



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.)<sup>1</sup>, Mohammad Hossein Fallah (Ph.D.)<sup>2</sup>, Najmeh Sedrpoushan (Ph.D.)<sup>3</sup>,  
Abolghasem Asi Moznab (Ph.D.)<sup>4</sup>

- 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.



#### 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<sup>۱</sup>، محمدحسین فلاح<sup>۲</sup>، نجمه سدرپوشان<sup>۳</sup>، ابوالقاسم عاصی مذنب<sup>۴</sup>

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

### چکیده

**مقدمه:** در جوامع مختلف بشری، همواره سرطان به عنوان یکی از بیماری‌های 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. مشارکت کنندگان ۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان با دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال در شهر کرمان تشکیل می‌دادند که به شیوه نمونه‌گیری 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:** یافته‌ها 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)، شبکه‌های 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 مثبت‌گرا)، سلامت روان (تنش ذهنی؛ اختلالات روانی و اضطراب و افسردگی) شناسایی شدند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که عوامل موثر بر بیماری در بیماران مبتلا به سرطان مسئله‌ای 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.

**واژه‌های کلیدی:** تجارب روانشناختی، زنان، سرطان

این مقاله برگرفته از رساله دکترای رشته مشاوره می‌باشد.

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



## مقدمه

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 اطرافیان وارد کرده و ممکن است باعث کاهش انگیزه، بی‌میلی به فعالیت‌های شخصی، اختلالات

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



تغذیه‌ای یا سوء مصرف 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 درمان‌های سرطان مانند جراحی، شیمی‌درمانی و پرتو درمانی و غیره نیز می‌توانند به تغییرات جسمی مانند ریزش مو، تغییر وزن و زخم بر روی پوست منجر شوند که چنین مواردی می‌توانند تأثیری مستقیمی بر تصویر منفی فرد از بدن خود 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 (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 قابل توجهی 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 کرده‌اند. مطالعات جهانی نشان داده‌اند که

فرآیند سرطان‌زایی تحت تأثیر ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی و سبک زندگی قرار دارد. قرار گرفتن در معرض مواد سرطان‌زا، 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).

ریکا 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 تأثیرگذار 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 نه تنها 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 می‌دارد که سرطان علاوه بر تأثیرات جسمی، پیامدهای روانی،



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 قابل توجه 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 شهرستان‌هایی همچون بافت، به گونه‌ای 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 بیش از پیش نمایان می‌سازد.

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



## 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 نمونه‌ها براساس نمونه‌گیری 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 رضایت‌نامه 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 شرکت‌کنندگان 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، جمع‌آوری نمونه‌ها آغاز گردید. مهم‌ترین ملاک جهت انتخاب افراد برای شرکت در پژوهش این بود که علائم و نشانه‌های 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 جمع‌آوری نمونه‌ها به صورت هدفمند در بازه زمانی تقریباً یک ساله انجام شد.

هدف از انجام نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شرکت‌کنندگان به نمایندگی از طیف وسیعی از بیمارانی بودند که به سرطان‌های 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 داده‌ها، 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 می‌توان از مهم‌ترین دلایل برشمرد. این پژوهش با ۲۴ شرکت‌کننده در مصاحبه به اشباع نظری رسید و جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که اطلاعات و مفاهیم جدیدتری حاصل نگردید. البته تعداد مصاحبه‌شوندگان در خصوص موضوع مورد مطالعه، بیش از ۲۴ نفر بودند که ۲ شرکت‌کننده به علت پشیمانی از همکاری در جریان مصاحبه و شرایط بد جسمی کنار گذاشته شدند. جهت آگاهی کامل مصاحبه‌شوندگان در رابطه با هدف مطالعه، توضیحاتی جامع و کامل و در عین حال مختصر در ابتدای مصاحبه‌ها به مصاحبه‌شوندگان ارائه می‌شد. همچنین اطمینان داده می‌شد که این اطلاعات محرمانه خواهند بود و در صورت درخواست اطلاعات ضبط شده و متن مصاحبه‌ها در اختیارشان قرار خواهد گرفت. مصاحبه با کسب اجازه از آنان ضبط می‌گردید. همواره از سوی پژوهشگر تلاش گردید که



می‌کنند تا الگوها و مضامین پنهان را سازماندهی کرده و به دست آورند. نرم افزار به کار رفته در روش تحلیل داده‌ها، مکس کیودا نسخه ۲۰۲۲ (MAXQDA-2022) بود.

داده‌های جمع‌آوری شده که شامل تمامی رونوشت‌ها و نکات کلیدی ثبت شده در جریان مصاحبه‌ها و مکالمات ضبط شده، عبارات و جملات معنادار افراد در طی مصاحبه‌ها بودند جهت حصول اطمینان از دقت در کار توسط یکی از همکاران پژوهشگر یک بار دیگر بازبینی گردیدند. سپس داده‌ها 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 برجسته‌سازی بخش‌های مهم داده‌ها و سپس گروه‌بندی کدهای مشابه برای تشکیل مضامین فرعی و آنگاه ترکیب و پالایش کدها برای شکل‌گیری و استخراج مضامین اصلی می‌باشد.

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

جلسات مصاحبه‌ها 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 می‌گذرانند و اکثر آنان دارای تحصیلات دیپلم یا زیر دیپلم و از طبقه اقتصادی پایین تا متوسط جامعه و متأهل 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 کنار گذاشته شدند، لذا معیار خروج از مصاحبه شامل، ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن و روانپزشکی، داشتن مشکلات جسمی حاد و عدم تمایل برای شرکت در پژوهش بود.

داده‌های پژوهش با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و ثبت و ضبط مکالمات و مشاهدات میدانی پژوهشگر با هر یک از بیماران جمع‌آوری شد. مصاحبه‌ها با توجه به راحتی مصاحبه‌شوندگان در زمان‌هایی متفاوت و در محل‌هایی که از قبل برای انجام مصاحبه انتخاب شده بود، انجام گرفت و مدت زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ دقیقه تا حدود ۵۰ دقیقه (به‌طور میانگین حدود ۴۰ دقیقه) به طول می‌انجامید. از مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها سوالات مختلفی در زمینه‌های موضوع پژوهش (تجارب روانشناختی آنان از عوامل موثر بر بیماری) پرسیده شد. همچنین برای به دست آوردن اطلاعات بیشتر از مصاحبه‌شوندگان، سوالات باز در طول مصاحبه‌ها گنجانده شده بود، در جدول ۱ نمونه‌هایی 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



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 شرکت کنندگان فراهم شده بود. بدین ترتیب از ورود هرگونه آسیب روانی یا جسمانی به شرکت کنندگان اطمینان حاصل گردید.

را ارزیابی کرده و مستلزم ارائه توضیحات شفاف درباره بستر پژوهش، انتخاب مشارکت کنندگان، جمع آوری داده ها 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 دیدگاه های مشارکت کنندگان، قابلیت تعمیم نتایج را تقویت کرد. همچنین به منظور تضمین اعتبار داده ها، پس از تحلیل هر مصاحبه، صحت مطالب با برخی از مشارکت کنندگان بررسی شد تا در صورت لزوم اصلاحات لازم اعمال گردد. علاوه بر این برای ارتقاء روایی و پایایی داده ها، اقداماتی نظیر اختصاص مکان و زمان مناسب برای جمع آوری داده ها، ایجاد تعامل صادقانه با شرکت کنندگان و مرور چند باره داده ها جهت افزایش عمق و دقت اطلاعات، انجام شد.

#### جدول ۱: سوال های راهنما در انجام مصاحبه

هدف از طرح سوال	نمونه سوالات مطرح شده
تاریخچه بیماری و درمان	۱) چه زمانی متوجه علائم بیماری و تشخیص سرطان شدید؟ چه درمان هایی را تاکنون انجام دادید؟ (شیمی درمانی، 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 حمایت های 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 فعالیت های اجتماعی مشغولید؟ آیا در انجام فعالیت های 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؟ مهم ترین چیزهایی که در زندگی برایتان اهمیت دارند چه می باشند؟



## یافته ها

شده در جدول ۲ آورده شده است.

بر طبق این جدول، میانگین و انحراف معیار سنی  $41/88 \pm 9/5$  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 شغلی  $45/83$  درصد از زنان شاغل و  $54/17$  درصد خانه دار بودند.

در این پژوهش به منظور تحقق اهداف تعیین شده، 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

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	-	معهده	۸
۵	۳۲	فوق دیپلم	شاغل	متوسط	متاهل	-	معهده	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	معهده	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	-	معهده	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



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 آن‌ها 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 سخت‌تر شد و...، پرتو درمانی سوزاننده بود، استرس جراحی مرا نگران می‌کرد، شیمی درمانی بدنم را درگیر خود کرده و تحمل عوارضش رو ندارم ولی چاره‌ای دیگه برام نمونه."

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

یافته‌ها نشان داد که تجارب روانشناختی زنان مبتلا به سرطان در ۵ مقوله اصلی شامل: عوامل بهداشتی درمانی؛ مکانیسم‌های مقابله‌ای؛ شبکه‌های 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 طبقه‌بندی شدند. ابعاد بیان شده در مصاحبه‌ها آن‌چنان به هم نزدیک و مرتبط هستند که شاید تفکیک آن‌ها چندان صحیح نباشد. با توجه به تجزیه و تحلیل داده‌ها می‌توان تجارب و نظرات شرکت‌کنندگان پیرامون عوامل روانشناختی مؤثر بر سرطان را در ۵ گروه مقوله‌های اصلی قرار داد. با این حال وضعیت روانشناختی فرد بیمار بر سیستم ایمنی و روند بیماری سرطان می‌تواند تأثیرگذار باشد. به‌طور 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 پیچیده‌تر و چندوجهی می‌سازند. در جدول ۳ پنج عامل روانشناختی مؤثر بر سرطان در قالب مقوله‌های اصلی بیان شده‌اند که در ادامه به تشریح هر



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 می‌کرد. همراهی دکترم هم مرا به درمان امیدوار ساخت. مادرم با نگرانی و اشک‌هایش، درد مرا درک می‌کرد و باور داشت که استرس‌های زندگی، بیماری‌ام را تشدید کرده. با حفظ ارتباطات اجتماعی، روحیه‌ام قوی‌تر 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 گذشته‌ام برام دغدغه نیست، فقط می‌خواهم سالم باشم و زندگی کنم".

مصاحبه شونده دیگری چنین گفت: "دوست نداشتم کسی از مریضم مطلع شود، فکر می‌کنم کسی ندونه بهتر باشه

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 سختی‌هایم 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) شبکه‌های حمایتی - اجتماعی: حمایت‌های 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



نداشتم با کسی باشم یا کسی کمک 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 در این 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".

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 می گذارد. اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری، با حمایت اجتماعی و تکنیک های مدیریت استرس کاهش می یابد. افراد با سلامت روان مطلوب، تاب آوری بالاتری در برابر چالش های بیماری دارند و بهتر می توانند مشکلات را مدیریت کنند. توجه به سلامت روان، نه تنها بهبود وضعیت روانی را تسهیل می کند، بلکه اثرات منفی سرطان را کاهش می دهد.

مصاحبه شونده ای که دارای تحصیلات تکمیلی بود این گونه گفت: "اوایل حوصله هیچ کس را نداشتم عصبی بودم و دوست

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

مفاهیم	مقوله های فرعی	مقوله های اصلی
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؛ تحریک پذیری شدید فیزیکی؛ نوسانات و اختلالات خلقی؛ مدیتیشن یا تکنیک های آرامش؛	مدیریت درمان جسمی و روانی رفتارهای بهداشتی اهمیت آموزش و آگاهی	(۱) عوامل بهداشتی - درمانی
امید به روند بهبودی؛ احساس کفایت و ارزیابی مثبت از گذشته خود؛ امید به الطاف و رحمت های الهی؛ امید به آموزش گناهان؛ آرامش درونی؛ درک پدیده مبدا و معاد؛ درک حقیقت وجود و هستی؛ معنادگی به حوادث و رویدادها؛ اعتماد و توکل به خدا؛ پرهیز کردن از خطاها و دوری از گناهان؛	سبک مقابله اسلامی پذیرش حل مسئله	(۲) مکانیسم های مقابله ای
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؛	شبکه اجتماعی خانواده، دوستان و اطرافیان شبکه حمایتی کادر درمان و پرسنل بیمارستانی	(۳) شبکه های حمایتی - اجتماعی
اعتماد به نفس و قابلیت های فردی؛ خودپذیری با داشتن نقاط ضعف و قوت؛ خوداندیشی و درون نگری؛ صبوری و بردباری؛	ویژگی های شخصیتی، خوش بینی و خود کار آمدی نگرش مثبت گرا	(۴) شخصیت و نگرش
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؛	تنش ذهنی اختلالات روانی، اضطراب و افسردگی	(۵) سلامت روان



## 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 پژوهش‌های 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 می‌تواند 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 به درستی 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، به ویژه 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



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 قابل توجهی 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

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 قابل توجهی 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 به عنوان 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



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 یافته‌های 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 پایداری 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 پایداری بیماران به درمان ایفا می‌کنند. گرچه بیماران در مراحل اولیه بیماری تعهد درمانی بالایی دارند، این پایداری با گذشت زمان کاهش می‌یابد و می‌تواند منجر به عود بیماری شود. حمایت

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 نه تنها 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 یافته‌های مطالعه حاضر در یک راستا می‌باشد (۲۸).

ویژگی‌های شخصیتی و نگرش افراد تأثیر قابل‌توجهی بر سازگاری با سرطان و تعامل با بیماران دارد. این عوامل روان‌شناختی، نقش مهمی در مدیریت استرس، ارتقاء کیفیت



اجتماعی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای، تأثیر قابل توجهی در تقویت پایداری 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. پژوهش‌های ناظمی و همکاران (۱۳۹۸) تأیید می‌کند که اختلال مفصل گیجگاهی-فکی تأثیر قابل توجهی 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 می‌باشد (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 بلا تکلیفی 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 شیوه‌های 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.



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 نحوه سدپوشان بررسی و اصلاحیه یافته ها و تایید نهایی را انجام دادند. ابوالقاسم عاصی مذب 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 منافی 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 نمایم.

این پژوهش با چندین محدودیت همراه بوده که بر تعمیم پذیری و تفسیر نتایج تأثیر می گذارد. 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 گروه های 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 مصاحبه ها اثر گذار بوده اند. با توجه به این محدودیت ها، انجام پژوهش های گسترده تر همراه با نمونه های متنوع و کنترل دقیق تر متغیرهای مزاحم، برای ارائه نتایج معتبرتر ضروری است. ولی با این حال مطالعه حاضر نقش مهمی در بیان و طرح تدوین برنامه های حمایتی و موثر برای بیماران مبتلا به سرطان ارائه نموده است که می تواند راهنمایی مؤثری برای سیاست گذاران، 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 جنبه ها در طراحی مداخلات بالینی و اجتماعی، به ارتقای کیفیت زندگی بیماران و بهبود فرآیند درمان آنان کمک می کند.

### ملاحظات اخلاقی

## 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]



- 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]



- 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. 1<sup>st</sup> 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].



- 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, Heidarlanlu 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. Toloobebedasht 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-Basharpour 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]