Iranian Journal of Breast Diseases. 2022; 14(1):36-48.

Original Article

Women's Lived Experiences of Femininity after Mastectomy and Treatment: A Qualitative Study

Ghazafari A[1], Nikoogoftar M[2*]

[1]Department of Sociology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Tehran, Iran
[2]Department of Psychology, University of Payam Noor, Tehran, Iran

Receive: 12/1/2021
Accepted: 23/3/2021

[*]**Corresponding Author:**
mnikoogoftar@gmail.com

Ethics Approval:
IR.IAU.SRB.REC.1397.145

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most prevalent cancer among women, and mastectomy, the surgical treatment for this cancer, affects different aspects of patients' life. This study aimed to describe women's lived experiences of femininity after mastectomy and treatment.

Methods: This qualitative study was conducted on 17 breast cancer survivors in Tehran in 2018-2019. The participants, who were selected through snowball sampling, had undergone mastectomy at least 6 months before and were younger than 50 years. Data were collected using in-depth semi-structured interviews and analyzed with the contractual content analysis method.

Results: The analysis of patients' experiences led to the identification of 7 main themes (and 18 subtheme): social life (social isolation, quitting the job or getting a part-time job, and dropping out of school), body image (being asymmetric, being unattractive, and requiring reconstructive surgery), others' opinions (complaining about how others look at them and concerns of being pitied), marital relationships (fear of abandonment, fear of spouse's pity, shame of being nude, and compromised sexual intimacy), reproductive health (premature menopause and possible infertility), perceived support (attending support group meetings and keeping in touch with cured ones), taking responsibilities of household works (inability to do housewife affairs and inability to do the housework).

Conclusion: Mastectomy and treatment for breast cancer greatly affect many areas of individual and social life and marital relationships of patients, necessitating the need to develop and establish free support resources by NGOs and highlighting the government's role in reducing the psychological and family damage caused by the disease.

Keywords: Breast Cancer, Mastectomy, Femininity, Snowball Sampling Method, Body Image

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۴۸-۳۶ :(۱)۱۴ ؛۱۴۰۰

مقاله پژوهشی

تجربه زیسته زنان از زنانگی بعد از ماستکتومی و درمان؛ یک مطالعه کیفی

آزاده غضنفری[۱]، منصوره نیکوگفتار[۲*]

[۱] گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران
[۲] گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ ارسال: ۹۹/۱۰/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۱۷

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

چکیده

مقدمه: سرطان پستان از شایع‌ترین سرطان‌های زنان بوده و ماستکتومی به‌عنوان روش جراحی در درمان سرطان پستان بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران اثرگذار است. هدف از این پژوهش تبیین تجربه زیسته زنان از زنانگی بعد از ماستکتومی و درمان بود.

روش بررسی: این مطالعه به روش کیفی بر روی ۱۷ نفر از بیماران ماستکتومی شده‌ای که حداقل مدت زمان ۶ ماه از ماستکتومی آن‌ها گذشته بود و کمتر از ۵۰ سال سن داشتند، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق با روش نمونه‌گیری گلوله برفی در تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. داده‌های به‌دست آمده به روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌های حاصل از تجارب بیماران منجربه شکل‌گیری ۱۸ طبقه و ۷ تم اصلی تحت عناوین: زندگی اجتماعی، شامل سه طبقه: کم شدن رفت و آمدها، ترک شغل یا کار نیمه وقت و ترک تحصیل. تصویر بدنی شامل سه طبقه: نامتقارن شدن، جذاب نبودن و نیاز به ترمیم عضو. تصور دیگران شامل دو طبقه: شکایت از نگاه‌ها و کنجکاوی دیگران و شکایت از ترحم و دلسوزی دیگران. روابط زناشویی شامل چهار طبقه: ترس از ترک شدن، ترس از ترحم همسر، شرم از برهنگی، کاهش و قطع مقاربت. سلامت باروری (مسائل مرتبط با زنان و مامایی) شامل دو طبقه: یائسگی زودرس و نازایی احتمالی. ادراک حمایت شامل دو طبقه: شرکت در کلاس‌ها و همایش‌های خیریه و ارتباط با بهبودیافتگان. ایفای وظایف خانگی شامل دو طبقه: ناتوانی در کدبانوگری و ناتوانی در انجام کارهای دستی خانگی.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت ماستکتومی و درمان سرطان پستان بسیاری از حوزه‌های زندگی فردی و اجتماعی و روابط زناشویی بیماران را به‌شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد و این موضوع، ضرورت طراحی و استقرار منابع حمایتی رایگان از سوی سازمان‌های مردم نهاد و دولت را برای کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و خانوادگی ناشی از این بیماری برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، ماستکتومی، زنانگی، روش نمونه‌گیری گلوله برفی، تصویر بدنی

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

مقدمه

رشد روزافزون سرطان پستان در چند دهه اخیر و اثرات زیانبار آن برتمامی ابعاد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی سبب شده متخصصان این نوع از سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی می‌کنند. در ایران نیز سرطان پستان ۲۲/۲۶٪ از موارد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی است. اگرچه امروزه ماستکتومی به‌عنوان یکی از درمان‌های قابل قبول برای سرطان پستان، میزان بقای این افراد را افزایش داده است، اما این روش درمانی به نوبه خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه مدت و بلند مدت در این بیماران می‌شود (۱). زنان بعد از ماستکتومی استرس زیادی را متحمل شده، نگرششان نسبت به بدن فعلی بعد از عمل تغییر می‌کند. در این شرایط فرد احساس می‌کند جذاب نخواهد بود (۲). زنانگی گاه متضمن داشتن جذابیت‌های زنانه وابسته به جنس و گاهی نیز متضمن برخی ویژگی‌های رفتاری و اخلاقی خاص که از سوی جامعه برای زنان ارزشمند تلقی می‌شود، است. زنانگی با پذیرش نقش‌ها و هنجارهای متناسب با موقعیت اجتماعی و مقتضیات سنی تعریف می‌شود. ارزش‌های زنانگی را در دو بعد شناختی (بایدها و نبایدها) و رفتاری (معیار قضاوت اخلاقی پیرامون نقش‌های جنسیتی) بیان می‌کند (۳). از نظر آنان زنانگی محصول یک فرایند متقابل اجتماعی - فرهنگی و بیولوژیکی است که نظامی از روابط اجتماعی با هویت زنانه را بازنمایی می‌کند.

به عقیده گیدنز مراقبت از بدن یکی از ابزارهای اساسی است که شخص به کمک آن روایت معینی از هویت شخصی را محفوظ می‌دارد و در عین حال خود نیز از ورای همین روایت در معرض تماشا و داوری قرار می‌گیرد (۴).

زنانگی و مردانگی از لحاظ اجتماعی ساخته و رشد می‌یابد و این فرایند همه جنبه‌های اندیشه، رفتار، خواسته‌ها، نمودها و نظایر آن را پوشش می‌دهد. منش‌های مردانگی و زنانگی توسط مردمی که فرهنگ مشترک دارند تولید و بازتولید می‌شود. زنانگی و مردانگی برحسب زمان و مکان تغییر می‌کند و ثابت نیست (۵).

بدین نحو زنانگی در ارتباطی سه‌گانه میان ذهنیت، موقعیت (شامل موقعیت فیزیکی، اجتماعی و روانی زنان) و نقش‌های زنان تعریف می‌شود. از آنجایی‌که این موقعیت‌های اجتماعی متفاوت هستند ساختمان‌های ذهنی نیز متفاوت خواهند بود و به تبع آن از زنانگی تعریف ویژه نخواهیم داشت و از هویت‌های زنانه یا زنانگی‌ها صحبت به میان خواهد آمد (۶).

طالقانی و همکاران (۱۳۸۵) در مقاله‌ای با عنوان «مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص: یک بررسی کیفی» بیان می‌کنند موضوع‌های مهم به‌دست آمده در این بررسی شامل مواجهه با بیماری با به‌کارگیری رویکرد مذهبی (تسلیم به بیماری به‌عنوان یک تقدیرالهی، استمداد مذهبی)، نگرش نسبت به بیماری (مثبت‌اندیشی: امید به زندگی، تلقین مثبت، درمان‌پذیر بودن بیماری، فراموشی آگاهانه؛ تفکر منفی: ناامیدی، ترس، اختلال در تصویر ذهنی)، پذیرش حقیقت بیماری (پذیرش فعال: مبارزه با بیماری، شکیبایی؛ پذیرش غیرفعال)، عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر رویارویی (واکنش‌های اجتماع نسبت به بیماری، وجود گروه همگون) و حمایت نزدیکان بود (۷).

شایان و همکاران (۱۳۹۵) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان» بیان می‌کنند مطالعه حاضر به شیوه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی و با حجم نمونه معادل ۱۰۴ نفر به روش در دسترس، در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مجمع خیرین سلامت طی سال ۱۳۹۴، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ- ۲۸ و پرسشنامه عملکرد جنسی FSFI بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱ انجام شد. اکثر افراد مبتلا به سرطان پستان از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند. با توجه به رابطه مستقیم تمامی ابعاد عملکرد جنسی و سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، شناخت و آگاهی در زمینه تغییرات عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان امری مهم و ضروری است (۸).

خادمی و همکاران (۱۳۸۸) در مقاله‌ای با عنوان «سرطان پستان: یک مطالعه پدیدارشناسی» بیان می‌کنند در طی یک مطالعه کیفی (پدیدارشناسی) پس از اخذ مجوزهای لازم به بیمارستان ولی عصر اراک مراجعه و نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد و تا اشباع اطلاعات تعداد نمونه به ۲۲ نفر (بیمار، خانواده و تیم درمان) رسید. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه عمیق استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و پس از پیاده نمودن به روش پارسی

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

تفسیر گردید. در این تحقیق تلاش شد تا براساس معیارهای موثق بودن داده‌های کیفی و تجزیه و تحلیل آن‌ها عمل گردد. آگاهی درمانگران از تجارب شرکت‌کنندگان به آنان شناختی می‌دهد تا نقش خود را در مواجهه با بیماران مبتلا به سرطان پستان به نحو مناسب‌تری ایفا نمایند. این یافته‌ها همچنین بر ضرورت تغییر جهت از درمان انتهایی به تشخیص زودرس و اختصاص منابع جهت حمایت از این بیماران تاکید می‌نمایند (۹).

تته[1] و همکاران (۲۰۱۷) در مقاله‌ای با عنوان «سرطان پستان و هویت، فرهنگ و جامعه» بیان می‌کنند سرطان پستان در میان زنان سفید پوست شایع می‌باشد. با استفاده از بررسی تعداد ۹۱ زن مشخص گردید که بسیاری از این زنان نسبت به از دست دادن پستان و عدم پذیرش از سوی مردان دچار استرس و نگرانی هستند (۱۰).

نوتاری[2] و همکاران (۲۰۱۷) در مقاله‌ای با عنوان «سرطان پستان و تصویر بدنی زنان» بیان می‌کنند بسیاری از زنان باتوجه به از دست دادن پستان خود از بدن خود ناراضی هستند و احساس می‌کنند بخشی از زنانگی خود را از دست داده‌اند. بنابراین باید تلاش نمود تا زنان بدن خود را به درستی درک نمایند و بتوانند کیفیت زندگی خود را بالا برند (۱۱).

سان[3] و همکاران (۲۰۱۷) در مقاله‌ای با عنوان «از دست دادن پستان و پذیرش آن از سوی زنان چینی» بیان می‌کنند سن زنان در این مطالعات بین ۳۰-۷۷ بوده است. دو موضوع در این مقاله مد نظر قرار گرفته است تغییرات هویتی و مقابله با این تغییرات. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد زنان بازمانده از سرطان پستان توانستند این تغییرات را بپذیرند و با این اختلافات به زندگی خود ادامه دهند (۱۲).

پارتون[4] و همکاران (۲۰۱۷) در مقاله‌ای با عنوان «تجربیات زنان در مورد تغییر جنسیت در مسیر بیماری سرطان پستان» بیان می‌کنند این مطالعه تجربیات زنان را در ارتباط با سرطان پستان و تغییرات هویتی آنان را بیان می‌کند. از طریق مصاحبه با ۱۶ زن ۳۰-۷۰ ساله مبتلا به سرطان پستان این نتایج به دست آمد. یافته‌های تحقیق نشان داد زنان دچار افسردگی بعد از برداشتن پستان شده و به سختی با این مشکل کنار آمده‌اند (۱۳).

ماتیوز[5] و همکاران (۲۰۱۷) در مقاله‌ای با عنوان «تجربیات و چالش‌های بازماندگان سرطان پستان» بیان می‌کنند بازماندگان سرطان پستان با از دست دادن زنانگی خود دچار بحران شدیدی شدند و نیازمند برقراری فعالیت‌هایی برای پذیرش این هویت جدید بوده‌اند (۱۴).

پرداختن به مساله زنان هم موجب بسط شناخت زنانگی در حوزه مطالعات زنان می‌شود و هم به توانایی ما، در درک ماهیت زنانگی نزد زنان ماستکتومی شده و تغییرات آن کمک خواهد کرد. علاوه بر این زنان نیمی از جمعیت کشور و شکل غالب جمعیت دانشگاهی را تشکیل می‌دهند. این گروه از زنان در مواجهه با ماستکتومی طیفی از رفتارهای متفاوت را نشان می‌دهند. لذا مطالعه زنانگی آنان در سیستم آکادمی ضروری است و دریافتن ابعاد پنهان تجربه زیسته آنان از طریق تحقیقات کمی و پیمایشی میسر نبوده و با روش کیفی سازگاری بیشتری دارد. سازمان‌های اجتماعی در حوزه زنان می‌توانند از نتایج این پژوهش در عرصه برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری بهره‌مند شوند. هدف از انجام این مطالعه، بررسی تجربه زیسته زنان از زنانگی بعد از ماستکتومی و درمان آن بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با رویکرد کیفی و با روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد.اطلاعات به‌طور مستقیم از مشارکت‌کنندگان کسب شده است. هدف از این مطالعه، تبیین تجارب زیسته بیماران ماستکتومی و درمان شده (با توجه به اینکه کلیه ۱۷ بیمار ماستکتومی شده دوره‌های شیمی‌درمانی و رادیوتراپی را گذرانده‌اند لذا این متغیرها نیز در این مطالعه بررسی گردیده‌اند)، از زنانگی است. که در راستای پاسخ به سوال: درک و تجارب بیماران ماستکتومی شده از زنانگی چگونه است؟ طراحی گردید.

۱۷ بیمار ماستکتومی شده، کمتر از ۵۰ سال سن که حداقل ۶ ماه از زمان ماستکتومی آن‌ها گذشته باشد دراین مطالعه شرکت کردند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و به روش گلوله برفی انجام شد (اولین مصاحبه شونده از مراجعین مطب مامایی بود که نفر بعدی را هم معرفی کرد

[1] Teteh
[2] Notari
[3] Sun
[4] Parton
[5] Matthews

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

و سپس سایر مشارکت‌کنندگان هریک دیگری را معرفی می‌کردند). نمونه‌گیری گلوله برفی یا افزایشی روشی است که اغلب در مورد جامعه‌های پژوهشی پنهانی به‌کار می‌رود که دسترسی به آن‌ها برای پژوهشگر دشوار باشد و پژوهشگر نمی‌داند آزمودنی‌های خود را کجا و چگونه به دست بیاورد لذا با معدود آزمودنی‌ها (مشارکت‌کنندگان) در دسترس مصاحبه نموده و از آن‌ها می‌خواهد در صورت امکان آزمودنی‌های دیگر را معرفی نمایند و مانند یک گلوله برفی غلطان به‌تدریج که جلو می‌رود برف‌های بیشتری را به خود جذب می‌کند (میرزایی، ۱۳۸۸). نمونه‌گیری تا جایی‌که اشباع داده‌ها صورت پذیرفت ادامه یافت. در این مطالعه داده‌ها با ۱۵ نفر اشباع گردید اما برای اطمینان بیشتر با ۲ نفر دیگر هم مصاحبه انجام شد. به‌دلیل اینکه داده‌های جدیدی در نتیجه انجام مصاحبه‌های بعدی به‌دست نمی‌آمد و داده‌ها تکراری بودند لذا با انجام ۱۷ مصاحبه پژوهشگر به اشباع داده‌ها رسید. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انجام شد. مصاحبه‌ها با سوالاتی مانند: بعد از ماستکتومی چه حسی در شما به‌وجود آمد؟ و ماستکتومی چه تاثیری روی حس زنانگی شما داشته است؟ و اینکه چه تجربه‌ها و مسایلی داشته‌اید که به حس زنانگی شما مرتبط باشد؟ آغاز شد و با سوالات اکتشافی مانند: منظورتان چیست؟ چطور؟ چگونه؟ می‌توانید مثالی بزنید، ادامه یافت. مصاحبه‌ها با اجازه بیماران ضبط و سپس کلمه به کلمه تایپ شده و کدگذاری می‌شد. در طول فرایند کدگذاری، به‌طور مداوم کدگذاری کنترل می گردید تا از نظر تکرار بین مشارکت کنندگان اطمینان حاصل شود.نهایتا طبقات ودرون مایه ها شکل گرفتند. مدت زمان انجام مصاحبه ها بین حداقل ۳۵ دقیقه و حداکثر ۴۷ دقیقه بود. جهت اطمینان از صحت داده‌های به‌دست آمده از معیارهای: اعتبارپذیری، تائیدپذیری، اعتمادپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد. به‌منظور اعتبارپذیری یا مقبولیت در جمع‌آوری داده‌ها (در اعتبارپذیری، این پژوهش به‌دور از هرگونه سوگیری فکری- فرهنگی انجام شد و از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و غرق شدن و درگیری مداوم پژوهشگر در داده‌ها و مقایسه مستمر استفاده شد. کسب تایید مشارکت‌کنندگان نیز با ارجاع کدهای استخراج شده به مشارکت‌کنندگان حاصل شد مصاحبه‌ها با قرار قبلی و هماهنگی با بیماران و با انتخاب محل انجام مصاحبه از سوی بیمار انجام می‌شد. اماکن انجام مصاحبه شامل خیریه شمس، واقع در بیمارستان امام خمینی، پارک یا کافی شاپ و در ساعات فراغت آنان بود. همچنین بهره‌گیری از روش مطالعه مکرر، مقایسه مستمر داده‌ها، خلاصه‌سازی و دسته‌بندی اطلاعات، تامین‌کننده فرایند اعتبار داده‌ها در این پژوهش بود. اعتمادپذیری داده‌ها، از طریق بازبینی اعضای تیم تحقیق (استاد راهنما و پژوهشگر) به‌دست آمد. انتقال‌پذیری داده‌ها از طریق ارائه کامل روش پژوهش همراه با ارائه مثال‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان انجام گرفت تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای دیگران فراهم گردد. ملاحظات اخلاقی: این تحقیق با تصویب شورای پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات و مجوز کمیته اخلاقی با کد شناسه IR.IAU.SRB.REC.1397.145 به تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۲۳ این دانشگاه انجام شد. ضبط صوتی مصاحبه‌ها با کسب اجازه از بیماران تحقق یافت و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی محرمانه خواهد ماند.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان متشکل از ۱۷ بیمار ماستکتومی شده زیر ۵۰ سال بودند که حداقل ۶ ماه از ماستکتومی آن‌ها گذشته باشد. سن مشارکت‌کنندگان بین ۳۲ و ۴۹ سال و میانگین سنی ۴۱/۳۵ سال بودند، سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان از زیر دیپلم تا دکتری متغیر بود. ۷ تم اصلی و ۱۸ طبقه حاصل شد (جدول ۱).

تم اول؛ زندگی اجتماعی

این تم شامل سه طبقه با عناوین: کاهش رفت و آمدها، ترک شغل و یا کار نیمه وقت و ترک تحصیل بود. اختلال در زندگی اجتماعی این گروه از بیماران وجود دارد، در اینجا به بیان مثال‌هایی از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان می‌پردازیم:

کاهش رفت و آمدها: چون به فامیل نگفته بودیم، تا یک سال اصلا مسافرت نمی‌رفتیم، رفت و آمد نمی‌کردیم، اگر مراسمی چیزی می‌شد بهونه‌ای می‌آوردیم که نریم وکسی ندونه من بیمارم (بیمار ۷).

فقط خانوادم اطلاع دارن، دیگران اطلاع ندارن چون دوست نداشتم کسی راجع به بیماریم بدونه. سعی کردم با

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

کسی در ارتباط نباشم که پی ببره. طوری رفتار می‌کردم که متوجه نشن (بیمار ۱۲).

جدول ۱: تم و طبقات تجربه زیسته زنان از زنانگی بعد از ماستکتومی

تم‌ها	طبقات
زندگی اجتماعی	کم شدن رفت وآمدها ترک شغل و یا کار نیمه وقت ترک تحصیل
تصویر بدنی	نامتقارن شدن جذاب نبودن نیاز به ترمیم عضو
تصور دیگران	شکایت از نگاه‌ها وکنجکاوی دیگران شکایت از احساس ترحم دیگران
روابط زناشویی	ترس از ترک شدن ترس از ترحم همسر شرم از برهنگی کاهش و یا قطع مقاربت
سلامت باروری	یائسگی زودرس نازایی احتمالی
ادراک حمایت	شرکت در کلاس‌ها و همایش‌های خیریه ارتباط با بهبودیافتگان
ایفای وظایف خانگی	ناتوانی در کدبانوگری ناتوانی درانجام کارهای دستی خانگی

ترک شغل: قبلا تو آموزش و پرورش شاغل بودم ولی الان چهار ساله که بخاطر بیماریم سرکار نمیرم. دوره‌های درمانم طوری بود که نمی‌شد همش کلاسهامو تعطیل کنم، بخاطر همین تصمیم گرفتم کار نکنم. ناراحتم نیستم، به هر حال سلامتی برام مهم‌تره (بیمار ۳).

قبلا شاغل بودم ولی در حال حاضر به‌خاطر بیماری خودم و همزمان بیماری مادرم کار نمی‌کنم، یعنی نیمه وقت کار می‌کنم. نمی‌تونستم هر بار مرخصی بگیرم، یه سری بخاطر بیماری خودم یه سری بخاطر بیماری مادرم، کار نیمه وقت با شرایط من بهتره برام (بیمار ۱۲).

ترک تحصیل: شاغل هستم، همکارام خیلی خوبن و با من همکاری می‌کنن، دانشجو هم هستم ولی فعلا مرخصی تحصیلی گرفتم و درس نمی‌خونم. انشالله حالم بهتر بشه حتما درسمو تموم می‌کنم (بیمار ۱۵).

تم دوم؛ تصویر بدنی

شامل سه طبقه؛ نامتقارن شدن، جذاب نبودن و نیاز به ترمیم عضو می‌باشد. تصویر بدنی در اکثر بیماران ماستکتومی شده مختل شده است. اختلال در تصویر بدنی رفته رفته عادی می‌شود. به‌عنوان مثال:

جذاب نبودن: فکر می‌کردم خیلی زشت و وحشتناک شدم و قابل تحمل نیستم، فکر می‌کردم دیگه دوست داشتنی نیستم. خیلی فکر می‌کردم، خیلی گریه می‌کردم، ولی حالا سعی می‌کنم کمتر بهش فکر کنم (بیمار۵).

نامتقارن شدن: خیلی حس بدی بود که خودمو تو آینه ببینم، جلو آینه نمی‌رفتم. احساس می‌کردم نامتقارن شدم، خودمو مثل زن قبل ارزیابی نمی‌کردم. به هرحال احساس نقص عضو همیشه با من همراه هست اوایل خیلی بیشتر و حالا کمتر (بیمار ۲).

ترمیم عضو: پروتز بافتی مصنوعی است که جایگزین عضو برداشته شده می‌شود و فاقد نیپل (نوک پستان) و آرئول (هاله اطراف نیپل) می‌باشد. اکثر بیماران مایلند در صورت امکان از پروتز استفاده کنند. به‌عنوان مثال:

نیاز به ترمیم عضو؛ دکتر برای من همون موقع که ماستکتومی شدم پروتز گذاشت، البته نیپل نداره ولی خوب من راضیم و پیشنهاد می‌کنم بیمارا حتما به فکر ترمیم باشن چون تو روحیه خیلی تاثیر داره. پوشش بیمه‌ای نداره ولی امیدوارم پوشش بیمه‌ای پیدا بکنه (بیمار ۷).

پروتزیکه گذاشتم سنگین بود، اوایل احساسش می‌کردم. نیپل نداشت، از اون یکی سفت‌تر و بزرگتر بود. هزینه‌هاشم که خیلی بالاست نمیشه ترمیمش کرد. پوشش بیمه‌ای هم نداره. البته من پروتز و بیشتر از سینه خودم دوس دارم چون سایزش از اون یکی بزرگتره، سینه‌های من خیلی کوچیک بودن (می‌خندد) (بیمار ۸).

پروتز خیلی گرونه، چندین بار باید عمل بشی و من منصرف شدم، از دکترم سوال کردم نوع معمولیش برای من حدود ۲۴ میلیون قیمتشه. منم که دیگه خیلی مثل اوایل برام مهم نیست، شوهرمم به همین شکل پذیرفته، بخاطر همین دنبالش نرفتم (بیمار ۱۰).

فعلا دکترم اجازه نداده پروتز کنم در ضمن هزینه‌هاشم بالاست و بیمه‌هام قبول نمی‌کنن. من هنوزم مراحل درمانیم ادامه داره و فعلا نباید از پروتز استفاده کنم، ولی برای بعضیا همون موقع جراحی پروتز رو می‌ذارن ولی

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

برای من این کارو نکردن، دکترم صلاح ندونست. البته سایز سینه من بزرگه نمی‌دونم چه پروتزی رو بعدا برام می‌ذارن (بیمار ۱۵).

تم سوم؛ تصور دیگران

مواجهه با تصور دیگران از ماستکتومی بیماران، شامل دو طبقه؛ شکایت از نگاه‌ها و کنجکاوی دیگران و شکایت از ترحم و دلسوزی دیگران بود. برای تعدادی از افراد این گروه، نگاه‌ها و کنجکاوی دیگران در خصوص ماستکتومی و دیدن محل عمل جراحی و ترحم و دلسوزی دیگران آزاردهنده بود. به‌عنوان مثال:

شکایت از نگاه‌ها و کنجکاوی دیگران: از اینکه مثل یه بیمار بهم نگاه می‌کردن خوشم نمیومد. گاها من اصلا به بیماریم فکر نمی‌کردم ولی بعضیا با سوالاشون که مثلا حالت چطوره، بهتر شدی، دیگه شیمی‌درمانی نمیشی، منو بیاد بیماریم میانداختن، دوباره فکرم مشغول بیماریم میشد دوباره ناراحت میشدم، دیگران طوری رفتار می‌کردن که من ازشون دوری می‌کردم (بیمار ۱۷).

شکایت از ترحم و دلسوزی دیگران: از دلسوزی‌های بیجا و قضاوت‌های نابجا بسیار ترس داشتم و اصلا نگفتم که من این مشکل رو دارم. حتی به خواهر بزرگترم هم که خودشم به این بیماری مبتلا شده بود هم نگفتم. ولی بعد از انجام شیمی‌درمانی که موها و ابروهام ریخت خواهرم متوجه شد و بهم گفت به ما بگو مشکلت چیه که لااقل کمکت کنیم (بیمار ۲).

به همه گفته بودم، برام مهم نبود چه فکری می‌کنن، ولی بعضیا خصوصاً اقوامم وقتی منو میدیدن گریه می‌کردن، این منو ناراحت می‌کرد. اذیت می‌شدم از نوع برخوردشون، برای همین سعی می‌کردم تو جمعشون نباشم (بیمار ۱۴).

قبلا از نگاه‌های دیگران ناراحت میشدم ولی الان حتی می‌بینم کسایی رو که با کنجکاوی نگاه میکنن فقط یه لبخند بهشون میزنم و برام مهم نیست. مهمونی که میرم لباس جذب می‌پوشم، هر لباسی که دوست داشته باشم می‌پوشم لباس باز یا هر لباس دیگه‌ای، از سوتین هم استفاده نمی‌کنم، یه جورایی باهاش کنار اومدم (بیمار ۱۱).

تم چهارم؛ روابط زناشویی

روابط زناشویی شامل چهار طبقه تحت عنوان؛ ترس از ترک شدن، ترس از ترحم همسر، شرم از برهنگی، کاهش و قطع مقاربت. در تعدادی از مشارکت‌کنندگان متاهل این گروه، روابط زناشویی بعد از ماستکتومی تغییر کرده بود. اوایل این تغییرات بیشتر و با گذشت زمان بهتر شده بود. به عنوان مثال:

یکی دو سال اول اذیت بودم از نظر رابطه با همسرم، تمایل نداشتم، حس خوبی نداشتم، ذهنم درگیر بیماریم بود و اینکه از ظاهر بدنم خوشم نمیومد. ولی بیمارستان امام حسین که من اونجا درمانمو انجام دادم یه طرحی رو اجرا کرده به نام طرح جنسینگ قرمز، یه قرصایی رو برای سه ماه به ما میده که ماده اصلیش جنسینگه، این قرص‌ها اثر فوق‌العاده‌ای روی سکس دارن، برای خود من که خیلی خوب بود. یعنی از اون حالت رفع تکلیف در اومده و حتی از رابطم با همسرم بعد از استفاده از این قرصا لذت هم می‌برم. به نظرم خوبه که شما به بیمارا بگید که تو این طرح شرکت کنن، واقعا تاثیر گذاره (بیمار ۳).

ترس از ترک شدن و ترحم: ترس‌های زیادی وجود داشت، من از نشون دادن بدنم بهش ترس داشتم، چون فکر می‌کردم دیگه دوست داشتنی نیستم و ممکنه دیگه لذتی از رابطمون نبره. وقتی به من نزدیک میشد احساس می‌کردم از روی دلسوزیه، بخاطر همین تصمیم گرفتم پیشنهاد بدم که جدا بشیم این بهتر بود تا اینکه اون منو ترک بکنه. البته نامزدم خیلی سعی کرد که به من ثابت بکنه که اینجوری نیست و پیشنهاد منو قبول نکرد (به فکر فرو می‌رود) (بیمار ۵).

کاهش یا قطع مقاربت: کلا بعد از تولد فرزند دومم این ارتباط کم شد، الانم که بخاطر بیماریم به حد خواهر برادری رسیده. خودمم بخاطر اینکه فکرم درگیر بیماریمه اصلا تمایلی به ایجاد ارتباط ندارم، حالا ممکنه بعدها بهتر بشه ولی در حال حاضر نه، اصلا ارتباطی با هم نداریم (بیمار ۹).

شرم از برهنگی: اوایلش سخت بود برام رابطه داشتن، خجالت می‌کشیدم که بدنمو ببینه، دوست نداشتم از روی ترحم بهم نزدیک بشه، این فکرا باعث شد ارتباطمون کم بشه ولی الان دیگه عادی شده و تقریبا مثل قبل از بیماریمه (بیمار ۱۰).

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

بعد از بیماری که ماستکتومی شدم خودم حس خیلی بدی داشتم که منو ببینه، خیلی بی‌میل شده بودم. هرچند که همسرم اینجوری فکر نمی‌کرد ولی به هرحال روی رابطمون تاثیر داشت (بیمار ۱۳).

تم پنجم؛ سلامت باروری

شامل دو طبقه بود؛ یائسگی زودرس و نازایی احتمالی. داشتن دوره‌های قاعدگی منظم از نشانه‌های سلامت زنانگی است. یائسگی زودرس برای این بیماران آزارنده بوده و احتمال نازایی را مطرح می‌کند. در ضمن عوارض یائسگی زودرس علاوه بر قطع دوره‌های قاعدگی، گرگرفتگی و استئوپروز (پوکی استخوان) را نیز به همراه خواهد داشت. نمونه‌هایی از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به این شرح می‌باشد:

نازایی: آمپولایی که می‌زدم باعث شد دیگه پریود نشم و الانم پریود نمیشم. من یه سری تخمکامو فریز کردم، البته دکترم بازم بهم پیشنهاد کرد که تخمک فریز کنم. این دغدغه برای من همیشه وجود داره که در آینده می‌تونم بچه‌دار بشم یا نه (نگران و ناامید) (بیمار ۵).

یائسگی زودرس: پریودم قطع شد، یائسگی زودرس گرفتم، گرگرفتگی دارم و نگرانم که پوکی استخوان پیدا نکنم. باید دارو بخورم که پریود نشم و تخمدان‌هام نباید فعال باشن. فعالیت تخمدان‌ها برای بیماریم بده، چون من هورمون مثبت هستم، یعنی با تغییرات هورمونی بیماریم بدتر میشه (با چهره‌ای نگران) (بیمار ۶).

پریود نمیشم ولی ناراحت نیستم چون از دردسرای دورش راحت شدم. ولی از نظر عوارض احتمالیش استئو پروز نگرانم و همین‌که گرگرفتگی داره اذیتم می‌کنه. البته هرچی که اطلاعات آدم از بیماریش بیشتره نگرانیشم بیشتره، گاهی با خودم میگم خوش به‌حال اونایی که خیلی اطلاعاتی راجع به بیماریشون ندارن، همش نگرانم نکنه متاستاز بده به جاهای دیگه، نکنه قسمتای دیگه بدنمو درگیر کنه (چهره بیمار نگران است) (بیمار ۹).

تم ششم؛ ادراک حمایت

شامل دو طبقه بود؛ شرکت درکلاس‌ها و همایش‌های خیریه و ارتباط با بهبودیافتگان. آشنایی با این موسسات برای اکثر بیماران اتفاق افتاده و به‌عنوان تجربه‌ای مهم در زندگی این گروه از بیماران مطرح می‌شود. به عنوان مثال:

شرکت در کلاس‌ها و همایش‌های خیریه: دکترم یک مرکز خیریه به من معرفی کرد برای کمک روحی، اونجا با مراکز خیریه دیگه‌ای هم آشنا شدم. این مراکز نقش فوق‌العاده‌ای در بهبود شرایط روحی و بیماری من داشت. طرز فکرم تغییر کرد. این کلاس‌ها منو از خواب بیدار کردن، طوری‌که فکر می‌کنم این بیماری یه موهبت الهی بود تو زندگی من (خوشحال است) (بیمار ۲).

ارتباط با بهبود یافتگان: دکتر من یه موسسه برای بیمارای سرطانی تاسیس کرده بود و منم وارد این موسسه شدم و شروع به فعالیت کردم. اوایل ماهی دو سه بار می‌رفتم ولی حالا ماهی یک بار میرم. ولی ماهی یک بارو باید برم چون اگه نرم واقعا حالم بد میشه. این مراکز تاثیر فوق‌العاده‌ای روی روحیه افراد داره، مخصوصا که ارتباط با بهبود یافتگان خیلی موثره (با انرژی و بگو بخند) (بیمار۶).

اولش افسرده شده بودم ولی بعد از آشنایی با مراکز خیریه و شرکت در کلاساشون طرز فکرم تغییر کرد. قبل بیماری افکارم پراکنده بود، ولی حالا مسیر خاصی پیدا کرده، هدفدارشدم. این بیماری تاثیر مثبتی روی من داشت و الانم برنامه هر هفته‌ام پر شده و انرژی می‌گیرم و حالم خیلی بهتر میشه. مثلا ضرب زدن رو خیلی دوس دارم و الان واقعاً احساس لذت می‌کنم که یه ریتمی رو می‌زنم (با حال روحی عالی) (بیمار ۱۰).

تم هفتم؛ ایفای وظایف خانگی

ایفای وظایف خانگی شامل دو طبقه؛ ناتوانی در کدبانوگری و ناتوانی در انجام کارهای دستی، درتعدادی از بیماران تحت تاثیر قرارگرفته است. به‌عنوان مثال:

ناتوانی در کدبانوگری: از وقتی عمل کردم احساس از کار افتادگی می‌کنم یعنی حتی نمی‌تونم یه جارو برقی بکشم. ولی قبل عمل نه اینجوری نبودم، من کار خونگی می‌کردم و دو میل می‌بافتم ولی حالا نمی‌تونم. حالا برای انجام کارای کوچیک هم مثل آشپزی یا یه چیزی از کابینت برداشتن به کمک نیاز دارم. مثلا لوله آب میترکه باید از

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

همسایه‌ها کمک بگیرم. از نظر جسمی توانایی قبل رو ندارم، در بطری رو نمی‌تونم بردارم، به زیر بغلم فشار میاد (گریه می‌کند) (بیمار ۱۴).

ناتوانی در انجام کارهای دستی: من قبلا خیلی کار می‌کردم، تو خونه ترشی درست می‌کردم، انواع مرباها و خیلی کارای دیگه فروشندم بودم ولی در حال حاضر به‌دلیل تورم دست چپم کار نمی‌کنم. نمی‌تونم مثل قبل باشم (غمگین می‌شود) (بیمار ۴).

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، به‌نظر می‌رسد زنانگی در زنان مبتلا به سرطان پستان متاثر از ماستکتومی و درمان‌های همراه است. تعمیم‌پذیری این مطالعه از طریق ایجاد پایگاهی از اطلاعات و داده‌ها که توسط پژوهشگر با ایجاد مقوله‌بندی‌های دقیق انجام شده است بر اساس ویژگی‌های مشابه و متفاوت (بیشینه مشابهت و تغییرپذیری) که در قالب آن‌ها قرار می‌گیرد توسط سایر پژوهشگران قابل استفاده خواهد بود. به‌عبارتی در خصوص تعمیم‌پذیری نتایج به جامعه‌ای دیگر بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها تصمیم‌گیری می‌شود.

این پژوهش زندگی اجتماعی شامل؛ کاهش رفت و آمدها، ترک شغل و یا کار نیمه‌وقت و ترک تحصیل در بیماران ماستکتومی شده وجود داشت و به نوعی در زنانگی آنان موثر بود و با مطالعات قبلی مبنی بر پذیرش نقش‌ها و هنجارهای زنانگی متناسب با موقعیت اجتماعی هم‌خوانی دارد (۱۷).

زنانگی و مردانگی از لحاظ اجتماعی ساخته شده و رشد می‌یابد. این فرایند همه جنبه‌های اندیشه، رفتار، خواسته‌ها، نمودها و نظایر آن را پوشش می‌دهد. منش‌های مردانگی و زنانگی توسط مردمی که فرهنگ مشترک دارند تولید و بازتولید می‌شود (۱۸).

شناخت افراد از دنیای اجتماعی پیرامونشان نقش مهمی در رفتار آن‌ها دارد. ادراک افراد از نقششان در اجتماع و انتظاراتی که از آنان می‌رود جز مهمی از این شناخت به‌شمار می‌رود (۱۹). ایجاد شرایط مناسب کاری برای این گروه (استفاده از مرخصی، تغییر شرایط کاری متناسب با توانایی فیزیکی بیمار)، که به‌دلیل بیماری و عوارض ناشی از آن مجبور به ترک شغل شده‌اند، توصیه می‌شود. زیرا داشتن فعالیت اجتماعی برای بهبود زنانگی بیماران موثراست.

جدول ۲: مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان

نام	سن	میزان تحصیلات	وضعیت تاهل	تعداد فرزند	مدت زمان گذشته از ماستکتومی
بیمار ۱	۳۸	دیپلم	مطلقه	یک	یک سال
بیمار ۲	۴۵	لیسانس	متاهل	یک	پنج سال
بیمار ۳	۴۹	فوق دیپلم	متاهل	یک	چهار سال
بیمار ۴	۴۸	سیکل	بیوه	چهار	ده سال
بیمار ۵	۳۲	فوق لیسانس	متاهل	ندارد	یک سال و نیم
بیمار ۶	۴۹	دیپلم	بیوه	دو	یک سال
بیمار ۷	۳۷	دیپلم	مجرد	ندارد	دوازده سال
بیمار ۸	۳۴	فوق لیسانس	مجرد	ندارد	سه سال
بیمار ۹	۳۹	فوق تخصص	متاهل	دو	ده ماه
بیمار ۱۰	۴۴	دیپلم	متاهل	دو	سه سال
بیمار ۱۱	۳۲	فوق لیسانس	مجرد	ندارد	یک سال
بیمار ۱۲	۴۳	فوق دیپلم	مجرد	ندارد	دوسال
بیمار ۱۳	۴۳	دکترا	متاهل	یک	چهار سال
بیمار ۱۴	۴۸	دیپلم	مطلقه	دو	سه سال
بیمار ۱۵	۴۴	لیسانس	مجرد	ندارد	یک سال
بیمار ۱۶	۳۵	لیسانس	مجرد	ندارد	سه سال
بیمار ۱۷	۴۳	دیپلم	متاهل	دو	چهار سال

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

بر اساس مطالعه حاضر تصویر بدنی شامل؛ نامتقارن شدن، جذاب نبودن و نیاز به ترمیم عضو، متعاقب ماستکتومی تغییر کرده است، که خود بر جنبه‌های خانوادگی، اجتماعی و جنسی تاثیرگذار است و با مطالعات انجام شده در این زمینه همسو می‌باشد.

زنان با توجه به از دست دادن پستان خود از بدن خود ناراضی هستند و احساس می‌کنند بخشی از زنانگی خود را از دست داده‌اند (۲).

بیمار پس از ماستکتومی شرایطی همانند قطع یک عضو از بدن را تجربه می‌کند. عضوی که سمبل جنسیت، زن بودن و مادر بودن است و با برداشتن آن زنان استرس زیادی را متحمل شده و احتمالا دچار اختلالات خلقی مانند افسردگی و اضطراب و کاهش کیفیت زندگی می‌گردند (۱۵). زنان دچار افسردگی ناشی از برداشتن پستان شده و به سختی با این مشکل کنار آمده‌اند (۵).

به‌عقیده گیدنز، جنسیت به‌عنوان تجربه زیسته افراد گوناگون در نظر گرفته می‌شود. مراقبت از بدن یکی از ابزارهای اساسی است که شخص به کمک آن روایت معینی از هویت شخصی را محفوظ می‌دارد و در عین حال خود نیز از ورای همین روایت در معرض تماشا و داوری قرار می‌گیرد (۱۸).

اگرچه تصویر ذهنی از بدن ساختاری چند بعدی دارد ولی اغلب به‌صورت درجه‌ای از رضایت از ظاهر فیزیکی (اندازه، شکل و ظاهر عمومی) تعریف می‌شود. درک نامناسب از تصویر بدنی و عدم رضایت از آن می‌تواند به مشکلات جسمی و روحی منجر شود. تصویر بدنی نه تنها درک جسمانی، عاطفی، اجتماعی و نگرشی است بلکه جنبه‌های گوناگون جنسی، خانوادگی و تطابقی فرد را در بر می‌گیرد (۲۱) با توجه به اینکه زنانگی شامل دو بعد جنسی و جنسیتی می‌باشد (۲۲)، لذا تغییر در تصویر بدنی بر زنانگی زنان ماستکتومی شده تاثیرگذار است. از دست دادن پستان یکی از تغییراتی است که برای بیمار مشکلات عمیق روحی و اختلالات جنسی به‌دنبال دارد (۲۳)، در مواردی که ماستکتومی ناگزیر است، پیشنهاد بازسازی به بیماران برای بهبود تصویر بدنی و کیفیت زندگی ضروری است (۹). به‌دنبال سرطان پستان و ماستکتومی تصویر ذهنی زنان از خود و هویت زنانگی آن‌ها مختل می‌شود که در همه جوانب زندگی آن‌ها تاثیر می‌گذارد و دچار مشکلات خانوادگی می‌شوند که برای بازسازی آن نیازمند حمایت، انجام اقدامات توانبخشی، مشاوره و پیگیری است (۲۴) و از این رو، داشتن پوشش بیمه‌ای برای استفاده از پروتز پستان برای بیماران ماستکتومی شده ضروری به‌نظر می‌رسد.

تصوردیگران؛ شکایت از نگاه‌ها و کنجکاوی دیگران و شکایت از احساس ترحم دیگران، در این مطالعه بیانگر اهمیت مورد تایید دیگران قرار گرفتن، بوده که از جنبه‌های دیگر زنانگی مطرح می‌شود. در مطالعات دیگر نیز به آن اشاره شده. یک زن همواره خود را وارسی می‌کند، او تقریباً همیشه با پندار ویژه خودش از خود همراه می‌شود. از آغاز کودکی به او آموخته‌اند و او را اقناع کرده‌اند تا خودش را به گونه‌ای مستمر مورد بررسی قرار دهد. برای اینکه چگونه در حضور مردان ظاهر شود (۱۹). اهمیت توجه به نقطه نظر دیگران نسبت به خود در شکل‌گیری هویت توسط دختران، تداعی‌گر این عقیده است که: شکل‌گیری هویت در دختران هم بعد درون و هم بعد بین شخصی دارد، به این معنی که دختران نسبت به این که چگونه در نظر دیگران جلوه می‌کنند بسیار حساس هستند (۲۵).

در مطالعه حاضر روابط زناشویی شامل؛ ترس از ترک شدن، ترس از ترحم همسر، شرم از برهنگی، کاهش یا قطع مقاربت، نشان‌دهنده تحت تاثیر قرارگرفتن نقش همسری بیماران است که به نوعی زندگی زناشویی را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد، و با سایر مطالعات در این خصوص نیز هم راستا است.

از نظر مازلو انسان هیچ وقت در رضایت کامل قرار نمی‌گیرد. رضایت در فرد نسبی است و به محض آنکه خواسته‌ای ارضا شد به دنبالش خواسته دیگری به وجود می‌آید، مازلو معتقد است اگر فردی هر نوع نیاز اساسی دیگر به هر مفهوم فعال و مزمن داشته باشد، صرفا انسانی ناسالم به‌شمار می‌آید و او همان قدر بسیار است که گویی دچار کمبود شدید نمک یا کلسیم است (۲۶). زنان نسبت به از دست دادن پستان و عدم پذیرش از سوی مردان دچار استرس و نگرانی هستند (۲۷).

عدم توانمندی زنان در راستای ایجاد و برقراری بعد جنسی زندگی قطعا بر زندگی زناشویی تاثیر گذاشته و حتی ممکن است منجر به عدم ثبات زندگی گردد. وجود کادر روان درمانی همزمان با اجرای دوره‌های درمانی برای بیماران ضروری است، زیرا این گروه از بیماران نیازمند

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

حمایت روحی می‌باشند. به‌طور همزمان، برگزاری جلسات مشاوره با خانواده بیمار نیز الزامی است.

سلامت باروری شامل؛ یائسگی زودرس و نازایی احتمالی است. داشتن قاعدگی‌های منظم و طبیعی نشانه سلامت زنانگی بوده و فقدان آن یا به‌عبارتی یائسگی زودرس در این بیماران با عوارضی همراه خواهد بود که منجر به ایجاد اختلال در نقش مادری (به‌وجودآمدن نازایی احتمالی) در این بیماران می‌گردد و در مطالعات دیگر نیز تایید شده است.

انتظار هر زن از خود این است که روزی نقش مادری را تجربه کند چرا که باروری یکی از مولفه‌های مهم پایداری و انسجام خانواده است، همچنین ایفای نقش مادری از ابعاد اساسی نقش زنانگی محسوب می‌شود (۲۰).

چودورو در کتاب خود (بازتولید مادری، ۱۹۷۸) بیان می‌کند، مراقبت از کودک که توسط مادران صورت می‌گیرد، دخترانی را تربیت می‌کند که می‌خواهند مادر شوند و بنابراین مادری خود را بازتولید می‌کند. از جمله عواملی که ساختار روانی بین فردی شخص را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد استرس ناشی از ناباروری است (۱۱).

در اغلب جوامع نقش مادری به‌عنوان مهم‌ترین نقش و به نوعی کامل‌کننده زندگی زناشویی است، مسلما خرسندی زناشویی می‌تواند در یک زن نابارور نقصان پذیرد (۲۸).در این مطالعه ادراک حمایت شامل؛ شرکت در کلاس‌ها و همایش‌های خیریه و ارتباط با بهبودیافتگان، برای اکثر بیماران از طریق پزشک معالج و یا دوستان اتفاق افتاده است. و این آشنایی در روند درمان آن‌ها، کیفیت زندگی و طرز فکر آن‌ها تاثیرگذار بوده است. لذا مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به‌نظر می‌رسد.

بازماندگان سرطان پستان با از دست دادن زنانگی خود دچار بحران شدیدی شدند و نیازمند برقراری فعالیت‌هایی برای پذیرش این هویت جدید بوده‌اند (۱۲). آشنایی بیماران با مراکز خیریه و شرکت در کلاس‌ها و برنامه‌ها و همایش‌های این مراکز و آشنایی آنان با فعالیت‌های هنری مورد علاقه (نقاشی،کارهای هنری دستی و موسیقی) مفید بوده، همچنین آشنایی با بهبودیافتگانی که در این مراکز فعالیت می‌نمایند در ایجاد بهبود زنانگی بیماران ماستکتومی شده،کمک کننده است.

ایفای وظایف خانگی نیز که شامل؛ ناتوانی درکدبانوگری و ناتوانی در انجام کارهای دستی خانگی است، در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت و با سایر مطالعات در این زمینه، هم راستا بود.

چودورو معتقد است که هم برای دختران و هم برای پسران رابطه نزدیک با مادر در ادراک آنان از خویشتن و نگرش‌های کلی نسبت به زنان تاثیر دارد. زنان و مردان همیشه انتظار دارند که زنان مراقبت‌کننده و فداکار باشند. با توجه به نظریه یادگیری اجتماعی (آلبرت بندورا)، مادر در اصل رفتارهای زنانه را پاداش می‌دهد و ممکن است رفتارهای مردانه را تنبیه کند. در واقع با استفاده از سه مفهوم تقویت، تقلید و یادگیری مشاهده‌ای، رفتارهای زنانه دختران مورد تایید قرار می‌گیرند. گذشته از نقش تاثیرگذار زنان برای ارتقای معنویات، به خصوص می‌بایستی نقش حمایتگر، مفید، سازنده و عاطفی آنان نیز مد نظر قرار گیرد (۲۹).

جامعه‌شناسی مانند پارسونز معتقد بود زنان و مردان باید در مشاغل متفاوتی به‌کار گرفته شوند تا جامعه متوازن و متعادل شود و هر فردی کاری مناسب پیدا کند. وی معتقد بود مردان با خروج از خانه و انجام فعالیت‌های گوناگون، نقش ابزار مناسبی را می‌یابند که می‌توانند نیازهای خانواده خود را تامین کنند و در فضای رقابتی موجود در جامعه به فعالیت بپردازند و زنان با ماندن در خانه و با ایفای نقش‌هایی متفاوت (بیانگر) می‌توانند در حفظ و بقای خانواده موثر واقع شوند. در نهایت به‌دلیل شیوع بالای سرطان پستان بین زنان و تاثیر آن در زندگی زنان ماستکتومی شده از یک سو و تفاوت زنانگی در فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف از سوی دیگر، انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به‌نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت ماستکتومی و درمان سرطان پستان بسیاری از حوزه‌های زندگی فردی، اجتماعی و روابط زناشویی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد و این موضوع، ضرورت طراحی و استقرار منابع حمایتی رایگان از سوی سازمان‌های مردم نهاد و دولت را برای کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و خانوادگی ناشی از این بیماری برجسته می‌سازد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Heidari M, Ghodosi M, Naseh AL, Sheikhi R. The relation between hapeness and mental health among women with breast cancer after Mastectomy ,Health and care journal. 2016; 17(1):80-110.
2. Fotios A. Mastectomy.Encyclopedia of quality of life and Well-being research.World journal of surgical oncology. 2014; 13(2):3852-55.
3. Zokaei M, Gharakhani M. Young girls and the experience of femininity ,women's research quarterly. 2008; 5(1):200-20.
4. Giddens,A,renewal and recognition:society and personal identity in new era,translated by Movafaghian,N.Tehran,Nai publication. 2007; 10(5):850-78.
5. Burr T. Gender and social psychology, London, Rotledge. 2002; 8(4):22-56.
6. Gharakhani M. Young girls and femininity's values ,Cultural studies and relations journal. 2008; 3(9):100-12.
7. Taleghani F, Parsa.Yekta Z, Nikbakht A. Confronting breast cancer in women with new diagnosis,psychiatry and clinical psychology journal in Iran. 2007; 12(3):34-65.
8. Shayan A, Khalili A, Rahnavardi M. The relation of sexual function and mental health of women with breast cancer, scientitic journal of nursing and midwifery college of Hameddan. 2017; 7(4):385-441.
9. Khademi M, Sajadi M. Breast cancer a phenomenological study, Arak Medical Sciences University journal. 2010; 12(1):195-211.
10. Teteh DK, Montgomery SB, Monice S, Stiel L, Clark PL, Mitchell E. My crown and glory: Community, identity, culture,and Black women's cocerns risk; Journal Cogent Arts and Humanities. 2017; 4(1):95-112.
11. Notari SC, Notari L, Nicolas Favez N. The protective effect of asatisfying romantic relationship on Women's body image after breast cancer :alongitudinal study. 2017; 9(2):101-44.
12. Lingshan Sun, Emily Ang. Losing the breast:Ameta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors Alice lee centre for Nursing studies,National university of Singapore. 2017; 6(5):32-78.
13. Parton C, Ussher JM, Perz J. The Medical Body:woman's Experiences of sexual Embodiment Across the center Illness trajectory,Women's Reproductive Health. 2017; 4(1):255-331.
14. Matthews H, Semper H. The experiences and challenges of long term breast cancer survivors. 2017; 7(3):276-421.
15. Khezri A, Zare Nezhad H, Hosseinei N. The relationship between sexual right and satisfaction matrimong in addict spouses of Yazd,second international psychology conference,lifestyle and educationalsience, Mashhad, University of Torbat Heidarieh. 2016; 5(8):56-98.
16. Danaei Fard H. Methodology of qualitative research of management,Eshraghi publication. 2011; 9(5):55-93.
17. Berek J. Novak E. Female Genital Disease 15th Ed,Lippincott Williams andWilkins. 2012; 9(4):375-465.
18. Costa PT, Mc Care RR. Normal personslity assessment inclincal practice: The NEO personality inventory, psychologyical assessment, jornal of consulting and clinical psychology. 2005; 4(1):5.
19. Iman M, Noshadi M. Analysis of qualitative content, Imam Khomaeini research base and institute. 2012; 3(2):45-57.
20. Abbott P, Wallace C. Women sociology, translated by Najm Araghi.M, Tehran, Ney publication. 2002; 8(6):42-65.
21. Terner J. Creation of sociology theoy, translated by Abdol Ali Lahsaei Zadeh, Shiraz, Navid publication 6th publishment. 2000; 7(3):120-54.
22. Hamzavi Abedi F, Bagherian F, Mazaheri M. Analyze Irenian young women's perception of

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]

femininity norms,Shenakhte Ejtemaei Journal. 2019; 1(1):230-51.

23. Jessi B. World of women, translated by Shahrzad Zoffan, Tehran, Akhtran. 2006; 885-790.
24. Beck P, Wysowski DK, Downey W, Butler-Jones D. Stain use and The risk of breast cancer. Jce. 2003; 280:56-85.

Engle j, Kerr j, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of Life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospeetive study. Breast j. 2004; 10(3): 223-31.

26. Akbari M. Physical image and self-steem: Iranian breast diseases quartery. 2013; 5(2): 63-85.

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-01-05]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.1.6.3]

[DOI: 10.30699/ijbd.14.1.36]