

تجربه زنان از چالش‌های ابتلا به سرطان دستگاه ژنیتال: یک مطالعه کیفی

سمانه علی‌نژاد مفرد^۱ (Ph.D Student)، احمد نصیری^{۱*} (Ph.D)، غلامحسین محمودی‌راد^۱ (Ph.D)، فاطمه همایی شاندریز^۲ (M.D)

۱- دپارتمان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۲- گروه رادیوتراپی و آنکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۶

نویسنده مسئول، تلفن: ۰۵۶-۲۲۲۹۵۰۰۰ nasiri2006@bums.ac.ir

چکیده

هدف: سرطان ژنیتال، برای بسیاری از زنان، واقعه‌ای تاسف‌بار تلقی می‌شود. به علت محدودیت‌های فرهنگی و اجتماعی موجود، اطلاعات اندکی درباره مشکلات این زنان وجود دارد. از آن‌جا که مطالعات کیفی به بررسی عمیق تجربیات افراد می‌پردازد، لذا این مطالعه با هدف تبیین تجربه زنان از چالش‌های ابتلا به سرطان دستگاه ژنیتال، صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند بر روی ۱۶ زن مبتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال که به سه مرکز درمانی واقع در شهر مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. داده‌ها با روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تایید دقت و صحت داده‌ها از معیارهای گابا و لینکلن استفاده شد.

یافته‌ها: دامنه سنی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه ۶۲-۳۵ سال بود. با تحلیل داده‌ها سه طبقه (۱) دغدغه از دست دادن جایگاه خود در زندگی مشترک (اجبار به قطع دفعی ارتباطات جنسی، افزایش بار زندگی بر دوش همسر و کاهش عطر و بوی حضور بیمار در زندگی) (۲) رخنه بیماری در ارتباطات زناشویی (زوال صمیمیت زناشویی، تجارب ناخوشایند حین ارتباطات جنسی و بروز سردمزاجی جنسی تدریجی) و (۳) نگرانی از احتمال طلاق و جدایی (از چشم شوهر افتادن و کشمکش‌های زناشویی)، به دست آمد.

نتیجه‌گیری: زنان مبتلا به سرطان دستگاه ژنیتال با چالش‌های بسیاری روبرو هستند. آگاه‌سازی پرستاران و پزشکان در این باره، درک آنان از مشکلات این زنان در ارتباط با بیماریشان را افزایش می‌دهد. همچنین، برگزاری کلاس‌های آموزشی و جلسات مشاوره در کنار درمان طبی برای بیماران، می‌تواند نقش بسیار موثری در ارتقای سلامت این زنان در ابعاد مختلف داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: سرطان ژنیتال، زنان، مطالعه کیفی

مقدمه

متفاوت است اما همگی آنان نقش‌های برجسته‌ای مانند همسری، مادری، تربیتی، اقتصادی، روانی و اجتماعی را در خانواده ایفا می‌نمایند و در یرتوی ایفای صحیح و به جای این نقش‌ها است که جامعه به سمت رشد و تعالی حرکت خواهد کرد [۷]. بروز بیماری‌های پیچیده‌ای مانند سرطان، ابعاد روان‌شناختی، هیجانی و جسمی زنان را به صورت منفی تحت تاثیر قرار داده و نقش‌های آنان در خانواده را نیز متاثر می‌نماید [۸،۹]. از دیگر سو، مشخص شده است که احتمال طلاق و جدایی هنگام ابتلای زنان به سرطان در مقایسه با مردان بیش‌تر است [۱۰]. در این رابطه، نتایج مطالعه‌ای در سوئد نشان داد، زنان مبتلا به سرطان در خطر بیش‌تری برای مواجهه با پدیده‌ی طلاق می‌باشند، در حالی که این احتمال برای مردان با تشخیص سرطان، بسیار کم‌تر است [۱۱]. در واقع زنان، بار بیش‌تری از زندگی مشترک، مانند مراقبت از فرزندان و انجام امورات روزانه منزل را بر دوش می‌کشند که اختلال در انجام این وظایف،

سرطان‌های دستگاه ژنیتال، چهارمین بدخیمی زنان در سراسر جهان است [۱]. بر اساس آمار انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۱۹، صد هزار مورد جدید از این بیماری در سراسر جهان گزارش شده است [۲]. ۸۰٪ از موارد بروز جدید این نوع سرطان، در زنان کشورهای در حال توسعه‌ای مانند ایران، که بیش از ۹۵٪ آنان هرگز تست پاپ‌اسمیر را انجام نداده‌اند، گزارش شده است [۳،۴]. به طوری که، آمار موارد جدید بروز این بیماری در زنان ایرانی در سال ۲۰۱۸، ۱۰/۲ مورد در هر ده هزار نفر بوده است [۲]. ابتلای زنان به سرطان‌های دستگاه ژنیتال، علاوه بر ایجاد مشکلات اجتماعی و اقتصادی، بیش‌ترین آسیب روحی و جسمی را به آنان تحمیل می‌نماید [۵،۶]. این موضوع در جوامعی مانند ایران، که زن رکن و اساس خانواده و جامعه است، اهمیت بیش‌تری پیدا می‌کند، زیرا هر چند که جایگاه زنان در قومیت‌ها و زیر فرهنگ‌های مختلف در ایران

مهم این گونه تجارب را توضیح و تبیین نمایند [۳۱]. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه زنان از چالش‌های ابتلا به سرطان دستگاه ژنیتال، طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کیفی و با رویکرد تحلیل محتوا و قسمتی از رساله دکترای پرستاری مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به شماره (IR.BUMS.REC.1397.363) می‌باشد. به این دلیل که در بررسی تجارب زنان از چالش‌های ابتلا به سرطان دستگاه ژنیتال، لازم است به بررسی عمیق روابط بین فردی آنان با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی خاص خودشان پرداخته شود، از رویکرد تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. نمونه‌گیری هدفمند بر روی ۱۶ زن مبتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال از مراکز مختلف مراجعه این بیماران در مشهد (بخش برایی در مرکز رادیوتراپی - انکولوژی امام رضا (ع)، کلینیک زنان بیمارستان قائم (عج) و همچنین بخش‌های بستری و سرپایی بیمارستان امید) جهت دستیابی به حداکثر تنوع مشارکت‌کنندگان صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: (۱) زنانی که شش ماه از ابتلای آنان به سرطان ژنیتال گذشته باشد (۲) با همسرشان زیر یک سقف زندگی کنند (۳) بر اساس پرونده پزشکی و نظر پزشک انکولوژیست، متاستاز تشخیص داده شده نداشته باشند (۴) توانایی شرکت در مصاحبه حضوری و صحبت کردن به فارسی روان را داشته باشند. معیار خروج نیز، عدم تمایل به ادامه مصاحبه بود. ملاحظات اخلاقی شامل اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بررسی و تایید مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اخذ رضایت شفاهی و کتبی از بیماران و اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان برای محرمانه باقی ماندن اطلاعات آنان، کسب اجازه از بیماران برای ضبط صدای آنان، انجام مصاحبه‌های فردی در مکانی که مشارکت‌کنندگان احساس راحتی و امنیت بیشتری در بیان تجارب خود داشته باشند و تخصیص کدهای مجزا به هر بیمار به جای ذکر نام آنان بود. اولین مشارکت‌کننده بدین صورت انتخاب شد که پس از تعیین معیارهای ورود و خروج توسط محقق، وی به بیمارستان امید که محل مراجعه اولیه اکثر بیماران با تشخیص سرطان در مشهد است مراجعه کرد، سپس بر اساس پرونده پزشکی بیماران از نظر نوع تشخیص و وضعیت تاهل و نداشتن متاستاز، اولین مشارکت‌کننده که خانمی ۴۲ ساله بود و تمایل به اشتراک تجارب خود در این زمینه را داشت، انتخاب شد. مشارکت‌کنندگان بعدی نیز با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به معیارهای ورود انتخاب شده و این روند، تا رسیدن به

چالش‌های بسیاری را برای آنان در زندگی مشترکشان ایجاد می‌نماید [۱۲، ۱۳]. همچنین، نشان داده شده است که درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده و ترس از مرگ، زنان مبتلا به سرطان را به سمت افسردگی سوق داده و این خود، اختلالات ایجاد شده در زندگی مشترک آنان را تشدید می‌نماید [۵، ۱۴].

از دیگر سو، آگاهی ناکافی زنان مبتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال از روند بروز مشکلات عاطفی و جسمی و همچنین عدم توجه کادر درمان به مشکلات آنان در این زمینه، از علل اصلی تشدید چالش‌های فراوان ناشی از این نوع بیماری در آنان گزارش شده است [۱۵-۱۷]. همچنین مشخص شده است که این زنان، حمایت مطلوبی را از طرف همسرانشان دریافت ننموده‌اند و از طرفی زندگی مشترک آنان پس از ابتلا به سرطان، دست‌خوش ناملایماتی نیز شده است [۱۸، ۱۹]. در این راستا، در مطالعه‌ای، علت کاهش ابراز صمیمیت زناشویی از طرف همسران زنان مبتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال، وجود فشار بار روحی و جسمی و همچنین خستگی مزمن در آنان عنوان شد که این خود، باعث کاهش حمایت کافی و اثربخش این مردان از همسرانشان شده بود [۲۰]. همان‌طور که اشاره شد، سلامت جامعه به سلامت خانواده و نشاط، اقتدار و پویایی خانواده به زن وابسته است [۷]، بنابراین، به نظر می‌رسد تشخیص چالش‌ها و مشکلات رایج این زنان در رویارویی با سرطان دستگاه ژنیتال می‌تواند در پی بردن به نیازهای آموزشی و مشاوره‌ای این بیماران و خانواده‌های آنان و همچنین شناخت عوامل تسهیل‌کننده مراقبتی و حمایتی از این زنان، کمک‌کننده باشد. بنابراین باید به ترس‌ها، واکنش‌های عاطفی و نگرانی‌های این بیماران در بستر عوامل فرهنگی، هنجارها و اعتقادات خاص در جامعه توجه گردد [۲۱].

علی‌رغم مطالعات انجام شده در این حوزه در کشورهای توسعه‌یافته [۲۲، ۲۳]، انجام تحقیقاتی از این دست در ایران به دلیل محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی، دشوار و محدود می‌باشد [۲۴-۲۶]. از دیگر سو، به این دلیل که در بررسی تجارب زنان درباره چالش‌های ابتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال، لازم است به عمق روابط بین فردی آن‌ها که متاثر از عوامل مختلفی مانند روندهای اجتماعی و فرهنگی می‌باشد دقت و توجه داشت [۲۷، ۲۸]، بهترین نوع مطالعه، مطالعات کیفی است زیرا این نوع مطالعات بر تجربیات زنده افرادی که یک پدیده خاص را تجربه کرده‌اند تاکید داشته و تلاش می‌کند که ابعاد آن تجارب را در بستر فرهنگی و اجتماعی مخصوص به آن جامعه بررسی نماید [۲۹، ۳۰]. از طرف دیگر، پژوهش‌هایی که با روش کمی انجام می‌شوند نمی‌تواند زوایای

استقرایی از داده‌های خام استخراج شدند [۳۲]. فرایند تجزیه و تحلیل، هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و به صورت مقایسه مداوم آن‌ها و با توجه به مراحل پیشنهادی گراینهم و لاندمن (۲۰۰۵) به ترتیب در طی مراحل متوالی به شرح زیر انجام شد [۳۳].

در ابتدا متن هر یک از مصاحبه‌ها که توسط پژوهشگر اصلی کلمه به کلمه تایپ و نوشته شده بود، به منظور استنباط کلی از داده‌ها، چندین مرتبه خوانده می‌شد. لازم به ذکر است که هر یک از مصاحبه‌ها به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته می‌شد و خواندن متن هر مصاحبه در فاصله کوتاهی بعد از نوشتن آن‌ها انجام می‌شد. در مرحله بعد، متن مصاحبه‌ها با تمرکز بر شناسایی واحدهای معنایی مرتبط با هدف پژوهش خوانده می‌شد. سپس در مرحله بعدی واحدهای معنایی که عبارت از کلمات، جمله‌ها یا پاراگراف‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان بودند شناسایی و به دنبال آن، این واحدهای معنایی با رسیدن به سطح انتزاع و با توجه به مقایسه مداوم شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان به صورت کدها و زیر طبقات گروه‌بندی و نوشته می‌شدند. در مرحله آخر با تامل و تدبر و مقایسه طبقات با یک‌دیگر، درون مایه‌های اصلی تنظیم و معرفی گردیدند.

از معیارهای گابا و لینکلن (Lincoln & Guba) شامل (اعتبارپذیری (Credibility)، انتقال‌پذیری و تناسب (Transferability & Fittingness)، تاییدپذیری (Conformability)، و قابلیت اعتماد و حساسی (Dependability)، برای تعیین صحت و دقت داده‌ها استفاده شد [۳۴]. اعتبارپذیری از طریق تعامل طولانی مدت محقق با داده‌ها و بازبینی داده‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و بازبینی توسط همکاران تیم تحقیق حاصل شد. جهت بازبینی داده‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، از پنج نفر از آنان درخواست شد تا صحت متن تایپ شده و همچنین مفاهیم استخراج شده از متن را تایید کنند. همچنین اعضای تیم تحقیق نیز به صورت جداگانه چند مورد از مصاحبه‌ها را کدگذاری کردند و میزان شباهت کدها بررسی شد و در مواردی که اختلافی وجود داشت بعد از جلسات مشاوره به اجماع می‌رسیدند. جهت انتقال‌پذیری و تناسب به توصیف غنی و کامل مراحل کار پرداخته شد. بدین منظور سعی شد نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شده، ارائه گردد. همچنین ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان و زمینه مورد بررسی با جزئیات بیان شد تا خواننده بتواند در مورد استفاده از نتایج مطالعه تصمیم‌گیری نماید. تاییدپذیری با کنترل داده‌ها توسط ناظران خارجی آشنا به تحقیق کیفی سنجیده شد. جهت اعتماد و حساسی، مراحل تحقیق به طور دقیق ثبت و گزارش شد تا امکان پیگیری تحقیق برای پژوهشگران دیگر فراهم گردد.

اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد. قبل از انجام مصاحبه، درباره محل آن از بیماران نظرخواهی شد و همگی آنان به انجام مصاحبه در همان مرکز درمانی و در مکانی خلوت و راحت اشاره داشتند. در این راستا، مصاحبه‌ها در مرکز رادیوترایی-انکولوژی رضا (ع) در اتاق آموزش آن مرکز با هماهنگی مسئول بخش، در بخش زنان بیمارستان قائم (عج)، در اتاق مشاوره که محلی راحت و خلوت بود و در بیمارستان امید مشهد در بخش بستری تخصصی زنان در اتاق سرپرستار و با هماهنگی وی، انجام شدند. پس از توضیح هدف از انجام مطالعه به بیماران، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته و عمیق با آنان صورت گرفت. در این مطالعه برای شروع بحث از مشارکت‌کنندگان خواسته شد "تا در مورد زندگی خود پس از تشخیص سرطان دستگاه ژنیتال صحبت کنند"، سپس در راستا با هدف پژوهش، از آن‌ها در مورد "نگرانی‌ها، چالش‌ها و مشکلات زندگی بعد از ابتلا به این بیماری" سوال می‌شد. به عبارت دیگر در مصاحبه‌های اول از سوالات کلی استفاده شد و مصاحبه‌های بعدی بر اساس مفاهیم استخراج شده از مصاحبه‌های اولیه هدایت می‌شد. همچنین، بر حسب ضرورت، برای روشن‌سازی و رفع ابهامات، سوالات پیگیری‌کننده نظیر "لطفاً بیش‌تر توضیح دهید" و نظایر آن، پرسیده می‌شد. علاوه بر ضبط مصاحبه‌ها که با MP3 player صورت گرفت، مشاهده، یادداشت در عرصه و یادآوردن نیز توسط محقق انجام شد. در ارتباط با "مشاهده"، محقق در مراجعه‌ای که به بخش براکی‌ترایی مرکز رادیوترایی انکولوژی رضا (ع) داشت، مشاهده کرد که همسر یکی از زنان مبتلا به سرطان دستگاه ژنیتال در حال غر زدن با بیمار و بهانه‌گیری بود و مرتب از رفت و آمدهای مکرر به جهت انجام امور درمانی همسرش، به وی، شکایت می‌کرد. در ادامه، وی، شروع به سر و صدا با پرسنل پذیرش بخش براکی‌ترایی نموده و نسبت به طولانی شدن مدت زمان انتظار برای شروع فرایند درمان، اعتراض نمود. این رفتار از طرف همسر، تا هنگامی که بیمار را برای براکی‌ترایی فراخواندند، ادامه داشت.

هر مصاحبه ۴۰ دقیقه (۳۰ - ۶۰ دقیقه) طول کشید. با دو نفر از مشارکت‌کنندگان مصاحبه دوم به منظور تایید داده‌ها و همچنین برطرف کردن ابهام‌های احتمالی در ارتباط با برداشت محقق از گفته‌های مشارکت‌کنندگان، انجام شد. متن هر مصاحبه پس از پایان آن، به صورت کلمه به کلمه نوشته و سپس کدگذاری شد و پس از تحلیل هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام می‌گرفت. به منظور مدیریت فرایند کدگذاری، از نسخه MAX QDA 18 استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional content analysis) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این روش کدها و طبقات به طور مستقیم و به صورت

نتایج

در مجموع ۱۶ زن مبتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال مورد مصاحبه قرار گرفتند. دامنه سنی این زنان ۲۲-۳۵ سال ($۲۷/۸ \pm ۵۳$) و میزان تحصیلات آنان از پنجم ابتدایی تا کارشناسی ارشد بود. طول مدت زمان ابتلا به سرطان ژنیتال ۱-۱۰ سال ($۲/۲۷ \pm ۲/۸۸$) بود. ۳۷٪ از این زنان مبتلا به سرطان رحم، ۳۸٪ مبتلا به سرطان سرویکس و ۲۵٪ مبتلا به سرطان‌های تخمدان بودند (جدول ۱). درون‌مایه‌ی تجربیات زنان در ارتباط با چالش‌های ابتلا به سرطان دستگاه ژنیتال شامل سه طبقه (۱) دغدغه از دست دادن جایگاه خود در زندگی مشترک، با سه زیر طبقه "اجبار به قطع دفعی ارتباطات جنسی"، "افزایش بار زندگی بر دوش همسر" و "کاهش عطر و بوی حضور بیمار در زندگی"، (۲) رخنه بیماری در ارتباطات زناشویی با سه زیر طبقه "زوال صمیمیت زناشویی"، "تجارب ناخوشایند حین ارتباطات جنسی" و "بروز سردمزاجی جنسی تدریجی" و (۳) نگرانی از احتمال طلاق و جدایی با دو زیر طبقه "از چشم شوهر افتادن" و "کشمکش‌های زناشویی"، استخراج شد (جدول ۲)، که در ادامه به تبیین این طبقات پرداخته خواهد شد.

دغدغه از دست دادن جایگاه خود در زندگی مشترک

ابتلای مشارکت‌کنندگان به سرطان دستگاه ژنیتال، زندگی این زنان را از ابعاد مختلف تحت تاثیر قرار داده و در واقع، تهدیدی برای جایگاه فعلی آنان در زندگی مشترکشان بود. بدین صورت که این زنان در برقرای ارتباطات جنسی با همسرانشان دچار مشکل شده و به علت عدم اجازه پزشک به نزدیکی و همچنین امکان‌پذیر نبودن نزدیکی، مجبور به قطع دفعی ارتباطات جنسی شده بودند. از طرف دیگر، بسیاری از مشارکت‌کنندگان چند هفته بعد از درمان‌های اولیه حتی در صورت صدور مجوز نزدیکی از طرف پزشک، امکان برقرای این روابط را به دلیل عوارض جسمی ناشی از فرایندهای درمانی در ناحیه تناسلی، نداشتند. علاوه بر ایجاد اختلالات در ارتباطات جنسی این بیماران و همسرانشان، بروز بیماری و دست و پنجه نرم کردن بیماران با فرایند طولانی درمان و عوارض جانبی آن، باعث شده بود بسیاری از وظایف منزل و نگهداری فرزندان که قبلاً توسط آنان انجام می‌شد بلا تکلیف باقی بماند، در این هنگام شیفت انجام این وظایف به سمت همسر و درگیری او در این امور، باعث افزایش بار زندگی بر دوش آنان شده بود که این خود یکی از نگرانی‌های بیماران بود. همچنین، نگهداری از فرزندان و انجام امور روزانه آنان بعد از ابتلای زنان به بیماری، دچار اختلال شده بود و به ناچار

شوهران این بیماران علاوه بر امورات منزل و وظایف خارج از خانه، مجبور به مدیریت امور فرزندان نیز بودند. این ناتوانی در انجام کامل وظایف مادری و احساس ایجاد خلاء عاطفی در فرزندان به مرور زمان، از مواردی بود که این زنان را نگران تزلزل در جایگاه مادری خود کرده بود. از طرف دیگر با آغاز فرایند درمان، به دلیل طولانی بودن جلسات درمانی و همچنین درگیری بیمار با عوارض جسمی و روحی و روانی داروها و تکنیک‌های درمانی، بیماران به سمت گوشه‌گیری و افسردگی رفته و از دیگر سو، توانایی آنان برای انجام امور سابق در زندگی مشترک کاهش یافته بود. این موضوع باعث شده بود که این زنان نگرانی و دغدغه بسیار زیادی را برای آینده خود و خانواده‌شان داشته باشند به طوری که سنگینی بار عاطفی این موضوع آنان را به سمت ناامیدی، افسردگی و گوشه‌نشینی سوق داده بود.

از دیگر سو، به علت درگیری‌های روحی و جسمی با بیماری و درمان آن، فعالیت‌های این زنان در محیط خانه روز به روز کم‌رنگ‌تر می‌شد و این نه تنها برای خود بیمار آزاردهنده بود بلکه اعضای خانواده را نیز از نظر روحی و روانی درگیر کرده بود. در این رابطه یکی از بیماران بیان داشت:

"دختر کوچیکم سوم دبستان هست... خیلی به من وابسته‌ی... الان حدود ۳ ماهی هست که یادم نمیداد غذا پخته باشم... من لاغر میشم... اونم با من لاغر میشه... بنده خدا شوهرم غذا میزه لب نمی‌زنه این بچه... می‌گه فقط غذاهای مامانو می‌خوام... منم قبل این بساطا خیلی حوصله بیشتر داشتم تو آشپزخونه... الان اصلاً به دقیقه نمی‌تونم رو پام وایسم... بلند میشم از سر جام مثل این زنای حامله ببخشید می‌خوام بالا بیارم... طفلک بچم لاغر شده .. از درسش افتاده..." (مشارکت‌کننده شماره ۱۲)

رنخه بیماری در ارتباطات زناشویی

اگرچه نگرانی و دغدغه درباره تاثیر بیماری و فرایند درمان بر ارتباطات جنسی به دلیل ماهیت خاص این نوع سرطان از همان ابتدای آغاز بیماری در این زنان وجود داشت، اما به تدریج با پیشرفت بیماری و جدی‌تر شدن فرایندهای درمانی، این نگرانی شکل جدی‌تری به خود گرفته و تار و پود ارتباطات زناشویی این بیماران و همسرانشان را تحت تاثیر قرار داده بود. یکی از مصادیق اختلال در ارتباطات زناشویی در این بیماران و همسرانشان، بروز زوال صمیمیت زناشویی بود که به صورت صمیمیت زناشویی تصنعی، عقب‌نشینی شوهر از ابراز صمیمیت و عدم تمایل بیمار به نوازش و بوسه، خود را نشان داده بود.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان مطالعه

کد شرکت کننده	سن	تحصیلات	شغل	نوع سرطان ژنیتال	وضعیت درمانی	مدت زمان ابتلا (سال)	تعداد فرزندان	سن همسر	شغل همسر
۱P	۵۶	دیپلم	خانه دار	سرویکس	هیسترکتومی	۵	۱	۷۰	کارمند
۲P	۶۰	دیپلم	خانه دار	سرویکس	پیگیری	۲	۴	۶۸	کشاورز
۳P	۶۵	لیسانس	معلم	سرویکس	براکی تراپی	۲	۳	۷۵	نظامی
۴P	۵۰	پنجم دبستان	خانه دار	رحم	براکی تراپی	۱	۳	۵۶	تاجر
۵P	۵۰	سیکل	خانه دار	رحم	براکی تراپی	۲	۴	۵۳	بیکار
۶P	۶۰	دیپلم	خانه دار	رحم	براکی تراپی	۱	۶	۷۷	نظامی
۷P	۵۷	دیپلم	خانه دار	تخمدان	پیگیری	۲	۴	۶۹	راننده
۸P	۵۰	لیسانس	خانه دار	سرویکس	پیگیری	۳	۴	۵۹	کشاورز
۹P	۵۰	سیکل	خانه دار	رحم	پیگیری	۳	۶	۵۸	کارمند
۱۰P	۴۳	دیپلم	خانه دار	رحم	براکی تراپی	۳	۲	۴۵	نظامی
۱۱P	۶۰	فوق لیسانس	معلم	سرویکس	براکی تراپی	۱	۳	۶۲	معلم
۱۲P	۵۸	لیسانس	خانه دار	رحم	پیگیری	۱۰	۶	۷۰	کارمند
۱۳P	۶۲	دیپلم	خانه دار	سرویکس	پیگیری	۵	۶	۷۶	کشاورز
۱۴P	۳۵	دیپلم	خانه دار	تخمدان	پیگیری	۱	۲	۴۰	کارگر
۱۵P	۴۵	لیسانس	معلم	تخمدان	پیگیری	۲	۳	۵۲	معلم
۱۶P	۴۳	لیسانس	خانه دار	رحم	پیگیری	۳	۶	۵۰	کشاورز

جدول ۲. مضامین اصلی و فرعی در ارتباط با چالش های ابتلا به سرطان ژنیتال در زنان

طبقات	زیر طبقات	کد ها
دغدغه از دست دادن جایگاه خود در زندگی مشترک	اجبار به قطع دفعی ارتباطات جنسی	عدم اجازه پزشک به نزدیکی امکان پذیر نبودن نزدیکی
	افزایش بار زندگی بر دوش همسر	گرفتار شدن با امور منزل رسیدگی به فرزندان
	کاهش عطر و بوی حضور بیمار در زندگی	گوشه گیر شدن بیمار کاهش توانایی انجام امور سابق
رخنه بیماری در ارتباطات زناشویی	زوال صمیمیت زناشویی	صمیمیت زناشویی تصنعی عقب نشینی شوهر از ابراز صمیمیت فرار بیمار از نوازش و بوسه
	تجارب ناخوشایند حین ارتباطات جنسی	اضطراب حین نزدیکی احساس تجاوز در بستر
	بروز سرد مزاجی جنسی تدریجی	کاهش احساس زنانگی شوهر به بیمار فرار از برقراری رابطه جنسی
نگرانی از احتمال طلاق و جدایی	از چشم شوهر افتادن	احساس سربار بودن در زندگی کاهش حمایت ها از طرف شوهر بی تفاوتی تدریجی شوهر نسبت به بیماری همسر
	کشمکش های زناشویی	قهر های متعدد کاهش آستانه تحمل

درمان همسر، نمی توانستند صمیمیت دلچسب و باکیفیتی را در زندگی با همسر خود به نمایش بگذارند و حتی در برخی موارد، تصنعی بودن اظهار صمیمیت از طرف برخی شوهران، برای بیماران آزاردهنده گزارش شد. در ادامه، اجتناب مردان از ابراز صمیمیت باعث شده بود در شرایطی که بیماران احتیاج بیش تری به ابراز صمیمیت از طرف همسر داشتند، این امر تحقق نیابد. از

در واقع مشارکت کنندگان به دلیل درگیری های جسمی و روحی و روانی در طی فرایند درمان، عدم امکان نزدیکی در بسیاری از مواقع و نگرانی هایی مانند مرگ، تنهایی فرزندان و عاقبت آنان و بی حوصلگی، نمی توانستند صمیمیت لذت بخشی را در زندگی تجربه نمایند و از طرف دیگر همسران آنان نیز به علت عدم ایجاد رضایت جنسی و هم چنین درگیری در فرایند

از جمله علل سوق دادن این بیماران و همسرانشان به این سمت بود. یکی از موارد سردمزاجی جنسی، کاهش یا عدم احساس زنانگی شوهر نسبت به بیمار به علت هیستریکومی بود. در واقع بر طبق گفته مشارکت‌کنندگان، شوهران آنان، عدم احساس زن بودن نسبت به همسرانشان را در صورت هیستریکومی در آنان، احساس کرده بودند و این مسئله برای آنان بسیار چالش‌زا بود. در واقع این احساس در شوهران این بیماران به دلایل عاطفی و روحی روانی ناشی از برداشتن رحم به عنوان عضو اصلی زنانگی و فرزندآوری در همسرانشان، ایجاد شده بود. نکته قابل توجه این بود که هر چند اکثر زنان شرکت‌کننده در این مطالعه از سن باروری خارج شده بودند و حتی داشتن رحم در آنان اهمیت گذشته را نداشت، اما باز هم برداشتن آن، خلاء عاطفی و روحی و روانی بزرگی را برای همسرانشان ایجاد کرده بود. در این رابطه بیماری بیان کرد:

"من و شوهرم از بعد بیماری خیلی از هم دور شدیم... ولی اوجش وقتی بود که می‌خواستن ازش رضایت بگیرن برای برداشتن رحم... خیلی ناراحت هست از این‌که من می‌خوام رحممو بردارم... همون اولم که رضایت ازش گرفتن گفت من دوست ندارم تو رحمتو برداری... بهش میگم خوب شاید بمیرم اگه بردارم... همش فکر و ذهنش شب و روز برداشتن رحم منه... محبتش صفر شده..." (مشارکت‌کننده شماره ۱۶).

مورد دیگری که باعث ایجاد سردمزاجی جنسی در شوهران این بیماران شده بود، وجود تفکر مبنی بر عدم امکان باروری در همسرانشان پس از ابتلا به سرطان دستگاه ژنیتال بود. از دیگر سو، یکی دیگر از علل ایجاد سردمزاجی جنسی تدریجی، فرار بیمار از برقراری ارتباط جنسی با همسرانشان گزارش شد. به این صورت که برخی مشارکت‌کنندگان با پیشنهاد شوهرشان برای برقراری رابطه جنسی بسیار خشن برخورد کرده و از این طریق سعی داشتند تن به این روابط ندهند. برخی بیماران برای فرار از برقراری ارتباط جنسی، شوهر خود را از برقراری رابطه می‌ترساندند. هر چند این اقدامات در کوتاه‌مدت شوهران این زنان را از برقراری رابطه جنسی منصرف می‌کرد اما از طرفی به مرور زمان باعث کاهش تمایل همسرانشان به نزدیکی با آنان می‌شد و این خود پایه‌گذار بروز اختلافات زناشویی بود.

نگرانی از احتمال طلاق و جدایی

به تدریج با پیشرفت بیماری و پیچیده‌تر شدن فرایندهای درمانی و همچنین ماهیت مزمن بیماری و اجبار به انجام و پیگیری درمان‌های طولانی‌مدت و همچنین اختلالات، چالش‌ها و نگرانی‌هایی که پیش‌تر در متن زندگی مشترک این زنان و شوهرانشان گزارش شد، این بیماران را نگران احتمال بروز طلاق و جدایی کرده بود. در این راستا برخی از بیماران احساس

طرفی مشارکت‌کنندگان، احساس می‌کردند که همسرانشان به‌علت درگیری‌های متعدد پس از ابتلای این زنان به سرطان، از آنان دل‌چرکین و ناراحت هستند و گمان می‌کنند که ابراز علاقه به آنان از طرف شوهرانشان مانند گذشته نیست و این برایشان بسیار ناراحت‌کننده بود. هم‌چنین، این زنان از کاهش جذابیت‌های خود به علت عوارض درمان‌ها، بسیار ناراحت بوده و آن را عاملی برای کاهش ارتباطات عاطفی و زناشویی بین خود و همسرانشان می‌دانستند.

از طرف دیگر، فرایند و پروسه درمان سرطان برای مشارکت‌کنندگان خسته‌کننده و استرس‌زا بود و آنان را دچار بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری کرده بود. آنان علاقه‌ای به (هم‌بستری) و ابراز عشق و علاقه به شوهرانشان را نداشتند و در هم‌چنین استقبالی از ابراز عشق از طرف آنان، نمی‌کردند و در مواردی تنهایی را ترجیح می‌دادند، به طوری‌که برای این‌که مجبور به برقراری ارتباطات زناشویی با همسران خود نباشند، اقداماتی مانند خواباندن فرزندان کنار خود را انجام می‌دادند زیرا به علت فشارها، نگرانی‌ها و دغدغه‌هایی که از یک سو ناشی از پروسه درمان و عوارض آن و از سوی دیگر ترس از آینده مبهم خود و خانواده‌شان بود، تمایل و حوصله‌ای برای برقراری این ارتباطات برای آن‌ها باقی نمی‌گذاشت.

زوال تدریجی و پیش‌رونده در صمیمیت زناشویی، یکی از مواردی بود که باعث بروز و ایجاد تجارب ناخوشایند حین ارتباطات جنسی در این بیماران و همسرانشان شده بود و به نوبه خود ارتباطات زناشویی آنان را بیش‌تر تحت تاثیر قرار داده بود، در این راستا، اضطراب حین مقاربت، میل به برقراری ارتباط جنسی در این بیماران را کاهش داده و یا حتی از بین برده بود. در واقع بیماران در هر بار نزدیکی و حتی قبل از آن، نگران عدم امکان دخول از طرف شوهر و در ادامه، نگران درگیری‌ها و چالش‌های زناشویی پس از آن بودند که نزدیکی را برای آنان به کابوسی وحشتناک تبدیل کرده بود.

هم‌چنین، مشارکت‌کنندگان حس تجاوز در ارتباط جنسی را به دلیل مجبور شدن به برقراری رابطه جنسی بدون میل و رغبت گزارش کردند. برخی مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که این رفتار همسرانشان در اجبار آنان به برقراری ارتباط جنسی را هیچ‌گاه فراموش نمی‌کنند و در حافظه آنان همواره به عنوان تجربه‌ای تلخ باقی خواهد ماند.

یکی دیگر از مصادیق رخنه بیماری در ارتباطات زناشویی در زنان مبتلا به سرطان دستگاه ژنیتال و همسرانشان، بروز سردمزاجی جنسی تدریجی در آنان بود. به نظر می‌رسد زوال صمیمیت زناشویی و تجارب ناخوشایند حین ارتباطات جنسی

"...میرم دکتر میام... اصلاً نمیگه چی شد... چی نشد... دکتر چی گف... چه دارویی زدی... چی نزدی... اصلاً واسش مهم نیست دیگه... ..." (مشارکت‌کننده شماره ۳)

از مصادیق دیگری که بیماران را بیش‌تر نگران وقوع پدیده طلاق و جدایی کرده بود، افزایش میزان کشمکش‌های زناشویی به صورت ایجاد قهرهای متعدد و هم‌چنین کاهش آستانه تحمل آنان و همسرانشان در برابر ناملایمت‌های زندگی بود.

بدین صورت که مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که چالش‌های بوه‌جود آمده در زندگی مشترک بر اثر ابتلای آنان به سرطان ژنیتال باعث ایجاد قهرهای متعدد بین آن‌ها و همسرانشان شده بود.

از دیگر سو این بیماران اظهار می‌داشتند که قبل از بروز بیماری در برابر سختی‌ها تحمل بالاتری داشتند اما اکنون نمی‌توانند در برابر ناملایمات زندگی مشترک صبور باشند و آن‌ها را مدیریت کنند. در واقع به علت چالش‌های گوناگون بعد از ابتلای زنان به بیماری و درگیری‌های متفاوتی که خود آنان و همسرانشان در طی زندگی مشترک با آن دست و پنجه نرم می‌کردند، به تدریج آنان را به طرف طلاق عاطفی سوق داده و شکنندگی‌شان را در برابر ناملایمات زندگی مشترک افزایش داده بود به همین دلیل، با پیش آمدن اندک مشکلی، دعوا، مرافعه، قهر و ترک کردن موقت زندگی از طرف زوجین اتفاق می‌افتاد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تبیین تجربه زنان از چالش‌های ابتلا به سرطان دستگاه ژنیتال، انجام شد. اولین طبقه حاصل از این مطالعه، "دغدغه از دست دادن جایگاه خود در زندگی مشترک" از جانب بیماران بود. اجبار به توقف ناگهانی ارتباطات جنسی و ژنیتال برای مدت زمان نامشخص، یکی از نگرانی‌های این زنان در این رابطه گزارش شد. رشت‌آبادی و همکاران نیز که به بررسی تجارب زنان درباره ارتباطات جنسی بعد از هیستریکتومی در ایران پرداخته بودند، نگرانی این بیماران را از احتمال ازدواج مجدد شوهرانشان به دلیل عدم توانایی برآورده کردن نیازهای جنسی آنان را گزارش کرده‌اند [۳۵]. قطع دفعی ارتباطات جنسی، بیماران را به فکر استفاده از سایر راه‌های جایگزین برای این منظور به جز نزدیکی از طریق واژن سوق داده بود، با این حال، این روش‌ها، چالش بزرگ و استرس‌زایی برای آنان گزارش شد. مهم‌ترین دلیل این بود که این‌گونه روش‌ها، جزء رفتارهای جنسی معمول این زنان و همسرانشان قبل از بروز بیماری نبود و در برخی موارد نیز همسران این زنان از این روش‌ها، استقبال نمی‌کردند. گیلبرت و همکاران نیز در

می‌کردند از چشم شوهرانشان افتاده‌اند بدین صورت که آنان احساس سربار بودن و غیر مفید بودن در زندگی را داشتند، از دیگر سو، آنان به تدریج با رفتارهای سرد همسرانشان مانند کاهش حمایت از طرف آنان و بی‌تفاوتی تدریجی شوهرانشان نسبت به بیماری خود مواجه می‌شدند که فرضیه احتمال طلاق و جدایی را در آنان تقویت می‌کرد. در واقع بیماران، پس از ابتلا به بیماری، نمی‌توانستند مانند گذشته فعالیت‌ها و امور روزانه زندگی را انجام دهند و به این علت گمان می‌کردند که دیگر فرد مفید و مثمر ثمری در زندگی نیستند، از طرفی آنان این احساس را داشتند که تا زمانی که سرپا هستند و می‌توانند امورات منزل و زندگی را بچرخانند از نظر سایر اعضای خانواده و مخصوصاً همسر مورد احترام هستند و در صورت بروز بیماری و کاهش توانایی‌های سابق در اداره امور زندگی، به تدریج، عزت و احترام سابق را نزد اعضای خانواده از دست داده و به فردی تبدیل می‌شوند که سربار زندگی‌اند و این موضوع برای آنان بسیار ناراحت‌کننده بود.

هم‌چنین مشارکت‌کنندگان کاهش تدریجی حمایت‌های مالی و عاطفی را از طرف همسرانشان گزارش کردند. افزایش دفعی بار زندگی مشترک بر دوش همسران این بیماران، ماهیت مزمن بیماری و لزوم درمان‌ها و پیگیری‌های متعدد و طولانی، کاهش تدریجی ذخایر مالی خانواده به دلیل هزینه‌های درمان و هم‌چنین کاهش امید همسران این بیماران به بهبود آنان، به تدریج باعث شده بود که تحمل این وضعیت از طرف همسران این بیماران کاهش یافته و حمایت‌های مالی، روحی، روانی و غیره، نیز کاهش پیدا کند و بیماران از این وضعیت احساس ناراحتی می‌کردند.

با پیشرفت بیماری و طولانی شدن درگیری همسران بیماران در فرایند درمان، به تدریج، آنان، نسبت به بیماری همسرانشان بی‌تفاوت می‌شدند و دیگر پیگیر فرایند درمان آنان نبودند و این از نظر بیماران بسیار آزاردهنده بود. در واقع احساس مهم نبودن نزد شوهر برای این زنان، تراژدی بزرگی گزارش شد. به همین دلیل برخی بیماران سعی در انجام اموری برای جلب توجه شوهرانشان مانند گریه کردن و یا تهوع و استفراغ عمدی بعد از بازگشت از درمان، داشتند. اما به مرور زمان، این موارد نیز کارایی سابق را برای جلب توجه همسران این زنان نداشت و در نهایت به علت خسته و مستاصل شدن شوهران این بیماران از درگیری‌های فراوان در امور مختلف، به تدریج، بی‌تفاوتی و عادی‌انگاری نسبت به همسرانشان در آنان به‌وجود آمده بود. در این رابطه یکی از بیماران بیان داشت:

مطالعه خود که در ارتباط با بیماران (زنان و مردان) مبتلا به سرطان‌های مختلف و رابطه این بیماری با ارتباطات نزدیک زناشویی آنان پرداخته بود، عنوان کرد که اعمال جایگزین ارتباط جنسی بین زوجین پس از سرطان، برای آنان چالشی بزرگ بود [۳۶]. این موضوع بیماران را نگران چگونگی تامین نیاز جنسی همسرانشان از یک سو و هم‌چنین ترس از روی آوردن آنان به ازدواج موقت و یا روابط فرازناشویی و در نتیجه از دست دادن نقش جنسی خود، از سویی دیگر، کرده بود. دغدغه دیگر این بیماران کاهش عطر و بوی حضور آنان در زندگی بود. مطالعات نشان داده‌اند که درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده و ترس از مرگ، بیماران مبتلا به سرطان را به سمت افسردگی سوق می‌دهد [۱۴،۵] و افسردگی و درد و رنج ناشی از آن، مانع از هر گونه فعالیت سازنده در آنان می‌شود [۳۷]. در ادامه، کاهش فعالیت‌های روزمره آنان در منزل به صورت بسیار ملموسی از طرف اعضای خانواده درک شده و آنان را دچار چالش کرده بود. در نتیجه آنان حضور بیمار را در خانه به عنوان مادر و یا همسر، مانند گذشته احساس نمی‌کردند. از طرف دیگر، این موضوع، باعث شده بود تا همسران آنان، عهده‌دار برخی از این امور شوند که این خود آنان را با چالش‌های بسیاری مواجه کرده بود. دومین طبقه‌بندی ظهور یافته در این مطالعه "رنخه بیماری در ارتباطات زناشویی" بود. زوال صمیمیت زناشویی یکی از یافته‌های مهم در این رابطه می‌باشد. در واقع با بدتر شدن بیماری، شرکت‌کنندگان احساس می‌کردند همسرانشان مانند گذشته به آن‌ها ابراز صمیمیت نمی‌کنند. در مطالعه‌ای که به بررسی ارتباطات زنان مبتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال و همسرانشان پرداخته شده بود، علت کاهش صمیمیت زناشویی از طرف همسران این زنان، وجود فشار بار روحی و جسمی و هم‌چنین خستگی مزمن در آنان عنوان شده است که سطح بالای پریشانی، اضطراب و احساسات ناخوشایند مانند تنهایی، بدبختی و ناامنی را در آن‌ها به وجود آورده بود [۲۰]، بنابراین آن‌ها نمی‌توانستند صمیمیت سابق در زندگی مشترک با همسرانشان را ابراز نمایند. مطالعه دیگری نیز، کاهش میزان صمیمیت زناشویی را بعد از تشخیص سرطان در یکی از زوجین، گزارش کرده است [۳۶]. تجارب ناخوشایند حین ارتباطات جنسی از دیگر مواردی بود که توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شد. اضطراب در حین ارتباط جنسی، یکی از این موارد بود. بدین صورت که به دلیل عوارض جانبی درمان، در حین رابطه جنسی در بسیاری از موارد امکان دخول واژینال به دلیل تنگی و انقباض بسیار زیاد واژن برای همسر این بیماران امکان‌پذیر نبود به همین دلیل رابطه جنسی قطع شده و شوهران این بیماران

شروع به شکایت از این مشکل می‌کردند. این چالش در روابط جنسی بعدی نیز دوباره تکرار می‌شد، و در نتیجه به عاملی برای ایجاد اضطراب و استرس در حین رابطه برای بیماران تبدیل شده بود. عامل دیگر ایجادکننده اضطراب در حین رابطه جنسی، درد بسیار زیاد بیماران گزارش شد. بسیاری از آنان این درد را تحمل‌ناپذیر عنوان کردند. در مطالعات دیگر نیز که در ارتباط با بررسی ارتباطات جنسی در زنان مبتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال انجام شده است، به واژینیسموس و تأثیرات آن در ایجاد اختلالات در روابط جنسی در زوجین اشاره شده است [۳۸-۴۰]. از دیگر یافته‌های مهم این مطالعه، احساس بیمار مبنی بر مورد تجاوز جنسی واقع شدن از طرف همسر بود. برخی مشارکت‌کنندگان بیان داشتند همسرانشان به هیچ عنوان حاضر به چشم‌پوشی و خودداری از ارتباطات جنسی نیستند و بدون در نظرگیری شرایط جسمی و روحی و آمادگی و رضایت بیماران، آنان را مجبور به برقراری ارتباط جنسی می‌نمایند. برخی بیماران عدم وجود حامی مالی دیگر در زندگی و تهدید شوهر به عدم ادامه حمایت را عامل تن دادن به این ارتباط اجباری می‌دانستند، در این حالت بیماران احساس برقراری ارتباط جنسی با فردی غریبه را داشتند که برای آنان به اندازه ارتباط نامشروع تنفرآمیز بود. مجبور کردن خود به برقراری رابطه جنسی با همسر در زنان مبتلا به سرطان در برخی مطالعات دیگر نیز ذکر شده است [۴۱،۳۸-۴۳]. مفهوم استخراج شده دیگر در این مطالعه، وقوع سردمزاجی جنسی بود. کاهش احساس زنانگی شوهر به همسرش یکی از این عوامل گزارش شد. هیستریکتومی در برخی بیماران، عاملی برای کاهش احساس زنانگی به آنان از طرف شوهرانشان بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که همسرانشان تمایلی به برقراری ارتباطات جنسی با آنان بعد از هیستریکتومی ندارند و احساس می‌کنند همسرشان زنانگی خود را از دست داده و رابطه جنسی، تأثیرات لذت‌بخش خود را مانند گذشته ندارد. در مطالعه‌ای که به بررسی تجارب جنسی زنان بعد از هیستریکتومی پرداخته شده بود نیز کاهش ابراز صمیمیت زناشویی از طرف شوهر به علت احساس ذهنی ناشی از عدم وجود رحم گزارش شده بود [۴۴]. از طرف دیگر، احساس شوهران این بیماران مبنی بر عدم توانایی باردار شدن همسرانشان پس از ابتلا به سرطان دستگاه ژنیتال، عامل دیگری بود که به عنوان کاهش احساس زنانگی این شوهران به همسرانشان از طرف بیماران گزارش شد و خود باعث بروز سردمزاجی جنسی و بی‌فایده بودن برقراری رابطه جنسی از نظر همسرانشان شده بود. این موضوع در مطالعات دیگر که به بررسی ارتباطات زناشویی در زنان مبتلا به سرطان‌های دستگاه ژنیتال پرداخته شده است، نیز عنوان شده

برای آنان شده‌اند. مطالعات مختلفی که به بررسی تاثیر سرطان در زنان و رابطه آن بر ارتباطات زناشویی را بررسی کرده‌اند، تاثیر منفی افزایش بار عاطفی و مالی ناشی از بیماری سرطان در گذر زمان بر زندگی مشترک زوجین را گزارش کرده‌اند [۵۲، ۵۰، ۱۸].

محدودیت‌های مطالعه

به علت ماهیت خاص مطالعه، برخی بیماران به ضبط صدا تمایلی نداشتند، هر چند محقق تلاش نمود با توضیح در رابطه با محرمانه بودن، آنان را قانع نماید اما در برخی موارد، در صورت عدم پذیرش ایشان، به یادداشت برداری تنها اکتفا نمود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه این بود که برخی از زنان مبتلا به سرطان ژنیتال که برای امور درمانی یا پیگیری مراجعه می‌کردند استرس و اضطراب داشتند و نمی‌توانستند جهت مصاحبه تمرکز لازم را داشته باشند، لذا محقق تلاش کرد در هر زمانی که بیمار آرامش بیشتری داشته باشد (بعد از انجام درمان دارویی و یا حین آن و یا بعد از ویزیت پزشک) با آنان مصاحبه نماید.

زنان مبتلا به سرطان ژنیتال، با چالش‌هایی مانند دغدغه از دست دادن جایگاه خود در زندگی مشترک، رخنه بیماری در ارتباطات زناشویی و نگرانی از احتمال طلاق و جدایی، مواجه هستند. این زنان نیاز به حمایت و آموزش بیشتری در این موارد دارند و به نظر می‌رسد علاوه بر آگاه سازی کادر درمان از مشکلات و چالش‌های این زنان، برگزاری کلاس‌های آموزشی برای بیماران و حمایت آنان در این امور و همچنین آگاه ساختن آنان از عوارض احتمالی درمان‌ها در طی زمان بر ابعاد مختلف زندگی‌شان، مفید و موثر خواهد بود. در انتها پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگر برای ارائه راه‌حل‌های عملی برای رفع چالش‌های زنان مبتلا به سرطان ژنیتال جهت ارتقای سلامت جسمی و روانی آنان طراحی و اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر، قسمتی از رساله مقطع دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد. نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان و کارکنان واحدهای درگیر در این مطالعه شامل: پرستاران محترم بیمارستان امید مشهد به خصوص سوپر وایزر آموزشی این مرکز سرکار خانم کاووسی، همکاران شاغل در بیمارستان قائم (عج) و بخش براکی تراپی مرکز رادیوتراپی و شیمی درمانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد و همچنین از همکاری صمیمانه دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در صدور مجوزهای لازم برای انجام این مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنند.

است [۴۵-۴۸]. از دیگر یافته‌های این مطالعه، تلاش بیماران برای فرار از مقاربت و نزدیکی با همسرانشان بود. واکنش خشن و تند بیماران در برابر پیشنهاد همسرانشان برای برقراری رابطه جنسی، یکی از این موارد بود. همچنین، برخی بیماران، همسرانشان را از برقراری رابطه جنسی می‌ترساندند. از جمله این موارد، بیان جای‌گذاری برخی داروها و دستگاه‌ها در واژن و احتمال بروز خطر برای شوهر حین نزدیکی، یا تاثیر بد داری شیمی‌درمانی یا داروهای دیگر بر ترشحات تناسلی و احتمال انتقال برخی بیماری‌ها به شوهر در صورت برقراری رابطه جنسی بود. شیرین‌کام و همکاران نیز که به بررسی ارتباطات جنسی در زنان پس از هیستریکتومی پرداخته بودند، فرار بیمار از برقراری ارتباط جنسی با همسر را گزارش کرده‌اند [۴۴]. در مطالعه دیگری نیز که در مراکش انجام شد، عنوان شد که زنان مبتلا به سرطان ژنیتال به دنبال بهانه‌ها و راه‌هایی جهت فرار از برقراری رابطه جنسی با شوهرانشان بودند [۴۹]. به نظر می‌رسد که تلاش برای فرار از نزدیکی در بیماران در مطالعه حاضر از یک سو به علت ترس از عود بیماری در صورت برقراری رابطه جنسی و ژنیتال و از سوی دیگر عدم تمایل این بیماران به تجربه مجدد وقایع تلخ حین نزدیکی بود که پیش‌تر به آن اشاره شده است. طبقه سوم نتایج حاصل از این مطالعه، "نگرانی بیماران از احتمال ایجاد طلاق و جدایی" بود. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران سرطانی در برابر پدیده طلاق، با چالش‌های بسیاری روبرو هستند و در واقع بیماری آنان تاثیر منفی بیشتری نسبت به آنچه آنان انتظار داشتند بر زندگی زناشویی آنان گذاشته است [۵۱-۵۰، ۱۸]. از سوی دیگر، مشخص شده است که احتمال طلاق و جدایی هنگام ابتلای زنان به سرطان در مقایسه با مردان بیشتر است [۱۰]. در این رابطه، مطالعه‌ای در سوئد، که بر روی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، نشان داد که، زنان مبتلا به سرطان پستان در خطر بیشتری برای مواجهه با پدیده‌ی طلاق بودند در حالی که این احتمال برای مردان مبتلا به سرطان‌های پروستات و بیضه، بسیار کم‌تر بوده است [۱۱]. در واقع زنان بار بیشتری از زندگی مشترک، مانند مراقبت از فرزندان و انجام امورات روزانه منزل را بر دوش می‌کشند که اختلال در انجام این وظایف، چالش‌های بسیاری را برای زوجین در زندگی مشترکشان ایجاد می‌کند [۱۲، ۱۳]. در مطالعه حاضر کاهش اجر و قرب بیماران نزد شوهرانشان یکی از علل احتمالی طلاق در آنان عنوان شد. همچنین احساس سربار بودن در زندگی مشترک نیز احساس رنج‌آوری بود که از طرف بیماران تجربه شده بود. آنان خود را افرادی می‌دانستند که دیگر نقش قابل توجهی در زندگی برای همسر و فرزندان خود ندارند و فقط باعث ایجاد زحمت فراوان و افزایش بار کاری در زندگی

experiences of Iranian family caregivers. *Holist Nurs Pract* 2019; 33: 17-26.

<https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000309>
PMid:30422921

[13] Taghizadeh Z, Ebadi A, Mohammadi E, Pourreza A, Kazemnejad A, Bagherzadeh R. Individual consequences of having work and family roles simultaneously in Iranian married women. *Women Health* 2017; 57: 52-68.

<https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1150388>
PMid:26853506

[14] De Rosa N, Della Corte L, Giannattasio A, Giampaolino P, Di Carlo C, Bifulco G. Cancer-related cognitive impairment (CRCI), depression and quality of life in gynecological cancer patients: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2021; 303: 1581-1588.

<https://doi.org/10.1007/s00404-020-05896-6>
PMid:33404703

[15] Faller H, Hass HG, Engehausen D, Reuss-Borst M, Wöckel A. Supportive care needs and quality of life in patients with breast and gynecological cancer attending inpatient rehabilitation. A prospective study. *Acta Oncol* 2019; 58: 417-424.

<https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1543947>
PMid:30632891

[16] Lee Y. Patients' perception and adherence to vaginal dilator therapy: a systematic review and synthesis employing symbolic interactionism. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12: 551.

<https://doi.org/10.2147/PPA.S163273>
PMid:29695897 PMCid:PMC5905492

[17] Williams NF, Hauck YL, Bosco AM. Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2017; 30: 35-42.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>
PMid:29031311

[18] Alzahrani SM, Albalawi AA, Alshehri AR, Al-Jifree HM. Divorce rates among cancer patients: a Saudi Arabian study. *Egy J Hospital Med* 2018; 31: 1-5.

<https://doi.org/10.12816/0044549>

[19] Teskereci G, Kulakaç O. Life experiences of caregivers of women with gynaecological cancer: A mixed-methods systematic review. *Eur J Cancer Care* 2018; 27: e12456.

<https://doi.org/10.1111/ecc.12456>
PMid:26865497

[20] Beesley VL, Alemayehu C, Webb PM. A systematic literature review of trials of survivorship interventions for women with gynaecological cancer and their caregivers. *Eur J Cancer Care* 2019; 28: e13057.

<https://doi.org/10.1111/ecc.13057>

[21] Linn AJ, van der Goot MJ, Brandes K, van Weert JC, Smit EG. Cancer patients' needs for support in expressing instrumental concerns and emotions. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2019; 28: e13138.

<https://doi.org/10.1111/ecc.13138>
PMid:31392806

[22] Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs* 2010; 14: 137-146.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.004>
PMid:19836305

[23] Sacerdoti RC, Laganà L, Koopman C. Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help? *Prof Psychol Res Pr* 2010; 41: 533-540.

<https://doi.org/10.1037/a0021428>
PMid:21572538 PMCid:PMC3092554

[24] Bahri N, Latifnejad Roudsari R, Azimi Hashemi M. Adopting self-sacrifice": how Iranian women cope with the sexual problems during the menopausal transition? An exploratory qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017; 38: 180-188.

مشارکت و نقش نویسندگان

احمد نصیری و سمانه علی نژاد مفرد، ایده و طراحی مطالعه. سمانه علی نژاد مفرد و فاطمه همایی شانديز، جمع آوری داده‌ها. احمد نصیری، سمانه علی نژاد مفرد و غلامحسین محمودی راد، انالیز و تفسیر نتایج. احمد نصیری و سمانه علی نژاد مفرد، نگارش نسخه اول مقاله. همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید نمودند.

منابع

- [1] Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin* 2019; 69: 7-34.
<https://doi.org/10.3322/caac.21551>
PMid:30620402
- [2] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68: 394-424.
<https://doi.org/10.3322/caac.21492>
PMid:30207593
- [3] Javanmanesh F, Dadkhah F, Zarepour N. Knowledge and awareness among Iranian women regarding the pap smear. *Med J Islamic Repub Iran* 2008; 22: 68-73. (Persian).
- [4] Wong L, Wong Y, Low W, Khoo E, Shuib R. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study. *Singapore Med J* 2009; 50: 49-53.
- [5] Manne SL, Kashy DA, Virtue S, Criswell KR, Kissane DW, Ozga M, et al. Acceptance, social support, benefit-finding, and depression in women with gynecological cancer. *Qual Life Res* 2018; 27: 2991-3002.
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-1953-x>
PMid:30128785 PMCid:PMC6196117
- [6] Shirali E, Yarandi F, Ghaemi M, Montazeri A. Quality of life in patients with gynecological cancers: A web-based study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2020; 21: 1969-1975.
<https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.7.1969>
PMid:32711422 PMCid:PMC7573423
- [7] Parvizy S, Mirbazegh F, Ghasemzade Kakroudi F. A family-based model for Iranian women's health: a grounded theory study. *J Public Health* 2017; 39: 20-25.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv207>
PMid:26819148
- [8] Isfahani P, Arefy M, Shamsaii M. Prevalence of Severe Depression in Iranian Women with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *Depress Res Treat* 2020; 2020.
<https://doi.org/10.1155/2020/5871402>
PMid:32455010 PMCid:PMC7240657
- [9] Rezaei Z, Sharifian Sani M, Ostadhashemi L, Ghaedamini Harouni G. Quality of life of mothers of children with cancer in Iran. *Koomesh* 2018; 20: 425-431. (Persian).
- [10] Glantz MJ, Chamberlain MC, Liu Q, Hsieh CC, Edwards KR, Van Horn A, Recht L. Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer* 2009; 115: 5237-5242.
<https://doi.org/10.1002/cncr.24577>
PMid:19645027
- [11] Carlsson C, Nilbert M, Nilsson K. Supporter or obstructer; experiences from contact person activities among Swedish women with breast cancer. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 1-8.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-9>
PMid:15670335 PMCid:PMC548515
- [12] Hassankhani H, Eghtedar S, Rahmani A, Ebrahimi H, Whitehead B. A qualitative study on cancer care burden:

- [40] Akkuzu G, Ayhan A. Sexual functions of Turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14: 3561-3564. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.6.3561> PMID:23886145
- [41] Bober S, Kingsberg S, Faubion S. Sexual function after cancer: paying the price of survivorship. *Climacteric* 2019; 22: 558-564. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1606796> PMID:31090466
- [42] Del Pup L, Nappi R, Biglia N. Sexual dysfunction in gynecologic cancer patient. *WCRJ* 2017; 4: e835.
- [43] Gilbert E, Perz J, Ussher JM. Talking about sex with health professionals: the experience of people with cancer and their partners. *Eur J Cancer Care* 2016; 25: 280-293. <https://doi.org/10.1111/ecc.12216> PMID:25040442
- [44] Shirinkam F, Jannat-Alipoor Z, Shirinkam Chavari R, Ghaffari F. Sexuality after hysterectomy: a qualitative study on Women's sexual experience after hysterectomy. *Int J Women's Health Rep Sci* 2018; 6: 27-35. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2018.06>
- [45] Buckingham L, Haggerty A, Graul A, Morgan M, Burger R, Ko E, et al. Sexual function following hysterectomy for endometrial cancer: a five-year follow up investigation. *Gynecol Oncol* 2019; 152: 139-144. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.10.025> PMID:30420200
- [46] Saffarieh E, Yousefnezhad A, Pazoki R, Ahmadi R, Yousefi-Sharami SR. Evaluation of men's sexual function before and after hysterectomy of their wives related to cancer. *Oncol Radioter* 2019; 13: 137-141.
- [47] Wang X, Chen C, Liu P, Li W, Wang L, Liu Y. The morbidity of sexual dysfunction of 125 Chinese women following different types of radical hysterectomy for gynaecological malignancies. *Arch Gynecol Obstet* 2018; 297: 459-466. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4625-0> PMID:29282516
- [48] Zhang Y, Sun S, Ding J, Hua K. The effect of different surgical methods on female and male sexual activity and marital quality in patients with early-stage cervical cancer. *Sex Med* 2020; 8: 307-314. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.02.001> PMID:32201215 PMID:PMC7261673
- [49] Errihani H, Elghissassi I, Mellas N, Belbaraka R, Messmoudi M, Kaikani W. Impact of cancer on sexuality: How is the Moroccan patient affected? *Sexologies* 2010; 19: 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.04.004>
- [50] Dinh KT, Aizer AA, Muralidhar V, Mahal BA, Chen Y-W, Beard CJ, et al. Increased vulnerability to poorer cancer-specific outcomes following recent divorce. *Am J Med* 2018; 131: 517-523. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.11.039> PMID:29555248
- [51] Guntupalli SR, Sheeder J, Ioffe Y, Tergas A, Wright JD, Davidson SA, et al. Sexual and marital dysfunction in women with gynecologic cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2017; 27. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000906> PMID:28129243
- [52] Blanco C, Markowitz JC, Hellerstein DJ, Nezu AM, Wall M, Olfson M, et al. A randomized trial of interpersonal psychotherapy, problem solving therapy, and supportive therapy for major depressive disorder in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2019; 173: 353-364. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4994-5> PMID:30343455 PMID:PMC6391220
- [25] Bokaie M, simbar M, Yassini-Ardekani SM. Social factors affecting the sexual experiences of women faced with infertility: A qualitative study. *Koomesh* 2018; 20: 228-239. (Persian). <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1216962> PMID:27626135
- [26] Roudsari RL, Javadnoori M, Hasanpour M, Hazavehei SMM, Taghipour A. Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iran J Reprod Med* 2013; 11: 101-110.
- [27] Foronda C, Baptiste DL, Reinholdt MM, Ousman K. Cultural humility: A concept analysis. *J Transcult Nurs* 2016; 27: 210-217. <https://doi.org/10.1177/1043659615592677> PMID:26122618
- [28] Sungur MZ, Bez Y. Cultural factors in the treatment of sexual dysfunction in Muslim clients. *Curr Sex Health Rep* 2016; 8: 57-63. <https://doi.org/10.1007/s11930-016-0068-z>
- [29] Cleland JA. The qualitative orientation in medical education research. *Korean J Med Educ* 2017; 29: 61. <https://doi.org/10.3946/kjme.2017.53> PMID:28597869 PMID:PMC5465434
- [30] Squires A, Dorsen C. Qualitative research in nursing and health professions regulation. *J Nurs Regul* 2018; 9: 15-26. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(18\)30150-9](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(18)30150-9)
- [31] Mohajan HK. Qualitative research methodology in social sciences and related subjects. *J Economic Dev Environ People* 2018; 7: 23-48. <https://doi.org/10.26458/jedep.v7i1.571>
- [32] Tesch R. Qualitative research: Analysis types and software. Routledge 2013. <https://doi.org/10.4324/9781315067339>
- [33] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001> PMID:14769454
- [34] McInnes S, Peters K, Bonney AD, Halcomb EJ. An exemplar of naturalistic inquiry in general practice research. *Nurse Res* 2017; 24: 36-41. <https://doi.org/10.7748/nr.2017.e1509> PMID:28102791
- [35] Abadi OS, Cheraghi MA, Tirgari B, Nayeri ND, Rayyani M. Feeling an invisible wall: the experience of Iranian women's marital relationship after surgical menopause: a qualitative content analysis study. *J Sex Marital Ther* 2018; 44: 1-14. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1440451> PMID:29452055
- [36] Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. *Arch Sex Behav* 2010; 39: 998-1009. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9416-z> PMID:19067153
- [37] Afonso Regino, P., Elias, T. C., Freitas Silveira, C., Wide Pissetti, C., de Araújo Pereira, G., & da Silva, S. R.. ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BREAST OR GYNECOLOGICAL CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY. *Cienc Cuid Saude* 2018; Oct-Dec 17 (4) 402-406. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v17i4.40246>
- [38] Abbott-Anderson, K. Sexual concerns of gynecological cancer survivors: Development of the sexual concerns questionnaire-Gynecological Cancer. The University of Wisconsin - Madison. ProQuest Dissertations Publishing, 2015.
- [39] Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2012; 124: 477-489. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030> PMID:22134375

Women experience about the challenges of gynecological cancer: A qualitative study

Samaneh Alinejad Mofrad (Ph.D Student)¹, Ahmad Nasiri (Ph.D)^{*1}, Gholam Hossein Mahmoudi-Rad (Ph.D)², Fatemeh Homaei-Shandiz (M.D)³

1 – Dept. of Nursing and Midwifery, Birjand university of Medical sciences, Birjand, Iran.

2- Dept. of Radiotherapy Oncology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* Corresponding author. +98 56 32395000 nasiri2006@bums.ac.ir

Received: 6 Dec 2020; Accepted: 16 Jun 2021

Introduction: Gynecological cancer is an unfortunate event for women. Due to cultural and social constraints, there is not enough information about the problems of these women. So, the aim of this study is explaining the experience of the challenges in women with gynecological cancer.

Materials and Methods: This qualitative content analysis approach study, with a content analysis approach and with using purposive sampling, was done on 16 women with gynecological cancer who referred to three medical centers in Mashhad city. Data were analyzed by conventional content analysis method. Guba and Lincoln criteria were used to confirm the accuracy of the data.

Results: The age range for participants in this study was 35-62 years of age. By analyzing the data, three categories were obtained :1) Concerns about losing their position in marital life (forcing to stop sexual intercourse, increasing the burden of life on the spouse and reducing the patient's presence in marital life) 2) Effect of the disease on sexual relations (deterioration of intimacy, unpleasant experiences during sexual intercourse and the occurrence of gradual sexual frigidity) and 3) Concerns about the possibility of divorce and separation (being out of favor with husband and marital conflicts).

Conclusion: Women with gynecological cancer face many challenges. It is necessary to inform nurses and physicians about this issue, in order to increasing their understanding of these women's problems. Also, conducting educational classes and counseling sessions along with medical treatment for patients, can play an important role in promoting the health of these women in various dimensions.

Keywords: Gynecological Cancer, Women, Qualitative Research
