

پیوند زندگی با ماستکتومی: تبیین تجارب سازگاری با ماستکتومی در زنان جوان تحت شیمی درمانی - گراند تئوری

نسرين الهی^۱، مریم السادات کردانی^۲، فاطمه الحانی^{۳*}، شهریار صالحی تالی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۶/۲۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۸/۲۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: ماستکتومی رایج ترین درمان برای سرطان پستان در ایران می باشد. لذا با افزایش تعداد این بیماران اهمیت بررسی روند سازگاری آن ها آشکار می گردد. هدف از این مطالعه تبیین روند سازگاری با ماستکتومی در زنان جوان تحت شیمی درمانی می باشد.

مواد و روش کار: این مطالعه با رویکرد گراند تئوری می باشد که مشارکت کنندگان به صورت نمونه گیری هدفمند و نظری انتخاب شدند. داده ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع آوری و تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت. داده ها به طور همزمان با جمع آوری اطلاعات با استفاده از روش اشتراوس و کوربین تحلیل گردید. اعتبار داده ها بر اساس معیارهای پیشنهادی لیکنولن و گوبا تأیید شد.

یافته ها: تجارب روند سازگاری ۲۳ مشارکت کننده در ۵ درون مایه شامل مواجهه با بحران (بستر)، فراز و نشیب ها (شرایط علی)، از دست دادن هویت (پدیده)، حمایت همه جانبه (عوامل مداخله گر)، تلاش برای بازسازی زندگی (راهبرد) و پیوند زندگی با ماستکتومی به عنوان پیامد می باشد که دارای زیر طبقات بود.

بحث و نتیجه گیری: تطابق مشارکت کنندگان با ماستکتومی از یک فرایند پیچیده تبعیت می کند. بیماران به دلیل از دست دادن ناگهانی سلامتی و تغییر در تصور از جسم خود، تنش های و محدودیت های زیادی را تجربه می کنند. لذا آگاهی کادر درمان از این فرایند می تواند در جلسات مشاوره و آموزش به بیمار جهت تسهیل پذیرش و اتخاذ رویکردهای مثبت مقابله ای و بازگشت به زندگی آنان مؤثر باشد.

کلیدواژه ها: سرطان پستان، ماستکتومی، زنان جوان، تطابق، گراند تئوری.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دهم، پی در پی ۶۳، دی ۱۳۹۳، ص ۹۰۸-۹۱۸

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، گروه پرستاری، تلفن: ۰۶۱۳۳۳۳۸۳۹۵

Email: elahi-n@ajums.ac.ir

مقدمه

کاهش می یابد لکن سالانه ۶۰۰۰ مورد جدید با سرطان پستان در کشور تشخیص داده می شود و ۷۰ درصد آنان در فاز پیشرفته بیماری تشخیص داده می شوند (۵، ۶). لذا رایج ترین روش های درمانی مورد استفاده در درمان سرطان پستان جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی و هورمون درمانی است که میزان بقای این افراد را افزایش داده اند (۷). بنا به اظهار Bare و Smeltzer درمان جراحی سرطان از رایج ترین درمان هاست (۸) و ماستکتومی ۸۱ درصد جراحی ها در ایران برای درمان سرطان پستان می باشد (۶). نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می دهد که ماستکتومی می تواند موجب احساس نقص و ناتوانی، اختلال در تصویر ذهنی از بدن، کاهش جذابیت و عملکرد جنسی شده و زمینه را برای ایجاد اختلالات خلق فراهم کند (۹).

سرطان پستان شایع ترین سرطان در خانم ها و دومین علت مرگ در زنان ۳۵-۵۵ ساله در جهان است (۱) به طوری که سالانه حدود یک میلیون بیمار مبتلا به سرطان در جهان شناسایی می شوند و علت مرگ مومیر ۳۷۰ هزار نفر از زنان مبتلا به سرطان، سرطان پستان است (۲). همچنین آخرین گزارش انجمن سرطان ایران نشان می دهد ۲۵ درصد از کل سرطان ها، در زنان ایرانی، سرطان پستان می باشد. در ایران سرطان پستان ۲۲/۲ درصد کل موارد گزارش شده سرطان را تشکیل می دهد (۳). برآورد شده میزان خام بروز سرطان پستان در ایران معادل ۲۲/۴ در هر ۱۰۰ هزار زن بالای ۳۰ سال می باشد که بیشترین آن ها در سنین ۴۴-۳۵ سالگی قرار دارند (۴). هرچند این میزان بعد از ۴۴ سالگی

۱ استادیار گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اهواز و عضو مرکز تحقیقات مراقبت بیماری مزمن

۲ کارشناس کاردرمانی، مرکز توان بخشی رشد، تهران

۳ دانشیار گروه پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول)

۴ دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

به‌رغم اینکه سیستم‌های خدمات بهداشتی - درمانی در جهت بهبود کیفیت و کمیت زندگی مبتلایان، خدماتی ارائه می‌دهد. ولی این خدمات محدود به مشکلات جسمی بیماران می‌باشد و به مسائل روحی - روانی آنان توجهی نمی‌شود و این امر موجب تأثیرات شدید روانی در بیمار می‌گردد (۱۰). بررسی مطالعات مرتبط نشان می‌دهد که حمایت یک نیاز حیاتی و چندبعدی است و باید پیوسته به مددجویان ارائه شود. معمولاً پرستاران و پزشکان حمایت جسمی را در اولویت اول قرار می‌دهند، درحالی‌که بیماران حمایت‌های روحی - روانی را در اولویت قرار می‌دهند (۲). Lalley در یک مطالعه پدیدارشناسی و Arman در یک مطالعه مروری رنج پنهان در زنان مبتلا به سرطان را تحلیل نمودند. آن‌ها مفاهیم مختلفی مانند گذر، انتقال، فائق آمدن و احساس مرگ همراه ماستکتومی که اغلب مایهٔ ترس و اضطراب بیمار می‌باشد، توصیف شده بود (۱۱، ۱۲). همچنین Landmark and Wall به‌منظور ارتقاء درک پرستاران از تجارب زنان ۳۹-۶۰ سال با تشخیص سرطان پستان دریافتند تجربیات آن‌ها شامل واکنش عاطفی، تغییرات جسمی بدن، تغییر ذهنی، هویت زنانه، فعالیت‌های اصلی و شبکه اجتماعی بود (۱۳). زنان جوان ماستکتومی شده علاوه بر قبول رنج برداشتن پستان می‌بایست با عوارض ناشی از شیمی‌درمانی مواجه شوند. تعداد زیادی از این افراد پس از درمان سرطان نابارور می‌شوند (۱۴). درک این تجربیات برای پرستاران که به‌عنوان فرد حمایت‌کننده بیمار در طی روند درمان و بهبودی می‌باشد، بسیار مهم است و پرستاران بایستی این دانش را فراگیرند و در حد امکان توانایی خود را در جهت کمک به زنان مبتلا به سرطان و خانواده‌هایشان در دسترسی به روش‌های انطباقی بالا ببرند.

با توجه به اثرات عمیق این پدیده بر بیمار و خانواده و به‌منظور ارائه مراقبت مناسب و حمایت از این بیماران و خانواده‌های آنان، تلاش برای آگاهی از تجارب افراد درگیر در این پدیده، بسیار مهم است. زیرا ادارهٔ موفق بیماران و مراقبت‌کنندگان خانوادگی آنان، نیازمند درک جامع از تجارب آنان می‌باشد (۱۴). این مطالعه با ارائه تصویر روشنی از تجارب انسانی، راهنمایی برای اجرای راهبردهای مراقبتی-درمانی برای تیم درمان می‌تواند باشد. لذا این مطالعه باهدف تبیین تجارب زنان جوان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده، تحت شیمی‌درمانی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مقاله، بخشی از یک پژوهش کیفی گسترده است که با روش گراند تئوری جهت شناخت فرایند تطابق و سازگاری بیماران مبتلا به سرطان سینه ماستکتومی شده که در حال

شیمی‌درمانی بودن در طول سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۲ در اهواز انجام شد. دلایل انتخاب روش گراند تئوری (۱۵) این بود که پدیده ماستکتومی به لحاظ ماهیت تعاملی‌اش با افراد و محیط، با آنچه در نظریه تعامل‌گرایی سمبولیک مطرح است همخوانی دارد (۱۵). کوربین و استراس بیان می‌دارند تئوری زمینه‌ای، برای مطالعه فرایندهای پیچیده و پنهان مناسب می‌باشد (۱۶). ازآنجا که در این مطالعه هدف، تبیین تجارب زنان جوان ماستکتومی شده به دنبال ابتلا به سرطان پستان بود که در حال شیمی‌درمانی بودند. به دلیل قدرت بالای این روش در توضیح دادن نظریه پایه، رویکردی مناسب برای مطالعه حاضر می‌باشد. در این مطالعه ۲۳ زن جوان مبتلا به سرطان سینه با حداکثر تنوع از لحاظ سن، مدت زمان انجام عمل، دوره شیمی‌درمانی، تعداد فرزند، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی - اجتماعی انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان تمایل به مشارکت و ارائه تجارب غنی را در تحقیق داشتند. ملاحظات اخلاقی شامل هماهنگی و کسب اجازه برای ورود به محیط پژوهش، توضیح هدف تحقیق و روش مصاحبه و حق مشارکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه یا امتناع آن‌ها، دادن اطمینان به مشارکت‌کنندگان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات فردی، کسب رضایت آگاهانه جهت مصاحبه و ضبط گفتگوها، رعایت گردید. مصاحبه نیمه ساختاریافته، روش اصلی جمع‌آوری داده بوده است. مصاحبه‌ها دارای سؤالات راهنما بودند که بر اساس اهداف پژوهش تنظیم گردیده بود. مصاحبه‌ها با یک سؤال باز "لطفاً تجربه بیماری خود را از زمان شروع و مواجهه با عمل جراحی و شیمی‌درمانی خود بگویید" آغاز و با سؤالات پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعات بیمار ادامه یافت. سؤالات مصاحبه‌های بعدی بر اساس طبقات استخراج‌شده مطرح می‌شد. طول مدت مصاحبه بر اساس وضعیت جسمی بیمار تنظیم می‌شد که بین ۶۰-۲۵ دقیقه بود که بر روی نوار دیجیتالی ضبط شد. محتوای مصاحبه‌ها کلمه به کلمه دست‌نویس شد و به روش تحلیل محتوای پیشنهادشده توسط Strauss و Corbin تحلیل گردید. به‌این ترتیب که جمع‌آوری داده‌ها منجر به ظهور مفاهیم شده و مفاهیم سؤال آفریدند و سؤالات منجر به جمع‌آوری داده‌های بیشتر و شناخت بیشتر مفاهیم شدند. این فرایند ادامه یافت تا جایی که محقق به اشباع رسید، یعنی نقطه‌ای که مفاهیم به‌خوبی تعریف و تبیین شدند. قبل از تحلیل داده‌ها چندین بار متن مصاحبه‌ها خوانده شد تا درک کلی از آن‌ها به دست آید. پس از انتخاب نمونه اول، ظهور مفاهیم اولیه و تحلیل داده‌های حاصل‌شده، نمونه‌های بعدی با روش نمونه‌گیری نظری تا رسیدن اشباع شامل پدیدار نشدن داده‌های جدید، شفاف شدن ارتباطات بین مفاهیم و زیر طبقات، عدم ظهور طبقات جدید، تکامل‌یافتگی طبقات محوری و ظهور تدریجی نظریه ادامه یافت. درواقع

تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مستمر و مقایسه رویدادها و تفاوت و شباهت داده‌ها فرصتی را برای ما فراهم کرد که چه داده‌ای در مرحله بعد جمع‌آوری شوند و کجا باید آن‌ها را بیابیم (نمونه‌های جدید) که تکرار این فرایند در نهایت باعث ظهور طبقات، تنوع داده‌ها، استحکام بخشی به طبقات و زیر طبقات و نوع ارتباطات آن‌ها و طرح نظریه گردید.

در کدگذاری باز یا سطح اول، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص شدند و کدهایی به آن‌ها اختصاص داده شد. کدهای داده‌شده، یا صحبت‌های مشارکت‌کنندگان بود و یا کدهای تلویدی پژوهشگر بودند. سپس کدهای اصلی از لحاظ تشابه و تفاوت جهت ایجاد طبقات مقایسه گردید و کدهایی که معانی یکسانی داشتند در یک طبقه قرار گرفتند. طبقات بر اساس ویژگی‌ها و ابعادشان توسعه داده شدند.

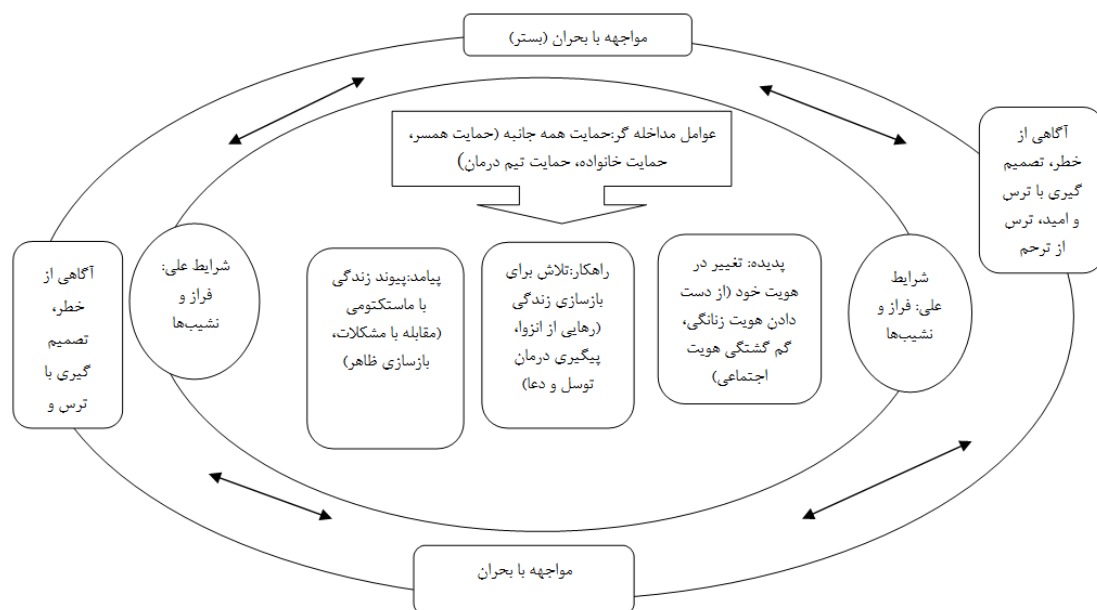
در کدگذاری محوری طبقات توسعه یافتند و طبقاتی که مشابه بودند با یکدیگر ترکیب و طبقات انتزاعی‌تر نمایان شدند. در کدگذاری محوری طبقات اصلی با زیر طبقات خود بر اساس پارادایم "زمینه، راهبردهای کنش و کنش متقابل و پیامدهای راهبردها" ارتباط داده شدند. در کدگذاری انتخابی طبقه اصلی نمایان شد که با سایر طبقات پدیدار شده ارتباط داده شد که در این مطالعه "پیوند زندگی با ماستکتومی" به عنوان طبقه اصلی انتخاب شد.

در این مطالعه به منظور تأیید نتایج و استحکام و دقت تحقیق (Rigor)، اعتبار یا مقبولیت داده‌ها (Credibility) همخوانی (Dependability) و عینیت پذیری داده‌ها (Conformability) مورد بررسی قرار گرفت... اعتماد و اعتبار داده‌ها ایجاد شد که خود

یک روش اعتماد و اعتبار است. برای معیار مقبولیت در این مطالعه محقق تلاش به جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان از طریق گوش دادن با دقت و غرق شدن در داده‌ها، ایجاد تنوع در انتخاب بیمار، انجام مصاحبه در مکان‌های منتخب مشارکت‌کنندگان بود. برای تأیید اعتبار، دست‌نوشته‌ها و کدهای استخراج‌شده توسط مشارکت‌کنندگان و همچنین دو نفر از همکاران پژوهشگر مورد بازخوانی قرار گرفت و در یک جلسه مشترک نظرات جمع‌بندی شد. سپس از یک محقق خارجی و خبره آشنا به تحقیق کیفی به عنوان ناظر استفاده گردید. با توجه به درک مشابه یافته‌ها، همخوانی مورد تأیید قرار گرفت. به منظور کنترل عینیت از شیوه بازبینی مشارکت‌کنندگان (Member check) و دو نفر همکار تحقیق (Peer check) و بازنگری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۳ زن جوان با حداقل سن ۳۱ و حداکثر ۴۴ ساله مشارکت کردند که حداقل ۴ ماه از انجام عمل ماستکتومی آنان گذشته و حداقل یک‌بار تحت شیمی‌درمانی بودند. ۴ نفر از آنان مجرد و بقیه متأهل بودند. تعداد فرزندان آن‌ها ۵-۱ نفر بود. با حداقل درآمد ۵۵۰ و حداکثر حدود سه میلیون تومان بود. "پیوند زندگی با ماستکتومی" مهم‌ترین مقوله‌ای بود که به عنوان متغیر مرکزی در ارتباط فرایند روانی اجتماعی تجارب توصیف شده مشارکت‌کنندگان نمودار شد. این مقوله در فرایند تطابق بیشترین فراوانی را داشته و موجب ارتباط طبقات با یکدیگر شده و آثار آن در سایر طبقات به چشم می‌خورد.



شکل (۱): نقشه مفهومی ساختار سازگاری با ماستکتومی و شیمی‌درمانی

یافته‌های نهایی تحقیق شامل ۵ طبقه اصلی است که بیانگر پیچیدگی روند مواجهه با ماستکتومی در زنان جوان مبتلا به سرطان و سازگاری آنان با موقعیت جدید می‌باشد. طبقات اصلی و زیر طبقات آن در جدول ۲ آورده شده است. مواجهه با بحران به‌عنوان بستر و زمینه، تغییر در هویت خود به‌عنوان پدیده مطالعه، فراز و نشیب‌ها به‌عنوان شرایط علی، حمایت همه‌جانبه به‌عنوان عوامل مداخله‌گر، تلاش برای تلاش برای بازسازی زندگی به‌عنوان راهکار و پیوند زندگی با ماستکتومی به‌عنوان پیامد

حاصل شده با طبقات فرعی متعدد بود که این طبقات بر اساس الگوی پارادایمی، ساختار سازگاری با ماستکتومی را مشخص نمود. (شکل ۱) " پیوند زندگی با ماستکتومی" مهم‌ترین مقوله‌ای بود که به‌عنوان متغیر مرکزی در ارتباط فرایند روانی اجتماعی تجارب توصیف شده مشارکت‌کنندگان نمودار شد. این مقوله در فرایند تطابق بیشترین فراوانی را داشته و موجب ارتباط طبقات با یکدیگر شده و آثار آن در سایر طبقات به چشم می‌خورد.

جدول (۲): طبقات اصلی و زیر طبقات روند سازگاری زنان جوان با ماستکتومی

طبقه اصلی	زیر طبقات
مواجهه به بحران (زمینه و بستر)	آگاهی از خطر، تصمیم‌گیری با ترس و امید، ترس از ترحم)
فراز و نشیب‌ها (شرایط علی)	(مشکلات ناشی از عمل جراحی، احساس مرگ و مردن)
از دست دادن هویت (پدیده)	از دست دادن هویت زنانه، گم‌گشتگی هویت اجتماعی
حمایت همه‌جانبه (عوامل مداخله‌گر)	حمایت خانواده و دوستان، حمایت همسر، حمایت کادر درمان)
تلاش برای بازسازی زندگی (راهکار)	(رهایی از انزوای پیگیری درمان، توسل و دعا)
پیوند زندگی با ماستکتومی (پیامد)	(بازسازی ظاهر، زندگی با دغدغه)

۱- مواجهه با بحران (زمینه‌ساز بروز پدیده)

مرحله مواجهه با بحران ماستکتومی یکی از چالش‌برانگیزترین مراحل درمان برای مشارکت‌کنندگان بود. این درون‌مایه دارای سه زیر طبقه می‌باشد که با استفاده از تجارب مشارکت‌کنندگان بیان شده است.

۱-۱ مشکلات ناشی از عمل جراحی

عوامل مؤثر بسیاری همچون سن بیمار، داشتن فرزند، شرایط زندگی خانوادگی در مواجهه با بحران تأثیرگذار بود. آنان مرحله بین تشخیص سرطان پستان تا انجام ماستکتومی را مرحله آگاهی از خطر می‌دانستند که به شرایط برزخی تشبیه می‌کردند. اغلب مشارکت‌کنندگان در تجارب خود یادآور شدند که در ابتدا نتایج آزمایش و تشخیص پزشک را با ناباوری پذیرفته و حداقل دو بار اقدام به تکرار آزمایش خود کرده‌اند. بیان تجارب مشارکت‌کنندگان مؤید این مطلب است.

" جواب آزمایش و عکس رو که گرفتم به خواهرم که پرستار بود نشون دادم گفت وضعیت خوبی نداری. باور نکردم. پیش دکتر رفتم اون گفت که سرطان سینه دارم و باید هرچه زودتر عمل کنم همون جا از حال رفتم." (۳۸-۷، متأهل)

در این بین تعداد اندکی از مشارکت‌کنندگان که سابقه ابتلا به این بیماری را در خانواده داشتند پذیرششان از ابتلا به بیماری در زمان کوتاه تری رخ داده است. بیمار ۴۲ ساله تجارب خود را چنین بازگو کرد:

" قبل از اینکه جواب آزمایش رو بگیرم می‌دونستم مشکلی هست، چون خاله‌ام همین علامت‌ها را داشت. دکتر که گفت سرطان پستان دارم دیگه مطمئن شدم." (مجرد)

۲-۱ تصمیم‌گیری با ترس و امید

برای بیماران تصمیم‌گیری برای انجام ماستکتومی همراه با ترس و امید می‌باشد زیرا از یک‌سو قبول انجام ماستکتومی به‌عنوان یک راه حل امید بخش برای ادامه زندگی تلقی می‌شود و از سوی دیگر ترس از پیشرفت سرطان به سایر نقاط بدن، احتمال مرگ زودرس و مواجهه با مشکلات غیر منتظره در زندگی، به خطر افتادن موقعیت آینده و روال عادی زندگی ازجمله مواردی بود که اکثر مشارکت‌کنندگان در سنین مختلف زندگی تجربه کرده بودند. به طوری که ترس از نتیجه بیماری همراه با حس مرگ قریب الوقوع، موجب ناامیدی و افسردگی در بیماران شده بود.

"از تصمیمی که برای برداشتن سینه‌ام گرفته بودم و نقیصی که در من ایجاد می‌شد هراس نداشتم این بهترین راه حل بود ولی از عوارض شیمی‌درمانی و درد غیر قابل تحمل هراس داشتم." (۳۳-۳، ساله -مجرد)

" از همه متنفر شده بود. حس می‌کردم به زودی می‌میرم و بچه هام بی مادر می‌شوند و مرتب گریه می‌کردم. از یه طرف درد امانم رو بریده بود از طرفی داشتم کچل می‌شدم. موهام خیلی قشنگ بود." (۳۷-۳، ساله - متأهل)

۳-۱ ترس از ترحم

یکی دیگر از دغدغه‌های بیماران برای تصمیم‌گیری ادامه روند درمان و انجام جراحی ترس از رفتار ترحم‌آمیز اطرافیان بود که موجب آزار روحی‌شان می‌گردید و ذهن همه بیماران را درگیر کرده بود. از نظر آنان، مردم این بیماران را به‌عنوان معلول و ناتوان می‌بینند که عمرشان به زودی به پایان می‌رسد.

"گاهی رفتار و نگاه ترحم‌آمیز اطرافیان باعث می‌شد که از تصمیم برای برداشتن سینه‌ام منصرف بشم. ولی امید به بهبودی بعد از عمل من رو مصمم کرد." (۴۴ ساله-متاهل)

۲- فراز و نشیب‌ها

فراز و نشیب‌های بسیاری در تشدید پدیده و سازگاری زنان جوان با ماستکتومی اثرگذار است.

۱- مشکلات ناشی از عمل جراحی

بیماران از زمان شروع تشخیص سرطان تا جراحی برداشتن سینه با فراز نشیب‌ها و مشکلات بسیاری همچون درد، ضعف و ناتوانی، ترس از مردن و ازدست دادن همسر. ... مواجهه‌اند که موجب آزار روحی و جسمی آنان می‌شود. با توجه به اطلاعاتی که در مورد بیماری به دست آورده‌اند و تغییر روحی و جسمی که در آنان بوجود آمده است، عمل ماستکتومی روزنه امید برای بازگشت نسبی سلامتی و شروع زندگی مجدد می‌باشد.

"برداشتن سینه خیلی از مشکلاتی رو که با بیماری‌ام داشتم از بین برد. ولی مشکلات دیگه ای داشتم. سختی‌های شیمی‌درمانی، آزمایشات تکراری و درد آور، هزینه درمان و هزار مشکل دیگه. ولی با همه این‌ها مبارزه کردم تا تونستم کنترل زندگی‌ام را دست بگیرم و مثل قبل زندگی کنم." (۴۴ سال - متاهل)

۲-۲ احساس مرگ و مردن

به‌رغم اینکه مشارکت‌کنندگان انجام عمل ماستکتومی را بهترین راه حل برای مقابله و رهایی با سرطان پستان می‌دانستند و با رضایت اقدام به عمل جراحی کرده بودند. لکن در بیان تجارب خود احساس خود را در مورد قریب الوقوع بودن مرگ بیان می‌کردند. بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان عبارت بود از:

"هر بار که برای شیمی‌درمانی می‌آمدم و آزمایش می‌دادم می‌مردم و زنده می‌شدم. همیشه نگران بودم که بهم بگن سرطان به جاهای دیگه زده و به زودی می‌میرم." (۳۴ ساله- متاهل)

مشارکت‌کننده دیگری اظهار داشت "دردسرهای دوا و درمان یک طرف، درد و بهم ریختن وضع ظاهر و تنهایی و فرار از مردم، خودم رو باخته بودم زندگی مثل جهنم بود." (۳۹ ساله-مجرد)

۳- از دست دادن هویت

از دست دادن هویت در این بیماران یکی از مهم‌ترین مشکلاتی بود که اغلب مشارکت‌کنندگان با آن مواجهه بودند. این درون‌مایه دارای ۲ زیر طبقه بود.

۱-۳ از دست دادن هویت زنانه

یکی دیگر از واکنش‌های محدود کننده در بیماران بلافاصله پس از عمل احساس از دست دادن هویت زنانه بود. این عامل بازدارنده به‌صورت غم و اندوه ناشی از دست دادن بخشی از بدن و هویت ظاهر می‌شد.

"وقتی به هوش اومدم. نمی‌تونستم دستم را حرکت بدم. با اون دستم محل پانسمان را لمس کردم. درد داشتم. فهمیدم که سینه‌ام را برداشتن. اشک هام خود به خود سرازیر شد." (۳۹ ساله -متاهل)

احساس از دست دادن هویت زنانه در مورد زنان همسر دار نیز همراه با نگرانی و ترس به‌صورت از هم پاشیدگی کانون خانواده و بروز مشکلات اجتماعی نمایان بود. اغلب اظهار می‌کردند که تا قبل از استفاده از پروتز ترس از دست دادن همسر را تجربه کرده‌اند. یکی از زنان متأهل تجربه خود در این زمینه چنین بازگو کرد:

"اوایل خودم رو از شوهرم می‌پوشوندم حس می‌کردم اگر ببینه منو دیگه نمی‌خواد و طلاقم می‌ده." (۳۴ ساله -متاهل)

۲-۳ گم‌گشتگی هویت اجتماعی

گم‌گشتگی هویت اجتماعی یکی دیگر از زیر طبقات از دست دادن هویت می‌باشد که اغلب به‌صورت ترس از آینده اجتماعی و تغییر در روند عادی زندگی نشان داده می‌شود. این واکنش در زنان مجرد و متأهل به طور مشترک تجربه شده بود. ترس از آینده در افراد مجرد به‌صورت نگرانی در مورد ازدواج و در مورد زنان متأهل جدایی از همسر بود. اکثر زنان جوان این عامل را مانعی برای ازدواج می‌دانستند و بیم عدم امکان تشکیل خانواده و تنها شدن را داشتند. آن‌ها با وجود این ضایعه، ازدواج خویش را امری غیرممکن می‌دانستند.

یکی از بیماران مجرد/اندوه خود را چنین بازگو کرد: "سعی می‌کردم ظاهر رو مثل زن‌های دیگر درست کنم ولی دیگه مثل یه زن کامل نبودم. مطمئن بودم با این وضعیت کسی با من ازدواج نمی‌کنه." (۳۴ ساله -مجرد)

اغلب مشارکت‌کنندگان احساس و تجارب خود در مقایسه با همسالان به دلیل انجام ماستکتومی را احساس رنج و عذاب می‌دانستند. آن‌ها احساس می‌کردند در حق آن‌ها احجاف شده و خدا بین آنان و دیگران تبعیض قائل شده است. با این وجود بسیاری از آن‌ها در مقایسه خود با بیماران بدحال احساس رضایت کرده و شاکر بودند. بیمار جوانی تجربه خود را چنین بیان کرد:

"بعضی‌ها وضعشون از من بهتره ولی بعضی خیلی بدحال هستن به خصوص آن‌ها که هر دو سینه شون رو بریدند. همه موهاشون ابروها شون ریخته. وضع من خیلی خوبه این بهم آرامش می‌ده و خدا را شکر می‌کنم." (۳۹ سال - متاهل)

۴- حمایت همه‌جانبه

یکی از درون‌مایه‌های مهم در پذیرش ماستکتومی حمایت همه‌جانبه از بیماران می‌باشد. حمایت همسر، حمایت دوستان و اقوام و حمایت کادر درمانی از زیر طبقات این درون‌مایه می‌باشد.

۱-۴ حمایت همسر

حمایت همسر مهم‌ترین نقش را در پذیرش ماستکتومی از سوی مشارکت‌کنندگان داشت. آنان به مواردی همچون همراهی همسر در تمامی مراحل بیماری، تلاش برای تأمین هزینه‌های هنگفت درمان، حمایت عاطفی همسر اشاره داشتند. تأکید بر حمایت همه‌جانبه همسر توسط اکثر مشارکت‌کنندگان تجربه شده و عامل مهمی در قبول وضعیت جدید بود.

"شوهرم به خاطر عمل من ماشین رو فروخت. به من می‌گفت پول برا این موقع هاست. مهم آینه که تو خوب بشی و برگردی خونه." (۳۶ سال - متأهل)

تجربه حمایت همسر در کنار حمایت سایر اعضای خانواده در بیماران احساس امید و برگشت به یک زندگی طبیعی را تقویت می‌کرد. حمایت روحی همسر در کنار حمایت مادی و همراهی با آنان از اولین مرحله تشخیص موجب شده بود بیماران درک کنند که نداشتن سینه از سوی همسرانشان پذیرفته شده است.

۲-۴ حمایت خانواده و دوستان

حضور سایر اعضای خانواده در کنار آنان موجب آرامش فکری بیمار و ایجاد بستری مناسب برای برگشت به زندگی عادی می‌باشد. در این خصوص یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت:

"همه اعضای خانواده سعی می‌کردند من رو خوشحال کنند برای اینکه از فکر در بیاوم مهمونی می‌گرفتند تا من احساس تنهایی نکنم." (۴۲ سال، متأهل)

۳-۴ حمایت کادر درمان

حمایت کادر درمانی در دوران بستری، تماس با همتایان، نحوه برخورد پزشکان و پرستاران با بیمار به خصوص پس از عمل جراحی در ایجاد رضایت بیمار از روند درمان و پذیرش وضعیت فعلی اثرگذار بود. یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه خود را چنین بازگو کرد:

"آموزش‌ها و راهنمایی‌های آن‌ها به خصوص پرستارها سبب دلگرمی‌ام بود و توانستم زندگی رو از سر بگیرم." (۳۲ سال - مجرد)

۵-تلاش برای بازسازی زندگی

تلاش برای بازسازی زندگی یکی از درون‌مایه‌های اصلی بود که به‌عنوان راهکاری برای قبول وضعیت فعلی و تلاش برای تطابق و سازگاری با ماستکتومی محسوب می‌شود.

۱-۵ رهایی از انزوا

اغلب مشارکت‌کنندگان پس از انجام عمل به خصوص به دلیل تغییر در ظاهر جسمی و محدودیت‌های ناشی از درمان از معاشرت

با اطرافیان و ادامه ارتباطات اجتماعی دوری می‌کردند. عوامل مداخله‌گر بسیاری به خصوص حمایت اطرافیان و روند درمان در خلاصی از این موقعیت تأثیر گذار بود. اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند علاوه بر حمایت‌های اطرافیان به خصوص خانواده و همسر، تجارب سایر بیماران، روش‌هایی که برای مقابله با مشکل داشتند در حضور آنان در مجامع اثر مثبتی داشته است.

"با حضور در جمع بیمارها و جلسه‌هایی که پرستارها برامون تشکیل می‌دادند فهمیدم اگر تسلیم بشم همه زندگی رو باختم. نباید مریضی مرا شکست می‌داد." (۳۸ ساله - متأهل)

۲-۵ پیگیری درمان

عشق به فرزند، همسر و بستگان باعث شده بود مشارکت‌کنندگان تمام تلاش خود را برای حفظ حیات خود و پیگیری درمان معطوف کنند. آنان با استفاده از راهکارهایی همچون شرکت در مجامع خانوادگی، حضور در کلاسهای آموزش به بیمار، پیگیری مراحل درمان ضمن پذیرش ماستکتومی در زندگی با مدیریت صحیح به ادامه زندگی در کنار خانواده می‌پردازند.

"در کلاسهای آموزش به بیمار دسته جمعی شرکت می‌کردم. خیلی از چیزها رو مثلاً یاد گرفتم که چه طور باید لباس بپوشم. موقع شیمی‌درمانی چه کنم کمتر استفراغ و تهوع داشته باشم و... تا بتونم کنار خانواده و مردم دیگه زندگی کنم." (۴۱ ساله - متأهل)

۵-۳ توسل و دعا

اغلب آنان ضمن کسب آگاهی در مورد بیماری و عمل جراحی با تمسک به دعا و تقویت اعتقادات دینی و توسل به خدا و ائمه تلاش می‌کردند وضعیت روحی خود را تقویت کنند. اعتقاد به خواست و تقدیر الهی و درخواست کمک از خدا و اطلاعات کسب شده آنان را در اخذ تصمیم برای جراحی کمک می‌کرد. توکل به خدا و توسل به ائمه راهی برای مبارزه و قبول این وضعیت بودند. آنان را جهت تصمیم‌گیری به انجام عمل ماستکتومی ترغیب می‌کرد.

"من مرتب دعا می‌کنم و ذکر می‌گویم. به شفای خدا امید دارم. این بیماری حکمت الهی است با امید به شفای الهی تصمیم گرفتم این عمل را انجام بدهم." (۴۲ ساله - متأهل)

سابقه مواجهه با موقعیت‌های مشابه در گذشته و آگاهی از امکانات درمانی، توکل به خدا و درک اهمیت عمل در پیشگیری از ادامه روند بیماری موجب می‌شد بیماران با اراده قوی برای انجام عمل جراحی تصمیم بگیرند.

۶-پیوند زندگی با ماستکتومی

تغییر در طرز تفکر و پذیرش زندگی با موقعیت جدید بستر ساز پذیرش و سازگاری بیمار برای تسلط بر مشکلات پیش رو و

قبول زندگی با ماستکتومی بود. بنابراین مقابله با بیماری برای مدیریت زندگی با ماستکتومی راهبردی برای دست یافتن به پیامد سازگاری با مشکلات ماستکتومی بود که منجر به بازسازی زندگی مجدد می‌شود. قبول پیوند زندگی با ماستکتومی راهبرد اصلی و متغیر مرکزی در ساختار فرایند سازگاری زنان جوان با ماستکتومی می‌باشد.

۱-۶ بازسازی ظاهر خویش

بسیاری از زنان جوان پس از انجام عمل بازسازی پستان و به دست آوردن ظاهری متناسب به سرعت وضعیت جدید را پذیرفته و در کنار سایر اعضای خانواده به زندگی عادی و فعالیت‌های اجتماعی ادامه داده بودند. مشارکت کنندگان تجارب خود را چنین بازگو کردند:

"بعد از کاشتن پستان همسرم با خوشحالی با من و بچه‌ها بیرون می‌ومد و مهمانی می‌رفتیم." (همسر-۴۴ ساله)

این وضعیت در خصوص بیماران جوان مجرد نیز صدق می‌کرد. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین گفت:

"بعد از بریدن سینه‌ام مرخصی بدون حقوق استفاده کردم. تا زمانی که سینه کاشتم و وقتی مانتومی پوشیدم ظاهرم معمولی شد و برگشتم به اداره." (۳۶ ساله- مجرد)

۲-۶ قبول ماستکتومی با دغدغه

مشارکت‌کنندگان در گذر زمان و به دنبال درمان‌های مکرردیافته بودند که می‌توانند با ماستکتومی به یک زندگی نسبتاً عادی در کنار سایر اعضای خانواده ادامه دهند. به‌رغم حفظ موقعیت عادی در زندگی آنان همیشه دغدغه گسترش سرطان به سایر نقاط بدن و عوارض ناشی از شیمی‌درمانی را داشتند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه چنین گفت:

"دو سالیه که عمل کردم و سینه‌ام رو برداشتن و به ظاهر آروم و زندگی می‌کنم ولی همیشه نگران پیشرفت سرطان هستم." (۳۶ ساله- متأهل)

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر چگونگی فائق آمدن بر مشکلات ناشی از ماستکتومی را در زنان مبتلا به سرطان پستان و سازگار شدن با ماستکتومی در ادامه روند عادی زندگی آنان نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه نشان داد که ساختار سازگاری با ماستکتومی و مشکلات ناشی از شیمی‌درمانی در زنان جوان مبتلا به سرطان پستان دارای پیچیدگی خاصی است. نتایج حاصل نشان داد که مشارکت‌کنندگان ماستکتومی را دو لبه یک تیغ می‌دانستند که از یک‌سو موجب حفظ زندگی و ادامه حیات بود و از سوی دیگر محدودیت‌ها بسیاری را برای آنان به همراه داشت. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه همانند سایر بیماران در مواجهه با

خطر (درک ابتلا به سرطان) دچار بحران شده و رفتارهای مقابله‌ای در آنان نمایان می‌شود. لکن این بیماران از موقعیت ویژه‌ای برخوردار بودند زیرا علاوه بر قبول ابتلا به سرطان می‌بایست اقدام به قبول انجام عمل قطع پستان خود داشته باشند. این شرایط موجب افزایش دوچندان استرس در آنان می‌شد. خادمی و سجادی در نتایج یک مطالعه پدیدارشناسی یادآور می‌شوند که عوامل متعددی در از قبیل عدم آگاهی فرد و خانواده، ترس از تشخیص و پیامدهای آن در درمان مؤثر است (۱۷). درحالی‌که نتایج مطالعه Khan و همکاران بیانگر آن است که آگاهی از برخی عوارض می‌تواند مانع از قبول ادامه روند درمان شود (۱۸).

در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان برای قبول یا رد عمل ماستکتومی مجبور به تصمیم‌گیری بودند. تصمیم‌گیری آنان متأثر از سطح آگاهی، سابقه مواجهه با هم‌تایان و زمینه‌های اعتقادی آنان بود. آنان دریافته بودند عمل ماستکتومی از یک‌سو می‌تواند از روند پیشرفت بیماری جلوگیری کند و از سوی دیگر موجب خدشه‌دار شدن هویت زنانه آنان می‌گردد. به‌رغم این تناقض‌ها با تصمیم‌گیری برای انجام عمل ماستکتومی گامی به‌سوی سازگاری برمی‌داشتند. نتایج مطالعه Yilmaz در ترکیه نیز مؤید آن است که عقاید و آگاهی زنان از مسائل بهداشتی در اتخاذ و اجرای برنامه‌های بهداشتی اثرگذار است (۱۹). لذا می‌توان ادعان داشت که نتایج مطالعه حاضر در این خصوص با مطالعات انجام شده در یک راستا می‌باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد مشارکت‌کنندگان پس از ماستکتومی و به هنگام شیمی‌درمانی با مشکلات بسیاری از جمله درد، ضعف و ناتوانی، اختلالات قاعدگی، اختلالات عاطفی - شناختی و... سایر مشکلات دست‌وپنجه نرم می‌کنند. نتایج مطالعات بسیاری مؤید مشکلات و عوارض ناشی از درمان جراحی و شیمی‌درمانی در سرطان است (۲۰، ۲۱). لکن مشارکت‌کنندگان در این مطالعه تأکید داشتند برخی مراحل سازگار شدن با ماستکتومی همچون از دست دادن هویت زنانه برای آنان از اهمیت بیشتری برخوردار بود. نتایج مطالعه Fallbjork نیز نشان داد نیمی از زنان جوان بعد از ماستکتومی از تغییرات تصور از خود و مشکلات جنسی رنج می‌برند (۲۲) نتایج مطالعه مذکور با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

علی‌رغم مشکلات و عوارض پیش رو، مشارکت‌کنندگان در تجارب خود اغلب بر حمایت اطرافیان و نقش مؤثر آن بر سازگاری آنان تأکید داشتند. نتایج حاصل نشان داد که ارتباط و حمایت کادر درمان بر پذیرش روند درمان توسط مشارکت‌کنندگان نقش بسزایی داشته است. فلاح و اکبری نیز در نتایج مطالعه خود به اهمیت ارتباط مثبت پزشک - بیمار و پذیرش درمان توسط بیمار

تأکید می‌کند (۲۳). این در حالی است که مشارکت‌کنندگان متأهل نقش حمایت همسر و مشارکت‌کنندگان مجرد نقش حمایت خانواده را مهم‌ترین عامل در پذیرش و قبول ماستکتومی در زندگی خود قلمداد می‌کردند. آنان تأکید داشتند حمایت و پشتیبانی همسران و خانواده در لحظات بحرانی روند درمان، موجب دلگرمی و تشویق به قبول درمان و پذیرش موقعیت فعلی شده است. این امر می‌تواند به دلیل نقش تأثیر ارتباط خانوادگی در فرهنگ کشور ما باشد. نتایج مطالعات بسیاری در خارج کشور نیز مؤید تأثیر نقش فرهنگ در سلامتی -بیماری و کیفیت زندگی زنان می‌باشد (۲۴، ۲۵). همچنین خادمی و طالقانی در نتایج مطالعه خود بر نقش حمایتی همسر و خانواده در ادامه روند درمان تأکید کردند (۳، ۱۷). صرف‌نظر از عوامل تسهیل‌گر و موانع موجود در این فرایند مشارکت‌کنندگان انجام عمل ماستکتومی را امری اجتناب‌ناپذیر برای ادامه حیات می‌دانستند. لذا در برای گذر از بحران درصدد دستیابی به راهکارهایی برای ادامه زندگی بعد انجام عمل ماستکتومی هستند.

یکی دیگر از درون‌مایه‌های در این مطالعه تلاش مشارکت‌کنندگان و خانواده‌های آنان برای بازسازی زندگی با شرایط جدید بود. مشارکت‌کنندگان بر اساس شرایط و موقعیت خانوادگی و اجتماعی از شیوه‌های مختلفی برای سازگاری و تطابق خود با شرایط فعلی استفاده می‌کردند. یکی از رایج‌ترین راهکارها که در تجارب اغلب مشارکت‌کنندگان به آن تأکید می‌شود روی آوردن به دعا و عمق بخشیدن به روحیه معنوی می‌باشد. در مطالعات انجام شده در داخل و خارج کشور به نقش مثبت دعا و پناه بردن به خدا صرف‌نظر از نوع دین و مذهب اشاره شده است. بیماران در شرایط بحرانی به دعاخوانی متوسل می‌شوند و این کار را نه تنها عامل کسب آرامش بلکه عامل پیش برنده فرد، اجرای تصمیمات و پذیرش موقعیت فعلی می‌دانند. به‌طور مثال طالقانی و همکاران در یک مطالعه کیفی توسل به خدا و اعتقادات مذهبی را عامل مؤثری در پذیرش موقعیت جدید در بیماران گزارش کردند. همچنین آشوری و همکاران استفاده از صحیفه سجاده را در توسل بیماران و پذیرش بیماری و کاهش اضطراب آنان اثرگذار گزارش نمودند (۳، ۲۶). پیامد تلاش مشارکت‌کنندگان پیوند زدن موقعیت جدید یعنی ماستکتومی با روند عادی زندگی می‌باشد. اغلب بیماران از طرق مختلف مانند پوشیدن لباس‌های مناسب و یا

کاشتن پستان، ظاهر خود را آراسته می‌کنند. این وضعیت در افزایش اعتمادبه‌نفس بیماران اثر مثبت داشته و در ایجاد پیوند بین پذیرش ماستکتومی و ادامه زندگی عادی نقش به سزایی دارد. هرچند آن‌ها به ظاهر در مسیر عادی زندگی قرار گرفته‌اند ولی همیشه با ترس و نگرانی از حمله مجدد علائم گسترش سرطان به سایر نقاط بدن به سر می‌برند. فولادی و همکاران در نتایج مطالعه خود در خصوص سازگاری این بیماران یادآور شدند که بیماران با استفاده از پروتز و پوشش مخصوص تغییرات ناشی از ماستکتومی را اصلاح می‌کنند (۲۷). نتایج مطالعه Khan و Barrett نیز بر ارتباط مستقیم استفاده از پروتز و بازگشت به زندگی عادی تأکید دارد (۱۸).

نتایج این پژوهش، تیم درمان را با عمده‌ترین مشکلات زنان جوان مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی آشنا می‌سازد؛ از این رو آنان می‌توانند با به‌کارگیری این مطالعه کیفیت مراقبت و درمان را ارتقاء دهند. همچنین تیم درمان می‌تواند فرایند پذیرش و سازگاری این بیماران را جزئی از برنامه‌های درمانی این مددجویان قرار داده و در رفع بسیاری از مشکلات جسمی و روحی که مددجویان را درگیر خود می‌سازد و کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهند، نقش مؤثری ایفا کنند. فواید کاربرد این نتایج عبارت است از ایجاد بصیرت بیشتر در زنان تحت ماستکتومی و چارچوبی برای درک نحوه مواجهه با روند درمان می‌باشد. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که درک این تجربیات برای پرستاران که به‌عنوان فرد حمایت‌کننده بیمار در طی روند درمان و بهبودی می‌باشد، بسیار مهم است و پرستاران بایستی این دانش را فراگیرند و در حد امکان توانایی خود را در جهت کمک به زنان مبتلا به سرطان و خانواده‌هایشان در دسترسی به روش‌های انطباقی بالا ببرند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی معاونت توسعه و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز با شماره U92008 و کمیته اخلاق دانشگاه تأیید شده است. از تمامی همکاران، بیماران و خانواده‌های آنان که در انجام این مطالعه با گروه تحقیق همکاری نموده‌اند تشکر و تقدیر می‌کنیم.

References:

1. Cohen M, Mabjish AA, Zidan J. Comparison of Arab breast cancer survivors and healthy controls for spousal relationship, body image, and

emotional distress. Qual Life Res 2011;20(2):191-8.

2. Bayram Z, Durna Z, Akin S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with

- nursing care in Turkish breast cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2014;23(5):675-84.
3. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs* 2006;54(3):265-72.
4. Heravi Karimvey M, Poordehghan M, Jadid Milai M, froutan K. The effect of group counseling on sexual of health cancer breast survivors Pezeshki Qhanoni 2005;11:201-5.
5. Aghabarari M, Ahmadi F, Mohamadi E, HAghezade E, Vahdanizade A. Physical, emotional and social dimentional quality of life breast cancer women undergo chemotrathy. *Iran J Nurs Res* 2006 1:55-65.
6. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast Cancer in Iran: An Epidemiological Review. *Breast J* 2007;13(4):383-91.
7. Najafi M, Ebrahimi M, Kaviani A, Hashemi E, Montazeri A. Breast conserving surgery versus mastectomy: cancer practice by general surgeons in Iran. *BMC Cancer* 2005;5(1):35.
8. Brunner L, Smeltzer S, Bare B, Hinkl J. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott; 2010.
9. Speck RM, Gross CR, Hormes JM, Ahmed RL, Lytle LA, Hwang WT, et al. Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Res Treat* 2010;121(2):421-30.
10. Cohen M ,Anderson RC, Jensik K, Xiang Q, Pruszyński J, Walker AP. Communication between breast cancer patients and their physicians about breast-related body image issues. *Plast Surg Nurs* 2012;32(3):101-5.
11. Obeidat RF, Dickerson SS, Homish GG, Alqaissi NM, Lally RM. Controlling fear: Jordanian women's perceptions of the diagnosis and surgical treatment of early-stage breast cancer. *Cancer Nurs* 2013;36(6):484-92.
12. Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, Eriksson K. Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *Int J Nurs Practice* 2004;10(6):248-56.
13. Landmark BT ,Bohler A, Loberg K, Wahl AK. Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *J Clin Nurs* 2008;17(7B):192-200.
14. Landmark BT, Wahl A. Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *J Adv Nurs* 2002;40(1):112-21.
15. Struss A, Corbin JM. Basic of Qualitative Research: Technique and Practice for Development Grounded Theory. London, UK: Sage; 1998. P.3-14.
16. Corbin JM, Struss A. Basic of Qualitative Research: Technique and Practice for Development Grounded Theory. Washangton: Sage; 2008.
17. Khademi M, Sajadi Hezaveh M. Brest Cancer: Phenomenology study. *J Arak Univ Med Sci* 2009;12(1):23-39.
18. Khan J, Kahn J, Barrett S, Forte C, Stallard S, Weiler-Mithoff E, et al. Oncoplastic breast conservation does not lead to a delay in the commencement of adjuvant chemotherapy in breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol* 2013;39(8):887-91.
19. Yilmaz D, Bebis H, Ortabag T. Determining the awareness of and compliance with breast cancer screening among Turkish residential women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(5):3281-8.
20. Munhoz AM, Gemperli R, Filassi JR. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast cancer Res Treat* 2011;126(1):261-2.
21. Player L, Mackenzie L, Willis K, Loh SY. Women's experiences of cognitive changes or "chemobrain" following treatment for breast

- cancer: a role for occupational therapy? *Aust Occup Ther J* 2014;61(4):230-40.
22. Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17(3):340-5.
23. Fallah R, Akbari ME. Effective Physician - patient Relationship at time of receiving Breast cancer diagnosis: A qualitative content analysis of patient preference. *J Kerman Univ Med Sci* 2013;17(1):23-9.
24. Ahn S, BW Park, Noh D, Nam S, Lee E, Lee M, et al. Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. *Ann Oncol* 2007;18(1):173-82.
25. Lee CN, Hultman CS, Sepucha K. What are patients 'goals and concerns about breast reconstruction after mastectomy? *Annals Plastic surg* 2010;64(5):567-9.
26. Ashourinejad S, Khamseh F, Ebadi A, Heydari MR. A Study of the effects of "Prayer for Sickness" from Sahifahye Sajjadiah on the Anxiety Level in Breast Cancer Patients undergoing Mastectomy. *Terapevticheskii Arkhiv* 2014;85(4).
27. Fouladi N, Pourfarzi F, Ali-Mohammadi H, Mousavi A, Aghamohammadi A, Mazaheri E. Process of Coping with Mastectomy: Qualitative study in Iran. *Asian Pac J Cancer* 2013;14:2097-84.
28. Fouladi N, Pourfarzi F, Ali-Mohammadi H, Mousavi A, Aghamohammadi A, Mazaheri E. Process of Coping with Mastectomy: Qualitative study in Iran. *Asian Pac J Cancer* 2013;14(3):2079-84.

TRANSPLANTATION LIVING WITH MASTECTOMY: EXPLAINING THE EXPERIENCES ADAPTATION WITH MASTECTOMY OF YOUNG WOMEN UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Elahi N¹, Kardaani M², Alhani F^{3*}, Salehi Tali SH⁴

Received: 17 Sep , 2014; Accepted: 17 Nov , 2014

Abstract

Background & Aim: Mastectomy is the most common treatment for breast cancer in Iran. Therefore, with increasing numbers of patients, evaluating their compatibility becomes apparent. The purpose of this study was to explain process of the compatibility with mastectomy in young women undergoing chemotherapy.

Materials & Methods: This study is a grounded theory approach that participants were chosen purposefully based on theoretical sampling. The data were collected through semi-structured interviews and the process were continued until data saturation. The data simultaneously were collected and analyzed by using Strauss and Corbin approach. Validity of the data were confirmed based on Lincoln and Goba criteria.

Results: The findings showed that the process of compatibility in 23 young women participating mastectomy undergoing chemotherapy can be categorized in 5 themes including crisis (context) ups and downs (condition), and loss of identity (phenomenon), vast support (confounders), trying to rebuild lives (strategy) and the Transplantation alongside living with mastectomy, which inturn had subcategories.

Conclusion: The study revealed that process of compliance of young women with mastectomy obeys a complex process. By paying attention to these patients who have the fear of sudden health loss, and change in the perception of the body image, one can understand that they experienced severe stress and limitations. Therefore, the medical team can inform this process to the patients by counseling and educating them to facilitate its acceptance and adoption.

Key words: Breast cancer, Mastectomy, Young women, adaptation, Grounded Theory.

Address: Nursing Department , Ahvaz Jundishapur of Medical Science University, Ahvaz, Iran

Tel: (+98) 6133338395

Email: elahi-n@ajums.ac.ir

¹ Chronic Disease Care Research Center, Nursing Department , Ahvaz Jundishapur of Medical Science University, Ahvaz, Iran

² Acupathapist, Rosh rehabilitation center, Tehran

³ Associate Professor, Department of Nursing, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (Corresponding author)

⁴ Phd student, Ahvaz Jundishapur medical science university