

# بررسی اختلالات عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان تخمدان مراجعه کننده به بیمارستان های قائم (عج) و

## امید شهر مشهد

دکتر سیما کدخدایان<sup>۱</sup>، دکتر ملیحه حسن زاده مفرد<sup>۱\*</sup>، دکتر نفیسه ثقفی<sup>۱</sup>،  
دکتر نغمه مخبر<sup>۲</sup>، دکتر محبوبه رفعتی<sup>۳</sup>

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، بیمارستان قائم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. متخصص زنان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۸

### خلاصه

**مقدمه:** سرطان های ژنیکولوژیک می توانند اثرات عمیقی بر عملکرد زندگی زنان داشته باشند. در زنان مبتلا به سرطان تخمدان، درمان باعث تغییراتی در آناتومی کارکرد واژن می شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلالات عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان تخمدان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی طی سال های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ بر روی ۲۱۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان تخمدان مراجعه کننده به بیمارستان های قائم و امید مشهد و ۱۳۰ نفر از افراد سالم که از نظر سنی با گروه بیماران همخوانی داشتند انجام شد. افراد فرم پرسشنامه عملکرد جنسی را از طریق پرسشگری مستقل تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶/۵) انجام شد.  $p < 0/05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** ۳۱/۹٪ بیماران در دهه ۵ عمر بوده و میانگین سنی ۴۸/۱۵ سال داشتند. بر اساس نتایج آزمون پیرسون، شیوع اختلال عملکرد جنسی در افراد مبتلا به سرطان تخمدان ۸۵/۷٪ و در افراد سالم ۵۲/۹٪ بود که این اختلاف معنادار بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** اختلالات جنسی در مبتلایان به سرطان در مقایسه با گروه سالم شیوع بالایی دارد. اختلال در موارد تهییج و میل جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و درد هنگام مقاربت شیوع بیشتری داشت.

**کلمات کلیدی:** اختلال جنسی، درمان، سرطان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر ملیحه حسن زاده مفرد؛ بیمارستان قائم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۳۸۰۱۲۴۷۷ -

۰۵۱، پست الکترونیک: hasanzademofradm@mums.ac.ir

## مقدمه

سرطان، یکی از دغدغه‌آمیزترین پدیده‌های زندگی بشر است که بر هر دو جنبه جسمی و روانی انسان تأثیر می‌گذارد (۱). سرطان‌های ژنیکولوژیک (سرطان ولو، سرویکس، رحم و تخمدان) می‌توانند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی داشته باشند. در این میان سرطان تخمدان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲).

سرطان تخمدان در حالی که فقط ۵٪ سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد، شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان‌های ژنیکولوژیک می‌باشد (۳) که ۵۰٪ زنان مبتلا به این سرطان فوت می‌کنند (۲ و ۳).

در سرطان تخمدان، کاهش استروژن و آندروژن‌ها باعث بروز مشکلات متعددی در مسائل جنسی می‌شود. کاهش این هورمون‌ها باعث مشکلاتی از قبیل خشکی واژن، نازک شدن بافت واژن و ولو، کاهش الاستیسیته واژن، گرگرفتگی و مشکلات دیگر می‌شود (۴). علاوه بر این بر اساس مطالعات انجام شده، بیماران مبتلا به سرطان تخمدان میزان بالای افسردگی و اضطراب دارند (۵، ۶). افسردگی در این بیماران عاملی برای کاهش تمایل جنسی و دیگر مشکلات می‌شود (۷). درمان استاندارد سرطان تخمدان، جراحی حذف تمام کانون‌های مبتلا به سرطان (Cytoreductive) و به دنبال آن شیمی‌درمانی می‌باشد (۸-۱۰). مطالعات انجام شده در این زمینه نشان داده‌اند که هر دو روش جراحی و رادیوتراپی اثرات مضر و در عین حال متفاوتی بر کارکرد جنسی زنان دارند. به عنوان مثال رادیاسیون می‌تواند باعث تنگی واژن، کاهش رطوبت واژن، تخریب کارکرد تخمدان‌ها، از دست دادن میل جنسی و یا کاهش به ارگاسم رسیدن شود. هر چند موارد انجام رادیوتراپی در سرطان تخمدان محدود و منحصر به عودهای موضعی می‌باشد. روش جراحی لگن و حذف رحم ممکن است باعث ایجاد ناراحتی در زمان مقاربت و در نتیجه کاهش فعالیت جنسی شود. علاوه بر این واژن کوتاه می‌تواند منجر به مشکلات ارگاسمی شود (۱۱).

چرخه پاسخ جنسی شامل چند مرحله: تمایل، تهیج جنسی، ثبات، ارگاسم و استراحت می‌باشد.

در اختلال میل و برانگیختگی جنسی، فرد در عین برخورداری از سلامت کامل جسم، تمایلی به مشارکت و رفتار جنسی ندارد (۱۱، ۱). اختلال تهیج جنسی به صورت کاهش مرطوب شدن واژن یا نزدیکی دردناک تظاهر می‌کند (۱۱). در تعدادی از این زنان احتقان عروقی در پاسخ به محرک‌های شهوانی به طور قابل ملاحظه کاهش یافته است (۱).

ارگاسم از نظر فیزیولوژیک به معنای رسیدن به اوج لذت جنسی است. قبل از رسیدن به این مرحله، مرحله برانگیختگی باید کامل شود و مشکل اساسی در اکثر بیماران آن است که افراد در مرحله برانگیختگی باقی مانده و نمی‌توانند به مرحله بعدی برسند و به تدریج تمایل جنسی خود را از دست می‌دهند (۲). ممکن است زن در پیگیری پاسخ‌های خود و شریکش حساس و در مورد شکست نگران باشد که نتواند به رفلکس‌های طبیعی خود اجازه دهد تا منجر به ارگاسم شود (۱).

مطالعه هاپکینز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که در اکثر زنان، درمان سرطان تخمدان تأثیر منفی بر زندگی جنسی آن‌ها گذاشته است (۱۲). مطالعات دیگری نیز نتایج مشابهی را گزارش کردند (۱۳، ۱۴). در مطالعه لیاواژ و همکاران (۲۰۰۸)، ۴۷٪ افرادی که سرطان اپی‌تلیال تخمدان داشتند در مقایسه با ۵۷٪ از زنان سالم از نظر فعالیت جنسی فعال بودند. همچنین در افراد با سرطان تخمدان عدم تمایل ۳۶٪، خشکی واژن ۵۹٪، درد هنگام نزدیکی ۸۱٪ و عدم لذت در هنگام نزدیکی ۵۶٪ گزارش شد (۱۵). همچنین مطالعه آینده‌نگر پیلگر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) که بر روی ۵۵ بیمار انجام شد، نشان دهنده تأثیر درمان‌های سرطان‌های زنان بر روز کیفیت زندگی و روابط جنسی بیماران بود (۱۶). از آنجایی که زنان آسیایی در زمینه مسائل جنسی محتاط‌تر بوده و با رویکردی محافظه‌کارانه و به عنوان مسأله‌ای خصوصی با آن برخورد می‌کنند، این موضوع

<sup>1</sup> Hopkins

<sup>2</sup> Pilger

پرسشنامه مشخصات فردی و عملکرد جنسی (FSFI)<sup>1</sup> بود. روایی پرسشنامه عملکرد جنسی از طریق روایی محتوا و پایایی آن از طریق محاسبه ثبات درونی با ضریب آلفای کرونباخ (برای کل افراد  $\geq 0.70$ ) به زبان فارسی توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۷) در تهران تعیین شده است (۹).

از افراد جهت شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه گرفته شد و پرسشنامه های مورد استفاده در این مطالعه بدون نام تکمیل شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن همسر، یائسه نبودن، ابتلاء به یکی از انواع سرطان تخمدان، تحت کنترل بودن بیماری و گذشت حداقل ۳ ماه از اتمام درمان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: سابقه اختلال جنسی قبل از شروع بیماری، نداشتن رابطه جنسی با همسر، آموزش رسمی در مورد مسائل جنسی طی یک ماه اخیر، ابتلاء به سرطان ژنیکولوژیک دیگر، سابقه عمل جراحی اکسنتریشن، داشتن سابقه بیماری روانی طی یک سال اخیر، سابقه مصرف داروهای مؤثر بر روان مانند ایمپرامین، دیازپام، فنوباریتال، کلرودiazپوکساید و ...، استفاده از مواد مخدر و الکل، داشتن بحث و جدال خانوادگی شدید طی یک هفته اخیر، سابقه ابتلاء به بیماری طبی نظیر: دیابت، اختلالات تیروئید، بیماری کوشینگ، بیماری آدیسون، تومورهای هیپوفیز، آئزین قفسه سینه، انفارکتوس میوکارد قلبی، آسم، بیماری انسداد راه های هوایی، نوروپاتی، ضایعات نخاعی و بیماری های دستگاه تناسلی نظیر: میوم، آندومتریوز، کیست تخمدان و بیماری التهابی لگن (به دلیل کامل نبودن پرونده ها قابل به ارزیابی دقیق نبود) بود.

ابزارهای پژوهش شامل فرم پرسشنامه مربوط به عملکرد جنسی بود. عملکرد جنسی 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 میل جنسی، تهیج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، درد هنگام مقاربت و رضایت مندی جنسی می باشد که برای سؤال های حوزه میل جنسی نمرات ۵-۱، برای

به ویژه در کشورهای آسیایی از حساسیت خاصی برخوردار است. اکثر این بیماران با چگونگی ابراز مشکلاتشان آشنا نبوده و یا از ابراز آن اکراه دارند. این زمینه فرهنگی باعث می شود تا شناخت مشکلات جنسی در رابطه با سرطان تخمدان با موانعی روبرو باشد. نکته دیگر این است که اکثر رویکردها به سمت درمان خود بیماری نشان گرفته شده و مسائل روانی ناشی از بیماری و درمان خصوصاً مسائل جنسی نادیده گرفته می شوند (۱).

با توجه به شیوع نسبی سرطان تخمدان، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثرات ناشی از درمان این بیماری بر جنبه مهمی از زندگی زنان انجام شد تا مشکلات جنسی ناشی از آن را شناخته و شدت و تفاوت آن ها در مراحل مختلف بیماری مورد ارزیابی قرار گیرد.

## روش کار

در این مطالعه مقطعی ۲۱۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان تخمدان مراجعه کننده به بیمارستان قائم (عج) و امید مشهد طی سال های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ مورد مطالعه قرار گرفتند. همچنین برای بهتر نشان داده شدن نتایج مطالعه، پرسشنامه ها در بین ۱۳۰ نفر از افراد سالم که از نظر سنی با گروه بیماران همخوانی داشتند، توزیع و ۱۲۱ پرسشنامه تکمیل شده جمع آوری شد.

حجم نمونه نهایی با توجه به مطالعه مشابه قبلی لیاواژ و همکاران (۲۰۰۸)، تایلور و همکاران (۲۰۰۲) و استیوارت و همکاران (۲۰۰۱) و با توجه به نسبت های اختلال های جنسی در این مطالعات، ۲۱۰ نفر در نظر گرفته شد.

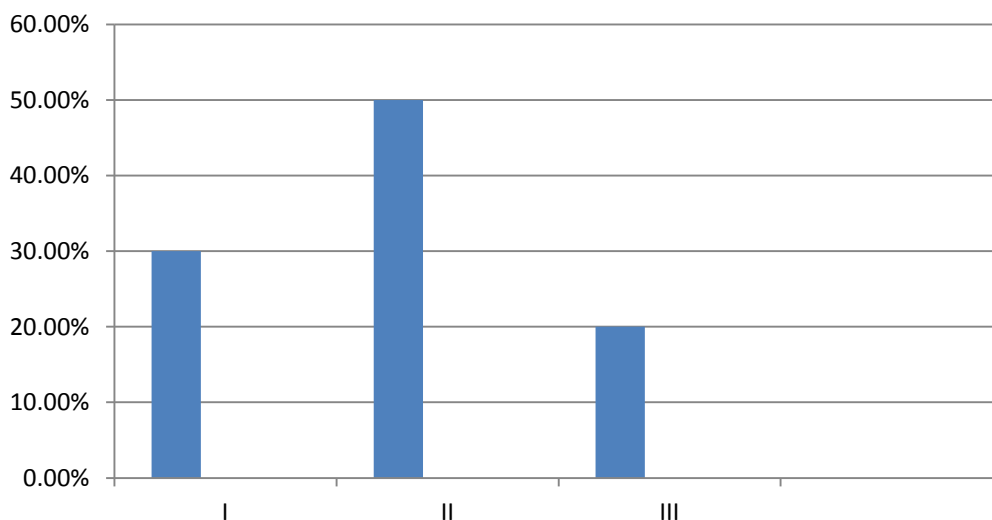
پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان های قائم (عج) و امید مشهد، تمام زنان مبتلا به سرطان اپی تلیال تخمدان که بعد از اتمام درمان تحت پیگیری بوده و نیز پرونده درمانی در بیمارستان قائم داشتند و حداقل مدت ۳ ماه از آخرین دوره درمان آنان گذشته بود وارد مطالعه شدند. این بیماران جهت معاینه به درمانگاه تومورکلینیک زنان بیمارستان قائم مراجعه کردند. ابزارهای پژوهش شامل:

<sup>1</sup> Female Sexual Functional Index

### یافته ها

در این مطالعه که بر روی افراد ۲۲-۷۷ سال انجام گرفت، اکثر بیماران (۳۱/۹٪) در محدوده سنی ۴۰ سال قرار داشتند و میانگین سنی بیماران  $48/15 \pm 12/23$  سال بود. در این مطالعه ۵۹ نفر (۲۸/۲٪) از بیماران در مرحله I، ۱۰۸ نفر (۵۱/۷٪) در مرحله II و ۲۰/۱٪ در مرحله III بیماری در زمان مراجعه بودند (نمودار ۱).

تهیج جنسی، رطوبت مهبل، درد مقاربت و ارگاسم ۵-۰ و رضایت مندی جنسی ۵-۱ و ۰ در نظر گرفته می شود (۱۷). همچنین افراد دارای عملکرد جنسی کمتر از ۲۶/۵۵ به عنوان افراد دارای اختلال جنسی در نظر گرفته می شوند (۱۷). برای توصیف داده ها از روش های آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶/۵) انجام شد.  $p < 0/05$  از نظر آماری معنی دار تلقی شد.



نمودار ۱- نمودار ستونی درصد بیماران بر اساس مرحله بیماری

متوسط میل جنسی در افراد سالم ۳/۷۲ و در افراد بیمار ۲/۵۴ بود. از آنجایی که میل جنسی در دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری داشت، لذا بیماری بر میل جنسی افراد تأثیرگذار بود ( $p < 0/001$ ).

متوسط تهیج جنسی در افراد سالم ۴/۰۳ و در افراد بیمار ۲/۲۳ بود. از آنجایی که تهیج جنسی در دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری داشت، لذا بیماری بر تهیج جنسی افراد تأثیرگذار بود ( $p < 0/001$ ).

متوسط ارگاسم در افراد سالم ۴/۷۱ و ۰/۹۳ و در افراد بیمار ۲/۶۷ بود. از آنجایی که ارگاسم در دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری داشت، لذا بیماری بر ارگاسم افراد تأثیرگذار بود ( $p < 0/001$ ).

متوسط رطوبت در افراد سالم ۴/۷۱ و در افراد بیمار ۲/۸۳ بود. از آنجایی که رطوبت در دو گروه سالم و

با توجه به اینکه مقادیر متغیرهای مورد بررسی بین صفر تا ۶ بود، می توان افراد دارای امتیازهای بالاتر از ۳ را طبیعی و کمتر از ۳ را دچار اختلال در نظر گرفت. لذا ۲۷ نفر (۲۲/۳٪) از افراد سالم و ۱۴۹ نفر (۵۳/۲٪) از افراد بیمار دچار اختلال در میل جنسی بودند. ۲۰ نفر (۱۶/۵٪) از افراد سالم و ۱۳۱ نفر (۶۲/۴٪) از افراد بیمار دچار اختلال در تهیج جنسی بودند. ۱۱ نفر (۹/۱٪) از افراد سالم و ۹۲ نفر (۳۱/۱٪) از افراد بیمار دچار اختلال در رطوبت جنسی بودند. ۵ نفر (۴/۱٪) از افراد سالم و ۹۰ نفر (۴۲/۹٪) از افراد بیمار دچار اختلال در ارگاسم بودند. ۶ نفر (۵٪) از افراد سالم و ۵۳ نفر (۵۲/۲٪) از افراد بیمار دچار اختلال در رضایت جنسی بودند. ۱۹ نفر (۱۵/۷٪) از افراد سالم و ۸۹ نفر (۲۴/۴٪) از افراد بیمار دچار درد هنگام مقاربت بودند.

مطالعه فالک و همکار (۲۰۱۳) تحت عنوان "اختلال عملکرد جنسی در زنان با تشخیص کانسر" که یک جمع بندی و نگارش خلاصه از اطلاعات گردآوری شده از بررسی ها در زمینه اختلالات جنسی در زنان با تشخیص سرطان به ویژه سرطان های ژنیکولوژیک بود، نشان داد که سرطان و درمان آن به طور مستقیم بر میل جنسی، ارگاسم، عملکرد جنسی و درد هنگام نزدیکی تأثیر می گذارد. همچنین شدت بروز اختلالات جنسی و مدت بروز آن ها در زنان مبتلا به سرطان با رادیوتراپی و مدت آن ارتباط دارد. در این مقاله به آگاهی دادن این افراد در زمینه عملکرد جنسی قبل از شروع درمان و نیز غربالگری و پیگیری آنان بعد از شروع درمان توصیه شد (۱۷). در مطالعه حاضر نیز سرطان و درمان آن بر میل جنسی و ارگاسم و عملکرد جنسی بیماران تأثیر داشت. در مطالعه فینچ و همکاران (۲۰۱۱) تحت عنوان "تأثیر سالپینگوافورکتومی پروفیلاکتیک روی علائم یائسگی عملکرد جنسی در زنان حامل موتاسیون ژن "BRCA1-2" بر روی ۱۱۴ زن بین ۷۰-۳۰ سال، حامل موتاسیون BRCA که از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۸ به بیمارستان دانشگاهی تورنتو جهت انجام سالیپینگو افورکتومی پروفیلاکتیک مراجعه کرده بودند، انجام شد. آمارها نشان دهنده کاهش تهیج جنسی ( $p < 0.0001$ )، کاهش تکرار نزدیکی ( $p = 0.04$ ) و افزایش خشکی واژن و دیس پارونی ( $p = 0.48$ ) در زنان پره منوپوز بود (۱۸). در مطالعه حاضر برخلاف مطالعه فنیخ بر روی زنان مبتلا به سرطان اپی تلیال تخمدان که حداقل ۳ ماه از آخرین دوره درمان آنان گذشته بود، انجام شد و گروه سالم نیز مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین در مطالعه حاضر تمرکز تنها بر روی علائم جنسی بود و زنان پره منوپوز و پست منوپوز از یکدیگر تفکیک نشدند. در مطالعه حاضر افراد تحت درمان هورمونی جایگزین (HRT) مورد بررسی قرار نگرفتند. آنالیز داده ها در مطالعه حاضر با آزمون تی تست انجام گرفت. نتایج در مطالعه فنیخ به صورت مقدار احتمال ( $p$ ) و به صورت مقایسه با قبل و بعد جراحی بیان شد، در حالی که در مطالعه حاضر با کمک استانداردهای جهانی میزان کمی نتایج به صورت درصد

بیمار تفاوت معناداری داشت، بنابراین بیماری بر رطوبت افراد تأثیرگذار بود ( $p < 0.001$ ). متوسط رضایت جنسی در افراد سالم ۴/۹۵ و در افراد بیمار ۳/۷۱ بود. از آنجایی که رضایت جنسی در دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری داشت، لذا بیماری بر رضایت جنسی افراد تأثیرگذار بود ( $p < 0.001$ ). متوسط درد هنگام مقاربت در افراد سالم ۴/۲ و در افراد بیمار ۳/۰۸ بود. از آنجایی که میل جنسی در دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری داشت، بنابراین بیماری بر میل جنسی افراد تأثیرگذار بود ( $p < 0.001$ ). متوسط عملکرد جنسی در افراد سالم ۲۶/۳۲ و در افراد بیمار ۱۷/۰۶ بود. از آنجایی که عملکرد جنسی در دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری داشت، لذا بیماری بر عملکرد جنسی افراد تأثیرگذار بود ( $p < 0.001$ ). از طرفی با توجه به اینکه بر اساس استاندارد جهانی (۱۷) اگر عملکرد جنسی کمتر از ۲۶/۵۵ باشد، فرد دارای اختلال جنسی می باشد، با توجه به جدول زیر می توان گفت که ۱۸۰ نفر (۸۵/۷٪) از افراد گروه بیمار و ۶۴ نفر (۵۲/۹٪) از گروه سالم دارای اختلال جنسی بودند ( $p < 0.001$ ).

## بحث

سرطان، یکی از دغدغه آمیزترین پدیده های زندگی بشر است که بر هر دو جنبه جسمی و روانی انسان تأثیر می گذارد. سرطان های ژنیکولوژیک (سرطان ولو، سرویکس، رحم و تخمدان) می توانند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی داشته باشند (۲،۱). با توجه به پیشرفت روش های تشخیص زود هنگام و درمان مناسب سرطان ها، تعداد افرادی که زنده می مانند رو به افزایش است و مسائل ژنیکولوژیک به خصوص عملکرد جنسی برای این افراد، یک چالش بزرگ محسوب می شود که از مجموعه وضعیت اجتماعی و اثرات بیماری و نیز از عوارض جانبی درمان ایجاد می شود (۱۲، ۱۳). در اکثر موارد زمانی که یک بیماری تهدید کننده حیات باشد و درمان آن با جراحی، رادیوتراپی و کموتراپی همراه باشد، اهمیت مسائل جنسی برای بیمار و همسر وی از بین می رود (۱۲).

نیز بیان شد و مقایسه بین گروه سالم و بیمار صورت گرفت.

مطالعه مقطعی لیاواژ و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف تعیین فعالیت جنسی و عملکرد آن در بازمانده های سرطان تخمدان در مقایسه با جمعیت سالم در بیمارستان نوریگان بر روی ۲۸۷ بیمار در کنار یک گروه کنترل شامل ۱۸۹ نفر افراد سالم صورت گرفت (۱۵) بیشترین همخوانی را با مطالعه حاضر داشت.

تفاوت میان مطالعه لیاواژ و مطالعه حاضر در موارد زیر بود: در مطالعه حاضر تمام زنان مبتلا به سرطان اپی تلیال تخمدان که پس از اتمام درمان تحت پیگیری بوده و حداقل ۳ ماه از آخرین دوره درمان آنان گذشته بود وارد مطالعه شدند در حالی که در مطالعه لیاواژ افراد ۲۰-۸۰ سال که بیشتر از ۱۸ ماه از زمان تشخیص آن ها گذشته بود در نظر گرفته شدند. در مطالعه حاضر مصاحبه گر از بیمار پرسشگری نمود و در این مطالعه خود بیماران پرسشنامه را تکمیل کردند. همچنین در مطالعه حاضر اندازه گیری مرتب فشار خون و انجام تست خون در نظر گرفته نشده بود. از نقاط قوت مطالعه لیاواژ وجود مقیاس تصویر ذهنی از بدن، مقیاس رابطه و صمیمیت با شریک جنسی و مقیاس خستگی در پرسشنامه بود که در پرسشنامه مطالعه حاضر منظور نشده بود.

در مطالعه لیاواژ ۳۶٪ بیماران کاهش میل جنسی، ۵۹٪ خشکی و رطوبت ناکافی، ۸۱٪ دیسپارونی و ۳۰٪ عدم رضایت جنسی داشتند و در مطالعه حاضر ۵۳/۲٪ کاهش میل جنسی، ۳۱/۱٪ خشکی واژن، ۴۲/۴٪ دیسپارونی و ۲۵/۲٪ نارضایتی جنسی داشتند.

تایلور و همکاران (۲۰۰۴) مطالعه ای گذشته نگر تحت عنوان "پیش بینی عملکرد جنسی در بیماران سرطان تخمدان" در دانشگاه تگزاس آمریکا بر روی ۲۳۲ زن با تشخیص سرطان اپی تلیال تخمدان انجام دادند (۱۹) مطالعه حاضر شامل تمام زنان مبتلا به سرطان اپی تلیال تخمدان بعد از اتمام درمان بود در حالی که در مطالعه تایلور تنها زنان با تشخیص سرطان اپی تلیال تخمدان در نظر گرفته شدند. در مطالعه تایلور ۴۰٪ از بیماران در ماه گذشته فعالیت جنسی داشتند و دیس

پارونی تقریباً در ۶۲٪ زنان وجود داشت در حالی که در مطالعه حاضر دیس پارونی شیوع کمتری داشت و ۴۲/۴٪ از بیماران از دیس پارونی شدید رنج می بردند. در مطالعه تایلور بیشترین تغییرات در حفظ رطوبت واژن بود که در ۶۲٪ زنان کاهش داشت، در حالی که در مطالعه حاضر ۳۱/۱٪ بیماران از خشکی واژن شاکی بودند. در مطالعه تایلور ۴۷٪ نیز میل اندکی به رابطه جنسی را گزارش کردند که در مطالعه حاضر ۵۳/۲٪ گزارش شد. در مطالعه تایلور دلایل نداشتن رابطه جنسی در افراد، نداشتن شریک جنسی (۴۴٪)، فقدان علاقه (۳۸/۷٪)، مشکلات جسمی (۲۳/۴٪) و خستگی (۱۰/۸٪) گزارش شد که این متغیرها در مطالعه حاضر منظور نشده بود. آگاهی دادن این افراد در زمینه عملکرد جنسی قبل از شروع درمان و نیز غربالگری و پیگیری آنان بعد از شروع درمان توصیه شده است (۱۲). در حال حاضر با افزایش سطح آگاهی مردم در زمینه بقای روابط جنسی و ضرورت بازتوانی و بهبود کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان، این مسئله بعد از نیازهای اولیه جامعه اهمیت بیشتری پیدا کرده است (۱۲، ۱۳).

از محدودیت های این مطالعه می توان به عدم همکاری برخی بیماران در طرح، عدم تخصیص وقت کافی بیماران جهت پاسخ دادن به پرسشگر و عدم توانایی و درک صحیح برخی بیماران از سؤالات پرسشنامه اشاره کرد.

### نتیجه گیری

اختلالات جنسی در مبتلایان به سرطان شیوع بالایی دارد. اختلال در موارد تهیج و میل جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و درد هنگام مقاربت شیوع بیشتری داشت. لازم است برنامه ریزی دقیق جهت دادن آگاهی به بیماران در زمینه مشکلات جنسی پیش رو و تشکیل درمانگاه های روانپزشکی جهت مشاوره های لازم در زمینه جنسی قبل و بعد از درمان صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین ترتیب از کلیه بیمارانی که در پیشبرد این پژوهش مشارکت کردند تشکر و قدردانی می شود.

1. Berek's Novak. Women's diseases. [F. Delvari Tanha, E. Pourmatroud, trans]. Tehran: Nedaye Danesh; 2012.
2. Disaia PJ, Creasman WT. Epithelial ovarian cancer. In: Disaia PJ, Creasman WT, editors. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2002. P. 289-350.
3. National cancer institute of Canada, statistics Canada, provincial Territorial cancer Registeries, Health Canada. Canadian Cancer Statistics; 1998.
4. National Cancer Institute. Sexuality and Reproductive Issues. Bethesda, National Cancer Institute; 2002.
5. Kornblith AB, Thaler HT, Wong G, Vlamis V, Lepore JM, Loseth DB, et al. Quality of life of women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1995; 59(2):231-42.
6. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, de Moor C, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 78(3 Pt 1):302-8.
7. Michael A, O'Keane V. Sexual dysfunction in depression. *Hum Psychopharmacol* 2000; 15(5):337-345.
8. Somdyala NI, Bradshaw D, Gelderblom WC, Parkin DM. Cancer incidence in a rural population of South Africa, 1998-2002. *Int J Cancer* 2010; 127(10):2420-9.
9. Ioka A, Tsukuma H, Ajiki W, Oshima A. Ovarian cancer incidence and survival by histologic type in Osaka, Japan. *Cancer Sci* 2003 Mar;94(3):292-6.
10. Kumpulainen S, Grénman S, Kyyrönen P, Pukkala E, Sankila R. Evidence of benefit from centralised treatment of ovarian cancer: a nationwide population-based survival analysis in Finland. *Int J Cancer* 2002; 102(5):541-4.
11. Jahanfar S, Molaeinejad M, Salemi S. Sexual disorders. Tehran: Salemi publication,; 2000.
12. Hopkins TG, Stavraka C, Gabra H, Fallowfield L, Hood C, Blagden S. Sexual activity and functioning in ovarian cancer survivors: an internet-based evaluation. *Climacteric* 2015; 18(1):94-8.
13. Oskay U, Beji N, Bal M, Yılmaz S. Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing interventions. *Sex Disabil* 2011; 29: 33-41.
14. Abbott-Anderson K, Kwekkeboom K. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2012; 124(3): 477-89.
15. Liavaag AH, Dørum A, Bjørø T, Oksefjell H, Fosså SD, Tropé C, et al. A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach. *Gynecol Oncol* 2008; 108(2):348-54.
16. Pilger A, Richter R, Fotopoulou C, Beteta C, Klapp C, Sehouli J. Quality of life and sexuality of patients after treatment for gynaecological malignancies: results of a prospective study in 55 patients. *Anticancer Res* 2012; 32(11):5045-9.
17. Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril* 2013; 100(4):916-21.
18. Finch A, Metcalfe KA, Chiang JK, Elit L, McLaughlin J, Springate C, et al. The impact of prophylactic salpingo-oophorectomy on menopausal symptoms and sexual function in women who carry a BRCA mutation. *Gynecol Oncol* 2011; 121(1):163-8.
19. Carmack Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, Bodurka DC. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol* 2004; 22(5):881-9.