

ارتباط اختلال عملکرد جنسی با نوع درمان در زنان مبتلا به سرطان های دستگاه تناسلی و پستان

فربا فهامی^۱، میترا صوابی^{۲*}، سهیلا محمدی ریزی^۳، نیوشا شیرانی^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. دانشجوی کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۸

خلاصه

مقدمه: اختلال عملکرد جنسی به مفهوم اختلال در تمایل جنسی و تغییرات روانی اجتماعی است که بر روی چرخه پاسخ جنسی تأثیر گذاشته و باعث ایجاد استرس و مشکلات بین فردی می شود. نوع درمان، یکی از مهمترین عوامل پیشگویی کننده اختلال عملکرد جنسی است که در سرطان های مختلف، متفاوت می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط اختلال عملکرد جنسی با نوع درمان در زنان مبتلا به سرطان های دستگاه تناسلی و پستان انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۵۰ زن مبتلا به سرطان های دستگاه تناسلی و پستان مراجعه کننده به بیمارستان های میلاد و سیدالشهداء شهر اصفهان انجام شد. واحد های پژوهش پرسشنامه های مشخصات فردی/ بیماری و پرسشنامه شاخص اختلال عملکرد جنسی و پرسشنامه اختلال عملکرد جنسی را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های آماری تی دانشجویی و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه ۱۰۶ نفر (۷۰/۷٪) از زنان سرطان پستان و ۴۴ نفر (۲۹/۳٪) سرطان ژنیکولوژیک داشتند. همچنین ۷۱ نفر (۴۷/۳٪) از بیماران، شیمی درمانی و رادیوتراپی شده بودند. بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، اختلال عملکرد جنسی در گروه تحت درمان با رادیوتراپی و شیمی درمانی به طور معناداری بیشتر از بقیه گروه ها بود ($p=0/002$).

نتیجه گیری: در بیماران مبتلا به سرطان های پستان و دستگاه ژنیتال تحت درمان با رادیوتراپی و شیمی درمانی اختلال عملکرد جنسی بیشتر است.

کلمات کلیدی: اختلال جنسی، درمان، سرطان

* نویسنده مسئول مکاتبات: میترا صوابی؛ مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. تلفن: ۰۲۱۳-۷۹۲۲۹۳۶؛ پست الکترونیک: m_savabi@nm.mui.ac.ir

مقدمه

بر اساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV¹) و سازمان بهداشت جهانی²، مفهوم اختلال جنسی، اختلال در تمایل جنسی و تغییرات روانی اجتماعی است که بر روی چرخه پاسخ جنسی اثر گذاشته و باعث ایجاد استرس و مشکلات بین فردی می شود و شامل کمبود تمایل جنسی، تنفر جنسی، اختلال در تحریک جنسی و ارگاسم است (۱). در این میان شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان حدود ۴۰٪ است. بر اساس آخرین گزارشات موجود، تقریباً ۱۳ درصد از زنان در جهان و ۱۱ درصد از زنان ایالات متحده آمریکا به انواع مختلف سرطان های ژنیکولوژیک مبتلا هستند (۲).

میزان اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژیک به ۸۰٪ می رسد (۳) که در ایران بر اساس بررسی ملی انجام شده در سال ۱۳۸۴، ۳۱/۱۵ درصد از زنان دارای اختلال کارکرد جنسی هستند (۴).

عوامل متعددی مانند: سن، مدت و کیفیت رابطه، عوامل روان شناختی فردی که ریشه در ارتباطات زمان کودکی با والدین دارد، شکست های قبلی و راه های کنار آمدن با عواطف، استفاده از داروها، الکل و داروهای غیر مجاز و ابتلاء به بیماری و درمان مربوط به آن ها می توانند بر پاسخ جنسی تأثیر بگذارند (۱، ۵، ۶). بیماری ها به دلیل تحلیل قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیت های روزمره، بستری شدن بیمار و بالاخره افسردگی ناشی از بیماری می تواند عامل مهمی در ایجاد مشکلات جنسی باشد (۷).

سرطان دستگاه تناسلی و معالجات آن ها می تواند یک اثر بنیادی اساسی بر روی فعالیت های جنسی در تمام مراحل سیکل پاسخ جنسی و روی تصویر بدنی و پاسخ جنسی داشته باشد (۸، ۹). تشخیص سرطان و استرس های وابسته به آن ممکن است یک اثر عمیق بر وضع احساسی زن و شریک جنسی اش داشته باشد، لذا تشخیص هر سرطان می تواند تأثیری زیان آور بر روی فعالیت های جنسی داشته باشد (۱۰). از طرفی زمانی

که سرطان تشخیص داده می شود، زنان معمولاً متحمل فرآیند درمان و گاهی جراحی می شوند (۱۱). در سرطان های ژنیکولوژیک و پستان، اختلال عملکرد جنسی افراد منجر به بیشترین استرس در بیماران از زمان تشخیص تا سرتاسر دوره طولانی مدت پیگیری می شود و به نظر می رسد خودپنداری جنسی، یک مفهوم مهم در پیشگویی اختلال عملکرد جنسی باشد. لذا برقراری ارتباط با زنان در مورد پیامد های جنسی، حیاتی به نظر می رسد اما شواهد، فقدان آن را مطرح می سازد (۱۲، ۱۳).

زنان مبتلا به سرطان سرویکس اغلب رادیوتراپی می شوند که در نتیجه می تواند آسیب های به سیستم ژنیتال و ارگان های اطراف آن وارد شود و تغییرات واژینال خاص مانند خستگی و تنگی واژن رخ دهد (۱۴). بر اساس مطالعات انجام شده، زنان مبتلا به سرطان سرویکس پیش رونده، راجعه یا مزمن، مشکلاتی از قبیل کاهش لزجی واژن، فقدان ارگاسم، کاهش تعداد دفعات نزدیکی و در نتیجه کاهش میل جنسی طی چند ماه پس از تشخیص را تجربه می کنند (۱۵).

مطالعه برگمارک و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که علائم مربوط به اختلال عملکرد جنسی به ویژه کاهش رضایت جنسی و دیس پارونی، اولین علائمی هستند که منجر به ایجاد استرس درمان برای سرطان سرویکس می شوند (۱۶).

اگرچه سرطان اولیه واژن و ولو کمیاب است و سرطان واژن معمولاً متاستاتیک به سرویکس یا آندومتریم است، ولی این سرطان ها تأثیرات بنیادی بر روی مسائل جنسی دارند. سرطان ولو نیز کمیاب است و بیشتر بر روی زنان مسن تر از ۶۰ سالگی اثر می گذارد، اما این سرطان بیشتر روی تمایلات جنسی تأثیر دارد (۱۷).

مطالعه آینده نگر جرشنسون و همکاران (۲۰۰۷) بر روی زنان مبتلا به سرطان تخمدان نشان داد که سرطان تخمدان می تواند باعث کاهش میل جنسی، خشکی واژن، دیس پارونی و مشکلات حین ارگاسم شود؛ به طوری که بیش از ۶۰٪ از افراد، علائم اختلال عملکرد جنسی را نشان داده بودند. این مطالعه همچنین پیش آگهی فعالیت جنسی را ارزیابی کرد و نشان داد که ازدواج، سن پایین، عدم دریافت درمان، تصویر بدنی و

¹ Diagnostic and statistical manual of mental disorder fourth edition (DSMF-TR)

² World Health Organization

سراسر دوره درمان و پیگیری ضروری به نظر می‌رسد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط اختلال عملکرد جنسی با نوع درمان در زنان مبتلا به سرطان های دستگاه تناسلی و پستان مراجعه کننده به بیمارستان های سیدالشهداء و میلاد شهر اصفهان در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۵۰ بیمار مبتلا به سرطان های دستگاه تناسلی و پستان مراجعه کننده به بیمارستان های میلاد و سیدالشهداء شهر اصفهان انجام شد. پژوهشگران پس از گرفتن معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی، به بیمارستان های مورد نظر مراجعه کرده و پس از ارائه معرفی نامه و توضیح در مورد اهداف مطالعه، از آن مراکز معرفی نامه جهت مراجعه به کلینیک های درمانی سرطان دریافت کردند. سپس ۳ پرسشگر که از کارشناسان مامایی بودند، طی یک جلسه ۲ ساعته توسط پژوهشگران در جهت چگونگی اجرای طرح توجیه شدند. سپس این پرسشگران با ارائه معرفی نامه به مسئولین مراکز مذکور و توضیح در مورد اهداف مطالعه، در ساعات فعال این مراکز جهت جمع آوری اطلاعات حضور یافتند. جهت گردآوری داده ها، ابتدا واحد های پژوهش از نظر معیارهای ورود به مطالعه بررسی و در صورت موافقت جهت شرکت در مطالعه، پرسشنامه توسط پرسشگران تکمیل شد.

جهت تعیین حجم نمونه در این حاضر با توجه به اینکه در مقالات، فراوانی نسبی یا شیوع اختلالات جنسی در افراد مبتلا به سرطان دستگاه تناسلی و پستان مشخص نشده بود، لذا $p=0/5$ محاسبه شد و حجم نمونه با استفاده از فرمول نسبت ها، حداقل ۱۵۰ نفر به دست آمد ($Z=1/96$, $p=0/5$, $d=0/08$). روش نمونه گیری به این صورت بود که از دو بیمارستان تخصصی سرطان در شهر اصفهان، بیماران به صورت آسان و در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان همسررداری که به سرطان های دستگاه تناسلی و پستان مبتلا و حداقل یک سال از درمان آن ها گذشته بود و تحت پوشش بیمارستان های میلاد و سیدالشهداء

اعتماد به نفس خوب و مدت زمان طولانی بعد از پایان درمان، همگی به فعالیت جنسی بستگی دارند (۱۸). راتنر^۱ و همکاران (۲۰۱۰) بر روی ۲۰۰ هزار مبتلا به سرطان تخمدان نشان داد که بیش از ۵۰ درصد آن ها کاهش عملکرد جنسی را گزارش کردند و تعداد مشخصی نیز احساس می کردند فعالیت شان به طور متوسط یا شدید کاهش یافته است (۱۹).

اختلال عملکرد جنسی متعاقب سرطان پستان، احتمالاً بیش از یک سال از تشخیص این بیماری باقی می ماند. به نظر می رسد شیمی درمانی، مسئول اکثر مشکلات جنسی شامل کاهش میل جنسی و برانگیختگی ذهنی، خشکی مهبل و دیس پارونی باشد.

بر روی عملکرد و رضایت جنسی پس از درمان سرطان پستان در دو گروه بزرگ از بازمانده های سرطان پستان بررسی شده و مهم ترین پیشگویی کننده های سلامت جنسی را فقدان خشکی مهبل، وجود احساس عاطفی خوب بودن، تصویر بدنی مثبت، کیفیت بهتر رابطه و فقدان مشکلات جنسی شریک نشان داده است (۲۰). زنان مبتلا به مشکلات ژنیکولوژیک یا سرطان پستان، کاهش میل جنسی، دیس پارونی، خشکی واژن و کاهش دلربایی جنسی را تجربه می کنند و اغلب مشکلات خاصشان در ارتباط با وسعت و نوع درمان می باشد (۲۲). مطالعات نشان داده اند که نوع سرطان، وسعت درمان و خصوصیات شخصی، کلید هایی برای تعیین اختلال عملکرد جنسی هستند (۲۳، ۲۴).

نظر به اهمیت مسائل جنسی در حفظ سلامت جسم و روان فرد و خانواده و از آن جایی که سلامت جنسی، جزئی از سلامت عمومی است و همچنین با توجه به اهمیت مشکلات جنسی در روابط زوجین، علی رغم انجام مطالعات فراوان در زمینه تشخیص و درمان اختلالات جنسی، نیاز به انجام مطالعاتی در زمینه مشکلات و اختلالات ایجاد شده به دنبال سرطان های دستگاه تناسلی و پستان ضروری به نظر می رسد تا مراقبین بهداشتی نسبت به سختی ها و مشکلات جنسی در این سرطان ها، آگاه تر شوند. از طرفی هنوز نیاز به افزایش ارتباطات با زنان پیرامون مسائل جنسی وجود دارد که این نیاز هم در آغاز تشخیص و هم در

¹ Ratner

بودند و جهت انجام معاینات و آزمایشات و روش های تشخیصی و درمانی به این بیمارستان ها مراجعه کرده بودند، عدم ابتلاء به اختلالات جنسی قبل از تشخیص سرطان، عدم استفاده از داروهایی که با عملکرد جنسی تداخل دارند (از جمله: داروهای ضد فشار خون، ضد سایکوز، داروهای آنتی هیستامین و...)، عدم ابتلاء به بیماری هایی که با عملکرد جنسی تداخل دارند (شامل مولتیپل اسکروزیس، الزایمر و هر گونه اختلال در سیستم اعصاب مرکزی، افسردگی شدید، عقب ماندگی ذهنی، و اسکولیت (بیماری های التهاب عروق)، هیپو و هیپرتیروئیدسم، تروماهای ناحیه تناسلی، تومورها، توده ها، سرطان ها، خونریزی های واژینال و جراحی های نظری هیستریکتومی، اووفورکتومی، ماستکتومی و سایر جراحی های پستان در زنان) بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ابتلاء به اختلالات عملکرد جنسی قبل از بروز بیماری سرطان و عدم رضایت مندی فرد مورد مطالعه در تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه شامل پرسشنامه های مشخصات فردی/بیماری مشتمل بر نوع درمان (شیمی درمانی، جراحی و رادیوتراپی) و پرسشنامه ۴۴ سؤالی اختلالات عملکرد جنسی بود. این پرسشنامه با اقتباس از دو پرسشنامه اختلال عمل جنسی واژن (SVQ¹) و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI²) و در قالب ۴ زیر مجموعه اختلال میل جنسی، اختلال انگیزش جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد جنسی و رطوبت مهبل تهیه شده است و اختلال عملکرد جنسی مربوط به دو مرحله از زندگی (مراحل اولیه زندگی و قبل از بیماری) را مورد سنجش قرار می دهد.

در این مطالعه جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه مشخصات فردی/بیماری و اختلال عملکرد جنسی، از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که این ابزار با مطالعه جدیدترین کتب و مقالات در زمینه موضوع پژوهش تهیه و سپس جهت ارزیابی، در اختیار چند تن از صاحب نظران و اساتید قرار گرفت. همچنین به منظور تأیید اعتماد علمی این ابزار، از روش آزمون-آزمون

مجدد (با فاصله ۲ هفته) استفاده شد؛ بدین ترتیب که پژوهشگر، آزمون را برای ۱۰ نفر از بیماران در ابتدای مطالعه و سپس یک هفته بعد از مداخله اجرا کرد و پایایی هر دو پرسشنامه با ضریب همبستگی $I=0/86$ و $p=0/021$ (پرسشنامه فردی/بیماری) و $I=0/89$ و $p=0/013$ (پرسشنامه اختلال عملکرد جنسی) مورد تأیید قرار گرفت. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های آماری تی دانشجویی، آنالیز واریانس یک طرفه و مکنمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان معناداری p ذکر شود.

یافته ها

میانگین سن افراد مورد مطالعه $45/28 \pm 7/76$ سال، سن همسران آن ها $50/32 \pm 10/28$ سال، طول مدت ازدواج $11/54 \pm 23/16$ سال، سن یائسگی $48/13 \pm 3/79$ سال و طول مدت درمان $2/07 \pm 1/62$ سال بود. ۵۴ نفر (۳۶٪) از افراد تحصیلات دانشگاهی و ۹۴ نفر (۶۲٪) خانه دار بودند. توزیع فراوانی نوع سرطان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی نوع بیماری در زنان مبتلا به سرطان های تناسلی و پستان

نوع بیماری	تعداد	درصد
سرطان پستان	۱۰۶	۷۰/۷
سرطان رحم	۸	۵/۳
سرطان سرویکس	۱۸	۱۲/۰
سرطان تخمدان	۷	۴/۷
سرطان پستان و رحم	۲	۱/۳
سرطان پستان و سرویکس	۱	۰/۷
سرطان پستان و تخمدان	۱	۰/۷
سرطان رحم- سرویکس و تخمدان	۱	۰/۷
سرطان پستان- رحم- سرویکس- واژینال و تخمدان	۱	۰/۷
نامعلوم	۵	۳/۳
جمع	۱۵۰	۱۰۰

¹ Sexual function-Vaginal changes Questionnaire

² Female sexual function Index

جدول ۴- توزیع فراوانی اختلال جنسی اولیه و اخیر بر حسب نوع سرطان

نوع سرطان	اختلال اولیه		اختلال اخیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پستان	۱۸	٪۱۷	۴۹	٪۴۶/۲
تناسلی	۹	٪۲۳/۱	۲۱	٪۵۳/۸
	p=۰/۴۰۳		p=۰/۴۱۶	

در نهایت بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، اختلال عملکرد جنسی در گروه تحت درمان با رادیوتراپی و شیمی درمانی به طور معناداری بیشتر از بقیه گروه ها بود (p=۰/۰۰۲).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط اختلال عملکرد جنسی با نوع درمان در زنان مبتلا به سرطان های دستگاه تناسلی و پستان مراجعه کننده به بیمارستان های سیدالشهداء و میلاد شهر اصفهان در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که بیش ترین اختلال اولیه و اخیر در عملکرد جنسی به ترتیب مربوط به بُعد انزجار جنسی و کمبود میل جنسی بود. در مطالعه ضیغمی و همکار (۲۰۰۹) در بابلسر بیش ترین اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان، تمایلات جنسی و سپس تحریک یا برانگیختگی جنسی بود (۲۵). در مطالعه هندرن و همکاران (۲۰۰۵) نیز ۴۱ درصد از زنان مبتلا به سرطان رکتوم در بُعد تمایل، ۲۹ درصد در بُعد تحریک یا تهیج، ۵۶ درصد در بُعد لغزنده سازی واژن، ۳۵ درصد در بُعد ارگاسم و ۴۶ درصد در بُعد دیس پارونی، دچار اختلال در عملکرد جنسی بودند (۲۶). تفاوت در نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات ذکر شده می تواند مربوط به تفاوت در ناحیه مبتلا به سرطان باشد. به گفته اندرسون، اعمال جراحی ناشی از سرطان بر روی بیماران زن مانند هیستریکتومی، ماستکتومی و برداشت تخمدان، به میزان قابل ملاحظه ای باعث کاهش تمایل جنسی، کاهش تهیج جنسی، افزایش دیس پارونی و نرسیدن آن ها به حالت ارگاسم می شود و می تواند زندگی زنان مبتلا به سرطان را تهدید کند (۲۵).

نتایج مطالعه همچنین نشان داد که فراوانی اختلال جنسی اخیر در تمام حیطة ها به طور معناداری بیشتر از اختلال اولیه بود (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی اختلالات جنسی در زنان مبتلا به سرطان های تناسلی و پستان بر حسب نوع اختلال

نوع اختلال	اولیه		اخیر		سطح معنی داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کمبود میل جنسی	۲۵	۱۶/۷	۸۳	۵۵/۳	<۰/۰۰۱
انزجار جنسی	۳۵	۲۳/۳	۵۸	۳۸/۷	<۰/۰۰۱
اختلال برانگیختگی جنسی	۲۳	۱۵/۳	۶۴	۴۲/۷	<۰/۰۰۱
اختلال در ارگاسم	۳۰	۲۰/۰	۸۰	۵۳/۳	<۰/۰۰۱
اختلال درد	۲۹	۱۹/۳	۵۴	۳۶/۰	<۰/۰۰۱
اختلال کلی	۲۹	۱۹/۳	۷۱	۴۷/۳	<۰/۰۰۱

توزیع فراوانی نوع درمان در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی نوع درمان در زنان مبتلا به سرطان های تناسلی و پستان

نوع درمان	تعداد	درصد
رادیوتراپی	۹	۶/۰
شیمی درمانی	۱	۰/۷
اعمال جراحی	۶	۴/۰
رادیوتراپی + شیمی درمانی	۷۱	۴۷/۳
رادیوتراپی + عمل جراحی	۴	۲/۶
رادیوتراپی + شیمی درمانی + عمل جراحی	۴۹	۳۲/۷
نامعلوم	۱۰	۶/۷
جمع	۱۵۰	۱۰۰

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، بین سن بیمار، سن همسر و طول مدت درمان با اختلال جنسی اولیه ارتباط وجود داشت اما بین فاصله سنی زن و شوهر و طول مدت ازدواج با اختلال جنسی ارتباطی وجود نداشت. همچنین بر اساس نتایج آزمون تی مستقل بین سن بیمار، سن همسر و طول مدت ازدواج با اختلال جنسی اولیه ارتباط وجود داشت ولی با فاصله سنی زن و شوهر و طول مدت درمان ارتباط وجود نداشت. همچنین بر اساس آزمون مکنمار، بین نوع سرطان با اختلال اولیه (p=۰/۴۰۳) و اختلال اخیر (p=۰/۴۱۶) ارتباط آماری معناداری وجود نداشت (جدول ۴).

نتایج مطالعه در ارتباط با هدف اصلی مطالعه نشان داد که بین اختلال عملکرد جنسی و نوع درمان بیماران، ارتباط معنی داری وجود داشت. در راستای نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه مقطعی چن و همکاران (۲۰۱۳) در تایوان که بر روی ۱۵۸ زن مبتلا به سرطان دستگاه تناسلی انجام شد، رضایت جنسی زنان با وضعیت ملی، سن، طول دوره درمان و نوع درمان ارتباط معنی داری داشت (۲۷). در مطالعه بینی (۲۰۱۱) در کارولینای شمالی نیز بین عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان با نوع درمان (شیمی درمانی، رادیوتراپی و جراحی) ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت (۲۸). در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۱۱) در کره نیز بیماران مبتلا به سرطان پستان که با شیمی درمانی درمان شده بودند، انگیزش و فعالیت جنسی کمتری داشتند، در حالی که بین عملکرد جنسی بیماران با درمان جراحی ارتباطی وجود نداشت (۲۹). نتایج مطالعه جنسن و همکاران (۲۰۰۴) در دانمارک بر روی ۱۷۳ زن مبتلا به سرطان دهانه رحم نیز نشان داد زنانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند نسبت به زنانی که مصرف کننده داروهای هورمونی (هورمون درمانی) بودند، اختلال عملکرد جنسی بیشتری داشتند (۳۰) مطالعه فرومویتر و همکاران (۲۰۰۵) در دانشگاه تگزاس آمریکا نیز نشان داد زنان مبتلا به سرطان دستگاه تناسلی تحت درمان رادیوتراپی نسبت به گروه جراحی، عملکرد جنسی کمتری داشتند، در حالی که عملکرد جنسی با جراحی ارتباطی نداشت (۱۵). این در حالی است که بک ول و همکار (۲۰۰۵) دریافتند که تمام درمان های انجام شده در زنان مبتلا به سرطان پستان، باعث کاهش عملکرد جنسی می شود (۳۱).

شاید یکی از دلایل ناهمسو بودن نتایج مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده، حجم نمونه بالاتر این مطالعه و در نظر گرفتن تنها یک سرطان باشد. علاوه بر این در نظر گرفتن تفاوت های فردی، فرهنگی و نژادی نیز می تواند یکی دیگر از دلایل احتمالی باشد؛ به طوری که بر اساس گزارش مطالعات مختلف، زنان آسیایی نسبت به

زنان کشورهای غربی، اختلال عملکرد جنسی بیشتری را گزارش کردند (۳۲، ۳۳). توجه به مشکلات و مسائل مربوط به زنان مبتلا به سرطان در جامعه اسلامی از نقاط قوت این مطالعه بود. علاوه بر این با توجه به شرایط جسمی و روانی این بیماران، استفاده از روش مصاحبه و پرسشگری با حجم نمونه مناسب در چنین شرایطی می تواند از دیگر نقاط قوت این مطالعه باشد. از جمله محدودیت ها و مشکلات اجرایی این مطالعه می توان به این موارد اشاره کرد: علی رغم اطمینان دادن پژوهشگر در مورد محرمانه بودن اطلاعات افراد، علائم در برخی موارد ممکن بود پنهان بماند. تفاوت های فردی، شخصیتی و فرهنگی واحدهای پژوهش بر میزان اختلالات عملکرد جنسی تأثیرگذار است که این مورد به طور نسبی با نمونه گیری تصادفی و همچنین در نظر گرفتن دو بیمارستان شهر اصفهان کنترل شد. مکان مناسب و خصوصی و حضور همراه در برخی افراد در هنگام نمونه گیری ممکن است بر پاسخ سؤالات مربوط به عملکرد جنسی مؤثر بوده باشد، لذا پرسشنامه های مربوطه تا حد ممکن به صورت مخفی و به دور از سایر افراد تکمیل شد.

نتیجه گیری

در بیماران مبتلا به سرطان های پستان و دستگاه ژنیتال تحت درمان با رادیوتراپی و شیمی درمانی اختلال عملکرد جنسی بیشتر است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۲۹۱۰۹۰ می باشد، بدین وسیله از حمایت و همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پرسنل بیمارستان های سیدالشهداء و میلاد شهر اصفهان و همکاری زنان شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می شود.

2. Pinto AC. Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *J Thorac Dis* 2013;5(Suppl 1):S81-S86.
3. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010;60(5):277-300.
4. Matulonis UA, Kornblith A, Lee H, Bryan J, Gibson C, Wells C, et al. Long- term adjustment of early- stage ovarian cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18(6):1183-93.
5. Hopkinson JB, Fenlon DR, Okamoto I, Wright DN, Scott I, Addington-Hall JM, et al. The deliverability, acceptability, and perceived effect of the Macmillan approach to weight loss and eating difficulties: a phase II, cluster-randomized, exploratory trial of a psychosocial intervention for weight-and eating-related distress in people with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(5):684-95.
6. Ismail KM. Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2008;10(3):206.
7. Anderson JL. Acknowledging Female Sexual Dysfunction in Women With Cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2013;17(3):233-5.
8. Rodin G, Olmsted MP, Rydall AC, Maharaj SI, Colton PA, Jones JM, et al. Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2002;53(4):943-9.
9. Carter J, Huang H, Chase DM, Walker JL, Cella D, Wenzel L. Sexual function of patients with endometrial cancer enrolled in the Gynecologic Oncology Group LAP2 Study. *Int J Gynecol Cancer*. 2012;22(9):1624-33.
10. Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, et al. The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med* 2005;47(6):547-57.
11. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2012;62(1):10-29.
12. Plotti F, Nelaj E, Sansone M, Antonelli E, Altavilla T, Angioli R, et al. Sexual Function after Modified Radical Hysterectomy (Piver II/Type B) vs. Classic Radical Hysterectomy (Piver III/Type C2) for Early Stage Cervical Cancer. A Prospective Study. *J Sex Med* 2012;9(3):909-17.
13. Emilee G, Ussher J, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas* 2010;66(4):397-407.
14. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, Fadoukhair Z, Kharmoun S, Slimani K, et al. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. *BMC Womens Health* 2011;11(1):29.
15. Brotto LA, Yule M, Breckon E. Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: A review of the literature. *J Cancer Surviv* 2010;4(4):346-60.
16. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol* 2005;23(30):7428-36.
17. Bergmark K, ÅvallLundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Patientrating of distressful symptoms after treatment for early cervicalcancer. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81(5):443-50.
18. de Melo Ferreira AP, de Figueiredo EM, Lima RA, Cândido EB, de Castro Monteiro MV, de Figueiredo Franco TMR, et al. Quality of life in women with vulvar cancer submitted to surgical treatment: a comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;165(1):91-5.
19. Gershenson DM, Miller AM, Champion VL, Monahan PO, Zhao Q, Cella D, et al. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2007;25(19):2792-7.
20. Ratner ES, Foran K, Schwartz P, Minkin M. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas* 2010; 66(1):23-6.
21. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med* 2011;8(1):294-302.
22. Forgione A, Leroy J, Cahill RA, Bailey C, Simone M, Mutter D, et al. Prospective evaluation of functional outcome after laparoscopic sigmoid colectomy. *Ann Surg* 2009;249(2):218-24.
23. Brotto LA, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol* 2012;125(2):320-5.
24. Akkuzu G, Ayhan A. Sexual Functions of Turkish Women with Gynecologic Cancer during the Chemotherapy Process. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(6):3561-4.
25. Olsson C, Athlin E, Sandin- Bojö AK, Larsson M. Sexuality is not a priority when disease and treatment side effects are severe: conceptions of patients with malignant blood diseases. *J Clin Nurs* 2013;22(23-24):3503-12.
26. Zeighami Mohammadi S, Fatemeh G. Sexual Dysfunction and Its Correlation with Quality of

- Life among Women Affected with Cancer .The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology And Infertility 2009;12(2): 39-46.
27. Hendren SK, O'Connor BI, Liu M, Asano T, Cohen Z, Swallow CJ, et al. Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Ann Surg* 2005;242(2):212.
28. 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;60(2):61-70.
29. Binney GL. Sexual Satisfaction Among Young Breast Cancer Survivors. 2011. یافت نشد
30. Yang EJ, Kim SW, Heo CY, Lim JY. Longitudinal changes in sexual problems related to cancer treatment in Korean breast cancer survivors: a prospective cohort study. *Support Care Cancer* 2011;19(7):909-18.
31. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Earlystage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. A longitudinal study. *Cancer* 2004;100(1):97-106.
32. Bakewell RT, Volker DL. Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2005;9(6):697-702.
33. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2004;17(1):39-57.
34. Moreira E, Brock G, Glasser D, Nicolosi A, Laumann E, Paik A, et al. Helpseeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Clin Pract* 2005;59(1):6-16.