Iranian Journal of Breast Diseases. 2026; 19(2):18-37

Original Article

Explaining the lived experiences of women with breast cancer after diagnosis

Hediye kamyabi fard[1], Sara Kord[2], Hadis Ashrafizadeh[2], Marzieh Beigom Bigdeli Shamloo[2]✉

[1]Student Research Committee, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran
[2] School of Nursing, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

Abstract

Introduction: Although breast cancer is the most common cancer in women, empirical efforts to capture the raw, existential experiences of patients remain fragmented. Current research lacks a unified framework for understanding the profound existential crises these women face. Consequently, this study intends to fill this conceptual void by articulating the existential challenges and adaptive processes that follow a breast cancer diagnosis.

Methods: In this phenomenological study, participants were selected using purposive sampling with maximum diversity and in accordance with the entry criteria at Imam Hassan Mojtaba Medical Center in Dezful city. Interviews were conducted face-to-face or by telephone with semi-structured and open-ended questions. Data analysis was conducted based on Van Manen's six-step framework of hermeneutic phenomenology, which included explaining the nature of the lived experience, examining the phenomenon, extracting main themes, artistic writing and rewriting, maintaining research focus, and establishing a balance between the parts and the whole of the data.

Findings: In this study, 15 women with an average age of 44 participated. Data analysis led to the identification of five main themes about women's experiences after a breast cancer diagnosis, all of which were subsumed under the central theme "existential transformation: from the collapse of being to the reconstruction of meaning." These themes included the collapse of biological structure, existential turmoil in the face of the diagnosis, the instability of female-familial roles and identity, the vulnerability of intimate and social relationships, and the reconstruction of meaning and healing in the refuge of spirituality and hope.

Conclusion: The findings suggest that establishing psychological support services, individual and family counseling, strengthening support networks, and focusing on spirituality and hope can help women better adapt to the crisis caused by the disease. Also, training the treatment team to understand better patients' existential and psychological needs can significantly improve the quality of care and patient satisfaction.

Keywords: Lived experiences, Breast Cancer, Cancer Diagnosis, Qualitative Study

Received: 2026/02/24
Accepted: 2026/06/02

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

Ethics Approval:
IR.DUMS.REC.1404.039

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

Copyright © 2026 kamyabi fard et al. Published by Breast Cancer Research Center, ACECR
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Introduction

Breast cancer is one of the most common cancers among women, and for many women, receiving this diagnosis precipitates a multifaceted crisis that disrupts biological, psychological, and social domains simultaneously(1). For many women, receiving a breast cancer diagnosis is not merely the beginning of a medical treatment process; rather, it represents a turning point in their lived experience, disrupting the body, mind, feminine identity, family roles, social relationships, and the meaning of life(2). After diagnosis, women may encounter fear of death, concerns about treatment, anxiety about the future of their family, maternal worries, changes in body image, reduced sense of femininity, fear of social judgment, and difficulty expressing their concerns. In the Iranian cultural context, the experience of breast cancer is closely linked with motherhood, marital roles, family cohesion, social perceptions, cancer-related taboos, spirituality, and hope. Therefore, clinical perspectives systematically neglect the subjective meaning-making processes that constitute patients' responses to diagnosis(3). Previous research has shown that the diagnosis of breast cancer in women varies depending on cultural and social context. In Western studies(4), the role of family, femininity, and spirituality has been more prominent, while in Asian and military studies, the role of family, femininity, and spirituality has been more prominent(5). It is necessary to explore women's feelings, perceptions, and meanings from their own perspectives. Although several studies have examined the psychological and social consequences of breast cancer, an in-depth understanding of Iranian women's lived experiences after receiving a breast cancer diagnosis remains limited. Accordingly, this study aimed to uncover the essential meanings and structural constituents of the lived experience of breast cancer diagnosis among Iranian women. Drawing on Van Manen's hermeneutic phenomenological approach(6), this study sought to uncover the pre-reflective dimensions of this experience.

Materials and Methods

This qualitative study was conducted with an interpretive phenomenological approach and based on the Van Manen method among 15 women with breast cancer who referred to Imam Hassan Mojtaba Hospital in Dezful. Sampling was purposive and aimed at maximum diversity until data saturation was reached. Data were collected through semi-structured and in-depth interviews, conducted in person or by telephone, and manually analyzed using Van Manen's activities: orienting to the phenomenon, formulating existential questions, thematic analysis, selective reading, writing, and maintaining a strong relation to the phenomenon. All telephone interviews were audio recorded with consent and transcribed verbatim; no systematic differences in thematic content were observed between face-to-face and telephone interviews. To increase the validity of the findings, Lincoln and Guba's criteria, including acceptability, dependency, confirmability, and transferability, were observed with strategies such as repeated reading of the texts, review of some findings by participants, and review of the analysis process by researchers familiar with qualitative methods.

Results

Fifteen women with breast cancer participated in this study, with a mean age of 44 years. Participants varied in marital status, educational level, occupation, and disease stage. Data analysis led to the identification of five main themes about women's experiences after a breast cancer diagnosis, all of which were subsumed under the central theme "existential transformation: from the collapse of being to the reconstruction of meaning." These themes included the collapse of biological structure, existential turmoil in the face of

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

the diagnosis, the instability of female-familial roles and identity, the vulnerability of intimate and social relationships, and the reconstruction of meaning and healing in the refuge of spirituality and hope.

The first theme, the breakdown of biological structure, reflected women's experiences of sudden bodily changes and instability following diagnosis. Almost all participants reported fatigue and sleep disturbances. Some participants described their bodies as unfamiliar, weak, unstable, and unreliable after receiving the diagnosis. Experiences such as decreased energy, nightmares, tremors, numbness, coldness of the extremities, blurred or blackened vision, ringing in the ears, palpitations, shortness of breath, and a feeling of suffocation were less frequently reported by participants. These symptoms were not perceived as purely physical manifestations; they signaled a breakdown of bodily security and the body's transformation into a place of suffering, fear, and threat.

The second theme, existential turmoil in facing the diagnosis, showed that receiving a breast cancer diagnosis had a profound effect on women's psychological and inner worlds. Participants described severe anxiety, fear of death, concern about treatment, fear of infertility, worry about their children's future, loneliness, depression, reduced concentration, inability to process information, self-blame, guilt, reduced self-esteem, hidden crying, withdrawal, and mourning for their previous healthy self. For some women, the moment of diagnosis resembled a grieving process, as if they had not only encountered a disease but had also lost their healthy body, predictable future, former identity, and sense of security.

P2:" I felt like my old self was dead".

P5: "I kept crying, saying, 'I want the real me,' and I didn't like the me who was sick now."

The third theme, instability of feminine–familial roles and identity, indicated that breast cancer affects not only the body and mind but also women's roles as mothers, wives, and women within the family. Some women felt that the disease threatened their attractiveness, self-confidence, ability to become a mother, marital role, and feminine identity. Nevertheless, family remained one of the most important sources of meaning and motivation for continuing treatment. Many women, even during illness, still considered themselves responsible for maintaining family peace and caring for their children. Spousal support also played an important role in many narratives. Women who received emotional support from their husbands experienced the illness as more tolerable and felt less alone during the treatment process.

The fourth theme, vulnerability of intimate and social relationships, revealed that breast cancer also affects women's personal and social relationships. Some participants reported decreased marital intimacy, reduced sexual desire, concern about losing attractiveness, emotional distance from the spouse, fear of betrayal or neglect, and the husband's excessive focus on financial issues. On the other hand, pitying looks, repeated questions, sarcastic comments, social judgment, and difficulty disclosing the diagnosis caused some women to withdraw from social interactions. For these participants, social relationships became a source of pressure rather than support, and some preferred isolation to avoid unwanted pity or judgment.

The fifth theme, reconstruction of meaning and healing through spirituality and hope, reflected women's efforts to make sense of their illness and find strength to continue. Many participants interpreted the disease as a divine test, a warning to reconsider their lives, or an opportunity to strengthen their patience and faith. Prayer, reading the Quran, making vows, supplication, talking to God, trusting in God, and feeling accompanied by God were important sources of psychological comfort. Hope also emerged as an active coping mechanism. Seeing recovered patients,

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

focusing on treatment, managing negative thoughts, and believing in the possibility of recovery helped women resist fear and despair.

Discussion

In line with the identified themes, our findings demonstrate that diagnosis simultaneously disrupts bodily integrity and existential coherence. Similar to findings by Chen et al. (2020) in a different cultural context, our participants reported these symptoms as centrally mediated by acute stress responses, but uniquely interpreted them as evidence of bodily betrayal rather than mere side effects(7). Psychologically, they struggle with multifaceted anxieties, mourning for their pre-illness selves, low self-esteem, and disrupted thought processes, all of which are direct consequences of the physical changes and trauma of the diagnosis. In addition to the physical and psychological aspects, a cancer diagnosis causes a shift in roles, female identity, and vulnerability in social relationships(8). Many women tend to limit their relationships and seek social isolation due to fear of social stigma, pity, or suspicion from others. Although this response varies depending on personality and cultural characteristics, ultimately, while a subset of participants successfully reconstructed meaning through spirituality, others remained oscillating between hope and despair, suggesting that spiritual coping is neither universal nor uniformly effective(3).

This study is limited by its single-site sampling and the absence of longitudinal follow-up to examine how existential experiences evolve over the course of treatment. Additionally, the lack of member checking with all participants due to health-related attrition may have introduced interpretive bias.

Conclusion

The findings of this study indicate that a breast cancer diagnosis is a profound and multifaceted experience for women that transcends a purely medical event, significantly impacting their physical well-being, psyche, identity, familial roles, social interactions, and existential worldview. Given the existential nature of this crisis, implementing psycho-social intervention protocols within 48 hours of biopsy confirmation is imperative. In this context, the presence of a trained nurse, equipped with the competencies to provide ‘existential support,’ is pivotal. Such a professional goes beyond clinical care by empathizing with the patient’s suffering and assisting them in redefining their sense of meaning and navigating ontological turmoil. Furthermore, clinicians should be trained to explicitly invite the disclosure of fears concerning issues such as infertility and marital rejection, as these are central yet frequently unarticulated concerns. Ultimately, the development of comprehensive, family-centered, and culturally and spiritually sensitive care interventions is an essential step toward enhancing patient adaptation, alleviating suffering, and improving the overall quality of care for women diagnosed with breast cancer.

Future longitudinal studies should examine whether the theme of existential turmoil attenuates over time or transforms into post-traumatic growth, and comparative studies between women with and without strong spiritual frameworks are needed to establish causality in coping outcomes.

References

1. Waks AG, Winer EP. Breast cancer treatment: a review. Jama. 2019;321(3):288-300.
2. Wei L, Xie J, Wu L, Yao J, Zhu L, Liu A. Profiles of self-compassion and psychological outcomes in cancer patients. Psycho-Oncology. 2023;32(1):25-33.
3. Wang C, Qiu X, Yang X, Mao J, Li Q, editors. Factors influencing social isolation among cancer patients: a systematic review. Healthcare; 2024: MDPI.
4. Sukartini T, Dewi LC, Nihayati HE, Laili NR, Nandaka IKT, Nugraheni A. The lived experience of women with breast cancer.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

International Journal of Innovation, Creativity and Change. 2020;13(6):249-62.
5. Shamloo MBB, Elahi N, Shamsi A. Iranian Muslim women's adaptation after mastectomy. International journal of palliative nursing. 2024;30(8):451-63.
6. Van Manen, Beyond Assumptions: Shifting the Limits of Action Research. Theory Into Practice. 1990;29(3):152-7.
7. Ahn J, Suh EE. Body image alteration in women with breast cancer: A concept analysis using an evolutionary method. Asia Pac J Oncol Nurs. 2023;10(5):100214. doi: 10.1016/j.apjon.2023.100214.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

مقاله‌پژوهشی

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۱۴۰۵؛۱۹(۲):۱۸-۳۷

تبیین تجارب زیسته زنان مبتلا به سرطان پستان پس از تشخیص

هدیه کامیابی فرد[۱]، سارا کرد[۲]، حدیث اشرفی زاده[۲]، مرضیه بیگم بیگدلی شاملو[۲]✉

[۱]کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران
[۲]دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

چکیده

مقدمه: اگرچه سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است، تلاش‌های تجربی برای ثبت تجربیات خام و وجودی بیماران همچنان پراکنده است. تحقیقات فعلی فاقد یک چارچوب یکپارچه برای درک بحران‌های وجودی عمیقی است که این زنان با آن مواجه هستند. در نتیجه، این مطالعه قصد دارد با بیان چالش‌های وجودی و فرآیندهای انطباقی که پس از تشخیص سرطان پستان ایجاد می‌شوند، این خلأ مفهومی را پر کند.

روش بررسی: در این مطالعه پدیدارشناسی، شرکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، با حداکثر تنوع و بر اساس معیارهای ورود در مرکز پزشکی امام حسن مجتبی (ع) شهرستان دزفول انتخاب شدند. مصاحبه‌ها به صورت حضوری یا تلفنی با سوالات نیمه‌ساختاریافته و بازپاسخ انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس چارچوب شش مرحله‌ای پدیدارشناسی هرمنوتیک ون منن انجام شد که شامل توضیح ماهیت تجربه زیسته، بررسی پدیده، استخراج مضامین اصلی، نگارش و بازنویسی هنری، حفظ تمرکز تحقیق و ایجاد تعادل بین جزء و کل داده‌ها بود.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۱۵ زن با میانگین سنی ۴۴ سال شرکت کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی پنج مضمون اصلی در مورد تجربیات زنان پس از تشخیص سرطان پستان شد که همگی ذیل مضمون اصلی «تحول وجودی: از فروپاشی هستی تا بازسازی معنا» قرار گرفتند. این مضامین شامل فروپاشی ساختار بیولوژیکی، آشفتگی وجودی در مواجهه با تشخیص، بی‌ثباتی نقش‌ها و هویت خانوادگی-زنانه، آسیب‌پذیری روابط صمیمانه و اجتماعی و بازسازی معنا و شفا در پناه معنویت و امید بود.

نتیجه گیری: از یافته‌ها چنین حاصل می‌شود که ایجاد خدمات حمایتی روان‌شناختی، مشاوره فردی و خانوادگی، تقویت شبکه‌های حمایتی، و توجه به معنویت و امید می‌تواند به زنان کمک کند تا با بحران ناشی از بیماری به نحو مطلوب‌تری سازگار شوند. همچنین آموزش تیم درمانی برای درک عمیق‌تر نیازهای وجودی و روانی بیماران، می‌تواند کیفیت مراقبت و رضایت بیماران را به طور چشمگیری افزایش دهد.

واژه‌های کلیدی: تجارب زیسته، سرطان پستان، تشخیص سرطان، مطالعه کیفی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۲/۰۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۲

✉ **نویسنده مسئول:**
m.bigdeli@sbmu.ac.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

مقدمه

سرطان پستان شایع ترین بدخیمی تشخیص داده شده در زنان است (۱). طبق آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت در کشورهای باشاخص توسعه بالا[1] از هر ۱۲ زن، ۱ نفر در طول زندگی خود به سرطان پستان مبتلا می‌شود و از هر ۷۱ زن، ۱ نفر بر اثر آن می‌میرد. در مقابل، در کشورهایی با شاخص توسعه انسانی پایین، از هر ۲۷ زن، ۱ نفر در طول زندگی خود به سرطان پستان مبتلا می‌شود و از هر ۴۸ زن، ۱ نفر بر اثر آن می‌میرد(۹). همسو با آمار جهانی سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در ایران می‌باشدرکه ۱۲٪/۹ از کل سرطان‌های شایع را تشکیل می‌دهد و پنجمین علت اصلی مرگ ناشی از سرطان در سال ۲۰۲۰ بود. آخرین میزان بروز استاندارد شده سنی سرطان پستان در ایران ۳۵/۸ است و انتظار می‌رود تا پایان سال ۲۰۳۰ به بیش از ۷۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر افزایش یابد(۱۰).

ابتلا به سرطان پستان ابعاد وجودی فردی و خانوادگی بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۸, ۱۱) که سرآغاز این تغییرات لحظه تشخیص است(۱۲). این زمان یکی از لحظات بحرانی در زندگی این بیماران است که اثرات عمیق و پایدار جسمی، روانی و اجتماعی بر فرد و خانواده دارد(۱۳). این لحظه، فراتر از یک واقعه‌ی پزشکی، تجربه‌ای زیسته است که در پیوند با چالش‌ها و عوامل اجتماعی-فرهنگی، واکنش‌های گوناگونی را برمی‌انگیزد (۱۴). دریافت خبر سرطان پستان، به دلیل تهدید آشکار سلامت، هویت و تصویر بدنی زنان، اغلب به عنوان یک تروما و نقطه عطف در زندگی توصیف می‌شود و می‌تواند نحوه پردازش بیماری و مسیر مواجهه با آن را شکل دهد(۱۵)

علاوه بر این، تجربه تشخیص سرطان پستان با تعاملات بیماران با سیستم مراقبت بهداشتی و نحوه اطلاع‌رسانی تشخیص نیز ارتباط دارد. شواهد نشان می‌دهند که چگونگی انتقال خبر بیماری از سوی ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، اطلاعات ارائه‌شده و حمایت عاطفی همراه با آن می‌تواند بر پاسخ هیجانی و درک بیماران از تشخیص تأثیر قابل توجهی داشته باشد. فراهم کردن اطلاعات دقیق، حمایت‌های روانی و ارتباط درمانی مؤثر به زنان کمک می‌کند تا احساس کنترل و مشارکت در روند درمان را افزایش دهند (۱۶).

تجربه زیسته سرطان فراتر از احساسات اولیه است و شامل چالش‌های مرتبط با تصویر بدنی، هویت جنسیتی و روابط اجتماعی است (۱۷). این بیماران باتشخیص بیماری پایداری عاطفی خود را از دست داده و رفتارهایی چون افسردگی، انکار یا خشونت را بروز می‌دهند. افزون برآن با برداشتن پستان و شیمی درمانی زیبایی و زنانگی خود که بخشی از هویت انان است را از دست می‌دهند و دچار بحران هویتی می‌شوند (۱۸). همچنین دربرخی موارد تصور ننگ برای خانواده، قضاوت‌های نادرست اطرافیان در مورد بیمار و موضوع تابو بودن سرطان را در ذهن نشخوار می‌کنند(۱۹) که حکایت از نقش فرهنگ در تجارب منحصر به فرد بیماران خصوصا دراین موقعیت حساس دارد.

بنابراین، کاوش و شناخت احساسات و تجربیات و دغدغه‌های افراد در هنگام تشخیص بیماری می‌تواند منجر به طرح ریزی مداخلات موثر در جهت تنظیم هیجانی، شده و با اتخاذ راهبردهای سازگارانه به بهزیستی روانی– جسمی این بیماران بینجامد (۲۰). در این میان مطالعات پدیدارشناختی قادر به کشف نیازهای مددجویان از زبان خودشان بوده و می‌توان دید عمیق‌تر و داده‌های عینی‌تری نسبت به تجارب منحصر به فرد افراد به دست آورد(۲۱).

با توجه به اینکه لحظه تشخیص سرطان پستان نه تنها آغاز یک مسیر درمانی، بلکه نقطه‌ای تعیین‌کننده در تجربه زیسته زن مبتلا است؛ لحظه‌ای که در آن ترس، ابهام، تهدید هویت، نگرانی از آینده، و بازاندیشی در نقش‌های فردی و خانوادگی به‌صورت هم‌زمان فعال می‌شوند، لازم است این تجربه در بستر فرهنگی و اجتماعی خاص هر جامعه به‌طور دقیق فهم شود. اگرچه پژوهش‌های متعددی به پیامدهای روانی و اجتماعی سرطان پستان پرداخته‌اند، اما هنوز فهم عمیقی از معنای زیسته دریافت خبر تشخیص در زمینه فرهنگی ایران و از زبان خود بیماران وجود ندارد؛ زمینه‌ای که در آن باورهای فرهنگی، تابوهای مرتبط با سرطان، نگرانی از قضاوت دیگران و الگوهای ارتباطی با نظام درمان می‌توانند کیفیت این تجربه را به‌طور اساسی شکل

[1] Human Development Index (HDI)

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

دهند. بر این اساس، هدف این مطالعه، تبیین و فهم تجربه زیسته زنان مبتلا به سرطان پستان پس از تشخیص بیماری در بستر فرهنگی ایران است؛ تا از خلال روایت‌های آنان، ابعاد کمتر دیده‌شده این تجربه آشکار شده و زمینه برای طراحی مداخلات حمایتی و مراقبتی متناسب با نیازهای واقعی بیماران فراهم شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه پدیدارشناسی هرمنوتیک ون مانن[1] پس از کسب مجوز از مدیر پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول و تحویل آن به ریاست مرکز درمانی امام حسن مجتبی درسال ۱۴۰۴، ۱۵مشارکت کننده به روش هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند و نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. یعنی زمانی که درمصاحبه کد جدیدی به دست نیامد نمونه گیری پایان پذیرفت . پس از توضیح هدف و روش کار واطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و ارایه حق کناره گیری در ادامه مصاحبه و دریافت درمان درصورت امتناع از شرکت درپژوهش وعدم تحمیل هزینه به بیماران انتخاب مشارکت کنندگان انجام شد معیارهای ورود: آشنایی به زبان فارسی، تمایل به شرکت در مطالعه، تشخیص سرطان پستان به صورت اولیه، داشتن شرایط روحی وجسمی مناسب جهت شرکت در مصاحبه، توانایی در بیان تجارب زیسته، گذشت حداقل ۲ ماه از زمان تشخیص، ایرانی بودن . معیارهای خروج :عدم تمایل به ادامه مصاحبه، بروز رفتاری که بر روند مصاحبه تاثیر منفی داشته باشد مانند پرخاشگری، تجربه ی رخدادی (غیر از تشخیص سرطان) در دو ماه گذشته که آسیب روانی زیادی را به بیمار وارد کند مانند مرگ یکی از عزیزان.

روش جمع آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد که در مورد تجربه زیسته خود ازجمله ادراکات، تفکرات و احساسات خود در هنگام تشخیص بیماری توضیح دهند. مصاحبه با پرسش چنین سؤالاتی آغاز می‌شد:" شما در هنگام تشخیص بیماری تون چه حسی داشتید ؟، " چه تغییری کردید"؟، " به چی فکر می‌کردید؟"و... سپس سوالات واکاوی باتوجه به پاسخ وی پرسیده می‌شد(جدول۱). طول مدت مصاحبه بر اساس تحمل و علاقه هر مشارکت کننده بین ۲۰ تا ۵۲ دقیقه متغیر بود. میانگین زمان مصاحبه ۴۲ دقیقه بود. مصاحبه‌ها دراتاق آموزش بخش انکولوژی انجام شد و در صورت عدم تمایل مشارکت کننده به مصاحبه حضوری، مصاحبه به‌صورت تلفنی در زمانی که توسط مشارکت کننده مقرر شد صورت گرفت.

جدول ۱:راهنمای سوالات مصاحبه

Table 1: Interview Questions Guide

Main questions	Example of probing questions
1. "How did you feel when you were diagnosed"? 2. "What changes did you make"? 3. "What were you thinking about"? 4. "What was your mental preoccupation"?	1. Give an example… 2. Explain more… 3. What did it feel like?

تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از رویکرد پدیدارشناسی هرمنوتیک بارویکرد ون‌مانن انجام شد. رویکردی که فراتر از توصیف صرف پدیده‌ها، به دنبال کشف «معنای زیسته» و تفسیر عمیق تجربیات انسانی است. از منظر ون‌مانن، پدیدارشناسی نه یک روش خشک علمی، بلکه کوششی است برای بازگشت به خودِ پدیده‌ها و درک آن‌چنان که در جهانِ زیسته فرد حضور دارند. در این مسیر، هرمنوتیک (تأویل) نقش کلیدی ایفا می‌کند؛ چرا که تجربه انسانی همواره در بستر زبان، فرهنگ و تاریخ تفسیر می‌شود. از این رو، پژوهشگر به دنبال آن هست که فراتر از بازنمایی ظاهری لحظه تشخیص، لایه‌های پنهان و معانی تلویحی آن را در بستر فرهنگی خاص ایران واکاوی کند.

این رویکرد به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا با عبور از پیش‌فرض‌های کلیشه‌ای، به جوهره ی تجربه‌ای دست یابد که زنان در رویارویی با خبر سرطان از سر می‌گذرانند. در پدیدارشناسی هرمنوتیک، فرآیند تحقیق به مثابه یک گفت‌وگوی تأملی میان پژوهشگر و متنِ روایت‌های شرکت‌کنندگان است؛ گفت‌وگویی که هدف آن نه فقط

[1] Van Mennen

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

دسته‌بندی داده‌ها، بلکه حصول به درکی نوین و روشن‌گر از چگونگی معناسازی فرد در برابر رویدادهای بحرانی زندگی است. با به‌کارگیری این چارچوب، مطالعه حاضر می‌کوشد تا با حساسیتِ پدیدارشناختی، پژواک‌های فرهنگی و هیجانیِ لحظه تشخیص را به مثابه یک تجربه اصیل انسانی استخراج کرده و به زبانی توصیفی-تفسیری درآورد(۲۲).

به منظور تحلیل داده‌ها ۶ مرحله ون مانن بدین شرح سپری شد:

۱. **توجه به پدیده (تعهد به پدیده):** پژوهشگر متعهد شد که بفهمد چگونه دنیای یک زن در لحظه شنیدن واژه «سرطان» از نظر روانی، جسمی و اجتماعی دچار دگرگونی می‌شود.

۲. **کاوش در تجربه زیسته**: جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق و باز؛ به‌طوری‌که مشارکت‌کننده اجازه یابد تجربه خود را «زندگی کند» (نه اینکه تحلیل کند). مثال: پرسش از مشارکت‌کننده: «می‌توانید لحظه‌ای که پزشک خبر را به شما داد به یاد بیاورید؟ آن لحظه برای شما چه شکلی بود؟ چه چیزی را در اتاق یا رفتار پزشک به خاطر می‌آورید؟»

۳. **تأمل بر معانی اساسی (استخراج تم‌ها):** پژوهشگر مصاحبه‌ها را چندین بار خواند تا به «ساختار معنایی» پدیده دست یابد. او به دنبال مضامین گشت تا ماهیت تجربه را توصیف کند. مثال: شناسایی مضامینی مانند: «توقف زمان»، «احساس فروپاشی هویت زنانه»، «تجربه شوک و کرختی»، یا «احساس تنهایی در برابر یک تهدید مبهم».

٤. نوشتن و بازنویسی : دراین مرحله پژوهشگر تلاش نمود متن را بازبینی می‌کند تا به «جوهره نزدیک تر شود .مثال: نوشتن روایت‌های کوتاه پدیدارشناسانه: «او از لحظه‌ای می‌گفت که گویی دیوارهای اتاق روی سرش خراب شد؛ انگار کلمات پزشک، بخشی از هویت او به عنوان یک مادر و همسر را در همان ثانیه حذف کرد.» (تلاش برای ثبت حس زیسته به جای کلمات آکادمیک خشک).

٥. حفظ نسبت جزء و کل: پژوهشگر دائماً بین جزئیاتِ روایتی که یک شرکت‌کننده بیان کرده و «کلِ تجربه» رفت‌وبرگشت داشت تا مطمئن شود تفسیرش با کل روایت همخوانی دارد .مثال: درجایی که زن از «احساس ننگ» صحبت می‌کند، پژوهشگر این حس (جزء) را در متنِ کلیِ زندگیِ اجتماعی آن زن (کل) تفسیر می‌کند تا ببیند آیا این ننگ برخاسته از ترس از طرد شدن توسط خانواده است یا ترس از قضاوت جامعه؟

٦. **حفظ جهت‌گیری پژوهشگر نسبت به پدیده:** پژوهشگر در تمام مراحل مراقب بود که از مسیر «فهم تجربه زیسته» منحرف نشود و درگیر نظریه‌پردازی‌های انتزاعیِ پزشکی یا روان‌شناختیِ صرف نشود. مثال: پژوهشگر مدام از خود می‌پرسید: «آیا من هنوز در حال درکِ آن لحظه‌ی خاصِ شنیدنِ خبر هستم، یا دارم درباره‌ی فرآیندهای درمانیِ سرطان صحبت می‌کنم؟» (حفظ تمرکز بر پدیده اصلی: تجربه تشخیص).

تحلیل داده‌ها به شیوه دستی انجام شد و پس از استخراج کدها براساس قرابت معنایی در یک دسته قرار گرفته و تشکیل زیر تم داده شد و سپس تم شکل گرفت. پژوهشگر جهت تأیید کدگذاری مرتباً بین کدها تا تم‌ها بصورت رفت و برگشتی در جریان بود.

در این پژوهش برای ارزیابی روایی و پایایی داده‌ها از روش لینکن و گوبا (۱۹۸۹) (۲۳) بدین شرح استفاده شد:

۱. **اعتبار:** پژوهشگر تلاش نمود تا نشان دهد که یافته‌ها بازنمایی دقیقی از تجربیات شرکت‌کنندگان است. بدین منظور مشارکت طولانی‌مدت: غوطه‌وری در داده‌ها و بازخوانی مکرر متن مصاحبه‌ها، بررسی توسط اعضا و بازخورد گرفتن از شرکت‌کنندگان در مورد یافته‌های استخراج شده صورت گرفت. مثال: پس از استخراج مضامین اولیه، خلاصه‌ای از یافته‌ها برای سه نفر از شرکت‌کنندگان ارسال شد تا تأیید کنند آیا مضامین استخراج‌شده (مانند "احساس تعلیق در زمان")، بازتاب‌دهنده دقیق تجربه آن‌ها در لحظه تشخیص بوده است یا خیر.

۲. **ثبات:** پژوهشگر نشان داد که اگر پژوهش دیگری با همین روش و شرکت‌کنندگان تکرار شود، به نتایج منطقی و مشابهی می‌رسد. که این کار از طریق نظارت استاد راهنما یا یک پژوهشگر متخصص پدیدارشناسی بر تمام مراحل تحلیل، ثبت تمام تصمیمات گرفته شده در فرآیند تحلیل انجام شد. مثال: تمام مراحل از کدگذاری تا تشکیل تم‌ها توسط یک متخصص پدیدارشناسی بازبینی شد و تمامی یادداشت‌های پژوهشی شامل مسیر رسیدن به کدهای

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

نهایی مستندسازی شده است تا ردپای منطقی پژوهش برای هر ناظر خارجی شفاف باشد.

۳. **تاییدپذیری**: پژوهشگر تلاش نمود تا نشان دهد که یافته‌ها حاصلِ تجربه‌ی شرکت‌کنندگان است، نه سوگیری‌ها و پیش‌فرض‌های شخصی پژوهشگر. بدین منظور پژوهشگر پیش از شروع مصاحبه‌ها، پیش‌فرض‌های ذهنی خود در مورد "نحوه مواجهه زنان با خبر ناخوشایند" را یادداشت کرد تا در حین تحلیل داده‌ها، آگاهانه از تحمیل این پیش‌فرض‌ها به روایتِ زنانِ شرکت‌کننده پرهیز نماید.

٤. **انتقال پذیری:**پژوهشگر تلاش نمود تا جزئیات کامل از بافت فرهنگی، محیط مصاحبه و ویژگی‌های دموگرافیک را نشان دهد. مثال: جهت امکان‌پذیری انتقال یافته‌ها به محیط‌های مشابه (مانند سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در فرهنگ ایرانی)، پژوهشگر با توصیف دقیق بافت فرهنگی، نقش تابوهای اجتماعی و تأثیر آن بر نحوه پذیرش تشخیص سرطان، بستر لازم برای درک عمیق خواننده را فراهم کرد.

در روند مصاحبه یک مشارکت کننده رضایت به ضبط صدا نداشت که پژوهشگر از طریق یادداشت برداری به ثبت تجربیات پرداخت. همچنین دو مشارکت کننده در جریان مصاحبه واکنش‌های عاطفی مانند گریه کردن نشان دادن که پس از همدلی توسط پژوهشگر مصاحبه ادامه یافت.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۵ زن مبتلا به سرطان پستان شرکت داشتند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۴۴ سال بود. از مجموع ۱۵ مشارکت‌کننده، ۱۱ نفر (۷۳/۳۳٪) متأهل، ۱ نفر (۶/۶۷٪) مجرد، ۱ نفر (۶/۶۷٪) مطلقه و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) بیوه بودند. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به مقطع کارشناسی با ۶ نفر (۴۰٪) بود. پس از آن، دیپلم با ۴ نفر (۲۶/۶۷٪)، راهنمایی با ۲ نفر (۱۳/۳۳٪)، بی‌سواد با ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) و کارشناسی ارشد با ۱ نفر (۶/۶۷٪) قرار داشت. از نظر وضعیت شغلی، ۷ نفر (۴۶/۷٪) خانه‌دار و ۸ نفر (۵۳/۳٪) شاغل بودند. همچنین از نظر مرحله بیماری، ۱ نفر (۶/۶۷٪) در مرحله صفر، ۶ نفر (۴۰٪) در مرحله اول، ۶ نفر (۴۰٪) در مرحله دوم و۲ نفر (۱۳/۳۳٪) در مرحله سوم قرار داشتند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی مشارکت‌کنندگان در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی و اطلاعات زمینه ای مشارکت کنندگان

Table 2: Demographic characteristics and background information of participants

N	Age	Job	Education	Marriage status	Disease stage
1	50	Employee	Bachelor's degree	Married	2
2	40	Housewife	Diploma	Married	1
3	29	Employee	Bachelor's degree	Singel	0
4	56	Freelancer	Diploma	Married	3
5	36	Employee	Master's degree	Married	1
6	41	Housewife	Lower secondary education	Married	2
7	48	Housewife	Lower secondary education	Widow	3
8	39	Housewife	Illiterate	Married	1
9	52	Housewife	Bachelor's degree	Married	2
10	65	Housewife	Illiterate	Widow	1
11	40	Employee	Bachelor's degree	Married	2
12	44	Freelancer	Diploma	Divorced	1
13	32	Employee	Bachelor's degree	Married	1
14	36	Teacher	Bachelor's degree	Married	2
15	52	Housewife	Diploma	Married	2

تحلیل داده‌های حاصل از ۱۵ مصاحبه عمیق منجر به استخراج ۵ تم اصلی و ۱۷ زیرتم شد. تم‌های اصلی این مطالعه شامل فروپاشی ساخت زیستی، آشفتگی وجودی در مواجهه با تشخیص، تزلزل نقش‌ها و هویت زنانه ـ خانوادگی، آسیب‌پذیری روابط صمیمی و اجتماعی، و بازسازی معنا و التیام در پناه معنویت و امید بودند که این تم‌ها بازتاب‌دهنده تجربه زیسته زنانی بودند که تشخیص سرطان پستان برای آنان نه فقط یک رویداد پزشکی، بلکه رخدادی تکان‌دهنده در ساخت بدن، روان، هویت، روابط و جهان معنایی زندگی‌شان بود و حول مضمون "تحول وجودی: از فروپاشی هستی تا بازسازی معنا "بود (جدول۳).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

۱. فروپاشی ساخت زیستی

یکی از نخستین لایه‌های تجربه زیسته زنان در مواجهه با تشخیص سرطان پستان، تجربه دگرگونی در بدن بود؛ بدنی که پیش‌تر مأمن ثبات، توانایی و تداوم زندگی روزمره تلقی می‌شد، اکنون به منبع ناتوانی، خستگی و بی‌اعتمادی تبدیل شده بود. مشارکت‌کنندگان از نشانه‌هایی سخن گفتند که فراتر از علائم جسمی، نوعی فروریختگی در امنیت بدنی را برای آنان رقم می‌زد. این تم در سه زیرتم اصلی شامل **آشفتگی در چرخه خواب و بیداری، کژکاری‌های عصبی- ادراکی و ناپایداریِ ریتم‌هایِ زیستی** دسته‌بندی شد.

۱.۱. آشفتگی در چرخه خواب و بیداری

بسیاری از زنان از کاهش توان جسمی، خستگی مداوم، افت انرژی، کندی در انجام امور روزمره و اختلال در خواب سخن گفتند. بدن آنان دیگر همان بدن سابق نبود و انجام کارهایی که پیش‌تر ساده و عادی تلقی می‌شد، اکنون مستلزم صرف انرژی و تلاش بیشتری بود. این تجربه، حس ناتوانی و فاصله گرفتن از خودِ پیشین را در آنان تشدید می‌کرد.

مشارکت‌کننده ۴ گفت: "بیشترین چیزی که از نظر جسمی اذیتم می‌کنه اون خستگیه که از اول همیشه باهام بوده."

مشارکت‌کننده ۷ نیز بیان کرد: "اون شب خوابم نبرد. رفتم روی پشت‌بوم، با خدا حرف زدم، گفتم: خدایا من هنوز کار دارم، بچه دارم... نذار برم".

این روایت‌ها نشان می‌دهد که اختلال در خواب و فرسودگی جسمی، صرفاً یک علامت بدنی نبود، بلکه با احساس تهدید، ناتمامی زندگی و نگرانی برای ادامه نقش‌های خانوادگی نیز پیوند داشت.

۲.۱. کژکاری‌های عصبی - ادراکی

برخی مشارکت‌کنندگان از لرزش دست و پا، کرختی، یخ‌زدگی اندام‌ها، احساس سیاهی رفتن چشم‌ها و سوت کشیدن گوش‌ها سخن گفتند. این نشانه‌ها اغلب به‌صورت ناگهانی و در لحظه دریافت خبر یا اندکی پس از آن بروز می‌کرد و تجربه‌ای از بی‌ثباتی و گسست در کنترل بدن را پدید می‌آورد.

مشارکت‌کننده ۱۵ گفت: "وقتی از مطب بیرون اومدم، راهرو برام طولانی‌ترین راهروی دنیا بود. پاهام می‌لرزید. دخترم هی می‌پرسید مامان، چی شد؟ اما نمی‌تونستم دهن باز کنم."

مشارکت‌کننده ۱۴ نیز بیان کرد: "وقتی جوابا رو گرفتم، دکتر خیلی جدی شد. گفت باید نمونه‌برداری کنی. همون لحظه دست و پام یخ کرد".

این گفته‌ها نشان می‌دهد که بدن، پیش از آنکه بیماری به‌طور کامل فهمیده شود، به‌صورت فوری و شدید به شوک روانی پاسخ داده و تجربه تشخیص را در سطح کالبد حک کرده است.

۳.۱. ناپایداریِ ریتم‌هایِ زیستی

احساس خفگی، تپش قلب و تنگی نفس از دیگر تجربه‌های تکرارشونده زنان بود. این نشانه‌ها اغلب در بستر شوک، ترس و مواجهه با واقعیت بیماری رخ می‌داد و برای برخی از زنان با احساس نزدیک بودن مرگ همراه بود.

مشارکت‌کننده ۱۲ گفت: "من همون لحظه قلبم شروع کرد تند زدن. پرسیدم: چی شد دکتر؟ چیزی هست؟ اونم گفت: باید نمونه‌برداری بدی. همون‌جا نفسم بند اومد. حس کردم یه چیزی داره گلومو فشار می‌ده."

مشارکت‌کننده ۱۱ نیز بیان کرد: "وقتی جواب رو گرفتم و دکتر گفت مثبت بوده، اصلاً نفهمیدم چجوری از مطب اومدم بیرون. دستام یخ کرده بود، نفس‌نفس می‌زدم. حسی مثل خفگی".

این تجربه‌ها نشان می‌دهد که لحظه تشخیص، نه فقط یک آگاهی ذهنی، بلکه یک رویداد سراسر بدنی بوده است؛ رویدادی که بدن را از تعادل پیشین خارج کرده و آن را به میدان آشکار رنج بدل ساخته است.

۲. آشفتگی وجودی در مواجهه با تشخیص

تشخیص سرطان پستان برای اغلب زنان صرفاً خبر یک بیماری نبود، بلکه گسستی ناگهانی در امنیت روانی، تداوم زندگی و تصویر آنان از آینده محسوب می‌شد. آنان در مواجهه با تشخیص، طیفی از اضطراب، ترس، ناامیدی، شوک، تنهایی، اختلال در تمرکز و تزلزل در خودارزشمندی را تجربه کردند. این تم نشان می‌دهد که تشخیص بیماری، تجربه‌ای وجودی و تکان‌دهنده بود که جهان ذهنی زنان را به‌شدت آشفته می‌ساخت. این تم در شش زیرتم اصلی شامل اضطراب‌ها و نگرانی‌های چندوجهی، انزوای وجودی، اختلال در جریان فکر، عزت‌نفس آسیب‌دیده، پناه بردن به خویشتن و سوگ برای خود پیش از بیماری تبیین شد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

۱.۲. اضطراب‌ها و نگرانی‌های چندوجهی

در روزها و لحظات ابتدایی پس از تشخیص، اضطراب شدید، نگرانی درباره مرگ، درمان، نازایی، و آینده خانوادگی در روایت زنان برجسته بود. آنان از نوعی دل‌مشغولی مداوم سخن می‌گفتند که ذهنشان را اشغال کرده و امکان آرامش را از آنان می‌گرفت.

مشارکت‌کننده ۴ گفت: "همش به این فکر می‌کردم که سرنوشت دخترم چی میشه؟!! دیگه کسی با دخترم ازدواج نمی‌کنه ".

مشارکت‌کننده ۱۳ نیز بیان کرد: "اولین چیزی که توی ذهنم اومد این بود: یعنی دیگه هیچ‌وقت نمی‌تونم مادر بشم؟"

این روایت‌ها نشان می‌دهد که اضطراب زنان تنها معطوف به بیماری نبود، بلکه با آینده زیستی، مادری و تداوم زندگی پیوند خورده بود.

۲.۲. انزوای وجودی

برخی زنان از تنهایی سخن گفتند. این حس با احساس رهاشدگی، افسردگی و فروپاشی امید همراه بود. حتی در حضور خانواده، تجربه تنهایی برای آنان امری عمیقاً درونی و شخصی باقی می‌ماند.

مشارکت‌کننده ۱ گفت:"وقتی شنیدم سرطان دارم یاد توفیلمها افتادم که نشون میدن مریضای سرطانی روتخت خوابیدن وتک وتنها به سقف اتاق خیره شدن".

مشارکت‌کننده ۱۲ نیز گفت: "همون‌جا دلم ریخت. چون وقتی دکترا می‌گن باید بیشتر بررسی شه، یعنی یه چیزی هست. امیدم به ناامیدی تبدیل شد."

این بخش از روایت‌ها نشان می‌دهد که تشخیص، زنان را با امکان فقدان خود و گسست از زندگی روزمره مواجه می‌کرد.

۳.۲. اختلال در جریان فکر

زنان در لحظه دریافت خبر، دچار اختلال در تمرکز، کندی تفکر و ناتوانی در پردازش اطلاعات می‌شدند. ذهن آنان گویی از حرکت طبیعی بازمی‌ایستاد و خبر بیماری سایر اطلاعات را از میدان آگاهی بیرون می‌راند.

مشارکت‌کننده ۱۲ گفت: "دکتر داشت ادامه می‌داد، از مراحل درمان می‌گفت، ولی من هیچ‌چی نمی‌شنیدم. فقط زل زده بودم به لباش که تکون می‌خورد."

این روایت نشان می‌دهد که شوک بیماری، ظرفیت شناختی فرد را به‌طور موقت مختل می‌کرد و او را در نوعی حالت تعلیق ذهنی فرو می‌برد.

۴.۲. عزت‌نفس آسیب‌دیده

برخی مشارکت‌کنندگان از احساس گناه، خودسرزنشگری و سربار بودن برای خانواده سخن گفتند. بیماری برای آنان تنها رنج جسمی نبود، بلکه خودارزشمندی آنان را نیز تهدید می‌کرد.

مشارکت‌کننده ۵ گفت: "وقتی شنیدم که سرطان دارم خودمودیگه دوست نداشتم.."

این روایت نشان می‌دهد که تجربه بیماری، خودمختاری پیشین زنان را با چالش مواجه کرده و آنان را ناگزیر به بازتعریف رابطه‌شان با نیازمندی و وابستگی کرده است.

۵.۲. پناه بردن به خویشتن

بسیاری از زنان پس از تشخیص، به سکوت، خلوت‌گزینی و پنهان‌کردن رنج درونی روی آوردند. آنان تلاش می‌کردند احساسات خود را بیان نکنند تا خانواده را نگران نکنند، اما این سکوت اغلب به تشدید تنهایی آنان منجر می‌شد.

مشارکت‌کننده ۱ گفت: "اومدم خونه، تا صبح روز بعد فقط گریه می‌کردم، خودمو توی اتاق حبس کردم ".

این تجربه نشان می‌دهد که کناره‌گیری، در عین حال که نقش دفاعی داشت، می‌توانست حس تنهایی آنان را عمیق ترکند.

۶.۲. سوگ برای خود پیش از بیماری

برخی از زنان، لحظه شنیدن تشخیص را شبیه تجربه سوگ توصیف کردند؛ گویی چیزی بنیادین را در زندگی از دست داده‌اند. شوک، انکار، توقف زمان، احساس غیرواقعی بودن شرایط و بی‌عدالتی، از مؤلفه‌های این تجربه بود.

مشارکت‌کننده ۵ گفت:"همش گریه می‌کردم و می‌گفتم من خود واقعیمو میخوام و خودی روکه الان مریض شده بود دوست نداشتم."

مشارکت‌کننده ۸ نیز بیان کرد: "ولی هنوزم بعضی شب‌ها با خودم می‌گم چرا بین این همه زن، من؟"

این بخش از یافته‌ها نشان می‌دهد که تشخیص سرطان پستان برای زنان، نوعی سوگواری برای امنیت ازدست‌رفته، بدن سالم و زندگی پیش‌بینی‌پذیر پیشین بوده است.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

۳. تزلزل نقش‌ها و هویت زنانه ـ خانوادگی

یافته‌ها نشان داد که تجربه سرطان پستان فقط بدن و روان زنان را متأثر نمی‌سازد، بلکه نقش‌های خانوادگی، مادری، همسری و تصویر آنان از زنانگی را نیز دچار تزلزل می‌کند. در این میان، زنان هم‌زمان با تجربه تهدید هویتی، می‌کوشیدند نقش‌های خانوادگی خود را همچنان حفظ کنند. این تم در سه زیرتم اصلی شامل هویت زنانه تهدیدشده، پشتیبانی همسر، و تلاش برای حفظ انسجام خانواده شکل گرفت.

۱.۳. هویت زنانه تهدیدشده

برخی زنان از کاهش اعتمادبه‌نفس، تهدید نقش مادری، احساس نقص زنانه و بحران در تصویر از خود سخن گفتند. بیماری برای آنان تنها یک اختلال جسمی نبود، بلکه به معنای ترک خوردن تصویری بود که از خود به‌عنوان یک زن، همسر یا مادر داشتند.

مشارکت‌کننده ۱۲ گفت: "حس می‌کنم خودمو نمی‌شناسم. همیشه به تمیزی و ظاهر اهمیت می‌دادم، حالا حتی حوصله ندارم روسری مرتب کنم. این موضوع باعث شد اعتماد به نفسم خیلی بیاد پایین".

مشارکت‌کننده ۱۳ نیز گفت: "وقتی به بیماری فکر می‌کنم، بیشتر حس می‌کنم یه جور تهدید بود. تهدید برای همه چیزایی که می‌خواستم. برای مادر شدن..."

این روایت‌ها نشان می‌دهد که تشخیص بیماری، زنان را با نوعی گسست در هویت زنانه و آینده زیسته‌شان روبه‌رو کرده است.

۲.۳. پشتیبانی همسر

در بسیاری از روایت‌ها، همسر به‌عنوان منبع حمایت عاطفی، اطمینان و ثبات معرفی شد. حضور همدلانه همسر می‌توانست تجربه بیماری را قابل‌تحمل‌تر کند و از شدت احساس تنهایی بکاهد.

مشارکت‌کننده ۱ گفت: "همسرم از روز اول تا الان مثل کوه پشتیبانم بود، حتی یه بار نشد که بهم بگه خسته شدم یا نمی‌تونم".

مشارکت‌کننده ۲ نیز بیان کرد: "اون سعی می‌کرد مثل قبل با من رفتار کنه ... به‌طور کلی رابطمون خیلی خوب بود".

این یافته نشان می‌دهد که حمایتگری همسران می‌تواند نقش مهمی در حفظ هویت بیمار وحفظ تحکیم خانواده داشته باشد.

۳.۳. تلاش برای حفظ انسجام خانواده

با وجود فرسودگی جسمی و روانی، بسیاری از زنان همچنان خود را مسئول حفظ خانواده و مراقبت از فرزندان می‌دانستند. نقش مادری برای آنان نه‌تنها حفظ شد، بلکه در مواردی به منبعی برای مقاومت و ادامه درمان تبدیل شد.

مشارکت‌کننده ۱۰ گفت: "حتی تو بیماریم، باز نگران بچه‌هام بودم. با خودم می‌گفتم اگه من نباشم، کی حواسش به اینا باشه؟... این فکر همیشه باهامه، باعث میشه بیشتر بجنگم".

این روایت‌ها نشان می‌دهد که خانواده، برای بسیاری از زنان، هم موضوع نگرانی بود و هم منشأ معنا و نیروی ادامه دادن.

۴. آسیب‌پذیری روابط صمیمی و اجتماعی

تجارب مشارکت کنندگان این مطالعه نشان داد که بیماری سرطان پستان فقط تجربه‌ای درونی نیست، بلکه در بافت روابط صمیمی و اجتماعی زنان نیز بازتاب می‌یابد. برخی زنان از تغییر در رابطه با همسر، احساس فاصله عاطفی، کاهش صمیمیت، واکنش‌های ناخوشایند اطرافیان و محدودشدن روابط اجتماعی سخن گفتند. این تم در سه زیرتم اصلی شامل روابط زناشویی آسیب دیده، آسیب‌های بین‌فردی تبیین شد.

۱.۴. روابط زناشویی آسیب دیده

برخی مشارکت‌کنندگان از کاهش میل جنسی، کاهش احساس جذابیت، فاصله عاطفی همسر و نگرانی از بی‌وفایی یا بی‌توجهی سخن گفتند. بیماری در این موارد، رابطه زناشویی را از فضایی برای صمیمیت به عرصه‌ای برای نگرانی و ناامنی تبدیل کرده بود.

مشارکت‌کننده ۱۵ گفت: "اما شوهرم... راستش اون‌طور که انتظار داشتم نبود. بیشتر تو فکر خرج و مخارج بود. می‌گفت قوی باش ولی خودش خیلی کنارم نمی‌موند."

مشارکت‌کننده ۱۱ نیز گفت: "باخودم همیشه میگفتم نکنه به خاطر این مریضی همسرم یه روز دیگه سراغ یکی دیگه بره!! همین فکرها باعث میشه اصلاً نتونم لذت ببرم."

این گفته‌ها نشان می‌دهد که تجربه بیماری می‌تواند احساس کفایت زنانه و امنیت عاطفی در رابطه را تضعیف کند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

۲.۴. زیستن در معرض ترحم، پرسش و قضاوت دیگران

برخی زنان از نگاه‌های ترحم‌آمیز، پرسش‌های مکرر، کنایه‌ها و واکنش‌های آزاردهنده اطرافیان، ناتوانی در بیان خبر تشخیص سخن گفتند. آنان احساس می‌کردند بیماری، روابط اجتماعی را از حالت طبیعی خارج کرده و آنان را در معرض قضاوت یا دلسوزی ناخواسته قرار داده است.

مشارکت‌کننده ۵ گفت: "الان ترجیح می‌دم تو خونه باشم... چون نمی‌خوام نگاه ترحم‌آمیز ببینم."

این تجربه‌ها نشان می‌دهد که رنج بیماری فقط از درون یا از متن درمان نمی‌آید، بلکه از کیفیت مواجهه دیگران نیز تغذیه می‌شود.

۵. بازسازی معنا و التیام در پناه معنویت و امید

در کنار تجربه رنج، ترس و تزلزل، زنان مبتلا به سرطان این مطالعه در تلاش بودند برای بیماری خود معنایی بیابند و از خلال این معناجویی، نوعی آرامش و نیروی ادامه دادن به دست آورند. در این تم، بیماری فقط به‌عنوان تهدید دیده نمی‌شد، بلکه در مواردی به فرصتی برای بازاندیشی در زندگی، ایمان، صبوری و امید نیز تبدیل می‌شد. این تم نیز در سه زیرتم اصلی شامل جست‌وجوی معنا در مواجهه با بیماری، مراقبت معنوی، و سازوکارهای حفظ امیدواری تبیین شد.

۱.۵. جست‌وجوی معنا در مواجهه با بیماری

بسیاری از زنان می‌کوشیدند بیماری را در قالب یک معنا بفهمند؛ گاه به‌عنوان آزمون الهی، گاه به‌عنوان تلنگری برای زندگی و گاه به‌عنوان فرصتی برای بازنگری در خود.

مشارکت‌کننده ۶ گفت: "می‌گم امتحان خداست. همیشه شنیده بودم که خدا آدمای صبور رو امتحان می‌کنه. با خودم می‌گم شاید این یه جور آزمونه."

این معناجویی به زنان کمک می‌کرد از تجربه پوچی فاصله گرفته و وضعیت خود را در چارچوبی قابل‌تحمل‌تر بفهمند.

۲.۵. مراقبت معنوی

دعا، مناجات، نذر، قرآن‌خواندن و گفت‌وگو با خدا از منابع مهم آرامش روانی برای زنان بود. معنویت در روایت آنان، صرفاً یک باور ذهنی نبود، بلکه نوعی تکیه‌گاه عاطفی و وجودی در دل بحران محسوب می‌شد.

مشارکت‌کننده ۱۴ گفت: "من همیشه نماز می‌خوندم، اما الان بیشتر از قبل به دعا پناه بردم. شبا وقتی خوابم نمی‌بره، قرآن باز می‌کنم. دعا کردن یه آرامش خاصی می‌ده."

این یافته نشان می‌دهد که معنویت برای برخی زنان کارکردی ترمیمی داشته و به آنان امکان تحمل‌پذیر کردن رنج را داده است.

۳.۵. سازوکارهای حفظ امیدواری

شرکت‌کنندگان از تلاش برای کنارزدن افکار منفی، امید به بهبودی و تمرکز بر جنبه‌های امیدوارکننده زندگی سخن گفتند. امید برای آنان صرفاً یک احساس نبود، بلکه نوعی سازوکار روانی برای دوام‌آوردن در بحران به شمار می‌رفت.

مشارکت‌کننده ۵ گفت: "وقتی می‌دیدم آدم‌هایی هستن که چند ساله با این بیماری زندگی می‌کنن و هنوز پرانرژی‌ان، یه جرقه امید تو دلم روشن می‌شد."

این روایت نشان می‌دهد که امید، در بطن تجربه زنان، نیرویی برای بازسازی خود و ادامه دادن زندگی بوده است.

جدول۳: ساختار پدیدارشناختانه تفسیری تجارب زیسته زنان مبتلا به سرطان پستان در مواجهه با تشخیص

Table 3: The interpretive phenomenological structure of the lived experiences of women with breast cancer in facing the diagnosis.

Main theme	Sub- theme	Code
Bio-construction collapse	Disturbance in the sleep-wake cycle	Decreased physical ability, fatigue, decreased mobility, decreased energy, body exhaustion, inability to do things, slowness in performing daily tasks, lack of sleep, insomnia, nightmares
	Neurocognitive dysfunctions	Trembling of hands and feet, numbness, freezing of limbs, whistling in the ears, blackening of the eyes
	Instability of biological rhythms	Feeling of suffocation, shortness of breath, heart palpitations
Existential turmoil in the face of diagnosis	Multifaceted anxieties and worries	Severe anxiety, fear of treatment, fear of infertility, fear of being disappointed by one's spouse, anxiety about death, worry about the future
	Existential isolation	Collapse of hope, feeling of the end of life, loneliness, depression
	Disturbance in the flow of thought	Decreased concentration, slow thinking, inability to process information, influx of chaotic thoughts
	Damaged self-esteem	Feelings of guilt, self-blame, guilt towards one's spouse, feeling of being a burden, remorse
	Taking refuge in oneself	Secret suffering, secret crying, silence, seclusion, hiding emotions

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

Main theme	Sub- theme	Code
	Mourning for the pre-illness self	Shock, denial at the time of diagnosis, resistance to acceptance, psychological collapse, time stopping, feeling of unreality of the situation, feeling of injustice
The instability of female family roles and identity	Threatened feminine identity	Threat to maternal role, threat to feminine identity, feeling of feminine inadequacy, decreased self-confidence, identity crisis, mourning for the former self
	Spouse support	Need for the spouse's presence, emotional support from the spouse, efforts to maintain the marital relationship, spouse's efforts to provide reassurance, satisfaction with the marital relationship
	Trying to maintain family cohesionه	Feeling of maternal responsibility, dependence on children, motivation to fight for the family, support for children, continuation of the maternal role, reverse caregiving role
Vulnerability of intimate and social relationships	Damaged marital relationships	The spouse's focus on financial issues, dissatisfaction with the spouse, decreased libido, decreased sense of attraction, coldness of the marital relationship, and fear of the spouse's infidelity.
	Living under the pity, questioning, and judgment of others	Pressure from questions from those around them, annoyance at the looks of others, sarcasm, feelings of pity, and inability to communicate the diagnosis
Rebuilding meaning and healing in the refuge of spirituality and hope	Searching for meaning in the face of illness	Cancer equals death, the need to give meaning to the illness, seeing the illness as a turning point, trying to find personal meaning, perceiving the illness as a test
	Spiritual care	Salvation and conversation with God, seeking refuge in God, making vows, entrusting one's fate to God, peace through the Quran, nightly secrets and needs, feeling God's company, increasing spiritual inclinationم
	Mechanisms for maintaining hope	Hope for recovery, strengthening hope, trying to maintain hope and peace, managing negative thoughts

بحث

این مطالعه، با رویکرد پدیدارشناسی با هدف شناخت و درک عمیق تجربیات ۱۵ زن پس از تشخیص سرطان پستان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که زنان در لحظه‌ی تشخیص سرطان پستان واکنش‌های احساسی، رفتاری و اجتماعی متفاوتی بروز دادند. این تجربیات درپنج مضمون اصلی شامل: فروپاشی ساخت زیستی، آشفتگی وجودی در مواجهه با تشخیص، تزلزل نقش‌ها و هویت زنانه ـ خانوادگی، آسیب‌پذیری روابط صمیمی و اجتماعی، و بازسازی معنا و التیام در پناه معنویت و امید بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در زیر تم‌های مربوط به فروپاشی ساخت زیستی، زنان در لحظه تشخیص سرطان پستان دچار علائم جسمانی از جمله آشفتگی در چرخه خواب و بیداری مثل کم خوابی و بی خوابی و کابوس، علائم نرولوژیک مثل لرزش دست و پا، کرختی، یخزدگی، سوت کشیدن گوش‌ها، سیاهی رفتن چشم‌ها می‌شوند. همچنین ناپایداریِ ریتم‌هایِ زیستی را به صورت خفگی، تنگی نفس و تپش قلب تجربه می‌کنند. در این راستا اشمیت و همکاران ۲۰۲۲ بیان کردند که افراد با تشخیص و درمان سرطان مشکلاتی مانند از دست دادن عملکرد جسمی، خستگی، مشکلات جنسی، مشکلات خواب، درد مفاصل، اضطراب، نوروپاتی و مشکلات حافظه را تجربه می‌کنند(۲۴). چرا که تشخیص سرطان به عنوان یک خبر بد یک رویداد بسیار استرس‌زا است. اضطراب شدید می‌تواند منجر به علائم جسمانی مانند تپش قلب، تنگی نفس، احساس خفگی، و اختلالات خواب شود که عامل آن فعال شدن سیستم سمپاتیک است(۲۵). استرس و اضطراب می‌توانند مستقیماً بر هیپوتالاموس و غده هیپوفیز تأثیر بگذارند که نقش کلیدی در تنظیم چرخه خواب و بیداری و سایر ریتم‌های زیستی بدن دارند(۲۶).

یکی دیگر ازمضمون‌های اصلی پژوهش حاضر، آشفتگی وجودی در مواجهه با تشخیص بود که شامل اضطراب‌ها و نگرانی‌های چند وجهی، انزوای وجودی، اختلال در جریان فکر، عزت‌نفس آسیب‌دیده، پناه بردن به خویشتن، سوگ برای خودِ پیش از بیماری بود. در این راستا در مطالعه مهرابی و همکاران ۲۰۱۶ بعضی از مشارکت کنندگان درباره تشخیص بیماری خود و درباره آینده ابهام داشتند و نامطمئن بودند. که نشان از تشویش خاطر آن‌ها داشت و با یافته‌های مطالعه ما همسو است(۲۷). افزون برآن شایع‌ترین واکنش‌های این بیماران شوک، ناباوری، خشم، ترس، غم و اضطراب است که حاکی از آسیب دیدن عزت نفس در زنان می‌شود(۲۸). تشخیص بیماری و تغییرات جسمی متعاقب آن، می‌تواند به طور قابل توجهی بر تصویر بدنی و احساس ارزشمندی فرد تأثیر گذاشته و منجر به کاهش عزت نفس شود. این افت عزت‌نفس، خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز هیجانات منفی مانند خشم (نسبت به بیماری، درمان، یا

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

حتی خود) و افزایش سطح اضطراب (درباره آینده، بقا، و تأثیر بیماری بر زندگی شخصی و اجتماعی) گردد. از طرفی، تجربیات ناخوشایند ناشی از درمان و بیماری، خود می‌تواند به طور مستقیم باعث تشدید اضطراب و بروز احساس خشم شود که این هیجانات منفی نیز به نوبه خود، ادراک فرد از توانایی‌هایش را کاهش داده و عزت‌نفس او را بیش از پیش تضعیف می‌کنند. بنابراین، ارتباطی پیچیده و غالباً دوسویه بین این سه مؤلفه شکل می‌گیرد که درک و مدیریت آن برای بهبود کیفیت زندگی این زنان اهمیت بسزایی دارد(۲۹).

با توجه به انزوای وجودی، اختلال در جریان فکر، عزت‌نفس آسیب‌دیده، پناه بردن به خویشتن که این زنان با ان روبرو هستند.آن‌ها همواره احساس عدم حمایت اجتماعی ودر نتیجه دچار اختلال در تعاملات اجتماعی می‌شوند که در مطالعات دیگر هم به آن‌ها اشاره شده است. مطالعه دامرونگپاناپاکورن۲۰۱۵[1] نشان داد که حمایت اجتماعی جزء مهمی برای ارائه مراقبت خوب به زنان تایلندی است که با سرطان پستان زندگی می‌کردند .و به زنان کمک می‌کرد تا دیدگاه‌های مثبتی در مورد شرایط سلامتی خود داشته باشند و بهتر با بیماری‌های خود کنار بیایند(۳۰). حتی صحبت کردن درمورد شرایط بیمار و بیماری یکی از نیازهای درک شده دربیماران است (۴)، اما به دلیل وجود دیدگاه‌های منفی نسبت به بیماری و مترادف دانستن سرطان با مرگ یا انگ اجتماعی که متوجه بیماران است، مبتلایان ترجیح می‌دهند روابط خود را محدود کنند. به این منظور بسیاری از ارتباطات قبلی خود را به‌طور موقت کنار گذاشته و تلاش می‌کنند روابطشان را به خانواده و آشنایان خیلی نزدیک محدود کنند(۳۱). اعتقاد به گذرابودن بیماری و عدم الزام مبنی برمطلع شدن بستگان دور از ابتلا ازجمله دلایل بیمار و خانواده برای محدودسازی روابط است که به‌صورت آشکار از آن سخن می‌گویند.. اگرچه برخی بیمارارن تمایل به افشای بیماری خود دارند وتلاش می‌کنند تا با دیگران ارتباط داشته باشند و از سوی آنها عیادت شوند که با ویژگی‌های شخصیتی وفرهنگی بیمار مرتبط است(۳).

در ادامه نیز، در مطالعه جین و همکاران۲۰۲۱ بازماندگان گزارش دادند که گاهی اوقات با سوءظن، ترحم یا حتی تحقیر به آنها نگاه می‌شود که به طور قابل توجهی بر بازگشت به اجتماع و عزت نفس آنها تأثیر می‌گذارد(۳۲). این مسئله می‌تواند موید نقش تفاوت‌های بین فردی افراد و اهمیت شناخت شخصیت افراد باشد(۳۳).

یکی دیگر از مضامین اصلی در مطالعه حاضر تزلزل نقش‌ها و هویت زنانه ـ خانوادگی شامل : هویت زنانه تهدیدشده، پشتیبانی همسر، تلاش برای حفظ انسجام خانواده بود. در مطالعات دیگر نیز به این مورد اشاره شده است. در مطالعه راجاگوپال و همکاران ۲۰۱۹ بسیاری از زنان اذعان کردند که همسرشان مراقب اصلی آنها بوده و از آنها مراقبت کرده و به آنها در کنار آمدن با بیماری‌شان کمک کرده است(۳۴). دراین راستا در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است که همسران بهترین همراه برای بیمارهستند که معمولاً از زمان تشخیص این همراهی آغاز می‌شود.. اگر چه در برخی موارد انفعال بعضی از همسران و عدم همراهی آن‌ها گزارش شده است(۳۵، ۳۶). این مسئله می‌تواند نشان از تفاوت‌های بین فردی زوجین و نوع رابطه آن‌ها قبل از ابتلا به بیماری باشد(۳۷).

یکی دیگراز مضامین آسیب‌پذیری روابط صمیمی و اجتماعی که در زیر مضامین آن روابط زناشویی آسیب دیده بود که در آن به مواردی همچون کاهش میل جنسی، سردی عاطفی، فاصله گیری همسر، ترس از خیانت و تمرکز بر مسائل مالی اشاره شده است. هزینه‌های سنگین درمان، از دست دادن درآمد به دلیل ناتوانی در کار، و نیاز به مراقبت‌های حمایتی، بار مالی قابل توجهی را بر دوش خانواده می‌گذارد. این فشار مالی می‌تواند منجر به اختلافات زناشویی بر سر مدیریت پول، اولویت‌بندی هزینه‌ها، و احساس نابرابری در مسئولیت‌ها شود(۳۸). زنانی که با بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند، ممکن است به دلیل نگرانی‌های مالی، احساس گناه یا شرمندگی کنند و این امر روابط عاطفی و صمیمیت زناشویی را خدشه‌دار سازد ونیز سبب کناره گیری بیمار از درمان می‌شود(۳۹). همسران نیز ممکن است به دلیل استرس مالی، دچار فرسودگی یا احساس ناتوانی شوند که این خود بر کیفیت تعاملات زناشویی تأثیر منفی می‌گذارد. در نتیجه، مسائل مالی می‌تواند به عنوان یک عامل استرس‌زای کلیدی عمل کرده و با دامن زدن به تنش‌ها و کاهش منابع عاطفی، به

[1] Dumrongpanapakorn

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

آسیب‌دیدن و کاهش کیفیت روابط زناشویی پس از ابتلا به سرطان پستان منجر شود (۴۰).

همچنین یکی دیگر از زیر مضامین زیستن در معرض ترحم، پرسش و قضاوت دیگران بود. مواجهه بیماران مبتلا به سرطان پستان با ترحم، پرسشگری و قضاوت‌های اجتماعی، بر پیچیدگی‌های تجربه زیستن با بیماری می‌افزاید. نگاه ترحم‌آمیز، گرچه نیت خیرخواهانه دارد، اما می‌تواند حس «دیگری بودن» و ناتوانی را تقویت کند(۲). پرسش‌های مکرر درباره بیماری، ضمن خدشه‌دار کردن حریم خصوصی، به تداوم یادآوری وضعیت بالینی منجر می‌شود. همچنین، قضاوت‌های اجتماعی، از جمله برچسب‌زنی یا نسبت دادن بیماری به عوامل فردی، می‌تواند به احساس شرم و انزوای بیمار دامن بزند. این عوامل محیطی، در کنار استرس‌های درونی بیماری، نیازمند راهبردهای مقابله‌ای فردی و اجتماعی برای حفظ کیفیت زندگی و عاملیت بیمار است (۴۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بازسازی معنا و التیام در پناه معنویت و امید با زیر مجموعه‌های جست‌وجوی معنا در مواجهه با بیماری، مراقبت معنوی و سازوکارهای حفظ امیدواری است. این نگرش در زنان ایرانی می‌تواند نشان از باورهای مذهبی و ریشه در باورهای دینی قوی دارد و نقش مهمی در شکل‌گیری این بینش‌ها داشته باشد(۴۲). همسو با نتایج پژوهش حاضر درمطالعه کاگبی و همکاران۲۰۲۰ که در غنا انجام شد تقریباً همه مشارکت‌کنندگان اشاره کردند که سرطان پستان و درمان آن آنها را به خدا/الله نزدیک‌تر کرده است. یعنی، آنها معتقد بودند که زندگی با سرطان پستان و تحمل درمان‌های پزشکی دشوار، ایمان آنها به خدا/الله را تقویت کرده و به آنها در مقابله با چالش‌های مرتبط با زندگی با سرطان پستان کمک کرده است. برخی از شرکت‌کنندگان در چندین فعالیت مذهبی مانند نمازهای روزانه و آیین‌ها شرکت می‌کردند تا به آنها در کنار آمدن با شرایطشان کمک کند، یعنی در ایجاد امید، تأمین مالی، بهبودی و پذیرش وضعیت سلامتی خود، منعکس شده است (۴۳).

علاوه بر مسلمانان، در مطالعه‌ی لیامپوتوگ[1] و همکاران نشان داده شد که معناسازی و باور بودایی درباره کارمای بد نقش مهمی دارد. طبق این باور، سختی‌های زندگی نتیجه اعمال نادرست گذشته است. این دیدگاه به زنان کمک می‌کرد سرنوشت خود را راحت‌تر بپذیرند و با شرایط زندگی بهتر کنار بیایند. این موضوع نشان می‌دهد که باورهای مختلف (حتی اگر متفاوت باشند) می‌توانند از طریق سازوکارهای مشابه بر سازگاری افراد تأثیر بگذارند (۴۴). به طور خلاصه، زندگی با الهام از باورهای معنوی/مذهبی که با انجام اعمال نیک، انجام تمرینات ذهنی، تنظیم الگوهای فکری، حفظ تفکر و نگرش مثبت و مراقبه مشخص می‌شود، به بازماندگان سرطان پستان کمک کرد تا سختی‌ها را تحمل کنند و بر بیماری خود کنترل پیدا کنند(۴۳).

از محدودیت‌های این پژوهش باید به نمونه ی محدود از زنان مبتلا به سرطان پستان در لحظه تشخیص و از یک بافت جغرافیایی و درمانی مشخص اشاره کرد. ازاین‌رو، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر زنان در زمینه‌های فرهنگی و نظام‌های سلامت متفاوت، با احتیاط صورت می‌گیرد. علاوه‌براین، مشارکت‌کنندگانی که داوطلب ورود به پژوهش شدند ممکن است از نظر ویژگی‌های فردی و تجربیات عاطفی با زنانی که تمایلی به مشارکت نداشتند متفاوت باشند و این امر احتمال بروز سوگیری در داده‌ها را به همراه دارد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جوامع با فرهنگ‌های متفاوت و با تعداد مشارکت کننده بیشترنیز تکرار شود تا زمینه برای آشکار ساختن تجارب و مشکلات این بیماران و سیاستگذاری و برنامه‌ریزی درجهت کاهش دغدغه وآلام آنان فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه که تجربیات زیسته زنان مبتلا به سرطان پستان راپس از تشخیص در بافت فرهنگی ایران آشکار می‌سازد، حکایتی از مواجهه با سرطان، فراتر از چالش‌های جسمانی، تلاطمی عمیق در ساخت زیستی، وجودی، هویت فردی و خانوادگی، و روابط اجتماعی زنان دارد.

جنبه‌های آموزشی: نتایج این مطالعه بر لزوم گنجاندن مفاهیم مرتبط با مراقبت‌های حساس به فرهنگ در برنامه‌های آموزشی رشته‌های علوم پزشکی، پرستاری و مشاوره تأکید دارد. آموزش تیم‌های درمانی باید شامل درک عمیق‌تر از تأثیر عوامل فرهنگی-اجتماعی بر تجربه بیماری،

[1] Liamputtong

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

مانند تابوهای مرتبط با سرطان، نقش‌های جنسیتی و خانوادگی، و مفهوم "دیگری" در نگاه جامعه باشد. همچنین، آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر برای مدیریت گفتگوهای حساس با بیماران و خانواده‌هایشان، به ویژه در مواجهه با ترحم، پرسش‌های نامناسب و قضاوت‌های اجتماعی، ضروری است.

جنبه‌های درمانی و مشاوره‌ای: مداخلات درمانی باید فراتر از رویکردهای صرفاً پزشکی، به ابعاد روانی-اجتماعی و معنوی بیماران نیز بپردازند. حمایت‌های مشاوره‌ای باید بر تقویت تاب‌آوری روانی، مدیریت اضطراب و افسردگی ناشی از تشخیص و درمان، و بازسازی عزت نفس آسیب‌دیده متمرکز باشد. با توجه به اهمیت معنویت و امید در فرهنگ ایرانی، استفاده از رویکردهای معنوی در کنار درمان‌های استاندارد می‌تواند به بیماران در یافتن معنای جدیدی از زندگی و پذیرش بیماری کمک کند. همچنین، ایجاد فضاهای امن برای بیان رنج‌های پنهان و تقویت سازوکارهای حفظ امیدواری در بیماران و خانواده‌هایشان امری حیاتی است.

جنبه‌های سیاست گذاری: این یافته‌ها ضرورت بازنگری در سیاست‌گذاری‌های کلان سلامت را ایجاب می‌کند. تدوین پروتکل‌های مراقبتی که ابعاد فرهنگی و اجتماعی را در برگیرند، از جمله پروتکل‌هایی برای مدیریت روابط صمیمی و اجتماعی بیماران، می‌تواند اثربخش باشد. همچنین، حمایت از ایجاد و توسعه مراکز حمایتی و گروه‌های همتا برای زنان مبتلا به سرطان، که بتوانند در محیطی امن تجربیات خود را به اشتراک بگذارند، از اهمیت بالایی برخوردار است. در نهایت، اجرای کمپین‌های آگاهی‌بخشی عمومی با هدف کاهش انگ اجتماعی مرتبط با سرطان و ترویج فرهنگ همدلی و حمایت، گامی مهم در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران و خانواده‌هایشان خواهد بود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی 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.1404.039). همه شرکت‌کنندگان رضایت کتبی خود را جهت انجام مصاحبه ارائه دادند.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان درنگارش مقاله سهیم بودند.

حمایت مالی

مطالعه حاضر حاصل مستخرج از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری است که مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دزفول به شماره NRPA-۴۰۳۱۴۵- ۱۴۰۴ می‌باشد.

منابع

1. Waks AG, Winer EP. Breast cancer treatment: a review. Jama. 2019;321(3):288-300.
2. Wei L, Xie J, Wu L, Yao J, Zhu L, Liu A. Profiles of self-compassion and psychological outcomes in cancer patients. Psycho-Oncology. 2023;32(1):25-33. doi: 10.1002/pon.5931.
3. Wang C, Qiu X, Yang X, Mao J, Li Q. Factors Influencing Social Isolation among Cancer Patients: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2024;12(10):1042. doi: 10.3390/healthcare12101042.
4. Ciria-Suárez L, Jiménez-Fonseca P, Palacín-Lois M, Antoñanzas-Basa M, Fernández-Montes A, Manzano-Fernández A, et al. Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. PloS one. 2021;16(9):e0257680. doi: 10.1371/journal.pone.0257680.
5. Ng CW, Lim JN, Liu J, Hartman M. Presentation of breast cancer, help seeking behaviour and experience of patients in their cancer journey in Singapore: a qualitative study. BMC Cancer. 2020;20(1):1080.doi: 10.1186/s12885-020-07585-8.
6. Van Manen, M. Beyond assumptions: Shifting the limits of action research. Theory into practice. 1990;29(3):152-7.
7. Sukartini T, Dewi LC, Nihayati HE, Laili NR, Nandaka IKT, Nugraheni A. The lived experience of women with breast cancer. International Journal of Innovation, Creativity and Change. 2020;13(6):249-62.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

8. 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.
9. Kim J, Harper A, McCormack V, Sung H, Houssami N, Morgan E, et al. Global patterns and trends in breast cancer incidence and mortality across 185 countries. Nature medicine. 2025;31(4):1154-62.doi:10.1038/s41591-025-03502-3.
10. Sanaat Z, Dolatkhah R. Epidemiologic profile of breast cancer in Iran: a systematic review and meta-analysis. Clinical Epidemiology and Global Health. 2024;26:101537.
11. Shamloo MBB, Elahi N, Shamsi A. Attitudes Toward Patients in Muslim Husbands of Iranian Women with Mastectomy: A Qualitative Study. Trends Med Sci. 2023;3(1).
12. Heidary Z, Ghaemi M, Hossein Rashidi B, Kohandel Gargari O, Montazeri A. Quality of life in breast cancer patients: A systematic review of the qualitative studies. Cancer Control. 2023;30:10732748231168318.
13. Jafarimanesh H, Yavari A, Goudarzi Z, Imeni5 M, Nikbakht Nasrabadi A. Lived Experiences of Women Awaiting a Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Phenomenological Study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2025;18(2):126-47. doi:10.61186/ijbd.18.2.126.
14. Jassim GA, Whitford DL. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. Soc Sci Med. 2014;107:189-95. doi:10.1016/j.socscimed.2014.01.031.
15. Brunet J, Price J, Harris C. Body image in women diagnosed with breast cancer: A grounded theory study. Body Image. 2022;41:417-31. doi:10.1016/j.bodyim.2022.04.012.
16. faridi m, lotfi kashani f, vaziri s. Role of culture in the life experience of women with breast cancer in Iran: A phenomenological study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2024;16(4):50-68. doi:10.61186/ijbd.16.4.50.
17. Ahn J, Suh EE. Body image alteration in women with breast cancer: A concept analysis using an evolutionary method. Asia Pac J Oncol Nurs. 2023;10(5):100214. doi:10.1016/j.apjon.2023.100214.
18. Iddrisu M, Aziato L, Dedey F. Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2020;20(1):353. doi:10.1186/s12888-020-02760-4.
19. Faridi M, Kashani FL, Vaziri S. Role of culture in the life experience of women with breast cancer in Iran: A phenomenological study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2024;16(4):50-68.
20. Karimi Afshar E, SHabanian G, Saed Taleshi L, Manzari Tavakoli V. The effectiveness of emotion regulation intervention on resilience and death anxiety of women with breast cancer. Health Psychology. 2018;7(25):95-105.
21. Kamal S. Research paradigm and the philosophical foundations of a qualitative study. PEOPLE: International Journal of Social Sciences. 2019;4(3):1386-94.
22. Van Manen, M. Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing. Routledge, 2023.
23. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry: Sage; 1985.
24. Schmidt ME, Goldschmidt S, Hermann S, Steindorf K. Late effects, long-term problems and unmet needs of cancer survivors. International Journal of Cancer. 2022;151(8):1280-90.
25. Yi J, Kim MA, Choi KH, Bradbury L. Oncologists' experience of delivering bad news in Korea. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2022;85(2):285-302.
26. Khalili Z, Habibi E, Kamyari N, Tohidi S, Yousofvand V. Correlation between spiritual health, anxiety, and sleep quality among cancer patients. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2024;20:100668.
27. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M, Zayeri F. The Lived Experience of Iranian Women Confronting Breast Cancer Diagnosis. J Caring Sci. 2016;5(1):43-55. doi: 10.15171/jcs. 2016.005.
28. Bowie J, Brunckhorst O, Stewart R, Dasgupta P, Ahmed K. Body image, self-esteem, and sense of masculinity in patients with prostate cancer: a qualitative meta-synthesis. J Cancer Surviv. 2022;16(1):95-110. doi: 10.1007/s11764-021-01007-9.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]

Montañés-Muro P, Martínez-Tomé M, García-Manzano G. Psychosocial Care Needs of Women with Breast Cancer: Body Image, Self-Esteem, Optimism, and Sexual Performance and Satisfaction. Health Soc Work. 2023;48(2):115-23. doi: 10.1093/hsw/hlad001.

30. Dumrongpanapakorn P, Liamputtong P. Social support and coping means: the lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. Health Promotion International. 2015;32(5):768-77. https://doi.org/10.1093/heapro/dav023.

31. Hossein A, Kasra B, Seyed Reza J. Fluctuate Accommodation in Social Interaction by Cancer Patients; a Qualitative Study in Ahwaz. Journal of Applied Sociology the University of Isfahan. 2020;31(1):1-16. doi: 10.22108/jas. 2019.114210.1569 (Persian).

32. Jin R, Xie T, Zhang L, Gong N, Zhang J. Stigma and its influencing factors among breast cancer survivors in China: A cross-sectional study. Eur J Oncol Nurs. 2021;52:101972. eng. doi:10.1016/j.ejon.2021.101972.

33. He C, Wu C, He Y, Yan J, Lin Y, Wan Y, et al. Characteristics and influencing factors of social isolation in patients with breast cancer: a latent profile analysis. Support Care Cancer. 2023;31(6):363. doi: 10.1007/s00520-023-07798-0.

34. Rajagopal L, Liamputtong P, McBride KA. The Lived Experience of Australian Women Living with Breast Cancer: A Meta-Synthesis. Asian Pac J Cancer Prev. 2019;20(11):3233-49. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.11.3233.

35. Arman H, Sayedeh Sapideh H. Phenomenological Analysis of Lived Experience of Cancer: A Case Study of Patients at Ayatollah Kashani Hospital in Shahrekord. Strategic Research on Social Problems in Iran. 2024;13(4):93-116. doi:10.22108/srspi. 2025.142081.2014 (Persian).

36. Shahmari M, Nikbakht Nasrabadi A, Rezaie E, Dashti S, Nasiri E, Zare L. Lived experiences of young adults facing a recent diagnosis of cancer: A phenomenological study. Health Expectations. 2023;26(5):1874-82. doi:10.1111/hex. 13793.

37. Etedali H, Zohurzargar D, Zalpur B, Gamalpour S, Bigdeli Shamloo MB. Factors Associated with Marital Relationships Among Iranian Women with Mastectomy: From Surgery to End of Life. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2025;14(1):e152724. doi: 10.5812/jjcdc-152724

38. Hamlish T, Foster ML, Strom S, Jaber R, Hughes MC. Impact of a breast cancer diagnosis on finances and marital status in young women. BMC Women's Health. 2025;25(1):86. doi:10.1186/s12905-025-03607-4

39. Chi M. "This Is What Kills Me": The Financial Toxicity of Cancer and Its Psychological Cost. Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management: Springer; 2022. p. 435-45.

40. Shamloo MBB, Elahi N, Zaker MA, Zarea K, Zareian A. Role playing and interdependence among husbands of Iranian women after a mastectomy. Int J Palliat Nurs. 2023;29(8):360-9. doi:10.12968/ijpn.2023.29.8.360.

41. Sharif F, Khoshnood Z, Eckert M, Helal Birjandi M, Bagherian S. Dignity of Iranian women with breast cancer: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2023;12(2):91-9. doi:10.34172/jqr.2023.14

42. A Avcı A, Çavuşoğlu E. The Effect of Spiritual Therapies on the Quality of Life of Women with Breast Cancer: A Systematic Review. J Relig Health. 2025;64(1):448-61. doi: 10.1007/s10943-024-02199-x.

43. Kugbey N, Oppong Asante K, Meyer-Weitz A. Illness perception and coping among women living with breast cancer in Ghana: an exploratory qualitative study. BMJ Open. 2020;10(7):e033019. doi:10.1136/bmjopen-2019-033019.

44. Liamputtong P, Suwankhong D. Living with breast cancer: the experiences and meaning-making among women in Southern Thailand. Eur J Cancer Care (Engl). 2016;25(3):371-80. doi:10.1111/ecc.12321.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.2]