

Original Article

Psychological Experiences of Women Living with Cancer: Identifying Their Needs and Addressing Concerns and Challenges in Kerman, Iran 2023

Leila Barjasteh¹ , Mohammad Hossein Fallah¹ , Najmeh Sedrpoushan¹ ,
Abolghasem Asi Moznab² 

¹ Department of Psychology and Counseling, Faculty of Education, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran

² Department of Education, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran

✉ **Corresponding author:**

Department of Psychology and
Counseling, Faculty of
Education, Islamic Azad
University, Yazd Branch, Yazd,
Iran

Email:

n.sedrpoushan@iau.ac.ir

Tel: +98 9133526993

Postal Code: 89195/155

Received: April 09, 2025

Revised: May 04, 2026

Accepted: May 25, 2026

Citation:

Barjasteh L, Fallah M.H,
Sedrpoushan N, Asi Moznab A.
Psychological Experiences of
Women Living with Cancer:
Identifying Their Needs and
Addressing Concerns and
Challenges in Kerman, Iran
(2023). J Shahid Sadoughi Uni
Med Sci 2026; 34(14): 10150-
10162.

Introduction: Cancer has long been recognized as one of the most distressing, debilitating, and life-threatening diseases, exerting profound adverse effects on both patients and their families. In addition to its physical burden, cancer can lead to severe psychological consequences that significantly affect patients' emotional well-being and quality of life. This study aimed to explore the psychological experiences of women diagnosed with cancer, identify their needs, and examine how they cope with concerns and challenges in Kerman, Iran.

Methods: This qualitative study was conducted in 2023-2024 at the Specialized Cancer Clinic of Kerman University of Medical Sciences. Data were collected through in-depth interviews with 24 women diagnosed with cancer, aged 30-60 years. Purposive sampling was employed and continued until data saturation was achieved. Participants represented a diverse group of patients who had either recently received a cancer diagnosis or were undergoing treatment, with a disease duration ranging from 2 to 12 months. Interviews were conducted individually in a quiet setting free from external distractions and were guided by a semi-structured interview framework. Each interview lasted approximately 45-60 minutes. The collected data were analyzed and interpreted using thematic analysis.

Results: Analysis of the interview data yielded five main themes: psychological symptoms, social experiences, spiritual resources, treatment-related complications, and social adaptation. In addition, fifteen subthemes were identified that reflected various dimensions of participants' lived experiences.

Conclusion: Understanding the psychological experiences of women with cancer can contribute to the identification of their needs and validation of their emotions and concerns, thereby supporting more effective disease management and care. These experiences, together with the challenges associated with treatment and disease-related complications, were found to influence patients' personal identity and shape their perceptions of themselves, their families, and society. Such findings underscore the importance of addressing psychological and psychosocial dimensions alongside medical treatment in comprehensive cancer care.

Keywords: Psychological experiences, Women, Cancer.

تجارب روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان: شناسایی نیازها و مقابله با نگرانی‌ها و چالش‌ها؛ در سال ۱۴۰۲ در شهر کرمان

لیلا برجسته^۱ ID، محمدحسین فلاح^۱ ID، نجمه سدرپوشان^۱ ID، ابوالقاسم عاصی مذهب^۲ ID

۱ گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده تعلیم و تربیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران
۲ گروه معارف، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران

✉ نویسنده مسئول:

نجمه سدرپوشان
مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه
علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد،
ایران

پست الکترونیک:

n.sedrpushan@iau.ac.ir
تلفن: ۰۹۱۳۳۵۲۶۹۹۳

صندوق پستی: ۸۹۱۹۵/۱۵۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۴

ارجاع:

برجسته لیلا، فلاح محمدحسین،
سدرپوشان نجمه، عاصی مذهب
ابوالقاسم. تجارب روان‌شناختی زنان
مبتلا به سرطان: شناسایی نیازها و
مقابله با نگرانی‌ها و چالش‌ها؛ در
سال ۱۴۰۲ در شهر کرمان. مجله
علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی
شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴(۴):
۱۶۲-۱۵۰.

مقدمه: سرطان همیشه به‌عنوان یکی از بیماری‌های آزاردهنده، طاقت فرسا و کشنده، توانسته است اثرات منفی بسیاری بر مبتلایان و نزدیکانشان بگذارد و علاوه بر مشکلات و آثار جسمانی، تأثیرات شدید روانی نیز در شخص مبتلا به سرطان ایجاد کند. این پژوهش با هدف تجارب روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان و شناسایی نیازها و مقابله با نگرانی‌ها و چالش‌های آنان در شهر کرمان انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش با بهره‌گیری از مصاحبه‌های عمیق، بر روی ۲۴ زن مبتلا به سرطان، در بازه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، در کلینیک تخصصی سرطان دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی سال ۱۴۰۲ اجرا شد. فرایند نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت. شرکت‌کنندگان طیفی متنوع از بیماران که یا با تشخیص ابتلا به سرطان و یا در حال گذراندن مراحل درمان بودند و از بیماری آنان حداقل دو ماه و حداکثر دوازده ماه سپری شده بود. مصاحبه‌ها در فضایی آرام و عاری از عوامل مداخله‌گر انجام گرفت. هر گفت‌وگو به‌صورت فردی و هدایت‌شده انجام شد و میانگین زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. داده‌ها به روش تحلیل مضمون مورد بررسی و تفسیر قرار گرفتند.

نتایج: ۵ مضمون اصلی علائم روان‌شناختی، تجربیات اجتماعی، منابع معنوی، عوارض درمان، سازگاری اجتماعی و ۱۵ مضمون فرعی استخراج شدند.

نتیجه‌گیری: تجارب روان‌شناختی بیماران می‌تواند به شناسایی نیازها و تأیید احساسات و نگرانی‌ها در جلوگیری از گسترش سرطان کمک کند. هم‌چنین این تجربیات در طول درمان، عوارض مرتبط با بیماری بودند که بر هویت شخصی و دیدگاه فرد نسبت به خود، خانواده و اجتماع تأثیر گذاشته بود.

واژه‌های کلیدی: تجربه‌های روان‌شناختی، زنان، سرطان

مقدمه

سرطان همواره یکی از بیماری‌های پیچیده و خطرناک است که تأثیرات جسمی، روانی و اجتماعی گسترده‌ای بر بیماران و خانواده‌هایشان دارد. این بیماری، علاوه بر کاهش کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی و استرس را افزایش داده و تغییرات فیزیکی ناشی از درمان، مانند ریزش مو یا تغییر وزن، بر تصویر ذهنی و اعتمادبه‌نفس بیمار تأثیر می‌گذارد (۱). بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به‌ویژه سرطان، غالباً مراحل روان‌شناختی متوالی شامل شوک اولیه، انکار واقعیت و بروز علائم افسردگی را تجربه می‌کنند (۲). این بیماران به مداخلات حمایتی چندبعدی شامل خدمات روان‌شناختی و حمایت اجتماعی نیازمندند. شواهد حاصل از مطالعات روان‌شناسی سلامت نشان می‌دهد که راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، حمایت اجتماعی مؤثر، معنویت و سطح بالای هوش هیجانی از عوامل کلیدی در ارتقاء سازگاری روان‌شناختی بیماران محسوب می‌شوند. زنان مبتلا به سرطان پستان به دلیل ماهیت بیماری و پیامدهای جسمی و ظاهری آن، در معرض تغییرات قابل‌توجه روانی و اجتماعی قرار دارند. با این حال، بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران نه تنها می‌تواند نرخ بقا را افزایش دهد، بلکه به تقویت و پایداری ساختار خانواده نیز کمک می‌نماید. علاوه بر این، متغیرهایی همچون سابقه افسردگی پیش از ابتلا، کیفیت روابط زناشویی و سطح خودکارآمدی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم در فرآیند سازگاری بیماران با بیماری شناسایی شده‌اند (۳). شیوع سرطان در ایران طی دهه‌های اخیر به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافته است که این روند ناشی از عوامل محیطی، سبک زندگی ناسالم، تغییرات تغذیه‌ای، آلودگی هوا و افزایش مواجهه با مواد سرطان‌زا است (۴). هم‌چنین شیوع سرطان در جهان روندی افزایشی داشته و پیامدهای گسترده‌ای در زمینه‌های خانوادگی، اقتصادی، قانونی و اجتماعی ایجاد کرده است. گزارش جدید سازمان بین‌المللی پژوهش سرطان در سال ۲۰۲۲ و مطالعات بری و همکاران در سال ۲۰۱۸ این افزایش را با بررسی داده‌های ۱۸۵ کشور تأیید کرده‌اند (۵). سرطان به‌عنوان یکی از بیماری‌های مزمن و پیچیده، با ایجاد دگرگونی‌های بنیادین در ساختار و پویایی خانواده، آثار چندبعدی و گسترده‌ای بر ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی زندگی بیماران و خانواده‌های آنان برجای می‌گذارد. بیماران علاوه بر تجربه درد و ناراحتی جسمی، با

حالات روانی منفی از جمله اضطراب و افسردگی مواجه می‌شوند. فشارهای مالی ناشی از هزینه‌های سنگین درمان، به همراه محدودیت در ایفای نقش‌های خانوادگی و کاهش روابط اجتماعی، می‌تواند بر کیفیت زندگی و عملکرد فردی و جمعی تأثیرگذار باشد (۶). فرآیند درمان سرطان از شیمی‌درمانی و پرتودرمانی گرفته تا جراحی، تنها یک مسیر پزشکی نیست، بلکه مسیری دشوار است که می‌تواند با طیفی از عوارض جسمانی و روانی همراه شود. این چالش‌ها، از خستگی و درد مزمن تا اضطراب، افسردگی و تغییر در تصویر بدنی، گاه بیماران را به سوی انزوای اجتماعی و کاهش ارتباطات بین‌فردی سوق می‌دهد. چه این پیامدها ریشه در ماهیت خود بیماری داشته باشند و چه از تبعات درمان ناشی شوند، یک حقیقت روشن است: حمایت‌های روان‌شناختی و اجتماعی باید به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت بالینی سرطان در نظر گرفته شوند (۷). چنین رویکردی نه تنها به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند، بلکه می‌تواند سازگاری بیماران با تغییرات نقش‌های فردی و اجتماعی را تسهیل کند و تاب‌آوری آنان را در برابر فشارهای درمانی افزایش دهد (۸).

الیزابت کوبلر راس در سال ۱۹۶۹ در اثر شاخص خود «پایان راه: پیرامون مرگ و مردن»، الگوی پنج‌مرحله‌ای سوگواری را مطرح کرد که نخستین مرحله آن «انکار و انزوا» است. براساس دیدگاه وی، دریافت تشخیص یک بیماری تهدیدکننده حیات می‌تواند با بروز واکنش‌های هیجانی شدید همچون شوک، اضطراب، ترس، اندوه، خشم، احساس ناامنی، از دست دادن حس هویت و نیاز مبرم به همدلی همراه باشد. این شواهد میدانی، مبنای نظریه وی در تبیین فرایندهای روانی مواجهه با فقدان و مرگ را تقویت می‌کند (۹). بیماری‌های حاد و مزمن، به‌ویژه سرطان، واجد پیامدهای منفی چندبعدی‌اند که در قالب کاهش کیفیت زندگی، افت بهزیستی ذهنی، افزایش فشار روانی، بروز افسردگی، اضطراب و ناامیدی نمود می‌یابند، که در میان آن‌ها افسردگی، اضطراب و ناامیدی شیوع بالاتری دارند. تشخیص و درمان سرطان برای بیماران تجربه‌ای سرشار از استرس است و اگرچه رابطه علی میان استرس و بروز سرطان در پژوهش‌ها همچنان محل مناقشه بوده و نتایج متناقضی گزارش شده است، آثار روانی و جسمانی این فشارها انکارناپذیر است (۱۰). به‌ویژه در مراحل پیشرفته بیماری، از دست دادن کنترل بر کارکردهای جسمی و روانی، کاهش استقلال فردی و

بنابراین مطالعات اخیر بر ضرورت رویکردهای کیفی برای درک عمیق‌تر اثرات روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی سرطان تأکید کرده‌اند. به منظور شناسایی دقیق تجارب روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان و در نظر گرفتن شرایط خاص، گستره و روند رو به رشد این بیماری در استان کرمان، این پژوهش با هدف بررسی نیازها و راهبردهای مقابله با نگرانی‌ها و چالش‌های مرتبط با آن انجام شده است. سرطان با ایجاد تغییرات بنیادین در ابعاد گوناگون زندگی بیماران و خانواده‌های آنان، ضرورت توجه ویژه به جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی را برجسته می‌سازد. بر این اساس، ارائه حمایت‌های روانی، اجتماعی و معنوی در کنار درمان‌های پزشکی، می‌تواند نقش چشمگیری در ارتقای کیفیت زندگی بیماران و توانمندسازی آنان برای مواجهه مؤثر با پیامدهای بیماری ایفا کند. توجه سیستماتیک به نیازهای روانی و اجتماعی این بیماران، بخشی کلیدی از فرآیند ارتقای سلامت جامع آنان به‌شمار می‌رود.

روش بررسی

این پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناختی، در پی کاوش ژرف ساخت تجربه زیسته بیماران مبتلا به سرطان است، تلاشی نظام‌مند برای نزدیک شدن به معنای بیماری آنگونه که از منظر خود بیمار رخ می‌نماید. ماهیت مطالعه اکتشافی، تحلیل‌محور است و با اتکا به تبیین دقیق بافت تجربه، می‌کوشد افق‌های معنایی رنج، امید، سازگاری و تغییر هویت را در بستر زمان آشکار کند. در این مسیر، روایت‌های فردی نه صرفاً داده‌ها، که پنجره‌هایی به سوی جهان درونی بیماران تلقی شده‌اند. از زمان تشخیص بیماری تا مقطع گردآوری داده‌ها و طی فرایند نمونه‌گیری، تجارب مشارکت‌کنندگان در مراحل مختلف سیر بیماری به‌صورت حضوری و انفرادی گردآوری شد. گفت‌وگوها با پرسش‌های باز و هدایت‌شده، امکان بروز آزادانه معانی را فراهم کرد و با تکیه بر همراهی همدلانه و دقت توصیفی، لایه‌های احساس، معنا و کنش روزمره در متن زندگی بیمار صورت‌بندی شدند. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان بود که در بازه زمانی شهریور ۱۴۰۲ تا مهر ۱۴۰۳ به کلینیک تخصصی سرطان مرکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان مراجعه کرده، بستری شده یا در حال دریافت درمان مستمر بوده‌اند. این میدان پژوهش، با تنوع مرحله بیماری و وضعیت درمان، زمینه‌ای غنی برای مواجهه با تنوع تجربه‌ها فراهم

گسست روابط اجتماعی، می‌تواند احساس انزوا و تنهایی را تشدید کرده و بر سازگاری اجتماعی بیماران اثر منفی بگذارد، حتی در مواردی موجب اجتناب از بیان مشکلات یا گرایش به افکار خودکشی گردد. افزون بر این، فرایند درمان شامل شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، فشارهای روانی و اجتماعی قابل توجهی را بر بیمار و خانواده‌اش تحمیل کرده و ممکن است به کاهش انگیزه، بی‌میلی به فعالیت‌های شخصی، اختلالات تغذیه یا حتی سوء‌مصرف مواد منجر شود. هم‌چنین، عوارض جانبی داروها و پرتودرمانی می‌توانند بر فرآیندهای شناختی، هیجانی و توانایی تصمیم‌گیری بیماران تأثیر منفی بگذارند (۱۱، ۱۲). سرطان غالباً نقطه‌ای برای بازنگری بنیادین در اولویت‌ها و اهداف زندگی است، بسیاری از بیماران در پی این دگرگونی ارزشی، به مداخلات روان‌شناختی و پیوستن به گروه‌های حمایتی روی می‌آورند تا فشارهای روانی را کاهش دهند، راهبردهای مقابله‌ای خود را تقویت کنند و با تغییرات نقش‌های فردی و اجتماعی سازگار شوند. شواهد روزآمد نشان می‌دهد مشارکت در گروه‌های حمایتی و دریافت مشاوره می‌تواند احساس تنهایی و درماندگی را کاهش دهد، کیفیت زندگی را بهبود بخشد، به مواجهه با عوارض درمان یاری رساند و حتی در برخی جمعیت‌ها با پیامدهای بهتر همراه باشد (۱۳). موسوی چلک و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود به بررسی مطالعات انجام‌شده توسط پژوهشگران ایرانی در حوزه سرطان طی یک دهه و مقایسه آن با تحقیقات سایر کشورها پرداختند. یافته‌های آنان نشان داد 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 در زمینه سرطان را برجسته می‌سازد، زیرا چنین تحقیقاتی امکان درک عمیق‌تر و جامع‌تر عوامل مرتبط با بیماری را فراهم می‌کنند و می‌توانند به توسعه راهبردهای مؤثر در پیشگیری و درمان آن کمک کنند (۱۴). هم‌چنین همان‌طور که بیان گردید، شیوع سرطان در برخی مناطق ایران از جمله استان کرمان، به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافته است به‌طوری‌که طی سالیان اخیر، شیب افزایش ابتلا به سرطان در این استان بیشتر از متوسط کشوری بوده و کمربند سرطان‌های گوارشی در شمال استان و رشد سرطان پستان در شهرستان‌هایی مثل بافت به شدت چشمگیر بوده است (۱۵).

ساخت. برای دستیابی به بیشترین تنوع تجارب، از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع استفاده شد، به این معنا که شرکت‌کنندگان براساس تفاوت در سن، نوع و مرحله سرطان، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و منطقه سکونت انتخاب شدند. این رویکرد، بازنمایی طیف گسترده‌ای از واقعیت‌های زیسته در جامعه آماری را ممکن ساخته و زمینه مقایسه مضامین درون‌گروهی و بین‌گروهی را فراهم کرد. شرکت‌کنندگان شامل بیمارانی بودند که علائم بالینی و/یا تشخیص قطعی سرطان داشتند. و نیز افرادی که در دوره نقاهت یا درمان مستمر در بیمارستان دانشگاه یا کلینیک تخصصی قرار داشتند. دامنه سرطان‌ها شامل سرطان رحم، خون، غده، معده، مغزاستخوان، پستان، تخمدان، آندومتر، دهانه رحم و روده بود. از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بیشتر شرکت‌کنندگان از طبقات اقتصادی پایین تا متوسط، با سطوح تحصیلی متنوع، و اغلب متأهل و دارای فرزند بودند. فاصله زمانی از دریافت تشخیص پزشکی تا شرکت در مطالعه، بین حداقل دو ماه تا حداکثر دوازده ماه متغیر بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل برخورداری از تشخیص پزشکی یا شواهد بالینی مرتبط با سرطان و حضور در دوره درمان یا نقاهت، توانایی شرکت در مصاحبه حضوری انفرادی و بیان تجربه‌ها، و تمایل به مشارکت پس از دریافت توضیحات کامل درباره اهداف و فرایند پژوهش و ارائه رضایت آگاهانه بود. معیارهای خروج نیز شامل ابتلا به بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده، مشکلات حاد جسمی یا روانی، یا اختلالات روان‌پزشکی که مانع از انجام مصاحبه مؤثر می‌شد، خودداری از ادامه همکاری یا انصراف در هر مرحله از فرایند، و همچنین وجود شرایط خاص فردی یا خانوادگی که انجام مصاحبه‌ای ایمن و مطابق با اصول اخلاقی را غیرممکن می‌ساخت، در نظر گرفته شد. فرایند گردآوری داده‌ها پس از اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذی‌صلاح دانشگاه علوم پزشکی کرمان و کلینیک تخصصی سرطان و ارائه تعهد کتبی برای اجرای پژوهش دانشگاهی آغاز شد. بر اساس مدارک و مستندات پزشکی موجود در مرکز آموزشی-درمانی، فهرست اولیه بیماران واجد شرایط شناسایی و پس از هماهنگی‌های لازم، مصاحبه‌های حضوری برنامه‌ریزی گردید. مصاحبه‌ها به صورت فردبه‌فرد در یکی از اتاق‌های مشاوره بیمارستان، در محیطی آرام و بدون مزاحمت، انجام شد. مدت هر گفت‌وگو بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه

متغیر بود و اشباع مفهومی پس از انجام ۲۴ مصاحبه حاصل شد، با این حال، برای اطمینان، چند مصاحبه تکمیلی نیز انجام گرفت. با اخذ رضایت شفاهی و کتبی از شرکت‌کنندگان، کلیه مصاحبه‌ها ضبط و هم‌زمان یادداشت‌برداری میدانی از مشاهدات و نشانه‌های غیرکلامی (از جمله نحوه تعامل، مکث‌ها و زبان بدن) به منظور غنای تحلیل‌ها صورت گرفت. پرسش‌ها به صورت باز و بدون جهت‌گیری طراحی شده بود و با دنبال پرسش‌های انعطاف‌پذیر به تعمیق معنا می‌پرداخت. مصاحبه‌ها معمولاً با روایت آزاد تجربه‌ها آغاز می‌شد و سپس مصاحبه‌گر با پرسش‌های هدفمند، مضامین اصلی را روشن‌تر می‌کرد. نمونه‌ای از پرسش‌های آغازگر عبارت بود از: «از زمانی که تشخیص را دریافت کردید، چه تغییراتی در زندگی‌تان رخ داده است؟» و «در طول دوره بیماری و پس از آن چه تجربه‌هایی برایتان برجسته‌تر بوده است؟». هم‌چنین، برای تعمیق پاسخ‌ها از پرسش‌های بازتابی مانند «می‌گویید اگر به زندگی عادی پس از سرطان بازگردید، تصمیم‌تان برای ادامه مسیر چگونه خواهد بود؟» استفاده شد، بی‌آنکه به پاسخ‌دهندگان جهت داده شود. در ادامه، محورهای همچون چالش‌های جسمانی، روانی، خانوادگی و اجتماعی با هدف ترسیم تصویری کامل‌تر از تجربه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. گردآوری داده‌ها طی دوره‌ای تقریباً یک‌ساله انجام شد و طولانی‌شدن این فرایند به دلایلی همچون خودداری برخی بیماران یا مخالفت خانواده‌ها به دلیل ملاحظات فرهنگی-اجتماعی منطقه، شیوع پایین برخی انواع خاص سرطان در میان زنان، و نگرانی از افشای هویت یا پیامدهای احتمالی آینده بازمی‌گشت. این چالش‌ها از طریق برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر، رعایت کامل حق انصراف، و تنوع‌بخشی به منابع نمونه‌گیری مدیریت گردید. اشباع مفهومی و نظری زمانی اعلام شد که در مراحل پایانی گردآوری، داده‌ها و مضامین جدیدی به دست نیامد و اطلاعات تکمیلی نیز به‌طور کامل الگوهای شناسایی‌شده را تأیید کرد. باید یادآور شد که در ابتدای هر جلسه، هدف، دامنه و شیوه استفاده از داده‌ها به‌طور جامع اما مختصر، برای مشارکت‌کنندگان تشریح شد و رضایت آگاهانه از آنان اخذ گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات شخصی و شناسه‌های هویتی، محرمانه باقی خواهد ماند و در صورت تمایل،

به منظور افزایش عمق و گستره اطلاعات، روایی و پایایی نتایج تقویت شد. در این پژوهش، به منظور پایبندی به اصول اخلاقی، مجموعه‌ای از اقدامات به شرح زیر انجام پذیرفت: هدف و شیوه اجرای پژوهش به‌طور شفاف برای مشارکت‌کنندگان تشریح گردید، معرفی‌نامه و مجوزهای لازم ارائه شد، رضایت آگاهانه (به‌صورت شفاهی و در صورت لزوم کتبی) از شرکت‌کنندگان برای حضور در مطالعه اخذ گردید، رعایت حریم خصوصی و احترام به حقوق فردی ایشان مورد توجه کامل قرار گرفت، محرمانه ماندن اطلاعات مصاحبه‌شوندگان از طریق تخصیص کد به جای نام تضمین شد، و پیش از هرگونه ضبط صدا یا تصویربرداری از مصاحبه‌ها، اجازه صریح از آنان دریافت گردید. ویژگی‌های دموگرافی تمامی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج

در مطالعه حاضر تعداد ۲۴ بیمار با انواع سرطان مورد بررسی قرار گرفتند که اکثریت افراد، متاهل بودند (۷۵ درصد) و همگی زنان مبتلا، دامنه سنی ۳۰ الی ۶۰ سال شرکت داشتند و میانگین سنی و انحراف معیار آنان $41/88 \pm 9/5$ سال، سطح تحصیلات مصاحبه‌شوندگان از زیر دیپلم تا لیسانس متغیر و مدت زمان بیماری شان از زمان تشخیص از ۲ ماه تا ۱۲ ماه متغیر بود. از نظر داشتن شغل، ۱۳ نفر از زنان خانه‌دار و ۱۱ نفر کارمند بودند. همچنین محل سکونت و تاحدودی قومیت آن‌ها نیز متغیر بود (مناطق اطراف استان کرمان). آنچه از نتیجه تحلیل محتوای مصاحبه‌ها به‌دست آمد را می‌توان ۵ مضمون اصلی با عناوین علائم روانشناختی، تجربیات اجتماعی، منابع معنوی، عوارض درمان، سازگاری اجتماعی و ۱۵ مضمون فرعی استخراج شدند (جدول ۲) که در ادامه به شرح هر یک از مضامین پرداخته می‌شود.

نسخه‌ای از فایل‌های صوتی یا متون پیاده‌سازی‌شده در اختیارشان قرار خواهد گرفت. همچنین، زمان، مکان و ریتم مصاحبه متناسب با وضعیت بالینی و ترجیحات فردی هر شرکت‌کننده تنظیم شد تا کمترین فشار روانی و جسمی بر آنان وارد شود و کرامت انسانی آنان به‌طور کامل رعایت گردد. داده‌های میدانی این پژوهش از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد، روشی که با طرح پرسش‌های راهبردی و در عین حال انعطاف‌پذیر، امکان کشف لایه‌های عمیق تجربه‌های مشارکت‌کنندگان را فراهم آورد. محتوای هر مصاحبه پس از چندین بار شنیدن و مرور یادداشت‌های میدانی و رونوشت کامل آن، با دقت بازخوانی شد تا واژگان بازسازی، ساختار جملات منقح و گزاره‌های تحلیلی استخراج گردد.

تجزیه و تحلیل آماری

این داده‌ها سپس در نرم‌افزار (MAXQDA 2022) وارد شد تا در فرایندی نظام‌مند کدگذاری، طبقه‌بندی و سازمان‌دهی شوند و الگوها و مضامین پنهان از طریق رویکرد تحلیل مضمون شناسایی و تفسیر گردند. در این رهیافت، مضامین به‌عنوان غنی‌ترین واحدهای معنایی شناخته می‌شوند که می‌توانند از یک واژه تا یک پاراگراف امتداد یابند و دلالت‌های خاصی از تجربه یا مفهوم مورد نظر را بازتاب دهند. تحلیل مضمون در شش گام پیوسته شامل آشنایی عمیق با داده‌ها، استخراج کدهای اولیه، جست‌وجوی مضامین، مرور و بازبینی آن‌ها، تعریف و نام‌گذاری مضامین، و در نهایت تدوین گزارش نهایی انجام شد. برای اطمینان از اعتبار و دقت یافته‌ها، چارچوب چهارگانه لینکلن و گوبا در سال ۱۹۹۴ شامل اعتبارپذیری، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری به‌کار گرفته شد، از جمله با بازبینی نتایج هر مصاحبه توسط مشارکت‌کنندگان و اعمال اصلاحات لازم. همچنین، با اختصاص محیط و زمان مناسب برای گفت‌وگو، حفظ صداقت و شفافیت در تعاملات، و بازخوانی چندباره داده‌ها

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک زنان مبتلا به سرطان در شهر کرمان در سال ۱۴۰۲

کد بیمار	سن (سال)	تحصیلات	شغل	طبقه اقتصادی	تاهل	فرزند	نوع سرطان	مدت بیماری (ماه)
۱	۴۲	دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۲	رحم	۶
۲	۳۷	دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۱	خون	۵
۳	۳۱	فوق دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۲	غدد	۷
۴	۵۱	زیر دیپلم	کارمند	متوسط	مجرد	-	معده	۸
۵	۳۲	فوق دیپلم	کارمند	متوسط	متاهل	-	معده	۴

۶	۴۰	دیپلم	کارمند	پائین	متاهل	۲	مغزاستخوان	۳
۷	۵۹	زیر دیپلم	خانه دار	پائین	مجرد	-	رحم	۱۱
۸	۴۰	لیسانس	کارمند	متوسط	متاهل	-	پستان	۹
۹	۵۸	زیر دیپلم	خانه دار	پائین	متاهل	۴	خون	۳
۱۰	۳۶	لیسانس	کارمند	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	کارمند	متوسط	مجرد	-	خون	۳
۱۴	۴۷	زیر دیپلم	کارمند	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	کارمند	متوسط	متاهل	-	دیواره رحم	۳
۲۰	۳۳	لیسانس	کارمند	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	کارمند	پائین	متاهل	۳	پستان	۱۲
۲۴	۳۵	لیسانس	کارمند	متوسط	مجرد	-	مغزاستخوان	۳

جدول ۲: مضامین یا تم‌های اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه‌ها با زنان مبتلا به سرطان در شهر کرمان در سال ۱۴۰۲

مضامین اصلی	مضامین فرعی
علائم روانشناختی	مقاومت روانی نشانه‌های روانشناختی ترس و نگرانی از پیامدهای بیماری
تجارب اجتماعی	انزوای اجتماعی مخفی‌نمایی حمایت خواهی
منابع معنوی	ایجاد امید و آرامش استحکام و تقویت پایه‌های ارزشی پذیرش قضا و قدر
عوارض درمان	تغییر در ظاهر بدن پیامد درمان سختی مسیر
سازگاری اجتماعی	منابع انرژی بخش معنوی پذیرش و اقدام نقش خانواده و شبکه‌های حمایتی

علائم روان‌شناختی: بخشی از تجربه مصاحبه شوندگان بود که با سه مضمون فرعی مقاومت روانی، ترس و نگرانی از پیامدهای بیماری و نشانه‌های روانشناختی مشخص گردید. نتایج مصاحبه‌ها نشان داد که تعدادی از بیماران مصاحبه‌شونده در هنگام مطلع شدن از بیماری خود، مقاومت در مقابل قبول و پذیرش بیماری داشتند، در صحبت‌های بیمار کد ۱۹ چنین آمده بود: «خیلی ناراحت بودم، باورم نمی‌شد، خیلی از خداوند گله کردم که بچه بهم ندادی و سرطان به‌جاش دادی، خیلی روزی بدی بود، خیلی داغون شده بودم ولی کم‌کم باهش کنار اومدم، هرچند خیلی زیاد بهم سخت می‌گذشت و چند روز اول دائماً گریه می‌کردم ولی چه می‌توانستم بکنم دائماً به خودم رو سرزنش می‌کردم و مدام به زمین و زمان بدوبیره می‌گفتم و...». سرطان برای شخص بیمار و خانواده‌اش و تیم درمان و جامعه، تجربه‌ای آکنده از رنج و درد است. نگرانی برای سایرین، احساس استرس و اضطراب، تلاش برای تقویت روحیه، تسلیم در برابر خواست خداوند، آمادگی قبلی برای شنیدن خبر بیماری، ناامیدی و یاس، مخفی کردن ناراحتی، افسردگی و بی‌حوصلگی، خشم و عصبانیت، عدم باور و انکار بیماری، ترس از پیامدهای سخت و یا شدت یافتن بیماری، ابراز احساسات و هیجانات، یادآوری خاطرات ناگوار، برخورداری از روحیه قوی و مثبت و پذیرش بیماری و تلاش برای درمان از مهم‌ترین تجارب روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در این پژوهش بوده است. در مصاحبه‌ای دیگر کد ۲۰ چنین بیان کرد: «روحیه خیلی خیلی بدی داشتم همه چیزم را از دست داده بودم، مادرم هم چند سال قبل درگیر بیماری خود شده بود، وقتی متوجه شد منم درگیر هستم ناراحتی خودش را با گریه نشون داد و با وجودی‌که با بیماری خودشون خوب کنار اومده بود ولی چون خیلی استرس داشت فکر می‌کرد منم به‌خاطر بیماری او و استرس زیاد درگیر این بیماری شده‌ام و...».

تجارب اجتماعی: انزوای اجتماعی، مخفی کردن بیماری و حمایت‌خواهی از مضامین فرعی این مضمون اصلی هستند و نتایج نشان داد که کناره‌گیری یا جدا شدن از جمع و اجتماع، به‌عنوان شایع‌ترین تجربه در بیماران مبتلا به سرطان در زمان تشخیص می‌باشد. بر این اساس هنگامی که از بیماران خواسته شد تا تجارب اجتماعی خود را در زمان تشخیص بیماری بیان کنند، اکثر آنان با جمله «دوست نداشتم کسی از بیماری‌ام مطلع شود» پاسخ دادند. در مطالعه حاضر از مهم‌ترین تجارب

این قبیل بیماران بعد از تشخیص و در زمان درمان بیماری، می‌توان به عادی شدن روابط اجتماعی به مرور زمان و با امید به این که درمان خواهند شد، ارتباط با نزدیکان، عدم علاقه به اطلاع دیگران از بیماری، بهانه‌گیری و زودرنجی از دیگران، انزوا و کناره‌گیری از جمع، مخفی کردن بیماری، ارتباط با سایر مبتلایان و عدم تغییر در روابط اجتماعی اشاره کرد. مصاحبه‌شونده کد ۶ چنین بیان داشت: «تغییری در روابطم با دیگران ایجاد نشد و حریتم را با بقیه حفظ می‌کردم به‌طوری‌که از روحیه‌ام تعجب می‌کردند حتی با چند تا دیگر از بیمارانی که مثل من سرطان داشتند نیز دوست شدم و با هم در ارتباط بودیم و...». از دیگر نتایج در زمینه تجارب اجتماعی این بود که چنین بیمارانی در دوره بیماری از دلسوزی دیگران گریزان بودند، همان‌طور که بیمار کد ۱ چنین بیان کرد: «دوست نداشتم کسی از بیماری‌ام مطلع شود و فکر می‌کنم کسی ندادند بهتر است نمی‌خواستم برایم دلسوزی کنند و یا مرتب حالم را بپرسند». کد ۲۳ در پاسخ به جواب مصاحبه‌کننده این چنین گفت: «اوایل حوصله هیچ‌کس را نداشتم عصبی بودم و دوست نداشتم با کسی باشم یا کسی کمکم کند ولی کم‌کم با قضیه کنار اومدم و فهمیدم این قضیه می‌تونه برای دیگران هم اتفاق بیفته و درگیرش بشن و با خودم قرار گذاشتم که دیگه به حرف‌های دیگران زیاد اهمیت ندم و در برابر دلسوزی‌شان بی‌تفاوت و فقط شنونده باشم».

منابع معنوی: از دیگر تجربه‌های بیماران بود که از مفاهیم عبارات ایجاد امید و آرامش، استحکام و تقویت پایه‌های ارزشی و پذیرش قضا و قدر، استخراج گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که ابتلا به سرطان، در ابتدا باعث سستی عقاید و اخلاق در عقاید و باورهای معنوی بیماران می‌گردد که این امر رفته رفته با پیشرفت فرآیند درمانی بهبود می‌یابد. هم‌چنین توسل به دعا، ایمان به خدا، پذیرش قضا و قدر و امید به بهبودی از جمله تجارب موثری بودند که کلمات بیان شده و روحیه بیماران مشاهده می‌شد. کد ۱۴ در این باره چنین گفت: «در ابتدا بیماری همه دغدغه ذهنی‌ام بود که چرا من باید به این بیماری دچار شوم، اصلاً چرا این همه بی‌عدالتی است مگر من گناه کرده بودم یا ظلمی در حق کسی کردم و... ولی با گذشت زمان روحیه‌ام بهتر شد و امید به زندگی دوباره در من شکل گرفت و درمان و مداوا کردن خودم را شروع کردم»، هم‌چنین کد ۱۸ در ادامه صحبت‌های خود چنین گفت: «از همان اول کارهام رو به

بچه‌ها و نزدیکانم بیشتر از همه بهم کمک کرد» و یا «حمایتی که خانواده‌ام ازم کردند و تنهام نذاشتن خیلی مهم بود» و یا «پزشکم (روانپزشک) خیلی به خوب شدنم دلگرم کرد و مرا به درمان شدن خودم امیدوار ساخت». هم‌چنین از تجربه‌های بیماران در رابطه با سازگاری می‌توان به عدم اطلاع سایرین به دلیل دلسوزی‌های بی‌مورد، حفظ روابط اجتماعی، معطوف‌سازی توجه بیمار به اموری غیر از بیماری، دریافت مشاوره از روانپزشک، تحمل رفتارهای نامناسب و کج خلقی‌های بیمار، ارتباط مناسب و امیدوار کننده پزشک و کادر درمان، حمایت‌های مالی، تامین هزینه‌های درمان، پذیرش مشیت الهی، برخورداری از حمایت‌های خانواده و اطرافیان و دوستان، توکل به خداوند، روحیات شخص بیمار، پرهیز از یاس ناامیدی و روحیه بخشی اشاره کرد. توجه به این نکته بسیار مهم است که رفتار و گفتار پزشک و کارکنان درمان و خانواده نزدیک در مسیر درمان و بهبود بیماری بسیار اثرگذار است و سبب دلگرمی و سازگاری بیمار با شرایط موجود خود می‌شود. تجربه‌های بیان شده نشان می‌دهند که حمایت‌های کادر درمان و متخصصین مرتبط با بیماری می‌توانند نقش موثرتری در سازگاری بیماران با مشکلات خود ایفا کنند. در این رابطه برخی از بیماران در مصاحبه‌های خود این‌گونه یادآور شدند: «حمایت‌های دکتروم به من خیلی روحیه داد» یا «رفتار و بیان پرسنل درمان این قدر باهام مهربانانه و صبورانه بود که فکر می‌کردم با بچه‌های خودم هستم و اون‌ها ازم مراقبت می‌کنند» یا «روحیه‌ای که دکتر جراحم بهم داد این قدر امیدوارکننده بود که مطمئن بودم به کار خودش وارده و همین رفتار خوبش بود که جراحی کردن را برام آسان کرد و آروم شدم».

بحث

زندگی با ابتلا به سرطان، همواره با طیفی از نگرانی‌ها و چالش‌های عمیق و غیرقابل انکار همراه است. از این‌رو، انتظارات، خواسته‌ها و نیازهای این بیماران، گسترده و در عین حال اختصاصی بوده و توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی تجارب روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان و واکاوی نیازها، دغدغه‌ها و موانع پیش‌روی ۲۴ بیمار طراحی و اجرا شد. با عنایت به این‌که مطالعات کمی، کمتر بازتاب‌دهنده تجربه‌ها و دغدغه‌های واقعی بیماران هستند و بیش از آن‌که به خواسته‌ها و انتظارات آنان بپردازند، در پی پاسخ‌گویی به پرسش‌های ذهنی پژوهشگرند، این مطالعه در قالب یک پژوهش

خدا سپردم و خدا را شکر کردم که بهم گفتند سرطانت بدخیم از نوع مهاجم نیست و جای دیگری را درگیر نکرده و راضی بودم به رضای خدا، قبل از عمل چقدر دعا و راز و نیاز کردم از امام هشتم کمک گرفتم که زنده از عمل بیرون بیایم و... چون اعتقاد دارم که اینان در پیشگاه خدا آبرو دارند، اتفاق بدی نخواهد افتاد و اگر هم افتاد خواست خدا بوده و آدمیزاد باید مطیع خواست خدا باشد».

عوارض درمان: این تجربه یکی از مقوله‌های جدایی‌ناپذیر در تجربه همه بیماران بود. تغییر در ظاهر بدن، پیامد درمان و سختی مسیر به‌عنوان زیر مقوله‌های تشکیل دهنده این آیتم بودند. از جمله مهم‌ترین تجربیات بیماران در رابطه با عوارض بیماری در این مطالعه می‌توان به تغییرات ظاهری و ریزش مو، عمل جراحی‌های متعدد، سختی و رنج شیمی‌درمانی، ترس از موفقیت‌آمیز نبودن جراحی‌های مجدد، استرس قبل از عمل، سوختگی ناشی از پرتو درمانی و ترس از معاینات متعدد اشاره کرد. از مصاحبه‌های بیماران در این رابطه می‌توان به سه مورد اشاره کرد: «پرتو درمانی‌ها هم سینه‌ام را می‌سوزاند و هم خیلی درد را تحمل می‌کردم» یا «استرس داشتم نکنه توده کامل برداشته نشه ولی خدا روشکر بعد که نتیجه آزمایشات متعدد عمل جراحی خوب بوده و نیاز به عمل مجدد نبوده است» یا «شیمی‌درمانی همه بدنم را درگیر می‌کنه تا بتوانه توده را جمع کنه، قبل از ابتلا به سرطان و شیمی‌درمانی هیچ مشکلی نداشتم ولی الان خیلی عوارض دچارم شده، واقعاً تحمل عوارض بعد از شیمی‌درمانی خیلی سخته».

سازگاری اجتماعی: یکی از بخش‌های مهم تجربه هر بیمار سرطانی است. این مورد سه مضمون فرعی منابع انرژی بخش معنوی، پذیرش و اقدام، و نقش خانواده و شبکه‌های حمایتی را دربر می‌گیرد. حمایت خانواده و آشنایان به عنوان آخرین گزینه امن و مطمئن برای همه بیماران مطرح بود. از جمله تجارب مهم بیماران مورد مطالعه را می‌توان به تلاش برای مبارزه با بیماری به خاطر عزیزانشان، مطالعه کتاب، تسلیم در برابر مشیت الهی، توسل به ائمه و امامان، حمایت‌های پزشک و کادر درمان، قبول درمان بیماری، مراجعه به روانپزشک، حمایت‌های اعضای خانواده و نزدیکان اشاره کرد. حمایت خانواده و پزشک معالج از جمله تجارب بود که در کنار سایر فعالیت‌های فرهنگی مذهبی نقش مهمی در امیدبخشی به این بیماران داشت. برخی از مصاحبه‌شونده‌ها در این زمینه چنین بیان داشتند «حمایت

خاموش بیماری شد. همسویی این نتیجه با مطالعات والر و همکاران در سال ۲۰۲۰ و الازری و همکاران در سال ۲۰۲۰ نشان‌دهنده لزوم مداخلات آگاه‌سازی مؤثر است (۲۰،۲۱). واکنش‌های روان‌شناختی بیماران در لحظه آگاهی از تشخیص، عمدتاً شامل غم، گریه و اندوه بود و تنها شمار اندکی توانستند با بیماری سازگار شوند. این یافته، مشابه گزارش‌های جلالی و همکاران در سال ۱۳۹۳ است که آشفتگی جسمی، روانی و اجتماعی بیماران را در این مرحله مستند کرده‌اند. تأکید بر نقش پزشکان در ارائه توضیحات روشن و علمی، برای تعدیل برداشت‌های اعتقادی یا غیرواقعی بیماران، ضرورتی مهم تلقی می‌شود (۲۲). عوارض درمان، به‌ویژه تغییرات ظاهری و سختی‌های شیمی‌درمانی، در بسیاری از روایات بیماران برجسته بود (۲۳). نقش خانواده، به‌ویژه همسر و فرزندان، در ایجاد انگیزه برای ادامه درمان، جایگاهی کلیدی داشت. حمایت عاطفی و حضور مستمر اطرافیان نه تنها موجب امیدواری بیماران شد، بلکه به کاهش نگرانی‌ها و خلأهای روانی آنان کمک کرد (۲۴). در نهایت، نتایج نشان می‌دهد که مراقبت حرفه‌ای باید متناسب با شرایط، دیدگاه و زمینه فرهنگی هر بیمار تنظیم شود. تجربه‌های متفاوت بیماران در پذیرش عوارض درمان، بر اهمیت توجه به عوامل فردی و محیطی در فرایند مراقبت و حمایت تأکید دارد.

نتیجه‌گیری

هرگونه تلاش برای بهبود و سلامتی در بیماران سرطانی نیازمند استفاده از یک رویکرد چند رشته‌ای می‌باشد که به‌طور همزمان به عوامل مختلف روان‌شناختی، زیست پزشکی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و ... توجه شود. برخی از عوامل نیازمند افزایش آگاهی بیماران و دست‌اندرکاران در درمان و حوزه‌های مراقبت پزشکی قبل و چه بعد از بیماری است که در این راستا نقش مشاوران، روانشناسان و به‌خصوص روانشناسان حیطة سرطان از اهمیت خاصی برخوردار است. هم‌چنین شناسایی و تأیید احساسات و نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان و پرداختن به ترجیحات و نیازهایشان، آرامش و اطمینان بیشتری برای آنان فراهم خواهد کرد تا در مواجهه با این تجربیات موفقیت بیشتری کسب کنند. تجربیات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان بر روی هویت شخصی و نگاه فرد نسبت به خود، خانواده، اجتماع و حتی محیط

کیفی و با بهره‌گیری از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، باز و عمیق طراحی شد تا تا حد امکان، بازتاب‌دهنده روایت‌های اصیل بیماران باشد. پس از تحلیل داده‌ها، پنج مقوله اصلی و پانزده مقوله فرعی شناسایی گردید که شامل علائم روان‌شناختی، تجارب اجتماعی، منابع معنوی، آگاهی از بیماری، عوارض درمان و سازگاری اجتماعی بود. این پژوهش در کلان‌شهری واقع در جنوب‌شرق ایران و مرکز استان کرمان انجام گرفت، منطقه‌ای که در سال‌های اخیر، روند ابتلا به سرطان در آن فراتر از میانگین کشوری افزایش یافته است. وجود کمربند سرطان‌های گوارشی در شمال استان و رشد قابل توجه سرطان پستان در شهرستان‌هایی همچون بافت، به گونه‌ای است که در صورت تداوم روند کنونی، پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۱۰ تعداد مبتلایان جدید سالانه به بیش از پنج هزار نفر برسد (۱۵). تنوع قومی، فرهنگی و ارزشی، نرخ بالای مهاجرت و تغییرات مداوم بافت اجتماعی-فرهنگی نیز ضرورت اجرای مطالعات کیفی گسترده‌تری را در این منطقه دوچندان کرده است. مطالعات پیشین از جمله پژوهش بونسو و همکاران (۲۰۱۹) اهمیت غربالگری را برجسته ساخته‌اند. در آن مطالعه، اکثر زنان به‌طور ناگهانی و ناخودآگاه از علائم بیماری خود آگاه شده بودند و هیچ‌یک از طریق خودآزمایی ساختاریافته به کشف نشانه‌ها نپرداخته بودند (۱۶). هم‌چنین، پژوهش خوانساری و همکاران در سال ۲۰۱۶ نشان داد که احساساتی همچون خشم، مظلومیت و حتی برداشت‌هایی از جنس مجازات الهی، واکنش‌هایی رایج در بیماران پس از تشخیص سرطان است (۱۷). یافته‌های دیگر، بر جایگاه محوری معنویت در مواجهه با بیماری تأکید دارند. پژوهش‌های جاسیم و همکاران در سال ۲۰۱۴ و جلالی و همکاران در سال ۲۰۱۵ بیان می‌کنند که بسیاری از بیماران، ابتلا به سرطان را خواست پروردگار دانسته و آن را فرصتی برای تعمیق ارتباط معنوی خود قلمداد کرده‌اند، رویکردی که در ادبیات پژوهش با اصطلاح «تسکین‌دهنده معنوی» شناخته می‌شود (۱۸). در مطالعه حاضر نیز بیماران از تجربه‌هایی همچون توسل به اهل‌بیت، امیدواری با یاد خدا، استحکام بنیان‌های اعتقادی و درک بیماری به‌عنوان آزمونی الهی سخن گفتند (۱۹). با وجود آگاهی برخی بیماران از نشانه‌ها، عواملی چون کمبود دانش، باورهای نادرست و ترس از مراجعه به مراکز غربالگری باعث شد بسیاری، علائم هشداردهنده را تا بروز نشانه‌های آشکار جسمانی، جدی نگیرند، این امر موجب پیشرفت

صبورانه در انجام این پژوهش اینجانب را همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

حامی مالی

ندارد.

تعارض در منافع

وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از مشارکت کنندگان در این مقاله، برگرفته از رساله دکترای رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد با کد اخلاقی (IR.IAU.YAZD.REC.1401.050) می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

لیلا برجسته مسئولیت ایده‌پردازی، طراحی اولیه، انجام پژوهش، نگارش پیش‌نویس و گردآوری داده‌های خام را بر عهده داشته است. محمدحسین فلاح در تجزیه و تحلیل داده‌ها همکاری نموده و نجمه سدرپوشان بررسی و ویرایش یافته‌ها و تأیید نهایی اثر را انجام داده است. ابوالقاسم عاصی مذنب به‌عنوان مشاور علمی و مذهبی، یادآور نکات ضروری و عهده‌دار اصلاح آن‌ها در مقاله بوده است. شایان ذکر است که کلیه نویسندگان، نسخه نهایی را مطالعه و تأیید کرده و مسئولیت کامل پاسخگویی در قبال محتوای پژوهش را پذیرفته‌اند.

پیرامون زندگی‌اش تاثیرگذار است. معمولاً این بیماران نسبت به ادامه زندگی و شرایط موجود عکس‌العمل‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند که بازتاب رفتارهای آنان در هر جامعه‌ای متفاوت است. به رسمیت شناختن عقاید و احساسات و نظرات هر یک از بیماران از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده حفظ غرور، عزت‌نفس و کرامت انسانی در آن‌ها به‌شمار می‌آید. با توجه به نتایج، خانواده‌ها و جامعه و کادر مراقبت و درمان و متخصصان مذهبی با همکاری یکدیگر می‌توانند به بیمار در تجربیات و احساسات خوشایند جهت مقابله با مشکلات و چالش‌های این بیماری کمک کنند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم دسترسی آسان به یک قشر خاصی از بیماران سرطانی (مثلاً سرطان پستان) بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موضوع مدنظر قرار گیرد. هم‌چنین در تحقیقات بعدی به شناسایی تجارب روان‌شناختی مردان مبتلا به سرطان نیز توجه شود تا بتوان جنبه‌های برجسته رشدیافته و تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه را بتوان کشف و تجزیه و تحلیل کرد.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای مشاوره است. صمیمانه از تمامی اساتید و همکارانی که مرا در این پژوهش یاری کردند و نیز تمامی مشارکت‌کنندگان عزیز و کسانی که

References:

1. Wang Y, Feng W. *Cancer-Related Psychosocial Challenges*. Gen Psychiatr 2022; 35(5): e100871.
2. Dorri N, Pourhosein R. *The Association between Stress and Cancer: A Systematic Review of Research Literature*. Rooyesh 2020; 8(12): 1-10.[Persian]
3. Ghasemi M, Abbaszadeh M, Golabi F, Alizadeh Aghdam MB, Aghayari Hir T. *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.
4. Mehr News Agency. *Sonami-ye saratan dar Iran; az vagheiyat ta hoshdar/ ellat-e seyr-e so'udi-ye saratan* [Internet]. Tehran: Mehr News Agency; 2024 Feb 5.
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. *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.
6. Bahrami B, Bahrami A, Mashhadi A, Kareshki H. *The Role of Cognitive Emotion Control Strategies in*

- the Quality of Life of Cancer Patients*. MJMS 2015; 58(2): 96-105.
7. Shashi K, Agarwal MD. *Lifestyles and their Impact on Cancer*. East African Scholars Journal of Medical Sciences 2021; 4(11): 270-80.
 8. Zhou K, Ning F, Wang X, Wang W, Han D, Li X. *Perceived Social Support and Coping Style as Mediators between Resilience and Health-Related Quality of Life in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer: a Cross-Sectional Study*. BMC Womens Health 2022; 22(1): 198.
 9. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. Bahrami AA, translator. 4th ed. Tehran: Roshd Publications; 2021. p. 11-36.
 10. Dorri N, اگر می‌خواهید در فهرست منابع فارسی بنویسید: Pourhosein R. *The Association Between Stress and Cancer: A Systematic Review of Research Literature*. Rooyesh 2020; 8(12): 1-10.[Persian]
 11. 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]
 12. Potthoff S, Gather J, Hempeler Ch, Gieselmann A, Scholten M. *“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.
 13. Mirzakhani M, Gharraee B, Zahedi Tajrishi K, Khanjani S, Noorbala A A, Safaei Nodehi S R. *Effect of Compassion-Focused Therapy on Depression, Anxiety, Stress, And Quality of Life In Patients with Cancer: A Clinical Trial*. IJPCP 2023; 29(2): 142-55.
 14. 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)*. JMCIRI 2017; 35(3): 240-9.
 15. *Cancer Research Institute, Tehran University of Medical Sciences. 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. p. 159-165.
 16. Bonsu AB, Ncama BP. *Recognizing and Appraising Symptoms of Breast Cancer as a Reason for Delayed Presentation in Ghanaian Women: A Qualitative Study*. PLoS One 2019; 14(1): e0208773.
 17. Khansari F, Saeedinejad Y, Raoofi A, Shamsi Gooshki E. *Psychological Experiences of Women with Breast Cancer after Passing Through the Critical Stage; A Qualitative Study*. IJBD 2016; 9(3): 53-59 Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MHN. When the diagnosis is cancer. Cancer 1996; 77(12): 2630-7.
 18. Jassim GA, Whitford DL. *Understanding the Experiences and Quality of Life Issues of Bahraini Women With Breast Cancer*. Social Science & Medicine 2014; 107: 189-95.
 19. Jalali M, Nasiri A, Abedi H. *Patients and Family Members’ Experiences Regarding Receiving Bad News from Health Providers*. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2015; 7(5): 83-93.
 20. Waller J, Renzi C, Ghanouni A, Sanderson SC, Pashayan N, Von Wagner C. *Attitudes Towards Riskstratified Breast Cancer Screening Among*

- Women In England: A Cross-Sectional Survey.* Journal of Medical Screening 2020; 27(3): 138-45.
21. Al-Azri M, Al-Rubaie K, Al-Ghafri S, Al-Hinai M, Panchatcharam SM. *Barriers and Attitudes Toward Breast Cancer Screening among Omani Women.* Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP 2020; 21(5): 1339.
22. Rezaei Adaryani M, Mashayekhi J, Saeedi Tehrani S. *A New Perspective on Challenges in Truth-Telling to Patients.* Health, Spirituality and Medical Ethics 2021; 8(2): 133-40.
23. Montazeri A, Vahdani M, Haji Mahmoodi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. *Cancer Patient Education in Iran: a Descriptive Study.* Support Care in Cancer 2002; 10(2):169-73.
24. Coolbrandt A, Dierckx de Casterlé B, Wildiers H, Aertgeerts B, Van der Elst E, van Achterberg T, et al. *Dealing With Chemotherapy-Related Symptoms At Home: A Qualitative Study In Adult Patients With Cancer.* Eur J Cancer Care (Engl) 2016; 25(1): 79-92.