

ارتباط ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با اختلال عملکرد ادراری - جنسی

فرانک کورانیان^{۱*}، دکتر محسن فروغی پور^۲، دکتر علیرضا خسروی^۳

۱. مربی گروه پرستاری، گروه پرستاری و مامایی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.
۲. استاد گروه مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۰۴

خلاصه

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خودایمنی مزمن سیستم عصبی مرکزی و یکی از علل ناتوانی پیشرونده در افراد جوان که از توان جنسی برخوردارند، می‌باشد. این ناتوانی می‌تواند با مشکلات ادراری و جنسی که تمامی ابعاد زندگی آنها را متأثر می‌کند، همراه باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط ناتوانی با اختلال عملکرد ادراری - جنسی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۷۸ زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب بیمارستان قائم (عج) انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات فردی همراه با سؤالات مربوط به مشکلات ادراری، مقیاس سطح ناتوانی کروتزکه و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بیماران در دو سطح ناتوانی خفیف (۵۲/۶٪) و متوسط (۴۷/۴٪) شرکت داشتند. بیشترین و کمترین فراوانی به ترتیب در حوزه رضایت‌مندی (۴۳/۶٪) و درد جنسی (۱۰/۳٪) بود. ۳۰ نفر (۳۸/۵٪) در بیش از سه حوزه اختلال عملکرد جنسی دچار مشکل بودند. در ارتباط با شیوع اختلالات ادراری، بیشترین و کمترین فراوانی به ترتیب مربوط به فوریت در دفع ادرار (۳۰٪) و بی‌اختیاری ادراری (۲/۵٪) بود. بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط آماری معکوس و معنی‌داری بین سطح ناتوانی و اختلال عملکرد جنسی وجود داشت ($r = -0/61$, $p = 0/001$). بر اساس تحلیل رگرسیون، سطح ناتوانی متوسط، سن بالا، سال‌های تشخیص بیماری و نوع بیماری عود کننده - بهبود یافته، بیشترین تأثیر را بر اختلال عملکرد جنسی داشتند.

نتیجه‌گیری: بروز اختلالات ادراری - جنسی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تمامی ابعاد زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین در ارزیابی بیماران باید تمرکز بیشتری بر این اختلالات داشت و زمینه جهت اجرای برنامه‌های توانبخشی برای بیماران فراهم گردد.

کلمات کلیدی: اختلال ادراری، اختلال عملکرد جنسی، سطح ناتوانی، مولتیپل اسکلروزیس

* نویسنده مسئول مکاتبات: فرانک کورانیان؛ گروه پرستاری و مامایی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۵۳۵۴۹؛ پست الکترونیک: kooranian_f@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکروزیس^۱ یک اختلال نورولوژیک خودایمنی دمیلیزان^۲ نسبتاً فراوان و ناتوان کننده سیستم اعصاب مرکزی با علت ناشناخته و دوره‌های غیرقابل پیش‌بینی است. این بیماری در سنین ۲۰-۴۰ سال شروع شده و عمدتاً در افراد جوان جامعه مشاهده می‌شود. در عین حال به ندرت در کودکان و افراد مسن گزارش شده است. بروز مولتیپل اسکروزیس قبل از ۱۴ سالگی و بعد از ۶۰ سالگی نادر و همچنین قبل از ۱۰ سالگی استثنایی است (۱، ۲). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، میزان شیوع آن ۶۰-۲۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده که در این بین ابتلاء زنان ۳-۴ برابر مردان می‌باشد (۳). ناتوانی جسمی شایع‌ترین اختلالی است که توسط بیماران بیان می‌شود؛ به طوری که حدود ۹۰-۷۰٪ از آنان این مسئله را گزارش نموده‌اند. این اختلال به شدت بر روند زندگی و عملکرد بیمار تأثیر گذاشته و گاهی نیز منجر به از کارافتادگی می‌شود (۴). در برخی افراد پایداری در علائم به سرعت منجر به بدتر شدن عملکرد فرد می‌گردد. تعداد کمی از افراد در شروع بیماری، نشانه‌های اندکی دارند و بیشتر دوره‌های عود - خاموشی را تجربه می‌کنند (۵). اکثر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس حتی با درجه ناتوانی خفیف در طول دوره بیماری انواعی از اختلالات ادراری و جنسی را تجربه می‌کنند که به شدت در ابعاد زندگی فرد تأثیرگذار است که این مسئله اهمیت شناسایی سریع و درمان این مشکلات را مطرح می‌کند (۶). عملکرد جنسی فرآیند پیچیده‌ای است که توسط فاکتورهای فیزیولوژیک، سایکولوژیک و درون فردی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بین ۷۰-۴۰٪ می‌باشد که تحت تأثیر فاکتورهای نورولوژیک، سایکولوژیک، افسردگی، عوارض جانبی داروها و مشکلات جسمی از قبیل خستگی، ضعف عضلانی، تغییرات در قاعدگی، درد و نگرانی درباره بی‌اختیاری ادراری و روده‌ای است (۵).

اختلال عملکرد جنسی در بیماران به سه دسته اولیه، ثانویه و ثالثیه طبقه‌بندی می‌شود. نوع اولیه در نتیجه ضایعات دمیلیزاسیون در مغز و طناب نخاعی ایجاد شده و به طور مستقیم باعث اختلال در حس و پاسخ‌های جنسی می‌گردد. این اختلالات شامل کاهش یا عدم وجود لیبدو، تغییر در ارگاسم، کاهش لغزنده‌سازی واژن و کاهش تونیسیته عضلات واژن می‌باشد. نوع ثانویه به دلیل محدودیت در انتظارات جنسی و تغییر در عملکرد جنسی وابسته به مشکلات جسمی، مداخلات دارویی و عوارض ناشی از درمان علائم بیماری می‌باشد، این علائم شامل خستگی، ضعف و درد، اختلال عملکرد مثانه و روده و اختلال عملکرد شناختی است. نوع ثالثیه مربوط به جنبه‌های سایکولوژیک، مسائل هیجانی، اجتماعی و فرهنگی است که بر احساس و پاسخ جنسی اثر می‌گذارد که شامل تغییراتی در تصویر ذهنی از خود، عدم اطمینان و نگرانی در مورد رضایت جنسی همسر، احساس گناه و افسردگی است. مشکلات جنسی ایجاد دیسترس می‌کند و ممکن است کانون خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (۵، ۷).

مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس سطوح بالایی از اختلالات عملکرد جنسی را در مراحل اولیه بیماری نشان می‌دهند که اغلب آنها با کاهش رفتارهای جنسی همراه است که منجر به عدم رضایت در روابط جنسی آنها می‌گردد. در مطالعه دانز و همکاران (۲۰۰۹)، شایع‌ترین اختلال جنسی در زنان، فقدان میل جنسی، کاهش لیبدو و اختلال ارگاسم و در مردان به شکل اختلال در نعوظ و فقدان میل جنسی گزارش شد (۸).

در مطالعه سون و همکاران (۲۰۰۹)، شیوع مشکلات جنسی در مردان بین ۸۴-۷۵٪ و در زنان ۸۵٪ گزارش گردید (۶). همچنین در مطالعه سلیک و همکاران (۲۰۱۳)، ۶۰/۷٪ از زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس از اختلال عملکرد جنسی شکایت داشتند (۹). در مطالعه مرقاتی خویی و همکاران (۲۰۱۳)، بیشترین مشکل جنسی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، اختلال در ارگاسم و کمبود میل جنسی بود (۱۰).

مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول آماری و مطالعه راهنما، ۷۱ نفر محاسبه شد که با توجه با احتمال ریزش نمونه، ۱۰٪ اضافه گردید و ۷۸ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در پژوهش بر اساس فرم رضایت‌نامه، دارا بودن مولتیپل اسکلروزوزیس بر اساس مدارک و نظر متخصص محترم مغز و اعصاب، سطح ناتوانی ۱ تا ۵/۵ بر اساس معیار EDSS، دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه بیماری مولتیپل اسکلروزوزیس، داشتن سن بین ۴۹-۲۰ سال و متأهل بودن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن سابقه هرگونه بیماری جسمی و روانی مزمن، تجربه رویدادهای استرس‌زا مانند فوت نزدیکان، طلاق یا شکست مالی در طی ۶ ماه گذشته، سابقه استفاده از داروهای آرام‌بخش و مؤثر بر روان، بارداری و نقص عضو بارز بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی (سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، میزان درآمد، مدت ابتلاء به بیماری و نوع مولتیپل اسکلروزوزیس)، مقیاس توسعه یافته سطح ناتوانی کروتزکه و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان بود.

مقیاس توسعه یافته سطح ناتوانی کروتزکه مشتمل بر ۱۰ نمره بوده و میزان نقایص نورولوژیک و فیزیکی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزوزیس را تعیین می‌کند. روایی این مقیاس مورد تأیید است و این ابزار، عملکرد سیستم‌های پیرامیدی، مخچه‌ای، حسی و ساقه مغز را ارزیابی می‌کند. مقیاس توسعه یافته سطح ناتوانی کروتزکه از ۱-۱۰ درجه‌بندی شده است (بدون ناتوانی فیزیکی تا اختلال وسیع). نمرات EDSS بالاتر، نشان‌دهنده ناتوانی بیشتر می‌باشد. این مقیاس از طریق مشاهده و معاینه پزشک متخصص مغز و اعصاب تکمیل گردیده است. نمرات ۴-۱ نشان‌دهنده ناتوانی جسمی و در عین حال استقلال فرد در انجام تحرک و فعالیت‌های روزانه می‌باشد، نمرات ۷-۴/۵ بیانگر مشکلات بالفعل بیمار در انجام تحرک و فعالیت‌های روزمره زندگی بوده و به معنی وابستگی نسبی (نیمه مستقل) بیمار به تیم درمانی و خانواده تلقی می‌گردد. در انتها بدترین وضعیت نمرات ۱۰-۷/۵ بوده که به معنی وابستگی کامل و مرگ اطلاق

همچنین ارتباط معنی‌داری بین شکایت جنسی و اختلال در عملکرد روده و مثانه گزارش شده است (۵). در حدود ۸۰٪ از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزوزیس اختلالات ادرازی به شکل فوریت در دفع ادرار، تکرر ادرار و بی‌اختیاری فوریتی و نشانه‌های انسدادی از قبیل احتباس ادراری و عدم تخلیه ناکافی مثانه را تجربه می‌کنند. این نشانه‌ها اغلب در مراحل اولیه بیماری ظاهر شده و نیاز به غربالگری و کنترل دقیق دارد (۸). مطالعه نورتود و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد اختلال عملکرد جنسی در طول زمان با اختلال عملکرد مثانه ارتباط دارد و در مطالعه آنها بین اختلال عملکرد جنسی و اختلال عملکرد مثانه ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۱۱). هولتر و همکار (۱۹۹۵) بیان کردند تغییر در عملکرد جنسی با نشانه‌های نورولوژیک ناشی از درگیری قطعه ساکرال از قبیل ضعف عضلات کف لگن، اختلال عملکرد روده و مثانه، تغییراتی در لغزنده‌سازی واژن، ارگاسم و دیگر نشانه‌ها از قبیل آتاکسی و سرگیجه ارتباط دارد (۱۲).

از آنجا که وقوع مشکلات جنسی- ادرازی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزوزیس به طور آشکاری تمامی ابعاد زندگی آنها را متأثر می‌کند، باید در زمان ارزیابی بیماران، تمرکز بیشتری بر این جنبه از بیماری داشت، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سطح ناتوانی با اختلال عملکرد جنسی - ادرازی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزوزیس انجام شد. انجام این پژوهش از آن جهت حائز اهمیت است که با بررسی سطح ناتوانی و تشخیص هرچه سریع‌تر اختلال عملکرد جنسی- ادرازی بیماران، بتوان به فرد در حفظ کانون گرم خانواده، رضایت‌مندی و ارتقای آن که لازمه یک زندگی با کیفیت مطلوب است، کمک نمود.

روش کار

این مطالعه توصیفی- همبستگی از خرداد تا شهریور سال ۱۳۹۲ بر روی ۷۸ زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزوزیس مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی اعصاب بیمارستان قائم (عج) که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، انجام شد. افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس

می‌گردد (۱۳). در حال حاضر در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد رتبه‌بندی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از نظر شدت بیماری بر اساس این مقیاس انجام می‌شود.

پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان، مقیاسی است که توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی شده است. پرسشنامه مذکور در مطالعات فراوانی در خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است و درجه بالایی از همسانی درونی و پایایی را نشان داده است و همچنین مطالعات انجام شده تفاوت معنادار قابل ملاحظه‌ای بین نمرات گروه بیماران و گروه کنترل در هر ۶ حوزه را نشان داده‌اند. با توجه به امتیازات بالا و به دلیل کوتاه بودن پرسشنامه به نظر می‌رسد شاخص عملکرد جنسی زنان، ابزاری مناسب جهت سنجش عملکرد جنسی باشد و عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل شامل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی می‌سنجد. هر حوزه حداکثر دارای ۶ نمره است که حداقل نمره ۲ و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۳۶ می‌باشد. برآورد نقطه برش به منظور تبدیل داده‌های پیوسته به داده‌های طبقه‌بندی شده انجام شده است. نقطه برش برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها (بر اساس نمره کل مقیاس و نمره زیر مقیاس‌ها) به ترتیب شامل کل مقیاس ۲۸، میل ۳/۳، تحریک روانی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایت‌مندی ۳/۴ و درد جنسی ۳/۴ است. نمرات بیشتر از نقطه برش مبین عملکرد خوب است. این پرسشنامه در مطالعات زیادی مورد استفاده قرار گرفته است و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد به خوبی تأیید شده است. در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و بالاتر به دست آمد (۱۴).

پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی مشهد و بیمارستان قائم (عج)، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات نمود؛ بدین‌صورت که برای انجام نمونه‌گیری، هر روز صبح با مراجعه به درمانگاه تخصصی اعصاب بیمارستان قائم (عج) پس از توضیح هدف کلی پژوهش و جلب رضایت بیماران بر اساس معیارهای ورود

به مطالعه، نمونه‌های واجد شرایط را انتخاب نموده، سپس جهت تعیین سطح ناتوانی، بیماران بر اساس فرم ناتوانی کروتزکه توسط متخصص مغز و اعصاب مورد معاینه قرار گرفتند. در انتها پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان توسط خود بیماران تکمیل می‌گردید. به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه کاملاً محرمانه و بدون نام بوده و فقط به شکل آمار و ارقام ارائه می‌گردد. ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش، کسب اجازه از مسئولین محترم بیمارستان و دانشگاه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، گرفتن رضایت‌نامه از بیماران، به‌کار بردن نهایت دقت علمی در استخراج، تجزیه و تحلیل و گزارش نتایج پژوهش، عدم مغایرت پژوهش با شرایط فرهنگی و مذهبی جامعه و محرمانه بودن نتایج پژوهش بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) انجام شد. برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و جهت تعیین متغیر اصلی اثرگذار بر اختلال عملکرد ادراکی - جنسی از مدل رگرسیون استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۸ بیمار زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با میانگین سنی $31 \pm 7/39$ سال شرکت داشتند. بیشترین فراوانی مربوط به محدوده سنی ۲۹-۲۰ سال (۴۷/۴٪) گزارش گردید. از نظر تعداد فرزندان، ۳۲ نفر (۴۱٪) بدون فرزند بودند، ۲۷ نفر (۳۴/۶٪) ۱-۲ فرزند و ۱۹ نفر (۲۴/۴٪) ۳ فرزند و بیشتر داشتند. همچنین اکثر واحدهای پژوهش دارای تحصیلات دیپلم (۴۱٪) و دارای سطح درآمد کمتر از حد کفاف (۵۶/۴٪) بودند.

از نظر نوع بیماری، ۶۳ نفر (۸۰/۸٪) از نوع عودکننده - بهبود یابنده، ۱۳ نفر (۱۶/۷٪) از نوع عودکننده - پیشرونده و تنها ۲ نفر (۲/۶٪) از نوع پیشرونده اولیه بود و نوع پیشرونده ثانویه در بین بیماران وجود نداشت. از نظر سال‌های تشخیص بیماری، ۴۵ نفر (۵۷/۷٪) کمتر از

حوزه درد جنسی ۸ نفر (۱۰/۳٪) زیر نقطه برش ۳/۸ را گزارش کردند که بیشترین فراوانی مربوط به حوزه رضایت‌مندی و ارگاسم و کمترین فراوانی مربوط به حوزه درد جنسی و رطوبت بود (لازم به ذکر است نمرات بیشتر از نقطه برش، نشان‌دهنده عملکرد خوب می‌باشد). در مجموع، ۳۸/۵٪ بیماران دارای اختلال عملکرد جنسی بودند در ارتباط با شیوع اختلالات ادرازی از مجموع کل شرکت‌کنندگان در پژوهش، ۱۹ نفر (۲۳/۸٪) تکرار ادرازی، ۲۴ نفر (۳۰٪) فوریت در دفع ادرازی، ۱۱ نفر (۱۳/۸٪) قطره قطره ادرازی کردن، ۲ نفر (۲/۵٪) بی‌اختیاری ادرازی و ۵ نفر (۶/۳٪) احتباس ادرازی را گزارش کردند که بیشترین فراوانی مربوط به فوریت در ادرازی کردن (۳۰٪) بود.

۵ سال، ۲۳ نفر (۲۹/۵٪) بین ۱۰-۵ سال و ۱۰ نفر (۱۲/۸٪) بیشتر از ۱۰ سال بود.

از نظر سطح ناتوانی، واحدهای پژوهش در دو سطح ناتوانی خفیف (۵۲/۶٪) و متوسط (۴۷/۴٪) قرار داشتند (لازم به ذکر است که بیماران با سطح ناتوانی شدید، جزء بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب نبودند، لذا صرفاً بیمارانی که نمره EDSS آنها بین ۵/۵-۰ بود، مورد بررسی قرار گرفتند).

از مجموع ۷۸ نفر شرکت‌کننده، در حوزه میل جنسی ۱۸ نفر (۲۳/۱٪) زیر نقطه برش ۳/۳، در حوزه تحریک روانی ۲۲ نفر (۲۸/۲٪) زیر نقطه برش ۳/۴، در حوزه رطوبت ۱۵ نفر (۱۹/۲٪) زیر نقطه برش ۳/۴، در حوزه ارگاسم ۲۷ نفر (۳۴/۶٪) زیر نقطه برش ۳/۴، در حوزه رضایت‌مندی ۳۴ نفر (۴۳/۶٪) زیر نقطه برش ۳/۸ و در

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش در شش حوزه عملکرد جنسی

حوزه	واحدهای پژوهش		میانگین و انحراف معیار	
	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
میل جنسی	۱۸	۲۳/۱	۴/۷۰±۱/۵۶	۷/۸۳±۲/۶۰
تهیج جنسی	۲۲	۲۸/۲	۳/۹۲±۱/۱۳	۱۳/۷۸±۴/۱۷
رطوبت	۱۵	۱۹/۲	۴/۳۰±۱/۱۸	۱۴/۳۲±۳/۹۵
ارگاسم	۲۷	۳۴/۶	۳/۹۴±۱/۳۳	۹/۸۵±۳/۳۳
رضایت‌مندی	۳۴	۴۳/۶	۳/۷۷±۱/۲۴	۹/۴۷±۳/۱۱
درد	۸	۱۰/۳	۴/۴۶±۰/۷۷	۱۱/۱۹±۱/۸۸

میانگین و انحراف معیار نمره کل در ۶ حوزه ۲۵/۱۴±۵/۴۸

($T=-0/53$) به دست آمد، اما در حوزه درد، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($T=-0/07$, $p=0/54$). بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط آماری معکوس و معنی‌داری بین سطح ناتوانی و اختلال عملکرد جنسی کل مشاهده شد ($T=-0/61$, $p=0/001$).

بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط آماری معکوس و معنی‌داری بین سطح ناتوانی با حوزه میل جنسی ($T=-0/55$, $p=0/001$)، تهیج جنسی ($T=-0/01$, $p=0/001$)، رطوبت ($T=-0/35$, $p=0/001$)، ارگاسم ($T=-0/60$, $p=0/001$) و رضایت‌مندی ($T=-0/60$, $p=0/001$)

جدول ۲- ارتباط سطح ناتوانی با شش حوزه عملکرد جنسی

ضریب همبستگی	سطح ناتوانی / حوزه عملکرد جنسی
($T=-0/55$, $p=0/001$)	میل جنسی
($T=-0/54$, $p=0/001$)	تهیج جنسی
($T=-0/35$, $p=0/001$)	رطوبت
($T=-0/60$, $p=0/001$)	ارگاسم
($T=-0/53$, $p=0/001$)	رضایت‌مندی
($T=-0/07$, $p=0/54$)	درد
($T=-0/61$, $p=0/001$)	اختلال عملکرد کل

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، میانگین اختلال عملکرد جنسی با متغیرهایی از قبیل سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، سطح درآمد، سال‌های تشخیص بیماری، نوع بیماری و سطح ناتوانی مورد بررسی قرار گرفت. به منظور یافتن اینکه اثر اصلی متعلق به کدام یک از متغیرها بوده، این متغیرها در یک مدل رگرسیون وارد شدند. بر اساس تحلیل رگرسیون، مشخص شد سطح ناتوانی متوسط، سن بالا، سال‌های تشخیص بیماری و نوع بیماری عود کننده - بهبود یافته، بیشترین تأثیر را بر اختلال عملکرد جنسی داشته‌اند و بقیه متغیرها از مدل رگرسیون حذف شدند.

بحث

ارتقاء سلامت، پیشگیری از عوارض ثانویه و کاهش اختلاف بین افراد سالم و ناتوان، از مهم‌ترین اهداف توانبخشی و جامعه سالم است و این در حالی است که متأسفانه توسعه برنامه‌های ارتقاء سلامت برای افراد با ناتوانی جسمی، حسی و شناختی محدود است. در مطالعه حاضر که بر روی ۷۸ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد، بیشترین فراوانی مربوط به محدوده سنی ۲۰-۲۹ سال (۴۷/۴٪) گزارش گردید. در مطالعه نورتود و همکار (۲۰۰۳) و پیتوک و همکاران (۲۰۰۴)، اوج بیماری مربوط به گروه سنی ۲۰-۲۹ سال بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۵، ۱۶). در ارتباط با نوع بیماری، در مطالعه حاضر ۶۳ نفر (۸۰/۸٪) از نوع عودکننده - بهبود یافته بودند. این یافته با مطالعه سلکیرک و همکار (۲۰۰۵) و میلر و همکار (۲۰۰۷) مطابقت داشت (۱۷، ۱۸)، اما در مطالعه کرونگ و همکاران (۲۰۰۰) بیشترین فراوانی مربوط به گروه پیشرونده - ثانویه بود. آنان بیان داشتند که توانایی‌های فرد مبتلا به انواع پیشرونده - ثانویه در اثر عوارض و علائم ناشی از تخریب غلاف میلین در قسمت‌های مختلف سیستم اعصاب مرکزی که روند رو به پیشرفت و غیرقابل برگشتی دارند، کاهش بیشتری می‌یابد؛ به گونه‌ای که فرد در انجام فعالیت‌های روزمره شخصی، اجتماعی، حرفه‌ای و جسمی دچار مشکل می‌شود (۱۹). در مطالعه حاضر شاید دلیل فراوانی بیشتر

گروه عودکننده - بهبود یافته (۷۰٪) این باشد که اکثر واحدهای پژوهش در سطح ناتوانی خفیف قرار داشتند، این گروه از بیماران نسبت به انواع مزمن و پیشرونده، ناتوانی جسمی کمتری را تجربه می‌کنند.

از نظر سال‌های تشخیص بیماری، در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی ۴۵ نفر (۵۷/۷٪) کمتر از ۵ سال گزارش گردید. یافته‌های پژوهش با مطالعه بیشاپ و همکار (۲۰۱۱) و بیشاپ و همکاران (۲۰۰۹) مطابقت داشت (۲۰، ۲۱). در مطالعه پیتوک و همکاران (۲۰۰۴) بیشترین فراوانی مربوط به بیماران با سابقه بیماری بیشتر از ۱۰ سال بود و گزارش کردند با توجه به اینکه سطح ناتوانی با پیشرفت زمان تشدید می‌شود، لذا می‌توان بیان کرد که با افزایش مدت ابتلا به بیماری، حس استقلال، خودکفایی و تسلط بر محیط کاهش می‌یابد. محققین بیان داشتند که اگر از شروع علائم به طور متوسط ۱۵ سال بگذرد، ۱۵٪ بیماران مولتیپل اسکلروزیس نیازمند عصا و ۲۹٪ به صندلی چرخ‌دار وابسته می‌شوند (۱۶).

در ارتباط با سطح ناتوانی، در مطالعه حاضر واحدهای پژوهش در دو سطح ناتوانی خفیف (۵۲/۶٪) و متوسط (۴۷/۴٪) قرار داشتند. یافته‌های پژوهش با مطالعه گولیک (۲۰۰۱) و میشل و همکاران (۲۰۰۴) مطابقت داشت (۲۲، ۲۳). در مطالعه گولیک (۲۰۰۱)، سطح ناتوانی در دو سطح خفیف و متوسط بررسی شد و اکثر واحدهای پژوهش سطح ناتوانی خفیف (۶۷٪) داشتند (۲۲)، اما نتایج مطالعه حاضر با مطالعه مانسون و همکار (۲۰۰۴) مطابقت نداشت که دلیل این عدم تطابق می‌تواند مربوط به نمره EDSS بین ۷/۵-۱ و انجام پژوهش در بیماران بستری باشد (۲۴)، در حالی که مطالعه حاضر بر روی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه با EDSS بین ۵/۵-۰ انجام شد.

در مطالعه حاضر ۳۸/۵٪ بیماران دارای اختلال عملکرد جنسی بودند که این یافته‌ها با نتایج مطالعه زورتیزس و همکاران (۲۰۰۸) (۳۴/۹٪) مطابقت داشت (۱۱). اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مطالعه کسلر و همکاران (۲۰۰۹) (۸۰-۴۰٪)، سون و همکاران (۲۰۰۹) (۸۵-۴۵٪) و گرانوالد و همکاران

آنها را متأثر می‌کند، باید در زمان ارزیابی بیماران، تمرکز بیشتری بر این جنبه از بیماری داشت و زمینه برای اجرای برنامه‌های توانبخشی فراهم گردد. امید است نتایج حاصل از این پژوهش بتواند زمینه‌ساز و راهگشای انجام پژوهش‌های دیگری در زمینه مشکلات جسمی، سطح ناتوانی، اختلال عملکرد ادراری - جنسی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از نتایج طرح پژوهشی تحت عنوان بررسی ارتباط سطح ناتوانی با کیفیت زندگی و سطح فعالیت‌های روزانه زندگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان می‌باشد. بدین‌وسیله از کارکنان، مسئولان، پزشکان و همچنین از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس درمانگاه اعصاب بیمارستان قائم جهت همکاری در مطالعه، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

(۲۰۰۷) (۶۱٪) گزارش گردید (۷، ۹، ۱۰). شاید دلیل تفاوت نتایج مطالعه حاضر با این مطالعات این باشد که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شرکت کننده در این مطالعه دارای درجات خفیف تا متوسط سطح ناتوانی بودند و افراد با سطح ناتوانی شدید در این مطالعه وجود نداشت. در ارتباط با شیوع اختلالات ادراری، در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی مربوط به فوریت در ادرار کردن (۳۰٪) بود. این یافته با نتایج مطالعه دانز و همکار (۲۰۰۹) مطابقت داشت (۸).

از نظر تعارض منافع، هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

نتیجه‌گیری

بین سطح ناتوانی با اختلال عملکرد جنسی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و واحدهای پژوهش درجاتی از اختلال عملکرد جنسی - ادراری را گزارش کردند. از آنجا که وقوع مشکلات جنسی - ادراری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به طور آشکاری تمامی ابعاد زندگی

منابع

1. Fletcher SG, Castro-Borrero W, Remington G, Treadaway K, Lemack GE, Frohman EM. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management. *Nat Clin Pract Urol* 2009; 6(2):96-107.
2. Frohman EM, Racke MK, Raine CS. Multiple sclerosis--the plaque and its pathogenesis. *N Engl J Med* 2006; 354(9):942-55.
3. World Health Organization. Atlas: multiple sclerosis resources in the world 2008. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Motl RW, Snook EM. Physical activity, self-efficacy, and quality of life in multiple sclerosis. *Ann Behav Med* 2008; 35:111-5.
5. Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn AD. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurol Scand* 2010; 121(5):289-301.
6. Sevene A, Akrouf B, Galimard-Maisonneuve E, Kutneh M, Royer P, Sevène M. Multiple sclerosis and sexuality: a complex model. *Sexologies* 2009; 18(2):86-90.
7. Kessler TM, Fowler CJ, Panicker JN. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother* 2009; 9(3):341-50.
8. Donze C, Hauteceur P. Urinary, sexual, and bowel disorders in early-stage multiple sclerosis. *Rev Neurol* 2009; 165:S148-55.
9. Celik DB, Poyraz EÇ, Bingöl A, İdiman E, Özakbaş S, Kaya D. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: gender differences. *J Neurol Sci* 2013; 324(1):17-20.
10. Merghati-Khoei E, Qaderi K, Amini L, Korte JE. Sexual problems among women with multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2013; 331(1):81-5.
11. Nortvedt MW, Riise T, Frugaård J, Mohn J, Bakke A, Skår A, et al. Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Mult Scler* 2007; 13(1):106-12.
12. Hulter BM, Lundberg PO. Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59(1):83-6.
13. Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 1:CD007256.
14. Mohammadi K, Rahnama P, Moayed MS, Faghihzadeh S, Sahraian MA, Mohammaditabar S, et al. Sexual dysfunction and predisposing factors in women with multiple sclerosis. *Payesh* 2013; 12(1):71-7. (Persian).

15. Nortvedt M, Riise T. The use of quality of life measures in multiple sclerosis research. *Mult Scler* 2003; 9(1):63-72.
16. Pittock SJ, Mayr WT, McClelland RL, Jorgensen NW, Weigand SD, Noseworthy JH, et al. Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: a population-based cohort study. *Arch Neurol* 2004; 61(5):679-86.
17. Selkirk SM, Shi J. Relapsing-remitting tumefactive multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11(6):731-4.
18. Miller DH, Leary SM. Primary-progressive multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2007; 6(10):903-12.
19. Kroenke DC, Lynch SG, Denney DR. Fatigue in multiple sclerosis: relationship to depression, disability, and disease pattern. *Mult Scler* 2000; 6(2):131-6.
20. Bishop M, Frain MP. The multiple sclerosis self-management scale: revision and psychometric analysis. *Rehabil Psychol* 2011; 56(2):150-9.
21. Bishop M, Frain MP, Rumrill PD, Rymond C. The relationship of self-management and disease modifying therapy use to employment status among adults with multiple sclerosis. *J Vocat Rehabil* 2009; 31(2):119-27.
22. Gulick EE. Emotional distress and activities of daily living functioning in persons with multiple sclerosis. *Nurs Res* 2001; 50(3):147-54.
23. Mitchell AJ, Benito-León J, Rivera-Navarro J, Morales-González JM. Quality of life is not favorable for most patients with multiple sclerosis. *Arch Neurol* 2004; 61(11):1807-8.
24. Månsson E, Lexell J. Performance of activities of daily living in multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2004; 26(10):576-85.