Iranian Journal of Breast Diseases. 2026; 19(3):52-72

Original Article

Self-care needs in breast cancer survivors based on Orem's theory: A directed content analysis study

Reihaneh Habibolahi[1], Sara Kord[2], Mehdi Hashemi[3], Marzieh Beigom Bigdeli Shamloo[4]✉

[1] Student Research Committee, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran
[2] Nursing Group, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran
[3] The Clinical Research Development Unit of Ganjavian Hospital, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.
[4] Paramedical School, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

Abstract

Introduction: Breast cancer, as the most common malignancy among women, is associated with extensive physical and psychological complications that can adversely affect patients' self-care behaviors. This study aimed to explain the self-care needs of breast cancer survivors based on Orem's self-care theory.

Methods: This study was conducted using a qualitative approach with directed content analysis. Twenty-one women who had recovered from breast cancer in Dezful city were recruited through purposive sampling with maximum variation. Data were collected through semi-structured, in-depth interviews and continued until data saturation was achieved. Data analysis was performed manually using the Graneheim and Lundman method. To ensure scientific rigor, strategies including participant review (member checking), co-coding by peer researchers, and reflective note-taking were employed.

Results: In the final analysis, 12 codes, 5 sub-categories, and 3 categories were identified. The three main categories identified were universal self-care requisites, developmental self-care requisites, and health-deviation self-care requisites.

Conclusion: The findings suggest that self-care in breast cancer survivors is a multidimensional process that appears to be strongly shaped by cultural and religious contexts and the structure of Iran's health system.

Keywords: Mastectomy, breast cancer, self-care, survivors, Qualitative Study

Received: 2026/08/14
Accepted: 2026/10/04

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

Ethics Approval:
IR.DUMS.REC.1405.041

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

Copyright © 2026 Habibolahi 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 remains the most common malignancy among women globally, with approximately 2.3 million new cases and 670,000 deaths reported in 2022 (1). In Iran, the disease accounts for a substantial and growing burden, with an estimated 15,700–19,000 new cases annually and an age-standardized incidence rate of 32–38 per 100,000 women(2), and the extensive physical and psychological side effects of treatment influence patients' self-care behaviors(3). Self-care—defined as an individual's ability to perform self-care activities—plays a key role in improving treatment outcomes, enhancing quality of life, and reducing healthcare costs. Orem's self-care theory identifies three categories of needs: universal, developmental, and health-deviation needs(4). While several qualitative studies have examined self-care among Iranian women with breast cancer, these have largely addressed the treatment period or preventive behaviors. However, less attention has been paid to the lived experience of self-care needs among breast cancer survivors. This gap is especially evident within Iran's cultural, religious, and healthcare context. This study aimed to identify and explain the self-care needs of breast cancer survivors using directed content analysis based on Orem's theory.

Materials and Methods

The present study employed a qualitative approach using directed content analysis. Twenty-one breast cancer survivors from Dezful were recruited through purposive, maximum-variation sampling. Participants were required to be fluent in Persian, willing to participate, have a primary diagnosis of breast cancer, be physically and psychologically able to participate, be able to articulate their experiences, have completed treatment at least six months prior, and be Iranian nationals. Exclusion criteria included unwillingness to continue, aggressive behavior during the interview, or experiencing a severely traumatic event within the past two months. Data were collected via in-depth, semi-structured interviews held in the oncology department's training room, with telephone interviews conducted when participants preferred not to attend in person. Interviews lasted 20–52 minutes (mean: 42 minutes) and began with the question, "What self-care needs did you experience during your treatment?" Data collection continued until data saturation. One participant declined audio recording, and notes were taken instead; two participants showed emotional reactions during the interviews, which were managed with empathy before continuing. Data were analyzed manually using directed content analysis based on Graneheim and Lundman's method(5). After transcription and repeated reading, meaning units related to self-care needs were identified and coded. Codes were initially classified into Orem's three predefined categories (universal, developmental, and health-deviation self-care requisites), and those that did not fit these categories were examined separately. Similar codes were then grouped into subcategories and categories based on conceptual affinity. The analysis followed seven steps: determining the unit of analysis, identifying meaning units, condensing meaning units, extracting codes, forming subcategories, forming categories, and extracting the latent theme. Both manifest and latent content were examined, with continuous back-and-forth movement between texts, codes, and categories. Scientific rigor was ensured through Lincoln and Guba's criteria, including member checking with three participants, review of all analytical stages by a qualitative expert, documentation of preconceptions, and detailed contextual description.

Results

The sample comprised 21 breast cancer survivors with a mean age of 44.5 years (range: 27–62) and a mean disease duration of 4.8 years (range: 1–12). Most participants were housewives (71.4%), married (90.5%), and had completed at least a high school diploma (81.0%). All had received chemotherapy, 85.7% underwent unilateral mastectomy, and 42.8% received radiotherapy.

Three main categories, six subcategories, and twelve final codes were extracted (Table 1). Self-care needs are classified into three categories—universal self-care needs, developmental self-care needs, and health-deviation self-care needs—described as follows:

Category 1: Universal Self-Care Requisites

In the first category, universal self-care requisites, participants managed daily needs more consciously during illness. They identified beneficial foods through personal

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

experience and trial and error; one participant stated, "I survived on pomegranate juice... When I ate grilled lamb, my body regained strength" (Participant 9).

Participants accepted rest during peak side effects but feared losing their ability to function, engaging in light activities to prevent bodily stiffness; one explained, "I thought that if I got up and did my work, it would be better; my body wouldn't sleep... When I sleep and rest all the time, my body dries up" (Participants 2, 3, and 4). They also selectively managed social relationships, removing those that increased stress and limiting their circle to empathetic individuals; one stated, "You remove many people, you keep a circle that is compatible with your mental state" (Participant 15). Participants actively sought peers with similar experiences; one stated, "I called an acquaintance who had completed treatment... Her words encouraged me a lot" (Participant 13).

Category 2: Developmental Self-Care Requisites

In the second category, developmental self-care requisites, participants adapted to identity and role transitions. They experienced grief over bodily changes but gradually prioritized health over beauty; one stated, "My hair fell out, my nails turned black... But I said it's okay, health is more important" (Participant 18), and another said, "After three years, I decided to dye my hair... I felt good" (Participant 12). They redefined beauty beyond physical appearance; one stated, "My husband tells me that silver hair suits me and is beautiful" (Participant 17). They also adapted family roles by lowering self-expectations; one stated, "I am no longer as sensitive as before about everything always being in order... I have accepted this" (Participant 1). Another said, "I could not do heavy work... My mother and husband did many of the tasks" (Participant 14). Despite limitations, they strived to maintain their roles; one stated, "I made no change in my role as a wife and sexual partner" (Participant 11).

Category 3: Health-Deviation Self-Care Requisites

In the third category, health-deviation self-care requisites, participants managed treatment side effects and sought active involvement in care. They used non-pharmacological methods such as warm oils, compresses, and warm showers; one stated, "We massaged our bodies with baby oil... In the bathroom with warm water... We gradually coped with it" (Participant 9). They accepted pain as part of treatment; one stated, "I just had to be patient...I raised my threshold of tolerance" (Participant 5). They actively sought information from various sources; one stated, "I sought information and used the internet and books" (Participant 11). They also participated in treatment decisions; one stated, "I told my physician to remove both breasts; then I would place a prosthesis, and he accepted my suggestion" (Participant 14).

Table 1: Main categories, subcategories, and extracted codes

Main category	Sub-category	Codes
Universal self-care needs	Mindful response to the body's physiological changes	Therapeutic and Experimental Nutrition Acceptance of Forced Rest with Resistance to Passivity
	Redefining social boundaries and managing relationships	Refining one's social circle and eliminating energy-draining relationships Seeking empathy and shared experience with other patients
Developmental self-care requisites	Reconstructing Identity in the Mirror of Bodily Changes	Mourning the lost body and gradual acceptance Redefining beauty and human values beyond physical appearance
	Adapting family and social roles to new limitations	Lowering expectations of oneself and accepting imperfection Striving to maintain the roles of mother and wife despite one's limitations
Health deviation self-care requisites	Physical management of treatment side effects	Using non-pharmacological and traditional methods to alleviate pain and nausea Accepting pain as part of the treatment journey (finding meaning in suffering)
	Seeking knowledge and active participation in treatment	Actively seeking information from various sources Participating in treatment decisions

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

Discussion

The findings align with Orem's self-care theory while revealing culturally specific nuances among Iranian breast cancer survivors. Conscious management of universal needs—particularly therapeutic nutrition and selective social filtering—echoes Savabi-Esfahani et al. (6) and Salami et al. (7). However, reliance on personal trial and error reflects Iran's biomedically focused healthcare system, where integrative supportive care is not formally integrated. Hiding illness from family contrasts with Western emphasis on disclosure. This reflects Iran's collectivist culture and the concept of "aberu" (social face), where disclosure is a social act with consequences for family reputation.

In the developmental domain, creative strategies for redefining beauty differ from Western reliance on psychological counseling (6), reflecting limited mental health services and the use of embodied practices as acts of resistance. Maintaining maternal and spousal roles despite limitations contrasts with Western patterns of role delegation (7), reflecting the centrality of motherhood in Iranian women's identity. The health-deviation domain revealed the use of traditional methods consistent with Tabaraei et al. (8) but differing from Western practices such as yoga and acupuncture, reflecting the absence of integrative medicine in Iran's formal cancer care. Finding meaning in suffering through patience and faith was prominent but not universal. Active information-seeking and participation in treatment decisions indicate growing health literacy. Yet reliance on peer empathy reflects the role of informal social networks, in which trust in formal institutions is limited (7). These findings underscore that self-care among Iranian breast cancer survivors is multidimensional and shaped by cultural, religious, and healthcare system factors.

Participants were recruited only from Dezful, limiting generalizability; future studies should include diverse regions with different cultural contexts. Self-reported data may introduce recall or social desirability bias; mixed-methods designs could mitigate these biases. The cross-sectional design cannot capture changes over time; longitudinal studies are needed to track self-care needs across recovery stages. Women with very low education or advanced age were not included; future sampling should target these underrepresented groups. Family and provider perspectives were not examined; future studies should incorporate these perspectives to provide a more comprehensive understanding.

Conclusion

The findings indicate that the self-care needs of Iranian women recovering from breast cancer, while consistent with Orem's three categories, appear to be deeply influenced by Iran's cultural, religious, and healthcare context. Some findings—such as conscious responses to physiological changes, social filtering, and reduced self-expectations—appear to be consistent with international research. Others—including hiding illness, using traditional methods, relying on patience and faith, and seeking peer empathy—seem to be rooted in the Iranian context and are rarely reported in Western studies.

References

Fu M, Peng Z, Wu M, Lv D, Li Y, Lyu S. Current and future burden of breast cancer in Asia: A GLOBOCAN data analysis for 2022 and 2050. The Breast. 2025;79:103835. doi:10.1016/j.breast.2024.103835.

Nazari Gooran S, Etedali H, Khalaf Seyedi SS, Nabizadeh M, Bigdeli Shamloo MB. Explaining factors related to self-care from the perspective of women with breast cancer: A qualitative study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2026;18(4):40-56. doi:10.66224/ijbd.18.4.40

Deng Q, Kang L, Zhu S, Luo W, Qing J, Zhong S, et al. Effects of nursing based on Orem's self-care model on self-care efficacy, quality of life and adverse emotions in patients with advanced lung cancer. Am J Transl Res. 2021;13(4):

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

2983-9. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103632
5. Lindgren B-M, Lundman B, Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. International journal of nursing studies. 2020;108:103632. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103632
Savabi-Esfahani M, Taleghani F, Noroozi M, Kianpour M, Boroumandfar Z, Hashemi MS, et al. Iranian women's experience of self-care in breast cancer prevention: a qualitative study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2025;30(3):397. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_364_23.
Salami F, Sadeghi Avalshahr H, Haghani S. Spousal social support, hopefulness, and happiness in women with breast cancer: A cross-sectional study. ijbd 2024; 17 (2) :54-68. doi:10.61186/ijbd.17.2.54
Tabaraei K, Rahzani K, Hekmatpou D, Mohaghegh F. Effect of Rose Essential Oil Aromatherapy on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. Complementary Medicine Journal. 2025;15(3):249-58. doi:10.22034/cmja.15.3.249

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

مقاله‌پژوهشی

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۱۴۰۵؛۱۹(۳):۵۲-۷۲

نیازهای خود مراقبتی دربهبود یافتگان سرطان پستان براساس تئوری اورم: یک مطالعه تحلیل محتوای هدایت شده

ریحانه حبیب‌الهی[۱]، سارا کرد[۲]، مهدی هاشمی[۳]، مرضیه بیگم بیگدلی شاملو[۴]✉

[۱]کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران
[۲]دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران
[۳]مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان گنجویان، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران
[۴]دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین بدخیمی در میان زنان، با عوارض جسمی و روانی گسترده‌ای همراه است که می‌تواند بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران تأثیر نامطلوبی بگذارد. این مطالعه با هدف تبیین نیازهای خودمراقبتی زنان بهبودیافته از سرطان پستان بر اساس نظریه خودمراقبتی «اورم» انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای هدایت‌گر انجام شد. بیست و یک زن بهبودیافته از سرطان پستان در شهر دزفول با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت و تا زمان دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌ها به صورت دستی و با استفاده از روش گرانهایم و لاندمن انجام شد. برای تضمین دقت علمی، راهکارهایی شامل بازبینی توسط شرکت‌کنندگان، کدگذاری مشترک توسط پژوهشگران همکار و یادداشت‌برداری تأملی به کار گرفته شد.

یافته‌ها: در تحلیل نهایی، ۱۲ کد، ۵ زیرطبقه و ۳ طبقه شناسایی شدند. سه طبقه اصلی شناسایی‌شده عبارت بودند از: الزامات خودمراقبتی عمومی، الزامات خودمراقبتی تکاملی و الزامات خودمراقبتی ناشی از انحراف سلامت.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که خودمراقبتی در زنان بهبودیافته از سرطان پستان، فرآیندی چندبعدی است که به نظر می‌رسد به شدت تحت تأثیر بافت‌های فرهنگی و مذهبی و ساختار نظام سلامت ایران شکل گرفته است.

واژه‌های کلیدی: ماستکتومی، سرطان پستان، خود مراقبتی، بهبود یافتگان، تحقیق کیفی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۵/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲

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

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

مقدمه

سرطان پستان به‌عنوان تغییراتی در رشد غیرقابل‌کنترل سلول‌ها در بافت پستان تعریف می‌شود که معمولاً در غدد پستانی (لوبول‌ها) یا مجاری شیری که لوبول‌ها را به نوک سینه متصل می‌کنند، رخ می‌دهد(۱). این بیماری در سطح جهانی در حال افزایش است و هرچند شیوع آن در کشورهای اروپایی و آمریکایی تقریباً دو برابر کشورهای آسیایی گزارش شده، اما در ایران نیز به‌سرعت در حال گسترش است(۲). بر اساس آخرین آمار مرکز تحقیقات سرطان ایران، سالانه حدود ۸۵۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور گزارش می‌شود و بیش از ۱۴۰۰ نفر در پی این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. هم‌اکنون نیز حدود ۴۰ هزار زن با این بیماری در ایران زندگی می‌کنند . نسبت مرگ به بروز در سرطان پستان در ایران حدود ۱ به ۶ است؛ یعنی از هر شش زن مبتلا، یک نفر جان خود را از دست می‌دهد. این نسبت، در مقایسه با بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته که به دلیل تشخیص زودهنگام و درمان مؤثرتر، مرگ‌ومیر کمتری دارند، نشان‌دهنده‌ی تشخیص دیرهنگام و دسترسی محدودتر به درمان‌های نوین در ایران است و همین امر موجب شده سرطان پستان همچنان دومین عامل مرگ‌ومیر زنان در کشور باقی بماند و بیشترین گروه‌های سنی درگیر دراین بیماری ۴۵ تا ۶۵ سال و ۸۰ تا ۸۵ سال است.(۳). که میزان بروز، مرگ‌ومیر و بقا می‌تواند از عوامل متعددی از جمله ساختار جمعیتی، سبک زندگی، عوامل ژنتیکی و محیطی تاثیر پذیرد (۴).

در میان روش‌های درمانی، ماستکتومی یعنی برداشتن کل یا بخش عمده‌ای از پستان همچنان یکی از راهکارهای رایج، به‌ویژه در مواردی که تشخیص در مراحل پیشرفته‌تر صورت گرفته یا امکان حفظ پستان وجود نداشته باشد، محسوب می‌شود. فرآیند بیماری و درمان از جمله جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی عوارضی جسمی و روانی گسترده‌ای به همراه دارد. بیماران اغلب با کاهش رضایت از زندگی، اختلال در سازگاری، افت اعتماد به نفس، افزایش تنش‌های عاطفی، اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روانی مواجه می‌شوند (۵) این وضعیت روانی نه‌تنها بر پذیرش بیماری و ادامه درمان تأثیر منفی می‌گذارد، بلکه منجر به کاهش حس کنترل و در نتیجه کاهش رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی می‌شود (۶).

در چنین شرایطی، خودمراقبتی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اصول درمان موفقیت‌آمیز و بازیابی سلامت، از اهمیتی حیاتی برخوردار است(۷). خودمراقبتی شامل توانایی فرد در انجام فعالیت‌هایی برای مراقبت از خود است؛ به عبارت دیگر، توانایی شخص در ایجاد تعادل بین انجام مراقبت از خود و نیازهای خودمراقبتی، که ممکن است توسط خود فرد یا با کمک دیگران صورت گیرد(۸). بیماران باید دانش و توانایی لازم را برای تعیین اولویت‌ها و مدیریت بیماری خود داشته باشند(۹). خودمراقبتی شامل شرکت فعال بیمار در روند مراقبت از خود، مانند پیگیری پیشرفت درمان، مانیتورینگ علائم، بررسی عوارض جانبی، و پیگیری رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت از قبیل داشتن یک رژیم غذایی سالم، ورزش منظم و بهبود سلامت عمومی است. این رفتارها در نهایت منجر به بهبود سلامت، افزایش کیفیت زندگی، رضایت بیشتر بیماران، استفاده منطقی‌تر از خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شوند (۱۰). بر اساس نظریه خودمراقبتی دوروتی اورم[1]، افراد باید تا حد امکان مستقل و مسئول مراقبت از خود باشند و در صورت وجود کمبود در توانایی خودمراقبتی، اعضای خانواده یا پرستاران باید به آن‌ها کمک کنند. این نظریه سه دسته نیاز خودمراقبتی را شناسایی می‌کند: نیازهای خودمراقبتی همگانی که شامل اقدامات مشترک همه انسان‌ها برای حفظ حیات و سلامت است، نیازهای خودمراقبتی رشدی که با تغییرات مراحل زندگی و سازگاری با موقعیت‌های جدید مرتبط است و نیازهای خودمراقبتی ناشی از انحراف سلامت که در اثر بیماری و درمان‌های پزشکی ایجاد می‌شوند(۱۱). شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از زنان مبتلا به سرطان پستان، به‌ویژه آن‌هایی که ماستکتومی را تجربه کرده‌اند، دانش و آگاهی کافی در زمینه‌ی مراقبت از خود ندارند و درک آنان از نیازهای خودمراقبتی محدود است(۱۰). این کمبود دانش، همراه با چالش‌های روانی و اجتماعی ناشی از بیماری، می‌تواند مانع اصلی در مسیر استقلال در مراقبت از خود و بهبودی مؤثر باشد(۱۲). علاوه بر این، تفاوت‌های فرهنگی و زمینه‌ای در درک و اجرای خودمراقبتی، لزوم

[1] - Dorothea Orem

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

بررسی این موضوع در بافت‌های مختلف را برجسته می‌سازد(۱۳).

با وجود اهمیت خودمراقبتی در فرآیند بهبودی، مرور مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که تنها شمار محدودی از پژوهش‌ها به بررسی نیازهای خودمراقبتی زنان بهبودیافته از سرطان پستان پرداخته‌اند. برای مثال، مطالعه‌ی نظری گوران و همکاران (۲۰۲۶) با رویکرد کیفی، عوامل مرتبط با خودمراقبتی را از دیدگاه زنان مبتلا به سرطان پستان تبیین کرده و بر نقش بافت فرهنگی، مذهبی و ساختار نظام سلامت در شکل‌گیری این نیازها تأکید داشته است(۱۲). همچنین، ثوابی اصفهانی و همکاران (۲۰۲۵) در مطالعه‌ای کیفی، تجربه‌ی زنان ایرانی از خودمراقبتی در پیشگیری از سرطان پستان را بررسی کرده و نشان داده‌اند که زنان پس از مواجهه با بیماری، رویکردی فعال‌تر نسبت به تغذیه، استراحت و مدیریت روابط اجتماعی اتخاذ می‌کنند(۱۴). همچنین رخشانی و همکاران (۲۰۲۲) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده، اثربخشی آموزش خودمراقبتی مبتنی بر تئوری اورم را بر بهبود توانایی خودمراقبتی بیماران تحت شیمی‌درمانی تأیید کرده‌اند(۸).

با این حال، بررسی دقیق این مطالعات نشان می‌دهد که بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در ایران بر جنبه‌های بالینی و درمانی بیماری متمرکز بوده‌اند و تجربه‌ی زیسته‌ی بیماران در زمینه‌ی نیازهای خودمراقبتی، به‌ویژه در دوران پس از تکمیل درمان و بهبودی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. به عبارت دیگر، اگرچه تئوری خودمراقبتی اورم سه دسته‌ی اصلی نیازهای خودمراقبتی را شامل نیازهای همگانی، رشدی و ناشی از انحراف سلامت را معرفی می‌کند(۱۱)، اما مطالعات ایرانی محدود به بررسی این سه بعد در بافت فرهنگی، مذهبی و ساختار نظام سلامت ایران نپرداخته‌اند و مشخص نیست که مصادیق و راهبردهای خودمراقبتی زنان بهبودیافته‌ی ایرانی چگونه در این سه چارچوب قابل طبقه‌بندی است. این شکاف دانشی، طراحی مداخلات حمایتی و آموزشی متناسب با نیازهای واقعی این گروه از بیماران را دشوار ساخته است.

خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، نه‌تنها به بهبود پیامدهای جسمی مانند کاهش عوارض درمان و تسریع بهبودی کمک می‌کند، بلکه بر ابعاد روانی و اجتماعی سلامت نیز تأثیرگذار است. زنانی که توانایی مدیریت مؤثر نیازهای خودمراقبتی خود را دارند، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند، احساس کنترل بیشتری بر بیماری خود دارند و سازگاری بهتری با تغییرات ناشی از درمان نشان می‌دهند. از سوی دیگر، شناسایی نیازهای خودمراقبتی این بیماران می‌تواند به تیم‌های درمانی، پرستاران و مراقبان سلامت کمک کند تا مداخلات آموزشی و حمایتی متناسب با نیازهای واقعی بیماران طراحی کنند. این مداخلات می‌توانند شامل برنامه‌های آموزشی درباره‌ی مدیریت عوارض درمان، راهبردهای سازگاری با تغییرات بدنی، تقویت حمایت‌های اجتماعی و تسهیل مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی باشند.

علاوه بر این، درک عمیق‌تر از نیازهای خودمراقبتی زنان بهبودیافته از سرطان پستان می‌تواند به سیاست‌گذاران سلامت در طراحی خدمات جامع‌تر و بیمارمحور کمک کند. این خدمات می‌توانند شامل مشاوره‌های روانی، گروه‌های حمایتی هم‌تایان، برنامه‌های توانمندسازی خودمراقبتی و پیگیری منظم پس از درمان باشند.

هدف اصلی این مطالعه، شناسایی و تبیین نیازهای خودمراقبتی زنان بهبودیافته از سرطان پستان بر اساس نظریه‌ی خودمراقبتی اورم است. این پژوهش با به‌کارگیری تحلیل محتوای هدایت‌شده، به دنبال پاسخ به این پرسش است که زنان بهبودیافته از سرطان پستان چه نیازهای خودمراقبتی را در طول فرآیند درمان و پس از آن تجربه می‌کنند و این نیازها چگونه در چارچوب نظریه‌ی اورم قابل دسته‌بندی هستند. یافته‌های این مطالعه می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات آموزشی و حمایتی متناسب با نیازهای واقعی این گروه از بیماران فراهم کند و به ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران کمک نماید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیل محتوای هدایت شده مبتنی بر تئوری اورم، پس از کسب مجوز از مدیر پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول و تحویل آن به ریاست مرکز درمانی امام حسن مجتبی در سال ۱۴۰۵ ، ۲۱ مشارکت کننده به روش هدفمند و با حداکثر تنوع از نظر گروه سنی، سطح تحصیلات، مدت زمان سپری‌شده از درمان و وضعیت تأهل انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. یعنی زمانی که در مصاحبه کد جدیدی به دست

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

نیامد نمونه‌گیری پایان پذیرفت. پس از توضیح هدف و روش کار واطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و ارایه حق کناره‌گیری در ادامه مصاحبه و دریافت درمان درصورت امتناع از شرکت درپژوهش وعدم تحمیل هزینه به بیماران انتخاب مشارکت کنندگان انجام شد معیارهای ورود: آشنایی به زبان فارسی، تمایل به شرکت در مطالعه، تشخیص و درمان سرطان پستان بصورت اولیه ، داشتن شرایط روحی وجسمی مناسب جهت شرکت در مصاحبه، توانایی در بیان تجارب، گذشت حداقل ۶ ماه از زمان تکمیل درمان، ایرانی بودن. معیارهای خروج: عدم تمایل به ادامه مصاحبه، بروز رفتاری که بر روند مصاحبه تاثیر منفی داشته باشد مانند پرخاشگری، تجربه ی رخدادی در دو ماه گذشته که آسیب روانی زیادی را به بیمار وارد کند مانند مرگ یکی از عزیزان.

روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد که در مورد تجربه خود در زمینه نیازهای درک شده خود مراقبتی توضیح دهند. مصاحبه با پرسش چنین سؤالاتی آغاز می‌شد: "شما در هنگام درمان بیماری به چه خودمراقبتی‌هایی نیاز داشتید؟" و ... سپس سوالات واکاوی باتوجه به پاسخ وی پرسیده می‌شد (جدول۱). طول مدت مصاحبه بر اساس تحمل و علاقه هر مشارکت کننده بین ۲۰تا۵۲ دقیقه متغیر بود. میانگین زمان مصاحبه ۴۲دقیقه بود. مصاحبه‌ها دراتاق آموزش بخش انکولوژی انجام شد و در صورت عدم تمایل مشارکت کننده به مصاحبه حضوری، مصاحبه به‌صورت تلفنی در زمانی که توسط مشارکت کننده مقرر شد صورت گرفت.

جدول ۱: راهنمای سوالات مصاحبه

Table 1: Interview Questions Guide

Main Question	Probing Question
1. What self-care measures did you need to take while being treated for the illness?	1. Did you follow these care routines even before your illness? 2. What about the side effects of your chemotherapy? 3. What about the side effects of surgery? What about the side effects of radiotherapy?

داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی هدایت‌شده بر اساس نظریه خودمراقبتی اورم تحلیل شد. پس از پیاده‌سازی و مطالعه مکرر مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی مرتبط با نیازهای خودمراقبتی شناسایی و کدگذاری شدند. کدها ابتدا بر اساس سه طبقه نظریه اورم، شامل نیازهای خودمراقبتی همگانی، رشدی و ناشی از انحراف سلامت، طبقه‌بندی شدند. کدهایی که با طبقات از پیش تعیین‌شده مطابقت نداشتند، به‌صورت جداگانه بررسی و در صورت لزوم در طبقه جدید قرار گرفتند. در ادامه، کدهای مشابه بر اساس قرابت مفهومی در زیرطبقات و طبقات مرتبط سازمان‌دهی شدند. تحلیل به‌صورت دستی و با رفت و برگشت مداوم میان متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات انجام شد.

رویکرد تحلیل براساس گرانهایم ولاندمن بود. در این رویکرد، پژوهشگر به دنبال پاسخ به این پرسش بود که متن درباره چه چیزی صحبت می‌کند و معنای زیرین این گفته‌ها چیست. دو سطح محتوا بررسی شد: محتوای آشکار که همان چیزی بود که مستقیماً در متن بیان شده بود و محتوای پنهان که معنای زیرین یا تفسیری گفته را نشان می‌داد. که مراحل آن بدین شرح است:

۱. تعیین واحد تحلیل
۲. : تعیین واحد معنایی
۳. فشرده‌سازی واحد معنایی
۴. استخراج کد
۵. تشکیل زیرطبقه
۶. تشکیل طبقه
۷. استخراج مضمون پنهان

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

در این پژوهش برای ارزیابی روایی و پایایی داده‌ها از روش لینکن و گوبا (۱۹۸۹) (۱۵) بدین شرح استفاده شد:

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

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

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

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

۱. **انتقال‌پذیری:** پژوهشگر تلاش نمود تا جزئیات کامل از بافت فرهنگی، محیط مصاحبه و ویژگی‌های جمعیت شناختی را نشان دهد. مثال: جهت امکان‌پذیری انتقال یافته‌ها به محیط‌های مشابه (مانند سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در فرهنگ ایرانی)، پژوهشگر با توصیف دقیق بافت فرهنگی، تأثیر آن بر نیازهای خود مراقبتی، بستر لازم برای درک عمیق خواننده را فراهم کرد.

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

یافته‌ها

طبق جدول ۲، نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۱ زن مبتلا به سرطان پستان بود که با میانگین سنی ۴۴/۵ سال (با دامنه سنی ۲۷ تا ۶۲ سال) در این مطالعه مشارکت داشتند.

میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری در این زنان ۴/۸ سال با دامنه ۱ سال تا ۱۲ سال بود. از نظر میزان تحصیلات اکثریت (۴۲/۹ درصد) دارای مدرک دیپلم. ۲۲/۸ درصد دارای مدرک لیسانس، ۱۴/۳ درصد دارای تحصیلات زیردیپلم یا ابتدایی بودند. دارندگان مدارک سیکل، فوق دیپلم، فوق لیسانس ودکترا هرکدام ۸/۴ درصد بودند.

مشارکت‌کنندگان از نظر وضعیت شغلی ۱۵نفر (۷۱/۴ درصد) خانه دار، ۲ نفر (۹/۵ درصد) آزاد، ۲نفر (۹/۵ درصد بازنشسته، ۱ نفر (۴/۸ درصد) کارمند، ۱نفر(۴/۸ درصد) استاد دانشگاه بودند.

مشارکت کنندگان از نظر وضعیت تأهل ۱۹ نفر (۹۰/۵ درصد) متأهل و ۲ نفر (۹/۵ درصد) مجرد بودند. ازنظر درمان‌های انجام شده تمامی مشارکت کنندگان شیمی درمانی رادریافت نموده بودند. از نظر نوع جراحی، ۲نفر (۹/۵ درصد) حفظ پستان، ۱۹ نفر (۸۵/۷ درصد) ماستکتومی یک طرفه) و ۱ نفر (۴/۸ درصد) ماستکتومی دوطرفه انجام داده بودند. همچنین ۹ نفر (۴۲/۸ درصد) رادیوتراپی دریافت کرده بودند.

در فرایند تحلیل داده‌ها ۳ طبقه، ۶ زیر طبقه و ۱۲۵ کد استخراج شد که باحذف موارد تکراری ۱۲کد باقی ماند. براساس جدول۳، نیازهای خود مراقبتی به سه دسته نیازهای خودمراقبتی همگانی، نیازهای خودمراقبتی رشدی، نیازهای خودمراقبتی انحرافیِ سلامت تقسیم می‌شوند که بدین شرح است:

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی واطلاعات زمینه ای مشارکت کنندگان

Table 2: Demographic characteristics and background information of the participants

N	Age	Educational level	Job	Marital status	Duration of illness (years)	Treatments Performed
1	44	Below diploma	Housewife	Married	4	Mastectomy – Chemotherapy – Radiotherapy
2	45	diploma	Housewife	Married	9	Mastectomy-Chemotherapy
3	33	Bachelor's degree	Employee	Single	5	Mastectomy – Chemotherapy – Radiotherapy
4	28	Associate Degree	Freelance	Married	2	Mastectomy – Chemotherapy – Radiotherapy
5	55	Diploma	Housewife	Married	4	Mastectomy-Chemotherapy
6	42	Mastery degree	Housewife	Single	1	Mastectomy-Chemotherapy
7	62	Diploma	Retired	Married	3	Mastectomy-Chemotherapy
8	38	Bachelor's degree	Freelance	Married	1	Mastectomy-Chemotherapy
9	37	Primary education	Housewife	Married	4	Mastectomy-Chemotherapy
10	55	Bachelor's degree	Retired	Married	10	Mastectomy-Chemotherapy
11	54	diploma	Housewife	Married	12	Mastectomy-Chemotherapy
12	44	Bachelor's degree	Housewife	Married	9	Bilateral mastectomy – chemotherapy
13	41	Below diploma	Housewife	Married	2	Mastectomy-Chemotherapy
14	27	Bachelor's degree	Housewife	Married	1	Mastectomy-Chemotherapy
15	۴۱	phd	Istructor	Married	6	Mastectomy – Chemotherapy – Radiotherapy
16	39	Bachelor's degree	Housewife	Married	2	Mastectomy – Chemotherapy – Radiotherapy
17	55	Diploma	Housewife	Married	2	Mastectomy – Chemotherapy – Radiotherapy
18	49	Below diploma	Housewife	Married	10	Mastectomy – Chemotherapy – Radiotherapy
19	45	Diploma	Housewife	Married	4	Mastectomy – Chemotherapy – Radiotherapy
20	55	Diploma	Housewife	Married	5	Breast-conserving surgery – Chemotherapy – Radiotherapy
21	35	Diploma	Housewife	Married	5	Breast-conserving surgery – Chemotherapy – Radiotherapy

طبقه ۱. نیازهای خودمراقبتی همگانی[1]

این طبقه به مجموعه اقدامات مشترک همه انسان‌ها برای حفظ حیات، سلامت و عملکرد روزمره اشاره دارد. زنان مبتلا به سرطان پستان، در مواجهه با بحران بیماری، این نیازها را به‌صورت آگاهانه‌تر و هدفمندتر مدیریت می‌کنند.

زیرطبقه ۱-۱: پاسخ‌دهی آگاهانه به تغییرات فیزیولوژیک بدن

زنان در دوران شیمی‌درمانی و پس از جراحی، با تغییرات شدید در عملکرد بدن خود (تهوع، بی‌اشتهایی، استخوان درد، خستگی مفرط) مواجه می‌شوند. آن‌ها با «گوش دادن به زبان بدن» و آزمون و خطا، راهبردهایی برای مدیریت این تغییرات پیدا می‌کنند. این فرایند، نوعی دیالوگ وجودی با بدن است که در آن بدن نه یک ابژه، بلکه یک سوژه‌ی مشارکت‌کننده در درمان تلقی می‌شود.

کد ۱: تغذیه درمان‌گرا و تجربی

زنان به‌طور شهودی و بر اساس تجربه شخصی، غذاهایی را شناسایی می‌کنند که به بهبود حال آن‌ها کمک می‌کند. آن‌ها با آزمون خطا، ارتباط میان تغذیه و احساس سرزندگی را کشف می‌کنند. این تغذیه، نه فقط برای تأمین انرژی، بلکه برای «نجات» بدن از عوارض درمان است.

مشارکت‌کننده ۹: «من با آب انار زنده بودم... گوشت گوسفند کباب که می‌کردم، در هفته دو بار اندازه دو تا نصف

[1]-Universal Self-Care Requisites

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

سیخ کباب می‌خوردم، بدنت جون می‌گرفت».
مشارکت‌کننده ۵: «زنجبیل و دارچین می‌خوردم، زنجبیل حالت تهوع رو رفع می‌کرد و بدنمو که دردهای عضلانی داشتم با روغن‌های گرم ماساژ می‌دادم».
این زنان با تکیه بر «حس درونی» خود، به تغذیه‌ای روی می‌آورند که نه فقط گرسنگی را رفع کند، بلکه «جان‌بخش» باشد. آب انار برای آن‌ها نماد خون‌سازی و گوشت کبابی نماد قدرت و نیروست. این انتخاب‌ها، یک زبان نمادین است که در آن غذا، نه مادهای خنثی، بلکه عاملی شفابخش و مقدس تلقی می‌شود. آن‌ها با این کار، حس کنترل بر بدنی را که از کنترل خارج شده، بازپس می‌گیرند.

کد ۲: پذیرش استراحت اجباری همراه با مقاومت در برابر انفعال

زنان در روزهای اوج عوارض شیمی‌درمانی، استراحت را می‌پذیرند، اما در عین حال، از فلج‌شدن و ازدست‌رفتن توانایی هراس دارند. آن‌ها با انجام فعالیت‌های سبک روزانه، سعی می‌کنند از «خشک شدن» و «سفت شدن» بدن جلوگیری کنند. این دوگانه، بازتابی از تلاش برای حفظ عاملیت در شرایطی است که بدن در حال ازدست‌دادن کنترل است.
مشارکت‌کننده ۲و۳و۴: «با خودم فکر می‌کردم که اگه بلند شم و کارم رو انجام بدم خیلی بهتره، بدنم نمی‌خوابه... وقتی که می‌خوابم همش استراحت می‌کنم، بدنم خشک می‌شه».
مشارکت‌کننده ۹: «یک هفته می‌افتادم، بعد از یک هفته دیگه پا می‌شدم که برمی‌گشتم که بتونم یکم مثلاً بلند شم توی زندگی کاریو انجام بدم».
این زنان، استراحت را نه یک شکست، بلکه یک «بازگشتِ موقت» می‌بینند. آن‌ها با چرخه‌ی فروپاشی و بازیابی، ریتم جدیدی برای زندگی خود می‌سازند. ترس از «خشک شدن» بدن، ترس از مرگ تدریجی و ازدست‌رفتن هویتِ فعال است. آن‌ها با بلند شدن و حرکت کردن، به خود و دیگران اثبات می‌کنند که «هنوز زنده‌اند» و «هنوز می‌توانند».

زیرطبقه ۱-۲: بازتعریف مرزهای اجتماعی و مدیریت روابط

زنان در دوران بیماری، مرزهای جدیدی میان خود و دیگران ترسیم می‌کنند. آن‌ها با درک این نکته که انرژی روانی آن‌ها محدود و آسیب‌پذیر است، به‌صورت انتخابی روابط اجتماعی خود را مدیریت می‌کنند. این بازتعریف، نشان‌دهنده خودآگاهی اجتماعی و توانایی اولویت‌بندی نیازهای عاطفی است.
کد ۱: پالایش دایره‌ی اجتماعی و حذف روابط انرژی‌بر زنان به‌تدریج متوجه می‌شوند که برخی روابط اجتماعی، به‌جای حمایت، باعث افزایش استرس، احساس گناه یا سرخوردگی آن‌ها می‌شود. آن‌ها با قاطعیت، این روابط را حذف می‌کنند و دایره‌ی اجتماعی خود را به افرادی محدود می‌کنند که حس درک، همدلی و آرامش به آن‌ها منتقل می‌کنند.
مشارکت‌کننده ۱۵: «خیلی از آدم‌ها رو حذف کنی، یه دایره‌ای می‌ذاری که با شرایط روحی خودت سازگاره. اون دوستایی که قبلاً داشتی رو خیلی از آدم‌ها رو اصلاً حذف بکنی».
مشارکت‌کننده ۱۵: «تا یک سال اجازه ندادم فامیل متوجه بیماری بشم چون ناراحت می‌شدند».
این زنان با حذف روابط سمی، از خود «مراقبت اجتماعی» می‌کنند. آن‌ها می‌آموزند که «نه» گفتن به دیگران، نه بی‌احترامی، بلکه نوعی احترام به خود و نیازهایش است. پنهان‌کاری از برخی افراد نیز، از سر محبت و برای محافظت از آن‌هاست، اما این پنهان‌کاری، بار سنگین‌تری را بر دوش بیمار می‌گذارد و او را در تنهایی عمیق‌تری فرو می‌برد.

کد ۲: جستجوی هم‌دردی و هم‌رنجی با بیماران دیگر
زنان به‌طور فعال به دنبال افرادی هستند که تجربه‌ی مشابهی داشته‌اند و می‌توانند آن‌ها را درک کنند. دیدن یک بیمار بهبودیافته، الگویی زنده از امید را به آن‌ها ارائه می‌دهد و ترس از ناشناخته‌ها را کاهش می‌دهد.

مشارکت‌کننده ۱۳: «یکی از آشنایان را که مبتلا شده بود و دوره درمان را سپری کرده بود با آن تماس گرفتم... با حرفای من خیلی دلگرم شدم».
مشارکت‌کننده ۱۱: «از بیمارانی که دورهی درمان را سپری کرده بود رفتم و خیلی به من روحیه داد».
این جستجو، فراتر از یک مکالمه‌ی ساده، یک «انتقال وجودی» است. زنان با دیدن دیگری که از سفر مرگ‌بار جان سالم به‌در برده، این پیام را دریافت می‌کنند که «من هم می‌توانم». این هم‌دردی، نوعی «گواهی زنده» بر امکان بقا و زندگی دوباره است. آن‌ها در چشمان یک بازمانده، تصویر آینده‌ی خود را می‌بینند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

طبقه۲. نیازهای خودمراقبتی رشدی[1]

این طبقه به نیازهای مرتبط با تغییرات رشدی، موقعیت‌های جدید زندگی و سازگاری با تحولات هویتی و نقشی اشاره دارد. سرطان، یک «شکست بیوگرافیک» است که زنان را مجبور به بازسازی هویت و تطبیق نقش‌های خود می‌کند.

زیرطبقه ۲-۱: بازسازی هویت در آینه ی تغییرات بدنی

زنان در مواجهه با تغییرات غیرقابل‌برگشت بدنی (ریزش مو، برداشتن سینه، تغییر وزن)، باید «خود» جدیدی را در بدنی جدید بیابند. این فرایند، نیازمند سوگواری برای خودِ ازدست‌رفته و سپس آفرینش خودِ تازه است.

کد ۱: سوگواری برای بدن ازدست‌رفته و پذیرش تدریجی

زنان ابتدا با تغییرات بدنی به‌شدت مقاومت می‌کنند و دچار اندوه عمیقی می‌شوند. اما به‌مرور، با اولویت‌دهی به «سلامتی» بر «زیبایی»، به نوعی آشتی با بدن جدید دست می‌یابند. این پذیرش، یک فرایند تدریجی، دردناک و همراه با اندوه است.

مشارکت‌کننده ۱۸: «موهام ریخت، ناخونم سیاه شد... ولی گفتم اشکال نداره سلامتی مهمتره... سلامتی رو به دست می‌آورم و به حالت بهتر از قبل برمی‌گردم».

مشارکت‌کننده ۱۲: «سه سال تصمیم گرفتم موهامو رنگ کنم، دیگه موهام بلندتر شده بود و احساس خوبی داشتم». این زنان، مسیر سوگواری را طی می‌کنند؛ از انکار و خشم، تا افسردگی و نهایتاً پذیرش. آن‌ها با اولویت‌دهی به سلامتی، یاد می‌گیرند که «بودن» مهم‌تر از «زیبا به نظر رسیدن» است. رنگ‌کردن موها، نه فقط یک اقدام آرایشی، بلکه یک «اعلام موجودیت» و «پیروزی بر بیماری» است. آن‌ها با این کار، به خود و دیگران می‌گویند: «من هنوز اینجام، من هنوز زنده‌ام".

کد ۲: بازتعریف زیبایی و ارزش‌های انسانی فراتر از ظاهر

زنان به‌تدریج به این درک می‌رسند که ارزش آن‌ها به مو، سینه یا وزن نیست، بلکه به روحیه، صبر، ایمان و توانایی‌های درونی آن‌ها گره خورده است. این بازتعریف، یک تحول بنیادین در نظام ارزشی آن‌هاست.

مشارکت‌کننده ۱۷: «شوهرم بهم می‌گه موهای نقره‌ای بهت میاد و قشنگه و نمی‌زاره موهامو رنگ کنم».

مشارکت‌کننده ۱۳: «ابروهام رو تتو کردم، گوشمو سوراخ کردم و گوشواره انداختم تا قشنگ‌تر بشم... برای کوچک شدن سینه‌ها، لباس رنگی می‌پوشم».

بازتعریف زیبایی، یک پیروزی بر استانداردهای اجتماعی است. همسر این زن، با گفتن اینکه «موهای نقره‌ای بهت میاد»، به او می‌گوید که زیبایی، در مبارزه و بقا و سفیدی موهایش (که نمادی از جنگیدن است) نهفته است. برخی زنان نیز با خلاقیت (تتو، گوشواره، لباس رنگی)، هویت جنسی و زیبایی خود را بازتعریف می‌کنند و به جامعه می‌گویند که «زیبایی، تنها با سینه و موی بلند تعریف نمی‌شود».

زیرطبقه ۲-۲: تطبیق نقش‌های خانوادگی و اجتماعی با محدودیت‌های جدید

زنان باید نقش‌های چندگانهی خود (مادر، همسر، خانه‌دار) را با محدودیت‌های جسمی و روانی جدید تطبیق دهند. این تطبیق، نیازمند بازتعریف انتظارات از خود، پذیرش کمک و اولویت‌بندی وظایف است.

کد ۱: کاهش توقعات از خود و پذیرش ناقص‌بودن

زنان به‌تدریج می‌آموزند که از خود انتظار بینقصی نداشته باشند. آن‌ها می‌پذیرند که خانه همیشه تمیز نباشد، غذا همیشه آماده نباشد، و در برخی روزها نتوانند به وظایف خود عمل کنند. این کاهش توقع، نوعی شفقت به خود[2] است.

مشارکت‌کننده ۱: «دیگه مثل گذشته حساس نیستم که همه چیز همیشه مرتب باشه... گاهی دو سه روز به خاطر درد دستم نمی‌تونم کاری انجام بدم و این موضوع رو پذیرفته‌ام».

مشارکت‌کننده ۱۴: «نمی‌تونستم کارهای سنگین انجام بدم... مادرم و شوهرم خیلی از کارها رو انجام می‌دادند».

این زنان، از زندان کمال‌گرایی رها می‌شوند. آن‌ها می‌آموزند که «ناقص بودن» نیز بخشی از انسان بودن است. پذیرش کمک از دیگران، برای بسیاری از زنان مستقل، سخت‌تر از خودِ بیماری است، اما آن‌ها با این پذیرش، از فشار مضاعف رها می‌شوند و به خود اجازه می‌دهند که «در نیازمند بودن نیز انسانی باشند».

[1] - Developmental Self-Care Requisites

[2] - Self-Compassion

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

کد ۲: تلاش برای حفظ نقش‌های مادری و همسری علی‌رغم ناتوانی

بسیاری از زنان با وجود خستگی و درد، سعی می‌کنند تا حد ممکن نقش‌های خود را به‌عنوان مادر و همسر ادامه دهند. این ادامه، برای آن‌ها نوعی اثباتِ زنده‌بودن و مفیدبودن است.

مشارکت‌کننده ۱۱: «تغییری در نقش همسری و جنسی ایجاد نکردم و شوهرم احساس رضایت قبلی خود را داشت».

مشارکت‌کننده ۱۳: «برای اینکه کار من سبک‌تر بشه، شوهرم دیگه لباسهایش را برای شستن به من نمی‌داد و خودش لباسهاش رو می‌شست».

این زنان، با ادامه ی نقش‌های خود، به خود و دیگران اطمینان می‌دهند که «من هنوز همانم» و «هنوز هم می‌توانم همسر و مادر خوبی باشم». در مواردی، همسران نیز نقش‌های جدیدی می‌پذیرند (مانند شستن لباس‌های خود)، که این نه یک شکست برای زن، بلکه یک بازتوزیع مسئولیت در خانواده است که به بقای خانواده کمک می‌کند.

طبقه ۳. نیازهای خودمراقبتی انحرافیِ سلامت[1]

این طبقه به نیازهای ویژه‌ای اشاره دارد که در اثر بیماری، درمان‌های پزشکی و عوارض آن ایجاد می‌شوند و نیازمند مراقبت خاص هستند.

زیرطبقه ۳-۱: مدیریت جسمی عوارض درمان

زنان برای مدیریت عوارض حاد و مزمن درمان (درد، تهوع، خستگی، بی‌اشتهایی)، از راهبردهای عینی و نمادینی استفاده می‌کنند که فراتر از روش‌های پزشکی است و شامل روش‌های خلاقانه و بومی می‌شود.

کد ۱: استفاده از روش‌های غیردارویی و سنتی برای کاهش درد و تهوع

زنان برای کاهش استخوان‌درد و تهوع، از روش‌های غیردارویی مانند ماساژ با روغن‌های گرم، کمپرس گرم یا سرد، و دوش آب گرم استفاده می‌کنند. این روش‌ها، به آن‌ها حس کنترل بر درد می‌دهند و وابستگی به مسکن‌ها را کاهش می‌دهند.

مشارکت‌کننده ۹: «با روغن بچه ماساژ می‌دادیم بدنمون رو... تو حموم با آب گرم... دیگه باهاش کنار میومدیم».

مشارکت‌کننده ۵: «زمانی که شیمی درمانی می‌کردم... تا ۲۱ روز بعد اصلاً به قدری درد داشتم که فرش‌ها رو جمع می‌کردم از فشار درد».

روغن بچه، نه فقط یک ماده‌ی مرطوب‌کننده، بلکه نمادی از «مراقبت مادرانه» از بدن خود است. زنان با ماساژ دادن بدن خود، به آن محبت می‌کنند و با درد آن همدلی می‌نمایند. این اقدام، نوعی «شفقت به بدن رنج‌کشیده» است. شدت درد در نقل قول دوم، نشان می‌دهد که زنان تا چه حد رنج را تحمل می‌کنند؛ نه از سرِ ضعف، بلکه از سرِ قدرت و صبر.

کد ۲: پذیرش درد به‌عنوان بخشی از مسیر درمان (معنادهی به رنج)

زنان با درک این نکته که درد و رنج، بخشی از فرایند بهبودی و رهایی از سرطان است، آن را با صبر و شکیبایی تحمل می‌کنند. آن‌ها می‌آموزند که «آستانه تحمل را بالا ببرند».

مشارکت‌کننده ۵: «من تحمل می‌کردم... فقط مجبور بودم صبوری کنم... آستانه تحملم رو بالاتر بردم».

مشارکت‌کننده ۹: «دکتر می‌گفت در مقابل این دارو نباید هیچ مسکنی استفاده کنیم تا این دارو تأثیری بزاره رو بدنتون... دیگه مجبور شدیم باهاش کنار میومدیم».

این زنان، درد را نه یک دشمن، بلکه یک «معلم» می‌بینند که به آن‌ها صبر و استقامت می‌آموزد. آن‌ها با بالا بردن آستانه‌ی تحمل، از خودِ قبلی خود فراتر می‌روند. پرهیز از مسکن، نه یک اجبار پزشکی، بلکه یک «فداکاری برای هدفی بزرگ‌تر» است. آن‌ها برای تأثیر کامل دارو، از تسکین موقت چشم‌پوشی می‌کنند و این چشم‌پوشی را به‌عنوان بخشی از «هنر درمان» می‌پذیرند.

زیرطبقه ۳-۲: جستجوی دانش و مشارکت فعال در درمان

زنان به‌طور فعال به دنبال اطلاعات دربارهٔ بیماری، گزینه‌های درمانی، عوارض و راه‌های بهبودی هستند. این جستجو، به آن‌ها حس کنترل بر موقعیت ناشناخته می‌دهد و آن‌ها را از یک بیمارِ منفعل به یک شریک فعالِ تیم درمان تبدیل می‌کند.

[1] - Health Deviation Self-Care Requisites

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

کد ۱: جستجوی فعال اطلاعات از منابع مختلف

زنان از اینترنت، کتاب‌ها و بیماران دیگر برای افزایش آگاهی خود استفاده می‌کنند. این جستجو، به آن‌ها کمک می‌کند تا با زبان پزشکی و فرایندهای درمانی آشنا شوند.

مشارکت‌کننده ۱۱: «سراغ کسب اطلاعات رفتم و از اینترنت و کتاب‌ها استفاده کردم... با یکی از دوستانم که مبتلا بود در این زمینه صحبت کردم».

مشارکت‌کننده ۵: «۷۰ درصد چیزی که به خودم کمک کردم از اینترنت بود که سطح اطلاعاتم رو بردم بالا... هر موقعی که چیزی برام پیش میومد بلافاصله من از اینترنت کمک می‌گرفتم».

این زنان، با تکیه بر توانایی خود، به جستجوی راه‌حل می‌پردازند. آن‌ها با ترکیب منابع مختلف (دیجیتال، مکتوب، انسانی)، نقشه‌ی راه خود را ترسیم می‌کنند. این جستجو، خود یک اقدام درمانی است؛ زیرا با افزایش دانش، ترس از ناشناخته‌ها کاهش می‌یابد و حس کنترل بر وضعیت افزایش می‌یابد.

کد ۲: مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی

زنان با جمع‌آوری اطلاعات و مشورت با چند پزشک (گرفتن نظر دوم)، در مورد نوع درمان تصمیم‌گیری می‌کنند. این مشارکت، رضایت آن‌ها را از فرایند درمان افزایش می‌دهد.

مشارکت‌کننده ۱۴: «به پزشک معالج گفتم که هر دوتا سینه رو تخلیه کن، بعد من پروتز می‌ذارم و این پیشنهاد من را پذیرفت».

مشارکت‌کننده ۲۰: «با دو پزشک دیگه مشورت کردم و آنها گفتند که بهترین تصمیم برات گرفته شده و زود خوب شدم».

این زنان، با آگاهی از سابقه‌ی خانوادگی و شرایط خود، تصمیماتی شجاعانه و آگاهانه می‌گیرند که آینده‌ی آن‌ها را تعیین می‌کند. آن‌ها با پرسش و مشورت، از یک بیمارِ منفعل به یک تصمیم‌گیرنده‌ی آگاه تبدیل می‌شوند. این مشارکت، به آن‌ها حس «عاملیت» و «قدرت» می‌دهد و آن‌ها را از موقعیت قربانی خارج می‌کند.

جدول۳: طبقات اصلی، طبقات فرعی وکدهای استخراج شده

Table: Main categories, subcategories, and extracted codes

Main category	Sub-category	Codes
Universal self-care needs	Mindful response to the body's physiological changes	Therapeutic and Experimental Nutrition Acceptance of Forced Rest with Resistance to Passivity
	Redefining social boundaries and managing relationships	Refining one’s social circle and eliminating energy-draining relationships Seeking empathy and shared experience with other patients
Developmental self-care requisites	Reconstructing Identity in the Mirror of Bodily Changes	Mourning the lost body and gradual acceptance Redefining beauty and human values beyond physical appearance
	Adapting family and social roles to new limitations	Lowering expectations of oneself and accepting imperfection Striving to maintain the roles of mother and wife despite one's limitations
Health deviation self-care requisites	Physical management of treatment side effects	Using non-pharmacological and traditional methods to alleviate pain and nausea Accepting pain as part of the treatment journey (finding meaning in suffering)
	Seeking knowledge and active participation in treatment	Actively seeking information from various sources Participating in treatment decisions

بحث

هدف از مطالعه‌ی حاضر، تبیین نیازهای خودمراقبتی زنان بهبودیافته از سرطان پستان بر اساس تئوری خودمراقبتی اورِم بود. یافته‌ها در سه طبقه‌ی اصلی نیازهای همگانی، رشدی و انحرافیِ سلامت، سازماندهی شد که هر یک نشان‌دهنده‌ی ابعاد پیچیده و چندلایه‌ی تجربه‌ی خودمراقبتی در این زنان است. در ادامه، نتایج پژوهش در مقایسه با شواهد بومی و بین‌المللی مورد بحث قرار می‌گیرد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

۱. نیازهای خودمراقبتی همگانی

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که زنان بهبودیافته، نیازهای همگانی خود را به‌صورت آگاهانه‌تر و هدفمندتر از دوران قبل از بیماری مدیریت می‌کنند. این یافته با نتایج مطالعه‌ی کیفی Savabi Esfahani و همکاران (۲۰۲۵) در ایران که نشان داده بود زنان مبتلا به سرطان پستان پس از درمان، رویکردی فعال‌تر نسبت به تغذیه و استراحت پیدا می‌کنند، هم‌سو است(۱۴). همچنین، مطالعه‌ی Mazaheri و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کرده بود که بیماران بهبودیافته، الگوی مصرف غذایی خود را بر اساس تجربه‌ی زیسته‌ی خود بازطراحی می‌کنند که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر در مورد «تغذیه‌ی درمان‌گرا و تجربی» مطابقت کامل دارد(۱۶). با این حال، برخی مطالعات بین‌المللی مانند پژوهش Kim و همکاران (۲۰۲۵) بر نقش پزشکان و متخصصین تغذیه در توصیه‌های غذایی تأکید داشته‌اند، در حالی که در مطالعه‌ی حاضر، زنان بیشتر بر آزمون و خطای شخصی و «حس درونی» خود متکی بودند (۱۷). این تفاوت را می‌توان به سطح پایین‌تر دسترسی به خدمات مشاوره‌ی تغذیه تخصصی در نظام سلامت ایران نسبت داد که زنان را به سمت راهبردهای خودیادگرفته سوق می‌دهد.

در مورد مدیریت روابط اجتماعی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده‌ی «پالایش دایره‌ی اجتماعی و حذف روابط انرژی‌بر» بود. این یافته با مطالعه‌ی سلامی و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کرده بود زنان مبتلا به سرطان پستان، روابط اجتماعی خود را به‌صورت گزینشی مدیریت می‌کنند، کاملاً هم‌سو است (۱۸). همچنین، مطالعه‌ی بین‌المللی Miron و همکاران (۲۰۲۵) نشان داده بود که بازماندگان سرطان، اغلب دوستان نزدیک‌تر و همدل‌تر را حفظ می‌کنند و از روابط سطحی فاصله می‌گیرند (۱۹) که با یافته‌های ما هم‌خوانی دارد. اما در مطالعه‌ی حاضر، «پنهان‌کاری بیماری از برخی اعضای خانواده» به‌عنوان راهبردی برای محافظت از آنان شناسایی شد که با یافته‌های مطالعات غربی که معمولاً بر افشای بیماری و دریافت حمایت اجتماعی تأکید دارند(۲۰، ۲۱)، تفاوت آشکاری دارد. این ناهمسویی را می‌توان به ارزش‌های فرهنگی جامعه‌ی ایرانی نسبت داد که در آن، حفظ آبرو و جلوگیری از ناراحتی دیگران، به‌ویژه در بافت خانواده‌های بزرگ و سنتی، از اولویت‌های اخلاقی محسوب می‌شود.

۲. نیازهای خودمراقبتی رشدی

در بعد رشدی، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که زنان بهبودیافته، فرایندی از سوگواری برای بدن ازدست‌رفته و بازتعریف زیبایی را تجربه می‌کنند. این یافته با نتایج مختلف ملی و بین المللی هم سو است (۲۲، ۲۳). درمطالعه حاضر، زنان مبتلا به سرطان پستان، پس از ماستکتومی دچار بحران هویت بدنی می‌شوند و به‌تدریج با اولویت‌دهی به سلامت بر زیبایی، به پذیرش می‌رسند، که باسایر مطالعات هم‌سو است(۲۴،۲۵).

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که برخی زنان از راهکارهایی مانند تتوی ابرو، گوشواره‌زدن و پوشیدن لباس‌های رنگی برای بازتعریف زیبایی استفاده می‌کنند که در مطالعات غربی کمتر به آن اشاره شده است. پژوهش Ośmiałowska و همکاران (۲۰۲۱)، بیشتر بر پذیرش ظاهر جدید از طریق مشاوره‌های روان‌شناسی تأکید داشت(۲۶)، در حالی که زنان ایرانی در مطالعه‌ی حاضر، رویکردی عمل‌گرایانه و خلاقانه در پیش گرفته‌اند که می‌تواند ناشی از دسترسی محدودتر به خدمات روان‌شناسی تخصصی و اتکا بر منابع شخصی و اجتماعی باشد.

در مورد تطبیق نقش‌های خانوادگی، یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی «کاهش توقعات از خود و پذیرش ناقص‌بودن» بود. این یافته با مطالعه‌ی زمان زاده و همکاران (۱۴۰۰) در تهران که گزارش کرده بود زنان مبتلا به سرطان پستان، پس از درمان انتظارات خود از نقش‌های همسری و مادری را تعدیل می‌کنند، هم‌سو است.

در سطح بین‌المللی، مطالعه‌ی Thornton و همکاران (۲۰۲۳) در کانادا نیز به کاهش کمال‌گرایی در بازماندگان سرطان اشاره کرده است(۲۷). اما یافته‌ای که در پژوهش حاضر برجسته بود، «تلاش برای حفظ نقش‌های مادری و همسری علی‌رغم ناتوانی» به‌عنوان راهبردی برای اثبات زنده‌بودن و مفیدبودن بود. این یافته در مطالعه‌ی Heidary و همکاران (۲۰۲۳) در کرمانشاه که نشان داده بود زنان مبتلا به سرطان، با وجود خستگی شدید، همچنان به ایفای نقش‌های سنتی خود پایبند می‌مانند، نیز تأیید شده است(۲۸). با این حال، پژوهش‌های غربی مانند مطالعه‌ی He و همکاران (۲۰۲۴) بیشتر بر «سپردن مسئولیت‌ها به دیگران» به‌عنوان راهبرد مقابله تأکید داشته‌اند (۲۹) که تفاوت فرهنگی آشکاری را با جامعه‌ی ایران نشان می‌دهد. در فرهنگ ایرانی، مادری و همسری

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

به‌عنوان هسته‌ی مرکزی هویت زنانه تلقی می‌شود و کناره‌گیری از این نقش‌ها، نه‌تنها با احساس گناه شدید همراه است، بلکه می‌تواند منجر به طرد اجتماعی یا قضاوت اطرافیان شود.

۳. نیازهای خودمراقبتی انحرافیِ سلامت

در بعد انحرافی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که زنان از روش‌های غیردارویی و سنتی برای کاهش درد و تهوع استفاده می‌کنند که با مطالعه‌ی Tabaraei و همکاران (۲۰۲۵) در اراک که گزارش کرده بود بیماران سرطانی ایرانی از ماساژ، کمپرس گرم و دمنوش‌های گیاهی برای کاهش عوارض شیمی‌درمانی استفاده می‌کنند، هم‌سو است (۳۰). در سطح بین‌المللی، مطالعه‌ی Baoو همکاران (۲۰۲۶) در انگلستان نیز به استفاده از طب مکمل در بازماندگان سرطان پستان اشاره کرده است، اما تفاوت در نوع روش‌های به‌کاررفته قابل‌توجه است. در حالی که در مطالعات غربی، روش‌هایی مانند یوگا، مدیتیشن و طب سوزنی رایج‌تر است(۳۱)، در مطالعه‌ی حاضر، زنان از روغن‌های گرم محلی، ماساژ با روغن بچه و دوش آب گرم استفاده کرده‌اند که نشان‌دهنده‌ی دسترسی بیشتر به روش‌های ساده، در دسترس و مبتنی بر سنت‌های بومی است.

یافته‌ی «پذیرش درد به‌عنوان بخشی از مسیر درمان و معنادهی به رنج» در مطالعه‌ی حاضر، یکی از برجسته‌ترین مضامینی بود که با پژوهش‌های بومی و بین‌المللی تفاوت‌هایی نشان داد. مطالعه‌ی Atashzadeh و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کرده بود که بیماران سرطانی ایرانی، درد را با صبر و توکل تحمل می‌کنند و آن را بخشی از امتحان الهی می‌دانند (۳۲) که با یافته‌های ما هم‌خوانی کامل دارد. اما در مطالعات دیگر مانند پژوهش Alhazmi و همکاران (۲۰۲۰)، درد عمدتاً به‌عنوان یک علامت بالینی در نظر گرفته می‌شود که باید با مداخلات دارویی کنترل شود و معنادهی مذهبی به رنج، کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۳۳). شایان ذکر است که در مطالعه‌ی حاضر، ارجاع صریح به باورهای مذهبی تنها در برخی مشارکت‌کنندگان مشاهده شد و سایر مشارکت‌کنندگان، درد را بیشتر با راهبردهای صبر، تحمل و گذر زمان توصیف کردند. بنابراین، می‌توان گفت معنادهی مذهبی به رنج، یکی از راهبردهای مقابله‌ای در میان برخی از زنان مورد مطالعه بود، نه الگویی فراگیر در تمام نمونه. این تفاوت، احتمالاً ریشه در تنوع باورهای فردی و میزان پایبندی مذهبی مشارکت‌کنندگان دارد و تعمیم آن به کل زنان بهبودیافته‌ی ایرانی نیازمند مطالعات گسترده‌تر است.

در زمینه‌ی «جستجوی فعال اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی»، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با پژوهش‌های بومی و بین‌المللی هم‌سویی نسبی دارد. مطالعه‌ی رحمت پسند و همکاران (۱۳۹۸) در تهران نشان داده بود که زنان مبتلا به سرطان پستان، به‌طور فعال از اینترنت و منابع آنلاین برای کسب اطلاعات درباره‌ی بیماری خود استفاده می‌کنند (۳۴) که با یافته‌های ما مطابقت دارد. همچنین، مطالعه‌ی بین‌المللی Aristokleous و همکاران (۲۰۲۳) در ایالات متحده نیز به نقش اینترنت در توانمندسازی بیماران سرطانی اشاره کرده است (۳۵). با این حال، مطالعه‌ی حاضر نشان داد که زنان ایرانی علاوه بر منابع دیجیتال، به‌شدت به تجارب بیماران دیگر (هم‌دردی و هم‌رنجی) متکی هستند که در پژوهش‌های غربی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این یافته با مطالعه‌ی Bahrami و همکاران (۲۰۲۴) که نشان داده بود بیماران سرطانی ایرانی، گروه‌های حمایتی غیررسمی را به مشاوره‌های حرفه‌ای ترجیح می‌دهند، هم‌سو است (۳۶) و نشان‌دهنده‌ی نقش کلیدی شبکه‌های اجتماعی غیررسمی در نظام سلامت جامعه‌ی ایران است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مدنظر قرار گیرد:

۱. مشارکت‌کنندگان صرفاً از زنان بهبودیافته‌ی مبتلا به سرطان پستان در شهر دزفول انتخاب شدند که دارای ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی خاصی هستند؛ بنابراین، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر مناطق کشور با بافت‌های فرهنگی متفاوت، با احتیاط صورت می‌پذیرد.

۲. ماهیت خودگزارشی داده‌ها، احتمال سوگیری یادآوری یا تمایل مشارکت‌کنندگان به ارائه‌ی تصویری اجتماعی‌پسند از خود را به همراه دارد.

۳. پژوهش در مقطع زمانی مشخصی انجام شده و تجربه‌ی خودمراقبتی پدیده‌ای پویا و وابسته به زمان است که ممکن است با تغییر شرایط زندگی، تفاوت‌هایی پیدا کند.

۴. عدم مشارکت زنان با سطوح تحصیلی بسیار پایین یا گروه‌های سنی بسیار بالا، ممکن است باعث شده باشد

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

برخی ابعاد خودمراقبتی مختص این گروه‌ها در یافته‌ها منعکس نشود.

۵. مطالعه صرفاً بر تجربه‌ی زنان بهبودیافته متمرکز بود و دیدگاه اعضای خانواده یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در مورد خودمراقبتی این زنان بررسی نشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نیازهای خودمراقبتی زنان بهبودیافته از سرطان پستان در ایران، اگرچه با مفاهیم اصلی تئوری اورِم مطابقت دارد، اما مصادیق و راهبردهای آن به‌شدت تحت تأثیر عوامل فرهنگی، مذهبی و ساختار نظام سلامت جامعه‌ی ایران قرار دارد. برخی از یافته‌ها مانند پاسخ‌دهی آگاهانه به تغییرات فیزیولوژیک، پالایش روابط اجتماعی، سوگواری برای بدن ازدست‌رفته و کاهش توقعات از خود، با پژوهش‌های بین‌المللی هم‌سو بود، اما در عین حال، راهبردهای خاصی مانند پنهان‌کاری بیماری از خانواده، استفاده از روش‌های سنتی و بومی، اتکا بر صبر و توکل، و جستجوی هم‌دردی با بیماران دیگر، بیشتر مبتنی بر بافت فرهنگی-مذهبی ایران بود و در مطالعات غربی کمتر گزارش شده است.

از سوی دیگر، مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌های درمانی و جستجوی اطلاعات از منابع دیجیتال، نشان‌دهنده‌ی تغییرات تدریجی در الگوی ارتباط پزشک- بیمار و افزایش سطح سواد سلامت در جامعه‌ی ایران است، هرچند که هنوز جایگاه مشاوره‌های تخصصی و حمایت‌های روان‌شناختی رسمی در این فرایند، کمرنگ به نظر می‌رسد.

بر اساس محدودیت‌های حاضر در این پژوهش و نیز بر اساس یافته‌های مستقیم این مطالعه، پیشنهادهای زیر ارایه می‌گردد:

پیشنهاد برای سیاست‌گذاران سلامت، مدیران پرستاری و تیم‌های درمانی

۱. طراحی مداخلات آموزشی خودمراقبتی فرهنگ‌بنیان: با توجه به اینکه یافته‌ها نشان داد زنان بهبودیافته از راهبردهای بومی و تجربی (مانند تغذیه‌ی درمان‌گرا، ماساژ با روغن‌های گرم، و دوش آب گرم) برای مدیریت عوارض استفاده می‌کنند، طراحی برنامه‌های آموزشی که این راهبردهای بومی را در کنار توصیه‌های بالینی استاندارد در نظر بگیرند، می‌تواند پذیرش و اثربخشی بیشتری داشته باشد.

۲. ایجاد کلینیک‌های خودمراقبتی مختص زنان بهبودیافته از سرطان پستان: با توجه به اینکه مشارکت‌کنندگان بر نیاز به جستجوی فعال اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی تأکید داشتند، ایجاد کلینیک‌هایی که خدمات مشاوره‌ای، آموزشی و حمایتی را به‌صورت یکپارچه ارائه دهند، می‌تواند به توانمندسازی این زنان کمک کند.

۳. تقویت شبکه‌های حمایتی غیررسمی و گروه‌های همتایان: یافته‌ها نشان داد زنان به‌شدت به تجارب بیماران دیگر (هم‌دردی و هم‌رنجی) متکی هستند. بنابراین، تسهیل تشکیل گروه‌های حمایتی هم‌تایان در مراکز درمانی و ایجاد بسترهای ارتباطی امن (حضوری و مجازی) می‌تواند ترس از ناشناخته‌ها را کاهش دهد و امید را تقویت کند.

۴. بازنگری برنامه‌های درسی پرستاری: با توجه به اینکه یافته‌ها نشان داد زنان بهبودیافته نیازهای خودمراقبتی چندبعدی (جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی) دارند، گنجاندن آموزش‌های مرتبط با خودمراقبتی فرهنگ‌بنیان در برنامه‌های درسی پرستاری و دوره‌های بازآموزی می‌تواند به ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده کمک کند.

۵. توسعه‌ی ابزارهای سنجش خودمراقبتی مختص زنان ایرانی: با توجه به اینکه یافته‌ها نشان داد مصادیق خودمراقبتی در بافت فرهنگی ایران با نمونه‌های غربی تفاوت دارد، طراحی و اعتباریابی ابزارهای سنجش خودمراقبتی که مختص زنان ایرانی باشد، می‌تواند به شناسایی دقیق‌تر نیازها و ارزیابی مداخلات کمک کند.

۶. تقویت سواد سلامت از طریق رسانه‌های معتبر: با توجه به اینکه مشارکت‌کنندگان به‌طور فعال از اینترنت و منابع آنلاین برای کسب اطلاعات استفاده می‌کردند، تقویت سواد سلامت دیجیتال و ارائه‌ی اطلاعات معتبر از طریق رسانه‌های رسمی می‌تواند از سردرگمی و اطلاعات نادرست جلوگیری کند.

۷. توجه به پنهان‌کاری بیماری از خانواده: یافته‌ها نشان داد برخی زنان برای محافظت از اعضای خانواده، بیماری خود را پنهان می‌کنند. تیم‌های درمانی باید این راهبرد فرهنگی را درک کرده و به‌جای تشویق بی‌قید و شرط به افشای بیماری، راهکارهایی برای حفظ حریم خصوصی و مدیریت افشای انتخابی ارائه دهند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

۸. ادغام روش‌های سنتی و بومی در مراقبت‌های رسمی: با توجه به اینکه یافته‌ها نشان داد زنان از روش‌های سنتی و بومی (مانند دمنوش‌های گیاهی، ماساژ با روغن‌های گرم) استفاده می‌کنند، تیم‌های درمانی می‌توانند با آگاهی از این روش‌ها، آن‌ها را در برنامه‌های مراقبتی ادغام کنند و از تداخلات احتمالی با درمان‌های پزشکی جلوگیری نمایند.

پیشنهاد برای پژوهشگران

۱. انجام مطالعات مشابه در سایر مناطق کشور با بافت‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت، به‌منظور بررسی تأثیر بافت فرهنگی بر نیازهای خودمراقبتی زنان بهبودیافته از سرطان پستان.

۲. استفاده از روش‌های ترکیبی (کمی-کیفی) برای کاهش سوگیری خودگزارشی و افزایش اعتبار یافته‌ها.

۳. انجام مطالعات طولی برای بررسی تغییرات نیازهای خودمراقبتی در طول زمان و در مراحل مختلف بهبودی.

۴. به‌کارگیری پژوهشگران چندرشته‌ای و استفاده از روش‌های بازبینی همتا (Peer Debriefing) برای کاهش تأثیر پیش‌فرض‌های ذهنی پژوهشگر.

۵. گسترش دامنه‌ی نمونه‌گیری به زنان با سطوح تحصیلی پایین‌تر و گروه‌های سنی بالاتر، به‌منظور شناسایی ابعاد خودمراقبتی مختص این گروه‌ها.

۶. انجام مطالعاتی که دیدگاه اعضای خانواده و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را نیز در مورد خودمراقبتی زنان بهبودیافته از سرطان پستان بررسی کنند.

۷. طراحی و ارزیابی مداخلات خودمراقبتی فرهنگ‌بنیان مبتنی بر یافته‌های این مطالعه، به‌ویژه با بهره‌گیری از باورهای مذهبی، شبکه‌های حمایتی غیررسمی و روش‌های سنتی و در دسترس.

۸. انجام مطالعات تطبیقی بین‌المللی برای مقایسه‌ی راهبردهای خودمراقبتی زنان ایرانی با زنان در سایر فرهنگ‌ها، به‌منظور شناسایی الگوهای فرهنگی مشترک و متفاوت.

۹. بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر تئوری اورم در بافت فرهنگی ایران با استفاده از کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌شده.

۱۰. انجام مطالعات کیفی با تمرکز بر گروه‌های خاص (مانند زنان مجرد، زنان با تحصیلات پایین، و زنان در مناطق روستایی) برای شناسایی نیازهای خودمراقبتی منحصربه‌فرد آن‌ها.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی در ارتباط با این مقاله ندارند.

ملاحضات اخلاقی

کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول مجوز اخلاقی این مطالعه را براساس بیانیه هلسینکی تأیید کرد (کد اخلاق: IR.DUMS.REC.1405.041). همه شرکت‌کنندگان رضایت کتبی خود را جهت انجام مصاحبه ارائه دادند.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان درنگارش مقاله سهیم بودند.

حمایت مالی

مطالعه حاضر حاصل مستخرج از پایان نامه دانشجویی دکترای عمومی است که مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دزفول به شماره ۱۴۰۴- MED-۴۰۴۰۸۸ می‌باشد.

منابع

1. Haghighat S, Omidi Z, Ghanbari-Motlagh A. Trend of Breast Cancer Incidence in Iran During A Fifteen-Year Interval According To National Cancer Registry Reports. ijbd 2022; 15 (2) :4-17. https://doi.org/10.30699/ijbd.15.2.4.

2. Roshandel G, Ghanbari-Motlagh A, Partovipour E, Salavati F, Hasanpour-Heidari S, Mohammadi G, et al. Cancer incidence in Iran in 2014: Results of the Iranian National Population-based Cancer Registry. Cancer Epidemiology. 2019;61:50-8. https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.05.009

3. Ahmadi A, Ramazani R, Rezagholi T, Yavari P. Incidence pattern and spatial analysis of breast cancer in Iranian women: Geographical Information System applications. East Mediterr Health J. 2018;24(4):360-7. https://doi.org/10.26719/2018.24.4.360.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin. 2018;68(1):7-30. https://doi.org/10.3322/caac.21442.

5. Ng ET, Ang RZ, Tran BX, Ho CS ,Zhang Z, Tan W, et al. Comparing Quality of Life in Breast Cancer Patients Who Underwent Mastectomy Versus Breast-Conserving Surgery: A Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(24). https://doi.org/10.3390/ijerph16244970.

6. Olfatbakhsh A ,Haghighat S, Tabari M, Hashemi E, Sari F, Kaviani A. Patient Satisfaction and Body Image Following Mastectomy, Breast-Conserving Therapy, and Mastectomy With Reconstruction: A Study in Iran. Archives of Breast Cancer. 2018;0(0):173-82. https://doi.org/10.32768/abc.201854173-182

7. Ahmadzadeh I, Abdekhoda M, Bejani M. Improving Self-Care Management in Patients with Breast Cancer through Health Literacy Promotion. Ethiop J Health Sci. 2021;31(1):85-90. https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i1.10.

8. Rakhshani T, Najafi S, Javady F, Taghian Dasht Bozorg A, Mohammadkhah F, Khani Jeihooni A. The effect of Orem-based self-care education on improving self-care ability of patients undergoing chemotherapy: a randomized clinical trial. BMC Cancer. 2022;22(1):770. https://doi.org/10.1186/s12885-022-09881-x.

9. Deng Q, Kang L, Zhu S, Luo W, Qing J, Zhong S, et al. Effects of nursing based on Orem's self-care model on self-care efficacy, quality of life and adverse emotions in patients with advanced lung cancer. Am J Transl Res. 2021;13(4):2983-9.

10.Urtekin D, Eroglu SA. Effect of training based on Orem's self-care deficit theory on breast cancer patients' management of chemotherapy-related side effects and self-care behaviors: A randomized controlled trial. European Journal of Oncology Nursing. 2024;73:102698. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102698.

11. Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. Nursing science quarterly, 35(1), 70–6. https://doi.org/10.1177/08943184211051369

12. Nazari Gooran S, Etedali H, Khalaf seyedi Ss, Nabizadeh M, Bigdeli Shamloo MB. Explaining factors related to self-care from the perspective of women with breast cancer: A qualitative study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2026;18(4):40-56. https://doi.org/10.66224/ijbd.18.4.40.

13. Yeom J-W, Yeom I-S, Park H-Y, Lim S-H. Cultural factors affecting the self-care of cancer survivors: An integrative review. European Journal of Oncology Nursing. 2022;59:102165.

14. Savabi-Esfahani M, Taleghani F, Noroozi M, Kianpour M, Boroumandfar Z, Hashemi MS, et al. Iranian women's experience of self-care in breast cancer prevention: a qualitative study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2025;30(3):397.

15. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry: Sage; 1985.

16. Mazhari F, Khoshnood Z. Exploring the care needs of Iranian patients with cancer: a qualitative content analysis. BMC nursing. 2021;20(1):138.

17.Kim TH, Hundal J, Haddad S, Teplinsky E. Dietary strategies for breast cancer survivorship: from evidence to practice. Current Breast Cancer Reports. 2025;17(1):48.

18. Salami F, Sadeghi ASH, Haghani S. Spousal social support, hopefulness, and happiness in women with breast cancer: A cross-sectional study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2024;17(2):54-68.

19. Miron CD, Ahmad ZN, Ford JS. Connections After Cancer: Adolescent and Young Adult Survivors' Perspectives on Forming New Friendships After Cancer. Psycho-Oncology. 2025;34(1):e70066.

.20. Zhang M-M, Chen J-J, Zhang T, Wang Q-L, Li H-P. Feasibility and effect of a guided self-disclosure intervention designed to facilitate benefit finding in breast cancer patients: A pilot study. European Journal of Oncology Nursing. 2021;50:101879.

21. Hsu BY, Chentsova Dutton Y, Adams IF, Gomez SL, Allen L, Huang E, et al. Talking about cancer: Explaining differences in social support among Chinese American and European American breast cancer survivors. Journal of Health Psychology. 2020;25(8):1043-56.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]

22. Gershfeld-Litvin A. Women's experiences following mastectomy: Loss, grief, and meaning-reconstruction. Illness, Crisis & Loss. 2021;29(3):187-204.

23. Momenimovahed Z, Shahabinia Z. Psychological Needs of Breast Cancer Survivors in Iran. Iranian Journal of Breast Diseases. 2026;19(1):4-11. https://doi.org/10.66224/ijbd.19.1.4.

24. Morales-Sanchez L, Luque-Ribelles V, Gil-Olarte P, Ruiz-Gonzalez P, Guil R. Enhancing self-esteem and body image of breast cancer women through interventions: a systematic review. International journal of environmental research and public health. 2021;18(4):1640.

25. Ghaffari F, Ghahramanian A, Zamanzadeh V, Onyeka TC, Davoodi A, Mazaheri E, et al. Patient-centered communication for women with breast cancer: relation to body image perception. Journal of Clinical Nursing. 2020;29(23-24):4674-84.

26. Ośmiałowska E, Misiąg W, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Coping strategies, pain, and quality of life in patients with breast cancer. Journal of Clinical Medicine. 2021;10(19):4469.

27. Thornton M, Lewis-Smith H. "I listen to my body now": a qualitative exploration of positive body image in breast cancer survivors. Psychology & health. 2023;38(2):249-68.

28. Heidary Z, Ghaemi M, Hossein Rashidi B, Kohandel Gargari O, Montazeri A. Quality of life in breast cancer patients: a systematic review of the qualitative studies. Cancer Control. 2023;30:10732748231168318.

29. He Y, Zhao W, Duan A, Xiao H, Zhou X, Zhuo Q. 'Only to reconcile with it'. The coping experience amongst middle-aged and older cancer survivors: A qualitative study. Health Expectations. 2024;27(2):e14048.

30. Tabaraei K, Rahzani K, Hekmatpou D, Mohaghegh F. Effect of Rose Essential Oil Aromatherapy on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. Complementary Medicine Journal. 2025;15(3):249-58.

31. Bao T, editor Integrative Medicine for Breast Cancer Survivors. Seminars in Radiation Oncology; 2026: Elsevier.

32. Atashzadeh-Shoorideh F, Mohtashami J, Farhadzadeh M ,Sanaie N, Zadeh EF, Beykmirza R, et al. Humanitarian care: facilitator of communication between the patients with cancer and nurses. Nursing Practice Today. 2021;8(1):70-8.

33. Alhazmi LSS, Bawadood MAA, Aljohani AMS, Alzahrani AAR, Moshref L, Trabulsi N , et al. Pain management in breast cancer patients: A multidisciplinary approach. Cureus. 2021;13(6).

34. Rahmatpasand-Fatifideh Z, Isazadeh M, Rouhani A. Investigation of the relationship between health literacy and the level of internet usage among breast cancer patients. 2nd National Conference on Information Technology and Health Promotion, 2019.

35. Aristokleous I, Karakatsanis A, Masannat YA, Kastora SL. The role of social media in breast cancer care and survivorship: a narrative review. Breast Care. 2023;18(3):193-9.

36. Bahrami MA, Tabari S, Tahmasebi S, Zangouri V, Ravangard R. Strategies to promote empowerment status of breast cancer women. International Journal of Breast Cancer. 2024;2024(1):3305399.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.3.52]