

The relationship between type of mastectomy surgery and marital satisfaction and marital stress in women with breast cancer

Hassan Moayeri¹, Asra Foroughi², Seyede Asrin Seyedoshohadaei³, Mohammad Aziz Rasouli⁴,
Payman Rezagholi^{5*}

¹Department of Surgery, Faculty of Medicine, Kowsar Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

²Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

³Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Neurosciences Research Center, Qods Hospital, Kowsar Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

⁴Department of Epidemiology, Kowsar Hospital, Clinical Research Development Unit, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

⁵Department of Operating Room, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 2 Nov 2022

Accepted: 31 Jan 2023

ePublished: 15 Apr 2023

Keywords:

- Mastectomy surgery
- Marital satisfaction
- Marital stress
- Breast cancer

Abstract

Background. Breast cancer is still considered as one of the most important diseases, the most common cancer, and the second cause of death among women. It is necessary to evaluate the factors responsible for breast cancer (e.g., marital stress) since majority of the breast cancer cases in Iran are active young women hoping to live a normal social and sexual life, and because breast emptying has destructive effects on self-image and marital satisfaction. Therefore, this study aimed to determine the relationship between satisfaction and marital stress in mastectomy surgery.

Methods. In this cross-sectional study, 120 married women with breast cancer were selected using available methods. The data were collected using a questionnaire with three parts including demographic questions, Enrich marital satisfaction, and Stockholm marital stress. Parametric tests and analysis of variance were used to analyze the data.

Results. There was no significant relationship between marital satisfaction/marital stress and type of mastectomy surgery ($P>0.01$). Also, there was no significant relationship between marital satisfaction/marital stress and demographic variables ($P>0.01$).

Conclusion. It was concluded that the marital satisfaction and marital stress had no significant relationship with the type of breast surgery.

Practical Implications. Type of breast surgery had no effect on marital stress and satisfaction.

How to cite this article: Moayeri H, Foroughi A, Seyedoshohadaei S A, Aziz Rasouli M, Rezagholi P. The relationship between type of mastectomy surgery and marital satisfaction and marital stress in women with breast cancer. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2023;45(2):141-148. doi: 10.34172/mj.2023.018. Persian.

Extended Abstract

Background

Breast cancer is still considered as one of the most important diseases, the most common cancer, and the second cause of death among women. Marital satisfaction is regarded as one of the sources fulfilling

mutual psychological and social needs of husband and wife, as one of the important aspects of communication that spouses build throughout their lives, and as an important indicator facilitating the evaluation of the marital relationship quality.

*Corresponding author; Email: paimanrezagholy@gmail.com

Majority of the breast cancer cases in Iran are active young women hoping to live a normal sexual and social life. Furthermore, breast emptying has destructive effects on self-image and marital satisfaction. Therefore, it is necessary to evaluate the factors responsible for breast cancer, including marital stress. This study aimed to determine the relationship between satisfaction and marital stress in mastectomy surgery.

Methods

To conduct this cross-sectional study, 120 eligible married women with breast cancer and referring to Ba'ath Sanandaj clinic for treatment were selected. The selected sample size was available in a certain period of time based on the method studied in two groups of 60 individuals who had completed one of the mastectomy or breast conservation procedures based on the opinion of a specialist doctor. Due to the small size of the sample in the desired time period and in order to reduce the costs, only 120 patients assigned to two groups (60 patients in each group) were examined. The participants were informed of the study purpose, and were assured that the study results would be used for achieving research purposes only. Those unwilling to participate in the study were replaced with other eligible patients adopting available method. The data collection tool was a questionnaire falling into three parts. The first part included demographic questions about age, education level, job, place of residence, income, number of children, and length of marriage. The second part was the ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire. The third part was the Stockholm Marital Stress Questionnaire, which was a structured scale to measure marital stress. For the purposes of our analyses, t-test was used to compare two groups in terms of quantitative variables, and analysis of variance (ANOVA) was used for comparing more than two groups after checking the assumptions of normality. Pearson's correlation test was also performed to examine the correlation between two quantitative variables. Data analysis was performed using SPSS 24 software, and $P < 0.05$ was considered the significance level.

Results

The average and standard deviation of the age in two groups was 48.63 ± 6.12 (see Table 1 for the rest

of information). The level of education in group 1 was higher, 78% of the patients were literate, and 22% of them were illiterate. Also, the studied patients in both groups were unemployed. The mean and standard deviation of marital satisfaction in group 1 and group 2 were 145.65 ± 8.13 and 147.3 ± 9.73 , respectively. The mean and standard deviation of marital stress in group 1 and group 2 were 47.96 ± 5.46 and 47.23 ± 2.72 , respectively. The relationship between marital satisfaction/marital stress and type of mastectomy surgery was not significant ($P > 0.01$). The relationship between marital satisfaction/marital stress and demographic variables was not significant ($P > 0.01$).

Conclusion

Since breast cancer is closely associated with the female identity, it can exert severe negative psychological effects on the patient and her family. The diagnosis of this disease and the stages of its treatment greatly contribute to the physical, psychological, familial, social, and economic dimensions. Due to the importance of the breast for females, a woman's reaction to a real disease or suspected breast cancer may manifest itself as fear of disfigurement, loss of sex drive, withdrawal from sexual partner, and even death. In the present study, no significant relationship was detected between marital satisfaction/marital stress and type of breast surgery, and type of breast surgery had no effect on marital satisfaction and stress. Furthermore, no significant relationship was observed between demographic variables and marital satisfaction/marital stress. It was determined that economic factors and cultural beliefs may have affected the psychological, social, and sexual adjustments of the breast cancer survivors. Our study findings also revealed that marital satisfaction and marital stress had no significant relationship with the type of breast surgery. Since sex is a reciprocal relationship, it was recommended that the spouses' points of view should be examined in order to help them gain sexual satisfaction. It was also suggested that further studies should be carried out in Iran in order to investigate the role of husbands in supporting their wives recovered from breast cancer as well as to measure their sexual desire and satisfaction before/after women are diagnosed with breast cancer.

ارتباط رضایت زناشویی و استرس زناشویی با نوع جراحی ماستکتومی در زنان مبتلا به سرطان پستان

حسن معیری^۱، اسرا فروغی^۲، سیده اسرین سیدالشهدایی^۳، محمد عزیز رسولی^۴، پیمان رضاقلی^{۵*}

^۱ گروه جراحی، دانشکده پزشکی، بیمارستان کوثر، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۳ گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، بیمارستان قدس، بیمارستان کوثر، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

^۴ گروه اپیدمیولوژی، بیمارستان کوثر، واحد توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۵ گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه. سرطان پستان همچنان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌ها، شایع‌ترین سرطان و دومین علت مرگ در میان زنان به شمار می‌رود. با توجه به این که اکثر موارد سرطان پستان در ایران در زنان جوانی دیده می‌شود که در سن فعال زندگی خانوادگی، جنسی و اجتماعی خود قرار دارند و تاثیر مخرب تخلیه پستان بر تصویر از خود و رضایت زناشویی و ضرورت ارزیابی عواملی مانند استرس زناشویی، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط رضایت‌مندی با استرس زناشویی در جراحی ماستکتومی انجام شد.

روش کار. در این مطالعه مقطعی ۱۲۰ نفر از زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان با روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای با ۳ بخش و شامل سوالات دموگرافیک، رضایت زناشویی انریچ و استرس زناشویی استکهلم است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک و آزمون آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته‌ها. ارتباط رضایت زناشویی و استرس زناشویی با نوع عمل جراحی ماستکتومی معنادار نبود ($P > 0/01$). ارتباط رضایت زناشویی و استرس زناشویی با متغیرهای دموگرافیک معنادار نبود ($P > 0/01$).

نتیجه‌گیری. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بین رضایت زناشویی و استرس زناشویی و نوع جراحی پستان تفاوت معناداری وجود ندارد و با توجه به این که رابطه جنسی یک رابطه دوسویه است، برای رضایت‌مندی جنسی باید دیدگاه همسران نیز مورد بررسی قرار گیرد.

پیامدهای عملی. نوع جراحی سینه تاثیری بر استرس و رضایت زناشویی ندارد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۸/۱۱

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۱

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۱/۲۶

کلیدواژه‌ها:

- جراحی ماستکتومی
- رضایت زناشویی
- استرس زناشویی
- سرطان پستان

مقدمه

سرطان پستان حاصل رشد غیر طبیعی و بدخیم تومورهای سلول‌های اپی‌تلیال مجاری یا لوبول‌های بافت سینه در زنان است.^۱ بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا در سال ۲۰۱۱، در جهان سالانه ۱/۶ میلیون مورد جدید سرطان پستان در بین زنان تشخیص داده می‌شود. طبق آماری که در سال ۱۳۸۸ در ایران ثبت شده است بروز این بیماری در ایران ۳۰ در ۱۰۰ نفر است.^۱ به دلیل نقش عمده پستان در جنس زن، واکنشی که فرد نسبت به این بیماری دارد به شکل اضطراب، افسردگی و تنبذگی بروز پیدا می‌کند. این واکنش‌ها در فرد باعث مشکلاتی مانند اختلال در

عملکرد، ضعف در تصمیم‌گیری‌های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف، ایجاد مشکل در زندگی زناشویی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌شود.^۲ موارد استرس‌زای روانی مرتبط با سرطان پستان که در سازگاری فرد اختلال ایجاد می‌کند - از اقدامات درمانی گرفته تا عوامل استرس‌زای هیجانی (استرس، اضطراب، افسردگی) و اجتماعی (مشاهده عکس‌العمل اطرافیان و ...) - می‌تواند بر سلامت بیمار تاثیر داشته باشد.^۳ پس از بروز سرطان پستان در زنان، جراحی پستان به دو روش جراحی حفظ پستان (برداشت تومور پستان به همراه حاشیه بافت سالم اطراف

*نویسنده مسؤل: ایمیل: paimanrezagholy@gmail.com

حق تالیف برای مؤلفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایتو کامنز 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

آن) و ماستکتومی (Mastectomy) - یعنی تخلیه کامل پستان - انجام می‌گیرد. جراحی حفظ پستان باعث می‌شود که شکل و اندازه پستان به عنوان یک عضو حفظ شود که در مواردی می‌توان با استفاده از تکنیک‌های انکوپلاستیک و یا یک جراحی کاهش حجم یا ماستوپکسی (Mastopexy) جراحی حفظ پستان را انجام داد.^۴ فرد پس از طی کردن موفقیت آمیز مراحل درمان فیزیکی (جراحی ماستکتومی)، به دنبال تمرکز بر مسایل مربوط به کیفیت زندگی خود است. در پژوهشی که در این رابطه انجام شده یکی از نگرانی شایع در بین این بیماران نگرانی در مورد روابط زناشویی است.^۵ خزایی و همکاران رضایت‌مندی زناشویی را به صورت نگرش‌ها یا احساسات کلی فرد نسبت به همسر و رابطه اش تعریف می‌کنند. رضایت‌مندی زناشویی از منابع تامین کننده بسیاری از نیازهای روانی اجتماعی متقابل زن و شوهر به حساب می‌آید و از جنبه‌های ارتباطی مهمی است که همسران در طول زندگی خود بنا می‌کنند و شاخص مهم جهت قضاوت در مورد میزان کارآمدی یک رابطه زناشویی است.^۶ بیماری سرطان از بیماری‌های مزمنی است که تشخیص آن تجربه بسیار ناخوشایندی را برای بیمار داشته و سبب مختل شدن شغل، وضعیت اقتصادی اجتماعی و زندگی زناشویی فرد خواهد شد.^۷ مطالعات انجام شده در این مورد نشان می‌دهد که بیماری سرطان می‌تواند آثار بدی بر رضایت زوج از زندگی داشته باشد اما نتایج در کشورهای مختلف با فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف متفاوت است.^۸ استرس می‌تواند یکی از عمومی‌ترین مسایل زندگی انسان باشد. لازاروس و فولکمن معتقدند که استرس، فشاری است که مردم در زندگی احساس می‌کنند.^۹ استرس زناشویی به موقعیتی اطلاق می‌شود که در آن همسران مشکلات ارتباطی و حل مسئله را تجربه کرده و در حالی که در جستجوی راه حل هستند با یکدیگر زندگی می‌کنند و به سختی تفاوت‌های یکدیگر را می‌پذیرند.^{۱۰} طبق مطالعات انجام گرفته بین استرس زناشویی و رضایت‌مندی زناشویی رابطه منفی و مستقیمی برقرار است.^{۱۱} با توجه به این که اکثر موارد سرطان پستان در ایران در زنان جوانی دیده می‌شود که در سن فعال زندگی خانوادگی، جنسی و اجتماعی خود قرار دارند و تاثیر مخرب تخلیه پستان بر تصویر از خود و نیز رضایت زناشویی و ضرورت ارزیابی عواملی مانند استرس زناشویی، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط رضایت‌مندی با استرس زناشویی در جراحی ماستکتومی انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی ۱۲۰ نفر از زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان که برای درمان به درمانگاه بعثت سنجندج مراجعه کردند و

واجد شرایط مطالعه بودند، انتخاب شدند. حجم نمونه انتخابی به صورت در دسترس در بازه زمانی مشخص بر اساس روش مورد مطالعه در دو گروه ۶۰ نفره که یکی از روش‌های ماستکتومی یا حفظ پستان با نظر پزشک متخصص برای آنها انجام شده بود، بررسی شدند. با توجه به حجم کم نمونه در بازه زمانی مورد نظر و همچنین کاهش هزینه‌ها، تعداد ۱۲۰ نفر و در هر گروه ۶۰ نفر بیمار بررسی شدند. این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR.MUK.REC.1399.043 تصویب شده است. مددجویان در جریان نوع مطالعه قرار گرفتند و این اطمینان به آنها داده شد که نتایج این طرح تنها جهت کارهای پژوهشی استفاده می‌شود. در صورت عدم تمایل مددجو به شرکت در طرح، مددجوی دیگری به روش در دسترس انتخاب شده و جایگزین شد. پس از اعلام رضایت مددجویان، فرم اطلاعات فردی، فرم پرسشنامه استرس زناشویی و رضایت زناشویی توسط مددجویان تکمیل شد. نمونه‌ها به دو گروه تقسیم شدند: ۱. مبتلایان به سرطان پستان که ماستکتومی شده‌اند. ۲. مبتلایان به سرطان پستان که جراحی حفظ پستان شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای با ۳ بخش است. بخش اول سوالات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، شغل، محل سکونت، میزان درآمد، تعداد فرزند و طول مدت ازدواج است. بخش دوم پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH) است. این پرسشنامه ۴۷ سوال دارد که شامل ۱۲ مقیاس است. این مقیاس‌ها شامل پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری عقیدتی هستند. این ابزار بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای بود. گزینه‌های این آزمون با کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالف مشخص شده است که به هر یک از گزینه‌ها در عبارات مستقیم امتیاز ۱ تا ۵ و در عبارات معکوس ۵ تا ۱ داده می‌شود. در این مقیاس تجزیه و تحلیل بر اساس نمرات خام صورت می‌گیرد و نمره بالا نشان دهنده رضایت بیشتر است. سلیمانیان روایی همزمان این پرسشنامه را با فرم اصلی آن ۹۵ درصد محاسبه کرده است و معتمدین برای بررسی اعتبار سازه پرسشنامه انریچ از پرسشنامه سازگاری زناشویی استفاده کردند که ضریب همبستگی آن ۶۵ درصد به دست آمد. همچنین سلیمانیان پایایی این مقیاس را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۶۵ درصد محاسبه کرده است.^{۱۲} در پژوهش وحدت نیا ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۸۶ درصد محاسبه گردید.^{۱۳} بخش سوم پرسشنامه استرس زناشویی استکهلم

دو متغیر کمی نیز از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ آنالیز شدند. سطح معنی‌داری در این مطالعه $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه $48/63 \pm 6/12$ بوده و بقیه اطلاعات در جدول ۱ قابل مشاهده هستند. میزان تحصیلات در گروه ۱ بالاتر بود، طوری که حدود ۷۸ درصد با سواد و ۲۲ درصد بی سواد بودند. همچنین در هر دو گروه افراد مورد مطالعه شاغل نبودند (جدول ۲). میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در گروه ۱، $145/65 \pm 8/13$ و در گروه ۲، $147/3 \pm 9/73$ بود. میانگین و انحراف معیار استرس زناشویی در گروه ۱، $47/96 \pm 5/46$ و در گروه ۲، $47/23 \pm 2/72$ بود. ارتباط رضایت زناشویی و استرس زناشویی با نوع عمل جراحی ماستکتومی معنادار نبود ($P > 0/01$) (جدول ۳). ارتباط رضایت زناشویی و استرس زناشویی با متغیرهای دموگرافیک معنادار نبود ($P > 0/01$) (جدول ۴).

است که یک مقیاس ساختارمند برای اندازه‌گیری میزان استرس زناشویی است و توسط اورت گومر و همکاران ساخته شده است. مقیاس اصلی ۱۷ سوال دارد که به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره این مقیاس صفر و بیشترین آن ۱۷ است. هرچه نمره فرد در این مقیاس بیشتر باشد، استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر است. اورت گومر و همکاران^{۱۴} همسانی درونی مقیاس (ضریب آلفای کرونباخ = $0/77$) و روایی آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط، رضایت بخش توصیف کرده‌اند. فرم ایرانی این مقیاس توسط بشارت، شمسی پور و براتی ترجمه و اعتباریابی شد. فرم ایرانی مقیاس استرس زناشویی ۱۷ گویه دارد. پنج گزینه بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و بسیار کم به ترتیب برابر با ۳، ۴، ۵، ۱، ۲ بود. نمره هر آزمودنی از ۲۳ (کمترین) تا ۱۱۵ (بیشترین) مشخص می‌شد.^{۱۴} در این مطالعه متغیرهای کمی بر اساس میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با تعداد و درصد برآورد شد. همچنین جهت اهداف تحلیلی برای مقایسه متغیرهای کمی در بین دو گروه از آزمون تی (T-test) و در بیش از دو گروه از آزمون آنالیز واریانس (ANOVA) بعد از بررسی پیش فرض‌های طبیعی بودن استفاده شد. برای برآورد همبستگی بین

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
۱ (ماستکتومی)	سن	۶۰	۴۱/۸۶	۵/۰۶
	فرزند	۶۰	۱/۹۸	۰/۹۹
	طول مدت ازدواج	۶۰	۲۱/۳۱	۷/۱۸
۲ (حفظ پستان)	سن	۶۰	۵۵/۴۱	۵/۵۲
	فرزند	۶۰	۳/۱۱	۱/۴۶
	طول ازدواج	۶۰	۳۴/۰۵	۸/۱۵

*گروه ۱ شامل مبتلایان به سرطان پستان که ماستکتومی شده‌اند و گروه ۲ شامل مبتلایان به سرطان پستان که حفظ پستان شده‌اند.

جدول ۲: مشخصات متغیرهای کیفی نمونه‌های مورد مطالعه

گروه	متغیر	تعداد	درصد
۱ (ماستکتومی)	میزان تحصیلات	بی سواد	۲۱/۷
		زیر دیپلم	۲۸/۳
		دیپلم	۳۵
۲ (حفظ پستان)	میزان تحصیلات	بی سواد	۷۰
		زیر دیپلم	۲۶/۷
		دیپلم	۳/۳
۱ (ماستکتومی)	شغل	شاغل	۵
		خانه دار	۹۵
۲ (حفظ پستان)	شغل	شاغل	۵
		خانه دار	۹۵
۱ (ماستکتومی)	محل سکونت	شهر	۸۳/۳
		روستا	۱۶/۷
۲ (حفظ پستان)	محل سکونت	شهر	۸۵
		روستا	۱۵

گروه	متغیر	تعداد	درصد
۱ (ماستکتومی)	میزان درآمد	۷	۱۱/۷
		۵۳	۸۸/۳
۲ (حفظ پستان)	میزان درآمد	۷	۱۱/۷
		۵۳	۸۸/۳

*گروه ۱ شامل مبتلایان به سرطان پستان که ماستکتومی شده‌اند و گروه ۲ شامل مبتلایان به سرطان پستان که حفظ پستان شده‌اند.

جدول ۳: ارتباط رضایت زناشویی و استرس زناشویی در ۲ گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P
رضایت زناشویی	۱ (ماستکتومی)	۶۰	۱۴۵/۶۵	۸/۱۳	۰/۳۱۶
	۲ (حفظ پستان)	۶۰	۱۴۷/۳	۹/۷۳	۰/۳۱۶
استرس زناشویی	۱ (ماستکتومی)	۶۰	۴۷/۹۶	۵/۴۶	۰/۳۵۴
	۲ (حفظ پستان)	۶۰	۴۷/۲۳	۲/۷۲	۰/۳۵۵

*گروه ۱ شامل مبتلایان به سرطان پستان که ماستکتومی شده‌اند و گروه ۲ شامل مبتلایان به سرطان پستان که حفظ پستان شده‌اند.

جدول ۴: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با استرس زناشویی و رضایت زناشویی در ۲ گروه مورد مطالعه

متغیر	سن گروه	فرزند گروه	طول مدت ازدواج گروه	تحصیلات گروه	شغل گروه	میزان درآمد گروه	محل سکونت گروه
رضایت زناشویی	۱	۲	۱	۲	۱	۱	۲
	۰/۳۲۵	۰/۵۲۱	۰/۱۷۳	۰/۶۱۱	۰/۶۵	۰/۲۵۸	۰/۹۱۲
استرس زناشویی	۱	۲	۱	۲	۱	۱	۲
	۰/۶۱۵	۰/۴۷۴	۰/۹۳۳	۰/۳۷۵	۰/۹۳۱	۰/۹۴۶	۰/۵۶۲

*گروه ۱ شامل مبتلایان به سرطان پستان که ماستکتومی شده‌اند و گروه ۲ شامل مبتلایان به سرطان پستان که حفظ پستان شده‌اند.

بحث

آن می‌توان به تفاوت در فرهنگ و پنهان‌کاری در اظهار این موضوع اشاره کرد. گنز و همکاران نشان دادند که سرطان پستان، پیش‌گویی کننده سلامت جنسی بعد از سرطان پستان نیست. آنها مشاهده کردند که در حدود ۵۸ درصد بقایافتگان سرطان پستان، فعالیت جنسی دارند^{۱۸} و این نتایج کاملاً مشابه مطالعات انجام شده روی زنان سالم بود و با نتایج مطالعه ما همسو است. نتایج مطالعه دیگری که اندرسن و همکاران بر رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد، نشان داد که این دسته از بیماران میانگین نمره پایینی در رضایت زناشویی دارند.^{۱۹} در پژوهش نقی پور و همکاران که بین سه گروه زنان سالم، ماستکتومی شده و جراحی حفظ پستان انجام شد، در متغیرهای رضایت جنسی تفاوت معناداری وجود نداشت^{۲۰} و با نتایج مطالعه ما همخوان است. بوستانی و همکاران^{۲۱} در مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه رضایت زناشویی در زنانی که ماستکتومی انجام داده‌اند و زنانی که حفظ پستان شدند به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد که با مطالعه ما همخوان است و از دلایل آن می‌توان به ابزار گردآوری و تقسیم بندی گروهی یکسان اشاره کرد. مولوی و همکاران^{۲۲} در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی عملکرد و رضایت جنسی زوجها پس از ماستکتومی به این نتیجه رسیدند که رضایت جنسی در دو گروه مورد مطالعه ارتباط معناداری دارد که با مطالعه ما همسو است. از دلایل آن می‌توان به ابزار گردآوری

از آنجا که سرطان پستان هویت زنانه را هدف می‌گیرد، تأثیرات شدید روانی برای بیمار و خانواده او ایجاد می‌کند. تشخیص این بیماری و مراحل درمان آن اثرات بسیار در ابعاد جسمانی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارد و به علت نقش مهم پستان در جنس زنان، واکنش زن به بیماری حقیقی یا مشکوک به سرطان پستان ممکن است به صورت ترس از بد شکلی، از دست دادن جذبه جنسی، دوری از شریک جنسی و مرگ باشد. در مطالعه حاضر ارتباط رضایت زناشویی و استرس زناشویی با نوع عمل جراحی سینه ارتباط معناداری نداشته و نوع عمل جراحی سینه هیچ تأثیری در رضایت و استرس زناشویی ندارد و همچنین ارتباط متغیرهای دموگرافیک با رضایت زناشویی و استرس زناشویی معنادار نبود. عوامل اقتصادی و باورهای فرهنگی ممکن است تطابق روانی، اجتماعی و جنسی بقایافتگان سرطان پستان را تحت تأثیر قرار دهد.^{۱۵} در مطالعه کریستی و همکاران زنان کم درآمد اسپانیایی مبتلا به سرطان پستان، مشکلات عملکرد جنسی بیشتری داشتند^{۱۱} که با نتایج مطالعه ما همسو است. از دلایل آن می‌توان به متفاوت بودن در تعداد نمونه‌ها و همچنین تفاوت در فرهنگ اشاره کرد. در مطالعه آلپسکاس و همکاران بیماران که ماستکتومی شده بودند، کاهش میل جنسی داشتند که از نظر آماری معنادار بود^{۱۳} و با نتایج مطالعه ما همسو است. از دلایل

کوثر سنج و بیماران و خانواده‌های آنها - که بدون همکاری آنها انجام این مطالعه میسر نبود - تشکر و قدردانی می‌کنند.

مشارکت پدیدآوران

حسن معیری، پیمان رضاقلی و سیده اسرین سیدالشهدایی ایده پردازی و طراحی اثر، اسرا فروغی جمع‌آوری داده‌ها، محمد عزیز رسولی تحلیل و تفسیر داده‌ها و پیمان رضاقلی و حسن معیری تهیه پیشنویس اثر و نقد و بررسی پژوهش را عهده داشتند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است.

دسترس پذیری داده‌ها

همه داده‌های ایجاد شده در این مطالعه در این مقاله گنجانده شده است.

ملاحظات اخلاقی

پرونتکل این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره مرجع IR.MUK.REC.1399.043 تایید شده است.

تعارض منافع

مؤلفان اظهار می‌کنند که منافع متقابلی از تألیف و یا انتشار این مقاله ندارند.

رضایت جنسی متفاوت در دو مطالعه و همچنین تعداد کمتر نمونه‌های در مطالعه مولوی و همکاران اشاره کرد. از محدودیت های مهم این پژوهش این بود که به دلیل تابو بودن مسایل جنسی در عرف و فرهنگ جامعه ما، برقراری ارتباط با زنان بهبود یافته از سرطان پستان و حتی زنان سالم بسیار مشکل بود. اکثر این زنان به دلایل خصوصی که مربوط به رضایت‌مندی جنسی است، تمایلی برای همکاری نشان نمی‌دادند. بنابراین محقق برای این که بتواند اعتماد افراد را جلب کرده و آنها را مطمئن سازد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند، زمان زیادی صرف کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های دیگر، ارتباط سایر عوامل با رضایت‌مندی جنسی مانند مدت زمان ازدواج، شرایط اقتصادی، باورهای فرهنگی و مذهبی و پذیرش همسران که در رضایت‌مندی جنسی نقش دارند، بررسی شود.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بین رضایت زناشویی و استرس زناشویی و نوع جراحی پستان تفاوت معناداری وجود ندارد و با توجه به این که رابطه جنسی یک رابطه دوسویه است و برای داشتن رضایت‌مندی جنسی باید دیدگاه همسران نیز بررسی شود، پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های دیگر، نقش حمایتگری همسران زنان بهبود یافته از سرطان پستان و سنجش میزان میل و رضایت جنسی آنان در قبل و پس از ابتلای زنان به سرطان پستان نیز در ایران سنجیده شود.

قدردانی

نویسندگان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان‌های

References

1. Hosseini SM, Musavi M, Rafiey H. The Effect of Social Capital on Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Social Welfare Quarterly*. 2015;14(55):243-69.
2. Vaziri ZS, Mashhadi A, Shamloo ZS, Shahidsales S. Mindfulness-based cognitive therapy, cognitive emotion regulation and clinical symptoms in females with breast cancer. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2017;11(4):e4158. doi: 10.5812/ijpbs.4158
3. Saita E, Acquati C, Kayser K. Coping with early stage breast cancer: examining the influence of personality traits and interpersonal closeness. *Frontiers in psychology*. 2015;6:88. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00088
4. Gewefel H, Salhia B. Breast cancer in adolescent and young adult women. *Clinical breast cancer*. 2014;14(6):390-5. doi: 10.1016/j.clbc.2014.06.002
5. Surbone A, Baider L, Weitzman TS, Brames MJ, Rittenberg CN, Johnson J. MASCC Psychosocial Study Group Psychosocial Study Group at www. massc. Org. Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement. *Supportive Care in Cancer*. 2010;18:255-63. doi: 10.1007/s00520-009-0693-4
6. Khazae H, Ohadi Iranbod B. effectiveness of movie therapy on marital satisfaction. *Journal of Health*

- Literacy. 2018;3(3):163-73. doi: 10.22038/jhl.2018.35462.1014
7. Shaban M, Monjamed Z, Mehran A, Hasanpour Dehkordi A. The relation between the cancer characteristics and quality of life in the patients under chemotherapy. *Hayat*. 2004;10(3):79-84.
 8. Tuinman MA, Fleer J, Sleijfer DT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. Marital and sexual satisfaction in testicular cancer survivors and their spouses. *Supportive Care in Cancer*. 2005;13:540-8. doi: 10.1007/s00520-004-0758-3
 9. Nikrokhi M, Zahrakar K. Investigation of Effects of Stress Inoculation Training on Reducing the Rate of Marital Stress in Women. *Journal of Family Research*. 2016;11(3):353-65.
 10. Golparvar M, Taherizadeh J, Esmaili R. Psychological-personality characteristics of maladjusted spouses and their marital adjustment in Iran and Toronto. *J Fam Res*. 2011;7(2):223-39.
 11. Hormozi M, Bakhtiarpoor S. Comparing marital satisfaction, emotional divorce and religious commitment among nurses and employees of healthcare centers in the City of Ahvaz. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*. 2016;3:290-6. doi: 10.22074/ijfs.2016.5045
 12. Esfandiari Dolabi Z, Joulaei A, Asli Azad M. Comparison of marital satisfaction and general health among breast cancer patients with breast evacuation, breast keeping and cancer free women in Tehran. *IJRR*. 2015;1(4):39-48.
 13. Esfandiari Dolabi Z, Joulaei A, Asli Azad M. Comparison of marital satisfaction and general health among breast cancer patients with breast evacuation, breast keeping and cancer free women in Tehran. *IJRR*. 2015;1(4):39-48.
 14. Shamsipoor M BM, Sadeghian S. relationship between marital stress and depression symptoms in women with coronary heart disease and healthy women. *Journal of Psychology and Education* 2005;35(2):21-37.
 15. Molavi A, Hekmat K, Afshari P, Hoseini M. Evaluation of couples' sexual function and satisfaction after mastectomy. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;17(134):17-24. doi: 10.22038/ijogi.2015.3700
 16. Christie KM, Meyerowitz BE, Maly RC. Depression and sexual adjustment following breast cancer in low-income Hispanic and non-Hispanic White women. *Psycho-Oncology*. 2010;19(10):1069-77. doi: 10.1002/pon.1661
 17. Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, Kentli S, Kinay M, Alanyali H, et al. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumor Journal*. 2009;95(2):212-8. doi: 10.1177/030089160909500213
 18. Ganz PA, Anne Schag CC, Lee JJ, Polinsky ML, Tan SJ. Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer*. 1992;69(7):1729-38. doi: 10.1002/1097-0142(19920401)69:7<1729
 19. Andersen BL, Carpenter KM, Yang HC, Shapiro CL. Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007;25(21):3151. doi: 10.1200/JCO.2006.09.6958
 20. Naghipour L, Zare M, Taghilou S, Heidari H. Comparison of Physical Imagination, Sexual Satisfaction and Quality of Life in Women with Breast Cancer, *Psychological Social Studies in Women. Quarterly journal of Women's Studies sociological and psychological*. 2012;10(4):41-62.
 21. Boostani H, Hoseini SM, Khodadadi N, Froozi NA. Marital satisfaction in women with breast cancer: A comparison between mastectomy and breast conserved patients. *Biomedical & Pharmacology Journal*. 2015;8(2):1237-42. doi: 10.13005/bpj/881
 22. Molavi A, Hekmat K, Afshari P, Hoseini M. Evaluation of couples' sexual function and satisfaction after mastectomy. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015; 17(134):17-24. doi:10.22038/ijogi.2015.3700