Iranian Journal of Breast Diseases. 2024; 16(4):50-68

Original Article

Role of culture in the life experience of women with breast cancer in Iran: A phenomenological study

Mahboubeh Faridi[1], Farah Lotfi Kashani[2*], Shahram Vaziri[2]

[1]Department of Psychology, Faculty of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[2]Department of Psychology, Medical Science Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: The impact of cultural context on the psychological adaptation of women to breast cancer (BC) has been recognized as significant. Consequently, the primary objective of this study was to gain insight into women's life experiences, taking into account the role of culture in forming BC-related experiences.

Methods: This research was conducted with a qualitative phenomenological design to detect the experiences of women living with BC. The statistical population of this research included Iranian women with BC who referred to educational and oncology centers affiliated with the medical sciences universities in Iran and were members of the Tehran BC virtual group. The samples were selected using purposeful and snowball sampling methods. The required data were collected by holding semi-structured and in-depth interviews with 11 women in stages 1, 2, and 3 of BC in the age range of 29 to 51 years. The interview guide was semi-structured questions.

Results: The main concepts indicating cultural factors affecting BC adaptation were extracted. In this regard, the challenges of women with BC were as follows: fear of cancer, financial and occupational problems, changes in motherhood role, perceived concerns about the unpredictability of social conditions, unhealthy sympathy from relatives and community members, and the issue of cancer as a taboo. Moreover, some strategies were adopted to cope with the threatening conditions of this disease: Spirituality, perceived support, maintaining individual abilities, and emotional expression.

Conclusion: Individuals' culture affects the formation of their experiences and adaptation to BC. Interventions culturally tailored to individuals' needs can play a more effective role by using a common language (i.e., culture).

Keywords
Culture, Breast cancer (BC), Iranian women, Phenomenological study

Received: 2023/07/17
Accepted: 2023/11/15

***Corresponding Author:**
Lotfi.kashani@gmail.com

Ethics Approval:
IR.IAU.TNB.REC.1401.095

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

Copyright © 2024 Faridi 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

In 2020, breast cancer (BC) accounted for about 2.3 million female patients and 685,000 deaths worldwide. During five years up to 2020, 7.8 million women with cancer were detected, including BC, the most common cancer worldwide. A short while back, BC was mainly a Western disease; however, 52% of new BC cases and 62% of deaths are currently reported in developing countries [1]. This disease challenges individuals' attitudes toward life as a regular and consistent process [2]. Moreover, BC incidence and prognosis may vary across countries [3] regarding factors, such as ethnicity, environmental/ socioeconomic factors, lifestyle, adaptation to treatment, and differences in response to treatment [4]. This study investigated Iranian women with BC. This research has both theoretical and practical implications.

Materials & Methods

This study was conducted using a qualitative phenomenological design to detect the experiences of women living with BC. The statistical population of this research consisted of Iranian women with BC who referred to educational and oncology centers of medical sciences universities in Iran. The samples were selected using purposeful and snowball sampling methods. The required data were collected by holding semi-structured and in-depth interviews with 11 women in stages 1, 2, and 3 of BC in the age range of 29 to 51 years. The interview guide was semi-structured questions. The information collected from the interviews was transcribed in the form of text and entered into the MAXQDA software (version 2018.1) in the form of meaningful tags as codes, summaries, and main and secondary categories. Finally, the cultural results of the report were determined.

Results

Primary codes are meaningful tags that combine meaningful units with qualitative format. In this research, 122 initial codes were obtained while summarizing the transcribed texts. Eventually, by applying experts' opinions and adjusting and summarizing the repeated codes, 90 initial codes were extracted from the theoretically saturated interviews. After reaching these 12 main categories, the transcripts were coded individually by the researchers to ensure the validity of the research. Although the codes created by the researchers separately were relatively consistent, the differences that emerged were discussed and reevaluated until reaching an agreement on common codes. Consulting with three experts in this field and according to the researcher's studies, the main categories were classified and summarized in the form of 2 dimensions of the concept of culture's role. In the end, two main themes were extracted from the data collected from the experiences of affected women during the disease to cope with the disease. Each theme included sub-themes.

Discussion

This study demonstrated important insights about the experience of women facing BC in Iranian culture and society. Cultural values, cultural beliefs about familism, uncertainty, social norms and discrimination, economic factors of society, spirituality/religion, sexual roles and maintaining the role of motherhood, stigma, and social judgment, the issue of BC as a taboo, maintaining the health of individuals, and daily activities were identified as cultural factors effective on

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

the life experience of women with cancer. The women in the study stated that financial issues were one of the most challenging issues. Treatment costs were heavy not only for cancer patients but also for their families and communities [5]. Women depended on spirituality to cope with the disease. It empowered them to embrace the truth and inspired optimism for healing. Religious or spiritual belief is the main source of support and coping with the disease among BC patients [6]. Henderson et al. [6] found that women claimed their family was the greatest strength to overcome their disease. In particular, cultural collectivism, family practices, gender role expectations, and family units were important in health self-care decisions and behaviors.

In contrast, individual needs are considered secondary. Uncertainty and the inability of patients to determine events related to the disease can be caused by ambiguity (contradictory, incomplete, or insufficient information). The inability to predict future events is highly disappointing; the study by Tober et al. (2019) confirmed this category [8].

Conclusion

The main concepts indicating cultural factors affecting BC adaptation were extracted. In this regard, women with BC faced fear of cancer, financial and occupational problems, changes in motherhood roles, perceived concerns about social conditions, unhealthy sympathy from relatives and community members, and cancer as a taboo topic. Moreover, there were some strategies to cope with the threatening conditions of this disease, namely spirituality, perceived support, maintaining individual abilities, and emotional expression. Individuals' culture affects their experiences and adaptation to BC. Interventions culturally tailored to individuals' needs can play a more effective role by using a common language (i.e., culture).

References

1- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424. Doi: 10.3322/caac.21492

2- Sung H, Ferlay J, Siegel R. L., Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2021; 71(3): 209-49.

3- Rahool R, Haider G, Shahid A, Shaikh MR, Memon P, Pawan B, et al. Medical and Psychosocial Challenges Associated with Breast Cancer Survivorship. Cureus. 2021;7;13(2):e13211. Doi: 10.7759/cureus.13211.

4-Andrews, M.M., & Boyle, J.S.*Transcultural concepts in nursing care* 8th ed. New York: Lippincott, Williams, & Wilkins; 2022

5- Doty MM, Collins SR, Rustgi SD, Kriss JL. Seeing red: the growing burden of medical bills and debt faced by U.S. families. Issue Brief (Commonw Fund). 2008;42(4):1-12.

6-Leão DCMR, Pereira ER, Pérez-Marfil MN, Silva RMCRA, Mendonça AB, Rocha RCNP, et al. The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 ;18(12):6415. Doi: 10.3390/ijerph18126415.

7- Henderson PD, Gore SV, Davis BL, Condon EH. African American women coping with breast cancer: a qualitative analysis. Oncol Nurs Forum. 2003;30(4):641-7. doi: 10.1188/03.ONF.641-647.

8-Tauber NM, O'Toole MS, Dinkel A, Galica J, Humphris G, Lebel S, et al. Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Oncol. 2019 ;37(31):2899-915. Doi: 10.1200/JCO.19.00572.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

مقاله پژوهشی

مجله علمی
بیماری های پستان ایران
۱۴۰۲؛ ۱۶ (۴) : ۵۰-۶۸

نقش فرهنگ در تجربه زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران: یک مطالعه پدیدار شناختی

محبوبه فریدی[۱]، فرح لطفی کاشانی*[۲]، شهرام وزیری[۲]

[۱]گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲]گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: بافتار فرهنگی بر چگونگی سازگاری روانشناختی با بیماری سرطان پستان در زنان اثر می‌گذارد. این مطالعه با هدف به دست آوردن درک عمیق از تجربیات زندگی زنان با در نظر گرفتن نقش فرهنگ بر شکل‌گیری تجربیات مواجهه با سرطان پستان انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش با استفاده از طرح پدیدارشناسی کیفی با هدف درک عمیق‌تر تجربیات زنان مبتلا انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان که به مراکز آموزشی و انکولوژی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور جهت انجام فرآیند درمانی مراجعه کرده بودند و در گروه مجازی سرطان پستان تهران عضو بودند. داده‌ها از طریق نمونه‌گیری هدفمند و به روش گلوله برفی و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و عمیق با ۱۱ زن در مراحل ۱و۲و۳ سرطان پستان در محدوده سنی ۲۹ تا ۵۱ سال انجام شد. راهنمای مصاحبه سوالات نیمه ساختار یافته بود.

یافته‌ها: مفاهیم مهم پدیدار شده که نشات گرفته از عوامل فرهنگی اثرگذار بر سازگاری با سرطان پستان بود. چالش‌هایی که زنان مبتلا به سرطان پستان با آن روبرو بودند: شامل ترس افراد از بیماری سرطان محدودیت‌های مالی و شغلی، تغییر در ایفایی نقش مادرانگی، نگرانی‌های درک شده از پیش‌بینی‌ناپذیر بودن شرایط اجتماعی، همدری‌های ناسالم نزدیکان و افراد جامعه و تابو بودن بیماری سرطان و راهبردهایی که برای فایق آمدن بر شرایط تهدید کننده بیماری استفاده می‌شد: اتکا به معنویات، حمایت اداراک شده، حفظ توانایی‌های فردی، برون ریزی هیجانات.

نتیجه‌گیری: شکل‌گیری تجربیات افراد و تعامل با سرطان پستان، تحت تأثیر فرهنگی است که افراد در آن زندگی. مداخلاتی که به لحاظ فرهنگی متناسب با نیازهای جمعیت باشد می‌تواند بواسطه زبان مشترک (فرهنگ) اثر بخش‌تر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: فرهنگ، سرطان پستان، زنان ایرانی، مطالعه پدیدار شناختی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۴/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۴

* **نویسنده مسئول:**
Lotfi.kashani@gmail.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

مقدمه

سرطان پستان دومین سرطان شایع در جهان و شایع‌ترین سرطان در بین زنان است (۱). در سراسر جهان حدود ۲/۱ میلیون مورد سرطان پستان تازه تشخیص داده شده در سال ۲۰۱۸ وجود دارد که تقریباً یک مورد از هر چهار مورد سرطان در بین زنان و ۱۱/۶ درصد از کل سرطان‌ها را شامل می‌شود. سرطان پستان همچنین شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده در اکثریت قریب به اتفاق کشورها (۱۵۴ از ۱۸۵) و همچنین علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در بیش از ۱۰۰ کشور است (۲). در سال ۲۰۲۰، نزدیک به ۲/۳ میلیون زن مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده شده و ۶۸۵۰۰۰ نفر در سراسر جهان جان خود را از دست داده‌اند. تا پایان سال ۲۰۲۰، در ۵ سال گذشته، ۷/۸ میلیون زن در قید حیات بودند که به سرطان مبتلا شده بودند و سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در جهان است. تعداد سال‌های زندگی تعدیل‌شده با ناتوانی از دست رفته زنان در اثر سرطان در سراسر جهان بیش از هر نوع سرطان دیگری است. سرطان پستان در هر کشوری از جهان در زنان در هر سنی پس از بلوغ اتفاق می‌افتد (۳). اگرچه در زمانی نه چندان دور سرطان پستان عمدتاً به عنوان بیماری زنان غربی در نظر گرفته می‌شد، در حال حاضر بیش از نیمی (۵۲٪) موارد جدید سرطان پستان و ۶۲٪ از مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه اقتصادی رخ می‌دهد (۴). در واقع سرطان پستان نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد (۵). علاوه بر این، بروز و پیش‌آگهی سرطان پستان ممکن است در جوامع تفاوت داشته باشد (۷،۶). قومیت، عوامل محیطی و اجتماعی- اقتصادی، سبک زندگی، انطباق با درمان و تفاوت در پاسخ به درمان به عنوان دلایل این تفاوت‌ها دخیل هستند (۸). فرهنگ می‌تواند بر رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر مراقبت از خود تأثیر بگذارد، مانند اعتماد به نفس، عادات، انگیزه، حمایت دیگران و رابطه بیمار و مراقب (۱۰،۹). می‌توان گفت فرهنگ «شیوه‌ای از زندگی در کل جامعه» است که شامل ایده‌ها، لباس، زبان، مذهب، آیین‌ها، هنجارهایی مانند قوانین و اخلاقیات و ارزش‌ها می‌شود (۱۱). تفاوت‌های بین فرهنگی در ارزش‌ها، انتظارات، تفاوت‌های ظریف معنا، نگرش‌ها، زبان، محیط و ادراک افراد وجود دارد (۱۲). علاوه بر این، فرهنگ بر نحوه تعریف بیماری‌ها تأثیر می‌گذارد، مانند انتساب علل بیماری‌ها، فرآیندهای درمانی و قابلیت درمان. فرهنگ می‌تواند بر نحوه نظارت، تفسیر، برچسب زدن و توضیح یک فرد بر علائم تأثیر بگذارد (۱۳). انسان‌ها موجوداتی بیولوژیکی هستند که از فرهنگ جدا نیستند. (۱۴) با توجه به خلاء و ناتوانی سیستم‌های بهداشت سلامت موجود، در مقابله با بزرگترین و مهمترین مشکل سلامت قرن، یعنی بیماری‌های مزمن و همچنین اهمیت نقش فرهنگ یک جامعه در میزان سازگاری ذهنی با این بیماری‌ها، تدوین مدل‌های موثر با تأکید بر نقش عوامل فرهنگی جهت ایجاد تغییرات مثبت و با دوام در سازگاری ذهنی در افراد بیماران مبتلا به سرطان پستان، همچنان یک ضرورت محسوب می‌شود (۹). بروز سرطان پستان ممکن است بین کشورهای مختلف متفاوت باشد. علاوه بر این، بروز و پیش آگهی سرطان پستان ممکن است در همان جامعه متفاوت باشد، و از آنجا که یک دلیل قطعی برای سرطان پستان هنوز ناشناخته است، این تفاوت‌ها به عوامل محیطی، شیوه زندگی و عوامل اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی مرتبط می‌باشد (۱۰،۹). باورهای فرهنگی یک عامل تعیین کننده برای ادراک خطرات سلامتی و انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در جمعیت‌های مختلف در نظر گرفته می‌شوند (۱۱). در یک بررسی سیستمی از ۲۳ مطالعه مرتبط با تأثیر عوامل فرهنگی، تجربیات زنان آسیای جنوبی مبتلا به سرطان پستان از نظر فرهنگی با انگ مرتبط با سرطان، تجارب خانوادگی، تکیه بر مذهب و اولویت کم مسائل زنان در مقایسه با کشورهای غربی مرتبط بود (۱۲). فرهنگ یک ساختار قدرتمند، جامع و چندبعدی است که بر باورها، نگرش‌ها، رفتار و سلامت تأثیر می‌گذارد (۱۴). تشخیص سرطان پستان صرف نظر از مرحله می‌تواند آسیب‌زا باشد، بر جنبه‌های متعدد زندگی تأثیر بگذارد و سلامت جسمی، روانی و معنوی زنان را مختل کند (۱۶،۱۵). عوامل اجتماعی و فرهنگی بر تجربیات زنان از سرطان سینه، ساختارهای اجتماعی بیماری و تخصیص منابع برای مدیریت بیماری تأثیر می‌گذارند (۱۷). مشکلات روانی ناشی از سرطان بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر منفی می‌گذارد روش‌های مقابله‌ای که این بیماران برای سازگاری با موقعیت‌های خود انتخاب می‌کنند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی آنها دارد (۱۸-۲۲). زنان باید با مشکلات روانی عظیم ناشی از سرطان

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

پستان دست و پنجه نرم کنند و ممکن است از راهبردهای مختلف مقابله‌ای برای به چالش کشیدن مشکلات درک شده استفاده کنند (۲۳). حسن ۲۰۱۷ در مطالعه خود تأکید کرد که مرگ‌ومیر بیشتر زنان به‌دلیل سرطان پستان در کشمیر ناشی از عوامل مختلف اجتماعی- فرهنگی مانند ناآگاهی نسبت به علائم و پیشگیری از سرطان پستان، انگ مرتبط با آن و آشفتگی مداوم است (۲۴). اگرچه تحقیقات رو به رشدی در مورد ابعاد بالینی/پزشکی و همینطور روانی سرطان پستان در ایران وجود دارد. با این حال، تجربیات پذیرش ذهنی با سرطان پستان در زنان ایرانی با در نظر گرفتن بستر فرهنگی نسبتاً ناشناخته هستند. در پژوهش ژولایی و همکاران مهمترین تجارب زیسته زنان مبتلا به این بدخیمی شامل پاسخ‌های عاطفی مانند تضعیف اعتماد به نفس آنها، زندگی با ترس و تغییر تصویر ذهنی از بدن پس از ماستکتومی است که بر رفتارهای مقابله‌ای آنها تأثیر منفی می‌گذارد (۲۶،۲۵). اگرچه تحقیقات رو به رشدی در مورد ابعاد بالینی/پزشکی سرطان پستان در ایران وجود دارد. مانندعوامل خطر سرطان پستان در شمال غربی ایران (ارومیه): مطالعه مورد شاهدی (۲۷) و یا پژوهش مروری بر نقش‌های مختلف مراقبین خانوادگی در مراقبت از زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۸) با این حال، تجربیات زیسته در فرهنگ ایران با سرطان پستان نسبتاً ناشناخته هستند. این مطالعات که سرطان پستان را در میان زنان ایرانی مورد بررسی قرار داده‌اند، به سختی تجربیات آنها را از زندگی با سرطان پستان پس از تشخیص در نظر گرفته‌اند. بنابراین، برای پر کردن این شکاف در ادبیات، این مطالعه تلاشی برای بررسی تجربیات زندگی/زندگی زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان است. یافته‌های این پژوهش هم مفاهیم نظری و هم کاربردی دارد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه، ما از یک رویکرد پدیدارشناسی برای بررسی تجربیات زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان با در نظر گرفتن نقش فرهنگ استفاده کردیم. پژوهشگر با استفاده از مطالعه به روش کیفی سعی در شنیدن صدای زنان ایرانی مبتلا به سرطان در رویایی با این مهم داشت.یک مطالعه پدیدارشناختی به بهترین وجه مناسب برای تحقیقاتی است که درک تجربیات مشترک چندین فرد از یک پدیده مهم است (۲۹). پدیدارشناسی معتقد است که هر تلاشی برای درک واقعیت اجتماعی باید مبتنی بر تجربیات افراد از آن واقعیت اجتماعی باشد (۳۰). جامعه آماری این پژوهش شامل زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان که به ۵ مرکز آموزشی و انکولوژی دانشگاههای علوم پزشکی کشور جهت انجام فرآیند درمانی مراجعه کرده بودند و در کانال مجازی موسسه سرطان پستان تهران عضو بودند. جمع‌آوری داده‌ها بین آبان ۱۴۰۰ تا شهریور ۱۴۰۱ با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و عمیق جمع‌آوری شد. در پژوهش حاضر از روش گلوله برفی و نمونه‌گیری نظری برای جذب شرکت‌کنندگان استفاده شد. ما در ابتدا با یک زن که محققان می‌دانستند از سرطان پستان رنج می‌برند، تماس گرفتیم. سپس تکنیک نمونه‌گیری گلوله برفی برای افزایش تعداد شرکت‌کنندگان اجرا شد. این تکنیک به طور گسترده در زمینه‌های تحقیقاتی حساس مورد استفاده قرار می‌گیرد، جایی که مکان‌یابی شرکت‌کنندگان دشوار است یا شرکت‌کنندگان آماده نیستند بدون توصیه دیگران یا انجمن خود شرکت کنند در مصاحبه شرکت کنند (۳۱). شرکت‌کنندگان با استفاده ازمعیارهای ورود به مطالعه زیر انتخاب شدند: (۱) سن ۲۹ سال تا محدوده ۵۱ سال، (۲) داشتن ملیت ایرانی فارغ از در نظر گرفتن محل سکونت (۳) تشخیص سرطان با دریافت جواب پاتولوژی مبنی بر بدخیمی حداقل ۶ ماه زودتر (۴) در زمان مصاحبه در پروسه درمان بیماری هستند (۵) و سرطان در مرحله ۱ و ۲ و ۳ قرار دارد (۶) آماده برای مشارکت در روند پژوهش هستندو فرم رضایت آگاهانه را امضا نموده اند.معیار خروج مرگ و میر شدت گرفتن بیماری و اعلام انصراف شرکت کنندگان بود. برای تحقیقات پدیدارشناسی، حداقل حجم نمونه شش نفری ضروری است (۳۲). جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه حاضر عمدتاً بر اساس اصول اشباع داده‌ها استوار است، زیرا اعداد در حصول اطمینان از نمونه‌های کافی، ملاک نیستند، زیرا هدف از نمونه‌گیری کیفی، عمق داده‌ها است. نه با تعمیم موقت (۳۳). در اصل، کفایت حجم نمونه بر اساس کیفیت داده‌ها تعیین شد. یعنی مصاحبه‌ها تا جایی ادامه می‌یابد که داده‌های مشابه ظاهر شوند و داده‌ها تکرار شوند. داده‌های مشابه قابل اعتماد زمانی ظاهر شد که ۱۱ مصاحبه تکمیل شد. بر اساس روش پدیدار شناختی افراد گزارش دقیقی از آنچه در دنیای خود

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

تجربه می‌کنند به دست می‌دهد (۳۴). روش جمع آوری داده‌ها در مرحله میدانی، استفاده از مصاحبه‌های عمیق فردی و نیمه ساختار یافته با استفاده از سوالات باز بود. قبل از اجرای پژوهش، سوالات اصلی مصاحبه به منظور اطمنیان از جامع و مناسب بودن، توسط متخصصین بررسی و ارزیابی گردید. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۱/۳۰ دقیقه بود. هر مصاحبه با یک موضوع آزاد آغاز شد که در آن از فرد خواسته شد تا درباره تغییرات احتمالی در نگرش‌ها و دیدگاه‌هایش در طول زندگی که با سرطان داشته، صحبت کند. مصاحبه‌ها به‌صورت صوتی ضبط شده و کلمات کلیدی با استفاده از نام‌های مستعار برای محافظت از هویت شرکت کنندگان ثبت شد. اطلاعات جمع‌آوری شده از مصاحبه‌ها که به صورت متن پیاده‌سازی شده و در نرم افزار مکس کیوا نسخه ۲۰۱۸.۱ واردشده‌اند در قالب برچسب‌های معناداری که کد می‌نامیم، خلاصه بندی و مقولات اصلی و فرعی استخراج و در نهایت ابعاد فرهنگی اثر گزار مشخص می‌گردند.

مشخصات شرکت کنندگان در مطالعه

مشارکت کنندگان ۱۱ نفر که از سن ۲۹ سال که جوانترین فرد در مطالعه تا ۵۱ سال مسنترین فردمطالعه بودند بغیر از یک نفر از شرکت کنندگان که مجرد بود، ۱۰ نفر دیگر متاهل بودند پنج نفر از شرکت کنندگان دارای ۱ فرزند دو نفر ۲ فرزند و دو نفر دیگر ۳ فرزند و دو نفر دیگر بدون فرزند بودند تحصیلات شرکت کنندگان یک نفر کمتر از دیپلم یک نفر دیپلمه و ۶ نفر دارای تحصیلات لیسانس و یک نفر فوق لیسانس و یک نفر دکتری داشت. ۱۰ نفر از شرکت کنندگان شیعه مذهب ۱ نفر اهل تسنن و ۵ نفر از شرکت کنندگان در مرحله ۲ بیماری و ۶ نفر دیگر در مرحله ۳ بیماری بودند. که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول۱: اطلاعات دموگرافیک

شرکت کننده گان	سن	تحصیلات	مرحله بیماری	وضعیت تأهل	تعداد فرزند	وضعیت شغل	مذهب
شرکت کننده ۱	۲۹	فوق لیسانس	مرحله ۲	مجرد	-	شاغل	شیعه
شرکت کننده ۲	۳۶	لیسانس	مرحله ۳	متاهل	۰	شاغل	شیعه
شرکت کننده ۳	۴۳	لیسانس	مرحله ۳	متاهل	۱	خانه دار	تسنن
شرکت کننده ۴	۳۸	سیکل	مرحله ۲	متاهل	۳	خانه دار	شیعه
شرکت کننده ۵	۴۸	دیپلم	مرحله ۳	متاهل	۱	شاغل	شیعه
شرکت کننده ۶	۴۰	لیسانس	مرحله ۲	متاهل	۱	خانه دار	شیعه
شرکت کننده ۷	۴۶	لیسانس	مرحله ۲	متاهل	۱	خانه دار	شیعه
شرکت کننده ۸	۵۱	لیسانس	مرحله ۲	متاهل	۲	شاغل	شیعه
شرکت کننده ۹	۳۴	لیسانس	مرحله ۳	متاهل	۲	خانه دار	شیعه
شرکت کننده ۱۰	۳۹	دکتری	مرحله ۳	متاهل	۱	شاغل	شیعه
شرکت کننده ۱۱	۳۷	دیپلم	مرحله ۳	متاهل	۳	شاغل	شیعه

ابزارتحقیق و تکنیک جمع‌آوری داده‌ها

ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها برای این مطالعه، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود.

نمونه سوالات مصاحبه:

کرسول (۲۰۰۹) اظهار داشت که در مصاحبه پدیدارشناختی، از مشارکت کنندگان سؤالات کلی گسترده خواسته می‌شود (۳۵):

۱- از نظر پدیده (بیماری سرطان چه تجربه‌ای در اجتماع و در بین مردم و خانواده) چه تجربه‌ای داشته‌اید؟

۲- چه عواملی یا موقعیت‌هایی است که به طور معمول بر تجربه شما از پدیده (زندگی با بیماری سرطان پستان) تأثیر گذاشته یا تحت تأثیر قرار گرفته است؟

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

مصاحبه‌های ضبط شده بدون هیچ تأخیری توسط نویسنده اول کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد. مصاحبه‌های رونویسی شده خوانده شد، و ضبط‌ها به دفعات گوش داده شد تا اینکه معنای کامل از مصاحبه دریافت شد. تجزیه و تحلیل داده‌های رونوشته شده با روش گرانهیم و لاندمن برای برداشت مضامین در داده‌های کیفی صورت گرفت به این ترتیب که: ۱-رونوشت‌ها چندین بار برای درک محتوای اساسی‌تر آنها خوانده شدند، ۲- متن موجود در هر حوزه محتوا به بخش‌های معنی‌داری متراکم شد، که هر یک شامل چندین کلمه، جمله و پاراگراف است که شامل جنبه‌هایی است که از طریق محتوا و موقعیت با یکدیگر مرتبط هستند، ۳- همه بخش‌های معنی‌دار فشرده شده‌اند، در حالی که هدف اصلی خود را حفظ می‌کنند، و با یک کد مشخص شدند، ۴-کدها مورد بحث و بررسی قرار گرفتند و از نظر تفاوت‌ها و شباهت‌ها با هم مقایسه شدند، تا زمانی که توافقی برای کدهای یادداشت‌هایی نوشته شد. برای اطمینان از اعتبار تحقیق، از شرکت کنندگان در دسترس خواسته شد تا توضیحات را بخوانند تا مطمئن شوند که بیانگر تجربیات واقعی آنهاست. پرسش مرکزی قوی، از زمانی شکل گرفت که محقق تحت تأثیر چالش‌ها و نیازهای روان‌شناختی برآورده نشده‌ای که زنان با آن مواجه شد، قرار گرفت. بنابراین سوال اصلی پژوهش این بود: تجربه سرطان پستان در بستر فرهنگی جامعه ایرانی چگونه است؟

ملاحظات اخلاقی

مصاحبه‌ها به‌صورت فردی و با رعایت تمامی مسائل تأمین کننده امنیت روانی و حریم خصوصی شرکت‌کنندگان انجام شد، بدین منظور پژوهشگر پس از کسب مجوز، شرکت‌کنندگان را براساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و توضیحات لازم را به آن‌ها داده و زمان و مکان انجام مصاحبه را تعیین کرد. در ابتدای هر مصاحبه، هدف از انجام مصاحبه مجدداً تکرار و از شرکت‌کنندگان برای ضبط صدا، شرکت در مصاحبه و پاسخگویی به سؤالات اجازه و رضایت‌نامه با امضاء دریافت و در مورد محرمانه بودن اطلاعات و حفظ صدای ضبط شده نیز به آنها اطمینان داده شد. همچنین آنها توجیه شدند که هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مصاحبه خودداری کنند و نیز می‌توانند درخواست حذف مصاحبه‌های ضبط شده را داشته باشند. مقاله بخشی از رساله دکتری در رشته روانشناسی سلامت که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران _شمال با شناسه اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1401.095 بررسی و مصوب گردید.

یافته‌ها

کدهای اولیه همان برچسب‌های معناداری هستند که تلفیق کننده واحدهای معنادار با فرمت کیفی می‌باشند. در این پژوهش در طی یک فرآیند خلاصه سازی متون پیاده‌سازی شده ،۱۲۲ کد اولیه بدست آمد که در نهایت با اعمال نظر متخصصان و تعدیل و تلخیص کدهای تکراری، ۹۰ کد اولیه باقی ماند که از دل مصاحبه‌های به اشباع نظری رسیده استخراج شده است. پس از رسیدن به این ۱۲مقوله اصلی برای اطمینان از روایی تحقیق، رونوشت‌ها به صورت جداگانه توسط محققین کدگذاری شدند. اگرچه کدهایی که توسط نویسندگان به طور جداگانه ایجاد شده بودند نسبتاً با یکدیگر سازگار بودند، با این حال، تفاوت‌هایی که ظاهر شد تا زمانی که توافقی برای کدهای مشترک حاصل شد مورد بحث و ارزیابی مجدد قرار گرفت (۳۶). مشورت با ۳ نفر از خبرگان در این حوزه و با توجه به مطالعات محقق در این حوزه، مقولات اصلی در قالب ۲ بعد از مفهوم نقش فرهنگ طبقه‌بندی و خلاصه شد. در نهایت دوموضوع اصلی از داده‌های جمع‌آوری شده از تجربیات زنان مبتلا در طول دوره بیماری برای مواجهه سازگارانه با بیماری استخراج شد.و هر کدام از موضوعات شامل موضوعات فرعی هم است. موضوع اول شامل چالش‌ها و موانعی که به واسطه فرهنگ برای مبتلایان ایجاد شده است. و موضوع دوم تسهیل کننده‌هایی که به‌واسطه فرهنگ برای افراد وجود دارد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

چالش‌ها و موانع فرهنگی

سرطان همچنان بعنوان یک تابو و تمایل به پنهان کردن بیماری

ادراک منفی از به اشتراک گذاشتن تشخیص بیماری با اطرافیان،حس استیصال و بدبختی و احساس شکست و ضعف و نگرانی از واکنش اطرافیان بعد از بر ملا شدن همگی نشان‌دهنده مفهوم تابو بودن سرطان دریک فرهنگ است.

معصومه "وقتی در جمع فامیل هستم اصلا دوست ندارم در مورد بیماری خودم صحبت کنم. پیش از بیماری‌ام همیشه سرطان در ذهنم نماد همه بدبختی‌ها بوده است"

انگ و قضاوت اجتماعی

زنان در مطالعه ما از این تجربه که گاهی احساس می‌کنند اسم بیماری از خود بیماری برایشان آزار دهنده‌تر است صحبت می‌کردند. و گاهی نسبت دادن‌های غیر معمول از سوی اطرافیان و افراد جامعه از اینکه بیماری به دلیل رفتار یا عملی در فرد بیمار ایجاد شده است که موجب احساس تمایز از جامعه در مبتلایان می‌شد.

ناهید "از کسی شنیدم که فامیل شوهرم در مورد من می‌گویند معلوم نیست چکار کرده که خدا این بیماری و گذاشته تو دامنش؟"

بلاتکلیفی و نامعلومی آینده (عدم قطعیت)

چالشی که زنان ایرانی در گزارش‌های خود عنوان می‌کردند نگرانی در مورد بلاتکلیفی و نامعلومی آینده از لحاظ شرایط تأمین داروها از دغدغه‌های مصاحبه شوندگان تامین دارو برای ادامه مسیر درمان به‌شکلی که ممکن است نایاب یا کمیاب شدن داروها و هم تغییر قیمت دارو در مدت زمان کوتاه به چند برابر و یا اینکه آیا برای مرحله بعدی درمان دارو در بازار یافت می‌شود یا خیر، که بر رنج بیماران افزوده است.

و همینطور نگرانی‌هایی در مورد آینده که همه افراد با هر فرهنگی می‌توانند درگیر باشند در مورد عود مجدد و همین‌طور اینکه آیا این ضعف جسمی که نمی‌توانم کارهایم را مثل همیشه انجام دهم با من است؟ زنان نگرانند و سوالات بی‌پاسخ زیادی در ذهنشان بود. نگرانی در مورد اینکه آیا این بیماری را خواهرانم و دخترم نیز به ارث می‌برند.

زهرا "در حال حاضر نگرانی من همین تحریم‌های شدید است که هم روی قیمت داروها اثر گذاشته است"

باور به اینکه با ابتلا به سرطان مرگ قریب‌الوقوع است

اکثر شرکت‌کنندگان پیشرفت‌های پزشکی را در درمان سرطان تصدیق می‌کردند و سرطان پستان را قابل درمان دریافته بودند. با این حال ارتباط نزدیک سرطان با مرگ، درد و رنج، هنوز به شدت حفظ شده بود.

مریم "با این حال که دکترم می‌گوید جای امیدواری زیاد است آدم‌هایی رو می‌شناسم که از سرطان پستان فوت شدند"

احساس ناخوشایند دریافت ترحم از دیگران (همدری ناسالم)

همه مصاحبه شوندگان از این که مورد ترحم و دلسوزی قرار بگیرند عمیقاً ابراز ناراحتی می‌کردند. و در این صورت حس ناامیدی و مهلک بودن بیماری را بیشتر دریافت می‌کردند. آنها نگرانی‌هایی را تجربه کردند که ناشی از درک آنها از ظاهر متفاوت بود بنابراین ترجیح دادند تشخیص خود را برای دیگران در جامعه فاش نکنند و روند بیماری را نزد خود نگه داشتند.

شادی "از ترحم آنها حس بدی می‌گیرم، مثلاً افراد در بیمارستان تا متوجه می‌شوند مبتلا به سرطان هستم نوبت خود را به من می‌دهند این حس به من دست می‌داد که قرار است بمیرم؟ آدم دلشان برایم می‌سوزد!

نسرین "وقتی می‌روم شیمی درمانی چون از بقیه جوان‌تر هستم افرادی که من و آنجا میبینن از من سوال‌های زیادی می‌پرسند سوالاتشان منو اذیت میکنه"

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

اینکه دوستان یا فامیل‌هایی که من را سال‌ها ندیده‌اند تماس می‌گیرند و به دیدنم می‌آیند برای من اینطور معنی می‌دهد که اینها از روی ترحم و اینکه گویا من دارم با مرگ دست و پنجه نرم می‌کنم و دلشون برایم می‌سوزد ناراحتم می‌کند"

تبعیض‌های اجتماعی

در این شرایط بعد از ابتلا به سرطان شرکت‌های بیمه گذار در ایران برای بیماران مبتلا نه خدمات بیمه تکمیلی و نه اینکه بیمه عمر را عرضه می‌کنند. دختر جوان ۲۸ ساله‌ای که به سرطان پستان مبتلا است و همچنان امید به زندگی انگیزه غلبه بر بیماری را در او زنده نگه داشته از غیرقابل پذیرش بودن این حقیقت صحبت می‌کرد.

"خیلی ناراحتم مگر شخصی که سرطان دارد حتماً قرار است بمیرد چرا نباید بیمه شود. فردی که سرطان ندارد نمی‌میرد؟ مگر زمان مرگ ما را آنها می‌دانند؟ آیا مرگ من نزدیک است؟"

چالش‌های اقتصادی درگیر شونده با بیماری

اکثریت زنان در مطالعه حاضر از نظر اقتصادی متکی به خانواده خود بودند. در نتیجه، موقعیت اقتصادی خانواده‌هایشان بر تجربیات آن‌ها با بیماری تأثیر گذاشته بود از آنجا که سرطان بار مالی برای خانواده و فرد مبتلا ایجاد می‌کند به همان اندازه به لحاظ روانی چالش برانگیز خواهد بود. در نتیجه، موقعیت اقتصادی خانواده‌هایشان بر تجربیات آن‌ها با بیماری تأثیر گذاشت. از طرفی، زنانی که متعلق به خانواده‌های با طبقه اقتصادی بالا تربودند، تجربیات متفاوتی نسبت به خانواده‌های کم درآمد با سرطان پستان داشتند.

فاطمه "همسرم کارگر است و سه فرزند داریم درآمد همسرم به حداقل غذای بچه‌ها هم نمی‌رسد پولی برای رفت‌وآمد به مرکز استان و مراجعه مرتب به پزشکم نداریم، دایماً فکرم درگیر غذا و لباس بچه‌هایم است."

تسهیل کننده‌های مربوط به فرهنگ

خانواده گرایی

سرطان یک تجربه خانوادگی است و اعضای خانواده اغلب به اندازه فردی که سرطان دارد در مقابله با سرطان در گیر می‌شوند. مراقبت‌کنندگان شامل همسر، مادر و پدر، خواهر و برادر، فرزندان مراقبت اصلی شرکت‌کنندگان را بر عهده داشتند. حمایت آنها شمل حمایت مالی و کمک‌های ملموس همچون همراهی کردن بیمار در بیمارستان و مراکز درمانی و انجام امور منزل و همین‌طور حمایت‌های عاطفی مثل همدلی، اطمینان بخشیدن که بیماران مبتلا به سرطان در این مطالعه از حمایت‌های عاطفی اثرگذار که آنان را قادر ساخته تا به بهبودی امید داشته باشند و مراحل دشوار درمان از جمله جراحی و شیمی درمانی و پرتو درمانی را تحمل کنند.

یاسمن[1]: "بعد از شیمی درمانی از لحظات فراموش نشدنی این بود که خواهرم که همیشه به ظاهر و آرایش موهایش اهمیت خاصی قایل بود وقتی به دیدنم آمد موهای خود را تراشیده بود وقتی او را دیدیم هم گریه می‌کردم و هم می‌خندیدم تأثیر مثبت کارش شدیداً بر روحیه‌ام اثر گذاشت"

حمایت‌های اطلاعاتی مراقبین سلامت

مصاحبه‌شوندگان عنوان کردند که حمایت‌های اطلاعاتی توسط ارایه‌دهندگان مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی و تعامل با پزشک و پرستار به‌دلیل افزایش آگاهی از نگرانی‌هایمان کاسته و تأثیر مثبتی بر پذیرش بیماری برایشان فراهم کرده است.

نازنین "وقتی که تمام سوالاتی که از قبل روی برگه می‌نوشتم تا از پزشکم بپرسم ایشان با سعه صدر و با رغبت به تک تک سوالاتم پاسخ می‌داد. از آنجایی‌که کامل‌ترین و صحیح‌ترین اطلاعات را از پزشکم می‌توانستم بگیرم مرا بسیار توانمند می‌ساخت تا بتوانم درک روشنی از شرایط جسمی خود داشته باشم."

[1]- نام بکار رفته برای مصاحبه شوندگان نام مستعار است

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

نقش باورهای معنوی و مذهبی

زنان در این مطالعه اعتقادات معنوی را به‌عنوان منبع قدرت برای مقابله با وضعیت خود در طول فرآیند زندگی با سرطان پستان می‌دانستند. اکثر آنها معتقد بودند که خداوند در تمام مراحل بیماری، از وقوع تا درمان، دخالت خواهد کرد. اکثر بیماران دارای ایمان قوی هستند و خود را مذهبی می‌دانند، زیرا مناسک مذهبی از دوران کودکی بخشی از زندگی آنها بوده است. این باورهای مذهبی در تصمیمات پزشکی نیز مؤثر است. به عبارت دیگر، باورهای مذهبی بیش از نگرش معنوی و فرهنگی، تصمیم‌گیری بیماران را در شرایط بحرانی تحت الشعاع قرار می‌دهد مداخلات معنوی شامل اعمال، سنت‌ها و آداب دینی مانند اقامه نماز و تلاوت قرآن و سایر متون مقدس، توبه و استغفار با تمرکز بر نیازهای درونی افراد است. به نظر می‌رسد ماهیت تهدیدآمیز سرطان، هم نیازهای روحی و هم نیازهای مذهبی بیماران را افزایش می‌دهد. زیارت اماکن مذهبی، قربانی کردن حیوانات برای شفای بیمار، اقامه نماز و شرکت در مراسم مذهبی و کمک به فقرا برای رضای خدا و دعا برای شفای آنها در زیر مداخلات معنوی طبقه‌بندی می‌شود که برای درمان بیماری‌ها توسط بیمار و خانواده استفاده می‌شود.

مریم "هرکه در این بزم مقرب‌تر است جام بلا بیشترش می‌دهند"

معصومه "هیچ چیز بی‌حساب کتاب در این دنیا رقم نمی‌خوره بدون خواست خدا برگ از درخت نمی‌افتد".

نقش مادرانگی

زنان مبتلا به سرطان پستان از این جهت که بدلیل بیماری و کاهش توانایی در مراقبت از فرزندان و تضعیف کننده نقش مادری عمل می‌کند. مادران خصوصاً مادران با فرزندان کوچکتر احساس گناه و حس ناراحتی داشتند به‌دلیل عدم توانایی در ایفای نقش که به شکل جبری برای مادران اتفاق افتاده بود. پاسخگویی مادر در برآورده سازی نیازهای فرزندان ازسویی و در جریان قرارگرفتن کودکان از مسیر درمان و بیماری مادر برای مادران تنش‌زا بود و سعی‌شان بر این بود که فرزندان را در جریان اخبار بیماری و درمان قرار ندهند.

ساناز "اینکه بعد از جراحی (ماستکتومی) توان در آغوش گرفتن دختر ۶ ماهه خود را نداشتم" با بغض می‌گوید "به دلیل درد دستهایم برایم خیلی سخت بود".

مریم "نمی‌خواهم فرزندانم بدون مادر، بزرگ شوند بخاطر آنها با بیماریم می‌جنگم"

حفظ توانایی فردی و فعالیت‌های روزمره

برخی از مصاحبه‌کنندگان اذعان داشتند که وقتی فعالیت‌هایی که قبلا انجام می‌دادند را هنوز هم انجام می‌دهند حس مفید را تجربه می‌کردند، چون می‌توانستند به ضعف جسمانی غلبه کنند و همین امرذهن آنها را از افکار منفی منحرف می‌کند. به‌طورکلی تا توان جسمانی داشته باشند ترجیح می‌دادند که فعال بودن را حفظ کنند. به این شکل بیشتر احساس می‌کردند بیماری تحت کنترل شان است.

مریم "در طول درمان با اینکه ضعف داشتم اما گاهی نقاشی می‌کشیدم، حس مفید بودن و آرامش به من می‌داد."

اهمیت ملموس حفظ وضعیت اجتماعی (اشتغال)

اشتغال مزایای روانی و مالی مهمی را برای بیماران فراهم می‌کند. برای بیماران مبتلا به سرطان، اشتغال مداوم و بازگشت به کار می‌تواند حس عادی بودن و کنترل را در طول یک زمان چالش برانگیز احساسی ایجاد کند. در دوره درمان فعال سرطان پستان از دست دادن شغل تقریباً اجتناب‌ناپذیر است و اغلب اثرات سلامتی طولانی مدتی ظاهر می‌شود.

بهار "قبل از بیماری من حسابدار سه تا شرکت بودم و طبیعتاً حس رضایت زیادی نسبت بخودم داشتم. احساس می‌کردم قوی و مستقل هستم حقوق و درآمد بالایی هم داشتم و همین‌طور با شرکت‌های مهمی در ارتباط بودم و

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

در کارم شناخته شده بودم. اما در حال حاضر می‌توانم فقط با یک شرکت آنهم پاره وقت همکاری کنم"

راهبردهایی برای کنترل آسیب و تهدید

زنان ایرانی از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کردند تا موجب کاهش فشار روانی ناشی از تحمل بیماری در آنها بشود:

۱. عضویت در گروه‌هایی از افراد با ویژگی مشترک ابتلا به سرطان پستان که تجارب خود را از بیماری با هم به اشتراک می‌گذارند و افرادی که مرحله‌ای از بیماری را گذرانده‌اند پیشنهادات و تجاربی برای افراد دیگر گروه دارند. این تجارب از طرف مصاحبه شوندگان بسیار ارزنده ارزیابی شد. در این گروه‌ها به گفته مصاحبه‌شوندگان ما هم یاری می‌دهیم و هم یاری می‌گیریم.
۲. برخی از زنان از تغییر سبک زندگی رژیم غذایی سالم پر از انتی‌اکسیدان و سبزیجات و همین‌طور استفاده از ورزش‌های سبک و عدم استفاده از غذاهای فرآوری شده و همین‌طور فست فودها صحبت می‌کردند.
۳. استفاده از مدیتیشن و موسیقی آرامش‌بخش برای ارتقای شرایط روحی
۴. ثبت احساسات و حالات روحی و استفاده از جملات تأکیدی مثبت
۵. خوش‌بینی به درمان، مریم که یکی از مصاحبه شوندگان عنوان کرد که بقیه اطرافیان می‌گویم سرطان آنقدر که اسمش ترسناک است خودش ترسناک نیست، تشخیص و درمان به‌موقع آدم را نجات می‌دهد.
۶. نذر و قربانی و نماز و عبادت و درخواست شفا از خداوند

آگاهی بخشی افراد جامعه در مورد سرطان پستان و روش صحیح تعامل با مبتلایان

پرسش‌هایی از این دست که چرا به سرطان مبتلا شدی و جویای مراحل و جزییات درمان شدن از جانب افراد و اطرافیان برای مصاحبه‌شوندگان ناخوشایند بود.

زهرا "فامیل ما خیلی سنتی هستند و اطلاعات کمی در مورد سرطان دارند. علی‌رغم اینکه دوست دارند با من همدلی کنند ولی رفتار و سوالاتشان باعث ناراحتی من می‌شود."

"واقعا بعضی اوقات دوست دارم تنها باشم اطرافیانم موقعیت مرا درک نکرده‌اند و از تنها گذاشتن من می‌ترسند"

به چالش کشیده شدن تصویر بدنی: از دست دادن عضو (ماستکتومی)

پستان عضو مهمی است که علاوه بر کارکردهای جسمی کارکردهای روانی هم دارد که مطالعات متعدد از دست دادن پستان یک آسیب عمده روانی محسوب می‌شود. مصاحبه شوندگان با ماستکتومی احساس ناقص بودن بدن، احساس عدم پذیرش از طرف همسر؛ اجتناب از فعالیت جنسی و احساس شرم را گزارش می‌دادند.

"حس می‌کنم جذابیت زنانه‌ام برای همسرم کم شده است، دوست ندارم بدون لباس مرا ببیند"

"هنوز نتوانستم بعد از ماستکتومی با ظاهرم کنار بیایم"

بحث

این مطالعه بینش‌های مهمی را در مورد تجربه مواجهه شدن زنان در بستر فرهنگ و جامعه ایرانی با سرطان پستان نشان می‌دهد.

ارزش‌های فرهنگی باورهای فرهنگی در مورد خانواده‌گرایی، عدم قطعیت، هنجارهای اجتماعی و تبعیض‌های اجتماعی، عوامل اقتصادی جامعه، معنویت/ مذهب، نقش‌های جنسی و حفظ نقش مادرانگی، انگ و قضاوت اجتماعی، تابو بودن ابتلا به سرطان حفظ وضعیت اشتغال، حفظ توانایی فردی و فعالیت‌های روزمره به عنوان

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

عوامل فرهنگی مؤثر بر تجربه زندگی با زنان مبتلا به سرطان شناسایی شدند. این عوامل فرهنگی که مشخصاً به دو دسته تسهیل کننده و عوامل فرهنگی چالش‌زا مشخص شد بر رفتارهای حفظ سلامت، پذیرش بیماری و مدیریت بیماری در زنان مبتلا به سرطان تأثیر می‌گذارند. این نتایج با ادبیات موجود مطابقت دارد و اشاره می‌کند که فرهنگ بر رفتارهای خودمراقبتی در افراد مبتلا به بیماری مزمن قلبی تأثیر می‌گذارد (۱۰). نویسندگان دریافتند که باورهای فرهنگی، و هنجارهای اجتماعی بر حفظ مراقبت از خود، مانند زندگی سالم و رفاه روانی فرد تأثیر می‌گذارند. این نتایج با سایر مطالعاتی که نشان داده‌اند که فرهنگ بر رفتار ارتقا دهنده سلامت فرد تأثیر می‌گذارد، نگرش فرد را نسبت به نتیجه پیش‌بینی می‌کند و بر خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد، سازگار است (۳۷). در بیماران مبتلا به سرطان هنجارهای اجتماعی و انتظارات نقش جنسی همچون مادرانگی انگیزه بزرگی برای مبتلایان سرطان برای بازگشت به زندگی بود (۳۸). زنان در این مطالعه در مورد مفهومی آشنا برای محققین حوزه سایکوانکولوژی تأکید داشتند مفهوم تابو در مورد سرطان، تابوهمچنان به‌عنوان یک موضوع بهداشت عمومی سرسخت و مقاوم به ویژه در کشورهای آسیایی و آفریقایی باقی مانده است که پژوهش‌های (۴۰،۳۹،۳۶) در تأیید همین موضوع است. و همین‌طور یکی از یافته‌های مهم این مطالعه این است که زنان علی‌رغم آسیب‌هایی که متحمل می‌شوند، به دلیل انگی که در جامعه به آنان وارد می‌شود، ترجیح می‌دهند تا حد امکان تشخیص خود را برای دیگران بر ملا نکنند. که با مطالعه اخیر سافر همخوانی دارد (۴۱). و در ادامه نتایج نشان داد عدم قطعیت و ناتوانی بیماران در تعیین رویدادهای مرتبط با بیماری می‌تواند ناشی از ابهام (اطلاعات متناقض، ناقص یا ناکافی) باشد. و عدم توانایی در پیش‌بینی رویدادهای آینده بسیار مستاصل کننده است که مطالعه توبر و همکاران در سال ۲۰۱۹ در راستای تأیید این مقوله است (۴۲). بنا بر مطالعه هال نیاز به بررسی‌های بیشتری در مورد عدم قطعیت و سرطان نیاز است (۴۳). یافته‌های ما برای زنان مورد مطالعه، نگرانی در مورد سلامتی، تغییرات در بدن آنها، پذیرش همسر و بیشترین نگرانی در مورد فرزندان، خانواده و آینده آنها به کررات عنوان شد. آنها ترس از عود سرطان داشتند و فکر می‌کردند که آیا بعد از درمان موفقیت آمیز دوباره بیماری عود می‌کند؟ این یافته مطابق با مطالعات قبلی است که نشان می‌دهد ابهام در مورد آینده بیماری‌شان، نگرانی در مورد آینده فرزندان و خانواده و نگرانی از وقوع مجدد، بزرگترین نگرانی برای زنان است که در جهت پژوهش‌های (۴۵،۴۴،۳۴،۲۵) قرار داشت تبعیض‌هایی که به واسطه ابتلا به سرطان زنان در جامعه ایران تجربه کرده بودند با این حال، یکی دیگر از مواردی که توسط مطالعات دیگر برجسته نشده بود. حفظ فعالیت فردی واجتماعی، راهبرد دیگری بود که زنان برای مقابله با بیماری خود به کار گرفتند. مطالعات قبلی (۴۶-۴۸) نیز نشان داد که زنانی با زندگی عادی با بیماری خود کنار آمدند. باعث شد کمتر احساس محرومیت و آسیب‌پذیری کنند. آنها به انجام کارهای معمول خود ادامه دادند. زنان با تلاش برای بازگشت به شرایط قبل بیماری یعنی بدست گرفتن امورات شخصی سعی در به کنترل گرفتن بیماری سرطان داشتند وقتی تا حدودی فعالیت روزمره خود را انجام می‌دادند احساس آسیب‌پذیری کمتری داشتند زندگی و کار، طبق معمول، باعث می‌شود که آن‌ها احساس کنند که انسان‌های عادی هستند و بر زندگی کنترل دارند. این مطالعه به ما نشان داد که پستان برای زنان فراتر از یک عضو است نمادی از هویت مادرانگی و زن بودن که تغییر و از دست دادن پستان زنان را دچار حس نقص می‌کند که این یافته با مطالعات قبلی مطابقت دارد (۵۰،۴۹،۴۴). سرطان پستان به‌طور قابل‌توجهی بر زنان تأثیر می‌گذارد زنان اذعان داشتند که این آسیب زاترین تجربه زندگی آنها است (۵۲،۵۱). به تکرار زنان در مطالعه، مسایل مالی از مسائل چالش‌برانگیز برای آنها بود هزینه‌های درمان برای افراد مبتلا به سرطان و همینطور برای خانواده سنگین است. هزینه‌های درمان نه تنها برای

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

افراد مبتلا به سرطان بلکه برای خانواده و جوامع آنها نیز سنگین است (۵۳). برای اکثریت زنان در مطالعه ما، بحران مالی یکی دیگر از مسائل چالش برانگیز برای آنها بود. اغلب آنها قرار بود تحت معالجه پرهزینه‌ای قرار بگیرند که توانایی پرداخت آن را نداشتند. علاوه بر این، یک یافته قابل توجه مطالعه ما تأخیر در درمان به دلیل تنگنای مالی است که توسط تعدادی از زنان تجربه شده است. این یافته برخلاف یافته‌های ویلیامز و جینتا (ویلیامز و جینتادر ۲۰۱۵ (۵۴) است که دریافتند زنان به دلیل بیمه درمانی خود با مشکلات مالی مواجه نیستند. زنان برای کنار آمدن با بیماری خود به معنویات وابسته بودند. این به آنها قدرت پذیرش واقعیت را داد و امیدی برای بهبودی ایجاد کرد و اعتقاد مذهبی و یا معنوی منبع اصلی حمایت و وسیله‌ای برای مقابله با بیماری در میان زنان مبتلا به سرطان پستان است (۵۵،۲۰ ،۵۶). یک مطالعه نشان داد که ۸۸ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، معنویت را حداقل تا حدودی در تصمیمات درمانی خود مهم و اغلب از اهمیت فوق‌العاده‌ای می‌دانند (۵۸،۵۷). بررسی سیستماتیک شواهد کیفی نشان داد که معنویت به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای قوی در مطالعات کیفی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پدیدار شد (۵۹). منبع حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بهتر در زنان مبتلا به سرطان پستان مرتبط است (۶۰). در مطالعه ما، دریافتیم که حمایت از سیستم‌های مختلف حمایتی، مانند خانواده، اقوام، دوستان، همسایگان، همکاران، هم‌بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به زنان کمک می‌کند تا با شرایط خود کنار بیایند و با بیماری خود مبارزه کنند. این یافته با سایر مطالعات مشابه است (۶۲،۶۱،۴۶). هندرسون و همکاران (۶۳) دریافتند که زنان ادعا می‌کنند که این واقعیت که خانواده آنها ، بزرگترین قدرت برای غلبه بر بیماری آنها است. به‌طور خاص، جمع‌گرایی فرهنگی، شیوه‌های خانوادگی، انتظارات نقش جنسیتی و واحدهای خانواده نقش مهمی در تصمیمات و رفتارهای مربوط به خودمراقبتی سلامت دارند، در حالی که نیازهای فردی به‌عنوان ثانویه تلقی می‌شوند (۶۴). در مطالعه Jassim و Whitford که در ۲۰۱۴ انجام گرفته بود آنها معتقد بودند که واکنش دیگران ممکن است اثرات هیجانی منفی در مبتلایان به سرطان ایجاد کند. مراقبت باید با توجه به نیازهای بیماران برنامه‌ریزی شود تصمیمات درمانی در فرهنگ‌ها متفاوت بوده است (۶۵). درک چارچوب فرهنگی بیمار برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مهم است، زیرا فرهنگ نه تنها بر باورهای مربوط به سلامتی بلکه بر رفتارهای خود بهداشتی نیز تأثیر زیادی دارد که بر تداوم درمان، مدیریت عوارض و پیش آگهی بیماری تأثیر می‌گذارد (۶۶). این چارچوب‌های فرهنگی در قومیت، سیستم‌های اجتماعی و سازمان‌ها بیان می‌شوند (۶۷). درک تأثیرات فرهنگی بر رفتارهای سلامتی بازماندگان سرطان برای طراحی و مداخلات پرستاری برای رفع نیازهای بیمار مهم است (۳۷). اگرچه این مطالعه بینش‌های ارزشمندی را در مورد تجربیات زندگی زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان ارائه می‌دهد، با این حال، تنها دریچه‌ای کوتاه به مجموع تجربیات بیماران مبتلا به سرطان پستان است و دارای محدودیت‌های متعددی است. اولاً، این مطالعه بر روی حجم نمونه کوچکی انجام شد که بر تعمیم نتایج به جمعیت بزرگ‌تر تأثیر می‌گذارد. ثانیاً، زنان از ۳ مرحله از بیماری سرطان پستان انتخاب شدند که بر تنوع نتایج تأثیر می‌گذارد. ثالثاً، تکثر فرهنگی با وجود اقوام مختلف در ایران تعمیم داده‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد برای غلبه بر محدودیت‌ها، نیاز به مطالعات مستمر و حداکثری در این زمینه برای بررسی سایر ابعاد فرهنگی با سرطان پستان است. تحقیق با حجم نمونه بزرگ برای بررسی کامل تجربیات زنان مبتلا به سرطان پستان با در نظر گرفتن نقش فرهنگ ضروری است. زنان مبتلا در مراحل مختلف سرطان پستان باید به‌طور جداگانه مورد مطالعه قرار گیرند تا سطوح مختلف تجربیات را تشخیص دهند. مطالعات جدید می‌تواند تجربیات بازماندگان سرطان پستان را نیز بررسی کند. مطالعات طولی باید انجام شود تا

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

مشاهده شود که آیا تجربیات زنان مبتلا به سرطان پستان در طول زمان تغییر می‌کند یا خیر. زنان از اقوام مختلف باید برای جستجوی تجربیات مختلف استخدام شوند. در نهایت، از آنجایی که زنان دریافت کننده مراقبت‌های تسکینی و همین‌طور مرحله ۴ بیماری از این مطالعه حذف شدند، تحقیقات بیشتر می‌تواند نتایج متفاوتی داشته باشد، زیرا تجربیات آنها می‌تواند متفاوت باشد.

نتیجه‌گیری

از مهمترین مفاهیم پدیدار شده که نشات گرفته از عوامل فرهنگی اثرگذار بر سازگاری با سرطان پستان، چالش‌هایی است که زنان مبتلا به سرطان پستان با آن روبرو بودند: همچون تغییر در ایفای نقش مادرانگی و نقش اجتماعی و همینطور نگرانی‌های درک شده از پیش‌بینی ناپذیر بودن شرایط اجتماعی، همدری‌های ناسالم نزدیکان و افراد جامعه که در نهایت می‌توان گفت، شکل‌گیری تجربیات افراد و تعامل با سرطان پستان تحت تاثیر فرهنگی است که افراد در آن زندگی می‌کنند. مداخلاتی که به لحاظ فرهنگی متناسب با نیازهای جمعیت باشد می‌تواند به‌واسطه زبان مشترک (فرهنگ) اثر بخش‌تر واقع شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تعارض منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدر دانی

نویسندگان مراتب تقدیر و سپاس خود را از شرکت کنندگان در مصاحبه که با وجود آلام جسمی همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

References

1. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. Breast Cancer:Targets and Therapy. 2019;10(11):151-64. Doi: 10.2147/BCTT.S176070.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424. Doi: 10.3322/caac.21492.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel R. L., Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2021; 71(3), 209-49.
4. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015;24(10):1495-506. Doi: 10.1158/1055-9965.
5. Rahool R, Haider G, Shahid A, Shaikh MR, Memon P, Pawan B, et al. Medical and Psychosocial Challenges Associated with Breast Cancer Survivorship. *Cureus*. 2021; 7;13(2):e13211. Doi: 10.7759/cureus.
6. Andrews M.M., & Boyle J.S. Transcultural concepts in nursing care (8^{th} ed). New York: Lippincott, Williams, & Wilkins. 2022.
7. Łukasiewicz S, Czeczelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. Cancers (Basel). 2021; 25;13(17):4287. Doi: 10.3390/cancers13174287.
8. Kuzhan A, Adlı M. The Effect of Socio-Economic-Cultural Factors on Breast Cancer. J Breast Health. 2015; 1;11(1):17-21. Doi: 10.5152/tjbh.2014.2293.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

9. Buck HG, Lee CS, Moser DK, Albert NM, Lennie T, Bentley B, et al. Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2012;27(1):8-15. Doi: 10.1097/JCN.0b013e3182106299.
10. Osokpo O, Riegel B. Cultural factors influencing self-care by persons with cardiovascular disease: An integrative review. Int J Nurs Stud. 2021; 116:103383. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.06.014.
11. Jary D, Jary J . The HarperCollins Dictionary of Sociology Harper Perennial, New York. 1991; p. 101.
12. Abdulla M .Culture, Religion, and Freedom of Religion or Belief, The Review of Faith & International Affairs. 2018; 16(4): 102-15.DOI: 10.1080/15570274.2018.1535033
13. Airhihenbuwa CO, Ford CL, Iwelunmor JI. Why Culture Matters in Health Interventions: Lessons 13From HIV/AIDS Stigma and NCDs. Health Education & Behavior.2014;41(1):78-84. doi:10.1177/1090198113487199.
14. 13-Bell K, Ristovski-Slijepcevic S. Cancer survivorship: why labels matter. J Clin Oncol. 2013 1;31(4):409-11. doi: 10.1200/JCO.2012.43.5891.
15. Pasick RJ, Barker JC, Otero-Sabogal R, Burke NJ, Joseph G, Guerra C. Intention, subjective norms, and cancer screening in the context of relational culture. Health Educ Behav. 2009; 36(5 Suppl): 91S-110S. doi: 10.1177/1090198109338919.
16. Sideeq K, Ayoub T, Khan S.S. Breast self-examination: assessing its knowledge attitude and practice among ethnic Kashmiri females. International Journal of Community Medicine and Public Health. 2017; 4(9), 3288.
17. Martino M. L., Lemmo D, Gargiulo, A, Barberio D, Abate V, Avino F. et al. Under fifty women and breast cancer: narrative makers of meaning-making in traumatic experience. Frontiers in Psychology, 2019; 10, 1–12.
18. Kuzhan A, Adlı M. The Effect of Socio-Economic-Cultural Factors on Breast Cancer. J Breast Health. 2015; 1;11(1):17-21. Doi: 10.5152/tjbh.2014.2293.
19. Chopra I, Kamal KM. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. Health Qual Life Outcomes.2012;10(1):1-15. Doi: 10.1186/1477-7525-10-4.
20. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN, Käppeli S. Adjustment process in Iranian women with breast cancer. Cancer Nursing. 2008;31(3):E32-E41.doi: 10.1097/01.NCC.0000305720.98518.35
21. Almuhtaseb MI, Alby F, Zucchermaglio C, Fatigante M. Social support for breast cancer patients in the occupied Palestinian territory. PloS One. 2021; 18;16(6):e0252608. Doi: 10.1371/journal.pone.0252608. PMID: 34143797; PMCID: PMC8213135.
22. Kim JG, Hong HC, Lee H, Ferrans CE, Kim EM. Cultural beliefs about breast cancer in Vietnamese women. BMC Womens Health. 2019; 11;19(1):74. Doi: 10.1186/s12905-019-0777-3. PMID: 31185959; PMCID: PMC6558807.
23. Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. Psychooncology. 2014; 23(1):9-19. Doi: 10.1002/pon.3353. Epub 2013 Jul 29. PMID: 23897834.
24. Hassan, M. Breast cancer and higher mortality rate in Kashmir: a socio-cultural explanation. International Journal of New Technology and Research. 2017;3(12):263174.
25. Joulaee A, Joolaee S, Kadivar M, Hajibabaee F. Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences. Int Nurs Rev.2012;59(3):362-8. Doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.00979.x. Epub 2012
26. Schou I, Ekeberg Ø, Ruland CM, Sandvik L, Kåresen R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. Psychooncology.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

2004; 13(5):309-20. Doi: 10.1002/pon.747. PMID: 15133772. 2004;13(5):309-20.
27. Mahmudlu R, Eslamlu F. Risk Factors for Breast Cancer in Urmia: A Case-Control Study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2023;16(2):55-66. URL: http://ijbd.ir/article-1-1032-fa.html
28. Bozorgi N, Khani S, Karamelahi Z, Elyasi F. A Review of Different Roles of Family Caregivers in Caring Women with Breast Cancer. Iranian Journal of Breast Diseases. 2023;16(2):101-18. URL: http://ijbd.ir/article-1-1017-fa.html.
29. Moodley J, Cairncross L, Naiker T, et alUnderstanding pathways to breast cancer diagnosis among women in the Western Cape Province, South Africa: a qualitative study BMJ Open. 2016;6(1):e009905. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009905
30. Haralambos, M. and Holborn, M. Sociology: Themes and Perspectives, 8th edition. London :Harper Collins, London. 2013
31. Liamputtong P. Researching the vulnerable: A guide to sensitive research methods. Researching the Vulnerable. 2006:1-256.
32. Morse JM.. Designing funded qualitative research. In: Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S., Eds., Handbook of Qualitative Inquiry, Sage Publications Ltd., Thousand Oaks, 1994; 220-235.
33. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001. PMID: 14769454.
34. Ziner, K. W., Sledge, G. W., Bell, C. J., Johns, S., Miller, K. D. and Champion, V. L. Predicting fear of breast cancer recurrence and self-efficacy in survivors by age at diagnosis. Oncology Nursing Forum, 2012; 39, 287–295.
35. Creswell W. Mapping the field of mixed methods research. SAGE publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2009. p. 95-108.
36. Kaul P, Kumar R, Singh MP, Garg PK. Social taboos: a formidable challenge in cancer care. BMJ Case Rep. 2021. 11;14(1):e236095. Doi: 10.1136/bcr-2020-236095. PMID: 33431441; PMCID: PMC7802719.
37. Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Strömberg A. Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. ANS Adv Nurs Sci. 2019; 42(3):206-215. Doi: 10.1097/ANS.0000000000000237. PMID: 30475237; PMCID: PMC6686959.
38. Cheng H, Sit JWH, Cheng KKF. A qualitative insight into self-management experience among Chinese breast cancer survivors. Psychooncology. 2017; 26(7):1044-1049. Doi: 10.1002/pon.4279. Epub 2016 Oct 11. PMID: 27620347.
39. Gupta A, Dhillon PK, Govil J, Bumb D, Dey S, Krishnan S. Multiple Stakeholder Perspectives on Cancer Stigma in North India. Asian Pac J Cancer Prev. 2015; 16(14):6141-7. Doi: 10.7314/apjcp.2015.16.14.6141. PMID: 26320509; PMCID: PMC5572627.
40. Stergiou-Kita M, Pritlove C, Kirsh B. The “Big C”-stigma, cancer, and workplace discrimination. J Cancer Surviv. 2016; 10(6):1035-1050. Doi: 10.1007/s11764-016-0547-2. Epub 2016 May 12. PMID: 27170116.
41. Soffer M. Cancer-related stigma in the USA and Israeli mass media: an exploratory study of structural stigma. J Cancer Surviv. 2022; 16(1):213-222. Doi: 10.1007/s11764-021-01145-0. Epub 2022 Feb 2. PMID: 35107795; PMCID: PMC8809241.
42. Tauber NM, O’Toole MS, Dinkel A, Galica J, Humphris G, Lebel S, Maheu C, Ozakinci G, Prins J, Sharpe L, Smith AB, Thewes B, Simard S, Zachariae R. Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Oncol. 2019; 1;37(31):2899-2915. Doi: 10.1200/JCO.19.00572. Epub 2019 Sep 18. PMID: 31532725; PMCID: PMC6823887.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

43. Hall DL, Mishel MH, Germino BB. Living with cancer-related uncertainty: associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. Support Care Cancer. 2014; 22(9):2489-95. Doi: 10.1007/s00520-014-2243-y. Epub 2014 Apr 12. PMID: 24728586; PMCID: PMC6375671.
44. 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. PMID: 26989665; PMCID: PMC4794544.
45. Apr 5. PMID: 22897187.
46. Landmark BT, Wahl A. Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. J Adv Nurs. 2002; 40(1):112-21. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02346.x. PMID: 12230536.
47. Drageset S, Lindstrøm TC, Underlid K. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. J Adv Nurs. 2010; 66(1):149-58. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x. PMID: 20423441.
48. Elmir R, Jackson D, Beale B, Schmied V. Against all odds: Australian women's experiences of recovery from breast cancer. J Clin Nurs. 2010; 19(17-18):2531-8. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03196.x. Epub 2010 Jul 15. PMID: 20636477.
49. Zeighami Mohammadi S, Mohammad Khan S, Zohreh Vanaki K. Reconstruction of feminine identity: the strategies of women with breast cancer to cope with body image altered. Int J Womens Health. 2018 ; 10:689-697. Doi: 10.2147/IJWH.S181557. PMID: 30464645; PMCID: PMC6219266.
50. Trachtenberg LJ, Esplen MJ, Piran N. The Embodied Identities of Young Women Diagnosed and Treated for Breast Cancer. Women's Reproductive Health [Internet]. 2019 ; 6(3):182–203. Available from: http://resolver.scholarsportal.info/resolve/23293691/v06i0003/182_teioywdatfbc.xml
51. Hamid W, Jahangir MS, Khan TA. Lived experiences of women suffering from breast cancer in Kashmir: a phenomenological study. Health Promot Int. 2021; 24;36(3):680-692. Doi: 10.1093/heapro/daaa091.
52. Hasan Shiri F, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, Rohani C. Stigma and Related Factors in Iranian People with Cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2018; 24;19(8):2285-2290. Doi: 10.22034/APJCP.
53. Doty MM, Collins SR, Rustgi SD, Kriss JL. Seeing red: the growing burden of medical bills and debt faced by U.S. families. Issue Brief (Commonw Fund). 2008; 42:1-12. PMID: 19798802.
54. Williams F, Jeanetta SC. Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. Health Expect. 2016; 19(3):631-42. Doi: 10.1111/hex.12372. Epub 2015 May 7. PMID: 25953316; PMCID: PMC5029767.
55. Leão DCMR, Pereira ER, Pérez-Marfil MN, Silva RMCRA, Mendonça AB, Rocha RCNP, García-Caro MP. The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health. 2021; 13;18(12):6415. Doi: 10.3390/ijerph18126415. PMID: 34199288; PMCID: PMC8296223.
56. Doumit MA, Huijer HA, Kelley JH, El Saghir N, Nassar N. Coping with breast cancer: a phenomenological study. Cancer Nurs. 2010; 33(2):E33-9. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c5d70f. PMID: 20142735.
57. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K, Sulmasy D. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. J Palliat Med. 2009;12(10):885-904. Doi: 10.1089/jpm.2009.0142. PMID: 19807235.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]

58. Bahrami M, Taleghani F, Loripoor M, Yousefy A. Positive changes after breast cancer: A qualitative study. J Educ Health Promot. 2015; 6;4:55. Doi: 10.4103/2277-9531.162353. PMID: 26430682; PMCID: PMC4579774.
59. Devi KM, Hegney DG. Quality of life in women during and after treatment for breast cancer: a systematic review of qualitative evidence. JBI Libr Syst Rev. 2011; 9(58):2533-2571. Doi: 10.11124/01938924-201109580-00001. PMID: 27820227.
60. Leung J, Pachana NA, McLaughlin D. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. Psychooncology. 2014; 23(9):1014-20. Doi: 10.1002/pon.3523. Epub 2014 Apr 3. PMID: 24700668.
61. Krigel S, Myers J, Befort C, Krebill H, Klemp J. 'Cancer changes everything!' Exploring the lived experiences of women with metastatic breast cancer. Int J Palliat Nurs. 2014; 20(7):334-42. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.7.334. PMID: 25062379.
62. Dumrongpanapakorn P, Liamputtong P. Social support and coping means: the lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. Health Promot Int. 2017; 32(5):768-777. doi: 10.1093/heapro/dav023. PMID: 25876908.
63. Henderson PD, Gore SV, Davis BL, Condon EH. African American women coping with breast cancer: a qualitative analysis. Oncol Nurs Forum. 2003;30(4):641-7. doi: 10.1188/03.ONF.641-647. PMID: 12861324.
64. Nguyen AB, Clark TT. The role of acculturation and collectivism in cancer screening for Vietnamese American women. Health Care Women Int. 2014; 35(10):1162-80. Doi: 10.1080/07399332.2013.863317. Epub 2014 Jan 30. PMID: 24313445; PMCID: PMC5508537.
65. 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. Epub 2014 Feb 7. PMID: 24631996.
66. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. Med Educ. 2009; 43(3):229-37. Doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x. PMID: 19250349.
67. Iwelunmor J, Newsome V, Airhihenbuwa CO. Framing the impact of culture on health: a systematic review of the PEN-3 cultural model and its application in public health research and interventions. Ethn Health. 2014;19(1):20-46. Doi: 10.1080/13557858.2013.857768.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/ijbd.16.4.50]