

بررسی ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان

آرزو شایان^۱، آرش خلیلی^۲، مونا رهنوردی^۳، سیده زهرا معصومی^{۴*}

^۱ مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رشت، رشت، ایران

^۴ استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: سیده زهرا معصومی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: zahramid2001@yahoo.com

DOI: 10.21859/nmj-24042

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایعترین سرطان زنان است که جنبه‌های مختلف سلامت فردی، روانی و کیفیت زندگی و عملکرد جنسی را به مخاطره می‌اندازد. هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد.

روش کار: مطالعه حاضر به شیوه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی و با حجم نمونه معادل ۱۰۴ نفر به روش در دسترس، در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مجمع خیرین سلامت طی سال ۱۳۹۴، انجام شد. ابزار گرد آوری داده‌ها شامل پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه عملکرد جنسی (FSFI) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS/21 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی زنان، $50/02 \pm 12/07$ سال بود. باتوجه به نقطه برش، ۸۱/۶ درصد (۸۴ نفر) دچار مشکلات روانی بودند و ۸۵/۸ درصد (۸۹ نفر) دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. بر اساس میانگین‌های ذکر شده، بیشترین اختلال مربوط به درد هنگام مقاربت (۹۰٪) و کمترین آن مربوط به میل جنسی (۷۷٪) بود. بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین تمامی ابعاد عملکرد جنسی با سلامت عمومی کل رابطه مستقیم و معنادار وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: اکثر افراد مبتلا به سرطان پستان از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند. با توجه به رابطه مستقیم تمامی ابعاد عملکرد جنسی و سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، شناخت و آگاهی در زمینه تغییرات عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان امری مهم و ضروری است.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۳۰

واژگان کلیدی:

رفتار جنسی

سرطان‌های پستان

بهداشت روانی

زنان

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

فرد موجب بهم خوردن تعادل زندگی او می‌شود. به دلیل اهمیت پستان در شکل گیری هویت جنسی زن، واکنش نسبت به بیماری می‌تواند شامل ترس، اضطراب، و افسردگی باشد [۴]. برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار از قبیل احتمال بدشکلی بدنی، درد، فقدان حمایت مالی و اجتماعی، از دست دادن هویت زنانه و میل جنسی، کاهش فعالیت اجتماعی، نگرانی در مورد آینده مبهم، عود مجدد بیماری، مرگ و ... است [۵]. اگرچه تعاریف زیادی برای روابط جنسی و صمیمیت پیشنهاد شده است و لیکن درک این مفاهیم دشوار می‌باشد، تیلور، روابط جنسی را ویژگی شخصیتی جسمی و روانی فرد می‌داند که هویت زن یا مرد را شکل می‌دهد [۶].

سرطان‌ها، طیف وسیعی از بیماری‌هایی هستند که هریک از آنها سبب شناسی، برنامه درمانی و پیش آگهی ویژه خود را دارند. سرطان بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی، دومین علت مرگ و میر در جوامع انسانی است [۱]. سرطان پستان، نظر روانی تأثیر گذارترین سرطان در بین زنان است [۲]. این بدخیمی حدود ۳۳ درصد انواع سرطان زنان را تشکیل می‌دهد و میزان شیوع آن در جمعیت عمومی در کشورهای مختلف جهان بین ۸ درصد تا ۱۰ درصد برآورد شده است. میزان بروز سرطان پستان در ایران ۳۱ در ۱۰۰۰۰۰ زن گزارش شده است که بیشترین گروه سنی مربوط به ۴۲-۴۹ سال می‌باشد [۳]. تشخیص سرطان پستان به عنوان یک بحران در زندگی

سرطان پستان می‌باشد. از بین بیماران دچار سرطان پستان مراجعه کننده به مجمع خیرین سلامت همدان، که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، پس از کسب رضایت آگاهانه، ۱۰۴ نفر بصورت در دسترس با استفاده از فرمول:

$$n = \frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2}$$

$$\sigma = 9, \mu_2 = 8.5, \mu_1 = 13.6$$

در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند [۱۱]. معیارهای ورود به مطالعه شامل، دامنه سنی ۲۰-۶۰ سال، متأهل بودن، زنان دارای سرطان پستان درجه ۳ به پایین و بعد از عمل جراحی ماستکتومی، سطح تحصیلات سیکل به بالا، عدم وجود سایر بیماری‌های مزمن (قلبی، دیابت، فشار خون بالا، کلیوی، کبدی)، گذشت یک ماه از مدت عمل جراحی، و معیارهای خروج شامل، سابقه ابتلا به بیماری جسمی و روانی قابل توجه مانند اختلالات روان پریشی از جمله اسکیزوفرنی و افسردگی شدید و ... که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارند، رخداد وقایع استرس آور (مرگ نزدیکان، طلاق و...) حین مطالعه، سوءمصرف موادمخدر، بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی (FSFI)، پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ-۲۸) بود. پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک، شامل: سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، روش پیشگیری از بارداری، گرید (درجه بندی سرطان پستان)، انجام یا عدم انجام عمل جراحی، و سابقه شیمی درمانی و پرتودرمانی بود. پرسشنامه عملکرد جنسی شامل ۱۹ سؤال ۴ جوابی بود (جدول ۱). این پرسشنامه استاندارد، شش بعد از عملکرد جنسی (میل جنسی، ارگاسم، تحریک، درد جنسی، لوبریکاسیون و رضایت جنسی) را طی ۴ هفته اخیر می‌سنجد. سؤالات ۱ و ۲ پرسشنامه (میل جنسی)، سؤالات ۳-۴-۵ و ۶ (تحریک جنسی)، سؤالات ۷-۸-۹ و ۱۰ (لوبریکاسیون)، سؤالات ۱۱-۱۲ و ۱۳ (ارگاسم)، سؤالات ۱۴-۱۵ و ۱۶ (رضایت جنسی)، سؤالات ۱۷-۱۸ و ۱۹ (مربوط به درد) بود. برای سؤالات حوزه میل جنسی امتیاز ۱-۵، برای تحریک جنسی، رطوبت مهبل، درد مقاربت، ارگاسم امتیاز ۰-۵، برای سؤالات رضایتمندی جنسی امتیاز ۱-۵ یا ۰ در نظر گرفته می‌شود. برای تعیین نمره هر فرد در هر بخش و تعیین نمره کلی، طبق جدول پرسشنامه عمل شد. نمره هر بخش با جمع نمرات سؤالات مربوط به آن بخش و ضرب کردن حاصل جمع در ضریب هر بخش بدست آمد. حداقل نمره برای حوزه میل جنسی (۱/۲)، تحریک جنسی، لوبریکاسیون، ارگاسم و درد

اختلال عملکرد جنسی به عنوان اختلال میل (Desire)، تحریک (Motivation)، ارگاسم (Orgasm) و درد جنسی (Pain) تعریف می‌شود. اختلال میل جنسی به دو گروه تقسیم می‌شود: اختلالات کمبود میل جنسی و اختلال انزجار جنسی، در اختلالات کمبود میل جنسی کمبود یا فقدان خیال پردازی‌های جنسی و میل به فعالیت جنسی دیده می‌شود، و در اختلال انزجار جنسی، بی‌زاری و اجتناب از تماس جنسی تناسلی با شریک جنسی یا خودارضایی وجود دارد. اختلال کمبود میل جنسی از اختلال انزجار شایعتر است و در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود [۷]. برداشتن پستان از طریق عمل جراحی به عنوان نابود شدن بخشی از بدن تلقی می‌شود که نماد جنسیت، زنانگی و ابعاد مادرانه است. به دلیل اهمیت پستان در شکل گیری هویت جنسی زن، واکنش نسبت به بیماری می‌تواند شامل ترس، اضطراب و افسردگی باشد [۸]. برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار از قبیل احتمال بدشکلی بدنی، درد، فقدان حمایت مالی و اجتماعی، از دست دادن هویت زنانه و میل جنسی، کاهش فعالیت اجتماعی، نگرانی در مورد آینده مبهم، عود مجدد بیماری، مرگ و ... است [۹]. میزان اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژیک به ۸۰٪ می‌رسد که در ایران بر اساس بررسی ملی انجام شده در سال ۱۳۸۴، ۳۱/۱۵٪ از زنان دارای اختلال کارکرد جنسی هستند. در سرطان‌های ژنیکولوژیک و پستان، اختلال عملکرد جنسی افراد منجر به بیشترین استرس در بیماران از زمان تشخیص تا سرتاسر دوره طولانی مدت پیگیری می‌شود و به نظر می‌رسد خودپنداری جنسی، یک مفهوم مهم در پیشگویی اختلال عملکرد جنسی باشد، اختلال در عملکرد جنسی ایجاد شده در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌تواند استرس و افسردگی و اضطراب و سایر علائم روانی این افراد را تشدید کند [۱۰].

با توجه به افزایش روز افزون تعداد بیماران مبتلا به سرطان در ایران و جهان و افزایش هزینه‌های ناشی از درمان جسمانی و تأثیر آن بر سایر جنبه‌های زندگی، در نهایت استرس و مقابله مؤثر با آن و بالا بردن کیفیت زندگی افراد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی، به منظور تعیین ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روانی زنان مبتلا به

پرسشنامه بین ۸۴/۱۰ تا ۹۳/۱۰ گزارش شده است [۱۵]. پس از بیان اهداف پژوهش به نمونه‌های پژوهش و تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه، پرسشنامه عملکرد جنسی و سلامت عمومی توسط افراد تکمیل گردید و نمونه گیری به مدت شش ماه از شهریور ماه تا اسفند ماه ۱۳۹۴ بطول انجامید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون کای دو، t مستقل، آزمون همبستگی پیرسون تحلیل گردید. سطح معنی دار در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۱۰۴ زن مبتلا به سرطان پستان، مراجعه کننده به مجمع خیرین سلامت همدان در سال ۱۳۹۴، به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. آزمودنی‌ها شامل زنان با میانگین و انحراف معیار سنی $۱۲/۰۷ \pm ۰/۰۲$ سال بودند. برخی خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

میانگین نمره بدست آمده برای ابعاد علائم جسمانی (۱۶/۸۴)، اضطراب و بی خوابی (۱۷/۰۱)، اختلال عملکرد اجتماعی (۱۷/۱۵)، افسردگی (۱۷/۰۵)، و سلامت عمومی کل (۶۸/۰۷) بدست آمد. با توجه به نمرات زیر مقیاس‌های سلامت عمومی، بیشترین مشکلات روانی افراد در بعد اختلال عملکرد اجتماعی (۶۷/۷٪) و کمترین آن در بعد علائم جسمانی (۸٪) است. باتوجه به نقطه برش بیشتر از ۸۱/۲۳،۶ درصد (۸۴ نفر) دچار مشکلات روانی بودند و ۱۸/۴ درصد (۱۹ نفر) مشکلی در این زمینه نداشتند (جدول ۲). همچنین طبق نتایج، میانگین و انحراف معیار حاصل برای ابعاد شش گانه عملکرد جنسی مشتمل بر میل جنسی (۱/۴۳)، تحریک جنسی (۱/۰۵)، لوبریکیشن (۱/۰۳)، ارگاسم (۱/۱۱)، رضایت جنسی (۱/۰۸)، درد مقاربت (۰/۹۰) بود و برای عملکرد جنسی کل (۶/۶۲) بدست آمد. بر اساس نقطه برش زیر ۲۸، ۸۵/۸ درصد (۸۹ نفر) دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. بر اساس درصدهای ذکر شده بیشترین اختلال مربوط به درد هنگام مقاربت (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به میل جنسی (۰/۷۷) بود (جدول ۳). بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین سلامت عمومی کل و بعد میل جنسی $P = ۰/۰۰۱$ ، تحریک جنسی $P = ۰/۰۰۲$ ، لوبریکاسیون $P = ۰/۰۰۱$ ، ارگاسم $P = ۰/۰۰۱$ ، رضایت جنسی $P = ۰/۰۰۱$ ، درد $P = ۰/۰۰۱$ و عملکرد جنسی کل $P = ۰/۰۰۱$ ، رابطه مستقیم و معنادار وجود داشت، بدین معنا که اختلال عملکرد جنسی در هر کدام از حیطه‌ها با کاهش سلامت روانی همراه بود (جدول ۴).

و رضایتمندی (۰) و حداکثر نمره برای تمام حوزه‌ها برابر ۶ بود. حداکثر نمره برای هر بخش برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ بود. اختلال میل جنسی (نمره کمتر از ۴/۲۸)، اختلال برانگیختگی (نمره کمتر از ۵/۰۸)، اختلال لغزندگی (نمره کمتر از ۵/۴۵)، اختلال ارگاسم (نمره کمتر از ۵/۰۵) و اختلال در رضایت جنسی (نمره کمتر از ۵/۰۴)، می‌باشد. نقطه برش جهت تعیین اختلالات جنسی، نمره ۲۸ یا کمتر بود، بطوری که افرادی که نمره کل عملکرد جنسیشان ۲۸ یا کمتر باشد، دارای اختلال عملکرد جنسی هستند. امتیاز کلی بدست آمده در حیطه‌های مختلف محاسبه شده است. بدیهی است نمره کلی از حاصل جمع نمرات ۶ بخش بدست می‌آید. نمره صفر هیچگونه فعالیت جنسی در ماه گذشته نداشته است. میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد که برای کل افراد ۷۰٪ و بالاتر محاسبه شد، که نشانگر پایایی خوب این ابزار است [۱۲]. پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی (۲۸-GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر معرفی شده، و دارای ۴ زیر مقیاس است: زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی. زیر مقیاس (A) شامل مواردی درباره احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آن‌ها می‌باشد و با نشانه‌های جسمانی همراه است (سوالات ۱-۷). زیر مقیاس (B) شامل مواردی است که با اضطراب و بی خوابی مرتبطاند (سوالات ۸-۱۴). زیر مقیاس (C) گستره توانایی افراد را در مقابله به خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی، آشکار می‌کند (سوالات ۱۵-۲۱). زیر مقیاس (D) در برگیرنده مواردی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبط است (سوالات ۲۲-۲۸). هر سؤال شامل چهار گزینه می‌باشد و نمره دهی آن از یک تا چهار است. مبنای تشخیص موارد مثبت در این پرسشنامه طبق راهنمای ۲۸-GHQ- نقطه برش ۲۳ می‌باشد. کسانی که نمره آنان بیشتر از ۲۳ است، درگروه مبتلا به مشکلات روانی قرار می‌گیرند [۱۳]. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های علایم جسمی ۸۵ درصد، اضطراب و بی خوابی ۷۸ درصد، اختلال عملکرد اجتماعی ۷۹ درصد، و افسردگی و خیم ۹۱ درصد و کل پرسشنامه ۷۸ درصد بدست آمده است. ضریب پایایی برای هر یک از ابعاد مربوطه در تحقیق سعادت‌تی نیز به ترتیب ۰/۸۹۳، ۰/۸۴۴، ۰/۸۷۱ و ۰/۸۶۶ برآورد شده است [۱۴]. همچنین در مطالعه نوربالا و همکاران، روایی و پایایی

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران		
مشخصات	تعداد	درصد
تحصیلات		
بیسواد	۳۰	۲۸/۸
سیکل	۴۱	۳۹/۴
دیپلم و بالاتر	۳۳	۳۱/۷
سابقه پیشگیری		
بلی	۸۷	۸۳/۷
خیر	۱۷	۱۶/۳
نوع پیشگیری		
عدم پیشگیری	۱۷	۱۶/۳
طبیعی	۲۴	۲۳/۱
کاندوم	۵۱	۴۹/۰
غیره	۱۲	۱۱/۵
یائسگی		
بلی	۳۹	۳۷/۵
خیر	۶۵	۶۲/۵
درجه سرطان		
۱	۱۶	۱۵/۴
۲	۲۷	۲۶/۰
۳	۶۱	۵۸/۷
شیمی درمانی		
بلی	۹۳	۸۹/۴
خیر	۱۱	۱۰/۶
پرتو درمانی		
بلی	۱۵	۱۴/۴
خیر	۸۹	۸۵/۶

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان پستان			
ابعاد	میانگین	انحراف معیار	درصد افراد بدون اختلال عملکرد جنسی، (براساس نقطه برش)
میل جنسی	۱/۴۳۰۸	۰/۵۱۰۶۸	۰/۲۳
تحریک جنسی	۱/۰۵۸۷	۰/۸۹۲۶۵	۰/۱۶
لوپریکاسیون	۱/۰۳۸۵	۰/۸۸۴۷۵	۰/۱۳
ارگاسم	۱/۱۱۵۴	۱/۰۱۸۱۶	۰/۲۰
رضایت جنسی	۱/۰۸۰۸	۰/۹۱۷۳۷	۰/۱۸
درد	۰/۹۰۰۰	۰/۸۲۴۳۹	۰/۱۰
عملکرد جنسی کل	۶/۶۲۴۰	۴/۲۷۴۶۶	۱۴/۲

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	درصد افراد بدون اختلال سلامت عمومی، (براساس نقطه برش)
علائم جسمانی	۱۶/۸۴۳	۲/۲۸۹	۹۲
اضطراب	۱۷/۰۱۹	۲/۰۹۱	۴۶
کارکرد اجتماعی	۱۷/۱۵۷	۱/۴۴۰	۳۲/۳
افسردگی	۱۷/۰۵۸	۲/۶۹۵	۳۷
سلامت عمومی کل	۶۷/۰۷۸	۷/۳۷۳	۱۸/۴

جدول ۴: ضریب همبستگی بین نمره سلامت عمومی و حیطه‌های عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
میل جنسی	۰/۱۹۸	۰/۰۰۱
تحریک جنسی	۰/۵۷۲	۰/۰۰۲
لوبریکاسیون	۰/۶۵۴	۰/۰۰۱
ارگاسم	۰/۴۵۱	۰/۰۰۱
رضایت جنسی	۰/۱۴۸	۰/۰۰۱
درد	۰/۳۹۴	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	۰/۲۵۴	۰/۰۰۱

بحث

سرطان پستان می‌تواند عملکرد جنسی و سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به اهمیت عملکرد جنسی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و سلامت روانی این افراد، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، انجام شد. ۴۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان پس از شروع درمان دچار اختلال عملکرد جنسی می‌شوند و ۵۰ درصد زنان مبتلا به سرطان پستان در دراز مدت این اختلالات را تجربه می‌کنند. فعالیت جنسی یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است. معمولاً تلاش تیم درمانی بر پایه حفظ و ادامه زندگی بیمار تمرکز می‌یابد و به عملکرد جنسی بیماران کمتر توجه می‌شود. افسردگی و استرس پس از تشخیص سرطان پستان، عوارض جانبی ناشی از داروهای شیمی درمانی طی درمان سرطان، اختلال تصویر ذهنی پس از ماستکتومی، از علل اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شود [۱۶]. نتایج پژوهش گویای آن بود که ۸۱/۶ درصد افراد مبتلا به اختلال روانی بودند و بیشترین مشکل این افراد در بعد عملکرد اجتماعی بود. مطالعات دیگر مؤید شیوع استرس و اضطراب در این بیماران است که می‌تواند در اثر واکنش روانشناختی به بیماری، تأثیر فیزیولوژیک مستقیم خود

سرطان و یا درمان دارویی باشد [۱۷]. استرس باعث افزایش میزان افسردگی، اختلالات اضطرابی و دیگر اشکال مشکلات روانپزشکی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود [۱۸]. اضطراب و استرس می‌تواند تأثیر فیزیولوژیک مستقیم بر عملکرد سیستم ایمنی داشته باشد و با کاهش مقاومت بدن، فرد را مستعد تشدید بیماری جسمانی و روانی کنند و از این طریق می‌تواند عملکرد روز مره و اجتماعی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد. عمده مسائل و مشکلاتی که بطور معمول کیفیت زندگی و عملکرد جنسی مبتلایان به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد شامل آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به بیماری و اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس و ... است که این استرس‌های روانی و رفتار مراقبت دهندگان از عواملی هستند که بر کارکرد جنسی بیماران سرطانی تأثیر می‌گذارد [۱۹]. در مطالعه حاضر ۸۵/۸ درصد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی بودند، بیشترین مربوط به درد حین نزدیکی و کمترین آن مربوط به میل جنسی بود. این اختلال می‌تواند ناشی از استرس ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان یا عوارض ناشی از درمان و شیمی درمانی و یا عمل جراحی آن باشد، مطالعات نشان داده است که در کشورهای مختلف نیز زنان مبتلا به سرطان پستان احساس می‌کنند، عملکرد جنسیشان تحت تأثیر بیماری و درمان آن تغییر کرده است [۲۰]. در مطالعه Kedde و همکاران که در هلند انجام شد، ۶۴ درصد از زنانی که هنوز تحت درمان سرطان پستان بودند، اختلال عملکرد جنسی داشته و در زنانی که درمانشان خاتمه یافته و دیگر تحت درمان نبودند، این اختلال ۴۵ درصد بود. با توجه به همه اختلالات مورد بررسی در زنان جمعیت هلند، سرطان پستان در میان زنان جوان شایع‌تر بود. هورمون درمانی باعث وقوع طولانی مدت از اختلالات انگیختگی تناسلی شده بود، ماستکتومی رادیکال باعث بروز طولانی مدت اختلال ارگاسم زن و مقاربت دردناک شده بود و در اوایل یائسگی، نیمی از زنان گزارش دادند که موضوع "تغییرات در عملکرد جنسی" در طول درمان مشاهده شده است. نتایج گویای آن بود که

تأثیر معنادار و مستقیمی وجود داشت، بدین معنا که بهبود عملکرد جنسی افراد و افزایش سلامت روانی با یکدیگر رابطه مستقیمی دارند و بعد جنسی افراد و وضعیت روانی با یکدیگر در تعامل مستقیمی هستند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن پژوهش به مجمع خیرین سلامت همدان اشاره کرد که تعمیم پذیری آن را با مشکل مواجه می‌کند، پاسخ به سؤالات جنسی برای نمونه‌ها به دلیل شرم و حیا و فرهنگ اجتماعی دشوار بود. همچنین تأثیر نوع درمان بر عملکرد جنسی و سلامت روانی نادیده گرفته شده است. پیشنهاد می‌شود جلسات گروه درمانی برای مردان و زنان در نظر گرفته شود و همچنین آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله به زنان مبتلا به سرطان در کنار شیمی درمانی و رادیوتراپی داده شود. به دلیل اینکه شریک جنسی زنان مبتلا به سرطان نیز ممکن است از رفتارهای اجتنابی و یا طردآمیز استفاده کنند، آموزش رفتار جنسی به زوجین داده شود.

نتیجه گیری

بیشتر افراد مبتلا به سرطان پستان از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند. با توجه به رابطه مستقیم تمامی ابعاد عملکرد جنسی و سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، شناخت و آگاهی در زمینه تغییرات عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان امری مهم و ضروری است. در این بیماران لازم است وضعیت عملکرد جنسی و نوع تغییرات ایجاد شده مورد بررسی قرار گرفته و مشاوره با بیمار و همسر او در زمینه نحوه مشکلات و ابزار احساسات انجام شود تا از فشار روانی آنان کاسته شود و روند بهبودی بیماری سریعتر انجام شود.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره نامه IR.UMSHA.REC.1394.497 تصویب شده است. از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی، معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان، مرکز تحقیقات دانشجویی، پرسنل محترم مجمع خیرین سلامت همدان به جهت همکاری در اجرای این طرح تشکر می‌گردد.

اختلالات جنسی در میان زنان جوان مبتلا به سرطان پستان بسیار شایع است، و به منظور بهبود عملکرد جنسی در این افراد جلسات مشاوره جنسی توصیه شد [۲۰]. Anen Sertuz و همکاران (۲۰۰۴) و Henan (۲۰۰۵) نیز در تحقیقات خود دریافتند که ابتلا به سرطان، عملکرد جنسی و عزت نفس فرد را مختل کرده و باعث تصویر بدنی منفی، کاهش حس زنانگی و کاهش فعالیت جنسی می‌شود. در پی تغییر در سطح جسمی و روانی، روابط اجتماعی و تعاملات صمیمانه بیمار با اطرافیان نیز دگرگون می‌شود و بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی خود احساس از هم گسیختگی می‌نماید [۲۱]. اختلال عملکرد جنسی متعاقب سرطان پستان، احتمالاً بیش از یک سال از تشخیص این بیماری باقی می‌ماند. به نظر می‌رسد شیمی درمانی، مسئول اکثر مشکلات جنسی شامل کاهش میل جنسی و برانگیختگی ذهنی، خشکی مهبل و دیس پارونی باشد [۲۱]. ماستکتومی به عنوان رایج‌ترین درمان، اثر مستقیم بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان دارد در حالی که جراحی حفاظتی پستان، تأثیر مستقیم روی فعالیت جنسی ندارد، بلکه با ایجاد یک تصور مثبت از بدن، روی عملکرد جنسی اثر مثبت می‌گذارد [۲۲]. نتایج مطالعه Hanun و همکاران (۲۰۰۵)، نشان داد که ماستکتومی و شیمی درمانی سبب تغییر منفی در تصویر ذهنی، کاهش عزت نفس و حس زنانگی و اختلالات جنسی خصوصاً در زنان جوان می‌شود [۲۳]. به گفته اندرسون، اعمال جراحی ناشی از سرطان بر روی بیماران زن مانند هیستریکتومی، ماستکتومی و برداشت تخمدان، به میزان قابل ملاحظه‌ای باعث کاهش تمایل جنسی، کاهش تهیج جنسی، افزایش دیس پارونی و نرسیدن آن‌ها به حالت ارگاسم می‌شود و می‌تواند زندگی زنان مبتلا به سرطان را تهدید کند [۲۴]. در مطالعه وردنجانی و همکاران (۱۳۹۲)، جراحی ماستکتومی در مقایسه با لامپکتومی تأثیر قابل توجهی بر رضایت جنسی زوجین داشت و پس از عمل ماستکتومی، افراد دچار اختلال در عملکرد جنسی شده بودند [۲۵]. بنابراین، سرطان پستان و درمان‌های معمول آن سبب ایجاد اختلال در عملکرد جنسی می‌شود. این دسته از بیماران به یائسگی زودرس مبتلا می‌گردند که در نتیجه کاهش استروژن سبب آتروفی واژن و کاهش آندورژن سبب کاهش میل جنسی و تحریک می‌شود. در همین راستا می‌توان به پژوهش Wang و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد که بیان‌کننده مضامین کاهش فراوانی (رابطه جنسی، عدم تمایل جنسی، علائم یائسگی، تغییر در تصویر تن، تأثیر بر روابط زناشویی و تصورات و برداشتهای غلط در مورد روابط جنسی) است [۲۶]. با توجه به نتایج تحقیق بین تمامی ابعاد سلامت عمومی افراد و تمامی ابعاد عملکرد جنسی

REFERENCES

- Garssen B, Boomsma MF, Meezenbroek Ede J, Porsild T, Berkhof J, Berbee M, et al. Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psychooncology*. 2013;22(3):572-80. DOI: [10.1002/pon.3034](https://doi.org/10.1002/pon.3034) PMID: [22383279](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22383279/)
- Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, Aeinparast N. [Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer]. *Social Women*. 2011;1(4):61-75.
- Kolahdoozan S, Sadjadi A, Radmard AR, Khademi H. Five common cancers in Iran. *Arch Iran Med*. 2010;13(2):143-6. PMID: [20187669](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20187669/)
- Taira N, Shimozuma K, Shiroiwa T, Ohsumi S, Kuroi K, Saji S, et al. Associations among baseline variables, treatment-related factors and health-related quality of life 2 years after breast cancer surgery. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;128(3):735-47. DOI: [10.1007/s10549-011-1631-y](https://doi.org/10.1007/s10549-011-1631-y) PMID: [21681445](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21681445/)
- Hogan MA, Black JM, Tashiro JS, Sullins E. *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*: Saunders; 2002.
- Black JM, Hawks JH, Keene AM. *Medical-surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*: Saunders; 2000.
- Erek J. *Early pregnancy loss and ectopic pregnancy*. Berek and Novak's Gynecology 14th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Fahami F, Savabi M, Mohamadi Rezi S, Shirani N. [Sexual dysfunction associated with the type of treatment in women with breast cancer and genital organs]. *J Obstet Gynecol Infert*. 2014;17(116):15-22.
- Snoj Z, Licina M, Pregelj P. Depression and anxiety in Slovenian female cancer patients. *Psychiatr Danub*. 2008;20(2):157-61. PMID: [18587284](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18587284/)
- 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. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2011.02581.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02581.x) PMID: [22372655](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22372655/)
- Stagl JM, Antoni MH, Lechner SC, Bouchard LC, Blomberg BB, Gluck S, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral stress management in breast cancer: a brief report of effects on 5-year depressive symptoms. *Health Psychol*. 2015;34(2):176-80. DOI: [10.1037/hea0000125](https://doi.org/10.1037/hea0000125) PMID: [25068452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25068452/)
- Khosravi Z. [Sexual function in women after vaginal delivery and cesarean section compared to health centers of Mashhad]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2000.
- Saadati M. [Domestic violence, mental health threat]. *Soc Secur Studies*. 2010;24:61-90.
- Noorbala A, Bageri Yazdi S, Mohammad K. [The validation of general health questionnaire- 28 as a psychiatric screening tool]. *Hakim*. 2009;11(4):47-53.
- Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004;184:70-3. PMID: [14702230](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14702230/)
- Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol*. 2010;27(1):108-13. DOI: [10.1007/s12032-009-9181-4](https://doi.org/10.1007/s12032-009-9181-4) PMID: [19225913](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19225913/)
- White CA. *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems: A Guide to Assessment and Treatment in Practice*: John Wiley & Sons; 2001.
- Lengacher CA, Shelton MM, Reich RR, Barta MK, Johnson-Mallard V, Moscoso MS, et al. Mindfulness based stress reduction (MBSR(BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *J Behav Med*. 2014;37(2):185-95. DOI: [10.1007/s10865-012-9473-6](https://doi.org/10.1007/s10865-012-9473-6) PMID: [23184061](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23184061/)
- Mangiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(2):167-72. DOI: [10.1016/j.ejon.2010.07.008](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.07.008) PMID: [20864400](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20864400/)
- Kedde H, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC, Wijzen C. Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2013;21(7):1993-2005. DOI: [10.1007/s00520-013-1750-6](https://doi.org/10.1007/s00520-013-1750-6) PMID: [23430012](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23430012/)
- Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*. 2011;8(1):294-302. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2010.02034.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02034.x) PMID: [21199377](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21199377/)
- Wilmoth MC, Sanders LD. Accept me for myself: African American women's issues after breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28(5):875-9. PMID: [11421147](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11421147/)
- Hannoun-Levi JM. [Treatment of breast and uterus cancer: physiological and psychological impact on sexual function]. *Cancer Radiother*. 2005;9(3):175-82. DOI: [10.1016/j.canrad.2004.11.005](https://doi.org/10.1016/j.canrad.2004.11.005) PMID: [16023044](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16023044/)
- 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. DOI: [10.1097/SLA.0b013e318195c5fc](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318195c5fc) PMID: [19212173](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19212173/)
- Maolavi Verdenjani A, Hekmat K, Afshari P, Hosaini M. [Evaluate the performanceosexualsatisfactionafter mastectomy]. *J Obstet Gynecol Infert*. 2015;17(134):17-22.
- 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. DOI: [10.6224/JN.60.2.61](https://doi.org/10.6224/JN.60.2.61) PMID: [23575616](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23575616/)

The Relationship between Sexual Function and Mental Health of Females with Breast Cancer

Arezoo Shayan¹, Aresh Khalili², Mona Rahnavardi³, Seyedeh Zahra Masoumi^{4*}

¹ Instructor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Instructor, Pediatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Instructor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Rasht University of Medical Sciences, Rasht, Iran

⁴ Assistant Professor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Seyedeh Zahra Masoumi, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
E-mail: zahramid2011@yahoo.com

DOI: 10.21859/nmj-24042

Received: 25.04.2016

Accepted: 19.06.2016

Keywords:

Sexual Behavior
Mental Health
Breast Neoplasms
Women

How to Cite this Article:

Shayan A, Khalili A, Rahnavardi M, Masoumi S Z. The Relationship between Sexual Function and Mental Health of Females with Breast Cancer. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(4):221-228. DOI: 10.21859/nmj-24042

© 2016 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common cancer among females and influences various aspects of individual health, psychological and quality of life and sexual function. The aim of this study was to evaluate the relationship between sexual function and mental health in females with breast cancer.

Methods: This study had a cross-sectional design. A sample of 104 females with breast cancer was referred to the Council of Health Donors in Hamedan, during year 2015. To gather the data, the following tools were used, demographic questionnaire, General Health Questionnaire (GHQ-28) and Sexual Function Questionnaire (FSFI). Data analysis was performed using the SPSS software version 21, and descriptive statistics and Pearson correlation test.

Results: The mean age of the females was 50.02 ± 12.07 years. Given the cut-off point, 81.6% (n = 84) had mental health problems and 85.8% (n = 89) were males with sexual dysfunction. Based on the data, amongst all complications, pain during intercourse had the highest prevalence (90%) while sexual desire (77%) had the lowest prevalence. According to Pearson correlation, all dimensions of sexual function and general health had a direct significant relationship ($P < 0.05$).

Conclusions: Most people with breast cancer experience sexual dysfunction. Given the direct relationship between all aspects of sexual function and mental health of females with breast cancer, knowledge on changes in sexual function of patients with breast cancer is important and necessary.