**Iranian Journal of Breast Diseases. 2026; 19(2):91-112**

**Original Article**

# Patients' strategies for maintaining hope in the face of breast cancer: A qualitative study

**Fatemeh Sadat Alavi[1], Roghayeh Nouri[1], Mahsa Nazarnia[2], Mohammadreza Shahrasbi[3], Morteza Mansourian[4], Zahra Saboohi[5]✉**

[1]Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Department of Health Education and Health Promotion, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
[3]Department of Plastic and Reconstructive Surgery, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4]Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5]Department of Health Services, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

**Introduction:** Hope, conceptualized by Snyder as a combination of agency and pathways toward goal attainment, plays a critical role in adaptation to breast cancer. Strategies used by patients to maintain hope, especially in non-Western cultural contexts, remain underexplored. This study aimed to examine hope-preserving strategies among Iranian women with breast cancer.

**Methods :**This qualitative study employed thematic content analysis based on Braun and Clarke's approach. Twelve women with breast cancer were selected through purposive sampling with maximum variation from healthcare centers affiliated with Iran University of Medical Sciences during the period from October to December 2023. Data were collected through semi-structured interviews conducted in person or by phone and analyzed using MAXQDA 2020 software. Data collection continued until theoretical saturation was achieved.

**Findings:** Patients' experiences of the treatment process were shaped by an interplay of supportive and challenging factors. Psychological, social, and spiritual support played a crucial role in reducing anxiety, enhancing hope, and promoting psychological adaptation. Active patient participation in the treatment process and lifestyle modification increased feelings of control and empowerment. Conversely, insufficient emotional support, lack of empathic communication, and fear of disease recurrence emerged as major challenges, highlighting the need for continuous supportive interventions.

**Conclusion**: Patients maintain hope in the face of cancer by utilizing multidimensional individual, social, and spiritual strategies. However, experiences such as fear of disease recurrence show that intervention design should also address negative challenges. Designing culturally-based supportive interventions, focusing on psychological empowerment and active patient participation, can lead to improved hope and quality of life for patients, especially when these interventions are based on the central role of the family, spiritual-religious beliefs, and communication patterns governing the Iranian health system, which can use the findings of this study as a practical basis for planning local interventions and decision-making by health policymakers.

**Keywords:** Breast cancer, hope, qualitative

**Received:** 2025/10/18
**Accepted:** 2026/02/04

***Corresponding Author:**
saboohizahra2020@gmail.com

**Ethics Approval:**
IR.IUMS.REC.1402.140

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

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

## Introduction

Breast cancer is the most prevalent malignancy among Iranian women, representing not only a physical health priority but also a complex psychosocial crisis (1). In the Iranian cultural context, a breast cancer diagnosis often transcends individual health, profoundly impacting a woman's familial roles and social identity (2). These patients face unique challenges where the intersection of traditional expectations and the life-threatening nature of the illness creates a significant psychological burden, necessitating robust coping mechanisms to sustain their mental well-being (3)."

While previous studies in Iran have explored general coping mechanisms (4) and the correlation between spiritual intelligence and hope (5, 6), a critical gap remains in understanding the active, day-to-day strategies by which hope is maintained. Most existing research has focused on hope as a static outcome or its relationship with quality of life, rather than the underlying, culturally embedded processes—such as specific religious meaning-making and the dynamics of family-centric support—that enable patients to preserve hope during the rigorous journey of diagnosis and treatment (7, 8). There is a need for a deeper qualitative exploration to capture these nuanced, indigenous strategies that remain under-theorized in the Iranian context."

Accordingly, the present qualitative study was designed to bridge this gap by identifying the culturally embedded strategies for maintaining hope among Iranian women with breast cancer. By focusing on the lived experiences of these patients, this study seeks to provide a localized framework of hope-maintaining strategies that can inform the development of culturally competent psychological interventions within the Iranian healthcare system."

## Participants and Methods

### Study Design and Setting

This qualitative study employed thematic analysis according to the six-phase framework of Braun and Clarke (8). The study was conducted at the oncology and radiotherapy clinics of Hazrat-e-Rasool Akram Hospital, a major teaching hospital affiliated with Iran University of Medical Sciences in Tehran

### Participants and Recruitment

Participants were recruited through purposive sampling with maximum variation to capture a diverse range of experiences regarding age (29–63 years), educational background (primary to master's degree), marital status (married, single, and widowed), and type of surgery (total, partial, and radical mastectomy). The researcher initially identified potential participants by reviewing clinic records and then approached them face-to-face during their follow-up visits at Hazrat-e-Rasool Akram Hospital. Out of 15 women invited to participate, 3 declined (two due to physical fatigue following treatment and one due to a lack of interest in sharing personal experiences), resulting in a final sample of 12 participants."

### Data Collection

In-depth semi-structured interviews were conducted in Persian by the first author in a private room at the oncology centers to ensure confidentiality. Interviews began with an open-ended question: "Can you tell me about your experience with breast cancer and what has helped you keep going?" Follow-up probes were used to explore specific hope-maintaining strategies. Data collection continued until **data saturation** was achieved, defined as the point where the last two interviews yielded no new codes or conceptual categories. Each interview (35–70 minutes) was audio-recorded and transcribed verbatim in Persian. For publication, the final themes and representative quotes were translated into English by a fluent translator and cross-checked by the research team to ensure conceptual equivalence.

### Data Analysis

Data were analyzed concurrently with data collection using MAXQDA 2020. Following Braun and Clarke’s approach, the process involved: 1) familiarization with data, 2) generating initial codes, 3) searching for themes, 4) reviewing themes against the dataset, 5) defining and naming themes, and 6) producing the final report.

### Trustworthiness

To ensure rigor, Lincoln and Guba’s criteria were applied. **Credibility** was established through member checking (returning transcripts to three participants to verify the accuracy of findings) and prolonged engagement with the data. **Dependability**

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

was ensured through an audit trail in which all research steps and coding decisions were documented for external review. **Confirmability** was achieved through peer debriefing, where two external experts in qualitative research reviewed the coding process and themes. **Transferability** was addressed by providing a "thick description" of the participants' characteristics and the research context.

### Ethical Considerations

"The study was conducted in accordance with the ethical guidelines of the Declaration of Helsinki and received formal approval from the Research Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (IR.IUMS.REC.1402.140). Prior to data collection, all participants were provided with a clear explanation of the study's objectives and the voluntary nature of their involvement. Subsequently, written informed consent was obtained from all participants. To ensure confidentiality and anonymity, all identifying information was removed, and pseudonyms were assigned to each participant throughout the research process."

## Results

The present study included 12 women diagnosed with breast cancer. The mean age of participants was 45.6 years (range: 29–63 years). The mean duration since diagnosis was 30 months. Regarding educational level, two participants had primary education, five had a diploma, three had a bachelor's degree, and two had a master's degree. Nine participants were married, two were single, and one was widowed.

In terms of clinical characteristics, eight participants had undergone total mastectomy, three partial mastectomy, and one radical mastectomy. All participants had received surgery and chemotherapy; ten had undergone radiotherapy, and ten had received hormone therapy.

**Table 1: Demographic and Clinical Characteristics of Participants**

| Line | Age | Educational Level | Marital Status | Duration Since Diagnosis (Months) | Type of Mastectomy | Treatments Received |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 36 | Diploma | Married | 12 | Total | Surgery, Chemotherapy, Radiotherapy, Hormone therapy |
| 2 | 52 | Primary | Married | 48 | Total | Surgery, Chemotherapy, Radiotherapy |
| 3 | 41 | Bachelor | Married | 18 | Partial | Surgery, Chemotherapy, Hormone therapy |
| 4 | 60 | Diploma | Widowed | 60 | Total | Surgery, Chemotherapy, Radiotherapy, Hormone therapy |
| 5 | 29 | Bachelor | Single | 9 | Partial | Surgery, Chemotherapy |
| 6 | 47 | Diploma | Married | 24 | Total | Surgery, Chemotherapy, Radiotherapy |
| 7 | 50 | Master | Married | 36 | Radical | Surgery, Chemotherapy, Radiotherapy, Hormone therapy |
| 8 | 44 | Diploma | Married | 30 | Total | Surgery, Chemotherapy, Hormone therapy |
| 9 | 39 | Bachelor | Married | 15 | Partial | Surgery, Chemotherapy, Radiotherapy |
| 10 | 63 | Primary | Married | 72 | Total | Surgery, Chemotherapy, Radiotherapy, Hormone therapy |
| 11 | 46 | Master | Single | 20 | Total | Surgery, Chemotherapy |
| 12 | 43 | Diploma | Married | 21 | Total | Surgery, Chemotherapy, Radiotherapy, Hormone therapy |

"Qualitative data analysis resulted in the extraction of seven main themes and 15 subthemes. Table 2 presents the main themes, subthemes, and representative codes."

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

**Table 2: Main themes, subthemes, and representative participant quotes for hope-maintaining strategies**

| | main themes | subthemes |
|---|---|---|
| 1 | Psychological Support | • Professional Counseling and Emotional Validation<br>• Structured Psychological Interventions |
| 2 | Empathic Therapeutic Communication | • Respectful and Humanized Interaction<br>• Trust-Building Communication |
| 3 | Family Support | • Emotional Support<br>• Instrumental and Practical Support |
| 4 | Peer Support and Experiential Modeling | • Sharing Lived Experiences<br>• Observing Survivors as Sources of Hope |
| 5 | Spiritual Meaning-Making | • Reliance on God and Prayer<br>• Acceptance Combined with Active Effort |
| 6 | Empowerment Through Information and Participation | • Active Information Seeking<br>• Shared Decision-Making |
| 7 | Adaptive Lifestyle and Self-Regulation | • Health-Promoting Behavioral Changes<br>• Emotional and Cognitive Regulation Strategies<br>• Managing Post-Treatment Vulnerability and Fear of Recurrence |

In the present study, eight main themes were extracted, including psychological support, empathic therapeutic communication, family support, peer support, spiritual meaning-making, empowerment through participation in treatment, adaptive lifestyle and self-regulation, and post-treatment vulnerability and fear of recurrence.

**1. Psychological Support**

**1-1. Professional Counseling and Emotional Validation**

This subtheme included receiving individual counseling, learning emotion-regulation skills, cognitive reframing of negative thoughts, anxiety management, and reassurance from mental health professionals. Participants described psychological support as strengthening inner stability and reducing catastrophic thinking.

**1-2. Structured Psychological Interventions**

Codes included mindfulness exercises, relaxation techniques, stress-management education, and continuous psychological follow-up, all of which helped participants maintain emotional balance.

**2. Empathic Therapeutic Communication**

**2-1. Respectful and Humanized Interaction**

This subtheme encompassed active listening, clear explanations of diagnoses and treatments, sufficient consultation time, a respectful tone, and compassionate behavior from healthcare providers.

**2-2. Trust-Building Communication**

Participants reported that honest disclosure of information, encouragement, and physicians' accessibility increased confidence and reinforced hope.

**3. Family Support**

**3-1. Emotional Support**

Most participants experienced comfort, encouragement, reassurance, and companionship from spouses, children, and close relatives throughout diagnosis and treatment.

**3-2. Instrumental and Practical Support**

This included assistance with household tasks, childcare, transportation to treatment sessions, and financial support.

**4. Peer Support and Experiential Modeling**

**4-1. Sharing Lived Experiences**

Participants exchanged experiences about treatment side effects and coping strategies with other patients, thereby normalizing their emotional responses.

**4-2. Observing Survivors as Sources of Hope**

Seeing women who had successfully completed treatment strengthened belief in recovery and provided tangible evidence of positive outcomes.

**5. Spiritual Meaning-Making**

**5-1. Reliance on God and Prayer**

This subtheme included prayer, Quran recitation, trust in divine wisdom, gratitude, and interpreting illness as a spiritual test.

**5-2. Acceptance Combined with Active Effort**

Participants described accepting destiny while simultaneously adhering actively to medical treatment.

**6. Empowerment Through Information and Participation**

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

**6-1. Active Information Seeking**
Participants consulted reliable sources, asked detailed questions of healthcare providers, and sought second opinions to increase their understanding and perceived control.

**6-2. Shared Decision-Making**
Involvement in selecting treatment options and discussing therapeutic plans enhanced agency and strengthened commitment to treatment.

**7. Adaptive Lifestyle and Self-Regulation**
This theme reflects the proactive measures participants took to regain control over their lives and manage the psychological aftermath of the illness.

**7-1. Health-Promoting Behavioral Changes**: Adopting healthy nutrition, engaging in light physical activity, improving sleep habits, and avoiding harmful behaviors were reported as proactive recovery strategies.

**7-2. Emotional and Cognitive Regulation**: Positive self-suggestion, maintaining daily routines, cognitive distraction, and downward social comparison were used to sustain emotional balance.

**7-3.Managing Post-Treatment Vulnerability and Fear of Recurrence**:
To maintain hope after completing active treatment, participants developed cognitive strategies to navigate the persistent fear of recurrence and the perceived reduction in medical support. Rather than viewing the end of treatment as a loss of protection, they reframed it as a transition to survivorship. As one participant (P11) shared:
"Initially, I was terrified of finishing chemotherapy, feeling like I was losing my shield. However, I decided to change my perspective; I told myself that every follow-up scan is not a reminder of cancer, but a celebration of my body's resilience. This shift in thinking kept my hope alive when the fear tried to take over."*

## Discussion

"The findings indicate that structured psychological support and empathetic communication from the healthcare team constitute core foundations for sustaining hope. Participants identified specialized counseling and cognitive–behavioral techniques as vital for reducing catastrophic thinking, aligning with evidence that psychotherapy enhances hope (9). However, while previous Iranian studies on coping strategies often emphasize passive endurance, our findings highlight a shift toward active hope-seeking through professional interventions. Unlike some Western models that prioritize individual autonomy, the 'hope' experienced by our participants was deeply relational—embedded in the trust built with the medical team (10).

Beyond professional care, perceived social support, particularly from family, was a primary buffer against helplessness (11). In contrast to some studies in secular contexts where peer support is the dominant social resource, our results—consistent with evidence from the Middle East—underscore that, within the Iranian cultural fabric, family remains the central pillar of resilience. This suggests that hope-maintenance is a collective rather than an individual endeavor in this context. Furthermore, spirituality and Tawakkul* (trust in God) emerged not merely as coping mechanisms but as a 'meaning-making framework' that reframes illness as a spiritual journey. This finding adds depth to previous spiritual coping literature (12, 13).

Another prominent dimension was patients' awareness and active participation in treatment. Access to reliable information regarding the disease, therapeutic options, and potential complications reduced uncertainty and enhanced perceived control (14). Shared decision-making, when aligned with patients' values and preferences, promoted ownership of the treatment trajectory, self-confidence, and hope (15, 16).

A critical strength of this study is the identification of 'Empowerment through Participation' as a hope strategy. While some Iranian literature suggests a preference for paternalistic medical decision-making (17), our participants expressed a strong desire for shared decision-making and reliable information, indicating an evolving health literacy and a need for agency among Iranian breast cancer survivors.

Additionally, lifestyle modification and self-care practices—including improved nutrition, sleep regulation, light physical activity, and relaxation techniques—served as internal resources to foster self-efficacy and hope (18), and mindfulness-based interventions were associated with reduced pain, fatigue, and psychological distress (19). Multidimensional supportive care and education on managing treatment-related side effects rendered the therapeutic process more predictable and strengthened motivation for continuity (20).

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

Overall, these findings, consistent with evidence from Middle Eastern contexts, underscore the prominent role of family and spirituality in shaping hope (21). However, the small sample size and single-center design limit transferability, highlighting the need for larger, multicenter qualitative studies to advance understanding of culturally grounded hope-maintenance strategies.

*Limitations and Future Directions

While this study provides rich qualitative insights, its single-center design at Hazrat-e-Rasool Akram Hospital and the small sample size may limit the transferability of findings to more diverse ethnic or rural populations within Iran. The cultural nuances of hope may vary significantly across different Iranian sub-cultures.

**Clinical and Research Implications**

Clinically, these results suggest that oncology departments should shift from a purely biomedical model to a 'Hope-Centered Care' model. This includes:

1. Integrating family members into the psychological counseling process.
2. Training oncology staff in 'empathic communication' as a formal part of the treatment protocol.
3. Developing culturally tailored spiritual-care packages.

Future research should focus on longitudinal, multicenter studies to evaluate the long-term sustainability of these hope strategies and explore how socioeconomic status influences a patient's ability to employ active self-regulation."

**References**


1. Moradi-Joo M, Mohabbat-Bahar S, Heidari S, Davoodi SH, Sheyklo SG, Akbari M-E. Metformin versus sulfonylurea in breast cancer risk of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. 2016. doi: 10.17795/ijcp-5971 [Persian]
2. Tao JJ, Visvanathan K, Wolff AC. Long term side effects of adjuvant chemotherapy in patients with early breast cancer. *Breast.* 2015;24 Suppl 2:S149-S153. doi: 10.1016/j.breast.2015.07.035
3. Allegretti AS, Thadhani RI. Epidemiology: Chronic disease, cancer, and exercise—a common link. *Nat Rev Nephrol.* 2018;14(5):288-290. doi: 10.1038/nrneph.2018.24
4. Afrooz G, Ghasemzadeh S, Taziki T. Investigation of coping strategies and mental health in women with breast cancer. *J Fam Res.* 2014;11(1):25-40. [Persian]
5. Manouchehri H, Khaleghdoost Mohammadi T, Karimzadeh Shirazi K, Moosavi S. Relationship between spiritual intelligence, resilience and hope in patients with cancer. *J Holist Nurs Midwifery.* 2022;32(1):45-53. [Persian]
6. Nikmanesh Z, Sepehri Z, Khosravi M. The relationship between spiritual intelligence and hope in patients with breast cancer. *Iran J Breast Dis.* 2016;9(2):50-57. [Persian]
7. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs.* 2006;54(3):265-272. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03808.x [Persian]
8. Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2002;29(3):561-568. doi: 10.1188/02.ONF.561-568
9. Luo J, Li L, Reangsing C, Schneider JK. Effects of psychotherapy on hope/hopelessness in adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Med.* 2022;29(6):691-704. doi: 10.1007/s12529-021-10051-9
10. Babaii A, Mohammadi E, Sadooghiasl A. The meaning of the empathetic nurse-patient communication: a qualitative study. *J Patient Exp.* 2021;8:23743735211056432. doi: 10.1177/23743735211056432 [Persian]
11. Rawas H, De Beer J, Alturki O, Altorki M, Alhelali T, Althagfi A, et al. Hopelessness and social support among cancer patients in Saudi Arabia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2024;25(4):1363-1370. doi: 10.31557/APJCP.2024.25.4.1363
12. Yildiz T, Uslu-Sahan F. Effect of spirituality on psychological resilience and hope in patient-family caregiver dyads experiencing gynecological cancer: an actor-partner interdependence analysis. *Cancer Nurs.* 2024. doi: 10.1097/NCC.0000000000001365
13. Amini F, Raeisi F, Tabari F, Rasoolzadeh N, Molaei S. Prediction of hope based on forgiveness and religious beliefs among leukemia patients. *Health Educ Health Promot.* 2020;8(1):31-35. [Persian]
14. Zaheer S, Gul RB, Bhamani SS, Memon MA. The effect of individualized education


[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

with support on breast cancer patients' anxiety and depression during radiation therapy: a pilot study. *Eur J Oncol Nurs.* 2020;48:101826. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101826
15. Montori VM, Ruissen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunneman M. Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evid Based Med.* 2023;28(4):213-217. doi: 10.1136/bmjebm-2022-112068
16. Keelson SA, Addo JO, Amoah J. The impact of patient engagement on service quality and customer well-being: an introspective analysis from the healthcare providers' perspective. *Cogent Public Health.* 2024;11(1):2340157. doi: 10.1080/27707571.2024.2340157
17. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences. *J Gen Intern Med.* 2005;20(6):531-535. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x
18. Pedroni G, Camerini AL. The importance of a healthy lifestyle to prevent mental health problems during crisis situations: evidence from Corona Immunitas Ticino. *J Public Health.* 2024;34(1):207-220. doi: 10.1007/s10389-024-02263-6
19. Enjezab B, Zare M, Shokrirafsanjani F. Effect of mindfulness-based stress reduction intervention on pain and fatigue in women with breast cancer. *J Clin Care Skills.* 2024;5(3):137-144. [Persian]
20. Mersha A, Abera A, Tesfaye T, Abera T, Belay A, Melaku T, et al. Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. *BMC Nurs.* 2023;22(1):381. doi: 10.1186/s12912-023-01526-z.
21. Metwaly SM, Mohammed EO, Elsebaie SR. Relation between hope, coping strategies and social support among women with breast cancer. *NeuroQuantology.* 2022;20(18):989-998. doi: 10.48047/NQ.2022.20.18.NQ88091

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

مقاله‌پژوهشی

**مجله علمی بیماری‌های پستان ایران**
**۱۴۰۵؛۱۹(۲):۹۱-۱۱۲**

# استراتژی‌های بیماران برای حفظ امید در مواجهه با سرطان پستان: یک مطالعه کیفی

**فاطمه سادات علوی[۱]، رقیه نوری[۱]، مهسانظرنیا[۲]، محمدرضا شهراسبی[۳]، مرتضی منصوریان[۴]، زهرا صبوحی[۵]✉**

[۱]گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۲]گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۳]گروه جراحی پلاستیک و ترمیمی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۴]مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، بزرگراه همت، ایران
[۵]گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

**تاریخ ارسال:** ۱۴۰۴/۰۷/۲۶
**تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۴/۱۱/۱۵

* **نویسنده مسئول:**
saboohizahra2020@gmail.com

## چکیده

**مقدمه:** براساس نظریه امید اسنایدر که امید را ترکیبی از عامل‌بودن و مسیرهای دستیابی به اهداف می‌داند، امید نقش مهمی در سازگاری بیماران با سرطان پستان ایفا می‌کند، اما راهبردهایی که بیماران برای حفظ آن به‌کار می‌برند، به‌ویژه در زمینه‌های فرهنگی غیربومی، کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به ابعاد روان‌شناختی سرطان، مطالعات اندکی به شناسایی راهکارهای حفظ امید در میان بیماران ایرانی پرداخته‌اند. این مطالعه با هدف بررسی استراتژی‌های حفظ امید در بیماران ایرانی مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای مضمون‌محور براساس رویکرد براون و کلارک انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۱۲ زن مبتلا به سرطان پستان بودند که به‌صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در بازه مهر تا آذر ۱۴۰۲ انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، حضوری یا تلفنی جمع‌آوری و با نرم‌افزار MAXQDA 2020 تحلیل شدند. فرآیند گردآوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد تجربه بیماران از مسیر درمان در تعامل با مجموعه‌ای از عوامل حمایتی و چالشی شکل می‌گیرد. حمایت‌های روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی نقش مهمی در کاهش اضطراب، افزایش امید و تقویت سازگاری روانی بیماران ایفا می‌کردند. مشارکت فعال بیماران در فرآیند درمان و اصلاح سبک زندگی، احساس کنترل و توانمندی را در آنان افزایش می‌داد. در مقابل، کمبود حمایت عاطفی، ضعف ارتباط همدلانه و ترس از عود بیماری از چالش‌های اصلی تجربه‌شده بودند که نیاز به مداخلات حمایتی مستمر را برجسته می‌ساختند.

**نتیجه‌گیری:** بیماران با بهره‌گیری از راهبردهای چندبعدی فردی، اجتماعی و معنوی، امید خود را در مواجهه با سرطان حفظ می‌کنند. اما تجربه‌هایی مانند ترس از عود بیماری نشان می‌دهد که طراحی مداخلات باید به چالش‌های منفی نیز توجه نماید. طراحی مداخلات حمایتی مبتنی بر فرهنگ، با تمرکز بر توانمندسازی روانی و مشارکت فعال بیمار، می‌تواند به ارتقاء امید و کیفیت زندگی بیماران منجر شود، به‌ویژه زمانی که این مداخلات بر نقش محوری خانواده، باورهای معنوی– دینی و الگوهای ارتباطی حاکم بر نظام سلامت ایران استوار باشند؛ امری که می‌تواند یافته‌های این پژوهش را به‌عنوان مبنایی عملی برای برنامه‌ریزی مداخلات بومی و تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران سلامت به کار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان پستان، امید، تحقیقات، کیفی

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

## مقدمه

سرطان یک بیماری پیچیده است که بر سلامت جسمی و روانی بیمار، خانواده‌های او و مراقبان او تأثیر می‌گذارد (۱). بر اساس داده‌های نظرسنجی سال ۲۰۲۰ آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان، میزان بروز جهانی موارد جدید سرطان پستان به ۲/۲۶ میلیون مورد رسیده است که این بیماری را به شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان در سراسر جهان تبدیل می‌کند. در ایران، حدود ۲۷ درصد از کل سرطان‌های تشخیص داده شده در زنان به سرطان پستان اختصاص دارد و به عبارتی، شایع‌ترین سرطان در بین زنان ایرانی محسوب می‌شود (۲). شیوع سرطان پستان در ایران در سال ۲۰۲۰، ۳۵/۰۸ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است (۳). اهمیت این بیماری در کشور زمانی بیشتر نمایان می‌شود که بدانیم بخش قابل توجهی از بیماران در سنین فعال زندگی قرار دارند و طی سال‌های اخیر روند ابتلا به سرطان پستان در سنین پایین‌تر نیز گزارش شده است. این وضعیت پیامدهای قابل توجهی برای فرد، خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار اجتماعی و اقتصادی قابل ملاحظه‌ای را از جمله افزایش هزینه‌های درمان، کاهش بهره‌وری اجتماعی و فشار بر نظام حمایتی خانواده‌ها بر نظام سلامت تحمیل می‌کند(۴).

روش‌های درمانی اولیه سرطان پستان شامل جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، درمان هدفمند و هورمون درمانی هستند. این روش‌های درمانی در سال‌های اخیر پیشرفت قابل توجهی داشته‌اند، به طوری که نرخ بقای ۵ ساله بیماران مبتلا به سرطان پستان به ۹۱ درصد و نرخ بقای ۱۰ ساله به ۸۲ درصد افزایش یافته است(۵). سرطان پستان از یک «بیماری لاعلاج» به یک «بیماری مزمن» تبدیل شده است(۶). در طول مسیر طولانی تشخیص و درمان، بیماران مبتلا به سرطان پستان نه تنها با علائم جسمی مواجه می‌شوند، بلکه با چالش‌های روان‌شناختی شدید نیز دست و پنجه نرم می‌کنند(۷). کل مسیر سرطان از تشخیص تا درمان یک تجربه استرس‌زا برای بیماران سرطانی، ازجمله مبتلایان به سرطان پستان و زنان (BGC) است(۸). آنها با عوامل استرس‌زا مختلفی مانند هزینه درمان، تغییر در روابط، تغییر در تصویر بدن و عوارض جانبی درمان مواجه هستند که بر استرس روانی تجربه شده توسط این بیماران می‌افزاید(۹).

امید یکی ازویژگی های زندگی است که مارا به جستجوی فردای بهتر وا می‌دارد. امید یعنی موقعیت و آینده ی بهترودلیلی برای زیستند. سطح امید بازتابی از باورها یا انتظارات مثبت فرد در مورد تغییرات مطلوب آینده است (۱۰). بر اساس نظریه امید اسنایدر امید ترکیبی از عامل بودن و مسیرهای دستیابی اهداف است (۱۱). امید نقش مهمی در سازگاری بیماران با سرطان پستان ایفا می‌کند(۱۲). علاوه بر این، امید در فرد، در روابط با دیگران و در جامعه پرورش می‌یابد. این امر در تعیین اینکه چگونه شخص احساس می‌کند، فکر می‌کند، عمل می‌کند و با جهان تعامل می‌کند و حتی زمانی که اهداف و نتایج مطلوب به دست نمی‌آید به زندگی خود ادامه می‌دهد، بسیار مهم است (۱۳). بنابراین، اعتقاد بر این است که حمایت از حفظ امید در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند، می‌تواند نیروی محرکه زندگی در کاهش درد و رنج آنها باشد و آنها را تشویق کند تا زندگی خود را به دلخواه خود ادامه دهند (۱۴).

امید در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند با اضطراب (۱۵) و افسردگی (۱۶) و کیفیت زندگی (۱۵) مرتبط است. نشان داده شده است که افراد با سطوح بالاتر امید دارای سطوح پایین تری از اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی بالاتری هستند (۱۷). نظریه امید بیان می‌کند که امید می‌تواند به عنوان یک عامل محافظ در برابر پیامدهای منفی عمل کند و حمایت روان‌شناختی مثبتی ارائه دهد (۱۸). امید به بیماران کمک می‌کند تا با استرس‌ها و چالش‌های زندگی، از جمله بیماری‌های جسمی، بهتر کنار بیایند (۱۹).

بیماران برای حفظ امید از راهبردهای مختلفی استفاده می‌کنند که می‌توانند فردی، اجتماعی یا معنوی باشند (۲۰). برای مثال، در مطالعات انجام‌شده در جوامع غربی، حمایت اجتماعی نظیر گروه‌های حمایتی و ارتباط مؤثر با تیم درمان به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی ارتقای امید در بیماران مبتلا به سرطان پستان معرفی شده است (۲۱) همچنین، برای بسیاری از بیماران، معنویت و باورهای مذهبی نقش کلیدی در ایجاد و حفظ امید ایفا می‌کنند (۲۲). در این مطالعات، مفید بودن باورهای مذهبی بیشتر به‌عنوان یک متغیر فردی در کنار سایر عوامل روان‌شناختی بررسی شده و کمتر در بستر فرهنگی–اجتماعی عمیق

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

تحلیل شده است، با این حال، نحوه بروز و کارکرد این راهبردها در بافت‌های فرهنگی غیرغربی، به‌ویژه در جوامعی با ساختار خانوادگی و باورهای دینی قوی، ممکن است متفاوت باشد.

در مقابل، شواهد حاصل از مطالعات کیفی در ایران نشان می‌دهد که راهبردهای حفظ امید در زنان مبتلا به سرطان پستان، به‌طور معناداری با بافت فرهنگی و مذهبی گره خورده‌اند؛ به‌گونه‌ای که مقابله مذهبی (پذیرش بیماری به عنوان خواست خدا، مبارزه معنوی)، معنابخشی دینی، و نقش پر رنگ خانواده و افراد مهم زندگی، هسته اصلی تجربه امید و کنار آمدن با بیماری را شکل می‌دهند (۲۳) این یافته‌ها حاکی از آن است که در بافت ایرانی، امید نه‌تنها یک سازه روان‌شناختی فردی، بلکه پدیده‌ای عمیقاً فرهنگی، اجتماعی و معنوی است.

با وجود آنکه پژوهش‌های متعددی به بررسی نقش امید در سلامت روانی و جسمی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند، بخش عمده این مطالعات، به‌ویژه در جوامع غربی، بر پیامدهای امید مانند کیفیت زندگی یا افسردگی تمرکز داشته‌اند و کمتر به فرآیندهای درونی و راهبردهای فعال بیماران برای حفظ امید پرداخته‌اند (۲۴). همچنین، مطالعات کمّی غربی عمدتاً متغیرهایی مانند عزت‌نفس، حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی را به‌صورت جداگانه و در قالب مدل‌های آماری بررسی کرده‌اند و تجربه زیسته بیماران در بستر فرهنگی خود کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۲۴).

علاوه بر این، اغلب این پژوهش‌ها در جوامع غربی انجام شده‌اند و تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی به‌صورت کلی و غیرزمینه‌مند مطرح شده‌اند .در حالی که مقایسه شواهد نشان می‌دهد در ایران، باورهای مذهبی، ساختارهای خانوادگی حمایتی و ارزش‌های جمع‌گرایانه می‌توانند الگوهای حفظ امید را به‌طور اساسی از جوامع غربی متمایز سازند (۲۳)، هنوز پژوهش‌های کیفی اندکی به واکاوی عمیق این تفاوت‌ها پرداخته‌اند.

با وجود تأکید روزافزون بر نقش امید در تجربه بیماران سرطانی، بخش عمده شواهد موجود مبتنی بر بافت‌های فرهنگی غیرایرانی است و در ایران، با توجه به برجستگی ایمان مذهبی، معنابخشی دینی، سبک‌های مقابله‌ای مبتنی بر فرهنگ و نقش محوری خانواده، هنوز خلأهای پژوهشی قابل‌توجهی در درک راهبردهای حفظ امید از منظر خود بیماران وجود دارد (۲۳). این محدودیت سبب شده است که تصویر روشنی از راهبردهای مبتنی بر فرهنگ برای حفظ امید در زنان مبتلا به سرطان پستان در دست نباشد. ازاین‌رو، انجام پژوهشی کیفی با تمرکز بر این بستر فرهنگی، ضرورتی علمی و عملی به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی استراتژی‌های بیماران برای حفظ امید در مواجهه با سرطان پستان انجام شده است. یکی از نوآوری‌های این مطالعه، توجه هم‌زمان به ابعاد روانی، اجتماعی، معنوی، خودمراقبتی و مشارکت در تصمیم‌گیری در یک چارچوب یکپارچه است؛ موضوعی که در پژوهش‌های پیشین عمدتاً به شکل جداگانه بررسی شده است. همچنین، این مطالعه نشان داد که بیماران چگونه در بستر فرهنگی–اجتماعی ایران معنا و تجربه امید را بازسازی می‌کنند. این لایه معنایی، به‌ویژه درباره نقش باورهای معنوی و ساختارهای حمایتی خانواده‌محور در ایران، یافته‌ای جدید و متمایز محسوب می‌شود. این مطالعه می‌تواند با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی ایران، به درک عمیق‌تر از این پدیده کمک کند و مبنایی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی و حمایتی مؤثرتر فراهم آورد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه، از روش تحلیل محتوای کیفی به‌منظور بررسی استراتژی‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان برای حفظ امید استفاده شد. پژوهش در مراکز درمانی شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در بازه زمانی مهر تا آذر ۱۴۰۲ انجام گرفت. با توجه به ماهیت مطالعات کیفی، کفایت زمانی بر اساس رسیدن به اشباع داده‌ها تعیین شد و نه طول تقویمی؛ در این مطالعه اشباع در مصاحبه دوازدهم حاصل شد. تحلیل محتوای کیفی ابزاری مؤثر برای توصیف جامع پدیده‌هایی است که به درک عمیق از تجربیات انسانی نیاز دارند. در این روش، مفاهیم و مقوله‌هایی استخراج می‌شوند که به توضیح دقیق‌تر پدیده مورد بررسی کمک می‌کنند.

### شرکت‌کنندگان و شیوه نمونه‌گیری

شرکت‌کنندگان این مطالعه، زنان مبتلا به سرطان پستان بودند که به‌صورت هدفمند و با تنوع حداکثری (سن، مرحله بیماری، وضعیت تاهل، تحصیلات، نوع درمان و

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

وضعیت اشتغال) انتخاب شدند تا دامنه‌ای متنوع از دیدگاه‌ها و تجربیات به‌دست آید. شرکت‌کنندگان از میان بیماران مراجعه‌کننده به چند مرکز درمانی و کلینیک تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران واقع در مناطق مختلف تهران انتخاب شدند تا تنوع اجتماعی–اقتصادی طبیعی شهر در نمونه منعکس شود برای تضمین تنوع واقعی در نمونه‌گیری، از یک ماتریس تنوع استفاده شد که شامل بازه‌های سنی ۳۰ تا ۶۵ سال، مراحل مختلف بیماری I تاIV، سطوح تحصیلات از ابتدایی تا کارشناسی ارشد، وضعیت‌های مختلف تأهل و اشتغال، و انواع روش‌های درمانی بود. مشارکت‌کنندگان به‌گونه‌ای انتخاب شدند که هر یک از سلول‌های این ماتریس نمایندگی کافی داشته باشند و بدین ترتیب اصل حداکثر تنوع به‌صورت عملی و نظام‌مند رعایت شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به سرطان پستان، توانایی صحبت به زبان فارسی، تمایل به شرکت در مصاحبه، و عدم ابتلا به مشکلات روانی حاد بود. مشارکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله، از مطالعه خارج می‌شدند.

### جمع‌آوری داده‌ها

مصاحبه‌ها به‌صورت حضوری و انفرادی در اتاق‌های خصوصی در مراکز درمانی انجام شدند تا حریم شخصی، آرامش و امنیت روانی شرکت‌کنندگان حفظ شود. تنها یک مورد مصاحبه به‌درخواست بیمار به‌صورت تلفنی انجام شد.

همه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اول که در زمان انجام مطالعه، دانشجوی دکترای آموزش بهداشت بود و آموزش‌های لازم در زمینه مصاحبه کیفی را گذرانده بود، انجام شدند. مدت زمان هر مصاحبه به‌طور میانگین ۴۰ دقیقه بود، با دامنه‌ای بین ۳۰ تا ۶۵ دقیقه؛ تفاوت در مدت زمان مصاحبه‌ها عمدتاً به وضعیت جسمی بیمار، میزان خستگی ناشی از درمان، توانایی تمرکز، و تمایل شرکت‌کننده به ادامه گفت‌وگو بستگی داشت؛ در صورت بروز نشانه‌های خستگی یا ناراحتی، مصاحبه با رعایت اصول اخلاقی کوتاه یا متوقف می‌شد.

مصاحبه‌ها با پرسش‌های عمومی آغاز شدند و سپس به سمت پرسش‌های اختصاصی و عمیق‌تر هدایت شدند. برای کاهش سوگیری مصاحبه‌کننده، پژوهشگر اول قبل و بعد از هر مصاحبه یادداشت‌های بازتابی (Reflexive Notes) تهیه می‌کرد. به‌منظور افزایش شفافیت فرایند پژوهش و توجه به تأثیر پیش‌فرض‌های پژوهشگر بر تولید داده‌ها و پیش‌فرض‌ها، احساسات و برداشت‌های احتمالی خود را ثبت می‌نمود تا اثر آنها بر روند مصاحبه کاهش یابد. در پایان هر مصاحبه نیز پرسش پایانیِ باز پرسیده شد: «آیا نکته یا تجربه دیگری هست که مایل باشید بیان کنید و در پرسش‌ها مطرح نشده باشد؟» این اقدام به منظور جمع‌آوری هرگونه داده تکمیلی و اطمینان از پوشش کامل موضوعات موردنظر در پرسش‌ها انجام شد و به شرکت‌کنندگان فرصت می‌داد تجربه‌های معنادار خود را بدون محدودیت بیان کنند.

**جدول ۱: راهنمای پرسش‌های مصاحبه**

**Table 1: Interview Questions Guidelines**

| | Question Type | Examples |
|---|---|---|
| 1 | Opening Questions | • Have you ever thought about hope and its role in breast cancer treatment?<br>• How important has the feeling of hope been to you during your treatment period? |
| 2 | Main Questions | • Faced with cancer, what actions did you take that helped maintain your hope?<br>• What resources gave you hope? Family, doctors, or other factors<br>• Do you have any experience that could help other patients maintain their hope? \| |
| 3 | Probing Questions | • Could you explain more about this?<br>• Why do you think this factor was so effective?<br>• What exactly do you mean by… ? |
| 4 | Closing Supplementary Question* | Is there any other point or experience you would like to share that has not been covered in the questions? |

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

### تحلیل داده‌ها

فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌صورت هم‌زمان انجام شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ اشباع در مصاحبه دوازدهم حاصل شد، جایی که اطلاعات جدیدی به مضامین اضافه نشد. مصاحبه‌ها بلافاصله پس از انجام، رونویسی شدند و در صورت خستگی شرکت‌کننده، فرایند رونویسی و تحلیل به‌گونه‌ای انجام شد که فشار مضاعفی بر وی وارد نشود پژوهشگر اول فایل‌های صوتی و متن‌ها را چندین بار مرور کرد و به کدگذاری باز پرداخت. برای کاهش سوگیری پژوهشگر در مرحله تحلیل، از چند روش استفاده شد:ثبت یادداشت‌های بازتابی در تمام مراحل تحلیل، بازبینی کدها و مضامین توسط دو پژوهشگر دیگر، بررسی بخش‌هایی از تحلیل توسط یک متخصص روش تحقیق کیفی برای اطمینان از بی‌طرفی. فرآیند تحلیل داده‌ها براساس رویکرد تحلیل مضمون براون و کلارک انجام شد. مراحل شامل: آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جستجوی مضامین، بازبینی مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین، و در نهایت نگارش گزارش نهایی بود. به‌عنوان مثال، در مرحله کدگذاری اولیه، عبارات مرتبط با «احساس آرامش از توکل به خدا» یا «معنادار شدن بیماری از طریق باور مذهبی» به‌صورت کدهای اولیه استخراج شدند؛ این کدها در مرحله جستجوی مضامین، در قالب یک زیرمضمون مفهومی مانند «مقابله معنوی» تجمیع شده و در نهایت در مرحله تعریف و نام‌گذاری، ذیل مضمون گسترده‌تری مانند «راهبردهای معنوی حفظ امید» قرار گرفتند. این فرآیند به‌صورت مکرر برای سایر کدها و مضامین انجام شد تا انسجام درونی و تمایز بین مضامین حفظ شود. مدیریت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 2020 انجام گرفت.

### اعتبار و اعتمادپذیری داده‌ها

برای ارزیابی کیفیت داده‌ها در این پژوهش، از چهار معیار اعتبار و اعتمادپذیری لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) استفاده شد. قابلیت اعتبار (Credibility) از طریق مشارکت طولانی‌مدت پژوهشگر در فرایند تحلیل، بازبینی کدها توسط دو شرکت‌کننده (member check) و بهره‌گیری از نقل‌قول‌های مستقیم برای تقویت عمق داده‌ها تأمین شد. پایایی (Dependability) با مستندسازی کامل مراحل گردآوری و تحلیل داده‌ها تضمین گردید تا امکان پیگیری مراحل پژوهش فراهم شود. برای تأییدپذیری (Confirmability)، یافته‌ها توسط یک متخصص مستقل در زمینه روش تحقیق کیفی مورد بازبینی قرار گرفت تا از بی‌طرفی و دقت تحلیل اطمینان حاصل شود. در نهایت، قابلیت انتقال (Transferability) از طریق توصیف دقیق بستر پژوهش، ویژگی‌های شرکت‌کنندگان و فرایند اجرای مطالعه فراهم شد تا خوانندگان بتوانند درباره کاربرد نتایج در بافت‌های مشابه قضاوت کنند.

با توجه به گذشت زمان از انجام پژوهش، لازم به ذکر است که داده‌های کیفی ماهیتاً زمان‌مند بوده و هدف، ثبت تجربه زیسته افراد در دوره مشخص است؛ لذا تغییر شرایط اجتماعی–اقتصادی سال‌های اخیر تأثیری بر اصالت داده‌های گردآوری‌شده در سال ۱۴۰۲ ندارد.

## ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IUMS.REC.1402.140 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. کلیه شرکت‌کنندگان، پس از توضیح کامل اهداف پژوهش، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه را امضا کردند. شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و افراد می‌توانستند در هر زمان از ادامه همکاری انصراف دهند. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط صوتی شدند و محرمانه‌بودن اطلاعات به‌طور کامل رعایت گردید.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۱۲ نفر شرکت داشتند که میانگین سنی آنان ۶/۴۵ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۲ نفر ابتدایی، ۳ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق‌دیپلم، ۴ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان (۹ نفر) متأهل بوده و ۲ نفر مجرد و ۱ نفر بیوه یا مطلقه بودند. مرحله بیماری در میان آنان از I تا IV متغیر بود و بیشترین فراوانی مربوط به مرحله II بود. از نظر نوع درمان دریافتی، بیشتر بیماران ترکیبی از جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی یا هورمون‌تراپی را دریافت کرده بودند و تنها یک نفر تحت درمان دارویی هدفمند قرار داشت. میانگین مدت‌زمان گذشته از تشخیص بیماری حدود ۵/۲ سال بود. از نظر وضعیت اشتغال نیز ۵ نفر شاغل، ۴ نفر خانه‌دار، ۲ نفر بازنشسته و ۱ نفر بیکار بودند (جدول ۲).

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

**جدول ۲: ویژگی‌های جمعیتی و بالینی شرکت‌کنندگان در مطالعه(n=12)**

**Table 2: Demographic and Clinical Characteristics of Study Participants (n=12)***

| Participant Code | Employment Status | Time Since | Diagnosis | Type of Treatment Received | Disease Stage | Education Level | Marital Status \| Age (Years) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P1 | Employed | 1 year | Surgery + Chemotherapy | II | Bachelor's | Married | 38 |
| P2 | Homemaker | 2 years | Chemotherapy + Radiotherapy | III | High School Diploma | Married | 45 |
| P3 | Retired | 3 years | Surgery + Hormone therapy | II | High School Diploma | Widowed | 52 |
| P4 | Employed | 8 months | Surgery | I | Master's | Married | 41 |
| P5 | Homemaker | 4 years | Chemotherapy | III | Primary School | Married | 57 |
| P6 | Employed | 1.5 years | Surgery + Radiotherapy | II | Bachelor's | Single | 34 |
| P7 | Homemaker | 2.5 years | Chemotherapy + Hormone therapy | II | Associate Degree | Married | 49 |
| P8 | Retired | 5 years | Targeted Drug Therapy | IV | Primary School | Married | 62 |
| P9 | Unemployed | 2 years | Chemotherapy | II | Bachelor's | Divorced | 39 |
| P10 | Employed | 3 years | Surgery + Chemotherapy | III | Master's | Married | 46 |
| P11 | Homemaker | 2 years | Hormone therapy | II | High School Diploma | Married | 54 |
| P12 | Employed | 9 months | Surgery | I | Bachelor's | Single | 36 |
| Mean (SD) | – | – | – | – | – | – | 45.6 (8.7) |

جدول ۳ یافته‌های کیفی مطالعه را در قالب چهار تم اصلی (حمایتی، چالشی، توانمندساز و سازگارانه) به همراه یک تم زمینه‌ای و یک یافته تکمیلی ارائه می‌دهد؛ در بخش حمایتی، شرکت‌کنندگان بر اهمیت حمایت روانی متخصصان، ارتباط همدلانه کادر درمان، حمایت خانواده و ایمان معنوی تأکید کرده‌اند، در حالی که در بخش چالشی، کمبود همدلی و توجه به نیازهای عاطفی پزشکان به عنوان نقاط ضعف تجربه شده است. تم توانمندساز بر نقش آموزش بیمار و تصمیم‌گیری مشترک در افزایش حس کنترل اشاره دارد، و تم سازگارانه نیز تغییر سبک زندگی سالم و مدیریت استرس را به عنوان راهکارهای سازگاری مثبت نشان می‌دهد؛ علاوه بر این، ترس از عود بیماری و نارضایتی از مراقبت پس از درمان به عنوان نگرانی‌های زمینه‌ای مطرح شده‌اند.

**جدول ۳: تم‌ها، زیرتم‌ها، نمونه نقل‌قول‌ها و نوع واکنش**

**Table 3: Themes, Sub-themes, Sample Quotations, and Response Type**

| Main Theme | Sub-theme | Sample Participant Quotations | Nature of Experience |
|---|---|---|---|
| Psychological and Social Support | Psychological support from professionals | Counseling sessions helped me control my emotions and focus more on positive things. | Supportive |
| | Empathic communication with medical staff | When my doctor answered me with kindness, I felt like I mattered to them | Supportive |
| Social Support | Family and social support | "When my family was by my side, I felt powerful | Supportive |
| | Peer support (support groups) | Seeing patients who had recovered multiplied my hope | Supportive |
| Spiritual Support | Faith in a higher power | Faith and praying made me calmer and made me feel that I am not alone. | Supportive |

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

| Main Theme | Sub-theme | Sample Participant Quotations | Nature of Experience |
|---|---|---|---|
| | Meaning in Suffering (Meaning within suffering) | I saw the pain as part of the treatment path, which helped me stay hopeful. | Adaptive |
| Challenging Experiences of Inadequate Support | Lack of empathy and attention from physicians | I felt like my doctors only saw my medical file | Challenging |
| | Disregard for emotional needs | I expected my doctor to understand my emotions more | Challenging |
| Patient Involvement in the Treatment Process | Education and awareness of treatment | When I studied about my treatment, my fear decreased | Empowering |
| | Shared decision-making with the physician | When the doctor asked for my opinion, I felt like a partner in my treatment. | Empowering |
| Healthy Lifestyle and Adaptation | Lifestyle changes | With healthier nutrition, I felt I could still do something for myself | Adaptive |
| | Stress management | With breathing exercises and mindfulness, my stress decreased | Adaptive |
| Supportive Care and Side Effect Management | Support from the medical team | The nurses' attention provided a sense of security | Supportive |
| | Management of treatment side effects | When I controlled the nausea, I felt a greater sense of control | Empowering |
| Disease-Related Fears and Concerns | Fear of recurrence | I saw every little pain as a sign of the disease returning | Contextual |
| | Dissatisfaction with post-treatment care | I felt a sense of abandonment after the treatment | Contextual |
| Supplementary Findings | Experiences beyond the primary interview | My small acts of support for newly diagnosed patients are very effective. | Supplementary |

**۱ .حمایت روان‌شناختی و اجتماعی**

**حمایت روانی از سوی متخصصان**

بیماران دریافت جلسات مشاوره با روان‌شناسان و مشاوران را یکی از مؤثرترین عوامل کاهش اضطراب خود می‌دانستند. حضور متخصصی که گوش می‌داد، بدون قضاوت و با راهکارهای کاربردی مانند ذهن‌آگاهی یا بازسازی شناختی همراهی می‌کرد، احساس کنترل و امید را در بیماران افزایش می‌داد.

شرکت کننده شماره ۴ :"بعضی روزا خیلی حالم بد می‌شد، غرق فکرای منفی می‌شدم و حس می‌کردم همه چی تموم شده. ولی مشاورم یادم داد چطور افکارمو بنویسم و از فاصله نگاه کنم. کم‌کم تونستم حالم رو کنترل کنم و تمرکزم بر چیزای مثبتی باشه که هنوز تو زندگیم دارم".

شرکت کننده شماره ۱۰: "وقتی خیلی دچار اضطراب می‌شدم، مشاورم به من کمک کرد تا یاد بگیرم چطور احساساتم رو مدیریت کنم. اون به من گفت چطور از لحظه‌های سخت به عنوان فرصتی برای رشد استفاده کنم".

**ارتباط همدلانه با کادر درمان**

نحوه‌ی ارتباط پزشک و پرستار تأثیر مستقیمی بر تجربه‌ی روانی بیماران داشت. پاسخ‌گویی صادقانه و مهربانانه از سوی کادر درمان، حس ارزشمندی و اعتماد را در بیماران تقویت می‌کرد.

شرکت کننده شماره ۵: "وقتی دکترم با حوصله جوابم رو می‌داد و حتی شوخی کوچیکی می‌کرد، حس می‌کردم براش مهمم. همون چند دقیقه ارتباط انسانی باعث می‌شد اضطرابم کمتر بشه".

**۲.حمایت اجتماعی**

**حمایت خانوادگی و اجتماعی**

خانواده نخستین و پایدارترین منبع حمایت برای بیماران بود. همراهی آنان در جلسات درمانی، یادآوری امید و فراهم‌کردن فضای عاطفی امن به بیماران کمک می‌کرد تا احساس تنهایی نکنند.

شرکت کننده شماره ۱۲: "وقتی مادرم می‌اومد بیمارستان و فقط دستم رو می‌گرفت، بدون اینکه چیزی بگه، انگار همه‌ی ترسام فروکش می‌کرد. اون نگاهش بهم می‌گفت که تنها نیستم".

شرکت کننده شماره ۱: "وقتی خانواده‌ام همیشه کنارم بودن، احساس کردم که هیچ چیز نمی‌تونه منو از پا بندازه. هر وقت با مادرم صحبت می‌کردم، اون آرامش رو بهم منتقل می‌کرد".

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

**حمایت همتایان (گروه‌های حمایتی)**

بیماران تجربه‌ی حضور در گروه‌های حمایتی را به‌عنوان فرصتی برای بازسازی امید و درک متقابل توصیف کردند. شنیدن روایت کسانی که مسیر مشابهی را پشت سر گذاشته بودند، الهام‌بخش و آرامش‌بخش بود.

شرکت کننده شماره ۳: "تو گروه حمایتی وقتی از خانمی شنیدم که شیمی‌درمانی رو تموم کرده و الان سر کار می‌ره، باورم شد که منم می‌تونم دوباره زندگی کنم".

**۳.حمایت معنوی**

**ایمان به نیروی فراتر**

بسیاری از بیماران بر این باور بودند که وجود نیرویی معنوی به آنان کمک می‌کند تا بر سختی‌ها فائق آیند و احساس کنند که در دوران درمان تنها نیستند.

شرکت کننده شماره ۵: "وقتی به خداوند ایمان داشتم، احساس می‌کردم هر روز که پیش می‌روم، او کنارم است. دعا به من قوت می‌دهد تا در برابر بیماری مقاوم باشم".

شرکت کننده شماره ۲: "هر روز که از خواب بیدار می‌شدم، به خدا می‌گفتم که بهم صبر ادامه دادنو بده. ایمانم به این که خدا همیشه کنارمه، به من انگیزه می‌داد تا هر روز با امید بیشتری پیش برم".

**معنای در رنج**

برای برخی از بیماران، ایمان به این که سختی‌ها بخشی از یک آزمون معنوی هستند، به آن‌ها کمک می‌کرد تا در برابر چالش‌ها سرسخت‌تر و امیدوارتر بمانند.

شرکت کننده شماره ۸:" گاهی به خودم می‌گویم که این یک آزمون است و خداوند مرا از آن عبور خواهد داد. ایمانم کمک می‌کند تا در سخت‌ترین لحظات درمان، امیدم را از دست ندهم".

شرکت کننده شماره ۵:"هر زمان که در اوج درد و ناراحتی بودم، به خودم یادآوری می‌کردم که این سختی‌ها بخشی از مسیری هستند که من باید ازش عبور کنم. این دیدگاه به من کمک می‌کرد تا همچنان امیدوار بمونم".

**۴.تجربه‌های منفی از حمایت ناکافی**

**کمبود همدلی و توجه پزشکان**

در مقابل، فقدان همدلی یا کمبود وقت از سوی پزشکان یا اطرافیان، احساس بی‌توجهی و بی‌اهمیتی را در بیماران افزایش می‌داد.

شرکت کننده شماره ۹:"بعضی وقتا دکترم فقط پرونده رو نگاه می‌کرد و چیزی نمی‌گفت. اون سکوتش بدتر از هر چیزی بود، حس می‌کردم یه عدد روی یه برگه‌ام، نه یه انسان".

**بی‌توجهی به نیازهای عاطفی و روانی**

بیمارانی که تجربه‌ی بی‌توجهی و عدم حمایت روانی از سوی کادر درمان را داشتند، گاهی احساس می‌کردند که به‌طور کامل به جنبه‌های فیزیکی درمان توجه می‌شود و نیازهای روانی آن‌ها نادیده گرفته می‌شود.

شرکت کننده شماره ۱۱ :"من انتظار داشتم که پزشکم بیشتر با من صحبت کنه و احساسات من رو درک کنه. اما بیشتر به درمان فیزیکی توجه داشت و من هیچ وقت احساس نکردم که کسی در کنارم باشه تا حالم رو بهتر کنه".

**۵. مشارکت بیمار در فرآیند درمان و تصمیم‌گیری**

**آموزش و آگاهی از درمان**

دسترسی به اطلاعات علمی و آشنایی با مراحل درمان باعث افزایش احساس کنترل و کاهش ترس از ناشناخته‌ها می‌شد. آگاهی به بیماران کمک کرد تا از حالت منفعل به حالت فعال و مشارکتی در مسیر درمان تغییر نقش دهند.

شرکت کننده شماره ۳:"وقتی خودم شروع کردم مقاله خوندم و از پرستارم سوال پرسیدم، دیگه حس درماندگی نداشتم. انگار وقتی می‌دونی قراره چی بشه، اون ترس ناشناخته‌ها کمتر میشه".

**تصمیم‌گیری مشترک با پزشک**

احساس مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی برای بیماران ارزشمند بود. وقتی پزشک نظر بیمار را جویا می‌شد، حس مالکیت بر بدن و درمان افزایش می‌یافت و انگیزه برای همکاری بیشتر می‌شد.

شرکت کننده شماره ۴: "وقتی دکترم از من خواست که درباره برنامه درمانی خودم نظر بدهم، حس کردم که من هم در روند درمان دخیل هستم. این باعث شد احساس کنم که دارم کنترل بیشتری روی تصمیمات دارم و نه فقط بیمار، بلکه شریک درمانم".

**۶. سبک زندگی و سازگاری سالم**

**تغییر سبک زندگی**

بیماران با بازنگری در شیوه زندگی خود، از جمله اصلاح تغذیه، خواب کافی و فعالیت سبک، احساس کردند هنوز

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

می‌توانند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند. این تغییرات نوعی «بازپس‌گیری کنترل» پس از دوران درمان تلقی می‌شد.

شرکت کننده شماره ۱۰:"وقتی شروع کردم صبح‌ها پیاده‌روی سبک برم و غذای سالم بخورم، انگار یه بخش جدید از زندگیم شروع شد. حس کردم هنوز می‌تونم برای بدنم کاری کنم".

شرکت کننده شماره ۸: "شروع به ورزش کردم و این به من انرژی و حس مثبت زیادی داد. حتی اگر درمانم سخت بود، این تغییرات در سبک زندگی به من کمک کرد که به جلو حرکت کنم".

**مدیریت استرس و سازگاری روانی**

روش‌های خودیاری مانند تمرینات تنفسی، یوگا، مراقبه و تفکر مثبت به بیماران کمک کرد تا اضطراب ناشی از بیماری را کنترل کنند و حس درونی آرامش را بازیابند.

شرکت کننده شماره ۳:"قبل‌تر هر علامتی که می‌دیدم، سریع وحشت می‌کردم. ولی حالا با تمرین تنفس عمیق و ذهن‌آگاهی یاد گرفتم با ترسم بمونم و نترسم".

شرکت کننده شماره ۶: "یوگا و تمرینات ذهنی کمک کردن که استرس کمتری داشته باشم و احساس کنم که در کنترل بهتری بر احساساتم هستم".

۷. مراقبت حمایتی، مدیریت عوارض و رویارویی با چالش‌های روانی این تم بر نقش دوسویه‌ی عوامل تسهیل‌کننده (حمایت‌ها) و موانع روانی (ترس‌ها) در مسیر حفظ امید تمرکز دارد. شرکت‌کنندگان توصیف کردند که چگونه مراقبت‌های بالینی و مدیریت صحیح عوارض، ابزاری برای مقابله با چالش‌های ذهنی و ترس از آینده فراهم می‌کند.

***الف) حمایت تیم درمان و امنیت روانی بیماران از حضور مداوم و رفتار همدلانه‌ی پرستاران و پزشکان به‌عنوان منبع اصلی اطمینان یاد کردند. آگاهی از اینکه تیمی متخصص مراقب آن‌هاست، حس امنیت روانی و فیزیکی را ارتقا می‌داد.**

شرکت‌کننده شماره ۹:* «وقتی پرستارم فقط اومد و گفت حالت چطوره؟، همون سؤال ساده باعث شد حس کنم دیده می‌شم. اون توجه کوچیک، برام خیلی بزرگ بود.»

***ب) مدیریت عوارض درمان و بازیابی کنترل یادگیری مهارت‌های کنترل عوارض جانبی (مانند تهوع یا خستگی) به بیماران کمک کرد تا احساس استقلال و تسلط بیشتری بر بدن خود داشته باشند که این امر مستقیماً بر تقویت روحیه آن‌ها اثرگذار بود.**

شرکت‌کننده شماره ۹:* «اوایل تهوع شدید اذیتم می‌کرد، اما وقتی یاد گرفتم چی بخورم و چطوری نفس بکشم، اوضاع بهتر شد. انگار دوباره کنترل بدنم دست خودم بود.»

***ج) چالش‌های پس از درمان: ترس از رهاشدگی و عود بیماری**

**بخش دیگری از تجربیات بیماران به خلأهای حمایتی و نگرانی‌های ذهنی مربوط می‌شد. پایان دوره درمان برای برخی با احساس رهاشدگی و اضطراب از بازگشت بیماری همراه بود.**

شرکت‌کننده شماره ۱۰:* «وقتی درمان تموم شد، دیگه کسی تماس نگرفت. حس می‌کردم یه‌هو از زیر نور بیرون افتادم و تو تاریکی موندم.»همچنین ترس مداوم از بازگشت سرطان، مانند سایه‌ای بر کیفیت زندگی بیماران سنگینی می‌کرد:**شرکت‌کننده شماره ۷:** «هر وقت یه درد جدید حس می‌کنم، اولین فکرم اینه که نکنه دوباره برگشته. این فکر مثل سایه همیشه همراهمه.»

با این حال، شرکت‌کنندگان این ترس‌ها را نه به‌عنوان تجربه‌ای جداگانه، بلکه به‌عنوان چالش‌هایی در مسیر حفظ امید توصیف می‌کردند که لزومِ جست‌وجوی فعالانه برای راهبردهای حمایتی و استمرار مراقبت‌ها را بیش از پیش برجسته می‌ساخت.

**۸. پرسش پایانی تکمیلی**

**تجربه های اضافی شرکت کنندگان**

چیزی که تو مصاحبه‌ها نگفته بودم اینه که وقتی با دوستانی که تازه تشخیص گرفتن صحبت می‌کنم، می‌بینم که حتی یه لبخند کوچیک یا تماس کوتاه، چقدر می‌تونه روحیه‌شون رو بالا ببره. من همیشه سعی می‌کنم بهشون انرژی مثبت بدم، چون خودم وقتی تنها بودم، همین حمایت‌های کوچک خیلی به من کمک کرد.

## بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که حمایت‌های روانی، اجتماعی و معنوی نقش مهمی در حفظ امید بیماران مبتلا به سرطان پستان دارند. تعدادی از مشارکت‌کنندگان تجربه

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

دریافت مشاوره روان‌شناختی و استفاده از روش‌هایی مانند ذهن‌آگاهی و درمان شناختی–رفتاری را عاملی مؤثر در کاهش اضطراب و کنترل افکار منفی عنوان کردند. این یافته با نتایج مطالعه‌ی Luo و همکاران هم راستا است که تأکید دارد روان‌درمانی تأثیر متوسط و قابل توجهی بر کاهش ناامیدی و بهبود امید در بیماران سرطانی داشت(۲۵). همچنین، ارتباط همدلانه با پزشکان و پرستاران، برای بیماران عاملی امیدبخش بود. این نوع ارتباط، که در آن به نگرانی‌ها و احساسات بیمار توجه می‌شود، موجب شکل‌گیری حس ارزشمندی و امنیت روانی می‌شود؛ به عنوان مثال نتایج مطالعه قبلی در ایران نشان داد، پرستاران می‌توانند از ارتباط مؤثر به عنوان ابزاری ساده و قدرتمند برای ایجاد راحتی، شادی و نشاط جهت کاهش غم و رنج بیمار استفاده کنند(۲۶). موضوعی که با مدل مراقبت مبتنی بر کرامت (Chochinov et al., 2002) هم‌راستا است(۲۷).

افزون بر این، نتایج مطالعه انجام شده توسط GÜRSEL ÖZTUNÇ و همکاران در ترکیه نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان پستان از سطح بالایی از حمایت اجتماعی ادراک‌شده برخوردارند و این حمایت با کاهش ناامیدی ارتباط معکوس دارد .همسویی این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر آن است که در فرهنگ ایرانی، نقش خانواده و شبکه‌های اجتماعی بسیار برجسته است و حمایت خانواده‌ها ممکن است اثرات بیشتری بر کاهش درماندگی روانی بیماران داشته باشد (۲۸).

در کنار این شواهد، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیماران علاوه بر حمایت حرفه‌ای، نقش حمایت خانواده، دوستان و گروه‌های همتا را بسیار برجسته می‌دانند. حضور نزدیکان در طول مسیر درمان، با کاهش احساس تنهایی و تقویت توانایی مقابله با بیماری همراه است. این نکته با نتایج مطالعه Rawas و همکاران نیز همخوانی دارد؛ جایی که نشان داده شد رابطه‌ای معکوس میان سطح ناامیدی و میزان حمایت اجتماعی دریافتی وجود دارد، به این معنا که افزایش حمایت اجتماعی منجر به کاهش ناامیدی بیماران می‌شود (۲۹). همچنین، اثربخشی گروه‌های حمایتی زمانی بیشتر است که تسهیل‌گران حرفه‌ای در کنار بیماران حضور داشته باشند (۳۰). بنابراین، گرچه حمایت‌های روانی، اجتماعی و معنوی تأثیر زیادی در افزایش امید دارند، لازم است به تفاوت‌های فردی، فرهنگی و معنایی بیماران نیز توجه شود تا این حمایت‌ها با نیازهای واقعی آنان هم‌راستا باشد. از سوی دیگر، بیماران تأکید کردند که باورهای مذهبی، دعا و توکل به خدا، به آن‌ها کمک کرده است تا با رنج بیماری بهتر کنار بیایند و آینده را با امید بیشتری نگاه کنند. این تجربه با یافته‌های قبلی مطابقت دارد (۳۱، ۳۲).

مقایسه این یافته با مطالعه Metwaly و همکاران در مصر نشان می‌دهد که در جوامع اسلامی، امید و حمایت اجتماعی هر دو پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت راهبردهای مقابله‌ای بیماران هستند؛ امری که بر اهمیت تداوم حمایت‌های معنوی و اجتماعی در چنین فرهنگ‌هایی تأکید می‌کند (۳۳). در فرهنگ ایرانی، خانواده‌ها نقش کلیدی در مراقبت و حمایت بیماران ایفا می‌کنند که می‌تواند اثر حمایت اجتماعی را تقویت کند.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مشارکت فعال بیماران در فرایند درمان و تصمیم‌گیری، نقش مؤثری در ایجاد و تقویت امید دارد. شرکت‌کنندگان عنوان کردند که کسب آگاهی درباره بیماری و مراحل درمان، موجب کاهش ترس، افزایش حس کنترل‌پذیری و فعال شدن نقش آن‌ها در فرآیند درمان شده است. آگاهی، به‌ویژه زمانی که با منابع قابل اعتماد و همراه با حمایت تیم درمان ارائه شود، احساس درماندگی را کاهش می‌دهد و به بیمار کمک می‌کند تا آینده را قابل پیش‌بینی‌تر و قابل مدیریت‌تر تصور کند (۳۴). این یافته با مطالعه Zaheer هم راستاست که بر اهمیت نقش آموزش در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت تصمیم‌گیری بیماران سرطانی تأکید دارد (۳۵). از سوی دیگر، مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بالینی، به‌ویژه زمانی‌که پزشک به نظرات، نگرانی‌ها و ترجیحات بیمار توجه می‌کند، برای بیماران تجربه‌ای امیدبخش است. این فرآیند، که با عنوان تصمیم‌گیری مشترک (Shared Decision-Making) شناخته می‌شود، موجب تقویت احساس مالکیت فرد بر مسیر درمان، افزایش اعتماد به‌نفس و کاهش وابستگی منفعلانه به پزشک می‌گردد (۳۶). یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات قبلی همخوان است که مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری را عاملی تعیین‌کننده در ارتقای رضایت، امید و کیفیت زندگی می‌دانند (۳۷، ۳۸). با این حال، برخی پژوهش‌ها به محدودیت‌های این رویکرد اشاره کرده‌اند؛ برای نمونه Levinson et al. (2005) نشان داده‌اند که همه بیماران تمایل یا آمادگی مشارکت فعال در تصمیم‌گیری را ندارند و در برخی فرهنگ‌ها، واگذاری

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

تصمیم به پزشک نشانه اعتماد تلقی می‌شود، نه انفعال (۳۹). از این رو، مشارکت در تصمیم‌گیری باید متناسب با ترجیحات فردی، سطح سواد سلامت، و زمینه فرهنگی بیماران تنظیم شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که اصلاح سبک زندگی و استفاده از راهبردهای مؤثر برای مدیریت استرس، در حفظ امید در بیماران مبتلا به سرطان پستان نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. شرکت‌کنندگان اشاره کردند که ایجاد تغییراتی در رژیم غذایی، خواب، و عادات روزمره باعث شد نسبت به سلامت جسم و روان خود احساس مسئولیت بیشتری داشته باشند. این تجربه در راستای مفهوم «خودمراقبتی» قرار دارد، که به گفته Ruth McCorkle یکی از ارکان توانمندسازی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان است (۴۰). همچنین، سبک زندگی سالم نه‌تنها بر وضعیت جسمانی تأثیر مثبت می‌گذارد، بلکه به پیشگیری از مشکلات سلامت روان در شرایط بحرانی کمک می‌کند (۴۱). در پژوهش Pinto & Trunzo (2005) مشخص شد که مشارکت در فعالیت‌های سبک زندگی سالم مانند ورزش سبک و تغذیه آگاهانه، موجب بهبود سلامت و بهزیستی روانی می‌شود که خود عاملی در بازتولید امید و خودباوری است (۴۲). در کنار مراقبت‌های جسمی، یادگیری و اجرای راهبردهای آرام‌سازی روان مانند تنفس آگاهانه، مراقبه، یوگا و بازسازی شناختی، نقش مهمی در کنترل هیجانات منفی و حفظ تعادل روانی داشت. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که این تمرین‌ها در کاهش استرس روزمره، افزایش آرامش و تقویت توانمندی ذهنی آن‌ها مؤثر بوده است. این یافته با نتایج مطالعه Enjezab و همکاران هم راستاست که نشان داد مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Stress Reduction) منجر به کاهش درد و خستگی در بیماران سرطان پستان می‌شود (۴۳)، باید توجه کرد، موانعی مانند خستگی مزمن، درد یا نگرانی از عوارض جانبی درمان، ممکن است بر توانایی بیماران در اجرای منظم این روش‌ها تأثیر بگذارد. بنابراین، هرچند سبک زندگی سالم و مدیریت استرس، ابزاری مهم در حفظ امید هستند، لازم است مداخلات در این حوزه با شرایط جسمانی، روانی و زمینه فرهنگی بیماران سازگار شود تا اثربخشی پایدار داشته باشد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مراقبت‌های حمایتی چندبُعدی و پاسخ‌گو به نیازهای فیزیکی و روانی بیماران، نقش کلیدی در ارتقاء کیفیت تجربه درمان و حفظ انگیزه بیماران برای ادامه مسیر درمانی دارد. شرکت‌کنندگان اشاره کردند که حضور دلسوزانه کادر درمان، به‌ویژه زمانی که با همدلی و پاسخ‌گویی به نیازهای آن‌ها همراه است، موجب افزایش احساس امنیت، و تقویت امید به درمان می‌شود. این یافته با مطالعه‌ی *Yoon* و همکاران هم‌راستاست که نشان داد حمایت عاطفی تیم درمانی، یکی از مؤثرترین عوامل در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت است و نقش مهمی در بهبود انطباق با شرایط بیماری ایفا می‌کند (۴۴). از این رو، توسعه مهارت‌های ارتباطی در برنامه‌های آموزشی پرستاری، و همچنین مشارکت فعال مدیران پرستاری و سیاست‌گذاران نظام سلامت در طراحی و پیاده‌سازی راهبردهایی برای تقویت ارتباط درمانی، می‌تواند بهبود کیفیت مراقبت را تسهیل کرده و رضایت بیماران را افزایش دهد (۴۵). از سوی دیگر، آموزش و آگاهی‌بخشی درباره عوارض جانبی درمان، عاملی مهم در افزایش امید بیماران برای مقابله با پیامدهای جسمی و روانی درمان شناخته شد. آموزش مؤثر، به‌ویژه زمانی که با اطلاعات علمی معتبر و قابل فهم همراه باشد، ین نتیجه با یافته‌های مطالعه‌ی محبی و همکاران هم راستا است که تأکید می‌کند آموزش مبتنی بر خودمراقبتی و مدیریت علائم، یکی از مؤلفه‌های بنیادین در بهبود سبک زندگی سالم، میزان امید و پایبندی به درمان است (۴۳). در این زمینه، مطالعه کیفی انجام شده توسط شیخ پورخانی و همکارش در ایران نیز نشان داد که حمایت خانواده، جامعه و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی هر سه نقش اساسی در ارتقای امید بیماران ایرانی دارند؛ یافته‌ای که اهمیت تناسب حمایت‌های درمانی با زمینه فرهنگی را تقویت می‌کند (۴۶).

در مجموع، مقایسه یافته‌های این مطالعه با مطالعات انجام‌شده در کشورهای دارای زمینه فرهنگی مشابه مانند ترکیه، مصر نشان می‌دهد که در جوامع خاورمیانه‌ای و اسلامی، نقش حمایت اجتماعی، خانوادگی و مذهبی در ارتقای امید بیماران مبتلا به سرطان پستان برجسته‌تر از بسیاری از جوامع غربی است (۲۸، ۳۳، ۴۶). لازم به ذکر است در فرهنگ ایرانی، خانواده‌ها نقش کلیدی در مراقبت، پشتیبانی و همراهی بیماران ایفا می‌کنند، و این تفاوت‌ها می‌تواند بر نحوه دریافت حمایت اجتماعی و تجربه امید بیماران تأثیرگذار باشد.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

این امر بیانگر اهمیت طراحی مداخلات حمایتی مبتنی بر فرهنگ و خانواده‌محور در ایران است.

## محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به اندازه نمونه نسبتاً کوچک (۱۲ نفر) و انجام پژوهش در یک مرکز درمانی اشاره کرد که ممکن است تنوع تجربیات و قابلیت انتقال‌پذیری نتایج را محدود سازد پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و به‌صورت چندمرکزی انجام شود. همچنین، با وجود تلاش برای انتخاب بیماران در مراحل مختلف درمان، همه مراحل بیماری و انواع درمان‌ها به‌طور یکسان نمایندگی نشدند و برخی ابعاد تجربه زیسته کمتر منعکس شده است مطالعات آتی می‌توانند با نمونه‌گیری هدفمند، این ناهمگونی را کاهش دهند. افزون بر این، ناتوانی برخی بیماران به دلیل شرایط جسمی یا عوارض درمانی در شرکت در مصاحبه‌ها می‌تواند منجر به سوگیری انتخاب شود به‌کارگیری روش‌های انعطاف‌پذیرتر گردآوری داده در آینده می‌تواند مشارکت این گروه را تسهیل کند. این محدودیت‌ها بر ضرورت انجام مطالعات کیفی گسترده‌تر برای درک جامع‌تر راهبردهای حفظ امید در زنان مبتلا به سرطان پستان تأکید دارد.

## نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که حمایت روان‌شناختی و ارتباط همدلانه کادر درمان محوری‌ترین عامل در حفظ امید و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان است. دسترسی به مشاوره‌های روان‌شناختی، پاسخ‌گویی صادقانه و رفتار انسانی پزشکان و پرستاران، احساس دیده‌شدن، کنترل و اعتماد را در بیماران تقویت کرده و نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش اضطراب و ناامیدی دارد. بر این اساس، ادغام خدمات سلامت روان و آموزش مهارت‌های ارتباطی همدلانه برای کادر درمان باید در کانون سیاست‌گذاری خدمات سرطان قرار گیرد.

در اولویت‌های بعدی، حمایت اجتماعی و خانوادگی، گروه‌های همتایان و حمایت معنوی متناسب با فرهنگ ایرانی به‌عنوان عوامل مکمل، به تقویت تاب‌آوری بیماران کمک می‌کنند. همچنین، مشارکت فعال بیمار در تصمیم‌گیری درمانی، آموزش خودمراقبتی، اصلاح سبک زندگی و راهبردهای مدیریت استرس موجب افزایش احساس کنترل و سازگاری روانی، به‌ویژه در مواجهه با ترس از عود بیماری، می‌شود. در مجموع، این اولویت‌بندی نشان می‌دهد که حفظ امید در بیماران نه در غیاب ترس، بلکه در تعامل پویا میان حمایت‌های روانی، اجتماعی، معنوی و مشارکت فعال بیمار شکل می‌گیرد و می‌تواند به‌عنوان چارچوبی کاربردی برای سیاست‌گذاران سلامت در طراحی مراقبت جامع سرطان مورد استفاده قرار گیرد.

## تعارض منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که در انجام و انتشار این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافعی (اعم از مالی، شخصی یا سازمانی) وجود ندارد.

## سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مدیریت و کادر محترم بخش انکولوژی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) که در هماهنگی و اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه داشتند، صمیمانه تشکر نمایند. همچنین از تمامی بیمارانی که با وجود شرایط دشوار بیماری، با سعه‌صدر و دقت‌نظر تجربیات خود را در اختیار این تحقیق قرار دادند و بدون مشارکت آن‌ها انجام این مطالعه میسر نبود، سپاسگزاری می‌گردد.

## References

1. Fereidouni Z, Abnavi SD, Ghanbari Z, Gashmard R, Zarepour F, Samani NK, et al. The Impact of Cancer on Mental Health and the Importance of Supportive Services. *Galen Med J.* 2024;13:e3327. doi: 10.31661/gmj.v13i.3327 [Persian]
2. Pasokh Z, Mazidimoradi A, Hamidian M, Shahabinia Z, Kiani M, Salehiniya H. National and Subnational Burden of Female Breast Cancer in Iran from 2010 to 2021. *Diseases.* 2025;14(1). doi: 10.3390/diseases14010009 [persian]
3. Moradi-Joo M, Mohabbat-Bahar S, Heidari S, Davoodi SH, Sheyklo SG, Akbari M-E. Metformin versus sulfonylurea in breast cancer risk of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. 2016. doi: 10.17795/ijcp-5971 [persian]

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

4. Tao JJ, Visvanathan K, Wolff AC. Long term side effects of adjuvant chemotherapy in patients with early breast cancer. *The Breast.* 2015;24(Suppl 2):S149-S153. doi: 10.1016/j.breast.2015.07.035
5. Allegretti AS, Thadhani RI. Chronic disease, cancer, and exercise—a common link. *Nat Rev Nephrol.* 2018;14(5):288-290. doi: 10.1038/nrneph.2018.24
6. Guan B, Wang K, Shao Y, Cheng X, Hao J, Tian C, et al. The use of distress thermometer in advanced cancer inpatients with pain. *Psychooncology.* 2019;28(5):1004-1010. doi: 10.1002/pon.5032
7. Chiriac VF, Baban A, Dumitrascu DL. Psychological stress and breast cancer incidence: a systematic review. *Clujul Med.* 2018;91(1):18-26. doi: 10.15386/cjmed-924
8. Nguyen KT, Vu NT, Tran MT, Chan CW. A qualitative study on stress, coping strategies and feasibility of music intervention among women with cancer receiving chemotherapy during COVID-19 pandemic in Vietnam. *Sci Rep.* 2023;13(1):542. doi: 10.1038/s41598-023-27654-9
9. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60(4):570-585. doi: 10.1037/0022-3514.60.4.570
10. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR. Hope theory. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of Positive Psychology.* New York: Oxford University Press, 2002. p. 257-276.
11. Dufault K, Martocchio BC. Hope: Its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am.* 1985;20(2):379-391.
12. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. *Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
13. Kitashita M, Suzuki K. Factors influencing the hope of patients with advanced cancer while receiving cancer pharmacotherapy. *Jpn J Nurs Sci.* 2025;22(2):e70006. doi: 10.1111/jjns.70006
14. Sjoquist KM, Friedlander ML, O'Connell RL, Voysey M, King MT, Stockler MR, et al. Hope, quality of life, and benefit from treatment in women having chemotherapy for platinum-resistant/refractory recurrent ovarian cancer: the Gynecologic Cancer Intergroup Symptom Benefit Study. *Oncologist.* 2013;18(11):1221-1228. doi: 10.1634/theoncologist. 2013-0175
15. Schofield PE, Stockler M, Zannino D, Tebbutt N, Price T, Simes RJ, et al. Hope, optimism and survival in a randomised trial of chemotherapy for metastatic colorectal cancer. *Support Care Cancer.* 2016;24:401-408. doi: 10.1007/s00520-015-2792-8
16. Cripe LD, Rand KL, Perkins SM, Tong Y, Schmidt KK, Hedrick DG, Rawl SM. Ambulatory advanced cancer patients' and oncologists' estimates of life expectancy are associated with patient psychological characteristics but not chemotherapy use. *J Palliat Med.* 2018;21(8):1107-1113. doi: 10.1089/jpm.2017.0686
17. Corn BW, Feldman DB, Wexler I. The science of hope. *Lancet Oncol.* 2020;21(9):e452-e459. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30210-2
18. Xiong M, Yao H, Cheng Y, Zhang Q, Luo Y, Guo Y, et al. Attributes and influencing factors of hope levels in breast cancer patients: a latent profile analysis. *Br J Health Psychol.* 2025;30(1):e12773. doi: 10.1111/bjhp.12773
19. Ripamonti CI, Chelazzi C. Hope and spiritual well-being: two sides of the same coin? *Support Care Cancer.* 2024;32(10):708. doi: 10.1007/s00520-024-08922-4
20. Zhang B, Xiao Q, Gu J, Ma Q, Han L. A qualitative study on the disease coping experiences of pancreatic cancer patients and their spouses. *Sci Rep.* 2024;14(1):18626. doi: 10.1038/s41598-024-69599-7
21. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2001;14(4):352-357. doi: 10.1080/08998280.2001.11927788
22. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs.* 2006;54(3):265-272. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03808.x [persian]
23. Ebright PR, Lyon B, editors. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2002;29(3):561-568. doi: 10.1188/02.ONF.561-568
24. Luo J, Li L, Reangsing C, Schneider JK. Effects of psychotherapy on

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

hope/hopelessness in adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Med.* 2022;29(6):691-704. doi: 10.1007/s12529-021-10051-9
25. Babaii A, Mohammadi E, Sadooghiasl A. The Meaning of the Empathetic Nurse-Patient Communication: A Qualitative Study. *J Patient Exp.* 2021;8:23743735211056432. doi: 10.1177/23743735211056432 [persian]
26. Öztunç G, Yesil P, Paydaş S, Erdogan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(1):571-578. PMID: 23534797
27. Rawas H, De Beer J, Alturki O, Altorki M, Alhelali T, Althagfi A, et al. Hopelessness and Social Support among Cancer Patients in Saudi Arabia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2024;25(4):1363-1370. doi: 10.31557/APJCP.2024.25.4.1363
28. Delisle VC, Gumuchian ST, Kloda LA, Boruff J, El-Baalbaki G, Körner A, et al. Effect of support group peer facilitator training programmes on peer facilitator and support group member outcomes: a systematic review. *BMJ Open.* 2016;6(11):e013325. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013325
29. Amini F, Raeisi F, Tabari F, Rasoolzadeh N, Molaei S. Prediction of hope based on forgiveness and religious beliefs among leukemia patients. *Health Educ Health Promot.* 2020;8(1):31-35. [Persian]
30. Yildiz T, Uslu-Sahan F. Effect of Spirituality on Psychological Resilience and Hope in Patient-Family Caregiver Dyads Experiencing Gynecological Cancer: An Actor-Partner Interdependence Analysis. *Cancer Nurs.* 2024. doi: 10.1097/NCC.0000000000001365
31. Metwaly SM, Mohammed EO, Elsebaie SR. Relation between hope, coping strategies and social support among women with breast cancer. *NeuroQuantology.* 2022;20(18):989-998. doi: 10.48047/NQ.2022.20.18.NQ88091
32. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs.* 2021;20(1):158. doi: 10.1186/s12912-021-00684-2
33. Zaheer S, Gul RB, Bhamani SS, Memon MA. The effect of individualized education with support on breast cancer patients' anxiety and depression during radiation therapy: A pilot study. *Eur J Oncol Nurs.* 2020;48:101826. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101826
34. Montori VM, Ruissen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunneman M. Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evid Based Med.* 2023;28(4):213-217. doi: 10.1136/bmjebm-2022-112068
35. Keelson SA, Addo JO, Amoah J. The impact of patient engagement on service quality and customer well-being: an introspective analysis from the healthcare providers' perspective. *Cogent Public Health.* 2024;11(1):2340157. doi: 10.1080/27707571.2024.2340157
36. Luo H, Liu G, Lu J, Xue D. Association of shared decision making with inpatient satisfaction: a cross-sectional study. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021;21(1):25. doi: 10.1186/s12911-021-01385-1
37. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences. *J Gen Intern Med.* 2005;20(6):531-535. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x
38. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, Wagner EH. Self-management: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(1):50-62. doi: 10.3322/caac. 20093
39. Pedroni G, Camerini AL. The importance of a healthy lifestyle to prevent mental health problems during crisis situations: evidence from Corona Immunitas Ticino. *J Public Health.* 2024. doi: 10.1007/s10389-024-02263-6
40. Mahindru A, Patil P, Agrawal V. Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review. *Cureus.* 2023;15(1):e33475. doi: 10.7759/cureus.33475
41. Enjezab B, Zare M, Shokrirafsanjani F. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Pain and Fatigue in Women with Breast Cancer. *J Clin Care Skills.* 2024;5(3):137-144. [Persian]
42. Huang YC, Bhattarai M, Cho E, Yoon H. The impact of social and emotional support on serious psychological distress among people with functional disabilities and type

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]

2 diabetes. *Chronic Illn.* 2024;20(3):413-423. doi: 10.1177/17423953241253874
43. Mersha A, Abera A, Tesfaye T, Abera T, Belay A, Melaku T, et al. Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. *BMC Nurs.* 2023;22(1):381. doi: 10.1186/s12912-023-01526-z
44. Sheikhpourkhani M, Abbaszadeh A, Borhani F, Rassouli M. Hope-Promoting Strategies: Perspectives of Iranian Women with Breast Cancer About the Role of Social Support. *Int J Cancer Manag.* 2018;11(11). doi: 10.5812/ijcm. 83317 [Persian]
45. Ripamonti CI, Buonaccorso L, Maruelli A, Bandieri E, Pessi MA, Miccinesi G. Hope, symptoms, and quality of life among advanced cancer patients. *Support Care Cancer.* 2023;31(2):120. doi: 10.1007/s00520-022-07562-7
46. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs.* 1992;17(10):1251-1259. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02 ]

[ DOI: 10.66224/ijbd.19.2.6 ]