

Explaining the Dimensions of Self-Care from the Perspective of Women with Breast Cancer: A Qualitative Study

Sajad Nazari Gooran¹, Hooman Etedali¹, Sepideh Sadat Khalaf Seyedi², Mobina Nabizadeh², Marzieh Beigom Bigdeli Shamloo³✉

¹Student Research Committee, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

²Student Research Committee, School of Nursing, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.

³Paramedical School, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

Received: 2025/11/03
Accepted: 2025/12/09

*Corresponding Author:
m.bigdeli@sbsmu.ac.ir

Ethics Approval:
[IR.DUMS.REC.1403.029](#)

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common cancer among women. Self-care among these patients leads to self-management, improved quality of life, and reduced healthcare costs. This study aimed to investigate and explain the dimensions of self-care from the perspective of Iranian women with breast cancer.

Methods: A conventional qualitative content analysis was conducted. A total of 10 women with breast cancer referring to the oncology department of Imam Hassan Mojtaba Hospital in Dezful, Iran, were selected purposively with maximum diversity. Sampling continued until data saturation. In-depth semi-structured interviews were used to collect data. Data were analyzed manually using the Graneheim and Lundman approach.

Results: The average age of the participants was 43.4 years, and the majority of whom were married. A total of seven participants had undergone total mastectomy, and almost all had undergone chemotherapy, radiation therapy, and hormone therapy, except for one patient who had not received hormone therapy. The highest level of education among participants was a diploma, and the majority were housewives. Three main categories emerged: physical self-care and management of its complications (nutrition management, pain management, and physical complications), psycho-emotional self-care (cognitive-behavioral strategies, spiritual and calming resources), and social support (emotional support, instrumental and practical support, access to information, and the health system).

Conclusion: The results of this study show that self-care in women with breast cancer in Iran is a dynamic and multidimensional process that is shaped by three axes: "management of physical complications," "psycho-spiritual care," and "social support." Designing local, integrated, and family-centered interventions based on these dimensions can improve treatment outcomes and quality of life for patients.

Keywords: Breast cancer, Qualitative study, Self-care, Social support, Symptom management



Introduction

Breast cancer is the most common cancer in women and the second leading cause of cancer-related deaths in women (1). Self-care is one of the most important principles of life and successful treatment for women with breast cancer (2). This study aimed to explain the dimensions of self-care from the perspective of Iranian women with breast cancer.

Participants and Methods

This qualitative content analysis study was conducted using a conventional approach on patients with breast cancer at Imam Hassan Mojtaba Hospital in Dezful, Iran, from August to October 2025. The researcher collected data using individual semi-structured interviews with patients who had been diagnosed for at least three months and were in good mental and physical condition. After theoretical saturation, manual analysis was performed using the

Graneheim and Lundman method. This analysis included line-by-line coding and extraction of concepts, subcategories, and finally main categories to describe and interpret the meaning of the patients' experiences.

Results

The present study included 10 participants with an average age of 43.4 years. Their educational levels were as follows: two primary, five diplomas, two bachelor's, and one master's. In terms of marital status, nine were married, and one was single. The type of mastectomy performed was seven total, two partial, and one radical. The average time since diagnosis was 16 months. All patients underwent mastectomy, chemotherapy, and radiotherapy, and all but one participant received hormone therapy (Table 1).

Table 1: Demographic Characteristics and Background Information of Participants

Line	Age	Educational Level	Occupation	Marital Status	Duration of Disease	Type of Mastectomy	Type of Cure
1	36	Elementary	Housewife	Married	3	Total	Surgery, chemotherapy, radiation therapy, hormonal therapy
2	45	Diploma	Housewife	Married	5	Partial	Surgery, chemotherapy, Radiation therapy, hormonal therapy
3	60	Diploma	Housewife	Married	20	Total	Surgery, chemotherapy, radiation therapy, hormonal therapy
4	45	Diploma	Housewife	Married	60	Total	Surgery, chemotherapy, radiation therapy, hormonal therapy
5	50	Master's degree	Teacher	Single	12	Radical	Surgery, chemotherapy, radiation therapy, hormonal therapy
6	42	Diploma	Housewife	Married	4	Total	Surgery, chemotherapy, radiation
7	28	Bachelor	Employed	Married	9	Partial	Surgery, chemotherapy, radiation therapy, hormonal therapy
8	22	Bachelor	Freelancer	Married	11	Total	Surgery, chemotherapy, radiation therapy, hormonal therapy

Line	Age	Educational Level	Occupation	Marital Status	Duration of Disease	Type of Mastectomy	Type of Cure
9	45	Diploma	Freelancer	Married	15	Total	Surgery, chemotherapy, radiation therapy, hormonal therapy
10	61	Elementary	Housewife	Married	22	Total	Surgery, chemotherapy, radiation therapy, hormonal therapy

In the present study, three main categories were extracted, including physical self-care and its management, psycho-emotional self-care, and social support. Table 2 presents the main and subcategories and codes.

1. Physical Self-Care and Management of Complications

1-1. Nutrition Management

Nutrition management encompassed dietary restrictions, consumption of beneficial foods, and moderation in portion sizes .

1-2. Pain Management and Management of Physical Complications

This involved reducing physical activity, employing non-pharmacological pain relief strategies, and carefully controlling medication use .

2. Psycho-Emotional Self-Care

2-1. Cognitive-Behavioral Strategies

This subcategory included codes, such as denial and minimization of the illness, downward social comparison, optimistic and hopeful self-suggestion, and avoidance of distressing situations .

2-2. Spiritual and Calming Resources

This subcategory included codes, such as reliance on God and prayer, cognitive distraction, maintaining independence and self-esteem, avoiding pity, and continuing an everyday life .

3. Social Support

3-1. Emotional Support

Most participants experienced comfort, encouragement from those around them, and the companionship of family members during treatment sessions .

3-2. Instrumental and Practical Support

Most participants received help with daily tasks from those around them and experienced financial support.

3-3. Access to Information and the Health System

In this subcategory, most participants engaged in searching the internet, asking healthcare providers questions, and exchanging experiences with other patients.

Table 2: Dimensions of Self-care in Patients with Breast Cancer

Main Category	Sub-Category	Code
Physical self-care, and managing its side effects	Nutrition management	Dietary restrictions, consumption of healthy foods- adjusting meal sizes
	Pain and physical symptom management	Reduced physical activity-non-pharmacological solutions-medication control
Psycho-emotional self-care	Cognitive-behavioral strategies	Denial and minimization of illness Positive and hopeful self-suggestion Descending social comparison Avoidance of distressing situations
	Spiritual and calming resources	Trust and prayer Cognitive distraction Maintaining independence and self-respect Avoiding pity Continuing a normal life
Support Social	Emotional support	Comfort and encouragement Companionship and presence
	Instrumental and practical support	Help with daily tasks Financial support
	Access to information and the health system	Internet search Ask therapists Share experiences with other patients

Discussion

This study highlighted nutrition management as a core dimension of self-care among Iranian women with breast cancer, emphasizing culturally rooted dietary adaptations that prioritize traditional "beneficial" foods and avoidance of "harmful" items as part of therapeutic practice (1, 2).

Furthermore, self-care encompassed a deliberate reduction in physical activity, often employed by chemotherapy patients to mitigate side effects, in contrast to structured interventions that advocate optimized sleep and rest to regulate this diminished exertion (3).

In pain management, Iranian women exhibited a preference for non-pharmacological modalities (massage, warm showers, aquatic exercise), mirroring Orujlu et al.'s (2023) findings on reduced reliance on synthetic analgesics. This inclination is likely attributable to cultural apprehension regarding pharmaceutical side effects and a corresponding confidence in naturalistic treatments (4).

A distinctive contribution of this study lies in the observed synthesis of cognitive-behavioral strategies with spiritual resources within the domain of psycho-emotional self-care. In the Iranian sociocultural milieu, the minimization and denial of illness—when integrated with reliance on divine providence and supplication—may function adaptively. This observation resonates with the result that documented the utilization of hybridized coping and spiritual strategies by Iranian women to ameliorate psychological distress (5). In Iranian women with breast cancer, downward social comparison is intertwined with religious gratitude (*shukr*), functioning as a coping mechanism that reduces stress and fosters resilience (6).

The study further elucidated avoidance of aversive stimuli as a self-care strategy. Consistent with these results, extant literature indicates that Iranian women may employ transient denial and restrict social engagements (e.g., eschewing gatherings to avert excessive commiseration or pessimistic narratives) to modulate emotional distress, thereby fostering domestic equanimity (7).

Positive self-affirmation and optimism were also identified as prevalent practices. In alignment with these findings, some studies have posited hope as a cornerstone of existential adaptation in oncology patients (8,

9). Self-care for these patients is a complex, dynamic process involving physical, psycho-emotional, and social support dimensions, which are further enriched by spiritual reliance (prayer) and shared peer experiences, all of which are profoundly influenced by cultural and religious contexts (10).

Cognitive distraction was also noted as a tactic. Supporting evidence suggests that patients integrate functional and emotion-focused coping, with associations with mortality anxiety; thus, distraction may confer benefits, albeit warranting adjunctive psychological support (11).

Digital health literacy emerged as a key behavioral pattern among Iranian women. Evidence shows that active engagement in online information seeking enhances self-care capacity, reduces stress, and improves quality of life. Ghazavi-Khorasgani et al. emphasized the significance of reliable informational access in strengthening self-management competencies. (12).

Patients additionally endeavored to preserve autonomy and self-regard. Yousefi et al.'s investigation in Zahedan revealed that post-mastectomy interventions enhancing quality of life and self-esteem facilitate independence and augment self-care (13).

Moreover, participants actively eschewed pity. Zeighami Mohammadi et al. similarly observed that Iranian women with breast cancer encounter solicited compassion yet resist anomalous attention owing to cultural norms, rendering this avoidance an element of emotional self-regulation (14).

Efforts to sustain normative daily routines were evident. Lagari et al. reported that Iranian women deploy emotion- and problem-oriented coping (e.g., acceptance and engagement in routine occupations) to effect life normalization, thereby ameliorating quality of life (15).

Emotional and relational support (solace, motivation, companionship) is a crucial facilitator of self-care, as it reduces isolation, encourages open expression of concerns, and positively impacts both quality of life and treatment adherence (16).

Instrumental assistance with quotidian tasks and financial provisioning emerged as further self-care supports. Agostinetti et al. note that mastectomized mothers with breast cancer, preoccupied with therapy, are impeded in domestic managerial roles, necessitating

augmented familial involvement (17). Ahmadi et al. (2021) reported that ancillary service costs incurred by 138 Iranian women averaged \$97.87 monthly, leading to catastrophic financial strain requiring asset liquidation, debt accumulation, or borrowing (18).

Direct consultation with clinicians was identified as a self-care practice. The literature affirms that oncology patients exhibit pressing informational needs encompassing physical care, clinical specifics, and resources addressing psychosocial and spiritual domains (19, 20). Prominent unmet needs include informational deficits, prognostic uncertainty, fatigue, and managerial shortcomings (21).

The results delineated social support in Iran as encompassing a continuum from affective to instrumental and informational dimensions, contrasting with international emphases on professional assistance (16). Herein, the family served as the primary supportive nexus,

consistent with Suarez et al.'s depiction of familial primacy in Iranian caregiving (22).

Regarding informational access, participants drew on diverse sources, including clinicians, digital platforms, and peer networks. This finding aligns with other studies that have noted multifaceted informational-seeking among Iranian patients (12). Notably, the utilization of indigenous messaging applications for clinician communication exemplifies technological acculturation.

Conclusion

Self-care in Iranian patients is a complex, context-dependent process involving three dynamically linked dimensions: physical management, psycho-emotional health, and social support, with each dimension influencing the efficacy of the others.

References

1. Ahmadi M, Shahrokhi SN, Khavaninzadeh M, Alipour J. Development of a mobile-based self-care application for patients with breast cancer-related lymphedema in Iran. *Applied Clinical Informatics*. 2022;13(05):935-48. doi:10.1055/s-0042-1757295.
2. ArbabiSarjou A, Khamar M, Sasanpour P, Kiani F. The effect of self-care training on the severity of oral mucositis in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2021;10(4). doi:10.5812/msnj.123386.
3. Moloudi M, Abbasi Abianeh N, Salehi S. The Effect of Implementing an Empowerment Training Program on Life expectancy of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Journal of Nursing Education*. 2025;13(6):93-106.
4. Orujlu S, Hassankhani H, Rahmani A, Sanaat Z, Dadashzadeh A, Allahbakhshian A. Pain Self-management Strategies in Patients With Cancer: A Qualitative Study. *Holistic Nursing Practice*. 2023;37(2):90-7.
5. Shamloo MBB, Elahi N, Shamsi A. Iranian Muslim women's adaptation after mastectomy. *International Journal of Palliative Nursing*. 2024;30(8):451-63. doi:10.12968/ijpn.2024.30.8.451.
6. Torralba-Martínez E, Quintana MJ, Carbonell MC, de Las Sias E, Carrillo CPS, Codern-Bové N. Coping experiences of women in the different phases of breast cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(1):197-206. doi:10.1007/s00520-021-06400-9.
7. Manouchehri E, Taghipour A, Ebadi A, Homaei Shandiz F, Latifnejad Roudsari R. How do I deal with breast cancer: a qualitative inquiry into the coping strategies of Iranian women survivors. *BMC women's health*. 2022;22(1):284. doi:10.1186/s12905-022-01865-0.
8. Wang Y-C, Lin C-H, Huang S-P, Chen M, Lee T-S. Risk factors for female breast cancer: a population cohort study. *Cancers*. 2022;14(3):788.
9. Hsu H-T, Juan C-H, Chen J-L, Hsieh H-F. Mediator roles of social support and hope in the relationship between body image distress and resilience in breast cancer patients undergoing treatment: A modeling analysis. *Frontiers in psychology*. 2021;12:695682. doi:10.3389/fpsyg.2021.695682.
10. Mazhari F, Khoshnood Z. Exploring the care needs of Iranian patients with cancer: a qualitative content analysis. *BMC nursing*. 2021;20(1):138. doi: 10.1186/s12912-021-00659-3.
11. Ahmead M, Shehadah F, Abuiram I. Correlation of death anxiety with coping strategies among Palestinian women with

- breast cancer: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2024;12:1420306. doi: 10.3389/fpubh.2024.1420306.
12. Ghazavi-Khorasgani Z, Ashrafi-Rizi H, Mokarian F, Afshar M. Health information seeking behavior of female breast cancer patients. *Journal of education and health promotion*. 2018;7(1):138. doi: 10.4103/jehp.jehp_17_18.
13. Yousefi M, Khalilzadeh FZ, Robabi H, Fallah KS. Effects of Self-care Education Through Telenursing on the Quality of Life and Self-Esteem of Women with Breast Cancer and Mastectomy. 2025. doi:10.61882/ijbd.18.3.2.
14. Zeighami Mohammadi S, Mohammadkhan Kermanshahi S, Vanaki Z. Pity: a qualitative study on Iranian women with breast cancer. Patient preference and adherence. 2018:21-8. doi: 10.2147/PPA.S183712.
15. Laghari MSN, Ahmed I, Fatima SM, Shafiq M, Batool A. Comparison between emotion focused and problem focused coping strategies of stress among working women in Pakistan. *Journal of Positive School Psychology*. 2023:370-81.
16. Krishnasamy M, Hassan H, Jewell C, Moravski I, Lewin T, editors. Perspectives on emotional care: a qualitative study with cancer patients, carers, and health professionals. *Healthcare*; 2023: MDPI. doi:10.3390/healthcare11040452.
17. Agostinetti E, Gligorov J, Piccart M. Systemic therapy for early-stage breast cancer: learning from the past to build the future. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2022;19(12):763-74. doi:10.1038/s41571-022-00687-1.
18. Ahmadi F, Farrokh-Eslamlou H, Yusefzadeh H, Alinia C. Incidence of household catastrophic and impoverishing health expenditures among patients with Breast Cancer in Iran. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):327. doi: 10.1186/s12913-021-06330-6.
19. Afaya A, Ramazanu S, Bolarinwa OA, Yakong VN, Afaya RA, Aboagye RG, et al. Health system barriers influencing timely breast cancer diagnosis and treatment among women in low and middle-income Asian countries: evidence from a mixed-methods systematic review. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):1601. doi:10.1186/s12913-022.
20. Glenton C, Javadi D, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. *Health Research Policy and Systems*. 2021;19(Suppl 3):128. doi:10.1186/s12961-021-00748-4.
21. Moghaddam N, Coxon H, Nabarro S, Hardy B, Cox K. Unmet care needs in people living with advanced cancer: a systematic review. *Supportive care in cancer*. 2016;24(8):3609-22.
22. Suarez NRE, Morrow AS, LaVecchia CM, Dugas M, Carnovale V, Maraboto A, et al. Connected and supported: a scoping review of how online communities provide social support for breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*. 2024:1-12. doi:10.1007/s11764-024-01660-w.

تبیین ابعاد خودمراقبتی از دیدگاه زنان مبتلا به سرطان پستان:

یک مطالعه کیفی

سجاد نظری گوران^۱، هومن اعتدالی^۱، سپیده سادات خلف سیدی^۱، مبینا نبی‌زاده^۲، مرضیه بیگم بیگدلی شاملو^{۳✉}

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

^۲ مرکز توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان گنجویان، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

^۳ دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است. خودمراقبتی این بیماران موجب خودمدیریتی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. این مطالعه باهدف بررسی و توضیح ابعاد خودمراقبتی از دیدگاه زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه تحلیل محتوای کیفی با رویکرد متعارف ۱۰ زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بخش‌های انکولوژی بیمارستان امام حسن مجتبی دزفول به روش هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌صورت دستی با استفاده از رویکرد Graneheim & Lundman انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۴۳/۴ سال بود که اکثریت آن‌ها متأهل بوده و ۷ نفر تحت ماستکتومی توتال قرار گرفته بودند و تقریباً همگی تحت شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و هورمون‌درمانی قرار داشتند، درحالی‌که تنها یک بیمار از درمان هورمونی استفاده نکرده بود. بیشترین میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان دیپلم بوده و بخش عمده‌ای از آن‌ها خانه‌دار بودند، سه طبقه اصلی پدیدار شد: خودمراقبتی جسمی و مدیریت عوارض آن (مدیریت تغذیه، مدیریت درد و عوارض جسمی)، خودمراقبتی روانی عاطفی (راهنمایی شناختی - رفتاری، منابع معنوی و آرام‌بخش)، حمایت اجتماعی (حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و عملی، دسترسی به اطلاعات و نظام سلامت).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که خودمراقبتی در زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران، فرایندی پویا و چندبعدی است که در سه محور «مدیریت عوارض جسمی»، «مراقبت روانی - معنوی» و حمایت اجتماعی شکل می‌گیرد. طراحی مداخلات بومی، یکپارچه و خانواده‌محور بر اساس این ابعاد، می‌تواند به بهبود پیامدهای درمانی و کیفیت زندگی این بیماران منجر شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، حمایت اجتماعی، خودمراقبتی، مدیریت علایم، مطالعه کیفی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۸/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

* نویسنده مسئول:
m.bigdeli@sbsmu.ac.ir

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان شناخته شده در زنان بوده که دومین علت مرگ ناشی از سرطان را در میان جامعه زنان به خود اختصاص می‌دهد (۱). براساس آمار منتشر شده از سازمان جهانی بهداشت سرطان پستان در سال ۲۰۲۲، حدود ۶۷۰ هزار مرگ و میر در سراسر جهان را به خود اختصاص داده است و شایع‌ترین سرطان در زنان در ۱۵۷ کشور از ۱۸۵ کشور بوده است (۲). سرطان پستان شایع‌ترین سرطان نیز در ایران است. میزان استاندارد شده سنی این سرطان طبق گزارش آخرین داده ملی ۳۳/۲۱ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است که میزان استاندارد شده سنی برای مرگ و میر ۱۴/۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر با میانگین سنی ۴۹/۸۴ سال می‌باشد (۳).

میزان بروز، مرگ و میر و بقای ناشی از این مشکل سلامتی در نقاط مختلف جهان به طور قابل توجهی متفاوت بوده که می‌تواند به دلیل عوامل متعددی مانند ساختار جمعیتی، سبک زندگی، عوامل ژنتیکی و محیط باشد (۴). فرآیند بیماری و درمان در بیماران مبتلا به سرطان عوارضی از جمله کاهش رضایت از زندگی، سازگاری و اعتماد به نفس، افزایش تنش‌های عاطفی، اضطراب، افسردگی و اختلالات روانی را به همراه دارد (۵، ۶) که همه این موارد ذکر شده سبب کم شدن حس کنترل و کاهش رفتار خودمراقبتی شده (۷) و خودکارآمدی را در این بیماران به طور مستقیم و غیر مستقیم کاهش می‌دهد (۸).

مراقبت از خود یکی از مهمترین اصول زندگی و درمان موفقیت آمیز بیماران است (۹). خودمراقبتی شامل توانایی افراد برای انجام فعالیت‌های مراقبت از خود می‌شود. به عبارت دیگر توانایی شخص برای ایجاد تعادل بین انجام مراقبت از خود و نیازهای خودمراقبتی از خود را عامل خودمراقبتی می‌گویند، که ممکن است بوسیله خود فرد یا افراد دیگر صورت گیرد (۱۰). خودمراقبتی فقط یک مجموعه از فعالیت‌ها نیست، بلکه یک فرآیند پویا و یک پارادایم مراقبتی است. که تأثیرات مثبت و چند بعدی دارد که از جمله می‌توان به بهبود نتایج بالینی (۱۱)، ارتقای کیفیت زندگی (۱۲)، کاهش بار هزینه‌ها (۱۳)، توانمندسازی بیمار (۱۴) اشاره کرد.

طبق نظریه دوروتیا اورم، افراد باید مستقل و مسئول مراقبت از خود باشند و در صورت نیاز اعضای خانواده باید به آن‌ها کمک کنند (۱۵). براین اساس انسان‌ها می‌بایست

ظرفیت لازم برای تصمیم‌گیری (توانایی تصمیم‌گیری مستقل) را داشته باشند و از طرفی بتوانند مسئولیت عواقب تصمیمات خودشان را بپذیرند (۱۶). طبق این تئوری مهمترین مولفه‌ای که می‌تواند منجر به ایجاد توانمندی در فرد شود، رفتار خودمراقبتی به‌عنوان یک الگو می‌باشد (۱۷).

تحقیقات گسترده نشان می‌دهد که مفهوم «مراقبت از خود» بسیار مهم است. با شیوع بیشتر بیماری‌های مزمن و واگیردار، این مفهوم تأثیر زیادی بر سیستم‌های بهداشتی جهان گذاشته است. پس باید ویژگی‌ها، پیش‌زمینه‌ها و نتایج مراقبت از خود به وضوح تعریف شوند تا پزشکان، پژوهشگران و بیماران بتوانند ارتباط واضحی با هم داشته باشند و مسئولیت‌هایشان مشخص شود (۱۸)، به همین دلیل، خودمراقبتی به عنوان محور اصلی کار پرستاری انتخاب شده است؛ چرا که پرستاران با ارزیابی و آموزش، بیماران را قادر می‌سازند تا سلامت خود را باز یابند، مستقل زندگی کنند و احساس بهتری داشته باشند (۱۱).

پژوهش‌های متعددی در سطح جهانی و حتی در ایران، به مفهوم «خودمراقبتی» در بیماران سرطانی، از جمله سرطان پستان، پرداخته‌اند. مطالعات پیشین یا بر ابعاد خاصی متمرکز بودند (مانند مدیریت عوارض دارویی) یا فاقد عمق لازم برای درک کامل تعامل عوامل در بستر فرهنگی ایرانی بودند.

خلاً اصلی که این پژوهش به آن می‌پردازد، فقدان درک جامع و یکپارچه از ابعاد خودمراقبتی در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان است. پرسش‌نامه‌های استاندارد (مانند مقیاس‌های خودمراقبتی) برای اندازه‌گیری میزان یا سطح عاملی که از قبل شناخته شده است، طراحی شده‌اند. اما هدف این مطالعه کشف و تبیین عواملی بود که بیماران ایرانی به‌صورت تجربه‌شده و فعالانه در فرایند خودمراقبتی خود به کار می‌برند. پس این پژوهش باهدف تبیین ابعاد خودمراقبتی از دیدگاه بیماران در زنان با سرطان پستان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی بود که در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش‌های انکولوژی بیمارستان امام حسن مجتبی (ع) در دزفول از مرداد تا مهر ۱۴۰۴ انجام شد. جمعیت مورد

بررسی شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان بود که بر اساس معیارهای ورود به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت‌اند از: تشخیص سرطان پستان حداقل به مدت ۳ ماه و داشتن شرایط روحی و جسمی مناسب برای پاسخ‌دهی به سؤالات پژوهشگر. معیار خروج شامل: عدم تمایل مشارکت‌کننده به ادامه همکاری، بروز رفتاری که بر جریان مصاحبه تأثیر منفی داشته باشد؛ مانند پرخاشگری. جهت کسب غنای داده مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع در گروه‌های مختلف سنی، سطوح آموزشی، اقتصادی و اجتماعی انتخاب شدند. پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول و تحویل آن به ریاست بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، پژوهش آغاز شد. پیش از شروع، هدف پژوهش، روش کار و اطمینان از عدم محرومیت از درمان در صورت عدم همکاری، محرمانگی اطلاعات، عدم تحمیل هزینه و در دسترس قراردادن نتایج پژوهش در صورت تمایل به مشارکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه اخذ گردید. سپس، مصاحبه‌ها باهدف تبیین مفهوم خودمراقبتی و ابعاد آن انجام شد. نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه شامل: "آیا شما از خودتون مراقبت می‌کنید؟ چرا؟" توضیح بدید چطوری ... " و "چه چیزی باعث شده به مراقبت از خودتون اهمیت بدید؟" بود. سپس براساس پاسخ مشارکت‌کننده سؤالات واکاوی پرسیده شد.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محیطی آرام، در زمان و مکان مناسب که شرکت‌کنندگان احساس راحتی کنند، براساس راهنمای مصاحبه (جدول ۱) انجام گردید. زمانی که داده‌ها به اشباع رسید (در مصاحبه‌های پایانی کد جدیدی افزوده نشد)، برای اطمینان بیشتر دو نفر دیگر نیز مورد مصاحبه قرار گرفتند. با کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، آدرس و شماره تلفن آن‌ها برای تصدیق گفته‌هایشان یا نیاز به مصاحبه‌های بعدی اخذ شد. مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط گردید و بلافاصله یا در اولین فرصت به صورت کلمه به کلمه رونویسی شد. همه مصاحبه‌ها توسط یک مصاحبه‌کننده انجام گرفت.

تحلیل داده‌ها به صورت دستی و با رویکرد Graneheim & Lundman و انجام شد. تحلیل بلافاصله پس از اولین مصاحبه آغاز گردید. محقق چندین بار متن مصاحبه‌ها را گوش داد و سپس آن‌ها را پیاده‌سازی کرد. تحلیل با خواندن مکرر سراسر متن به منظور غوطه‌ور شدن در داده‌ها و به دست آوردن حس کلی از آن‌ها شروع شد. محقق تلاش کرد تا ماهیت آنچه در داده‌های خام بیان شده بود را درک کند. سپس، برای شرح و تفسیر مفهوم ادراک‌شده، ابتدا واحدهای معنی از مصاحبه‌ها مشخص شد و پژوهشگر به استخراج کدها از واحدهای معنی پرداخت. کدگذاری کلمه به کلمه، خط به خط یا پاراگراف به پاراگراف انجام گرفت تا مفاهیم از طریق کدگذاری بر اساس ویژگی‌ها و ابعادشان از داده‌های خام استخراج شوند. سپس، کدهای مرتبط به هم یک طبقه فرعی را تشکیل دادند. پس از پیوستن حداقل دو طبقه فرعی یک طبقه اصلی به دست آمد در سراسر فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، هرگونه تأمل و جرقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها که به ذهن محقق رسید، یادداشت شد و برای مصاحبه‌های بعدی استفاده گردید.

برای تأیید اعتبار محتوا، دست‌نوشته‌های پیاده‌شده از نوار و عبارات استخراج‌شده (کدها) توسط شرکت‌کنندگان تأیید شد. در طول مطالعه، روش‌هایی برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها، شامل اعتبار^۱، تناسب^۲، پایایی^۳ و تأییدپذیری^۴ که معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی هستند (۱۹)، مورد توجه قرار گرفت. برای تأیید اعتبار محتوا، دست‌نوشته‌های پیاده‌شده از نوار و عبارات استخراج‌شده (کدها) توسط شرکت‌کنندگان تأیید شد. یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد اعتبار، درگیری طولانی‌مدت با موضوع بود که پژوهشگر به مدت هشت سال با موضوع تحقیق و بیماران درگیر بود. محقق قبل از شروع تحقیق و در ضمن آن، با بیماران سرطانی و خانواده‌هایشان ارتباط و تعامل مناسب داشت. همچنین، قبل از انجام مصاحبه با شرکت‌کنندگان همکار بود تا اعتماد آن‌ها را جلب کند و فضایی مناسب برای مصاحبه عمیق فراهم نماید. برای کاهش اثر پژوهشگر بر داده‌ها اقدامات ذیل انجام شد: کنار گذاشتن خودآگاهی‌ها، پیش‌فرض‌ها و تجربیات قبلی، طراحی و پایبندی به راهنمای مصاحبه، تکنیک‌های مصاحبه بی‌طرفانه، کنترل و بازبینی توسط ناظرین خارجی

3-Dependability
4-Confirmability

1-Credibility
2- Fittingness

همچنين، براي تأييدپذيري و حسابري تحقيقات، محقق مراحل و روند تحقيق را به طور دقيق ثبت و گزارش کرد تا پيگيري تحقيق براي ديگران فراهم شود. همچنين، از دو محقق مستقل درخواست گرديد تا دقت و صحت روش را تأييد کنند.

در روند مصاحبه يک مشارکت کننده رضايست به ضبط صدا نداشت که پژوهشگر از طريق يادداشت برداري به ثبت تجربيات پرداخت. همچنين دو مشارکت کننده در جريان مصاحبه واکنشهاي عاطفي مانند گريه کردن نشان دادن که پس از همدلي توسط پژوهشگر مصاحبه ادامه يافت.

و بازگرداندن دادهها به شرکت کنندگان. براي اين منظور، بخشهايي از متن مصاحبه به همراه کدهاي مربوط و طبقات پديدار شده براي چند ناظر فرستاده شد تا جريان تحليل را بررسي کنند و در مورد صحت آنها اعلام نظر نمايند. براي تعيين تناسب، يافتهها با تعدادي از پرستاران که در تحقيق شرکت نداشتند، در ميان گذاشته شد و آنها تناسب يافتهها را تأييد کردند. استفاده از تکنیک نمونهگيري با حداکثر تنوع، که به تناسب يا انتقالپذيري يافتهها به ديگران يا خوانندگان کمک کرد، نيز مورد توجه قرار گرفت. پاياني تحليل در صورت کسب توافق بالاي ۹۰ درصد بين کدگذاري دادهها توسط دو خبره تأييد شد.

جدول ۱: راهنمای سوالات مصاحبه

Table1: Interview Questions Guide

Main Questions	Probing Questions
"Do you generally take care of yourself?"	"What exactly do you do?" / "How do you react when you are in pain or tired?" / "What changes have you made to your nutrition and diet?"
"What made you care about taking care of yourself?"	"Is this care different than before the illness?" / "Is there anything you used to do that you have changed now because of the illness?"
"When you hear bad news or feel sad, what do you do to make yourself feel better?"	"Do you try not to think about it or minimize it?" / "What do you do to find peace?" "How important is it to you to maintain your personal independence and self-esteem in this situation?"
"In this situation, how important is it to you to maintain your personal independence and self-esteem?"	"Are there things you would like to do yourself even if others could do them for you?" / "How important is the opinion of others about your strength to you?"
"To what extent have you felt the support of those around you (family, friends, spouse) along this path?"	"What type of support has had the most impact? (e.g. emotional, practical, or financial?) " / "Has anyone ever helped you without you asking?"
"How do you usually get information about health and medical information?"	"Do you ask questions directly to doctors or nurses?" / "Do you use the internet? If so, what kind of information do you search for?" / "Have you talked to other patients?"

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۰ مشارکت کننده شرکت داشتند که میانگين سنی آنان ۴۳/۴ سال بود. ميزان تحصیلات آنها ۲ نفر ابتدایی، ۵ نفر دیپلم، ۲ نفر لیسانس و ۱ نفر کارشناسی ارشد بود. از نظر وضعیت تأهل ۹ نفر متأهل و ۱ نفر مجرد

حضور داشت. نوع ماستکتومی انجام شده نيز ۷ نفر توتال، ۲ نفر پارشیال و ۱ نفر رادیکال بود. میانگين مدت زمان تشخیص بیماری ۱۶ ماه بود. از نظر نوع درمان دریافت شده همه بیماران ماستکتومی، شیمی درمانی و پرتو درمانی را اخذ کرده و به جز یک شرکت کننده همگی هورمون درمانی شده بودند (جدول ۲).

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

Table 2: Demographic characteristics and background information of participants

N	Age	Educational Level	Occupation	Marital Status	Duration of Disease	Type of Mastectomy	Type of Cure
1	36	Elementary	Housewife	Married	3	Total	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy
2	45	Diploma	Housewife	Married	5	Partial	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy
3	60	Diploma	Housewife	Married	20	Total	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy
4	45	Diploma	Housewife	Married	60	Total	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy
5	50	Master's degree	Teacher	Single	12	Radical	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy
6	42	Diploma	Housewife	Married	4	Total	Surgery- Chemotherapy- Radiation
7	28	Bachelor	Employment	Married	9	Partial	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy
8	22	Bachelor	Freelance	Married	11	Total	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy
9	45	Diploma	Freelance	Married	15	Total	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy
10	61	Elementary	Housewife	Married	22	Total	Surgery- Chemotherapy- Radiation Therapy- Hormonal Therapy

"مصرف شیرینی‌ها، قند، سوسیس و کالباس، نوشابه و غذاهای مضر را خیلی خیلی کم کردیم" (همه مشارکت‌کنندگان).

"غذاهای مقوی مثل انار، گوشت قرمز، عسل کوهی، مغزجات (پسته، گردو، بادام) رو بیشتر استفاده می‌کنیم." (مشارکت‌کننده ۱ و ۴)

۱-۲. مدیریت درد و عوارض جسمی شامل کاهش فعالیت جسمی، راه کارهای غیردارویی تسکین درد و کنترل داروها بود.

در پژوهش حاضر سه طبقه اصلی استخراج شد که شامل خود مراقبتی جسمی و مدیریت آن، خودمراقبتی روانی عاطفی و حمایت اجتماعی. طبقات اصلی و فرعی و کدها در جدول ۳ نشان داده شده است که بدین شرح می‌باشد:

۱. خود مراقبتی جسمی و مدیریت عوارض
۱-۱. مدیریت تغذیه
مدیریت تغذیه شامل پرهیزهای غذایی، مصرف مواد غذایی مفید و تعدیل حجم غذا بود.

"وقتی بدن درد دارم از ماساژور استفاده می‌کنم. دوش آب گرم می‌گیرم". (مشارکت کننده ۳)

"به جای ورزش‌های سنگین از ورزش‌های سبک مثل پیاده روی در استخر استفاده می‌کنم". (مشارکت کننده ۴)

۲. خود مراقبتی روانی عاطفی

۲-۱. راهبردهای شناختی رفتاری

در این طبقه فرعی، کدهای انکار و کوچک شماری بیماری، مقایسه اجتماعی نزولی، تلقین مثبت و امیدوارانه و دوری از موقعیت‌های آزاردهنده وجود داشت.

"بیماری رو مثل یک سرماخوردگی می‌دانم و تو ذهنم تلاش می‌کنم کوچکش کنم". (مشارکت کننده ۱)

"همیشه به‌خودم میگم من قوی هستم" (مشارکت کننده ۸)

"همیشه فکر کسایی رو می‌کنم که حالشون خیلی بده و با

خودم میگم خدا رو شکر من که خوبم". (مشارکت کننده ۷)

"شبکه‌های خبری رو دیگه نگاه نمی‌کنم؛ چون بیشترش

اخبار جنگ رو نشون میده. حتی تو مراسم‌های ختم هم

شرکت نمی‌کنم؛ چون خیلی اذیت می‌شم" (مشارکت

کننده شماره ۵)

۲-۲. منابع معنوی و آرامبخش

در این طبقه فرعی کدهای توکل و دعا، انحراف فکر، حفظ استقلال و عزت نفس، اجتناب از ترحم و ادامه زندگی عادی وجود داشت.

"من همیشه خودمو با کارهای هنری مثل تهیه عروسک با

خمیر گل چینی و بافتنی مشغول می‌کنم". (مشارکت

کننده ۱۰)

"از وقتی که مریض شدم بیشتر قرآن می‌خونم با خدا حرف

می‌زنم" (مشارکت کننده ۷)

۳. حمایت اجتماعی

۳-۱. حمایت عاطفی

بیشتر مشارکت‌کنندگان دل‌داری و روحیه‌دهی اطرافیان و همراهی حضور آنان را در جلسات درمان تجربه کرده بودند.

"همیشه خانوادم خصوصاً همسر به من روحیه میدن"

(مشارکت کننده ۲).

"هیچ وقت خودمو تنها نمی‌فرستند بیمارستان حتی برای

یک آزمایش خون ساده حتماً شوهرم یا خواهرم همراهیم

می‌کنند". (مشارکت کننده ۲)

۳-۲. حمایت ابزاری و عملی

اکثر شرکت‌کنندگان کمک در کارهای روزمره توسط

اطرافیان و حمایت مالی را تجربه کرده بودند.

"روزهایی که شیمی درمانی دارم حتماً خواهرم یا خواهر

شوهرم میان خونمون تا آخر شب می‌مونند و کارهامو انجام

میدن". (مشارکت کننده ۲)

"داداشم میگه تو فکر هزینه درمانت نباش من تا آخر پات

هستم". (مشارکت کننده ۱۰)

۳-۳. دسترسی به اطلاعات و نظام سلامت

در این طبقه فرعی نیز بیشتر مشارکت‌کنندگان جستجو

از طریق اینترنت، پرسش از درمانگران و تبادل تجربه با

سایر بیماران را تجربه داشتند.

"دکترم به شماره تماس به هم داده هر وقت سؤال داشته

باشم تو واتس‌آپ ازش می‌پرسم". (مشارکت کننده ۶)

"به بیمار بهبود یافته‌ای هست که تو گروه مجازیمون

هستش و گفته هر وقت خواستید تماس بگیرید از

تجربیاتش برامون میگه و خیلی برامون درمانو راحت نشون

میده". (مشارکت کننده ۹)

جدول ۳: ابعاد خودمراقبتی در بیماران با سرطان پستان

Table3: Dimensions of self-care in patients with breast cancer

Main Category	Sub-Category	Code
Physical self-care and managing its side effects	Nutrition management	Dietary restrictions - consumption of healthy foods - adjusting meal sizes
	Pain and physical symptom management	Reduced physical activity - non-pharmacological solutions - medication control
Psycho-emotional self-care	Cognitive-behavioral strategies	Denial and minimization of illness Positive and hopeful insinuation Descending social comparison Avoidance of distressing situations
	Spiritual and calming resources	Trust and prayer Cognitive distraction Maintaining independence and self-respect Avoiding pity Continuing a normal life

Main Category	Sub-Category	Code
Support Social	Emotional support	Comfort and encouragement Companionship and presence
	Instrumental and practical support	Help with daily tasks Financial support
	Access to information and the health system	Internet search Ask therapists Share experiences with other patients

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین ابعاد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مدیریت تغذیه یکی از ارکان اصلی خودمراقبتی جسمی در زنان ایرانی است. مشارکت‌کنندگان به‌طور مشخص به پرهیز از غذاهای "مضر" مانند شیرینی‌جات، غذاهای فرآوری شده و مصرف غذاهای "مفید" مانند انار، عسل کوهی و مغزجات تأکید داشتند. مطالعات نشان دادند که زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان به تغییرات رژیم غذایی به‌عنوان بخشی از فرآیند درمان توجه ویژه‌ای دارند. با این حال، آنچه در مطالعه حاضر برجسته‌تر است، ماهیت "بومی" این تغییرات غذایی است؛ به گونه‌ای که غذاهای توصیه شده عمدتاً در فرهنگ غذایی ایرانی ریشه دارند (۱، ۲).

از دیگر ابعاد خودمراقبتی این بیماران، کاهش فعالیت جسمی بود. همسو با نتایج فوق، یک مطالعه کیفی روی بیماران تحت شیمی‌درمانی نشان داد که بیماران فعالیت را کاهش می‌دهند تا با عوارض کنار بیایند، اما برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی بر مدیریت این کاهش از طریق تنظیم الگوی خواب و استراحت تمرکز دارند (۳).

در زمینه مدیریت درد و عوارض جسمی، یافته‌ها نشان داد که زنان ایرانی ترجیح می‌دهند از راهکارهای غیردارویی مانند ماساژ، دوش آب گرم و فعالیت‌های سبک در استخر استفاده کنند. این یافته با مطالعه Orujlu و همکاران (۲۰۲۳) همخوانی دارد که نشان دادند بیماران ایرانی تمایل کمتری به مصرف مسکن‌های شیمیایی دارند و راهکارهای سنتی را ترجیح می‌دهند. این ترجیح را می‌توان در چارچوب باورهای فرهنگی ایرانیان درباره عوارض داروهای شیمیایی و اعتماد به روش‌های طبیعی تبیین کرد (۴).

یکی از یافته‌های منحصر به فرد این مطالعه، تلفیق راهبردهای شناختی-رفتاری با منابع معنوی در خودمراقبتی روانی-عاطفی بود. در حالی که

Manouchehri و همکاران (۲۰۲۲) انکار را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناسازگار معرفی می‌کنند (۵)، یافته‌های این مطالعه نشان داد که در بافت فرهنگی ایران، "انکار و کوچک‌شماری بیماری" زمانی که با "توکل و دعا" همراه می‌شود، می‌تواند به یک راهکار سازگار تبدیل شود. این یافته با مطالعه Bigdeli و همکاران (۲۰۲۴) همسو است که نشان دادند زنان ایرانی از تلفیق راهبردهای مقابله‌ای و معنوی برای مدیریت پریشانی روانی استفاده می‌کنند (۷). مقایسه اجتماعی نزولی نیز به عنوان یک راهبرد شناختی-فرهنگی برجسته در این مطالعه شناسایی شد. در حالی که مطالعات غربی این راهبرد را عمدتاً در چارچوب نظریه مقایسه اجتماعی بررسی می‌کنند (۶)، در فرهنگ ایرانی این راهبرد با مفاهیم مذهبی مانند "شکرگزاری" درهم‌آمیخته است. پس شکرگزاری به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مذهبی در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان نقش مهمی ایفا می‌کند. و در نتیجه، به کاهش استرس روانی و تقویت تاب‌آوری کمک می‌کند (۷).

در این مطالعه نیز مشخص شد یکی از اقدامات انجام شده در راستای خودمراقبتی برای افراد دوری از موقعیت‌های آزاردهنده است. همسو با نتایج فوق برخی مطالعات نشان داده‌اند که زنان ایرانی از انکار موقت به عنوان راه فرار و محدود کردن تعاملات اجتماعی (مانند اجتناب از مهمانی‌ها برای جلوگیری از همدردی بیش از حد یا داستان‌های منفی) برای مدیریت ناراحتی عاطفی استفاده می‌کنند، که این امر راحتی بیشتری در خانه فراهم می‌کند (۸).

یکی دیگر از اقدامات انجام شده در راستای خودمراقبتی در افراد، تلقین مثبت و امیدوارانه محسوب می‌شود. همسو با این نتایج Yuan (۲۰۲۲) و Hsu (۲۰۲۱) دریافتند که امید یکی از عناصر اساسی در زندگی بیماران مبتلا به سرطان است (۹، ۱۰). همچنین برای این بیماران توکل و دعا و همچنین تبادل تجربه با سایر بیماران خود مراقبتی محسوب می‌شود. پیرو مطلب فوق پژوهشگران دیگر نیز بر

در این مطالعه یافت شد که دلداری و روحیه‌دهی و همراهی و حضور از جمله رفتارهای خودمراقبتی برای اشخاص محسوب می‌شود. در این راستا Krishnasamy و همکاران (۲۰۲۳) تأکید دارد که فراهم کردن فضای امن عاطفی و همراهی انسانی به بیماران کمک می‌کند تا احساس کنند تنها نیستند و بتوانند دغدغه‌های خود را بدون ترس از قضاوت ابراز کنند، که این فضای حمایت‌گرانه تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی و پذیرش درمان دارد (۱۷).

از دیگر رفتارهای خودمراقبتی در این مطالعه کمک گرفتن در کارهای روزمره و حمایت مالی بود. Agostinetti و همکاران اشاره می‌کنند، مادران مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده، با متمرکز شدن روی درمان بیماری نمی‌توانند نقش‌های مدیریتی خود را در خانه انجام دهند؛ بنابراین، اعضای خانواده باید مسئولیت‌های بیشتری را بپذیرند (۱۸). Ahmadi و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای که روی ۱۳۸ زن ایرانی مبتلا به سرطان پستان انجام شد گزارش کرد که هر بیمار به‌طور متوسط ماهانه ۹۷.۸۷ دلار آمریکا برای خدمات درخواستی خود پرداخت می‌کند که این مورد موجب شده که افراد هزینه‌های کمرشکن را متحمل شوند در این راستا اکثر اشخاص مجبور به فروش دارایی‌های خود، قرض گرفتن یا دریافت وام بانکی می‌شوند (۱۹).

از دیگر یافته‌ها در این مطالعه این بود که از جمله رفتارهای خودمراقبتی به‌کار گرفته شد در این بیماران پرسش از درمانگران بود. در این راستا مطالعات نشان داده‌اند که بیماران سرطانی نیاز مبرمی به اطلاعات مربوط به مراقبت‌های جسمی، جزئیات پزشکی و منابعی دارند که نیازهای عاطفی، اجتماعی و معنوی آنها را برطرف کند (۲۰، ۲۱). افزون بر موارد فوق، چهار نیاز اصلی برآورده نشده در میان بیماران سرطانی عبارتند از: فقدان آگاهی، نگرانی‌ها و عدم اطمینان در مورد آینده بیماری، خستگی و کاستی‌ها در مدیریت بیماری (۲۲).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی در ایران دارای سطوح مختلفی از حمایت عاطفی تا حمایت ابزاری و اطلاعاتی است، در حالی که مطالعات بین‌المللی مانند کریشناسامی و همکاران (۲۰۲۳) بر اهمیت حمایت حرفه‌ای تأکید دارند (۱۷). در مطالعه حاضر، خانواده به عنوان هسته مرکزی حمایت اجتماعی عمل می‌کند. این یافته با مطالعه Suarez و همکاران همسو است که نشان

این باورند باورهای معنوی یا مذهبی افراد و تجربیات سایر بیماران ممکن است بر امیدواری و توانایی آنها در مراقبت از خود در هنگام مبارزه با بیماری تأثیر بگذارد (۱۱). در ادامه یافته‌ها مشخص شد که از اقدامات انجام شده انحراف فکر بوده است. همسو با این نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که بیماران از ترکیبی از کنارآمدن عملکردی و عاطفی استفاده می‌کنند و این استراتژی‌ها با اضطراب مرگ مرتبط هستند، که پیشنهاد می‌کند انحراف فکر می‌تواند مفید باشد اما نیاز به مداخلات روانشناختی دارد (۱۲).

در این مطالعه همچنین از دیگر اقدامات انجام شده، افزایش آگاهی از طریق پایگاه‌های اینترنتی بود. یک مطالعه کیفی نشان داد که زنان ایرانی برای کسب اطلاعات معتبر و ساده در مورد درمان و خودمراقبتی، به جستجوی اطلاعات روی می‌آورند، که این امر به کنترل استرس، سازگاری با شرایط، و بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کند. در این راستا، مطالعه Ghazavi-Khorasgani و همکاران نشان داده است که کسب اطلاعات بهداشتی قدرت خودمراقبتی زنان را افزایش می‌دهد و نیاز به ارائه خدمات اطلاع‌رسانی را برجسته می‌کند (۱۳).

افزون بر این، این بیماران برای حفظ استقلال و عزت نفس خود تلاش می‌کنند. در این راستا پژوهش یوسفی و همکاران در زاهدان نشان داد مداخلات ارتقادهنده‌ی کیفیت زندگی و عزت نفس زنان پس از ماستکتومی، به حفظ استقلال آنان کمک نموده و خودمراقبتی در آنان را افزایش می‌دهد (۱۴).

همچنین، در پژوهش حاضر بیماران، از دریافت ترحم اجتناب می‌کردند. در مطالعه ضیغمی محمدی و همکاران پیرو مطلب فوق مشخص شد زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان، ترحم دریافتی را تجربه می‌کنند و از توجه غیرعادی به دلیل ویژگی‌های فرهنگی اجتناب می‌کنند، که این امر بخشی از خودمراقبتی عاطفی است (۱۵).

در این مطالعه مشارکت‌کنندگان همچنین تلاش می‌نمودند تا به زندگی عادی ادامه دهند. یافته‌های مطالعه Lagari و همکاران نشان داد، زنان ایرانی از استراتژی‌های کنارآمدن عاطفی و مشکل‌محور (مانند پذیرش و تمرکز بر فعالیت‌های روزمره مانند کارهای خانه یا شغل) برای بازگشت به عادی‌سازی استفاده می‌کنند، که این امر کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۱۶).

دادند در فرهنگ ایرانی، خانواده مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار را بر عهده می‌گیرد (۲۳).

در زمینه دسترسی به اطلاعات، یافته‌ها نشان داد که زنان ایرانی از کانال‌های مختلفی از جمله درمانگران، اینترنت و سایر بیماران استفاده می‌کنند. این یافته با مطالعه قضاوی و همکاران (۱۳۹۷) همخوانی دارد که نشان دادند بیماران ایرانی به دنبال منابع اطلاعاتی چندگانه هستند (۱۳). با این حال، نکته حائز اهمیت در مطالعه حاضر، استفاده از پیام‌رسان‌های داخلی برای ارتباط با درمانگران است که نشان از سازگاری با فناوری‌های بومی دارد.

یافته‌های این مطالعه نه تنها ابعاد مختلف خودمراقبتی را شناسایی کرد، بلکه ارتباط پویا و متقابل بین آن‌ها را نیز نشان داد. به عنوان مثال، بین "مدیریت تغذیه" و "حمایت اجتماعی" ارتباط مستقیمی وجود دارد؛ چرا که در بسیاری موارد، تهیه غذاهای "مفید" و رعایت پرهیزهای غذایی مستلزم همکاری و حمایت اعضای خانواده است. همان‌طور که یکی از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد، "خانواده‌ام در تهیه غذاهای مقوی به من کمک می‌کنند."

همچنین، بین "راهنمای شناختی-رفتاری" و "حمایت عاطفی" ارتباط متقابل وجود دارد. هنگامی که بیماران از راهنمایی‌هایی مانند "تلقین مثبت" استفاده می‌کنند، حمایت عاطفی خانواده می‌تواند این راهنماها را تقویت کند. از طرف دیگر، "منابع معنوی" می‌توانند بر "مدیریت درد" تأثیر بگذارند؛ چرا که برای بسیاری از بیماران، تحمل درد با توکل و دعا تسهیل می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به ترس بیماران از ضبط صدا اشاره کرد که در صورت عدم رضایت، از شیوه نوشتاری استفاده شد. محدودیت دیگر، ناراحتی و بهم خوردن شرایط روحی-روانی بیمار به دلیل یادآوری خاطرات تلخ بود که با همدلی، موکول کردن مصاحبه به زمانی دیگر یا ارجاع به مشاوره تا حد زیادی برطرف گردید.

نتیجه‌گیری

از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که خودمراقبتی در این بیماران یک فرآیند چندبعدی و پیچیده است که در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران شکل می‌گیرد. سه بُعد کلیدی شناسایی شده شامل «خودمراقبتی جسمی و مدیریت عوارض»، «خودمراقبتی روانی-عاطفی» و «حمایت اجتماعی» می‌باشد. این ابعاد به صورت مجزا عمل نکرده،

بلکه در تعاملی پویا با یکدیگر قرار دارند؛ برای مثال، حمایت عاطفی خانواده می‌تواند راهنماهای روانی بیمار را تقویت کند و مدیریت تغذیه‌ای مؤثر اغلب نیازمند حمایت عملی اطرافیان است.

مطالعه حاضر با کشف ابعاد بومی و زمینه‌مند خودمراقبتی، مانند تأکید بر تغذیه سنتی، تلفیق راهنماهای شناختی با معنویت، و نقش محوری خانواده، درک عمیق‌تری از تجربه زیسته این بیماران ارائه می‌دهد. این یافته‌ها مؤید آن است که مداخلات استاندارد خودمراقبتی بدون در نظر گرفتن این زمینه فرهنگی-اجتماعی خاص، ممکن است اثربخشی کامل را نداشته باشند. بنابراین، نتایج این پژوهش لزوم حرکت به سمت طراحی مداخلاتی را خاطرنشان می‌سازد که نه تنها بر آموزش مهارت‌های فردی متمرکز باشند، بلکه بستر خانوادگی و اجتماعی بیمار و همچنین منابع فرهنگی او (مانند باورهای معنوی و عادات غذایی) را به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از فرآیند مراقبت بپذیرند و تقویت کنند.

در پایان، می‌توان نتیجه گرفت که تبیین این ابعاد سه‌گانه، چارچوب ارزشمندی را برای متخصصان سلامت، برنامه‌ریزان و پرستاران فراهم می‌آورد تا با طراحی برنامه‌های آموزشی و حمایتی یکپارچه، بومی و بیمارمحور، به ارتقای کیفیت زندگی و بهبود پیامدهای سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران کمک شایانی نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی در ارتباط با این مقاله ندارند.

ملاحظات اخلاقی

کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول مجوز اخلاقی این مطالعه را براساس بیانیه هلسینکی تأیید کرد (کد اخلاق: IR.DUMS.REC.1403.029). همه شرکت‌کنندگان رضایت کتبی خود را جهت انجام مصاحبه ارائه دادند.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهمیم بودند.

حمایت مالی

مطالعه حاضر حاصل مستخرج از طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دزفول به شماره ۴۰۳۰۲۲-SRC-۱۴۰۳ می‌باشد.

References

1. Ahmadi M, Shahrokhi SN, Khavaninzadeh M, Alipour J. Development of a mobile-based self-care application for patients with breast cancer-related lymphedema in Iran. *Applied Clinical Informatics*. 2022;13(05):935-48. doi:10.1055/s-0042-1757295.
2. ArbabiSarjou A, Khamar M, Sasanpour P, Kiani F. The effect of self-care training on the severity of oral mucositis in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2021;10(4). doi:10.5812/msnj.123386.
3. Moloudi M, Abbasi Abianeh N, Salehi S. The Effect of Implementing an Empowerment Training Program on Life expectancy of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Journal of Nursing Education*. 2025;13(6):93-106. doi:10.22034/jne.13.6.93.
4. Orujlu S, Hassankhani H, Rahmani A, Sanaat Z, Dadashzadeh A, Allahbakhshian A. Pain Self-management Strategies in Patients With Cancer: A Qualitative Study. *Holistic Nursing Practice*. 2023;37(2):90-7.
5. Manouchehri E, Taghipour A, Ebadi A, Homaei Shandiz F, Latifnejad Roudsari R. How do I deal with breast cancer: a qualitative inquiry into the coping strategies of Iranian women survivors. *BMC women's health*. 2022;22(1):284. doi:10.1186/s12905-022-01865-0.
6. Mbah EN. The Role of Support and Prayer in Enhancing the Psychological Well-Being of Cancer Patients in Canada. 2025.
7. Torralba-Martínez E, Quintana MJ, Carbonell MC, de Las Sias E, Carrillo CPS, Codern-Bové N. Coping experiences of women in the different phases of breast cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(1):197-206. doi:10.1007/s00520-021-06400-9.
8. Manouchehri E, Taghipour A, Ebadi A, Homaei Shandiz F, Latifnejad Roudsari R. How do I deal with breast cancer: a qualitative inquiry into the coping strategies of Iranian women survivors. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):284. doi:10.1186/s12905-022-01865-0.
9. Wang Y-C, Lin C-H, Huang S-P, Chen M, Lee T-S. Risk factors for female breast cancer: a population cohort study. *Cancers*. 2022;14(3):788.
10. Hsu H-T, Juan C-H, Chen J-L, Hsieh H-F. Mediator roles of social support and hope in the relationship between body image distress and resilience in breast cancer patients undergoing treatment: A modeling analysis. *Frontiers in psychology*. 2021;12:695682. doi:10.3389/fpsyg.2021.695682.
11. Mazhari F, Khoshnood Z. Exploring the care needs of Iranian patients with cancer: a qualitative content analysis. *BMC Nurs*. 2021;20(1):138. doi:10.1186/s12912-021-00659-3.
12. Ahmead M, Shehadah F, Abuiram I. Correlation of death anxiety with coping strategies among Palestinian women with breast cancer: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024;12:1420306. doi:10.3389/fpubh.2024.1420306.
13. Ghazavi-Khorasgani Z, Ashrafi-Rizi H, Mokarian F, Afshar M. Health information seeking behavior of female breast cancer patients. *J Educ Health Promot*. 2018;7:138. doi:10.4103/jehp.jehp_17_18.
14. Yousefi M, Khalilzadeh-Farsangi Z, Robabi H, Fallah-Karimi S. Effects of Self-care Education Through Telenursing on the Quality of Life and Self-Esteem of Women with Breast Cancer and Mastectomy. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2025;18(3):10-25. doi:10.61882/ijbd.18.3.2.
15. Zeighami Mohammadi S, Mohammadkhan Kermanshahi S, Vanaki Z. Pity: a qualitative study on Iranian women with breast cancer. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:21-8. doi:10.2147/ppa.S183712.
16. Laghari MSN, Ahmed I, Fatima SM, Shafiq M, Batool A. Comparison between emotion focused and problem focused coping strategies of stress among working women in Pakistan. *Journal of Positive School Psychology*. 2023;370-81.
17. Krishnasamy M, Hassan H, Jewell C, Moravski I, Lewin T. Perspectives on Emotional Care: A Qualitative Study with Cancer Patients, Carers, and Health Professionals. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(4). doi:10.3390/healthcare11040452.
18. Agostinetti E, Gligorov J, Piccart M. Systemic therapy for early-stage breast cancer: learning from the past to build the future. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2022;19(12):763-74. doi:10.1038/s41571-022-00687-1.
19. Ahmadi F, Farrokh-Eslamlou H, Yusefzadeh H, Alinia C. Incidence of household catastrophic and impoverishing health expenditures among patients with Breast Cancer in Iran. *BMC Health Serv Res*.

2021;21(1):327. [doi:10.1186/s12913-021-06330-6](https://doi.org/10.1186/s12913-021-06330-6).

20. Afaya A, Ramazanu S, Bolarinwa OA, Yakong VN, Afaya RA, Aboagye RG, et al. Health system barriers influencing timely breast cancer diagnosis and treatment among women in low and middle-income Asian countries: evidence from a mixed-methods systematic review. BMC Health Services Research. 2022;22(1):1601. [doi:10.1186/s12913-022-](https://doi.org/10.1186/s12913-022-)

21. Glenton C, Javadi D, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. Health Research Policy and

Systems. 2021;19(Suppl 3):128. [doi:10.1186/s12961-021-00748-4](https://doi.org/10.1186/s12961-021-00748-4).

22. Moghaddam N, Coxon H, Nabarro S, Hardy B, Cox K. Unmet care needs in people living with advanced cancer: a systematic review. Support Care Cancer. 2016;24(8):3609-22. doi.org/10.1007/s00520-016-3221-3.

23. Suarez NRE, Morrow AS, LaVecchia CM, Dugas M, Carnovale V, Maraboto A, et al. Connected and supported: a scoping review of how online communities provide social support for breast cancer survivors. Journal of Cancer Survivorship. 2024;1-12. [doi:10.1007/s11764-024-01660-w](https://doi.org/10.1007/s11764-024-01660-w).