



دانشگاه علامه طباطبایی
دانشکده علوم اجتماعی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته مطالعات زنان

عنوان:

برساخت اجتماعی درد:

مطالعه موردی زنان مبتلا به سرطان سینه

استاد راهنما:

دکتر نعمت الله فاضلی

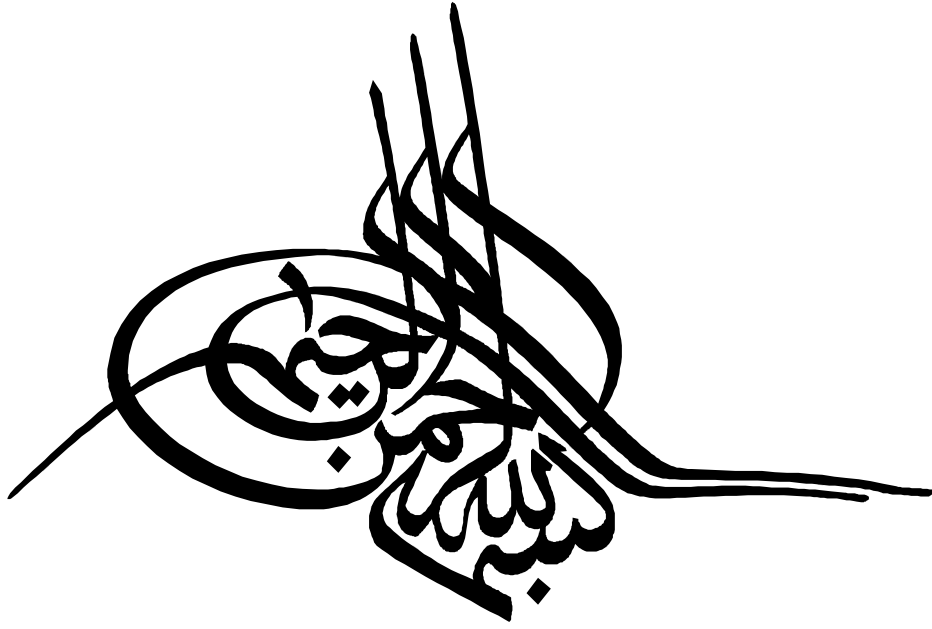
استاد مشاور:

دکتر محمدسعید ذکائی

پژوهشگر:

عادلہ فیضی

دی 87



پیشگفتار

در پیشگاه انسانیت، وجدان و در برابر تاریخ به اعتذار ایستاده‌ام. زیرا نتوانستم کاری کنم که باید می‌کردم، کاری که این هر سه به حق از من انتظار داشتند. انتظاری که نه گران بود و نه گزاف. در برابر آنچه بخشیده بودند هر چه می‌خواستند روا بود. اما نیک آگاهند و آگاه تر باشند کوتاهی ام همه از این رو بود:

من سوگوار بودم، سوگوار مرگ خویش.

مرگ خویش را به چشم خویش می‌دیدم.

هستی ام به یغما رفته و جانم ملامال " درد " و آتش بود.

خون می‌خوردم و خون پس می‌دادم.

زمستان به باغ زده و طوفان کشتی‌ها را غرقه " ساخته " بود.

بتم را ربوده و بت خانه ام را ویران " ساخته " بودند.

ای روحِ روح‌ها گواهی؛ آنچه می‌گویم همه صور است و " درد " من روحی که خود را پشت آن پنهان کرده است و کو چشمی که آن را ببیند؟ آنچه می‌گویم همه از قحط لفظ است و کو لفظی که به " درد " من تنها اشارت کند؟ اما ای پروردگار بی‌همتا که همه به امید باران رحمت تو نشسته‌ایم، با این اشک‌هایی که اقیانوس‌ها سخن دارند و با این چشم‌ها که از آنها جاری جوی خون است، عذرم را بپذیر و تازه‌ام کن.

ای پرورنده‌عالمیان که بازار مکاره‌دنیای مدرن با هزار نیرنگ و حيله تو را از بنای آفرینش عالم مرخص کرده و به گوشه‌ات فرستاده است، ای که به تو چنان محتاجیم که دوستی به دوست، تنها تو گواهی؛ آیا طوفانها مرد افکن نبود؟ آیا سال‌ها زنده زنده سوختن نایی گذاشت تا کاری شود؟ آتشی در سینه دارم. می‌نویسم و باید بنویسم تا تاریخ برای همیشه در سینه خود ثبت کند که دیو عصر چه راحت و چه بی‌سرو صدا روح‌ها، روح‌هایی بزرگ و بی‌نهایت را نه تنها خلق نمی‌کند بلکه آشکارا بر نمی‌تابد، می‌کشد بی‌آنکه حتی آبی از آب تکان بخورد!! روزگاری دختری نه حسن‌اش که اتهامش این بود که به کار مردان آن هم نه هر مردی که مردان بزرگ می‌اندیشد، چه شد که دیو عصر چنان او را فرو بلعید که نه مردی (انسانیتی) ماند و نه اندیشه‌ای؟ و جز نگاه‌های کم‌سو کسی نخواهد گفت که از " خود " می‌گویم. زیرا من

نه از خویش که از "مرگ" خویش می گویم و اینکه آیا از مرده تکلیف خواستن رواست؟
به ضعف ها و کاستی های این تحقیق به خوبی واقفم، این است که آشکارا می گویم از این تحقیق جز این
مقدمه متعلق به من نیست. کار را زمانی به پایان می رسانم که معتقدم درست از همانجا باید آغاز می کردم.
اما چه می توان کرد که وقت تنگ است و ره دراز.

پایان بخش مقدمه ام سخنی زیبا و بجا از کتاب "پیشگو":

فرهنگ هایی وجود دارند که در آن، در حق کسانی که در آستانه مرگ و میر قرار می گیرند کاری جز کفن
و دفن انجام نمی شود! از این فرهنگ ها باید گریخت. به دامن مرگ باید آویخت که مُردن، بسی برتر از
فرهنگی است که در آن یکبار کشتن مجاز نیست و صد بار مُردن جایز است.

قدردانی

با تقدیر و قدردانی از اساتید محترم؛ استاد راهنما دکتر نعمت الله فاضلی و استاد مشاور دکتر محمد سعید
ذکائی. نمی دانم از دکتر ابوعلی و داد هم یادی بکنم یا نه؟ براستی که "سکوت" برای مواقعی چنین ساخته
شده است. یقین دارم هیچ یادی حق او را اداء نخواهد کرد. جمله ای بیش نمی گویم و آن اینکه کار را خود
شروع کرد و خود به پایان برد و من جز در کاستی های آن سهمی ندارم. آرزویم این که حیات اش پرفروغ و

پرفروغ تر و بیش باد چونان او. همینطور قدردانی می نمایم از آقای مرتضی کریمی که گرچه توفیق استفاده زیاد حاصل نشد اما با پایان نامه جالبش تحت عنوان "تجربه مرگ در میان بیماران سرطانی" که بعد ها فهمیدم مایه هایش را نه مثل همه از کتابها و مقاله ها که از جان خویش گرفته بود الهام بخش شد. تقدیر از کارکنان و پزشکان بیمارستان شهید قاضی و بخش رادیوتراپی بیمارستان امام تبریز که در انجام این تحقیق همکاری کردند و در پایان تقدیری بزرگ از بیمارانی که با آن حال نزار خود رنج پاسخگویی به سؤالات ما را مثل همه رنج هایشان به جان خریدند. گاهی از ته دل خندیدند و گاهی اشک مجال سخن را از آنها ربود و من جز قلبی پر از امتنان چیزی برای گفتن ندارم.

چکیده

در این پژوهش با استفاده از رهیافت نظریه مبنایی¹ که رویکردی کیفی و مبتنی بر استقرا است و با انتخاب ابزار مشاهده و مصاحبه عمیق و با استناد به دیدگاه برساخت گرایی اجتماعی² که یک دیدگاه نیرومند در میان نظریات جامعه شناختی است، مطالعه ای را در میان زنان مبتلا به سرطان سینه آغاز کردیم. مطابق با دیدگاه برساخت گرایی اجتماعی، تعاریف و مفاهیم در مورد همه چیز در هر جامعه " ساخته " می شوند. این کار یعنی " ساخته شدن " تعاریف و مفاهیم در یک فرایند پیچیده ای توسط ادعاسازان آغاز و با پذیرش حضار (افکار عمومی) به اتمام و انجام می رسد. بر این اساس از آنجا که پزشکان، ادعاسازان حوزه درد، بیماری و مرگ هستند بنابراین این حوزه ها، مفاهیم و تعاریف آنها هم صرفاً پزشکی شده اند. آن سان که تمام این قلمرو را به پزشکی تقلیل داده و از سایر ابعاد به کلی غفلت کرده اند. در حالی که تحقیق حاضر با نشان دادن تأثیر گفتمانهای اجتماعی و فرهنگی بر نگاه زن مبتلا به سرطان سینه و در نتیجه احساس درد ناشی از آن، این نگرش را عمیقاً به چالش می کشد.

ما در این پژوهش دریافتیم برخلاف آنچه تصور می شود بیماران با توجه به تجربه های زیسته، شرایط زندگی خانوادگی، موقعیت اجتماعی - اقتصادی، سن.... نه تنها سرطان سینه را با چشم خاص خود می نگرند بلکه دقیقاً تحت تأثیر این عوامل راهکارهای خاص خود را برای مقابله و مبارزه و یا تسلیم در برابر بیماری خلق می کنند. این به این معنی است که درد و احساس درد نه تنها حاوی مفهوم فیزیکی و پزشکی نیست بلکه بین بیماران مبتلا به بیماری یکسان هم مشابه و مشترک نیست. اینها همه تأکیدی است محکم بر اینکه هر دردی در جان بیمار تعریف و تفسیر و در نتیجه احساس خاص خود را دارد که عدم توجه به آن پزشکی را به یک بعدی نگری متهم کرده و کار معالجه و درمان را عقیم خواهد کرد. هیچ پرنده ای تاکنون نتوانسته است با یک بال به پرواز درآید، پرواز جز با دو بال ممکن نیست.

¹ - Grounded theory

² - Social constructionism

فهرست مطالب

عنوان صفحه

فصل اول: کلیات

مقدمه

- 1-1 طرح مسأله 2
- 1-2 اهمیت موضوع 3
- 1-3 اهداف تحقیق 6
- 1-4 سوالات تحقیق 10
- 1-5 پیشینه تحقیق 11

فصل دوم: چارچوب نظری تحقیق

مقدمه

- 2-1 رویکرد ادبی درباره موضوع 29
- 2-2 رویکرد روانشناختی درباره موضوع 32
- 2-3 رویکرد جامعه‌شناختی درباره موضوع 36
- 2-3-1 تاریخچه مطالعات اجتماعی در پزشکی و جامعه‌شناسی پزشکی 36
- 2-3-2 دیدگاه برساخت‌گرایی اجتماعی 40
- 2-3-3 رویکرد انسان‌شناسانه 45
- 2-3-4 رویکرد جامعه‌شناسانه 48
- 2-4 چارچوب نظری تحقیق 63
- 2-5 تعریف مفاهیم اصلی تحقیق 65
- نتیجه‌گیری 67

فصل سوم: روش‌شناسی

مقدمه

71.....	3-1 اهمیت روش‌های تحقیق
72.....	3-2 چرا روش تحقیق کیفی
75.....	3-3 نظریه مبنایی
75.....	3-4 نحوه ساخت داده‌ها
75.....	3-4-1 مشاهده
76.....	3-4-2 مصاحبه عمیق
76.....	3-4-3 بررسی اسناد
77.....	3-5 لزوم استفاده از نظریه مبنایی در تحقیق حاضر
77.....	الف: جامعه هدف
77.....	ب: روش نمونه‌گیری و حجم نمونه
79.....	3-6 مشاهدات تحقیق
83.....	3-7 مصاحبه‌های تحقیق
83.....	3-8 مضمون سوالات در مصاحبه‌ها
84.....	3-9 روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
84.....	3-10 اخلاق تحقیق
.....	نتیجه‌گیری

فصل چهارم: یافته‌ها و نتایج پژوهش

مقدمه

89.....	4-1 کدگذاری
90.....	4-1-1 کدگذاری آزاد و شناخت مفاهیم
90.....	4-1-2 کدگذاری محوری و مقوله‌بندی
137.....	4-1-3 کدگذاری انتخابی و رسیدن به گزاره‌ها
138.....	4-1-3-1 فهمیدن بیماری، مراجعه به پزشک و...
139.....	4-1-3-2 خانواده، بیمار و خلق شیوه‌هایی برای کنار آمدن با بیماری

141.....4-1-3-3 قابلیت توان اقتصادی

142.....4-2 خط داستان

فصل پنجم: نتیجه گیری

156.....5-1 پیشنهاد برای تحقیقات آینده

157.....5-2 محدودیت های تحقیق

159.....منابع و مأخذ

161.....پیوست ها

162.....پیوست (الف)

163.....پیوست (ب)

165.....پیوست (ج)

199.....چکیده انگلیسی

به انسانها و انسانیت ها...

فصل اول

کلیات

ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع و
نقص من الاموال و الانفس و الثمرات
و بشر الصابرين (بقره، 155)

«و البته شما را به سختی ها چون ترس
و گرسنگی و نقصان اموال و نفوس و
آفت زراعت بیازماییم و بشارت و مژده
از آن سختی ها صابران راست.»

فرهنگ هایی وجود دارند که در آن،
در حق کسانی که در آستانه مرگ و میر
قرار می گیرند کاری جز کفن و دفن انجام
نمی شود! از این فرهنگ ها باید گریخت.
به دامن مرگ باید آویخت که مُردن، بسی
برتر از فرهنگی است که در آن یکبار کشتن
مجاز نیست و صد بار مُردن جایز است.
«پیشگو- 1»

هدف این تحقیق در یک عبارت ساده کوشش در جهت بیان تجربه درد بیماران در قالب کلمات است. تلاش می‌کنیم درد را از ذهنیت خارج کرده و به عینیت در آوریم تا دیگران از ذهنیت فرد بیمار آگاهی یابند و متناسب با این ذهنیت رفتار خود را با بیمار تنظیم نمایند، نه صرفاً بر اساس ذهنیتهای خودشان.

در این تحقیق درد یک تجربه کاملاً ذهنی است. تجربه ذهنی زنان مبتلا به سرطان سینه از درد و رسیدن به شناخت آن عمده ترین مقصودی است که ما به دنبال آن هستیم. یعنی پس از ابتلا به سرطان سینه دغدغه های زنان چیست؟ انتظاراتشان کدام است؟ با چه مشکلاتی مواجه اند؟ در تعاملاتشان با شوهر، فرزندان و اطرافیان نزدیک چه تغییراتی بوجود می‌آید و این تغییرات تا چه حد آنها را ناخرسند می‌سازد؟ آیا میتوانند با بیماری خود کنار آیند؟ اگر نه چرا و به چه دلیل؟ روابط اجتماعی آنها چگونه است؟ چه تفاوتی با دوره قبل از بیماری دارد؟ و... خلاصه کلام اینکه: سخن ما همان سخن نویسنده کتاب " پایان راه " است و آن اینکه این نوشته « صرفاً گزارشی است از یک فرصت تازه و پر زحمت تا بار دیگر بیمار را به چشم انسان نگاه کنیم، تا وی را درگفت و شنود ها شرکت دهیم، تا از وی بیاموزیم بیمارستانهایمان در کار رسیدگی به بیماران چه نقطه ضعف ها و چه نقطه قوتهایی دارند. از بیماران خواسته ایم آموزگار ما باشند، شاید بتوانیم مطلب تازه ای پیرامون واپسین مراحل حیات با همه اضطرابها، هراس ها و امیدهای آن بیاموزیم» (کوبلر - راس، 1379: 10 - 9).

1-1 طرح مسأله

برای درد در کتابهای مختلف تعریف های گوناگونی ذکر شده است که از جمله به تعاریف زیر میتوان اشاره کرد:

- «درد یک احساس ناگوار است که بوسیله محرک زیان آور ایجاد میشود و هدف آن اساساً دفاع و محافظت است.

- درد یک احساس ذهنی است که در اثر محرکهای مضر در طبیعت ایجاد میشود و یکی از عمومیتترین علائم ناراحتی در افراد است.

- درد احساس ناخوشایندی است که شخص را از اختلالات و تغییرات نامطلوب یا ناخواسته در بدن آگاه میکند و یا واکنشی است که شخص در صدد بر می آید علت آن را جستجو کند.

- درد رحمت و بخشش خداوند به بشر است. گرایش به سوی چنین اعتقادی مدت مدیدی است به ماهیت درد بطور روز افزون جنبه روانشناسانه داده و بصورت مدل‌های پایه ریزی شده بر اساس علم روانشناسی در آمده است.

- درد یک تجربه کاملاً ذهنی است» (معماریان، 1378: 124).

بنابراین به نظر میرسد ما با کمبود تعریف درد مواجه نیستیم و اگر به جستجو ادامه دهیم میتوانیم تعاریف بی شمار دیگری درباره درد پیدا کنیم. حال که تعریف درد بی شمار است چه حاجت به این تز؟ این سؤال است که باید در این بخش به آن پاسخ گفت:

سؤال این تز این است که: 1 - درد در سرطان سینه چیست؟ 2 - فرضهای اجتماعی - فرهنگی با احساس این درد چه ارتباطی دارند؟

آیا احساس این درد متأثر از فرضهای اجتماعی - فرهنگی است یا نه؟ اگر آری، این تأثیر و تأثر چگونه است؟ این دو سوال را باید در کنار هم مورد ملاحظه قرار داد. در غیر این صورت هدف تحقیق گم خواهد شد. درد در کنار فرضهای اجتماعی - فرهنگی چه معنی می یابد؟ هدف صرفاً تعریف درد نیست بلکه تعریف درد است از دریچه گفتمانهای فرهنگی - اجتماعی. زیرا مطالعات نشان میدهد که «تجربه زندگی با سرطان

سینه عمیقاً متأثر از بافت اجتماعی است که این بیماری در آن اتفاق می‌افتد (Nelson, 1996). از زمانی که سانتگ (1978) کارهای سرنوشت ساز و تأثیر گذاری را در مورد سرطان سینه انجام داد مشخص شد که بیماریهای خاص به شدت متأثر از مجموعه ای خاص از برساختهای اجتماعی هستند که در طول زمان شکل می‌گیرند و فضای واکنشی را خلق میکنند که تجربه بیماری در آن اتفاق می‌افتد. سرطان سینه نیز یک بیماری است که از روزهای اولیه تشخیص اش، تحت تفسیرهای اجتماعی مختلفی قرار دارد که همواره در حال تغییر و دگرگونی است» (Thorne & Murray, 2000: 142). بویژه اگر توجه داشته باشیم که بر اساس تحقیقات موجود، احساس درد در جوامع گوناگون متفاوت است (ر.ک به: محسنی، منوچهر، 1357). اهمیت ابعاد اجتماعی - فرهنگی تحقیق و در نتیجه ضرورت تحقیق بارزتر خواهد شد. پس نگاه جامعه شناختی به درد مهمترین مسأله ای است که این تحقیق در جستجوی آن است. می‌خواهیم به مقوله درد از منظر جامعه شناختی بنگریم، نه پزشکی. پر واضح است که در نگاه جامعه شناختی به مسائل، باید از گوشه کتابها و اسناد علمی برون رفت و به جامعه و متن افراد رجوع کرد. در صورتی که مقوله درد به صورت عینی آن مطرح باشد باید سراغ کسانی را گرفت که درد دارند. ما در این تحقیق گروه زنان سرطانی را برگزیده ایم. به احتمال زیاد زنان مبتلا به سرطان سینه دردمند ترین قشر این زنان هستند، اینها کسانی هستند که سلامتی جسمی و روحی خود را باخته اند در حالی که «تغییرات جسمی و مشکلات فراوان روانشناختی متعاقب سرطان پستان از یک سو و بهبود روشهای تشخیصی و درمانی و افزایش میزان بقای بیماران مبتلا نسبت به سایر سرطاناتها از سوی دیگر اهمیت کیفیت زندگی بیماران را پس از تشخیص آشکار مینماید» (طالقانی، 1384: 8). باید به سراغ زنان میانسالی رفت که اینک در اثر ابتلا به سرطان سینه، عضوی از خود را از دست داده اند و در اثر آن احساس زن بودنشان خدشه دار شده، قدرت باروری خود را از دست داده اند. از زیبایی دیگر نشانی در اینان نیست و... با این حال زنده اند و زندگی می کنند، باید رفت و از چند و چون حیات و زندگی آنها سراغی گرفت: اینک با چه کسانی همسخن و همصحبت هستند؟ اطرافیان تا چه اندازه آنها را می فهمند؟ وضعیت روحی - روانی شان چگونه است؟ نگرش دیگران نسبت به آنها چگونه است و این نگرش ها چه احساسهای ناخوشایندی را در آنها بر می انگیزد؟ آیا از جمعهای سابق خود گریزان هستند یا

نه؟ در زندگی خانوادگی خود با چه دشواریهایی روبرو هستید؟ از همسر و نزدیکان خود چه انتظاراتی دارند؟ همسران تا چه اندازه میتواند آنها را درک کنند و انتظاراتشان را بر آورده کنند و اگر بر آورده نکنند چه خواهد شد و چه احساسی آنها را در خود خواهد فشرد؟

و از آنجا که فرد را حول محور ذهن و ذهنیت و کنش با دیگران چرخان میدانیم پس پی بردن به ذهنیت و نگرش بیماران در کنش متقابل با دیگران در مورد مسائل اشاره شده در بالا از هدفهای مهم این تحقیق است. زیرا حتی «تسکین درد تنها ناشی از تأثیر داروهای مسکن نیست بلکه بیشتر توسط نگرشی که بیمار در برابر درد اتخاذ می کند معین می شود. هراس از درد تنها یک ترس جهانی و فیزیکی نیست بلکه ترسی است که عناصری مانند رنج بردن، ترس از چیزی نامطبوع و رام نشدنی را نیز منعکس میکنند. بدون تردید درد فاقد معنا، فوق العاده غیر قابل تحمل است. از سوی دیگرهنگامی که درد مفهوم مجازات یا مکافات را نداشته باشد راحت تر پذیرفته می شود. به عبارت دیگر فرد رنج نخواهد برد بلکه تنها درد را متحمل می گردد» (معتمدی، 1373: 48) قبل از خود مسأله، تعریف مسأله و نوع و نحوه نگاه بر مسأله خود بزرگترین مسأله ای است که فرد با آن روبروست هم از این روست که به دیدگاه برساخت گرایی اجتماعی تمسک جسته ایم. زیرا این دیدگاه بر این نگاه تأکید میکند که «ما جهان را چگونه میبینیم؟ چطور میشود که جهان را اینگونه میبینیم؟ چرا ما جهان را اینگونه میبینیم؟ اگر ما جهان را اینگونه میبینیم چه اتفاقی میافتد» (لاسکی، 1383: 44). «موضوع جامعه شناسی مسائل اجتماعی کشف این نکته است که مردم چگونه به تعریفی از مسأله اجتماعی رسیده اند. چگونه ادعاها و مطالبات خود را بصورت فرایندی از فعالیت های تعریف مسأله در آورده اند» (رابینگتن و واینبرگ، 1383: 227).

بنابراین میخواهیم بدانیم زنان مبتلا به سرطان سینه، سرطان سینه را چگونه می بینند؟ آن را چگونه تجربه میکنند؟ این معانی و تجارب خود را چگونه تفسیر میکنند؟ میخواهیم از قله اقتدار پزشکی کمی پایین آمده به بیمار هم گوشه چشمی داشته باشیم. ببینیم چه میکشد؟ چه میکند؟ چگونه میاندیشد؟ چگونه می بیند؟ با خود و بیماری اش چگونه کنار می آید؟ به جهان چگونه مینگرد و...

بنابراین این تحقیق به بررسی این سوالات می پردازد که:

درد در بیماری سرطان سینه چیست؟ زنان مبتلا به سرطان سینه، سرطان سینه را چگونه می بینند؟ آنرا چگونه تجربه می کنند؟ این معانی و تجارب خود را چگونه تفسیر می کنند؟ فرضهای فرهنگی - اجتماعی بر شناخت و تعریف آن چه تأثیری میگذارند؟

آیا چگونگی تعریف درد بر احساس آن تأثیر میگذارد یا برعکس چگونگی احساس درد بر تعریف آن؟

2-1 اهمیت موضوع

«سرطان، به خلاف پنداری که اغلب وجود دارد، بیماری تازه ای نیست. یونانیان قدیم نام یونانی "چنگار" را به آن می دادند و از زمانهای بسیار کهن آن را به عنوان بیماری وحشتناک تلقی می کنند. در ابتدای قرن بیستم، سرطان در تعدادی از افراد ظاهر می شود و همه را از پیشرفت خود می ترساند و خطری برای جامعه به حساب می آید. سایه شوم سل هنوز وجود دارد. به موازات آن بلای تازه ای اذهان را به خود مشغول می کند. تحول جمعیت در این امر نقش دارد: سرطان نوعاً بیماری اشخاص مسن و دوره کهنسالی است، پس طبیعی است که فراوانی آن در جامعه ای که خود رو به پیری است، افزایش یابد.

ترسی که سرطان ایجاد می کند کمتر از ترس هایی نیست که در گذشته وجود داشته است: هنوز هم ما با این ترس زندگی می کنیم. با این که در بعضی موارد می توان از شر سرطان خلاصی یافت، این بیماری مانند اپیدمی های سابق، در خیال ما جز با مرگ همراه نیست. با وجود این، اشتباه نیست اگر آن را همچون نمونه بارزی از بیماریهای روزگار ما "بلای روز" به حساب بیاوریم... این بیماری یک بیماری فردی است بدون هیچگونه خطر انتقال، بعضی سرطانها ممکن است پیشرفت سریع داشته باشند اما اغلب اوقات پیشرفت آن کند است، ویژگی دیگر آن هزینه گزافی است که در بر دارد. کشف و بکارگیری رادیوتراپی در طول سالهای 1920 یکی از اولین نمونه های درمانی توانا ولی اغلب خطرناک است و این خود یکی از ویژگیهای پزشکی جدید است. بیمار سرطانی با استفاده از "اشعه" درمانی، دیگر الزاماً درمان ناپذیر نیست. سرطان در پی ریزی بیمارستان امروزی هم نقش داشته است. پاتریس پینل می نویسد: مراکز مبارزه با سرطان اولین جاهایی است که بهترین سرویس ها را به معنای امروزی کلمه به بیماران میدهند» (آدام و

هرتسلیک، 1385: 40).

به طور کلی «سرطان ترسناکترین بیماری در بین همه بیماریها بوده و اغلب واژه سرطان مترادف با مرگ، درد، بد شکلی و وابستگی در نظر گرفته میشود. سرطان مشکلی است جهانی که افراد را بدون توجه به نژاد، جنس، سن، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و یا فرهنگی متأثر میسازد.

بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا در جهان سالانه بیش از 1/1 میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی میشود که این رقم معادل 10% از کل موارد جدید سرطان و 23% از کل سرطانهای زنان میباشد. تخمین زده میشود که حدود 4/4 میلیون زن در حال حاضر در جهان زندگی میکنند که طی 5 سال گذشته سرطان پستان در آنها تشخیص داده شده است.

سرطان پستان با سالانه بیش از 410000 مورد مرگ، حدود 14% از کل موارد مرگ ناشی از سرطان در زنان و 1/6% از کل موارد مرگ های زنان در جهان را تشکیل میدهد. میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در 100000 جمعیت زنان در کشورهای پیشرفته 67/8 نفر در کشورهای کمتر توسعه یافته 23/8 نفر و در جهان 37/5 نفر میباشد. میزان بروز این بیماری در کشورهای توسعه یافته سالانه 1 تا 2% و در کشورهای کمتر توسعه یافته هر سال تا حدود 5% افزایش می یابد.

آمار سال 2003 میلادی نشان میدهد که حدود 213300 زن آمریکایی و تقریباً 800000 تا یک میلیون زن در جهان مبتلا به سرطان پستان در این سال شناسایی شده است. آمارهای بین المللی سرطان نشان میدهد که تفاوت قابل توجهی در بروز سرطان پستان و میزان مرگ و میر ناشی از آن بین کشورهای مختلف وجود دارد. به عنوان مثال در اروپا از هر 11 زن 1 نفر امکان تشخیص سرطان پستان را در سنین قبل از 85 سالگی خواهد داشت. سرطان پستان به عنوان شایعترین سرطان در میان زنان اروپایی مسئول 26/5% از همه موارد جدید سرطان و 17/5% از مرگهای ناشی از سرطان محسوب میشود. کشورهای اروپای غربی و شمالی بالاترین و کشورهای اروپای جنوبی و شرقی کمترین میزان بروز سرطان پستان را در منطقه اروپا نشان داده اند.

بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری نیز در اروپای شمالی و غربی مشاهده شده است.

در ایالات متحده نیز از هر 9 زن 1 نفر امکان تشخیص سرطان پستان را در سنین قبل از 85 سالگی خواهد داشت. در حقیقت 2 تا 3 میلیون از 9 میلیون جمعیت سرطانی در ایالات متحده را زنان با تاریخچه ای از سرطان پستان تشکیل می‌دهند. میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری به ازای هر 100 هزار نفر در ایالات متحده امریکا با 89/2 بیشترین میزان و در کلمبیا با 3/4 کمترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد. در لهستان میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری حدود 38/7 بود و تقریباً 10000 مورد جدید سرطان پستان هر سال وجود دارد. این بدین معنی است که به ازای هر 12 زن لهستانی 1 نفر احتمال ابتلا به سرطان پستان را خواهد داشت.

در ایران سرطان پستان 22/26% از موارد سرطانه‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایعترین سرطان در میان زنان ایرانی است. میزان بروز و شیوع سرطان پستان به ترتیب 22 و 120 در 100000 جمعیت زن بالای 30 سال می‌باشد. میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در 100000 جمعیت زن ایرانی برابر با 18/2 نفر می‌باشد. بر اساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در سال 1383 از نظر میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در 100000 جمعیت زنان، استانهای یزد (25/46)، اصفهان (20/61)، تهران (20/28)، خراسان (18/58) و سمنان (17/85) به ترتیب در مقام اول تا پنجم قرار دارند.

سرطان پستان یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان ایرانی است که در حال افزایش می باشد. میزان بروز خالص این بیماری تقریباً 20 مورد جدید به ازای هر 100000 نفر در سال تخمین زده شده است و از آنجا که حدود 3 میلیون زن در کشور وجود دارد، بنابراین احتمالاً سالانه حدود 60000 مورد جدید سرطان پستان در زنان شناسایی می شود و تقریباً از هر 1 زن ایرانی یک نفر احتمال ابتلا به این بیماری را خواهد داشت. بررسیها نشان می‌دهد که مبتلایان به سرطان پستان در ایران جوانتر از مبتلایان به این بیماری در کشورهای غربی هستند. بطوری که در آمریکا تنها 5 نفر از زنان زیر 4 سال در معرض ابتلا به سرطان پستان می‌باشند. اما در ایران بر خلاف کشورهای غربی زنان در سنین پایینتر در معرض خطر بیشتری برای مبتلا به این بیماری می‌باشند و این مسأله اهمیت بررسی، تشخیص و کنترل این بیماری را در کشور ایران نشان می‌دهد» (آقا براری، 1385: 1-3).

پس اینکه باید صدای زنان مبتلا به سرطان سینه شنیده شود امری قابل توجه است. نباید آنها را افرادی مرده پنداشت که از هر احساس زندگی تهی اند و جر ازاری در دست پزشک و تحقیقات پزشکی نیستند و نمیتوانند باشند. آنها نیز مثل همه انسانهای سالم، احساس، تجربه، درک و نگاه دارند. میخواهند خود و بیماری خود را معنادار کرده و با آن کنار بیایند اما شاید نمیدانند چگونه؟ آنها بطور ناگهانی و در یک آن با یک بیماری مرگ آور روبرو میشوند اما نباید فراموش کرد که تا لحظه مرگ و چشم بستن از این جهان، آنها زنده اند. آنها نسبت به خود، محیط و اجتماع خود حیات، احساس، تجربه، درک، شعور و معرفت دارند. پس تجربه آنها را می توان شنید. می توان با آنها به گفتگو نشست و احساس زندگی را در آنها زنده نگه داشت تا شاید از فشار بیماری، جراحی، تحت آزمایشهای مکرر پزشکی قرار گرفتن، رفت و آمدهای مکرر به بیمارستان، زشت شدن اندام، ریختن مو، هزینه های کلان اقتصادی و آواره شدن از شهر و روستای خود به بیمارستانهای پایتخت و مراکز شهرها اندکی کاسته گردد.

سرطان سینه در طول چهار دهه گذشته یکی از شایعترین بیماریهای بدخیم در میان زنان ایرانی بوده است که شاید با مراجعه زود هنگام چه بسا از تلفات انسانی - اقتصادی کشور جلوگیری میشد. اما بیماران زمانی مراجعه میکنند که دیگر کار از کار گذشته و بیماری تا آخرین مرحله پیشرفت کرده است. اینکه چرا بیماران بسیار دیر مراجعه میکنند، مسأله ای مهم است که خود به تنهایی تحقیق مفصلی را میطلبد. اما تحقیقات نشان میدهد که در مجموع سرطان سینه یکی از شایعترین بیماریهای بد خیم در میان زنان ایرانی است که زندگی زنان ایرانی را حداقل یک دهه جوانتر از همتایان شان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار میدهد. بدیهی است که مسأله ای بدینسان با اهمیت، باید از زوایای مختلف و از ابعاد گوناگون پزشکی، روانشناختی و جامعه شناختی مورد مطالعه قرار گیرد. بی تردید ابعاد جامعه شناختی این مسأله برای این تحقیق با اهمیت ترین بُعد است و دقیقاً به همین منظور است که دیدگاه برساخت گرایی اجتماعی را برگزیده ایم. دیدگاه برساخت گرایی اجتماعی به دو دلیل در این تحقیق ضرورت دارد:

1- از این جهت که شناخت را بوجود آمده از طریق کنش متقابل و تفسیر انسانی میداند.

2- بر بُعد ذهنی مسائل اجتماعی بیش از بعد عینی آنها بهاء میدهد.