

Breast Cancer Experience and Change in Self-concept among Women: A Qualitative Study in the City of Sari, Iran

Roya Sedaghatgoo¹, Hossein Ghodrati^{2*}, Shafieh Ghodrati³

1. M.A in Sociology, Department of Social Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran; royasedaghatgoo@yahoo.com
- 2*. Associate Professor, Department of Social Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran (**Corresponding Author**); h.ghodrati@hsu.ac.ir
3. Assistant Professor of Demography, Department of Social Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran; sh.ghodrati@hsu.ac.ir

Original Article

Abstract

Background and Aim: The aim of this research is to explore the implications of cancer and the subsequent personal and familial changes resulting from breast surgery and amputation in women with breast cancer in Sari, Iran. In contrast to pre-modern times, where threats and dangers were more direct, the modern era is characterized by a more transparent risk. Since risk is conceptualized as a construct shaped within a discourse framework in sociological literature, it is crucial to scrutinize disease as a risk. Doing so allows for a greater emphasis on the social pressures engendered by the disease over the physical affliction, thus deepening our understanding of how disease in the modern context has evolved beyond just physical afflictions.

Methods and Data: The study applied the qualitative grounded theory method to interview 18 women who had undergone mastectomy due to breast cancer. The data gathered through interviews and analysis of the data was conducted in accordance with grounded theory's coding procedures.

Findings: From the data analysis, the main categories identified are: the initial shock and subsequent acceptance, genetic predispositions, feelings of fear and anxiety, the dilemma between hiding and revealing of disease, confronting others' judgments, the burden of shame, the family's dual reactions, sexual repercussions, and economic constraints. The core category emerged as 'Painful encounter and rethinking in relationships between self and others.'

Conclusion: Overall, the results indicate that the effects of breast cancer extend beyond the physical, profoundly influencing women's self-identity, familial connections, and societal roles.

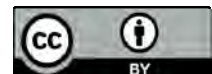
Keywords: Breast cancer, Surgery consequences, Mastectomy experience, Sari city.

Key Message: In contemporary times, the ramifications of the disease are not confined to physical or mental distress but include extensive social pressures. Such pressures have the potential to influence the patient's recovery process. A thorough comprehension of this pressure may lead to strategies that alleviate its impact and enhance the patients' social well-being. This study investigates these issues within a particular patient group.

Received: 23 August 2023

Accepted: 20 February 2024

Citation: Sedaghatgoo, R.; Ghodrati, H.; and Ghodrati, Sh. (2024), Breast Cancer Experience and Change in Self-concept among Women: A Qualitative Study in the City of Sari, Iran, *Journal of Social Continuity and Change*, 3(1), 103-130. <https://doi.org/10.22034/JSCC.2024.20580.1086>



Extended Abstract

Introduction

With the advent of modernity and the experience of social changes and transformations, humans have become vulnerable to various diseases. This issue has multiple aspects. On one hand, changes in livelihood methods, problem patterns, and lifestyles have fundamentally altered the types of diseases and factors leading to death. On the other hand, due to the significant feature of modernity—rethinking—societies have developed new ways of dealing with these changes. Among the diseases that have evolved is cancer, which, in recent years, has become a global concern. This situation is continuing to develop (Shariful Islam *et al.*, 2014). Cancer, now recognized as a global health issue, has led to a growing number of patients worldwide, making it a priority for health systems.

Cancer refers to any type of abnormal growth of new tissue, whether benign or malignant (Atadokht, 2015: 215). Among cancers affecting women, breast cancer is the most significant health concern, as it is the most common type of cancer and, after lung cancer, the second leading cause of cancer-related death in women (Habibi *et al.*, 2015: 50). The primary aim of this research is to explore how women with breast cancer, who have had to surgically remove one or both breasts, as well as their families and those around them, cope with the disease and its social and familial consequences.

Methods and Data

Since this research aims to investigate the meanings, mentalities, and emotions of patients, it is appropriate to use the grounded theory method as a qualitative research approach. This method helps structure the findings of the interviews within the framework of a paradigm model that includes underlying causes, interventions, consequences, and strategies. Such a model provides a deeper and more coherent understanding of the problem, and given the specific issue of cancer in women, it allows for presenting the core structure of the research in a schematic and summary form.

Semi-structured in-depth interviews and observation techniques have been employed to study and understand the mentality of patients by empathizing with them. Sampling was conducted based on the relevance of the cases to the research, rather than their visibility. Non-probability and chain sampling methods were used to select the participants. To obtain the samples, archived medical records of individuals with cases in the breast surgery clinic in Sari city were reviewed. The participants needed to meet the following criteria: married, between the ages of 25 and 50, displaying fertility behavior, having undergone surgery (mastectomy as a treatment), and having had their surgery between 1 to 10 years prior, so that the impact of the disease on their relationships and interactions could be examined.

Findings

From the nine categories derived from data collection, interviews, and analysis, the categories of "shock, recognition and acceptance," "biological background," "fear and worry," and "feeling of shame" refer to the concept we call a "painful encounter." We define facing the disease as a painful and bitter experience that the patient suddenly confronts. Women's lack of awareness that through self-examination they could have detected their disease earlier and facilitated treatment makes the encounter with the disease even more painful. A family history of cancer and previous experiences with the disease serve as reminders of past suffering, causing the individual to re-experience this bitterness, along with the mental conflict of hereditary concerns and the fear that other family members may become affected.

The painful encounter also encompasses other concerns of the patient, such as fear of changes in appearance, fear of treatment, and worry about the future of their children, all of which highlight the psychological, physical, and familial challenges involved. Awareness of treatment complications, including those caused by chemotherapy, heightens the patient's worry and stress, resulting in an even more painful and difficult experience. In deciding whether to share the news of their illness or keep it private, to act normally or isolate themselves, and to continue interacting with others or cut off those interactions, the patient undergoes a process of rethinking their relationship with their body, their children, and their spouse in order to reach a conclusion.

Categories such as "Disclosure to others," "Confrontation with others' judgment," "Confrontation with others' behavior," "Sexual consequences," and "Treatment economy" were summarized under the concept of "Self-other relations," which refers to the patient's interactions and behavior with their family and even with themselves.

Conclusion and Discussion

The purpose of this research was to sociologically investigate the meaning of cancer and the consequences of surgery and amputation among women with breast cancer using a qualitative method. Based on the categories identified from interviews with individuals who have experienced cancer, the research findings indicate that throughout the process, categories such as shock from recognition and acceptance, hereditary background, fear and worry, the concealment-disclosure dilemma, exposure to others' judgment, feelings of shame, the duality of family reactions, sexual consequences, and the financial strain of treatment are common expressions of this experience.

According to the findings, a contextual model was developed within grounded theory, identifying "painful encounter and rethinking in self-other relationships" as the central category of this research, rooted in the causal condition of the "social definition of the female body." "Family support and communication with others" was explained as a platform, along

with strategies such as "hiding or not hiding the disease, isolation and reducing interactions, and financial challenges."

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines

All ethical considerations, including confidentiality, trustworthiness, citation accuracy, respect for contributors, adherence to ethical data collection standards, and participant privacy, were observed by the researchers. To comply with the ethical guidelines of the research, at the beginning of the interview, participants—whose involvement was entirely voluntary—were reassured about the protection of their privacy and confidentiality. As a result, pseudonyms were used to maintain anonymity.

Acknowledgments

This paper is derived from the M.A. thesis of the first author in the field of Social Sciences Research carried out at Hakim Sabzevari University. The authors express their gratitude to all the women with cancer who trusted us and participated in this research. We also appreciate the constructive feedback from the thesis reviewers and the anonymous reviewers of this article.

Authors' Contributions

Roya Sedaghatgoo and Hossein Ghodrati designed the study. Sedaghatgoo conceived the idea, developed the theory, and conducted the interviews and analysis. Hossein Ghodrati supervised the work. All authors discussed the results and contributed to the final manuscript.

Conflicts of Interest

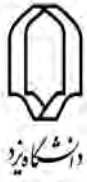
The authors of the article had no conflict of interest regarding the research topic at the time of writing and publishing the article.

Author's ORCID:

Roya Sedaghatgoo: <https://orcid.org/0009-0003-4357-846X>

Hossein Ghodrati: <https://orcid.org/0000-0002-6758-0789>

Shafieh Ghodrati: <https://orcid.org/0000-0003-4772-8907>



تجربه سرطان سینه و تغییر خودپنداره: مطالعه‌ای کیفی در بین زنان شهر ساری

رؤیا صداقت‌گو^۱، حسین قدرتی^{۲*}، شفیعه قدرتی^۳

۱- دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران؛ royasedaghatgoo@yahoo.com

۲- دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران (نویسنده مسئول)؛ h.ghodrati@hsu.ac.ir

۳- استادیار جمعیت‌شناسی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران؛ sh.ghodrati@hsu.ac.ir

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی جامعه‌شناختی معنای سرطان و تبعات اجتماعی و خانوادگی جراحی پستان و قطع عضو در نزد زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر ساری است. برخلاف انسان ماقبل مدرن که بیشتر با خطر مواجه بود، در دوره مدرنیته مخاطره نمود بیشتری دارد. از آنجایی که در ادبیات جامعه‌شناختی مخاطره امری برساختی است که در چارچوب گفتگویی شکل می‌گیرد، بررسی بیماری به‌عنوان یک مخاطره از اهمیت بسیاری برخوردار است؛ چراکه بدین نحو می‌توان بر فشار اجتماعی ناشی از بیماری، بیش از خود بیماری تأکید داشت و به این فهم عمق داد که بیماری در دنیای مدرن فراتر از آسیب‌های جسمانی رفته است.

روش و داده‌ها: با استفاده از روش کیفی نظریه زمینه‌ای، ۱۸ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان که تجربه قطع عضو داشته‌اند، انتخاب و در این مطالعه مورد مصاحبه قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده با بهره‌گیری از روش کدگذاری در نظریه زمینه‌ای، مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: مقولات اصلی احصاء شده از تحلیل داده‌ها عبارت‌اند از: شوک‌زدگی شناخت و پذیرش، پیشینه وراثتی، ترس و نگرانی، دوراهی پنهان‌سازی-افشا، مواجهه با قضاوت دیگری، احساس شرم، دوگانگی واکنش خانواده، پیامدهای جنسی و تنگنای اقتصاد درمان. در نهایت مقوله، مواجهه دردناک و بازاندیشی در ارتباط با خود و دیگری به‌عنوان مقوله هسته انتخاب شد.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طور کلی یافته‌ها نشان دادند که سرطان پستان نه‌تنها جسم زنان را مورد حمله قرار می‌دهد بلکه بر تصور از خود، روابط خانوادگی و ایفای نقش آن‌ها در جامعه نیز تأثیر عمیقی به‌جای می‌گذارد.

واژگان کلیدی: سرطان پستان، تبعات جراحی، قطع سینه، ساری

پیام اصلی: امروزه بیماری فقط محدود به آسیب جسمانی یا روانی نبوده و اثرات اجتماعی گسترده‌تری در قالب فشار اجتماعی دارد؛ اثراتی که ممکن است حتی بر نحوه بهبود بیمار نیز تأثیر داشته باشند. فهم این فشار و رسیدن به درکی عمیق از آن می‌تواند راهکاری برای کاهش پیامدهای آن و همچنین بهبودبخش وضعیت اجتماعی بیماران باشد. این مقاله سعی داشته است، این معضل را در خصوص گروه خاصی از بیماران پیگیر باشد.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۱۲

ارجاع: صداقت‌گو، رؤیا، قدرتی، حسین، و قدرتی، شفیعه (۱۴۰۳). تجربه سرطان سینه و تغییر خودپنداره: مطالعه‌ای کیفی در بین زنان شهر ساری، تداوم و تغییر اجتماعی، ۱۳(۱)، ۱۰۳-۱۳۰. <https://doi.org/10.22034/JSCC.2024.20580.1086>



مقدمه و بیان مسأله

با ظهور مدرنیته و تجربه فرآیندهای تغییر و تحولات اجتماعی، مواجهه انسان با بیماری‌ها نیز دچار تغییر شده است. این موضوع وجوه مختلفی دارد؛ از یک‌سو در اثر تغییرات حادث‌شده در شیوه‌های معیشتی، الگوهای اشتغال و نهایتاً سبک زندگی، نوع بیماری‌ها و عوامل منتهی به مرگ دچار تغییرات اساسی شده و از سوی دیگر، به خاطر ویژگی مهم تجدید یعنی بازاندیشی، شیوه مواجهه انسان‌ها و جوامع هم با این تغییرات و از جمله بیماری‌ها تغییر کرده است. شهروندان جوامع امروزی اکثراً هرروز در معرض انواع خبرها، تحلیل‌ها و گزارش‌های علمی پزشکی هستند. آگاهی از مخاطره، ویژگی منحصر به فرد دوره مدرن است. انسان در دوران ماقبل مدرن، بیشتر با خطر^۱ مواجه بود و در دوره مدرن با مخاطره^۲. درحالی که خطر به همان معنای عام یعنی احتمال وقوع رخدادی ناگوار در نظر گرفته می‌شود، مخاطره در دوره مدرن امری برساختی است؛ برساختی که در چارچوب گفتمان شکل می‌گیرد. در جامعه ریسک، مفهوم ریسک برساخت با مفهوم مدرن‌سازی بازاندیشانه گره‌خورده است. به طوری که یک^۳ ریسک را روشی نظام‌مند برای رویارویی با خطرات و ناامنی‌هایی تعریف می‌کند که به وسیله خودمدرن‌سازی تولید و رایج شده است، ریسک‌های پنهانی که می‌توانند خصلت بازاندیشانه پیدا کنند به طوری که از خصلت بازتابش انفعالی، رها شوند و پیش از وقوع به ادراک و بازتابش فعال درآیند و با کنش مسئولانه دولت‌ها و شهروندان مهار و کنترل شوند (بک، ۱۳۹۷: ۴۸).

در سال‌های اخیر، بیماری‌های غیرواگیر مثل سرطان در سطح جهانی اثرات روزافزونی بر جمعیت‌ها گذاشته است. این اثرات در کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته بروز کرده است (Shariful Islam et al., 2014). دغدغه‌ای که امروزه سرطان را به‌عنوان یک معضل بهداشتی-درمانی در سطح جهان معرفی می‌کند و مبارزه با آن را از اولویت‌های نظام سلامت قرار می‌دهد، رشد فزاینده تعداد مبتلایان به این بیماری در سرتاسر جهان و حتی در کشور خود ماست. مضافاً این که این رشد فزاینده مسئول بیش از ۱۲ درصد مرگ‌ها نیز است و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ سرطان، به‌عنوان اولین و مهم‌ترین عامل مرگ انسان مطرح خواهد شد (علاقبند، ثروت و زارع‌پور، ۱۳۹۵: ۱۷۶).

سرطان عبارت است از هر نوع رشد غیرطبیعی بافت جدید، اعم از خوش‌خیم یا بدخیم (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۱۵). تومور سرطانی با اختلال در تقسیم سلولی شروع می‌شود و پس از رشد در قسمتی از بدن به بخش‌های دیگر آن حرکت و تهاجم می‌کند و منجر به یک سری تغییرات در توانایی جسمی و روانی فرد، شکل بدن و جذابیت آن، باروری، تمایلات جنسی و روابط اجتماعی فرد می‌شود. به گفته رئیس اداره مبارزه با سرطان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سالانه ۱۱۲ هزار نفر در ایران به انواع سرطان مبتلا می‌شوند و این بیماری تا ۱۵ سال آینده علت ۸۰ درصد مرگ‌ومیرها در ایران خواهد بود (وبسایت تحلیل خبری الف، ۱۴۰۱).

از بین سرطان‌های زنان، سرطان پستان مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی است؛ چراکه شایع‌ترین نوع سرطان بوده و بعد از سرطان ریه، دومین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در بین زنان به حساب می‌آید (حبیبی و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۰). گزارش آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان در سال ۲۰۱۵ نشان داده است که در زنان ایرانی حدوداً ۱۸/۹ درصد از سرطان‌های تشخیص داده‌شده، بدخیمی سینه بوده است (اکرمی و همکاران، ۱۴۰۰: ۳۵۵). بیش‌ترین میزان بروز این بیماری در زنان در سنین ۳۵ تا ۴۴ سالگی است (مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر از آنجایی که این نوع بیماری علی‌رغم شیوع آن میزان کمتری

1. Danger

2. Risk

3. Beck

از مرگ‌ومیر را در برمی‌گیرد و زندگی فرد را در طول زمان درمان و پس از بهبودی او تحت‌الشعاع قرار می‌دهد از حیث بار اجتماعی و پیامدهایی که می‌تواند برای فرد داشته باشد، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

هدف اصلی این تحقیق بررسی شیوه مواجهه زنان مبتلا به سرطان پستان که با عمل جراحی مجبور به برداشتن یک یا هر دو سینه خود شده‌اند و خانواده و اطرافیان آن‌ها با سرطان پستان و تبعات اجتماعی و خانوادگی آن بوده است. اهداف تحقیق به‌طور دقیق‌تر عبارت‌اند از:

- مطالعه و بررسی شیوه مواجهه بیماران با بیماری؛
- شناسایی پیامدهای جراحی در روابط اجتماعی و خانوادگی و جنسی زن و شوهر؛
- شناسایی پیامدهای جراحی در روابط جنسی زن و شوهر.

مروری ادبیات تجربی

در این قسمت به مرور پژوهش‌های صورت گرفته پیرامون ابعاد اجتماعی ابتلا به سرطان پستان، پرداخته خواهد شد. مرور ادبیات پژوهشی کمک می‌کند تا بینش عمیقی نسبت به جنبه‌های مختلف موضوع تحقیق داشته باشیم. بررسی پیشینه تحقیق، دانش موجود را درباره موضوع مورد بررسی، بیان و کمبودهای آن را مشخص می‌کند. کمبود ممکن است به علت مشکلات مربوط به روش، فقدان تحقیقات درباره مسأله مورد نظر و یا عدم نتایج قاطع تحقیقات قبلی درباره مسأله باشد. این بخش، منطق اهداف ویژه تحقیق و سؤالات را فراهم می‌آورد. در اینجا نیز سعی شده است با مطالعه منابع مرتبط، هم‌کاستی‌های موجود در تحقیقات این حوزه شناسایی شوند و هم از روش‌ها و یافته‌های محققان دیگر برای تعمیق کیفی پژوهش بهره‌برده شود.

الاول^۱ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود، تأثیر ماستکتومی بر کیفیت زندگی بازماندگان سرطان سینه را در نوار غزه مورد بررسی قرار داده‌اند. میانگین سنی افرادی که داده‌های مربوط به آن‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۷۳ نفر)، ۵۱ سال بوده است. دوسوم (۱۳۳) این افراد تحت ماستکتومی رادیکال قرار گرفته بودند و ۱۷٪ (۲۹) عمل جراحی حفظ پستان داشتند. ارزیابی اثرات منفی ماستکتومی نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی بیشترین تأثیر را داشته است (۶۶.۴٪) و در ادامه آن بهزیستی فیزیکی (۵۲.۲٪)، بهزیستی اجتماعی (۴۴.۲٪) و پویایی خانواده (۴۲.۹٪) قرار داشته‌اند. به دنبال ماستکتومی، ۵۷.۲٪ از بیماران خستگی، ۴۸.۶٪ علائم یائسگی اولیه و ۴۲.۸٪ اختلالات خواب را تجربه کردند. احساس نگرانی شایع‌ترین شکایت روان‌شناختی بود (۵۲.۶٪). علاوه بر این، ۵۵.۵٪ درصد از بیماران مشکلات مالی را به دلیل هزینه‌های بالای درمان تجربه کردند.

کولینسکی و کوزنو^۲ (۲۰۲۱) در مقاله خود با هدف ارزیابی کیفیت زندگی زنان پس از ماستکتومی به مطالعه ۲۵ زن پس از ماستکتومی پرداخته‌اند که بین ۳۱ تا ۵۰ سال سن داشته و در گروه حمایت از سرطان پستان عضو بودند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که اکثر زنان پس از ماستکتومی که تحت بازسازی سینه قرار گرفتند یا از پروتز سینه استفاده کردند، کیفیت زندگی بهتری را گزارش کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که همه زنانی که سلامت خود را ضعیف ارزیابی کردند، احساسات منفی مانند غم و اندوه، ناراحتی و افسردگی را تجربه کرده‌اند ولی بازسازی سینه پس از ماستکتومی، کیفیت زندگی را که توسط بیمار ارزیابی می‌شود، بهبود بخشیده است.

1. Alaloul

2. Kulinski & Kosno

از آنجایی که انجام ماستکتومی از نظر روانی و اجتماعی بر زنان تأثیر می‌گذارد، به‌ویژه برای سازگاری با تغییرات بدن، درک انگیزه زنان برای جراحی بازسازی سینه (BRS) برای آشتی‌دادن خود با باورها و خواسته‌های خود مهم است. لذا السناد^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود عواملی را که بر تصمیم زنان برای انجام این عمل پس از ماستکتومی تأثیر می‌گذارد، سطح آگاهی از گزینه‌های موجود در جراحی بازسازی سینه و پیشنهادهای آن‌ها برای بهبود پذیرش جراحی بازسازی سینه را بررسی کرده‌اند. روش آن‌ها نیز بر اساس پرکردن پرسشنامه‌ای از بیماران مبتلا به BC در عربستان سعودی بوده است. در این مطالعه مقطعی، تعداد ۳۵۲ زن برای مطالعه انتخاب شدند و یافته‌ها نشان داد که سن و پیشرفت تحصیلی بالا به‌طور قابل توجهی با یک تصمیم مثبت برای BRS مرتبط بود. همچنین ظاهر فیزیکی و اعتمادبه‌نفس، عوامل اساسی در تصمیم‌گیری برای BRS بودند. موانع اصلی نیز خطرات جراحی و اعتقادات مذهبی قوی بود. جالب‌توجه آن است که برداشتن هر دو سینه در مقایسه با افرادی که یک سینه را برداشته‌اند، تأثیر مثبتی بر زندگی اجتماعی زنان دارد.

تارکوفسکا^۲ و همکاران (۲۰۲۰) با هدف ارزیابی عملکرد جنسی بیماران تحت عمل ماستکتومی، پنج سال پس از جراحی، در مقایسه با گروه کنترل یک مطالعه مقطعی شامل ۱۷۰ بیمار (پنج سال پس از ماستکتومی) (گروه ۱A) و ۱۴۹ زن سالم (گروه ۲A) که هرگز دارای سرطان پستان تشخیص داده نشده بودند، انجام دادند. نتایج مطالعه، عملکرد جنسی به‌طور قابل توجهی بدتر را در حوزه‌های مربوط به میل، برانگیختگی، روانکاری، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت جنسی نشان داده است. در مقیاس درد مربوط به تمایلات جنسی، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت و نمره کلی در پرسشنامه FSFI نیز در بین زنان پس از ماستکتومی کمتر بود. همچنین تفاوت‌های آماری بسیار معنی‌دار در عزت‌نفس نیز بین دو گروه مشاهده شد که نتایج بدتری در بیماران پس از ماستکتومی را نشان می‌داد. لذا آن‌ها نتیجه گرفتند که تشخیص اختلال عملکرد جنسی در بیماران تحت درمان برای سرطان پستان، امکان اجرای به‌موقع مشاوره و درمان مداخله‌ای را بسته به عوامل علی و ترجیحات فردی بیماران فراهم می‌کند.

نورتوس^۳ و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای طولی با هدف مقایسه سازگاری زوج‌های مواجه با سرطان پستان بدخیم و بیماری‌های خوش‌خیم پستان به این نتیجه رسیدند که سرطان پستان در طی یک سال پس از تشخیص، می‌تواند فشار مضاعفی برای روابط زوجی و خانوادگی زوج‌ها محسوب شود. پژوهش کیفی لویز، انگ و رابینسون^۴ (۲۰۰۵) با موضوع کیفیت زندگی در زنان در زمان بیماری سرطان پستان و پس از درمان آن که با استفاده از امکاناتی نظیر دوربین و ضبط واقعیت‌های زندگی افراد، صورت گرفت نشان داد که سه عامل اجتماعی «نژادپرستی، تفکرات منفی در مورد سرطان و انتظارات فرهنگی زنان آمریکایی آفریقایی‌تبار» منجر به ایجاد چهار نگرانی مرتبط با کیفیت زندگی می‌شود که عبارت است از «جستجو به دنبال پشتیبانی امن، تقبل نقش درمان‌یافته سرطان، احساس آرامش خیال در مورد آینده و خدمت به‌عنوان مدلی از یک نقش خاص». جین ام، آشر^۵ و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود به بررسی تغییرات جنسی و روابط صمیمی در افرادی که سرطان پستان را تجربه کرده‌اند، پرداخته‌اند. نتایج این تحقیق نشان‌دهنده کاهش در تناوب رابطه جنسی است که به عواملی از جمله «خستگی و درد، پریشانی روانی و شمایل بدن و برخی تغییرات جسمی» نسبت داده شده است.

1. Alsanad

2. Tarkowska

3. Northouse

4. Lopez, Eng & Robinson

5. Ussher

در ایران نیز خادمی و سجادی‌هزاوه (۱۳۸۸) با روش پدیدارشناسی به مطالعه سرطان پستان پرداختند. آن‌ها تجارب بیماران مبتلا به سرطان پستان و افراد درگیر در این بیماری را در چهار مفهوم محوری تأخیر در تشخیص و درمان، عدم‌پذیرش درمان، غوطه‌وری در رنج و حرکت به سوی زندگی طبیعی خلاصه کردند. تحقیق دیگری توسط هرنیدی و همکاران (۱۳۹۰) در مورد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان با روش کیفی انجام شده است. مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش در زمینه عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، در بُعد جسمی درد و تورم در دست‌ها، خستگی و کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره بود. نتایج این پژوهش نشان داد که در بُعد عاطفی-اجتماعی نیز، سازگاری با بیماری با رویکرد معنوی، اختلال در تصویر ذهنی از خود، عدم‌وجود حمایت‌های روانی-اجتماعی، فقدان و یا ناکافی بودن پوشش بیمه‌ای، گران بودن داروهای شیمی‌درمانی و سایر هزینه‌های درمان، از جمله عوامل مهم بود که نه‌تنها در دوره شیمی‌درمانی بلکه تا مدت‌ها پس‌از آن، کیفیت زندگی این بیماران و خانواده آنان را متأثر می‌ساخت.

پژوهش فاضلی و فیضی (۱۳۹۱) در مورد برساخت اجتماعی سرطان سینه که با هدف بررسی و مطالعه کیفیت زندگی مبتلایان و ابعاد غیرپزشکی این بیماری صورت گرفت به مقوله‌های ذیل منتج گردید: فهمیدن بیماری و آغاز روند درمان، بیمار و خلق راه‌کارهایی برای کنار آمدن با بیماری، تأثیر گفتمان‌های اجتماعی و فرهنگی بر سرطان سینه و همچنین تأثیر این گفتمان‌ها بر احساس و بر نگاه فرد بیمار است. آقابخشی و راشدی (۱۳۹۳) در پژوهش پیمایشی خود با عنوان «حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان» تأثیر میزان حمایت اجتماعی بر میزان توانمندی مقابله با بیماری را مورد مطالعه قرار داده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی و توانمندی مقابله با بیماری سرطان سینه رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد.

نتایج بررسی مرعشی و همکاران (۱۳۹۷) در مورد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، نشان داد که متغیرهای عملکرد جسمانی، احساسی، شناختی و همچنین علائم بیماری نظیر خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، کاهش خواب، یبوست و مشکلات اقتصادی در تحلیل تک‌متغیره، ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی دارند. در تحقیق زمان‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) که با استفاده از روش کیفی به مطالعه استراتژی‌های مورداستفاده مادران مبتلا به سرطان پستان برای ایفای نقش مادری پرداختند به این نتیجه رسیدند که این راهبردها شامل آماده‌سازی خود، بازسازماندهی نقش‌ها، بازسازی خود و خانواده و ایفای نقش نظارتی-مشارکتی می‌شود. هر یک از این راهبردها شامل چند راهبرد خردتر است.

در میان مطالعات انجام‌شده با رویکرد روان‌شناختی، مطالعه قربانی و همکاران (۱۳۹۷) به اهمیت دو متغیر والدگری و خودکارآمدپنداری برای مواجهه با این بیماری تأکید می‌کند - دو متغیری که به‌طور معنی‌داری در زنان مبتلا به سرطان پستان کمتر از زنان معمولی است. مطالعه اصفهانی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که شیوع افسردگی در حدود یک‌پنجم زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران وجود دارد. محققان پیشنهاد کردند که علاوه بر درمان جسمی مبتلایان، درمان روانی آن‌ها نیز باید مدنظر قرار گیرد.

رفائی‌سعیدی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود با موضوع پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان برای زنان مبتلا، هشت پیامد مهم را بر اساس مطالعات انجام‌شده تشخیص دادند که عبارت‌اند از: کیفیت زندگی، اضطراب، استرس و تنیدگی، افسردگی، عملکرد جنسی، تصویر بدنی، راهبردهای مقابله‌ای، خستگی و کیفیت خواب.

مروری بر مطالعه‌های انجام‌شده در حوزه بیماری سرطان پستان به‌خوبی بیان‌گر ضعف و کمبود مطالعه‌های علمی با رویکرد جامعه‌شناختی در این حوزه به‌خصوص در ایران است.

چارچوب مفهومی

رویکرد اجتماعی، بدن را نتیجه نیروهای اجتماعی می‌انگارد و بر این باور استوار است که بدن توسط جامعه شکل می‌گیرد، متحمل فشار می‌گردد و حتی ایجاد و ساخته می‌شود. پیروان این رهیافت معتقدند که فیزیک بدن و وجود زیستی آن باید در ارتباط با دیگر واحدهای تحلیل (نژاد، جنسیت، فرهنگ، سن و...) ملاحظه شود (Shilling, 2003: 63).

رشد جامعه‌شناسی بدن را عمدتاً به زمان انتشار کتاب معروف ترنر¹ با عنوان «بدن و جامعه» در سال ۱۹۸۴ نسبت می‌دهند. او در این کتاب به مباحث گوناگونی در خصوص رابطه بدن و جامعه می‌پردازد و معتقد است که تغییراتی چون صنعتی شدن، فردگرایی و مدرنیته سبب توجه به بدن شده و بدن در این دوران با هویت و با مفهوم خود ارتباط پیدا کرده است. او توجه تجاری و مصرفی به بدن را به‌عنوان نشانه‌ای از زندگی خوب و شاخصی از سرمایه فرهنگی در جوامع مدرن و پسا صنعتی در نظر می‌گیرد (اینانلو، ۱۳۹۵: ۵۱).

ترنر اصطلاح جامعه جسمانی² را بدین منظور ابداع کرد که نشان دهد چگونه بدن در نظام اجتماعی مدرن، میدان اصلی فعالیت‌های فرهنگی و سیاسی شده است. وی علاقه‌مند به نشان دادن اهمیت بدن از دیدگاه جامعه است و ابعاد نظم بدنی را در تمام جوامع مشخص می‌کند که عبارت‌اند از: بازتولید و تنظیم جمعیت، بازنمایی بدن‌ها در فضای اجتماعی و مهار و کنترل درونی. او معتقد است که بازتولید، پدیده‌ای تنظیم‌شده به‌صورت اجتماعی است. (Turner, 1992: 15).

در سوی دیگر، گافمن³ در کتاب «نمایش خود در زندگی روزمره» به‌گونه‌ای دیگر به مسأله نگاه کرده و بیش از تأکید بر اجتماعی‌بودن بدن، بر فعالیت افراد در هماهنگی با خواسته‌های جامعه تأکید می‌کند. در دیدگاه او، افراد دائماً در حال اجرای نمایش‌های مختلف هستند، نمایش‌هایی که هدفش افزایش منافع خود افراد و به حداقل رساندن ضرر است. (ریتزر⁴، ۱۳۷۹: ۲۹۶).

گافمن، زندگی اجتماعی را مجموعه‌ای از نقش‌های نمایشی مانند اجرای نقش در صحنه تئاتر می‌داند. به اعتقاد وی، از آنجاکه در رویارویی‌ها و تماس‌ها، تأثیرگذاری اولیه اهمیت دارد، ظاهر فرد که برای خود شخص و برای دیگران قابل‌رؤیت و نمایش است و به‌عنوان کانون توجه در برخوردهای اجتماعی قلمداد می‌شود، می‌تواند به‌عنوان نشانه‌ای برای تفسیر کنش به کار گرفته شود. (Crossley, 1995: 139- 140).

گافمن مفهومی به نام «استیگما»⁵ و یا «داغ»⁶ به کار می‌برد که به علائم بدنی گفته می‌شود که بیانگر نکته‌ای غیرعادی و ناپسند در خصوص وضعیت فرد است (گافمن، ۱۳۸۶: ۲۹). گافمن در داغ ننگ به بررسی شکاف بین آنچه یک کنشگر باید باشد یعنی هویت اجتماعی بالقوه و آنچه عملاً هست یعنی هویت اجتماعی بالفعل می‌پردازد و به‌زعم وی، هر کنشگری که بین این دو هویتش شکافی ایجاد شده باشد، داغ خورده است (ریتزر و گودمن، ۱۳۹۰: ۳۳۵). گافمن سه گونه متفاوت از داغ ننگ را نام می‌برد اولین نوع، زشتی‌ها و معایب مربوط به بدن هستند یعنی انواع بدشکلی‌های جسمانی؛ گونه دوم، نواقص و کمبودهای مربوط به

1. Turner

2. Somatic Social

3. Goffman

4. Ritzer

5. Estigma

6. Scarlet Letter

شخصیت فرد را شامل می‌گردد مانند ضعیف‌النفس بودن یا سلطه‌پذیر بودن یا عقاید غیرقابل‌اطمینان داشتن و در آخر، گونه سوم، داغ ننگ قومی و قبیله‌ای است که این نوع از داغ‌ها را می‌توان در مسیر نسل‌ها انتقال داد (گافمن، ۱۳۸۶: ۳۳-۳۴).

آنتونی گیدنز^۱ نیز در ادامه نوع نگاه گافمن و البته نه از نگاه مکتب کنش‌نمادین، بر هویت‌یابی اجتماعی در زیست روزمره افراد تأکید دارد. از نظر وی، پیکر ما فقط نوعی موجودیت طبیعی نیست که مالکیت آن را به ما تخصیص داده باشند، بلکه بدن نوعی دستگاه متحرک است، مجموعه‌ای از کنش‌ها و واکنش‌هاست و غوطه‌ور شدن عملی آن در کنش‌های متقابل زندگی روزمره یکی از ارکان عمده نگاهداشت و تحکیم مفهوم منسجم و یکپارچه‌ای از هویت شخصی است (گیدنز، ۱۳۸۵: ۱۴۴). گیدنز به حالتی اشاره می‌کند که افراد از بدن‌های خود بیگانه می‌گردند و در پی اضطراب ناشی از بیگانگی از بدن، «هویت»‌های شخصی آن‌ها دچار آسیب می‌شود (لوپز، ۱۳۸۵: ۹۱).

به نظر گیدنز، نظارت بر فرآیندهای جسمانی، جزء ذاتی نوعی توجه بازتابانه مداوم است که فاعل باید نسبت به رفتار خویش نشان دهد. از نظر گیدنز، خودآرایی و تزئین خویشتن با پویایی خویشتن مرتبط است. در این معنا، پوشاک علاوه بر این که وسیله مهمی برای پنهان‌سازی یا آشکارسازی وجوه مختلف زندگی شخصی است، نوعی وسیله خودنمایی نیز محسوب می‌شود، چراکه لباس، آداب و اصول رایج را به هویت شخصی پیوند می‌زند (گیدنز، ۱۳۸۶: ۹۵). گیدنز، «بدن» را نیز درگیر سازمان‌بازاندیشانه زندگی اجتماعی می‌داند و معتقد است که «ما نه تنها مسئول طراحی خودهایمان هستیم، بلکه همچنین باید (در ارتباط با خود) بدن‌هایمان را نیز طراحی کنیم». ظاهر بدن و وضعیت جسمانی شایسته در موقعیت‌های مختلف، برای ایجاد و حفظ بازاندیشانه خود، بسیار اهمیت دارد (ریتزر، ۱۳۷۹: ۷۷۱).

بورديو^۲ (۲۰۱۵) نیز سعی کرده است علاوه بر ریشه‌های اجتماعی بدن، کارکرد بدنمندی را در ساختار اجتماعی و تعیین جایگاه افراد در بافت جامعه تئوریزه کند. دو مفهوم اصلی بورديو که با بدن در ارتباط است مفهوم عادتواره و مفهوم بدنمندی است (کریگان، ۱۳۹۶: ۱۱۵). بورديو برای بررسی منزلت‌ها و جایگاه‌ها مفهوم سرمایه مارکس را در حوزه‌ای وسیع‌تر از اقتصاد به کار می‌گیرد. او از چهار نوع سرمایه نام می‌برد: (۱) سرمایه اقتصادی؛ (۲) سرمایه فرهنگی؛ (۳) سرمایه اجتماعی؛ و (۴) سرمایه نمادین (Turner, 2003). به عقیده بورديو افراد به‌منظور دستیابی به بهترین چیز با یکدیگر به رقابت می‌پردازند، به طوری که این امر سبب تبادل این چهار سرمایه می‌شود (اینانلو، ۱۳۹۵: ۶۲).

می‌توان نظر بورديو را حول بدن این‌گونه جمع‌بندی کرد که او معتقد است که توانمندی‌های جسمانی انسان یکی از عوامل تعیین‌کننده جایگاه او در جامعه است. از نظر او، توزیع ارزش‌ها و فرصت‌ها در جامعه بر اساس میزان برخورداری از چهار نوع سرمایه شکل می‌گیرد. در واقع، میزان بهره‌مندی از سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی، سرمایه نمادین و سرمایه جسمانی موقعیت فرد را در سلسله‌مراتب اجتماعی مشخص می‌سازد. (Nettleton, 1995: 121-122). به نظر بورديو طبقات اجتماعی به‌وضوح روابط مشخصی را نسبت به بدن‌های خود توسعه می‌دهند که منجر به تولید اشکال متفاوت بدنی با ارزش‌گذاری‌های متفاوت می‌شود که موضوع نابرابری‌های کیفی و کمی اجتماعی است (Shilling, 2003).

1. Giddens

2. Bourdieu

روش و داده‌های تحقیق

در پژوهش حاضر از روش نظریه زمینه‌ای¹ که یک روش کیفی است، استفاده شده است. رویکرد نظریه زمینه‌ای در سال ۱۹۶۷ توسط گلیزر^۲ و اشتروس^۳، با انتشار کتاب «کشف نظریه زمینه‌ای» به جامعه علمی معرفی شد. گلیزر و اشتروس معتقدند، نظریه زمینه‌ای یک روش استقرایی است که از داده‌هایی که به‌طور منظم از پژوهش اجتماعی به دست می‌آید، نظریه تولید می‌کند. محقق با نظریه‌ای پیش‌انگاشته، شروع نمی‌کند، بلکه خود به‌وسیله داده‌ها، نظریه خلق می‌کند (اشتراوس و کریبن، ۱۳۸۷: ۲).

انتخاب نظریه زمینه‌ای بر اساس موضوع و هدف پژوهش است. از آنجاکه این پژوهش به دنبال بررسی معانی، ذهنیت‌ها و احساسات بیماران است، نظریه زمینه‌ای به‌عنوان یک روش پژوهش کیفی، مناسب به نظر می‌رسد. استفاده از روش نظریه زمینه‌ای منجر به تلاش برای قالب‌بریزی یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها در چارچوب مدل پارادایمی می‌شود که شامل علل زمینه‌ای، مداخله‌گر، پیامدها و استراتژی‌هاست - این مدل خود هم دریافت عمیق‌تر و منسجم‌تری از مسأله به ما می‌دهد و هم با توجه به مسأله انضمامی بیماری سرطان در زنان، امکان ارائه اسکلت اصلی تحقیق را به صورت شماتیک و خلاصه فراهم می‌کند. از سوی دیگر، از آنجا که گلیزر و اشتروس خود در دهه ۱۹۶۰ از این روش در مطالعه مفهوم مرگ در بیماران و نگرش آنها استفاده کردند که بسیار نزدیک به موضوع و مهم‌تر از آن هدف و رویکرد این پژوهش است، مناسب دیده شد که از این روش استفاده شود.

برای مطالعه و شناخت ذهنیت بیماران نیز، ایجاد همدلی با آنها از طریق مصاحبه و مشاهده، بسیار مناسب‌تر از دیگر روش‌های پژوهشی از قبیل پرسش‌نامه است. در میان ابزارهای پژوهش، مصاحبه عمیق نیمه‌ساخت‌یافته، شیوه‌ای است که به مصاحبه‌شونده اجازه می‌دهد تا درونی‌ترین و پنهانی‌ترین زوایای فکری و روحی خود را آشکار کند و این همان چیزی است که این پژوهش در اصل در جستجوی آن است. نمونه‌گیری بر مبنای مرتبط‌بودن مورد با پژوهش و نه نمایابودن آنها انجام می‌شود. این اصل، مشخصه استراتژی‌های مربوط به گردآوری داده‌ها در پژوهش کیفی نیز به شمار می‌آید (فلیک^۴، ۱۳۹۹: ۱۴۱). در این پژوهش، برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از روش‌های نمونه‌گیری غیراحتمالی و زنجیره‌ای^۵ استفاده شد. نمونه‌گیری غیراحتمالی نوعی نمونه‌گیری است که نمی‌توان برای آن چارچوب نمونه‌گیری درست کرد و نمونه‌گیری زنجیره‌ای نام دیگر نمونه‌گیری گلوله برفی است که بیش‌تر برای گروه‌های خاص با عناوین حساس که دسترسی به آنها مشکل است، مورد استفاده قرار می‌گیرد (بیکر^۶، ۱۳۹۴: ۱۸۸ و ۱۹۱).

برای دستیابی به نمونه‌ها، به پرونده پزشکی بایگانی شده افرادی که در کلینیک جراحی پستان در شهر ساری پرونده داشتند، مراجعه شد. مشارکت‌کنندگان می‌بایست واجد این ویژگی‌ها می‌بودند: تأهل، در فاصله سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، دارای رفتار باروری، جراحی، قطع عضو به‌عنوان راه درمان و گذشتن ۱ تا ۱۰ سال از جراحی‌شان تا بتوان تأثیر بیماری را بر روابط و تعاملات شان موردبررسی قرار داد.

در این مطالعه، تعداد ۱۸ نفر انتخاب شدند که در واقع پس از مصاحبه با ۱۵ نفر، محقق به کفایت و اشباع نظری دست پیدا کرد اما مصاحبه تا نفر هجدهم ادامه یافت. مدت‌زمان هر مصاحبه از ۴۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. برای اعتباریابی علاوه بر «چندبعدی‌سازی» و «حضور طولانی در میدان پژوهش»، از تکنیک کنترل اعضا استفاده شده است که در طی آن از طریق ارائه

1. Grounded Theory

2. Glaser

3. Strauss

4. Flick, O.

5. Snowball Sampling

6. Baker, T. I.

تحلیل‌ها و نتایج آن به پاسخگویان از واکنش‌های آنان آگاهی لازم به دست آمد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاق پژوهش در ابتدای مصاحبه به مشارکت‌کنندگان اطمینان خاطر لازم، جهت رعایت حریم شخصی و محرمانه‌ماندن اسامی داده شد و برای مشارکت‌کنندگان از اسامی مجازی استفاده گردید. جدول ۱، حاوی ویژگی‌های سنی و شغلی مشارکت‌کنندگان در پژوهش است.

جدول ۱- اطلاعات جمعیتی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش

#	بیمار	سن	شغل	#	بیمار	سن	شغل
۱	عالیه	۳۸	خانه‌دار	۱۰	معصومه	۴۵	خانه‌دار
۲	زینب	۵۰	کشاورز	۱۱	آتنا	۲۹	مربی مهدکودک
۳	ربابه	۴۴	خیاط	۱۲	زهرا	۳۹	مدیریت شهرسازی
۴	هاجر	۴۴	خانه‌دار	۱۳	شهربانو	۴۰	کارگر
۵	حدیثه	۳۰	فروشنده	۱۴	کبریا	۴۳	خانه‌دار
۶	فاطمه	۴۶	خانه‌دار	۱۵	نرجس	۳۸	مربی زبان
۷	مریم	۵۰	خانه‌دار	۱۶	خاتون	۴۷	خانه‌دار
۸	زهرة	۴۲	کشاورز	۱۷	مهناز	۵۰	آرایشگر
۹	سکینه	۴۹	فعالیت‌های هنری	۱۸	مرضیه	۳۹	کارمند بیمارستان

پس از انجام و پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، متن مصاحبه‌ها به مصاحبه‌شوندگان داده شد تا با مطالعه آن، صحت گفته‌های خود را تأیید کنند. انجام این کار علاوه بر کاهش خطا در حین پیاده‌سازی، به دلیل الزامات اخلاقی نیز بوده است که البته در نتیجه آن هیچ‌گونه تغییری در محتوای مصاحبه‌ها پیش نیامد و تمامی مصاحبه‌شوندگان محتوای آن‌ها را تأیید کردند.

برای تحلیل متن مصاحبه‌ها نیز از سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی استفاده شد. کدگذاری باز، بخشی از تحلیل است که مشخصاً به نام‌گذاری و دسته‌بندی پدیده از طریق بررسی دقیق داده‌ها مربوط می‌شود. در این مرحله از کدگذاری مفاهیم درون مصاحبه‌ها بر اساس ارتباط با موضوع‌های مشابه طبقه‌بندی شدند. نتیجه آن نیز خلاصه‌کردن انبوه اطلاعات کسب‌شده از مصاحبه‌ها بود. هدف از کدگذاری محوری نیز ایجاد رابطه بین مقوله‌های تولیدشده در مرحله کدگذاری باز است. این مرحله نیز بر اساس الگوی پارادایمی انجام شده تا مقوله‌ها بسط و گسترش یابند. در مرحله پایانی نیز کدگذاری انتخابی انجام شد تا مقولات محوری را به شکل نظام‌مند به دیگر مقوله‌ها ربط داده و آن روابط را در چارچوب یک روایت ارائه کرد.

یافته‌ها

در این بخش، نتایج تحلیل داده‌ها بر اساس مراحل سه‌گانه کدگذاری ارائه می‌شود. تحلیل داده‌ها به روش خرد و سطر به سطر صورت گرفت. پس از انتزاع مفاهیم از گزاره‌ها، آن‌ها با یکدیگر مقایسه و مفاهیم مرتبط تحت عنوان یک مفهوم کلی‌تر به نام مقوله، یکپارچه شدند. تمامی مفاهیم به دست آمده تحت پوشش نه مقوله قرار گرفتند. در ادامه، این نه مقوله در چهار بخش سابقه بیماری، آگاهی از بیماری و نوع مواجهه فرد و دیگران با بیماری، نگرانی‌های فرد و پیامدهای بیماری و جراحی شرح داده شده‌اند. هدف از

تفکیک این چهار بخش ایجاد نوعی روایت داستانی از پیش از آگاهی به بیماری تا طی مراحل درمانی است تا بدین طریق مسیری که این افراد در این بین طی کرده‌اند، بهتر نشان داده شود.

(۱) وراثت

پیشینه زیستی و وراثتی بودن سرطان، سابقه سرطان و فوت اعضای خانواده، احتمال درگیری هر دو سینه برای بیماران دارای سابقه ارثی سرطان را بالا می‌برد. بیش از نیمی از افراد مورد مصاحبه، در خانواده‌شان یا اقوام‌شان، کسانی را داشته‌اند که مبتلا به سرطان شده‌اند و یا بر اثر این بیماری فوت کرده‌اند. با سؤال از پزشک معالج متوجه شدیم که سرطان پستان علت مستقیم و یا شناخته‌شده‌ای ندارد ولی یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار آن، وراثت است. اهمیت تأکید بر وراثت در ابتلا به سرطان پستان در عدم آگاهی به این بیماری و روش‌های کاهش احتمال آن نهفته است. این مسأله نشان می‌دهد که اغلب این زنان، با وجود سابقه بیماری خانوادگی، به دلیل ناآگاهی، هیچ تلاشی برای کاهش آن و یا حتی شناخت دقیق‌تر بیماری نداشته‌اند.

سرطان تو خانواده ما ارثیه، بابابزرگ‌ها داشتند؛ عموی پدرم، عموی مادرم، دخترعمویم و اکثر اقوامم با همین بیماری فوت کردن. (فاطمه ۴۶ ساله)

گفته‌بودن سرطانه، خب، من آشنا بودم با این اسم، خواهر بزرگ‌ترم سرطان خون داشت و فوت کرد؛ خواهرم مریض بود. (آتنا ۲۹ ساله)

(۲) مواجهه با بیماری و باز خورد دیگری:

۱-۲ شوک‌زدگی، شناخت و پذیرش:

در این تحقیق، از مصاحبه‌شونده خواسته شد تا چگونگی مواجهه با بیماری‌اش را توصیف کرده و آن را به‌طور کلی روایت نماید. در همه مصاحبه‌ها با اظهارنظرهایی مشابه هم در ارتباط با مقوله اصلی در این سؤال، یعنی «مواجهه با بیماری» روبه‌رو شدیم که به دو مقوله فرعی «عدم‌باور بیماری» و «مرحله کشف و درمان» تقسیم شد. آنچه در اینجا مشاهده می‌شود آن است بیماران پیش از مرحله کشف بیماری، اساساً اطلاعی در مورد آن، نحوه کاهش احتمال وقوع آن با تغییر در سبک زندگی و علائم بروز آن نداشته‌اند. همچنین واکنش غالب در پی آگاهی به بیماری، شوک و انکار بوده است که در مرحله بعد و در مواجهه با پیشنهاد جراحی، واکنش مقاومت را در پی داشته است.

۱-۱-۲ عدم‌باور بیماری: این مقوله به غافل‌گیری فرد و غیرمنتظره بودن بیماری برای وی اشاره داشته که نتیجه آن عدم‌باور و قبول بیماری و نوعی مقاومت در مقابل پذیرش آن بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه خود را اینگونه روایت می‌کند:

وقتی که بهم گفتن، خیلی شوکه شدم؛ به خودم گفتم این بیماری دیگه چیه؟ از کجا اومده؟ غافل گیر شده بودم. (مهناز ۵۰ ساله)

۲-۱-۲ کشف و مقابله: مقوله فرعی دیگر، به مرحله کشف و درمان اشاره داشت. این بُعد به مرحله پس از پذیرش بیماری و مرحله کشف بیماری و آشنایی با آن و پیگیری مسیر درمان اشاره دارد. تجربه یکی دیگر از شرکت‌کنندگان به این شرح است:

اول گفتن بهم که باید سینه تو قطع کنیم، من گفتم نه نمی‌دارم. مشاور اومد باهام حرف بزنه، گفتم هیچ صحبتی ندارم، باید برم خونه. (زینب ۵۰ ساله)

۲-۲ دو راهی پنهان‌سازی-افشا:

یکی از مهم‌ترین سؤالات مصاحبه که سعی کرده‌ایم به‌صورت مستقیم پرسیده نشود، بحث تمایل بیمار به انتشار خبر بیماری و قطع عضوش بوده است که در اینجا به یک سنخ‌بندی از بیماران می‌رسیم: دسته‌ای که برایشان مطلع‌نشدن آشنایان و دیگران بسیار اهمیت داشت و به‌نوعی تمایل به محافظه‌کاری داشتند و دسته دیگر، افرادی که به این مسأله اهمیتی نداده و بیماری خود را افشا می‌کردند؛ بنابراین این دو گروه به‌عنوان مقوله‌های فرعی محافظه‌کاری و تمایل به افشا دسته‌بندی شدند. این مقوله یعنی رفتار فرد در برابر دیگران درباره اطلاع یا عدم‌اطلاع بیماری به آن‌ها، یادآور نظریه «تمایش» گافمن است که بر اساس آن، افراد دائماً در حال اجرای نمایش‌های مختلف هستند. نمایش‌هایی که هدفش افزایش منافع خود افراد و به حداقل رساندن ضرر است. کنشگران سعی دارند «خودی» را نشان دهند که تا حد امکان دلخواه و قدرتمند باشد.

۲-۲-۱ محافظه‌کاری: این مقوله بیانگر عدم‌تمایل به پخش خبر یا نارضایتی از پخش شدن اخبار بیماری است. در این وضعیت فرد به خاطر آگاهی دیگران معذب شده و سعی در فرار از دیده شدن دارد.

زیاد دوست نداشتم کسی خبردار بشه، فامیل که فهمید خیلی ناراحت شدم. از این که زن اول شوهرم بدون خدایا می‌ترسیدم، ولی فهمید و اذیتم کرد و کلاً معذب می‌شدم پیش کسانی که می‌فهمیدن من سینه ندارم. (سکینه ۴۹ ساله)

۲-۲-۲ تمایل به افشا: مقوله فرعی دیگری است که بیانگر عدم‌پنهان کردن بیماری و مشکلات از دیگران است و برخلاف گروه قبلی تمایل به ارتباط با دیگران و عیادت شدن از سوی آنها دارد.

وقتی آدما میومدن پیشم عیادت، بهم دلداری اینا می‌دادن، حالم بهتر می‌شد. مشکلی نداشتم با دوستنسون، ولی خوب، وقتی زیاد میومدن از این که خونه شلوغ، خسته می‌شدم. (کبرا ۴۳ ساله)

۲-۳ دوگانگی رفتار خانواده:

مقوله شیوه برخورد خانواده یکی دیگر از مقولات دووجهی است. در دوران بیماری، آن‌هم بیماری سختی همچون سرطان، شخص بیمار بسیار حساس بوده و هرچیزی ممکن است بر روحیه و روند بیماری‌اش اثرگذار باشد؛ بنابراین نقش خانواده بسیار بااهمیت است. وضعیت بیماران در اینجا یکسان نبوده است؛ درحالی‌که بخشی از افراد، حمایت‌های لازم عاطفی را از خانواده دریافت کرده‌اند، گروهی دیگر با عکس آن و عدم‌همراهی خانواده مواجه شده‌اند؛ به‌طوری‌که برخی از آن‌ها واژه «آزار» را برای شیوه رفتار دیگران با خود استفاده کرده‌اند.

۲-۳-۱ برخورداری از حمایت خانواده: این مقوله، نشانگر نوعی از حمایت و درک خانواده از بیماری است که نتیجه آن خرسندی از حمایت اطرافیان و رضایت از همسر و فرزندان بوده است. تجربه یکی از شرکت‌کنندگان از حمایت خانواده به این شرح است:

شوهرم می‌گفت: چرا انقدر ناراحتی می‌کنی؟ مهم منم که قبولت دارم، هیچ مشکلی با این وضعیت ندارم. خیلی دلداری می‌داد بهم. همه باهام خوب رفتار می‌کردن. (مریم ۵۰ ساله)

۲-۳-۲ عدم‌پشتوانه و حمایت، این مقوله، در مقابل مقوله حمایت‌گری خانواده قرار دارد. در این مقوله، بیشترین تأکید بر تغییر رفتار همسر و عدم درک وی از شرایط بیمار و فراتر از آن مداخله و آزار از جانب خانواده همسر بوده است که در نتیجه منجر به ایجاد احساس نبود پشتیبان شده است.

من شرایط مالییم خیلی بد بود، شوهرم تصادف کرده و فلج، من و بچه‌ها و شوهرم یک هفته خونه مامانم، یک هفته خونه مادرشوهرم، گاهی می‌شنیدم غر می‌زنن. جاری‌هام متلک مینداختن یا تو مراسمی جایی یه حرفایی می‌زدن دلم می‌شکست. خب، اینا همه از فرهنگ پایین شونه دیگه. نمی‌تونن درک کنن این بیماری ممکنه یه‌روز برای خودشون هم پیش بیاد، خلاصه کمکی جز خدا نداشتیم، نه عاطفی، نه روحی. (زهرا ۳۸ ساله)

(۳) نگرانی‌های فرد

همه‌ی زنانی که این بیماری را پشت سر گذاشته‌اند نگرانی‌ها و هراس‌هایی داشتند و همچنان دارند. به‌این ترتیب، مقوله‌ی اصلی این بخش را «نگرانی‌ها» در نظر گرفتیم که به نگرانی‌ها و ترس‌های بیماران اشاره می‌کند. در اینجا می‌توان به نظریه گافمن اشاره کرد که می‌گوید: تکنیک‌های بدن نقش مهمی ایفا می‌کنند، چراکه کسب تکنیک‌های بدن به ما اجازه می‌دهد تا به‌خوبی از عهده اوضاعی که ممکن است موجب اضطراب‌های بزرگ و خطرات محتمل شود، برآییم.

ترس‌ها و اضطراب‌های بیماران در این بخش به دو دسته تقسیم می‌شود: ترس برای خود و ترس برای دیگری. در بُعد ترس برای خود، اهمیت موضوع بیشتر در بحث ظاهر فرد، خود را نمایان می‌سازد که فرد واهمه آن را دارد که با جراحی ظاهر مقبول اجتماعی پیشین خود را از دست دهد. علاوه بر این، عدم‌آمدگی فرد برای عمل جراحی نیز خود را در قالب ترس از عمل نشان می‌دهد که بیش از آن که ناشی از ترس در تغییر ظاهر باشد، ناشی از گفتمان دردناک‌بودن عمل و تبعات آن است که در جامعه وجود دارد. اشکال مختلف ترس‌ها و نگرانی‌هایی که شرکت‌کنندگان تجربه می‌کنند، در چند مقوله متمایز به شرح زیر قابل دسته‌بندی است:

۱-۳ ترس از درمان: استرس و احساس منفی، نگرانی و اضطراب برای درمان و ترس از جراحی جزء موارد مورد اشاره در این بخش بوده است؛

به من گفتن باید عمل کنی. همونجا زدم زیر گریه، تا ۲ ماه، کار من گریه‌کردن بود. من خیلی ترسو بودم. از جراحی خیلی می‌ترسیدم. (زهرا ۴۲ ساله)

(۲) نگرانی از تغییر ظاهری: از آنجایی که بخش‌هایی از جامعه نسبت به وضعیت ظاهری بیماران سرطانی نوعی دید منفی دارند، همین امر موجبات ناراحتی زنان برای تغییر ظاهری و نگرانی از ریزش مو را فراهم کرده است؛

(۳) نگرانی برای فرزندان: در بُعد ترس برای دیگری نیز این دیگری بیشتر فرزندان به‌خصوص دختران محسوب می‌شوند که ممکن است به دلیل وراثت دچار بیماری شوند که این نیز ریشه در عدم‌آگاهی پیش‌گفته دارد که این افراد اطلاع کافی ندارند که می‌توان با اقداماتی ابتلا به بیماری یا روند پیشروی آن را کنترل کرد. این ترس فقط محدود به احتمال بیماری نبوده و سایر وجوه زندگی فرزندان به‌خصوص تحصیلات آن‌ها را نیز در برمی‌گیرد. ریشه این امر را نیز باید در تعریف نقش کمک‌معلمی مادر در جامعه دانست که مادر را یگانه محصول رسیدگی به فرزندان می‌داند و برای پدر چندان نقشی قائل نیست. البته نقش مادری در خانواده نیز که به سبب بیماری دچار اختلال شده است، می‌تواند بر شرایط روحی فرزندان و بالطبع وضعیت تحصیلی آن‌ها تأثیر بگذارد.

فقط واسه بچه‌هام ناراحت بودم. از این که هنوز بچه‌هامو جابجا نکردم و بزرگ شدن، و از این که خدای نکرده، دخترم هم بیماری منو بگیره، خیلی ناراحت بودم. (هاجر ۴۴ ساله)

۴) پیامدهای رفتاری دوگانه:

۴-۱ مواجهه با قضاوت دیگری:

این بخش نیز با بخش پیشین و مقوله قبلی مرتبط بوده و مانند آن، مصاحبه‌شوندگان به دو گروه تقسیم می‌شوند. کسانی که روابطشان بعد از جراحی و بیماری محدودتر شده یعنی به بیانی دیگر، خانه‌نشینی و انزوا را ترجیح داده‌اند و دسته دوم کسانی هستند که خودشان را محدود نکرده و به تعاملات روزمره و معمولشان ادامه داده‌اند. زنان در دسته اول، از کنجکاوی و ترس و حرف‌ها و حتی احوال‌پرسی‌ها، آزرده‌خاطر می‌شدند و زنان دسته دوم، بیش‌تر تلاش می‌کردند که افراد و دیدگاه‌های‌شان را نادیده گرفته، بیش‌تر به خود اهمیت دهند.

در این بخش، همچون بخش پیشین، ارجاع به نظریه گافمن ضروری به نظر می‌رسد. گافمن معتقد است که ظاهر فرد برای خود او و دیگران قابل‌رویت و نمایش است و می‌تواند به‌عنوان نشانه‌ای برای تفسیر کنش به کار رود. در نتیجه، بدن وسیله‌ای عملی برای کنار آمدن با اوضاع و احوال بیرونی است و برای تولید و بازتولید روابط اجتماعی و هویت‌مان باید بتوانیم نظارتی مداوم و موفق بر چهره و بدن خود دارا باشیم. بیماران در رفتار خود با دیگران دو گونه استراتژی در پیش می‌گیرند: محدودیت ارتباطات و عدم محدودیت که در هر دو وضعیت فرد باید بر حالات چهره و بدن خود نظارت داشته باشد.

۴-۱-۱ انزوا: در این مقوله فرد دچار ترس و رنجش از قضاوت و کنجکاوی یا ترس دیگران به دلیل حرف‌های آنها شده و ترجیح می‌دهد تعاملات خود را محدود کرده و به نوعی به انزوای خودخواسته روی می‌آورد؛

از این که دیگران حالمو می‌پرسیدن یا می‌گفتن آخی، چرا مریض شدی، دلسوزی می‌کردن، بدم میومد. خیلی اذیت می‌شدم، سخت بود. می‌گفتن آخی، این که سنی نداره، چرا سرطان گرفت و اینا، خیلی سخت می‌شد، واسه همین، کم‌تر بیرون می‌رفتم. (هاجر ۴۴ ساله)

۴-۱-۲ صراحت و گشودگی در تعامل^۱: برعکس مورد پیشین در این وضعیت بیماری بر روابط اجتماعی و تعاملات بیمار تأثیر نگذاشته و فرد سعی می‌کند یا توجهی به اطرافیان نداشته باشد و دلسوزی و دل‌داری دیگران را پذیرا باشد.

من روابطمو محدود نکردم، همه‌جا می‌رفتم. کلاه می‌ذاشتم و همیشه روسریمو کلیپس می‌زدم و می‌رفتم بیرون. اصلاً هم به اطرافیانم توجه نمی‌کنم. رفت‌وآمدم با همسایه‌هام بیشتر شد. باهاشون خوبم، دل‌داریم میدن، بهم کمک می‌کنن. (ربابه ۴۴ ساله)

۴-۲ پیامدهای جنسی:

یکی از مهم‌ترین مقوله‌های موجود در این پژوهش، مقوله «رابطه جنسی بیماران» است که در طول مصاحبه هیچ اشاره‌ای به آن نشد. در نتیجه مصاحبه‌گر، تا انتهای مصاحبه در تلاش بود تا بتواند با ایجاد صمیمیت بیشتر با بیمار، اعتمادش را جلب نماید تا بتواند کیفیت رابطه جنسی او را نیز جویا شود و به‌این ترتیب، پاسخ‌های صریح و آشکاری را دریافت نماید. این مقوله به دو مقوله فرعی تقسیم شد: اکثریتی که میل جنسی‌شان به علت مصرف دارو یا تزریق آمپول برای جلوگیری از عادت ماهانه کاسته شده، کمتر از

^۱. Openness

گذشته رابطه زناشویی را تجربه کرده یا بی‌حوصله‌تر از گذشته‌اند. درحالی‌که اقلیتی نیز تلاش نموده تا همسرانشان را راضی کنند و به‌عبارتی‌دیگر بیان داشتند که سرطان تأثیری بر میل جنسی آن‌ها نگذاشته است.

۴-۲-۱ اختلال در رابطه جنسی: این مقوله تأکید بر اختلال در رابطه جنسی، کاهش میل جنسی، کاسته‌شدن از تعداد دفعات رابطه جنسی، تغییر رفتار همسر به خاطر کم‌شدن میل جنسی بیمار، ترس و عدم‌توفیق در رابطه جنسی، قطع‌شدن رابطه جنسی، معذب‌بودن در رابطه جنسی در بارهای اول پس از جراحی و رضایت از اختلال در رابطه جنسی از سوی همسر دارد؛

راستش من حسم کم‌تره، نمیدونم چرا؟ تأثیر داروئه، چیه؟ اصلاً میلم نمی‌کشه، بی‌حس شدم قشنگ، حالا شوهرم میاد سمتم، سعی می‌کنم خوب باشم، ولی خب، مثل قبل نیستیم. (حدیثه ۳۰ ساله)

۴-۲-۲ تلاش برای برگرداندن میل جنسی و برگشت به گذشته: در ادامه مقوله قبلی برخی بیماران تلاش دارند تا نیاز همسر را برطرف کرده و مجدداً رضایت از رابطه جنسی را ایجاد کنند. برخی دیگر هم برعکس گروه قبل همچنان احساس آرامش در حین رابطه جنسی داشته و بیماری تأثیری بر روابط جنسیشان نداشته است.

رابطه جنسی منو شوهرم خیلی خوب بود قبل بیماریم، من می‌رفتم سمتش. ولی تو بیماریم یکمی من کم‌حوصله شدم، اون میومد سمت من، ولی وقتایی که هست رابطه داریم و خوبه همه چی، وقتایی که هست احساس آرامش دارم. (شهربانو ۴۰ ساله)

۴-۳ احساس شرم:

«شرم از نقص عضو» یکی دیگر از مقولات این پژوهش است که پس از کدگذاری به دست آمد. نیمی از مشارکت‌کنندگان این پژوهش اعلام کرده‌اند که از وضعیت ظاهری خود ناراضی‌اند و از این‌که سینه‌شان قطع شده احساس شرم و خجالت می‌کنند. برخی از آن‌ها به راهکارهایی از جمله پروتز مصنوعی یا پوشاندن محل جراحی با پوشش و حجاب روی آورند. برخی نیز مسأله‌شان در داخل منزل بوده است و از این‌که خود را در آینه می‌بینند احساس ناخوشایندی دارند و یا در حضور همسرانشان احساس خجالت می‌کنند که البته این امر بعد از مدتی برای‌شان عادی می‌شود و با این مسأله کنار می‌آیند.

یک طرف همش بزرگتره، تو لباس کچه، بالا پایینه یا یک طرف بزرگه یک طرف کوچیک، پارچه اینا می‌ذارم پُرش می‌کنم ولی با این حال، واضحه این‌ور کوچیک‌تره، خالیه. (معصومه ۴۵ ساله).

۴-۴ تنگنای اقتصاد درمان:

«نابسامانی اقتصادی» یکی از مقوله‌های این پژوهش است که اکثر مشارکت‌کنندگان از آن حرف به میان آوردند. در آن وضعیت سخت روحی و جسمی یکی از داغ‌هایی که به‌شدت بر روح و جسم بیمار تأثیر می‌گذارد هزینه بیماری است و این‌که بیمار، خانواده و همسرش را در وضعیت سخت و فشار ببیند. هزینه‌های اقتصادی این بیماری زیاد است ولی با این حال، از سال‌های اخیر و بیماری‌هایی که در دوران جدیدتر جراحی کردند وضعیت را بهتر عنوان می‌کنند و می‌گویند انجمن حمایت از بیماران سرطانی باری را از دوش خانواده‌های بیمار برداشته و نیمی از هزینه دارو و جراحی را متقبل می‌شود. بر این اساس، این مقوله به دو بخش فشار بر خانواده و عدم‌توانایی در پرداخت تقسیم گردید.

۴-۶-۱ فشار اقتصادی بر خانواده: مورد پرتکرار در بین بیماران هزینه بسیار بالا درمان و دشواری در پرداخت‌های مربوط به آن بوده است؛ به خصوص گران بودن داروها در این بسیار تأثیرگذار بوده است که موجب نگرانی‌های برای بیماران شده است. این امر از این لحاظ حائز اهمیت است که بیشتر این زنان خانه‌دار و فاقد شغل بوده‌اند و تأمین هزینه‌ها با مرد خانوار بوده است؛ لذا این وضعیت منجر به احساس سربار بودن در این زنان شده است؛

شوهرم سختی می‌کشید، کارگری می‌کرد. من می‌دیدم نداره که بده. از برادرشوهرم قرض می‌کرد، آخرشم مجبور شدیم یه زمین داشتیم اونو بفروشه تا خرج دوا درمونه منو بده. (زهره ۴۲ ساله)

۲) عدم توانایی در پرداخت: از همین رو است که بخش عمده‌ای از این زنان و خانواده‌های‌شان به کمک‌های مردمی، کمک‌های اهدایی نهادها بوده و حتی برخی از آن‌ها با کمک خیرین گذران زندگی می‌کنند.

وضع مالی من صفره، شوهرم تو کمپه، منم قبل بیماری کارگری مردمی می‌کردم. ولی الان فقط با کمک دیگران می‌گذروم. همسایه‌ها و آدم‌های خیر برا من و بچم خرید می‌کنن یا خونمو درست می‌کنن، با همینا زندگی مو می‌گذروم. (شهربانو ۴۰ ساله)

۵) مقوله هسته

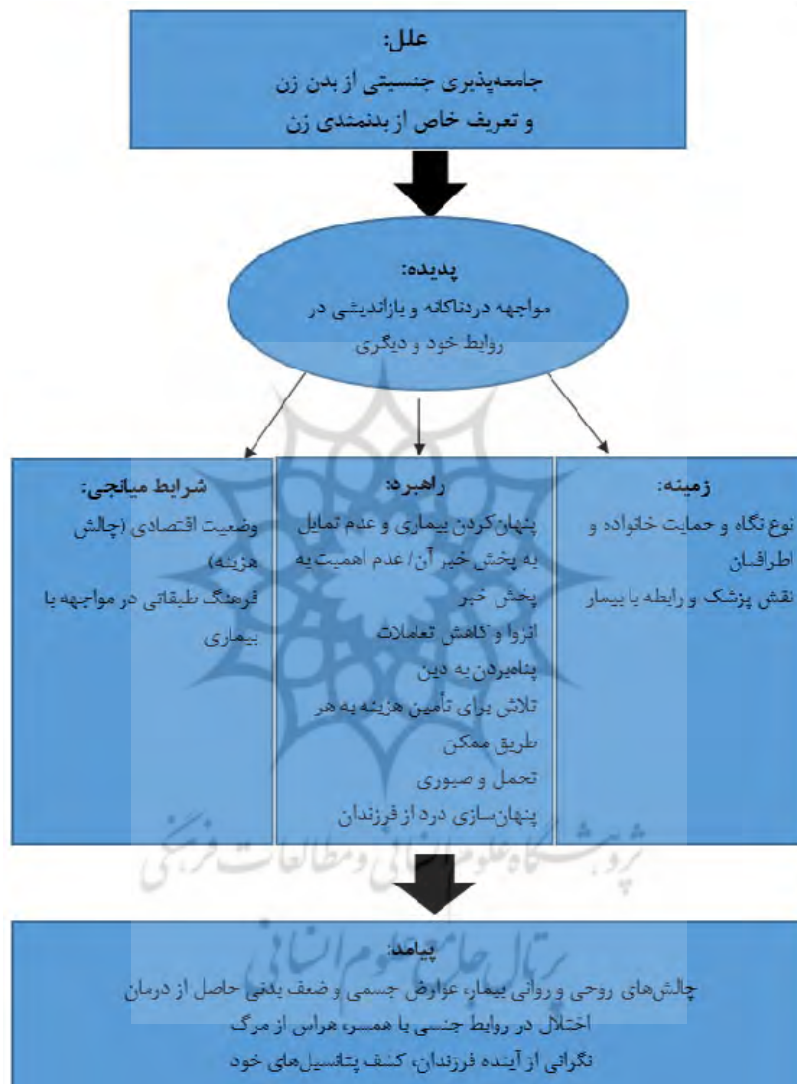
در کدگذاری گزینشی که مرحله نظریه‌پردازی به شمار می‌رود، مفاهیم باید به‌طور منظم به یکدیگر مرتبط شوند. کدگذاری انتخابی براساس نتایج کدگذاری باز و محوری، مرحله اصلی نظریه‌پردازی است. بر این اساس «مواجهه دردناک و بازاندیشی در روابط خود و دیگری» به‌عنوان مقوله محوری در مقولات مربوط به سرطان پستان انتخاب شده است که به تفکیک واژه‌ها و ارتباط مقولات با آن، به توضیح آن می‌پردازیم. به‌این ترتیب، از نه مقوله‌ای که از جمع‌آوری داده‌ها و مصاحبه‌ها و تحلیل آن‌ها به دست آمد، مقولات «شوک‌زدگی، شناخت و پذیرش»، «پیشینه زیستی»، «ترس و نگرانی» و «احساس شرم» به مفهومی برمی‌گردد که ما آن را «مواجهه‌ی دردناکانه» نامیدیم. مواجهه با بیماری یک مواجهه‌ی دردناک و تلخ است که بیمار به‌طور ناگهانی از آن مطلع می‌شود. عدم‌آگاهی زنان از این‌که با خودسنجی و معاینه خود می‌توانستند زودتر از بیماری خود مطلع شوند و به درمان کمک کنند، رویارویی با بیماری را دردناک می‌کند. سابقه سرطان و درگیری خانواده فرد با این بیماری در گذشته، یادآور تلخی و رنج است و تجربه دوباره آن برای خود فرد و درگیری ذهن از وراثتی بودن و مبتلاشدن دیگر اعضای خانواده باز هم مواجهه با بیماری را تلخ‌تر می‌سازد.

مواجهه‌ی دردناکانه شامل مفاهیم دیگری مثل نگرانی‌های بیمار از جمله ترس از تغییر ظاهری، ترس از درمان و نگرانی از آینده فرزندان می‌شود که این‌ها همگی مقوله چالش روانی و جسمی و خانوادگی را نشان می‌دهند. آگاهی به عوارض درمان و عوارضی که شیمی‌درمانی در پی خواهد داشت بر نگرانی و استرس بیمار می‌افزاید و بازهم مواجهه‌ی دردناکانه و سخت برای بیمار به همراه دارد. در تصمیمی که فرد برای پخش خبر بیماری‌اش یا عدم‌مطلع کردن دیگران، عادی بودن یا منزوی شدن، در ارتباط بودن با دیگران یا قطع تعاملات می‌گیرد، بیمار یک نوع بازاندیشی در خود، جسمش و در رابطه با فرزندان و همسرش انجام می‌دهد تا به یک نتیجه برسد.

جدول ۲- مقولات و مفاهیم استخراج‌شده از مصاحبه‌ها

مفهوم	زیر مقولات	مقوله
مفاهیم		
سابقه سرطان و فوت اعضای خانواده، احتمال درگیری هر دو سینه برای بیماران دارای سابقه ارثی سرطان	وراثتی‌بودن سرطان	پیشینه زیستی
غافلگیری، غیرمنتظره، عدم باور و قبول بیماری	عدم باور	شوک‌زدگی، شناخت و پذیرش
مرحله کشف بیماری، مراحل درمان، آشنایی با بیماری، مسیر درمان	کشف و مقابله	
استرس و احساس منفی، نگرانی و اضطراب برای درمان، ترس از جراحی	ترس از درمان	
ناراحتی برای تغییر ظاهری، نگرانی از ریزش مو، ترس از تغییر	نگرانی از تغییر ظاهر	
نگرانی از ارثی‌بودن بیماری و گرفتارشدن فرزندان دختر، نگرانی برای بلانکلیفی فرزندان، نگرانی از وضعیت تحصیلی کودکان	نگرانی برای فرزند	ترس و نگرانی
تحمل و صبوری بیمار، عدم واکنش به درد	خویشتنداری	
عدم تمایل به پخش خبر، نارضایتی از پخش شدن اخبار بیماری، معذب‌بودن به خاطر آگاهی دیگران، فرار از دیده‌شدن	محافظه کاری	دوراهی-پنهان‌سازی-افشا
عدم پنهان کردن بیماری، عدم پنهان کردن مشکلات از دیگران، تمایل به دیدن ملاقاتی	تمایل به افشا	
ترس از قضاوت‌شدن، رنجیدن از کنجکاوی دیگران، رنجش از تحمّل دیگران، آشفتگی و آزار بیمار از حرف‌های دیگران، محدود کردن تعاملات، عدم تمایل به خارج شدن از منزل، ظاهرسازی	انزوا	مواجهه با قضاوت دیگری
عدم تأثیر بر روابط اجتماعی، عدم محدودیت تعاملات، عدم توجه به اطرافیان و محدود نکردن خود، رضایت از دلسوزی و دلداری دیگران	صراحت و گشودگی در تعامل	
استراتژی فرد برای پرکردن خلأهای ظاهری، احساس خجالت از نداشتن سینه، اهمیت به زیبایی، پوشاندن عضو با حجاب و پوشش	شرم از نقص عضو	احساس شرم
حمایت و درک خانواده، حمایت فرزندان، خرسندی از حمایت اطرافیان، حمایت و عشق همسر، درک و رضایت از فرزندان	برخورداری از حمایت خانواده	دوگانگی رفتار خانواده
تغییر رفتار همسر، آزار از جانب خانواده همسر، آزار توسط خانواده، عدم درک و همراهی همسر، نداشتن سرپرست و پشتیبان	عدم‌پشتوانه و حمایت	
کاهش میل جنسی، کاسته شدن از تعداد دفعات رابطه جنسی، تغییر رفتار همسر به خاطر کم شدن میل جنسی بیمار، ترس و عدم توفیق در رابطه جنسی، قطع شدن رابطه جنسی، معذب‌بودن در رابطه جنسی در بارهای اول رابطه، رضایت از اختلال در رابطه جنسی از سوی همسر	اختلال در رابطه جنسی	پیامدهای جنسی
تلاش برای برگشت به گذشته، عدم تأثیر بر روابط جنسی	تلاش برای برگشت به گذشته	
هزینه بسیار بالا، دشواری در پرداخت، گران بودن داروها	فشار اقتصادی بر خانواده	تنگنای اقتصاد درمان
بهره از کمک‌های مردمی، کمک از نهادها، گذران زندگی با کمک خیرین	عدم‌توانایی در پرداخت	

مقولاتی مانند «افشاسازی برای دیگری»، «مواجهه با قضاوت دیگری»، «مواجهه با رفتار دیگری»، «پیامدهای جنسی» و «اقتصاد درمان» در مفهومی با عنوان «روابط خود و دیگری» تلخیص شد که تعامل و رفتار بیمار با خانواده و حتی خودش را نشان می‌دهد. بر اساس آنچه در بالا آمد می‌توان الگوی پارادایمی زیر را از یافته‌ها ترسیم کرد.



شکل ۱- الگوی پارادایمی پژوهش

چارچوب نظری که در راستای موضوع پژوهش آورده‌ایم با بیشتر نتایج و یافته‌های این پژوهش هم‌راستا هستند. این مفاهیم به‌سادگی یادآور نظریه «داغ‌ننگ» گافمن است. داغ‌ننگ به معنای شکاف بین آنچه یک کنشگر باید باشد یعنی هویت اجتماعی بالقوه و آنچه عملاً هست یعنی هویت اجتماعی بالفعل است. هر کنشگری که بین این دو هویتش شکافی ایجاد شده باشد، داغ‌خورده است (ریترز و گودمن، ۱۳۹۰: ۳۳۵).

ترنر توجه تجاری و مصرفی به بدن را به‌عنوان نشانه‌ای از زندگی خوب و شاخصی از سرمایه فرهنگی در جوامع مدرن می‌داند که توجه به زیبایی بدن، انکار بدن سالخورده، دوری از مرگ، اهمیت ورزش و ارزش دادن به بدن در جوامع، از پیامدهای آن است. این نظریه نیز اشاره به افراد مورد مطالعه‌ای دارد که به دنبال پروتز و ترمیم و زیبایی عضو ازدست‌داده می‌روند (ذکایی، ۱۳۸۶: ۱۴۴).

در حوزه نظریه‌های سلامت اجتماعی، «کییز» سلامت اجتماعی را ترکیبی از چند عامل (پذیرش، مشارکت، یکپارچگی، شکوفایی و پیوستگی) می‌داند که هر کدام این‌ها دچار مشکل یا توقف شود، سلامت اجتماعی شخص درخطر می‌افتد. همچنین به گفته گیدنز، زنان بیشتر بر اساس ویژگی‌های جسمانی‌شان مورد قضاوت قرار می‌گیرند و احساس شرمساری نسبت به بدنشان ارتباط مستقیمی با انتظارات جامعه دارد. به همین جهت، پستان یکی از مهم‌ترین اعضا در بدن زنان است که بر نمایش تصویر مطلوب از زن نقش اساسی دارد.

برایان ترنر در کتاب «بدن و جامعه» (۲۰۰۸) از توجه تجاری و مصرفی به بدن سخن می‌گوید که این توجه نشانه‌ای از زندگی خوب و شاخصی از سرمایه فرهنگی در جوامع مدرن و پسا صنعتی است که توجه به زیبایی بدن، انکار بدن سالخورده و ناقص، طرد مرگ و اهمیت به ورزش و تناسب بدن از پیامدهای آن است. همچنین گیدنز توجه به بدن را جستجویی برای هویت می‌داند و معتقد است خودآرایی و تزئین با پویایی شخص در ارتباط است. این موضوع در مورد زنانی صدق می‌کند که عمل پروتز انجام داده‌اند و یا در فکر آن هستند. گیدنز معتقد است که احساس شرمساری نسبت به بدن در زنان، رابطه مستقیمی با انتظارات جامعه دارد و زنان بر اساس ویژگی‌های جسمانی‌شان مورد قضاوت قرار می‌گیرند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از تحقیق حاضر، بررسی جامعه‌شناسانه معنای سرطان و تبعات جراحی و قطع عضو در نزد زنان مبتلا به سرطان پستان با استفاده از روش کیفی بوده است. بر اساس مقوله‌های شناسایی شده از مصاحبه با افرادی که سرطان را پشت سر گذاشته‌اند، یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که در روند بیماری سرطان و مبتلایان به آن مقوله‌هایی مانند شوک‌زدگی شناخت و پذیرش، پیشینه وراثتی، ترس و نگرانی، دوره‌ای پنهان‌سازی-افشا، مواجهه با قضاوت دیگری، احساس شرم، دوگانگی واکنش خانواده، پیامدهای جنسی و تنگنای اقتصاد درمان بیانگر این تجربه هستند. بر اساس یافته‌های پژوهش، ارائه الگوی زمینه‌ای در نظریه داده بنیاد، «مواجهه دردناک و بازاندیشی در روابط خود و دیگری» به‌عنوان مقوله محوری این تحقیق بر مبنای شرایط علی «تعریف اجتماعی از بدن زن» محقق شده است. «حمایت خانواده و ارتباط با دیگران» به‌عنوان بستر به همراه راهبردهای «پنهان یا عدم‌پنهان کردن بیماری، انزوا و کاهش تعاملات، تأمین هزینه و مشکلاتش» تبیین شده است.

در فرهنگ عمومی جامعه ما، سرطان واژه‌ای ترسناک است چه برای مردان و چه برای زنان. در فرهنگ جامعه ما، به‌صورت بیمارگونه‌ای، زنان را بر اساس سرمایه بدنی‌شان قضاوت می‌کنند. آمارهای سرسام‌آور از انواع جراحی‌های پلاستیک در کشور ما، بیانگر این مسأله است. اگر بیماری خوفناکی چون سرطان، اندامی را درگیر کند که هم برای هویت اجتماعی فرد و هم برای ادامه کارکردهای زندگی خانوادگی از جمله همسرمداری مشکل ایجاد کند، آنگاه می‌توان پی برد که چه رنجی، ناگهان زن مبتلا را در کام خود فرو می‌برد. وجه تراژیک‌تر ماجرا وقتی رخ می‌نماید که این زن از طبقه پایین جامعه باشد و مجبور باشد برای امرارمعاش خانواده و فرزندانش کار کند و تنها ابزار این کار یعنی بدنش درگیر بیماری سختی شود و از کار و معاش‌اش باز بدارد. بیماری که فرآیند درمان آن هم با درد جسمی همراه است و هم هزینه‌های بالایی را بر فرد تحمیل می‌کند؛ هم رابطه‌اش با همسر و سایه سرش را دچار مشکل می‌کند و هم وحشت مرگ بر روح او سایه می‌افکند؛ و شاید رنج‌آورتر از هر چیزی فشار عواطف مادرانه به هنگام نگاه به فرزندان خردسالی است که معاش

امروزشان با مضيقه همراه است و هولناکی ابهام آینده‌ای که او بر سر آن‌ها خواهد بود یا نه. در چنین شرایطی نهادهای حمایتگر معنا می‌یابند.

پی‌نوشت

سؤالات زیر، نقش راهنما در فرآیند مصاحبه داشت و باتوجه به روند مصاحبه و یافته‌های حاصل از کدگذاری مصاحبه‌های پیشین سعی می‌شد، سوالات متنوع‌تر و جزئی‌تری از مصاحبه‌شوندگان پرسیده شود. برخی سوالات نیز مستقیماً پرسیده نمی‌شدند و سعی بر آن بود با توجه به فضای مصاحبه و غیرمستقیم مطرح شوند. بنابراین روند سؤال پرسیدن از مصاحبه‌شوندگان لزوماً به همین ترتیب نبوده است.

- ۱- به چه نحو از بیماری خود آگاه شدید و واکنش اولیه شما به این خبر چه بود؟
- ۲- واکنش خانواده به خصوص همسران به بیماری چه بود؟
- ۳- مهم‌ترین نگرانی شما پس از آگاهی به بیماری و یا در طی دوره درمان چه بود؟
- ۴- بیماری چه تأثیری بر روابط اجتماعی شما داشت؟
- ۵- بیماری چه تأثیری بر روابط درون خانوادگی شما به خصوص با همسران داشت؟
- ۶- پس از جراحی چه نگرانی‌های در مورد بدن خود داشتید؟ و چگونه بر این نگرانی خود فائق آمدید؟
- ۷- پس از جراحی تغییرات بدنی شما چه تأثیری بر روابط اجتماعی شما داشت؟

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله در رشته پژوهش علوم اجتماعی است که در دانشگاه حکیم سبزواری به انجام رسیده است. نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی خود را از تمام زنان مبتلا به سرطان که به ما اعتماد داشتند و در این پژوهش ما را همراهی کردند، به جا می‌آورند. همچنین از نظرات اصلاحی داوران پایان‌نامه و داوران ناشناس مقاله حاضر سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

- آقابخش، حبیب و راشدی، اسماعیل (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و مقابله با بیماری سرطان، پژوهش‌نامه مددکاری اجتماعی، ۱۱(۱)، ۳۸-۱. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2015.631>
- استرواس، انسلم و کوربین، جولیت (۱۳۸۷). اصول روش تحقیق کیفی: نظریه‌مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها، (ترجمه بیوک محمدی)، تهران: انتشارات پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- اصفهان‌ی، پروانه؛ زارع حسینی، سیده محبوبه و شمسایی، منیره (۱۳۹۹). شیوع افسردگی در زنان ایرانی دارای سرطان پستان: متاآنالیز، افق دانش، ۲(۲۶)، ۱۷۳-۱۸۱. <http://doi.org/10.32598/hms.26.2.3207.1>
- اینانلو، مینا (۱۳۹۵). بساخت بدن: جامعه‌شناسی سبک‌های مدیریت بدن جوانان، تهران: نشر جامعه‌شناسان، چاپ اول.
- بک، اولریش (۱۳۹۷). جامعه خطر: به سوی مدرنیته‌ای نوین، (ترجمه رضا فاضل و مهدی فرهنگ‌نژاد)، تهران: نشر ثالث، چاپ اول.
- بیکر، تریال (۱۳۹۴). نحوه انجام تحقیقات اجتماعی، (ترجمه هوشنگ نایی)، تهران: نشر نی، چاپ هشتم.
- ترنر، برایان (۱۳۸۱). شرق‌شناسی پست‌مدرنیسم و جهانی‌شدن، (ترجمه غلام کیانی و محمدرضا تاجیک)، تهران: مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری و فرهنگ گفتمان.

- حیبی، مجتبی؛ سلمانی، خدیجه؛ امانی، امید و رافضی، زهره (۱۳۹۴). مقایسه تجارب معنوی و تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پرتودرمانی و همتایان عادی، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۱)، ۵۵-۵۰. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-448-fa.html>
- خسروی علیا، طیبه و فلاح چای، سیدرضا (۱۳۹۶). بررسی رابطه مقابله زوجی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان در شیراز، فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۱۰(۴)، ۶۷-۵۹. <http://ijbd.ir/article-1-667-fa.html>
- ذکایی، محمدسعید (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی جوانان، تهران: نشر نی.
- رفائی سعیدی، نسرين، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا، اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد، و کارشکی، حسین. (۱۳۹۷). پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در ایران: مرور نظام‌مند متون پژوهشی. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۸(۴)، ۹۸۶-۹۹۹. <http://jabs.fums.ac.ir/article-1-1727-fa.html>
- ریتزر، جورج (۱۳۷۹). نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، (ترجمه محسن ثلاثی)، تهران: نشر علمی.
- ریتزر، جورج و گودمن، داگلاس (۱۳۹۰). نظریه جامعه‌شناسی مدرن، (ترجمه خلیل میرزایی و عباس لطفی‌زاده)، تهران: جامعه‌شناسان، چاپ اول.
- سجادی‌هزروه، محبوبه و خادمی، مژگان (۱۳۸۸). سرطان پستان: یک مطالعه پدیدارشناسی، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۲(۱)، ۳۹-۲۹. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-100-fa.html>
- سفیری، خدیجه، ودادهیر، ابوعلی، و طالبی اردکانی، سمیه. (۱۳۸۸). برساخت اجتماعی و فرهنگی مساله اجرای مهریه در ایران: (مطالعه کیفی انگیزه‌های زنان شیرازی از به اجرا گذاردن مهریه‌های خود). فصلنامه علوم اجتماعی، ۱۶(۴۴)، ۱۲۱-۸۹. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.17351162.1388.16.44.3.4>
- عطادخت، اکبر؛ نیرمانی، محمد؛ صنوبر، لاله و بشرپور، سجاد (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی تن آرامی پیش‌رونده عضلانی و موسیقی‌درمانی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به سرطان پستان، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۴۰)، ۲۱۵-۲۲۵. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-398-fa.html>
- علاقبند، مریم، ثروت، فرخ لقا، و زارع پور، فاطمه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. طلوع بهداشت، ۱۵(۲)[۵۶]، ۱۷۵-۱۸۵. <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-2205-fa.html>
- فاضلی، نعمت اله، و فیضی، عادل. (۱۳۹۱). برساخت اجتماعی سرطان سینه: مطالعه موردی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تبریز. مطالعات اجتماعی - روان‌شناختی زنان، ۱۰(۲)[۳۱]، ۵۱-۸۳. <https://doi.org/10.22051/jwsps.2012.1426>
- فلیک، اووه (۱۳۹۹). درآمدی بر روش تحقیق کیفی، (ترجمه هادی جلیلی)، تهران: نشر نی، چاپ یازدهم.
- قربانی، یاسمن؛ لطفی کاشانی، فرح؛ اکبری، محمداسماعیل، و وزیر، شهرام (۱۳۹۷). مقایسه رابطه والدگری و خود کارآمد پنداری در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم، علوم روان‌شناختی، ۱۷(۶۶)، ۲۵۹-۲۷۰. <http://psychologicalscience.ir/article-1-120-fa.html>
- کریگان، کیت (۱۳۹۶). جامعه‌شناسی بدن، (ترجمه محسن ناصری‌راد)، تهران: نقش و نگار.
- گافمن، اروینگ (۱۳۸۶). داغ ننگ، (ترجمه مسعود کیان‌پور)، تهران: نشر مرکز، چاپ اول.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۵). تجدد و تشخص، جامعه و هویت جدید در عصر جدید، (ترجمه ناصر موفقیان)، تهران: نشر نی.

- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی، (ترجمه حسن چاوشیان)، تهران: نشر نی.
- لوبرتون، دیوید. ل (۱۳۹۸). جامعه‌شناسی بدن، (ترجمه ناصر فکوهی)، تهران: ثالث.
- لوپز، خوزه و اسکات، جان (۱۳۸۵). ساخت نظریه اجتماعی، (ترجمه حسین قاضیان)، تهران: نشر نی.
- مرعشی، طیبیه؛ طاهریانفر، زهرا؛ اعتماد، کوروش و رخشا، امین (۱۳۹۷). بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۹۵. فصلنامه بهداشت، ۱(۱)۶، ۸-۱.
<https://doi.org/10.22037/jhf.v6i1.19127>
- مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳). گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- فصیحی‌هرندی، طیبیه؛ انوشه، منیژه؛ غفرانی‌پور، فضل‌الله؛ منتظری، علی؛ احمدی، فضل‌الله؛ محمدی، عیسی و نیک‌نامی، شمس‌الدین (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کیفی، پایش، ۱(۱)۱۱، ۷۳-۸۱.
<http://payeshjournal.ir/article-1-485-fa.html>
- وبسایت جامعه خبری تحلیلی الف (۱۶ بهمن ۱۴۰۱)، آمارهای تلخ از شیوع سرطان در ایران، به نشانی:
<https://www.alef.ir/news/4011116096.html>
- Aghabakhshi, H. and Rashedi, E. (2014). Social Support in Fighting Cancer. *Journal of Social Work Research, 1*(1), 1-38. [In Persian]. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2015.631>
- Alagheband, M., Servat, F. and Zarepour, F. (2015). Investigation of the Relationship between Quality of Life and Life Expectancy in Patients with Breast Cancer. *Toloo-e Behdasht, 15*(2[56]), 175-185. [In Persian]. <http://tbi.ssu.ac.ir/article-1-2205-en.html>
- Alaloul, E., Elshami, M., Khader, E., Abu Nemer, H., Alhelu, A., Awad, I., Baraka, H., Böttcher, B., and Elessi, K. (2019). Impact of Mastectomy on Quality of Life in Female Patients with Breast Cancer in the Gaza Strip: A Cross-Sectional Study, *The Lancet, 393*(S5).
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30591-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30591-4).
- Alef Website (16 February 2022), Bitter statistics of the prevalence of cancer in Iran, Website of Alef Analytical-News Society [In Persian]. <https://www.alef.ir/news/4011116096.html>
- Alsanad, H., Alrasheed, L., R Alkharji, R., Mohd Zin, N. K., Alzahrani, A., & T Alshareeda, A. (2021b). The impact of mastectomy on self-concept and social life: Decisional conflicts for breast reconstruction. *Journal of Cancer Science and Clinical Therapeutics, 5*, 496-511.
<https://doi.org/10.26502/jcsct.5079133>
- Atadokht, A., Narimani, M., Senobar, L. and Beshrpour, S. (2015). The Comparison of the Effectiveness of Progressive Muscular Relaxation and Music Therapy on the Sleep Quality of Patients with Breast Cancer. *Journal of Research in Behavioral Sciences, 13*(2), 215-225. [In Persian]
<http://rbs.mui.ac.ir/article-1-398-en.html>

- Baker, T.L. (2014). *How to Conduct Social Research*, (Translated to Persian by H. Nayebi), Tehran: Ney Publication, 8th edition. [In Persian].
- Beck, U. (2017). *Risk Society: Towards a New Modernity*, (Translated to Persian by R. Fazel and M. FarhamandNejad), Tehran: Sales Publication. [In Persian].
- Bourdieu, P. (2015). *Forms of Capital: General Sociology, Volume 3: Lectures at the Collège de France 1983 – 84*, Polity Press.
- Crossley, N. (1995). Body techniques, agency and intercorporeality: On Goffman's Relations in Public. *Sociology*, 29(1), 133-149. <https://doi.org/10.1177/0038038595029001009>
- Fasihi Harandy, T., Anoosheh, M., Ghofranipour, F., Montazeri, A., Ahmadi, F., Mohammadi, E. & Niknami, Sh. (2012). Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: A qualitative study. *Payesh*, 11(1), 73-81. [In Persian], <http://payeshjournal.ir/article-1-485-en.html>
- Fazeli, N. & Feyzi, A. (2011). Social construction of breast cancer: Case study of women with breast cancer in Tabriz city. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 10(2), 51-83. [In Persian] <https://doi.org/10.22051/jwsp.2012.1426>
- Flick, U. (2019). *An Introduction to Qualitative Research Method*, (Translated to Persian by H. Jalili), Tehran: Ney Publication. [In Persian].
- Ghorbani, Y., Lotfi Kashani, F., Akbari, M.E., & Vaziri, S. (2018). A comparison of parent- child communication and self- efficacy in women with breast cancer and healthy women. *Journal of Psychological Science*. 17(66), 259-270. [In Persian]. <http://psychologicalscience.ir/article-1-120-en.html>
- Giddens, A. (2015). *Modernity and Identity, Society and New Identity in the New Era*, (Translated to Persian by N. Moafaqian), Tehran: Ney Publication. [In Persian].
- Giddens, A. (2016). *Sociology*, (Translated to Persian by H. Chavoshian), Tehran: Ney Publication. [In Persian].
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory, Strategies for Qualitative Research*, London: Weidenfeild and Nicolosen.
- Goffman, I. (2016). *Stigma*, (Translated to Persian by M. Kianpour), Tehran: Center/Markaz Publishing. [In Persian].
- Habibi, M., Salmani, Kh., Amani, O., Rafezi, Z. & Nematzadeh, S. (2016). The Comparison of Spiritual Experience and Resilience Between Women with Breast Cancer and Healthy Women. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 14(1), 50-55. [In Persian]. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-448-en.html>
- Inanlu, M. (2015). *Body Construction: Sociology of Youth Body Management Styles*, Tehran: Jame'e Shenasan Publication. [In Persian].

- Isfahani, P., Hossieni Zare, M. and Shamsaii, M. (2020). The Prevalence of Depression in Iranian Women with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *International Medicine Today*, 26(2), 170-181. [In Persian]. <http://doi.org/10.32598/hms.26.2.3207.1>
- Kerrigan, K. (2016). *Sociology of the Body*, (Translated to Persian by M. NaseriRad), Tehran: Naqsh-o Negar. [In Persian]
- Khademi, M. & Sajadi-Hezaveh, M, (2009). Breast Cancer: A phenomenological study. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 12(1), 29-39. [In Persian]. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-100-en.html>
- Khosravi Olya, T., & Fallahchai, R. (2018). Relationship between Dyadic Coping and Marital Quality in Women with Breast Cancer in Shiraz. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 10(4), 59-68. [In Persian]. <http://ijbd.ir/article-1-667-en.html>
- Kuliński, W., & Kosno, M. (2021). Quality of Life in Women fter Mastectomy. Clinical and Social Study. *Wiadomości Lekarskie, LXXIV*(3, PART 1), 429-435. <https://doi.org/10.36740/WLek202103109>
- López, E.D.S., Eng, E., Randall-David, E., & Robinson, N. (2005). Quality-of-Life Concerns of African American Breast Cancer Survivors Within Rural North Carolina: Blending the Techniques of Photovoice and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 15(1), 99-115. <https://doi.org/10.1177/1049732304270766>
- Lopez, J., & Scott, J. (2015). *Construction of Social Theory*, (Translated to Persian by H. Ghazian), Tehran: Ney Publication. [In Persian]
- Luberton, D.L. (2018). *Sociology of the Body*, (Translated to Persian by N. Fakuhi), Tehran: Sales Publication. [In Persian]
- Marashi, T., Taherian Far, Z., Etemad, K. & Rakhsha, A. (2018). Survey of quality of life of patients with breast cancer among women at Shahid Beheshti University of Medical science and Health service 2017. *Health in the Field/ Behdasht dar Arseh*, 6(1), 1-8. [In Persian] <https://doi.org/10.22037/jhf.v6i1.19127>
- Ministry of Health and Medical Education, Disease Management Center (2004), *National Report of Registration of Cancer Cases*, Tehran: Ministry of Health and Medical Education. [In Persian].
- Nettleton, S. (1995). *Sociology of Health and Illness*, Polity Press.
- Northouse, L.L., Templin, T., Mood, D., & Oberst, M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 7(1), 37-48. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199801/02\)7:1<37::AID-PON314>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199801/02)7:1<37::AID-PON314>3.0.CO;2-#)
- Rafai Saeedi, N., AghaMohammadian Shearhaf, H., Asghari Ebrahim Abad, M.J. & Karsheki, H. (2018). Psychological Consequences of Breast Cancer in Iran: A Systematic review. *Journal of Advanced Biomedical Sciences/ Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 8(4), 986-999. [In Persian]. <http://jabs.fums.ac.ir/article-1-1727-en.html>

- Ritzer, G. (2000). *Contemporary Sociological Theory*, (Translated to Persian by M. Salasi), Tehran: Elmi Publication. [In Persian]
- Ritzer, G. and Goodman, D. (2016). *Modern Sociological Theory*, (Translated to Persian by Kh. Mirzaei & A. Lotfizadeh), Tehran: Jame'e Shenasan Publication. [In Persian].
- Safiri, Kh., Vedad-Hir, A. & Talebi-Ardakani, S. (2009). The Social and Cultural Construction of the Issue of Mehriyeh in Iran: A Qualitative Research on Women Involved in the Issue in Shiraz. *Social Science Quarterly*, (44), 89-121. [In Persian], https://qjss.atu.ac.ir/article_5372.html
- Shariful Islam, S.M., Purnat, T.D., Phuong, N.T.A., & Froschl, G. (2014), Non-Communicable Diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Globalization and Health*, 10(81). <https://doi.org/10.1186/s12992-014-0081-9>
- Shilling, C. (2003). *The Body and Social Theory*, London: Sage Publication.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2007). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, (Translated to Persian by B. Mohammadi), Tehran: Institute for Humanities and Cultural Studies Publication. [In Persian].
- Tarkowska, M., Głowacka-Mrotek, I., Nowikiewicz, T., Monastyrska-Waszak, E., Gastecka, A., Goch, A., & Zegarski, W. (2020). Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy - a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. *Contemporary Oncology*, 24(2), 106-111. <https://doi.org/10.5114/wo.2020.95876>
- Turner, B. (2008). *Orientalism, Postmodernism and Globalism*, (Translated to Persian by Gh. Kayani and M.R. Tajik), Tehran: Center for Strategic Studies of the Presidency Publication. [In Persian].
- Turner, B. S. (1992). *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*, London: Routledge.
- Turner, B.S. (2008). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*, London: Sage Publications Ltd; 3rd edition.
- Turner, J. H. (2003). *The Structure of Sociological Theory*, London: Wadsworth Thomson Learning
- Ussher, J.M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nursing*, 35(6), 456-465. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182395401>
- Zokai, M.S. (2016). *Sociology of Youth*, Tehran: Ney Publication. [In Persian].