




Challenges Faced by Women in Dealing with Female Cancers

Zahra Naderi Malek *  PhD Student in Social Work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Hosein Yahyazadeh Pirsarayi  Associate Professor, Department of Social Work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Elham Nohamadi  Assistant Professor, Department of Social Work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Introduction

Female cancers (breast, uterine, ovarian, and cervical cancers) are one of the most important women's health issues that have profound physical, psychological, social, and economic consequences on the lives of women, especially married women. These diseases can affect women's roles as spouses, mothers, and social participants, and reinforce their feelings of ineffectiveness, fear, and social exclusion. The lived experience of these women is often ignored in health policymaking and the design of support interventions. The current study aimed to examine the challenges faced by married women with female cancers at various stages of their battle with the disease, using a qualitative method and content analysis.

Literature Review

Taleghani et al. (2006) identified the main empowerment needs of these patients, including information, beliefs, and skills. Sharafat and Taghikhani (2019) pointed out the economic and social impacts of cancer on patients, including treatment costs, job loss, social exclusion, and gender stereotypes. Asadi and Jadidi (2010) also reported the physical, psychological, social, and cultural consequences of the disease in the form of a painful social experience, loss of female identity, and cultural ignorance. Arabi and Asghari (2011) analyzed patients' narratives and pointed out the different stages of accepting the disease and death. In international studies, Karr (2015) also addressed the role of cultural beliefs and the tendency to conceal the disease among women. Lu et al. (2021) introduced patient empowerment as three components of health belief, self-management, and social support. Tran et al. (2019) also identified factors affecting the quality of life of women with breast cancer, including age, economic status, family support, and stressors.

* Corresponding Author: m.sabzehei@basu.ac.ir

How to Cite: Naderi malek, Z; Yahyazadeh Pirsaraee, H; Mohammadi, E. (2024). Women's challenges in the stages of conflict with female cancers, *Journal of Social Work Research*, 11 (41), 91-89.

Materials and Methods

The present study was conducted using a qualitative method and thematic analysis technique. Data were collected through 24 semi-structured interviews with married women with gynecological cancers living in Qom. Participants ranged in age from 20 to 65 years and were in remission. Interviews were transcribed verbatim and analyzed. To validate the data, peer review, participant review, and consensus among researchers were conducted. Ethical considerations such as informed consent, confidentiality, and the right to withdraw were fully respected.

Results

In the present study, the findings indicated that women with gynecological cancers face complex challenges in the three main stages of the disease. In total, 9 main categories and 33 subthemes were identified as shown in the table below, and the final theme of "multifaceted dysfunction" was extracted as a summary of the participants' lived experiences.

Table 1
Table of themes

| Stages | Main Theme | Sub-Theme | Final Theme |
|---|--|--|--------------------------|
| Encounter Stage | Painful initial encounter with the disease | Acceptance of the disease | Multifaceted Dysfunction |
| | | Ignoring the patient's right to be informed | |
| | | Mental rumination | |
| Treatment Stage | Threat to the spousal role | Difficulty in managing daily life | |
| | | Decreased inclination towards sexual relations | |
| | | Exclusion from sexual partnership | |
| | Emotional distress | Feeling of helplessness | |
| | | Weakening of self-confidence | |
| | | Feeling of incapability | |
| | | Aversion to life | |
| | | Depression | |
| | | Loss of meaning in life | |
| | Emotional vulnerability | Increased need for consolation from others | |
| | | Receiving pity from others | |
| | Reduced family support | Family despair | |
| | | Sad family atmosphere | |
| | | Anxiety within the home and family | |
| | | Blaming the patient | |
| Poor financial condition | | | |
| Economic decline of the family due to illness | | | |

| | | |
|----------------------|---|---|
| | Quality of medical services | Lack of active listening to the patient |
| | | Prioritizing the training of medical students over patient care |
| | Structured service limitations | Insufficient coverage by basic and supplementary insurance |
| | | Humiliating procedures of certain charity organizations |
| | | High diagnostic costs |
| | | Job-related stress |
| Post-Treatment Stage | Threat to the spousal-maternal role | Difficulty in daily life management |
| | | Body image disturbance |
| | | Concerns about inability to breastfeed |
| | | Concerns about fulfilling maternal roles in the future |
| | Psychological and financial anxiety of recurrence | Fear of disease recurrence |
| | | High check-up costs |

Discussion

The findings indicate that in addition to physical problems, cancer creates a deep crisis for women on their psychological, family, and social levels, such as anxiety, depression, role changes, decreased support, and unprofessional treatment by the healthcare system. The lack of effective support structures, limited patient involvement in treatment decisions, and inadequate social work services are among the factors exacerbating the crisis. From a theoretical perspective, the findings are consistent with concepts such as patient role theory, body management, family functioning, and quality of life. In particular, empowerment theory highlights that a lack of opportunities for participation and the denial of the right to know can lead to passivity, feelings of helplessness, and social exclusion. Paying attention to these challenges can pave the way for designing comprehensive interventions to improve the quality of life of affected women.

Conclusion


The present study showed that the experience of married women with gynecological cancers, at every stage of the disease, is accompanied by intertwined pressures that, in the absence of psychosocial support and specialized structures, can lead to role collapse and a decrease in human dignity. Focusing on the category of “Multifaceted Dysfunction” indicates that interventions should be comprehensive, dignity-based, and participatory rather than unidimensional. It is recommended that effective social work interventions and empowerment models be developed to better address the needs of this group of women.

Keywords: Female Cancers, Women, Lived Experience




چالش‌های زنان در مراحل درگیری با سرطان‌های زنان


دانشجوی دکتری رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه
علامه طباطبائی، تهران، ایران

زهرا نادری ملک * 

استادیار گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه
علامه طباطبائی، تهران، ایران

حسین یحیی زاده پیرسرائی 

استادیار گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه
علامه طباطبائی، تهران، ایران

الهام محمدی 

چکیده

سرطان‌ها برای زنان تجربه‌ای ناراحت‌کننده و دشوار محسوب می‌شود. با وجود چالش‌های متعدد ناشی از این بیماری، به‌ویژه برای زنان متأهل، مطالعات محدودی به بررسی این چالش‌ها پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با هدف تبیین چالش‌های تجربه‌شده توسط زنان از ابتلا به سرطان‌های زنان، به روش کیفی و با تکنیک تحلیل تماتیک انجام شد. فرایند انجام مطالعه از آذر ۱۴۰۲ شروع شده و جمع‌آوری داده‌ها و انجام مطالعه تا خرداد ۱۴۰۳ به طول انجامیده است. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند بر روی ۲۴ زن متأهل مبتلا به سرطان‌های زنان ساکن در شهر قم صورت گرفت؛ مشارکت‌کنندگان در رده سنی ۲۰ تا ۶۵ سال قرار داشتند. در این پژوهش، در مجموع، ۹ مقوله اصلی و ۳۳ مضمون فرعی شناسایی گردید و تم‌هایی «بدکارکردی چندجانبه» به‌عنوان جمع‌بندی تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان استخراج شد. تم‌های اصلی در مرحله اول، مواجهه اولیه دردناک با بیماری؛ در مرحله درمان، تهدید نقش همسری، آشفتگی روحی، آسیب‌پذیری عاطفی، کاهش حمایت خانوادگی، محدودیت ساختاریافته خدمات، کیفیت خدمت‌دهی کادر درمان؛ و در مرحله پس از درمان، تهدید جایگاه نقش همسری-مادری، دلهره روانی و مادی بازگشت بیماری می‌باشد. نتایج نشان داد زنان متأهل مبتلا به سرطان‌های زنان، از لحظه اطلاع از بیماری تا بعد از درمان، با چالش‌های مختلفی روبه‌رو می‌شوند. شناخت این چالش‌ها می‌تواند درک مناسبی از مسائل این گروه از زنان در هر مرحله ارائه دهد تا متخصصان، در کنار درمان‌های پزشکی، برنامه‌های کمکی مؤثر و جامع‌تری برای بهبود وضعیت سلامتی آنان در ابعاد همه‌جانبه طراحی کنند.

واژه‌های کلیدی: سرطان‌های زنان، زنان، تجربه زیسته

مقدمه

سرطان‌های زنانه (سرطان سینه، رحم، تخمدان و دهانه رحم) از جمله بیماری‌هایی هستند که با وجود پیشرفت‌های پزشکی، همچنان زنان را در سراسر جهان به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهند (اسعدی، جدیدی، ۱۴۰۰: ۱۱). این بیماری‌ها نه تنها با تهدید به سلامتی جسمانی زنان روبرو هستند، بلکه چالش‌های فراوانی را در ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی زنان مبتلا به همراه دارند، (فتیحی نسب، رضوان؛ مهدیه ضیا عزیز، ۱۴۰۱: ۸). سرطان‌های زنانه با توجه به ماهیت فیزیولوژیکی زنانه، می‌تواند تأثیر شدیدی بر سلامت جسمانی و توانایی زنان برای باروری و مشارکت در موضوع تولیدمثل داشته باشد. همچنین درمان سرطان‌های زنانه غالباً با عوارض جانبی شدید و طولانی‌مدتی مواجه است که ممکن است کیفیت زندگی، سلامتی عمومی و توانایی مشارکت در جامعه را تحت تأثیر قرار دهد (Johansen, et al. 2024: 101).

با توجه به نقش حیاتی زنان در خانواده و جامعه، مشکلات با این بیماری ممکن است به چالش‌های اجتماعی و اقتصادی خانواده و جامعه نیز منجر شود. (بوکائی و همکاران، ۲۰۱۸: ۲۲۸-۲۳۹). زنان مبتلا به سرطان زنانه (سینه و رحم) بعد از جراحی، عضوی را که نشان و نماد زن بودن است را از دست می‌دهند که این امر موجب برهم خوردن تصویر ذهنی وی از بدنش شده و به دنبال آن اعتماد به نفس وی کم شده و احساس می‌کند جذابیت زنانه‌اش کمتر شده است و بعد از آن تنش و حس غم و افسردگی و از بین رفتن امید را برای بیماران به همراه دارد (آقاجانی و اکبری، ۲۰۱۷: ۱-۱۰).

از سوی دیگر عدم آگاهی کافی و اطلاعات کافی در مورد سرطان‌های زنانه، علائم آنها و پیامدهای آن، می‌تواند به پیچیده‌تر شدن موضوع منجر شود؛ هزینه بالای درمان سرطان‌های زنانه، می‌تواند برای بسیاری از بیماران و خانواده‌ها سنگین باشد، حتی بار سنگینی را بر شبکه سلامت و بهداشت، وارد می‌کند (Bahri, 2017:182). کارشناسان معتقدند در بیشتر مواقع اهمیت بیماری سرطان غالباً از طریق بیان آمار مرگ و میر آن در جامعه انعکاس پیدا می‌کند و در خصوص دغدغه‌های اجتماعی، تغییر نیازها، تغییر نقش‌ها

و انتظارات نقشی، مشکلات فردی و اجتماعی که ایجاد می‌کند صحبتی نمی‌شود. و توجه به همه ابعاد بیماری سرطان مورد غفلت واقع شده است (Linn, et al, 2019: 131-138). همچنین طبق آمار ارائه شده، سرطان به‌عنوان دومین علت مرگ‌ومیر در جهان و سومین علت مرگ در ایران پس از بیماری‌های قلبی و تصادفات شناخته می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). در ایران نیز در دهه اخیر، شیوع سرطان افزایش یافته و به یکی از اولویت‌های مهم بخش سلامت در ایران تبدیل شده است. میزان بروز خام و استاندارد شده سنی کل سرطان‌ها در جمعیت کل کشور به ترتیب ۱۷۳,۰۸ و ۱۷۳,۴۸ در هر صد هزار نفر است. در جمعیت مردان کشور، بروز خام و استاندارد شده سنی کل سرطان‌ها به ترتیب ۱۷۴,۷۳ و ۱۸۵,۷۶ در هر صد هزار مرد و در جمعیت زنان کشور، این ارقام به ترتیب ۱۷۱,۳۷ و ۱۶۵,۳۱ در هر صد هزار زن گزارش شده است. با توجه به آمار بالای بروز سرطان در جمعیت کشور و تفاوت‌های جنسیتی در میزان ابتلا، لزوم توجه به ابعاد مختلف این بیماری، به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر، بیش‌ازپیش احساس می‌شود (زنده‌دل و همکاران، ۱۴۰۳: ۴۲).

با توجه به مطالب فوق، می‌توان اذعان داشت که سرطان‌های زنانه نه‌تنها یک مسئله مهم در حوزه سلامت جسمانی زنان محسوب می‌شود، بلکه ابعاد اجتماعی و روانی قابل‌توجهی نیز دارد. این بیماری می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان، از جمله نقش‌های خانوادگی، روابط زناشویی، وضعیت اقتصادی و مشارکت اجتماعی آن‌ها تأثیر بگذارد. همچنین، فرهنگ غالب و نگرش‌های اجتماعی نسبت به بیماری و زنان مبتلا، می‌تواند در ایجاد یا تشدید چالش‌ها و محدودیت‌های اجتماعی و روانی آن‌ها نقش داشته باشد. به‌ویژه برای زنان متأهل، مواجهه با انتظارات نقش‌های همسری و مادری در کنار تجربه بیماری، می‌تواند فشارهای مضاعفی ایجاد کند که نیازمند مداخلات تخصصی در حوزه‌های مددکاری اجتماعی و حمایت‌های روانی-اجتماعی است.

همچنین نحوه روبه‌رو شدن با این موضوع و آرام‌سازی این گروه از افراد نیز مهم است چرا که نه‌تنها سرطان پیامدهای زیستی، روانی-اجتماعی سختی را به دنبال دارد بلکه

در اذهان به‌عنوان وحشتناک‌ترین بیماری نیز نمود پیدا کرده است و یکی از دغدغه‌ها و دل‌نگرانی‌های افراد نیز شده است. هرچند در زمان‌های ابتدایی تشخیص سرطان تأکید بر مراقبت‌های پزشکی است ولی با گذشت روند درمان مراقبت‌های اجتماعی اهمیت خود را بیشتر نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر با درک چالش‌های مواجهه با سرطان‌های زنانه می‌توان زمینه افزایش آگاهی عمومی، درمان‌های کارآمد و حمایت از زنان در طی درمان و بازگشت به زندگی ایجاد کرده و با شناسایی چالش‌های خاص این گروه از زنان به سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت کمک می‌کند تا برنامه‌ها و مداخلات مؤثرتری مبتنی بر چالش‌های شناخته‌شده برای حمایت از زنان مبتلا به سرطان طراحی کنند. همچنین، این نتایج به مددکاران اجتماعی و متخصصان سلامت روان در طراحی و ارائه ابزارها و راهکارهای عملی برای بهبود وضعیت روانی و اجتماعی این بیماران کمک می‌کند. از سوی دیگر، و ارائه الگوی توانمندسازی، می‌توان به بهبود کیفیت زندگی، افزایش حمایت‌های اجتماعی و کاهش آثار منفی بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها دست یافت. از این رو مشخصاً پرسش اصلی در این پژوهش این است که: "زنان متأهل مبتلا به سرطان‌های زنانه، در مراحل گوناگون درگیری با بیماری، چه چالش‌هایی را تجربه می‌کنند؟"

پیشینه پژوهش

با وجود پژوهش‌های متعدد در زمینه چالش‌های زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه، بیشتر این مطالعات با رویکردهای کمی و توصیفی انجام شده‌اند و به درک عمیق و زمینه‌مند تجربه زیسته این زنان توجه کافی نداشته‌اند. همچنین، به دلیل محدود بودن رویکردهای کیفی در این حوزه، شکاف‌هایی در فهم چالش‌ها و نیازهای خاص زنان متأهل مبتلا به سرطان‌های زنانه وجود دارد. پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل مضمون و تمرکز بر داده‌های کیفی، درصدد است تا این شکاف‌ها را پر کرده و به شناخت دقیق‌تری از مسائل و

چالش‌های آنان در مراحل مختلف درگیری با سرطان‌های زنانه دست یابد. در ادامه، به مرور مطالعات مرتبط با این موضوع پرداخته می‌شود.

- طالقانی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان "تبیین نیازهای توانمندسازی زنان مبتلا به سرطان پستان"، سه دسته اصلی نیازها را شناسایی کردند: ۱. اطلاعات (اطلاعات جامع و به موقع، دسترسی آسان و مداوم)، ۲. باورها (واقعیت پذیری، اعتماد، امید و باورهای جدید)، ۳. مهارت‌ها (مهارت‌های ارتباطی، بیان نیازها و احساسات) (طالقانی و همکاران، ۱۳۸۵: ۲۸۲-۲۸۸).

- شرافت و تقی‌خانی (۱۳۹۸) در پژوهشی با بررسی تجربه زیسته بیماران مبتلا به سرطان در تهران، نشان دادند که این بیماری در دو بُعد اقتصادی و اجتماعی تأثیرگذار است. در بُعد اقتصادی، هزینه‌های بالای درمان، از دست دادن شغل و مصرف‌کننده بودن زندگی فرد را مختل می‌کند. در بُعد اجتماعی نیز احساس طرد، تنهایی، کلیشه‌های جنسیتی، بی‌توجهی پزشکان، تشخیص‌های غلط و عدم حفظ عزت‌نفس بیماران از چالش‌های اصلی بودند (شرافت و تقی‌خانی، ۱۳۹۹: ۶۳-۸۱).

- اسعدی و جدیدی (۱۴۰۰) در پژوهشی پدیدارشناسانه با عنوان تجربه زیسته زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان نشان دادند که این بیماری علاوه بر بُعد جسمی، در بُعد اجتماعی، زنان با داغ اجتماعی، از دست دادن هویت زنانه و فشار برای بازیافتن زیبایی، در بُعد فرهنگی، ناآگاهی، خجالت از بیان بیماری، تابو بودن صحبت در مورد پستان و عدم مراجعه به پزشک به دلیل خجالت و در بُعد عاطفی و روانی نیز احساس ناامنی عاطفی، ناامیدی، افسردگی و ناکارآمدی مواجه بودند (اسعدی و جدیدی، ۱۴۰۰: ۱۷).

- عربی و اصغری (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای کیفی با روش روایت پژوهی و مصاحبه روایی، مراحل گذر از بحران در ۱۴ بیمار مبتلا به سرطان در گناباد را بررسی کردند. نتایج نشان داد که این بیماران برای پذیرش مرگ، هشت مرحله شامل شوک، انکار، مخفی‌کاری، خشم، افسردگی، حمایت دینی، پذیرش بیماری و در نهایت پذیرش مرگ را طی می‌کنند (عربی و اصغری، ۱۴۰۱: ۴۷۳۹-۴۷۲۶).

- کار^۱ (۲۰۱۵) نشان داد که زنان بیش از مردان خود را به خاطر سرطان سرزنش می‌کنند و بیشتر می‌کوشند علائم ظاهری آن را پنهان کنند. در میان ۲۳۰ بیمار سرطانی با نسبت برابر جنسی، ۶۹ درصد زنان و ۳۵ درصد مردان سرطان خود را به کارما و تقدیر نسبت می‌دادند. همچنین خانواده‌ها از به کار بردن واژه «سرطان» اجتناب کرده و بیماری را از بستگان پنهان می‌کردند (Kaur, 2015: 247).

- پژوهش لو^۲ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که بازماندگان سرطان پستان همچنان ناراحتی‌های فیزیولوژیکی را تجربه می‌کنند، اما با استفاده از راه‌های مختلف کیفیت زندگی خود را بهبود می‌بخشند. آن‌ها توانمندسازی را شامل سه مؤلفه اصلی می‌دانند: اعتقاد به سلامت، توانایی خود مدیریتی و داشتن سیستم حمایت اجتماعی مناسب (Zebing Luo, 2021: 238).

- پژوهش ترن^۳ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود ذیل عنوان "کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان زنان مبتلا به سرطان سینه ویتنامی" نشان داد که در میان زنان ویتنامی مبتلا به سرطان پستان، سن بالاتر (بیش از ۵۰ سال)، وضعیت اقتصادی بهتر، تأهل و زندگی با همسر، مدت درمان کمتر از ۶ ماه و حمایت مراقبتی خانواده با کیفیت زندگی بهتر مرتبط است. همچنین، استرس و بیداری تا دیروقت با کاهش کیفیت زندگی در بیشتر ابعاد همراه بود. این نتایج بر لزوم توسعه خدمات روانی اجتماعی و افزایش غربالگری و تشخیص زودهنگام در ویتنام تأکید دارد (Tran et al. 2019: 26).

پیشینه پژوهش نشان می‌دهد پژوهش‌های علمی در ایران بیشتر از منظر روان‌شناختی به این پدیده پرداخته‌اند و برنامه‌های آموزشی نیز عمدتاً متمرکز بر مسائل روان‌شناختی بوده است و کمتر به مسائل اجتماعی و میان فردی توجه شده است و مداخلات موجود نیز به‌طور خاص برای زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه طراحی نشده‌اند. در سطح بین‌المللی،

1. Kaur
2. Zebing Luo
3. Tran

گروه‌های زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و چالش‌های آنان از زوایای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. باین حال، پژوهش‌هایی که به‌طور خاص به بیان تجربه‌های زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه در مراحل مختلف بیماری پرداخته باشند، در ایران یافت نمی‌شود. از این رو، مطالعه حاضر به‌طور خاص به تجربه‌های زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه در مراحل مختلف بیماری پرداخته و در این زمینه می‌تواند به‌عنوان یکی از اولین مطالعاتی که به‌صورت مجزا و عمیق به این مسئله توجه کرده است، شناخته شود.

بینش نظری موضوع

در این مطالعه، با توجه به روش تحلیل تماتیک، مبانی نظری به‌طور غیرمستقیم به تحلیل داده‌ها کمک کرده‌اند تا موضوعات و تم‌های کلیدی با دقت بیشتری استخراج شوند و یافته‌ها به شکلی معنادارتر تفسیر شوند.

نظریه نقش بیمار (پارسونز)

این نظریه به هنجارها و قواعد رفتاری در زمان بیماری می‌پردازد و بیمار مسئول بیماری خود نیست و نقش بیمار به‌عنوان مکانیسمی برای بازگشت فرد به نقش‌های عادی در جامعه تعریف می‌شود. و باید بیمار برای بهبودی با پزشک همکاری کند. این نظریه به فهم پذیرش بیماری، مشارکت در درمان و تعامل سازنده بیمار و پزشک کمک می‌کند (مسعودنیا، ۱۳۹۹: ۷۹-۱۱۱).

نظریه مدیریت بدن (رودولف لبان)

این نظریه به تعاملات اجتماعی، هویت اجتماعی و ساخت اجتماعی بدن از طریق حرکت و رفتارهای بدنی می‌پردازد. مدیریت بدن نشان می‌دهد که حرکات افراد نه تنها جنبه فیزیکی بلکه بُعد اجتماعی و فرهنگی نیز دارند. این رویکرد درک بهتری از نحوه تعامل افراد با جامعه و فضای اجتماعی ارائه می‌دهد و کمک می‌کند تا نحوه تغییر هویت و تصویر بدن در بیماران درک شود (بابایی فرد، ۱۴۰۰: ۵۸-۹۲).

نظریه عملکرد خانواده

این نظریه بر نقش خانواده به عنوان یک نهاد اجتماعی با وظایفی همچون حمایت اقتصادی، عاطفی، تربیت فرزندان و تنظیم روابط اجتماعی تأکید دارد. مکانیسم‌های تطبیقی مانند انعطاف‌پذیری و تعامل خانواده‌ها در حفظ عملکرد مطلوب خانواده مؤثر هستند و در شناسایی چالش‌های خانوادگی و طراحی برنامه‌های حمایتی کاربرد دارد. (شیروانی و همکاران، ۱۳۹۶: ۶۱-۷۲).

نظریه کیفیت زندگی

این نظریه کیفیت زندگی را به عنوان یک مفهوم چندوجهی شامل ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحانی و اقتصادی با تأکید بر جنبه‌های عینی مانند سلامت و درآمد، به احساس رضایت، خوشبختی و امنیت افراد بررسی می‌کند. و در بهبود سلامت، طراحی برنامه‌های اجتماعی و انجام تحقیقات در حوزه کیفیت زندگی کمک می‌کند (چنارپارچی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۹).

نظریه کارکردگرایی

در نظریه کارکردگرایی هر جزء جامعه نقشی در حفظ تعادل اجتماعی دارد. در مورد زنان مبتلا به سرطان، این نظریه می‌تواند به تحلیل پیامدهای ناخواسته مانند تغییرات در ایفای نقش‌های خانوادگی و اجتماعی بیماری کمک کند. این پیامدها می‌تواند منجر به بحران‌های نیازمند مداخلات برای بازسازی تعادل در روابط خانوادگی شود. بنابراین، می‌تواند راهنمایی برای درک چالش‌های زنان مبتلا به سرطان و حمایت از آنها باشد (اعلمی، ۱۴۰۰: ۹).

نظریه تصور بدن

تصور بدنی مفهومی است که نخستین بار توسط شیلدر^۱ (۱۹۳۵) مطرح شد و به برداشت ذهنی فرد از بدن خود اشاره دارد. این مفهوم، چندبعدی است و شامل جنبه‌های

1. Schilder

ادراکی، شناختی، عاطفی و رفتاری نسبت به بدن می‌شود. تصویر بدنی تنها به ابعاد فیزیکی محدود نیست، بلکه عوامل روانی (مثل کمال‌گرایی و عزت‌نفس)، فردی و فرهنگی-اجتماعی (مانند ایده‌آل‌های زیبایی و فشار رسانه‌ها) نیز بر آن تأثیر می‌گذارند. نکته کلیدی این است که تصویر بدنی نه تنها بر ادراک فرد از خود، بلکه بر نحوه تعامل او در بافت اجتماعی نیز اثرگذار است (دریکوند و همکاران، ۱۴۰۱: ۲۹-۳۵).

چارچوب مفهومی

در تحقیقات اکتشافی-توصیفی که ویژگی استقرایی دارند، هدف اصلی، فهم و کشف مفاهیم جدید از داده‌های واقعی است، نه آزمودن نظریه‌های از پیش موجود. در این نوع تحقیقات، از چارچوب مفهومی به جای چارچوب نظری استفاده می‌شود. این چارچوب مفهومی بر اساس مفاهیم حساس شکل می‌گیرد و هدف از به‌کارگیری نظریه‌ها، افزایش حساسیت نظری پژوهشگر است. حساسیت نظری به پژوهشگر کمک می‌کند تا با بهره‌گیری از مفاهیم کلیدی، تحلیل‌های عمیق‌تری از داده‌ها انجام دهد.

در این پژوهش، با توجه به ماهیت موضوع (چالش‌های زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه)، مفاهیم مختلف روانی-اجتماعی-اقتصادی چون استرس، حمایت اجتماعی، بحران هویت، تاب‌آوری، احساس غم، ترس از مرگ، ناامیدی، طرد اجتماعی، توانمندسازی و نحوه سازگاری با بیماری و پذیرش آن، در قالب چارچوب مفهومی به کار رفته‌اند. این مفاهیم به‌عنوان نقاط تمرکز اصلی برای تحلیل داده‌ها و هدایت پرسش‌های پژوهش عمل کرده‌اند. علاوه بر این، در این مطالعه از نظریه‌های مختلف برای تحلیل چالش‌ها و تغییرات نقش زنان مبتلا به سرطان استفاده شده است:

نظریه عملکرد خانواده: برای درک چگونگی تأثیر بیماری سرطان بر وظایف خانوادگی زنان و ارتباط آنان با اعضای خانواده، به‌ویژه در نقش‌های مادر، همسر و دختر. نظریه نقش بیمار: برای تحلیل تغییرات نقش زنان مبتلا به سرطان و تعامل آن‌ها با جامعه و انتظارات اجتماعی در طول درمان.

نظریه مدیریت بدن: برای درک تغییرات جسمی و هویت بدنی زنان مبتلا به سرطان، تأثیر آن‌ها بر تصویر بدن و نحوه تطابق با تغییرات ناشی از بیماری و درمان. نظریه کارکردگرایی می‌تواند به تحلیل پیامدهای ناخواسته بیماری سرطان بر نقش‌های خانوادگی و اجتماعی زنان و نیاز به مداخلات برای بازسازی تعادل کمک کند. نظریه تصویر بدنی با تأکید بر ادراک فرد از بدن، به فهم عمیق‌تر تجربه زیسته زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه در زمینه هویت، عزت نفس و تعاملات اجتماعی کمک می‌کند. این چارچوب مفهومی به‌طور مستقیم در هدایت پرسش‌ها و تفسیر داده‌ها کاربرد دارد و کمک می‌کند تا درک بهتری از چالش‌ها و نیازهای زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه در مراحل مختلف بیماری (مواجهه، درمان، پس از درمان) به دست آید و به پژوهشگران و متخصصان حوزه سلامت کمک می‌کند تا با درک بهتر چالش‌های زنان مبتلا به سرطان، برنامه‌های حمایتی و درمانی مناسب طراحی کنند و به زنان و خانواده‌های آن‌ها در شناسایی منابع مقابله و بهبود شرایطشان کمک کند.

سؤال پژوهش

زنان متأهل مبتلا به بیماری سرطان‌های زنانه چه مسائل و چالش‌هایی را در هر مرحله از بیماری (مواجهه با بیماری - حین درمان - پس از درمان) تجربه می‌کنند؟

روش‌شناسی پژوهش

این مطالعه یک پژوهش کیفی است که با استفاده از روش تحلیل مضمون انجام شده است. داده‌ها، از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته^۱ جمع‌آوری شده‌اند. سؤالات مصاحبه باهدف دستیابی به اهداف پژوهش طراحی شدند و به‌طور ویژه بر چالش‌های تجربه‌شده زنان در سه مرحله بیماری (مواجهه، درمان و پس از درمان) در ابعاد فردی، روانی،

۱- کار مصاحبه توسط یکی از نویسندگان مقاله انجام شده است

اجتماعی و اقتصادی متمرکز بودند. شرکت کنندگان این پژوهش شامل ۲۴ زن متأهل مبتلا به سرطان‌های زنانه (سرطان سینه، رحم، تخمدان و دهانه رحم) در شهر قم بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت‌اند از: محدوده سنی ایشان ۲۰ الی ۶۵ سال باشد و در حال حاضر متأهل باشند و در مرحله بهبودی از بیماری قرار گرفته باشند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. فرآیند مصاحبه‌ها از آذرماه ۱۴۰۲ آغاز شد و تا خرداد ۱۴۰۳، زمانی که فهم کافی و درک علمی از موضوع به دست آمد ادامه یافت. در فرآیند نمونه‌گیری، تنوع حداکثری از نظر سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، پایگاه اجتماعی و وضعیت تأهل را در نظر گرفته شد. مصاحبه‌شوندگان از طریق مددکاران اجتماعی شاغل در حوزه سلامت به پژوهشگر معرفی شدند. تمامی مصاحبه‌ها با توافق زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه در محل اتاق مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد. شرکت کنندگان با کسب رضایت قبلی اجازه ضبط صدا را دادند. سپس مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند.

در این مطالعه برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل تماتیک براون و کلارک (۲۰۰۶) در شش مرحله شامل: آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جستجوی مضامین، بازبینی مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین و نگارش گزارش استفاده شد (Braun, V., & Clarke, 2006: 77-101). پس از تصویب موضوع در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه گروه مددکاری اجتماعی ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت کتبی و شفاهی شرکت کنندگان پیش از ورود به پژوهش، اطمینان بخشی به مشارکت کنندگان در زمینه محرمانگی اطلاعات و حریم شخصی آن‌ها، داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و امکان انصراف بدون هیچ‌گونه پیامد منفی برای آنان در هر مرحله از پژوهش می‌باشد. برای افزایش اعتبار و اعتمادپذیری پژوهش، پژوهشگر در فرآیند تحلیل داده‌ها تلاش کرد از سوگیری‌های شخصی اجتناب کند. داده‌های اولیه هر دو هفته یک‌بار با حضور اساتید و اعضای تیم بررسی شد. کدگذاری‌ها به‌طور مستقل توسط دو پژوهشگر انجام شد و اختلاف‌ها پس از بحث به اجماع رسید. برای سنجش اعتبار مضامین، نمونه‌هایی از

مصاحبه‌ها و کدها در اختیار اساتید قرار گرفت. همچنین، نتایج تحلیل شده با ۵ نفر از مشارکت‌کنندگان به اشتراک گذاشته شد و تأیید آنان را دریافت کرد. نقل‌قول‌های مستقیم نیز برای افزایش انتقال‌پذیری در گزارش یافته‌ها آورده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی و چالش‌های مراحل سه‌گانه بیماری (مواجهه، درمان و پس از درمان) ارائه شد. در مجموع، ۹ مقوله اصلی و ۳۳ مضمون فرعی شناسایی گردید و تم نهایی «بدکارکردی چندجانبه» به‌عنوان جمع‌بندی تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان استخراج شد.

توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی

| نام مشارکت‌کننده | سن زمان مصاحبه | میزان تحصیلات | تعداد فرزندان | نوع سرطان | سن ابتلا | وضعیت اشتغال | نوع بیمه |
|------------------|----------------|---------------|---------------|-------------|----------|--------------|---------------|
| P ₁ | ۵۶ | ابتدایی | ۵ | تخمدان | ۴۴ | خانه‌دار | تأمین اجتماعی |
| P ₂ | ۳۳ | کارشناسی ارشد | ۱ | سینه | ۲۹ | کارمند | تأمین اجتماعی |
| P ₃ | ۳۴ | دانشجوی دکتری | ۱ | خون-رحم | ۲۶ | کارمند | تأمین اجتماعی |
| P ₄ | ۴۹ | لیسانس | ۳ | تخمدان-سینه | ۴۲ | خانه‌دار | سایر اقشار |
| P ₅ | ۳۸ | راهنمایی | ۴ | سینه | ۳۰ | خانه‌دار | سلامت |
| P ₆ | ۵۴ | ابتدایی | ۶ | رحم | ۴۰ | خانه‌دار | سایر اقشار |
| P ₇ | ۵۷ | راهنمایی | ۱ | تخمدان | ۵۰ | خانه‌دار | سلامت |
| P ₈ | ۳۷ | کارشناسی ارشد | ۳ | سینه | ۲۸ | خانه‌دار | تأمین اجتماعی |
| P ₉ | ۴۸ | دوم دبیرستان | ۲ | سینه | ۳۹ | صندل دوز | حوزه علمیه |

| نام مشارکت کننده | سن زمان مصاحبه | میزان تحصیلات | تعداد فرزندان | نوع سرطان | سن ابتلا | وضعیت اشتغال | نوع بیمه |
|------------------|----------------|--------------------------------|---------------|------------|----------|--------------|---------------------------|
| P ₁₀ | ۵۳ | ابتدایی | ۷ | رحم | ۴۵ | خانه دار | سلامت |
| P ₁₁ | ۶۵ | اول دبیرستان | ۲ | سینه | ۴۰ | خانه دار | تأمین اجتماعی |
| P ₁₂ | ۶۰ | فوق دیپلم | ۳ | رحم - ریه | ۵۲ | ازکارافتاده | تأمین اجتماعی |
| P ₁₃ | ۴۱ | لیسانس | ۱ | سینه | ۳۲ | معلم | تأمین اجتماعی |
| P ₁₄ | ۴۴ | دوم راهنمایی | ۲ | سینه | ۳۹ | خانه دار | سلامت |
| P ₁₅ | ۲۷ | اول راهنمایی | ۲ | سینه | ۲۱ | خانه دار | سایر اقشار |
| P ₁₆ | ۴۷ | دیپلم | ۳ | رحم | ۴۱ | خانه دار | تأمین اجتماعی |
| P ₁₇ | ۵۸ | دیپلم | ۴ | تخمدان | ۵۱ | آرایشگر | سلامت |
| P ₁₈ | ۳۶ | لیسانس | ۱ | سینه | ۳۰ | دفتر فنی | تأمین اجتماعی |
| P ₁₉ | ۵۱ | اول راهنمایی | ۴ | سینه | ۳۷ | خانه دار | تأمین اجتماعی |
| P ₂₀ | ۴۳ | دوم دبیرستان | ۱ | سرطان رحم | ۳۴ | قالی باف | تأمین اجتماعی - قالی بافی |
| P ₂₁ | ۵۷ | ابتدایی | ۶ | سرطان رحم | ۵۰ | خانه دار | سلامت |
| P ₂₂ | ۴۱ | فوق لیسانس | ۲ | سینه | ۳۵ | معلم | خدمات درمانی |
| P ₂₃ | ۶۳ | چهارم ابتدایی (نهضت سوادآموزی) | ۷ | سرطان سینه | ۵۷ | خانه دار | تأمین اجتماعی |
| P ₂₄ | ۳۹ | لیسانس | ۳ | دهانه رحم | ۳۱ | خانه دار | سلامت |

چالش‌های تجربه‌شده توسط زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه

با توجه به مصاحبه‌های انجام شده چالش‌هایی که زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه در مراحل مختلف بیماری خود (مرحله مواجهه، مرحله درمان، مرحله پس از درمان) تجربه کرده بودند به شرح جدول زیر می‌باشد.

جدول ۲- جدول مضمون‌ها (مضمون‌های مربوط به چالش‌های زنان دچار بیماری سرطان‌های زنانه به تفکیک مراحل درگیری با بیماری)

| تم نهایی | تم فرعی | تم اصلی | مراحل |
|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------|
| بکاربردنی پذیرفته شده | پذیرش بیماری | مواجهه اولیه دردناک با بیماری | مرحله مواجهه |
| | نادیده گرفته شدن حق آگاهی | | |
| | نشخوار ذهنی | | |
| | دشواری در انجام امور زندگی | تهدید نقش همسری | مرحله درمان |
| | کاهش گرایش به روابط جنسی | | |
| | طرد از شراکت در رابطه جنسی | | |
| | احساس درماندگی | آشفته‌گی روحی | |
| | تضعیف اعتماد به نفس | | |
| | احساس عدم توانمندی | | |
| | تنفر از زندگی | | |
| | افسردگی | آسیب‌پذیری عاطفی | |
| | فقدان معنا در زندگی | | |
| | افزایش نیاز به دلجویی دیگران | | |
| | ترحم دیگران | کاهش حمایت خانوادگی | |
| | ناامیدی خانواده | | |
| | روحیه غمگین در خانواده | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|--------------------|
| | اضطراب در خانه و خانواده | | |
| | مقصرپنداری بیمار | | |
| | وضعیت مالی نامساعد | | |
| | تنزل وضعیت اقتصادی خانواده به واسطه بیماری | | |
| | عدم گوش دادن فعال به بیمار | کیفیت خدمات درمانی | |
| | اولویت آموزش دانشجویان پزشکی به جای رسیدگی به بیمار | | |
| | پوشش ناکافی بیمه‌های پایه و تکمیلی | محدودیت ساختاریافته خدمات | |
| | رویه تحقیرآمیز برخی سازمان‌های خیریه | | |
| | هزینه‌های بالای تشخیصی | | |
| | استرس شغلی | | |
| | دشواری در امور زندگی | تهدید جایگاه نقش همسری - مادری | مرحله بعد از درمان |
| | اختلال در تصویر بدنی | | |
| | نگرانی از ناتوانی در شیردهی | | |
| | نگرانی از ایفای نقش مادری در آینده | | |
| | نگرانی از عود مجدد بیماری | دلهره روانی و مادی بازگشت بیماری | |
| | هزینه‌های بالای چکاپ | | |

یافته‌های مرحله مواجهه

منظور از مرحله مواجهه با بیماری در این پژوهش یکی از اولین مراحل درمانی سرطان می‌باشد که فرد از بیماری خود مطلع گشته و با مسائل مربوط به مرحله پذیرش بیماری‌اش روبه‌رو می‌شود. تجربه زنان مشارکت‌کننده در این مرحله شامل یکتم اصلی مشتمل بر سه مفهوم فرعی می‌باشد که توضیح آن به شرح زیر می‌باشد.

مواجهه اولیه دردناک با بیماری

مضمون اصلی «مواجهه اولیه دردناک با بیماری» ناظر بر مجموعه‌ای از واکنش‌های روانی، ذهنی و عاطفی زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه در لحظه یا دوره آغازین تشخیص بیماری است. این تجربه اولیه، با ضربه‌ای روانی آغاز می‌شود که سه جنبه مهم در آن برجسته است: سردرگمی در پذیرش واقعیت بیماری، نشخوار ذهنی بی‌وقفه درباره پیامدها، و تجربه نادیده انگاشته شدن آگاهی بیمار در تعامل با نظام درمان.

نخست، پذیرش بیماری فرآیندی دردناک و تدریجی برای مشارکت‌کنندگان بود؛ بسیاری از زنان در ابتدا با ناباوری، انکار و شوک مواجه شدند. آن‌ها تنها زمانی که نشانه‌های جسمانی مشهود مانند ریزش مو یا تغییرات ظاهری پدیدار شد، توانستند واقعیت بیماری را بپذیرند. این پذیرش با نوعی «سوگواری برای خود سالم گذشته» همراه بود. در کنار این چالش، ذهن زنان به‌طور مداوم درگیر آینده مبهم بیماری، ترس از مرگ، و نگرانی برای خانواده و فرزندان بود. نشخوار ذهنی، به‌عنوان دومین زیرمضمون، به حالتی از درگیری ذهنی مزمن و بی‌وقفه با افکار منفی و اضطرابی اشاره دارد که خواب، تمرکز و آرامش روانی مشارکت‌کنندگان را مختل کرده بود. این نشخوار ذهنی نه تنها احساس بی‌قراری را تشدید می‌کرد بلکه قدرت سازگاری روانی فرد را نیز تضعیف می‌نمود.

در سطحی متفاوت، نادیده گرفته شدن حق آگاهی نشان از تجربه‌ای دارد که طی آن مشارکت‌کنندگان خود را بازیچه محافظه‌کاری یا تصمیم‌گیری‌های پنهان پرسنل درمانی و اعضای خانواده می‌دانستند. برخلاف دو مضمون قبلی که از درون ذهن فرد ناشی می‌شد، این تجربه ریشه در نظام روابط قدرت و اطلاع‌رسانی ناقص یا فریبنده داشت. احساس

تحقیر، بی‌اعتمادی و ترس، از جمله پیامدهای این نادیده انگاری آگاهی بیمار بود که بر دیگر مؤلفه‌های روانی نیز سایه افکند.

در مجموع، این سه مضمون در دل یک تجربه کلی از «مواجهه اولیه دردناک با بیماری» تنیده شده‌اند. فرد ابتدا با انکار واقعیت، سپس درگیر نشخوار مکرر ذهنی، و هم‌زمان با فقدان آگاهی شفاف از وضعیت خود مواجه است. این فرایند، نوعی آشفتگی شناختی و عاطفی پیچیده را شکل می‌دهد که زیربنای بسیاری از واکنش‌های بعدی فرد در مراحل درمان و پس از آن است. به هم‌پیوستگی این سه عنصر، تصویری جامع از رنج آغازین زنان مبتلا به سرطان ارائه می‌دهد؛ رنجی که هم از درون ذهن می‌جوشد و هم از ساختارهای پیرامونی ناشی می‌شود.

مقاومت روانی در پذیرش بیماری

«وقتی با شیمی‌درمانی موهای من ریخت و من شبیه بیماران مبتلا به سرطان

شدم، اونجا بود که تازه باورم شد منم سرطان دارم.» (P₁₂)

نشخوار ذهنی

«در تمام طول زندگی، ذهن من مشغول این بود که آخر این بیماری چه

می‌شه، گاهی از هجوم افکار به مرز دیوانگی می‌رسیدم.» (P₆)

«شبا خوابم نمی‌برد، تمام فکرم این بود که حالا بر سر بچه‌هام چی می‌اد؟» (P₂₀)

نادیده گرفته شدن حق آگاهی

"کادر درمان مخصوصاً پرستار در فکر و خیال خودشون بیمار رو آروم می‌کردند، یادمه با من طوری صحبت می‌کردند با مراقبم که مادرم بود طور دیگه. به من همش می‌گفتند چیزی نیست و یه توده ساده است ولی وقتی مادرم رفت ایستگاه پرستاری و با پزشکم صحبت کرد یادمه با گریه شدید برگشت. اون لحظه خیلی ترسیدم. کاش از اول به خودم می‌گفتند."

یافته‌های مرحله حین درمان

در این مطالعه مرحله دوم به زمانی که شخص خدمات درمانی (دارو درمانی- جراحی- شیمی‌درمانی- هورمون‌تراپی و... را دریافت می‌کند و فرایند درمان خود را از هر نوع تکمیل می‌کند اطلاق می‌شود. مضامین بدست آمده در این مرحله شامل ششتم اصلی و نوزده مضمون فرعی به شرح زیر است:

تهدید نقش همسری

مضمون «تهدید نقش همسری» به چالش‌هایی اشاره دارد که زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه در مرحله درمان در رابطه با نقش زناشویی خود تجربه می‌کنند. این چالش‌ها در سه تم فرعی دشواری در انجام امور زندگی، کاهش گرایش به روابط جنسی و طرد از شراکت در رابطه جنسی نمود می‌یابد. به دلیل ضعف جسمی ناشی از درمان‌های تهاجمی، بسیاری از زنان توانایی انجام امور خانه و ایفای نقش‌های روزمره همسری را از دست داده‌اند. این ناتوانی در عملکرد، نه تنها احساس ناکارآمدی را در آنان تشدید کرده، بلکه موجب بروز تنش در روابط زناشویی نیز شده است. از سوی دیگر، تغییرات هورمونی، تجربه خشکی واژن، اضطراب و کاهش اعتمادبه‌نفس منجر به کاهش میل جنسی در بسیاری از زنان شده و در برخی موارد، موجب پرهیز آن‌ها از رابطه زناشویی گردیده است. علاوه بر موارد فوق در برخی موارد، طرد از شراکت در رابطه جنسی نیز تجربه شده است؛ به‌ویژه در شرایطی که همسران به دلیل برداشت‌های نادرست از بیماری یا درمان، از تماس جنسی اجتناب کرده یا واکنش‌های سرد و بی‌توجهی نشان داده‌اند. این طرد شدن، احساس تنهایی، خجالت و سرخوردگی را در زنان تشدید کرده و پیامدهای منفی روانی عمیقی بر آنان گذاشته است. مضمون‌های فرعی یادشده در تعامل با یکدیگر، تهدیدی همه‌جانبه برای هویت و جایگاه زن به‌عنوان همسر ایجاد می‌کنند؛ هویتی که پیش‌تر بخشی مهم از تصویر فردی و اجتماعی او بوده و اکنون با چالش‌های جدی مواجه شده است.

دشواری در انجام امور زندگی

"کمی که کاری انجام می‌دهم، دستانم ورم می‌کند و تا زیر بغلم درد عجیبی می‌گیرد، طوری که حس می‌کنم الان پوست دستم می‌خواهد کنده شود." (p5)

کاهش گرایش به روابط جنسی

"مجبور به تخلیه هر دو سینه‌ام شدم و بعد از جراحی باید داروهایی مصرف می‌کردم که هورمون‌های من را به هم می‌ریخت. به خاطر این تغییر هورمونی، ترشحاتم قبل از رابطه بسیار کم شده بود (خشکی واژن)، رابطه جنسی برایم بسیار دردناک شده بود و دیگر تمایلی به انجام آن نداشتم" (p18)

طرد از شراکت در رابطه جنسی

"همسرم وقتی دید من نمی‌توانم طبق میل او در رابطه جنسی باشم، دیگر بی‌توجه شد. یک وقت‌هایی من هم نیاز داشتم، ولی او اصلاً به این موضوع توجه نمی‌کرد و من هم دیگر چیزی نمی‌گفتم. با خودم می‌گفتم کور که نبود، می‌توانست بفهمد من هم نیازی دارم، پس مجبور بودم خود ارضایی کنم." (p17)

در برخی موارد، برداشت‌های نادرست از بیماری و درمان موجب شده بود که برخی از همسران از ارتباط جنسی اجتناب کنند. مشارکت‌کننده ۶ در این زمینه بیان کرد:

"همسرم فکر می‌کرد بیماری من مسری است و سمت من نمی‌آمد. وقتی اعتراض می‌کردم، می‌گفت شاید سرطان به من سرایت نکند، ولی با مایعات واژنت اثرات سمی داروهایت به من منتقل می‌شود." (p6)

آشفته‌گی روحی

مقوله "آشفته‌گی روحی" در میان زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه به‌طور خاصی با احساسات و تجربیات متعدد و پیچیده‌ای همراه است که می‌تواند بر ابعاد مختلف زندگی فرد تأثیر بگذارد. از یک‌سو، احساس درماندگی و احساس عدم توانمندی که در پی فشارهای فیزیکی و روحی ناشی از بیماری و درمان به وجود می‌آید، باعث می‌شود فرد تصور کند که کنترل کمی بر سرنوشت خود دارد. این تجربه، همراه با تضعیف

اعتماد به نفس، که نتیجه مستقیم تغییرات فیزیکی و اضطراب از نگاه‌های اجتماعی است، به کاهش عزت نفس و به‌ویژه انزوای فرد می‌انجامد. این وضعیت روانی، به‌نوبه خود، زمینه‌ساز ظهور احساسات منفی دیگر، مانند تنفر از زندگی و افسردگی می‌شود که در آنها فرد ممکن است از زندگی بی‌معنی و پر از رنج تنها به‌عنوان یک فاز گذرا نگاه کند.

علاوه بر این، فقدان معنا در زندگی به‌عنوان یک نمود کلی در تجربه آشفتگی روحی، به‌نوعی واکنش فرد به چالش‌های روزمره درمان و بحران‌های روانی ناشی از آن است. زمانی که فرد در مقابل بیماری و درمان قرار می‌گیرد و احساس می‌کند هیچ‌چیز در زندگی‌اش دیگر معنای واقعی ندارد، این بی‌معنایی به‌طور هم‌زمان بر دیگر جنبه‌های روحی و روانی او اثر می‌گذارد و موجب بروز سایر علائم روانی، مانند اضطراب و افسردگی، می‌شود.

در نهایت، این شش مضمون فرعی به‌طور پیچیده‌ای با یکدیگر پیوند خورده و یک تصویر جامع از وضعیت روانی زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه را می‌سازند. این وضعیت نشان می‌دهد که تجربه سرطان نه‌تنها به‌طور مستقیم بر جسم فرد تأثیر می‌گذارد، بلکه با ایجاد بحران‌های روانی و روحی می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی و احساس بی‌معنایی در فرد منجر شود.

مقوله آشفتگی روحی خود را در قالب شش مضمون فرعی شامل احساس درماندگی، تضعیف اعتماد به نفس، احساس عدم توانمندی، تنفر از زندگی و افسردگی، و فقدان معنا در زندگی نشان داد. مشارکت‌کنندگان تجربه‌شان را در قالب شش مضمون فرعی فوق بدین گونه بیان کردند:

احساس درماندگی

"وقتی درگیر سرطان شدم متوجه شدم که مقابل بعضی چیزها هیچ کاری نمی‌تونی کنی و فقط باید تماشا کنی تا تموم بشه بره." (p4)

تضعیف اعتماد به نفس

"اوایل بیماریم دوست نداشتم کسی کنارم یا خونمون بیاد، حتی اون آدم‌هایی

که قبلاً باهاشون خیلی صمیمی بودم. بخاطر عوارض شیمی درمانی فکر می‌کردم چهره‌ام خیلی ناجور شده حتی گمان می‌کردم دیگران با دیدن من دچار وحشت بشن. اما کم‌کم روی افکار خودم کار کردم و بخاطر مادرم و دیگر اعضای خانواده که واقعاً از این قضیه رنج می‌بردند با خودم کنار اوادم و حتی با دوستانم که قطع رابطه کرده بودم مجدد کم‌وبیش رفت‌وآمد دارم و دورهمی میرم. در کل الآن خویم و ناراحتیم خیلی کم شده" (p5).

احساس عدم توانمندی

"خیلی وقت‌ها همکارانم تماس می‌گرفتند که به ملاقات من بیایند، اما درخواستشان را با بهانه‌هایی مثل حال خوب نیست رد می‌کردم." (p12)

"من قبلاً عضو فعال بسیج بودم، توی انجمن اولیا و مربیان مدرسه فرزندم عضو بودم، ولی بعد از بیماریم دیگه اونا رو رها کردم." (p8)

تنفر از زندگی

"من از این زندگی که باید به اجبار ادا دریاورم که همه چیز خوب است و همه چیز سر جاییش است، متنفرم." یا مصاحبه‌شونده ۵ بیان داشت: "وقتی درگیر بیماری بودم، همش با خودم می‌گفتم: نمی‌دانم گناه من چی بود که باید زجر بکشم. دوستان به من دلداری می‌دهند و باهام صحبت می‌کنند و امید می‌دهند که اون دنیایی هم هست، دنیا گذراست. من خودم می‌دانم، ولی تا کی به امید اون دنیا و آخرت بشینم؟ کاش زودتر تمام شود." (p4)

افسردگی

"مدتی را تحت نظر روانپزشک بودم، تشخیص افسردگی داده بودند. از خانه بیرون نمی‌رفتم، خشم زیادی داشتم، رابطه‌ام با همه بد شده بود، ولی با دارو و روانشناس حالم بهتر شد." (p13)

فقدان معنا در زندگی

"من تو این زندگی معنی پیدا نکردم. حداقل برای زندگی خودم معنایی ندیدم، به جز درد و رنج و بدبختی و مریضی و فقر و ..." (p6)

آسیب‌پذیری عاطفی

مقوله "آسیب‌پذیری عاطفی" در روابط فردی زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه به‌ویژه از دو جنبه مهم شکل می‌گیرد: افزایش نیاز به دلجویی از یک‌سو و احساس ترحم از سوی دیگر. هر دو این موارد نشان‌دهنده تغییرات اساسی در روابط فرد با دیگران در دوره بیماری هستند که به احساسات پیچیده‌ای از ناتوانی، انزوا و حتی احساس رنج بیشتر منجر می‌شوند. افزایش نیاز به دلجویی دیگران به‌ویژه در مواجهه با بیماری، ممکن است احساسات فرد را به سمت آسیب‌پذیری و انتظار حمایت بیشتر از اطرافیان سوق دهد. اما زمانی که این حمایت‌ها ناکافی یا بی‌تفاوتی از سوی اطرافیان مشاهده شود، فرد ممکن است احساس تنهایی و رهاشدگی کند.

از سوی دیگر، ترحم دیگران که در آن فرد در قالب یک بیمار ناتوان دیده می‌شود، می‌تواند احساس حقارت و ضعف را در او تقویت کند. این ترحم‌ها، به‌جای ایجاد احساس حمایت و همدلی، ممکن است باعث شود فرد بیشتر احساس کند که از طرف دیگران به‌عنوان یک موجود آسیب‌پذیر و وابسته به حمایت دیده می‌شود. این دو مضمون فرعی با هم نشان‌دهنده تضاد در نیازهای عاطفی فرد مبتلا به سرطان هستند: از یک‌سو، نیاز به همدلی و پشتیبانی واقعی از دیگران وجود دارد و از سوی دیگر، ترحم و نگرش‌های منفی می‌تواند احساسات استقلال و خودکفایی را کاهش دهد. این تضاد عاطفی می‌تواند به آسیب‌پذیری روحی فرد افزوده و پیچیدگی‌های روانی ناشی از بیماری را دوچندان کند.

افزایش نیاز به دلجویی دیگران

"من وقتی مریض شدم قوم و خویش تک و توک اومدن و سرزدن بهم ولی بعضی‌هاشون یه تماس یا پیام ندادن همسایه‌هام اصلاً به هم سر نزدند، انگار نه انگار که با هم همسایگی کرده بودیم." (p9)

ترحم دیگران

"من از ترحم و دلسوزی بی‌جا متنفرم، علی‌الخصوص از جانب نزدیکانم. یعنی طوری که دیگه باهات عادی رفتار نکنن. مثلاً تو دلشون بگن اینو خدا زده، پس من هواشو داشته باشم" (p15).

کاهش حمایت خانوادگی

کاهش حمایت خانوادگی به‌طور مستقیم با وضعیت روانی و اقتصادی فرد مبتلا به سرطان در ارتباط است. ابتلای فرد به بیماری باعث ایجاد ناامیدی در اعضای خانواده می‌شود؛ این ناامیدی به‌ویژه در خانواده‌های نزدیک می‌تواند به احساس ضعف و بی‌پناهی در بیمار منجر شود. در این شرایط، روحیه غمگین در خانواده نیز مشهود است و اعضای خانواده به‌ویژه مادران و همسران در کنار بیمار به‌شدت دچار غم و ناراحتی می‌شوند، که این بار عاطفی را به بیمار منتقل می‌کند و فرآیند درمان را پیچیده‌تر می‌سازد. اضطراب اعضای خانواده، به‌ویژه زمانی که نگران عود بیماری یا تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار هستند، از دیگر عوامل تأثیرگذار است. این اضطراب به‌راحتی می‌تواند به بیمار منتقل شود و به افزایش استرس و نگرانی او دامن بزند.

علاوه بر این، برخی اعضای خانواده ممکن است بیمار را به‌طور ناخودآگاه مقصر شرایط فعلی بدانند، که این احساس مقصرپنداری می‌تواند بار روانی زیادی را بر دوش بیمار بگذارد. این شرایط به‌ویژه زمانی که وضعیت مالی نامساعد خانواده نیز به آن اضافه می‌شود، تشدید می‌شود. افزایش هزینه‌های درمانی و کاهش درآمد به دلیل بیماری می‌تواند فشار اقتصادی زیادی بر خانواده وارد کند. در نتیجه، بیمار و اعضای خانواده علاوه بر مشکلات جسمانی، با بحران‌های مالی و اقتصادی نیز روبه‌رو می‌شوند که موجب کاهش روحیه و کیفیت زندگی آنان می‌شود. در نهایت، این شش عامل با هم ترکیب شده و به‌طور هم‌زمان بر روان و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار و خانواده‌اش تأثیر می‌گذارند و موجب ایجاد چالش‌های چندوجهی در فرآیند درمان بیمار می‌شوند.

ناامیدی خانواده

"دخترم بهم می‌گفت نباید الکی امیدوار باشیم. مگه نه اکرم نمرد؟ یادمه من اونو دلداری می‌دادم. خیلی سخت بود که بخوام خودمو اوکی نشون بدم که اون مضطرب نشه." (p4)

روحیه غمگین در خانواده

"وقتی خبر سرطانم رو به مادرم گفتم، از لحظه اول شکست. غم و غصه زیادی رو می‌خورد. هر لحظه برام گریه کرد. از اول تا الان هم همین‌طور غصه‌خور بود. الانم که می‌بینمش، ناخودآگاه بغض می‌کنم." (p18)

اضطراب در خانواده

"از وقتی بیمار شدم، دختر بزرگم خیلی اضطراب داره. همش به من گوشزد می‌کنه، برنامه می‌ده و نگران عود مجدد هست. واقعاً گاهی ترس می‌ندازه به دلم. نصف حرفاش آینه: این بهت خوبه، این ضرر داره، قسم می‌ده که از خودم مواظبت کنم." (p12)

مقصر پنداری بیمار برای شرایط

"آدم وقتی می‌بینه حتی آدمای نزدیکت ازت خسته شدن و با کنایه و نیش حرف می‌زنن، واقعاً به هم می‌ریزه. یادمه شوهرم نگران کارش بود و با زبون بی‌زبونی می‌گفت که به خاطر تو کارمو رها کردم." (p4)

وضعیت مالی نامساعد/فقر خانواده

"من تو سری دوزی خیاطی کار می‌کردم که هم بتونم هزینه‌های مدرسه بچم رو جور کنم و یه کمک حالی برای شوهرم باشم. ولی وقتی مریض شدم، خونه نشین شدم و اوضاع اقتصادی نه تنها برای من، بلکه برای همه به هم ریخت. با درآمد کارگری شوهرم و یارانه سر کردم." (p5)

تنزل وضعیت اقتصادی خانواده با بیماری

"بیمه من سلامت بود، واقعاً هزینه‌ها گران بودند هر روز این فشار بیشتر می‌شد، من در ابتدا شاغل بودم ولی بخاطر مریضیم مجبور شدم شغلم را رها کنم و دیگر درآمدی نداشتم. حتی برای هزینه‌های معمول مثل خورد و خوراک درآمد شوهرم کفاف زندگی را نمی‌داد چه برسه به هزینه‌های درمان." (p17)

کیفیت خدمت‌دهی کادر درمان

کیفیت خدمت‌دهی کادر درمان، نقشی اساسی در تجربه بیماران مبتلا به سرطان ایفا می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد که بی‌توجهی کادر درمان در دو شکل عمده تجربه شده است: نخست، عدم گوش دادن فعال به بیمار، که باعث می‌شود بیماران احساس بی‌ارزشی و نادیده انگاری کنند. بسیاری از زنان مشارکت‌کننده، از این شکایت داشتند که پزشکان بدون توجه به سخنان آنان، تنها نسخه‌نویسی کرده و ارتباط انسانی لازم را برقرار نمی‌کنند. این بی‌توجهی نه تنها حس ناامنی و اضطراب بیماران را افزایش می‌دهد بلکه فرآیند درمان را نیز از نظر روانی مختل می‌کند.

اولویت آموزش دانشجویان پزشکی نسبت به رسیدگی فردی به بیمار، وضعیت فوق را تشدید می‌کند. در بیمارستان‌های آموزشی، بیماران بیشتر با دانشجویان و انترن‌ها در تعامل هستند تا پزشکان اصلی، و این مسئله باعث می‌شود احساس کنند که درمان‌شان به اندازه کافی جدی گرفته نمی‌شود. در نتیجه، بیمار علاوه بر رنج بیماری، بار روانی ناشی از بی‌توجهی و کم‌توجهی کادر درمان را نیز تحمل می‌کند، که این خود می‌تواند به کاهش اعتماد به سیستم درمانی و افزایش احساس تنهایی در مسیر بیماری منجر شود. به این ترتیب، این دو مضمون فرعی در تعامل با هم، کیفیت ادراک‌شده خدمات درمانی را به شدت تحت تأثیر قرار داده و بر روند بهبودی بیماران اثری منفی بر جای می‌گذارند.

عدم گوش کردن فعال کارکنان

"من در طول درمانم دیدم که دکترها فقط به پول خودشان فکر می‌کنند و تا وارد مطب نشدی و دارو رو بدون هیچ کلامی تجویز می‌کنند و اجازه صحبت به بیمار نمیدن و این سبب میشه مریض حالش بدتر بشه." (p₂)

"بعضی از پرستارها و دکترها خیلی بد اخلاقن مخصوصاً تو بیمارستان دولتی. حتی پرستار من بخاطر سوندی که داشتم و می‌گفتم می‌سوزه سرم چند بار داد کشید." (p₇)

اولویت آموزش دانشجویان به رسیدگی به بیمار

"تو بخش بیمارستان دکتر یه لحظه برای ویزیت و آموزش دانشجویهاش میومد و می‌رفت بقیه روانترن‌ها و پرستارها و دانشجوها پیگیری می‌کردند، بعضی پرستارهام ماشالا سخت‌شون بود حتی یک کلمه راهنمایی مون کنند." (p9)

محدودیت ساختاریافته خدمات

محدودیت ساختاریافته خدمات درمانی، یکی از چالش‌های جدی در مسیر درمان بیماران مبتلا به سرطان در این مطالعه بود. مشارکت کنندگان نشان دادند که پوشش ناکافی بیمه‌های پایه و تکمیلی، باعث شده است بار مالی سنگینی بر دوش آنان تحمیل شود. در مواردی، حتی بیمه‌های تکمیلی نیز بسیاری از داروهای مکمل و خدمات موردنیاز بیماران را پوشش نمی‌دادند و این مسئله به افت وضعیت جسمانی و روانی آن‌ها منجر شده بود. در کنار این ضعف بیمه‌ای، تجربه تعامل با سازمان‌های خیریه نیز به دلیل رویه‌های تحقیرآمیز، احساس بی‌ارزشی و آسیب روانی مضاعفی را برای بیماران ایجاد کرده بود. فرآیندهای طولانی، برخوردهای نامناسب و تحقیرآمیز، عزت‌نفس بیماران را خدشه‌دار کرده و گاه آن‌ها را از پیگیری حمایت‌های احتمالی منصرف ساخته بود.

از سوی دیگر، هزینه‌های بالای خدمات تشخیصی و پاراکلینیکی (مانند اسکن‌ها و آزمایش‌های دوره‌ای)، بسیاری از بیماران را در تداوم پایش و درمان علمی با مشکل مواجه کرده بود. کمبود منابع مالی باعث شده بود بیماران به اجبار برنامه‌های درمانی خود را تغییر دهند یا به تأخیر بیندازند، که این خود ریسک عود بیماری را افزایش می‌داد. افزون بر این، فشار مالی ناشی از هزینه‌های درمان در کنار استرس بیماری، بر وضعیت شغلی بیماران نیز تأثیر منفی گذاشته بود. بسیاری از زنان مشارکت‌کننده، ناگزیر به ترک کار یا مواجهه با ناپایداری شغلی شده بودند که این مسئله نه تنها معیشت، بلکه عزت‌نفس و امید به آینده آنان را نیز تهدید کرده بود. در مجموع، این چهار مضمون فرعی در تعامل با یکدیگر، تصویری از ضعف ساختاری گسترده در نظام حمایتی بیماران ترسیم می‌کنند؛ ضعفی که

در تمام سطوح، از بیمه‌های درمانی گرفته تا خدمات خیریه و شرایط کاری، زندگی بیماران را درگیر کرده است.

پوشش ناکافی بیمه‌های پایه و تکمیلی

" به خدا قسم در ابتدای درمانم انقدر سخت نبود چون از طریق شوهرم بیمه تکمیلی داشتم و از این طریق بخشی از هزینه‌ها جبران می‌شد و مابقی رو از طریق گرفتن وام یا قرض کردن جور می‌کردیم. حتی یادمه فامیل و دوست و آشنا که به عیادت می‌آمدند کادو بهم پول می‌دادن و از این راه بخشی از هزینه‌های درمانم فراهم می‌شد." (p16)

" داروهای شیمی‌درمانی من رایگان بود ولی مکمل‌های دیگه‌ای که دکترم برای من می‌نوشت هیچ بیمه‌ای قبول نمی‌کرد حتی بیمه تکمیلی، وقتی هم که نمی‌خوردم وضعم بدتر می‌شد و حالم بد بود چون بدنم ضعیف شده بود. (p8)

رویه خدمت‌دهی تحقیرآمیز سازمان‌های خیریه

" برای کمک گرفتن از خیریه رفتم، ولی رفتارشان طوری بود که انگار دارم صدقه می‌گیرم. اصلاً احترامی نمی‌گذاشتند، حتی بعضی از کارکنان با تحقیر حرف می‌زدند. این خیلی برایم سخت بود." (p6)

بالا بودن هزینه‌های دارو و هزینه‌های پاراکلینیکی

" دکترم تأکید کرده بود که باید هر سه ماه یک‌بار اسکن انجام بدهم، ولی هزینه‌ها انقدر بالا بود که فقط سالی یک‌بار می‌توانستم این کار را بکنم. بعضی وقت‌ها هم با قرض و وام می‌رفتم." (p13)

استرس شغلی

" من قبل از بیماری کار می‌کردم، ولی بعد از سرطان مجبور شدم شغلم را رها کنم. حالا علاوه بر هزینه‌های درمان، دغدغه مالی کل زندگی‌م را گرفته است." (p14)

مرحله پس از درمان

در این مطالعه مرحله پس از درمان، به معنای دریافت خدمات درمانی و شکست بیماری سرطان است. در این مرحله، فرد بهبودی خود را تجربه کرده، نتایج آزمایش‌ها نرمال است و تحت مراقبت‌های پیگیری قرار دارد. با وجود این، فرد همچنان با چالش‌های جدیدی مواجه است. این مرحله شامل دو تم اصلی و ۶ مفهوم فرعی به شرح زیر است:

تهدید جایگاه نقش همسری - مادری

بیماری سرطان تهدیدی جدی برای جایگاه نقش همسری و مادری زنان مبتلا ایجاد کرده است. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که پس از بیماری، انجام وظایف روزمره و مدیریت زندگی خانوادگی برایشان دشوار شده است؛ دردهای جسمانی، خستگی مفرط و کاهش توانایی جسمی، استقلال عملکردی آن‌ها را مختل کرده و باعث شده است نقش حمایتی و مدیریتی آنان در خانواده تحت تأثیر قرار گیرد.

علاوه بر این، اختلال در تصویر بدنی یکی از پیامدهای مهم درمان‌های پزشکی بود. تغییرات ظاهری ناشی از جراحی و درمان‌های سرطان، به‌ویژه در سرطان سینه، موجب آسیب به تصویر ذهنی زنان از بدنشان شد و این تغییرات نه تنها در روابط زناشویی، بلکه در احساس اعتمادبه‌نفس و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی آنها نیز بازتاب پیدا کرده بود. با گذر زمان، حساسیت زنان نسبت به تغییرات ظاهری افزایش یافته و باعث رنج روانی بیشتری می‌شد.

نگرانی از ناتوانی در شیردهی نیز بخشی دیگر از تهدید نقش مادری بود. از دست دادن توانایی بالقوه برای شیردهی یا بارداری مجدد، برای برخی زنان، دغدغه‌ای عمیق و پررنگ ایجاد کرده بود و احساس از دست دادن بخشی از هویت مادری‌شان را در آنان تشدید می‌کرد. در نهایت، نگرانی درباره ایفای نقش مادری در آینده، به‌ویژه درباره مراقبت و حمایت از فرزندان، بخشی جدایی‌ناپذیر از تجربه این زنان بود. ترس از ناتوانی در تداوم حمایت عاطفی و مادی از فرزندان، و نگرانی از نبودن در کنار آنها، در عمق تجربه زیسته این بیماران حضور داشت. در مجموع، این مفاهیم فرعی به‌صورت به‌هم‌پیوسته

نشان می‌دهند که سرطان نه تنها یک بحران جسمی، بلکه یک بحران عمیق هویتی و نقش‌آفرینی برای زنان در خانواده ایجاد می‌کند.

دشواری در انجام امور زندگی

" بعد از بیماری کمی که کاری انجام می‌دهم، دست‌انم ورم می‌کرده و تا زیر بغلم درد عجیبی می‌گیره به طوری که حس می‌کنم الآن پوست دستم می‌خواد کنده شه." (p₅)

اختلال در تصویر بدنی پیشین

" اگر از تمام زن‌ها سؤال کنید، مهم‌ترین مشکل ایشون آینه که دلشون می‌خواد شکل ظاهری بدنشون به حالت قبل برگرده چون دیده میشه، زشت و بدشکل می‌شود. جاهای دیگه بدن وقتی عمل میشه چون دیده نمیشه و مشخص نیست مثل عمل قلب شاید انقدر سخت نباشه. عمل سینه چون به ظاهر ارتباط داره برای پوشیدن لباس هم مشکل هست، با همسر مشکله، هر طور حساب کنی بدون مشکل نیست." (p₂)

نتایج این مطالعه حاکی از آن بود، در بیمارانی که مدت بیشتری از زمان بیماریشان گذشته بود تصویر ذهنی از خود بدتر بود؛ به گونه‌ای که بعضی از مشارکت‌کنندگان که چند سال از زمان مبتلا شدنشان به بیماری می‌گذشت اظهار داشتند که در ابتدای بیماری‌شان سعی می‌کردند بی‌توجه به وضعیت ظاهری‌شان باشند و بخاطر زنده ماندنشان شکرگزار خدا بودند، اما با گذشت زمان به وضعیت ظاهری خود حساس شده و در زمان لباس خریدن، شرکت در مهمانی‌ها و مجالس و... از عدم تقارن بدن خود رنج می‌کشند. به‌عنوان نمونه یکی از بیماران در این زمینه می‌گوید:

"الآن من پروتز بیرونی دارم. ولی موقع خرید لباس خیلی ناراحت و غمگین می‌شم. اولاً اینطور نبودم. در شش سالی که گذشته مبتلا شدم به اندازه این دو سال آخر ناراحت نبودم که چرا سینه‌هام تقارن ندارن. وقتی اندام خودم با قبل مقایسه می‌کنم خیلی اعصابم خورد میشه. هرچند در ابتدا هر روز خدا رو شکر می‌کردم که بیماری تموم شد و بالاخره خوب شدم و بالای سر بچه‌هام هستم ولی الآن ذهنم خیلی درگیر ظاهر مم شده." (p₅)

نگرانی از ناتوانی شیردهی

"یکی از دغدغه‌های اصلی من اینه که آیا دوباره می‌تونم مادر بشم؟ گیرم که

بشه، ولی شیردهی چی؟" (p3)

نگرانی از ایفای نقش مادری در آینده

"همیشه میگم خدا نکنه که زمین گیر نشم و از خدا خواستم که به من مهلت

بده چون بچه‌های من بعد از من پناهی ندارند" (p23)

دلهره روانی و مادی بازگشت بیماری:

پس از پایان درمان سرطان، دلهره روانی و فشار مالی ناشی از احتمال بازگشت بیماری، همچنان زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نگرانی از عود مجدد بیماری، بخشی جدایی‌ناپذیر از تجربه زیسته این بیماران بود؛ به طوری که حتی سال‌ها پس از درمان، ترس از بازگشت بیماری در ذهن آن‌ها باقی مانده و باعث اضطراب، وسواس نسبت به علائم بدنی، و کاهش کیفیت زندگی شده بود.

از سوی دیگر، هزینه‌های بالای چکاپ‌های دوره‌ای، چالشی بزرگ در مسیر مراقبت‌های پس از درمان به شمار می‌رفت. زنان به‌رغم آگاهی از اهمیت پیگیری‌های پزشکی منظم، به دلیل مشکلات مالی مجبور به رها کردن روند چکاپ یا به تعویق انداختن آن می‌شدند، که این مسئله خود، سطح اضطراب روانی را تشدید می‌کرد. در مجموع، این مضمون نشان می‌دهد که پایان درمان سرطان به معنای پایان مشکلات زنان نیست، بلکه آغاز مرحله‌ای طولانی از اضطراب روانی و فشار مالی است که به‌طور مداوم آنان را درگیر می‌کند و کیفیت زندگی پس از درمان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نگرانی از عود مجدد بیماری

"درسته در حال حاضر مشکلی که نگران‌کننده باشه من ندارم اما هر لحظه این

ترس که دوباره عود کنه، یا جای دیگه بدنم درگیر کنه همراه من هست." (p3)

هزینه‌های بالای چکاپ

"ما وضع‌مون خیلی معمولیه، انقدر گیر و دار دارم که الانم که لازمه پیگیری کنم بخاطر مشکل مالی نمی‌تونم." (p10)

"دکترم یکساله که برام چکاپ نوشته، ولی هزینه‌های بالا می‌خواد، کلی پول ویزیت می‌خواد. به خاطر این چکاپام رها کردم." (p8)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تبیین چالش‌های تجربه شده زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه بود. در این مطالعه چالش‌ها در سه زمان (مواجهه- درمان- پس از درمان) دسته‌بندی شد در مرحله مواجهه، یکی از اولین تجربیات دردناک، مواجهه اولیه با بیماری و فرآیند پذیرش آن است.

زنان مبتلا به سرطان، در ابتدا با احساس شوک و ناباوری مواجه می‌شوند و پذیرش بیماری برای بسیاری از آن‌ها به یک چالش بزرگ تبدیل می‌شود. این مرحله با احساس «نادیده گرفته شدن حق آگاهی» و «نشخوار ذهنی» نیز همراه است. تجربه‌هایی که با استرس و اضطراب شدید و در برخی موارد، سردرگمی در تصمیم‌گیری درمانی همراه بود. یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه با نتایج اسعدی (۱۴۰۰) همسو است که نشان داد سرطان پستان علاوه بر بعد جسمی، ابعاد فرهنگی، اجتماعی، فردی و ذهنی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با مطالعه کار (۱۴۰۰) مطابقت دارد که بیان کرد زنان بیشتر از مردان خود را به خاطر سرطان سرزنش می‌کنند و تلاش بیشتری برای پنهان کردن علائم ظاهری بیماری می‌کنند.

در مرحله درمان، زنان با فشارهای روانی شدیدی مواجه بودند که در قالب آشفتگی روحی مانند احساس درماندگی، افسردگی و بی‌معنایی زندگی نمود یافت. این وضعیت روانی، به‌ویژه در اثر خستگی درمان و تغییرات ظاهری، تشدید می‌شد و با یافته‌های شرافت و تقی‌خان (۱۳۹۸) که بر مختل شدن زندگی فردی به دلیل هزینه‌های بالای درمان، از

دست دادن شغل و مصرف‌کننده بودن تأکید داشته، هم‌راستا بود. هم‌زمان، آسیب‌پذیری عاطفی با نیاز شدید به حمایت و ناراحتی از ترحم دیگران همراه بود؛ درحالی‌که رحیمی (۱۳۹۷) نشان داد که حمایت‌های خانواده می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی عمل کند، در این پژوهش مشخص شد که در برخی موارد انقباض حمایتی خانواده خود به‌عنوان یک چالش جدی برای زنان مبتلا به سرطان مطرح می‌شود.

یافته‌ها در مرحله پس از درمان، نشان داد زنان به دلیل پیامدهای جسمی و روانی ناشی از درمان، در ایفای نقش‌های سنتی خود دچار احساس ناکارآمدی و تضعیف هویت شده‌اند. کاهش توان جسمی، خستگی مفرط و نگرانی‌های ذهنی، بسیاری از آنان را در مراقبت از فرزندان یا برقراری روابط عاطفی با همسر دچار مشکل کرده بود. این مسئله با یافته‌های پژوهش عربی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است که کاهش عملکرد نقش‌های خانوادگی را یکی از پیامدهای روانی اجتماعی سرطان در زنان دانسته‌اند.

از سوی دیگر، دلهره از عود بیماری و هزینه‌های بالای چکاپ و پیگیری‌های درمانی، منبع مهمی از اضطراب در این مرحله بود. زنان حتی پس از اتمام درمان نیز احساس امنیت روانی نداشتند و از تکرار تجربه‌های دردناک گذشته بیمناک بودند. پژوهش سارانی و همکاران (۱۳۹۶) نیز به‌وجود اضطراب پایدار پس از درمان و بار مالی آن اشاره کرده و تأکید کرده‌اند که بسیاری از زنان پس از درمان نیز نیازمند حمایت روانی و اقتصادی هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که پایان درمان به معنای پایان تجربه زیسته سرطان نیست؛ بلکه چالش‌هایی در حوزه نقش‌های اجتماعی و اضطراب‌های آینده همچنان باقی می‌ماند.

در نهایت در پژوهش حاضر، پس از تحلیل داده‌ها و بررسی چالش‌های زنان در مراحل درگیری با سرطان‌های زنانه، مقوله «بدکارکردی چندجانبه» به‌عنوان مقوله هسته‌ای و نهایی استخراج شد. تمرکز بر «بدکارکردی چندجانبه» به‌عنوان مقوله هسته‌ای این امکان را فراهم می‌آورد که در طراحی مداخلات مددکاری اجتماعی و برنامه‌های توانمندسازی زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه، به‌جای تمرکز صرف بر یک بُعد خاص، به تمامی ابعاد زندگی آنان توجه شود. این رویکرد جامع‌نگر می‌تواند به افزایش اثربخشی مداخلات و

بهبود کیفیت زندگی این زنان کمک شایانی کند.

همچنین طبق بررسی و تحلیل داده‌های بدست آمده در این پژوهش، سرطان برای فرد چالش‌های سخت و فراوانی را در فرایند بیماری در زمینه‌های فردی- بین فردی از بعد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی، شغلی به وجود می‌آورد و این زنان تأکید بر نبود حمایت‌گرهای رسمی تعریف‌شده برای حل این چالش‌ها را داشتند؛ البته پژوهش‌های قبلی در این زمینه نشانگر وجود این چالش‌ها می‌باشد. لذا با توجه به نتایج مطالعه حاضر و پژوهش‌های قبلی در صورت عدم توجه به این چالش‌ها و مشکلات کیفیت زندگی شخص و بهزیستی او کمتر می‌شود.

شناخت مشکلات و نگرانی زنان مبتلا به سرطان در مراحل مختلف بیماری‌شان و دادن پاسخ مناسب به این چالش‌ها، اطمینان خاطر و آرامش بیشتری را برای این گروه فراهم کرد تا در روبرو شدن با این موقعیت‌های سخت بتوانند با موفقیت و آرامش خاطر بیشتری عمل کنند. و با اعتبار بخشیدن به هر کدام از این زنان به‌عنوان بخشی از کل منسجم و بخشی از سیستم یکپارچه، منجر به تاب‌آوری و تقویت توانمندی‌های او در فرایند تصمیم‌گیری‌ها و احساس کنترل بر شرایط می‌شود.

علاوه بر این، فهمیدن اینکه یک زن با سابقه تجربه بیماری سرطان چه کسی است؟ چه مسائلی برای او مهم است؟ چه مشکلات و چالش‌هایی را در طول فرایند بیماری خود تجربه می‌کند؟ نظام‌های حمایت بر این افراد چگونه است و چه چالش‌هایی برای او تحمیل می‌کند منجر به کرامت انسانی در این افراد می‌شود و از طرف دیگر راهنمایی برای ارائه‌دهندگان خدمات می‌شود.

طبق نتایج این پژوهش و نظریه توانمندسازی، حل مشکلات بدست افرادی است که با آن موضوع درگیر هستند و توانمندسازی از طریق مشارکت آدمی در تصمیم‌گیری‌ها و تعیین سرنوشت خویش است. در این مطالعه هیچ‌گونه مستند و شواهدی مبنی بر مشارکت فعال این زنان در فرایند تصمیم‌گیری بر پیشبرد درمان و پیگیری دیده نشد. رفتارهای تحقیرآمیز در فرایند درمان با این زنان عزت‌نفس و کرامت این زنان را خدشه‌دار کرده و

منجر به طرد اجتماعی و انزوا، درماندگی آنها می‌شود و نادیده گرفته شدن حق آگاهی در پروسه درمان نیز باعث عدم توانمندی و کنترل بر اوضاع در ایشان می‌شود. همچنین ناکارآمدی نظام‌های رفاهی و درمانی به معنای نبود نیروی متخصص و مددکار اجتماعی ماهر و متخصص در زمینه سرطان در نهادهای رسمی و غیررسمی خدمت دهنده باعث شده نظام‌های رفاهی (دولتی و خیریه) کارایی مؤثر خود را از دست می‌دهد.

همچنین فقدان حمایت‌های اقتصادی تعریف‌شده در زمینه هزینه مالی و درمانی این گروه از زنان باعث ایجاد مشکلات مالی شده و مانع دسترسی به درمان آبرومند می‌شود. از سوی دیگر در حال حاضر نظام‌های درمانی و حمایتی در حوزه سرطان‌های زنانه شبه‌جزیره‌ای عمل می‌کنند و انسجام کافی بین آنها برای ارائه خدمات جامع وجود ندارد و این نیز منجر به افزایش مشکلات زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه می‌شود. مشکلات اقتصادی نیز یکی از علت‌های اصلی تشدید مشکلات مانند استرس، تنش و ناملایمت‌های روانی، به تأخیر افتادن درمان و چکاپ در این دسته از زنان می‌باشد.

دوران بیماری و نقاهت برای تمام افراد همراه با مشکلات سخت و پیچیده می‌باشد که گاهی اوقات سیستم‌های درمانی و رفاهی درمانی موجود نه تنها مشکلی را حل نمی‌کند بلکه چالشی برای این گروه ایجاد می‌کند. لذا حل کردن این دسته از چالش‌های بیان شده نیازمند بستری برای توانمندی این افراد است و سیستمی که به دنبال توانمندی و حل مشکلات این دسته از زنان است با همکاری فرد، سیستم‌های ارتباطی فرد (خانواده-دوستان- افراد دیگران مهم)، کادر درمان، جامعه، سیستم‌های حمایتی (رسمی و غیررسمی) موجود، برای بهبود شرایط و حل چالش‌های این گروه زنان، قدم مؤثر بردارد. البته لازمه این کار ایجاد قدرت بخشی مجدد به فرد مبتلا، خانواده، و سیستم‌های خدمات رسان از طریق به‌کارگیری حرفه‌های یاورانه مانند مددکاری اجتماعی برای تسهیل حل یا تعدیل معضلات تجربه شده است.

از سوی دیگر باید در دستورالعمل‌های حمایتی از این دسته از زنان بازتعریفی انجام شود و با تعریف و ایجاد حمایت‌های اجتماعی- روانی- اقتصادی تعریف‌شده این

مشکلات مطرح شده را حل نمود. البته با عنایت به نتایج بدست آمده شناخت چالش‌های روانی و اجتماعی افراد نقش پررنگی در تعریف خدمات مشاوره و درمان‌های مددکاری اجتماعی و روان‌شناختی در زمینه مسائل و چالش‌های ایشان دارد که به صورت مستقیم و غیرمستقیم تأثیر بر پیروی فرد بیمار از فرایند درمانی دارد؛ بهبود کیفیت زندگی این گروه از زنان در سیستم‌های بهداشت و درمان و سیستم‌های رفاهی به خصوص در برنامه‌های درمانی همه‌جانبه با تأکید بر رویکرد مددکاری اجتماعی مورد تأکید است. همچنین تأسیس و تقویت سمن‌ها و خیریه‌های حمایت‌کننده مبنی بر ارائه خدمات آبرومند و فرهنگ‌سازی برای سازگاری با مسائل مختلف روانی، اجتماعی، فرهنگی و ... ضروری است.

در نهایت این پژوهش به دلیل ماهیت کیفی-اکتشافی خود و چالش در دسترسی به زنان متأهل مبتلا به سرطان‌های زنانه با محدودیت‌هایی مانند سوگیری پاسخ‌دهندگان و حساسیت‌های فرهنگی-اجتماعی مواجه بود. با این وجود، یافته‌های پژوهش می‌تواند به طراحی مداخلات مؤثر مددکاری اجتماعی و توسعه مدل‌های توانمندسازی زنان مبتلا به سرطان‌های زنانه کمک کرده و در بهبود کیفیت زندگی و افزایش حمایت‌های اجتماعی این گروه مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با استفاده از روش‌های کمی و ابزارهای استاندارد سنجش، ابعاد مختلف بدکارکردی چندجانبه به صورت دقیق‌تری بررسی شده و برنامه‌های آموزشی و حمایتی برای افزایش آگاهی و پذیرش فرهنگی در جامعه تدوین گردد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی تهران بود. محققین بر خود لازم می‌دانند از تمامی زنان محترمی که ما را در این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و تقدیر را به عمل آورند.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

Orcid**Zahra Naderi Malek**<http://orcid.org/0009-0002-5373-7017>**Hosein Yahyazadeh Pirsarayi**<http://orcid.org/0000-0002-8983-x679>**Elham mohamadi**<http://orcid.org/0000-0002-4913-0194>**منابع**

- آقاجانی، محمدجواد و اکبری، بهمن. (۱۳۹۶)، «ارتباط دعا کردن و امید به زندگی با سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه»، فصلنامه علمی پژوهشی دین و سلامت، دوره پنجم، شماره ۱: ۱۰-۱
- اسعدی، سعیده و جدیدی، وحید. (۱۴۰۰)، «بررسی تجربه زیسته زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان با رویکرد پدیدارشناسی»، ششمین کنفرانس ملی علوم انسانی و مطالعات روانشناسی، تهران.
- اعلمی، سید احمد. (۱۴۰۰)، «بررسی و تبیین نظریه کارکردگرایی به عنوان یکی از شاخه‌های اصلی جامعه‌شناسی»، هشتمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران، تهران.
- بابایی فرد، اسداله. (۱۴۰۰). رویکردی اجتماعی فرهنگی به مدیریت بدن. تهران؛ نشر اتیسا.
- پین، مالکوم. (۱۳۹۰)، نظریه نوین مددکاری اجتماعی. ترجمه: طلعت الهیاری و اکبر بخشی‌نیا، تهران: نشر دانه، چاپ دوم.
- چنارپارچی، مجید؛ یحیی زاده حسین و حریرچی، محمود. (۱۳۹۴)، «اثربخشی مداخلات حمایتی بر کیفیت زندگی مطالعه موردی: والدین دارای فرزند مبتلا به سرطان در بیمارستان محک»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- حریری، نجلا. (۱۳۹۰). اصول و روش‌های پژوهش کیفی، تهران، نشر دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، چاپ دوم.
- دریکوند، محمد؛ دانش‌پایه، مسلم و نخستین روحی، ندا. (۱۴۰۳)، «الگوی ساختاری سازگاری بر اساس تصویر بدنی با نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی در دانش-آموزان»، فصلنامه روانشناسی مدرسه و آموزشگاه، دوره سیزدهم، شماره ۲۹: ۱-۴۰.

- سارانی علی آبادی، پروانه؛ داشی پور، علی رضا؛ جعفردخت بنجار، هانیه و دهباشی، ایمان. (۱۳۹۶)، «بررسی سلامت روانی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان»، کنفرانس ملی پژوهش های نوین ایران و جهان در روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی، شیراز.
- شرافت، شمیم و تقی خانی، کیانا. (۱۳۹۹)، «بررسی تجربه زیسته زنان و مردان مبتلا به سرطان در شهر تهران»، فصلنامه علمی پژوهشی تغییرات اجتماعی-فرهنگی، سال هفدهم، شماره ۶۴: ۶۳-۸۱
- شیروانی، هنگامه؛ الحانی، فاطمه و منتظری، علی. (۱۳۹۶)، «تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر مقیاس های عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی»، فصلنامه علمی پژوهشی بیماری های پستان ایران، جلد ده، شماره اول: ۶۱-۷۲
- طالقانی، فریبا؛ یارسا یکتا، زهره و نیکبخت نصرآبادی، علیرضا. (۱۳۸۵)، «مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص: یک بررسی کیفی»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال دوازدهم، شماره سوم ۲۸۲-۲۸۸
- عربی، صدیقه و اصغری، بی بی اقدس. (۱۴۰۱)، «مراحل گذر از بحران در افراد مبتلا به سرطان: یک مطالعه روایت پژوهی»، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد جلد سی، شماره ۴: ۴۷۳۹-۴۷۲۶
- فتحی نسب، رضوان و ضیا عزیزی، مهدیه. (۱۴۰۱)، «بررسی نقش منابع حمایت اجتماعی در ارتقا امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه»، سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، تهران.
- مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۹۹)، جامعه شناسی پزشکی. تهران؛ انتشارات دانشگاه تهران.
- زنده دل، کاظم؛ نحوی جو، آذین؛ رشیدیان، حمیده؛ تورنگ، فاطمه؛ زارع، زهرا و لطفی، فرشته. (۱۴۰۳)، سرطان در ایران، گزارش مقایسه ای آمار سرطان در ایران و جهان در سال ۱۳۹۹ و پیش بینی ۱۵ سال آینده. پژوهشکده سرطان، موسسه ملی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- Bahri, N., Latifnejad Roudsari, R., & Azimi Hashemi, M. (2017). "Adopting self-sacrifice": how Iranian women cope with the sexual problems during the menopausal transition? An exploratory qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(3), 180-188.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

- Bokaie, M., Simbar, M., & Yassini-Ardekani, S. M. (2018). Social factors affecting the sexual experiences of women faced with infertility: A qualitative study. *Koomesh*, 20(2), 228-239.
- Kaur, R. (2015). Cultural beliefs, cancer and stigma: experiences of patients from Punjab (India). *Studies on Ethno-Medicine*, 9(2), 247-254.
- Linn, A. J., van der Goot, M. J., Brandes, K., van Weert, J. C., & Smit, E. G. (2019). Cancer patients' needs for support in expressing instrumental concerns and emotions. *European Journal of Cancer Care*, 28(6), e13138.
- Luo, Z., Chen, C., Xu, W., Wang, P., & Wang, Y. (2021). A qualitative study on the experience of empowerment from the perspectives of breast cancer survivors. *Nursing open*, 8(5), 2429-2438.
- Johansen, G., Lampic, C., Rådestad, A. F., Dahm-Kähler, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2024). Health-related quality of life, sexual function, psychological health, reproductive concerns and fertility outcome in young women treated with fertility-sparing surgery for ovarian tumors-A prospective longitudinal multicentre study. *Gynecologic Oncology*, 189, 101-108.
- Pedram, M., Mohammadi, M., Naziri, G. H., & Aeinparast, N. (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer. *Quarterly Journal of Woman and Society*, 1(4), 34-61.
- Roudsari, R. L., Javadnoori, M., Hasanpour, M., Hazavehei, S. M. M., & Taghipour, A. (2013). Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iranian journal of reproductive medicine*, 11(2), 101.
- Tran, T. H., Trinh, N. L., Hoang, Y., Nguyen, T. L., & Vu, T. T. (2019). Health-related quality of life among vietnamese breast cancer women. *Cancer Control*, 26(1), 1073274819862787.

استناد به این مقاله: نادری ملک، زهرا؛ یحیی‌زاده پیرسرای، حسین و محمدی، الهام. (۱۴۰۳). چالش‌های زنان در مراحل درگیری با سرطان‌های زنانه، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۱ (۴۱)، ۴۹-۸۹



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.