

## بررسی مقایسه‌ای اختلالات کارکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان: گزارش مورد-شاهدی

### چکیده

دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۱ ویرایش: ۱۳۹۶/۰۵/۲۱ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۳۰ آنلاین: ۱۳۹۶/۰۵/۳۱

**زمینه و هدف:** سرطان پستان شایعترین سرطان در زنان است می‌تواند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی داشته باشد. کاهش استروژن و آندروژن‌ها باعث مشکلات متعددی در مسایل جنسی می‌شود. افسردگی نیز در این بیماران عاملی برای کاهش تمایلات جنسی می‌باشد. در مطالعه حاضر مقایسه اختلال کارکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و افراد سالم در شهر مشهد انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه مورد-شاهدی از تیرماه ۱۳۹۰ تا تیرماه ۱۳۹۲ در بیمارستانهای امید، امام رضا (ع) و قائم (عج) و مرکز درمانی رضا انجام شد. تعداد ۲۴۵ زن مبتلا به سرطان پستان بر اساس چک لیست انتخاب واحد پژوهش وارد این مطالعه شدند. تمامی بیماران پس از پایان درمان تحت پیگیری و دارای پرونده درمانی بودند، همچنین برای نتایج بهتر پرسشنامه‌ها توسط ۱۲۶ زن سالم که از نظر سنی و سایر موارد با گروه بیماران، همخوانی داشتند تکمیل شد. افراد فرم پرسشنامه عملکرد جنسی (FSFI) را از طریق پرسشگری مستقل و با رعایت اصول اخلاق پزشکی تکمیل و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری، بررسی گردید.

**یافته‌ها:** این مطالعه در بیماران ۲۰-۵۰ سال به‌طور عمده در سن ۳۵-۴۵ سال قرار داشتند. (۵۱/۸٪) متوسط سن ۴۱/۴۴ سال با انحراف معیار ۵/۸۷ سال بود. بیشترین اختلال در میل جنسی (۵۷/۶٪) و اختلال در رطوبت مهلی (۵۳/۱٪)، تهییج جنسی (۴۸/۲٪)، ارگاسم (۴۴/۱٪)، درد هنگام مقاربت (۵۲/۲٪) در بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده شد ( $P < 0.001$ ). در دو گروه رضایتمندی جنسی ( $P = 0.262$ ) تفاوت معناداری نداشت.

**نتیجه‌گیری:** مشکلات جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبت به افراد سالم معمول تر می‌باشد. دیس فانکشن در ارگاسم و درد حین نزدیکی و کاهش رطوبت واژینال و اختلال در میل جنسی و تحریک جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شایعتر است. نتایج این مطالعه در مورد مشکلات جنسی باید در اختیار بیماران و پزشکان قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** سرطان پستان، کیفیت زندگی، رفتار جنسی، رضایت جنسی.

سودابه شهیدنالت<sup>۱</sup>  
ملیحه حسن زاده<sup>۲\*</sup>  
سیده سانیا سجادی<sup>۳</sup>  
سید امیر آل داود<sup>۱</sup>

۱- گروه رادیوتراپی انکولوژی، مرکز تحقیقات سرطان، بیمارستان امید، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲- گروه انکولوژی زنان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

\* نویسنده مسئول: مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان قائم (عج)، گروه انکولوژی زنان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

تلفن: ۳۸۰۱۲۷۷-۰۵۱

E-mail: hasanzademofradm@mums.ac.ir

### مقدمه

داشته باشد.<sup>۲</sup> کاهش استروژن و آندروژن‌ها باعث مشکلات متعددی در مسایل جنسی می‌شود. در اثر کاهش این هورمون‌ها مشکلاتی مانند قبیل خشکی واژن، نازک شدن بافت واژن و ولو، کاهش الاستیسیته واژن، گرگرفتگی و مشکلات دیگر بروز می‌کند.<sup>۳</sup> از آنجا که زنان آسیایی در زمینه مسایل جنسی محتاط‌تر بوده و با

سرطان پستان شایعترین سرطان در زنان زیر ۶۰ سال و دومین علت مرگ ناشی از سرطان (پس از سرطان ریه) می‌باشد.<sup>۱</sup> سرطان پستان می‌تواند اثرات عمیقی بر کارکردهای مختلف زنان در زندگی

از افراد سالم که از نظر سنی با گروه بیماران همخوانی داشتند، توزیع و پرسشنامه تکمیل شده گردآوری شد.

پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های امید و مرکز درمانی رضا (ع) مشهد، تمام زنان مبتلا به سرطان پستان که پس از پایان درمان تحت پیگیری بوده و نیز پرونده درمانی داشتند و حداقل مدت ۳ ماه از آخرین دوره درمان آنان گذشته بود، وارد مطالعه شدند. ابزارهای پژوهش شامل:

پرسشنامه مشخصات فردی و عملکرد جنسی بود. روایی پرسشنامه عملکرد جنسی از طریق روایی محتوا و پایایی آن از طریق محاسبه ثبات درونی با ضریب آلفای کرونباخ (برای کل افراد  $\geq 70\%$ ) به زبان فارسی تعیین شده است.<sup>۶</sup> از افراد جهت شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه گرفته شد و پرسشنامه‌های مورد استفاده در این مطالعه بدون نام تکمیل شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن همسر، یائسه نبودن، ابتلا به سرطان پستان، تحت کنترل بودن بیماری و گذشت حداقل سه ماه از پایان درمان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: سابقه اختلال جنسی پیش از شروع بیماری، نداشتن رابطه جنسی با همسر، آموزش رسمی در مورد مسایل جنسی طی یک ماه اخیر، ابتلا به سرطان ژنیکولوژیک دیگر، سابقه عمل جراحی اکسترتیشن، داشتن سابقه بیماری روانی طی یک سال اخیر، سابقه مصرف داروهای مؤثر بر روان مانند ایمی‌پرامین، دیاپام، فنوباریتال، کلرودیازپوکساید و... استفاده از مواد مخدر و الکل، داشتن بحث و جدال خانوادگی شدید طی یک هفته اخیر، سابقه ابتلا به بیماری طبی مانند: دیابت، اختلالات تیروئید، بیماری کوشینگ، بیماری آدیسون، تومورهای هیپوفیز، آنژین قفسه سینه، انفارکتوس میوکارد قلبی، آسم، بیماری انسداد راه‌های هوایی، نوروپاتی، ضایعات نخاعی و بیماری‌های دستگاه تناسلی مانند میوم، آندومتریوز، کیست تخمدان و بیماری التهابی لگن (به دلیل کامل نبودن پرونده‌ها 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 Rosen و همکاران نگارش شده است که دارای ۱۹ سؤال با هفت خرده مقیاس مشتمل بر میل جنسی، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، درد هنگام مقاربت و رضایت‌مندی جنسی و عملکرد جنسی می‌باشد که برای سؤال‌های

رویکردی محافظه‌کارانه و به‌عنوان مساله‌ای خصوصی با آن برخورد می‌کنند، این موضوع به‌ویژه در کشورهای آسیایی از حساسیت خاصی برخوردار است. نکته دیگر این است که بیشتر رویکردها به سمت درمان خود بیماری نشانه گرفته شده و مسایل سایکولوژیک ناشی از بیماری و درمان به‌ویژه مسائل جنسی نادیده گرفته می‌شوند.<sup>۲</sup> چرخه پاسخ جنسی شامل چند مرحله است: ۱- تمایل، ۲- تهییج جنسی، ۳- ثبات، ۴- ارگاسم، ۵- استراحت. اختلال در هر مرحله باعث بروز مشکلات جنسی برای افراد می‌گردد. برای نمونه در اختلال میل و برانگیختگی جنسی، فرد در عین برخورداری از سلامت کامل جسم تمایلی به مشارکت و رفتار جنسی ندارد،<sup>۳</sup> در صورتی که اختلال تهییج جنسی، به صورت کاهش مرطوب شدن واژن یا نزدیکی دردناک ظاهر می‌کند<sup>۴</sup> و به علت احتقان عروقی پاسخ به محرک‌های شهوانی به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد.<sup>۲</sup>

اختلال ارگاسم، از نظر فیزیولوژیک به معنای رسیدن به اوج لذت جنسی است. پیش از رسیدن به این مرحله، مرحله برانگیختگی باید کامل شود و مشکل اساسی در بیشتر بیماران آن است که افراد در مرحله برانگیختگی باقی‌مانده و نمی‌توانند به مرحله بعدی برسند و به تدریج تمایل جنسی خود را از دست می‌دهند.<sup>۳</sup> ممکن است زن در پاسخ‌های خود و شریکش حساس و در مورد شکست نگران باشد که نتواند به رفلکس‌های طبیعی خود اجازه دهد تا منجر به ارگاسم شود.<sup>۲</sup> تعداد زیادی از زنان در طی تشخیص و درمان سرطان پستان مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند. اختلال عملکرد جنسی پس از درمان سرطان پستان و اثرات آن بر کیفیت زندگی شایع است و در مطالعات مختلف اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان گزارش شده است.<sup>۱۰-۵</sup> مطالعه حاضر با هدف مقایسه اختلال کارکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و افراد سالم انجام شد.

## روش بررسی

در این مطالعه مورد-شاهدی ۲۴۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید و مرکز درمانی رضا (ع) شهر مشهد طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ مورد مطالعه قرار گرفتند. همچنین برای بهتر نشان داده شدن نتایج مطالعه، پرسشنامه‌ها در بین ۱۲۶ نفر

اختلال در ظاهر بدن و اضطراب و نگرانی مورد بررسی قرار نگرفتند که به خودی خود می‌تواند بر عملکرد جنسی فرد تاثیر بگذارند ولی از طرف دیگر در مطالعه حاضر از گروه شاهد که از نظر سنی و سایر فاکتورهای دموگرافیک مشابه گروه بیمار بود و مقایسه آن با گروه بیمار استفاده شد که این موارد بر ارزش مطالعه می‌افزاید و درکل این مطالعه نیز تاثیر سرطان پستان و عوارض آن بر عملکرد جنسی را گزارش کرده است.

در مطالعه توسط Lewis و همکارانش، شایعترین اختلال، از دست دادن میل جنسی (۳۹٪) و پس از آن، خشکی واژن (۲۴٪)، درد در هنگام مقاربت (۹٪)، ۲۱٪ اختلال در احساس هیجان و لذت، ۱۵٪ اختلال در رسیدن به ارگاسم داشتند.<sup>۸</sup> مطالعه‌ی حاضر نیز به مانند مطالعه‌ی Lewis بیشترین اختلال در میل جنسی و دومین اختلال در رطوبت مهلی می‌باشد.

در مطالعه Harirchi و همکارانش، اختلال در عملکرد جنسی پیش از درمان در ۵۲٪ و پس از درمان در ۸۴٪ افراد مبتلا به سرطان پستان مشاهده شد که به‌طور معناداری بیانگر اختلال عملکرد جنسی پس از درمان در این افراد بود.<sup>۹</sup>

در مطالعه حاضر، میزان تاثیر سرطان پستان و درمان آن بر عملکرد جنسی افراد بررسی شد ولی در مطالعه Harirchi تاثیر درمان بر عملکرد جنسی بیماران بررسی شده است، بدین معنا که داده‌ها پیش از درمان گردآوری شد و با داده‌های پس از درمان در همان بیماران مقایسه انجام گرفت و از گروه شاهد نیز استفاده نشده است. ما در مطالعه خود با استفاده از گروه شاهد معیار مناسبی برای مقایسه داده‌ها ایجاد کردیم و از طرفی دیگر یکی از معیارهای ورود ما بیماران بود که حداقل ۳ ماه از آخرین مرحله‌ی درمان آن‌ها گذشته و برای پیگیری مراجعه کرده بودند و بدین‌گونه بیماران در شرایط مناسبتری از نظر روحی قرار داشته‌اند و به زندگی روزمره خود بازگشته و از اضطراب آن‌ها کاسته شده بود و تاثیرات درمان کموتراپی و رادیوتراپی تا حد زیادی برطرف شده بود. همچنین بیماران شرایط کنونی خود را پذیرفته و تا حد زیادی با مشکلات خود کنار آمده بودند.

در مطالعه‌ی Webber و همکارانش، ۴۰٪ مشکلات در گرایش‌های جنسی و ۶۰٪ با عملکرد فیزیکی جنسی عنوان شد.<sup>۱۱</sup> در این مطالعه، ۷۵٪ بیماران اختلال در عملکرد جنسی داشتند که در مقایسه با

حوزه میل جنسی نمرات ۵-۱، برای تهیج جنسی، رطوبت مهلی، درد مقاربت و ارگاسم ۵-۰ و رضایت‌مندی جنسی ۵-۱ و صفر در نظر گرفته می‌شود. همچنین افراد دارای عملکرد جنسی کمتر از ۲۶/۵۵ به عنوان افراد دارای اختلال جنسی در نظر گرفته می‌شوند.<sup>۶</sup> برای توصیف داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS software, version 16.5 (IBM SPSS, Armonk, NY, USA) انجام شد.  $P < 0.05$  از نظر آماری معنادار محسوب شد.

## یافته‌ها

مطالعه حاضر در ۲۵۰ نفر از بیماران مبتلا به کانسر پستان انجام گرفت. عمده بیماران در رده سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند (۶۲/۴٪). میانگین سنی بیماران ۴۱/۴۴ سال و انحراف‌معیار ۵/۸۷ بود. مقایسه عوامل دموگرافیک دو گروه در جدول ۱ آمده است. مقایسه شاخص‌های عملکرد جنسی زنان را در جدول ۲ مشاهده می‌کنید. ۵۷/۶٪ افراد بیمار دارای اختلال میل جنسی و ۲۹/۴٪ افراد سالم دارای اختلال در این فاکتور بودند. ۴۸/۲٪ افراد بیمار و ۳۳/۷٪ افراد سالم دارای اختلال در تهیج جنسی بودند. ۴۴/۱٪ افراد بیمار و ۱۵/۹٪ افراد سالم دارای اختلال ارگاسم بودند.

۵۳/۱٪ بیماران و ۱۵/۹٪ افراد سالم دارای اختلال در رطوبت مهلی بودند. ۲۲/۴٪ افراد بیمار و ۱۴/۳٪ افراد سالم دارای اختلال رضایت جنسی بودند. ۵۲/۲٪ افراد بیمار دارای و ۱۹/۸٪ افراد سالم دارای درد هنگام مقاربت بودند. ۷۵/۱٪ افراد بیمار و ۵۲/۴٪ افراد سالم دارای اختلال در عملکرد جنسی بودند.

## بحث

در مطالعه حاضر اختلال در ارگاسم و درد حین نزدیکی و کاهش رطوبت واژینال و اختلال در میل و تحریک جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شایعتر بود.

در مطالعه Braña-Marcos و همکارانش الگوی ناکارآمد جنسی (۸۷/۱٪)، اختلال در ظاهر بدن (۸۰/۷٪)، اضطراب (۴۱/۵٪)، اختلال در عملکرد جنسی (۳۱/۷٪) گزارش شده است.<sup>۷</sup> در مطالعه حاضر

جدول ۱: مقایسه عوامل دموگرافیک در دو گروه سالم و بیمار

| P*        | سالم |         | بیمار |           | گروه                   |
|-----------|------|---------|-------|-----------|------------------------|
|           | درصد | فراوانی | درصد  | فراوانی   |                        |
| ۰/۰۹۵     | ۵/۶  | ۷       | ۲/۴   | ۶         | سن همسر                |
|           | ۲۳   | ۲۹      | ۲۰/۴  | ۵۰        | کمتر از ۳۰ سال         |
|           | ۴۹/۲ | ۶۲      | ۴۴/۱  | ۱۰۸       | ۳۰ تا ۴۰ سال           |
|           | ۲۲/۲ | ۲۸      | ۳۳/۱  | ۸۱        | ۴۰ تا ۵۰ سال           |
| <۰/۰۰۱    | ۷/۹  | ۱۰      | ۸/۲   | ۲۰        | بیشتر از ۵۰ سال        |
|           | ۲۳/۸ | ۳۰      | ۸/۶   | ۲۱        | ۰                      |
|           | ۳۵/۷ | ۴۵      | ۳۰/۲  | ۷۴        | ۱                      |
|           | ۱۶/۷ | ۲۱      | ۲۸/۲  | ۶۹        | ۲                      |
| ۰/۱۱۵     | ۱۵/۹ | ۲۰      | ۲۴/۹  | ۶۱        | ۳                      |
|           | ۶۵/۱ | ۸۲      | ۵۳/۹  | ۱۳۲       | بیشتر از ۳             |
|           | ۳۰/۲ | ۳۸      | ۳۹/۲  | ۹۶        | در حد کفایت            |
|           | ۴/۸  | ۶       | ۶/۹   | ۱۷        | کمتر از حد کفایت       |
| <۰/۰۰۱*** | ۵۳/۲ | ۶۷      | ۷۸    | ۱۹۱       | بیشتر از حد کفایت      |
|           | ۴۶/۸ | ۵۹      | ۲۲    | ۵۴        | بی‌کار                 |
| <۰/۰۰۱*** | ۷/۹  | ۱۰      | ۱۸/۴  | ۴۵        | شاغل                   |
|           | ۱۴/۳ | ۱۸      | ۲۴/۱  | ۵۹        | تحصیلات                |
|           | ۱۰/۳ | ۱۳      | ۱۶/۳  | ۴۰        | خواندن و نوشتن         |
|           | ۲۷/۸ | ۳۵      | ۲۴/۱  | ۵۹        | ابتدایی                |
|           | ۳۹/۷ | ۵۰      | ۱۷/۱  | ۴۲        | راهنمایی               |
| ۰/۷       | ۲۷   | ۳۴      | ۲۰/۸  | ۵۱        | متوسطه                 |
|           | ۶۱/۹ | ۷۸      | ۶۷/۳  | ۱۶۵       | عالی                   |
|           | ۶/۳  | ۸       | ۷/۳   | ۱۸        | استیجاری               |
|           | ۲/۴  | ۳       | ۲/۹   | ۷         | شخص                    |
| ۰/۰۱۴     | ۲/۴  | ۳       | ۱/۶   | ۴         | منزل والدین همسر       |
|           | ۱۹   | ۲۴      | ۱۴/۷  | ۳۶        | منزل والدین خانم       |
|           | ۳۹/۷ | ۵۰      | ۲۸/۲  | ۶۹        | غیره                   |
|           | ۴۱/۳ | ۵۲      | ۵۷/۱  | ۱۴۰       | مدت ازدواج             |
| <۰/۰۰۱    | ۷/۱  | ۹       | ۱/۲   | ۳         | کمتر از ۱۰ سال         |
|           | ۳/۲  | ۴       | ۱/۲   | ۳         | ۱۰ تا ۲۰ سال           |
|           | ۳/۲  | ۴       | ۶/۵   | ۱۶        | بیشتر از ۲۰ سال        |
|           | ۱۱/۹ | ۱۵      | ۲۴/۹  | ۶۱        | روش جلوگیری از بارداری |
|           | ۱۳/۵ | ۱۷      | ۱۷/۱  | ۴۲        | قرص و آمپول            |
|           | ۶۱/۱ | ۷۷      | ۴۹    | ۱۲۰       | آی یو دی               |
|           |      |         |       |           | بستن لوله              |
|           |      |         |       |           | کاندوم                 |
|           |      |         |       | روش طبیعی |                        |
|           |      |         |       | سایر      |                        |

\*آزمون آماری: Chi-square test و سطح معناداری P&lt;۰/۰۰۵ بود.

جدول ۲: مقایسه شاخص عملکرد جنسی زنان (به تفکیک واحدهای پژوهش در دو گروه بیمار و کنترل)

| P*     | میانگین (انحراف استاندارد) |             | گروه متغیر       | عملکرد جنسی |
|--------|----------------------------|-------------|------------------|-------------|
|        | کنترل (۱۲۶)                | بیمار (۲۴۵) |                  |             |
| <۰/۰۰۱ | ۳/۵۱۹(۰/۸۶۳)               | ۲/۹۳(۱/۰۳)  | میل جنسی         |             |
| ۰/۰۰۵  | ۳/۷(۰/۹۸۲)                 | ۳/۳۴(۱/۴۴)  | تهییج جنسی       |             |
| <۰/۰۰۱ | ۴/۵۴۶(۱/۰۸۶)               | ۳/۴۴(۱/۵۷)  | ارگاسم           |             |
| <۰/۰۰۱ | ۴/۶۷۶(۱/۰۲۸)               | ۳/۷۱۳(۱/۶۷) | رطوبت مهبل       |             |
| ۰/۲۶۲  | ۴/۷۳۹۳(۱/۱۴۵)              | ۴/۵۹۳(۱/۲۸) | رضایت جنسی       |             |
| <۰/۰۰۱ | ۴/۷۳۴(۱/۱۳۲)               | ۳/۵۲(۱/۹۲)  | درد هنگام مقاربت |             |
| <۰/۰۰۱ | ۲۵/۹۲(۴/۳۴)                | ۲۱/۵۴(۷/۳)  |                  | نمره کل     |

\*آزمون آماری: Student's t-test و سطح معناداری P&lt;۰/۰۵ می باشد.

بیان کرد که برای این پژوهش داده‌های مربوط به فاکتورهای جنسی مانند میل جنسی، تهییج جنسی، ارگاسم، رطوبت مهبل، رضایت جنسی، درد هنگام مقاربت بررسی شد اما پرسشی از تصور فرد از بدن خود صورت نگرفت، ولی برای حذف عامل افسردگی، این فاکتور جزو معیارهای خروجی مطالعه ما قرار داشت.

Fobair و همکارانش در پژوهش خود عنوان کردند که درمان سرطان پستان به‌ویژه کموتراپی سبب ایجاد تغییراتی در بدن زنان می‌شود، از جمله بر تمایلات جنسی، عملکرد جنسی و روابط احساسی آنان اثر می‌گذارد. مطالعات نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به سرطان پستان مشکلات جنسی را بلافاصله پس از درمان تجربه می‌کنند و در پیگیری‌ها نیز این مشکلات ادامه می‌یابند. مشکلات روابط بین زوج‌ها نیز وقتی رخ می‌دهد که مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند.<sup>۱۴</sup> این مطالعه اثر تغییرات بدنی به دنبال کموتراپی و تاثیر آن بر فاکتورها از جمله روابط احساسی را نیز مدنظر قرار داده است که بخودی خود ماستکتومی و همچنین اثرات کموتراپی بر بدن از جمله ریزش مو نیز می‌توانند بر عملکرد جنسی بیماران تاثیرگذار باشد و همچنین این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات تاثیر سرطان پستان و درمان آن بر ایجاد نارضایتی جنسی در بیماران را بیان کرده است. در مطالعه حاضر عملکرد جنسی و فاکتورهای آن مانند میل جنسی، تهییج جنسی، ارگاسم، رطوبت مهبل، درد هنگام مقاربت، رضایت جنسی را در گروه بیمار و گروه کنترل مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت که گروه بیمار در پنج مورد تفاوت معنادار با گروه شاهد

گروه کنترل این اختلال معنادار بود و در فاکتورهای عملکرد جنسی بیشترین اختلال در میل جنسی و پس از آن به ترتیب، اختلال در رطوبت مهبل، درد هنگام مقاربت، تهییج جنسی، ارگاسم بیماران مشاهده شد که در مقایسه با گروه شاهد معنادار بود. Takahashi و همکارانش گزارش کردند که بیماران مبتلا به سرطان پستان در ژاپن اختلالات جنسی مختلف را پس از درمان سرطان پستان تجربه می‌کنند.<sup>۱۲</sup> در مطالعه ما اختلال در عملکرد جنسی بیماران (۷۵/۱٪) وجود داشت که در فاکتورهای عملکرد جنسی مانند میل جنسی، تهییج جنسی، ارگاسم، رطوبت مهبل، درد هنگام مقاربت، تفاوت معنادار بین گروه بیمار با گروه کنترل مشاهده شد.

در مطالعه Christie و همکارانش عملکرد جنسی در زنان اسپانیایی تبار بدتر بوده است و به‌طور آشکار این گروه تمایل جنسی پایین‌تری داشتند و مشکلات متعددی با ریلکسیشن، لذت بردن جنسی و برانگیختگی جنسی و ارگاسم داشتند و هر دو گروه فقدان برانگیختگی جنسی را به‌عنوان بیشترین مشکل عملکرد جنسی عنوان کردند. ۳۸٪ از اسپانیایی تبارها و ۴۸٪ از غیراسپانیایی تبارهای سفید سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند.<sup>۱۳</sup> در پژوهش یاد شده افزون بر عملکرد جنسی، دو متغیر کلی دیگر از جمله تصور فرد از بدن و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته بود که در مطالعه ما مورد بررسی قرار نگرفته و همچنین در مطالعه‌ی Christie متغیرها بین دو گروه نژادی و مقایسه‌ی آن‌ها با هم بررسی شده بود. مطالعه ما نیز اختلال عملکرد جنسی را به‌طور معنادار در مبتلایان به سرطان پستان

اختلال ایجاد شده در صمیمیت زوجین، تصور از بدن، میل جنسی، عملکرد جنسی معنادار بود.<sup>۲۰</sup> در مطالعه Panjari ۷۰٪ این بیماران دچار اختلال در عملکرد جنسی شدند<sup>۲۱</sup> و مطالعه‌ای مقطعی که توسط Ganz و همکارانش که بر روی ۸۶۴ زن مبتلا به سرطان پستان انجام شد نیز وجود اختلال در عملکرد جنسی را گزارش کرده است که این اختلال در زنانی که شیمی‌درمانی شده بودند بیشتر بوده است.<sup>۲۲</sup> پس نتیجه‌ای که حاصل می‌شود این است که افزون بر پیشرفت علم در درمان سرطان پستان، باید تاثیر آن بر عملکرد جنسی و در پی آن تاثیر بر کیفیت زندگی این افراد مدنظر قرار گیرد. سرطان پستان و روش‌های درمانی به‌ویژه جراحی و کموتراپی سبب ایجاد تغییراتی در ساختار بدن زنان می‌شود که بر تمایلات جنسی، عملکرد جنسی و روابط احساسی آنان اثر می‌گذارد.<sup>۲۳</sup> الزام این مطالعه با این حجم نمونه به‌همراه گروه شاهد در ایران وجود داشت چون مطالعات کمی در کشورمان برای این موضوع انجام شده است و از طرفی مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر نیز به‌طور کامل قابل تعمیم به بیمارانی که در کشورمان هستند نیست. بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران به‌طور معمول جوان‌تر از هم‌تایان غربی خود هستند.<sup>۲۴</sup>

در نتیجه ممکن است تجربه‌های مختلفی را از عملکرد جنسی خود گزارش کنند، از طرفی در زنان کشورهای اسلامی مانند ایران از صحبت در رابطه با مسائل و مشکلات جنسی یا کمک خواستن در رابطه با مشکلاتشان شرم دارند.<sup>۲۵</sup>

از نتایج این پژوهش باید برای آگاهی لازم جهت بیماران در رابطه با مشکلات جنسی استفاده شود. درمانگاه‌های روانپزشکی جهت مشاوره‌های لازم در زمینه مسائل جنسی برای افراد مبتلا تشکیل شود.

اختلال عملکرد در ارگاسم و درد حین نزدیکی و کاهش رطوبت واژینال و اختلال در میل جنسی و تحریک جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شایعتر می‌باشد.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل پایان‌نامه تحت عنوان "بررسی فراوانی اختلالات کارکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید و مرکز تخصصی رادیوتراپی انکولوژی رضا (ع)" مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۱ به کد ۹۱۰۰۱۵ می‌باشد که با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اجرا شده است.

داشتند که با اطمینان می‌توان گفت سرطان پستان بر عملکرد جنسی بیماران تاثیرگذار بوده است.

در مطالعه‌ی Aldery و همکارانش اختلال عملکرد جنسی در ۶۸٪ بیماران گزارش شد و سابقه شیمی‌درمانی در برنامه درمانی آنان بیشترین تاثیر را بر تمام موارد عملکرد جنسی زنان داشت. شیمی‌درمانی عامل پیشگویی‌کننده مشکلات برانگیختگی جنسی، لغزندگی، ارگاسم و درد جنسی بود، درحالی‌که تنها موردی که بر تمایل جنسی تاثیر داشت کیفیت روابط زوج‌ها بود.<sup>۱۵</sup> در این مطالعه نیز اختلال جنسی در افراد مبتلا به سرطان پستان گزارش شده است. در مطالعه حاضر بررسی عملکرد جنسی و فاکتورهای آن در بیماران با معیارهای ورود، مورد پرسش قرار گرفت و به مقایسه‌ی نتایج با گروه کنترل پرداخته شد و پرسشی در رابطه با روابط فردی و تصور بدنی وی مطرح نگردید. فاکتورهای بی‌شماری می‌تواند بر عملکرد جنسی یک فرد تاثیرگذار باشد اما به دلیل محدودیت‌هایی از جمله حجیم شدن پرسشنامه، تمایل نداشتن بیماران برای پاسخگویی به تعداد پرسش‌های بیشتر و محدودیت‌های زمانی، نمی‌توان تمام فاکتورها را در یک مطالعه گنجانده که با در نظر گرفتن گروه کنترل همگن با گروه بیمار باشد و مقایسه کردن نتایج هر دو گروه، این نقص تا حد زیادی برطرف گردید.

در مطالعه Abu-Helalah و همکارانش بر روی ۲۳۶ بیمار با سرطان پستان با میانگین سنی  $50.7 \pm 10.7$  نشان داده شد که بیماری بر روی عملکرد اجتماعی و عملکرد عاطفی تاثیر منفی داشته و در این افراد نگرانی از ظاهر بدن و نگرانی برای آینده و ناراحتی برای از دست دادن مو نیز وجود داشت. در این مطالعه ۵۳٪ در اضطراب غیرطبیعی و ۴۵٪ در افسردگی به سر می‌بردند و افسردگی شدید در ۸٪ و اضطراب شدید در ۱۴٪ مشاهده شد.<sup>۱۶</sup> در مطالعه Gilbert و همکارانش، زنان تجربه نگرانی برای تغییرات جنسی شامل ترس از دست دادن باروری، تصور منفی از بدن، از دست دادن زنانگی و تمایلات جنسی را بیان کردند<sup>۱۷</sup> یا مطالعه Bredart درصد بالایی از بیماران احساس ناراضی‌تی جنسی را از رابطه جنسی با همسرشان و کاهش رابطه احساسی و احساس ضعف در تصور از بدنشان را اشاره کردند<sup>۱۸</sup> و مطالعه‌ای Avis و همکارانش بیش از ۷۰٪ از درد هنگام مقاربت جنسی و ناراضی‌تی جنسی شکایت داشتند<sup>۱۹</sup> و مطالعه Jun و همکاران تصور منفی از بدن و اختلال عملکرد جنسی گزارش شد که

## References

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin* 2013;63(1):11-30.
2. Hasanzadeh Mofrad M, Karami Dehkordi A, Mozaffar Tizabi N, Amirian M. Survey of sexual dysfunction in women with cervical cancer and a history of pelvic radiation therapy in 2009 to 2013 in Ghaem and Omid hospitals, Mashhad. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015;18(144):9-18.
3. Kadkhodaei S, Hasanzadeh Mofrad M, Sagahafi N, Mokhber N, Rafati M. Evaluation of sexual dysfunction in women with ovarian cancer admitted to Ghaem and Omid hospitals in Mashhad. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015;18(141):1-7. [Persian]
4. National Cancer Institute (NCI). Sexual and Fertility Problems (Women) [Internet] 2015 Apr 29 [cited 2017 Jul 15]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/sexuality-fertility-women>
5. Jahanfar S, Molaeinejad M, Salemi S. Sexual disorders. Tehran: Salemi publication; 2000.
6. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26(2):191-208.
7. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De La Villa-Santoveña M, Vegas-Pardavilla E, Avanzas Fernández S, Gracia Corbato MT. Breast cancer survivors: quality of life and prevailing diagnoses. *Enferm Clin* 2012;22(2):65-75.
8. Lewis PE, Sheng M, Rhodes MM, Jackson KE, Schover LR. Psychosocial concerns of young African American breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2012;30(2):168-84.
9. Harirchi I, Montazeri A, Zamani Bidokhti F, Mamishi N, Zendejdel K. Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *J Exp Clin Cancer Res* 2012;31(1):20.
10. Taylor S, Harley C, Ziegler L, Brown J, Velikova G. Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2011;130(3):711-24.
11. Webber K, Mok K, Bennett B, Lloyd AR, Friedlander M, Juraskova I, et al; FolCan study group. If I am in the mood, I enjoy it: an exploration of cancer-related fatigue and sexual functioning in women with breast cancer. *Oncologist* 2011;16(9):1333-44.
12. Takahashi M, Ohno S, Inoue H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchida Y, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psychooncology* 2008;17(9):901-7.
13. Christie KM, Meyerowitz BE, Maly RC. Depression and sexual adjustment following breast cancer in low-income Hispanic and non-Hispanic White women. *Psychooncology* 2010;19(10):1069-77.
14. Fobair P, Spiegel D. Concerns about sexuality after breast cancer. *Cancer J* 2009;15(1):19-26.
15. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *J Sex Med* 2008;5(8):1898-906.
16. Abu-Helalah M, Al-Hanaqta M, Alshraideh H, Abdulbaqi N, Hijazeen J. Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(14):5927-36.
17. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas* 2010;66(4):397-407.
18. Brédart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenet C, This P, Giami A, et al. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psychooncology* 2011;20(8):841-50.
19. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(15):3322-30.
20. Jun EY, Kim S, Chang SB, Oh K, Kang HS, Kang SS. The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 2011;34(2):142-9.
21. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med* 2011;8(1):294-302.
22. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998;16(2):501-14.
23. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J* 2007;13(4):383-91.
24. Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviours for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. *BMC Women's Health* 2009;9:3.

## Comparison of sexual dysfunction in women with breast cancer: case control study

Soudabeh Shahid Sales M.D.<sup>1</sup>  
Malihe Hasanzadeh M.D.<sup>2\*</sup>  
Seyyede Sania Saggade M.D.<sup>3</sup>  
Seyed Amir Al Davoud M.D.<sup>1</sup>

1- Department of Radiotherapy Oncology, Cancer Research Center, Omid Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Department of Gynecology/Oncology, Women Health Research Center, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.  
3- General Practitioner, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

\* Corresponding author: Department of Gynecology Oncology, Women Health Research Center, Ghaem Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Ahmabad St., Mashhad, Iran.  
Tel: +98- 51- 3801277  
E-mail: hasanzademofradm@mums.ac.ir

### Abstract

Received: 10 Apr. 2017 Revised: 12 Aug. 2017 Accepted: 21 Aug. 2017 Available online: 22 Aug. 2017

**Background:** Breast cancer is the most common cancer in women and can have several profound effects on women's life. Estrogen and androgens reduction cause sexual problems. Reduction of hormones produce problems such as vaginal dryness, vaginal and vulvar tissue thinning, loss of elasticity of the vagina, hot flashes and other problems. Depression in these patients is also a factor in reducing sexuality. Disruption at any sexual stage can cause sexual problems. In this article; we compare sexual dysfunction in patients with breast cancer and healthy people.

**Methods:** According to the women's case-control study with simple un-randomized sampling method a total of 245 patients with breast cancer in Ghaem and Emam Reza and Omid hospital from July 2011 to July 2013 entered the study. All patients were on follow-up after therapy, and had a therapy portfolio. In order to achieve better results, questionnaires were distributed among 126 healthy subjects that matched our patient group in terms of age and other factors and were used as the control group. Female sexual function index (FSFI) questionnaire was filled out by an independent interviewer and all medical, personal and social ethics were applied. The data was then gathered and the score were analyzed with statistical tests.

**Results:** The study was performed on patients 20 to 50 years, mainly in patients aged 35 to 45 years (51.8%). The average age was  $41.44 \pm 5.87$  years. In our study, the most dysfunction was in sexual desire (57.6%), vaginal moisture (53.1%), sexual excitement (48.2%), orgasm (44.1%), and dyspareunia (52.2%) in breast cancer patients. There was significant difference between two groups ( $P < 0.001$ ). There is no difference about sexual satisfaction between two groups ( $P = 0.262$ ).

**Conclusion:** Sexual dysfunction is common in breast cancer patients compared to healthy women. Dysfunction in orgasm, dyspareunia, reducing vaginal moisture and sexual desire were common in the breast cancer patient. The results of this study should be used to inform patients and physician about sexual problems.

**Keywords:** breast neoplasms, quality of life, sexual behavior, sexual satisfaction.