

شناخت عملکرد جنسی زنان پس از جراحی ماستکتومی - یک مطالعه کیفی

فهمیه خواجه امینیان: گروه پژوهشی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان، مرکز تحقیقات سرطان پستان، جهاددانشگاهی، ایران
 ماندانا ابراهیمی: گروه پژوهشی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان، مرکز تحقیقات سرطان پستان، جهاددانشگاهی، ایران
 محمد کمالی: دانشیار مرکز تحقیقات توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
 بهروز دولتشاهی: استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
 سیدجلال یونسی*: استادیار گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

چکیده

مقدمه: پستان به عنوان نماد زیبایی، مادری و جذابیت جنسی، اندامی است که از دست دادن یا بدشکلی در آن ممکن است منجر به تأثیرات نامطلوبی در زندگی جنسی فرد شود. هدف از مطالعه حاضر درک و شناخت عملکرد جنسی زنان ایرانی پس از جراحی ماستکتومی است.

روش بررسی: این مطالعه کیفی با استفاده از روش پدیدارشناسی به توصیف تجربیات جنسی زنان پس از جراحی ماستکتومی می‌پردازد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش، مبتلایان سرطان پستان هستند که تحت جراحی ماستکتومی قرار گرفته‌اند. افراد به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و با آنان مصاحبه عمیق فردی صورت گرفت. نمونه‌گیری بعد از ۱۱ مصاحبه با رسیدن به اشباع اطلاعات پایان یافت. اطلاعات مصاحبه به روش کلایزی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان $4/5 \pm 4/9$ و میانگین سنی همسران آنها $47/8 \pm 5/2$ بود و به طور میانگین از زمان جراحی تا اولین مصاحبه $2/8$ سال زمان سپری شده بود. ۴ مضمون اصلی به دست آمده از مطالعه حاضر عبارت است از: ۱- دردناک بودن رابطه جنسی ۲- از سرگیری رابطه جنسی ۳- افت کیفیت و کمیت رابطه جنسی ۴- ملاحظه کاری جنسی. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان‌دهنده تغییر در عملکرد جنسی زنان پس از جراحی ماستکتومی است. بدیهی است که شناخت هر چه بیشتر تجارب بازماندگان سرطان پستان به متخصصان بهداشت روانی، پزشکان، پرستاران و روان‌پرستاران در برآوردن نیازهای خاص این افراد یاری می‌رساند.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، ماستکتومی، عملکرد جنسی، مطالعه کیفی، روش کلایزی.

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان جهان است (۱) و دومین عامل مرگ در بین زنان بر اثر سرطان می‌باشد (۲). ایران یکی از کشورهایی است که میزان بروز سرطان پستان کمتری نسبت به بقیه کشورها دارد، افزایش میزان بروز آن در سال‌های اخیر، این بیماری را به عنوان رایج‌ترین بدخیمی در میان زنان ایرانی نشان داده است. بروز این بیماری در ایران حدود یک دهه قبل از کشورهای توسعه یافته است و بیش از ۳۰٪ بیماران زیر ۳۰ سال سن دارند (۳). روش‌های مختلفی به منظور درمان سرطان پستان به کار گرفته می‌شود که بر اساس درجه و سختی بیماری متفاوت است. روش‌های درمان سرطان پستان شامل جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی است (۴). به دلیل عدم غربالگری در ایران، معمولاً سرطان پستان در مراحل پیشرفته بیماری تشخیص داده می‌شود (۵). بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که ۸۱٪ از جراحی‌های انجام شده برای درمان سرطان پستان، ماستکتومی باشد (۶). پستان اندامی است که در بسیاری از فرهنگ‌های مختلف، زنان آن را به عنوان نماد زنانگی و سمبل جنسی بودن و جذابیت جنسی تلقی می‌کنند (۷). اهمیت پستان به عنوان نمادی از زنانگی و مقولات جنسی تا درجه و حد اشتغال ذهنی (۸) در فرهنگ معاصر آمریکا به طور گسترده و مستند تایید شده است (۹-۱۱). مکرراً استدلال شده که تحت چنین شرایط فرهنگی و اجتماعی، از دست دادن پستان یا بدشکلی پستان می‌تواند منجر به تغییرات منفی در تصویر تن و مفهوم خویش شود (۱۲-۱۴). از دست دادن پستان در نتیجه عمل جراحی ماستکتومی عوارض منفی در زنان بر جای می‌گذارد. مطالعات گوناگون تاکید می‌کند که از دست دادن پستان یکی از مهم‌ترین عوامل بهم خوردن تطابق و سازگاری زنان است. برداشتن پستان از طریق عمل جراحی به عنوان نابود شدن بخشی از بدن تلقی می‌شود که نماد جنسیت، زنانگی و ابعاد مادرانه است (۱۵). در مطالعات پیشین انجام شده در کشورهای گوناگون این مطلب بارها بیان شده است که زنان احساس می‌کنند عملکرد جنسی آنان تحت تاثیر ماستکتومی قرار گرفته است (۱۶-۲۲).

در این پژوهش به شناخت و درک تجربیات جنسی زنان پس از جراحی ماستکتومی با طراحی کیفی و به روش پدیدارشناسی توصیفی پرداخته شده است. پژوهش کیفی بر احساس و ادراک فرد از تجارب خویش در عرصه واقعی و جهانی که در آن زندگی می‌کنند، متمرکز است و پژوهشگر رویکرد کیفی به دنبال کشف رفتار، احساسات و تجارب افراد در بطن زندگی زندگی‌اشان است (۲۳). در رویکرد فنومنولوژیک نیز کانون توجه، تجربیات زندگی افراد است. زیرا این تجربیات زندگی هستند که معنای هر پدیده را برای فرد می‌سازند و به فرد می‌گویند که چه چیز در زندگی او و نزد وی حقیقی و واقعی است (۲۴). در این پژوهش زنان ماستکتومی شده به عنوان افراد مطلع در این زمینه در نظر گرفته شده‌اند. لذا پژوهشگر در این پژوهش به دنبال این سوال اساسی است که زنان ایرانی پس از جراحی ماستکتومی، تجارب جنسی آنان را چگونه توصیف می‌کنند؟

مطالعه کیفی حاضر بخشی از یک مطالعه بزرگتر تحت عنوان تجربه جنسی زنان پس از جراحی ماستکتومی است که در پژوهشکده سرطان پستان جهاد دانشگاهی انجام شده است در این مقاله سعی شده است زیر مضمون‌های مرتبط با عملکرد جنسی بیان شود. هدف از مطالعه حاضر درک و شناخت عملکرد جنسی زنان ایرانی پس از جراحی ماستکتومی است.

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر به منظور شناخت و توصیف تجربیات افراد بهبود یافته پس از جراحی ماستکتومی از رویکرد کیفی و روش فنومنولوژی یا پدیدارشناسی استفاده گردیده است. پژوهش کیفی رویکردی نظام‌دار و ذهنی است که به منظور توصیف تجارب زندگی و معنا بخشیدن به این تجارب به کار می‌رود و راهی برای کسب بینش و بصیرت از طریق اکتشاف معانی است که نوعی ارتقا ادراک ما از کل است. همچنین وسیله‌ای برای کاوش عمیق، غنی و ذاتا پیچیده پدیده‌ها محسوب می‌شود (۲۵).

در مورد استفاده از این روش در حیطه موضوعات مربوط به بهداشت و سلامت می‌توان گفت که تعدادی از پژوهشگران معتقدند که پژوهش کیفی می‌تواند به سوالاتی در زمینه زیستی-اجتماعی-روان‌شناختی پاسخ دهد. سوالاتی که نمی‌توان به روش کمی به آن پاسخ داد.

توسط یک پژوهشگر(اصلی) متاهل که در رشته تحصیلی مشاوره خانواده و در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بوده است، انجام شد.

روش تحلیل داده‌ها

یافته‌های این پژوهش به روش ۷ مرحله‌ای کلایزی انجام شد. در مرحله نخست، پژوهشگر بیانات شرکت‌کنندگان را بارها گوش کرد و مطالب مطرح شده را کلمه به کلمه پیاده نمود. در این مرحله به منظور به دست آوردن احساس مشترک با شرکت‌کننده مطالب پیاده شده با دقت مطالعه گردید. مرحله دوم: در این مرحله پژوهشگر اقدام به استخراج معانی و مفاهیم مهم نمود و بدین منظور پس از مطالعه متن مصاحبه، ابرازات مهم را مشخص نمود. مرحله سوم: در مرحله سوم معانی مهم فرموله شد. در این مرحله سعی شد برای هر یک از جملات معنادار استخراج شده، مفهومی مرتبط انتخاب شود. مرحله چهارم: «خوشه‌بندی معانی فرموله شده» پژوهشگر در این مرحله به دقت مفاهیم تدوین شده را مطالعه نمود تا بر اساس تشابه آنها را به دسته‌های موضوعی یا مفاهیم اصلی دسته‌بندی کند. مرحله پنجم: نتایج در قالب یک توصیف جامع از موضوع مورد پژوهش تلفیق گردید. پژوهشگر در این مرحله دسته‌های موضوعی مختلف که معنای مشابهی دارند را در دسته‌های موضوعی بزرگتری قرار می‌دهد تا به مفاهیم اصلی دست یابد. مرحله ششم: «توصیف ساختار ذاتی پدیده» در این مرحله توصیف جامع پدیده مورد مطالعه به صورت یک بیانیه صریح و روشن از ساختار اساسی پدیده مورد مطالعه ارایه گردید. مرحله هفتم: «اعتبار سنجی نهایی یافته‌ها» در این مرحله پژوهشگر می‌تواند با مراجعه مجدد به هر یک از شرکت‌کنندگان و انجام یک مصاحبه انفرادی و یا انجام جلسات متعدد مصاحبه، نظر شرکت‌کنندگان را در مورد یافته‌ها بپرسد و نسبت به اعتبارسنجی نهایی یافته‌ها اقدام نماید (۲۷). در این پژوهش به دلیل عدم امکان دسترسی مجدد به شرکت‌کنندگان از روش مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان استفاده نشده است. در مطالعه حاضر به منظور اعتبار سنجی اطلاعات و جلوگیری از سوگیری احتمالی از بررسی و مشاهده مداوم مصاحبه‌ها، تخصیص

در حوزه بهداشت عمومی و در سطح موضوعات و روابط اجتماعی و سیاسی به واسطه پیچیدگی‌شان، روش‌های کیفی بیش از روش‌های کمی نتیجه‌بخش هستند (۲۶). پژوهشگر به انتخاب زنانی که جراحی ماستکتومی انجام دادند، به عنوان مطلع‌ترین افراد در این زمینه پرداخت. نمونه پژوهش حاضر را زنانی که به دلیل سرطان پستان، تحت جراحی ماستکتومی قرار گرفته بودند و برای پیگیری به کلینیک بیماری‌های پستان پژوهشکده سرطان جهاد دانشگاهی مراجعه می‌کردند، تشکیل می‌دادند. اشباع اطلاعات پس از مصاحبه ۱۰ و ۱۱ صورت گرفت و نمونه‌گیری پایان یافت.

معیارهای انتخاب نمونه پژوهش

- افراد نمونه حداقل شش ماه از پایان درمان(بجز هورمون درمانی) گذشته باشد.
 - همه افراد درمان‌های مشابهی دریافت کرده باشند.
 - دارای اختلال روانپزشکی شدید نباشند.
 - افراد نمونه باید در بین سنین فعالیت جنسی باشند(بین ۵۵ تا ۲۰ سال).
 - توانایی توصیف تجربیات خود را داشته باشند.
 - تحت مشاوره گروه دیگری در مدت پژوهش، نباشند.
 - جراحی هیستریکتومی انجام نداده باشند.
- به منظور گردآوری اطلاعات از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده گردید بدین منظور با ۲ نفر از شرکت‌کنندگان که از توانایی کلامی مناسبی جهت توصیف تجربیات خود داشتند مصاحبه صورت گرفت و بر مبنای آن چاقوب مصاحبه تدوین گردید. در پژوهش حاضر پس از اخذ رضایت آگاهانه از بیماران، کلیه مصاحبه‌ها ضبط و در پایان هر روز توسط پژوهشگر شنیده شد و متن دقیق مصاحبه پیاده شده است. طول جلسات مصاحبه ۱ تا ۱/۵ ساعت بود و به صورت فردی برگزار شد. به منظور رعایت نکات اخلاقی قبل از شروع انجام مصاحبه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که از کد عددی به جای نام و نام خانوادگی استفاده خواهد شد. پژوهشگر به منظور احترام به حقوق شرکت‌کنندگان از آنها رضایت آگاهانه کتبی کسب کرد. جلسات مصاحبه در یکی از اتاق‌های خلوت و محلی که شرکت‌کنندگان احساس امنیت می‌نمودند، برگزار گردید همچنین تمام مصاحبه‌ها

زمان کافی و بررسی ناظرین و نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع با ۱۱ نفر مصاحبه به عمل آمد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان برابر با ۴۴/۵ با انحراف معیار ۴/۹ و میانگین سنی همسران برابر ۴۷/۸ با انحراف معیار ۵/۲ به دست آمد. به طور میانگین از زمان جراحی تا اولین مصاحبه ۲/۸ سال (دامنه: ۱-۷ سال) زمان سپری شده بود. یکی از بیماران ماستکتومی دو طرفه انجام داده بود و بقیه افراد ماستکتومی رادیکال اصلاح شده یک طرفه انجام داده بودند. مشخصات دموگرافیک و بالینی بیماران به تفصیل در جدول شماره ۱ آمده است. ۴ مضمون اصلی به دست آمده عبارتند از ۱- دردناک بودن رابطه جنسی ۲- از سرگیری رابطه جنسی ۳- افت کمیت و کیفیت رابطه جنسی ۴- ملاحظه کاری جنسی.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک (N=11)

سن	
میانگین (انحراف معیار)	۴۴/۵ ± ۴/۹
سن همسر	
میانگین (انحراف معیار)	۴۷/۸ ± ۵/۲
مدت زمان بعد از جراحی (سال)	
میانگین (دامنه)	۲/۸ (۱-۷)
تحصیلات بیمار (N%)	
دیپلم و زیر دیپلم	۷ (۶۳/۶)
بالای دیپلم	۴ (۳۶/۳)

کردند. از بین ۱۱ شرکت‌کننده، دو شرکت‌کننده به منظور برطرف کردن این مشکل از ژل لوبریکانت و پوزیشن‌های مختلف به منظور کاهش درد رابطه جنسی استفاده می‌کردند. خشکی واژن و واژن اسپاسم از دلایل دردناک بودن رابطه جنسی در این زنان بود. یکی از شرکت‌کنندگان درباره دردناک بودن تجربه جنسی خود چنین می‌گوید:

«الان شدیداً درد دارم. ترشحات اصلاً ندارم... احساس می‌کنم یک چاقویی داره توی بدنم می‌چرخه... بدنم کرخت میشه... انقدر درد دارم که مجبورم خودم را سفت بگیرم - بیمار ۱».

یکی از شرکت‌کنندگان درباره مشغولیت ذهنی خود این- چنین می‌گوید «ناخودآگاه ذهن آدم به این سمت میره که آی دستش نخوره، مثلاً روی این دستم نیام، نیافتم رو این دستم، بهویی بدش نیاد از این قضیه که یک سینه ندارم - بیمار ۶».

۲- از سرگیری رابطه جنسی:

از سرگیری رابطه جنسی پس از تغییرات جسمی و روانی که پس از جراحی و درمان برای فرد مبتلا به وجود می‌آید. با درنگ و تعلل از سوی بیمار و همسر وی همراه خواهد بود. از میان ۱۱ شرکت‌کننده دو شرکت‌کننده رابطه جنسی بدون وقفه‌ای را تجربه کردند و از سرگیری رابطه جنسی برای بقیه بیماران از ۱ تا ۷ ماه بعد از جراحی متغیر بود.

۳- افت کیفیت و کمیت روابط جنسی:

کاهش کمیت و کیفیت رابطه جنسی از جمله مواردی است که بیماران از آن به عنوان یکی از تغییرات بعد از درمان یاد کردند. از بین ۱۱ شرکت‌کننده یک بیمار تغییر در کمیت و کیفیت رابطه جنسی را فقط در ماه‌های نخست بعد از جراحی تجربه کرده است.

«اوایل تاثیر خودش را می‌ذاره ولی الان دیگه نه... الان می‌تونم بگم که تقریباً مثل قبل از بیماری‌ام شده، فرقی نکرده - بیمار ۷».

درحالی‌که بقیه شرکت‌کنندگان، تجربه این تغییر را به طورت دائمی داشتند. در ادامه تجربه یکی از شرکت‌کنندگان در خصوص کاهش کیفیت رابطه جنسی آورده شده است:

۱- دردناک بودن رابطه جنسی:

همه شرکت‌کنندگان از دردناک بودن رابطه جنسی به عنوان یکی از تجربیات بعد از جراحی یاد کرده‌اند. ۵ بیمار این تجربه را فقط در دوران شیمی‌درمانی داشته‌اند و بقیه بیماران از آن به عنوان تجربه‌ای که همچنان دارند، اشاره

«تو کیفیتش... خوب ناخودآگاه به خاطر اینکه طرف مقابل با چیزی مواجه میشه که غیرمتعارفه و زیبایی لازم رو نداره و ناخودآگاه آدم یک سری حرکاتی که قبلاً انجام می‌داده دیگه انجام نمیده... یک سری چیزها مثلاً من دستم درد می‌کنه مثلاً دستم ورم کرده، دیگه الان رو پهلو راست نمی‌تونم تکیه بدم یا اینکه قبلاً می‌تونستم رو دو تا دستم تکیه بدم ولی الان نمی‌تونم این کار را انجام بدم. ناخودآگاه یک سری مسایل خنثی میشه. کم میشه. بیمار».

۴- ملاحظه کاری‌های جنسی:

ملاحظه کاری تجربه است که تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. در ملاحظه کاری فرد ملاحظه‌گر، نیازهای طرف مقابل را در اولویت بالاتری از نیازهای خود می‌بیند. در ادامه به برخی از کدهای مربوط اشاره شده است:

«من خودم پیش قدم می‌شدم چون می‌گفتم که اون داره رعایت می‌کنه و گناه داره و من تمایل نشون می‌دادم- بیمار ۴».

«مثلاً روزای اول که عمل کرده بودم شوهرم خیلی نمی‌آمد سمتم بعد که یکی دوبار که باهاش شوخی کردم و با هم حرف زدیم، همسر من می‌ترسم بیام سمتت چون می‌دونم تو درد داری ... ولی من گفتم که من هیچ مشکلی ندارم- بیمار ۶».

«به این فکر کردم که اگر نتونم به همسر لذت بدم شاید همسر من بالاخره مرده دیگه خروسه خروس خاصیتش همینه. این نباشه می‌پره رو اون... اون نباشه، می‌پره رو اون یکی... مرد اینطوره... گربه صفت. آدم باید تا جایی که میشه مرد را تامین کنه که توی خونه پابند باشه- بیمار ۵».

بحث

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تجربیاتی را در زمینه تغییر در «عملکرد جنسی» داشتند. از جمله تغییرات ایجاد شده متعاقب جراحی ماستکتومی می‌توان به دردناک بودن رابطه جنسی، تأخیر در از سرگیری رابطه جنسی، کاهش کمیت و کیفیت رابطه جنسی و ملاحظه کاری‌های جنسی اشاره کرد.

خشکی واژن و واژن اسپاسم از دلایل دردناک بودن رابطه جنسی در این زنان است. واژن اسپاسم و خشکی واژن،

خود می‌تواند به دلیل تأثیرات داروهای شیمی‌درمانی و عدم تحریک‌پذیری این افراد در رابطه جنسی باشد از سویی دیگر عدم تحریک‌پذیری باعث ترشح نشدن مایع لزج واژن و به دنبال آن دردناک بودن رابطه می‌شود همچنین در این زنان ممکن است اشتغال ذهنی مداوم در مورد نقص ایجاد شده باعث تحریک‌پذیری پایین یا حتی عدم تحریک‌پذیری شود. فریدریکسون و روبرت به این نکته اشاره می‌کنند که وقتی افراد به خاطر ظاهرشان دچار حواس پرتی می‌شوند، آنها نمی‌توانند روی لذت جنسی خود تمرکز کنند و این عامل بر عملکرد جنسی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (۲۸). در همین راستا پژوهش هولزرن و همکاران نشان داد، بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای اختلال عملکرد جنسی بودند (۲۹). نتایج مطالعه هانون و همکاران (۲۰۰۵) و اونن و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که ماستکتومی و شیمی‌درمانی سبب تغییر منفی در تصویر ذهنی، کاهش عزت نفس و حس زنانگی و اختلالات جنسی خصوصاً در زنان جوان می‌شود (۳۰ و ۳۱). همچنین سرطان پستان و درمان‌های معمول آن سبب ایجاد اختلال در عملکرد جنسی می‌شود. این دسته از بیماران به یائسگی زودرس مبتلا می‌گردند که در نتیجه کاهش استروژن سبب آتروفی واژن و کاهش آندورژن سبب کاهش میل جنسی و تحریک می‌شود (۳۲). در همین راستا می‌توان به پژوهش وانگ و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد که بیان‌کننده مضامین کاهش فراوانی رابطه جنسی، عدم تمایل جنسی، علائم یائسگی، تغییر در تصویر تن، تأثیر بر روابط زناشویی و تصورات و برداشت‌های غلط در مورد روابط جنسی است (۳۳). در پژوهشی دیگر که توسط تاکاهاشی و همکاران در سال ۲۰۰۵ انجام شد به این نتیجه دست یافتند که زنان پس از درمان سرطان پستان در از سرگیری رابطه جنسی، دچار تأخیر می‌گردند و پس از شروع رابطه جنسی با همسرشان، کاهش برانگیختگی جنسی و فراوانی جنسی را تجربه می‌کنند. شایان ذکر است که در پژوهش تاکاهاشی و همکاران از سرگیری رابطه جنسی متأثر از بهبودی روانی و جسمانی زن، اهمیت رابطه جنسی برای زوجین و ترس از واکنش منفی همسر است (۳۴) درحالی‌که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تأخیر و درنگ در از سرگیری رابطه جنسی به دو صورت بروز پیدا می‌کند: تأخیر و درنگ از سوی شرکت‌کنندگان یا از سوی همسران

آنها صورت می‌گیرد و براساس مصاحبه‌های انجام شده به نظر می‌رسد که دلایل این وقفه، مواردی از قبیل: ۱- احساس بیمار درباره بدن خویش و فاقد زیبایی لازم پنداشتن خویش به عنوان یک شریک جنسی. ۲- تلقی کردن رابطه جنسی به عنوان عامل تهدیدکننده سلامتی از سوی بیمار و همسرش. ۳- نداشتن انگیزه و تمایل لازم برای برقراری رابطه جنسی به دلیل خستگی و ضعف جسمانی. وانگ و همکاران (۲۰۱۳) نیز به این نتیجه رسیدند که بیماران به وسیله افراد مسن‌تر از رابطه جنسی بر حذر داشته می‌شوند و این مساله مخصوصاً در فرهنگ روستایی چین به شدت توسط افراد غیرحرفه‌ای توصیه می‌شود (۳۳).

کاهش کمیت و کیفیت رابطه جنسی از مواردی است که زنان در تجارب خود به آن اشاره داشته‌اند و از دلایلی که شرکت‌کنندگان مطرح نموده‌اند می‌توان به نگرانی درحین رابطه جنسی و تلاش برای دیده نشدن قسمت جراحی شده، فاقد زیبایی لازم پنداشتن بدن خود بعد از جراحی و محدودیت در استفاده از دست‌ها به علت لِف ادم یا جلوگیری از لِف ادم اشاره کرد. وانگ و همکاران به شیوع بالای بدکارکردی جنسی در میان زنان مبتلا به سرطان پستان اشاره می‌کند. در پژوهش وی نزدیک به نیمی از زنان گزارش کردند که از مقاربت جنسی امتناع می‌ورزند و تنها یک یا دو بار در سال رابطه جنسی دارند همچنین ۹۰٪ از شرکت‌کننده در پژوهش وی کاهش معناداری را در فعالیت‌های جنسی آنها گزارش کردند (۳۳). این درحالی است که به نظر می‌رسد با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان ایرانی کاهش فراوانی کمتری و از سرگیری زودتری را در روابط جنسی در مقایسه با شرکت‌کنندگان در پژوهش وانگ و تاکاهاشی تجربه نمودند که این تفاوت ممکن است به دلایل فرهنگی به وجود آمده باشد. ملاحظه کاری جنسی از دیگر تجاربی است که شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشته‌اند در ملاحظه کاری جنسی، فرد نیازهای طرف مقابل را در اولویت بالاتری از نیازهای خود می‌بیند. در این پژوهش، ملاحظه کاری از سوی شرکت‌کنندگان یا همسرانشان صورت می‌گیرد و برای هر کدام می‌توان دلایل احتمالی را ذکر کرد. ملاحظه کاری صورت گرفته از سوی همسر بیمار به دلایلی چون ضعف جسمانی بیمار و تلقی رابطه جنسی به عنوان عامل تهدیدکننده سلامتی صورت می‌گیرد و این

در حالی است که ملاحظه کاری صورت گرفته از جانب بیمار به دو دلیل عمده نگرانی از روابط خارج از زناشویی همسر و احترام گذاشتن به نیازهای وی صورت می‌گیرد. در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان بارها ابراز داشته‌اند که از رابطه جنسی لذت نمی‌برند و تنها به دلایل مطرح شده به رابطه جنسی تن می‌دهند همچنین این مطلب بارها از سوی شرکت‌کنندگان مطرح شده است که همسرانشان نیز از بخشی از نیازهای جنسی خود چشم‌پوشی می‌کنند. در همین راستا می‌توان به پژوهش جاسم و همکاران (۲۰۱۴)، اشاره کرد که برخی زنان ابراز کردند که با وجود تمایل جنسی پایین، خود را موظف به تامین نیازهای جنسی همسرشان می‌دانند و سعی دارند در هر شرایطی پاسخگوی نیازهای جنسی همسرشان باشد. همچنین در این پژوهش زنان بیان کردند که به دلیل نگرانی از ازدواج مجدد همسرشان سعی در برآوردن نیازهای جنسی وی دارند (۳۵). یوسف و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهش خود به این نکته اشاره کردند که به دلیل از دست دادن پستان به عنوان نمادی از زنانگی و تغییراتی که متعاقب جراحی در بدنشان ایجاد می‌شود، خود را ناقص و غیرجذاب می‌دانند و از اینکه همسرشان به دلیل تغییرات به وجود آمده از آنها کناره‌گیری کند، نگران می‌شوند (۳۶). پژوهشی که کاگوا و همکاران (۲۰۰۳) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که زنان آسیایی بیشتر نگران نظام خانواده هستند و این در حالی است که زنان اروپایی- آمریکایی بیشتر نگران صمیمت جنسی با همسرشان هستند. همچنین به این نکته اشاره کردند که مردان درخواست روابط جنسی پس از تشخیص سرطان پستان همسرشان، را نوعی بی‌ملاحظگی قلمداد می‌کنند (۳۷). می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که زنان ایرانی روابط جنسی و صمیمانه را یکی از عوامل حفظ بنیان خانواده در نظر می‌گیرند و به این دلیل سعی دارند تا نیازهای همسر خود را برآورده سازند.

نگاهی اجمالی به یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های دیگر در این زمینه نشان می‌دهد که تجارب این گروه از زنان از یک سو متأثر از تأثیرات جانبی درمان‌هایی مانند شیمی‌درمانی و هورمون درمانی است و از سویی دیگر نیز تحت تأثیر اثرات روانی از دست دادن پستان می‌باشد. لازم به ذکر است که آمیختگی این دو عامل با یکدیگر نقش بسزایی را تغییر عملکرد جنسی فرد بازی می‌کند. می‌توان

می‌انگیزد تا اینکه همسر تماس را با وی متوقف می‌سازد. در این مرحله زن نیز احساس پس زده شدن را تجربه می‌کند و یک سیکل معیوب بر مبنای عدم رابطه صحیح و سوتفام ایجاد می‌شود (۳۸).

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تغییر در عملکرد جنسی زنان ایرانی پس از جراحی ماستکتومی است. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند زیربنای انجام مطالعات مداخله‌ای لازم برای هر یک از موارد مطرح شده باشد. بدیهی است که متخصصین بهداشت روانی با شناخت هر چه بیشتر و بهتر مسایل و نیازهای خاص این افراد، می‌توانند به طراحی مداخلات سودمند در جهت بهبود وضعیت روانی بهبودیافتگان و همسرانشان بپردازند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش در پژوهشکده سرطان پستان انجام شده است. بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، بویژه پرسنل محترم کلینیک بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی، تشکر و قدردانی می‌شود.

این گونه نتیجه‌گیری کرد که عوامل بیولوژیکی و روانی صرف‌نظر از نقشی که در کاهش و تحلیل رفتن تمایل جنسی به صورت مستقل دارند، نوعی پیوستگی و ارتباط متقابل نیز با یکدیگر دارند که عملکرد جنسی فرد را حتی در مواردی که عوامل بیولوژیکی قابل اصلاح است، دستخوش تغییراتی پایدار می‌نمایند. به طور مثال زنان به دلیل یائسگی درمان زاد دچار آتروفی واژن می‌شوند که پیامدهای از قبیل خشکی واژن، مقاربت دردناک و واژن اسپاسم را در پی دارد. طبیعی است که موارد گفته شده تجربه رابطه جنسی را پس از درمان دشوار و ناگوار می‌نماید. از سویی دیگر از دست دادن پستان و احساساتی نظیر کمبود، نقص و کاهش زنانگی، کاهش جذابیت بدنی به دلیل از دست دادن عضوی ارزشمند و معنادار به لحاظ زیستی- روانی و اجتماعی، فرد را رفته رفته در حلقه معیوبی درگیر می‌نماید و تجارب بعدی را نیز تحت شعاع قرار می‌دهد و به مرور عملکرد جنسی فرد دچار اختلال می‌شود. در این صورت فرد ممکن است به دو شیوه احتمالی به موقعیت‌های جدید پاسخ دهد: ۱- کناره‌گیری از رابطه جنسی. ۲- پذیرفتن رابطه جنسی با تغییرات نامطلوب ایجاد شده.

در همین راستا، شونبرگ (۱۹۷۹)، معتقد است که بیماران پس از ماستکتومی، خود را به عنوان فردی شکست خورده و طرد شده قلمداد می‌کنند و از برقراری رابطه جنسی با همسرشان کناره‌گیری می‌کنند. چنین رفتاری احساس پس زده شدن را در همسر فرد بر

References

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 127(12): 2893-917.
2. Downs-Holmes C, Silverman P. Breast cancer: overview & updates. *The Nurse Practitioner* 2011; 36(12): 6-20.
3. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *The breast journal* 2007; 13(4):383-91
4. Lynn AR, Glockler L, Eisner M. Cancer of the female breast. *SEER Survival Monograph* National Cancer Institute. 2005;10-101.
5. Brunicardi FC. *Schwartz's principles of surgery*: McGraw-Hill, Health Pub. Division 2005.
6. 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.
7. Kissane D, White K, Cooper K, Vitetta L. Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer: The National Breast Cancer Centre 2004.

8. Latteier C. Breasts: the women's perspective on an American obsession: Psychology Press 1998.
9. Maldonado R. Mastectomy and sexual identity: the reconstruction of self-image. Trends in health care, law & ethics 1995; 10(3):45.
10. Altman R, Honig S. Waking up, fighting back: The politics of breast cancer: Little, Brown Boston, MA 1996.
11. Kasper AS. The social construction of breast loss and reconstruction. Women's health (Hillsdale, NJ) 1994; 1(3):197-219.
12. Schover LR. Sexuality and fertility after cancer. Hematology/ the Education Program of the American Society of Hematology American Society of Hematology Education Program 2005; 523-7.
13. Spencer KW. Significance of the breast to the individual and society. Plastic surgical nursing: official journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses 1995; 16(3):131-2.
14. Renshaw DC. Beacons, breasts, symbols, sex and cancer. Theoretical medicine 1994; 15(4):349-60.
15. Kunkel EJ, Chen EI, Okunlola TB. Psychosocial concerns of women with breast cancer. Primary Care Update for ob/gyns 2002; 9(4):129-34.
16. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. Psycho-Oncology 2004; 13(5):295-308.
17. Ferreira MdLdS, Mamede MV. Body representation in the relation with the self after mastectomy. Revista latino-americana de enfermagem 2003; 11(3): 299-304.
18. Huber C, Ramnarace T, McCaffrey R, editors. Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. Oncology nursing forum; 2006: Onc Nurs Society.
19. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Quality of life and sexuality of women treated for breast cancer. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2009; 31(2):61-7.
20. Noyan MA, Sertoz OO, Elbi H, Kayar R, Yilmaz R. Variables affecting patient satisfaction in breast surgery: A cross-sectional sample of Turkish women with breast cancer. The International Journal of Psychiatry in Medicine 2006; 36(3):299-313.
21. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. Journal of the National Cancer Institute 2000; 92(17):1422-9.
22. Wilmoth MC, Coleman EA, Smith SC, Davis C, editors. Fatigue, weight gain, and altered sexuality in patients with breast cancer: exploration of a symptom cluster. Oncology nursing forum; 2004: Onc Nurs Society.
23. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare: John Wiley & Sons 2013.
24. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins 2011.
25. Cozad J. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. Elsevier 1989.
26. Poses RM, Isen AM. Qualitative research in medicine and health care. Journal of general internal medicine 1998; 13(1):32-8.
27. Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it, Valle R, King M, Existential- phenomenological alternatives for psychology, 1978. Oxford University Press, New York.
28. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification theory. Psychol Women Q 1997; 21(2):173-206.
29. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Rd Schweigkofler H, Du Nser M, et al. Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for long-term survivors? Psychosomatics 2001; 42(2): 117-23.

30. Hannoun-Levi J. Treatment of breast and uterus cancer: physiological and psychological impact on sexual function. *Cancer radiotherapie: journal de la Societe francaise de radiotherapie oncologique* 2005; 9(3):175-82.
31. Onen Serto O, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkac M. Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study. *Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry* 2004; 15(4): 264-75.
32. Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; (16):177-82.
33. Wang F, Chen F, Huo X, Xu R, Wu L, Wang J, et al. A neglected issue on sexual well-being following breast cancer diagnosis and treatment among Chinese women. *PLoS One* 2013; 8(9):e74473.
34. Takahashi M, Kai I. Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors. *Soc Sci Med* 2005; 61(6):1278-90.
35. Jassim GA, Whitford DL. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine* 2014; 107:189-95.
36. Yusuf A, Ab Hadi IS, Mahamood Z, Ahmad Z, Keng SL. Understanding the breast cancer experience: a qualitative study of Malaysian women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013; 14(6):3689-98.
37. Kagawa-Singer M, Wellisch DK. Breast cancer patients' perceptions of their husbands' support in a cross- cultural context. *Psycho-Oncology*. 2003;12(1):24-37.
38. Schoenberg B. Sex after mastectomy: counselling husband and wife. *Med Aspects Hum Sex* February 1979; 88-100.