Iranian Journal of Breast Diseases. 2025; 18(2):126-147

Original Article

Lived Experiences of Women Awaiting a Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Phenomenological Study

Hadi Jafarimanesh[1,2], Ali Yavari[3], Zahra Goudarzi[4], Malihe Imeni[5], Alireza Nikbakht Nasrabadi[6]✉

[1]Department of Medical-surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Department of Medical-surgical Nursing, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
[3]Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4]Student Scientific Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5]Department of Medical-surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[6]Department of Medical-surgical Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2024/10/24
Accepted: 2025/02/07

***Corresponding Author:**
Nikbakht@tums.ac.ir

Ethics Approval:
IR.TUMS.MEDICINE.REC.1400.870

Abstract

Introduction: Waiting for a breast cancer diagnosis is one of the most challenging and stressful experiences a woman may face in her lifetime. A deep understanding of the lived experiences of women in this situation can play a crucial role in policymaking and therapeutic planning. Accordingly, this phenomenological study was conducted to explore the lived experiences of women awaiting a breast cancer diagnosis.

Methods: This research is a qualitative, interpretive phenomenological study conducted with a Heideggerian approach to gain an in-depth understanding of the lived experiences of women awaiting a breast cancer diagnosis. Participants were selected using purposive sampling based on specific inclusion and exclusion criteria. Data were collected through semi-structured, face-to-face interviews. Data analysis was performed using the methods of Diekelmann, Tanner, and Allen, and MAXQDA version 20 software was utilized for data management. To ensure the accuracy and scientific quality of the study, Lincoln and Guba's four criteria (credibility, dependability, confirmability, and transferability) were applied during the analysis.

Results: This study included 12 women with a mean age of 56.08 years (range, 27-78 years). The analysis of the data obtained from the interviews led to the identification of five main themes regarding women's experiences while awaiting a diagnosis after an abnormal breast screening. These themes included psychological turmoil, the trace of illness in everyday life, stages of adaptation, resilience pathways, and life-saving connections.

Conclusion: The study revealed that waiting for a diagnosis after an abnormal breast screening has profound psychological and emotional impacts on women. However, the use of resilience strategies, providing clear and accurate information, along with reducing waiting times and offering counseling services, can help improve the emotional and psychological experience of patients.

Keywords: Breast Cancer, Coping Skills, Delayed Diagnosis, Qualitative Research, Mass Screenings, Personal Narratives

Copyright © 2025 Jafarimanesh et al. Published by Breast Cancer Recearch 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.

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

Introduction

Breast cancer is one of the most common types of cancer among women. According to statistical data, one in every eight women is at risk of developing breast cancer (1). In Iran, the age of onset for breast cancer is 10 to 15 years younger than in other countries, with cultural and social factors playing a significant role in the progression and diagnosis of the disease. Cultural differences can influence women's awareness of screening and their willingness to seek early diagnosis (2). Early detection of breast cancer is crucial for reducing mortality and improving prognosis. However, while screening can decrease breast cancer mortality, it also carries risks such as overdiagnosis, overtreatment, and both false-positive and false-negative results (3). The waiting period for a breast cancer diagnosis is one of the most challenging life experiences a woman may face. Patients facing breast-related issues often experience concerns such as body image disturbances, sexual dysfunction, anxiety about the disease and treatment, communication problems with spouses, and fear of death. Due to the uncertainty of the future and the fear of cancer recurrence or metastasis, they may experience severe anxiety and depression (4).

A deep understanding of the lived experiences of women awaiting a breast cancer diagnosis is essential. Such an understanding can help identify the psychological and social needs of this group and provide practical solutions to improve medical care. The findings of this study could play a key role in enhancing nursing care and designing resilience programs for women awaiting a breast cancer diagnosis (5). Furthermore, this research can inform clinical professionals and policymakers in developing strategies to enhance psychological services, reduce waiting times, improve doctor-patient communication, and implement culturally and socially relevant programs tailored to local needs. Understanding the lived experiences of these women may also lead to new methods of adaptation, enabling patients to cope more effectively with changing circumstances. Therefore, this phenomenological study was conducted to explore the lived experiences of women awaiting a diagnosis after an abnormal breast screening. This research aims to provide new insights into designing supportive interventions and improving the quality of diagnostic and therapeutic services by identifying the psychological and social challenges faced by these women.

Materials & Methods

This qualitative study adopted an interpretive phenomenological approach to explore the lived experiences of women awaiting a breast cancer diagnosis after receiving abnormal screening results. The target population comprised women attending breast cancer screening centers at Tehran University of Medical Sciences, who were selected through purposive sampling. The inclusion criteria for the study were as follows: (1) women who provided informed consent to participate, (2) women capable of verbally expressing their experiences, and (3) women who had received abnormal breast screening results. Exclusion criteria included: (1) refusal to continue participation at any stage of the study, (2) mental, physical, or psychological conditions preventing participation in the interviews, and (3) inability to complete the interview process.

Participant recruitment continued until data saturation was reached, at which point no new themes emerged from the interviews. Data were collected through semi-structured, face-to-face interviews with women awaiting a diagnosis following abnormal breast screening results. The interview guide consisted of three main questions: "How did you feel upon learning that you had abnormal breast screening results?", "What impact did knowing the results have on your life?", and "How did you cope with the experiences resulting from this knowledge?".

For data analysis, the seven-step approach by Diekelmann, Tanner, and Allen (1989) was utilized, following the principles of Heideggerian phenomenology. MAXQDA version 20 software was employed to manage and analyze the data. Data collection and analysis occurred concurrently. All interview transcripts were imported into the software, where a line-by-line coding process was performed using the software's capabilities. The resulting codes were organized into conceptual categories, and patterns and themes were identified through constant comparison between the codes and the interview data.

To ensure the scientific rigor and trustworthiness of the study, Lincoln and Guba's four criteria—credibility, confirmability, dependability, and transferability—were applied throughout the analysis. Credibility was enhanced through

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

prolonged engagement with participants, member checking, and peer debriefing. Confirmability was addressed by incorporating direct quotations from participants into the findings, which reflected their perspectives and minimized researcher bias. Dependability was supported through the use of field notes to document participants' experiences in a consistent and traceable manner. Transferability was ensured by clearly and comprehensively describing the study design.

Results

The participants in this study consisted of 12 women who were awaiting a breast cancer diagnosis following abnormal screening results. The participants' ages ranged from 27 to 78 years, with a mean age of 56.08 years. The majority of participants were housewives (66.7%), and their educational backgrounds varied, ranging from less than a high school education to a bachelor's degree. The characteristics of the participants are listed in Table 1. In total, five main themes and 15 subcategories were identified from the data (see Table 2). The interviews lasted between 36 and 58 minutes.

Table 1: Demographic Characteristics of the Study Participants

Participant ID	Gender	Age	Occupation	Educational Level	Interview Duration (minutes)
Participant 1	Female	78	Housewife	< High School	41
Participant 2	Female	68	Housewife	< High School	36
Participant 3	Female	63	Housewife	Bachelor's	46
Participant 4	Female	63	Housewife	High School	51
Participant 5	Female	53	Employee	Bachelor's	57
Participant 6	Female	45	Housewife	High School	58
Participant 7	Female	27	Housewife	High School	49
Participant 8	Female	53	Employee	Bachelor's	43
Participant 9	Female	41	Housewife	High School	53
Participant 10	Female	53	Employee	Bachelor's	38
Participant 11	Female	51	Housewife	< High School	41
Participant 12	Female	78	Retired	High School	38

The findings revealed that women awaiting a diagnosis after an abnormal breast screening enter a turbulent period characterized by intense psychological distress, marked by negative emotions such as shock, fear, hopelessness, and confusion. The unexpected nature of the diagnosis exacerbated these emotional disturbances, the lack of psychological support, and the insufficient information provided throughout the diagnostic process. Furthermore, the impact of the disease was not confined to physical health alone; it permeated all aspects of their daily lives. The presence of illness was felt continuously, influencing both their physical and psychological states. These limitations significantly affected their ability to perform daily tasks and engage in social interactions.

The results also indicated that women undergo a complex, gradual grieving process in response to the potential diagnosis. This process was described through stages of denial, anger, bargaining, depression, and ultimately acceptance. Each stage represented the women's emotional and psychological struggle as they confronted the harsh reality of the disease and attempted to adapt to their evolving circumstances. Additionally, the study highlighted the varied coping strategies employed by women to manage the stress and emotional toll of awaiting a diagnosis. These strategies played a crucial role in helping them navigate the psychological challenges and adjust to their difficult situation. The theme of "Rescue Connections" emerged as particularly significant, underscoring the vital role of family and social support in sustaining women through this uncertain period. These support systems were essential for boosting morale, alleviating anxiety, and fostering a sense of security and companionship in the face of uncertainty.

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

Table 2: Themes and Sub-Themes Related to the Lived Experience of Women Awaiting a Breast Cancer Diagnosis

N.	Themes	Sub-Themes
1	Psychological Distress	Shock and Confusion
		Fear and Anxiety
2	The Footprint of Illness in Daily Life	Physical and Psychological Impacts
		Impacts on Daily Life
		Impacts on Family and Social Relationships
3	Stages of Adjustment	Denial
		Anger
		Bargaining
		Depression
		Acceptance
4	Pathways to Resilience	Spiritual and Religious Coping Methods
		Psychological and Mental Coping Methods
		Positive Thinking Approaches
5	Life-Saving Connections	Emotional Shelter of Family
		Encouraging Social Support

Discussion

In this phenomenological study, we aimed to gain an in-depth understanding of the lived experiences of women awaiting a breast cancer diagnosis after receiving abnormal screening results. The findings revealed that these women undergo significant emotional, behavioral, and social responses during the waiting period. The participants' experiences were synthesized into five key themes: psychological distress, the imprint of the disease on daily life, stages of adaptation, resilience pathways, and life-saving connections.

The emotional turmoil identified in our study aligns with previous research, highlighting that receiving abnormal screening results triggers profound psychological distress. This distress primarily originates from the initial shock of an uncertain diagnosis, compounded by poor communication and a lack of emotional support. These findings echo the work of Morse (6) and Demir et al. (4), who similarly reported that women experience high levels of anxiety, confusion, and doubt following abnormal screening outcomes. However, our study adds nuance to these findings by emphasizing how uncertainty is intensified in sociocultural contexts where open discussion about cancer is limited, and emotional expression may be constrained.

Moreover, our study demonstrates that the fear of an eventual diagnosis profoundly impacts women's daily lives. The emotional strain interferes with their ability to perform routine tasks, creating a pervasive sense of disruption. These findings are consistent with the research by Baena-Cañada et al. (7), who also noted the considerable psychological toll the waiting period places on women. However, our results contrast with those of Morse (6), who observed that despite stress and fear, women in some studies continued to maintain normalcy in their daily activities to avoid burdening others. This discrepancy may be attributed to contextual factors, such as cultural norms and societal expectations, which can influence how women cope with stress and manage daily life during uncertain times.

Furthermore, our study reveals that women face a multi-phased coping process when confronted with the possibility of cancer. These findings support established theories on coping stages, such as those proposed by Thorne et al. (8). Participants in this study demonstrated a complex emotional trajectory, ranging from denial and anger to eventual acceptance, that closely mirrors the stages of grief. These insights underscore the importance of recognizing the psychological processes and adaptation phases that patients undergo.

In response to these emotional challenges, our participants employed a variety of resilience pathways. These included spiritual and religious practices such as prayer, reciting religious verses, and placing trust in a higher power to find peace and reduce stress. These coping strategies, deeply rooted in Iranian cultural and religious contexts, underscore the significant role of spirituality in fostering resilience. Based on these insights, the development of supportive and educational interventions that emphasize positive thinking, manage negative thought patterns, and strengthen spiritual well-being may prove effective in reducing stress and fostering resilience among women in similar contexts.

The theme of life-saving connections emerged as a critical factor in coping with the emotional

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

and psychological burden of awaiting a breast cancer diagnosis. Our findings confirmed the essential role of family and social support in mitigating psychological distress during this period. This is consistent with the work of Morse (6), who emphasized that strong familial and social support networks are indispensable throughout the diagnostic and treatment journey. Building on this insight, the current findings underscore the need to strengthen women's support systems during the diagnostic process. Implementing structured family counseling programs can significantly enhance women's psychological and physical well-being by raising awareness among relatives about their supportive role.

In the context of this study, support from loved ones functioned not only as a source of emotional comfort but also as a practical means of navigating the uncertainties inherent in the diagnostic process. Our findings also underscore the crucial role of clear and timely communication throughout the diagnostic journey. Providing accurate information, reducing waiting times, and conveying results through direct and empathetic interactions can significantly enhance women's emotional well-being during this distressing period. Future research should delve deeper into the contextual factors that shape women's lived experiences during the diagnostic phase, with particular attention to cultural, economic, and social influences.

Conclusion

This study found that women awaiting a breast cancer diagnosis after abnormal screening results experience intense emotions like shock, fear, and anxiety, which disrupt their daily lives and relationships. These women go through stages of grief and use coping strategies such as spirituality, positive thinking, and social support. To support them, it is crucial to provide psychological services at screening centers, reduce diagnostic delays, and offer stress management and coping skills programs. Strengthening family support and creating peer networks can also alleviate psychological burdens. Additionally, expanding insurance coverage and reducing financial pressures can improve women's quality of life during this challenging period. Comprehensive implementation of these measures is essential to address the psychological and social needs of these women.

References

1. Lungulescu CV, Lungulescu C, Lungulescu LT, Artene S-A, Cazacu IM, Varju P, et al. The effect of psychoeducation on anxiety in women undergoing their initial breast cancer screening mammography. The Journal of nervous and mental disease. 2018;206(12):931–4. doi: 10.1097/NMD.0000000000000904.
2. Gupta S, Sinha Gupta S, De A, Banerjee R, Goel S. Socio-cultural and financial issues against breast cancer screening behaviour among eligible Indian women: evidence for action. Breast Cancer Research and Treatment. 2024;205(1):169-79. doi: 10.1007/s10549-024-07244-7.
3. Long H, Brooks JM, Harvie M, Maxwell A, French DP. How do women experience a false-positive test result from breast screening? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. British journal of cancer. 2019;121(4):351-8. doi: 10.1038/s41416-019-0524-4.
4. Demir F, Donmez YC, Ozsaker E, Diramali A. Patients' lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study. Journal of Clinical Nursing. 2008;17(6):744–51. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02116.x.
5. Li X, Zhao M, Dong X, Zhao Q, Zhang X. Irrational beliefs surrounding the diagnosis of breast cancer in young Chinese women: An observational study. Medicine. 2021;100(9):e25024. doi: 10.1097/MD.0000000000025024.
6. Morse JM, Pooler C, Vann-Ward T, Maddox LJ, Olausson JM, Roche-Dean M, et al. Awaiting diagnosis of breast cancer: strategies of enduring for preserving self. Oncol Nurs Forum. 2014;41(4):350-9. doi: 10.1188/14.ONF.350-359.
7. Baena-Cañada JM, Rodríguez-Pérez L, Gámez-Casado S, Quílez-Cutillas A, Cortés-Carmona C, Rosado-Varela P, et al. Evaluation of waiting times for breast cancer diagnosis and surgical treatment. Clin Transl Oncol. 2018;20(10):1345-52. doi: 10.1007/s12094-018-1867-7.
8. Thorne SE, Harris SR, Hislop TG, Vestrup JA. The experience of waiting for a diagnosis after an abnormal mammogram. The Breast Journal. 1999;5(1):42-51. doi: 10.1046/j.1524-4741.1999.005001042.x.

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

مقاله پژوهشی

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۱۴۷-۱۲۶:(۲)۱۸؛۱۴۰۴

تجارب زیسته زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان: یک مطالعه کیفی پدیدارشناسی

هادی جعفری‌منش[۱،۲]، علی یاوری[۳]، زهرا گودرزی[۴]، ملیحه ایمنی[۱]، علیرضا نیکبخت نصرآبادی[۱]✉

[۱]گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۲]گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
[۳]فوق تخصص جراحی پلاستیک، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۴]مرکز پژوهش های علمی دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: انتظار برای دریافت تشخیص سرطان پستان یکی از دشوارترین و پراسترس‌ترین تجربیاتی است که یک زن ممکن است در طول زندگی خود با آن مواجه شود. درک عمیق تجارب زیسته زنان در این شرایط می‌تواند نقش مهمی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی درمانی داشته باشد. بر این اساس، این مطالعه پدیدارشناسی با هدف بررسی تجارب زیسته زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری است که با رویکرد هایدگری برای درک عمیق تجربیات زیسته زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان انجام شد. مشارکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و چهره‌به‌چهره، جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش دیکلمن، تانر و آلن صورت گرفت و برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰ استفاده شد. به دنبال تحلیل، از ۴ معیار لینکلن و گوبا (اعتبار، قابلیت تأیید، قابلیت اطمینان و قابلیت انتقال) برای برای تضمین دقت و کیفیت علمی مطالعه استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۱۲ زن با میانگین سنی ۵۶،۰۸ سال (محدوده سنی ۲۷ تا ۷۸ سال) شرکت کردند. تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها به شناسایی پنج تم اصلی درباره تجارب زنان در انتظار تشخیص پس از غربالگری غیرطبیعی پستان منجر شد که شامل آشفتگی‌های روانی، ردپای بیماری در زیست روزمره، مراحل سازگاری، مسیرهای تاب‌آوری، و پیوندهای نجات‌بخش است.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که انتظار برای تشخیص پس از غربالگری غیرطبیعی پستان تأثیرات عمیق روانی و عاطفی بر زنان دارد. با این حال، استفاده از راهبردهای تاب‌آوری، ارائه اطلاعات شفاف و دقیق، همراه با کاهش زمان انتظار و ارائه خدمات مشاوره ای، می‌تواند به بهبود تجربه عاطفی و روانی بیماران کمک کند.

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، تشخیص تأخیری، پژوهش کیفی، غربالگری‌های انبوه، روایت‌های شخصی، مهارت‌های سازگاری.

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۸/۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۹

* **نویسنده مسئول:**
Nikbakht@tums.ac.ir

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

مقدمه

سرطان پستان یکی از رایج ترین انواع سرطان در بین زنان است. بر اساس داده های آماری، از هر هشت زن یک نفر در معرض ابتلا به بدخیمی پستان است (۱). بار بیماری سرطان پستان در ایران و جهان در حال افزایش است (۲، ۳). در دو دهه گذشته شیوع سرطان پستان در زنان ساکن در کشورهای جنوب غربی آسیا نسبت به زنان ساکن در کشورهایی مانند آمریکا و استرالیا افزایش یافته است (۳، ۴). نرخ بقای ۵ ساله و ۱۰ ساله بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران به ترتیب ۸۰ درصد و ۶۹ درصد گزارش شده است، در حالی که این نرخ در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۹، به ترتیب ۹۰ درصد و ۸۳ درصد بود (۵). در ایران سرطان پستان شایعترین نوع سرطان در میان زنان است (۶) و روند مرگ و میر ناشی از آن نیز افزایشی گزارش شده است (۲). مطالعات نشان می دهد سن زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران بین ۴۰ تا ۵۰ سال است (۷)، در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته این سن ۶۱ تا ۶۳ سال گزارش شده است (۳). به عبارت دیگر سن ابتلا به سرطان پستان در ایران ۱۰ تا ۱۵ سال پایین تر از سایر کشورهاست. تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی نقش مهمی در روند بیماری و تشخیص سرطان پستان در ایران دارند (۸). عوامل فرهنگی می‌توانند بر آگاهی زنان درباره غربالگری و تمایل به مراجعه برای تشخیص زودهنگام تأثیر بگذارند (۹). در برخی مناطق، تابوهای اجتماعی و دیدگاه‌های سنتی ممکن است منجر به تأخیر در تشخیص شوند (۱۰). به طور مثال، هراس از برچسب‌های اجتماعی مانند «زن بیمار» و تابوهای مرتبط با زنانگی و جنبه‌های جنسی، به‌ویژه در محیط‌های سنتی، می‌تواند زنان را از انجام غربالگری یا درمان به‌موقع باز دارد. نگرانی از کاهش جذابیت جنسی یا آسیب به هویت زنانه از جمله عواملی است که باعث تأخیر در مراجعه به مراکز درمانی می‌شود (۱۱).

تشخیص زودهنگام سرطان پستان نقش مهمی را در کاهش مرگ و میر و بهبود پیش آگهی بیماران ایفا می کند (۶). در کشورهای غربی افزایش قابل‌توجهی در بقای بیماران دچار سرطان پستان ناشی از انجام اقدامات تشخیصی زود هنگام مانند خودآزمایی، معاینه پستان در کلینیک و ماموگرافی مشاهده شده است. غربالگری اگرچه توانایی کاهش مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان را دارد، اما می تواند با آسیب های ناخواسته‌ای مانند تشخیص و درمان بیش از حد، نتیجه غربالگری منفی و مثبت کاذب همراه باشد (۱۲). انتظار برای تشخیص سرطان پستان یکی از دشوارترین تجربیات زندگی یک زن است (۱۳). بیماران مبتلا به اختلالات پستان با نگرانی‌هایی همچون تغییر در تصویر بدنی، اختلال در عملکرد جنسی، اضطراب مرتبط با بیماری و درمان، مشکلات ارتباطی با همسران و ترس از مرگ مواجه هستند. این بیماران به دلیل آینده نامعلوم و نگرانی از عود سرطان یا متاستاز، سطح بالایی از اضطراب را تجربه کرده و در معرض ابتلا به افسردگی قرار می‌گیرند (۱۴). این اضطراب به حدی شدید است که می‌تواند مانع برنامه‌ریزی و انجام اقدامات تشخیصی و درمانی در بیماران شود، بنابراین نیاز به توجه ویژه‌ای دارد (۱۵). مطالعات پیشین عمدتاً بر پیامدهای بالینی سرطان پستان یا اثرات روانی تشخیص تأخیری متمرکز بوده‌اند، اما کمتر به معنای زیسته زنان در انتظار تشخیص و چگونگی تجربه این مرحله پرداخته‌اند. این فقدان مطالعات کیفی بر اهمیت تحقیق حاضر تأکید می‌کند.

مطالعات نشان داده است که انتظار برای نتایج غربالگری غیرطبیعی باعث افزایش استرس و اضطراب در زنان می شود (۱۶). تأخیر در تعیین تشخیص قطعی ممکن است بر باروری زنان و توانایی آن‌ها برای انطباق با شرایط غربالگری تأثیر بگذارد (۱۷). شدت و مدت زمان استرس تجربه‌شده در این دوره می‌تواند منجر به واکنش‌های عاطفی منفی و پایدار در زنان شود (۱۸). برخی مطالعات نشان داده‌اند که بیمارانی که به معاینات و غربالگری‌های مکرر نیاز داشتند، در کوتاه‌مدت و بلندمدت، افزایش قابل‌توجهی در میزان اضطراب خود تجربه کرده‌اند (۱۹). اضطراب ناشی از تست‌های غربالگری همچنین می‌تواند باعث کاهش پایبندی زنان به برنامه‌های غربالگری شود (۲۰). باورهای غیرمنطقی نیز در میان بیماران مبتلا به مشکلات پستان بسیار رایج است و اثرات منفی قابل‌توجهی بر بسیاری از آن‌ها داشته است. این بیماران اغلب دارای باورهای غیرمنطقی محکمی هستند که با سطح بالای احساسات منفی و ناکارآمدی مرتبط است. باورهای غیرمنطقی می‌توانند احساسات دردناک ناشی از سرطان پستان را در مراحل مختلف تشخیص و درمان تشدید کنند (۲۱). درک عمیق این باورها و دیدگاه‌ها در زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان به شدت تحت تأثیر زمینه‌های موقعیتی و فرهنگی قرار دارد (۲۲). فرهنگ ایرانی، با ارزش‌های سنتی

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

منحصربه‌فرد خود، تأثیر عمیقی بر نگرش‌ها و باورهای زنان دارد. نقش‌های جنسیتی، هنجارهای اجتماعی، و انتظارات فرهنگی در بستر این فرهنگ، نگرش زنان را نسبت به بیماری و درمان شکل می‌دهد. این فرهنگ، ارزش‌هایی نظیر زیبایی، باروری، و نقش مادری را برجسته می‌کند؛ بنابراین، هرگونه تهدید به این ارزش‌ها، مانند احتمال ابتلا به سرطان پستان، می‌تواند به ایجاد باورهای غیرمنطقی منجر شود. با وجود اهمیت موضوع، انجام تحقیقات کیفی برای کشف چگونگی شکل‌گیری باورهای غیرمنطقی و تجارب زنان درگیر با مشکلات پستان در ایران ضروری است. با این حال، این موضوع تاکنون کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. عدم توجه به تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی، استفاده ناکافی از روش‌های عمیق پدیدارشناسی و تنوع اندک در نمونه‌های شرکت‌کنندگان از نقاط ضعف این مطالعات است.

درک عمیق از تجربیات زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲۳). این درک می‌تواند به شناسایی نیازهای روانی و اجتماعی این گروه کمک کند و راهکارهای عملی برای بهبود مراقبت‌های پزشکی ارائه دهد. نتایج این مطالعه می‌تواند نقش مهمی در بهبود مراقبت‌های پرستاری و طراحی برنامه‌های تاب‌آوری برای زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان ایفا کند (۲۱). علاوه بر این، این پژوهش می‌تواند به‌عنوان راهنمایی مؤثر برای متخصصان بالینی و سیاست‌گذاران سلامت در تدوین راهکارهایی برای بهبود خدمات روان‌شناختی، کاهش زمان انتظار، ارتقای کیفیت ارتباطات پزشک-بیمار، و توسعه برنامه‌های فرهنگی و اجتماعی مبتنی بر نیازهای بومی مورد استفاده قرار گیرد. شناخت تجارب زیسته این زنان ممکن است در آینده امکانات و روش‌های جدیدی برای انطباق ایجاد کند و به بیماران کمک کند تا با شرایط تغییر یافته، بهتر سازگار شوند. بنابراین، این مطالعه پدیدارشناسی با هدف بررسی تجارب زیسته زنان در انتظار تشخیص پس از غربالگری غیرطبیعی پستان انجام شد. این پژوهش تلاش دارد با شناسایی چالش‌های روان‌شناختی و اجتماعی این زنان، بینش‌های جدیدی برای طراحی مداخلات حمایتی و بهبود کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی ارائه دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری است که از خرداد ۱۴۰۲ تا تیر ۱۴۰۳ انجام شد (۲۴). پدیدارشناسی با هدف مطالعه پدیده‌ها و کشف معناهای پنهان موجود در زندگی انسان‌ها انجام می‌شود. پدیدارشناسی تفسیری تأکید می‌کند که پژوهشگر نمی‌تواند از جهان زندگی خود جدا شود، بلکه تجربیات و دانش پیشین پژوهشگر به‌عنوان راهنماهای ارزشمند در فرآیند تحقیق عمل می‌کنند (۲۵). این رویکرد روایت‌های افراد را بررسی می‌کند تا درک کند این افراد چه چیزی را در زندگی روزمره و جهان زندگی خود تجربه می‌کنند و همچنین به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که تفاسیر خود را نیز به یافته‌ها اضافه کند (۲۶، ۲۷). برخلاف سایر روش‌های کیفی، پدیدارشناسی تفسیری تنها به توصیف تجربیات اکتفا نمی‌کند، بلکه به تفسیر آن‌ها در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی می‌پردازد. این رویکرد بر اصول فلسفی هایدگر و روش هرمنوتیکی استوار است. هایدگر بر این باور است که تجارب انسانی را نمی‌توان جدا از زمینه‌های تاریخی، فرهنگی و اجتماعی بررسی کرد. او تأکید می‌کند که انسان‌ها نمی‌توانند یک پدیده را بدون ارجاع به پیش‌زمینه‌های درک و دانش خود تجربه کنند (۲۶). با توجه به هدف مطالعه، که دستیابی به نیات درونی و معانی غیرآشکار تجربه‌شده توسط شرکت‌کنندگان بود، از رویکرد پدیدارشناسی تفسیری استفاده شد. این روش امکان دسترسی به داده‌های عمیق‌تر و دقیق‌تر را برای پژوهشگر فراهم می‌کند.

جامعه هدف این مطالعه شامل زنانی بود که پس از دریافت نتایج غیرطبیعی غربالگری پستان، در انتظار تشخیص نهایی سرطان قرار داشتند. برای انتخاب شرکت‌کنندگان از نمونه‌گیری هدفمند، یکی از روش‌های اصلی نمونه گیری در پژوهش‌های کیفی، استفاده شد. این روش به دلیل ماهیت مطالعه کیفی و روش پدیدارشناسی تفسیری انتخاب شد تا افرادی که درک عمیق‌تری از تجربه انتظار برای تشخیص سرطان پستان دارند، شناسایی شوند. نمونه‌گیری هدفمند که به آن نمونه‌گیری غیراحتمالی، هدفدار یا کیفی نیز گفته می‌شود، به معنای انتخاب آگاهانه واحدهای پژوهش برای کسب دانش یا اطلاعات عمیق است (۲۸). این روش شامل شناسایی و انتخاب افرادی است که به‌طور خاص دانش یا تجربه برجسته‌ای درباره پدیده موردنظر دارند (۲۹). در این مطالعه، ۱۲ زن واجد شرایط

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و به مطالعه دعوت شدند. شرکت‌کنندگان از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز غربالگری سرطان پستان در دانشگاه علوم پزشکی تهران شناسایی شدند. این مراکز بر اساس معیارهایی مانند دسترسی آسان و امکان شناسایی و ارتباط با بیماران واجد شرایط انتخاب شدند. پس از دریافت مجوزهای لازم از مراکز مربوطه، پژوهشگر بیماران دارای نتایج غربالگری غیرطبیعی را شناسایی کرد و با توضیح کامل هدف و فرایند مطالعه، رضایت آگاهانه آنان را دریافت کرد. سپس، بر اساس معیارهای ورود و خروج، افراد مناسب برای مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، ۲- توانایی بیان تجربیات به‌صورت شفاهی، ۳- داشتن تجربه غربالگری غیرطبیعی پستان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ۱- عدم رضایت برای ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، ۲- ناتوانی روحی، جسمی یا روانی برای شرکت در مصاحبه، ۳- عدم توانایی تکمیل فرایند مصاحبه بود. معیارهای ورود و خروج طراحی شدند تا اطمینان حاصل شود که شرکت‌کنندگان به‌طور مستقیم با پدیده مورد مطالعه مرتبط بوده و توانایی بیان تجربیات زیسته خود را دارند. این رویکرد با کاهش تعصبات و اثرات مداخله‌گر، کیفیت و اعتبار داده‌های جمع‌آوری‌شده را تضمین کرد. انتخاب مشارکت‌کنندگان تا زمانی ادامه یافت که اشباع در مصاحبه‌ها و نتایج آن حاصل شد. نقطه اشباع در پژوهش‌های کیفی به مرحله‌ای اطلاق می‌شود که در آن گردآوری داده‌ها دیگر به تولید اطلاعات جدید یا مفاهیم تازه منجر نمی‌شود و داده‌های اضافی صرفاً به تکرار مطالب پیشین می‌انجامد (۳۰). در این مطالعه، اشباع داده‌ها زمانی حاصل شد که مصاحبه‌های انجام‌شده دیگر به شناسایی الگوها یا مضامین جدیدی در تجارب زیسته زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان منجر نشدند و این نقطه نشان‌دهنده کفایت داده‌ها برای پاسخ به سؤالات پژوهش و اطمینان از عمق و غنای اطلاعات گردآوری‌شده بود.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و به‌صورت انفرادی و چهره‌به‌چهره با زنان در انتظار تشخیص پس از غربالگری غیرطبیعی پستان انجام شد. این روش امکان برقراری ارتباط عمیق و تعامل مستقیم بین پژوهشگر و شرکت‌کننده را فراهم می‌کند. برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، پس از تهیه راهنمای مصاحبه، از تمامی شرکت‌کنندگان سه سؤال اصلی پرسیده شد: بعد از اینکه فهمیدید در غربالگری علائم غیرطبیعی در پستان دارید، چه حسی در شما به وجود آمد؟ آگاهی از غیرطبیعی بودن نتایج غربالگری چه تأثیری بر زندگی شما گذاشت؟ چگونه توانستید با تجربیات ناشی از آگاهی از غیرطبیعی بودن تست غربالگری پستان سازگار شوید؟ همچنین برای افزایش عمق مصاحبه‌ها از سؤالات اکتشافی نظیر "منظورتان چیست؟"، "چطور؟"، "چگونه؟" و "می‌توانید مثالی بزنید؟" استفاده شد. مدت‌زمان هر مصاحبه بین ۳۶ تا ۵۸ دقیقه بود. سؤالات مصاحبه بر اساس اهداف مطالعه، اجماع تیم پژوهش، و مطالعات پیشین طراحی شدند (۱۴، ۲۱، ۳۱). طراحی سوالات به صورت نیمه‌ساختاریافته انجام شد تا ضمن هدایت مصاحبه‌ها در مسیر اهداف پژوهش، امکان انعطاف‌پذیری و کشف موضوعات جدید نیز فراهم شود. ابتدا فهرستی از سوالات باز، بر مبنای موضوعات اصلی تحقیق، توسط تیم پژوهش با کمک مطالعات قبلی تدوین شد. سپس، این سوالات در جلسات تیمی بازبینی شدند و با توجه به پیشینه پژوهش و تجارب مرتبط اعضای تیم اصلاح گردیدند. برای اعتبارسنجی سؤالات مصاحبه، پژوهشگر دو مصاحبه آزمایشی با زنانی که در انتظار تشخیص سرطان پستان بودند، انجام داد. نتایج این پیش‌مصاحبه‌ها در مطالعه اصلی گنجانده نشد، اما برای اصلاح و بهینه‌سازی راهنمای مصاحبه استفاده شدند.

برای تحلیل داده‌ها از رویکرد هفت‌مرحله‌ای دیکلمن، تانر و آلن (۱۹۸۹) استفاده شد (۳۲). این روش بر تفسیر تجارب زیسته و درک معانی عمیق آن‌ها در زندگی شرکت‌کنندگان تمرکز دارد، که دقیقاً با هدف مطالعه حاضر همخوانی دارد. این روش یک فرآیند نظام‌مند مبتنی بر پدیدارشناسی هایدگری است و شامل مراحل زیر می‌باشد: ۱- نوشتن متن کامل مصاحبه‌ها، ۲- نوشتن خلاصه‌های تفسیری برای هر یک از مصاحبه‌ها، ۳- تحلیل متون مصاحبه‌ها و شناسایی و استخراج درون‌مایه‌ها، ۴- بازبینی و مراجعه مجدد به متن مصاحبه‌ها به‌منظور تبیین و روشن‌سازی موارد ابهام و طبقه‌بندی موارد عدم توافق یا تناقضات موجود در تفاسیر ارائه‌شده و نوشتن تحلیلی کلی و ترکیبی از هر متن، ۵- مقایسه متون مصاحبه‌ها به‌منظور شناسایی، تعیین و توصیف معانی مشترک و عملکردها، ۶- شناسایی و استخراج الگوهای بنیادین که ارتباط میان درون‌مایه‌ها را برقرار کرده و آن‌ها را به یکدیگر متصل می‌کند، و ۷- ارائه

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

نسخه پیش‌نویس از درون‌مایه‌ها همراه با گزیده‌هایی منتخب از متن مصاحبه‌ها برای تدوین و اعمال در نسخه نهایی (۳۳). این رویکرد امکان تحلیل عمیق‌تر داده‌ها و شناسایی ارتباطات مفهومی میان تجربیات زیسته شرکت‌کنندگان را فراهم می‌کند.

برای جمع‌آوری داده‌ها، کلیه مصاحبه‌ها پس از کسب اجازه از شرکت‌کنندگان توسط یک دستگاه تلفن همراه ضبط شدند. پس از انجام هر مصاحبه، متن نوارهای ضبط‌شده به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی و چندین بار مرور شد تا درک عمیقی از آن حاصل شود. رفتارهای غیرکلامی شرکت‌کنندگان نیز با رونوشت‌های نوشتاری ادغام شدند. برای هر مصاحبه، یک خلاصه تفسیری تهیه شد که شامل مضامین اصلی و معانی ضمنی بود. در مرحله بعد، داده‌ها به‌صورت خط‌به‌خط کدگذاری شدند و کدهای مشابه در قالب گروه‌های مفهومی دسته‌بندی گردیدند. این مضامین اولیه در مراحل بعدی، با بازگشت به متن مصاحبه‌ها و مرور دوباره داده‌ها، به‌طور دقیق بررسی و شفاف‌سازی شدند. الگوهای بنیادین و ارتباطات میان مضامین شناسایی و مضامین نهایی استخراج گردیدند. نمونه مراحل تحلیل داده‌ها در جدول شماره ۱ ارائه شده است. این فرآیند چندمرحله‌ای اطمینان حاصل کرد که تحلیل داده‌ها دقیق، جامع، و منعکس‌کننده تجارب زیسته شرکت‌کنندگان باشد. استخراج تم‌ها در این پژوهش از طریق یک فرآیند ساختارمند و مرحله‌ای انجام شد که شامل فعالیت‌های انفرادی و گروهی توسط اعضای تیم پژوهش بود. در مرحله اولیه، هر پژوهشگر به‌طور مستقل متن مصاحبه‌ها را مطالعه و کدگذاری کرد. پس از اتمام تحلیل انفرادی، کدها و درون‌مایه‌های استخراج‌شده توسط پژوهشگران در جلسات گروهی بررسی و مورد بحث قرار گرفتند.

برای اطمینان از دقت و صحت تحلیل، فرآیند کدگذاری و دسته‌بندی توسط دو پژوهشگر مستقل (نویسنده اول و مسئول) انجام شد و اختلاف‌نظرها از طریق بحث و توافق حل شد. تم‌های نهایی بر اساس اجماع میان اعضای تیم پژوهش تعیین شدند. هر پژوهشگر به‌طور مستقل کدهای اولیه را از متن مصاحبه‌ها استخراج کرد و سپس نتایج در جلسات گروهی مورد بررسی قرار گرفت. موارد اختلاف‌نظر در تفسیر داده‌ها یا نام‌گذاری تم‌ها با استفاده از بحث گروهی و ارجاع مستقیم به متن مصاحبه‌ها تحلیل شد. برای اطمینان از دقت و انسجام یافته‌ها، کدها و تم‌های استخراج‌شده با داده‌های اصلی و اهداف پژوهش تطبیق داده شدند. این فرایند تکرار شد تا زمانی که توافق کامل بر سر تم‌های نهایی حاصل شود. میزان توافق بین کدگذاران با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA محاسبه شد. برای ارزیابی میزان توافق، از ضریب کاپا استفاده گردید که برابر با ۰/۷۹ به دست آمد. این مقدار نشان‌دهنده سطح توافق قابل قبول تا عالی بین کدگذاران است. همچنین، یافته‌های نهایی با شرکت‌کنندگان به اشتراک گذاشته شدند و بازخوردهای آنان برای اصلاح و بهبود تحلیل‌ها لحاظ شد. فرآیند جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که در دو مصاحبه آخر هیچ کد جدیدی استخراج نشد. برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰ استفاده شد. تحلیل داده‌ها به‌طور همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام گرفت. تمامی متن‌های مصاحبه به‌صورت کامل به نرم‌افزار وارد شدند و فرآیند کدگذاری خط‌به‌خط داده‌ها با استفاده از قابلیت‌های این نرم‌افزار انجام شد. کدهای استخراج‌شده در دسته‌های مفهومی سازماندهی شدند و تم‌ها و الگوهای مفهومی از طریق مقایسه مداوم بین کدها و مصاحبه‌ها شناسایی گردیدند. این فرآیند تحلیل ساختارمند امکان استخراج دقیق‌تر و جامع‌تر مضامین را فراهم کرد و به‌طور مداوم بین داده‌های جدید و کدهای پیشین مقایسه انجام گرفت تا انسجام و شفافیت در یافته‌ها تضمین شود.

اعتبار و دقت پژوهش

به دنبال تحلیل، از ۴ معیار لینکلن و گوبا (اعتبار، قابلیت تأیید، قابلیت اطمینان و قابلیت انتقال) برای تضمین دقت و کیفیت علمی مطالعه[1]استفاده شد. اعتبار (مقبولیت)[2] زمانی حاصل می شود که محقق تعامل طولانی مدت با شرکت کنندگان داشته باشد تا حقیقت داده ها به طور دقیق در تفسیرهای محققان منعکس شود. در این مطالعه یافته‌های اولیه و تفاسیر به‌صورت خلاصه به برخی از مشارکت‌کنندگان ارائه شد و بازخوردهای آن‌ها برای اصلاح و تأیید یافته‌ها لحاظ گردید (اشتراک گذاری یافته‌ها با شرکت‌کنندگان)[3]. همچنین دو پژوهشگر مستقل فرآیند کدگذاری و استخراج مضامین را انجام دادند. در صورت

1. Rigor
2. Credibility
3. member checking

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

Table 1: Sample of Raw Data Analysis and Development of Final Theme

جدول ۱: نمونه تحلیل داده‌های خام و رسیدن به تم نهایی

Theme	Sub-theme	Codes	Interpretive Summary	Raw Data (Participant Quote)
Psychological Distress	Shock and Confusion	Shock upon receiving the diagnosis	Experiencing shock and unpreparedness upon receiving a potential diagnosis.	"I went for an ultrasound, and suddenly they said it might be a malignant mass; I was shocked and terrified, and I didn't know what to do."
		Confusion due to a lack of information	I feel lost and uninformed due to a lack of clear information about the diagnostic process.	"When they said I needed a biopsy, they didn't explain the next steps. I felt like I was floating in the air, not knowing where to go."
	Fear and Anxiety	Fear of deterioration	Fear of disease progression and losing the opportunity for timely treatment.	"I was terrified that the disease would advance and I wouldn't be able to treat myself anymore."
		Concern about children's future after death	Deep concern regarding children's future in case of death and its impact on family life.	"I kept thinking that if I die, what will happen to my children, and how will they live without me?"

وجود اختلاف‌نظر، جلسات بحث با تیم پژوهشی برای رسیدن به توافق برگزار شد (بازبینی توسط همکار[4]. علاوه بر این موارد، یادداشت‌های پژوهشگر درباره زمینه‌های اجتماعی و رفتارهای غیرکلامی مشارکت‌کنندگان در تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت (استفاده از یاداشت های میدانی). در نهایت یافته‌ها با نتایج تحقیقات مشابه مقایسه شد تا انسجام مفهومی و اعتبار علمی آن‌ها تأیید شود. تأیید (ثبات)[5]میزان درجه ای است که نتایج مطالعه بازتاب ویژگی های شرکت کننده بوده و ناشی از تعصبات پژوهشگران نباشد. در این مطالعه، با انتخاب و ترکیب نقل‌قول‌های شرکت‌کنندگان در هنگام ارائه نتایج، به حفظ بی‌طرفی و خنثی بودن یافته‌های پژوهش کمک شد. قابلیت اطمینان (پایایی)[6]به شواهدی با ثبات و پایدار اشاره دارد. در این مطالعه، از یادداشت‌های میدانی برای ثبت و حفظ تجارب شرکت‌کنندگان و ارتقای قابلیت اطمینان داده‌ها استفاده شد. سرانجام، در این مطالعه برای اطمینان از قابلیت انتقال[7]تلاش شد تا روش مطالعه شامل سوالات مصاحبه، فرآیندهای جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها، تا حد ممکن واضح و کامل بیان شود، به طوری که بتوان از کاربرد تحقیق در سایر جوامع اطمینان حاصل کرد.

ملاحظات اخلاقی

مراحل ابتدائی این پژوهش شامل دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تهران به کد طرح ۵۴۸۷۵ و کد اخلاق IR.TUMS.MEDICINE.REC.1400.870 بوده است. پس از موافقت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجوز نمونه‌گیری در مراکز منتخب این دانشگاه صادر شد. سپس پژوهشگر خود را به مرکز مربوطه معرفی کرده و رضایت مسئولین این مراکز را جلب نمود. در طی مطالعه، اصول رازداری و احترام به آزادی شرکت‌کنندگان رعایت شد. برای شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد و تأکید گردید که آنان می‌توانند در هر مرحله از تحقیق، بدون ذکر دلیل و بدون هیچ‌گونه پیامد منفی، از شرکت در مطالعه انصراف دهند. شرایط انصراف شامل مواردی نظیر تغییر نظر شرکت‌کننده، احساس ناراحتی یا فشار روانی حین مصاحبه، و یا هرگونه دغدغه‌ای مرتبط با حریم خصوصی بود. برای احترام به حریم خصوصی شرکت‌کنندگان و محافظت از اطلاعات محرمانه آنان، کلیه داده‌های ضبط‌شده و تایپ‌شده به صورت ناشناس ذخیره شدند. فایل‌های ضبط‌شده به صورت الکترونیکی رمزگذاری شدند و تنها

4. peer debriefing
5. Confirmability
6. Dependability
7. Transferability

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

پژوهشگر اصلی به آن‌ها دسترسی داشت. فایل‌های تایپ‌شده نیز در سیستم‌های ایمن و تحت محافظت رمز عبور نگهداری شدند. علاوه بر این، داده‌های فیزیکی، مانند یادداشت‌های میدانی، در مکان قفل‌شده و امن ذخیره گردید. تمامی اطلاعات پس از پایان پژوهش، تحلیل نهایی داده‌ها و چاپ مقاله مطابق با اصول اخلاقی پژوهش از بین برده خواهد شد.

نتایج

مشارکت‌کنندگان این مطالعه شامل ۱۲ زن در انتظار تشخیص سرطان پس از غربالگری غیر طبیعی پستان بودند. مشخصات شرکت کنندگان در جدول شماره ۲ لیست شده است. شرکت کنندگان بین ۲۷ تا ۷۸ سن (متوسط ۵۶،۰۸ سال) داشتند. اکثر خانه‌دار (۶۶،۷ درصد) بودند. سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان از زیردیپلم تا کارشناسی متغیر بود. در مجموع ۵ تم اصلی و ۱۵ زیرتم (جدول ۳) استخراج شد. مدت زمان مصاحبه بین ۳۶ تا ۵۸ دقیقه طول کشید. در ادامه نتایج تم ها و زیر تم‌ها آمده است.

Table 2: Demographic Characteristics of the Study Participants

جدول ۲: مشخصات فردی شرکت کنندگان در مطالعه

Participant ID	Gender	Age	Occupation	Educational Level	Interview Duration (minutes)
Participant 1	Female	78	Housewife	< High School	41
Participant 2	Female	68	Housewife	< High School	36
Participant 3	Female	63	Housewife	Bachelor's	46
Participant 4	Female	63	Housewife	High School	51
Participant 5	Female	53	Employee	Bachelor's	57
Participant 6	Female	45	Housewife	High School	58
Participant 7	Female	27	Housewife	High School	49
Participant 8	Female	53	Employee	Bachelor's	43
Participant 9	Female	41	Housewife	High School	53
Participant 10	Female	53	Employee	Bachelor's	38
Participant 11	Female	51	Housewife	< High School	41
Participant 12	Female	78	Retired	High School	38

Table 3: Themes and Subthemes Related to the Lived Experiences of Women Awaiting a Breast Cancer Diagnosis

جدول ۲: تم‌ها و زیر تم های مرتبط با تجربه زیسته زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان

N.	Themes	Sub-Themes	Sample Codes
1	Psychological Distress	Shock and Confusion	Experiencing shock upon receiving the diagnosis, shock and confusion due to lack of information, surprise and hopelessness upon diagnosis, initial shock and fear from screening results
		Fear and Anxiety	Fear of disease progression, fear and anxiety about losing a body part, fear caused by a malignant diagnosis, concern about disease advancement, worry about children's future after death
2	The Footprint of Illness in Daily Life	Physical and Psychological Impacts	Disruption in performing daily tasks, feelings of helplessness and discomfort, experiencing physical pain and suffering
		Impacts on Daily Life	Forced continuation of life, inability to concentrate on other life plans, preoccupation with the treatment process, reluctance to engage in daily activities
		Impacts on Family and Social Relationships	Concerns about burdening children, children's distress over the mother's illness, spouse's distress about the disease, family members' concerns about test results, anxiety over the impact of death on the family
3	Stages of Adjustment	Denial	Doubt and denial about having the illness, denial of being ill, avoidance of thinking about the disease, avoidance of the topic entirely

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

N.	Themes	Sub-Themes	Sample Codes
		Anger	Anger resulting from abnormal screening results, verbal reactions due to rage, behavioral reactions driven by anger
		Bargaining	Surprise and disbelief at the diagnosis, mental struggle about the presence or absence of breast mass, wishing to go back in time and avoid risky behaviors
		Depression	Feelings of sadness and sorrow due to illness, feelings of depression, initial feelings of helplessness and discomfort, distress caused by the diagnosis, hiding distress from others
		Acceptance	Acceptance of the condition and adapting to life, acceptance of divine will in life and death, submission to God's will, acceptance of treatment outcomes
4	Pathways to Resilience	Spiritual and Religious Coping Methods	Praying and turning to God, recommending trust in God, reciting prayers as a coping strategy, using prayers to manage stressful situations
		Psychological and Mental Coping Methods	Self-belief and strengthening willpower, laughter as a defensive reaction, humor as a coping mechanism, recalling positive memories to cope with illness
		Positive Thinking Approaches	Giving oneself hope, maintaining a positive outlook, and coping with distress, encouraging the preservation of morale, promoting enjoyment of life, hope for recovery
5	Life-Saving Connections	Emotional Shelter of Family	Children's support in pursuing treatment, family's positive role in boosting morale, emotional support from family, spouse’s assistance in managing daily affairs, family’s support as an adaptation facilitator
		Encouraging Social Support	Engaging with neighbors to adapt to circumstances, the physician’s support to reduce fear, connecting with friends to cope with the illness, relatives’ support in managing the condition

۱- آشفتگی‌های روانی

نتایج این مطالعه نشان داد که زنان در انتظار تشخیص بیماری وارد دوره‌ای پرتلاطم از آشفتگی‌های روانی می شدند که با احساسات منفی نظیر شوک، ترس، ناامیدی و سردرگمی همراه بود. این آشفتگی‌ها، به علت ماهیت غیرمنتظره تشخیص بیماری، نبود حمایت‌های روانی و فقدان اطلاع‌رسانی کافی در طول فرآیند تشخیص، شدت بیشتری پیدا کرده بودند. این تم دارای دو زیر تم است:

۱-۱ شوک و سردرگمی:

۷ نفر از ۱۲ شرکت‌کننده (۵۸ درصد) در مواجهه با احتمال ابتلا به بیماری، واکنش روان‌شناختی مانند شوک و سردرگمی را تجربه کردند که تأثیر عمیقی بر وضعیت روانی آن‌ها داشت. این واکنش ها، ناشی از شنیدن اخبار ناگهانی درباره احتمال ابتلا به بیماری و همچنین ابهام در مراحل تشخیصی بود. فقدان اطلاع‌رسانی شفاف از سوی کادر درمان نیز این احساس سردرگمی را تشدید می کرد. بسیاری از زنان در این مرحله احساس تردید در مورد صحت تشخیص داشتند.

شرکت کننده شماره ۱۰: "رفتم سونوگرافی و به‌یک‌باره گفتند که ممکنه توده بدخیم باشه؛ از شدت شوک و ترس جا خوردم و نمی‌دانستم باید چه کار کنم. انگار دنیا روی سرم خراب شد".

۱-۲ ترس و نگرانی

ترس از پیامدهای احتمالی بیماری، بدتر شدن وضعیت سلامتی و احتمال از دست دادن بخشی از بدن، احساساتی فراگیر در میان بیش از ۶۷ درصد از زنان بود. این نگرانی‌ها نه تنها به تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان سایه می انداخت، بلکه بر کیفیت زندگی روزمره آنان نیز تأثیر منفی می گذاشت.

شرکت کننده شماره ۴: "وقتی بهم گفتند باید بری نمونه‌برداری، خیلی ترس و استرس داشتم. با خودم گفتم باید برم دنبال درمان، ولی ترس از آینده همراهم بود".

۲- ردپای بیماری در زیست روزمره

بیماری نه تنها بر جسم فرد، بلکه بر تمام جنبه‌های زندگی روزمره او تأثیر می‌گذارد و ردپای آن در هر لحظه از زیست

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

فرد احساس می‌شود. زنان مبتلا به بیماری، تجربه‌هایی از محدودیت‌های جسمی و روانی دارند که انجام فعالیت‌های روزمره و تعاملات اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تم شامل سه زیرتم است:

۲-۱: تأثیرات جسمی و روانی

انتظار تشخیص پس از غربالگری غیر طبیعی پستان، احساسات عمیقی از غم، ناراحتی و ناتوانی (در بیش از ۸۳ درصد از زنان) به همراه می‌آورد. زنان با تجربه دردهای جسمی و احساس ناتوانی، اغلب در انجام کارهای روزمره خود دچار اختلال می شدند. این احساس ناتوانی و از دست دادن توانایی‌های پیشین، بر روحیه و توانایی روانی آنان برای مقابله با شرایط موجود، تأثیر منفی گذاشت.

شرکت کننده شماره ۱۰: "من کارهای هنری مثل بافتنی و این چیزها رو بلدم و همیشه انجام می‌دادم، اما الان به خاطر ترس از ابتلا به بیماری نمی‌تونم. بدنم بی‌حس شده و توانایی انجام این کارها رو از دست دادم".

۲-۲: تأثیرات بر زندگی روزمره

زنان گزارش دادند که انتظار تشخیص بیماری، به شکل گسترده‌ای نظم زندگی روزمره آنان را برهم زده بود. اگرچه برخی از زنان تلاش می‌کردند زندگی را ادامه دهند، اما تمرکز عمده آن‌ها به فرآیند درمان و پیگیری‌های پزشکی معطوف شده بود. این تمرکز شدید بر روند درمان، باعث کاهش توانایی و تمایل آنان به انجام فعالیت‌های روزمره و علایق شخصی‌شان می‌شد.

شرکت‌کننده شماره ۱: "وقتی فهمیدم مشکل دارم، خیلی ناراحت شدم و دیگه نمی‌تونستم توی خونه کاری انجام بدم. انگار یه جورایی همه‌چیز برام بی‌معنی شده بود.".

۲-۳: تأثیر بر روابط خانوادگی و اجتماعی

بیماری علاوه بر فرد مبتلا، روابط خانوادگی و اجتماعی او را نیز تحت تأثیر قرار می داد. نگرانی زنان از تأثیر بیماری بر فرزندان، همسر و سایر اعضای خانواده، به‌ویژه در مواجهه با نتایج آزمایش‌ها و احتمال مرگ، بار روانی مضاعفی برای آن‌ها ایجاد کرده بود.

شرکت کننده شماره ۷: "احساس می‌کنم با این شرایط و این بیماری، انگار دارم خودم رو چند سال زودتر زیر خاک می‌برم. تمام نگرانی من اینه که گناه بچه‌ام چیه که باید این درد و ناراحتی رو تحمل کنه؟".

۳- مراحل سازگاری

زنان در انتظار تشخیص پس از غربالگری غیرطبیعی پستان، فرآیندی پیچیده و تدریجی از سوگواری را تجربه کردند. این فرآیند شامل گذار از مراحل مختلف انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و در نهایت پذیرش بود. هر یک از این مراحل نمایانگر تلاش زنان برای مواجهه با واقعیت تلخ بیماری و سازگاری با آن است. این تم شامل پنج زیرتم بود:

۳-۱: انکار

در مرحله انکار، زنان به‌عنوان یک واکنش اولیه، از پذیرش واقعیت بیماری اجتناب کردند. این انکار به آن‌ها اجازه می‌داد از فشار روانی و استرس ناشی از تشخیص بیماری موقتاً فاصله بگیرند. زنان اغلب احساس تردید و انکار درباره ابتلا به بیماری داشتند و تلاش می‌کردند از فکر کردن به آن خودداری کنند.

شرکت کننده شماره ۳: "دائماً انکار می‌کردم که بیمار هستم و هنوز نتونسته بودم به‌خوبی مرحله پذیرش رو پشت سر بگذارم. احساساتم رو پنهان می‌کردم و به خودم می‌گفتم: نباید گریه کنم، باید تحمل کنم".

۳-۲: خشم

پس از انکار، زنان وارد مرحله‌ای شدند که در آن خشم و ناامیدی غالب بود. این خشم اغلب ناشی از احساس بی‌عدالتی، شوک اولیه و ناتوانی در پذیرش شرایط بود. بروز واکنش‌های کلامی یا رفتاری ناشی از عصبانیت در این مرحله رایج بود.

شرکت کننده شماره ۱: "بعضی وقت‌ها گریه می‌کردم و گاهی هم هرچی از دهنم در می‌اومد می‌گفتم، دست خودم نبود. اصلاً اعصابم نمی‌کشید و نمی‌تونستم خودم رو کنترل کنم".

۳-۳: چانه‌زنی

در این مرحله، زنان با خود کلنجار می‌رفتند تا شاید بتوانند شرایط را کنترل کنند یا آن را تغییر دهند. این رفتار اغلب همراه با شک و تردید نسبت به وجود بیماری یا شدت آن بود.

شرکت کننده شماره ۴: "هی به سینه‌ام دست می‌زدم و می‌گفتم بابا یه چیز سفت اینجاست، با خودم کلنجار می‌رفتم که نه، چیزی نیست. فردا دوباره با خودم می‌گفتم که هست".

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

۳-۴: افسردگی

مرحله افسردگی زمانی بود که زنان غم و اندوه شدید را تجربه کردند. احساس ناتوانی و بی‌معنایی در زندگی، ویژگی بارز این مرحله بود. برخی زنان نیز از ابراز احساسات خود به اطرافیان اجتناب می‌کردند، اما در درون با افکار منفی دست‌وپنجه نرم می‌کردند.

شرکت کننده ۱۱: "زندگیم شده بود مثل یه آدم افسرده. همش تو فکر بودم که چی می‌شه و چرا این طوری شد. همه‌چیز بی‌معنی به نظر می‌رسید و هر روز با این فکرها دست و پنجه نرم می‌کردم".

۵-۳: پذیرش

در نهایت، زنان با گذر از مراحل پیشین، به پذیرش شرایط خود می رسیدند. این مرحله نشان‌دهنده یک درک عمیق‌تر از وضعیت، پذیرش اراده الهی و تصمیم برای پیگیری درمان بود.

شرکت کننده ۱۱: "به هر حال زندگی، مردن و موندن همه دست خداست. هر چی خدا بخواد همون می‌شه. به این نتیجه رسیدم که باید شرایط را بپذیرم".

۴- مسیرهای تاب‌آوری

نتایج این مطالعه نشان داد که زنان با استفاده از رویکردها و راهبردهای متنوعی برای سازگاری با بیماری و کاهش استرس‌های ناشی از آن تلاش می‌کنند. این راهبردها به آن‌ها کمک کرد تا بر چالش‌های روحی و روانی خود غلبه کنند و با شرایط دشوار بیماری کنار بیایند. این تم شامل سه زیرتم است:

۱-۴: روش‌های معنوی و مذهبی سازگاری

بسیاری از زنان با استفاده از روش‌های معنوی و مذهبی، آرامش و امید خود را حفظ کردند. دعا و توسل به خدا، ذکر گفتن، و توکل به اراده الهی از جمله روش‌هایی بود که این افراد برای سازگاری با شرایط استرس‌زا به کار می گرفتند.

شرکت کننده ۹: "دعا می‌کردم و صلوات می‌فرستادم، این کارا بهم آرامش می‌داد و حالم رو بهتر می‌کرد. هر بار که استرس می‌گرفتم، با همین ذکرها آروم می‌شدم و احساس می‌کردم خدا کنارمه".

۲-۴: روش‌های ذهنی و روانی سازگاری

زنان همچنین از روش‌های ذهنی و روانی برای مقابله با بیماری بهره بردند. این روش‌ها شامل تقویت خودباوری، حفظ اراده، و استفاده از مکانیزم‌های مقابله‌ای مانند شوخ‌طبعی و خنده بود. این راهبردها به زنان کمک کرد تا نگرشی متفاوت به بیماری داشته باشند و روحیه خود را حفظ کنند.

شرکت کننده شماره ۷: "سعی می‌کنم خودم رو با هر چیزی که بهم آرامش بده سرگرم کنم. یعنی یادآوری خاطره‌های خوب، گوش دادن به موسیقی یا هر کاری که بتونه حواسم رو از فکرهای منفی دور کنه".

۳-۴: رویکردهای مثبت‌اندیشی

نگرش مثبت و امید به آینده از اصلی‌ترین استراتژی‌هایی بود که زنان برای حفظ تاب‌آوری خود به کار گرفتند. با تمرکز بر جنبه‌های مثبت و قابل‌کنترل بیماری، زنان توانستند احساسات منفی را به حداقل برسانند و بر مسیر درمان متمرکز شوند.

شرکت کننده ۷: "به این علائمی که تو سینه ام ایجاد شده، به چشم یه مشکل کوچیک نگاه می‌کنم و به خودم می‌گم که قابل درمانه، چون خوشبختانه تو مراحل اولیه تشخیص داده شده. این طرز فکر باعث می‌شه که امیدم رو از دست ندم".

۵- پیوندهای نجات‌بخش

تم "پیوندهای نجات‌بخش" نشان‌دهنده اهمیت و نقش حیاتی حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی در زندگی زنان در انتظار تشخیص پس از غربالگری غیر طبیعی پستان است. این پیوندها به عنوان منابع اساسی برای تقویت روحیه، کاهش ترس‌ها، و ایجاد احساس امنیت عمل می‌کردند. این تم شامل دو زیرتم است:

۱-۵: پناهگاه عاطفی خانواده

حمایت خانوادگی نقش بسیار مهمی در تقویت تاب‌آوری زنان داشت. حضور و همراهی خانواده به‌ویژه همسر، فرزندان، و سایر اعضای خانواده به کاهش استرس و ایجاد امید کمک می‌کرد. زنان اغلب خانواده را به‌عنوان پناهگاهی امن می‌دیدند که در سخت‌ترین لحظات، به آنان احساس آرامش و دلگرمی می‌داد.

شرکت کننده ۱۱: "خانواده‌ام، مخصوصاً خواهر و مادرم همیشه کنارم هستند و بهم روحیه می دهند. حمایت و دلگرمی اونا باعث می شه که احساس کنم تنها نیستم. خانواده مثل یه پناهگاه امن برام عمل می‌کنه".

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

۵-۲: حمایت‌های دلگرم‌کننده اجتماعی

حمایت اجتماعی نیز نقش کلیدی در کاهش تنهایی و تقویت روحیه زنان داشت. ارتباط با دوستان، همسایگان، و اقوام به آنان کمک می‌کرد تا از افکار منفی فاصله بگیرند و از حمایت‌های احساسی و عملی بهره‌مند شوند. این روابط اجتماعی برای بسیاری از زنان به منبعی از انرژی مثبت تبدیل شد.

شرکت کننده ۵: "با همسایه‌ها می‌نشستیم، می‌گفتیم و می‌خندیدیم. دو تا همسایه خوب دارم که با هم دورهمی می‌رفتیم و شب‌نشینی می‌کردیم. این جور کارها باعث می‌شد روحیه‌ام بره بالا و احساس بهتری پیدا کنم".

بحث

در این مطالعه، از رویکرد پدیدارشناسی برای درک عمیق‌تر تجربیات زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان استفاده شد. این رویکرد با تمرکز بر تجربه‌های زیسته و معنای آن، مناسب‌ترین روش برای آشکارسازی احساسات، چالش‌ها، و استراتژی‌های سازگاری زنان در این موقعیت حساس بود. یافته‌ها نشان داد که زنان در مواجهه با نتایج غیرطبیعی غربالگری، واکنش های احساسی، رفتاری و اجتماعی را بروز دادند. این تجربیات در پنج تم اصلی شامل آشفتگی‌های روانی، ردپای بیماری در زیست روزمره، مراحل سازگاری، مسیرهای تاب‌آوری، و پیوندهای نجات‌بخش دسته‌بندی شدند.

نتایج مطالعه ما نشان داد که زنان پس از دریافت نتایج غیرطبیعی غربالگری دچار آشفتگی روانی می‌شوند که با احساساتی نظیر شوک، سردرگمی، ترس و نگرانی همراه است. این آشفتگی روانی، ناشی از شوک اولیه تشخیص و عدم اطلاع‌رسانی کافی بوده و تجربه‌های استرس‌زای شدیدی را برای این زنان رقم می‌زد. یافته‌های ما با نتایج پژوهش Facchin و همکاران همخوانی دارد که نشان داد زنان با تشخیص سرطان پستان، طوفانی از احساسات متناقض مانند شوک، اضطراب، سردرگمی و ترس را تجربه می‌کنند (۳۴). یکی از دلایل این آشفتگی ها زمان‌های انتظار طولانی برای تشخیص قطعی بود. Kovar و همکاران نشان دادند زمان انتظار برای تشخیص قطعی سرطان پستان از ماموگرافی غیرطبیعی تا اولین بیوپسی در بین بیماران بسیار متغیر است. میانگین زمان از ماموگرافی تا بیوپسی ۲۳,۳ روز و از ماموگرافی تا مراجعه به جراح ۳۱,۶ روز بوده است (۳۵). به نظر می رسد زمان‌های طولانی انتظار برای انجام تست های غربالگری یا دریافت نتایج آن باعث افزایش سطح اضطراب و استرس بیماران می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش Baena-Cañada و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند، تأخیرها و انتظار طولانی برای تشخیص یا درمان بیماری پستان یکی از عوامل کلیدی در ایجاد استرس روانی در بیماران است (۳۶). مطالعات مشابه دیگری از جمله Morse (۳۷) ، Demir و همکاران (۱۴)، Sajjadi و همکاران (۳۱)، Blow و همکاران (۱۸)، نیز نشان داده‌اند که دریافت نتایج غیرطبیعی غربالگری می‌تواند زنان را درگیر احساسات شدیدی نظیر اضطراب، سردرگمی و تردید کند. این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر که "آشفتگی‌های روانی" زنان را برجسته کرده است، مطابقت دارد Thorne. و همکاران به ضعف در ارتباطات سازمان‌های سلامتی و تأخیرهای بوروکراتیک اشاره کردند که اضطراب زنان را در این دوره تشدید می‌کند (۳۸). به نظر می رسد ارتباط ناکافی بین کادر درمان و بیماران، به ویژه در مراحل اولیه تشخیص، می‌تواند احساس سردرگمی و استرس را در زنان افزایش دهد. کاهش زمان انتظار برای دریافت نتایج و بهبود کیفیت ارتباط میان تیم درمان و بیماران، باید به عنوان اولویت‌های اصلی در طراحی خدمات تشخیصی و درمانی در نظر گرفته شود.

احساساتی مانند شوک و ترس به‌طور مستقیم بر فرآیند و تصمیم‌گیری درمانی زنان نیز موثر است. شوک اولیه ناشی از احتمال بیماری می‌تواند باعث سردرگمی و انکار شود و توانایی زنان را در درک اطلاعات پزشکی و انتخاب گزینه‌های درمانی مناسب کاهش دهد. علاوه بر این، ترس از پیامدهای بیماری، مانند از دست دادن نقش‌های خانوادگی یا تغییر در تصویر بدنی، ممکن است آن‌ها را از پیگیری درمان باز دارد یا باعث تأخیر در تصمیم‌گیری شود. برگزاری جلسات مشاوره پیش از اعلام نتایج غربالگری می‌تواند به مدیریت اضطراب اولیه بیماران کمک کند. همچنین، حضور فعال متخصصان بهداشت روان در تیم‌های درمانی، با هدف حمایت از زنان در مراحل اولیه تشخیص، می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش آشفتگی روانی آن‌ها داشته باشد. این اقدامات نه تنها به بهبود کیفیت تجربه بیماران

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

کمک می‌کند، بلکه می‌تواند کارایی کلی سیستم‌های سلامت را نیز افزایش دهد.

مطالعه حاضر نشان داد که نگرانی و ترس از تشخیص نهایی، تأثیر عمیقی بر زندگی روزمره زنان می‌گذارد و توانایی آنان برای انجام فعالیت‌های عادی را به شدت مختل می‌کند. این نتایج با نتایج پژوهش Baena-Cañada و همکاران همخوانی دارد که تأکید داشتند، تأخیر در تشخیص و درمان بیماری، به طور مستقیم بر روال زندگی و برنامه‌ریزی بیماران تأثیر می‌گذارد و استرس آن‌ها را تشدید می‌کند (۳۶). همچنین، Thorne و همکاران نشان دادند که زنان دوره انتظار را اغلب به عنوان یک "برزخ" توصیف می‌کنند، حالتی که در آن زندگی عادی مختل می‌شود و زنان مجبورند با ناشناخته‌ها و گذر زمان دست‌وپنجه نرم کنند (۳۸). این یافته‌ها نشان‌دهنده مشکل عمیقی است که استرس و اضطراب ناشی از انتظار در زندگی روزمره زنان ایجاد می‌کند. Long و همکاران نیز در مطالعه خود بیان کردند که زنان در انتظار نتایج غربالگری احساس می‌کردند در وضعیتی نامعلوم و ناپایدار قرار دارند که این وضعیت منجر به افزایش استرس و نگرانی شدید در آن‌ها می‌شود (۱۲). این یافته‌ها با نتایج مطالعه ما که نشان‌دهنده تأثیر عمیق انتظار بر زندگی روزمره زنان است، همخوانی دارد. این یافته‌ها بر ضرورت توجه به اثرات روانی و اجتماعی انتظار برای تشخیص بر زندگی روزمره زنان تأکید دارد. در این راستا، شناسایی نیازهای خاص فرهنگی و اجتماعی زنان در انتظار تشخیص و ارائه خدمات متناسب با این نیازها، می‌تواند از تأثیرات منفی بر زندگی روزمره آنان بکاهد. یافته‌های پژوهش حاضر در تضاد با مطالعه Morse است که نشان داد زنان علی‌رغم استرس و ترس از تشخیص سرطان، همچنان به انجام وظایف روزمره خود ادامه داده و تلاش می‌کنند عادی رفتار کنند تا دیگران را نگران نکنند (۳۷). تفاوت در این نتایج را می‌توان به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی بستری که پژوهش در آن انجام شده است، نسبت داد. در جامعه ایرانی، زنان به دلیل نقش‌های خانوادگی برجسته و انتظارات فرهنگی، ممکن است با شدت بیشتری تحت تأثیر بیماری قرار گیرند و نتوانند زندگی عادی خود را حفظ کنند. این موضوع همچنین به تأکید بیشتر بر حمایت‌های خانوادگی و معنوی در فرهنگ ایرانی مرتبط است که می‌تواند اولویت‌ها و نحوه واکنش زنان را متفاوت سازد.

نتایج مطالعه ما نشان داد که زنان در مواجهه با بیماری، مراحل سازگاری را طی می‌کنند که شامل انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و در نهایت پذیرش است. این مراحل نشان‌دهنده تلاش بیماران برای انطباق با واقعیت تلخ تشخیص بیماری و مدیریت چالش‌های احساسی ناشی از آن است. در مرحله انکار، زنان سعی می‌کنند با نادیده گرفتن یا فرار از واقعیت بیماری، از استرس روانی آن بکاهند. در ادامه، خشم و ناراحتی ناشی از تشخیص بیماری به عنوان یکی از واکنش‌های رایج مشاهده شد که غالباً به دلیل احساس بی‌عدالتی و از دست دادن کنترل بر زندگی بروز می‌کرد. با این حال، در مرحله پذیرش، زنان توانستند با تکیه بر اراده الهی و امید به بهبود، شرایط خود را بپذیرند و با زندگی جدید خود سازگار شوند. این یافته‌ها با نظریات مختلف درباره مراحل سازگاری همسو است و نشان می‌دهد که بیماران در تلاش برای انطباق با وضعیت جدید، از یک فرآیند پیچیده احساسی عبور می‌کنند (۳۹). Demir و همکاران نشان دادند که ترس از جراحی و احتمال از دست دادن بخشی از بدن، بخشی از مراحل سوگواری احساسی بیماران را شکل می‌دهد که با تجربه مراحل انکار، ترس، و پذیرش در تحقیق ما تطابق دارد (۱۴). همچنین نتایج مطالعه Thorne و همکاران (۳۸)، Lebel و همکاران (۴۰). Sweeny و همکاران (۱۵) یافته های مطالعه ما را تایید می کند. یافته‌های مطالعه حاضر اهمیت توجه به فرآیندهای روان‌شناختی و مراحل سازگاری بیماران را برجسته می‌کند. حمایت اجتماعی، به‌ویژه از سوی خانواده و دوستان، می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب اولیه کمک کرده و پذیرش شرایط را تسریع کند. از سوی دیگر، دسترسی محدود به خدمات درمانی یا تأخیر در ارائه اطلاعات پزشکی شفاف، ممکن است فرایند سازگاری را مختل کرده و منجر به طولانی‌تر شدن مراحل سازگاری شود. شناخت مراحل سازگاری می‌تواند به متخصصان بهداشت روان و کادر درمانی کمک کند تا برنامه‌های حمایتی را بر اساس مراحل سازگاری طراحی کنند. آموزش‌های روان‌شناختی درباره مراحل سازگاری می‌تواند به بیماران کمک کند تا احساسات خود را بهتر درک کرده و آن‌ها را مدیریت کنند. علاوه بر این، برگزاری جلسات مشاوره روانی و معنوی، با تأکید بر پذیرش شرایط و تقویت امید، می‌تواند در کاهش اضطراب و افسردگی زنان مؤثر باشد. توجه به این موضوع به ویژه در فرهنگ‌هایی که

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

باورهای معنوی و مذهبی نقش مهمی در تاب‌آوری دارند، از اهمیت بیشتری برخوردار است.

زنان در تلاش برای سازگاری با شرایط انتظار تشخیص، از مسیرهای تاب آوری متنوعی استفاده می‌کنند که شامل روش‌های معنوی و مذهبی، روش‌های ذهنی و روانی، و رویکردهای مثبت‌اندیشی است. توسل به دعا، ذکر گفتن، و توکل به خدا از جمله روش‌های رایج برای کاهش استرس و یافتن آرامش بود. این یافته‌ها نقش پررنگ معنویت و باورهای مذهبی را به‌عنوان منابع اصلی تاب‌آوری در جامعه ایرانی نشان می‌دهد. یافته‌های Facchin و همکاران نیز نشان داد که زنان برای مقابله با شرایط بحرانی، از منابعی نظیر مثبت‌اندیشی، حمایت‌های اجتماعی، و معنویت استفاده می‌کنند، که مستقیماً با زیرتم‌های "رویکردهای مثبت‌اندیشی" و "روش‌های معنوی و مذهبی سازگاری" در مطالعه ما مرتبط است (۳۴). Morse در مطالعه خود نشان داد زنان برای کنترل استرس و مدیریت احساسات خود، از استراتژی‌های شناختی مانند کنترل افکار منفی و حفظ آرامش استفاده می‌کنند (۳۷). مطالعه Sajjadi و همکاران نشان داد جستجوی اطلاعات و استفاده از معنویت و اعمال دینی نشان‌دهنده تلاش بیماران برای انطباق با شرایط و کاهش اضطراب است (۳۱). این نتایج با یافته‌های مطالعه ما درباره استفاده زنان از روش‌های ذهنی، معنوی، و مثبت‌اندیشی برای مدیریت استرس و سازگاری با شرایط سخت انتظار تشخیص، همخوانی دارد. این یافته‌ها بر اهمیت شناخت و تقویت استراتژی‌های سازگاری در زنان تأکید می‌کند. طراحی برنامه‌های حمایتی و آموزشی که بر تقویت مثبت‌اندیشی، مدیریت افکار منفی، و ارتقای معنویت تمرکز داشته باشد، می‌تواند در کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری زنان مؤثر باشد. برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ایجاد فرصت‌هایی برای مشارکت در فعالیت‌های معنوی و مذهبی می‌تواند به زنان کمک کند تا با شرایط دشوار انتظار تشخیص بهتر کنار بیایند. این رویکرد به‌ویژه در فرهنگ‌هایی مانند جامعه ایرانی که معنویت و باورهای مذهبی نقش پررنگی دارند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

یافته‌های مطالعه ما نشان داد حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بعنوان پیوندهای نجات بخش نقش کلیدی در تقویت روحیه و سازگاری زنان در مواجه با مسائل مرتبط با تشخیص بیماری داشت. خانواده به عنوان یک پناهگاه عاطفی، منبع اصلی حمایت و دلگرمی برای این زنان بود. زنان شرکت‌کننده در مطالعه، حضور خانواده را عامل مهمی برای کاهش اضطراب و افزایش امید به آینده می‌دانستند. این یافته‌ها نقش بی‌بدیل روابط خانوادگی را در تسهیل فرآیند سازگاری زنان نشان می‌دهد. مطالعه Morse بر اهمیت حمایت اجتماعی و خانوادگی در فرآیند تشخیص و درمان سرطان پستان اشاره دارد (۴۱). علاوه بر این Sweeny و همکاران در مطالعه خود پی بردند احساس وجود حمایت اجتماعی با کاهش پریشانی زنان مرتبط است، حتی اگر این حمایت بیشتر به‌طور ذهنی و نه به‌طور واقعی ادراک شده باشد (۱۵). این موضوع نشان می‌دهد که حس وجود حمایت از سوی خانواده و جامعه می‌تواند به‌تنهایی عاملی برای کاهش اضطراب و ایجاد احساس آرامش باشد. یافته‌های این مطالعات با تم "پیوندهای نجات‌بخش" در پژوهش حاضر، کاملاً همخوانی دارد. این یافته ها بر اهمیت تقویت شبکه‌های حمایتی زنان تأکید دارد. ایجاد برنامه‌های مشاوره خانوادگی برای افزایش آگاهی اعضای خانواده درباره نقش حمایتی آن‌ها در فرآیند سازگاری، می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود وضعیت روانی و جسمی زنان داشته باشد. همچنین، توسعه گروه‌های حمایتی اجتماعی و محلی، مانند گروه‌های همتا یا انجمن‌های حمایتی بیماران، می‌تواند به زنان کمک کند تا از تجارب و حمایت‌های عاطفی دیگران بهره‌مند شوند. این اقدامات، علاوه بر کاهش اضطراب زنان، باعث تقویت حس همراهی و کاهش احساس تنهایی آن‌ها می‌شود.

تحلیل اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان نشان داد که سن، تحصیلات و شغل به طور قابل‌توجهی بر نحوه تجربه زنان از بیماری و استراتژی‌های سازگاری آن‌ها تأثیر داشته است. این عوامل به درک عمیق‌تر تفاوت‌های فردی در مواجهه با بیماری و شرایط انتظار کمک می‌کند. نتایج نشان داد که زنان بالای ۴۰ سال در مورد وابستگی به دیگران، هزینه‌های درمان و نگرانی از مرگ و پیامدهای آن بر خانواده ابراز نگرانی می کردند. در مقابل، زنان زیر ۴۰ سال، بیشتر به استرس ناشی از مسئولیت‌های خانوادگی، تأثیر بیماری بر نقش‌های اجتماعی و آینده فرزندان اشاره داشتند. همچنین زنان جوان‌تر (زیر ۴۰ سال) نسبت زنان مسن‌تر (بالای ۴۰ سال) استرس و نگرانی بیشتری را تجربه می کردند. این امر ممکن است به دلیل مسئولیت‌های

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

خانوادگی یا اجتماعی بیشتر در زنان جوان باشد. این تفاوت می‌تواند به ماهیت متفاوت نگرانی‌ها و اولویت‌های هر گروه سنی مرتبط باشد (۴۲). همچنین مشخص شد زنان با تحصیلات بالاتر (کارشناسی) بیشتر از استراتژی‌های ذهنی و روانی مانند مثبت‌اندیشی برای سازگاری استفاده می‌کردند. در مقابل، زنان با تحصیلات پایین‌تر (زیر دیپلم) بیشتر به روش‌های معنوی و مذهبی تکیه داشتند. این تفاوت ممکن است ناشی از دسترسی کمتر به منابع روان‌شناختی و آموزشی در گروه با تحصیلات پایین‌تر باشد (۴۳). زنان شاغل (کارمندان) گزارش دادند که نگرانی‌های مرتبط با عملکرد شغلی و تعاملات اجتماعی در محیط کار تأثیر عمده‌ای بر استرس آن‌ها داشته است. در مقابل، زنان خانه‌دار بیشتر به نقش‌های خانوادگی و تأثیر بیماری بر وظایف خانه و مراقبت از فرزندان اشاره داشتند. در طراحی برنامه‌های حمایتی و درمانی، توجه به ویژگی‌های دموگرافیک بیماران بسیار ضروری است. این یافته‌ها بر اهمیت طراحی برنامه‌های حمایتی و درمانی متناسب با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران تأکید دارد. برنامه‌های حمایتی باید به گونه‌ای طراحی شوند که نیازهای خاص هر گروه را پوشش دهند. برای مثال، زنان مسن‌تر به برنامه‌هایی نیاز دارند که بر کاهش نگرانی‌های مرتبط با وابستگی و هزینه‌های درمان تمرکز کند. برای زنان جوان‌تر، خدماتی که به مدیریت مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی کمک می‌کند، می‌تواند مؤثر باشد. همچنین، آموزش مهارت‌های روان‌شناختی ساده برای زنان با تحصیلات پایین‌تر و ارائه حمایت‌های خاص در محیط‌های کاری برای زنان شاغل از جمله راهکارهای پیشنهادی است.

مطالعات نشان داده‌اند که مدت زمان انتظار به‌طور قابل‌توجهی با میزان رضایت بیماران ارتباط دارد (۴۴). انتظار کوتاه‌تر از مدت زمان پیش‌بینی‌شده، اغلب با رضایت بالاتر و ارزیابی مثبت‌تر از خدمات سلامتی همراه است. در مقابل، انتظار طولانی برای تشخیص یا درمان می‌تواند اثرات منفی بر سلامت روانی و اجتماعی بیماران داشته باشد و باعث افزایش اضطراب و نارضایتی آن‌ها شود. این موضوع نشان‌دهنده اهمیت مدیریت مؤثر فرآیندهای ارجاع و کاهش زمان انتظار در خدمات سلامت است. یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر تجربه بیماران، کمبود اطلاعات شفاف و دقیق از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی است. زنان در مواجهه با فرآیندهای تشخیصی، مانند بیوپسی، نیاز دارند اطلاعات کافی درباره مراحل انجام و زمان‌بندی نتایج دریافت کنند. کمبود اطلاعات دریافتی از کادر درمانی می‌تواند به احساس سردرگمی و افزایش استرس منجر شود و نارضایتی بیماران را تشدید کند (۴۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهند که ارائه اطلاعات شفاف و دقیق، همراه با کاهش زمان انتظار و ارائه نتایج به‌صورت حضوری، می‌تواند به بهبود تجربه عاطفی و روانی بیماران کمک کند. این موارد همچنین موجب تقویت حس حمایت و همراهی از سوی سیستم سلامت می‌شود (۴۶).

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه بینش‌های ارزشمندی درباره تجربیات زیسته زنان در انتظار تشخیص پس از غربالگری غیرطبیعی پستان ارائه کرد. با این حال، چندین محدودیت در این پژوهش وجود دارد. اول، این مطالعه بر روی نمونه‌ای کوچک و خاص از زنان در مراکز غربالگری انجام شده است که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به سایر بیماران مشابه را محدود کند. دوم، تجربیات زنان ممکن است تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی محیط پژوهش قرار گیرد. این تأثیرات می‌توانند باعث تنوع در واکنش‌ها و احساسات در زنان جوامع مختلف شوند. باورهای فرهنگی خاص درباره سلامت و بیماری و تفاوت در دسترسی به خدمات بهداشتی یا حمایت اجتماعی می‌تواند روی تجربیات زنان موثر باشد. بنابراین انجام پژوهش‌هایی که بتواند به شناسایی و تحلیل عوامل زمینه‌ای موثر در تجربیات زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان کمک کنند، ضروری است. برای درک تجربیات همه گروه‌های جمعیتی، پیشنهاد می‌شود. تحقیقات آینده به بررسی تجربیات مردان مبتلا به سرطان پستان و گروه‌های قومی مختلف در ایران نیز بپردازند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که زنان در انتظار تشخیص سرطان پستان پس از دریافت نتایج غیرطبیعی غربالگری، دوره‌ای پرتنش را با احساساتی نظیر شوک، ترس و نگرانی تجربه می‌کنند که این احساسات به شدت زندگی روزمره و روابط اجتماعی آنان را مختل می‌کند. این زنان همچنین مراحل مختلف سوگواری، از انکار تا پذیرش، را طی کرده و برای انطباق با شرایط از استراتژی‌هایی نظیر معنویت،

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

مثبت‌اندیشی و حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی استفاده کرده‌اند. بر اساس این یافته‌ها، ضروری است خدمات روان‌شناختی و مشاوره تخصصی در مراکز غربالگری و بیمارستان‌ها برای کمک به مدیریت استرس و ارتقای تاب‌آوری زنان ارائه شود. علاوه بر این، تسریع فرآیند تشخیص از طریق بهبود دسترسی به امکانات پیشرفته و کاهش زمان انتظار می‌تواند نقش مهمی در کاهش تنش‌های این دوره داشته باشد. طراحی برنامه‌های آموزشی با محوریت مدیریت استرس، تقویت مثبت‌اندیشی و مهارت‌های مقابله‌ای نیز می‌تواند به زنان در مواجهه بهتر با این شرایط کمک کند. حمایت خانواده‌ها و تشویق آنان به ارائه کمک‌های عاطفی و عملی، همراه با ایجاد شبکه‌های حمایتی اجتماعی نظیر گروه‌های همتا، می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش فشار روانی این دوره داشته باشد. در نهایت، تدوین سیاست‌های حمایتی از جمله گسترش پوشش بیمه‌ای و کاهش بار مالی بیماران می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی زنان در این مرحله حساس کمک کند. اجرای این اقدامات به شکلی هماهنگ و جامع، گامی مؤثر در پاسخگویی به نیازهای روانی و اجتماعی این زنان خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تهران به کد طرح ۵۴۸۷۵ انجام شده است. از حمایت‌های ارزشمند این معاونت نهایت سپاس و قدردانی را داریم. همچنین از تمامی زنانی که در این مطالعه شرکت کردند و با ارائه تجربیات خود در زمینه انتظار تشخیص پس از غربالگری سرطان پستان، به انجام این پژوهش کمک کردند، صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه منفعت مالی یا غیرمالی مرتبط با این پژوهش که ممکن است به عنوان تضاد منافع تلقی شود، وجود ندارد.

References

1. Lungulescu CV, Lungulescu C, Lungulescu LT, Artene S-A, Cazacu IM, Varju P, et al. The effect of psychoeducation on anxiety in women undergoing their initial breast cancer screening mammography. The Journal of nervous and mental disease. 2018;206(12):931–4. doi: 10.1097/NMD.0000000000000904.
2. Enayatrad M, Amoori N, Salehiniya H. Epidemiology and trends in breast cancer mortality in iran. Iranian journal of public health. 2015;44(3):430.
3. Kwok C, Endrawes G, Lee CF. Breast Cancer Screening Beliefs Questionnaire: Psychometric properties assessment of the Arabic version. Eur J Oncol Nurs. 2016;20:42-8. doi: 10.1016/j.ejon.2015.08.003.
4. Anderson BO, Jakesz R. Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. World J Surg. 2008;32(12):2578-85. doi: 10.1007/s00268-007-9454-z.
5. Akbari ME, Akbari A, Khayamzadeh M, Salmanian R, Akbari M. Ten-Year Survival of Breast Cancer in Iran: A National Study (Retrospective Cohort Study). Breast Care (Basel). 2023;18(1):12-21. doi: 10.1159/000526746.
6. Babu GR, Samari G, Cohen SP, Mahapatra T, Wahbe RM, Mermash S, et al. Breast cancer screening among females in Iran and recommendations for improved practice: a review. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(7):1647–55.
7. Asgarian F, Mirzaei M, Asgarian S, Jazayeri M. Epidemiology of breast cancer and the age distribution of patients over a period of ten years. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2016;9(1):31–6.[persian]
8. 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):68–50. doi: 10.61186/ijbd.16.4.50 [persian].
9. Gupta S, Sinha Gupta S, De A, Banerjee R, Goel S. Socio-cultural and financial issues against breast cancer screening behaviour among eligible Indian women: evidence for action. Breast Cancer Research and Treatment. 2024;205(1):169-79. doi: 10.1007/s10549-024-07244-7.

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

10. Ponce-Chazarri L, Ponce-Blandón JA, Immordino P, Giordano A, Morales F. Barriers to breast cancer-screening adherence in vulnerable populations. Cancers. 2023;15(3):604. doi: 10.3390/cancers15030604.
11. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ramezani F, Malek N, et al. Stigma and quality of life in women with breast cancer: mediation and moderation model of social support, sense of coherence, and coping strategies. Frontiers in psychology. 2022;13:657992. doi: 10.3389/fpsyg.2022.657992.
12. Long H, Brooks JM, Harvie M, Maxwell A, French DP. How do women experience a false-positive test result from breast screening? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. British journal of cancer. 2019;121(4):351-8. doi: 10.1038/s41416-019-0524-4.
13. Lally RM. Acclimating to breast cancer: a process of maintaining self-integrity in the pretreatment period. Cancer nursing. 2010;33(4):268–79. doi:10.1097/NCC.0b013e3181d8200b
14. Demir F, Donmez YC, Ozsaker E, Diramali A. Patients' lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study. Journal of Clinical Nursing. 2008;17(6):744–51. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02116.x.
15. Sweeny K, Christianson D, McNeill J. The psychological experience of awaiting breast diagnosis. Annals of Behavioral Medicine. 2019;53(7):630–41. doi: 10.1093/abm/kay072.
16. Loving VA, Aminololama-Shakeri S, Leung JW. Anxiety and its association with screening mammography. Journal of Breast Imaging. 2021;3(3):266–72. https://doi.org/10.1093/jbi/wbab024
17. Olivotto IA, Kan L, King S. Waiting for a diagnosis after an abnormal screening mammogram. SMPBC diagnostic process workgroup. Screening Mammography Program of British Columbia. Can J Public Health. 2000;91(2):113-7. doi: 10.1007/BF03404922.
18. Blow AJ, Swiecicki P, Haan P, Osuch JR, Symonds LL, Smith SS, et al. The emotional journey of women experiencing a breast abnormality. Qual Health Res. 2011;21(10):1316-34. doi: 10.1177/1049732311405798.
19. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjödén PO. Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. Eur J Cancer. 2001;37(4):463-9. doi: 10.1016/s0959-8049(00)00426-3.
Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. Womens Health Issues. 2002 May-Jun;12(3):122-8. doi: 10.1016/s1049-3867(02)00132-9.
21. Li X, Zhao M, Dong X, Zhao Q, Zhang X. Irrational beliefs surrounding the diagnosis of breast cancer in young Chinese women: An observational study. Medicine. 2021;100(9):e25024. doi: 10.1097/MD.0000000000025024.
22. Gonzalez P, Lim J-W, Wang-Letzkus M, Flores KF, Allen KM, Castañeda SF, et al. Breast cancer cause beliefs: Chinese, Korean, and Mexican American breast cancer survivors. Western journal of nursing research. 2015;37(8):1081–99. doi: 10.1177/0193945914541518.
23. Drageset S, Lindstrøm TC, Giske T, Underlid K. Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. Journal of advanced nursing. 2011;67(9):1941–51. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x.
24. Rashidi E, Morda R, Karnilowicz W. "I Will Not Be Defined by This. I'm Not Going to Live Like a Victim; It Is Not Going to Define My Life": Exploring Breast Cancer Survivors' Experiences and Sense of Self. Qualitative Health Research. 2021;31(2):349–60. doi: 10.1177/1049732320968069.
25. Davidsen AS. Phenomenological approaches in psychology and health sciences. Qualitative research in psychology. 2013;10(3):318–39. doi: 10.1080/14780887.2011.608466.
26. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. Perspectives on medical education. 2019;8:90–7. doi: 10.1007/s40037-019-0509-2.
27. Van Manen M. Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing: Routledge; 2023. https://doi.org/10.4324/9781003228073
28. Ranjbar H, Haghdoost AA, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani M, Bahrami N.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]

Sampling in qualitative research: A Guide for beginning. 2012.
29. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research: Sage publications; 2017.
30. Gustavsson B. The principles of knowledge creation: research methods in the social sciences: Edward Elgar Publishing; 2007.
31. Sajjadi M, Rassouli M, Abbaszadeh A, Brant J, Majd HA. Lived experiences of "illness uncertainty" of Iranian cancer patients: a phenomenological hermeneutic study. Cancer nursing. 2016;39(4):E1–E9. doi: 10.1097/NCC.0000000000000282.
32. Diekelmann N, Allen D, Tanner C. A hermeneutic analysis of the NLN criteria for the appraisal of baccalaureate programs. The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis. 1989:11–34.
33. Crist JD, Tanner CA. Interpretation/analysis methods in hermeneutic interpretive phenomenology. Nursing research. 2003;52(3):202–5.
34. Facchin F, Scarfone G, Tamanza G, Ravani S, Francini F, Peccatori FA, et al. Lights and shadows: an interpretative phenomenological analysis of the lived experience of being diagnosed with breast cancer during pregnancy. Frontiers in Psychology. 2021;12:620353. doi: 10.3389/fpsyg.2021.620353.
35. Kovar A, Bronsert M, Jaiswal K, Murphy C, Wolverton D, Ahrendt G, et al. The waiting game: how long are breast cancer patients waiting for definitive diagnosis? Annals of Surgical Oncology. 2020;27:3641–9. doi: 10.1245/s10434-020-08484-9.
36. Baena-Cañada JM, Rodríguez-Pérez L, Gámez-Casado S, Quílez-Cutillas A, Cortés-Carmona C, Rosado-Varela P, et al. Evaluation of waiting times for breast cancer diagnosis and surgical treatment. Clin Transl Oncol. 2018;20(10):1345-52. doi: 10.1007/s12094-018-1867-7.
37. Morse JM, Pooler C, Vann-Ward T, Maddox LJ, Olausson JM, Roche-Dean M, et al. Awaiting diagnosis of breast cancer: strategies of enduring for preserving self. Oncol Nurs Forum. 2014;41(4):350-9. doi: 10.1188/14.ONF.350-359.
38. Thorne SE, Harris SR, Hislop TG, Vestrup JA. The experience of waiting for a diagnosis after an abnormal mammogram. The Breast Journal. 1999;5(1):42-51. doi: 10.1046/j.1524-4741.1999.005001042.x.
39. Rodrigues ECG, Neris RR, Nascimento LC, de Oliveira-Cardoso ÉA, Dos Santos MA. Body image experience of women with breast cancer: A meta-synthesis. Scandinavian journal of caring sciences. 2023;37(1): 20-36. doi: 10.1111/scs.13102.
40. Lebel S, Jakubovits G, Rosberger Z, Loiselle C, Seguin C, Cornaz C, et al. Waiting for a breast biopsy: psychosocial consequences and coping strategies. Journal of psychosomatic research. 2003;55(5):437–43. doi: 10.1016/s0022-3999(03)00512-9.
41. Morse JM, Pooler C, Vann-Ward T, Maddox LJ, Olausson JM, Roche-Dean M, et al., editors. Awaiting diagnosis of breast cancer: strategies of enduring for preserving self. Oncology nursing forum; 2014;41(4):350-9. doi: 10.1188/14.ONF.350-359.
42. Kim J, Lee K. Lived experiences of breast cancer in patients under the age of 40: A phenomenological study. European Journal of Oncology Nursing. 2023;65:102336. doi: 10.1016/j.ejon.2023.102336.
43. Marcu A, Black G, Vedsted P, Lyratzopoulos G, Whitaker KL. Educational differences in responses to breast cancer symptoms: a qualitative comparative study. British Journal of Health Psychology. 2017;22(1):26–41. doi: 10.1111/bjhp.12215.
44. Fogarty C, Cronin P. Waiting for healthcare: a concept analysis. Journal of advanced nursing. 2008;61(4):463–71. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04507.x.
45. Harding MM, McCrone S. Experiences of non-navigated women undergoing breast diagnostic evaluation. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2013;17(1):E8-E12. doi: 10.1188/13.CJON.E8-E12.
46. Pineault P. Breast Cancer Screening: Women's Experiences of Waiting for Further Testing. Oncol Nurs Forum. 2007;34(4):847-53. doi: 10.1188/07.ONF.847-853.

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

[DOI: 10.61186/ijbd.18.2.126]