بروز دردهای جسمی همراه با واکنش‌های روانی چون اضطراب، افسردگی و بلاتکلیفی شود. به ویژه، زنان مبتلا به سرطان که بر اساس نگرش شخصی نسبت به زندگی، شرایط خانوادگی، تجربیات فردی و موقعیت اقتصادی-اجتماعی، بیماری را به شیوه های متفاوتی درک می‌کنند، امری که نشان می‌دهد مفهوم و ادراک شخصی بیمار از سرطان، حامل مضامین فردی، اجتماعی و فرهنگی عمیقی است(۳۳).

حمایت روان‌شناختی تخصصی، شامل مشاوره و مداخلات بالینی، نقش کلیدی در کاهش اضطراب، ارتقای تاب‌آوری و بهبود نتایج درمانی دارد. رویکرد جامع به سرطان، که ترکیبی از درمان پزشکی و مراقبت‌های روانی-اجتماعی است، موجب افزایش سلامت روان بیماران و بهبود فرآیند درمان خواهد شد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

این پژوهش با چندین محدودیت همراه بوده که بر تعمیم‌پذیری و تفسیر نتایج تأثیر می‌گذارد. انتخاب نمونه از شهرستان کرمان و بررسی بیماران در یک مقطع زمانی مشخص، امکان تعمیم نتایج به سایر مناطق و ارزیابی تغییرات بلندمدت را محدود کرده است.

تمرکز مطالعه بر بیماران زن مبتلا به سرطان، مانع از بررسی سایر گروه‌های بیمار شده و متغیرهایی مانند مصرف دارو و وضعیت روانی بیماران، ممکن است بر نتایج تأثیر گذاشته باشد. همچنین، عوامل فردی و محیطی، مانند خستگی، اضطراب و شلوغی مراکز درمانی، بر کیفیت مصاحبه‌ها اثرگذار بوده‌اند. با توجه به این محدودیت‌ها، انجام پژوهش‌های گسترده‌تر همراه با نمونه‌های متنوع و کنترل دقیق‌تر متغیرهای مزاحم، برای ارائه نتایج معتبرتر ضروری است. ولی با این حال مطالعه حاضر نقش مهمی در بیان و طرح تدوین برنامه‌های حمایتی و موثر برای بیماران مبتلا به سرطان ارائه نموده است که می‌تواند راهنمایی مؤثری برای سیاست‌گذاران، پزشکان و متخصصان سلامت روان باشد. از نقاط قوت آن، ماهیت کیفی پژوهش است که امکان درک عمیق و مستقیم تجربه انسانی در مواجهه با بیماری را فراهم کرده در نتیجه، توجه به این جنبه‌ها در طراحی مداخلات بالینی و اجتماعی، به ارتقای کیفیت زندگی بیماران و بهبود فرآیند درمان آنان کمک می‌کند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد با کد اخلاقی (IR.IAU.YAZD.REC.1401.050) به ثبت رسیده است.

سهم نویسندگان

لیلا برجسته مسئولیت ایده پردازی و طراح اولیه، انجام پژوهش، نوشتن پیش نویس و جمع آوری داده های خام را انجام داد. محمدحسین فلاح همکاری در تجزیه و تحلیل داده ها و نجمه سدرپوشان بررسی و اصلاحیه یافته ها و تایید نهایی را انجام دادند. ابوالقاسم عاصی مذنب مشاور علمی و مذهبی و تصحیح نکات ضروری در مقاله را یادآوری و بر عهده گرفته اند. لازم به ذکر است تمامی نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی نداشته است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند که تضاد منافعی در این تحقیق وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش، پژوهشگر و نویسندگان مقاله را یاری کردند به خصوص شرکت کنندگان گرامی و پرسنل بیمارستان و مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی که مقدمات این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می نماییم.

References

1-Ghasemi M, Abbaszadeh M, Golabi F & et al. Family social capital: A missing link in understanding the lived experiences of women suffering from cancer. J Soc Dev Welf Plann. 2023;15(54):287-316.[Persian]

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

2-Ahsanipour H. Cancer Tsunami in Iran: From Reality to Warning-The Cause of the Upward Trend in Cancr. Health Section of Mehr News Agency 2024; Available from: Http://www.mehrnews.com/x3486s. Accessed February 5,2024.

3-Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I & et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.

4-McKeague B, Maguire R. "The effects of cancer on a family are way beyond the person who's had it": The experience and effect of a familial cancer diagnosis on the health behaviours of family members. Eur J Oncol Nurs. 2021;51:101905.

5-Bakhshalizadeh Irani F, Shahidi S, Hazini A. Psychological Experiences of Terminal Cancer Patients with an Emphasis on Their Concerns and Needs: A Phenomenological Study. Journal of Research in Psychological Health. 2020; 14(2): 20-33.[Persian]

6-Kubler-Ross E. On Death and Dying. Trans: Bahrami AA. Tehran: Roshd Publications; 2021. 4th ed. p. 272. 11-36.

7-Dorri N, Pourhosein R. The association between stress and cancer: a systematic review of research literature. Rooyesh. 2020;8(12):1-10.[Persian]

8-Imanzadeh A, sharifi golzardi F. Lived Experiences of Cancer Patients from Death Anxiety Based on Jaspers Borderline Situations. IJPN 2019; 6 (6) :35-47.[Persian]

9-Potthoff S, Gather J, Hempeler Ch & et al. Voluntary in quotation marks": a conceptual model of psychological pressure in mental healthcare based on a grounded theory analysis of interviews with service users. BMC Psychiatry. 2022; 22(186): 1-13.

10-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.[Persian]

11-Shashi K. Agarwal MD. Lifestyles and Their Impact on Cancer. East African Scholars Journal of Medical Sciences. 2021; 4(11): 270-280.

12-Ernst H. Environmental and lifestyle factors in carcinogenesis: Risk and prevention. J Med Oncol Ther. 2025;10(2): 258.

13-Olson R E. Towards a sociology of cancer caregiving: time to feel. Trans: Ebrahimi Loyeh A, Mirzaie Rajeoni S, Abedian Shahraki N. No.1. Tehran: Loyeh Publications; 2018. P. 45-48.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

14-Pourhosein R, Farsham A. An investigating the Compatibility of Breast cancer from a Psychological and Social Perspective: a systematic review of literature. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2020; 9(8): 201-212.[Persian]

15-Hasani J, Dehghan M, Moradi A R & et al. Cancer-Based Contextual Experiences: A Phenomenological Study of Cancer Patients. Quarterly Journal of Health Psychology. 2021; 10(3): 51-66.[Persian]

16-Riahi A, Mousavi Chalak A, Zare A. Scientific production of Iranian researchers in the field of cancer and compare with regional and world countries (2006- 2015). Research in Medicine. 2018; 41(4): 282-93.[Persian]

17-Zende-del K, Nahavi Jo A, Rashidian H & et al. Cancer in Iran: Comparative report on cancer statistics in Iran and the world in 2020 and 15 year forecast. Tehran: Cancer Research Institute, Tehran University of Medical Sciences; 2024: 13-25.

18-Mazlumi O, Parsamehr M, Zare-shahabadi A. Investigating the factors related to the social stigma of cancer in Tehran in 1401. jhosp 2023; 22 (1): 87-101.[Persian]

19-Setareh Forozan A, Mirabzadeh A. Final report of the research project: Presenting an appropriate model for community-based mental health interventions in Tehran. 1st ed. Tehran: National Institute for Health Research. 2014. P. 143-154.[Persian]

20-Moradhaseli M. Review of mental image. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2019; 8(5): 133-142.[Persian]

21-Mohammadi M, Akbari H, Foladian M. stigma: A systematic review of studies conducted in Iran. Iranian Journal of Sociology. 2022; 23(1): 98-130.[Persian]

22-Jelodari S, Sodagar Sh, Bahrami Hidaji M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological flexibility and cognitive emotion regulation in women with breast cancer. Q Appl Psychol. 2020;13(4): 527-548.[Persian]

23-Soltan Mohammadi H. How Spirituality Affects Prevention and Treatment in the Case of Covid 19. Applied Politics, Institute for Humanities and Cultural Studies (IHCS). 2021; 3(1): 89-111.[Persian]

24-Golestanibakht T, Babaie E, Karimi M & et al. The Relationship between Self-Compassion and Optimism in Students: The Mediating Role of Social Adjustment. Social psychology research. 2022; 45(1): 65-84 [Persian].

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]

25-Arabi S, Asghari B A. Stages Passing of Distress in Cancer Patients: A Narrative Research Study. JSSU 2022; 30 (4) :4726-4739.[Persian]

26-Torkmandi H, Heidaranlu E, Firouzbakht M & et al . The relationship between social support and quality of life in Iranian clients with Cancer. IJCA 2022; 1 (2) :9-15.[Persian]

27-Zanganeh Baygi M, Pewand M, Mirani Bahabadi F & et al. 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. Tolooebehdasht Journal. 2024;23(3): 107-122.[Persian]

28-Saberipour B, Gheibizadeh M, Ghanbari S & et al. The Relationship Between Social Support and Hope in Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy in Hospitals of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. ijbd 2019; 12 (2) :48-56.[Persian]

29-Jangi Aghdam Kh, Sardari B. The effect of religious attitudes (religiosity) on resilience of cancer patients. Iranian Journal of Cancer Care (IJCA). 2022; 1(2): 1-8.[Persian]

30-Masmooi B, Khatiban M,Varshoie M.R & et al. Factors associated with self-efficacy self-care of cancer patients undergoing chemotherapy. Iranian Journal of Cancer Care (IJCA). 2022; 1(1): 40-47.[Persian]

31-Attaran Khorasani A, Safaee F, Taheri E & et al. Comparison of emotional schemas and personality traits based on DSM- 5 in couples with extramarital affairs and couples without extramarital affairs. Journal of Fundamentals of Mental Health 2023; 25(1):41-48.

32-Nazemi N, Momeni H, Bashardoost N & et al. Evaluation of Oral Health and Psychological Health Related Quality of Life in Patient with Temporomandibular Disorders. J Isfahan Dent Sch 2019; 15(2): 138-147.[Persian]

33-Basharpoor S, NasriNasrabadi B, Heidari F & et al. The Role of Health Beliefs and Illness Perceptions in Predicting Health-Promoting Behaviors in Cancer Patients . Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (2): 102-113.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20767]