

سلامت جنسی و اختلالات عملکردجنسی در زنان مبتلا به سرطان

دکترنگار تیمورپور^۱

دکترای روان شناسی سلامت از دانشگاه تهران

چکیده

عملکرد جنسی مناسب و سالم یکی از نشانه های سلامت جسم و روان است و باعث ایجاد یک حس لذت مشترک، تقویت و تعمیق صمیمیت و کاهش تنش ها بین زوجین می شود و در نهایت توانایی فرد را برای کنار آمدن با استرس ها و مشکلات زندگی را افزایش می دهد. باید به این نکته توجه داشت که مقوله جنسیت تنها به عملکرد جنسی محدود نمی شود، بلکه پدیده ای است پیچیده و چند جانبه که عوامل زیستی، روانشناختی، فرهنگی بین فردی و رفتاری روی آن تأثیر می گذارند. باید در نظر داشت که هرکدام از بیماری های مزمن جسمی می توانند به نوبه خود، تغییراتی در چرخه پاسخ جنسی بهنجار بوجود آورند و در بسیاری از موارد منجر به ایجاد اختلالات عملکرد جنسی در بیماران شود. سرطان یکی از بیماری های مزمن است که منجر به مشکلات جنسی متعددی در زنان می شود و سلامت و بهزیستی آن ها را به خطر می اندازد. این مقاله نگاهی دارد به سلامت جنسی و اختلالات عملکردجنسی در زنان مبتلا به سرطان و در آخر راهکارهایی جهت مدیریت مشکل های جنسی در این زنان ارائه می گردد.

کلیدواژه ها: سلامت جنسی، اختلالات عملکردجنسی، زنان، سرطان

^۱ n.teimourpour@gmail.com

تاریخ دریافت: بهمن ۹۳ تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۹۴

مقدمه

یکی از عواملی که منجر به مختل شدن عملکرد جنسی مناسب می شود، اختلالات عملکرد جنسی^۱ می باشد. بر اساس تعریف چهارمین نسخه ویرایش شده راهنمای طبقه بندی اختلالات روانی^۲، هر گونه اختلالی در چرخه طبیعی مراحل جنسی (میل، برانگیختگی، ارگاسم^۳ و فرونشینی^۴) منجر به اختلال عملکرد جنسی می شود. این طبقه بندی همچنین اختلال درد جنسی را نیز در نظر گرفته است (بارلو^۵، ۲۰۰۵).

اما باید به این نکته توجه داشت که مقوله جنسیت^۶ تنها به عمل کرد جنسی محدود نمی شود، بلکه پدیده‌ای است پیچیده و چند جانبه که عوامل زیستی، روانشناختی، فرهنگی بین فردی و رفتاری روی آن تأثیر می گذارند سلامت جنسی تنها به معنای فقدان اختلالات عمل کرد جنسی نمی باشد، بلکه به یک حالت بهزیستی فیزیکی، هیجانی، روانی و اجتماعی مرتبط با جنسیت اشاره دارد و تنها فقدان بیماری، اختلال عمل کرد یا ناتوانایی، ملاک نمی باشد. سلامت جنسی مستلزم یک نگاه و رویکرد مثبت به مقوله جنسیت و روابط جنسی و در نظر گرفتن امکان داشتن تجارب جنسی ایمن و لذت بخش، آزاد از اجبار، تبعیض و خشونت می باشد و به عنوان یکی از یکی از جنبه‌های مرکزی انسان در نظر گرفته می شود. (سازمان بهداشت جهانی^۷، ۲۰۱۰).

بیسون و همکاران^۸ (۲۰۱۰) معتقدند که مقوله جنسیت در زنان، از یک الگوی تعیین شده پیروی نمیکنند و عوامل پیچیده و متعددی بر عملکرد و اختلال عملکرد جنسی در زنان تأثیر می گذارد. وی هم چنین معتقد است جهت فراهم کردن مداخلات و

۱ .Sexual dysfunction

۲ .DSM-IV-R

۳ .orgasm

۴ . resolution

۵ . Barlow

۶ .Sexuality

۷ . WHO

۸ . Basson & et al

حمایت‌های مناسب در زنانی که به دلیل سرطان مبتلا به اختلال جنسی شده‌اند، شناخت و درک جنبه‌های مختلف پاسخ جنسی در زنان ضروری است (بیسون، ۲۰۱۰). هم‌چنین شناخت بافتی که زنان در آن جنسیت و سلامت جنسی خود را در آن در نظر می‌گیرند نیز ضروری است (بیر و اگلی^۱، ۱۹۹۶). به دلایل تاریخی، اجتماعی، سیاسی و مذهبی، حیطه سلامت جنسی زنان، از حیطه سلامت جنسی مردان ۲۰-۳۰ سال عقب‌تر است (دیامیلیو و فریدمن^۲، ۱۹۸۸). نویسندگان متعددی در جهت افزایش بینش و شناخت در این حیطه فعالیت کرده‌اند و منجر به ایجاد شرایطی شدند که بر توانایی درمانگران جهت بحث درباره موضوعات جنسی و دفاع زنان از جنسیت خود تأثیر به‌سزایی داشت (مک‌گولو^۳، ۲۰۰۴؛ هولند و همکاران^۴، ۱۹۹۸).

تجربه سرطان، یکی از استرس‌زا ترین اتفاقاتی است که می‌تواند در زندگی انسان رخ دهد. عمل‌کرد های مختلف فرد بیمار در پی تجربه سرطان، دستخوش تغییرات جدی می‌شود. سلامت فرد به‌طور کامل در خطر می‌افتد. یکی از حیطه‌های سلامت که به‌خطر می‌افتد، سلامت جنسی است. زنان در این راستا آسیب بسیاری می‌بینند (بیسون و همکاران، ۲۰۱۰). به همین دلیل در این مقاله به بررسی سلامت و مشکلات جنسی در زنان مبتلا به سرطان (با تکیه بر دو سرطان شایع در زنان یعنی سرطان سینه و دستگاه تناسلی) و در آخر روش‌های مدیریت این مشکلات پرداخته می‌شود.

نگاهی بر اختلالات عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان

انجمن سرطان آمریکا برآورد کرده است که تقریباً ۷۵۰ هزار زن تشخیص سرطان را دریافت می‌کنند و حدوداً دو سوم از این زنان زنده می‌مانند (انجمن سرطان آمریکا^۵، ۲۰۰۷). افزایش نرخ بقا از سرطان منجر شده تا به مقوله‌های مرتبط با کیفیت زندگی

-
- ۱ .Byer & Ogletree
 - ۲ .DEmilio & Freedman
 - ۳ .MacCulloch
 - ۴ .Holland & et al
 - ۵ .American cancer society

این افراد، از جمله جنسیت توجه بیشتری شود (گانز و همکاران^۱، ۲۰۰۴). از دهه ۱۹۷۰، عملکرد جنسی به عنوان یکی از جنبه‌های مهم مراقبت از بیمار در نظر گرفته می‌شود. عوامل متعددی بر عملکرد جنسی زنان تأثیر می‌گذارند که در یک دسته بندی کلی عبارت تند از: عوامل فیزیولوژیک و مشکلات پزشکی، عوامل روانشناختی درون فردی و بین فردی (رابطه ای) و عوامل اجتماعی- فرهنگی (بارلو، ۲۰۰۵).

هر گونه از انواع سرطان و درمان های مرتبط با آن (از جمله شیمی درمانی، پرتو درمانی، جراحی و غیره) به نوعی در ایجاد مشکلات جنسی دخیل هستند. در کل عوامل مرتبط با اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان به دو گروه عوامل مستقیم و غیر مستقیم تقسیم می‌شوند که در جدول زیر همراه مثال به نمایش در آمده اند (بیسون و همکاران، ۲۰۱۰):

جدول ۱- عوامل دخیل در اختلال عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان

نوع	عامل	مثال
مستقیم	اختلال در پاسخ تناسلی ناشی از جراحی	جراحی برداشتن رحم که منجر به کاهش واکنش روان سازی مهبل و اختلالات ارگاسمی می‌شود.
	اختلال درد جنسی ^۲ ، میل و پاسخ جنسی ناشی از شیمی درمانی	اختلال و عدم پاسخ تخمدانی ^۳ ناشی از شیمی درمانی در سرطان پستان
	اختلال در پاسخ جنسی به دلیل تخلیه استروژنی	از دست دادن حساسیت تناسلی و تشدید آتروفی واژن ناشی از بازداری آروماتاس متعاقب سرطان پستان
	اختلال در میل و پاسخ ناشی از درد	درد ناشی از هر علتی یک عامل بالقوه در

1 .Ganz, Kawn, Staton, et al.

۲ .Dyspareunia

۳ .Ovarian failure

ایجاد مشکلات جنسی است.		
ناشی از بدفرمی های حاصل از جراحی، یا جراحی برداشتن سینه ^۲	اختلال و کاهش تصویر از خود ^۱	غیر مستقیم
خلق افسرده و متغیر معمولاً همراه بیماری های مزمن می باشد که در عمل کرد جنسی، اختلال ایجاد می کند.	خلق افسرده	
احساس خستگی شدید (برای مثال ناشی از شیمی درمانی) که به طور اخص تأثیری منفی بر میل جنسی دارد.	کاهش انرژی	
وجود اختلال عمل کرد جنسی در شریک، مشکل در پیدا کردن شریک جنسی مناسب، کمبود حریم خصوصی به خاطر بستری شدن های متعدد، ترس از عدم توانایی ارضاء کردن شریک جنسی، عدم توافق در رابطه با شریک	مشکلات مربوط به شریک جنسی	
ناشی از جراحی برداشتن تخمدان ها یا رحم، یا شیمی درمانی و پرتو درمانی	احساس از دست دادن جنسیت ناشی از ناباروری تحمیل شده	
اجتناب از رابطه جنسی به دلیلی ترس از باردار شدن و بروز مجدد سرطان، ترس از اینکه سرطان تناسلی مسری باشد.	ترس از اینکه رابطه جنسی منجر به بدتر شدن شرایط پزشکی شود	

عوامل مختلفی منجر به اختلال در سیکل پاسخ جنسی طبیعی در زنان مبتلا به سرطان می شود. یکی از این عوامل، متغیر های فیزیولوژیک می باشند. از عوامل فیز

۱ .self-image

2 . Mastectomy

یولوژیکی که منجر به اختلال عملکرد جنسی در این زنان می‌شود عبارت‌اند از: کاهش و قطع کامل استروژن، احساس خستگی مزمن، درد، کم آوردن نفس، زخم‌ها، کم خونی، علائم یائسگی، جراحی‌ها و آسیب‌ها و نواحی لگنی، ناباروری، آتروفی عضلانی، بی‌خوابی، تغییرات تغذیه‌ای، از دست دادن کنترل بر عمل‌کرد های بدن، عدم تعادل هورمونی، تغییرات سیستم اعصاب مرکزی (دی‌آمیلیو و فریدمن، ۱۹۸۸).

عوامل اجتماعی - فرهنگی بسیاری نیز بر تغییرات جنسی در زنان مبتلا به سرطان تأثیر می‌گذارند که عبارت‌اند از: وضعیت تاهل و کیفیت رابطه، بازخورد نسبت به سرطان و درمان آن، حمایت‌ها، مسائل مالی، سنت‌های خانوادگی، انزوا، انگ زنی^۱، تغییر در صمیمیت بین زوجین، ترس از طرد شدن، نداشتن شریک جنسی مناسب، مشکلات رابطه‌ای، نژاد، سطح تحصیلات، مسائل مرتبط با بیمه و یا از دست دادن بیمه، منطقه جغرافیایی، نگرانی‌های اقتصادی، از دست دادن باروری، اهمیت قسمتی از بدن، مذهب، مشکل در آغاز کردن رابطه جنسی، ترس از اینکه آسیب فیزیکی به شریکشان برسانند، تغییر نقش، بدشکلی قسمتی از بدن، اضطراب عملکرد، فشارهای شغلی یا از دست دادن شغل، کناره‌گیری اجتماعی، نگرانی‌های مرتبط با ظاهر، اطلاعات نادرست، مشکلات مرتبط با پایان زندگی، مشکلات طرد شدن، ترس از مسری بودن سرطان و اولویت‌های تغییر یافته (هاگز، ۲۰۰۸).

ارزیابی جنسی در زنان مبتلا به سرطان

جهت ارزیابی کامل جنسی در زنان مبتلا به سرطان و میزان انطباق‌پذیری زوج با سرطان، هر کدام از زن و شوهر هم به صورت انفرادی و هم به صورت مشترک و با هم مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. این ارزیابی جامع باید موارد ذیل را در زن مورد بررسی قرار دهد: انگیزه زن برای اینکه از نظر جنسی جذاب باشد، کافی بودن میزان تحریک جنسی و محیط، توانایی زن برای اینکه متمرکز بر رابطه جنسی باشد، دیدگاه

۱ .Srigmatization

۲ .Hughes

او از خود جنسی اش، خلق او، مصرف نکردن داروهایی که مستقیماً اثری منفی بر عمل کرد جنسی می گذارند، احساس برانگیختگی ذهنی، احساسات تناسلی و ارگاسم. همچنین پاسخ جنسی شریک نیز مورد بررسی و شفاف سازی قرار می گیرد. از دیگر حیطه های بررسی برای هر دو شامل احساس لذت از رابطه جنسی و آزادی و نبودن احساس درد می باشد. باید زندگی جنسی هر دو نفر، قبل از شروع بیماری و واکنش هر یک به بیماری و تغییرات ناشی از آن مورد بررسی قرار بگیرد. در بعضی موارد اختلالات عمل کرد جنسی ناشی از بیماری، به مشکلات قبل از شروع بیماری بر میگردند، بنابراین بررسی تاریخچه رشدی، رابطه با والدین و مراقبان اصلی، فقدان ها، سواستفاده ها و غفلتها^۱ نیز لازم است. علاوه بر تمام این ها، یک مولفه اصلی در ارزیابی ها، معاینه پزشکی کامل می باشد از جمله معاینات عمومی و معاینات جهت تشخیص مشکلات نورولوژیکی تناسلی و اختلال درد جنسی (بیسون، ۲۰۱۰).

مدل های ارزیابی جنسی

در طول ۳۵ سال گذشته، چند مدل جهت تسهیل ارزیابی و مدیریت اختلال عمل کرد جنسی بوجود آمده اند که اکثر آن ها به طور اختصاصی برای ارزیابی افراد مبتلا به سرطان نبوده اند. این مدل ها را می توان به سه دسته کلی تقسیم کرد:

۱. مدل هایی که تمرکز اصلی شان بر ارزیابی است مانند مدل ALARM آندرسون و لمب^۲ (۱۹۹۵) و مدل ارزیابی جنسی شوور^۳ (۱۹۹۸). این مدل ها نوع و سطح عمل کرد جنسی، احساس برانگیختگی جنسی، کیفیت و کمیت روان سازی مهبل، توانایی رسیدن به ارگاسم و فرونشینی بعد از ارگاسم را مورد ارزیابی قرار می دهند. هم چنین این مدل ها، بیماری و ناتوانایی های فعلی، نوع درمانها و اثرات جانبی آنها، داروهای مورد

۱ .abuses and neglects

۲ .Andersen and Lamb

۳ .Schover

استفاده و داروهای مکمل (مثل ویتامین ها و گیاهان دارویی) را نیز در نظر می گیرند. جدول زیر به طور خلاصه این دو مدل را نشان می دهد:

جدول ۲ - مدل‌های ارزیابی جنسی

مدل ارزیابی	ALARM
ارزیابی: فعالیت، عملکرد و روابط جنسی گذشته و حال	A-Activity وضعیت و سطح فعالیت جنسی
ارزیابی هم مرضی ها، سبک های مقابله ای، بیماری و ناتوانایی، وضعیت روانی حال	L- Libido/desire وجود و سطح میل جنسی
درمان: شناسایی اهداف، امیال و دانش جنسی	A-Arousal/orgasm توانایی برانگیخته شدن و رسیدن به ارگاسم
	R- Resolution توانایی فرونشانی و آرامش بعد از رابطه جنسی
	M- Medical information اطلاعات جامع از وضعیت پزشکی گذشته و حال

۲. مدل هایی که تمرکز اصلی شان بر مداخله و درمان است مانند مدل PLISSIT و Ex-PLISSIT. این مدل ها عموماً فرض را بر این میگذارند که قبل از مشخص کردن نوع درمان، پرستار (مراقب بهداشتی) ارزیابی مناسبی از سطح اختلالات عملکرد جنسی به عمل آورده است (دیویس و تیلور^۱، ۲۰۰۶). مدل PLISSIT بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است و توسط آنون^۲ در سال ۱۹۷۴ طراحی شد. اولین مرحله این مدل

۱ .Davis and Taylor

۲ Annon

اشاره دارد به اجازه دادن^۱ به بیمار برای برقراری رابطه جنسی و داشتن احساسات جنسی و دادن اطلاعات محدود به وی. در مرحله بعد اثرات جانبی بالقوه جنسی شناسایی می‌شوند و اطلاعات و پیشنهاد های اختصاصی برای آن‌ها ارائه می‌گردد. در مرحله سوم پیشنهاد های اختصاصی جهت برآورده ساختن و ارضای نیازهای بیمار و شریک جنسی اش و نگرانی‌های جنسی آن‌ها ارائه می‌گردد و استفاده از درمان های جنسی فشرده^۲ مورد حمایت قرار میگیرند. در مرحله آخر، در صورت برطرف نشدن مشکل، بیمار و شریک جنسی اش به یک درمانگر جنسی جهت یک دوره درمان فشرده جنسی ارجاع داده می‌شوند.

دیویس و تیلور (۲۰۰۶) مدل Ex-PLISSIT را بوجد آوردند. این مدل اجازه دادن را در هر مرحله از مدل قبلی ادغام می‌کند. همچنین شامل بررسی دقیق و انفرادی شده راهبردهای مداخله و بحث با بیمار/ شریک متعاقب هر تعامل و انعکاس هر تعامل توسط درمانگر می‌باشد. اجازه دادن در هر مرحله، یک مولفه اصلی در این مدل می‌باشد و تمام تعاملات، با بیمار مورد بررسی قرار می‌گیرد و به بیمار انعکاس^۳ داده می‌شود. انعکاس، در هر مرحله از درمان، جهت اصلاح مفروضه های درمانگر و افزایش خود- آگاهی^۴، وجود دارد. در جدول زیر مراحل مختلف این دو مدل نشان داده شده اند:

جدول ۳- مدل‌هایی برای مداخلات جنسی

PLISSIT	Extended PLISSIT
P-permission	استفاده از مراحل مدل قبلی
LI- limited information	ادغام اجازه دادن در هر مرحله
SS- Specific Suggestion	دقت و توجه به تعاملات بین در مانگر و بیمار
IT-Intensive Therapy	انعکاس مداوم به بیمار

- ۱ .Permission
- ۲ .Intensive
- ۳ .Reflection
- ۴ .self awareness

۳. گروه آخر به مدل هایی اشاره دارند که ارزیابی و درمان را ادغام می کنند، بدین معنا که هم عملکرد و مشکلات جنسی را مورد ارزیابی قرار می دهند و هم مداخلاتی را جهت برطرف نمودن و در نهایت درمان آن مشکل ارائه می کنند. این مدل ها شامل مدل PLEASURE (شین^۱، ۱۹۹۸) و مدل BETTER (مایک و همکاران^۲، ۲۰۰۴) می باشد. مدل PLEASURE شامل ارزیابی و درمان هیجانانگ، بازخوردها^۳ و فعالیت های جنسی، سطح انرژی، درمان جاری و اثرات جانبی بیماری فعلی می باشد. این مدل هم چنین، درک بیمار از اختلالات عملکرد جنسی بالقوه و واقعی را با مقوله های مرتبط با باروری و تولید مثل را با هم ادغام می کند.

TER شامل این مراحل می باشد: مطرح کردن موضوع جنسیت و رابطه جنسی با بیمار، ارزیابی فعالیت ها و باور های جنسی حال، توضیح این موضوع که جنسیت یک مولفه اساسی در کیفیت زندگی به شمار می رود، آگاهی دادن به بیمار در باره منابع در دسترس و کمک به آنها برای دسترسی به آن منابع، توجه به اهمیت زمان بندی و بحث کردن در زمانی که زوجین آمادگی دارند، آموزش دادن به بیمار و شریکش درباره تغییرات بالقوه در عملکرد جنسی و ثبت و ضبط کردن جنبه های مهم بحث ها، ارزیابی ها و مداخلات و نتایج در سابقه پزشکی بیمار. جدول زیر مراحل این دو مدل را به طور خلاصه نشان می دهد:

جدول ۴ - مدل های ارزیابی و درمان ادغام شده

BETTER	PLEASURE
B-Bring up	Partner
E-Explain	Lovemaking
T-Tell	Emotions
T- Timing	Attitudes
E- Education	Symptoms

- ۱ .Schain
- ۲ . Mick & et al.
- ۳ .Attitude

R-Record

Understanding

Reproduction

Energy

حرکت به سمت رویکرد مادی-استدلالی-درون روانی^۱ در سرطان

تا چندی پیش پارادایم اصلی در بررسی تأثیر سرطان بر عمل‌کرد جنسی از رویکرد مثبت‌گرایی-واقعیت‌گرایی^۲ تبعیت می‌کرد. تأکید اصلی این رویکرد بر جنبه مادی و فیزیکی تجربه جنسی در زنان بود. پژوهش نیز متمرکز بر این حیطه‌ها انجام می‌شد: توانایی زن برای برقراری ارتباط جنسی رضایت‌بخش، سطح و فراوانی فعالیت جنسی و رضایت مندی زنان از آن و سطح اختلال عملکرد جنسی بعد از سرطان (ویلموت^۳، ۲۰۰۱؛ هسن^۴، ۲۰۰۲). در صورتی که پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که درگیر شدن و برقراری مقاربت جنسی لزوماً به معنای سازگاری و رضایت جنسی بعد از سرطان نمی‌باشد. علاوه بر این از نظر دیدگاه مادی‌گرا، تجربه زنان از رابطه جنسی بعد از سرطان تنها به ابعاد فیزیکی محدود می‌شود و تأثیر سازه‌های اجتماعی^۵ بر آن مورد غفلت واقع می‌گردد (میرویتز و همکاران^۶، ۱۹۹۹).

نقطه مقابل این دیدگاه، دیدگاه سازه‌ی اجتماعی^۷ می‌باشد که منجر به افزایش شناخت و بینش ما از تجربه جنسی زنان بعد از تجربه سرطان شده است (آرچی‌بالد و همکاران^۸، ۲۰۰۶). این دیدگاه نشان می‌دهد که چگونه جریان‌ات و مسائل اجتماعی-فرهنگی، به تجربه و تفسیر ما از جنسیت شکل می‌دهند و به ما یاد می‌دهند که چه

۱ . material- discursive- intrapsychic approach

۲ .positivist-realist

۳ .Wilmoth

۴ .Hensen

۵ .social constructions

۶ .Meyerowitz

۷ . social construction

۸ .Archibald & rt al

چیز را نرمال و چه چیز را غیر عادی بدانیم. البته این دیدگاه نیز تجارب درون روانی و هیجانی را- علیرغم اهمیت به سزای آن- در نظر نمی گیرد. به همین دلیل برای بررسی تأثیر سرطان بر جنسیت از دیدگاه جدیدتر مادی- استدلالی- برهانی استفاده می شود که به تمام جوانب مادی-فیزیکی- درون روانی- رابطه ای- فرهنگی- اجتماعی توجه دارد(همان منبع).

سرطان سینه در زنان

سرطان سینه، شایع ترین نوع سرطان در زنان در تمام دنیا و دومین علت مرگ در زنان است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). خوشبختانه به علت پیشرفت در پایش و درمان سرطان، نرخ بقا در ۵ سال بعد از تشخیص، ۵۰ درصد افزایش یافته است (برترو و ویلموت^۱، ۲۰۰۷). این پیشرفت منجر به تمرکز بیشتر بر مولفه های کیفیت زندگی- با تمرکز اصلی بر مقوله جنسیت- بعد از تشخیص سرطان در زنان شده است. تأثیر تغییرات جنسی بعد از تشخیص سرطان حتی سالها بعد از درمان موفقیت آمیز نیز می تواند ادامه یابد(برترو و ویلموت، ۲۰۰۷) و معمولاً با اثرات جانبی جدی هیجانی و فیزیکی همراه است (ویلموت، ۲۰۰۱). برای بررسی تغییرات جنسی در زنانی که تشخیص سرطان سینه دریافت می کنند، از مدل مادی-استدلالی- درون روانی استفاده می شود که در ذیل به آن پرداخته می شود:

تغییرات مادی: تغییر در عملکرد جنسی متعاقب تشخیص و درمان سرطان سینه پژوهش های مختلف در جوامع غربی نشان داده است که بعد از تشخیص و درمان سرطان سینه، اختلالات متعددی در عملکرد جنسی زنان بوجود می آید از جمله: اختلال درد جنسی(اسپیر و همکاران^۲، ۲۰۰۵)؛ احساس خستگی(فوبیر^۳، ۲۰۰۶)؛ خشکی واژن(گانز و همکاران^۴، ۲۰۰۳)؛ کاهش میل جنسی(ایویس و همکاران^۱، ۲۰۰۴)؛ کاهش

۱ .Bertero & wilmoth

۲ .Speer

۳ .Fobair

۴ .Ganz

برانگیختگی جنسی (ناب^۲، ۲۰۰۱)؛ بی حسی در سینه ها (ویلמות، ۲۰۰۱)؛ مشکل در رسیدن به ارگاسم و کاهش لذت بردن از رابطه جنسی (فویبر، ۲۰۰۶). تخریب رابطه جنسی، از دست دادن علاقه به شریک جنسی، عدم رضایت جنسی، هم از مشکلات جنسی بعد از تشخیص سرطان است که در زنان ایرانی، ترک و چینی گزارش شده است (الیکیکوس و همکاران^۳، ۲۰۰۹؛ زی و همکاران^۴، ۲۰۰۸).

پژوهش ها نشان داده اند، زنانی که شیمی درمانی دریافت می کنند، در مقایسه با آنهایی که دریافت نمی کنند، در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به اختلالات عمل کرد جنسی بعد از درمان هستند (ایویس، ۲۰۰۴). شیمی درمانی بالاخص با مشکلات برانگیختگی، روان سازی، ارگاسم و درد جنسی همراه است (آلدر و همکاران^۵، ۲۰۰۸). در عین حال پژوهش ها نشان داده است زنانی که اشعه درمانی دریافت می کنند، احساس می کنند از نظر پزشکی مورد تهاجم واقع می شوند و احتمال کاهش میل جنسی در این زنان- در مقایسه با آنهایی که شیمی درمانی دریافت میکنند- بسیار کمتر است (تاکاهاشی و همکاران^۶، ۲۰۰۸). تأثیر یائسگی بوجود آمده در اثر شیمی درمانی^۷ (CIM) بر جنسیت عبارت اند از: کاهش میل جنسی، درد حین مقاربت، خشکی واژن، کاهش برانگیختگی جنسی، کاهش شدید لذت جنسی و کاهش شدت و فراوانی ارگاسم (کان و همکاران^۸، ۲۰۰۸). این مشکلات تأثیر بسیار منفی بر زنان می گذارند، به خصوص بر زنان جوانی که احتمال باروری آنها نیز مورد تهدید قرار گرفته باشد. یک مساله مهم دیگر، به جراحی برداشتن سینه مربوط می باشد. پژوهش نشان داده است این زنان در آرامش داشتن و لذت بردن از رابطه جنسی و رسیدن به

-
- | | |
|---|------------------------------------|
| ۱ | .Avis |
| ۲ | .Knobf |
| 3 | .Alicikus |
| 4 | .Zee |
| 5 | .Alder |
| 6 | .Takahashi |
| 7 | .Chemically induced menopause(CIM) |
| 8 | .Can |

ارگاسم، مشکل داشتند و همچنین فراوانی رابطه جنسی بعد از این جراحی کاهش یافته بود (تاکاهاشی، ۲۰۰۸).

اثرات درون روانی: چگونه تغییرات فیزیکی بر هیجانان و تصویر بدن تأثیر می‌گذارد.

اگر چه برخی از زنان بعد از تجربه سرطان، تغییرات مثبتی را در جنسیت تجربه می‌کنند (آرچی بال و همکاران، ۲۰۰۶)، اما اکثریت آن‌ها مشکلات و تغییرات منفی هیجانی بسیاری را - از جمله افسردگی و اضطراب، تصویر بدن منفی، ترس از دست دادن باروری، احساس اینکه از نظر جنسی جذاب نیستند (برترو و ویلموت، ۲۰۰۷)، از دست دادن احساس زنانگی، و تغییراتی در خود جنسی را تجربه می‌کنند که به نوبه خود تأثیری منفی بر عملکرد و رضایت جنسی آن‌ها می‌گذارد. اجبار جهت انطباق با برداشتن سینه و تغییرات ظاهری همراه با آن، از دست دادن موهای بدن، توقف سیکل قاعدگی و توانایی باروری، احساس پیر شدن زودرس، نگرانی‌های مرتبط با افزایش یا کاهش وزن، مشکل شریک جنسی برای درک زن، همگی می‌توانند هیجانان منفی را تشدید کنند. برخی پژوهش‌ها نشان داده است این مشکلات در زنانی که از قبل از ابتلا به سرطان دچار اضطراب، افسردگی و اختلالات عمل کرد جنسی بودند، شدیدتر خواهد بود (کان و همکاران، ۲۰۰۸).

اگر چه درد جسمی عمل جراحی برداشتن سینه و دیگر دردها باگذشت زمان کاهش می‌یابد، اما درد هیجانی از دست دادن سینه شاید برای مدت طولانی ادامه پیدا کند و این زنان احساس کنند که قسمتی از وجودشان مرده است. این زنان، معمولاً سینه را به عنوان یک قسمت مهم در احساس خود^۱ می‌دانند و زمانی که سینه آن‌ها برداشته می‌شود، احساس می‌کنند نیمه زن^۲ هستند (مندرسون و ستیرلینگ^۳، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که قویترین و با ثبات ترین پیش‌بینی کننده

۱ .Sense of self
 ۲ .Half woman
 ۳ .Manderson & Stirling

مشکلات جنسی بعد از تجربه سرطان پستان ادراک جذابیت جنسی پایین بوده است و زنانی که بعد از تجربه سرطان، تصویر بدن ضعیف‌تری داشتند- در مقایسه با زنانی که تصویر بدن مثبتی داشتند- رضایت جنسی پایین‌تری را گزارش میکردند (بورول و همکاران، ۲۰۰۶).

مسائل اجتماعی- فرهنگی و استدلالی: سازه و تجربه سینه^۲

در این قسمت به تأثیر جریان‌ات فرهنگی- اجتماعی و پزشکی^۱ علمی بر شکل‌دهی تجربه زنان از بیماری و بدن خود پرداخته می‌شود. توماس-مکلین^۳ (۲۰۰۵) در مصاحبه‌ای با زنانی که تحت عمل جراحی برداشتن سینه قرار گرفته بودند دریافتند که این زنان احساس می‌کردند که بعد از این جراحی، تقارن بدن خود را از دست داده‌اند و مرتباً در پی راهکارهایی بودند تا این نقص را بپوشانند. در بحث‌های مختلف، اعتقاد بر این است که چون سینه به عنوان یک علامت قابل مشاهده و قابل لمس از زنانگی در فرهنگ‌های مختلف-هم برای خود زن و هم از نظر اطرافیان- لحاظ می‌شود، نبودن آن به معنای از دست دادن زنانگی تلقی می‌شود.

بافت رابطه‌ای و مذاکره جنسی دوباره^۴

کیفیت رابطه با همسر، یکی از مهم‌ترین و با ثبات‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت جنسی در زنان بعد از تجربه سرطان سینه می‌باشد (آرچی‌بالد و همکاران، ۲۰۰۶). در واقع کیفیت رابطه زن با شریک یا همسر- در مقایسه با آسیب‌های شیمیایی یا فیزیکی ناشی از درمان که بر بدن وارد می‌شود- پیش‌بینی‌کننده قویتری از رضایت، عمل‌کرد و میل جنسی، می‌باشد (اسپیر و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش نشان داده است که اگر زن بعد از اتمام دوره درمان، درباره شرایط، توانایی‌ها، ناتوانایی‌ها و

۱ .Burwell & et al.

۲ . The construction and experience of breast

۳ .Thomas-MacLean

۴ .Sexual renegotiation

محدودیت‌های خود با شریک جنسی اش مذاکره کند، راحت‌تر و بهتر می‌توانند تغییرات ایجاد شده در رابطه جنسی را مدیریت کنند (گیلبرت و همکاران^۱، ۲۰۰۹). اگرچه در حیطه جنسیت بعد از تجربه سرطان از دیدگاه رابطه‌ای پژوهش‌های کمی انجام شده است و اکثر مطالعات بر تجربه خود زن به تنهایی تاکید داشته‌اند. به‌خصوص موضوع مذاکره جنسی دوباره بعد از تجربه سرطان-علیرغم اهمیت بسیار بالای آن و نقش آن در کاهش نگرانی‌های جنسی بعد از سرطان سینه- مورد پژوهش اندکی واقع شده است.

سرطان دستگاه تناسلی زنان^۲

این نوع سرطان به تمام سرطان‌هایی که اندام تناسلی و دستگاه تولید مثل زنان را درگیر می‌کنند اطلاق می‌شود که شامل ۵ دسته کلی می‌شود:

سرطان تخمدان^۳

سرطان دهانه رحم^۴

سرطان رحم یا آندومتر^۵: سرطانی که پوشش داخلی رحم را درگیر می‌کند و معمولاً در زنان ۶۰-۵۰ ساله یائسه شایع است.

سرطان واژن^۶: یا سرطان کانال تولید مثل. واژن کانال و منصفی است که از رحم به سمت بیرون ادامه پیدا می‌کند.

سرطان فرج^۷: اندام تناسلی خارجی را درگیر می‌کند.

در طی دهه‌های گذشته پژوهش‌های متعددی درباره تأثیر سرطان زنان و درمان آن بر جنسیت انجام شده است. نتایج این مطالعات به طور ثابت نشان داده‌اند که اختلال در

۱ .Gilbert & et al.

2 .Gynecological

3 .Ovarian cancer

4 .cervical cancer

5 . Uterine or econometric cancer

6 .Vaginal cancer

7 .Vulvar

جنسیت در پی این سرطان، در زنان گروه‌های سنی و فرهنگی مختلف شایع است. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که اختلال جنسی می‌تواند بر کیفیت زندگی این زنان نیز تأثیر بگذارد. علاوه بر این مطالعات نشان داده است که خیلی از زنان فاقد توانایی و مهارت لازم برای مدیریت و مقابله با تغییرات جنسی بعد از سرطان زنان هستند (هربنیک و همکاران، ۲۰۰۸). برای بررسی تغییرات جنسی در زنانی که تشخیص سرطان زنان دریافت می‌کنند، از مدل مادی-استدلالی - درون روانی استفاده می‌شود که در ذیل به آن پرداخته می‌شود:

تغییرات مادی: تغییر در عمل‌کرد جنسی متعاقب تشخیص و درمان سرطان دستگاه تناسلی زنان

علایم سرطان حتی قبل از تشخیص نیز بر عمل‌کرد جنسی افراد تأثیری منفی می‌گذارد. این علایم عبارت‌اند از: قاعدگی‌های بسیار سنگین، دردهای شکمی، احساس خستگی و خونریزی پس از مقاربت. اگرچه اعتقاد بر این است که بیشترین مشکل و اختلال در عمل‌کرد جنسی بعد از درمان سرطان بوجود می‌آید. مشکلات بعد از درمان سرطان زنان که بر عمل‌کرد جنسی تأثیر منفی می‌گذارند عبارت‌اند از: تغییرات آناتومیک مانند کوتاه شدن واژن، کاهش قابلیت ارتجاعی واژن، اختلال درد جنسی، ناباروری؛ آسیب به دهانه رحم، برداشتن کلیتوریس، ایجاد فیستول، تغییرات در بدن مانند از بین رفتن عمل‌کرد یکی از اندام، احساس خستگی، اسهال، خونریزی بعد از مقاربت (هربنیک و همکاران، ۲۰۰۸). دیگر عوارض ناشی از درمان سرطان که از سوی زنان بعد از اتمام دوره درمان گزارش شده و بر عمل‌کرد جنسی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد عبارت است از: تغییرات در پاسخ جنسی، برانگیختگی، میل، ارگاسم، روانسازي و تورم مهبل، حساسیت اندام جنسی، کاهش فراوانی رابطه جنسی و کاهش کلی فعالیت جنسی در طی زمان (بیسون و همکاران، ۲۰۱۰).

البته در نتایج پژوهش‌هایی که درباره تأثیر درمان سرطان بر بهزیستی جنسی زنان انجام شده است، تناقض‌هایی نیز دیده می‌شود. برای مثال برخی از مطالعات هیچ تفاوتی در سطح علاقه جنسی قبل و بعد از درمان پیدا نکردند و حتی یک مطالعه نشان داد که زنان مبتلا به سرطان زنان^۵ در مقایسه با زنان سالم - مشکلات جنسی کمتری را گزارش می‌کردند (اسپیر و همکاران، ۲۰۰۵). هم چنین مشاهده شده است که بسیاری از زنانی که تجربه این سرطان را داشته‌اند، هیچ تغییری را در بهزیستی جنسی خود تجربه نکردند و بعد از درمان، پس از مقاربت درد کمتری را احساس می‌کردند. اگر چه از آن طرف پژوهش‌های بسیاری، تغییرات منفی متعددی را بعد از درمان سرطان در زنان مشاهده کردند که در بالا به برخی از آن‌ها اشاره شد. پس چه چیزی می‌تواند این تناقض را توجیه کند؟ دلیل این نتایج متناقض، به درمان‌های مختلفی که زنان مبتلا به سرطان دریافت می‌کنند، نسبت داده می‌شود. البته تفاوت‌های روش شناختی در ارزیابی، زمان ارزیابی (بلافاصله بعد از درمان، مشکلات جنسی بیشتر است) و انواع تشخیص‌های سرطان‌های مختلف نیز، از دلایل دیگری هستند که به آن‌ها توجه می‌شود (ایویس و همکاران، ۲۰۰۴). جراحی برداشتن رحم منجر به مشکلات ذیل در زنان می‌شود: تغییرات در واژن، شامل کوتاه شدن آن و آسیب به اعصاب و عروق، از دست دادن حساسیت اندام جنسی، اختلالات ارگاسمی، اختلال درد جنسی و خونریزی واژن، اختلال برانگیختگی جنسی، کاهش روانسازی مهبل، کاهش میل و علاقه جنسی، کاهش رضایت جنسی و یائسگی زودرس (گانز و همکاران، ۲۰۰۳).

هاگز (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای بر روی زنانی که رحم آن‌ها برداشته شده بود دریافتند که در ۶ ماه اول بعد از این جراحی، زنان مشکلاتی از قبیل مشکلات ارگاسمی، اختلال درد جنسی، عدم رضایت جنسی، استرس مرتبط با کاهش سایز واژن، مشکلاتی در به پایان رساندن مقاربت، مشکل در آرامش بعد از مقاربت و عدم رضایت

از ظاهر را تجربه می‌کردند. در پیگیری ۲ سال بعد این زنان هنوز دچار مشکل کاهش میل جنسی و روانسازی مهبل بودند. کورنی و همکاران (۱۹۹۳)، به نقل از هاگز، (۲۰۰۸). نیز در مطالعه خود دریافتند، زنانی که رحم آن‌ها در اثر عمل جراحی برداشته شده بود، مشکلات جنسی متعددی را حتی پس از گذشت سالها از عمل جراحی گزارش می‌کردند و البته برخی از مطالعات نشان داده‌اند که این جراحی منجر به مشکلات جنسی در زنان نشده است و در پی این جراحی بسیاری از جنبه‌های عملکرد و لذت جنسی (شامل میل و علاقه جنسی) بدون تغییر باقی ماندند (گرینوالد، ۲۰۰۳، به نقل از هاگز، ۲۰۰۸). همچنین نتایج پژوهش نشان دهنده است (گرین، ۲۰۰۰، به نقل از هاگز، ۲۰۰۸) که زنانی که به دلیل سرطان فرج یا دهانه رحم، تحت عمل جراحی برداشتن فرج^۱ شده‌اند، مشکلاتی از قبیل بدشکل شدن فرج، افسردگی و اضطراب ناشی از تغییرات در تصویر از بدن، اختلال در عملکرد جنسی، کاهش ادراک نشانه‌ها و احساسات جنسی در اثر برداشتن کلیتوریس، افزایش عدم رضایت از رابطه، مشکلات میل، برانگیختگی و ارگاسم، کاهش روانسازی مهبل را تجربه کردند.

زنانی که تحت عمل جراحی برداشتن تخمدان^۲ قرار می‌گیرند نیز دچار مشکلاتی مانند ناباروری، اختلال درد جنسی، کاهش میل، لذت؛ و رضایت جنسی می‌شوند. اشعه درمانی علاوه بر یائسگی زودرس، با مشکلات دیگری نیز همراه است از جمله: کاهش قابلیت ارتجاعی رحم، کاهش فراوانی رابطه جنسی کاهش کوتاه مدت و بلند مدت روانسازی مهبل، بی‌حسی اندام جنسی، توقف کوتاه مدت فعالیت جنسی؛ کاهش میل جنسی؛ مشکل در احساسات تناسلی و برانگیختگی و ارگاسم، تصویر از بدن منفی و اضطراب درباره آغاز دوباره رابطه جنسی (زی و همکاران، ۲۰۰۸)

۱ .vulvectomy

۲ .oophorectomy

علاوه بر این یک مطالعه نشان داد زنانی که اشعه درمانی دریافت کردند- در مقایسه با زنانی که تحت عمل جراحی قرار گرفتند- مشکلات جنسی بیشتر، کاهش فعالیت جنسی و کاهش رضایت جنسی بیشتری را گزارش کردند. همچنین مشاهده شده است که زنانی که اشعه درمانی اولیه^۱ یا اشعه درمانی همراه جراحی را دریافت می کنند- در مقایسه با زنانی که اشعه درمانی دریافت نکردند،- احتمال بیشتری دارند که بعد از درمان، در حین مقاربت درد را تجربه کنند و کاهش لذت جنسی نیز در این زنان بیشتر بود (هربنیک و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین مشاهده شده است زنانی که برای درمان سرطان تخمدان پیشرفته خود همیشه شیمی درمانی دریافت می کنند، می توانند دچار یائسگی زودرس، از دست دادن باروری، مشکلات برانگیختگی و روانسازی مهبل، میل و لذت جنسی شوند. وقتی شیمی درمانی همراه درمانها دیگر مورد استفاده قرار می گیرد می تواند منجر به مشکلاتی از قبیل تغییراتی در عزت نفس و ظاهر فیزیکی و احساسات زنانگی بشود (هنسن، ۲۰۰۲).

جنبه های درون روانی و استدلالی: تأثیر بر هویت جنسی، احساس زنانگی و تصویر از بدن

در پی درمان سرطان زنان، زنان طیف وسیعی از واکنش های منفی درون روانی را تجربه می کنند که نه تنها بر عملکرد جنسی آن ها تأثیر منفی می گذارد، بلکه بر هویت جنسی یا خود-طرحواره جنسی^۲ آن ها (بازنمایی ذهنی از جنبه های جنسی خود) نیز تأثیر به سزایی می گذارد. نتایج پژوهش ها نشان داده است که زنان بعد از سرطان تصویر ضعیف تری از بدن خود دارند، احساس می کنند زنانگی خود را از دست داده اند، به خاطر ریزش مو و طاسی زشت شده اند، درباره جذابیت جنسی خود احساس اضطراب می کنند، احساس اعتماد به نفس خود را از دست می دهند و احساس می کنند سریعاً در حال پیر شدن هستند و احساس افسردگی می کنند (هاگز، ۲۰۰۸).

خونریزی واژن یکی از موانع عمده بر سر راه فعالیت جنسی است و همچنین تأثیر به

۱ .primary radiotherapy

۲ . sexual self - shcema

سزایی بر تصویر از بدن می‌گذارد و منجر به این می‌شود که زن احساس کند به خاطر خونریزی تمیز نیست و این مساله می‌تواند به دلیل بازنمایی این سازه استدلالی باشد که واژن بد، کثیف و شرم آور است (هنسن، ۲۰۰۲).

ناباروری یکی دیگر از اثرات منفی درمان سرطان زنان می‌باشد که باید مورد توجه قرار گیرد. زنان در این رابطه استرس بسیاری را تجربه می‌کنند، احساس فقدان و از دست دادن می‌کنند و این احساس را دارند که دیگر یک زن نیستند. دلیل این موضوع می‌تواند این سازه اجتماعی باشد که اندام تولید مثل زن به عنوان سمبولی از مادربودن، زنانگی و جنسیت در زنان تلقی می‌شود. این اهمیت اندام جنسی می‌تواند ریشه در جریانات تاریخی- زیستی- پزشکی داشته باشد که در آن رحم و دیگر اندام‌های تولید مثل به عنوان ریشه‌های جنسی زنانگی در نظر گرفته می‌شود و منجر به این می‌شود که هویت و جنسیت زن با توانایی باروری اتصال یابد و آناتومی به عنوان سرنوشت در نظر گرفته شود (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰).

مسائل ارتباطی بعد از سرطان دستگاه تناسلی زنان

بافت رابطه‌ای و حمایت همسر به عنوان یکی از عوامل بسیار مؤثر بر بهبودی زنان بعد از تجربه سرطان و توانایی آن‌ها جهت مقابله با سرطان و تغییرات ایجاد شده در بهزیستی جنسی، در نظر گرفته شده است. البته در این حیطه نیز تناقضاتی مشاهده شده است. برای مثال شواهدی وجود دارد که تجربه سرطان، از طریق بهبود بخشیدن روابط بین زوج و افزایش درک و صمیمت هیجانی، تأثیر مثبتی بر روابط زوجین داشته است. برخی پژوهش‌ها نیز عدم رضایت بسیار جزئی از رابطه بعد از تجربه سرطان را نشان داده‌اند. رابطه باز بین زوجین و خزانه جنسی وسیع قبل از تجربه سرطان، به عنوان دو عامل کلیدی در اجتناب از تعارض و مشکلات در ارتباط بعد از تجربه سرطان در نظر گرفته شده است (بیسون و همکاران، ۲۰۱۰).

باید به این نکته نیز توجه شود که آغاز دوباره رابطه جنسی بعد از تجربه سرطان، لزوماً به معنای رضایت از این رابطه نمی‌باشد و اینکه نباید صمیمت با مقاربت جنسی

اشتباه گرفته شود. دخول و مقاربت جنسی لزوماً با لذت و ارضای زن همراه نمی باشد و رضایت جنسی زنان بیشتر به صمیمت روانی وابسته است تا عمل فیزیکی مقاربت. برای مثال زنان بعد از تجربه سرطان، از ترس اینکه مبادا شریک جنسی یا همسرشان را از دست بدهند یا این احساس که صمیمت غیر مقاربتی همسرشان را ارضاء نمی کند، تن به مقاربت بدهند، اما چه بسا این کار صرفاً جهت ارضای نیاز همسر انجام شود و نیاز های زن مورد چشم پوشی واقع شود (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از دلایل اصلی مشکلات جنسی و رابطه ای بعد از سرطان، مشکل در برقراری ارتباط و مطرح کردن نیاز ها و خواسته ها می باشد و مطالعات نشان داده اند که هم زن و هم شریک، هر دو از روش سکوت جهت مقابله و تطابق استفاده می کنند. حتی مطالعات نشان داده اند که ارتباط و بحث راجع به رابطه جنسی بین بیمار و مراقب بهداشتی نیز بسیار کم اتفاق می افتد (زی و همکاران، ۲۰۰۸).

راهبردهای مدیریت جنسی در سرطان سینه و دستگاه تناسلی در زنان

همانطور که در قسمت های قبل ذکر شد، یکی از مشکلات رایج در زنان بعد از اتمام دوره درمان سرطان، افسردگی و اضطراب می باشد. بنابراین از آنجایی که خود اضطراب و افسردگی تأثیری بسیار منفی بر عمل کرد جنسی دارند، یکی از مسائل اساسی که باید مورد ارزیابی و درمان قرار بگیرد، احساس افسردگی و اضطراب در این زنان می باشد. همچنین مشاهده شد که بسیاری از این زنان، به دلایل مختلف مانند جراحی برداشتن سینه یا قسمت بیرونی رحم (فرج)، دچار مشکلات متعددی در تصویر بدن هستند. حتی بعضی از زنانی که به دلیل شیمی درمانی موهای خود را از دست داده اند، خود را یک هیولا^۱ می نامند و همین تصویر بدن منفی، رضایت جنسی را نیز کاهش می دهد. پس یکی دیگر از حیطه های اصلی مداخله، می تواند تغییر اینگونه

شناخت‌های فاجعه‌آمیز^۱ و اصلاح‌نگرش فرد به خود و بدن خود باشد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۹).

جلب همکاری همسر و تشویق زوجین جهت برقراری یک ارتباط جنسی باز و راحت یکی دیگر از مسائل بسیار مهمی است که در مدیریت جنسی باید به آن توجه شود و همانطور که قبل‌تر هم اشاره شد، سکوت یکی از راهکارهای اصلی مقابله به مشکلات جنسی در زنانی که تحت درمان سرطان زنان قرار گرفته‌اند و شریک جنسی این زنان می‌باشد. در صورتی که اگر زوجین بتوانند بدون محدودیت و احساس شرم در مورد انتظارات، توانایی‌ها و امیال جنسی خود با هم صحبت کنند، بسیاری از مشکلات، کاهش پیدا می‌کند و زوجین می‌توانند به شیوه‌ای موثرتر و کارآمدتر با مشکلات جنسی خود کنار بیایند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۹). این مذاکره مجدد جنسی بعد از تجربه سرطان در زنان و شریک جنسی آنها، از اهمیت به‌خصوصی برخوردار است و این درمانگر است که باید راه‌انداز و شروع‌کننده این بحث باشد و به زوجین آموزش دهد که چگونه این کار را انجام دهند، چون در بسیاری از مواقع افراد از صحبت کردن درباره این مسائل با شریک جنسی خود- به دلیل احساس شرم و...- اجتناب می‌کنند.

آموزش جنسی و دادن اطلاعات درباره بیماری، نیز یکی دیگر از حیطه‌های بسیار با اهمیت می‌باشد. بسیاری از موارد زنان به دلایل نادرست- مانند ترس از مسری بودن سرطان یا اعتقاد به اینکه رابطه جنسی، شرایط پزشکی آنها را تشدید می‌کند یا حتی منجر به بروز مجدد سرطان می‌شود- از رابطه جنسی بعد از اتمام دوره درمان خودداری می‌کنند. آموزش جنسی منجر به افزایش وفاداری افراد به برنامه بازتوانی جنسی، افزایش شناخت و دانش جنسی و کاهش ترس از رابطه جنسی بعد از تجربه سرطان می‌شود (رابینسون، فیرز و اسکات^۲، ۱۹۹۹). امروزه برنامه‌های آموزشی جنسی

۱ . catastrophic

۲ .Robinson ,Faris, & Scott

مختلفی برای سرطان های مختلف زنان وجود دارد که می توان از آن ها برای کاهش مشکلات جنسی بعد از سرطان استفاده کرد.

از دیگر روش های به کار برده شده جهت کاهش و مدیریت مشکلات جنسی در زنانی مبتلا به سرطان و زنانی که دوره درمان آن ها پایان یافته است می توان به روش ذهن آگاهی^۱، درمان های جنسی (متمرکز بر احساس^۲ مسترز و جانسون) و درمان شناختی رفتاری اختلالات عمل کرد جنسی اشاره نمود. در نظر داشتن مسائل مرتبط به باروری و امکان ناباروری در زنان، بعد از سرطان نیز از اهمیت به سزایی برخوردار است. مشکل در روانسازی و تورم مهبل و خشکی واژن یکی دیگر از مشکلات زنانی است که درمان سرطان دریافت می کنند، به همین دلیل برای برخی از این زنان استروژن خوراکی یا به صورت استفاده موضعی تجویز می شود، البته در صورتی که ریسک سرطان سینه در این افراد رد شده باشد (به دلیل نقش اساسی استروژن در ایجاد سرطان سینه در زنان).

البته در تمام موارد فوق باید به این نکته اشاره داشت که در تمام درمان ها و راهبرد های فوق باید به نتایج آزمایش ها و معاینات فیزیکی بیماران توجه داشت و این موضوع که مدیریت، درمان و باز توانی جنسی در زنان مبتلا به سرطان، یک رویکرد چند شاخه ای^۳ به درمان دارد و حاصل کار تیمی از متخصصان شامل متخصص سرطان، پزشک زنان، روانشناس سلامت، پرستار، مددکار اجتماعی و ... می باشد.

نتیجه گیری

در این مقاله، شواهد بسیاری در مورد اثرات تجربه سرطان بر جنسیت و رابطه جنسی زنان - هم از نظر فیزیکی و هم از نظر روانشناختی و هم از نظر ارتباطی - مورد بررسی

۱ .mindfulness

۲ .Sensate focus

۳ .multidisciplinary

قرار گرفت. همچنین نقش فرهنگ و سازه‌های اجتماعی در شکل‌دهی تجربه زنان بعد از درمان سرطان مورد بحث قرار گرفت. مسائل فرهنگی یکی از مسائل اساسی در این حیطه می‌باشد که هنوز مطالعات زیادی در این حیطه انجام نشده است و پژوهش‌های بین‌فرهنگی در این زمینه نتایج جالبی را در بر خواهد داشت.

هم‌چنین، پژوهش‌هایی که در این مقاله مورد بررسی قرار گرفتند، برای درمانگرها بسیار مفید است. ارزیابی، درمان و مداخلات جنسی در زنان مبتلا به سرطان باید به شیوه‌ای جامع و با استفاده از کمک متخصصان از حیطه‌های دیگر مانند پزشکی و پرستاری انجام شود. این مساله که بسیاری از زنان بعد از تجربه زنان، توانایی و مهارت‌های لازم را برای مدیریت و مقابله با تغییرات جنسی بعد از سرطان را ندارند و اینکه زنان نیاز به اطلاعات بیشتری درباره تغییراتی که بعد از درمان در بدنشان اتفاق می‌افتد دارند، باید توجه بالینگرها را به خود جلب کند. به همین دلیل درمانگرها باید به صورت فعالانه با زنان و همسران آنها که بعد از تجربه سرطان وارد درمان جنسی می‌شوند، درباره اثرات جانبی درمان سرطان، روش مدیریت کارآمد این مشکلات، روش‌های جنسی جایگزین در صورتی که دخول امکان‌پذیر نباشد، رابطه زوجین با هم، و تأثیر بالقوه بر تصویر بدن و هویت جنسی تبادل اطلاعات کنند.

یکی از حیطه‌هایی که نیاز به توجه بیشتری دارد، طراحی مدل‌هایی جهت ارزیابی اختصاصی مشکلات جنسی در زنان مبتلا به سرطان می‌باشد. همانطور که قبل‌تر نیز اشاره شد، مدل‌های ارزیابی جنسی، عمل‌کرد جنسی را بدون در نظر گرفتن شرایط بیماری مورد بررسی قرار می‌دهند و تا به امروز مدلی جهت ارزیابی جنسی در زنان مبتلا به سرطان طراحی نشده است.

کمیاب قابل توجهی در این حیطه از پژوهش‌بالاخص در کشور ما نیز به چشم می‌خورد. بیشتر مطالعات به بررسی و مشخص نمودن نوع اختلال عملکرد جنسی در زنان بسنده کرده‌اند. و درحیطه مدیریت و بازتوانی جنسی بعد از سرطان و طراحی مدل‌های اختصاصی جهت ارزیابی و درمان، وارد نشده‌اند. این حیطه از پژوهش به‌خصوص با توجه به ویژگی‌های فرهنگی، نتایج بسیار جالبی را در بر خواهد داشت.

References

- Alder, J., & et al. (2008). Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role. *J Sex Med*, 5, 1898–1906.
- Alicikus, Z.A., Gorken, I.B., Sen, R.C., et al. (2009). Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori*, 95, 212–8.
- American cancer society. (2007). Cancer Facts and Figures 2007. American cancer society.
- Anderson, B.L., & Lamb, M. (1995). Sexuality and cancer. *American Cancer Society textbook of clinical oncology* (2nd ed., Vol. pp. 699-713, pp. 699-713). Atlanta/GA: American cancer society.
- Annon, J.S. (1974). *The behavioral treatment of sexual problems*. Honolulu, HI: Mercantile Printing.
- Archibald, S., Lemieux, S., Byers, E.S., Tamlyn, K., & Worth, J. (2006). Chemically induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors. *Women Ther*, 29(1/2), 83–106.
- Avis, N.E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among young women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 13, 295–308.
- Basson, R., Rees, P., Wang, R., Montejo, A.L., & Incrocci, L. (2010). Sexual function in chronic illness. *J. Sex. Med.*, 7(1 Pt 2), 374-388.
- Barlow, H.D. (2005). *Clinical handbook of psychological disorder: step by step, treatment manual* (3rd ed). Guilford Press.
- Berman, J., & Berman, L. (2005). *For women only: a revolutionary guide to reclaiming your sex life*. New York, NY: Henry Holt and Company.
- Bertero, C., & Wilmoth, M.C. (2007). Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self. *Cancer Nurs*, 30(3), 194–202.
- Beyer, C.E., & Ogletree, R.J. (1996). Gender representation in illustrations, text, and topic areas in sexuality education curricula. *J School Health*, 66, 361-364.
- Burwell, S.R., & et al. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol*, 24(18), 2815–2821.
- Can, G., Oskay, U., Durna, Z., & et al. (2008). Evaluation of sexual function of Turkish women with breast cancer receiving

- systemic treatment. *ONF*, 35(3), 471–6.
- Davis, S., & Taylor, B. (2006). From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In: Davis S, ed. *Rehabilitation: the use of theories and models in practice*. Edinburgh: Elsevier; pp. 101-129.
- DEmilio, J., & Freedman, E.B. (1988). *Intimate matters: a history of sexuality in America*. New York, NY: Harper Row.
- Fobair, P., & et al. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15, 579-594.
- Ganz, P.A., & et al. (2003). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol*, 21(22), 4184–93.
- Gilbert, E., Ussher, J.M., & Perz, j. (2009). Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas*, 66, 397–407. doi:10.1016/j.maturitas.2010.03.027.
- Gilbert, E., Ussher, J.M., Perz, J. (2010). Re-negotiating sexuality and intimacy post-cancer: the experiences of carers in a couple relationship with a person with cancer. *Arch Sex Behav*. doi:DOI: 10.1007/s10508-008-9416-z
- Hensen, H.K. (2002). Breast cancer and sexuality. *Sex Disabil*, 20(4), 261–75.
- Herbenick, D., & et al. (2008). Young female breast cancer survivors. Their sexual function and interest in sexual enhancement products and services. *Cancer Nurs*, 31(6), 417-425.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Sharpe, S., & et al. (1998). *The male in the head: young people, heterosexuality and power*. London: The Tufnell Press.
- Hughes, M. (2008). Alternation of sexual functions in women with cancer. *Seminar in oncology nursing*, 24(2), 91-101.
- Hughes, M., & Cohen, M.Z. (2004). Using the BETTER model to assess sexuality. *Clin J Oncol Nurs*, 8, 84-86.
- Knobf, T.M. (2001). The menopausal symptom experience in young mid-life women with breast cancer. *Cancer Nurs*, 24(3), 201–11.
- Langellier, K.M., & Sullivan, C.F. (1998). Breast talk in breast cancer narratives. *Qual Health Res*, 8(1), 76–94.
- MacCulloch, D. (2004). *The reformation: a history*. New York, NY: Viking Press.
- Manderson, L., & Stirling, L. (2007). The absent breast: speaking of

- the mastectomized body. *Feminism Psychol*, 17(1), 75–92.
- Meyerowitz, B.E., Desmond, K., Rowland, J.H., Wyatt, G.E., & Ganz, P.A. (1999). Sexuality following breast cancer. *JMST*, 25, 237–50.
- Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M.Z. (2004). Using the BETTER model to assess sexuality. *Clinical Journal of Oncological Nursing*, 8, 84–86.
- Robinson, J. W., Faris, P. D., & Scott, C. B. (1999). Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology and Biological Physics*, 44, 497–506.
- Schain, W. (1988). A sexual interview is a sexual intervention. *Inov Oncol Nurs*, 4(2), 3-15.
- Schover, L.R. (1998). Sexual dysfunction. *Psycho-oncology* (pp. 494-499). New York: Oxford university press.
- Speer, J.J., Hillenberg, B., Sugrue, D.P., & et al. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J*, 11(6), 440-447.
- Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., & et al. (2008). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-oncology*, 17, 901-907.
- Thomas-MacLean, R. (2005). Beyond dichotomies of health and illness: life after breast cancer. *Nurs Inquiry*, 12(3), 200-209.
- World Health Organization (WHO). Sexual health – a new focus for WHO: progress in reproductive health research. <<http://www.who.int/hrp/publications/progress67.pdf>> [retrieved 16.02.10]
- Wilmoth, M.C. (2001). The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nurs*, 24(4), 278–86.
- Zee, B., Huang, C., Mak, S., Wong, J., Chan, E., & Yeo, W. (2008). Factors related to sexual health in Chinese women with breast cancer in Hong Kong. *Asia Pac J Clin Oncol*, 4, 218–26.