

The Provision of Sexual Health Services to Breast Cancer Survivors in Iran :A Qualitative Study

Solmaz Roshandel¹, Minoor Lamyian², Seyed Ali Azin^{3*}, Shahpar Haghighat⁴, Eesa Mohammadi⁵, Maryam Akbari⁶

¹Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

²Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, ACECR, Tehran, Iran

⁴Breast Cancer Research Center, Motamed Cancer Institute, ACECR, Tehran, Iran

⁵Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁶Department of Obstetrics & Gynecology -IWK Health Centre, Halifax-Canada

Abstract

Introduction: Sexual health is a significant concern for cancer survivors. This study aims to understand how breast cancer survivors and service providers in Iran perceive and experience sexual health services for breast cancer survivors.

Material and methods: The present *study* used a *qualitative approach* and *conventional content analysis method*. Data were collected through the use of unstructured in-depth interviews with participants. The main interview question was how the sexual health of patients is addressed and what services are provided in this regard.

Results: Data analysis led to the emergence of two themes entitled passivity in providing sexual health services and physically oriented services provided in the field of body image disorder.

Conclusion: The results showed that the sexual health services provided to breast cancer survivors are passive and limited to their expressed complaints. Moreover, while providing body image services is desirable and aligns with global standards in the physical aspect, there appears to be a deficiency in the psychosocial aspect. Providing services using a multidisciplinary approach, training employees about the late effects of cancer, and paying attention to the biopsychosocial aspects of sexual health can improve breast cancer survivors' quality of life.

Keywords

Breast Cancer, Sexual Health Services, Iran, Qualitative Study

Received: 2022/10/23

Accepted: 2023/03/04

*Corresponding Author:
saliazin@gmail.com

Ethics Approval:
IR.MODARES.Rec1397.207



Copyright © 2023 Roshandel et al. Published by Breast Cancer Research Center, ACECR

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Introduction

The number of breast cancer survivors continues to grow due to early detection and advanced treatment [1]. As a result, the needs of these people have changed, and most cancer survivors want to leave cancer behind and move towards a healthy life [2]. Sexual health problems adversely impact the quality of life of breast cancer survivors [3]. Studies have shown that many breast cancer survivors do not receive adequate sexual health care, and there is a large gap between their needs and the healthcare system's response [4]. As far as we know, no comprehensive research has been carried out on delivering sexual health services to breast cancer survivors in Iran. This study was conducted to elucidate the perspectives of female breast cancer survivors and service providers regarding sexual health service delivery to women affected by breast cancer.

Materials & Methods

The present study was a qualitative research using conventional content analysis approach. The study data were collected via unstructured in-depth interviews. The participants were selected using a purposive sampling method. The study comprised 26 people, including women surviving breast cancer (n=14), service

providers (n=11), and the patient's husband (n=1).

Results

Data analysis led to the emergence of two themes entitled passivity in providing sexual health services and physically oriented services provided in the field of body image disorder.

Passivity in providing sexual health services

The results showed that despite the many problems that occur in the field of sexual health for breast cancer survivors, the way of providing related services is passive. It means that either health care services are not provided in this area, or the services are limited to small medical interventions and simple recommendations to eliminate severe and significant symptoms of sexual dysfunction in patients complaining about this issue. However, the active search to find unexpressed problems is usually not done, and as a result, potential sexual problems are neglected. This theme was formed according to the data of two categories: complaint-oriented provision of sexual health services and neglect of potential sexual needs and related subcategories. The formation of this theme is briefly shown in Table 1.

Table 1: How to form the theme of passivity in providing sexual health services

Theme	Category	Subcategory	A sample of participants' quotes
Passivity in providing sexual health services	complaint-oriented provision of sexual health services	Symptom-oriented medical interventions to resolve the sexual dysfunction of patients	"In order to eliminate vaginal dryness, vaginal moisturizers can be prescribed, or water-soluble non-hormonal lubricants can be used before intercourse." (P23, gynecologist)
		Recommendations to solve sexual problems	"Sexual desire cannot be manipulated very much because hormones cannot be prescribed. We recommend that more sex is better. Their libido will increase." (P16, oncologist) (P16, oncologist)
	neglect of potential sexual needs"	Limited and temporary counseling and psychological measurements based on referral and demand	"At the counseling unit, we ask them about sexual issues. Of course, the surgeon must refer them, or they can ask for it themselves! It is not like we advise everyone." (P17, psychologist)
		Not prioritizing sexual health	"These have a series of psychological issues. As surgeons, we do not get involved in these issues." (P15, surgeon)

Physically oriented services provided in the field of body image disorder

In the part of services related to the prevention and treatment of distorted body image, sufficient attention was paid to the physical aspect, and services were provided according to the latest scientific and technological achievements of the world. However, little

attention was paid to its psychosocial aspects, and the provided services were inappropriate. This theme was formed by using the data of two categories: Providing desirable interventions in physical aspect and weakness in providing psychosocial services. The formation of this theme is shown in Table 2.

Table 2: How to form the theme of physically oriented services provided in the field of body image disorder

Theme	Category	Subcategory	A sample of participants' quotes
Physically oriented services provided in the field of body image disorder	Providing desirable interventions in physical aspect	Preventive and therapeutic physical services regarding body image disorders due to breast changes	"The standard of breast cancer surgery in stages 1 and 2 is breast-conserving surgeries. Now I perform breast-conserving surgery on over 90% of my patients." (P15, surgeon)
		Preventive and therapeutic physical services regarding body image disorders due to changes made outside the breast	"My doctor said: I will give you a pill to make your hair fall out. He prescribed finasteride." (P5, client)
	weakness in providing psychosocial services	Neglect of psychological needs	"We are not in the center daily, but they do not make referrals if we are. Unfortunately, psychological measures are not a priority." (P17, psychologist)
		Ignoring the social aspect of service delivery	"The cost of breast reconstruction is very high. Nearly 20 million, how can a worker get it?" (P11, client)

Discussion

This study's results in providing sexual health services led to the extraction of two themes: passivity in providing sexual health services and physically oriented services provided in the field of body image disorder. According to these themes, providing sexual health services was passive, and there was no active search to find potential sexual problems. If the patients raised their issues in this regard, they received few services, mainly based on the prescription of lubricants or moisturizers to eliminate vaginal dryness and dyspareunia. Counseling and psychological interventions were weak, intermittent, and provided to a small percentage of people. This issue was not a priority for service providers, and they had not received the necessary training in this field. Moreover, the services provided to maintain body image were focused on the physical aspect, and the possibility of intervention according to the latest knowledge and technology of the world by skilled professionals was potentially available.

However, not paying attention to the psychosocial aspects of service provision prevented the proper receipt of these services. Consistent with previous studies, most cancer patients do not receive information and services regarding the harmful effects of cancer treatment on sexuality [5, 6]. These findings are fully justified considering that cancer is a life-threatening disease and saving the patient's life is the highest priority. The long and challenging course of treatment and the presence of other concerns, such as the fear of recurrence and high treatment costs, also lead to sexual health not being a priority.

Conclusion

The results showed that the sexual health services provided to breast cancer survivors are passive and limited to their expressed complaints. Moreover, while providing body image services is desirable and aligns with global standards in the physical aspect, there appears to be a deficiency in the psychosocial

aspect. Providing services using a multidisciplinary approach, training employees about the late effects of cancer, and paying attention to the biopsychosocial aspects of sexual health can improve breast cancer survivors' quality of life.

References

1. American Cancer Society. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2019–2021. 2019.
<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures-2019-2021.pdf>. Accessed 10 Sep 2020.
2. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients for Survivorship Care for Cancer-Related Late and Long-Term Effects. 2020
3. Lopresti M, Rizack T, Dizon DS. Sexuality, fertility and pregnancy following breast cancer treatment. Gland surgery. 2018;7(4):404-10.
4. Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. Curr Opin Support Palliat Care. 2016;10(1):66-74.
5. Krouwel EM, Albers LF, Nicolai MPJ, Putter H, Osanto S, Pelger RCM, et al. Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice: Exploring Current Practice and Challenges. Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education. 2020;35(6):1072-88.
6. Albers LF, Van Ek GF, Krouwel EM, Oosterkamp-Borgelink CM, Liefers GJ, Den Ouden MEM, et al. Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients and Their Partners Want Information? Journal of sex & marital therapy. 2020;46(3):205-26.

نحوه ارائه خدمات مرتبط با سلامت جنسی به بقایافتگان سرطان پستان در ایران: یک مطالعه کیفی

سولماز روشندل^۱، مینور لمیعیان^۲، سیدعلی آذین^{۳*}، شهر حقیقت^۴، عیسی محمدی^۵، مریم اکبری^۶

^۱گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۳گروه سلامت باروری، مرکز تحقیقات بیولوژی تولید مثل، پژوهشگاه ابن سینا، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

^۴مرکز تحقیقات سرطان پستان، پژوهشکده سرطان معتمد، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

^۵گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۶گروه زنان و زایمان، مرکز بهداشت IWK، هالیفاکس-کانادا

چکیده

زمینه و هدف: بقایافتگان سرطان با مشکلات متعددی در زمینه سلامت جنسی مواجه می‌شوند. مطالعات نشان‌دهنده ناکافی بودن ارائه خدمات در این باره است. هدف از این مطالعه تبیین درک و تجربه بقایافتگان سرطان پستان و ارائه دهندگان خدمت درباره نحوه ارائه خدمات مرتبط با سلامت جنسی به بقایافتگان سرطان پستان در ایران است.

تاریخ ارسال: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

* نویسنده مسئول:

saliazin@gmail.com

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه کیفی است که به روش "تحلیل محتوی کیفی با رویکرد متعارف" انجام شده است. اطلاعات توسط مصاحبه عمیق بدون ساختار با مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. سوال اصلی مصاحبه این بود که چگونه به سلامتی جنسی بیماران پرداخته می‌شود و چه خدماتی در این خصوص ارائه می‌شود؟ تحلیل داده‌ها با روش گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به شکل‌گیری دو درون‌مایه با عنوان "انفعال در ارائه خدمات سلامت جنسی" و "جسمانی‌محور بودن ارائه خدمات در زمینه اختلال تصویر بدنی" شد. درون‌مایه اول متشکل از دو طبقه "شکایت محوری در ارائه خدمات سلامت جنسی" و "غفلت از نیازهای بالقوه جنسی" و درون‌مایه دوم متشکل از "ارائه مداخلات مطلوب در بعد جسمی" و "ضعف در ارائه خدمات روانی اجتماعی" است.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد اولاً، خدمات ارائه شده در زمینه سلامت جنسی به بقایافتگان سرطان پستان منفعلانه و محدود به شکایات بیان شده آنها است. ثانیاً، خدمات ارائه شده در زمینه تصویر ذهنی مخدوش از بدن در بعد جسمانی مطلوب و مطابق با استانداردهای روز دنیا است ولی ضعف در ارائه خدمات روانی اجتماعی وجود دارد. ارائه خدمت با استفاده از یک رویکرد مولتی دیسپلینری، آموزش کارکنان در خصوص اثرات دیررس سرطان و توجه به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت جنسی می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی بقایافتگان سرطان پستان شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، خدمات سلامت جنسی، مطالعه کیفی، ایران

مقدمه

طبق گزارش آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان در سال ۲۰۲۰، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در طول زندگی، در کل جمعیت جهان است (۱). در ایران سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در کل جمعیت و نیز زنان است (۲) و میزان بروز آن به ویژه در زنان جوان، در حال افزایش است (۳،۴). با تشخیص زودهنگام و بهبود روش‌های درمانی تعداد بقایافتگان سرطان پستان رو به افزایش است. در ایالات متحده بقای ۵ ساله تا ۹۰٪ (۵) و در ایران تا ۷۲٪ گزارش شده است (۶). در نتیجه نیازهای این افراد تغییر پیدا کرده و بیشتر این افراد خواهان پشت سر گذاشتن سرطان و حرکت به سوی یک زندگی سالم هستند (۷). یکی از مشکلاتی که بر کیفیت زندگی بقایافتگان سرطان پستان اثر سوئی می‌گذارد مشکلات مرتبط با سلامت جنسی است (۸). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی شامل وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در ارتباط با جنسینگی و نه فقط فقدان بیماری، اختلال عملکرد و ناتوانی است. بر طبق این تعریف سلامت جنسی نیازمند برخورد مثبت و احترام‌آمیز نسبت به جنسینگی و روابط جنسی است به طوری که امکان داشتن تجربیات لذت بخش و ایمن جنسی، عاری از اجبار، تبعیض و خشونت فراهم گردد (۹). دغدغه‌های جنسی باعث انواع دیسترس‌های هیجانی مانند افسردگی، استیگما و اثرات منفی روی روابط شخصی می‌شود (۱۰). درمان‌های سرطان پستان اثرات سوئی بر سلامت و کارکرد جنسی زنان دارد. عواملی مانند از دست دادن بخش یا تمام پستان، یائسگی زودرس، ناباروری، اضافه وزن، الوپسی، اوارکتومی و لنفادام باعث تغییر تصویر ذهنی فرد از هویت خود به عنوان یک موجود جنسی می‌شود (۱۱). اختلال تصویر بدنی در ۳۰-۱۵٪ بقایافتگان سرطان پستان به ویژه آنهایی که ماستکتومی شدند، دیده می‌شود (۵). انجام ماستکتومی به عنوان یک روش درمانی اعتماد به نفس بیماران را کاهش داده و کیفیت زندگی جنسی آنها را تخریب می‌نماید. این مسئله ممکن است تا سال‌ها بعد از درمان نیز ادامه یابد (۱۲). مطالعه‌ای در ایران نشان داد تعداد قابل توجهی از بیماران با گذشت زمان، وخیم‌تر شدن کارکرد جنسی را تجربه می‌کنند (۱۳). لذا لازم است که ارائه دهندگان خدمت به این مسائل توجه نموده و

خدماتی در این خصوص ارائه دهند. خدمات سلامت جنسی دارای ابعاد مختلفی است. یکی از مهمترین ابعاد آن شامل آموزش جنسی مبتنی بر شواهد و جامع و مشاوره و مراقبت‌های مربوط به کارکرد و رضایت جنسی است (۱۴). علی‌رغم اینکه تعداد زیادی از زنان مبتلا به سرطان پستان در رابطه با سلامت جنسی، تصویر بدنی و خودپنداره دچار مشکل می‌شوند؛ ولی بسیاری از آنها مراقبت‌های کافی در این حوزه دریافت نمی‌کنند و فاصله زیادی بین نیازهای آنها و پاسخ سیستم مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد (۱۱). ارزیابی و درمان اختلال کارکرد جنسی یک نیاز برآورده نشده در مبتلایان به سرطان پستان است (۱۵). تحقیقات نشان داده هم درمانگران و هم بیماران برای صحبت کردن درباره مسائل جنسی ناشی از سرطان و درمان‌های آن بی‌میل هستند. عموماً درمانگران احساس می‌کنند؛ به اندازه کافی در این باره آموزش ندیده‌اند و فاقد مهارت‌های لازم برای مداخله هستند. آنها اظهار می‌کنند فرصت کافی برای این کار نداشته و فضای خصوصی به این منظور وجود ندارد. به علاوه، آنها تصور می‌کنند مطرح کردن چنین مسائلی ممکن است باعث ناراحتی بیمار شود. از سوی دیگر، بیماران هم از مطرح کردن مشکلات جنسی شرم داشته و عقیده دارند که این وظیفه درمانگران است که این موضوعات را مطرح نمایند. بسیاری از بیماران تصور می‌کنند مشکلات جنسی آنها، اجتناب‌ناپذیر و غیر قابل درمان است (۱۶، ۱۷). مطالعه‌ای در هلند نشان داد ۶۲٪ از مبتلایان سرطان پستان که مایل بودند اطلاعاتی درباره اثرات درمان بر جنسینگی داشته باشند این اطلاعات را دریافت نکردند (۱۸). مطالعه دیگری در کارولینای شمالی نشان داد فقط ۲۹٪ مبتلایان سرطان پستان اطلاعاتی درباره کارکرد جنسی کسب کردند (۱۹). نتایج مطالعه دیگری در آژانس سرطان بریتیش کلمبیا نشان داد؛ گفتگو درباره سلامت جنسی در ۷٪ بیماران مبتلا به سرطان در اولین ویزیت و ۴٪ بیماران در ۶ ماه بعدی صورت گرفته بود. این مقادیر حاکی از آن است که به سلامت جنسی بیماران به اندازه کافی پرداخته نمی‌شود (۲۰). نتایج مطالعه‌ای روی انکولوژیست‌های هلند نشان داد؛ اکثریت (۸۱/۵٪) آنها با کمتر از نیمی از بیماران، راجع به کارکرد جنسی صحبت کردند. در حالی که ۷۵/۸٪ آنها موافق بودند که ارزیابی سلامت جنسی بیماران وظیفه آنها است.

جنسی در بقایافتگان سرطان پستان این روش تحقیق انتخاب شده است.

مشارکت کنندگان

مشارکت‌کنندگان اولیه این پژوهش، از یک مرکز ریفرال بیماریهای پستان در شهر تهران که بیماران از سراسر ایران به آن ارجاع داده می‌شدند؛ انتخاب شدند؛ ولی در ادامه به منظور دستیابی به ماکزیمم تنوع، بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت از مراکز خصوصی، نیمه‌خصوصی و بیمارستان‌ها وارد مطالعه شدند. شرکت‌کنندگان شامل بقایافتگان سرطان پستان و ارائه‌دهندگان خدمت و همسر یکی از بیماران است که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به منظور دستیابی به تجارب مختلف، نمونه‌ها با ماکزیمم تنوع انتخاب گردیدند. تنوع بیماران از نظر سن (قبل و بعد از سن باروری)، وضعیت تاهل (مجرد، متاهل، بیوه و متارکه‌کرده)، مرحله بیماری، مدت بیماری، مرحله درمان و دریافت روش‌های مختلف درمانی بود. تنوع ارائه‌دهندگان خدمت با ورود کلیه افرادی که از ابتدای بیماری تا ادامه درمان و پیگیری به این بیماران خدماتی ارائه می‌دادند؛ تامین گردید. همسر بیماری که با وی مصاحبه به عمل آمد همکار یک سازمان مردم‌نهاد مرتبط با سرطان پستان بود و به واسطه ارتباطش با سایر بیماران تجربیات غنی در این خصوص داشت. لذا، مطلع کلیدی محسوب شده، با وی نیز مصاحبه به عمل آمد. در مجموع ۲۶ نفر شامل ۱۴ زن بقایافته از سرطان پستان، ۱۱ ارائه‌دهنده خدمت و همسر یک بیمار در این پژوهش شرکت کردند. معیارهای ورود بیماران شامل سابقه ابتلا به سرطان پستان از ابتدای تشخیص بیماری تا هر مرحله‌ای از درمان یا پیگیری، داشتن ملیت ایرانی، توانایی تکلم به زبان فارسی و به اشتراک گذاشتن تجربیات و معیار ورود ارائه‌دهندگان خدمت داشتن حداقل دو سال سابقه ارائه خدمت بهداشتی و درمانی به مبتلایان سرطان پستان بود. تنها معیار خروج از مطالعه عدم تمایل مشارکت‌کنندگان به ادامه مصاحبه بود.

ملاحظات اخلاقی

این تحقیق مصوب کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس، تهران، است (IR. MODARES. Rec 1397.207). مجوزهای لازم برای ورود به مراکز بهداشتی درمانی قبل از

کمبود وقت و سن بالای بیماران مهمترین موانع برای صحبت راجع به این موضوعات بود (۲۱). در ایران هم مطالعات حاکی از ناکافی بودن خدمات در زمینه سلامت جنسی در مبتلایان سرطان پستان است. به عنوان مثال ملکی و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه کیفی در مناطق شهری ایران طبقه‌ای به نام "نیازهای اطلاعاتی برآورده نشده" گزارش کردند. به این معنی که بقایافتگان سرطان پستان نیاز به دریافت اطلاعات در مورد عوارض جنسی ناشی از یائسگی زودرس، خشکی واژن، کاهش میل جنسی و نحوه برخورد با آنها را دارند که به این نیاز پاسخ داده نمی‌شود (۲۲). عبدالله‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای روی زنان بقایافته از سرطان پستان در تبریز نیازهای برآورده نشده بسیاری در زمینه مراقبت‌های حمایتی از جمله جنسینگی گزارش نمودند (۲۳). در مطالعه دیگری در شیراز دیده شد متوسط زمانی که با زنان مبتلا به سرطان درباره سلامت جنسی صحبت شده حدوداً ۵ دقیقه بود (۲۴). اگرچه در ایران مطالعات محدودی در این خصوص انجام شده ولی به دانش ما، مطالعه جامعی درباره نحوه ارائه خدمات مرتبط با سلامت جنسی به زنان بقایافته از سرطان پستان صورت نگرفته است. سوال اصلی ما این است که در گیرودار درمان و پیگیری بیماران مبتلا به سرطان پستان که با انبوه مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مواجه هستند؛ چگونه به این بعد از سلامتی بیماران توجه می‌شود و چه خدماتی در این خصوص ارائه می‌شود. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین درک و تجربه زنان بقایافته از سرطان پستان و ارائه‌دهندگان خدمت از نحوه ارائه خدمات مرتبط با سلامت جنسی به افراد مبتلا به سرطان پستان طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه

این مطالعه یک مطالعه کیفی است که به روش "تحلیل محتوی کیفی با رویکرد متعارف" انجام شده است. این روش زمانی به کار می‌رود که مطالعات قبلی درباره یک پدیده کم است و طبقات و نام‌ها از درون داده‌ها بیرون می‌آید. محقق خود را در داده‌ها غرق می‌کند تا به بینش جدیدی راجع به پدیده دست یابد (۲۵). به دلیل ناکافی بودن مطالعات قبلی درباره نحوه ارائه خدمات سلامت

سوال کلی ارائه‌دهندگان خدمت

- چه خدماتی در زمینه سلامت جنسی به زنان بقایافته از سرطان پستان ارائه می‌نمایید؟

برای تکمیل داده‌های حاصل از مصاحبه از یادداشت‌های در عرصه و بررسی اسناد و مدارک، مانند کاتالوگ و بروشورهای آموزشی موجود استفاده شد.

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از استراتژی پیشنهادی گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) صورت گرفت (۲۶). به این صورت که متن پیاده‌سازی شده هر مصاحبه چندین بار خوانده شد تا یک ایده کلی حاصل گردید و واحدهای معنی مشخص گردید و با فشرده و خلاصه‌سازی به کدها تبدیل گردید. کدها بر اساس شباهت در طبقات و زیرطبقات جای گرفتند. در نهایت درون‌مایه‌ها بر اساس محتوای پنهان داده‌ها شکل گرفت.

به منظور اطمینان از صحت داده‌های کیفی از معیارهای اعتبارپذیری^۱، تائیدپذیری^۲، اعتمادپذیری^۳ و انتقال‌پذیری^۴ استفاده شد (۲۷). برای دستیابی به اعتبارپذیری از استراتژی‌های درگیری طولانی‌مدت^۵، بررسی کدها توسط اعضا، نمونه‌برداری با حداکثر تنوع^۶ و استفاده از چندین روش برای جمع‌آوری داده‌ها از جمله مصاحبه، یادداشت‌های میدانی و بررسی اسناد موجود استفاده شد. برای دستیابی به تائیدپذیری، کلیه مصاحبه‌ها، کدها و مضامین استخراج شده به متخصصان گروه مطالعه و همچنین کارشناسانی خارج از گروه مطالعه ارائه شد. برای افزایش اعتمادپذیری علاوه بر بررسی توسط اعضا، همه چیز به خوبی مستند شده و قابل دستیابی است. برای افزایش انتقال‌پذیری، شرح واضح و روشنی از زمینه، فرایند و مشخصات شرکت‌کنندگان (جدول ۱ و ۲)، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها ارائه شده است تا سایر محققان بتوانند تصمیم بگیرند که آیا یافته‌ها قابلیت انتقال به محیط آنها را دارد یا نه؟

شروع پژوهش اخذ شد. به کلیه شرکت‌کنندگان اهداف پژوهش و نکات اخلاقی مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات، عدم تداخل نظرات با دریافت خدمات، معدوم‌سازی فایل‌های صوتی بعد از پیاده‌سازی، عدم ذکر نام افراد در گزارش، حفظ امانت در ذکر کلیه نظرات توضیح داده شد. مصاحبه‌ها پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی مبنی بر ضبط صدا، در زمان و مکان مورد نظر مشارکت‌کنندگان انجام شد.

جمع‌آوری اطلاعات

اطلاعات از اسفند ۱۳۹۸ تا دی ماه ۱۳۹۹ با مصاحبه عمیق بدون ساختار با مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. اکثر مصاحبه‌ها (۱۷ مورد) در یک مرکز ریفرال بیماری‌های پستان و بقیه موارد در بیمارستان‌ها و مطب خصوصی انجام شد. کلیه مصاحبه‌ها به صورت فردی و رو در رو در یک اتاق خصوصی انجام گردید. مصاحبه با بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت توسط محقق اصلی انجام شد. مصاحبه با همسر بیمار به دلیل مسائل فرهنگی و رعایت هم‌جنس بودن توسط یکی از اعضای مرد تیم تحقیق (SAA)، پزشک و فلوشیپ طب جنسی، انجام گردید. مصاحبه‌ها حدوداً ۲۰ تا ۱۵۰ دقیقه طول کشید. ۲۵ مصاحبه، پس از ارائه توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی مبنی بر ضبط صدا به طور کامل ضبط گردید. یک نفر از مشارکت‌کنندگان راضی به ضبط صدا نشد. لذا فقط اقدام به نت‌برداری شد. تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام شد. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها با ۲۴ مصاحبه به اشباع رسید و دیگر کد و اطلاعات جدیدی به دست نیامد. ولی برای اطمینان بیشتر ۲ مصاحبه اضافه انجام شد. برای مدیریت داده‌ها از هیچ نرم‌افزاری استفاده نشد و کدگذاری و طبقه‌بندی اطلاعات به صورت دستی انجام گردید. کلیه مصاحبه‌ها با یک سوال کلی آغاز می‌شد و در ادامه سوالات پروپینگ به منظور شفاف‌سازی و به دست آوردن جزئیات بیشتر مطرح می‌شد.

سوالات کلی به تفکیک مشارکت‌کنندگان عبارت بود از:

سوالات مربوط به بیماران و همسر بیمار

- برای رفع مشکلات مرتبط با سلامت جنسی که بعد از ابتلا به سرطان براتون پیش آمد چه اقداماتی انجام دادید؟ چه خدماتی در این خصوص دریافت کردید؟

¹ Credibility

² Confirmability

³ Dependability

⁴ Transferability

⁵ Prolonged engagement

⁶ Member checking

⁷ Maximum diversity sampling

یافته‌ها

تحصیلات دانشگاهی، متاهل و دارای ۲ فرزند بودند. مشخصات بیماران در جدول ۱ و مشخصات ارائه‌دهندگان خدمت در جدول ۲ نشان داده شده است. همسر بیمار شرکت‌کننده در پژوهش ۵۳ ساله و مهندس کامپیوتر بود و ۹ سال از بیماری همسرش می‌گذشت.

دامنه سنی زنان بقایافته از سرطان پستان در زمان مصاحبه ۳۵ تا ۶۹ سال و میانگین سنی آنها ۴۶/۲۱ سال بود. کوتاه‌ترین فاصله زمانی از شروع بیماری یک ماه و بلندترین آن ۹ سال بود. اکثریت زنان خانه‌دار، دارای

جدول ۱: مشخصات زنان بقایافته از سرطان پستان

شماره	شرکت‌کننده	سن	مدت ابتلا (سال)	تحصیلات	شغل	وضعیت تاهل	نوع جراحی
۱	P1	۴۹	۲	ابتدایی	خانه‌دار	متاهل	حفظ پستان
۲	P2	۵۴	۹	سیکل	خانه‌دار	متارکه	ماستکتومی یک طرفه
۳	P3	۶۹	۵	لیسانس	بازنشسته	متاهل	ماستکتومی یک طرفه
۴	P4	۴۵	۸	دیپلم	خانه‌دار	متارکه	ماستکتومی دوطرفه
۵	P5	۳۹	۱۱ ماه	لیسانس	خانه‌دار	متاهل	حفظ پستان
۶	P6	۳۹	۱ ماه	لیسانس	سرایدار	متاهل	در حال کموتراپی نئوآجوانت
۷	P7	۳۵	۲	دیپلم	خانه‌دار	متاهل	حفظ پستان
۸	P8	۴۳	۲	دیپلم	خانه‌دار	متاهل	حفظ پستان
۹	P9	۴۵	۷ ماه	ابتدایی	خانه‌دار	متاهل	حفظ پستان
۱۰	P10	۴۵	۷	دیپلم	خانه‌دار	متاهل	حفظ پستان
۱۱	P11	۴۵	۲	راهنمایی	خانه‌دار	متاهل	ماستکتومی
۱۲	P12	۴۲	۲	راهنمایی	خانه‌دار	متاهل	حفظ پستان
۱۳	P14	۵۳	۸	لیسانس	ماما	متاهل	ماستکتومی یک طرفه
۱۴	P21	۳۵	۱ ماه	فوق لیسانس	بیکار	مجرد	حفظ پستان

جدول ۲: مشخصات ارائه‌دهندگان خدمت

شماره	شرکت‌کننده	تحصیلات	سابقه کار
۱	P13	کارشناس مامایی	۲۰
۲	P15	پزشک جراح	۱۹
۳	P16	پزشک متخصص رادیولوژی	۱۵
۴	P17	دکترای مشاوره خانواده	۲۱
۵	P19	کارشناس مامایی	۷
۶	P20	ژنیکولوژیست و فلوشیپ نازایی	۱۸
۷	P22	دکترای بیولوژی تولید مثل	۱۳
۸	P23	ژنیکولوژیست	۲۱
۹	P24	لیسانس پرستاری	۲۳
۱۰	P25	دکترای روانشناسی و فوق‌دکترای طب روان‌تنی	۲۰
۱۱	P26	پزشک و متخصص سلامت باروری و فلوشیپ طب جنسی	۹

زمینه اختلال تصویر بدنی " شد. زیرطبقات، طبقات و درون‌مایه‌ها به طور خلاصه در جدول ۳ نشان داده شده است.

تحلیل داده‌های حاصل از تجارب شرکت‌کنندگان منجر به شکل‌گیری دو درون‌مایه با عنوان "انفعال در ارائه خدمات سلامت جنسی" و "جسمانی‌محور بودن ارائه خدمات در

جدول ۳: زیرطبقات، طبقات و درون‌مایه‌ها

زیرطبقه	طبقه	درون‌مایه
مداخلات طبی علامت‌محور برای رفع اختلال کارکرد جنسی بیماران	شکایت‌محوری در ارائه خدمات	انفعال در ارائه خدمات مرتبط با سلامت جنسی
توصیه‌ها برای رفع مشکلات جنسی	سلامت جنسی	
اقدامات مشاوره‌ای و روانشناختی محدود، مقطعی و برحسب مراجعه یا تقاضا	غفلت از نیاز و مشکلات بالقوه جنسی	
اولویت نداشتن سلامت جنسی		
خدمات پیشگیرانه و درمانی جسمی در خصوص اختلال تصویر بدنی	ارائه مداخلات مطلوب در بعد جسمی	جسمانی‌محور بودن ارائه خدمات در زمینه اختلال تصویر بدنی
به دلیل تغییرات ایجاد شده در پستان		
خدمات پیشگیرانه و درمانی جسمی در خصوص اختلال تصویر بدنی		
به دلیل تغییرات ایجاد شده در خارج از پستان		
غفلت از نیازهای روانی	ضعف در ارائه خدمات روانی اجتماعی	
بی‌توجهی به ابعاد اجتماعی ارائه خدمات		

انفعال در ارائه خدمات سلامت جنسی

نتایج نشان داد علی‌رغم مشکلات متعددی که در حوزه سلامت جنسی برای مبتلایان سرطان پستان از زمان تشخیص تا تکمیل درمان و پیگیری پیش می‌آید؛ نحوه ارائه خدمات مرتبط غیرفعال و منفعلانه است. یعنی عموماً یا اصلاً خدماتی در این حوزه ارائه نمی‌شود و یا خدمات محدود به مداخلات طبی اندک برای رفع علائم شدید و بارز اختلال کارکرد جنسی و نیز توصیه‌های ساده است؛ که آن هم صرفاً به بیمارانی ارائه می‌شود که از این قضیه شکایتی داشته و آن را اظهار نمایند. ولی جستجوی فعال برای یافتن مشکلات بیان نشده معمولاً صورت نمی‌گیرد و در نتیجه از حل مشکلات بالقوه جنسی غفلت می‌شود. این درون‌مایه با توجه به داده‌های دو طبقه "شکایت‌محوری ارائه خدمات" و "غفلت از نیازهای بالقوه جنسی" و زیرطبقات مربوطه شکل گرفته است.

شکایت‌محوری در ارائه خدمات سلامت جنسی:

خدمات مرتبط با سلامت جنسی فقط در صورت اظهار شکایت از سوی بیمار ارائه می‌شود و توجهی به مشکلات و نیازهای بیان نشده آنها نمی‌شود. با توجه به مسائل فرهنگی و خصوصی بودن مسائل جنسی امکان مطرح نشدن این مشکلات بسیار محتمل است. در صورتی‌که بیمار مشکلاتی در زمینه سلامت جنسی داشته باشد و آنها را با کادر درمان در میان بگذارد دو گروه مداخله برای وی انجام می‌شود که عبارتند از: "مداخلات طبی علامت‌محور برای رفع اختلال کارکرد جنسی" و "توصیه‌ها برای رفع

مشکلات مرتبط با سلامت جنسی" که منجر به شکل-گیری زیرطبقاتی با همین عناوین شده است.

مداخلات طبی علامت‌محور برای رفع اختلال کارکرد جنسی

یکی از مشکلات فراگیر بیماران در برقراری رابطه جنسی، خشکی واژن و درد حین نزدیکی است که نسبت به سایر موارد، هم بیماران بیشتر در صدد رفع آن بوده و هم پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمت بیشترین توجه را نسبت به آن معطوف داشتند. متداولترین مداخلات برای رفع این مشکلات شامل تجویز لوبریکانت‌ها قبل از نزدیکی و مرطوب‌کننده‌های روزانه واژن بود.

"خشکی واژن را می‌توان با داروهای لوبریکانت غیرهورمونی حل نمود یا مرطوب‌کننده واژینال هم می‌توانند استفاده کنند." (P16، انکولوژیست)

ارجاع به سرویس‌های تخصصی زنان اقدام بعدی بود.

"خشکی واژن برای اینها اتفاق می‌افتد میل جنسیشان به شدت کاهش پیدا می‌کند. من معمولاً اینها را می‌فرستم تا تحت‌نظر سرویس زنان باشند." (P16، انکولوژیست)

اقدام اصلی ژنیکولوژیست‌ها برای رفع خشکی واژن و درد حین نزدیکی، در صورت عدم وجود مشکلاتی مانند عفونت، همان تجویز لوبریکانت‌ها و مرطوب‌کننده‌های روزانه واژن بود. به علاوه آنها مراقبت‌های روتینی مانند پاپ اسمیر هم انجام می‌دادند.

"برای خشکی واژن می‌توان مرطوب‌کننده‌های واژن تجویز نمود و یا لوبریکانت‌های غیرهورمونی محلول در

علامتی دیدند از نظر ترشح و عفونت با دکتر مشورت
بکنند." (P24، پرستار)

ترس از ابتلا به عفونت به ویژه در دوران شیمی‌درمانی
یکی از دلایلی است که بیماران از برقراری رابطه جنسی
امتناع می‌کنند. در صورت پرسش از سوی بیمار، به آنها
گفته می‌شد که رابطه جنسی انحصاری با همسر باعث
ایجاد عفونت نمی‌شود.

"تو هیچ دورهای برای نزدیکی کردن محدودیتی وجود
نداره حتی دوره شیمی‌درمانی. اصلاً عفونتی اتفاق نمی
افتد! مگر اونایی که مولتی‌پارتنر باشند." (P16،
انکولوژیست)

یکی از مددجویان که در حال شیمی‌درمانی نئوپلازما
بود؛ گفت:

"به مشاور زنگ زدم، مشورت کردم گفت: مشکلی
نیست (از نظر نزدیکی)." (P6، مددجو)
امکان مشاوره تلفنی برای بیماران در زمینه‌های مختلف در
بعضی از مراکز تخصصی فراهم است.

"ما به صورت تلفنی هم مشاوره داریم و به سوالات
پاسخ داده می‌شود ولی خیلی به ندرت پیش می‌آید
درباره مسائل جنسی سوال کنند." (P13، مسئول
پیگیری بیماران)

اغلب بیماران اظهار می‌کردند که گویا لمس پستان بعد از
جراحی و درمان سرطان، منع یا ضرری دارد. لذا، از این
کار حین رابطه جنسی امتناع می‌کردند.

"بیشتر خانم‌ها می‌گند ما اصلاً خودمون راضی نیستیم
که همسرمون به سینه‌مون دست بزنه، حتی
ببینه." (P17، روانشناس)

بی‌ضرر بودن لمس پستان به بیمارانی که در این رابطه
سوال نمایند توضیح داده می‌شود.

"پستان بازسازی شده از نظر روابط جنسی هیچ
مشکلی ایجاد نمی‌کنه. خانم‌ها نگران هستند که اگه
دست بخوره چی خواهد شد و یا اونایی که پروتز دارند
با فشار ممکنه جابجا بشه، پاره بشه، از ما می‌پرسند و
ما جوابشون رو می‌دیم." (P15، جراح)

مطمئناً این سوالات در تعداد بیشتری از بیماران
که به دلیل شرم و حیا و یا دلایل دیگر این
مسائل را مطرح نمی‌کنند بدون پاسخ باقی
می‌ماند.

آب داد که قبل از نزدیکی استفاده نمایند. ما ازشون در
صورتی که لازم باشد پاپ اسمیر می‌گیریم." (P23،
ژنیکولوژیست)

کاهش میل جنسی از مشکلات دیگر بیماران بود که افراد
بسیار کمی آن را با ارائه‌دهندگان خدمت در میان
می‌گذاشتند. به دلیل منع مصرف داروهای هورمونی عملاً
مداخله طبی چندانی در این مورد انجام نمی‌شد. گاهی ژل
فموره که یک فراورده غیرهورمونی گیاهی است، تجویز
می‌شد.

"برای میل جنسیشان می‌توان از ژل فموره استفاده
نمود که قبل از نزدیکی به ناحیه کلیتورال مالیده
می‌شود." (P23، ژنیکولوژیست)

فقط یکی از ارائه‌دهندگان خدمت برای بهبود میل جنسی
توصیه به مصرف ویتامین و امگا ۳ می‌نمود.

"به بعضی از بیمارانی که این مشکل (کاهش میل
جنسی) را دارند اگر امگا ۳ و ویتامین تجویز کنیم
حالتشان بهتر می‌شه." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

توصیه‌ها برای رفع مشکلات مرتبط با سلامت جنسی

خدمات دیگری که به بیماران ارائه می‌شد توصیه‌های
عمومی و اختصاصی برای رفع مشکلات جنسی بود.

توصیه به افزایش دفعات نزدیکی یکی از این توصیه‌هاست.

"میل جنسی را خیلی نمی‌شه روش مانور داد. چون
هورمون نمی‌شه داد. توصیه می‌کنیم هر چه رابطه
جنسی با همسرشان بیشتر باشه بهتره. میل جنسی‌شان
بیشتر می‌شود." (P16، انکولوژیست)

"دکتر جراح گفتند نزدیکی داری؟ گفتیم: نه. گفت: از
این به بعد سعی کن داشته باشید. می‌دونم خیلی اذیت
می‌شی، ولی تحمل کن تا این خشکی از بین بره وگرنه
بعداً برات فاجعه می‌شه." (P5، مددجو)

رعایت نکات بهداشتی در روابط جنسی به ویژه در دوران
کموتراپی از توصیه‌های دیگر است.

"بیشتر سولاتشون این است که چه کارهایی بکنند که
دچار عفونت نشوند. اگر سوال بکنند من جوابگو هستم.
بهشون می‌گم سعی کنند از روش‌های جلوگیری مثل
کاندوم استفاده کنند که از نظر بهداشتی بهتره. از ژل-
های لوبریکانت یک بار مصرف استفاده بکنند که
بهداشتی‌تر است. اگر کاندوم استفاده نمی‌کنند
خودشون و همسرشون شستشو داشته باشند. اگر

محدود، مقطعی و بر حسب مراجعه و تقاضا و "اولویت نداشتن سلامت جنسی" شکل گرفته است.

اقدامات مشاوره‌ای و روانشناختی محدود، مقطعی و

بر حسب مراجعه و تقاضا

آشفته‌گی‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی در بقایافتگان سرطان شایع است و داشتن سلامت روانی برای برقراری رابطه جنسی مناسب، ضروری است. به علاوه، مشاوره جنسی اغلب توسط روانشناسان در مراکز سرطان انجام می‌شود. لذا، اقدامات مشاوره‌ای و روانشناختی بخشی از خدمات ارائه شده برای بهبود سلامت جنسی بیماران است. ولی این خدمات به اندازه کافی ارائه نمی‌شد و حتی در صورت ارائه، درمانگران، بیماران را ارجاع نداده و بیماران تمایل به استفاده از آن نداشتند. عموماً این اقدامات بسیار محدود، مقطعی و ناپایدار بوده و در صورت ارجاع از سوی پزشک و به ندرت به درخواست خود بیمار و بعضاً در قالب طرح‌های تحقیقاتی یا کارهای خیریه محقق می‌گردید.

در صورتی که بیمار از مشکل در برقراری رابطه جنسی شکایتی داشت و یا از نظر روانی بسیار آزرده بود؛ به روانشناس که در روزهای خاصی در مرکز حضور داشت ارجاع داده می‌شد.

"توی تیم درمانی روانشناس است که بیمار می‌تونه این سوالات را از اون بپرسه. اگر به ما هم بگه ما او را به روانشناس معرفی می‌کنیم." (P15، جراح)

در صورتیکه بیمار به واحد مشاوره و روانشناسی مراجعه می‌کرد؛ شرح حال کاملی از وی راجع به سلامت جنسی اخذ می‌شد و خدماتی در این خصوص ارائه می‌گردید.

"در واحد مشاوره ما ازشون درباره مسائل جنسی می‌پرسیم. البته باید جراح بفرسته یا خودشون تقاضا کنند! این طور نیست که برای همه بزاریم. ما براشون در رابطه با تصویر بدنی و اعتماد به نفس و عزت نفس کارگاه‌هایی می‌گذاریم و مشاوره می‌دهیم. بیشتر سعی می‌کنیم در آنها از نظر روانی ایجاد انگیزه کنیم که زندگی ادامه داره و این چیزهایی که در رابطه با روانشناسی مثبت و اینها هست، که اتفاقاً خیلی هم موثر است." (P17، روانشناس)

بیماران زیادی ممکن است بخواهند علاوه بر درمانهای کلاسیک از داروهای گیاهی استفاده کنند؛ به طور روتین به بیماران تاکید می‌شد از فراورده‌های هورمونی ولو به صورت گیاهی استفاده نکنند.

"ممکن است به اینها گفته شود که مشکلاتشون از پیروید نشدن است و توصیه به مصرف داروهای گیاهی مانند رازیانه شود که پیروید شوند. ما می‌گیم این کارها را نکنند." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

توصیه‌های ساده مانند انجام ورزشهای کگل، نشستن در لگن آب ولرم و نمک یا جوش شیرین، مصرف مایعات بیشتر، چرب نمودن کل بدن و ناحیه ژنیتال خارجی، استفاده از صابون و شامپوهای ملایم برای شستشو و توصیه‌های غذایی از موارد دیگر بود.

"بهشون ورزشهای کگل را پیشنهاد می‌کنیم. در بهبود خون‌رسانی و کاهش آتروفی و خشکی واژن تاثیر دارد." (P23، ژنیکولوژیست)

"توصیه می‌کنیم توی لگن آب ولرم بنشینند؛ یه کم نمک یا جوش شیرین بریزید. این باعث نرمی و ورزش ناحیه تناسلی می‌شه و می‌تونه تو خشکی‌های واژن کمک بکنه. بهشون گفته می‌شه چی بخورند. اگر احساس گرمی می‌کنند یا احساس خارش روی پوست دارند خنکی بخورند. این قضیه توی همه قسمت‌های پوست‌شان از جمله در ناحیه تناسلی‌شان اثر داره." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

"دکتر... می‌گفت در دوره شیمی‌درمانی یک روز در میان حمام بروید. بعدش کل بدن‌تان را چرب کنید. روغن زیتون خیلی خوبه. رحم را نرم نگه می‌داره نمی‌داره خشک بشه. با شامپو بچه بدن‌تون رو بشوید. آب میوه‌های طبیعی زیاد استفاده می‌کنم. روزی هم ۱۵ لیوان آب می‌خورم، می‌گفتند اگر این کارها را بکنم نمی‌زاره آب بدن کم بشه." (P6، مددجو)

غفلت از نیاز و مشکلات بالقوه جنسی

خدمات ارائه شده در زمینه سلامت جنسی بسیار محدود و در حد رفع نیازهای بیان شده مددجویان می‌باشد و جستجوی فعال برای کشف مشکلات بالقوه و نیازهای بیان نشده آنها به ندرت صورت می‌گیرد. این طبقه بر اساس داده‌های دو زیرطبقه "اقدامات مشاوره‌ای و روانشناختی

صحبت می‌کنند. گاهی درباره مسائل جنسی‌شان هم صحبت می‌شود." (P17، روانشناس)

ارائه خدمات سلامت جنسی در قالب طرح‌های تحقیقاتی از اقدامات ناپایداری بود که گاهی از طرف واحدهای مشاوره و روانشناسی ارائه می‌شد.

"ما توی بعضی از طرح‌های تحقیقاتی خودمان سراغ مریض‌ها می‌رویم و آنها را از نظر جنسی پایش می‌کنیم." (P17، روانشناس)

اولویت نداشتن سلامت جنسی

تأمین سلامت جنسی مبتلایان به سرطان پستان با توجه به مشکلات مهمتر و حیاتی‌تر بیماران در اولویت نبوده و در بسیاری از موارد هنگام گرفتن شرح حال یا ویزیت به این بعد از سلامت بیمار توجه نمی‌شد و در نتیجه خدماتی هم در این خصوص ارائه نمی‌شد.

"هیچ وقت دکتر جراح یا انکولوژی این چیزها (مسائل جنسی) را نمی‌پرسه" (P8، مددجو)

"در رابطه با مسائل جنسی اصلاً صحبتی نشد." (P18، همسر بیمار)

"این کارها رو ما واردش نمی‌شیم چون اگر بپرسیم باید یک راهکار داشته باشیم. اینها یک سری مسائل روانشناختی داره. ما به عنوان جراح خودمان را وارد این مسائل نمی‌کنیم." (P15، جراح)

مهم‌تر دانستن سایر خدمات باعث می‌شد که ارائه‌دهندگان خدمت سلامت جنسی را در اولویت قرار ندهند.

"ما اولویت‌بندی می‌کنیم. مثلاً بیمار حالت تهوع داره اولویت با مسائل تغذیه‌ای است تا اینکه بخواهیم مسائل جنسی‌شان را مطرح بکنیم." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

نادیده گرفتن سلامت جنسی حتی در بروشورها و جزوات آموزشی هم دیده می‌شد.

"ما بروشورهایی داریم در رابطه با شیمی‌درمانی، تغذیه، لنفادم، رادیوتراپی، هورمون‌تراپی، ولی در رابطه با مسائل جنسی ما همچین بروشورهایی نداریم." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

کوچک شمردن سلامت جنسی به حدی است که حتی وقتی بیمار از این مساله شکایت می‌نماید هیچ نسخه مکتوبی به بیمار ارائه نشده و به توصیه شفاهی اکتفا

روانشناس شاغل در بخش خصوصی که به بیماران سرطانی به صورت خیریه خدمات ارائه می‌داد؛ در این باره گفت:

"بهشون آموزش می‌دهیم میل جنسی و یا برانگیختگی قبلاً تحت تاثیر هورمون‌ها خود به خود اتفاق می‌افتاده. الان که هورمون‌ها تغییر پیدا کرده این میل باید مغزی ایجاد بشه. ما می‌خواهیم یاد بدیم که زندگی جنسی الان فرمانده/ش مغز است." (P25، روانشناس)

ارجاع به متخصصین سلامت جنسی و روانپزشک هم از اقدامات دیگر است.

"اگر مشکل خاص جنسی داشته باشند که ما توش تخصص نداشته باشیم، به متخصصین سلامت جنسی ارجاع می‌دهیم." (P17، روانشناس)

"خیلی از آنها دچار افسردگی، اضطراب و وسواس می‌شوند. فکر می‌کنند یک سرطان دیگه ممکنه سراغشون بیاد. اگر شدید باشه مشاوره روانپزشکی درخواست می‌کنم. شاید اگر اینا را درمان کنیم مشکلات سکسشون هم کمتر بشه." (P16، انکولوژیست)

متخصصین سلامت جنسی در مراکز تخصصی سرطان حضور نداشتند ولی تعداد کمی از بیماران در بخش خصوصی به آنها مراجعه یا ارجاع داده می‌شدند. پزشک فلوشیپ سلامت جنسی از تجربه‌اش در این باره گفت:

"درمان‌های دارویی مثل فلیبانسیرین را در ایران نداریم. بیشتر باید مهارت‌محور روی مریضامون کار کنیم. ارتباط خیلی مهم است و یاد می‌دیم. یک سری از ارزیابی‌ها را به صورت زوجی انجام می‌دیم و علل را درمی‌آوریم. گفتگوی جنسی^۱ اصلاً بلد نیستند. این خودش یک مهارت است که باید به آنها یاد بدهیم." (P26، متخصص سلامت جنسی)

به منظور حمایت روانی و تقویت روحیه بیماران خدماتی هر چند محدود و ناکافی از سوی مراکز درمانی ارائه می‌شد که بیشتر بر مبنای ارتباط با همتایان و به اشتراک گذاشتن تجارب و آموزش‌های گروهی درباره موضوعات مختلف از جمله مسائل جنسی بود.

"ما گاهی براشون جلساتی می‌گذاریم که همدیگر را ببینند و از تجربیات همدیگر استفاده بکنند. جلسات شاد و آموزنده. متخصصان راجع به مسائل مختلف

^۱ Sexual talk

گردیده است. یکی از مددجویان که از وازلین برای رفع خشکی واژن استفاده می‌نمود با تردید در این باره گفت: "از خانم دکتر پرسیدم؛ فکر کنم گفت وازلین. گفت باید چرب باشه. ولی ننوشت واسم." (P11، مددجو)

جسمانی‌محور بودن ارائه خدمات در زمینه اختلال تصویر بدنی

در بخشی از خدمات که مرتبط با پیشگیری و درمان تصویر بدنی مخدوش است به بعد جسمانی توجه کافی مبذول شده و خدمات متناسب با آخرین دستاوردهای علمی و تکنولوژی روز دنیا ارائه می‌شد؛ اما به ابعاد روانی اجتماعی آن توجه کمی شده و خدمات ارائه شده در این خصوص متناسب با نیاز نبود. این درون‌مایه با استفاده از داده‌های دو طبقه "ارائه مداخلات مطلوب در بعد جسمی" و "ضعف در جنبه‌های روانی اجتماعی ارائه خدمات" شکل گرفته است.

ارائه مداخلات مطلوب در بعد جسمی

در زمینه حفظ ظاهر زنانه دانش و تکنولوژی مناسب و نیروی انسانی ماهر در بعد جسمی فراهم بوده و امکان ارائه مداخلات مناسب به صورت بالقوه وجود دارد. این طبقه با توجه به داده‌های دو زیرطبقه "خدمات پیشگیرانه و درمانی جسمی در خصوص اختلال تصویر ذهنی از بدن به دلیل تغییرات ایجاد شده در پستان" و "خدمات پیشگیرانه و درمانی جسمی در خصوص اختلال تصویر ذهنی از بدن به دلیل تغییرات ایجاد شده در خارج از پستان" شکل گرفته است.

خدمات پیشگیرانه و درمانی جسمی در خصوص اختلال تصویر بدنی به دلیل تغییرات ایجاد شده در پستان

تصویر بدنی مخدوش یکی از مشکلات مبتلایان به سرطان پستان است که در روند ابتلا و درمان بیماری پیش می‌آید. عمده‌ترین تغییرات مربوط به تغییراتی است که در بافت پستان به عنوان یک عضو کاملاً زنانه ایجاد می‌شود؛ ولی تغییرات ایجاد شده در سایر قسمت‌های بدن مانند ریزش مو، تغییرات پوستی و لنف ادم در ناحیه بازوها هم به درجاتی تصویر ذهنی که فرد از بدن خود دارد را

مخدوش می‌نماید. برای پیشگیری و درمان آن مداخلاتی متناسب با دانش روز دنیا ارائه می‌شد که بیشتر جنبه جسمانی داشت. مهمترین مسئله حفظ شکل ظاهری پستان است. انجام "جراحی‌های حفظ پستان" به جای برداشتن کامل آن مهمترین اقدام در این خصوص است.

"استاندارد جراحی سرطان پستان در مرحله ۱ و ۲ جراحی حفظ پستان یا جراحی‌های حفظ پستان همراه با جراحی‌های اوتوپلاستیک است. الان من بالای ۹۰٪ مریضام رو حفظ پستان می‌کنم." (P15، جراح)

برای تعداد زیادی از بیماران هم جراحی حفظ پستان انجام شده بود.

"گفتند اول برات شیمی‌درمانی می‌ذاریم توده رو کوچیک می‌کنیم که نخواهیم کل سینه‌ات را برداریم." (P5، مددجو)

نتایج جراحی‌های حفظ پستان اغلب خوب بود و منجر به رضایت بیماران می‌شد.

"زیبایی عمل کردند اصلاً مشخص نیست." (P7، مددجو)

در بیمارانی که امکان "جراحی حفظ پستان" وجود نداشت؛ بازسازی هم‌زمان پستان پیشنهاد می‌شد.

"می‌شه پوستش رو نگه داشت و هم‌زمان براشون پروتز می‌ذاریم، یا بازسازی از بافت خود بیمار می‌کنیم." (P15، جراح)

در صورت عدم انجام جراحی حفظ یا بازسازی هم‌زمان پستان، امکان بازسازی با تاخیر برای بیماران وجود داشت. "می‌گیم تو برو درمان‌هایت را بکن بعداً روش‌های مختلف بازسازی وجود داره انجام می‌دهید." (P15، جراح)

در صورتی که هیچ‌یک از روش‌های فوق به کار برده نشده باشد، استفاده از ژل‌ها و شکل‌دهنده‌های ظاهری پستان راهکار دیگری است که در دسترس بیماران بود.

"دکترم پیشنهاد داد بیا برات پروتز بزارم ولی من نرفتم. از همین ژلای خارجی که توی سوتین می‌زارن گرفتم. خیلی هم راضی هستم." (P2، مددجو)

خدمات پیشگیرانه و درمانی جسمی در خصوص اختلال تصویر بدنی به دلیل تغییرات ایجاد شده در خارج از پستان

حشرات، سوختگی باشند. کارها و ورزشهای کششی انجام نشه. ولی می‌توانند ورزشهای سبک و کارهای سبک روزانه‌شون را با اون دست انجام بدن." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

در صورت بروز لنفادم، بیماران به متخصصان مربوطه (فیزیوتراپ یا لنف‌تراپیست) ارجاع داده می‌شدند.

ضعف در ارائه خدمات روانی اجتماعی

ابعاد روانی اجتماعی ارائه خدمات در زمینه اختلال تصویر ذهنی از بدن ضعیف بوده و متناسب با نیاز بیماران نیست. این طبقه با توجه به داده‌های دو زیرطبقه "غفلت از نیازهای بالقوه روانی" و "بی‌توجهی به ابعاد اجتماعی ارائه خدمات" شکل گرفته است.

غفلت از نیازهای روانی

مبتلایان سرطان پستان بعد از جراحی، شیمی‌درمانی و سایر درمان‌ها در زمینه تصویر ذهنی از بدن دچار مشکل می‌شوند. آنها برای تطابق با شرایط جدید نیاز به حمایت‌های روانی دارند که عموماً مورد غفلت قرار می‌گیرد. یکی از مددجویان که از ماستکتومی دوطرفه بسیار آزرده بود؛ گفت:

"برای روحیه بیمار روانشناس ندارند که کمک کنه آدم بتونه با این وضعیت کنار بیاد." (P3، مددجو)

عدم حضور دائمی متخصصین سلامت روان در سیستم ارائه خدمت مورد دیگری بود که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند.

"ما جای خالی یک روانپزشک یا روانشناس را در مجموعه احساس می‌کنیم. مثلاً من امروز مریضی داشتم که نمی‌خواست رادیوتراپی بشه. اون نیاز داره الان مشاوره بشه. نمی‌تونم بهش بگم برو پیش فلان دکتر یا صبر کن هفته آینده مشاور ما می‌آد." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

نکته بعدی اینکه اساساً خدمات روانشناسی جدی تلقی نمی‌شد و حتی در صورت حضور روانشناس ارجاع گسترده صورت نمی‌گرفت.

"ما همه روزه در مرکز نیستیم ولی اگر هم باشیم ارجاع نمی‌دهند. متأسفانه کارهای روانشناسی در اولویت نیست." (P17، روانشناس)

تغییرات پوست و مو بالاخص ریزش موها متعاقب شیمی‌درمانی یکی از دغدغه‌های بیماران است. مداخلات مرتبط عمدتاً شامل توصیه‌ها و آموزش‌های ساده بود.

"ما به بیمار می‌گیم تا اونجایی که امکان داره موهاشو کوتاه بکنه که این ریزش اذیتش نکنه. اونایی که موهای بلند دارند از موهای خودشان کلاگیس درست کنند و اون‌هایی که ندارند کلاگیس آماده بگیرند." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

در موارد محدودی، استفاده از کلاه یخ برای پیشگیری از ریزش مو در دوران شیمی‌درمانی پیشنهاد می‌شد.

"من به مریضام می‌گم اگه بشه کلاه یخ برات استفاده می‌شه. اگر هم نشد موها در می‌آد. این عوارض کوتاه مدت است و چاره‌ای نیست. کلاه یخ مناسب همه نیست." (P15، جراح)

تجویز دارو اقدام دیگری بود که برای تسریع رویش مو بعد از اتمام شیمی‌درمانی پیشنهاد می‌شد.

"دکترم گفت: یه قرص می‌دم موها در بیاد. فیناستراید دادند." (P5، مددجو)

اکثر بیماران با استفاده از شال و روسری و کلاه حجاب، سعی در مخفی نگه داشتن ریزش موها می‌کردند.

"وقتی مهمونی می‌رفتم کلاگیس می‌داشتیم. ولی تو خونه بیشتر همین هد (کلاه حجاب) را می‌زدم." (P8، مددجو)

خدمات ارایه شده در رابطه با تغییرات پوستی بیماران محدود و در حد توصیه‌های ساده بود.

"از چه روغن‌ها و صابون‌هایی استفاده بکنند که اون خشکی رو از بین ببره مثلاً گلیسیرین داشته باشه. از ضدآفتاب‌ها استفاده بکنند. از رنگ موهای گیاهی استفاده بکنند. می‌توانند به طور موضعی موهاشون رو تقویت بکنند." (P13، مسئول پیگیری بیماران)

وجود لنفادم علاوه بر محدودیت‌های جسمانی، باعث تصویر بدنی مخدوش می‌شود. توصیه‌های ساده یکی از اقدامات موثر در پیشگیری از لنفادم است که هم به صورت مکتوب و هم به طور شفاهی به بیماران ارائه می‌شد.

"ما بهشون می‌گیم چه کارهایی بکنند که دچار لنفادم نشوند. مثلاً بعد از عمل ورزشهای سبک بکنند. ورزشها را به صورت بروشور بهشون می‌دیم. توصیه می‌کنیم بار زیاد بلند نکنند، لباس تنگ نپوشند. از اون دستشون آزمایش خون و فشارخون نگیرند، مواظب بریدن، گزش

بی‌توجهی به ابعاد اجتماعی ارائه خدمات:

اگرچه امکان جراحی‌های بازسازی پستان برای پیشگیری و ترمیم تصویر بدنی مخدوش وجود دارد ولی بالا بودن هزینه‌ها و عدم پوشش بیمه‌ای، مانع از دریافت این خدمت ارزنده می‌شد.

"هزینه‌اش خیلی بالا در می‌آد. نزدیک ۲۰ میلیون، یک کارگزار کجا بیاریم." (P11، مددجو)

"خیلی از بیماران به خاطر هزینه‌ها نمی‌توانند این کار را انجام دهند. بیمه‌ها فعلاً پوشش نمی‌دهند." (P15، جراح)

میزان دسترسی به خدمات در همه جای کشور یکسان نیست.

"چون توی شهرمان (اندیمشک) کلاه یخ نیست من باید بیام تهران شیمی‌درمانی بشم." (P21، مددجو)

عدم دریافت حمایت‌های اجتماعی موضوع مهمی بود که در سیستم ارائه خدمات تقریباً به طور کامل نادیده گرفته می‌شد. یکی از شرکت‌کنندگان درباره تشدید لنفادم خود گفت:

"دخترم CP است. سنگینه. هی اونو بکشم/این وراون ور. توی این ۶ ماه پیش مادرم یا خواهرام بود. بعد آوردم خونه." (P21، مددجو)

"شرکتی که کار می‌کردم یه چند ساعتی مرخصی دادند. ولی واقعا من یک مشاوره درست حسابی توی شرکت نداشتم. خیلی جدی برخورد نکردند. بالاخره از من باید یک حمایتی می‌شد تا من راحت‌تر بتوانم اینها را ساپورت کنم." (P18، همسر بیمار)

بحث

این مطالعه به منظور پی بردن به نحوه ارائه خدمات سلامت جنسی به بقایافتگان سرطان پستان در شهر تهران با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. تهران پرجمعیت‌ترین شهر ایران با تنوع جمعیتی زیاد است و مراکز منتخب برای انجام پژوهش جز مراکز ریفرال بوده و بیماران از سراسر ایران به آنجا مراجعه می‌نمودند. لذا طیف گسترده‌ای از تجربیات مختلف در این خصوص جمع‌آوری شد. استفاده از تجربیات ارائه‌دهندگان خدمت با تخصص‌های مختلف و تجمع آن با اطلاعات دریافت-کنندگان خدمت استحکام و جامعیت اطلاعات را افزایش داد. به کارگیری تجارب مراکز خصوصی و دولتی باعث

پوشش وسیع‌تر دریافت‌کنندگان خدمت از نظر اقتصادی و اجتماعی گردید و طیف وسیع‌تری از خدمات ارائه شده در زمینه سلامت جنسی به بقایافتگان سرطان پستان را نشان داد. نتایج این مطالعه در زمینه ارائه خدمات سلامت جنسی منجر به استخراج ۲ درون‌مایه "انفعال در ارائه خدمات سلامت جنسی" و "جسمانی محور بودن ارائه خدمات در زمینه تصویر بدنی" شد.

این درون‌مایه‌ها به این معنی است که اولاً نحوه ارائه خدمت در زمینه سلامت جنسی منفعلانه بوده و جستجوی فعالانه برای یافتن مشکلات بالقوه جنسی صورت نمی‌گرفت. در صورتی که بیماران مشکلات خود در این خصوص را مطرح می‌نمودند؛ خدمات اندکی دریافت می‌کردند که عمدتاً بر مبنای تجویز لوپریکانت یا مرطوب-کننده برای رفع خشکی واژن و دیس‌پارونیا بود. مداخلات مشاوره‌ای و روانشناختی در این خصوص ضعیف، مقطعی و به بخش ناچیزی از افراد ارائه می‌شد. این مسئله برای ارائه‌دهندگان خدمت اولویت نداشته و آموزش‌های لازم در این زمینه دریافت نکرده بودند. ثانیاً، خدمات ارائه شده به منظور حفظ تصویر بدنی بر بعد جسمانی متمرکز بود و امکان مداخله مطابق با آخرین دانش و تکنولوژی روز دنیا توسط متخصصین ماهر، به صورت بالقوه فراهم بود. اما عدم توجه به ابعاد روانی اجتماعی ارائه خدمات، مانع از دریافت مناسب این خدمات می‌شد. نتایج این تحقیق در راستای مطالعات قبلی است که نشان دادند اکثر مبتلایان به سرطان اطلاعات و خدماتی در زمینه اثرات مخرب درمان‌های سرطان بر سکسوالیتی، دریافت نمی‌کنند (۱۸-۲۲). ملکی و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه کیفی در ایران طبقه‌ای به نام "نیازهای اطلاعاتی برآورده نشده" گزارش کردند. به این معنی که بقایافتگان سرطان پستان نیاز به دریافت اطلاعات در مورد مسائل جنسی و عوارض ناشی از آن دارند که به این نیاز آنها پاسخ داده نمی‌شود (۲۲). عبدالله‌زاده و همکاران (۲۰۱۴) نیازهای برآورده نشده بسیاری در زمینه مراقبت‌های حمایتی در کلیه حیطه‌ها از جمله جنسینگی در زنان بقایافته از سرطان پستان گزارش نمودند (۲۸). مطالعه رحمانیان (۱۳۹۱) در شیراز نشان داد متوسط زمانی که با مبتلایان انواع سرطان در زمینه سلامت جنسی مشاوره شده بود؛ حدوداً ۵ دقیقه بود (۲۳). مطالعه Albers و همکاران (۲۰۲۰) در مبتلایان سرطان پستان و شرکای جنسی آنها در هلند

لازم برای رسیدگی به مشکلات مرتبط با سلامت جنسی بودند. اگرچه بعضی از ارائه‌دهندگان خدمت مانند روان‌شناس خدماتی در این خصوص ارائه می‌دادند؛ ولی آنها هم حضور پایدار در مراکز نداشته و در صورت حضور هم ارجاع گسترده به آنها صورت نمی‌گرفت. این یافته‌ها با توجه به اینکه سرطان یک بیماری تهدیدکننده حیات است؛ کاملاً توجیه‌پذیر می‌باشد. زیرا حفظ حیات بیمار اولویت اول است. طولانی و سخت بودن دوره درمان و وجود دغدغه‌های دیگر مانند ترس از عود و هزینه‌های بالای درمان مزید بر علت شده، بیماران و درمانگران سلامت جنسی را در اولویت قرار نمی‌دهند.

درگایدلاین‌های معتبر دنیا توصیه شده یکی از اعضای تیم درمان بلافاصله بعد از تشخیص سرطان و همچنین به صورت دوره‌ای مکالمه‌ای را در زمینه سلامت جنسی، صمیمیت و ارتباطات با بیمار آغاز نماید. بهتر است این مکالمه شامل پارتنر هم باشد. به علاوه، تاریخچه دقیقی از بیماریها و داروهایی که ممکن است تداخلی با کارکرد جنسی داشته باشد؛ گرفته شود. در صورت لزوم مشاوره فردی، زوجی یا گروهی انجام شود و مداخلات روانی اجتماعی در این خصوص صورت گیرد. اگر بیمار از خشکی واژن و درد حین نزدیکی شاکی است؛ تجویز مرطوب‌کننده‌های روزانه و لوبریکانت قبل از نزدیکی پیشنهاد شود. بیمار می‌تواند از روغن‌ها و پماد ویتامین A یا D برای چرب کردن ژنیتال خارجی استفاده نماید. درمان‌های دیگر شامل فیزیوتراپی و ورزش‌های کف لگن، استفاده از دیلاتورها و درمان شناختی رفتاری است. در بیماران مبتلا به سرطان پستان که به این درمان‌ها پاسخ ندهند استروژن‌تراپی واژینال در شرایط خاص پیشنهاد شده، ولی عموماً استفاده از این ترکیبات حتی به طور موضعی منع شده است. نهایتاً اینکه بیمار برای بررسی‌های بیشتر به متخصص زنان، روانشناس و سلامت جنسی ارجاع داده شود (۱۷، ۲۹، ۳۰). برای بهبود میل جنسی اثربخشی بوپروپیون و بوسپیرون و در مورد فلیبانسیرین اثربخشی و خطرات آن نامشخص است. تجویز تستوسترون در تومورهای وابسته به هورمون safe نیست (۳۰). مطالعه ما نشان داد در موارد محدودی که بیماران به روانشناس یا سکس‌تراپیست ارجاع داده شوند؛ شرح حال کاملی از بیمار در زمینه سلامت جنسی گرفته می‌شد ولی این مسئله به طور روتین برای همه بیماران انجام نمی‌شد. لوبریکانت و

نشان داد اکثر بیماران (۸۰/۴٪) و شرکای جنسی آنها (۷۳/۷٪) هیچ اطلاعاتی در رابطه با جنسینگی دریافت نکردند. در این مطالعه، پرستاران ارجح‌ترین افراد برای ارائه اطلاعات در مورد جنسینگی بودند که توسط بروشورهای آموزشی یا وب سایت پشتیبانی می‌شدند (۱۸). در مطالعه ما مشارکت‌کنندگان به ارائه‌دهنده خدمت خاصی که مشخصاً اطلاعاتی راجع به سلامت جنسی در اختیار آنها قرار دهد؛ نکردند. اگرچه به ندرت بعضی از ارائه‌دهندگان خدمت مانند پزشک، پرستار یا ماما اطلاعاتی در این خصوص به آنها ارائه می‌دادند. بعلاوه در مراکزی که ما مطالعه انجام دادیم هیچ بروشور یا اطلاعات آن‌لاینی در زمینه سلامت جنسی به بیماران ارائه نمی‌شد. Dizon و Boswell (۲۰۱۵) یک مطالعه مروری درباره سلامت جنسی مبتلایان سرطان پستان انجام دادند. نتایج نشان داد؛ با وجود شیوع بالای مشکلات مرتبط با سلامت جنسی در این افراد، کمتر از نیمی از آنها به دنبال ارزیابی پزشکی از این نظر خواهند بود. این مسئله به عوامل مختلفی بستگی دارد. ممکن است بیماران تمایلی به بحث در مورد چنین موضوعات شخصی و احساسی نداشته باشند. متقابلاً درمانگرها هم ممکن است زمینه، دانش یا احساس راحتی برای شرکت در بحث‌های مربوط به سلامت جنسی را نداشته باشند. حداقل سه مانع برای بحث بیشتر و درمان سلامت جنسی پس از ابتلا به سرطان پستان وجود دارد. اولاً، مسائل مربوط به کارکرد جنسی که توسط بیماران مطرح می‌شود، نه تنها به عنوان یک موضوع پیچیده و شایع مورد تأیید ارائه‌دهندگان خدمت حوزه جسمی قرار نگرفته، بلکه محدود هم می‌شود. ثانیاً، بیماران مخصوصاً آنهایی که در مراکز خاص بیماران سرطانی مراقبت می‌شوند، اغلب مطمئن نیستند برای بحث درباره این مسائل به چه کسی مراجعه کنند. ثالثاً، دسترسی به خدمات در طول درمان اغلب به دلیل قطع ارتباط بین مراکز درمان سرطان و سایر مراکز مراقبت‌های پزشکی میسر نبود. در نتیجه، اختلال کارکرد جنسی اغلب یک شکایت پزشکی برآورده نشده است (۱۰). در مطالعه ما هم پرداختن به مسائل جنسی برای بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت اولویت نداشت. بیماران به دلیل ناآگاهی از مرجع ارائه‌دهنده خدمت در این خصوص، شرم و حیا و وجود مشکلات حیاتی‌تر این موضوعات را مطرح نمی‌کردند. ارائه‌دهندگان خدمت هم فاقد دانش

مرطوب‌کننده به عنوان درمانهای اولیه به وفور تجویز می‌شد. ورزش‌های کگل و نشستن در لگن آب ولرم برای بهبود خونرسانی ناحیه پرینه، ولو و واژن به بیماران پیشنهاد می‌شد. هیچ یک از مشارکت‌کنندگان به استفاده از دیلاتور و یا فیزیوتراپی کف لگن و سایر درمانها اشاره نکردند. بررسی میدانی هم شواهدی از استفاده روتین از این روشها را نشان نداد. مطلقاً فراورده هورمونی ولو موضعی یا گیاهی تجویز نمی‌شد. داروهایی مانند فلیبانسیرین و ترکیبات موضعی تستوسترون در حال حاضر در بازار ایران موجود نیست؛ ولی ترکیب موضعی به نام فموره که حاوی آرژنین است برای بهبود میل جنسی و ارگاسم تجویز می‌شد. برای بهبود روابط جنسی، ارتباطات و صمیمیت مداخلات مهارت‌محور به تعداد کمی از بیماران، ارائه می‌شد. برای بهبود میل جنسی فقط یکی از ارائه‌دهندگان خدمت به تجویز امگا ۳ و ویتامین اشاره کرده بود. به نظر می‌آید این توصیه یک نظر شخصی بوده و به طور روتین اجرا نمی‌شد. در گایدلاینهای موجود هم اشاره‌ای به تجویز این فراورده‌ها به منظور بهبود کارکرد جنسی نشده است (۱۷، ۲۹، ۳۰) در مطالعه‌ای پس از ۱۲ هفته استفاده از arginmax که یک مکمل غذایی حاوی عصاره L-arginin، جنسینگ، gincoko و domiana است؛ هیچ بهبودی در کارکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان حاصل نشد ولی کیفیت زندگی آنها به طور مشخص بهتر شد (۳۱). نهایتاً اینکه در فرایند ارائه خدمت، همسران در اغلب موارد نادیده گرفته می‌شدند.

در زمینه تصویر بدنی در گایدلاین‌های موجود دنیا توصیه شده اگر بیمار دغدغه‌ای در رابطه با بدن خود دارد لوازم اداپتیو مانند wigs، پروتز و نیپل‌های مصنوعی و در صورت امکان جراحی‌های بازسازی پستان پیشنهاد شود و مداخلات روانشناختی مد نظر قرار گیرد (۳۲، ۳۳). انجام اعمال جراحی بازسازی پستان می‌تواند اثرات مثبتی در پیشگیری از افسردگی، اختلال کارکرد جنسی و تصویر بدنی داشته باشد (۳۴). نتایج مطالعه نژادرحیم و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد وضعیت روانی بیمارانی که جراحی حفظ پستان شدند به‌طور معنی‌داری بهتر از بیمارانی است که ماستکتومی رادیکال شده‌اند (۳۵). نتایج مطالعه ما نشان داد در زمینه تصویر بدنی خدمات در بعد جسمی به‌طور مطلوب و در حد استانداردهای روز دنیا ارائه می‌شد؛ ولی بی‌توجهی به ابعاد روانی اجتماعی ارائه خدمات

منجر به عدم دریافت این خدمات در بخشی از بیماران می‌گشت. وسایل آدپتیو و تکنیک‌های پیشرفته مربوط به حفظ و بازسازی پستان در دسترس بود. جراحان بسیاری توانایی انجام جراحی‌های حفظ و بازسازی پستان را داشتند ولی انجام این جراحی‌ها گران بوده و بیمه‌ها این هزینه‌ها را پوشش چندانی نمی‌دادند. سیستم‌های حمایتی دیگری هم در این خصوص وجود ندارد. لذا تعدادی از بیماران علی‌رغم تمایل به بازسازی پستان توان مالی کافی برای این کار را ندارند. بعلاوه این پژوهش در شهر تهران که بزرگترین شهر و پایتخت ایران است انجام شده است. متخصصان رده بالا و مراکز فوق تخصصی در این شهر به وفور در دسترس است؛ ولی ممکن است در شهرهای کوچک و دور افتاده هنوز امکان جراحیهای حفظ و بازسازی پستان وجود نداشته باشد که در این پژوهش لحاظ نشده است. همچنین در مطالعه ما معلوم شد اگرچه انجام این جراحی‌ها باعث رضایت بیماران، حفظ هویت زنانه آنها حداقل به لحاظ ظاهری و بالاتر یودن روحیه آنها می‌شد؛ ولی آنها هم از مشکلات مرتبط با کارکرد جنسی شامل کاهش میل جنسی، خشکی واژن، درد هنگام نزدیکی و غیره شاکی بودند. به نظر می‌آید مشکلات مرتبط با سلامت جنسی علاوه بر تغییرات ظاهری، با درمان‌هایی مانند شیمی‌درمانی، مداخلات هورمونی و عوارض ناشی از آنها و همچنین وضعیت روحی بیماران مرتبط است که نیاز به مداخلات روانشناختی دارد ولی مداخلات روانشناختی در این خصوص کم‌رنگ و محدود بود.

درباره ریزش مو حین شیمی‌درمانی توصیه‌های ساده مانند استفاده از کلاگیس، شال و روسری مطرح شده است. برای پیشگیری از لنفادم توصیه‌های ساده مانند کنترل وزن و در صورت بروز لنف ادم ارجاع به متخصصین مربوطه مانند لنف‌تراپیست و فیزیوتراپ پیشنهاد شده است (۳۳). این اقدامات در مددجویان پژوهش حاضر به طور روتین اجرا می‌شد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد؛ اولاً، خدمات ارائه شده در زمینه سلامت جنسی به بقایافتگان سرطان پستان منفعلانه و محدود به شکایات بیان شده آنها است. ثانیاً، خدمات ارائه شده در زمینه تصویر ذهنی مخدوش از بدن

- Epidemiology and Histopathology of Breast Cancer in Iran versus Other Middle Eastern Countries. *MEJC*. 2018;9(3):243-51.
7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients for Survivorship Care for Cancer-Related Late and Long-Term Effects. 2020.
 8. Lopresti M, Rizack T, Dizon DS. Sexuality, fertility and pregnancy following breast cancer treatment. *Gland surgery*. 2018;7(4):404-10.
 9. World Health Organisation. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva. 2006.
 10. Boswell EN, Dizon DS. Breast cancer and sexual function. *Transl Androl Urol*. 2015;4(2):160-8.
 11. Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(1):66-74.
 12. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Monastyrska-Waszak E, Gastecka A, Goch A, et al. Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy - a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. *Contemporary oncology (Poznan, Poland)*. 2020;24(2):106-11.
 13. Harirchi I, Montazeri A, Zamani Bidokhti F, Mamishi N, Zendehdel K. Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *J Exp Clin Cancer Res*. 2012;31(1):20.
 14. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet (London, England)*. 2018;391(10140):2642-92.
 15. Streicher L, Simon JA. Sexual Function Post-Breast Cancer. *Cancer treatment and research*. 2018;173:167-89.
 16. Bober SL, Reese JB, Barbera L, Bradford A, Carpenter KM, Goldfarb S, et al. How to ask and what to do: a guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(1):44-54.
 17. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, Barton DL, Bolte S, Damast S, et al. Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer: American Society of Clinical

در بعد جسمانی مطلوب و مطابق با استانداردهای روز دنیا است ولی ضعف در ارائه خدمات روانی اجتماعی وجود دارد. ارائه خدمت با استفاده از یک رویکرد مولتی دیسپلینری، آموزش کارکنان در خصوص اثرات دیررس سرطان و توجه به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت جنسی می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی بقایافتگان سرطان پستان شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. International agency for research on cancer. Breast: Globocan 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf> Accessed 22 Jan 2021.
2. International agency for research on cancer. Islamic Republic of Source: Globocan 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/364-iran-islamic-republic-of-fact-sheets.pdf>. Accessed 22 Jan 2021.
3. Bab S, Abdifard E, Elyasianfar S, Mohammadi P, Heidari M. Time trend analysis of breast cancer in Iran and its six topographical regions: a population-based study. *Journal of medicine and life*. 2019;12(2):140-9.
4. Fazel A, Hasanpour-Heidari S, Salamat F, Rajaie S, Kazeminezhad V, Naeimi-Tabiei M, et al. Marked increase in breast cancer incidence in young women: A 10-year study from Northern Iran, 2004-2013. *Cancer epidemiology*. 2019;62:101573.
5. American Cancer Society. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2019–2021. 2019. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures-2019-2021.pdf>. Accessed 10 Sep 2020.
6. Nafissi N, Khayamzadeh M, Zeinali Z, Pazooki D, Hosseini M, Akbari ME.

27. Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
28. Turner J, Zapart S, Pedersen K, Rankin N, Luxford K, Fletcher J; National Breast Cancer Centre, Sydney, Australia; National Cancer Control Initiative, Melbourne, Australia. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. *Psychooncology*. 2005 Mar;14(3):159-73.
29. Barbera L, Zwaal C, Elterman D, McPherson K, Wolfman W, Katz A, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer. *Curr Oncol*. 2017;24(3):192-200.
30. National Comprehensive Cancer Network. (NCCN Guidelines®) Survivorship 2021.
31. Greven KM, Case LD, Nycum LR, Zekan PJ, Hurd DD, Balcueva EP, et al. Effect of ArginMax on sexual functioning and quality of life among female cancer survivors: results of the WFU CCOP Research Base Protocol 97106. *J Community Support Oncol*. 2015;13(3):87-94.
32. Paluch-Shimon S, Cardoso F, Partridge AH, Abulkhair O, Azim HA Jr, Bianchi-Micheli G, et al. ESO-ESMO 4th International Consensus Guidelines for Breast Cancer in Young Women (BCY4). *Ann Oncol*. 2020;31(6):674-96.
33. Day S, Bevers T, Palos G, Rodriguez M. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *Breast Diseases: A Year Book Quarterly*. 2016;4(27):327-9.
34. Archangelo SCV, Sabino Neto M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*. 2019;74:e883.
35. Nejad Rahim A, Faridhosseini F, Asadi M. Comparing the Psychological Effect of Breast Conserving Surgery with Modified Radical Mastectomy on Women Having Breast Cancer in Mashhad university of Medical sciences. *The Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2013;57(6):770-5. (persian)
- Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(5):492-511.
18. Albers LF, Van Ek GF, Krouwel EM, Oosterkamp-Borgelink CM, Liefers GJ, Den Ouden MEM, et al. Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients and Their Partners Want Information? *Journal of sex & marital therapy*. 2020;46(3):205-26.
19. Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, Abernethy AP, Lin L, Shelby RA, et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psychooncology*. 2012;21(6):594-601.
20. Wang Y, Chen L, Ruan JY, Cheung WY. Discussions about reproductive and sexual health among young adult survivors of cancer. *Cancer medicine*. 2016;5(6):1037-46.
21. Krouwel EM, Albers LF, Nicolai MPJ, Putter H, Osanto S, Pelger RCM, et al. Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice: Exploring Current Practice and Challenges. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*. 2020;35(6):1072-88.
22. Maleki M, Mardani A, Ghafourifard M, Vaismoradi M. Qualitative exploration of sexual life among breast cancer survivors at reproductive age. *BMC women's health*. 2021;21(1):56.
23. Abdollahzadeh F, Moradi N, Pakpour V, Rahmani A, Zamanzadeh V, Mohammadpoorasl A, et al. Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2014;15(9):3933-8.
24. Rahmanian F, 2013, investigation of factors affecting the quality of sexual life of women with cancer in Shiraz, the fourth national congress of women's cancers in Iran, Tehran. (persian)
25. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.