

بررسی اختلالات عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی در سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲

در بیمارستان های قائم (عج) و امید مشهد

دکتر ملیحه حسن زاده مفرد^۱، اکرم کرمی دهکردی^{۲*}،
دکتر نظام الدین مظفر تیزابی^۳، دکتر ملیحه امیریان^۴

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
۳. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: سرطان دهانه رحم، دومین سرطان شایع زنان و علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در کشورهای در حال توسعه می باشد. در زنان مبتلا به سرطان سرویکس، درمان های جراحی و رادیوتراپی می تواند باعث بروز مشکلات عملکرد جنسی شود، لذا مطالعه حاضر با عنوان بررسی اختلالات عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه ۱۷۶ زن مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی مراجعه کننده به بیمارستان های قائم (عج) و امید مشهد که به روش نمونه برداری در دسترس از سال ۱۳۸۸ تا سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزارهای مطالعه شامل فرم مشخصات فردی و پرسشنامه عملکرد جنسی روزن بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶/۵) و آزمون ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: ۵۳ نفر (۳۰٪) از زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی میل جنسی پایین، ۸۶ نفر (۴۹٪) تهییج جنسی نامناسب، ۶۲ نفر (۳۵٪) رطوبت واژن کم و ۷۴ نفر (۴۲٪) ارگاسم نامطلوب داشتند. ۷۰ نفر (۴۰٪) از بیماران از درد هنگام مقاربت شاکی بودند، ۴۲ نفر (۲۴٪) از بیماران از عملکرد جنسی خود ناراضی بودند. بین عملکرد جنسی با مرحله بندی سرطان سرویکس زنان همبستگی وجود داشت ($r = -0/25$ ، $p = 0/001$). بین میل یا کشش جنسی ($p = 0/04$)، تحریک جنسی ($p = 0/008$)، رطوبت جنسی ($p = 0/001$)، حداکثر لذت جنسی ($p = 0/004$)، رضایت جنسی ($p = 0/009$) و درد هنگام مقاربت ($p = 0/000$) با مراحل سرطان سرویکس همبستگی وجود داشت.

نتیجه گیری: وجود اختلالات جنسی در زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی و ارتباط بین مرحله بیماری با اختلالات جنسی نشانگر این است که اجرای برنامه های درمانی، آموزشی و مشاوره ای به این زنان لازم است.

کلمات کلیدی: عملکرد جنسی، سرطان گردن رحم، رادیوتراپی

* نویسنده مسئول مکاتبات: اکرم کرمی دهکردی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۳۸۳۲۸۹۶؛ پست الکترونیک: karami675@yahoo.com

مقدمه

سرطان، یکی از رویدادهای مشکل زای زندگی بشر است که بر هر دو جنبه فیزیکی و روان شناختی انسان اثر می گذارد. سرطان های ژنیکولوژیک (سرطان ولو، سرویکس، رحم و تخمدان) می توانند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف جسمی زنان داشته باشند. سرطان دهانه رحم (سرویکس) از اهمیت ویژه ای برخوردار است؛ چرا که سرطان دهانه رحم دومین سرطان شایع زنان و در کشورهای در حال توسعه و علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان می باشد. اکثر موارد جدید این بیماری در زنان میانسال که مبتلا به مراحل اولیه سرطان می باشند، تشخیص داده می شود که پیش آگهی این موارد بسیار خوب می باشد و بیشتر این بیماران با عوارض ناشی از بیماری و درمان آن برای سال های متمادی زنده می مانند (۳-۱).

بر اساس گزارشات سازمان جهانی بهداشت، ۲۵٪ مرگ و میر زنان در دنیا به دلیل تومورهای بدخیم است. علت ۱۸٪ این مرگ ها، سرطان دهانه رحم می باشد. در ایران سرطان سرویکس بعد از بیماری های قلبی و حوادث، سومین علت مرگ و میر می باشد و در زنان چهارمین علت سرطان از سرطان های شایع است (۴). امروزه تشخیص به موقع و درمان این بیماری توانسته است بقاء را بیشتر نماید. درمان سرطان سرویکس بر اساس سائز ضایعه، مرحله بیماری، تابلوی هیستولوژیک، درگیری لنف نوده، عوامل خطر برای جراحی یا رادیوتراپی و اینکه بیمار چه درمانی را ترجیح می دهد می تواند به صورت جراحی یا رادیوتراپی موضعی با یا بدون کموتراپی باشد (۵). درمان سرطان دهانه رحم می تواند تمام جنبه های زندگی زنان از جمله عملکرد جسمی و روانی آن ها را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از فعالیت های بسیار مهمی که در طی وجود سرطان سرویکس و رادیوتراپی دستخوش تغییر می شود، عملکرد جنسی زنان است.

نتایج برخی مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داده اند که هر دو روش درمان جراحی و رادیوتراپی اثرات مضر و در عین حال متفاوتی بر کارکرد بدن به خصوص عملکرد جنسی زنان دارند (۳-۱). نتایج مطالعه جوراسکوا و همکاران (۲۰۰۳) نشان دهنده مهم

بودن مسائل زناشویی و از دست دادن قابلیت باروری، نه تنها برای زنان جوان که قابلیت باروری خود را از دست داده اند، بلکه از نظر زنان مسن تر نیز جهت نگهداری از خانواده می باشد. برخی زنان مجبور به ادامه فعالیت جنسی تنها به منظور حفظ رابطه با شریک جنسی خود بودند، در حالی که سایرین فکر می کردند شریک جنسی شان به دلیل سرطان هیچ میلی برای مقاربت ندارد. مطالعه مذکور نشان داد زوجینی که در مورد احساساتشان نسبت به تغییرات کارکرد جنسی بحث می کنند، قادرند زندگی جنسی بهتری داشته باشند. همچنین این مطالعه حاکی از نحوه ادراک زنان از مسائل جنسی بعد از تشخیص یک سرطان ژنیکولوژیک بود و نشان دهنده نیاز به حمایت های سایکولوژیک در رابطه با کارکرد جنسی حداقل به مدت ۶ ماه بعد از درمان است (۶).

چرخه پاسخ جنسی طبیعی شامل چند مرحله ۱- تمایل^۱، ۲- تهییج جنسی^۲، ۳- ثبات^۳، ۴- ارگاسم^۴، ۵- استراحت^۵ می باشد.

اختلال میل و برانگیختگی جنسی به این معناست که فرد در عین برخوردار بودن از سلامت کامل جسم، تمایلی به مشارکت و رفتار جنسی ندارد (۱، ۲). اختلال تهییج جنسی به صورت کاهش مرطوب شدن واژن یا نزدیکی دردناک تظاهر می شود (۲). در تعدادی از این زنان احتقان عروقی در پاسخ به محرک های شهوانی به طور قابل ملاحظه کاهش می یابد. از نظر فیزیولوژیک ارگاسم به معنای رسیدن به اوج لذت جنسی است. قبل از رسیدن به این مرحله، مرحله برانگیختگی باید کامل شود. مشکل اساسی در اکثر بیماران آن است که افراد در مرحله برانگیختگی باقی مانده و نمی توانند به مرحله بعدی برسند و به تدریج تمایل جنسی خود را از دست می دهند (۲). ممکن است زن در پیگیری پاسخ های خود و شریکش حساس شود و در مورد شکست

¹ desire
² arousal
³ plateau
⁴ orgasm
⁵ resolution

نگران باشد و نتواند به رفلکس های طبیعی خود اجازه دهد تا منجر به ارگاسم شود.

عوامل متعددی مانند از دست دادن اعتماد به نفس، ظاهر فیزیکی مختل و از بین رفتن عملکرد سایر اعضا بدن در اختلال کارکرد جنسی نقش دارند. در زنان مبتلا به سرطان سرویکس و زنانی که رادیوتراپی می شوند، درمان باعث تغییراتی در آناتومی و عملکرد واژن می شود. اثر این تغییرات بر روی کارکرد جنسی زنان موضوعی است که هنوز جنبه های مختلف آن ناشناخته مانده و نیازمند مطالعات بیشتری است (۱، ۲).

تانجیت گامول و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بعد از رادیکال هیستریکتومی در زنان با سرطان سرویکس، دیس پارونی تقریباً در ۳۷٪ زنان افزایش داشت؛ در حالی که شش متغیر دیگر کارکرد جنسی بین ۴۰ تا ۶۰٪ کاهش داشت. بیش ترین تغییرات در تعداد دفعات مقاربت و رطوبت واژن بود که در ۶۲٪ زنان کاهش داشت (۷). مطالعه جنسن و همکاران (۲۰۰۳، ۲۰۰۴) در مورد اثر رادیوتراپی و رادیکال هیستریکتومی بر کارکرد جنسی زنان مبتلا به مراحل اولیه، پیشرفته، عود و پایدار بیماری زنان مبتلا به مراحل اولیه سرطان سرویکس به نتیجه رسیدند که این زنان از مشکلات کوتاه مدت جنسی از قبیل دیس پارونی، مشکل در مقاربت و کاهش رضایت جنسی رنج می بردند که همه این مشکلات طی ۶ ماه بعد از جراحی کاهش یافته بودند. با این حال تعدادی از مشکلات جنسی به ویژه کاهش میل جنسی و کاهش رطوبت واژن باقی مانده بود. در مقابل زنان مبتلا به مراحل پیشرفته، عود و پایدار بیماری مشکلات طولانی تری مانند کاهش رطوبت واژن، فقدان ارگاسم و کاهش تعداد دفعات مقاربت را همزمان با کاهش میل جنسی در طول ۲۴ ماه بعد از تشخیص تجربه می کردند. سطح مشکلات جنسی در بین دو گروه متفاوت بود. زنانی که بیماری پیشرفته، عود یا پایدار داشتند، خشکی واژن بیشتری را (۴۰٪) در مقایسه با گروهی که در مراحل اولیه بیماری بودند (۱۰٪) داشتند. همچنین زنان با بیماری پیشرفته، تمایل جنسی کمتر، اپیزودهای کمتری از ارگاسم و تعداد کمتری از دفعات مقاربت را

ذکر کردند. محققان نتیجه گرفتند که بایستی اثر مراحل مختلف سرطان سرویکس و نیز انواع مختلف درمان را بر کارکرد جنسی در نظر گرفت (۸، ۹).

با توجه به شیوع نسبی سرطان سرویکس و عوارض موجود بر کارکردهای مختلف بدن به خصوص عملکرد جنسی و عدم وجود مطالعه ای مبنی بر بررسی اختلالات عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی در فرهنگ و جوامع ایرانی، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثرات ناشی از این بیماری و درمان آن بر عملکرد جنسی انجام شد، چرا که از این طریق می توان مشکلات گروهی از این بیماران را شناخت و جهت برطرف کردن عوارض ناشی از آن اقدامات آموزشی، مشاوره ای و درمانی مناسب ارائه داد. در این راستا مطالعه حاضر با عنوان بررسی اختلالات عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی در سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ در بیمارستان های قائم (عج) و امید مشهد انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۷۶ بیمار مبتلا به سرطان سرویکس از مراجعین به بیمارستان های قائم (عج) و امید مشهد، از سال ۱۳۸۸ تا سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. انتخاب واحدهای پژوهش در هر بیمارستان بر اساس معیارهای نمونه گیری و به صورت در دسترس صورت گرفت.

زنان مورد مطالعه دارای همسر و مبتلا به یکی از انواع سرطان سرویکس بودند، بیماری آن ها حداقل ۳ ماه قبل از درمان تحت کنترل بود و باید علائم بهبودی را نشان می داد، درمان رادیوتراپی دریافت می کردند، تمایل و توانایی جسمی و روانی همکاری در این تحقیق را داشتند و با استفاده از نتایج آزمایش های هورمونی، فعالیت تخمدان ها وجود داشت. معیارهای خروج از مطالعه شامل: زنان با سابقه اختلال جنسی قبل از شروع بیماری، زندگی نکردن با همسر خود، دیدن آموزش رسمی در مورد مسائل جنسی طی یک ماه اخیر، مبتلا بودن به سایر سرطان های ژنیکولوژیک و داشتن سابقه عمل جراحی اکسنتریشن، در طی یک سال اخیر سابقه

بیماری روانی، سابقه مصرف مواد مخدر و الکل و داروهای مؤثر بر روان مانند ایمی پرامین، دیازپام، فنو باربیتال، کلرودیازپوکساید، را و سابقه ابتلاء به بیماری طبی نظیر: دیابت، اختلالات تیروئید، بیماری کوشینگ، بیماری آدیسون، تومورهای هیپوفیز، آنژین قفسه سینه، انفارکتوس میوکارد قلبی، آسم، بیماری انسدادی راه های هوایی، نوروپاتی، ضایعات نخاعی، بیماری های دستگاه تناسلی نظیر: میوم، آندومتریوز، کیست تخمدان و بیماری التهابی لگن بود.

جهت تعیین حجم نمونه از مطالعات مشابه قبلی تانجیت گامول و همکاران (۷) و برگ مارک و همکاران (۱۰) استفاده شد. با استفاده از فرمول حجم نمونه و با توجه به نسبت های یاد شده در مقالات با ضریب اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و درجه اطمینان $1-\alpha$ و توان آزمون $1-\beta$ ، بیش ترین حجم نمونه برای این مطالعه ۱۷۰ نفر تعیین شد. در نهایت با احتساب ۰/۴۰ افزایش حجم ناشی از عدم تصادفی بودن و اطمینان بیشتر و با در نظر گرفتن ریزش نمونه، ۱۸۰ نفر در نظر گرفته شد که ۴ مورد ریزش نمونه وجود داشت.

ابزارهای گردآوری داده ها شامل فرم پرسشنامه فردی، اجتماعی و باروری و عملکرد جنسی زنان روزن بود که به صورت مصاحبه با واحدهای پژوهش تکمیل می شد. عملکرد جنسی زنان بر اساس پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی سنجیده شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ توسط روزن و همکاران ساخته شده است که دارای ۱۹ سؤال با ۶ خرده مقیاس مشتمل بر: (۱) میل جنسی، (۲) تهییج جنسی، (۳) رطوبت مهبل، (۴) ارگاسم، (۵) درد هنگام مقاربت و (۶) رضایتمندی جنسی می باشد. برای سؤال های حوزه میل جنسی امتیاز ۵-۱، برای تهییج جنسی، رطوبت مهبل، درد مقاربت و ارگاسم امتیاز ۵-۰ و برای سؤالات رضایت مندی جنسی امتیاز ۵-۱ یا ۰ در نظر گرفته می شود. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. حداکثر نمره برای تمام حوزه ها ۶ و حداقل نمره برای حوزه میل جنسی ۱/۲ و برای تهییج جنسی، رطوبت مهبل، رضایتمندی، ارگاسم و درد صفر است. حداکثر نمره برای هر حوزه

برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ است. به طور کلی نمره بیشتر، نشانگر عملکرد بهتر جنسی می باشد (۱۲، ۱۱). روایی پرسشنامه عملکرد جنسی زنان به روش روایی محتوا تعیین شد؛ به این صورت که این ابزارها با مطالعه جدیدترین کتب و مقالات در زمینه موضوع پژوهش تهیه و جهت ارزیابی در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران قرار گرفت و در پایان نظرات اصلاحی آن ها در ابزارها لحاظ شد. همچنین روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در سال ۱۳۸۷ توسط محمدی (۱۱) و در سال ۱۳۹۲ توسط کرمی و همکاران (۱۳) تعیین شده است.

پرسشنامه عملکرد جنسی، ابزاری پایا می باشد؛ به طوری که در سال ۱۳۸۷ پایایی شاخص عملکرد جنسی زنان به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ $\alpha \geq 0/70$ (۹) و در سال ۱۳۹۲ با $\alpha = 0/79$ (۱۳) تأیید شد.

گردآوری داده ها به این صورت بود که پژوهشگر پس از کسب مجوز از مسئولین بیمارستان قائم و امید مشهد و پس از بیان اهداف و روش کار و کسب رضایت از واحدهای پژوهش و دادن اطمینان به آنان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، به آن ها توضیح می داد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهند بود که از ورود به مطالعه امتناع نموده یا در هر زمان مایل بودند از مطالعه خارج شوند. تمام پرسشنامه های مورد استفاده در این مطالعه بدون نام تکمیل شدند.

به واحدهای پژوهش توضیحاتی در مورد چگونگی و نحوه پاسخ دهی به سؤالات پرسشنامه ها ارائه می شد؛ به این صورت که ابتدا پرسشنامه های مربوط به مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به باروری را خودشان تکمیل می کردند و در صورت نیاز و بی سواد بودن پرسشنامه ها برای آن ها خوانده می شد و به صورت مصاحبه تکمیل می شد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶/۵) و آزمون ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن برای تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی نرمال و غیر نرمال انجام شد.

جهت توصیف داده ها از جداول فراوانی، نمودار و شاخص های میانگین، میانه و انحراف معیار انجام شد.

ابتداء ۲۲ سال و بیش ترین سن ۷۶ سال بود. ۵۷ نفر (۳۲/۴٪) از زنان در محدوده سنی ۴۱-۵۰ سال و ۹۶ نفر (۵۴/۵٪) از زنان در سنین باروری و در محدوده سنی ۲۱-۵۰ سال قرار داشتند و ۸۰ نفر (۴۵/۵٪) از زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی در محدوده سنی ۵۱-۸۰ سال قرار داشتند (جدول ۱).

میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. این مطالعه با شماره ثبت ۸۸۴۴۴ در کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد ایران به تصویب رسید.

یافته ها

میانگین سنی زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی $49 \pm 11/7$ سال بود. کمترین سن

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب محدوده سنی زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی

زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی		سن
تعداد	درصد	
۹	۵/۱	۲۱-۳۰
۳۰	۱۷	۳۱-۴۰
۵۷	۳۲/۴	۴۱-۵۰
۴۹	۲۷/۸	۵۱-۶۰
۲۸	۱۵/۹	۶۱-۷۰
۳	۱/۷	۷۱-۸۰
۱۷۶	۱۰۰	کل

بیماری در ۵ گروه قرار گرفتند که هنگام مراجعه، ۷۷ نفر (۴۳/۸٪) از بیماران در مرحله IIB قرار داشتند (جدول ۳).

از ۱۷۶ زن مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی، ۴۹ نفر (۲۷/۸٪) از زنان دارای سابقه ۵ زایمان و ۳ نفر (۱/۷٪) از زنان سابقه ۱ زایمان داشتند (جدول ۲). بیماران از نظر مرحله درگیری

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تعداد زایمان زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی

زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی		متغیر
تعداد	درصد	تعداد زایمان
۳	۱/۷	۱
۱۶	۹/۱	۲
۳۷	۲۱	۳
۴۲	۲۳/۹	۴
۴۹	۲۷/۸	۵
۲۰	۱۱/۴	۶
۹	۵/۱	۷
۱۷۶	۱۰۰	کل

جدول ۳- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب مرحله بندی سرطان زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی

مرحله سرطان سرویکس	متغیر زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی	
	تعداد	درصد
I2B	۴۷	۲۶/۷
IIA	۱۳	۷/۴
IIB	۷۷	۴۳/۸
IIIA	۳۰	۱۷
IIIB	۹	۵/۱
کل	۱۷۶	۱۰۰

در مطالعه حاضر زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی به ۱۹ سؤال از پرسشنامه سنجش عملکرد جنسی پاسخ دادند. در نمره دهی به دست آمده میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد جنسی $42/4 \pm 26/4$ در دامنه ۴ و ۹۱ بود یک سوم بیماران مجموع امتیاز پرسشنامه ای کمتر از ۲۵ داشته که بیانگر عملکرد جنسی نامطلوب می باشد. ۸۱ نفر (۴۶٪) بیماران نمره بالای ۵۰ و ۹۵ نفر (۵۴٪) آن ها نمره کمتر از ۵۰ کسب کردند (جدول ۴).

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار عملکرد جنسی به تفکیک خرده مقیاس ها در زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی

متغیرها	عملکرد جنسی		
	انحراف معیار \pm میانگین	بیش ترین	کمترین
میل یا کشش جنسی	$4/14 \pm 1/6$	۸	۲
تحریک جنسی	$4/86 \pm 4/1$	۱۳	۰
رطوبت واژن	$8/98 \pm 7/1$	۲۰	۰
حداکثر لذت جنسی	$4/22 \pm 3/4$	۱۰	۰
رضایت جنسی	$12/9 \pm 6/2$	۲۵	۲
درد هنگام نزدیکی	$7/26 \pm 5/9$	۱۵	۰
نمره کلی	$42/4 \pm 26/4$	۹۱	۴

بود که در stage های بالاتر (IIB/IIIA/IIIB) بیماری دیسپارونی نسبت به stage های پایین تر (IB2/IIA) شیوع بیشتری داشت (۷۸٪ در مقابل ۲۲٪). بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن، بین عملکرد جنسی با مرحله بندی (stage) سرطان سرویکس زنان همبستگی معکوسی وجود داشت ($r = -0/25$ ، $p = 0/001$)؛ به گونه ای که هر چه مرحله سرطان سرویکس بیشتر می شد، عملکرد جنسی کمتری وجود داشت.

همچنین بر اساس آزمون همبستگی اسپیرمن، بین خرده مقیاس های میل یا کشش جنسی ($r = -0/17$ ،

۵۳ نفر (۳۰٪) بیماران از میل جنسی پایین شاکی بودند. ۸۶ نفر (۴۹٪) از بیماران تهییج جنسی مناسبی نداشتند و ۶۲ نفر (۳۵٪) از بیماران رطوبت بسیار کم در زمان نزدیکی داشتند. در بررسی آزمون های آماری ۷۴ نفر (۴۲٪) از بیماران ارگاسم مناسبی نداشتند. ۷۰ نفر (۴۰٪) بیماران از دیس پارونی (درد هنگام مقاربت) شاکی بودند. در مجموع ۴۲ نفر (۲۴٪) از بیماران از عملکرد جنسی خود ناراضی بودند. ۵۱ نفر (۲۹٪) از بیماران رضایت چندانی از عملکرد جنسی خود نداشتند. در مطالعه حاضر دیسپارونی شایع بود و ۷۰ نفر (۴۰٪) از بیماران از دیسپارونی شدید رنج می بردند و این در حالی

وجود داشت (جدول ۵)؛ به طوری که زنان با stage بالاتر بیماری ارگاسم، تمایل، تحریک و رضایت جنسی کمتری داشتند. همچنین این زنان درد هنگام مقاربت بیشتری را نیز تجربه می کردند.

$(p=0/04, r=-0/2)$ ، تحریک جنسی، رطوبت جنسی $(p=0/001, r=-0/26)$ ، حداکثر لذت جنسی $(p=0/004, r=-0/22)$ ، رضایت جنسی $(p=0/009, r=-0/3)$ و درد هنگام مقاربت با مراحل (stage) سرطان سرویکس همبستگی معکوس

جدول ۵- رابطه خرده مقیاس های عملکرد جنسی با مرحله بندی سرطان سرویکس در زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی

متغیرها	مرحله بندی (stage) سرطان سرویکس
نتیجه آزمون	
	ضریب همبستگی (r) سطح معنی داری
میل یا کشش جنسی	$r=-0/17$ 0/04
تحریک جنسی	$r=-0/2$ 0/008
رطوبت واژن	$r=-0/26$ 0/001
حداکثر لذت جنسی	$r=-0/22$ 0/004
رضایت جنسی	$r=-0/2$ 0/009
درد هنگام نزدیکی	$r=-0/3$ 0/000
نتیجه کلی	$r=-0/25$ 0/001

در مجموع ۴۲ نفر (۲۴٪) از زنان از کارکرد جنسی خود ناراضی بودند، ۵۱ نفر (۲۹٪) نسبت به عملکرد جنسی خود رضایت چندانی نداشتند، ۵۳ نفر (۳۰٪) از آن ها رضایت جنسی قابل قبول داشته و ۳۰ نفر (۱۷٪) از زنان نیز از عملکرد جنسی خود کاملاً راضی بودند.

بحث

سرطان های ژنیکولوژیک (سرطان ولو، سرویکس، رحم و تخمدان) می توانند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی داشته باشند. سرطان سرویکس از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در زنان مبتلا به سرطان سرویکس، درمان باعث تغییراتی در آناتومی و عملکرد واژن می شود. اثر این تغییرات بر روی کارکرد جنسی زنان موضوعی است که جنبه های مختلف آن ناشناخته مانده و نیازمند مطالعات بیشتری است. از سوی دیگر با توجه به آنکه با روش های جدید درمانی بقاء بیماران افزایش یافته است، توجه به افزایش کیفیت بیماران مسئله ای بسیار مهم می باشد. مطالعات در زمینه میزان شیوع اختلالات عملکرد جنسی

سایر نتایج حاصل از مطالعه نشان داد ۱۱۴ نفر (۶۵٪) از میل جنسی قابل قبولی برخوردار بودند، ۵۳ نفر (۳۰٪) آن ها میل جنسی کم و ۹ نفر (۵٪) میل جنسی خوبی داشتند.

در مورد تهییج جنسی ۷۴ نفر (۴۲٪) از بیماران تهییج جنسی قابل قبول، ۸۶ نفر (۴۹٪) تهییج جنسی کم و ۱۶ نفر (۹٪) تهییج جنسی خوبی داشتند.

۵۳ نفر (۳۰٪) از بیماران حفظ رطوبت مهبل قابل قبول و ۴۰ نفر (۲۳٪) از آن ها رطوبت مهبل مناسبی داشتند. همچنین ۶۲ نفر (۳۵٪) از بیماران رطوبت واژن بسیار کم و ۲۱ نفر (۱۲٪) از زنان رطوبت کم در زمان مقاربت داشتند.

۷۴ نفر (۴۲٪) از بیماران ارگاسم مناسبی نداشتند، ۴۹ نفر (۲۸٪) ارگاسم قابل قبول و ۵۳ نفر (۳۰٪) ارگاسم خوبی را تجربه کرده بودند.

۷۰ نفر (۴۰٪) از بیماران به طور واضح از دیس پارونی (درد هنگام مقاربت) شاکی بودند، ۷۰ نفر (۴۰٪) شکایت چندانی را ذکر نکردند و ۳۶ نفر (۲۰٪) از زنان شکایت نسبی از دیس پارونی داشتند.

محدود بوده و اطلاعات اندکی در دسترس می باشد. بر اساس مطالعات موجود اثر شدیداً منفی رادیوتراپی بر فعالیت جنسی در درمان سرطان های لگنی گزارش شده است که به دلیل اثر رادیوتراپی در ارگان هایی مانند مثانه، رکتوم و آنوس می باشد (۱۵، ۱۴).

سطح فعالیت جنسی در بیماران مبتلا به سرطان های ژنیکولوژیک با مدت زمانی که از اتمام درمان می گذرد، سن بیماران، حمایت خویشاوندان و وضعیت مالی در ارتباط است که بایستی متخصصان بهداشت و درمان توجه بیشتری به بیماران مسن تر، فقیرتر، افراد تنها و بدون خویشاوند داشته باشند (۱۶).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد، ۳۰٪ از زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی میل جنسی پایین، ۴۹٪ تهییج جنسی نامناسب، ۳۵٪ رطوبت واژن بسیار کم در زمان نزدیکی و ۴۲٪ ارگاسم نامطلوب داشتند. همچنین ۴۰٪ از بیماران از دیس پارونی شاکی بودند، ۲۴٪ از بیماران از عملکرد جنسی ناراضی و ۲۹٪ از بیماران رضایت چندانی از عملکرد جنسی خود نداشتند. همچنین بین عملکرد جنسی و خرده مقیاس های آن با مرحله بندی (stage) سرطان سرویکس زنان بیمار همبستگی معکوس وجود داشت؛ به طوری که هر چه مرحله سرطان سرویکس بیشتر می شود، عملکرد جنسی کمتری وجود دارد.

در مطالعه جنسین زنان مبتلا به مراحل اولیه سرطان سرویکس که تحت هیستریکتومی و رادیوتراپی قرار گرفته بودند، از مشکلات کوتاه مدت جنسی از قبیل دیس پارونی، مشکل در مقاربت و کاهش رضایت جنسی رنج می بردند که در طی ۶ ماه بعد از جراحی کاهش یافته بود. با این حال برخی مشکلات جنسی به ویژه کاهش میل جنسی و کاهش رطوبت واژن باقی مانده بود و بعد از یک سال از درمان رادیوتراپی، دیسپارونی نسبت به گروه کنترل افزایش واضح پیدا کرده بود. در مقابل زنان مبتلا به مراحل پیشرفته، عود و پایدار بیماری مشکلات طولانی تری مانند کاهش رطوبت واژن، فقدان ارگاسم و کاهش تعداد دفعات مقاربت را همزمان با کاهش میل جنسی در طول ۲۴ ماه بعد از تشخیص تجربه کردند (۸، ۹).

جنسین در stage بالاتر سرطان سرویکس، خشکی واژن افزایش می یافت، ولی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. همچنین زنان با بیماری پیشرفته، تمایل جنسی کمتر، اپی زودهای کمتری از ارگاسم و تعداد کمتری از دفعات مقاربت را ذکر کردند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت؛ به طوری که زنان با stage بالاتر بیماری، تمایل جنسی کمتر و رسیدن به ارگاسم کمتری را ذکر کردند، البته وجود گروه کنترل از نقاط قوت مطالعه جنسین بود.

در مطالعه حاضر دیسپارونی در stage های بالاتر (IIB/IIIA/IIIB) بیماری نسبت به stage های پایین تر (IB2/IIA) شیوع بیشتری داشت (۷۸٪ در مقابل ۲۲٪). شیوع بالای دیسپارونی در مطالعه حاضر می تواند از انتخاب یک گروه از بیماران باشد، همانطور که جنسین بالاتر بودن میزان دیسپارونی را در درمان رادیوتراپی نسبت به هیستریکتومی گزارش کرد.

در مطالعه تانجیت گامول بعد از رادیکال هیستریکتومی در زنان با سرطان سرویکس، دیس پارونی در ۳۷٪ زنان وجود داشت، در حالی که سایر متغیرهای کارکرد جنسی بین ۶۰-۴۰ درصد کاهش داشت. بیش ترین تغییرات در تعداد دفعات مقاربت و رطوبت واژن بود که در ۶۲٪ زنان کاهش داشت (۷). در مطالعه حاضر دیس پارونی در ۴۰٪ بیماران گزارش شد و سایر متغیرها بین ۴۹-۲۴٪ کاهش داشتند. برخی نتایج مطالعه تانجیت گامول با مطالعه حاضر همخوانی و برخی موارد مغایرت داشت. احتمالاً علت عدم همخوانی نتایج این باشد که در مطالعه تانجیت زنان مورد مطالعه سابقه هیستریکتومی داشتند، در حالی که در مطالعه حاضر مبتلایانی به سرطان سرویکس مدنظر بودند که سابقه رادیوتراپی داشتند. همچنین در مطالعه تانجیت گامول جمع آوری اطلاعات و مصاحبه در دو نوبت (فاصله ۶ ماه و ۳۶ ماه بعد از هیستریکتومی) انجام شد.

در مطالعه برگ مارک، ۶۸٪ از زنان مبتلا و ۷۲٪ از زنان بیمار گروه کنترل مقاربت های واژینال عادی داشتند. ۲۶٪ از زنانی که سرطان داشتند و ۱۱٪ از زنان گروه سالم از رطوبت واژینال ناکافی در طول مقاربت شاکی بودند. در زنان با سرطان سرویکس، نوع درمان انجام

شده تأثیر اندکی بر شیوع تغییرات واژن داشت و زنان درمان شده مبتلا به سرطان سرویکس دارای تغییرات پایدار واژینال بودند که بر فعالیت جنسی شان اثر گذاشته و باعث استرس قابل توجه در زنان می شد (۱۰). در مطالعه حاضر ۳۵٪ از زنان بیمار، مشکل کاهش رطوبت واژن داشتند، این در حالی است که در مطالعه برگ مارک دو گروه زنان بیمار و سالم مورد مقایسه قرار گرفتند. همچنین مطالعه در مراحل اولیه سرطان سرویکس و با پرسشنامه متفاوت از مطالعه حاضر صورت گرفت.

نتایج مطالعه در بیماران مبتلا به سرطان سرویکس پیشرفته بدین صورت بود که بعد از درمان تعداد فعالیت جنسی کاهش می یافت. کیفیت زندگی با فعالیت جنسی مشخصاً در ارتباط بود و در بررسی بیماران، سن و مرحله بیماری و فاکتورهای پروگنوستیک نبودند (۱۷ و ۱۰).

بر اساس مطالعات انجام شده موارد متعددی از جمله وضعیت رابطه جنسی قبلی بیمار، اعتماد به نفس و روحیه بیمار، همدلی شریک جنسی در سیر بیماری، میزان بروز دیسپارونی و عوارض دیگر بر میل جنسی، رضایت از وضعیت جنسی و ارگاسم بیماران تأثیرگذار است. در بررسی به عمل آمده در نموداری که سن و کل امتیاز پرسشنامه را ارزیابی می کند، عمده کسانی که وضعیت جنسی مناسبی داشتند در سنین ۳۰-۵۰ سال و به خصوص ۳۰-۴۰ سال قرار داشتند. در سنین ۵۰-۷۰ سال بیشترین میزان (۶۴٪) ناکارآمدی وضعیت جنسی مشهود بود و ارتباط معناداری بین افزایش سن و اختلال عملکرد جنسی وجود داشت که می تواند علاوه بر تفاوت سنی و تغییرات هورمونی، می تواند ناشی از تفاوت در نسل ها و فرهنگ ها باشد.

همانگونه که در نتایج ذکر شد با وجود ایجاد اختلال عملکرد جنسی، اکثر بیماران میل جنسی، تهییج جنسی و ارگاسم مناسبی داشتند و فقط ۲۴٪ از بیماران از وضعیت جنسی خود ناراضی بودند که به نظر میزان قابل قبولی می باشد. تصور آنکه بیمار مبتلا به سرطان امید به زندگی نداشته و بروز سرطان اتمام عملکرد جنسی است، اشتباه می باشد.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر را می توان در امر برنامه ریزی و سیاست گذاری بهداشتی و درمانی مناسب به کار برد. تهیه و تدوین برنامه های مشاوره ای یا آموزشی و درمانی در این زمینه به پزشکان متخصص زنان، ماماها، روانشناسان و کارمندان بهداشتی درمانی در کلینیک های زنان و مطب های تخصصی زنان، مامایی، مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک های روانشناسی و مشاوره خانواده می تواند کمک کننده باشد. لذا پیشنهاد می شود هنگام مراجعه زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی به خصوص زنان دارای اختلالات جنسی به مراکز درمانی و مشاوره ای عملکرد جنسی آن ها مورد بررسی قرار گیرد و در صورت نیاز آموزش و مشاوره های لازم به این زنان داده شود.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی در حیطه های عملکرد جنسی خود به درجاتی دارای اختلال بودند. همچنین بین عملکرد جنسی و خرده مقیاس های آن با مرحله بندی (stage) سرطان سرویکس نیز همبستگی وجود داشت. بنابراین بررسی زنان مبتلا به سرطان سرویکس و سابقه رادیوتراپی لگنی در هنگام تشخیص، درمان و پیگیری های بعد از آن از نظر عملکرد جنسی ضروری به نظر می رسد و آموزش و مشاوره این زنان خصوصاً افرادی که دارای اختلالات جنسی می باشند، می تواند نقش بسزایی در بهبود روابط جنسی آن ها با همسرانشان داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل اجرای طرح پژوهشی و پایان نامه مصوب شورای پژوهشی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره ثبت ۸۸۴۴۴ می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، دانشکده پزشکی و همکاری صمیمانه مسئولین و کارکنان بیمارستان های قائم (عج) و امید مشهد تشکر و قدردانی می شود.

1. Ramondetta L. What is the appropriate approach to treating women with incurable cervical cancer? *J Natl Compr Canc Netw*. 2013 Mar 1;11(3):348-55.
2. Jahanfar Shayesteh MM, editor. Text book of Sexual Disorders Tehran: Salemi; 2001 [Persian].
3. Le Borgne G, Mercier M, Woronoff AS, Guizard AV, Abeilard E, Caravati-Jouvencaux A, Klein D, Velten M, Joly F. Quality of life in long-term cervical cancer survivors: a population-based study. *Gynecol Oncol*. 2013 Apr;129(1):222-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.Dec.30.
4. Morowatisharifabad ,Norouzi S ,Layeghy T ,Norouzi A .Survey of Cervix Cancer Screening Determinants among 20-65 Years Old Women Based On Health Belief Model in Lordegan, Chahar Mahal Bakhtiyaree Toloee Behdasht Journal 2014; 12(1) : 98-106.
5. Amouzegar Hashemi F, Esmati E ,Kalaghchi B .Uterine cervix carcinoma: pathologic characteristics, treatment and follow-up evaluation. *Tehran University Medical Journal* Feb 2008; 65(11): 55-59.
6. Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology*. 2003 Apr-May;12(3):267-79.
7. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kasemsarn P, Soonthornthum T, Leelahakorn S, Thawaramara T, Lapcharoen O. Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*. 2007 Sep-Oct;17(5):1104-12
8. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2003 Jul 15;56(4):937-49.
9. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Early stage cervical carcinoma, radical hysterectomy and sexual function: a longitudinal study. *Cancer*. 2004 Jan 1;100(1):97-106.
10. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with history of cervical cancer. *N Engl J Med*. 1999 May 6;340(18):1383-9.
11. Mohammadi Kh, Haydari M, Faghihzadeh S. Validated Persian version of women's sexual functioning scale instruction. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research*. 2008;7(2):269-78 [Persian]
12. Rosen R, Brown C, Heiamn J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R and et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument For the assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26:191-208.
13. Karamidehkord A, Latifnejad Roudsari R. Body image and its relationship with sexual function and marital adjustment in infertile women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research ,Special Issue on Health and Wellbeing* 2014; 19(7): 51- 58.
14. Incrocci L, Jensen PT. Pelvic radiotherapy and sexual function in men and women. *J Sex Med*. 2013 Feb;10 Suppl 1:53-64. doi: 10.1111/jsm.12010.
15. Pieterse QD, Kenter GG, Maas CP, de Kroon CD, Creutzberg CL, Trimbos JB, Ter
16. Kuile MM. Self-reported sexual, bowel and bladder function in cervical cancer patients following different treatment modalities: longitudinal prospective cohort study. *Int J Gynecol Cancer*. 2013 Nov;23(9):1717-25. doi: 10.1097/IGC.0b013e3182a80a65.
17. Chen CP, Huang KG, Wan GH, Tu LY, Lee JT. Sexual satisfaction and related factors in women previously treated for gynecological cancer. *Hu Li Za Zhi*. 2013 Apr;60(2):61-70. doi: 10.6224/JN.60.2.61. Chinese.
18. Grangé C, Bonal M, Huyghe É, Lèguevaque P, Cances-Lauwers V, Motton S. Sexual function and quality of life in locally advanced cervical cancer. *Gynecol Obstet Fertil*. 2013 Feb;41(2):116-22. doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.12.011.