مقاله پژوهشی

فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، سال چهارم، شماره اول و دوم، بهار و تابستان ۱۳۹۰

شیوع بدعملکردی جنسی و وضعیت سلامت روان در زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان شهر تهران

*مهرانگیزشعاع کاظمی: استادیار گروه مشاوره، دانشگاه الزهرا (س)

مهرآورمؤمنی جاوید: دانشجوی دکترای مشاوره و راهنمایی دانشگاه شهید چمران اهواز

چکیده

مقدمه: هرچند سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود، به‌تازگی مشخص شده است که فشارهای روانی بدون اینکه عملاً به‌وجودآورنده و سازندهٔ آن‌ها باشند، تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند.

روش بررسی: مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی رابطهٔ بین شیوع بدعملکردی جنسی و وضعیت سلامت روان در زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان شهر تهران صورت پذیرفت. طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ پژوهش را کلیهٔ زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان که در سال‌های۹۰- ۱۳۸۸ به مراکز بیماری‌های سرطان شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند. از جامعهٔ مذکور ۸۰ زن نابارور و مبتلا به سرطان پستان به‌طور هدفمند انتخاب شدند و به دو پرسشنامهٔ بدعملکردی جنسی و سلامت عمومی پاسخ گفتند. فرضیهٔ پژوهش این بود: که "بین شیوع بدعملکردی جنسی و وضعیت سلامت روان زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد".. ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه بود: ۱- پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرک (GHQ) که از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شده است و پایایی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است. ۲- پرسشنامهٔ FSFI (Female sexual function index). که اعتبار آن ۰/۷۹ برآورد شده است.

یافته‌ها: آزمون‌های آماری مورد استفاده آمار توصیفی و استنباطی (r همبستگی پیرسون) بود. پژوهش حاکی از آن است که بین بدعملکردی جنسی و زیرمقیاس‌های آن با سلامت روان در زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ منفی و معنی‌داری وجود دارد. ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: زنان مبتلا به سرطان از بدعملکردی جنسی سطح بالایی برخوردارند که این ویژگی بخشی مربوط به ناباروری و بخشی نیز مربوط به بیماری فعلی می‌باشد و هر دو متغیر روی سلامت روان آنان اثرگذار می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، بدعملکردی جنسی، زنان نابارور، سرطان پستان

*نشانی نویسندهٔ پاسخگو: تهران، دانشگاه الزهراء (س)، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، مهرانگیز شعاع کاظمی

تلفن: ۸۸۰۴۹۹۳۷-۰۲۱ نشانی الکترونیک: M_shkazemi@yahoo.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]

مقدمه

سلامت روان حالتی از بهزیستی و این احساس در فرد است که می‌تواند با جامعه کنار بیاید و موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی برای او رضایت‌بخش است [۱].

سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی را چنین توصیف می‌کند: «بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی». بهداشت، تنها نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست. منظور از سلامت روان، سلامت در ابعاد خاص ازجمله هوش، ذهن و حالت فکر است. از طرف دیگر سلامت روان برروی سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. افراد دارای سلامت روان قادرند در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابند[۲].

عده‌ای از روانشناسان معتقدند سلامت روان داشتن هدفی انسانی در زندگی، سعی در حل عاقلانهٔ مشکلات، سازش با محیط اجتماعی براساس موازین علمی و اخلاقی و سرانجام ایمان به کار و مسئولیت و پیروی از اصل نیکوکاری و خیرخواهی است[۳].

درسال های اخیر انجمن کانادایی بهداشت روانی، بهداشت روانی را در سه قسمت توصیف کرده است: قسمت اول نگرش‌های مربوط به خود شامل تسلط بر هیجانات، آگاهی از ضعف‌ها و رضایت از لذت‌های ساده است. قسمت دوم نگرش‌های مربوط به دیگران شامل علاقه به دوستی‌های طولانی، احساس تعلق به یک گروه، احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی می‌باشد. قسمت سوم نگرش‌های مربوط به زندگی شامل پذیرش مسئولیت‌ها و انگیزهٔ توسعهٔ امکانات است[۱].

عملکرد جنسی سالم و روابط زناشویی صحیح از ارکان یک رابطهٔ پایدار و صمیمی و از عوامل مهم سلامت جسمی و روانی زوجین می‌باشد و تداوم خانواده در گرو این روابط است. متأسفانه در اکثر نقاط دنیا به زنان اجازه نمی‌دهند یک رفتار صحیح نسبی داشته باشند و اختلال در عملکرد جنسی زنان به‌طور گسترده‌ای به‌چشم می‌خورد. این اختلالات عبارت‌اند از: اختلالات میل جنسی (کم فعالیتی یا مهار و تنفر جنسی)، اختلالات برانگیختگی جنسی، اختلالات ارگاسم، اختلالات درد جنسی(واژینیسم، مقاربت دردناک و درد جنسی غیر مقاربتی)و اختلالات جنسی ناشی از مشکلات عمومی پزشکی و مصرف مواد مخدر. حدود ۸۰-۶۰ درصد زنان به اشکال مختلف اختلالات جنسی مبتلا هستند که به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم بر بسیاری از جنبه‌های زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد[۴].

نائینیان و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت روان در افراد مبتلا به بدکارکردی‌های جنسی به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اختلالات جنسی در مقایسه با افراد غیر مبتلا از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند و بدکارکردی جنسی آثار نامطلوب قابل توجهی بر ابعاد سلامت جسمانی و روانی افراد بر جای می‌گذارد[۵].

کاپلان(۱۹۹۷) درمان رفتاری مسترز و جانسون به‌همراه شیوه‌های شناختی مثل خیال‌پردازی و بازسازی شناختی را برروی زنانی که دچار اختلال برانگیختگی جنسی بودند، اجرا کرد. در این درمان از آموزش تمرکز ارتباط جنسی، مواجهه با موضوعات تحریک‌کننده (مثل ارائهٔ تصاویر و فیلم‌های تحریک‌کننده)، بازداری شناختی منفی و تکنیک‌های رفتاری استفاده کرد و توانست میزان بی‌میلی را به میزان زیادی کاهش دهد. در این تحقیق پس از انجام مداخله، میزان برانگیختگی جنسی زنان افزایش یافت[۲].

باروری همواره یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به‌شمار می‌رود. هنگامی که مرد و زن درمی‌یابند ممکن است هرگز بچه‌دار نشوند، دچار بحران ناشی از ناباروری می‌شوند و این وضعیت می‌تواند بر تمام ابعاد زندگی آن‌ها به‌خصوص رابطهٔ جنسی اثر منفی بگذارد. به‌دلیل این مسائل اختلال‌هایی در عملکرد جنسی زوجین به‌وجود می‌آید و زندگی جنسی آنان مختل می‌شود [۶].

مشکل ناباروری در دنیای امروز به‌صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است و می‌تواند ضربهٔ روانی شدیدی را به زوجین وارد سازد و منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطهٔ بین آن‌ها گردد[۷]. همچنین ناباروری به‌عنوان شکست در بارداری پس ار یک سال مجامعت منظم و بدون پیشگیری و یکی از تلخ‌ترین تجربه‌های زندگی توصیف شده است که قابل مقایسه با مرگ یکی از بستگان درجه یک که واکنش سوگ را به‌دنبال دارد، می‌باشد[۷].

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]

دان فورت[1] و همکاران(۲۰۰۳)، بیان کردند شیوع ناباروری در میان گروه‌های قومی و نژادی تفاوت چندانی ندارد و شیوع آن در جهان حدود ۱۵-۱۰ درصد یا در حدود ۵ میلیون نفر در سراسر دنیا است [۸].

لیتزینگر[2] و همکاران(۲۰۰۵)، نیز مطرح کردند ۸۰ درصد افراد نابارور دچار یک اختلال روانشناختی شامل نارضایتی زناشویی، اختلال در روابط به‌ویژه بین زوج‌ها، احساس فشار برروی سرنوشت ازدواج، خشم و تأثیرهای منفی عاطفی می‌باشند[۹].

ناباروری به‌عنوان یکی از بحران‌های زندگی استرس زیادی بر زوج‌ها وارد می‌کند و می‌تواند به طرق مختلف سلامت روانی آن‌ها را تهدید نماید و باعث اختلال در کیفیت زناشویی و کاهش صمیمیت و ترس از خاتمهٔ رابطهٔ زناشویی، درماندگی و گاهی تظاهرات افسردگی بالینی و سایر اختلالات روانی شود. تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که در تعداد زیادی از زوج‌ها ناباروری همراه با بدکنش وری‌های روانی- جنسی نیز می باشد. تحقیقات حاکی از آن است که ناباروری نه‌تنها تغییرات روانشناختی مهمی در فرد به‌وجود می‌آورد، بلکه در اغلب موارد بر روابط جنسی زوجین تأثیر عمیقی می‌گذارد و می‌تواند مانند یک ضربهٔ پر قدرت علیه استحکام ازدواج عمل نماید[۱۰].

خوشبختانه تحقیقات نشان می‌دهد که بیماری سرطان در خانم‌ها اغلب در قسمت‌هایی بروز می‌کند که به‌راحتی با معاینهٔ پزشک قابل تشخیص است. شایع‌ترین سرطان‌های مشترک در خانم‌ها سرطان پستان است و بعد از آن سرطان کولورکتال، سرطان ریه و سرطان رحم. بیشتر این سرطان‌های نهفته در نقاط مختلف بدن اگر به‌موقع تشخیص داده شوند به‌خوبی به درمان جواب می‌دهند[۱۱].

عوامل خطر سرطان پستان اولین زایمان بعد از سی‌وپنج سالگی، نداشتن بچه، سابقهٔ خانوادگی سرطان پستان در وابستگان درجهٔ یک، قرار گرفتن در معرض پرتوزایی پیش از سی سالگی، تماس با آفت‌کش‌ها، سیگار کشیدن، ورزش نکردن، زیادی استروژن و چاقی می‌باشند.

علایم خطر، وجود غده در پستان، ضخیم شدگی و هر تغییر در حالت پستان مثل فرورفتگی یا کشیدگی رو به بالا، ضخیم‌شدگی یا تورم نوک پستان، خارش، قرمزی و یا آزردگی نوک پستان (غیر از مورد شیر دادن) و ترشح غیر عادی از پستان هستند[۱۲].

هینزورث و همکاران[3] (۲۰۱۱) پژوهشگران آمریکایی دریافته‌اند که شیمی‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان خطر ناباروری را در آنان افزایش می‌دهد و می‌تواند به توان تولید مثلی این بیماران آسیب وارد کند. این مطالعات از سوی پژوهشگران انستیتو سرطان دانا- فاربر انجام گرفته است. در یک آزمایش تجربی که با سرپرستی این پژوهشگران صورت گرفت، معلوم شد در زنانی که پیش از یائسگی به سرطان پستان مبتلا شده و پس از تشخیص بیماری و جراحی تحت شیمی قرار گرفته بودند، احتمال از بین رفتن ذخیرهٔ تخمدانی مانند ظرفیت تخمدان‌ها برای تولید تخمک‌هایی که قادر به بارور شدن باشند در مقایسه با زمانی که هرگز به سرطان پستان مبتلا نشده بودند، افزایش پیدا می‌کند. برای انجام این تحقیقات پژوهشگران نشانگرهای ذخیرهٔ تخمدانی را در ۲۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان پیش از یائسگی مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. این بیماران با روش شیمی‌درمانی تحت معالجه قرار گرفتند و بیماری آن‌ها بین یک تا چهار سال تشخیص داده نشده‌بود و البته در این بیماران نشانه‌ای از بازگشت سرطان نیز مشاهده نشده بود. این گروه با یک گروه کنترل از زنان که در حدود سن ۲۰ سالگی بودند و سابقهٔ ابتلا به سرطان پستان را نداشتند، مقایسه شدند. این ارزیابی‌ها و آزمایش‌ها شامل انجام پنج آزمایش به مدت دو، سه و چهار روز پس از عادت ماهیانه برای بررسی وضعیت جسمی تخمدان‌ها، میزان هورمون‌ها و ترکیبی که در عادت ماهیانه نقش دارد، بوده است. در چهار آزمایش از پنج آزمایش انجام-شده معلوم شد که نجات یافتگان از سرطان پستان ذخیرهٔ تخمدانی بدتر و وخیم‌تری در مقایسه با گروه کنترل دارند. در آزمایش آخر هیچ تفاوت فاحش و مهمی بین دو گروه مشاهده نشد. این یافته می‌تواند نشان‌دهندهٔ امکان بروز مشکلات مهم و جدی برای زنانی باشد که پس از شیمی‌درمانی و اتمام آن مایل به بچه‌دار شدن هستند[۱۳].

[1] Danforth&etal
[2] Litzinger&etal
[3] Hainsworth & etal

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]

آندروز۴ و همکاران (۱۹۹۳)، زوجین نابارور را با زوجین بارور مقایسه نمودند و دریافتند که استرس صرف‌نظر از منبع آن (خواه ناباروری باشد یا استرس ناشی از دیگر منابع)بر عملکرد زناشویی، جنسی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را کاهش می‌دهد. به‌طور کلی زنان بیشتر تحت تأثیر هر استرسی قرار می‌گیرند و احساس رضایت از زندگی زناشویی و سلامتیشان بیشتر تأثیر می‌پذیرد[۱۴].

به اعتقاد مونگا۵ (۲۰۰۴) زنان نازا نسبت به زنان با عقیمی انتخابی، سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی کمتری دارند.

تحقیقات نشان داده است که تجربهٔ استرس‌زای ناباروری با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روانشناختی همچون کاهش حرمت خود، افزایش سطح تنیدگی و مشکلات جنسی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس حقارت، احساس ناکارآمدی و بدکنش وری جنسی ارتباط دارد[۱۵].

مطالعهٔ بنازون۶ (۱۹۹۲) نشان داد افزایش قابل ملاحظهٔ استرس می‌تواند سبب کاهش چشمگیر سازگاری و رضایت زناشویی شود و بیشترین سطوح استرس زناشویی در زوجینی است که نتوانسته‌اند باردار شوند[۱۶].

لینک۷ و همکاران(۱۹۸۶) نشان دادند زنان نابارور سطوح اضطراب بالا و نارضایتی زناشویی زیادی را نشان می‌دهند[۱۷].

ویلسون ۸(۲۰۰۷) مطرح کرده است که مطالعات نشان می‌دهند هم عوامل روانشناختی می‌توانند در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشند و هم اینکه ناباروری می‌تواند پیامدهای روانشناختی را با خود به همراه داشته باشد[۱۸].

بررسی فراوانی اختلال عملکرد جنسی و عوامل باروری مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر ساری حاکی از ان است که۴۵/۲ درصد از زنان دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. فراوانی اختلال میل جنسی ۳۹/۶ درصد، اختلال تحریک ۳۵/۵ درصد، اختلال لوبریکاسیون ۳۹/۸درصد، اختلال ارگاسم ۴۲/۷ درصد و درد جنسی ۴۷/۳ درصد بود[۱۹].

اودو(۲۰۰۶)۹ تاریخچه‌های جنسی ۹۷ زن نابارور را که از پرسشنامه‌ها به‌دست آورده بود، مورد مطالعه قرار داد و به این نتیجه رسید که عدم عملکرد جنسی در میان آنان رایج است خصوصاً سرد مزاجی ۷۸/۴ درصد، مشکلات تحریک جنسی ۲۰/۶ درصد و مشکل در اوج لذت جنسی ۲۵/۶ درصد به‌دست آمد که این مورد می‌تواند پذیرش جنسی و متعاقباً کثرت مقاربت و درنتیجه مشکلات ناباروری آن‌ها را پیچیده‌تر کند[۲۰].

نتایج مطالعهٔ کرباسی و همکاران (۱۳۸۸) در بررسی میزان اختلالات جنسی زنان در سنین باروری نشان داد که بین اختلالات جنسی با مدت تأهل ارتباط معنی‌داری وجود دارد. میزان شیوع اختلالات جنسی در زنان ۴۷ درصد به‌صورت درد جنسی و ۸۲ درصد خشکی واژن بوده است و میزان اختلالات جنسی ۵۸ درصد بود[۴].

بسیاری از پژوهش‌ها تأثیر ناباروری بر ازدواج و روابط جنسی بین زوجین را نشان داده‌اند. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای که در آفریقای جنوبی بر روی زوجین نابارور انجام شد، ۴۳ درصد زنان احساس می‌کردند که ناتوانی آن‌ها در باردار شدن تأثیرهای منفی شدیدی بر زندگی آنان به‌خصوص بر روابط جنسی دارد [۶].

بچه دار شدن تحقق حداکثر و حد اعلای یک زن، بخش اساسی از هویت جنسی، استحکام یک زوج، هدف اصلی ازدواج و خمیره و قالب یک خانواده است. باتوجه به اهمیت موضوع، این تحقیق با هدف بررسی رابطهٔ بین سلامت روان و بدعملکردی جنسی زنان نابارور و مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز بیماری‌های سرطان پستان شهر تهران در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۸ صورت پذیرفت.

سؤال کلی پژوهش

آیا بین شیوع بدعملکردی جنسی و وضعیت سلامت روان زنان

نابارور مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد؟

Andrews&etal-6
Monga[5]
[6] Benazon
&etal[7] Link
[8]- willson

[9]_ audu

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]

روش بررسی

طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و مقطعی طی دو سال انجام پذیرفت. طرح‌های توصیفی ازجمله طرح-هایی می‌باشند که در آن صرفاً به رابطهٔ دو یا سه متغیر پرداخته می‌شود و نمی‌توان به‌دنبال علل و یا عوامل خاصی گشت. جامعهٔ پژوهش عبارت از کلیهٔ زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان بودند که در سال‌های ۹۰-۱۳۸۸ به مراکز بیماری‌های سرطان پستان شهر تهران مراجعه کرده بودند و زیر ۵۰ سال سن داشتند. میانگین سنی آنان ۲۹ سال، میانگین سن ازدواج آنان ۸/۵ سال، میانگین سال‌های ابتلا به سرطان ۸ سال و مدت زمان ناباروری آنان ۵/۵ سال بود. سطح تحصیلات نمونهٔ پژوهش بین سیکل تا لیسانس بود که بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم و کمترین مربوط به سیکل بود. از جامعهٔ مذکور ۸۰ زن نابارور مبتلا به سرطان پستان به‌عنوان نمونهٔ پژوهش به‌طور هدفمند انتخاب شدند و به دو پرسشنامهٔ بدعملکردی جنسی و سلامت عمومی پاسخ گفتند. منظور از زنان نابارور کسانی هستند که قبل از بیماری دچار ناباروری بودند. ملاک ورود در مطالعه دارا بودن ویژگی‌های مورد نیاز مطالعه از جمله ناباروری، محدودهٔ سنی خاص، حاضر به همکاری در پژوهش و زندگی در شهر تهران بود.

ابزار مورد استفاده در پژوهش

ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه است: ۱- پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرک (GHQ)که از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شده است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری به-روش خود گزارشی است که دارای ۴ زیرمقیاس (علایم بدنی، علایم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی) است. تاکنون بیش از ۷۰ بررسی در زمینهٔ روایی آن در دنیا انجام گرفته است. در ایران پایایی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است. آقاخانی (۱۳۸۱) و ارجمندی (۱۳۸۳) با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۴ به‌دست آوردند[۲].

۲-پرسشنامهٔ FSFI (Female sexual function index) که اختلال بدعملکردی جنسی زنان را می‌سنجد و دارای زیر مقیاس‌های اختلال میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد جنسی و رطوبت مهبلی است و اعتبار آن توسط محمدی و همکاران(۱۳۸۷) برآورد شده است[۱۹].

یافته‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به گروه نمونه

شاخص‌ها / متغیرها	میانگین	انحراف معیار
سن زن	۲۹	۴/۶۲
سن همسر	۳۴	۶/۳۲
سن ازدواج	۲۳	۳/۷۶
مدت زمان ازدواج	۸/۳	۳/۹۹
مدت زمان ازدواج	۸/۳	۳/۹۹
مدت زمان ابتلا به سرطان پستان	۸	۴.۷۶
مدت زمان ناباروری	۵/۶	۲/۲۳
سلامت روان	۲۴/۱۵	۴/۱۳

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین سنی زنان نابارور ۲۹ سال و میانگین مدت زمان ناباروری ۵/۶ سال و سلامت روان ۲۴/۱۵ و میانگین سال‌های ابتلا به سرطان ۸ سال است.

جدول۲: فراوانی و درصد بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس‌های آن در زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان

متغیرها	فراوانی(درصد)
بدعملکردی جنسی	۴۸(۶۱/۵۳)
اختلال میل جنسی	۲۵(۳۲/۰۵)
اختلال انگیختگی جنسی	۳۱(۳۹/۴۶)
اختلال ارگاسمی	۴۶(۵۹/۴۳)
اختلال درد جنسی	۴۵(۵۷/۲۱)

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که ۶۱/۵۳ درصد زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان به بدعملکردی جنسی مبتلا هستند و بیشتر افراد(۴۶ درصد) از اختلال ارگاسمی رنج می‌برند.

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس‌های آن با سلامت روان

شاخص‌ها / متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
بدعملکردی جنسی	۸۰	-۰/۳۷	۷۹	۰/۰۵
اختلال میل جنسی	۸۰	-۰/۲۹	۷۹	۰/۰۵
اختلال انگیختگی جنسی	۸۰	-۰/۳۳	۷۹	۰/۰۵
اختلال ارگاسمی	۸۰	-۰/۴۱	۷۹	۰/۰۵
اختلال درد جنسی	۷۸	-۰/۳۹	۷۹	۰/۰۵

با توجه به نتایج جدول ۳ بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس‌های آن و سلامت روان رابطهٔ منفی و معنی‌داری وجود دارد.

جدول۴: رگرسیون چندگانهٔ پیش‌بینی بدعملکردی جنسی براساس مؤلفه‌های سلامت روان

متغیر	مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده	R	R2	df	f	P
بدعملکردی جنسی	علایم بدنی	/۴۹	/۲۴۱	۷۹	۸/۴	۰/۰۰۱
	علایم اضطراب و خواب	/۵۰	/۲۵۰	۷۹	۴/۶	۰/۰۰۱
	علایم افسردگی	/۴۲	/۱۷۰	۷۹	۱۲/۸	۰/۰۰۱
	اختلال در عملکرد اجتماعی	/۴۰	/۱۶۰	۷۹	۵/۵	۰/۰۰۱

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی بر اساس مؤلفهٔ علایم بدنی وارد معادله شد و در کل۲۴۱/. واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند. (R_2 = ۲۴/۱ (P<۰/۰۰۱)

مدل رگرسیون خطی بد عملکردی جنسی براساس مؤلفهٔ علایم اضطراب و خواب وارد معادله شد ودر کل۲۵۰/. واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند. (R_2= ۲۵/۱ .f(۷۹) = ۴/۶ (P< ۰/۰۰۱)

مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی براساس مؤلفهٔ علایم افسردگی وارد معادله شد و در کل۱۷۰/. واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند. R_2 = ۱۷ .f(۷۹) = ۱۲/۸ p(۰/۰۰۱)

مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی بر اساس مؤلفهٔ اختلال عملکرد اجتماعی وارد معادله شد و درکل۱۶۰/. واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند. R_2 = ۱۶ .f(۷۹) =۵/۵ , p(۰/۰۰۱)

بحث و نتیجه گیری

با توجه به موضوع پژوهش" شیوع بدعملکردی جنسی و رابطهٔ آن با سلامت روان در زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان" نتایج نشان می‌دهد که بین بدعملکردی جنسی و خرده مقیاس‌های آن با سلامت روان رابطهٔ معکوس و معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش‌های زیادی از جمله اودو(۲۰۰۶)، بخشایش و رضایی صدرآبادی(۱۳۸۸) لیتزینگر و همکاران (۲۰۰۵)همخوانی دارد. بدین‌صورت که افراد نابارور دچار اختلالات روانشناختی، نارضایتی زناشویی، احساس فشار از سرنوشت ازدواج و خشم دارای خُلق منفی می‌باشند[۹،۶و۲۰]. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۸۸) که عقیده داشتند سلامت روان افراد دارای اختلالات جنسی از افراد دارای عدم اختلال پایین‌تر می‌باشد و بدکارکردی جنسی نیز به نوبهٔ خود بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد، همخوانی دارد[۵]. مطالعات مونگا (۲۰۰۴) نشان می‌دهد زنان از پدیدهٔ ناباروری بیشتر تأثیر می‌پذیرند. آنان از اختلال روانی شدیدتری رنج می‌برند و استرس بیشتری دارند. همچنین واکنش‌های منفی شدیدی از جمله اندوه، اضطراب، افسردگی، ترس، خصومت، انزواطلبی، ماتم‌زدگی، احساس بی‌کفایتی جنسی و شخصی، تهدید عزت نفس و کنش جنسی مغشوش در زنان نابارور دیده می‌شود. تحت چنین شرایطی رابطهٔ جنسی ناامیدکننده و از نظر روحی زجرآور می‌باشد زیرا دیگر یک فعالیت لذت‌بخش و مشترک برای به‌وجود آوردن یک موجود و به‌دنیا آوردن یک کودک نخواهد بود. بنابراین روابط زناشویی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و در عملکرد جنسی اختلال ایجاد می‌نماید. اضطراب و افسردگی ناشی از ناباروری در توانایی لذت بردن از فعالیت جنسی تداخل می‌کند و باعث بروز مشکلات جنسی می‌شود. کاهش و یا از دست دادن میل جنسی، سردمزاجی، تغییراتی در حصول به مرحلهٔ ارگاسم، کاهش دفعات نزدیکی، عدم رضایت جنسی، خستگی در مقاربت و حتی واژینیسم از مشکلات شایع زنان نابارور است که با یافتهٔ پژوهش حاضر همخوانی دارد[۱۵].

تحقیقی که توسط (بالن‌اف و کمپر ۱۹۹۳ به نقل از شعاع کاظمی۱۳۸۴) انجام گرفت، نشان داد که یک سوم زنان در نتیجهٔ ناباروری در ارتباط زنانگی عزت نفس پایین‌تری را گزارش کرده‌بودند، درنتیجه مضطرب‌تر و افسرده‌تر بودند، خصومت بیشتری را نسبت به خود نشان می‌دادند و شکایات بیشتری را در ارتباط با سلامت جسمی خود گزارش می‌نمودند، درحالی‌که چنین حالاتی در مردان نابارور مشاهده نمی‌شد و به‌نظر می‌رسد زمانی که آزمودنی‌ها مبتلا به سرطان باشند این مشکلات در آنان مضاعف نیز می‌گردد زیرا که در این میان بین مرگ و زندگی دست‌وپنجه نرم می‌کنند لذا، به‌دلیل آن در سیر رفتار جنسی نیز دچار مشکل می‌شوند و قبل از اینکه به‌نتیجهٔ وخیم‌تری برسند، خودبه‌خود زندگی را با بن‌بست مواجه می‌کنند و خصوصاً زندگی و رفتار جنسی را مترادف با زیبایی اندام می‌دانند و به‌دلیل ازدست‌دادن یک یا هر و پستان رفتار جنسی تعطیل می‌شود و در این زمینه دچار رفتار اجتنابی می‌گردند[۷].

ناباروری به‌عنوان یکی از بحران‌های زندگی استرس زیادی بر افراد نابارور وارد می‌سازد(خصوصاً زنان) و می‌تواند به طرق مختلف سلامت روانی آنان را تهدید نماید و باعث درماندگی و تظاهرات افسردگی بالینی و سایر اختلالات شود. نتایج تحقیق (سامانی۱۳۸۰ به نقل ازشعاع کاظمی۱۳۸۴) حاکی از آن است که شایع‌ترین مشکل زنان نابارور افسردگی و نشانگان بدنی است و زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور به‌شدت احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، گرفتگی و درد می‌کنند. طرز تلقی منفی درمورد

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]

جذابیت جنسی، احساس ناتوانی و طردشدگی، مشکلات بین شخصی از قبیل کاهش صمیمیت و ترس از خاتمهٔ رابطهٔ زناشویی، جدایی و طلاق به‌عنوان عوامل تنش‌آفرین منجر به افسردگی و بیماری‌های روان‌تنی می‌گردد. تمامی موارد ذکرشده در بیماران مبتلا به سرطان پستان دوچندان می‌باشد[۷]. چنان‌که هینزورث (۲۰۱۱) طی بررسی با پنج گروه از آزمودنی‌ها به این نتیجه رسید که بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از طی دورهٔ شیمی‌درمانی قدرت تخمک‌گذاری و باروری خود را نسبت به سایر گروه‌هایی که تحت شیمی‌درمانی قرار نگرفته بودند، از دست دادند[۱۳].

زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان، مشکلات خود را شخصی می‌دانند و سعی می‌کنند آنرا از دیگران پنهان کنند زیرا دوست ندارند مورد ترحم و دلسوزی دیگران قرار گیرند درنتیجه به‌تنهایی سوگواری می‌کنند. در پژوهش حاضر نیز آزمودنی‌ها دارای چنین خصیصه‌ای بودند و از فاش شدن موضوع ترس داشتند درنتیجه کمتر از مهارت‌های مقابله‌ای برخوردار بودند. آن‌ها از شیوهٔ تخلیهٔ هیجانی برخوردار نبودند همچنین نسبت به درمان خود امیدوار نبودند و این نشانگر طرز تلقی و نوع نگرش افراد است که بر کل زندگی آن‌ها سایه می‌افکند.

در افراد نابارور و مبتلا به سرطان، رفتار جنسی براساس ضرورت یا برنامه‌ریزی صورت می‌گیرد و تبدیل به آمیزش" به‌خاطر" می‌شود و در این راستا رابطهٔ جنسی به‌عنوان یک تکلیف نگریسته می‌شود تا یک امر لذت‌بخش و در عین حال ممکن است مشکل ارتباط جنسی به‌دلایل مختلف مثل تجربیات تلخ گذشته، اطلاعات ناکافی در زمینهٔ مسائل جنسی و یا افسردگی و ... باشد که قبلاً وجود داشته باشد و بحران‌های ناشی از سرطان و ناباروری باعث تشدید آن‌ها شده است. نگرانی از آینده خصوصاً پدیدهٔ مرگ نیز یکی از عواملی می‌باشد که سبب تشدید بدعملکردی جنسی می‌گردد. لذا، بیماران مبتلا به سرطان در بسیاری از مواقع احساس لیاقت و کارآیی خود را به‌دلیل نقص عضو ایجاد شده از دست می‌دهند و احساس می‌کنند دلیلی برای ارتباط جنسی که سبب کسب لذت شود وجود ندارد و بدعملکردی جنسی در زندگی آنان هویدا می‌گردد. از طرف دیگر باروری از نظر جنسی با شهوت جنسی تداعی می‌شود. ممکن است ناباروری خودبه‌خود سبب تداعی ناتوانی جنسی گردد و بر این اساس افراد نابارور مبتلا به سرطان پستان خود را از نظر جنسی ناتوان احساس کنند درنتیجه از آمیزش جنسی اجتناب و صرفاً آن را جهت رفع تکلیف قلمداد نمایند.

مطالعهٔ ما با مطالعهٔ ویلسون (۲۰۰۷) مبنی براینکه هم ناباروری سبب علایم روانشناختی می‌گردد و هم عوامل روانشناختی بر روی ناباروری تأثیر دارد، همخوانی دارد[۱۸]. چنانکه رگرسیون خطی پیش‌بینی بدعملکردی جنسی از روی مؤلفه‌های سلامت روان نیز به این موارد اشاره دارد. ۲۵ درصد واریانس بدعملکردی به‌دلیل علایم اضطراب و ۲۴ درصد واریانس از روی علایم جسمانی پدیدار می‌گردد که این موارد حاکی از نقص جسمی و روانی می‌باشد و درنهایت افسردگی و عملکرد اجتماعی نیز پیش‌بینی‌کننده‌های مؤثری هستند. در این راستا پیشنهاد می‌شود: ۱- آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله به زنان مبتلا به سرطان در کنار شیمی‌درمانی و رادیوتراپی داده شود. ۲- به‌دلیل 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 و کارگاه‌های سکس‌تراپی برای آنان برگزار گردد. ۳- زنان مبتلا به سرطان پستان در رابطه با پذیرش بیماری آماده می‌شوند و نقص عضو را به‌عنوان ویژگی خاص با شرایط خاص نه به‌عنوان نقص در کل وجود و زیر سؤال بردن احساس ارزشمندی خود بپذیرند.

References

1. Dehgan N. Relationship between social skills & mental health with educational progress in students yazd city. Ms theises in allameh university. 1385: p34.

2. ShoaaKazemi M, Namdari M. Effectiveness of training coping strategies on patient of MS. 2th congress of students. Tehran alzahra university. 1388: 17.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]

3. Shafeabady A. Theories of counseling 7 psychotherapy. Tehran university publisher 1386.
4. Karbasi M. The study range of sexual disorder in women. 4th congress of sexual health. Tehran shahed university. 1388: 124.
5. Naenian M, Shaeri M, Hossinipor N, Rajabi M. The study mental health in people who involved to sexual dysfunction. 4th congress of sexual health. Tehran shahed university. 1388: 65.
6. Backshayash A, Rezahi S. women Infertility & dysfunction disorder sexual. 4th congress of sexual health. Tehran shahed university. 1388: 135.
7. ShoaaKazemi M. Comparative infertility/ fertilite problem in women. 3th congress of sexual health. Shiraz university. 1384: 78.
8. Danforth DN, Scott JR, Gibbs R. Danforth's obstetrics and gyenecology 9th ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins. 2003: 56.
9. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. J Sex marital; 2005; 31(5): 409-24.
10. Ardakani Z. The study of infertile on Iranian physician. 6th congress of infertile. 1380: 16.
11. Esfehani F. Knowledge about cancer and chemicaltherapy. Journal of cancer knowledge. 1380; 4: 34-45.
12. Saadati M. The study of effective dimension logotherapy training on decrease sadness women's cancer in Tehran city. Theises of MA Alzahra university. 1388: 45.
13. Hainsworth JD, Spigel DR, Greco FA, Shipley DL, Peyton J, Rubin M, Stipanov M, Meluch A. Combined Modality Treatment with Chemotherapy, Radiation Therapy, Bevacizumab and Erlotinib in Patients With Locally Advanced Squamous Carcinoma of the Head and Neck: A Phase II Trial of the Sarah Cannon Oncology Research Consortium. Cancer Journal 2011; 17(5): 267-72.
14. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is infertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertil steril 1993; 59(2): 478-9.
15. Poorafkari N. Psychiatry dictionary. Tehran farhang publisher 1376.
16. Benazon N, Wright J, Sabourin S. Stress sexual satisfaction and marital adjustment in infertile couples. J Sex marital 1992; 18(4): 273- 84.
17. Link PW, Darling CA. Couples undergoing treatment for infertility: dimensions of life satisfaction. J sex marital 1986; 12(1): 46-59.
18. Willson lE. Sexual satisfaction in older marriages. Effects of family of origin distress and marital distress. Publisher distress brigham young university 2007.
19. Mohammadi K, Heydarzadeh M, Heydari S. The study of frequency of sexual dysfunction factors of infertile. Journal of palayesh 1387.
20. Audu BM. Sexual function among infertile nigerian women. Journal of obstetrics and gynecology 2006; 22: 122.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.1.2.9]