

رابطه‌ی بین عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی با سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک

معصومه هاشمی^۱، سمیرا اعلاقلی پور^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف ارزیابی رابطه‌ی بین عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی با سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی از نوع مقطعی است که با روش همبستگی روی تمام زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک (۳۰۶ نفر) مراجعه‌کننده به مرکز بیمارستان شهید رحیمی و مرکز انجمن نور شهر خرم‌آباد، ایران انجام شد. حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان تعیین شد و نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گردید و در مجموع ۱۸۰ نفر بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. نمونه‌ها با استفاده از مصاحبه و پرسشنامه‌ی اطلاعات فردی-اجتماعی، پرسشنامه‌ی شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی وازیری و لطفی و پرسشنامه‌ی سازگاری زوجی اسپانیر مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت، داده‌ها برای ارائه‌ی میانگین و انحراف معیار و تحلیل آماری از طریق همبستگی Pearson و رگرسیون سلسله‌مراتبی ساده استفاده شدند.

یافته‌ها: مدل رگرسیون استاندارد نشان داد که بین عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی با سازگاری زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک، رابطه‌ی معناداری وجود دارد. متغیرهای مستقل «عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی» در ضرایب رگرسیون، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها برای متغیر وابسته «سازگاری زناشویی» هستند.

نتیجه‌گیری: بیماری‌های مزمن، از جمله سرطان در زنان، علاوه بر اثرگذاری بر خود بیمار، می‌توانند بر زندگی زناشویی بیمار نیز اثر بگذارند.

واژگان کلیدی: عملکرد جنسی؛ خودکارآمدی جنسی؛ سازگاری زناشویی؛ سرطان پستان؛ سرطان ژنیکولوژیک

ارجاع: هاشمی معصومه، اعلاقلی پور سمیرا. رابطه‌ی بین عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی با سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سرطان

پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۵۸): ۵۳۴-۵۴۲.

مقدمه

روابط جنسی مطلوب با تضمین رضایت طرفین، نقشی اساسی و بنیادین در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارند. با شناخت عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن می‌توان به رضایت جنسی و در نهایت رضایت زناشویی که اثر قابل توجهی بر سازگاری زوجین دارد دست یافت (۱، ۲). بخش قابل ملاحظه‌ای از پژوهش‌های قرن گذشته به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های عوامل اختلال در روابط زناشویی، از جمله فعالیت جنسی در روابط زناشویی، اختصاص یافته است. عملکرد جنسی ممکن است تحت تأثیر هر نوع استرس،

آشفته‌گی هیجانی، یا ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی رفتار جنسی به‌صورت منفی قرار گیرد. اختلال عملکرد جنسی (Sexual dysfunction) ممکن است در سراسر زندگی وجود داشته باشد یا پس از دوره‌ای از عملکرد طبیعی ظاهر شود. این اختلال می‌تواند فراگیر، موقعیتی، کلی و یا جزئی باشد (۳). اختلال عملکرد جنسی آثار متعددی بر زندگی افراد مبتلا دارد و روابط بین فردی و زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلال میل جنسی و تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیکی که چرخه‌ی پاسخ جنسی را مشخص می‌کنند، اختلال عملکرد جنسی را تعریف کرده و این وضعیت به

۱- استاد مامایی، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

۲- مربی روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: سمیرا اعلاقلی پور؛ مربی روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

Email: Alagholipoursamira@gmail.com

حسن زنانگی و کاهش فعالیت جنسی می‌انجامد (۱۵).

در این مطالعه، بینش‌های ارزشمندی برای درمانگران فراهم شد تا مشخص شود آیا عملکرد جنسی و خودکارآمدی (Self-efficacy) پیش‌بینی‌کننده‌های سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک هستند یا خیر. این دانش می‌تواند راهنمای توسعه مداخلات هدفمند با هدف بهبود کارکرد جنسی و تقویت خودکارآمدی برای ارتقای پیامدهای زناشویی باشد. مرور متون بر اهمیت مسائل سلامت جنسی در مراقبت سرطان تأکید دارد، زیرا دغدغه‌های جنسی با کیفیت زندگی این افراد مرتبط است (۱۶). با ادغام ملاحظات سلامت جنسی در مراقبت سرطان، درمانگران می‌توانند جنبه‌های جسمی، روان‌شناختی و رابطه‌ای درمان سرطان را بهبود دهند.

برای بیماران، این مطالعه به مسائل سلامت جنسی و رابطه‌ای توجه دارد و آنان را به جستجوی حمایت برای دشواری‌های جنسی مرتبط با سرطان تشویق می‌کند. پس از تعیین رابطه بین خودکارآمدی جنسی، عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی، ممکن است زنان را قادر سازد به‌طور فعال در بهبود روابط صمیمی خود مشارکت کنند که به‌طور بالقوه به کیفیت زندگی بهتر منجر می‌شود. تمرکز بر سلامت جنسی می‌تواند به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم مراقبت سرطان در نظر گرفته شود تا نگرانی‌های بیمار مرتبط با چالش‌های سرطان کاهش یابد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین کارکرد جنسی، خودکارآمدی جنسی و سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سرطان‌های پستان و ژنیکولوژیک انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی، کارکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی را همراه با سازگاری زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک بررسی کرده است. تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک (۳۰۶ نفر) مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی بیمارستان شهید رحیمی و انجمن نور شهر خرم‌آباد در نظر گرفته شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود؛ نمونه از میان زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک انتخاب شد. بر اساس جدول مورگان، ۱۸۰ زن مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک انتخاب شدند و با توجه به موضوع پژوهش، احتمال ریزش نمونه وجود داشت. بر این اساس، ۱۸۰ زن مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیکولوژیک انتخاب شده و به‌ترتیب مورد مصاحبه قرار گرفتند و پرسشنامه‌ها تکمیل شد. معیارهای ورود شامل زنان مبتلا به سرطان پستان ژنیکولوژیک، زنان متأهل ساکن با همسر، توانایی خواندن و نوشتن، تمایل و علاقه به شرکت در مطالعه،

پیشانی آشکار و مشکلات بین‌فردی منجر می‌شود. به‌طور کلی، هر اختلالی که به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت در روابط جنسی منجر شود، می‌تواند به اختلال عملکرد جنسی بینجامد (۴).

سرطان، عمدتاً به این دلیل یک بیماری تهدیدکننده‌ی حیات تلقی می‌شود که می‌تواند هر عضوی از بدن را درگیر کند (۵). بر اساس آمار رسمی، میانگین جهانی بروز سرطان در مردان و زنان به‌ترتیب ۲۰۵ و ۱۶۵ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت است، در حالی که در ایران این میزان برای مردان ۱۳۴ و برای زنان ۱۲۸ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است. در میان این موارد، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان در سراسر جهان است (۶). هنگامی که یک بیماری مزمن سلامت جسمی و روانی را به مخاطره می‌اندازد، تعاملات بیمار با خانواده و دوستان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اثر عمیقی بر زندگی آنان دارد. زندگی با یک اختلال مزمن پیش‌رونده مانند سرطان، نه‌تنها برای بیماران استرس ایجاد می‌کند، بلکه موجب پیشانی قابل‌توجه برای شرکای زندگی آنان نیز می‌شود (۷). درمان‌های سرطان در زنان می‌تواند آثار منفی جدی بر کارکرد جنسی (Sexual function) داشته باشند. عدم درمان می‌تواند به مشکلات جسمی ناشی از علائم یائسگی، آتروفی (Atrophy) و خشکی واژن، درد و سوء‌هاضمه منجر شود (۸). مشکلات روانی-اجتماعی نیز می‌تواند در پی سرطان رخ دهند، از جمله کاهش میل جنسی (Libido)، کاهش برانگیختگی جنسی، آنورگاسمی (Anorgasmia)، اضطراب عودکننده و افسردگی (۹). این مسائل موجب می‌شوند زنان احساس «کمتر جنسی بودن» داشته باشند (۱۰)؛ بنابراین زنان مبتلا به سرطان کمتر در فعالیت‌های جنسی درگیر می‌شوند که می‌تواند بر صمیمیت زناشویی اثر بگذارد (۱۱).

تیمورپور بیان کرد که کارکرد جنسی مناسب و سالم نشانه سلامت جسمی و روانی است و به لذت مشترک، تقویت صمیمیت و کاهش تنش‌ها بین زوجین منجر می‌شود و در نهایت توانایی فرد را برای مقابله با استرس‌ها و چالش‌های زندگی افزایش می‌دهد (۱۲).

Del Pop و همکاران گزارش کردند که با توجه به اینکه اختلال عملکرد جنسی به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان یک عارضه جانبی درمان سرطان مطرح می‌شود، ضروری است ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، به‌ویژه انکولوژیست‌های زنان، به‌صورت روتین ارزیابی جامع سلامت جنسی را به‌عنوان بخشی از مراقبت این بیماران مدنظر قرار دهند (۱۳). یک مطالعه نشان داد، زنان مبتلا به سرطان در طول بیماری با مشکلاتی در کارکرد جنسی خود مواجه می‌شوند که می‌تواند به‌طور منفی باورهای جنسی و سازگاری زناشویی آنان را تحت تأثیر قرار دهد و به‌طور بالقوه موجب عود بیماری شود (۱۴).

Jahromi و همکاران در پژوهش خود دریافتند که سرطان کارکرد جنسی و عزت‌نفس را مختل می‌کند و به تصویر بدنی منفی، کاهش

شد. در ادامه، جلسات فردی و رسمی با هر بیمار برگزار شد تا مصاحبه‌های تشخیصی انجام گیرد و سوابق برای ارزیابی معیارهای ورود و خروج گروه نمونه گردآوری شود؛ بنابراین داده‌های لازم از طریق روش‌های میدانی (از طریق پرسشنامه) جمع‌آوری شد.

تحلیل داده‌ها

پس از گردآوری پرسشنامه‌ها و ورود تمامی اطلاعات به رایانه با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ (version 26, IBM Corporation, Armonk, NY)، داده‌ها در دو بعد توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بعد توصیفی، میانگین و انحراف معیار داده‌ها ارائه گردید و در بعد استنباطی، از روش‌های آماری همبستگی و رگرسیون برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. پیش از اجرای رگرسیون، مفروضه‌های تحلیل شامل نرمال بودن داده‌ها، استقلال خطاها، نبود هم خطی چندگانه، و همگنی واریانس بررسی و تأیید شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این مطالعه توسط توسط کمیته اخلاق در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک تأیید گردید (IR.IAU.ARAK.REC.1399.014).

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۷۰ شرکت‌کننده زن و متأهل حضور داشتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۴۲/۶۷۱ سال، میانگین قد ۱/۶۲۵ متر، میانگین وزن ۶۹/۱۸۲ کیلوگرم، و میانگین شاخص توده بدنی BMI (Body Mass Index) برابر ۲۶/۲۷ بود. در پاسخ به پرسش «بیماری شما در چه سنی تشخیص داده شد؟» میانگین سن ۴۰/۶۵۹ سال بود، میانگین مدت ازدواج ۲۰/۷۱۸ سال و میانگین سن ازدواج ۲۱/۳۱۸ سال گزارش شد.

پاسخ‌ها به پرسش‌های مربوط به روابط جنسی به این صورت بود: ۹۷ نفر به پرسش «آیا با همسران رابطه‌ی جنسی دارید؟» پاسخ مثبت دادند؛ ۱۱۲ نفر به پرسش «آیا قادر به برقراری رابطه‌ی جنسی هستید؟» پاسخ مثبت دادند؛ ۹۱ نفر به پرسش «آیا هنگام رابطه‌ی جنسی با همسران مشکلی در تصویر بدنی دارید؟» پاسخ مثبت دادند؛ و ۱۱۵ نفر به پرسش «آیا هنگام رابطه‌ی جنسی با همسران احساس ناراحتی می‌کنید؟» پاسخ مثبت دادند. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

برای آزمون فرضیه‌ی اصلی پژوهش، قدرت پیش‌بینی «سازگاری زناشویی» توسط متغیرهای «عملکرد جنسی» و «خودکارآمدی جنسی» با استفاده از رگرسیون سلسله‌مراتبی بررسی شد. ابتدا متغیر عملکرد جنسی و سپس متغیر خودکارآمدی جنسی وارد مدل رگرسیون شدند تا نقش این دو متغیر در هر دو مدل اولیه و ثانویه در پیش‌بینی متغیر سازگاری زناشویی مشخص شود.

نخستین ازدواج بودن زوج و تک‌همسری، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، برخورداری از حمایت اجتماعی از سوی خانواده، و وجود عشق بین زوجین بود.

معیارهای خروج شامل ناقص بودن پرسشنامه-انصراف از مطالعه-ابتلا به بیماری روان پزشکی مصرف داروهای مؤثر بر عملکرد جنسی بود.

این پژوهش از چهار ابزار استفاده کرد: پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی-اجتماعی، شاخص کارکرد جنسی زنان (Women's Sexual Function Index; WSFI)، مقیاس خودکارآمدی جنسی (Sexual Self-Efficacy Scale) و مقیاس سازگاری دو نفره اسپانیر (Sexual Spanier Dyadic Adjustment Scale) که توسط Rosen و همکاران در سال ۲۰۰۰ تدوین شد (۱۷، ۱۸) که کارکرد جنسی زنان را در ۶ حیطه‌ی مستقل اندازه‌گیری می‌کند: میل، برانگیختگی، روان‌سازی، ارگاسم، رضایت، و درد جنسی؛ هر حیطه از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کل از جمع نمرات هر ۶ حیطه به دست می‌آید (۱۹).

مقیاس ۱۰ سؤالی خودکارآمدی جنسی که بر مبنای خودکارآمدی عمومی Schwarzer و توسط وازیری و کاشانی تدوین شده است (۲۰)، در یک پیوستار چهار درجه‌ای از ۰ (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً درست است) نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهش وازیری و لطفی کاشانی، ضریب همبستگی پرسشنامه‌ی خودکارآمدی جنسی با نمرات کل WSFI برابر ۰/۸۰۳ ($P < ۰/۰۱$) و با رضایت جنسی برابر ۰/۸۱۱ ($P < ۰/۰۱$) است که بیانگر روایی قابل قبول است (۲۰). مقیاس سازگاری دو نفره که شامل ۳۲ سؤال است، در سال ۱۹۷۶ برای سنجش سازگاری زوجین (زن و شوهر) تدوین شد و در حدود هزار مطالعه تا سال ۱۹۸۴ به‌طور گسترده تحلیل، نقد، اعتباریابی و بازنگری شد. نمره کل این مقیاس از ۰ تا ۱۵۰ است که از جمع نمرات گویه‌ها حاصل می‌شود. پایایی این مقیاس برای نمره کل ۰/۹۰ گزارش شده است؛ به‌طور مشخص ۰/۸۷ برای توافق دو نفره، ۰/۸۰ برای رضایت دو نفره و ۰/۷۰ برای همبستگی دو نفره در یک مطالعه گزارش شد (۲۱). این مقیاس به فارسی ترجمه شده و در بسیاری از مطالعات داخلی استفاده شده است که بر روایی آن دلالت دارد (۲۲، ۲۳).

روش اجرا و گردآوری داده‌ها

پس از انتخاب آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس پرونده‌های پزشکی از بخش انکولوژی بیمارستان، پژوهشگر در لتاقی جداگانه خود را معرفی کرده و محتوای پژوهش و هدف آن را به‌صورت فردی برای بیماران توضیح داد. سپس رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی از بیمارانی که با شرکت در مطالعه موافقت کردند اخذ

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
کارکرد جنسی	۱۷۰	۴	۸۴	$22/669 \pm 43/07$
خودکارآمدی جنسی	۱۷۰	۹	۴۰	$8/075 \pm 22/5$
سازگاری زوجی	۱۷۰	۴۳	۱۴۶	$20/974 \pm 10/3$

در جدول ۳، مدل رگرسیون برازش یافته در مدل اولیه با حضور متغیر عملکرد جنسی معنادار است ($F = 47/633$, $P = 0/001$) ضریب تعیین بین متغیر مستقل «عملکرد جنسی» و متغیر وابسته «سازگاری زناشویی» برابر $0/220$ است؛ به این معنا که متغیر مستقل «عملکرد جنسی» حدود ۲۲ درصد از واریانس متغیر وابسته «سازگاری زناشویی» را تبیین می کند. مدل رگرسیون برازش یافته در مدل ثانویه با افزودن متغیر «خودکارآمدی جنسی» نیز معنادار است ($F = 27/245$, $P = 0/001$). افزون بر این، متغیرهای مستقل «عملکرد جنسی» و «خودکارآمدی جنسی» حدود ۲۴ درصد از واریانس متغیر وابسته «سازگاری زناشویی» را تبیین می کنند.

جدول ۴ معناداری اثر متغیرهای مستقل یا ضرایب رگرسیون را آزمون کرد. در مدل ثانویه، متغیرهای «عملکرد جنسی» و «خودکارآمدی جنسی» مهم ترین پیش بینی کننده ها برای متغیر وابسته «سازگاری زناشویی» هستند ($P < 0/05$). به طور کلی، فرضیه ی اصلی پژوهش تأیید می شود و بین عملکرد جنسی، خودکارآمدی جنسی و سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان های ژنیکولوژیک رابطه وجود دارد.

بحث

بر اساس این مطالعه، کیفیت ازدواج، توانایی سازگاری متقابل و لذت از رابطه می تواند نشان دهنده رضایت زناشویی باشد. افزون بر این، کارکرد جنسی یکی از منابع مهم و اثرگذار رضایت زناشویی است. مطالعه نشان داد که عملکرد جنسی ۲۲٪ در تبیین سازگاری زناشویی نقش دارد. مشابه این نتایج، Sanchez-Fuentes و همکاران دریافتند عملکرد جنسی متغیر مهمی در سازگاری زناشویی است. آنان نشان دادند افرادی که روابط خوبی در زندگی دارند، رضایت جنسی خوبی نیز به طور مشترک تجربه می کنند (۲۴). افسردگی و استرس پس از تشخیص سرطان پستان، عوارض جانبی داروهای شیمی درمانی در طول درمان سرطان، و اختلال تصویر بدنی پس از ماستکتومی از علل اختلال عملکرد جنسی هستند. استرس بروز افسردگی، اختلالات اضطرابی و سایر مشکلات روان پزشکی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش می دهد. همچنین، خودکارآمدی جنسی متغیر مهمی در سازگاری زناشویی بود و میزان تبیین ۲۴ درصد را برای سازگاری

جدول ۱. ویژگی های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	سطح/طبقه	تعداد افراد	درصد
سطح تحصیلات	تحصیلات ابتدایی	۱۶	۹/۴
	راهنمایی	۲۷	۱۵/۹
	دپلم دبیرستان	۷۴	۴۳/۵
	سایر	۵۳	۳۱/۲
اشتغال	خویش فرما	۳	۱/۸
	خانه دار	۱۳۳	۷۸/۲
	شاغل	۳۴	۲۰
کفایت مالی	کافی	۸۹	۵۲/۴
	کمتر از کافی	۸۰	۴۷/۱
	ناکافی	۱	۰/۶
سن در اولین قاعدگی	۱۵ سالگی	۳۸	۲۲/۴
تعداد بارداری ها	صفر	۴	۲/۴
	یک بار	۳۷	۲۱/۸
	دو بار	۶۰	۳۵/۳
	سه بار	۳۴	۲۰/۰
	چهار بار	۲۷	۱۵/۹
	پنج بار	۲	۱/۲
	شش بار	۲	۱/۲
	هفت بار	۴	۲/۴
وضعیت یائسگی	پیش از یائسگی	۷۷	۴۵/۳
	یائسه	۴۱	۲۴/۱
	یائسگی جراحی شده	۵۲	۳۰/۶
نوع سرطان	پستان	۱۰۷	۶۲/۹
	تخمدان	۳۳	۱۹/۴
	رحم	۳۰	۱۷/۶
شروع آخرین شیمی درمانی	یک ماه	۵۹	۳۴/۷
مرحله ی بیماری	مرحله ی اول	۶۱	۳۵/۹
	مرحله ی دوم	۱۰۹	۶۴/۱
نوع درمان	فقط شیمی درمانی	۲۶	۱۵/۳
	شیمی درمانی و جراحی	۹۵	۵۵/۹
	شیمی درمانی و پرتودرمانی	۲۴	۱۴/۱
	شیمی درمانی همراه با پرتودرمانی کمکی	۲۵	۱۴/۷
	مراقب	۱۴۶	۸۵/۹
روش پیشگیری از بارداری	همسر طبیعی	۱۲۵	۷۳/۵
	کاندوم	۱۴	۸/۲
	قرص	۲۹	۱۷/۱
	سایر	۲	۱/۲
مدت ابتلا به بیماری	یک سال	۵۱	۳۰/۰

جدول ۳. خلاصه‌ی مدل رگرسیون استاندارد- فرضیه اصلی

مدل	متغیرهای پیش‌بین	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده مقدار دورین-واتسون	F	معنی‌داری
۱	کارکرد جنسی	۰/۴۶۹	۰/۲۲۰	۰/۲۱۵	۴۷/۳۳۶۷	۰/۰۰۱
۲	عملکرد جنسی- خودکارآمدی جنسی	۰/۴۹۶	۰/۲۴۶	۰/۲۳۷	۲۷/۲۴۵	۰/۰۰۱

جدول ۴. ضرایب مدل رگرسیون استاندارد- فرضیه اصلی

مدل رگرسیون	B	خطای استاندارد	Beta	مقدار t	معنی‌داری	مقدار تحمل	VIF
مقدار ثابت	۳۱۷/۸۴	۰/۰۶۷	-	۴۹۳/۲۷	۰/۰۰۱	-	-
کارکرد جنسی	۴۳۴/۰	۰/۰۶۳	۰/۴۶۹	۸۸/۶	۰/۰۰۱	۱	۱
مقدار ثابت	۲۶۱/۷۷	۲۱/۴	-	۳۵۲/۱۸	۰/۰۰۱	-	-
کارکرد جنسی	۳۳۲/۰	۰/۰۷۵	۰/۳۵۹	۴۲۷/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۴۵۹/۱
خودکارآمدی جنسی	۵۰۸/۰	۲۱۱/۰	۰/۱۹۵	۴۰۹/۲	۰/۰۱۷	۰/۶۸۶	۴۵۹/۱

زناشویی نشان داد. همسو با این یافته‌ها، Margraf و Velten نشان دادند، نمرات بالاتر خودکارآمدی جنسی به تجربه‌های جنسی رضایت‌بخش‌تر منجر می‌شود (۲۵).

نتایج این مطالعه با یافته‌های Tu و همکاران همسو بود. آنان دریافتند خودکارآمدی جنسی بالاتر با سازگاری جنسی بهتر و رضایت از رابطه در زوج‌هایی که با بیماری مزمن از جمله سرطان مواجه‌اند، مرتبط است. بنابراین، ارتقای خودکارآمدی جنسی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای برای بهبود نه‌تنها سلامت جنسی بلکه کیفیت رابطه در زنان مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود (۲۶).

در مطالعه‌ی سبحانی و همکاران، زنان گروه هیستریکتومی رضایت جنسی پایین‌تری در مقایسه با افراد گروه ماستکتومی داشتند (۲۷).

Kedde و همکاران، مطالعه‌ای در هلند انجام دادند؛ ۶۴ درصد از زنانی که هنوز تحت درمان سرطان پستان بودند دچار اختلال عملکرد جنسی بودند، در مقایسه با ۴۵ درصد از زنانی که درمانشان خاتمه یافته بود و دیگر درمان دریافت نمی‌کردند (۲۸). در یائسگی زودرس، نیمی از زنان گزارش کردند که در طول درمان «تغییراتی در کارکرد جنسی» را تجربه کرده‌اند. نتایج نشان داد اختلالات جنسی در زنان جوان مبتلا به سرطان پستان شایع است و جلسات مشاوره جنسی برای بهبود کارکرد جنسی توصیه شد. Santos و همکاران دریافتند، ابتلا به سرطان عملکرد جنسی و عزت‌نفس فرد را مختل می‌کند و موجب تصویر بدنی منفی، کاهش حس زنانگی و کاهش خودکارآمدی جنسی می‌شود (۲۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند ادراک کارآمدی جنسی مسئله‌ای مهم در زندگی است و باعث می‌شود افراد به دلیل احساس شرم از بیان آن پرهیز کنند و مشکلات جنسی خود را در قالب مسائل روان‌شناختی بروز دهند. به نظر می‌رسد شیمی‌درمانی مسئول بخش عمده مشکلات جنسی از جمله کاهش میل جنسی و برانگیختگی ذهنی، خشکی واژن

و دیسپارونیا (Dyspareunia) باشد. ماستکتومی به‌عنوان شایع‌ترین درمان، اثر مستقیم بر کارکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان دارد. در مقابل، جراحی حفظ پستان اثر مستقیم بر کارکرد جنسی ندارد و با ایجاد تصویر بدنی مثبت، اثر مطلوبی بر کارکرد جنسی می‌گذارد. در مجموع، نتایج این مطالعه با متون موجود همخوان است و این ایده را تقویت می‌کند که ابعاد جنسی جزء جدایی‌ناپذیر رضایت زناشویی هستند. با تمرکز بر زنان مبتلا به سرطان پستان و سرطان‌های ژنیولوژیک، مطالعه حاضر با نشان دادن اینکه بهبود عملکرد جنسی و خودکارآمدی می‌تواند اثر مثبتی بر کیفیت زناشویی این بیماران داشته باشد، ادبیات موجود را گسترش می‌دهد.

سازگاری زناشویی، فرایندی را دربرمی‌گیرد که طی آن هر دو همسر باید به‌طور کافی بر روش‌های پیشگیری، کاهش یا حل مسائل توافق کنند تا از ازدواج خود احساس رضایت داشته باشند، علایق و فعالیت‌های مشترک ایجاد کنند و احساس کنند ازدواج انتظارات آنان را برآورده می‌کند. یکی از ابعاد غالباً نادیده‌گرفته‌شده در روابط همسران، رابطه جنسی است. مسائل جنسی در زندگی زناشویی از اهمیت اولیه برخوردارند. رابطه جنسی پیوندی زناشویی منحصر به فرد ایجاد می‌کند و ارتباط بین همسران را تقویت می‌کند. بیماری‌هایی مانند دیابت، بیماری قلبی، سرطان و مولتیپل اسکروزیس از جمله بیماری‌هایی هستند که اغلب به‌طور مستقیم بر کارکرد جنسی اثر می‌گذارند. اثر این بیماری‌ها می‌تواند متفاوت باشد، اما اغلب به‌تدریج و در طول زمان ظاهر می‌شوند Lim و همکاران تأکید کردند که در حالی که سلامت جنسی مؤلفه‌ای حیاتی در رضایت زناشویی است، عوامل دیگری مانند صمیمیت هیجانی، ارتباط و حمایت شریک نیز نقش‌های مکمل دارند (۳۰).

علاوه بر این، در مطالعه انجام‌شده توسط Mehdi-pour-Rabori و همکاران، تفاوت‌های معناداری بین سازگاری زناشویی، شاخص

(۳۸). همچنین، مطالعه بر ابزارهای خودگزارشی تکیه داشت که ممکن است در معرض سوگیری پاسخ مانند مطلوبیت اجتماعی یا سوگیری یادآوری قرار گیرد (۳۹). مطالعات آینده باید در صورت امکان ارزیابی‌های عینی یا گزارش‌محور بالینی را نیز مدنظر قرار دهند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، بین دو متغیر اصلی و متغیر وابسته رابطه‌ای متقابل وجود دارد که مسیر مشخصی را دنبال می‌کند. این بدان معناست که بیماری‌های مزمن مانند سرطان در زنان می‌تواند نه تنها بر خود بیمار بلکه بر زندگی زناشویی او نیز اثر بگذارند. امروزه یکی از اهداف درمان در زنان مبتلا به سرطان افزایش آگاهی و دانش درباره بهبود اختلال عملکرد جنسی است که به دنبال آن سازگاری زناشویی بهبود می‌یابد. بنابراین، توجه به تقویت خودکارآمدی جنسی در این بیماران می‌تواند افکار منفی را کاهش داده و به بهبود عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی کمک کند. پژوهش‌های آینده باید نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تری را برای بهبود روایی بیرونی شامل شوند. یافته‌ها این ایده را حمایت می‌کند که مداخلات سلامت جنسی، به‌ویژه آن‌هایی که خودکارآمدی را تقویت می‌کنند، می‌توانند رضایت از رابطه را در زنان دارای دشواری‌های جنسی مرتبط با سرطان افزایش دهند. پژوهش‌های آینده می‌تواند با وارد کردن متغیرهای اضافی مانند عوامل سلامت روان، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای، برای درک بهتر پیچیدگی پویایی‌های زناشویی در این گروه سودمند باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از حمایت‌های علمی، راهنمایی‌ها و دقت نظر ارزشمند سرکار خانم دکتر معصومه هاشمی، استاد راهنما، که در تمامی مراحل این پژوهش مشوق و یاور بوده است، اعلام می‌دارد. همچنین از مدیریت و پرسنل محترم بخش انکولوژی بیمارستان شهید رحیمی جهت همکاری در فرایند جمع‌آوری داده‌ها و تسهیل امور پژوهشی سپاسگزاری می‌شود. در نهایت، از مدیریت و کارکنان محترم موسسه انجمن نور خرم‌آباد جهت حمایت‌های اجرایی و همکاری‌های ارزشمندشان در پیشبرد این تحقیق، صمیمانه تشکر می‌نمایم.

کارکرد جنسی زنان و رضایت از زندگی در زنان مبتلا به سایر بیماری‌ها یافت شد. همچنین شاخص کارکرد جنسی زنان با رضایت از زندگی و سازگاری زناشویی همبستگی داشت (۳۱).

نارضایتی زناشویی به سازگاری جنسی می‌انجامد و ناسازگاری جنسی نیز به نوبه خود نارضایتی زناشویی را تشدید می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد، تقریباً نیمی از بیماران سرطانی یا از زندگی جنسی خود ناراضی‌اند یا روابط جنسی را قطع کرده‌اند. مطالعات نشان دادند، حتی در مراحل ابتدایی بیماری، بیماران مشکلات جنسی بیشتری نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند (۳۲). ناسازگاری جنسی علت ۳۰ درصد از طلاق‌هاست و افرادی که رضایت جنسی بالاتری دارند کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می‌کنند (۳۳). بنابراین، خودکارآمدی جنسی، یعنی باور فرد به توانایی خود برای برقراری روابط جنسی با کیفیت، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس را افزایش می‌دهد و می‌تواند رضایت زناشویی را نیز بهبود بخشد. از این‌رو، افرادی که اعتماد به توانایی‌های جنسی خود پایین است باید به مشاور زناشویی و جنسی مراجعه کنند (۳۴). افزون بر این، خودکارآمدی جنسی با برخی خرده‌مقیاس‌های کارکرد جنسی رابطه مثبت داشت. بنابراین، کارکرد جنسی در زنان می‌تواند با افزایش خودکارآمدی جنسی آنان تقویت شود (۳۵). خدمات آموزشی همراه با درمان نابوروری برای ارتقای کیفیت سازگاری زناشویی و ترویج خودکارآمدی جنسی لازم است تا به سیاست‌های سلامت در نظام‌های سلامت افزوده شود (۳۶).

با وجود بینش‌های ارزشمندی که از این مطالعه به دست آمد، چندین محدودیت باید در نظر گرفته شود:

این مطالعه با حجم نمونه نسبتاً کوچک انجام شد که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. شرکت‌کنندگان از یک جمعیت خاص (برای مثال زنان مبتلا به سرطان‌های پستان و ژنیکولوژیک از یک منطقه یا بیمارستان مشخص) انتخاب شدند؛ بنابراین نتایج ممکن است نماینده همه زنان با شرایط مشابه نباشد (۳۷). پژوهش‌های آینده باید نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تری را برای بهبود روایی بیرونی دربرگیرند. افزون بر این، مطالعه از طرح مقطعی استفاده کرد که توانایی نتیجه‌گیری درباره جهت‌داری یا علیت روابط مشاهده‌شده بین عملکرد جنسی، خودکارآمدی جنسی و سازگاری زناشویی را محدود می‌کند.

References

1. Aliakbari Dehkordi M. Relationship between women sexual function and marital adjustment. *International Journal of Behavioral Sciences* 2010; 4(3): 199-206.
2. Tadriz Tabrizi M, Sharifian M, K, Aliakbari M. Structural model of women's sexual health: The role of self-differentiation and social exchange styles [in Persian]. *Iran J Health Psychol* 2022; 5(3): 17-34.
3. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health* 2018; 18: 108.
4. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and

- Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med* 2020; 7(1 Pt 2): 327-36.
5. Basek A, Jakubiak GK, Cieślak G, Stanek A. Life-threatening endocrinological immune-related adverse events of immune checkpoint inhibitor therapy. *Cancers (Basel)* 2023; 15(24): 5786.
 6. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *Br J Radiol* 2022; 95(1130): 20211033.
 7. Nalbant B, Karger A, Zimmermann T. Cancer and Relationship Dissolution: Perspective of Partners of Cancer Patients. *Front Psychol* 2021; 12: 624902.
 8. Dizon DS, Suzin D, McIlvenna S. Sexual health as a survivorship issue for female cancer survivors. *Oncologist* 2014; 19(2): 202-10.
 9. Nho JH, Park YS. Descriptive Study on Sexuality for Women with Gynecological Cancer. *Korean J Women Health Nurs* 2012; 18(1): 17-27.
 10. Vanessa Ospina Serrano A. Overview of sexual dysfunction in patients with cancer. *Clin Transl Oncol* 2023; 25(12): 3369-77.
 11. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas* 2010; 66(1): 23-6.
 12. Teimourpour N. Sexual health and sexual dysfunction in women with cancer [in Persian]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal* 2023; 4(10): 81-108..
 13. Del Pup L, Villa P, Amar ID, Bottoni C, Scambia G. Approach to sexual dysfunction in women with cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2019; 29(3): 630-4.
 14. Bakker RM, Kenter GG, Creutzberg CL, Stiggelbout AM, Derks M, Mingelen W, et al. Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: a cross-sectional multicenter observational study. *Psychooncology* 2016; 26(10): 1470-7.
 15. Jahromi AR, Ranjbar A, Naseripour P, Rahmanian V. Body image and sexual function in women with breast cancer. *Sexual and Relationship Therapy* 2022; 39(2): 1-11.
 16. Reese JB, Keefe FJ, Somers TJ, Abernethy AP. Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. *Support Care Cancer* 2010; 18(7): 785-800.
 17. 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.
 18. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, Nobre P, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2016; 13(4): 538-71.
 19. Fakhri A, Mohammadi Zeidi I, Pakpour Haji Agha A, Morshedi H, Jafari RM, Ghalambor Dezfooli F. Psychometric Properties of Iranian Version of Female Sexual Function Index. *J Sex Med* 2011; 10: 345-54.
 20. Vaziri S, Kashani FL. Study of factor structure, reliability and validity of the sexual self efficacy questionnaire [in Persian]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2013; 8(29): 47-56.
 21. Villeneuve L, Trudel G, Prévile M, Dargis L, Boyer R, Bégin J. Dyadic Adjustment Scale: a validation study among older French-Canadians living in relationships. *Can J Aging* 2015. 34(1): 26-35.
 22. Fallahchai R. Occupational stress, dyadic adjustment and quality of work-life in married nurses: Moderating effects of dyadic coping. *Int J Nurs Pract* 2022; 28(1): e13032.
 23. Maroufizadeh S, Omani-Samani R, Hosseini M, Almasi-Hashiani A, Sepidarkish M, Amini P. The Persian version of the revised dyadic adjustment scale (RDAS): a validation study in infertile patients. *BMC Psychol* 2020; 8(1): 6.
 24. Sanchez-Fuentes MDM, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2014; 14(1): 67-75.
 25. Velten J, Margraf J. Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PLoS One* 2017; 12(2): e0172855.
 26. Reese JB, Porter LS, Casale KE, Bantug ET, Bober SL, Schwartz SC, et al. Adapting a couple-based sexual enhancement intervention for breast cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2014; 32(6): 705-27.
 27. Sobhani R, Zebardast A, Rezaei S. Cognitive Emotion Regulation Strategies, Body Image, and Sexual Satisfaction in Women with and without a History of Hysterectomy and Mastectomy Surgeries [in Persian]. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty* 2020; 6(1): 72-87.
 28. Kedde H, van de Wiel HBM, Weijmar Schultz WCM, Wijzen C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Support Care Cancer* 2013; 21(1): 271-80.
 29. Santos M, Montagut C, Mellado B, García A, Ramón y Cajal S, Cardesa A, et al. Immunohistochemical staining for p16 and p53 in premalignant and malignant epithelial lesions of the vulva. *Int J Gynecol Pathol* 2004; 23(3): 206-14.
 30. Lim, JW, Shon, EJ, Paek, M. The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. *Support Care Cancer* 2014; 22: 3209-17.
 31. Mehdipour-Rabori R, Alinejad Dehsheakhi M, Nouhi E, Nematollahi M. Comparison of the relationship between sexual function, marital adjustment, and life satisfaction in diabetic and non-diabetic women. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2020; 8(4): 324-32.
 32. Goyal H, Narayan S. Exploring the role of emotional intelligence in marital adjustment: A comprehensive review. *International Journal of Indian Psychology* 2021; 2(1): 1-11.
 33. Assarzadeh R, Bostani Kheslasi Z, Jafarzadeh-Kenarsari F. Sexual self-efficacy and associated factors: a review. *Shiraz E-Med J* 2019; 20(11): e87537.
 34. Kafaei Atrian M, Mohebbi Dehnavi Z, Kamali Z. The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2019; 7(2): 1703-11.

35. Banaha S, Pasha H, Bakhtiari A, Omidvar S, Behmanesh F, Faramarzi M, Esmailzadeh S. Effectiveness of group psychosexual training for marital adjustment and sexual self-efficacy of infertile women: a randomized controlled trial. *Iran J Psychiatry* 2023; 18(3): 275-84.
36. Moradzadeh R, Golmohammadi P, Ghaitasi B, Nadrian H, Najafi A. Incidence of Esophageal Cancer in Iran, a Population-Based Study: 2001-2015. *J Gastrointest Cancer* 2019; 50(3): 507-12.
37. Hassanzadeh J, Moradzadeh R, Rajaei Fard A, Tahmasebi S, Golmohammadi P. A comparison of case-control and case-only designs to investigate gene-environment interactions using breast cancer data. *Iran J Med Sci* 2012; 37(2): 112-8.
38. Moradzadeh R, Mansourmia MA, Ghiasvand R, Baghfalaki T, Nadrian H, Holakouie-Naieni K. Impact of Age at Menarche on Breast Cancer: The Assessment of Recall Bias. *Arch Iran Med* 2019; 22(2): 65-70.

The Relationship Between Sexual Performance and Sexual Self-Efficacy with Marital Adjustment in Women with Breast and Gynecological Cancer

Masoumeh Hashemi¹, Samira Alagholipour²

Original Article

Abstract

Background: This study aimed to evaluate the relationship between sexual performance and sexual self-efficacy with marital adjustment in women with breast and gynecological cancer.

Methods: This applied, and descriptive study was conducted using a correlational method on all women with breast and gynecological cancer (306 people) referring to Shahid Rahimi Hospital Center and Anjuman Noor Shahr Khorramabad Center, Iran. A total of 180 people were selected using Morgan's sampling method based on inclusion and exclusion criteria. The samples were assessed using interviews and a personal-social information questionnaire, women's sexual performance index questionnaire, Vaziri and Lotfi's sexual self-efficacy questionnaire, and Spinner's couple compatibility questionnaire. Finally, data were used to present the mean and standard deviation and statistical analysis via Pearson correlation and simple hierarchical regression.

Findings: The standard regression model showed that there was a significant relationship between sexual performance and sexual self-efficacy with marital adjustment of women with breast and gynecological cancer. The independent variables "sexual performance and sexual self-efficacy" in the regression coefficients are the most important predictors for the dependent variable "marital adjustment."

Conclusion: Chronic diseases, including women's cancer, in addition to affecting the patient themselves, can also affect the patient's married life.

Keywords: Sexual Function, Self-Efficacy, Marital Adjustment, Breast Neoplasms, Gynecologic Neoplasms

Citation: Hashemi M, Alagholipour S. **The Relationship Between Sexual Performance and Sexual Self-Efficacy with Marital Adjustment in Women with Breast and Gynecological Cancer.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(858): 534- 42.

1- Professor of Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Arak Islamic Azad University, Arak, Iran

2- Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Science and Research Unit, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran

Corresponding Author: Samira Alagholipour, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Science and Research Unit, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran; Email: alagholipoursamira@gmail.com