

اختلال در عملکرد جنسی و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان

شاره ضیعی محمدی¹، فاطمه غفاری²

1- مربی پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

2- مربی پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: 87/11/21

تاریخ دریافت: 87/4/8

خلاصه

مقدمه: تشخیص و درمانهای مربوط به سرطان سبب اختلال در عملکرد جنسی مبتلایان به این بیماری می گردد. عملکرد جنسی یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است و این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین اختلال در عملکرد جنسی با کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی که از نوع همبستگی بوده بیماران زن مبتلا به سرطان (رحم، دهانه رحم، تخمدان و پستان) ساکن شهرستانهای تنکابن و رامسر وارد مطالعه شدند. روش نمونه گیری در مطالعه حاضر به روش نمونه گیری در دسترس و تعداد 100 زن مبتلا به سرطان در آن شرکت کردند. به منظور بررسی اختلال در عملکرد جنسی واحدهای پژوهش از شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و به منظور جمع آوری اطلاعات در زمینه کیفیت زندگی از شاخص کیفیت زندگی آرنسون استفاده شده است.

نتایج: یافته ها نشان می دهد که اختلال در عملکرد جنسی در 60% واحد های مورد مطالعه در حد متوسط بوده و بیشترین اختلال به ترتیب در بعد تمایلات جنسی و تحریک یا برانگیختگی جنسی بوده است. همچنین در 53/4% کیفیت زندگی تا حدی مطلوب در شرکت کننده های این مطالعه وجود داشت. آزمون کای دو رابطه معنی داری را بین اختلال عملکرد جنسی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: عملکرد جنسی از جنبه های مهم و موثر بر کیفیت زندگی است. شناخت و آگاهی در زمینه تغییرات و اختلال در عملکرد جنسی در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به سرطان امری مهم و ضروری است. مراقبین بهداشتی به دلیل تماس مستقیم و طولانی تری که با بیماران مبتلا به سرطان دارند، نقش مهمی در ارزیابی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران بر عهده دارند. اتخاذ استراتژیهای در جهت مداخلات مناسب، آموزش و مشاوره در جهت ارتقاء سلامت جنسی مبتلایان به سرطان توصیه می گردد.

کلمات کلیدی: اختلال در عملکرد جنسی، کیفیت زندگی، سرطان

نویسنده مسؤول: فاطمه غفاری

آدرس: رامسر، دانشکده پرستاری فاطمه زهرا (س)

ghafarifateme@yahoo.com

تلفن و نمابر: +98 (192) 5222423

مقدمه

روحی، روانی، تعداد دفعات نزدیکی و شیوع اختلالات جنسی بررسی نموده اند (9). 26% زنان به دنبال جراحی های مربوط به سرطان دچار اختلال عملکرد جنسی می گردند (10-12). مطالعه آنلو و بکول نشان داد ضربه ناشی از تشخیص و درمان سرطان تاثیر عظیمی بر عملکرد روانی و جنسی و ارتباطات زناشویی فرد می گذارد (13، 14). جهانفر به نقل از هالبرت می نویسد، اختلالات فعالیت جنسی دارای پیامدهای منفی بسیار هستند. نارسایی های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری های روانی و طلاق دارند. عصبی بودن، بروز دردهای زیر دل و کمردردها، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام کارهای معمولی نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضاء غریزه جنسی است. در حالی که عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه ای برای بدست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است (1). با توجه به میزان بالای شیوع سرطان پستان، رحم، دهانه رحم و تخمدان در میان زنان لزوم توجه به ارتقاء کیفیت زندگی آنان و اهمیت و نقش بعد جنسی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این بیماران، پژوهشگر را بر آن داشت تا مطالعه ای را با هدف تعیین ارتباط بین اختلال عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان و کیفیت زندگی آنها انجام دهد.

روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بوده که جامعه آماری آن را کلیه زنان مبتلا به سرطان (سرطانهای پستان، رحم، دهانه رحم و تخمدان) ساکن شهرستان های رامسر و تنکابن تشکیل می دهد. بر اساس مشاهده نتایج مطالعه مقدماتی انجام شده توسط پژوهشگر و با استفاده از فرمول آماری، تعداد 100 نفر بیمار واجد شرایط در این پژوهش (دارای اختلال در عملکرد جنسی، متاهل و همچنین داشتن حداقل یک بار سابقه شیمی درمانی طی 6 ماه گذشته) انتخاب شدند. روش نمونه گیری در این مطالعه، نمونه گیری در

بهداشت جنسی عبارت است از یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم که جنبه های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می شود. بنابراین هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی گردد می تواند نارسایی عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (1). بیماری سرطان به دلیل تحلیل قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیت های روزمره، بستری شدن بیمار و بالاخره افسردگی ناشی از آن می تواند عامل مهمی در ایجاد مشکلات جنسی باشد (1). از جمله مسائلی که با پیشرفت درمان در بیماری سرطان مطرح می گردد، مسائل مربوط به کیفیت زندگی است (2). محمودی به نقل از ونگر و فوربرگ می نویسد در بین اجزاء متنوع کیفیت زندگی، رضایت از زندگی زناشویی و عملکرد جنسی مورد توجه خاص قرار گرفته است (3). سرطان و درمان های آن بر کیفیت زندگی تاثیر می گذارند (4). از آنجا که اغلب تلاش تیم درمان بر پایه حفظ و ارائه زندگی بیمار تمرکز می یابد، اغلب توجه به زمینه مسائل جنسی از نظر دور می ماند (5). نوع درمان، استفاده از شیمی درمانی، هورمون درمانی و نیز نوع جراحی (هیستروکتومی یا ماستکتومی) با مشکلات جنسی مرتبط هستند. شیمی درمانی با از کار انداختن تخمدان ها و کاهش استروژن و تستوسترون که خود منجر به آتروفی واژن و کاهش مرطوب سازی واژن، احتقان عروقی و کاهش میل جنسی می گردد، در زندگی جنسی فرد تاثیر بسیار منفی دارد (6، 1). علائم اختلال عملکرد جنسی همراه با کاهش و محدودیت استروژن شامل کاهش لغزنده سازی واژن، گر گرفتگی و افزایش عفونت ادراری، خستگی، تغییرات خلقی و تحریک پذیری است که سبب اختلال در عملکرد جنسی و کاهش کیفیت زندگی می گردد (7، 8). برای بسیاری از زنان هیستروکتومی به معنی از دست دادن نقش زنانگی و توانایی تولید مثل است. شوور می نویسد مطالعات بسیاری اثر ماستکتومی را بر رضایت زناشویی، جنبه های

(2)، خیر (1) و چهار نقطه ای: هیچ وقت (1)، یک کمی (2)، تا حدودی (3) و خیلی زیاد (4) و هدف نقطه ای از یک تا 7 نمره گذاری می شود. حیطه نمرات بین 42-100 است. کسب نمره بالاتر در این ابزار نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر در بیمار می باشد. این ابزار کیفیت زندگی بیمار را در ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی، شناختی و ایفای نقش و همچنین علائم و عوارض جانبی مربوط به درمان بیماری و کیفیت کلی زندگی بیمار را مورد ارزیابی قرار می دهد. روایی و پایایی شاخص عملکرد جنسی زنان در خارج از کشور توسط روزن و همکاران و با $r=0/82$ مورد تایید قرار گرفت (15) و در داخل کشور پس از ترجمه به زبان فارسی، روایی آن از طریق روایی محتوی مورد تایید قرار گرفت. به منظور بررسی پایایی آن از روش آلفا کرونباخ استفاده شد و با $r=0/94$ مورد تایید شد. روایی و پایایی شاخص کیفیت زندگی در خارج از کشور توسط سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان مورد تایید ($r=0/91$) قرار گرفته است (16). در ایران نیز روایی و پایایی آن توسط ضیغمی و با $r=0/86$ تایید شد (17).

د: حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی واحدهای پژوهش توسط پرسشنامه 7 سوالی سنجیده شد که براساس مقیاس لیکرت سه نقطه ای بلی (1)، مطمئن نیستم (2) و خیر (3) نمره گذاری می شود. روایی و پایایی ابزار فوق توسط یعقوبی نیا مورد تایید قرار گرفت (18). اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS کدام نسخه 14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور دستیابی به نتایج مورد نظر از آمار استنباطی شامل آزمون تی، کای اسکور و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه 0/05 مدنظر بوده است.

نتایج

یافته های حاصل از مطالعه حاضر نشان میدهد که میانگین سنی واحدهای پژوهش 4 ± 35 بوده است. مشخصات فردی شامل: 53/4% دارای تحصیلات زیر دیپلم، 59/2% دارای یک فرزند، 38/9% ساکن شهر

دسترس بود. به منظور جمع آوری داده ها، پژوهشگر پس از کسب مجوز رسمی از ریاست محترم بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر و با مراجعه به بایگانی و سپس بررسی پرونده های بیماران بستری شده در بخش انکولوژی طی 5 سال اخیر و با مراجعه به درب منازل بیماران و پس از جلب رضایت واحدهای مورد نظر و توضیح درباره اهداف پژوهش و با کمک پژوهشگران آموزش دیده، به جمع آوری داده ها پرداخت. داده ها از طریق مصاحبه فردی و اطلاعات موجود در پرونده ها و نتایج پاتولوژی جمع آوری گردید. لازم به ذکر است در این مطالعه متغیرهایی چون سابقه اعتیاد به مواد مخدر، بیماری های اعصاب و روان، مصرف داروهای موثر بر روان، داشتن رویداد استرسزای زندگی در 6 ماه گذشته، ابتلاء به بیماری های مزمن مانند دیابت و ناباروری بررسی شدند و افرادی که دارای یکی از مشخصات فوق بودند از مطالعه حذف شدند (1). داده ها با استفاده از ابزارهای زیر جمع آوری گردید:

الف - فرم بررسی اطلاعات فردی شامل: سن، سطح تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، میزان درآمد خانواده، محل سکونت از نظر شهر یا روستا، محل سکونت از نظر شهر رامسر یا تنکابن، مدت ابتلاء به بیماری سرطان از زمان تشخیص، قطع عضو (هیسترکتومی، ماستکتومی)، دفعات شیمی درمانی، نوع رژیم درمانی، مرحله بیماری و محل سرطان

ب- شاخص عملکرد جنسی زنان روزن¹ و همکاران: این ابزار از یک پرسشنامه خود گزارشی چند بعدی تشکیل شده است. ابزار فوق عملکرد جنسی زنان را توسط 19 سؤال در ابعاد تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، لغزنده سازی واژن، ارگاسم، رضایت جنسی و دیس پارونی را می سنجد.

ج - شاخص کیفیت زندگی آرنسون²: این ابزار شامل 30 سؤال است که براساس مقیاس لیکرت دو نقطه ای: بلی

¹ Rosen Female Sexual Function Index (FSFI)

² Aronson Quality of Life Index

درصد کیفیت زندگی نامطلوب، 53/4 درصد تا حدی مطلوب و 9/7 درصد کیفیت زندگی مطلوب داشته اند. در ابعاد مختلف کیفیت زندگی یافته ها نشان داد که بیشترین فراوانی (63%) مربوط به بعد جسمی و کمترین فراوانی (49%) مربوط به بعد شناختی بوده است. آزمون آماری کای دو ارتباط معنی داری را بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سطوح کیفیت زندگی نشان داده است ($P < 0/001$) (جدول 2). نتایج نشان داد که ارتباط معنی داری بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و اختلال در عملکرد جنسی وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین بر اساس یافته ها بین کیفیت زندگی و سن ($P < 0/01$)، حمایت اجتماعی ($P < 0/01$)، محل سکونت از نظر شهر یا روستا ($P < 0/04$)، میزان درآمد خانواده ($P < 0/001$)، تعداد دوره های شیمی درمانی ($P < 0/01$)، مراحل بیماری ($P < 0/001$)، رژیم دارویی ($P < 0/001$) طول مدت بیماری از زمان تشخیص ($P < 0/001$)، قطع عضو ($P < 0/001$)، محل سرطان ($P < 0/03$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. اما بین متغیرهایی مانند سطح تحصیلات، شغل، محل سکونت از نظر شهر (تنکابن یا رامسر) و تعداد فرزند با کیفیت زندگی واحد های مورد مطالعه ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

رامسر، 23/1% روستایی، 56/1% خانه دار بوده اند. از نظر میزان درآمد خانواده اکثریت واحدهای پژوهش یعنی 59/2% در آمد خانواده خود را کمتر از حد کفاف دانسته اند. از نظر حمایت اجتماعی حداکثر واحدهای مورد مطالعه یعنی 44/8% از حمایت اجتماعی پایین برخوردار بودند. از نظر رژیم دارویی یافته ها نشان داد که 44/8% واحدهای مورد مطالعه رژیم دو دارویی داشته و از نظر مرحله بیماری در مرحله II سرطان قرار داشتند. 62/9% بیشتر از یک سال از زمان تشخیص بیماری سرطان در آنها گذشته بود. یافته ها همچنین نشان داد که اکثریت واحدهای مورد مطالعه یعنی 47/6% مبتلا به سرطان پستان بودند، 18% هیستریکتومی و 11% ماستکتومی داشتند. از نظر دفعات شیمی درمانی اکثر واحدهای مورد مطالعه یعنی 60/4% بین 1-2 دوره شیمی درمانی شده بودند. یافته ها نشان داد که اختلال در عملکرد جنسی واحدهای مورد مطالعه در اکثر واحدها یعنی 60% به صورت متوسط، 28% به صورت خفیف و 12% به صورت شدید بوده است. از نظر میزان اختلال در عملکرد جنسی در ابعاد مختلف به ترتیب در بعد تمایلات جنسی (61%) و در بعد تحریک یا برانگیختگی جنسی (55%) وجود داشت (جدول 1). یافته های پژوهش حاضر در زمینه کیفیت زندگی واحدهای پژوهش نشان داد که اکثر واحدها یعنی 36/9

جدول 1- توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلال در عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان در ابعاد مختلف برحسب شدت اختلال جنسی

ابعاد اختلال در عملکرد جنسی	شدت اختلال فراوانی		
	خفیف	متوسط	شدید
	تعداد	تعداد	تعداد
تمایلات جنسی	35	61	4
تحریک یا برانگیختگی	28	55	16
لغزنده سازی واژن	30	49	21
ارگاسم	41	44	15
رضایت جنسی	39	50	11
دیس پارونی	32	40	28

جدول 2- توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در ابعاد و سطوح مختلف کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی	سطح کیفیت زندگی فراوانی		
	مطلوب	تاحدی مطلوب	نامطلوب
	تعداد	تعداد	تعداد
	نتایج آزمون کای دو (X^2)		
جسمی	26	63	11
			$X^2=53/80$
			$P<0/001$
عاطفی	42	49	9
			$X^2=32/91$
			$P<0/001$
اجتماعی	31	51	17
			$X^2=62/45$
			$P<0/001$
شناختی	45	34	21
			$X^2=38/41$
			$P<0/001$
ایفای نقش	19	60	21
			$X^2=50/18$
			$P<0/001$
علائم و عوارض جانبی مربوط به درمان بیماری	9	56	35
			$X^2=55/61$
			$P<0/001$
کیفیت کلی	12	78	10
			$X^2=39/88$
			$P<0/001$

اختلال در عملکرد جنسی در بیماران زن مبتلا به سرطان

بحث

و همکاران می توانند مربوطه به تفاوت در ناحیه مبتلا به سرطان باشد. در مطالعه شوور نیز نتایج نشان داد که شایع ترین شکل مشکل جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان به ترتیب کاهش تمایل به انجام فعالیت جنسی و دیس پارونی بوده است (21). یافته ها نشان می دهد که اکثریت واحدهای مورد مطالعه از کیفیت زندگی تا حدی مطلوب برخوردار بودند. این یافته ها با مطالعات زیلکان، لیکس و گانز و پارک تطابق دارد (22-25). همچنین بر اساس یافته ها بیشترین فراوانی در ابعاد کیفیت زندگی مربوط به بعد جسمی بوده است که با یافته های حاصل از مطالعه گانز، زیلکان و برایم مطابقت دارد (4، 22، 24). نتایج حاصل از آزمون آماری نشان داد که بین کیفیت زندگی و اختلال در عملکرد جنسی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات پارک و لیکس مطابقت دارد (23، 25). یافته ها نشان داد که واحد های مورد مطالعه که اغلب از حمایت اجتماعی پایینی برخوردار

یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که بیشترین اختلال در عملکرد جنسی مربوط به بعد تمایلات جنسی و سپس تحریک یا برانگیختگی جنسی بوده است. در تحقیق برانی و همکاران که در مورد تاثیر درمان های وابسته به سرطان پستان بر فعالیت جنسی افراد انجام شد، 90% از بیماران فعالیت جنسی خود را پس از درمان ادامه داده بودند، اما اغلب آنها با اختلالاتی در این امر مواجه شده اند. 64% از بیماران فقدان میل جنسی و 48% آنها کاهش انگیزش را تجربه کرده اند. واژینیسیم، سرد مزاجی، اختلال در لغزنده شدن واژن و دیس پارونی از مواردی بوده است که توسط این بیماران گزارش شده است (19). در تحقیق هندرن و همکاران نیز 41% از واحدهای زن مبتلا به سرطان مورد مطالعه آنها در بعد تمایل، 29% در بعد تحریک یا تهیج، 56% در بعد لغزنده سازی واژن، 35% در بعد ارگاسم و 46% در بعد دیس پارونی دچار اختلال در عملکرد جنسی بودند (20). این تفاوت در یافته های پژوهش حاضر با یافته های هندرن

بودند و بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت بطوری که افراد دارای حمایت اجتماعی بالا از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند و این یافته با نتایج حاصل از مطالعه سامارکو مطابقت دارد (26). نتایج تحقیق سامارکو بر 101 زن مبتلا به سرطان نشان داد که میزان تعلق فرد به شبکه حمایتی و ارتباط متقابل وی با جامعه، منبع با ارزشی در سازگاری روانی و اجتماعی وی محسوب می گردد. یافته های مطالعه وی همچنین نشان داد که ارتباط و حمایت همسر و خانواده سبب افزایش تطابق فرد و بهبود کیفیت زندگی وی می گردد. وی می افزاید با توسعه شبکه حمایتی مناسب در زنان مبتلا به سرطان می توان کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشید (26). در مطالعه حاضر بین سن و کیفیت زندگی نمونه های تحت مطالعه ارتباط آماری معنی داری مشاهده گردید. بطوری که زنان در گروه سنی 33-43 سال از کیفیت زندگی کمتری برخوردار بودند. این یافته با نتایج حاصل از مطالعه سامارکو و شوور مطابقت می کند، نتایج این دو مطالعه مشخص نمود که زنان جوان، به دنبال تشخیص سرطان دیسترس عاطفی شدیدتری را نسبت به زنان مسن تحمل می کنند. نارسایی تخمدان ها، منوپوز زودرس ناشی از شیمی درمانی و بد شکلی بدن منجر به اختلال در تصویر ذهنی از خود و اختلال در باروری و زندگی زناشویی می گردد (26، 27). در این میان زنان مسن و ازدواج کرده کیفیت زندگی بهتری را تجربه می نمودند (6). تشخیص سرطان مسلما برای زنان در هر سنی یک واقعه پر از اضطراب در زندگی محسوب می شود ولی بیشتر با نکات منحصر به فردی که بخصوص آنها را آسیب پذیر می کند روبرو هستند (28). بین کیفیت زندگی و میزان درآمد خانواده نیز ارتباط معنی داری مشاهده شد. بطوری که بیمارانی که میزان درآمد خانواده خود را در حد کفاف گزارش کرده بودند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعات شولتز و شی مطابقت می کند (29، 30). شی معتقد است نقش اولیه خانواده ها فراهم کردن مادیات برای اعضای

خانواده است. بنابراین وضعیت اقتصادی اغلب به عنوان یک قلمرو اصلی در ارزیابی کیفیت زندگی مدنظر است (30). نتایج مطالعه حاضر بین محل سکونت از نظر روستا و شهر با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری را نشان می دهد. بطوری که نمونه های پژوهش ساکن روستا از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. یافته حاضر با یافته حاصل از مطالعه شولتز و همکاران تطابق دارد. در این مطالعه مشاهده می شود که در ابعاد مربوط به کیفیت زندگی از نظر بعد سلامت جسمی روستائین ها از سلامت پایین تری نسبت به شهر نشین ها برخوردار بودند (29). یافته ها حاکی از ارتباط معنی دار بین مرحله بیماری با کیفیت زندگی واحدهای تحت مطالعه بوده است. بطوری که بیماران مبتلا به سرطان در مرحله سه بیماری از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند. یافته حاضر با یافته حاصل از مطالعه شی و همکاران مطابقت دارد (30). نتایج نشان داد که نوع رژیم درمانی بیماران مورد مطالعه نیز با کیفیت زندگی آنها ارتباط دارد. بطوری که بیماران با رژیم 2 و یا 3 دارویی از کیفیت زندگی کمتری برخوردار بودند که این یافته با یافته های مطالعه واپنیر مطابقت دارد (31). مورتیمر می افزاید در سراسر دنیا شایعترین داروی ضد تئوپلاستیک مورد استفاده در سرطان پستان تاموکسی فن است. تاموکسی فن با افزایش گرگرفتگی، تعریق شبانه و ترشح واژینال و افزایش خطر یائسگی زودرس در زنان زیر 45 سال سبب اختلال در تحریک جنسی و دستیابی به ارگاسم می گردد (32). کاهش لیبدو اثر شناخته شده اویوئیدها است (33). به طوری که مصرف این داروها سبب کاهش لیبدو در 95% مردان و 68% زنان می گردد (34). در رابطه با ارتباط بین قطع عضو (هیسترتومی، ماستکتومی و برداشتن تخمدان) با کیفیت زندگی، یافته ها نشان داد که بین این دو متغیر ارتباط معنی داری وجود دارد. بطوری که واحدهایی که تحت عمل جراحی قطع عضو قرار گرفته اند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند. این یافته با یافته های حاصل از مطالعه واپنیر مطابقت دارد (31). فرونی در این رابطه

شناخت و آگاهی در زمینه تغییرات اختلال عملکرد جنسی در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به سرطان امری مهم و ضروری به نظر می رسد. برانی پیشنهاد می کند که مراقبین بهداشتی می توانند با مشاوره پیش از اعمال جراحی زنان مبتلا به سرطان به ویژه سرطان های پستان، رحم و تخمدان از نظرات بیمار و مشکلات موجود در رابطه زناشویی او آگاهی یافته و اطلاعاتی در مورد نوع عمل و محدودیت های ایجاد شده در اثر آن به بیمار ارائه نمایند و پس از عمل نیز با باز توانی جنسی او را یاری کنند (19).

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از زحمات و همکاری صمیمانه بیماران عزیز کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.

می نویسد عمل جراحی به دنبال سرطان عاملی برای منفی شدن دیدگاه بیماران نسبت به بدن خود در مقایسه با سایر خانم ها تلقی می شود که می تواند کیفیت زندگی آنها را تحت الشعاع قرار دهد (35). اندرسون می افزاید اعمال جراحی بر روی بیماران زن که به دلیل سرطان باشد مانند هیستریکتومی، ماستکتومی و برداشتن تخمدان به میزان قابل ملاحظه ای سبب کاهش تمایل جنسی، کاهش تهیج جنسی، افزایش دیس پارونی و نرسیدن آنها به حالت ارگاسم است که می تواند کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان را تهدید نماید (36).

نتیجه گیری

آگاهی درباره کیفیت زندگی بیماران به پرستاران به عنوان تیم بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقاء کیفیت زندگی، مشکلات و نیازهای اختصاصی موجود شناسایی کنند.

منابع

- Jahanfar SH, Molayinejad M. Text book of sexual dysfunction. Tehran: Salemi; 2001. [Persian]
- Hyunlee E. Fatigue and hope relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. *Appl Nurs Res* 2001;14(2):87-93.
- Mahmudi GH, Sharifi A, Behnampur N. Correlation between quality of life and coping strategies in patients undergoing hemodialysis. *J Gorgan Uni Med Sci* 2002;5(12):43-52. [Persian]
- Braim RG. Current problem in cancer: assessment the quality of life in patient with cancer. *Cancer Nur* 2000;24(2):58-86.
- Derogatis R, Kourlessis SM. An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patients. *Cancer J Clin* 1981;31(1):46-50.
- Schover LR. Sexuality and fertility after cancer. New York: John Wiley & Sons; 1997.
- Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol* 2003 Nov 15;21(22):4184-93.
- Ganz PA, Rowland JH, Desmond. K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding woman's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998 Feb;16(2):501-14.
- Schover LR. Sexuality in cancer. *J Clin Oncol* 1997;8(5):1234-45.
- Barni. SM, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patient. *Ann Oncol* 1997;8(2):149-53.
- Onon Setoz O, Eelbi Mete I, Noyan A, Alper M, Kapkac M. [Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study]. *Turk Psychiatri Derg* 2004 Winter;15(4):264-75. [Article in Turkish]
- Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L, et al. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Med j Aust* 1998 Aug 17;169(4):192-6.

13. Anllo LM. Sexual life after breast cancer. *J Sex Marital Ther* 2000 Jul-Sep;26(3):241-8.
14. Bakewell RT, Volker DL. Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2006 Dec;9(6):697-702.
15. Rosen R, Brown C, Herman 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 Apr-Jun;26(2):191-208.
16. Aronson NK, Ahmed ZS, Bergman B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QoL-C30: a quality of life in student for use in international clinical trial. *J Nat Cancer Instit* 1993;85(5):365-75.
17. Mohamadi KH, Heidari M, Faghihzadeh S. Validity of Persian Female Sexual Function Index(FSFI). *Payesh: J Iranian Instit Health Sci Res* 2008;2(7):269-78.
18. Yaghubinia F, Mazlum R, Salehi J. Study of the relationship between self-esteem and Burnout in Nurses of Hospitals of Mashad University of Medical Sciences in 1379 (2000). *Asrar: J Sabzevar Uni Med Sci* 2002;10(3).73-9.
19. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol* 1997 Feb;8(2):149-53.
20. 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 Surge* 2005 Aug;242(2):212-23.
21. Scherer LR. The impact of breast cancer of sexual, body intimate relationship. *J Clin Cancer* 1991;1 41:112-20.
22. Ozyilkan O, Baltali E, Tekuzman G, Firat D. The impact of diagnosis and treatment on the quality of life in breast cancer patients. *Neoplasm* 1998;45(1):50-2.
23. Likes WM, Stegbauer C, Tillmanns T, Pruett J. Pilot study of sexual function and quality of life after excision for vulvar intraepithelial neoplasia. *J Reprod Med* 2007 Jan;52(1):23-7.
24. Ganz PA. Quality of life and patient with cancer, Individual and policy implications. *Cancer* 1994 Aug 15;74(4 Suppl):1445-52.
25. Park SY, Bae DS, Nam JH, Park CT, Cho CH, Lee JM, et al. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer* 2007 Dec 15;110(12):2716-25.
26. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life in younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 2001 Jun;24(3):212-9.
27. Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994;16:177-82.
28. Shannon C, Smith IE. Breast cancer in adolescents and young women. *Eur J Cancer* 2003 Dec;39(18):2632-42.
29. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. *Cancer Nurs* 2001 Feb;24(1):12-9.
30. Chie WC, Huang CS, Chen JH, Chang KJ. Measurement of quality of life during different clinical phases of breast cancer. *J Formos Med Assoc* 1999 Apr;98(4):256-60.
31. Wapnir IL, Cody RP, Greco RS. Subtle different in quality of life after breast cancer surgery. *Ann Surg Oncol* 1999 Jun;6(4):359-66.
32. Mortimer JE, Boucher L, Baty J, Knapp DL, Ryan E, Rowland JH. Effects of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. *J Clin Oncol* 1999 May;17(5):1488-92.
33. Gulliford SM. Opioid-induced sexual dysfunction. *J Pharmace Care Pain Sym Managt Cont* 1998;6(2):67-74.
34. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual pharmacology: drugs that affect sexual functioning. New York:,Norton;1996.
35. Ferrari PA. Psychosexual sequence of gynecological condition. *J Sex Marit Ther* 1994;9:239-49.
36. Anderson BL. There is sexual problems.now, what can we do about them?. *Gynecol Oncol* 1994;52:10-3.