

## برساخت اجتماعی سرطان سینه:

مطالعه موردی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تبریز

نعمت الله فاضلی\*

استادیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی

عادله فیضی

کارشناس ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی

### چکیده

این پژوهش با رویکردی جامعه‌شناختی به بیماری سرطان سینه، در میان زنان مبتلا به این بیماری در دو بیمارستان شهید قاضی و امام خمینی تبریز، به صورت کیفی و بر پایه راهبرد نظریه مبنایی با گروه نمونه ۲۸ نفر متشکل از ۲۴ بیمار، ۲ پزشک و ۲ کارشناس رادیوتراپی انجام شده است. نتایج پژوهش با استفاده از مصاحبه عمیق با گروه نمونه، با ارائه مقوله‌های ۱- فهمیدن بیماری و آغاز روند درمان و ۲- 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 زن مبتلا به این بیماری را نشان می‌دهد. این مقاله ضمن تأکید بر ماهیت ذهنی، تفسیری، تعریفی و برساخت گرایانه مسائل اجتماعی از فرایند پزشکی شدن سرطان سینه سخن می‌گوید و به این امر اذعان دارد که این بیماری علاوه بر بعد پزشکی، حاوی معانی فرهنگی و اجتماعی خاصی است که می‌تواند برای علم جامعه‌شناسی و مفاهیم آن اساسی باشد.

### واژگان کلیدی

برساخت اجتماعی، درد، سرطان سینه، آگاهی، خودآزمایی سینه، معانی اجتماعی - فرهنگی، پزشکی شدن

\* نویسنده مسؤل

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۹/۸

تاریخ تصویب: ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

## مقدمه

از آنجایی که تعداد زنان مبتلا به سرطان سینه در گروه‌های سنی جوان در کشور ما در حال افزایش است و همچنین احتمال بقا و زنده ماندن مبتلایان به این بیماری بیش از سایر سرطان‌هاست، بنابراین، مطالعه کیفیت زندگی این بیماران و مسائل گریبان‌گیر آن‌ها چنان اهمیتی دارد که ما را بر آن داشت تا پژوهشی در این زمینه انجام داده و نتایج آن را به جامعه عرضه کنیم. با توجه به اینکه تاکنون پژوهش‌های زیادی درباره این قبیل بیماران انجام نشده است؛ امیدواریم این پژوهش پرتوی باشد هم بر ضرورت بررسی، مطالعه و اجرای پژوهش‌هایی در خصوص این بیماران و هم شکافتن و شناختن بخشی از مسائلی که با تمام زندگی این بیماران عجین است. این نوشته صرفاً گزارشی است از یک فرصت تازه و پرزحمت تا بار دیگر بیمار را به چشم انسان نگاه کنیم، تا او را در گفت و شنودها شرکت دهیم، تا از او بیاموزیم بیمارستان‌های ما در کار رسیدگی به بیماران چه نقطه ضعف‌ها و چه نقطه قوت‌هایی دارند. از بیماران خواسته‌ایم آموزگار ما باشند، شاید بتوانیم مطلب تازه‌ای پیرامون واپسین مراحل حیات با همه اضطراب‌ها، هراس‌ها و امیدهای آن بیاموزیم (کوبلر-راس، ۱۳۷۹: ۱۰-۹).

سرطان سینه در طی چهار دهه گذشته، از شایع‌ترین بیماری‌های بدخیم در میان زنان ایرانی بوده است که در حال حاضر نیز بر شیوع خویش باقی است، بلکه نکته شایان توجه این است که در حال افزایش و گسترش نیز است. بسیاری از آگاهان بر این باور هستند که این بیماری با مراجعه زود هنگام به پزشک و مرجع‌های درمانی، مراتبی از آن درمان‌شدنی و کنترل‌پذیر است که بر اساس آن چه بسا از تلفات انسانی - اقتصادی برآمده از این عارضه جلوگیری شود یا از میزان خسارت‌های حاصل از آن کاسته شود.

این موضوع که چرا بیماران بسیار دیرنگام به امر درمان اقدام می‌کنند، در حد خود مسأله‌ای شایان اهمیت است که به تنهایی نیازمند پژوهشی مفصل و عمیق‌تر است. اما پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که در مجموع می‌توان از سرطان سینه به‌عنوان شایع‌ترین بیماری‌های بدخیم در میان زنان ایرانی یاد کرد که زندگی زنان ایرانی را دست کم یک دهه جوان‌تر از هم‌تایان آن‌ها در کشورهای دیگر و از جمله کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار



می دهد.

بدیهی است مسأله‌ای با این درجه از اهمیت، لزوماً باید از زوایای مختلف و ابعاد گوناگون پزشکی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی مطالعه شود. ابعاد جامعه‌شناختی این مسأله، در این پژوهش با اهمیت‌ترین بُعد است و نهایت ارزش و ضرورت را دارد.

مطالعات زیادی در دست است که نشان می‌دهد تجربه زندگی با سرطان سینه عمیقاً متأثر از بافت اجتماعی است که این بیماری در آن اتفاق می‌افتد. از زمانی که ساتنگ (۱۹۷۸) کارهای سرنوشت‌ساز و تأثیرگذار خود را درباره سرطان سینه انجام داد، مشخص شد که بیماری‌های خاص، به شدت از مجموعه‌ای خاص از برساخت‌های اجتماعی متأثر هستند که در طی زمان شکل می‌گیرند و فضای واکنشی را خلق می‌کنند که تجربه بیماری در آن اتفاق می‌افتد. سرطان سینه نیز بیماری است که از روزهای اولیه تشخیص آن، تفسیرهای اجتماعی مختلف قرار می‌گیرد که همواره در حال تغییر و دگرگونی است (تورن و موری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰: ۱۴۲). چه یک فرد از زبان برساخت استفاده کند یا از زبان تعریف و تفسیر، تاریخ سرطان سینه به‌خوبی نشان می‌دهد که چگونه تعریف این بیماری عمیقاً متأثر از کسانی بوده که آن را تعریف کرده و ماهیت آن را توصیف می‌کنند (کاسپر و فرگسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲: ۲۸-۲۷). در هر جامعه‌ای قواعد فرهنگی تعیین می‌کند که بیمار کیست و چه رفتاری را باید از او و اطرافیان انتظار داشت. سرطان نیز یکی از بیماری‌هایی است که باید ببینیم جامعه چه پاسخ فرهنگی برای آن دارد (قانع‌راد و کریمی، ۱۳۸۵: ۵۶).

اگر توجه داشته باشیم که بر اساس پژوهش‌های موجود، احساس درد در جوامع گوناگون متفاوت است (محسنی، ۱۳۵۷) ابعاد اجتماعی - فرهنگی پژوهش و در نتیجه ضرورت پژوهش بارزتر خواهد شد. به عبارت دیگر در هر جامعه‌ای انسان‌ها با توجه به تجارب فرهنگی و اجتماعی، موقعیت اقتصادی، سن، شرایط ابتلا، مورد حمایت قرار گرفتن یا نگرفتن و... به شکل‌های متفاوتی بیماری و درد حاصل از آن را عملاً تجربه می‌کنند. تعلیمات و برداشت‌های اجتماعی و فرهنگی، شیوه بیان درد و نوع واکنش فرد را در مقابل آن تحت تأثیر قرار می‌دهد. اصولاً هیچ پزشکی مستقیماً با نفس درد سر و کار ندارد. در واقع آنچه که او به‌عنوان درد

1. Thorne & Murray
2. Kasper & Ferguson

می‌شناسد، تنها میزان توانایی بیمار در بیان احساسی است که دارد (سیریل، ۱۳۶۵: ۱۲-۱۱). در بررسی‌هایی که در میان افراد خانواده‌های بزرگ و اقلیت‌های قومی و مذهبی مختلف در آمریکا انجام شده، به نقش مهم آموزش در احساس و بیان شدت درد توجه شده است. معمولاً کودکان خانواده‌های بزرگ بیشتر از کودکان خانواده‌های کوچک در مقابل دردهای مشابه شکایت می‌کنند، زیرا در خانواده‌های بزرگ برای جلب توجه اطرافیان به کوشش بیشتری نیاز هست. میزان عکس‌العمل اقوام و مذاهب مختلف تا حدود زیادی به این نکته بستگی دارد که اعضای آن‌ها تا چه اندازه حق دارند خود را مطرح کنند. زنان ایتالیایی مقیم آمریکا کمتر از دیگران به بیان احساس درد اقدام می‌کنند، زیرا در فرهنگ آن‌ها تحمل درد و مصیبت تحسین شده است و یهودیان بیشتر با گریه و زاری و داد و فریاد در برابر درد عکس‌العمل نشان می‌هند زیرا این کار را مفید می‌دانند. در مقابل، یهودیان معمولاً خیلی کمتر از داروهای ضد درد استفاده می‌کنند (هیلگارد، ۱۳۷۵: ۷۶).

متخصصان سلامت عمومی مدت‌های طولانی است که اهمیت دیدگاه‌های مبتنی بر جامعه (جامعه‌محور) سلامتی را شناخته و به توسعه جامعه به‌منظور مجهز کردن آن با ابزارها و تکنیک‌های آموزش بهداشت و طرح‌های افزایش بهداشت توجه کرده‌اند (اورم و پاول<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷: ۱۳۸). زیرا سلامتی در بافت زندگی روزمره ایجاد می‌شود و نشانه‌های آن با توجه به عوامل بیولوژیکی و عوامل اقتصادی و اجتماعی می‌تواند در سطح جامعه و خانواده احساس شود. تفاوت‌های آشکاری در الگوهای سلامتی، بیماری و مرگ زنان و مردان وجود دارد که به‌وسیله عوامل بیولوژیکی و عوامل اجتماعی شکل می‌گیرند (لی و کولین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵: ۲۹).

با عنایت به آنچه گفته شد، توجه به ابعاد اجتماعی و فرهنگی بیماری سرطان سینه، مهم‌ترین مسأله‌ای است که این پژوهش در جستجوی آن است. زیرا تغییرات جسمی و مشکلات فراوان روان‌شناختی، به دنبال سرطان سینه از یک سو و بهبود روش‌های تشخیص و درمان و افزایش میزان بقای بیماران مبتلا نسبت به سایر سرطان‌ها از سوی دیگر، اهمیت کیفیت زندگی بیماران را پس از تشخیص آشکار می‌کند (طالقانی، ۱۳۸۴: ۸).

بررسی نحوه کنش متقابل بیماران و پی بردن به ذهنیت و نگرش حاصل از این کنش

1. Orme & Powell
2. Lee & Collin



متقابل اهمیت زیادی دارد، زیرا حتی تسکین درد نیز، تنها ناشی از تأثیر داروهای مسکن نیست، بلکه آن بیشتر توسط نگرشی ایجاد و معین می‌شود که بیمار در برابر درد اتخاذ می‌کند. حقیقت این است که هراس از درد، تنها یک ترس جهانی و فیزیکی نیست، بلکه ترسی است که عناصری مانند رنج بردن، ترس از امری نامطبوع و رام‌نشدنی را نیز منعکس می‌کند. بدون تردید درد فاقد معنا، بیش از حد متعارف تحمل‌ناپذیر است (معمدی، ۱۳۷۳: ۴۸). در هر زمان و در هر شرایطی احساس درد می‌تواند شدیداً تحت تأثیر عواملی قرار بگیرد که با انگیزه‌های فرد مرتبط هستند. در یک داستان حماسی به شرح حال پهلوانی اشاره می‌شود که با وجود تحمل زخم‌های شدید، تا پایان مسابقه ناراحتی خود را نشان نداده بود. بررسی‌های آزمایشگاهی هم نشان می‌دهند که در این شرایط درد کمتری احساس می‌شود. در خصوص احساس و ادراک درد هم در صورتی که فرد خود را مؤظف و متعهد به احساس درد بداند، دردهای بسیار شدید را به‌خوبی تحمل می‌کند.

با توجه به مطالب بالا مشخص می‌شود که احساس درد بیشتر از آن‌که یک مقوله بیولوژیک یا فیزیولوژیک باشد، به روان‌شناسی اجتماعی افراد مرتبط می‌شود (هیلگارد، ۱۳۷۵: ۷۷). از سوی دیگر می‌دانیم که موضوع جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی، به لحاظ بنیادی کشف این نکته است که مردم چگونه به یک تعریف از مسئله اجتماعی رسیده‌اند و دیگر اینکه چگونه ادعاها و مطالبات خود را به صورت فرایندی از فعالیت‌های تعریف مسئله در آورده‌اند؟ (رایبگتن و واینبرگ، ۱۳۸۳: ۲۲۷).

بنابراین، در بررسی سرطان سینه به‌عنوان یک مسئله اجتماعی که دارای ابعاد روانی - اجتماعی خاص خود است سؤالاتی از این قبیل که: زنان مبتلا به سرطان سینه، سرطان سینه را اساساً چگونه می‌بینند؟ آن را چگونه تجربه می‌کنند؟ مراحل این بیماری و مراتب و تجربه‌های تلخ و تدریجی خود را چگونه تفسیر می‌کنند؟ پس از ابتلا چه افکاری به آن‌ها هجوم می‌آورد؟ کمال اهمیت را دارند. روشن است که این نگاه از موضعی فروتر از قله اقتدار پزشکی، با بیمار نزدیک و همدیاف است و بیشتر در این راستاست که صدای زنان بیمار باشد.

### اهداف پژوهش

تردیدی نیست که بعد پزشکی سرطان سینه تنها یک بعد آن است نه همه ابعاد آن. علاوه

بر جنبه پزشکی و عینی، این بیماری دارای جوانب ذهنی نیز هست. از آن رو که زنان مبتلا به سرطان سینه هر لحظه با این مسائل نیز دست به گریبان هستند، بنابراین، هدف اصلی این پژوهش شناخت و مشخص کردن مسائل ذهنی سرطان سینه است. در عین حال که می‌خواهیم بگوییم ابعاد ذهنی سرطان سینه در یک گفتمان اجتماعی شکل می‌گیرد. یعنی فرض‌های فرهنگی و اجتماعی بر درک، تجربه و روایت این بیماری تأثیر می‌گذارند.

### برساخت‌گرایی اجتماعی

برساخت‌گرایی اجتماعی<sup>۱</sup> را می‌توان نسخه جامعه‌شناختی‌تر و متمرکزتر پارادایم «معانی فرهنگی» در نظر گرفت (قاضی طباطبایی، و همکاران، ۱۳۸۵: ۸). برساخت‌گرایی اجتماعی، دیدگاهی نیرومند است که شناخت را به وجود آمده از طریق کنش متقابل و تفسیر انسانی می‌داند. برساخت‌گرایان اجتماعی معتقد هستند: شناخت نه عمومی و ثابت و نه خشی است، بلکه همواره در واکنش به روابط اجتماعی در حال تغییر است. این مسأله در ارتباط با پزشکی به این معنی است که شناخت پزشکی، درباره بدن و آسیب‌شناسی آن را - چه در بیماری‌های فیزیکی و چه در بیماری‌های روانی - اصولاً نمی‌تواند جدای از جامعه و منفک از شناخت فهمید (گب<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴: ۱۳۰).

نگرش برساخت‌گرایی اجتماعی بیشتر با این وجه از امور سروکار دارد که ما جهان را چگونه می‌فهمیم، نه این‌که این جهان مادی مستقل از فهم ما چگونه است؟ این نگرش با نفس جهان مادی کمتر سروکار دارد. به همین دلیل است که به‌طور کلی می‌توان گفت: نگرش برساخت‌گرایی اجتماعی با مسائل اجتماعی به‌عنوان ادراکات و معانی ذهنی سروکار دارد (لوزیک، ۱۳۸۳: ۳۶). از منظر نظریه فرهنگی چیزها «ساخته» می‌شوند، به این معنی که ریسک به‌طور ذاتی ذهنی است (بال<sup>۳</sup> ۲۰۰۶: ۱۶۳). این رویکرد هیچ شرایطی را لزوماً بد نمی‌داند و بر این ادعاست که جهان مادی، فی‌نفسه فاقد معنی است و این انسان‌ها هستند که با کنکاش‌ها و دخالت‌های ذهنی خود، به امور جهان مادی معنی می‌بخشند. بنابراین، مسائل اجتماعی، در واقع، ساخته‌ها یا سازه‌های ذهن افراد هستند. این امر، شامل اصطلاح مسأله

1. Social Constructionism
2. Gabe
3. Ball



اجتماعی نیز می‌شود. بدین معنی که اصطلاح مسأله اجتماعی، خود یک سازه یا ساخته اجتماعی است و بهترین شیوه فهم این مسائل و درک چگونگی تعریف و شکل‌گیری آن‌ها، توجه به معنی لغات و تعاریف خاص آن‌هاست. بنابراین، (بر)ساخت‌گرایی اجتماعی، رویکردی است که به فرایندی توجه می‌کند که شرایط یا حالت اجتماعی، مسأله‌دار به نظر می‌رسند. بر ساخت اجتماعی مسائل و تجربیات انسانی، در کانون مباحث این رویکرد است. تحلیل‌های ساخت‌گرایان، بر فرایند یا فرایندهایی متمرکز است که مردم برخی شرایط اجتماعی را به مثابه مسائل اجتماعی می‌انگارند. از این نظر، برداشت ما از این‌که چه چیزی مسأله اجتماعی است و چه چیزی نیست، خود یک محصول یا ساخته اجتماعی است؛ چیزی که از طریق فعالیت‌ها یا کارهای ساخت‌گرایانه، از جمله فعالیت‌های اقامه دعوی ایجاد یا ساخته می‌شود. برای ساخت‌گرایان اجتماعی، اقامه دعوی و فرایند تعریف شرایط ظاهراً مسأله‌دار اجتماعی اهمیت بالایی دارد و اقامه کنندگان دعاوی، صاحبان دعاوی مخالف و گیرندگان دعاوی (حضار یا مخاطبان) از عوامل و نیروهای اصلی ساخت مسائل و شرایط اجتماعی هستند. لوسک<sup>۱</sup> این فرایند را «بازی یا کار مسائل اجتماعی» می‌نامد. این فرایند فقط ساخت اجتماعی شرایط را دربر نمی‌گیرد بلکه مردم و راه‌حل‌های مربوط به مسائل را نیز شامل می‌شود.

**پزشکی شدن فرایندی ساخت‌گرایانه:** پزشکی شدن، از مهم‌ترین و اساسی‌ترین فرایندهای ساخت‌گرایانه اجتماعی در جوامع انسانی است. این مفهوم در زمره معدود مفاهیم یا اصطلاحاتی است که به‌وسیله جامعه‌شناسان ابداع شده و به شکل موفقیت‌آمیزی در سطح زندگی روزمره رواج یافته است. فوردی<sup>۲</sup> در این باره می‌نویسد:

«پزشکی شدن، در زمره معدود مفاهیم موفق جامعه‌شناختی است که به پیشینه زندگی روزمره وارد شده... کاربرد فزاینده این مفهوم جامعه‌شناختی، با طنین آن با فرایندهای فرهنگی معاصر پشتیبانی می‌شود. شرایطی مثل سرطان، چاقی و ایدز همراه با داروهایی نظیر... به همان نسبت که دارای معانی یا دلالت‌های پزشکی هستند معانی فرهنگی متعددی نیز دارند».

پیتر کانراد پزشکی شدن را فرایندی اجتماعی- فرهنگی می‌داند که به موجب آن، یک

1. Loseke
2. Furedi

حالت، واقع یا مسأله که قبلاً غیر پزشکی انگاشته می‌شد، به مثابه مسأله‌ای پزشکی، اغلب با عناوینی چون ناخوشی یا اختلال (بی‌نظمی)، نام‌گذاری، تعریف، فهمیده و در نهایت درمان می‌شود. نتیجه این فرایند، انگاره یا پذیرش اجتماعی عمومی شکل پزشکی شده مسأله‌ای اجتماعی یا تجربه‌ای انسانی است. از نظر کانراد:

پزشکی شدن، تعریف مسئله‌ای اجتماعی در واژگان پزشکی، استفاده از زبان پزشکی برای توصیف یک مسأله، اقتباس یک چارچوب پزشکی برای فهم یک مسأله، یا استفاده از یک مداخله پزشکی برای درمان آن را شامل می‌شود. در واقع، این فرایندی اجتماعی - فرهنگی است که ممکن است به حرفه پزشکی مربوط باشد یا نباشد، به کنترل اجتماعی پزشکی یا درمان پزشکی سوق پیدا کند یا نکند، یا نتیجه گسترش و ترویج عامدانه حرفه پزشکی باشد یا نباشد. آنچه مسلم است، این است که پزشکی شدن زمانی رخ می‌دهد که چارچوبی مفهومی یا تعریفی از قلمرو پزشکی، برای فهم یا مدیریت یک مسأله یا تجربه به کار برده می‌شود (قاضی طباطبایی و ودادهیر، ۱۳۸۷: ۱۵۳-۱۵۰).

در مقام تطبیق عینی این دیدگاه با موضوع مورد بحث، طبق این دیدگاه مسأله‌ای به نام « سرطان سینه» علاوه بر ابعاد عینی و جسمی، لزوماً ابعاد ذهنی و معنایی هم دارد که از گفتمان‌های اجتماعی هر جامعه متأثر است. مطابق با این دیدگاه، پزشکان، با متمرکز کردن تمام قوای مطالعاتی و پژوهشی و درمانی خود بر بعد فیزیکی و فیزیولوژیکی و لاجرم پزشکی کردن بیماری از توجه به جوانب روحی - ذهنی متأثر از گفتمان‌های اجتماعی - فرهنگی این درد غفلت کرده‌اند. در حالی که بر اساس پژوهش‌های رشته‌های مختلف از جمله روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسی پزشکی این نتیجه قطعی است که درد و بیماری نمای روحی - ذهنی آشکارا تأثیرگذارانه‌ای بر بعد جسمی هم دارد که چه بسا منشاء و مبنایی غیر از طبیعت زیستی و بدن فیزیکی آدمی داشته باشد. بنابراین، در جوامع مختلف و حتی در یک جامعه در زمان‌های گوناگون به گونه‌ای کاملاً متفاوت تعریف و احساس شوند (هیلگارد، ۱۳۷۵: ۷۹-۷۴).

از دیر باز، رابطه بین شرایط حیاتی و از آن جمله شرایط اجتماعی، وضعیت سلامتی و بیماری انسان یکی از مسائل مورد علاقه بشر بوده است. همین تشخیص ارتباط بین مجموعه پارامترهای اجتماعی و سطح بهداشت نهایتاً به تشکیل شاخه خاصی در جامعه‌شناسی به اسم





جامعه‌شناسی پزشکی منجر شده است.

رشد طبیعی جامعه‌شناسی پزشکی در جهان غرب به دلیل دو عامل اساسی بوده است. یکی پی‌بردن به این واقعیت که بسیاری از مسائل موجود در نظام ارائه خدمات بهداشتی جدید اساساً اجتماعی هستند. دیگری، افزایش علاقه خود پزشکی به جنبه‌ها و عوامل اجتماعی بیماری‌های مختلف از قبیل بیماری‌های روانی، بیماری‌های مزمن، بیماری‌های کودکان و غیره. تحت این عوامل بود که گرچه جامعه‌شناسی پزشکی زمینه فکری خود را از جامعه‌شناسی گرفته بود، ولی با ایجاد این علائق در حوزه پزشکی و با کسب حمایت از آن توانست از بودجه، محیط عملی پژوهش، و امکانات لازم برای رشد و گسترش این رشته بهره‌گیرد (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۲۵).

### روش پژوهش

رویکرد کیفی به پژوهش‌های اجتماعی که تأثیرپذیری زیادی از تعامل‌گرایی نمادین داشته است، محقق اجتماعی را ملزم به بررسی این مسأله می‌کند که چگونه آنچه واقعیتی بیرونی و عینی در عالم به نظر می‌رسد در حقیقت «ساخته شده» است. بدین ترتیب، رویکرد کیفی فهم بسیار متفاوتی از انسان و ماهیت نظم اجتماعی و ساخت اجتماعی به دست می‌دهد. این رویکرد انسان را کنشگری فعال، هشیار و عموماً مسلط بر ساخت‌های اجتماعی بیرونی و نیز حالات ذهنی درونی خود می‌بیند، در پژوهش علمی با این رویکرد، فرایندهای ذهنی - اجتماعی مفهومی محوری به‌شمار می‌آیند (ذکایی، ۱۳۸۱: ۴۷). واقعیتی که پژوهش کیفی مطالعه می‌کند واقعیتی از پیش معین نیست، بلکه توسط «کنشگران» متعددی برساخته شده است (فلیک، ۱۳۸۸: ۸۳). پژوهش کیفی به این نکته توجه دارد که دیدگاه‌ها و اعمال متفاوتی در میدان وجود دارند، به‌این دلیل که دیدگاه‌های ذهنی و پس زمینه‌های اجتماعی مرتبط با آن‌ها متفاوت هستند (فلیک، ۱۳۸۸: ۱۷).

در وهله نخست، این موضوع پژوهش است که روش پژوهش را مشخص می‌کند. از آنجا که این پژوهش به بررسی اندیشه‌ها، ذهنیت‌ها و احساسات بیماران متمایل است، نظریه مبنایی<sup>۱</sup> به‌عنوان یک روش پژوهش کیفی که با استفاده از جمع‌آوری سیستماتیک و منظم داده‌ها و

1 Grounded Theory

توسعه روش‌ها به شکلی استقرایی و زمینه‌ای در ارتباط با یک پدیده به‌کار می‌رود (سفیری، ۱۳۸۸: ۲۸۹) مناسب و پاسخگو به‌نظر می‌رسد. 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 قابل ارزیابی است. هر چند واضح است که پرسشنامه وسیله‌ای نیست که خواندن و پرکردن آن در حوصله تنگ بیماران، آن‌هم بیمارانی با شرایط خاص جسمی و روحی از نوع سرطان سینه بگنجد، اما مصاحبه، خصوصاً در صورتی که همدلانه باشد و از زبان بیمار و با زبان بیمار با او و آنچه که در آن واقع است سخن بگوید، به خوبی می‌تواند توجه بیمار را جلب کرده و به شناخت دغدغه‌ها و افکار او مدد رساند.

شاید در میان روش‌های پژوهش، تنها بتوان مصاحبه را شیوه‌ای دانست که به مصاحبه شونده 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. بنابراین، ابزار مصاحبه روش اصلی این پژوهش است. جامعه آماری این پژوهش، زنان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان شهید قاضی و امام خمینی کلانشهر تبریز هستند. از بین این جامعه آماری، تعدادی از زنان که در مراحل مختلفی از ابتلا به سرطان سینه قرار داشتند نمونه‌گیری نظری شدند و با آن‌ها مصاحبه شد. اصل اساسی نمونه‌گیری نظری عبارت است از انتخاب موارد یا گروه‌هایی از موارد بر اساس محتوای آن‌ها و نه با استفاده از معیارهای انتزاعی روش‌شناختی. نمونه‌گیری بر مبنای مرتبط بودن موردها (با پژوهش) و نه نمایا بودن آن‌ها انجام می‌شود. این اصل مشخصه استراتژی‌های مربوط به گردآوری داده در پژوهش کیفی نیز به‌شمار می‌آید (فلیک، ۱۳۸۸: ۱۴۱). به‌عبارت دیگر، تصمیم‌های مربوط به نمونه‌گیری آن دسته از اطلاعات را هدف می‌گیرند که در پرتو اطلاعاتی که قبلاً استفاده شده و دانشی که از آن‌ها استخراج شده بود، ظاهراً بیشترین آگاهی‌بخشی را به همراه دارد (فلیک، ۱۳۸۸: ۱۳۸). نمونه‌های این پژوهش که اکثراً متأهل، دارای تحصیلات پایین، خانه‌دار، در گروه سنی ۴۵-۴۰ و از طبقه متوسط یا متوسط به پایین بودند، یا جراحی شده و یکی از سینه‌هایشان برداشته شده بود و مرحله رادیوتراپی و اشعه‌درمانی را طی می‌کردند یا در معرض جراحی بوده و قرار بود که یکی از سینه‌هایشان برداشته شود. مصاحبه با زنان مبتلا را تا مرحله اشیاع نظری پژوهش پیش بردیم. یعنی تا مرحله‌ای که احساس کردیم پاسخ پرسش‌ها تکرار می‌شوند و مطالب چندان جدیدی



به کار مصاحبه افزوده نمی‌شود. بدین منظور ۲۸ مصاحبه انجام شد: ۲۴ مصاحبه با بیماران، ۲ مصاحبه با پزشکان و ۲ مصاحبه با کارشناسان رادیوتراپی. این مصاحبه‌ها در زمینه واقعی بیمار و بیماری؛ یعنی بیمارستان انجام شده است. در این مصاحبه‌ها، در عین توجه به وضعیت روانی بیمار و ملاحظات اخلاقی مستلزم این پژوهش، کوشش شد ضمن ایجاد همدلی با بیماران، از تجربه آن‌ها درباره سرطان سینه پرسش شود.

## اطلاعات جمعیتی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش

بیمار	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	تعداد فرزندان	شغل بیمار	شغل همسر	مدت ابتلا
۱	۴۷	متأهل	لیسانس	۳	دبیر	دبیر	۸ ماه
۲	۳۰	متأهل	لیسانس	۱	خانه‌دار	کارمند	۲ سال
۳	۴۲	متأهل	ابتدایی	۳	خانه‌دار	آزاد	۱ سال
۴	۳۷	متأهل	ابتدایی	۲	خانه‌دار	فوت	۸-۹ ماه
۵	۴۰	متأهل	فوق‌دیپلم	۱	معلم	معلم	۹ ماه
۶	۴۵	متأهل	بی‌سواد	۵	خانه‌دار	کارگر	۱۰ ماه
۷	۷۶	متأهل	دیپلم	۴	خانه‌دار	از کار افتاده	۱ سال
۸	۵۷	متأهل	بی‌سواد	بی‌فرزند	خانه‌دار	آزاد	۳ سال
۹	۳۴	مجرد	لیسانس	-	کارمند	-	۸ ماه
۱۰	۴۱	متأهل	بی‌سواد	۶	خانه‌دار	کشاورز	۱۰ ماه
۱۱	۴۰	متأهل	دیپلم	۲	خانه‌دار	نگهبان	۶ ماه
۱۲	۳۶	متأهل	بی‌سواد	۳	خانه‌دار	کارمند	۸ ماه
۱۳	۵۵	متأهل	بی‌سواد	۸	خانه‌دار	کشاورز	۹ ماه
۱۴	۵۰	متأهل	بی‌سواد	۴	خانه‌دار	فوت	۱ سال

بیمار	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	تعداد فرزندان	شغل بیمار	شغل همسر	مدت ابتلا
۱۵	۵۰	متأهل	لیسانس	۳	کارمند	عضو هئیت علمی	۱۲ سال
۱۶	۴۵	متأهل	بی سواد	۴	خانه‌دار	آزاد	۷ ماه
۱۷	۵۴	متأهل	بی سواد	-	خانه‌دار	بازنشسته	۳ سال
۱۸	۳۱	مجرد	دیپلم	-	خانه‌دار	-	۶-۷ ماه
۱۹	۴۳	متأهل	بی سواد	۱	خانه‌دار	مفقود	۵-۶ ماه
۲۰	۳۸	متأهل	بی سواد	۱	خانه‌دار	کارگر	۳-۴ ماه
۲۱	۵۲	متأهل	دیپلم	۲	خانه‌دار	فوت	۹ ماه
۲۲	۵۷	متأهل	دیپلم	۴	سرایدار	فوت	۳ ماه
۲۳	۴۵	متأهل	بی سواد	۱	خانه‌دار	فوت	۶ سال
۲۴	۵۵	متأهل	بی سواد	۶	خانه‌دار	فوت	۵-۶ ماه

### یافته‌های پژوهش

پس از پرسش از سن، وضعیت تأهل / مجرد و تحصیلات، سوال‌هایی به قرار زیر از بیماران پرسیده شد:

۱- ابتدا لطفاً بگویید بیماری تان چیست؟ چند وقت است که مبتلا هستید؟ اینک برای چه به اینجا آمده‌اید؟

۲- بهتر است برگردیم به روزهای اول تشخیص و درمان، چطور شد که متوجه بیماری خود شدید؟

۳- بعد از اینکه فهمیدید مسأله مهم است و باید آن را جدی بگیرید چه تغییراتی در روح



و روان شما به وجود آمد؟

۴ - آیا توانستید با این تغییرات به وجود آمده کنار بیایید یا نه؟ برای این منظور از چه کسی یا چه کسانی کمک گرفتید؟

۵ - بعد از جراحی، از دست دادن زیبایی، ریزش موها و قطع سینه اولاً چه اندازه برایتان اهمیت داشت ثانیاً آیا این مسائل محدودیت‌هایی در روابط با اطرافیان یا سایر جوانب زندگی برای شما تحمیل کرد؟

۶ - اینک (چند ماه پس از تشخیص، جراحی و قطع سینه) ارتباط شما با خویشاوندان و اطرافیان چگونه است؟ این ارتباط چه تأثیری بر روحیه و سپس احساس شما درباره بیماری جسمی‌تان می‌گذارد؟

۷- آیا همسران پس از بیماری، شما را آن‌گونه که نیاز شماست درک می‌کند؟

۸ - پس از بیماری بیشترین نگرانی‌تان از چیست؟

۹ - پس از بیماری وجود امید و انگیزه برای کنار آمدن با بیماری را تا چه اندازه ضروری و مهم می‌دانید و خودتان اینک به چه چیز امیدوارید؟

۱۰ - آیا سرگرمی‌هایی وجود دارد که توجه‌تان را جلب کند؟

۱۱ - آیا پس از بیماری قادر به انجام کارهای خانه و کارهای شخصی خود هستید؟

۱۲ - امکانات بیمارستان و پزشکان را چگونه دیدید؟

۱۳ - آیا از خودآزمایی سینه آگاهی داشتید؟

۱۴ - نظرتان در مورد مراجعه به پزشکان مرد چیست؟ سخت بود یا نه؟

۱۵ - چه احساسی به شما دست می‌دهد اگر دیگران بدانند که شما سینه ندارید؟

۱۶ - امید و توکل به خدا به هنگام بیماری در ایجاد آرامش روانی چه جایگاهی دارد؟

۱۷ - کمی هم درباره هزینه‌های اقتصادی این بیماری صحبت کنید؟

بیماران هر کدام به تناسب تجارب خود، پاسخ‌هایی به این سؤال‌ها ارائه کردند. به‌منظور تحلیل این پاسخ‌ها از آنجا که روش این پژوهش کیفی است، اولین بخش شروع تحلیل بخش کدگذاری آزاد است. در بخش کدگذاری آزاد وظیفه محقق تعیین مفاهیم اصلی پژوهش است. مفاهیمی که در حقیقت سنگ بنای پژوهش را تشکیل می‌دهند. بنابراین، بر اساس تحلیل انجام شده در مرحله کدگذاری آزاد ۲۲ مفهوم شناسایی شد. در مرحله کدگذاری محوری نیز دو

مقوله فرعی از این مصاحبه‌ها به دست آمد. این مقوله‌ها مشتمل هستند بر: ۱ - فهمیدن بیماری و آغاز روند درمان ۲ - بیمار و خلق شیوه‌هایی به منظور کنار آمدن با بیماری. ابتدا مفاهیم شناسایی شده در مرحله کدگذاری آزاد را در جدول زیر ارائه کرده و سپس مقوله‌های به دست آمده در مرحله کدگذاری محوری را تحلیل می‌کنیم.

مفاهیم شناسایی شده در بخش کدگذاری آزاد

تجربه مادری	ترس و دلهره	نگرانی‌ها	نگاه دیگران	پزشکان
مسئولیت‌های زن مبتلا در خانه پس از بیماری	درد و تحمل آن	اندیشه به مرگ	زیبایی	
عشق به فرزندان حمایت اعضای خانواده از بیمار	امید به خدا	عدم تمایل به آگاهی دیگران از بیماری	پذیرفتن شرایط	
جدی نگرفتن تومور در سینه	افسردگی	هزینه‌های اقتصادی	پنهان کردن بیماری	
عدم آگاهی از خود آزمایشی سینه	روابط با اطرافیان	مراجعه به پزشکان مرد	سرگرمی‌ها	

این جدول که عصاره یافته‌های این پژوهش را تشکیل می‌دهد حاصل تحلیل مصاحبه‌ها در مرحله کدگذاری آزاد است. همان‌طور که گفته شد دو مقوله نیز در مرحله کدگذاری محوری به دست آمد که در زیر تحلیل آن‌ها ارائه می‌شود.

### ۱- فهمیدن بیماری و آغاز روند درمان

ماه‌ها و شاید سال‌هاست که غده سرطانی در بدن بیمار رشد می‌کند، اما او از بدخیم و خطرناک بودن آن آگاه نیست تا اینکه درد شدت یافته و بیمار را به پیش پزشک می‌کشاند. «سه ماه قبل از فهمیدنم متوجه یک توده بسیار کوچک در سینه خود شدم که نه درد داشت و نه ترشح. از چیزی بنام سرطان سینه و عواقب آن خبر داشتم، اما می‌پنداشتم که از زیر بغل رشد می‌کند. بنابراین، خیال کردم این توده آن هم در وسط‌های سینه چیز بی‌اهمیتی است. با خود گفتم پیش دکتر می‌روم، اما سه ماه نرفتم.» (بیمار ۱)



از آنجا که بیماران هیچ آگاهی و ذهنیتی دربارهٔ این بیماری ندارند و تصور می‌کنند چیز ساده‌ای است؛ مواجهه شدن با واقعیات برای آن‌ها بسیار گران تمام می‌شود. به قول یکی از بیماران این بیماری در یک لحظه آن‌ها را غافلگیر می‌کند:

«در یک لحظه این بیماری ما را غافلگیر کرد و خودمان هم متحیر ماندیم. مثل اینکه در آسمان پرواز می‌کردیم و با سر افتادیم زمین. می‌دیدم که رنگ سینه‌ام تغییر کرده (سیاه‌تر شده) و سفت‌تر می‌شود، اما من جدی نگرفته و فراموش کردم تا اینکه باردار شدم و غده‌ها هم رشد کردند.» (بیمار ۲)

زن جوان دیگری قصهٔ ابتلای خود را این‌گونه بیان می‌کند:

«به‌طور اتفاقی روزی دستم به توده‌ای خورد و متوجه آن شدم. توده بسیار کوچک بود در حدود یک سانتی‌متر. خیلی جدی نگرفتم کمی که بزرگ شد، رفتم دکتر و دکتر گفت که باید هر چه زودتر عمل شوی. هیچوقت فکر نمی‌کردم من هم روزی به این بیماری مبتلا شوم.» (بیمار ۵)

و دو مادر دیگری که صاحب فرزندان کوچک بودند روند ابتلای خود را این‌گونه بر زبان می‌رانند:

«ده ماه است که بیمارم. شهریور پارسال از موتور افتادم و بعد از آن متوجه توده‌ای در سینه خود شدم، اما بلافاصله به دکتر مراجعه نکردم. از این و آن پرسیدم و توصیه‌هایی کردند و من هم انجام دادم اما فایده‌ای نداشت. بعد که درد گرفت رفتم دکتر.» (بیمار ۶)

«یک سال و نیم قبل از تشخیص پسرم محکم پایش را کوبید روی سینه‌ام. بعد از آن دیدم که سینه‌ام سفت شد. با خود گفتم، می‌ماند و خوب می‌شود. همه هم گفتند نگران نباش چیزی نیست. پای بچه خورده خوب می‌شود، من هم پیگیری نکردم و یک سال و نیم بعد چون سرفه‌های عمیق کرده و دچار تنگی نفس شدم رفتم دکتر.» (بیمار ۱۱)

زن بیماری از روستایی دور افتاده با کمال تأسف و تعجب، سه سال بعد از رؤیت توده دست به کار معالجه و درمان شده است:

«سه سال قبل از جراحی متوجه توده‌ای در سینه خود شدم، اما هیچ کاری نکردم چون فکر می‌کردم خودبه‌خود خوب می‌شود. مخصوصاً که اصلاً درد نداشت و اصلاً یک چنین چیزی را ندیده بودم، نه در نزدیکانم و نه در کل روستا.» (بیمار ۱۰)

نقل قول‌هایی که در سطور فوق ذکر شد همه مربوط به شرح حال بیماران جوان بودند، اما جالب است که این جریان دقیقاً برای بیماران مسن نیز تکرار شده است:

« یک سال است که بیمارم. حال خوب بود، رفتم خانه پیش پسرها و عروس‌هایم و بیماریم دوباره عود کرد. یک روز توده‌ای در سینه‌ام دیدم. اول کوچک بود و من هم جدی نگرفتم و با خود گفتم چیزی نیست، اما بعداً بزرگ شد. چهار پنج ماه طول کشید تا بزرگ شد. یک چنین چیزی را به عمرم ندیده بودم.» (بیمار ۷)

وقتی از مفهوم و خطر تومور در سینه آگاهی وجود ندارد، از خودآزمایی سینه صد البته آگاهی وجود نخواهد داشت:

«از خود آزمایی سینه خبر نداشتم، فقط چند سال پیش شنیده بودم که سینه یک خانم را برداشته‌اند، اما الان خبر دارم.» (بیمار ۱۹)

بیماران بی‌سواد یا کم‌سواد مطلقاً از خودآزمایی سینه قبل از ابتلا اطلاعی نداشتند، اما بیماران باسواد و حتی نمونه معدود تحصیل کرده‌ها هم با وجود آگاهی هرگز انجام نمی‌دادند. بیماری مجرد و جوان دارای مدرک کارشناسی و شاغل می‌گوید:

«از خودآزمایی سینه خبر داشتم، اما انجام نمی‌دادم. آدم تا به این مرحله نرسد کار را جدی نمی‌گیرد، اما الان به همه توصیه می‌کنم که متوجه و مراقب باشند. فکر می‌کنیم این بیماری مال ما نیست و مال دیگران است.» (بیمار ۹)

بیمار متأهل دیگری که اتفاقاً تحصیل کرده و از نظر اقتصادی در وضعیت خوبی بود دقیقاً همین نظر را دارد:

«خودآزمایی سینه را می‌دانستم، اما هیچوقت انجام نمی‌دادم چون از انجام دادن آن خوشم نمی‌آمد. الان به دخترم و به خانم‌های دیگر می‌گویم که حتماً انجام دهید. ما فکر می‌کنیم این بیماری مال دیگران است و مال ما نیست.» (بیمار ۱۵)

بعد از شدت گرفتن درد و احساس ضرورت مراجعه به پزشک، از آنجا که بیشتر پزشکان متخصص مرد هستند، نشان دادن قسمت‌های حساس و زنانه بدن به پزشکان مخصوصاً در اوایل یعنی مهم‌ترین دوره بیماری به سختی و بیشتر به علت شوک بیماری انجام می‌شود. بیماری ۴۷ ساله که تحصیل کرده، شاغل و صاحب فرزندان جوانی هم بود، یکی از دلایل مراجعه دیرنگام خود را شرم از پزشکان مرد اظهار کرد:





«یکی از دلایل مراجعه دیرهنگام من به پزشک این بود که بنا به تجربه خودم در زمان زایمان پسر کوچکم به تخصص پزشکان زن اعتقادی نداشتم، مراجعه به پزشکان مرد هم برایم بسیار سخت بود. شرم می‌کردم سینه‌های خود را به پزشکان مرد نشان دهم.» (بیمار ۱)

بعد از ابتلا به این بیماری، اولین نمود ظاهری و بیرونی سرطان از بین رفتن زیبایی است. با قطع سینه و با شروع شیمی درمانی تمام موهای بدم زن از پلک و ابرو گرفته تا موهای سر می‌ریزند و بیمار با چهره جدیدی مواجه می‌شود که کمترین شباهتی به خودش ندارد و این‌ها همه بر روحیه بیماران تأثیری منفی دارد:

«موهایم که ریخت خیلی ناراحت شدم مخصوصاً چون موهایم بلند بود تأثیرش زیاد شد. ابروهایم هم ریخت که به جایشان مداد کشیده‌ام تا وقتی جلوی آینه می‌ایستم از لحاظ روحی تضعیف نشوم. مختصر آرایشی هم کرده‌ام همه به‌خاطر تقویت روحیه‌ام است.» (بیمار ۹)

بعد از متوجه شدن به بیماری و اقدام به روند درمان، مهم‌ترین مسأله چگونگی کنار آمدن با بیماری است و این دومین مقوله فرعی حاصل از مصاحبه‌هاست.

## ۲- بیمار و خلق شیوه‌هایی برای کنار آمدن با بیماری

بعد از بروز بیماری و آغاز درمان، بیمار از اندوهی بزرگ در درون رنج می‌برد. از آنجا که آگاهی بیمار از روند ابتلا در این نوع از بیماری، یکپاره و غیرمنتظره و در حالی است که بیمار کوچک‌ترین علائمی از ضعف و بیماری در خود سراغ ندارد و جراحی نیز با قطع عضوی از اعضای بدن همراه است، ضربه روحی بسیار مهلکی به زوان این بیماران وارد می‌شود که نمود بیرونی خود را در افسردگی نشان می‌دهد. تقریباً همه بیماران یک دوره تحمل‌ناپذیر افسردگی را به‌ویژه در چند ماه اول تجربه می‌کنند، اما افسردگی روح بیماران جوان را بیشتر می‌فشارد تا بیماران مسن:

«اگر در مذهب ما خودکشی گناه نبود خود را از بالای ساختمان پرت می‌کردم پایین تا تکه تکه شوم. زیستن با داروی تلخ چه ارزشی دارد؟ فقط به‌خاطر دخترم مجبورم سرپا بایستم و بمانم. واقعاً یک افسرده کامل‌ام. غیر از بیماری مسائل جانبی هم شرایط را سخت‌تر کرده است.» (بیمار ۲)

افسردگی خود به‌تنهایی بیماری بزرگی است. کسی که افسرده است حتی اگر سالم‌ترین بدن را هم داشته باشد قادر به زندگی نخواهد بود. حال اگر فرد سرطانی به افسردگی نیز مبتلا

شود معلوم نیست چه شرایطی خواهد داشت؟ از نشانه‌ها و علائم افسردگی می‌توان به گریه‌های طولانی مدت، پرخاشگری و عصبی بودن و انزوا اشاره کرد:

«پس از بیماری روحیه و اعصابم آنقدر داغون و خرد شد که بی اختیار سر بچه‌ها داد می‌کشیدم. بچه‌ها با دکتر صحبت کردند که مادرمان گریه و زاری می‌کند، اعصابش خرد است، سر همه داد می‌کشد. دکتر گفته بود که روزهای اول همین‌طوری است و همه این‌گونه هستند.» (بیمار ۲۲)

علاوه بر افسردگی، در این قبیل بیماران ترس و دلهره هم‌چنان صورت تخریب‌کننده‌ای به خود می‌گیرد که لحظه‌ای آن‌ها را رها نمی‌کند:

«وقتی به من گفتند باید جراحی شوی ترس و اضطراب وجودم را فراگرفت. الان هم از آینده می‌ترسم، از آینده خودم، از آینده بچه‌ام، بیشتر وقت‌ها در بیمارستان دلم می‌گیرد و احساس خفگی می‌کنم.» (بیمار ۲۰)

در چنین شرایط سخت و هولناکی، بیمار در جستجوی پناهگاهی است که او را در پناه گیرد و این پناهگاه جایی نیست جز خانواده و اعضای خانواده. خانواده اولین و آخرین حامی بیمار است:

«شوهرم همه چیز خود را در راه بیماریم خرج کرده است. البته او هیچوقت از هزینه‌ها برای من نمی‌گوید و من از سایر بیماران می‌پرسم. وقتی ناراحت می‌شوم می‌گوید: ناراحت نباش، اگر تو ناراحت شوی بچه‌ها هم ناراحت می‌شوند.» (بیمار ۱۶)

اما در عین حال بیمار شخصاً نیز کنشگری فعال است که به تناسب وضعیت خود، شیوه‌هایی را که برای خودش نیز معنادار و جدید هستند خلق می‌کند تا با توسل به آن راهکارهای فردی از سختی لحظات کاسته و به بیماری و زندگی جدید خود معنا ببخشد:

«این درد برای من نعمتی بود چون من خیلی از خدا غافل بودم. این مسأله مرا بیدار کرد و فهمیدم که همه چیز در دست مشیت الهی است و نه در دست خود آدم. اوایل که وضعیت روحی‌ام خیلی خراب بود نوارهای دکتر آزمندیان خیلی به روحیه‌ام کمک کرد. همیشه به نوارهای دکتر آزمندیان گوش می‌کردم، حتی در اتوبوس هم این نوارها را از خودم دور نمی‌کردم.» (بیمار ۱۵)

فرزندان نیز انگیزه‌ای هستند که به مادر شور زندگی می‌بخشند:



«به مهمانی و جشن و عروسی زیاد نمی‌روم، اما اگر بچه‌ها اصرار کنند برای آنکه دل آن‌ها نشکند و نگویند که همه مهمانی می‌روند و ما نمی‌رویم می‌پذیرم. یکبار به اصرار بچه‌ها به یک مهمانی خانوادگی رفتم. بچه وقتی دید همه زنان بدون روسری نشستند و من با روسری نشسته ام خیلی ناراحت شد. به خاطر آن‌ها هم که شده می‌روم.» (بیمار ۳)

عشق به فرزندان با دل و جان مادران عجیب است. هیچ نیرویی را در این عالم توان کاستن از این عشق نیست، اما عشق تیغ دو لبه است. اگر امید می‌بخشد نگران هم می‌کند. بدون استثنا همه مادران صاحب فرزند در مقابل این سؤال که بعد از بیماری نگران چه چیزی هستید؟ به فرزند و فرزندان اشاره کردند. در عین حال شایان ذکر است که بیماران با توجه به گروه‌های سنی خود نگرانی‌های متفاوتی داشتند. اگر مادران با همه وجود نگران فرزندان خود هستند بیماران مجرد یا زنان بی‌فرزند نگران زیبایی و حرف مردم هستند و بیشتر از تنهایی می‌نالند:

«فقط با دلم حرف می‌زنم، بعضی وقت‌ها تمام امیدم قطع می‌شود، دلم می‌گیرد، چه کنم، کجا روم؟ نه سلامتی دارم که بیرون روم. نه بچه‌ای دارم که از در وارد شود. تنهایی دلم را می‌فشارد، در همین لحظه می‌خواهم گریه کنم.» (بیمار ۸)

تماشای فیلم و سریال‌های تلویزیونی و نیز انجام دادن برخی کارهای سبک خانه نیز سرگرمی‌هایی هستند جالب و جذاب برای بیماران که تمام روز را باید در خانه سر کنند:

«تازه‌گی‌ها برای اینکه روحیه‌ام باز شود یک چیز نو خریده‌ام. موسیقی هم خوب است گوش می‌دهم. بهترین هنر پیشه‌ها را نگاه می‌کنم. فیلم‌های هالیوود نگاه می‌کنم، فیلم‌های ایرانی نگاه نمی‌کنم. اولین بار که متوجه بیماری شدم تحمل کردم، زیر عمل هم که رفتم روحیه‌ام را نباختم و پزشکان هم کمک کردند. اما اگر زود می‌فهمیدم کارم به اینجا نمی‌کشید.» (بیمار ۷)

انجام دادن برخی کارهای سبک در خانه از قبیل شستن ظروف تنها مسئولیتی است که زنان پس از ابتلا از عهده آن برمی‌آیند، اما مادران صاحب فرزندان کوچک و بعضی از زنان در شرایط خاص «مجبور» به انجام دادن تمام کارهای خانه هستند:

«تمام کارهای خانه را انجام می‌دهم. یعنی مجبورم انجام دهم. الان مادرم در بیمارستان بستری است و خواهرم همراه اوست. من مجبورم تمام کارهای خانه را انجام دهم.» (بیمار ۱۸)

علاوه بر تماشای فیلم و سریال‌های تلویزیونی، رابطه با اطرافیان نیز هم سرگرمی است و

هم تسلی بخش. زیرا بیمار خسته از تنهایی و بی کسی به ایجاد ارتباط با اطرافیان نیازی عمیق دارد، اما این مقوله، مقوله بسیار پیچیده‌ای است که از چگونگی آن به این سادگی نمی‌توان سخن گفت. در این پژوهش شاید مقوله رابطه با اطرافیان پیچیده‌ترین مقوله‌ای بود که از فردی به فرد دیگر به‌ویژه از بیماران جوان تا بیماران مسن متغیر بود. برای بیمار بیش از ۶۰ - ۵۰ سال ایجاد رابطه با خویشاوندان پس از قطع سینه شاید چندان سخت نباشد و حتی آن را مایه تسلی خاطر خود بداند، اما یک زن ۳۷ ساله با دیدن زنان همسایه و دوستان خود اولین احساس خود را «احساس کمبود» می‌داند. هر چه سن ابتلا جوان‌تر باشد این مسأله غامض‌تر می‌شود. به‌طوری که یک زن ۳۴-۳۰ ساله نه تنها با دیدن اطرافیان تسلی نمی‌یابد، بلکه علاوه بر «احساس کمبود» درد نگاه اطرافیان نیز او را می‌آزارد. زیرا نگرستن به او به چشم «ترحم» و «مریض» شاید از خود سرطان هم دردناک‌تر باشد. بیماران از نگاه‌های ترحم‌آمیز گریزان هستند. نمی‌توانند خود را با این نوع نگاه وفق دهند. برای این قبیل افراد نگاه دیگران یک مسأله است. اینان معمولاً از جمع می‌گریزند. زیرا در نگاه دیگران خود را کنار گذاشته شده می‌خوانند:

«اوایل که زنان را می‌دیدم و آن‌ها به عیادت من می‌آمدند یک جوروی در مقابل آن‌ها احساس کمبود در خود می‌کردم، یک عضوی کم شده. با اینکه احساس نیاز می‌کنم که در جمع باشم و از اول هم آدم اجتماعی بودم، اما الان در جمع راحت نیستم. همین نداشتن سینه یک کمبود است. آدم نمی‌تواند راحت باشد.» (بیمار ۱۲)

هستند بیمارانی که خود را به دست موج زمان می‌سپارند تا با گذشتن مشکلات را حل کند و نور امیدی بر جان آن‌ها افکند:

«وقتی دکتر به من گفت باید سینه‌ات را بردارند آنقدر گریه کردم و غصه خوردم که حد نداشت. بعد که رفتم بیمارستان و در آنجا بستری شدم، در آنجا دیدم باز رحمت به من. کسانی این بیماری را دارند که آدم خیالش را هم نمی‌کند. زنان جوان، دخترانی که هنوز ازدواج نکرده‌اند. پس از دیدن آن‌ها کمی آرام‌تر شدم و با خود گفتم بالاخره بیماری دست خود آدم که نیست.» (بیمار ۱۷)

پنهان کردن بیماری از خویشاوندان یا وانمود کردن بیماری چیزی غیر از سرطان سینه، راهکار دیگری است که برخی از بیماران برای کنار آمدن با بیماری خلق می‌کنند:



«دوست ندارم بدانند که سینه ندارم چون شمات می‌کنند. سعی می‌کنم هیچ کس نداند. به هر کس که پرسیده گفته‌ام یک سوم یا یک چهارم آن را برداشته‌اند و نه همه آن را. پیش دیگران چادرم را روی آن می‌کشم تا کسی متوجه نشود و نگویند که فلان عضو را ندارد.» (بیمار ۱۰)

و سرانجام اولین و آخرین چاره، خدا، ریسمان محکمی است که بیماران با توسل به آن خود را پله پله تا آسمان آرامش و امید می‌رسانند:

« علت اینکه این همه راحت بیماری و مشکلات خود را می‌پذیرم این است که به خدا یقین دارم. ایمان را همه داریم، ولی یقین را نه. من به خدا یقین دارم. چگونه ممکن است کیهان به این عظمت و شگفتی بدون آفریننده باشد. حتما آفریننده‌ای است که سرنوشت‌های ما را مقدر می‌کند و صلاح ما را بهتر از ما می‌داند. امیدم فقط به اوست.» (بیمار ۲۱)

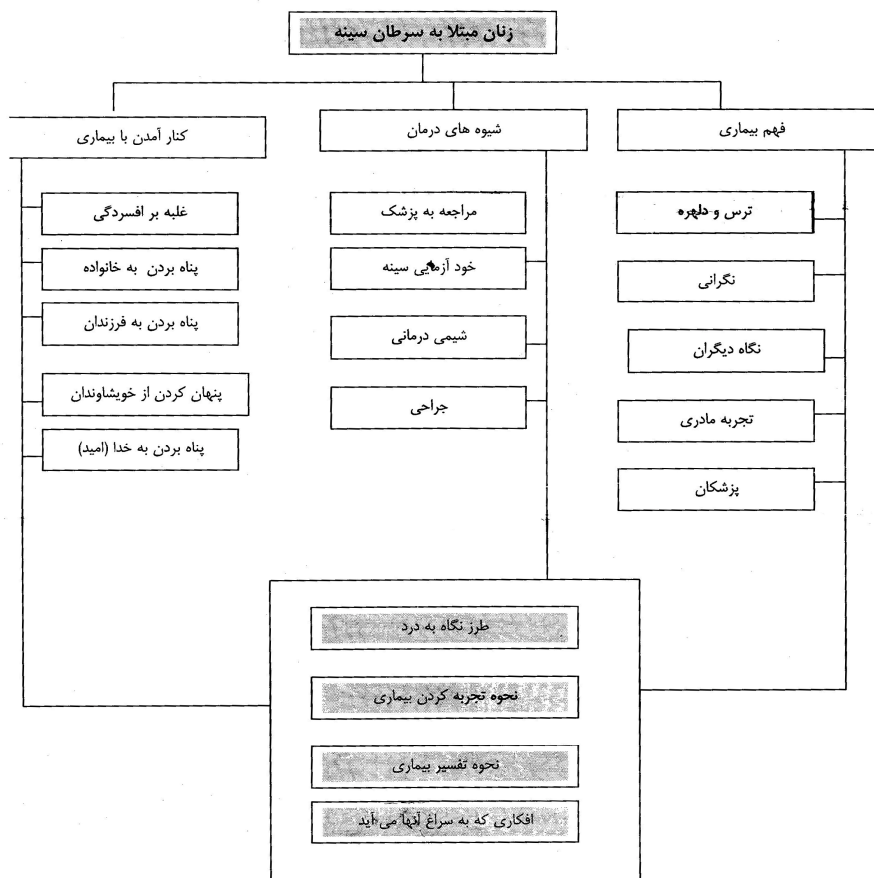
یافته‌های این پژوهش شاهدهی است صادق بر آنچه در دنیای درون و بیرون بیماران می‌گذرد. از بیماران آموختیم که زندگی بیمار سرطانی چگونه می‌گذرد؟ با «خود» و «بیماری» خود چگونه کنار می‌آید؟ در روابط خود با اطرافیان چه تحولاتی را تجربه می‌کند؟ تجربه زیسته او بر احساس درد چه تأثیری می‌گذارد؟ آیا مادری که فرزندانش ازدواج کرده‌اند و سر سامان گرفته‌اند با مادری که هنوز کودکش به زحمت سخن گفتن را آغاز کرده است یک تعریف از سرطان و یک احساس از آن دارند؟ آیا بیماری که با «نگاه دیگران» کنار آمده و آن را پذیرفته با بیماری که «نگاه دیگران» را یک مسأله، مسأله‌ای دردناک‌تر از سرطان می‌داند، یک تعریف و یک احساس از این بیماری دارند؟ آیا کسی که این بیماری را عقوبت گناهانش می‌داند با کسی که آن را حکمت و مصلحتی از سوی خداوند می‌داند درد را به یک اندازه تحمل خواهند کرد؟ یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هرگز این‌گونه نیست. مسأله و معضلی بنام «زیبایی» و «نگاه دیگران» برای یک بیمار ۷۶ ساله احتمالاً وجود ندارد، در حالی که زن ۴۵ ساله صاحب فرزند با اینکه دوست ندارد پس از ریزش موها و از دست دادن زیبایی در جمع‌های خانوادگی شرکت کند، اما بخاطر فرزندان خود و این‌که آن‌ها احساس نکنند از همالان خود عقب مانده و متفاوت شده‌اند این حصار را می‌شکند و با این مسأله کنار می‌آید، آن سان که دیگر از حالت مسأله بودن خارج می‌شود. همین قاعده در یک زن جوان‌تر یا یک دختر مجرد صورتی دیگر دارد. صورتی به کلی متفاوت. نگاه‌ها برای او آزار دهنده و

یادآور بیماری هستند. کلمه‌ها برای او بار معنایی خاص و متفاوت با دیگران دارند. وقتی اتفاقاً از روی مهر و دلسوزی کسی از بیمار می‌پرسد: خودت برای رادیوتراپی آماده‌ای یا مادرت را آورده‌ای؟ با همین سؤال یک ضربه روحی بر او وارد می‌شود. وقتی بیمار پاسخ می‌دهد: خودم، آن فرد می‌پرسد: تو که جوانی تو چرا؟ یک ضربه دیگر بر روان بیمار وارد می‌شود. باز می‌پرسد: مگر بیماری و مشکلات چیست؟ بیمار می‌گوید: بیماری سینه دارم. طرف مقابل می‌گوید: انشاء... که خوب می‌شوی. فلانی هم به این بیماری مبتلا بود، اما نمرد و الان خوب است. باز یک ضربه دیگر. در همین گفتگوی کوتاه که کسی در نیت درست سؤال کننده نمی‌تواند شک کند، هر سؤال یک ضربه روحی بر دل و جان بیمار است که روح حساس او را به‌واقع می‌شکند. در حالی که اگر به یک بیمار مسن گفته شود: فلانی هم به این بیماری مبتلا بود، اما نمرد و الان خوب است، به‌راستی خوشحال شده و امیدوار شود.

با ارائه مصادیقی از مصاحبه‌ها و تفسیر آن‌ها قصد ما نشان دادن تفاوت‌ها و بیان این ادعاست که سرطان سینه و تعریف آن صرفاً پزشکی نیست، بلکه ذهنی است. در عین حال که این تعریف ذهنی بین همه بیماران ثابت نیست، بلکه با توجه با مؤلفه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بیماران متغیر است. پس سرطان سینه را به پزشکی تقلیل دادن و آن را میان همه یکسان دیدن، تفکری غیر منطبق با واقع است، زیرا پزشکی شدن بر فردی کردن و بسترزدایی مسائل و رفتارهای اجتماعی استوار است و ایده مسئولیت افراد در قبال مسائل اجتماعی و رفتارهای کجروی را ترویج می‌کند. در نتیجه، در فضایی پزشکی شده فرض بر نکوهش و تقصیر افراد در قبال مسائل اجتماعی پیش آمده است (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶: ۹).



## مدل پژوهش در بخش کلدگذاری محوری



زنان مبتلا، این بیماری را با توجه به مؤلفه‌های مختلفی چون ذهنیت خود درباره زندگی، شرایط زندگی خانوادگی، تجاربی که پشت سر گذاشته‌اند و موقعیت اجتماعی و اقتصادی خود احساس و درک می‌کنند. به‌علت تأثیر مستقیم این عوامل بر احساس بیماری، همچنین به‌علت متفاوت بودن این مقوله‌ها در هر یک از بیماران، این بیماری به اشکال متفاوتی درک می‌شود. درک بیمار جوان غیر از درک بیمار پیر، درک زنی که شب‌ها چند بار باید بلند شود و شیر بچه

را بدهد با زنی که از غم تنهایی و بی‌فرزندگی هم می‌نالد متفاوت است. از این رو به‌راحتی می‌توان گفت این بیماری دارای تم‌های اجتماعی- فرهنگی تأثیرگذار بر وضعیت بیمار است که غفلت از آن‌ها یا کم بها دادن به آن‌ها نه تنها کار پزشکان را بی‌ثمر خواهد کرد، بلکه برای بیمار نیز جز قرار گرفتن در یک فرایند دردناک و طولانی مرگ تدریجی آن هم در ازاء هزینه‌های اقتصادی هنگفت حاصلی نخواهد داشت. این زیربناهای اجتماعی- فرهنگی آن‌چنان با درد بیماران و درک درد از سوی بیماران عجین است که در ذهن بیماران جای‌گیر شده و بیماران با توجه به درک خود آن را به گونه‌های متفاوتی تفسیر می‌کنند. و دقیقاً همین تفسیر است که سرطان را تعریف و معنادار می‌کند و معنایی که از این تفسیر و تعریف نشأت می‌گیرد «سرطان سینه» است نه چیز دیگر.

بنابراین، تعریف هر بیمار از بیماری خود و در نتیجه اتخاذ راهکارهایی در برابر بیماری در بیماران مختلف متفاوت است. هر زنی با توجه با شرایط و موقعیتی که از لحاظ خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی دارد نگرش مختص به خود را «می‌سازد». این «برساخت» تعریف درد و شیوه‌های کنار آمدن با بیماری از شرایط اجتماعی هر زن مبتلا تأثیر می‌پذیرد. نگاهی که بیمار نسبت به بیماری خود دارد و دیدگاهی که بر او غالب می‌شود دقیقاً وابسته به این است که بیمار از کدام طبقه اجتماعی است؟ صاحب چند فرزند است و این فرزندان از چه جنسی هستند؟ در چه موقعیت اقتصادی قرار دارد؟ خانواده تا چه حد حامی بیمار است؟ تحصیلات بیمار چقدر است؟ قشربندی اجتماعی و مدل تولید بیماری‌ها دلالت بر این دارد که چگونه موقعیت اجتماعی یک فرد، پارامترهایی را برای فرصت‌های سلامتی به‌وجود می‌آورد. مکانیسمی که به اهمیت موقعیت اجتماعی منجر می‌شود، همان ساختارهای جامعه است که قدرت، ثروت، سیستم‌های آموزشی، برنامه‌های کاری، هنجارهای فرهنگی و نهادهای سیاسی را تولید و توزیع می‌کند. موقعیت اجتماعی یک فرد، بروز شرایط خطرناک بهداشتی (سلامتی)، آسیب‌پذیری و تأثیر بیماری‌ها را در طی زمان تعیین می‌کند (اسکرون و گارمان، ۲۰۰۷: ۳۶). همراه با ابتلا به بیماری و پس از آن مسائلی وجود دارد که برای زنان مبتلا بیش از اندازه بزرگ است و به دغدغه‌هایی ذهنی برای آن‌ها تبدیل می‌شوند که لحظه‌ای آن‌ها را رها نمی‌کنند. یافته‌های این پژوهش که در جدول فوق آورده شده است در حقیقت نشان‌دهنده





همان تفکر بنیادی نهفته در این پژوهش است که مسأله زن مبتلا تنها سرطان سینه و بیماری بدن نیست، بلکه پس از بیماری افکاری به او هجوم می‌آورند که چه بسا در وخامت بیماری بدن تأثیری اساسی دارند.

مطابق با دیدگاه برساخت گرایی اجتماعی انسان‌ها صرفاً شرایط مشکل‌زا را نمی‌یابند، بلکه آن شرایط را می‌سازند. بنابراین، زنان مبتلا پس از ابتلا با توجه به شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی خود شرایط مشکل‌زا را می‌سازند و در ذهن خود چنان به این شرایط مشکل‌زا پر و بال می‌دهند که بالاخره وجود آن‌ها را تسخیر می‌کند. چشم اندازی که پس از بیماری دنیا را با آن می‌بینند، کاملاً متفاوت با چشم‌انداز پیش از بیماری است.

یافته‌های این پژوهش به این امر صراحت دارد که پس از بیماری مسائلی از قبیل از دست دادن زیبایی و زنانگی، نحوه کنش متقابل با اطرافیان، تمایل نداشتن به آگاهی دیگران از بیماری، هزینه‌های اقتصادی، آینده فرزندان، ترس و اضطراب عمیق، نحوه تعامل با همسر و مقوله‌های دیگر در میان زنان مورد پژوهش به مسائلی جدی تبدیل شده‌اند که به خلق مسائل دیگر منجر شده و در نتیجه فرایند بیماری و درمان پزشکی را تحت تأثیر قرار داده‌اند. زیرا با اینکه درد می‌تواند دلایل بیولوژیکی مستقیمی داشته باشد، تجربه درد قویاً متأثر از عوامل روان‌شناختی و فرهنگی است. سازمان بهداشت جهانی (WHO) و انجمن بین‌المللی مطالعه درد (IASP) درد را به‌عنوان «احساس ناخوشایند مربوط به یک خطر بالقوه یا واقعی که در تمام ساختار بدن احساس می‌شود» تعریف کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). این تعریف به اهمیت تلقی درد به‌عنوان یک درک و نه فقط به‌عنوان یک حالت عینی تأکید می‌کند (ایشان و گورانگ، ۲۰۰۹: ۷۱). واکنش انسان‌ها به درد متفاوت است؛ گاهی شیوه واکنش ما می‌تواند خود به بخشی از مشکل تبدیل شود و مقابله با درد را سخت‌تر کند. به این علت مشکلات می‌تواند بیشتر از شیوه تفکر ناشی شود تا صرفاً از خود درد. افکاری مانند «درد وحشتناک است، چطور با این همه درد تمام کارها را انجام دهم، هرگز نخواهم توانست کاری انجام دهم» به معنی شکست خویشتن و خطر افزایش احساس درماندگی و سرانجام افسردگی است (نیکولاس، ۱۳۸۷: ۷۶). دردهای اندام‌های خیال، دردهای انتشار یابنده و دردهای سایکو سوماتیک نشان می‌دهند که در زمان پیدایش یک درد تا چه اندازه ممکن است

یک علت واقعی یا عامل تحریک ضایعه عضوی وجود نداشته و تنها عوامل روانی دخالت داشته باشند. به این ترتیب مشخص می‌شود اگر دانش و آگاهی ما پیشرفت یابد، تا چه اندازه به نقش بیشتر عوامل روانی در پیدایش دردها توجه پیدا می‌کنیم.

نکته بسیار مهم دیگر این است که چگونه افراد جامعه تا این حد نسبت به شرایط ایجاد کننده درد عکس العمل‌های متفاوت نشان می‌دهند. افراد مختلف نه تنها واکنش‌های متفاوتی در برابر درد در چهره و رفتارشان پیدا می‌شود، بلکه با شدت‌های متفاوتی هم درد را احساس می‌کنند... آزمایش‌های متعددی که در شرایط آزمایشگاهی انجام شده است نشان‌دهنده این مطلب هستند که نه تنها در شرایطی که فردی انگیزه داشته باشد نسبت به شرایط خاص دیگر کمتر درد احساس می‌کند، بلکه دستگاه‌های الکتریکی مشخص کننده درد هم، درد خیلی کمتری را نشان می‌دهند (هیلگارد، ۱۳۷۵: ۷۴).

در پایان بخش یافته‌های پژوهش ضروری است به نتایج حاصل از مصاحبه با پزشکان و کارشناسان رادیوترابی نیز اشاره شود. از پزشکان و کارشناسان پرسیدیم:

- ۱ - بیشتر بیماران از چه گروه سنی هستند؟
- ۲ - وضعیت امکانات برای این قبیل بیماران در بیمارستان‌ها چگونه است؟ آیا کفای همه بیماران را می‌دهد؟
- ۳ - به نظر شما علت مراجعه دیر هنگام بیماران به پزشکان چیست؟
- ۴ - مسؤلیت اطلاع رسانی همگانی برای آگاهی از خطر وجود توده در سینه بر عهده چه سازمان یا نهادی است؟
- ۵ - بعد از اینکه توده در سینه زن تشخیص داده شد آیا یک مرکز درمانی خاص این بیماری وجود دارد که زن بلافاصله به آنجا راهنمایی شده و از طولانی شدن روند درمان در اثر سردرگمی‌های پیدا کردن پزشک متخصص، جراح، آمدن جواب آزمایش‌ها و... جلوگیری شود؟
- ۶ - رسالت پزشکان در تخفیف الام روحی بیماران چیست؟
- ۷ - از آنجا که همه بیماران مخصوصاً در اوایل آن دوره شدید افسردگی را تجربه می‌کنند آیا وجود یک روان‌شناس و مشاور برای صحبت و ایجاد همدلی با بیماران یک ضرورت نیست؟



۸ - کمی هم دربارهٔ مخارج اقتصادی این بیماری صحبت کنید؟ آیا اگر کسی نتوانست از عهدهٔ تأمین هزینه‌ها برآید مرکزی یا سازمانی از او حمایت به عمل می‌آورد؟

پزشکان و کارشناسان با اشاره به اینکه بیشتر بیماران از گروه سنی زنان میانسال هستند علت مراجعه دیرنگام این قبیل بیماران را ناآگاهی بیماران از بیماری‌های سینه و همچنین فقر اقتصادی عنوان کردند. نظر این متخصصان بر این است که دو عامل ناآگاهی و فقر اقتصادی هم دلیل اصلی مراجعه دیرنگام و هم ناتوانی بیماران از کنارآمدن با شرایط بیماری پس از تشخیص و ابتلاست. در پاسخ به سؤال حمایت‌های اقتصادی از بیماران اظهار کردند که برای بیماران نیازمند از سوی برخی سازمان‌ها (بهزیستی، امداد امام) حمایت‌هایی انجام می‌شود، اما میزان این حمایت‌ها بسیار ناچیز بوده و گره‌چندانی از کار بیماران نمی‌گشاید. شرایط سخت اقتصادی همراه با وضعیت روانی خاص و آلام روحی عرصه را برای بیماران تنگ و تنگ‌تر می‌کند. پزشکی اظهار کرد:

«شما در بعضی از فیلم‌ها می‌بینید که پرستاران حتی بیماران را به حمام می‌برند، به مشکلاتشان رسیدگی می‌کنند یا مشاورانی وجود دارند که به بیماران خدمت می‌کنند. در حالی که اینجا ما الان دستگاه رادیوتراپی نداریم. برای این همه بیمار فقط یک دستگاه وجود دارد. بیماران مجبور هستند یا به شهرهای نزدیک بروند و یا اینکه باید در نوبت بمانند.»

و پزشک دیگری این‌گونه آغاز به سخن کرد:

«شما چگونه از اطلاع‌رسانی همگانی برای آگاهی از خطر وجود توده در سینه حرف می‌زنید در حالی که هر سایتی دربارهٔ سینه و سرطان سینه فیلتر است. دستگاه رادیوتراپی نیست، کم است، آنوقت شما حرف از روان‌شناس و روان‌پزشک می‌زنید؟»

از اظهارات پزشکان به‌خوبی می‌توان فهمید که بنا به مسائل متعدد اقتصادی-اجتماعی موجود در بیمارستان‌ها دست پزشکان هم برای کمک رسانی به بیماران بسته است. به‌عبارت صریح و روشن، تجربه به آن‌ها آموخته است که بدون توجه به چیزی هرچه سریع‌تر فقط بیمار را ببینند تا نوبت به دیگری هم برسد. نهایت سخن اینکه پزشکان و کارشناسان در مصاحبه‌های خود ضمن تأکید بر اهمیت ابعاد مختلف بیماری، اظهار کردند که به علت کثرت بیماران، کمبود امکانات، تنگی وقت و ضرورت سرعت عمل در کار بیماران یک پزشک به تنهایی نمی‌تواند آن‌چنان که لازم و ضروری است به بیماران رسیدگی کند. وظیفهٔ اطلاع

رسانی، آگاهی بخشی یا آموزش خودآزمایی سینه بر عهده رسانه‌های ملی و جمعی است. توجه به ابعاد روحی- روانی یا اجتماعی- اقتصادی بیماری و بیماران آشکارا از عهده پزشکان خارج است و این وظیفه باید بر عهده متخصصان مربوطه گذارده شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

داستان بیماری زنان مصاحبه شونده در این پژوهش که بیشتر خانه‌دار و از طبقه متوسط به پایین جامعه بودند با «جدی نگرفتن تومور در سینه» آغاز می‌شود. یعنی به‌علت ناآگاهی از مفهوم تومور در سینه، غده سرطانی در سینه جدی گرفته نمی‌شود (همین ناآگاهی نشان می‌دهد که این بیماری در چند دهه اخیر شایع شده) قطع سینه توسط پزشک با افسردگی و صفت‌ناپذیر زنان همراه است که با حمایت خانواده و فرایند درمان توسط پزشک پس از ماه‌ها از میزان آن کاسته شده و کم‌کم آن‌ها را به روال عادی زندگی روزمره برمی‌گرداند. در این بازگشت به روال نسبتاً عادی زندگی است که مسائلی برای آن‌ها رخ داده و چهره نشان می‌دهد. این زنان برگشته به زندگی که مسأله‌ای به نام سرطان سینه و قطع سینه دارند تنها مسأله آن‌ها سرطان نیست. پس از بهبودی نسبی و گذر از هول و هراس مرگ، با توجه به تجارب زیسته، شرایط اقتصادی زندگی، پیر یا جوان بودن مبتلایان مسائلی از قبیل نحوه تعامل همسر، تحصیل و ازدواج فرزندان (به‌ویژه فرزندان دختر) پنهان کردن بیماری و وانمود کردن آن به‌عنوان بیماری از قبیل جراحی تیروئید، هر لحظه در معرض افسردگی بودن و از دست دادن امید که به سختی به دست آورده‌اند، نگاه سرزنش‌آمیز دیگران، تحمل ناراحتی فرزندان و اعضای خانواده، اینکه خود را با چه چیزهایی (انجام دادن کارهای سبک منزل، تماشای تلویزیون، رفتن به پارک، رفتن به خانه اقوام و آشنایان، گوش دادن به موسیقی) سرگرم کنند، هزینه‌های اقتصادی، رفتار پزشکان و مفاهیم دیگر هرکدام برای زنان مصاحبه شده در این پژوهش به مسأله‌ای جدی تبدیل شده بودند.

حال سؤال این است که آیا زنان متعلق به سایر گروه‌های طبقاتی یا زنان متعلق به سایر جوامع هم پس از ابتلا به سرطان سینه دقیقاً همین روند ابتلا را تجربه کرده و مسأله سرطان سینه را همین‌گونه می‌نگرند؟ آیا برای زنان متعلق به طبقه مرفه‌تری یک مسأله است یا هزینه‌های اقتصادی؟ و تحمل کدامیک از مسائل، زیبایی یا هزینه‌های اقتصادی، سخت‌تر



است؟ آیا برای زنان جوامع پیشرفته هم روند ابتلا با جدی نگرفتن تومور در سینه آغاز می‌شود؟ آیا آن‌ها هم دغدغه نگاه سرزنش‌آمیز خویشاوندان خود را دارند یا دغدغه مادری را؟ و باز تحمل کدام، نگاه سرزنش‌آمیز دیگران یا دغدغه مادری، سخت‌تر است؟ آیا در آن جوامع هم اعضای خانواده تنها تسلی دهنده بیماران هستند یا مراکز خاصی غیر از خانواده هم برای این منظور وجود دارد و این موضوع در تحمل بیماری، کنار آمدن با بیماری و پذیرش شرایط به وجود آمده چه جایگاهی دارد؟ و سؤال‌هایی دیگر. این سؤال‌ها خود به‌وضوح گویای آن است که مسائل زنان مبتلا در گروه‌های سنی و طبقاتی مختلف و همچنین در کشورهای جهان سوم یا پیشرفته متفاوت هستند. همین تفاوت‌ها حاکی از این است که سرطان سینه یک مسأله اجتماعی است که باید با پارامترهای اجتماعی سنجیده شده و از این زاویه نیز به این بیماری توجه شود.

هدف پژوهش حاضر این بود که نشان دهد بعد پزشکی سرطان سینه تنها یک بعد این بیماری است. این بیماری ابعاد روحی - ذهنی و اجتماعی - فرهنگی - اقتصادی نیز دارد که متأثر از بافت اجتماعی و تجارب زیسته بیمار بوده و بر تعریف سرطان و احساس آن از منظر بیمار تأثیرگذار هستند. مبنای این سخن پژوهش‌هایی است که در جوامع مختلف درباره احساس درد انجام شده و متفاوت بودن بارز آن را از جامعه‌ای به جامعه دیگر نشان داده‌اند. این پژوهش به این دلیل انجام شد که در جامعه ایران از ابعاد غیرپزشکی بیماری غفلت شده و بیماران تنها و تنها به لحاظ جسمی دیده شده و مداوا می‌شوند. در حالی که دلایل مبتنی بر پژوهش نشان می‌دهد که این نگرش آشکارا ناصواب است. ابعاد غیر پزشکی اثبات‌پذیر، محسوس و ملموس این بیماری الزام می‌کند که در نگاه به این بیماری تغییری اساسی ایجاد شود. این تغییر می‌تواند لاجرم بر روند درمان و معالجه، نگاه به بیمار و بسیاری دیگر از مؤلفه‌های بیماری تأثیری سرنوشت‌ساز بگذارد.

برساخت‌گرایی اجتماعی در یک عبارت ساده به این اشاره دارد که در هر جامعه با توجه به بافت اجتماعی آن جامعه «ذهنیت‌ها» ساخته می‌شوند. این عمل یعنی ساخته شدن «ذهنیت‌ها» در قلمرو پزشکی توسط پزشکان انجام می‌شود. با محوریت پزشکی در این فرایند در مقام خالق تراژدی درد و بیماری و در نتیجه زندگی و چگونگی درد کشیدن بیمار، لاجرم درد و بیماری «پزشکی» شده است. به همین دلیل است که جسم بیمار و صرفاً عضو آسیب دیده

بیمار در معرض بیشترین توجه‌ها قرار می‌گیرد و از خود بیمار، ذهنیت بیمار، تجربه‌های زیسته بیمار و زندگی اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بیمار غفلت می‌شود، بدون اینکه درباره تأثیر این عوامل بر احساس درد و بیماری و شاید معالجه آن پژوهشی انجام شود. این بیماران کسانی نیستند که امروز مبتلا شوند و چند ماه بعد فوت کنند و همه مسائل پایان یابد. این قبیل بیماران معمولاً تا سال‌ها (گاهی ۱۵ الی ۲۰ سال) در قید حیات هستند، بیمار و خانواده بیمار سال‌ها با ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی این بیماری درگیرند. بنابراین، در کنار بعد جسمی و پیش از آن باید کیفیت زندگی مبتلایان و ابعاد غیر پزشکی بیماری بررسی و مطالعه شود و هدف این پژوهش چیزی جز این نبود.

Archive of SID



## منابع

- آرمسترانگ، دیوید، (۱۳۷۲). *جامعه‌شناسی پزشکی*، چاپ اول. ترجمه احمد خزعلی و محمد توکل. تهران.
- ذکایی، محمد سعید، (۱۳۸۱). «نظریه و روش در تحقیقات کیفی» *فصلنامه علوم اجتماعی*. شماره ۱۷.
- رابینگن، ارل و واینبرگ، (۱۳۸۳). *رویکردهای نظری هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی*، چاپ دوم. رحمت ... صدیق سروستانی. تهران: دانشگاه تهران.
- سفیری، خدیجه، (۱۳۸۸). *روش پژوهش کیفی*، چاپ دوم. تهران: پیام پویا.
- سیریل، مک براید و رابرت بلک لا، (۱۳۶۵). *تفسیر پاتوفیزیولوژیک درد*، چاپ اول. شهریار هاشمی کهن زاد. تهران: امیرکبیر.
- طالقانی، فریبا، (۱۳۸۴). *فرایند تطابق در زنان مبتلا به سرطان سینه*، پایان نامه دکتری پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران.
- فلیک، اووه، (۱۳۸۸). *درآمدی بر پژوهش کیفی*، چاپ دوم. هادی جلیلی. تهران: نی.
- قاضی طباطبایی محمود؛ پاوالاک دروتی و ودادهیر ابوعلی، (۱۳۸۵). *برساخت یک مسأله اجتماعی - جمعیتی: درآمدی بر جمعیت‌شناسی اجتماعی - اقتصادی اچ‌ای وی - ایدز در ایران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. سال اول. شماره ۲. صفحات ۱۷۰-۱۳۶.
- قاضی طباطبایی محمود؛ ودادهیر ابوعلی و محسنی تبریزی علیرضا، (۱۳۸۶). *پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت مسائل انسانی. پژوهشنامه علوم انسانی، ویژه نامه علوم اجتماعی*. شماره ۵۳، بهار، صفحات ۳۲۴-۲۸۹.
- قاضی طباطبایی محمود و وداد هیر ابوعلی، (۱۳۸۷). *رحم جایگزین: تأملی ساخت گرایانه بر پزشکی شدن مادری. فصلنامه باروری و ناباروری*. تابستان ۸۷. صفحات ۱۶۴-۱۴۴.
- قانع‌ی راد و کریمی، (۱۳۸۵). «نمایشنامه‌های فرهنگی مرگ و مردن». *فصلنامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، شماره ۵.

- کویلر راس، الیزابت، (۱۳۷۹). *پایان راه*، علی اصغر بهرامی. تهران: رشد.
- لوزیک، دانیلین، (۱۳۸۳). *نگرشی نو در تحلیل مسائل اجتماعی*، چاپ اول. سعید معیدفر. تهران: امیرکبیر.
- معمدی، غلامحسین، (۱۳۷۳). *انسان و مرگ: درآمدی بر مرگ‌شناسی*، چاپ اول. تهران: مرکز.
- نیکولاس، مایکل و آلن مولی لويس تانکین، (۱۳۸۷). *راهنمای عملی کنترل درد*، چاپ اول. محسن دهقانی. تهران: رشد.
- هیلگارد، ارنست و ژوزفین هیلگارد، (۱۳۷۵). *کاربرد هیپنوتیزم در تسکین درد*، ترجمه رضا جمالیان. تهران: نشر اول.

- Ball David, (2006). *Environmental Health Policy*,. Open University Press.
- Eshun Sussie & Gurung Regan, (2009). *Culture and Mental Health*, Blackwell Publication.
- Gabe Jonathan, (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*, SAGE Publication.
- Kasper & Ferguson, (2002). *Brast Cancer*, Palgrave.
- Lee Kelley & Collin Jeff, (2005). *Global Change and Health*, Open University Press.
- Orme Judy & Powell Jane, (2007). *Public Health For The 21<sup>st</sup> Century*, Open University Press.
- Scriven Angela & Garman Sebastian, (2007). *Public Health: Social Context and Action*, Open University Press.
- Thorene & Murray, (2000). *Social Construction Of Breast Cancer*, (www. Biomedexperts. Com).





**nfazeli@hotmail.com**

**دکتر نعمت ا... فاضلی**

دارای مدرک دکترای انسان‌شناسی از دانشگاه لندن تاکنون در حوزه‌های پژوهشی و آموزشی مورد علاقه چندین عنوان کتاب تألیف و ترجمه کرده‌اند. از جمله تألیفات او کتابی است تحت عنوان «انسان‌شناسی مدرن در ایران معاصر». همچنین بیش از صد عنوان مقاله تألیف و منتشر کرده یا در سمینارهای علمی ارائه داده‌اند. مهم‌ترین تألیف او کتابی است به زبان انگلیسی تحت عنوان «Politics of Culture in Iran»

**feizy\_az@yahoo.com**

**عادلہ فیضی**

دارای مدرک کارشناسی ارشد در رشته مطالعات زنان از دانشگاه علامه طباطبایی از سال ۸۹ در دانشگاه‌های پیام نور در حال تدریس بوده و مقالات ترجمه شده او در حال انتشار است.

Archive of SID