

کشف تجارب زنان بعد از هیستریکتومی: یک مطالعه کیفی

فرشته زارع^۱، حسن زارعی محمودآبادی^{۲*}، مریم صالح زاده^۳، بهناز انجذاب^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۲۲

خلاصه

مقدمه: هیستریکتومی، از جمله شایع‌ترین جراحی‌های زنان در دوره معاصر است. این جراحی، مستقیم با باروری زنان در ارتباط است و بیرون آوردن رحم می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری از لحاظ روان‌شناختی، فیزیولوژیک و جنسی برای زنان به همراه داشته باشد. این پژوهش با هدف کشف تجارب زنان بعد از هیستریکتومی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، کیفی و بر اساس راهبرد پدیدارشناسی توصیفی بود. نمونه از بین زنانی که در بیمارستان شهید صدوقی شهر یزد، جراحی هیستریکتومی انجام داده بودند انتخاب شدند و بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی، مصاحبه نیمه ساختاریافته بر روی مشارکت‌کنندگان اجرا گردید و تا رسیدن به اشباع، تعداد ۱۸ نفر انتخاب شدند. مصاحبه‌ها در سال (۱۳۹۹) و به مدت شش ماه، به صورت حضوری، تلفنی یا تصویری بود. برای تحلیل داده‌ها از روش هفت مرحله‌ای کلایزی و نرم‌افزار مکس کیودا استفاده گردید.

یافته‌ها: پس از استخراج مفاهیم، یافته‌های پژوهش در قالب ۳۱۵ گزاره، ۱۵۶ مفهوم، ۲۵ مقوله فرعی و ۵ مقوله اصلی بازنمایی شد. مقوله‌های اصلی استخراج شده: تعارض و تردید، نگرانی جنسی، حمایت همسر، حمایت اجتماعی و توانمندی-فرسودگی بودند.

نتیجه‌گیری: مراقبان سلامت باید علاوه بر جنبه‌های جسمانی، به جنبه‌های روان‌شناختی مراقبت از این زنان نیز بپردازند. بنابراین، این تجارب می‌تواند از یکسو به زنانی که قصد جراحی هیستریکتومی دارند و از سوی دیگر به مراقبان سلامت و خانواده زنان کمک کند تا با این تجارب آشنا شده و به کاهش پیامدهای منفی این جراحی کمک کنند.

واژه‌های کلیدی: زنان، هیستریکتومی، تجارب، پدیدارشناسی توصیفی

۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

۲ - دانشیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: zareei_h@yahoo.com، تلفن: ۰۲۵۳۱۲۳۳۵۷۰

۳ - استادیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

۴ - دانشیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

مقدمه

هیستروکتومی (Hysterectomy) یا برداشتن رحم، یکی از جراحی‌های رایج زنان و زایمان است [۱]. در روند زندگی زنان، قاعدگی یکی از پدیده‌های فیزیولوژیک و مهم‌ترین نشانه تولیدمثل در سنین باروری است که تأثیرات عمیقی بر زندگی آنان دارد [۲]. اختلال در این پدیده، باعث استفاده از درمان‌های دارویی، و سایل داخل رحمی طبی، کورتاژ و هیستروکتومی می‌شود [۳]. جراحی هیستروکتومی، سالانه تقریباً ۵۰۰۰۰ مورد در ایالات متحده آمریکا انجام می‌شود [۴]. بر طبق چندین گزارش در سال ۲۰۱۲، بیشتر از یک سوم زنان ۶۰ ساله در ایالات متحده آمریکا تحت جراحی هیستروکتومی قرار گرفته‌اند [۵]. در پژوهش Prize، نرخ هیستروکتومی ۵/۱ درصد برای زنان سفیدپوست، ۱۱/۳ درصد برای زنان آمریکایی مکزیکی و اسپانیایی، ۶/۵ درصد برای زنان سیاه‌پوست و ۴/۲ درصد برای نژادهای دیگر گزارش شده است [۶].

علی‌رغم اینکه هیستروکتومی یک درمان است اما پژوهش‌ها نشان دادند از دست دادن یک عضو پیامدهایی به دنبال دارد و با مشکلات و عوارضی همراه است، زنانی که تحت جراحی هیستروکتومی قرار می‌گیرند با مشکلات جسمانی، روانی، عاطفی و اجتماعی مواجه می‌شوند [۷]. پژوهش‌های مختلفی به بررسی پیامدهای روان‌شناختی هیستروکتومی پرداخته‌اند. افسردگی همراه با اضطراب، انزوای اجتماعی و پرخاشگری از عوارض شایعی است که زنان پس از هیستروکتومی گزارش دادند [۸]. در حقیقت، هیستروکتومی علاوه بر خطر جراحی، منجر به از دست رفتن یک عضو و ظرفیت تولید مثل می‌شود که دارای اهمیت نمادین زیادی برای هویت زن است که می‌تواند به افسردگی منجر گردد [۹].

هیستروکتومی می‌تواند عملکرد جنسی زنان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در برخی از مطالعات، بیماران پس از جراحی هیستروکتومی، بهبود بیشتری در سلامت روانی خود تجربه کردند و میل جنسی و رضایت جنسی بیشتری را گزارش دادند، در حالی که مطالعات دیگر نشان دادند این جراحی اثرات زینباری بر عملکرد جنسی زنان داشته است [۸]. بیشترین تغییرات جسمانی بعد از جراحی هیستروکتومی شامل درد، بی‌خوابی، مشکلات خوردن و بی‌تحریکی است [۱۰].

مطالعه‌ی Goudarzi و همکاران نشان داد خودپنداره زنان

پس از هیستروکتومی در هر دو جنبه جسمانی و روان‌شناختی تغییر می‌کند، بنابراین برای بهبود خودپنداره، قبل و بعد از هیستروکتومی مشاوره توصیه می‌شود [۱۱]. Mohamadi & Ahmadi در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی پس از هیستروکتومی کاهش می‌یابد [۱۲]. مطالعه کیفی Alshawish نشان داد، هیستروکتومی اثرات نامطلوبی بر تصویر بدن و اعتماد به نفس زنان دارد. پژوهش Theunissen نشان داد، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی پس از جراحی هیستروکتومی اندکی بهبود پیدا می‌کند [۱۳].

با توجه به اینکه جراحی هیستروکتومی یکی از شایع‌ترین جراحی‌های زنان در دنیا است [۱] و تحقیق کیفی برای بردن به ذات یک پدیده و بررسی عمیق یک پدیده است [۱۴] و در ایران مطالعات کیفی اندکی در ارتباط با پیامدهای روان‌شناختی این جراحی انجام شده است، این پژوهش با هدف کشف تجارب زنان از جراحی هیستروکتومی و پیامدهای آن به روش کیفی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش کیفی و راهبرد آن پدیدار شناسی توصیفی بود. از بین زنانی که عمل جراحی هیستروکتومی انجام داده و به بخش زنان بیمارستان شهید صدوقی یزد یا کلینیک‌های زنان و مامایی سطح شهر مراجعه کردند؛ با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی در سال (۱۳۹۹) و با توجه به شرایط ورود به تحقیق، مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد (لازم به ذکر است با توجه به شرایط همه‌گیری بیماری کووید از برخی زنان به صورت حضوری (۱۰ نفر) و تعدادی به صورت تلفنی (۸ نفر) مصاحبه گرفته شد، که در نهایت تا رسیدن به اشباع داده‌ها ۱۸ نفر انتخاب شدند. شرایط ورود به پژوهش شامل داشتن سابقه هیستروکتومی، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، زندگی با همسر و گذشت حداقل یک سال از جراحی و شرط خروج، انجام جراحی هیستروکتومی به دلیل سرطان بود. پس از اخذ کد اخلاق از دانشگاه یزد و رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، تمام مصاحبه‌ها ضبط و در پایان

پرداختند. در مرحله هفتم که اعتباریابی نهایی است از روش اعتباریابی کلایزی استفاده شد. پیرو تحلیل هر مصاحبه، از مشارکت‌کننده در مورد صحت معنای دریافت شده از مصاحبه، پرس‌وجو گردید. به منظور ارز شیایی و اعتبار سنجی یافته‌ها از چهار ملاک اعتبار پذیری (Credibility)، قابلیت اطمینان (Consistency)، تأییدپذیری (Confirm ability) و انتقال-پذیری (Transferability) استفاده شد [۱۵]. برای اعتبارپذیری، پژوهشگر تماس طولانی خود را با مشارکت‌کنندگان حفظ کرد. برای رعایت قابلیت اطمینان، تمام جزئیات مربوط به چگونگی گردآوری داده‌ها، فهرست مشارکت‌کنندگان و اطلاعات آن‌ها، مصاحبه‌های ضبط شده، مقوله‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها و یادداشت‌های پژوهشگر ذخیره شد. به منظور دستیابی به قابلیت تأییدپذیری و همخوانی نتایج با داده‌ها، نتایج بدست آمده با داده‌های خام اولیه مقایسه گردید. همچنین در جریان گردآوری و تحلیل داده‌ها، اندیشه‌های ذهنی پژوهشگر یادداشت شد تا دیدگاه‌های وارد شده در پژوهش قابل‌ردیابی و کنترل باشد.

از آنجاکه این پژوهش به عمق زندگی خصوصی مشارکت‌کنندگان پرداخته است، نهایت تلاش بر آن بود که پاسخگویان در معرض معرفی قرار نگیرند. حتی رویه کدگذاری مصاحبه‌ها به گونه‌ای صورت پذیرفت که در عین گویا بودن، نام و مشخصات فرد افشا نشود. به دلیل این که ماهیت این پژوهش به گونه‌ای بود که نیاز به مرور چند باره صحبت‌های مشارکت‌کنندگان بود، پس از توضیح درباره اینکه از فایل‌های صوتی مصاحبه‌شوندگان فقط در رویه پژوهش استفاده خواهد شد و بعد از پایان پژوهش فایل‌های صوتی از بین خواهد رفت، اجازه ضبط مصاحبه‌ها از آن‌ها گرفته شد. از دیگر حقوق مشارکت‌کنندگان در این پژوهش امکان دسترسی آن‌ها به نتایج پژوهش در صورت تمایل بود. این پژوهش هیچ بار مالی برای مشارکت‌کنندگان نداشت. مشارکت‌کنندگان با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند و هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از ادامه شرکت در مطالعه انصراف دهند. همچنین این پژوهش تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه یزد را با کد (IR.YAZD.REC.1400.036) دارد.

هر روز توسط پژوهشگر بارها شنیده و متن دقیق مصاحبه نوشته شد. پس از استخراج عبارات مهم و مرتبط با پژوهش، جهت روشن شدن مفاهیم معین، مجدد به متن مصاحبه‌ها مراجعه و با استفاده از روش کدگذاری کلایزی و نرم‌افزار مکس کیودا به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. طول جلسات مصاحبه ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود. سؤالات اصلی پژوهش به شرح زیر بود: ۱- درک تجربه جراحی هیستروکتومی برای زنان چگونه است؟ ۲- این جراحی چه پیامدهای روان‌شناختی به دنبال دارد؟

تحلیل یافته‌های این پژوهش به روش هفت مرحله‌ای کلایزی انجام شد. در مرحله نخست که اصطلاحاً ساکن شدن در داده‌ها خوانده می‌شود، پس از مصاحبه با مشارکت‌کننده، اطلاعات صوتی ضبط‌شده به صورت متنی درآمد. سپس مکتوبات مربوط به مصاحبه چندین مرتبه خوانده شد تا محتوای کلی آن درک شود. در مرحله دوم جملات و عباراتی که مستقیماً به پدیده مورد مطالعه مرتبط بود، استخراج گردید. این مرحله تحت عنوان "استخراج جملات مهم" شناخته می‌شود. در این پژوهش، عبارات مهمی که مستقیماً به پیامدهای جراحی هیستروکتومی مرتبط بود، با کشیده شدن خط زیر آن‌ها از سایر قسمت‌های متن مصاحبه مشخص شدند. در مرحله سوم معنای نهفته در هر یک از عبارات مهم کشف گردید. این مرحله تحت عنوان "فرموله کردن واحدهای معنایی" شناخته می‌شود. در این پژوهش، برای هر جمله مهم، یک توصیف کوتاه از معنی پنهان در آن نوشته شد. در مرحله چهارم، واحدهای معنایی مشترک در تمامی مصاحبه‌ها استخراج گردید و بر مبنای شباهت موجود، در دسته‌های کلی‌تری قرار گرفتند. پس از بررسی دسته‌بندی‌ها، مضامین فرعی استخراج شدند. مضامین فرعی حاصل دسته‌بندی واحدهای معنایی دارای بار معنایی مشابه هستند. در مرحله پنجم، یافته‌های به دست آمده توسط پژوهشگر و ناظر خارجی به بحث گذاشته شد. سرانجام بر اساس ریشه‌گیری نهایی شباهت مضامین فرعی، مضمون‌های اصلی پدیدار گشتند. در مرحله ششم، یافته‌ها، به صورت خلاصه و با حذف توصیفات زائد، در قالب توصیفی روایتی و جامع توسط پژوهشگر نوشته شد. سپس ناظر خارجی به اتفاق پژوهشگر به تصحیح آن

یافته‌ها

(۷ نفر)، ۵/۵ در صد فوق لیسانس (۱ نفر) و ۵/۵ در صد دکترا

(۱ نفر) بود. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

میانگین سن زنان مشارکت‌کننده ۴۴/۵ (محدوده سنی ۲۹ تا ۵۸ سال) و انحراف معیار ۷/۳۱، میزان تحصیلات زنان به صورت: ۵۰ درصد زنان دیپلم (۹ نفر)، ۳۸/۹ درصد لیسانس

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان

شماره شرکت‌کننده	سن	شغل	تحصیلات	تعداد فرزندان
۱	۴۲	کارمند	دیپلم	۲
۲	۵۱	استاد دانشگاه	دکترا	۲
۳	۴۷	خانه‌دار	دیپلم	۳
۴	۴۴	کارمند	لیسانس	۲
۵	۵۰	خانه‌دار	دیپلم	۲
۶	۵۲	بازنشسته فرهنگی	لیسانس	۲
۷	۳۷	خانه‌دار	لیسانس	۲
۸	۵۱	خانه‌دار	دیپلم	۳
۹	۵۴	منشی دندانپزشک	دیپلم	۳
۱۰	۵۸	معلم بازنشسته	لیسانس	۲
۱۱	۴۰	کارمند	لیسانس	۲
۱۲	۴۲	خانه‌دار	لیسانس	۲
۱۳	۵۲	خانه‌دار	دیپلم	۲
۱۴	۲۹	خانه‌دار	لیسانس	۳
۱۵	۴۸	خانه‌دار	فوق لیسانس	۲
۱۶	۴۴	مربی ورزش	دیپلم	۳
۱۷	۵۱	خانه‌دار	دیپلم	۳
۱۸	۴۰	کارمند	دیپلم	۲

سابقه هیستروکتومی باشد. در ادامه هر کدام از مقوله‌ها به تفصیل بیان شده است.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۵ مقوله اصلی و ۲۵ مقوله فرعی استخراج گردید، که می‌تواند نشان‌دهنده تجربه زنان با

جدول ۲- مقولات اصلی همراه با مقوله‌های فرعی

مقوله اصلی	مقوله فرعی
تعارض و تردید	آمادگی ذهنی/خوش‌بینی/اگر فتن مشاوره‌های نادرست/در ماندگی و تردید مضاعف/ترس از اختلال در روابط زناشویی/مقاومت سرسختانه
نگرانی جنسی	پیدایش مشکلات جنسی/اشتیاق و حفظ کیفیت رابطه/کاهش میل جنسی/نارضایتی همسر از رابطه جنسی
حمایت همسر	حمایت همسر (مرد)/سازگاری همسر (مرد) با شرایط جنسی جدید/نگرانی‌های همسر (مرد)/عدم حمایت همسر (مرد)
حمایت اجتماعی	دریافت حمایت خانواده/دریافت حمایت اطرافیان/دریافت حمایت‌های روانی

احساس خلاء، زنانگی، مقایسه حس زنانگی خود با دیگران / سبک زندگی توانمندی - فرسودگی جدید / کسب آرامش بعد از جراحی / پیامدهای فیزیولوژیکی / نوسانات خلقی رفتار جدید خانواده

۱- تعارض و تردید

درک زنان از جراحی هیستروکتومی، تجربه‌ای است که در مواجهه و فرار گرفتن در موقعیت جراحی کسب می‌کنند و ممکن است دچار استرس و اضطراب شوند. به‌طور کلی، جراحی ممکن است به صورت حاد موجب تنش بسیار و حتی سطوح بالایی از اضطراب گردد. این جراحی ذهنیت و زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گاهی زنان آگاهی خود را از پزشک مرتبط دریافت می‌کنند و گاهی از افرادی که قبلاً این جراحی را انجام داده‌اند. آگاهی از پزشک باعث می‌شود که افراد با احساس دوگانه اضطراب همراه با آرامش قبل از جراحی روبرو شوند.

مشارکت‌کننده شماره هفده با ۵۱ سال سن و سه فرزند که دارای فرزند معلول بود، درباره ذهنیت و ترسش در ارتباط با جراحی می‌گوید:

"خیلی می‌ترسیدم خیلی زیاد..... البته به مشکلی هم تو خانواده ما هست که من یک بچه معلول دارم..... و خیلی خودم و خانواده‌م می‌ترسیدن که من به چیزیم بشه و این بچه بی‌مادر بشه..... همش با خودم می‌گفتم خوب میشم و عمل نمی‌کنم....."

و مشارکت‌کننده هشتم ۵۱ ساله دارای سه فرزند می‌گوید:

"خب ترس و که همه دارن..... و بالاخره آدم برا هر جراحی می‌ترسه...؛ اما در کل می‌ترسیدم و اصلاً آرام نمی‌شدم..... نمیدونستم قراره چه آینده‌ای در انتظارم باشه..... و این ابهام خیلی منو به هم می‌ریخت..... در کل عمل خیلی سختی بود...؛ اما الان دیگه علائمی ندارم."

۲- نگرانی جنسی

جراحی هیستروکتومی ممکن است رابطه جنسی زنان را تحت تأثیر قرار دهد و این موضوع می‌تواند نگرانی‌هایی برای زنان به وجود آورد، نگرانی‌هایی نظیر کیفیت رابطه پس از جراحی، میزان میل جنسی، واکنش مرد و...؛ که تمام این مسائل می‌تواند علاوه بر نگرانی‌های دیگر، زنان را مشوش سازد، گرچه در برخی از موارد در پژوهش حاضر، کیفیت رابطه

جنسی افزایش داشت.

مشارکت‌کننده شماره دو با ۵۱ سال سن و دو فرزند می‌گوید:

"در مورد رابطه جنسی، قبل از جراحی و بعد از جراحی تفاوت از زمین تا آسمان بود..... بسیار تغییرات شدید بود..... میلم بسیار کاهش یافته... برانگیختگی رخ نمی‌داد...؛ و ارگاسم خیلی خیلی نادر بود..... عدم تمایل به شروع رابطه جنسی بود."

و مشارکت‌کننده شماره یازده با ۴۰ سال سن و دو فرزند، در رابطه با نارضایتی همسر خود می‌گوید:

"میل جنسی‌ام خیلی کم شده...؛ و اصلاً دوست ندارم رابطه برقرار کنم..... همسرم هم یکم گلايه ميکنه و میگه این که الانته وای به حال وقتی که سنت زیاد می‌شه...؛ اما واقعا میلم کم شده و الان میخام برم دکتر چون جدیداً بدتر هم شدم."

۳- حمایت همسر

زنان برای سازگاری با زندگی جدید نیازمند حمایت همسر هستند. این حمایت شامل همه واکنش‌های مثبت و سازگارانه مرد، نسبت به جراحی زن است. زنان بعد از جراحی هیستروکتومی نیاز به حمایت همسر دارند تا بتوانند خود را از لحاظ روان‌شناختی و جسمانی، بازتوان کنند و به شرایط جدید زندگی خود وفق دهند.

مشارکت‌کننده دوازدهم می‌گوید:

"وقتی فهمیدم قراره جراحی انجام بدم... همسرم می‌گفت هر چی به صلاحته مخالف نبود..... وقتی گفتند چاره‌ای نیست قبول کرد و حمایت کرد."

مشارکت‌کننده پانزدهم ۴۸ ساله با دو فرزند می‌گوید:

"من خب اون موقع بچه‌هام کوچیک بودند...؛ و شوهرم خب سرکار می‌رفت..... خیلی این کار رو بلد نبود و نتونست اصلاً به من رسیدگی کنه...؛ و چون خیلی خونریزی داشتم و بدنم ضعیف شده بود این‌ها همه خیلی اثر گذاشت روم." مشارکت‌کننده هشتم ۵۱ ساله با سه فرزند می‌گوید:

"همسرم از نظر حمایتی، حمایتشون بد نبود.... البته چون سرکار بود خیلی خونه نبود... و بیشتر کارهامو خونوادم که پیشم بودن برام انجام دادن."

۴- حمایت اجتماعی

علاوه بر اهمیت و ضرورت حمایت مردان در روند و بهبود جراحی، اعضای دیگر خانواده و اطرافیان نیز، منابع مهم عاطفی برای حمایت زنان هستند. زنان نیازمند این هستند که بعد از عمل، از طریق خانواده، اطرافیان و دوستان حمایت شوند.

مشارکت‌کننده سوم با ۴۷ سال سن و سه فرزند می‌گوید:

"حمایت خانواده خیلی خوب بود... سه تا بچه دارم و هر سه رو عروس دومم کردم... و یک نوه دارم من ۱۴ سالگی ازدواج کردم... و پرستاری خوبی داشتم."

و مشارکت‌کننده دوم می‌گوید:

"واکنش اطرافیان دوستان عالی بود... دوستام بسیار حمایت کردند... بسیار باعث دلگرمی من بودند... خانواده بسیار حمایت کردند... تنها چیزی که آنها از من می‌دیدند گرفتگی بود... و تغییرات ظاهری جنسی پوستی که اتفاق افتاده بود و کم‌کم اثر کاهش استروژن ظاهر می‌شد."

۵- توانمندی - فرسودگی

در پژوهش حاضر زنان پس از جراحی تجارب دوگانه‌ای داشتند، به این صورت که برخی افزایش توانمندی در جنبه‌های مختلف و برخی دیگر ناتوانی و فرسودگی را گزارش کردند.

برای مثال مشارکت‌کننده هجدهم می‌گوید:

"حس می‌کردم یه چیزی از بدنم کنده شده... حتی چند ماه پیش دکتر بهم گفت باید صفرا تو در بیاری و من گفتم نمی‌خام... من رحم و تخمدانم در آوردم و دیگه صفرام در بیارم دیگه چیزی برام نمی‌مونه... و رفتم دکتر گیاهی و دارو مصرف کردم الان خیلی بهترم."

و در ارتباط با افزایش توانمندی، مشارکت‌کننده هفدهم می‌گوید:

"از لحاظ خلقی من خیلی بهتر شدم خیلی... حتی بچه هام گاهی می‌گن خیلی مامان اخلاقت بهتر شده... به خاطر خونریزی‌های زیادی که داشتم خلقم تنگ بود و اعصابم خیلی خورد بود.."

بحث

در این پژوهش، سعی بر آن بود که تمام تجارب و پدیده‌های زنان قبل و پس از جراحی هیستروکتومی در زمینه‌های جسمانی و روان‌شناختی، همچنین حمایت‌های مورد نیاز آنها از کادر پزشکی، همسر و خانواده و اطرافیان، به منظور گذرکردن از نقاهت و پیامدهای جراحی، بررسی شود. مطالعه حاضر در پاسخ به اولین سؤال پژوهش که درک تجربه جراحی هیستروکتومی برای زنان چگونه است نشان داد، زنان در این پژوهش پس از جراحی هیستروکتومی، احساساتی مانند ابهام، اضطراب، ترس، انکار و غم را تجربه کردند. فشار روانی حاصل از پذیرش جراحی، باعث ایجاد تعارض و تردیدهایی در زنان شد. یکی از تعارض‌های مهم، به واسطه میزان اطلاعات و آگاهی از جراحی تجربه شد. گاهی زنان با دریافت اطلاعات از منابع معتبر و مشاوره با پزشک و کادر درمان بر این تردیدها غلبه کردند و اگر اطلاعات درستی در رابطه با جراحی و پیامدهای آن نداشتند، اضطراب زیادی متحمل می‌شدند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش Roudi و همکاران که نشان داد، زنان تحت جراحی هیستروکتومی با بسیاری از نگرانی‌های جسمی و عاطفی درگیر هستند و به یک مجموعه اطلاعات مناسب نیاز دارند، همخوانی دارد [۱۶].

از دیگر تعارضاتی که زنان پژوهش حاضر در مواجهه با این جراحی تجربه کردند، تردید از جراحی به علت پیدایش اختلال در روابط زناشویی بود. گاهی این جراحی در روابط زن و شوهر تأثیر گذاشته و زنان با این تصور دچار ترس و اضطراب می‌شدند. برخی از زنان، نسبت به این جراحی که بخشی از بدن آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مقاومت سرسختانه داشتند و با اصرار پزشک با این جراحی مواجه شدند. از طرف دیگر، داده‌های پژوهش حاضر نشان داد، زنانی که از خونریزی و دردهای شکمی رنج می‌بردند و زندگی شخصی خودشان را به فرزند محدود نکرده بودند، نگاه خوشبینانه‌تری نسبت به این جراحی داشتند و درک و ذهنیتشان نسبت به جراحی مثبت‌تر بود.

پژوهش حاضر نشان داد جراحی هیستروکتومی ممکن است رابطه جنسی زنان را تحت تأثیر قرار دهد و زنان پس از جراحی

در تلاش بودند رابطه‌ی جنسی خود را بهبود بخشند. این یافته‌ها با پژوهش Rahimzadeh و همکاران که نتیجه گرفتند هیستروکتومی باعث افزایش اختلالات جنسی در زنان به صورت افزایش خشکی واژن، انقباضات غیرارادی واژن، ترس و پرهیز از مقاربت، کاهش احساسات لذت طی مقاربت و رسیدن به ارگاسم می‌شود، همسو است [۱۷]. همچنین این یافته‌ها با پژوهش Mohammadi & Ahmadi که نشان دادند سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی پس از هیستروکتومی کاهش می‌یابد، همسو است [۱۰].

در موارد دیگر، زنان پژوهش حاضر تغییر چشمگیری در روابط جنسی خود گزارش نکردند و حتی گاهی افزایش کیفیت روابط به علت قطع شدن خونریزی‌های مکرر را گزارش دادند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش Babazadeh و همکاران همخوان است. در آن پژوهش نیز زنان عدم ایجاد تغییر در مسائل جنسی و گاهی افزایش کیفیت روابط جنسی پس از هیستروکتومی را گزارش دادند [۱۸]. همچنین این قسمت با یافته‌های Ketabchi و همکاران همسو بود. در آن پژوهش نیز بین رضایت زناشویی در زنان هیستروکتومی شده با زنان سالم تفاوت معنی‌داری وجود نداشت [۱۹].

در این پژوهش مردان (به نقل از همسرشان) قبل از عمل جراحی، نگران رابطه جنسی خودشان بودند. ولی بعد از جراحی هیستروکتومی، مردان تجربه بهتری از روابط زناشویی را گزارش دادند. این یافته‌ها با پژوهش Reis و همکاران که ۴۸ درصد مشارکت‌کنندگان گزارش کردند نگرش همسرانشان بعد از جراحی تغییر کرده و جراحی بر روی زندگی مشترک آن‌ها تأثیرات نامطلوبی داشته است، همسو نیست [۲۰].

از حمایت‌های دیگر که در روند بهبودی زنان پژوهش حاضر نقش بسزایی داشت، حمایت‌های اعضای خانواده (فرزند، عروس و نوه) و دوستان و اقوام بود. این حمایت‌ها که شامل حمایت‌های روانی، دارویی و غذایی است، باعث تسریع سازگاری و بهبود جسمی زنان شد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه Sadeghi و همکاران که نشان داد از منظر مشارکت‌کنندگان حمایت عبارت است از پشتیبانی روحی و اطلاعاتی از اعضای خانواده به گونه‌ای که بیمار را قادر سازد با آرامش خاطر بیشتری روند جراحی را سپری کند، همسو است [۲۱].

مطالعه حاضر در پاسخ به دومین سؤال پژوهش، که این جراحی چه پیامدهای روان‌شناختی به دنبال دارد، نشان داد هیستروکتومی در برخی از زنان، اثرات مثبتی به‌جا گذاشته است. از جمله پیامدهای مثبت این جراحی می‌توان به کسب آرامش و افزایش کیفیت زندگی اشاره کرد. زنانی که درگیر خونریزی‌های مکرر بودند به دنبال این عمل جراحی توانستند اعتماد به نفس بالاتری پیدا کنند. این داده‌ها با نتایج پژوهش Pinar و همکاران همخوان است [۲۲]. در آن پژوهش نیز مشخص شد هیستروکتومی باعث افزایش کیفیت زندگی در سال‌های اولیه پس از جراحی می‌شود. پیامد دیگر که بر روی زنان و متعاقباً خانواده آنها اثرگذار بود، تغییرات و نوسانات خلقی بود. زنان در این پژوهش تغییر خلقیات خود را متناسب با سن و افزایش سن می‌دانستند زیرا با افزایش سن و یائسگی رابطه مستقیم دارد و طبیعی است که زنان تغییرات خلقی جدیدی را از خود بروز دهند؛ اما در برخی موارد افسردگی پس از جراحی در زنان مشاهده شد که عواملی نظیر سن پایین، سابقه خلق پایین و مشکلات روان‌شناختی، عدم حمایت همسر و خانواده می‌تواند به آن دامن بزند. هیستروکتومی پیامدهای جسمانی نیز دارد. از جمله پیامدهای فیزیولوژیکی پس از هیستروکتومی در این پژوهش: خستگی مفرط، ناتوانی جسمی، گرگرفتگی، مشکلات جنسی مثل خشکی واژن و... بود که این یافته‌ها با نتایج مطالعه Alshawish و همکاران که نشان داد بیشترین تغییرات جسمانی پس از هیستروکتومی: درد، بی‌خوابی، مشکلات خوردن و بی‌تحریکی است، همسو است [۸].

پژوهش حاضر می‌تواند زیربنای مطالعات مداخله‌ای لازم برای هر یک از موارد مطرح شده باشد و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به برنامه‌ریزی و تدوین بسته‌های آموزشی دقیق، قبل و بعد از جراحی، در مراکز درمانی برای زنان هیستروکتومی‌شده در جهت ارتقای سلامت روانی و تسریع روند بهبودی این بیماران پرداخته شود. همچنین آموزش و توانمندسازی پزشکان و پرستاران جهت تشخیص پریشانی‌های روحی بیماران، توصیه می‌شود. ارائه خدمات روان‌شناختی و ارجاع آنان به مراکز روان‌درمانی، با توجه به نرخ شیوع بالای اختلالاتی نظیر اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی پایین

جسمانی، جنسی و خانوادگی می‌باشند. مراقبان سلامت باید علاوه بر جنبه‌های بیوفیزیکی به جنبه‌های روان‌شناختی مراقبت از این زنان نیز بپردازند، همچنین توصیه می‌شود تا جامعه، همسران و خانواده‌ها نیز در این زمینه آگاه شوند و بوا سطر آشنایی با نیازهای روان‌شناختی این بیماران، بتوانند در حمایت هر چه بیشتر این زنان کوشش کنند.

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

فرشته زارع در ارائه موضوع و انجام مصاحبه‌ها، حسن زارعی در تحلیل و نگارش مقاله و تحلیل مکس کیودا، مریم صالح‌زاده در تحلیل مکس کیودا و بررسی مصاحبه‌ها و بهناز انجذاب در نمونه‌گیری و ارجاع، مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که ما را در این پژوهش یاری نمودند، به ویژه زنان شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

در این دسته از بیماران ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه عوامل محیطی و فرهنگی می‌تواند در شرایط زنان تحت جراحی هیستروکتومی تأثیرگذار باشد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر شهرها نیز انجام شود. از آنجایی که پژوهش حاضر نشان داد، هیستروکتومی در برخی موارد بر روی روابط جنسی و رضایت زناشویی اثر منفی می‌گذارد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی مردانی که همسران آنها این جراحی را انجام داده‌اند نیز انجام شود، همچنین با توجه به نقش بنیادین زنان در خانواده و جامعه، پیشنهاد می‌کنیم پژوهشگران در مراکز درمانی، اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مختلف بر روی زنان هیستروکتومی‌شده را بررسی کنند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به همه‌گیری کرونا که باعث ایجاد مشکلاتی در روند پژوهش، مانند عدم موافقت برخی از زنان برای انجام مصاحبه حضوری و انجام مصاحبه به صورت تلفنی و یا تصویری از راه دور، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد زنانی که

تحت عمل جراحی هیستروکتومی قرار گرفته‌اند نیازمند دریافت اطلاعات و آگاهی در رابطه با جراحی و همچنین پیامدهای متفاوت آن در حوزه‌های مختلف زندگی اعم از اجتماعی،

References

1. Janda M, Armfield NR, Page K, Kerr G, Kurz S, Jackson G, et al. Obermair A. Factors influencing women's decision making in hysterectomy. *PEC* 2018; 101(3):504-10.
2. Bitzer J, Serrani M, Lahav A. Women's attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life. *Contraception* 2013; 4:21-8.
3. Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *AFP* 2012; 85(1):35-43.
4. Li Y, Wang N, Li L, Li J. Psychological statuses of premenopausal women before and after hysterectomy. *CM&R* 2017; 6(4):143-8.
5. Gibson CJ, Joffe H, Bromberger JT, Thurston RC, Lewis TT, Khalil N, et al. Mood symptoms after natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy among women in midlife. *Obstetrics and gynecology* 2012; 119(5):935-41.
6. Price Z. The Effects of Race, Ethnicity, Education, Marital Status, and Family Size on Hysterectomy Rates (Doctoral dissertation, Hampton University) 2021.
7. Majumdar A, Saleh S. Psychological aspects of hysterectomy & postoperative care. In: *Hysterectomy*. InTech 2012; 20. 365-92.
8. Alshawish E. Perspective of Women about Her Body after Hysterectomy. In: *Fibroids*. IntechOpen.2020; 139-42.
9. Fallahzadeh H, Abadi HZ, Momayyezi M, Moghadam HM, Keyghobadi N. The comparison of depression and anxiety between fertile and infertile couples: A meta-analysis study. *IJRM* 2019;17(3):153.

10. Alshawish E, Qadous S, Yamani MA. Experience of Palestinian women after hysterectomy using a descriptive phenomenological study. *The Open Nursing Journal* 2020; 14(1):74-9.
11. Goudarzi F, Khadivzadeh T, Ebadi A, Babazadeh R. Iranian women's self-concept after hysterectomy: A qualitative study. *IJNMR* 2021; 26(3):230-7. [persian]
12. Mohammadi-Zarghan S, Ahmadi K. Marital Adjustment, Sexual Function, and Body Image After Hysterectomy. *Shiraz E-Medical Journal* 2021; 22(9):1-9. [persian]
13. Theunissen M, Peters ML, Schepers J, Schoot DC, Gramke HF, Marcus MA. Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: An observational study. *EJOG* 2017; 217:94-100.
14. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*: John Wiley & Sons 2013.
15. Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it, Valle R, King M, *Existential-phenomenological alternatives for psychology*, 1978. Oxford University Press, New York:48-71
16. Roudi O, Tirgari B, Cheraghi MA, Nayeri ND, Rayyani M. "Tender Care": Iranian Women's Needs to Cope with Hysterectomy and Oophorectomy-A Qualitative Content Analysis Study. *IJCBNM* 2019; 7(1):63-4. [persian]
17. Rahimzadeh A, Nazemi AR, Alizadeh Z. survey about the effect of hysterectomy on sexual dysfunction in patients underwent surgery in Sanandaj Behsat hospital. *SJKUMS* 2002; 6(2):41-41. [persian]
18. Babazadeh R, Mirzaei Kh, Akhlaghi F. Hysterectomy and subsequent sexual consequences (systematic review). *IJOGI* 2012; 14(7):51-68. [persian]
19. Ketabchi M, Ghaderi Z, Gholtash A. Comparing marital satisfaction and life expectancy between hysterectomies and normal women. *Women and Society* 2019; 9(36):235-52. [persian]
20. Reis NE, Engin R, Ingec M, Bag BE. A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *IJGC* 2008; 18(5).
21. Sadeghi T, Dehghan Nayri N, Abbaszadeh A. Experience of family members of patients undergoing surgery from the concept of support in waiting time: qualitative content analysis. *JRUMS* 2014; 7(26):69-90. [persian]
22. Pinar G, Okdem S, Dogan N, Buyukgonenc L, Ayhan A. The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer. *CJON* 2012; 16(3):99-104.

Discovering Women's Experiences after Hysterectomy: A Qualitative Study

Zare F¹, Zareei Mahmoodabadi H², Salehzade M³, Enjezab B⁴

1- MSc Student, Dept of Psychology and Counselling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

2-Associate Prof, Dept of Psychology and Counselling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran. (Corresponding Author) Email: zareei_h@yahoo.com, Tel: 03531233570

3-Assistant Prof, Dept of Psychology and Counselling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

4- Associate Prof, Dept of Midwifery, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Received: 20 October 2021 Accepted: 13 November 2022

Introduction: Hysterectomy is currently one of the most common surgeries for women which is directly related to women's fertility and removing the womb could have irreparable psychological, physiological, and sexual consequences. This study was conducted aiming at discovering women's experiences after hysterectomy.

Materials and Methods: The research method was qualitative and the strategy chosen was descriptive phenomenology. Among the women who had had a hysterectomy in Shahid Sadoughi Hospital of Yazd and based on purposeful sampling and snowball, semi-structured interviews were conducted on the participants, and 18 were selected until saturation was reached. Interviews were conducted, by telephone or video for six months in 2020. Colaizzi's seven-step method and MaxiCuda software were used to analyze the data.

Result: After extracting the concepts, the findings of the study were represented in the form of 315 statements, 156 concepts, 25 main hypotheses, and 5 sub-hypotheses. The main hypotheses included conflict and hesitation, worry of women concerning coital relations, partner's support, social support, power & exhaustion.

Conclusion: In addition to the physical aspects, health care providers must also consider the psychological aspects of caring for these women. Therefore, these experiences can help not only women who want to have this surgery but also health care providers and women's families to become familiar with these experiences and help reduce the negative consequences of this surgery.

Keywords: Women, Hysterectomy, Experiences, Descriptive Phenomenology

Please cite this article as follows:

Zare F, Zareei Mahmoodabadi H, Salehzade M, Enjezab B. Discovering Women's Experiences after Hysterectomy: A Qualitative Study. *Community Health journal* 2023; 16 (4): 49-58.

Funding: This research has not received any financial support.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest.

Ethical Approval: The ethical confirmation for this study was obtained from the Ethical Committee of Yazd University. (IR.YAZD.REC.1400.036)