ORIGINAL ARTICLE

Impact of Affected Functional Systems on Primary Sexual Dysfunction in Women with Multiple Sclerosis

Parvin Rahnama[1],
Khadijeh Mohammadi[2],
Sakineh Moayed Mohseni[3],
Shafighe Mohammaditabar[2]

[1] Associate Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
[2] Midwifery Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

(Received June 29, 2016 ; Accepted February 4, 2017)

Abstract

Background and purpose: Sexual dysfunction (SD) is an important subject and unfortunately an overlooked symptom of multiple sclerosis (MS) especially in women. The aim of this study was to investigate the impact of affected functional systems on primary sexual dysfunction.

Materials and methods: A cross-sectional study was carried out in Tehran, Iran in which a sample of female patients with MS was recruited consecutively from an outpatient clinic. Sexual function was evaluated by the Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire. A neurologist evaluated the clinical characteristics including disease progress, duration, and affected functional systems. The neurological impairment was assessed by the Kurtzke Expanded Disability Status Scale (EDSS).

Results: There were 226 women in whom brainstem and/or cerebellum (OR for suffering from Brainstem and/or cerebellum=2.54, 95% CI=1.40-4.60, P=0.002), pyramidal dysfunction (OR for suffering from pyramidal dysfunction = 3.14, 95% CI= 1.363-7.26, P=0.002), and sensory dysfunction (OR for suffering from sensory dysfunction = 3.13, 95% CI= 1.56-6.25, P<0.028) were significant contributing factors to primary sexual dysfunction.

Conclusion: This study emphasized that sexual dysfunctions are associated with affected functional systems. Therefore, more consultations and sensitive approaches are suggested in treatment of these systems.

Keywords: sexual dysfunction, multiple sclerosis, Expanded Disability Status Score-EDSS

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 26 (146): 100-108 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۶ اسفند سال ۱۳۹۵ (۱۰۸-۱۰۰)

اثر اختلال سیستم های کارکردی بر اختلال حوزه جنسی اولیه در زنان مبتلا به‌مولتیپل اسکلروزیس

پروین رهنما[۱]
خدیجه محمدی[۲]
سکینه موید محسنی[۳]
شفیقه محمدی تبار[۲]

چکیده

سابقه و هدف: اختلال جنسی یک موضوع مهم در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است که درجامعه به خصوص زنان مبتلا مورد غفلت واقع شده است. هدف این مطالعه بررسی اثر سیستم‌های کارکردی درگیر در این بیماری بر اختلال در حوزه جنسی اولیه بوده است.

مواد و روش‌ها: در مطالعه مقطعی حاضر که در سال ۱۳۹۲ انجام شد نمونه های مورد مطالعه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به کلینیک تخصصی MS بودند. اختلال حوزه اولیه جنسی با پرسش نامه صمیمیت و ارتباط جنسی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد بررسی واقع شد. برای تعیین خصوصیات بالینی مورد نظر که شامل نوع روند بیماری، مدت بیماری وسیستم های کارکردی درگیر بود معاینه بالینی توسط متخصص مغز و اعصاب صورت گرفت. هم‌چنین میزان گستردگی ناتوانی فیزیکی بیماران از طریق مقیاس EDSS (Expanded Disability Status Scale-EDSS) توسط متخصص مغز و اعصاب بررسی و نمره‌دهی شد.

یافته‌ها: در کل ۲۲۶ زن بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در این مطالعه شرکت کردند. نتایج حاصل از مطالعه بر اساس آنالیز رگرسیون چند متغیره بیان گر آن بود که شانس ابتلا به وقوع اختلال در حوزه جنسی اولیه ، در افراد مبتلا به اختلال مخ و مخچه ۲/۵۴ برابر (p=۰/۰۰۲، ۱/۴۰-۴/۶۰= ۹۵درصد CI ، Odds ratio=۲/۵۴)، مبتلا به اختلال پیرامیدال ۳ برابر (p=۰/۰۰۲، ۱/۳۶۳-۷/۲۶=۹۵درصد CI، Odds ratio=۳/۱۴) و اختلال حسی بیش از ۳ برابر (p=۰/۰۲۸، ۱/۵۶-۶/۲۵ CI 95 درصد، Odds ratio=۳/۱۳) افزایش می یابد.

استنتاج: با توجه به این که اختلالات در سیستم‌های کارکردی درگیر در بیماری MS می‌تواند منجر به اختلال در حوزه جنسی اولیه شود باید در سیستم‌های بهداشتی رویکرد پرداختن به این اختلالات از نظر درمان و مشاوره مد نظر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: اختلال جنسی، مولتیپل اسکلروزیس، مقیاس گستردگی ناتوانی فیزیکی-EDSS

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) (Multiple Sclerosis) یک بیماری مزمن دستگاه عصبی مرکزی است که به وسیله تخریب غلاف میلین و در موارد شدید صدمه به آکسون‌ها و الیگو دندریت‌ها

مولف مسئول: پروین رهنما- تهران: خیابان ولیعصر چهارراه طالقانی کوچه شهید رحیم زاده پلاک ۶ E-mail: p_rahnama1381@yahoo.com
۱. دانشیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۴/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۴/۲۳ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۱۱/۱۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

باعث فلج و اختلال سیستم حسی، به هم خوردن سیستم تعادلی و اختلال اتونوم و کارکرد جنسی می‌شود(۱). اگر چه اختلال جنسی ناشی از بیماری‌های نورولوژیک تهدیدکننده زندگی نیست اما وقوع آن می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد مبتلا و رضایت‌مندی آن‌ها تاثیر بگذارد(۲). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد و موضوعات جنسی از جمله عوامل مهمی هستند که در این کاهش سهیم هستند(۳).

بیماری MS رایج‌ترین علل ناتوانایی پیشرونده نورولوژیکال در بالغین جوان می‌باشد(۴). بیماران در معرض انواع علائم شامل اختلال در سیستم عضلانی اسلکتی (اسپاسم، ضعف ماهیچه)، اختلال اتونومیک (مشکلات مثانه، روده و اختلال جنسی)، درد و اختلال شناختی می‌باشند که به عوارض ناشی از دارو اضافه می‌شوند(۵). در شروع بیماری علائم متفاوتی در فرد مبتلا می‌تواند بروز نماید که شامل تغییر در درک حس (۳۳ درصد)، ضعف ماهیچه، مشکل درحرکت، اختلال در بینایی به‌صورت کامل یا نسبی (۲۰درصد)، مشکلات تعادلی (۳درصد) و اختلال در عملکرد مثانه و روده‌ها می‌باشد(۷،۶). مشکلات مثانه در ۷۰ تا ۸۰ درصد افراد با بیماری MS ایجاد می شود(۹،۸) که مرتبط با سطوح بالایی از ناتوانایی و نشانه‌های پیرامیدال در اندام‌های تحتانی می‌باشد(۱۰). مسائل روده‌ای نیز درصد بالایی از بیماران مذکور را تحت تاثیر قرار می‌دهد که به صورت‌های متفاوتی از جمله یبوست بروز می‌کند(۱۱). همه موارد فوق می‌تواند به صورت مستقیم یا غیر مستقیم بر فعالیت جنسی بیماران موثر باشد.

اختلال جنسی یک موضوع مهم است که متاسفانه به عنوان یکی از علائم این بیماری مورد غفلت واقع شده است(۱۲). اختلال مذکور در بیماری MS می‌تواند به دلایل متعدد رخ می‌دهد(۱۳،۱۴). روند بیماری به همراه ضایعات ایجاد شده در طناب نخاعی به عنوان دلیل اصلی مطرح می‌شوند. Foley و همکاران یک مدل مفهومی، برای بیماران مذکور بر حسب اختلال جنسی اولیه، ثانویه و ثالثیه، را مطرح کردند. اختلال جنسی اولیه به تغییرات نورولوژیک در سیستم عصبی مرکزی که مستقیماً مر بوط به بیماری است و پاسخ‌های جنسی و احساس جنسی را دچار اختلال می‌کند اشاره دارد که نتیجه این تغییرات در زنان کاهش لیبیدو، تغیراتی در حس جنسی (از جمله بی‌حسی، درد، سوزشیا یا ناراحتی) کاهش لیز شدن واژن و کاهش تکرر و/ یا شدت ارگاسم می‌باشد. اختلالات جنسی ثانویه ناشی از تغییرات فیزیکی یا علایم مربوط به بیماری می‌باشد که به طور غیر مستقیم پاسخ‌های جنسی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اختلال جنسی ثالثیه اشاره به جنبه‌های عاطفی، اجتماعی و فرهنگی بیماری دارد که می‌تواند فعالیت جنسی فرد را از جنبه‌های مختلف از قبیل تغییرات خلقی، احساس وابستگی، اشکال در برقرار کردن ارتباط با شریک جنسی، کاهش عزت نفس و افسردگی تحت تاثیر قرار دهد(۱۵،۱۶).

علی‌رغم مطالعات انجام شده در ارتباط با عوامل مرتبط با اختلال جنسی در بیماران مبتلا به MS ارتباط تغییرات عصبی ایجاد شده در سیستم‌های کارکردی بیمار که بر اختلالات جنسی تاثیر گذارند، مورد ارزیابی و بررسی قرار نگرفته است لذا مطالعه حاضر به منظور بررسی *تغییرات عصبی ناشی از* بیماری MS بر مشکلات جنسی اولیه صورت گرفته است. ازآن‌جا که در این مطالعه تمرکز ما بر بررسی اختلال در سیستم‌های کارکردی و ارتباط آن با اختلالات در کارکرد جنسی است حوزه‌های ثانویه و ثالثیه جنسی که مستقیماً ناشی از اختلال سیستم اعصاب مرکزی نیست مورد بررسی قرار نگرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه مقطعی حاضر در سال ۹۲ انجام شد و جامعه پژوهش را زنان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی MS وابسته به دانشگاه تهران واقع در بیمارستان سینا تشکیل می‌دادند که تشخیص قطعی بیماری آن‌ها بر اساس

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

ملاک تشخیصی بازبینی شده McDonald و همکاران (۱۷) توسط متخصص مغز و اعصاب تایید شده بود. ملاک ورود به مطالعه شامل زنان متاهلی بودکه حداقل شش ماه از ازدواج آن‌ها گذشته باشد و ملاک خروج نداشتن تجربه جنسی در زندگی مشترک بود و کلیه شرکت‌کنندگان فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند. تعداد نمونه بر اساس مطالعه پایلوت و احتساب ریزش نمونه‌ها ۲۲۶ نفر محاسبه شد. جمع‌آوری اطلاعات در مورد خصوصیات دموگرافیک توسط کارشناس مامایی انجام و در حضور وی پرسش‌نامه صمیمیت و فعالیت جنسی (The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-MSISQ 19)، در بیماران مبتلابه MS تکمیل گردید که قبلاً توسط محقق و همکاران اعتباریابی شده است(۱۸). این پرسش نامه با ۱۹ سوال دارای سه خرده مقیاس است که این سوالات اثر بیماری را بر فعالیت و رضایت‌مندی جنسی بیماران در شش ماه گذشته براساس ادراکی که بیماران دارند، ارزیابی می‌نماید. سه خرده مقیاس شامل :الف) خرده مقیاس مشکلات جنسی اولیه که مستقیماً به علت تغییرات سیستم اعصاب مرکزی ناشی از بیماری به وجود آمده است. ب) مشکلات جنسی ثانویه که ناشی از اثر غیر مستقیم مشکلات فیزیکی ایجاد شده به دنبال بیماری مانند احساس خستگی یا مشکلات رودی یا مثانه‌ای ایجادشده می‌باشد و نهایتاً ج)مشکلات جنسی ثالثیه ناشی از مشکلات روانی- اجتماعی که بیماری برای فرد ایجاد کرده است می‌باشد(۱۸). نمرات در یک سطح لیکرتی ۱ هرگز، ۲ اغلب، ۳ گاهی، ۴ اکثر موارد و ۵ همیشه طراحی شده است. ۵ سوال ادراک شده از این پرسش‌نامه مربوط به بعد اختلالات جنسی اولیه می‌باشد که در این مطالعه مورد ارزیابی واقع شد و شامل فقدان رغبت یا میل جنسی، کم‌حسی یا بی‌حسی در دستگاه تناسلی، شدت کم یا لذت کم ارگاسم یا اوج لذت جنسی، دیر رسیدن به اوج لذت جنسی یا ارگاسم و رطوبت ناکافی مهبلی بود. بر اساس این پرسش نامه افراد نمونه به دو گروه دارای اختلالات جنسی و گروه بدون اختلالات جنسی تقسیم‌بندی شدند. در این پرسش‌نامه نمره بیش‌تر نشان دهنده اختلال بیش‌تر در فعالیت جنسی و نمره برش آن مساوی یا بیش از ۴ است. خصوصیات بیماری MS که شامل نوع روند بیماری، مدت بیماری، داروهای استفاده شده و سیستم‌های کارکردی درگیر (شامل اختلال بینایی،اختلال مخ و مخچه، اختلال مثانه،اختلال پیرامیدال و اختلال حسی) بود و میزان گستردگی ناتوانی فیزیکی بیماران (EDSS-Expanded Disability Status Scale) بود که توسط متخصص مغز و اعصاب از طریق معاینه بالینی عصبی تعیین و نمره‌دهی شد. مقیاس EDSS، یکی از استانداردهای طلایی و رایج برای ارزیابی میزان یا شدت از کار افتادگی و ناتوانی فیزیکی در بیماران مبتلا به MS می‌باشد(۶) که در مطالعه حاضر به کار گرفته شد. سیستم نمره‌گذاری آن بر اساس معاینه بالینی متخصص مغز و اعصاب از سیستم‌های کارکردی فرد مبتلا به MS است و از ۰ (معاینه عصبی طبیعی) تا ۱۰ (مرگ به علتMS) رتبه‌بندی می‌شود. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و به وسیله روش‌های آمار توصیفی و آنالیز رگرسیون لجستیک یک متغیره انجام شد.

یافته ها

میانگین سن زنان شرکت‌کننده در این مطالعه ۸/۰۷ ± ۳۵/۷۷ سال بود. سن بیمار هنگام تشخیص بیماری۷/۷ ± ۲۹/۵ (۱۰/۳ درصد افراد بیست سال یا کم‌تر، ۴۶/۹درصد افراد بین ۲۱ تا ۳۰ سالگی، ۳۶/۲ درصد افراد بین ۳۱ تا۴۰ سالگی و ۶/۷ درصد در سن۴۱ سالگی یا بالاتر بودند) و متوسط نمره ۲/۲ ± ۲/۹۶ = EDSS ومدت بیماری ۵/۰۴± ۶/۳ سال بود. ۹۹ نفر از بیماران (۸ /۴۳ درصد) دارای اختلال در حوزه جنسی و ۱۲۷ نفر (۵۶/۲ درصد) بدون اختلال بودند. شایع‌ترین اختلال گزارش شده مرتبط به اختلال در ارگاسم (۶۴ نفر و ۲۸/۳ درصد) بود (جدول شماره ۱). اگر چه بر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

اساس آنالیز رگرسیون تک متغیره اختلافی بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و بالینی بین دو گروه وجود نداشت ولی افراد دارای اختلال در حوزه جنسی اولیه نسبت به گروهی که اختلال نداشتند، مسن تر بوده، سطح سواد کم تری داشته، خانه دار بوده و طول مدت ازدواج آن ها نیز بیش تر بوده است. هم چنین از نظر بالینی نیزوقوع اختلال در حوزه جنسی در افرادی که طول مدت کم‌تری از بیماری آن‌ها می‌گذشت بیش‌تر بود. هم چنین میزان ناتوانی جسمی در افراد مبتلا به اختلال در حوزه جنسی اولیه بیش‌تر بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی گویه های مربوط به حوزه اختلال جنسی اولیه

		ابتلا به اختلال کارکرد جنسی اولیه		عدم ابتلا به کارکرد جنسی اولیه	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سوالات اختلال جنسی اولیه	سوال ۱۲(کم حسی یا بی حسی در ژنیتالیا)	۵۷	۲۵/۲	۱۶۹	۷۴/۸
	سوال۱۶(فقدان رغبت یا میل جنسی)	۵۴	۲۳/۹	۱۷۲	۷۶/۱
	سوال۱۷(شدت کم ارگاسم یا لذت کم)	۶۴	۲۸/۳	۱۶۲	۷۱/۷
	سوال(۱۸دیر رسیدن به اوج لذت جنسی)	۶۲	۲۷/۴	۱۶۴	۷۲/۶
	سوال۱۹(رطوبت نا کافی مهبلی)	۲۱	۹/۳	۲۰۵	۹۰/۷
اختلال جنسی اولیه		۹۹	۴۳/۸	۱۲۷	۵۶/۲

جدول شماره ۲: ارتباط اختلال جنسی اولیه با متغیرهای دموگرافیک و بالینی در نمونه های مورد مطالعه بر اساس آنالیز رگرسیون تک متغیره

متغیرهای دموگرافیک و بالینی	ابتلا به اختلال کارکرد جنسی اولیه	عدم ابتلا به اختلال کارکرد جنسی اولیه	خطر نسبی	۹۵ درصد فاصله اطمینان	سطح معنی داری
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)			
سن					
≥۳۵	۵۱ (۵۱/۵)	۶۶ (۵۲/۰)	۱/۰(ref)		
≤۳۶	۴۸(۴۸/۵)	۶۱ (۴۸/۰)	۱/۰۱۸	۰/۶۰۲-۱/۷۲۳	< ۰/۰۰۴
تحصیلات					
دانشگاهی	۲۷ (۲۷/۳)	۴۲ (۳۳/۱)	۱/۰(ref)		
ابتدایی و راهنمایی	۱۰ (۱۰/۱)	۹ (۷/۱)	۱/۷۲۸	۰/۶۲۲-۴/۸۰۳	< ۰/۰۱۲
دبیرستان	۶۲ (۶۲/۶)	۷۶ (۵۹/۸)	۲/۲۸۶	۴/۳۷۴-۰/۷۰۵	< ۰/۱۸
مدت ازدواج					
≥۱۰	۳۸ (۳۸/۴)	۵۸ (۴۵/۷)	۱/۰(ref)		
۱۱-۲۰	۳۴ (۳۴/۳)	۴۷ (۳۷/۰)	۱/۱۰۴	۰/۶۰۵-۲/۰۱۵	< ۰/۲۵۰
۲۱-۴۰	۲۷ (۲۷/۳)	۲۲ (۱۷/۳)	۲/۸۳۳	۰/۹۳۴-۳/۵۷۰	< ۰/۰۰۶
شغل					
شاغل	۱۶ (۱۶/۲)	۲۱ (۱۶/۵)	۱/۰(ref)		
خانه دار	۸۳ (۸۳/۸)	۱۰۶ (۸۳/۵)	۱/۰۲۸	۰/۵۰۵-۲/۰۹۲	< ۰/۰۰۸
مدت بیماری					
≤۹ سال	۲۳ (۲۳/۲)	۳۴ (۲۶/۸)	۱/۰(ref)		
۰-۳ سال	۴۷ (۴۷/۵)	۴۴ (۳۴/۶)	۱/۵۷۹	۰/۸۰۸-۳/۰۸۶	< ۰/۰۰۳
۴-۸ سال	۲۹ (۲۹/۳)	۴۹ (۳۸/۶)	۰/۸۷۵	۰/۴۳۴-۱/۷۳۶	p= ۰/۹۶۲
روند بیماری					
PPMS	۷۱ (۷۱/۷)	۹۸ (۷۷/۲)	۱/۰(ref)		
PRMS،SPMS	۲۸ (۲۸/۳)	۲۹ (۲۲/۸)	۱/۳۳۰	۰/۷۳۰-۲/۴۳۴	< ۰/۰۰۵
ناتوانایی فیزیکی (EDSS)					
۰-۴/۵	۷۲ (۷۲/۷)	۹۳ (۷۳/۲)	۱/۰(ref)		
۵-۹	۲۷ (۲۷/۳)	۳۴ (۲۶/۸)	۱/۰۲۶	۰/۵۶۴-۱/۸۵۳	< ۰/۰۰۵
اختلال بینایی					
ندارد	۸۷ (۸۷/۹)	۱۱۰ (۸۶/۶)	۱/۰(ref)		
دارد	۱۲ (۱۲۷/۱۱)	۱۷ (۱۳/۴)	۱/۱۲۰	۰/۵۰۸۴-۲/۴۷۰	< ۰/۰۰۶
اختلال در مغز و مخچه					
ندارد	۳۹ (۳۹/۴)	۷۶ (۵۹/۸)	۱/۰(ref)		
دارد	۶۰ (۶۰/۶)	۵۱ (۴۰/۲)	۲/۲۹۳	۱/۳۴۰-۳/۹۲۲	< ۰/۰۰۲
اختلال مثانه					
ندارد	۶۲ (۶۲/۶)	۹۳ (۷۳/۲)	۱/۰(ref)		
دارد	۳۷ (۳۷/۴)	۳۴ (۲۶/۸)	۱/۶۳۲	۰/۹۲۷-۲/۸۷۴	p= ۰/۰۸
اختلال پیرامیدال					
ندارد	۱۱ (۱۱/۱)	۳۵ (۲۷/۶)	۱/۰(ref)		
دارد	۸۸ (۸۸/۹)	۹۲ (۷۲/۴)	۳/۰۴۳	۱/۴۵۵-۶/۳۶۵	< ۰/۰۰۲
اختلال حسی					
ندارد	۲۱ (۲۱/۲)	۴۴ (۳۴/۶)	۱/۰(ref)		
دارد	۷۸ (۷۸/۸)	۸۳ (۶۵/۴)	۱/۹۶۹	۱/۰۷۵-۳/۶۰۵	< ۰/۰۲۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

نتایج آنالیز تک متغیره در ارتباط با سیستم‌های کارکردی درگیر نشان داد در افرادی که مبتلا به اختلال مغز و مخچه بودند احتمال ابتلا به اختلال جنسی اولیه در آن‌ها بیش از ۲ برابر گروه غیر مبتلا به اختلال مغز و مخچه بود (p=۰/۰۰۲). هم‌چنین نتایج نشان داد که وقوع اختلال جنسی اولیه در گروهی که اختلالات پیرامیدال داشتند ۳ برابر بیش‌تر از گروه غیر مبتلا بود (p=۰/۰۰۲) (جدول شماره ۲). در ارتباط با اختلالات حسی وقوع اختلال جنسی اولیه در افراد با اختلال حسی بیش از ۱/۵ برابر افزایش می‌یابد (p=۰/۰۲۸) (جدول شماره ۲). نتایج حاصل از مطالعه در مورد ارتباط اختلال جنسی اولیه با سیستم‌های کارکردی درگیر در نمونه‌های مورد مطالعه بر اساس آنالیز رگرسیون چند متغیره بیان گر آن بود که شانس ابتلا به وقوع اختلال جنسی اولیه در افراد مبتلا به اختلال مخ و مخچه ۲/۵۴ برابر (Odds ratio=۲/۵۴ ،CI ۹۵ درصد =۱/۴۰۵-۴/۶۰۷)، مبتلا به اختلال پیرامیدال ۳ برابر (Odds ratio=۳/۱۴۷ ،CI ۹۵ درصد =۱/۳۶۳-۷/۲۶۷) و اختلال حسی بیش از ۳ برابر (Odds ratio=۳/۱۳۲ ،CI 95 درصد =۱/۵۶۸-۶/۲۵۳) افزایش می‌یابد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: ارتباط حوزه اختلال جنسی اولیه با سیستم های کارکردی درگیر درنمونه‌های مورد مطالعه براساس آنالیز رگرسیون چند متغیره

متغیرها		خطر نسبی	(۹۵ درصد فاصله اطمینان)	سطح معنی داری
اختلال بینایی				
	ندارد	۱/۰(ref)		
	دارد	۲/۲۴۱	۰/۸۷۴-۵/۷۴۷	p=۰/ ۰۹۳
اختلال در مغز و مخچه				
	ندارد	۱/۰(ref)		
	دارد	۲/۵۴	۱/۴۰۵-۴/۶۰۷	<۰/۰۰۲
اختلال مثانه				
	ندارد	۱/۰(ref)		
	دارد	۱/۵۹۴	۰/۸۷۰-۲/۹۱۹	p=۰/۱۳۰
اختلال پیرامیدال				
	ندارد	۱/۰(ref)		
	دارد	۳/۱۴۷	۱/۳۶۳-۷/۲۶۷	<۰/۰۰۷
اختلال حسی				
	ندارد	۱/۰(ref)		
	دارد	۳/۱۳۲	۱/۵۶۸-۶/۲۵۳	<۰/۰۰۱

بحث

بیماری MS تاثیر مخربی بر عملکرد جنسی زنان دارد که به علت تغییرات فیزیولوژیکی و پاسخ‌های سایکولوژیکی بیماران MS می‌باشد. در مطالعه حاضر اختلالات جنسی اولیه مورد بررسی واقع شد. تغییرات ایجاد شده در این حوزه ارتباط مستقیم با تغییرات عصبی ناشی از بیماری در سیستم اعصاب مرکزی بیماران دارد که می‌توانند مستقیماً بر احساسات و پاسخ‌های جنسی موثر باشد. شایع‌ترین مشکل جنسی مطرح شده در این مطالعه اختلالات مربوط به ارگاسم و تاخیر در ارگاسم گزارش شد و در مطالعه Demirkiran و همکاران و Tepavcevic و همکاران کاهش لیبیدو و سپس اختلال ارگاسم مشاهده شد(۱۹،۲۰). هم‌چنین در مطالعه Demirkiran و همکاران(۱۹) درصد افرادی که مبتلا به اختلال ارگاسم بودند بسیار بیش از مطالعه حاضر بود (۸۰ درصد در مقابل ۲۸ درصدبه ترتیب) . هم چنین در مطالعه حاضر اختلال جنسی اولیه حدود ۴۴ درصد مشاهده شد در حالی که درمطالعه Demirkiran و همکاران(۱۹) اختلال مذکور ۸۰ درصد گزارش شده است که تقریباً دو برابر میزان مشاهده شده در مطالعه فعلی می‌باشد. در مطالعه مرقاتی خویی و همکاران نیز شیوع اختلالات جنسی بالا و ۸۷ درصد و تاخیر در ارگاسم با شیوع ۷۵/۷ درصد شایع‌ترین اختلال جنسی بیماران بود(۳) که با نتایج مطالعه حاضر از نظر شایع‌ترین اختلال (ارگاسمیک) مشابهت داشت در حالی که در مطالعه Tzortzis و همکاران شیوع اختلال جنسی ۳۴/۹ درصد گزارش شده است(۲۱). از آن‌جایی‌که ابزار به کار برده شده در این مطالعه‌ها یکسان بود لذا این مسئله می‌تواندتا حدی ناشی از تفاوت فرهنگی بین گروه‌های مورد مطالعه باشد. اما نکته مهم آن است که نقطه برش پرسش‌نامه در بررسی Demirkiran و همکاران(۱۹) و هم در بررسی مرقاتی‌خویی و همکاران(۳) مساوی یا بیش‌تراز ۳ در نظر گرفته شده بود در صورتی که بر اساس نظر طراح پرسش‌نامه نقطه برش مساوی یا بیش‌تر از ۴ می‌باشد. در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

خصوص پایین بودن شیوع SD در نمونه‌های مطالعه Tzortzis و همکاران(۲۱) نسبت به مطالعه حاضر، باید به نکته‌ای توجه داشت و آن این است که افراد مورد مطالعه Tzortzis و همکاران(۲۱) بنا بر اهداف محقق از نظر میزان ناتوانی فیزیکی طوری انتخاب شده بودند که همگی دارای نمره ناتوانی فیزیکی کمی باشند (EDSS= ۳/۵-۰) در حالی که طیف نمره EDSS جمعیت مطالعه حاضر بین ۰تا ۸ بود. یکی از مهم‌ترین مسائلی که بیماران در مراحل اولیه بیماری خود تجربه می‌کنند اختلالات مربوط به مثانه است که در بسیاری از موارد درمان‌های انجام شده منجر به کاهش علائم می‌شود(۲۱). از عوامل مهمی که می‌تواند بر اختلال و مسائل جنسی در بیماران موثر باشد اختلال در عملکرد مثانه است(۲۲) و در برخی مطالعات ارتباط معنی‌داری بین علایم نورولوژیکال سگمان‌های ساکرال همانند اختلالات مثانه با تغییر در عملکرد جنسی وجود داشته است(۲۴،۲۳). در حالی که در مطالعه انجام شده فعلی ارتباط معنی داری بین اختلالات مثانه و اختلالات مربوط به حوزه جنسی اولیه دیده نشد. هر چند اختلالات جنسی اولیه به احتمال بیش‌تری در زنانی که اختلالات کارکرد مثانه را دارند دیده می‌شود. در مطالعه Dimirkiran و همکاران(۱۹) اگر چه که وقوع اختلالات مثانه در بیماران مبتلا به MS بیش‌تر از مطالعه حاضر بود ولی ایشان نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده نکردند. هم‌چنین نتایج انجام شده در مطالعه ای که تغییرات ایجاد شده در عملکرد مثانه را از نظر وجود اختلالات یورودینامیک در بیماران مورد بررسی قرار داده است اختلاف معنی‌داری بین افرادی که اختلال جنسی دارند با افرادی که ندارند مشاهده نشد(۲۵). اشتری و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری بین اختلالات کارکردی مثانه با مشکلات جنسی پیدا نکردند اما مشاهده کردند که بین علایم مثانه ای با کاهش حسی ژنیتالیا و ظرفیت کم ارگاسمیک همبستگی زیادی وجود دارد(۲۶).

در مطالعه انجام شده حاضر نتایج نشان داد که نارسائی‌های سیستم پیرامیدال و هم‌چنین مخ و مخچه با اختلالات در حوزه جنسی اولیه ارتباط دارد و افراد دارای بیماری MS مبتلا به SD دو برابر بیش از افراد بدون SD مبتلا به درگیری‌های مغزو ساقه مغز و بیش از ۳ برابر مبتلا به درگیری‌های سیستم پیرامیدال هستند. براساس بررسی‌های MRI (Magnetic Resonance Imagery) انجام شده از جمله مطالعه Barak و همکاران بر افراد دارای بیماری MS، همبستگی آنورگاسمیا با ابنورمالی‌های ساقه مغز و اختلالات پیرامیدال گزارش گردید(۲۷). D.cordeau نیز در بررسی خود روی زنان مبتلا به MS بیان نمود که ضایعات ساقه مغز و پیرامیدال مرتبط با آنورگاسمیا می‌باشند(۲۸).

Zividanov و همکارانش نیز در بررسی‌های MRI خود بین اختلالات کارکرد جنسی و ضایعات مخرب پل دماغی (pons) ارتباط معنی‌داری به دست آوردند(۲۵). اطلاعات موجود تصور این که ساقه مغز در تنظیم عملکرد جنسی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد را تقویت می‌کند.

از نتایج دیگر مطالعه حاضر وجود ارتباط بین اختلالات حسی و اختلال جنسی اولیه بود. سایر مطالعات انجام شده ارتباط اختلالات حسی را در دستگاه تناسلی با اختلالات جنسی مورد بررسی قرار داده‌اند و اختلالات حسی در دستگاه تناسلی نسبت به سایر قسمت‌های بدن در خانم‌های مبتلا به بیماری MS بیش‌تر است، ۲۰ درصد در پاها، ۲۲/۵ درصد در دست‌ها در مقابل ۵۰ درصد در دستگاه تناسلی(۲۹). نتایج مطالعه انجام شده در ارتباط با کاهش میزان حساسیت و آستانه حسی با اختلال جنسی تایید کرده‌اند که می‌تواند در بروز اختلال ارگاسم در خانم‌های مبتلا به بیماری موثر باشد(۳۰).

پیشنهاد می‌شود تا برنامه توان بخشی جنسی به عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع بیماران مبتلا به MS در نظر گرفته شود و با شناسایی زودرس بیماری MS و اختلالات جنسی از پیشرفت بیماری و در نتیجه شدیدتر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

شدن علایم جنسی آنان جلوگیری نمود. پرداختن به این معضل و یافتن برخی عوامل تاثیرگذار برکارکرد جنسی مبتلایان می‌تواند مسیر مطالعات مداخله ای بعدی و تبیین استراتژی‌های جدید درمانی و مشاوره‌ای را فراهم نماید تا در جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنان قدم‌هایی برداشته شود. با توجه به هدف تحقیق که بررسی سیستم‌های کارکردی درگیر بر اختلالات جنسی اولیه بود اگر در مطالعه افرادی که قبل از بیماری MS مشکلات جنسی داشتند و آن‌هایی که بعداز بیماری مشکلات جنسی برایشان ایجاد شده بود را در دو گروه مجزا قرار می‌دادیم نتایج با اطمینان بیش تری قابل تعمیم بود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه شاهد به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش ابراز می‌نماید.

References

1. Smith CR, Samkoff LM, Scheinberg LC. Clinical features, assessment and differential diagnosis of multiple sclerosis. In: Halbreich U, (ed). Multiple sclerosis: A neuropsychological disorder. Washington DC: American Psychiatric Press; 1993. p. 254-262.
2. Rice A .Sexuality in cancer and palliative care 1: Effects of disease and treatment. Int J Palliat Nurs 2000; 6(8): 392-397.
3. Merghati-Khoei E, Qaderi K, Amini L, Korte JE. Sexual problems among women with multiple sclerosis. J Neurol Sci 2013; 331(1-2): 81-85.
4. Fletcher SG, Castro-Borrero W, Remington G, Treadaway K, Lemack GE, Frohman EM. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management. Nat Clin Pract Urol 2009; 6(2): 96-107.
5. Crayton HJ, Rossman HS. Managing the symptoms of multiple sclerosis: a multimodal approach. Clin Ther 2006; 28(4): 445-460.
6. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983; 33(11): 1444-1452.
7. Navarro S, Mondéjar-Marín B, Pedrosa-Guerrero A, Pérez-Molina I, Garrido-Robres J, Alvarez-Tejerina A. Aphasia and parietal syndrome as the presenting symptoms of a demyelinating disease with pseudotumoral lesions. Rev Neurol 2005; 41(10): 601-603.
8. Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DA. Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. J Neurol 1999; 246(11): 1027-1032.
9. Burguera-Hernández JA. Urinary alterations in multiple sclerosis. Rev Neurol 2000; 30(10): 989-0992.
10. Betts CD, D'Mellow MT, Fowler CJ. Urinary symptoms and the neurological features of bladder dysfunction in multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1993; 56(3): 245-250.
11. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions (Great Britain)"Diagnosis and treatment of specific impairments". Multiple sclerosis: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. NICE Clinical Guidelines. London: Royal College of Physicians (UK); 2004. p. 87-132.
12. Foley FW, Sanders A. Sexuality, multiple sclerosis and women. Mult Scler Manage. 1997; 4: 1-9.
13. Valleroy ML, Kraft GH. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]

1984; 65(3): 125-128.

14. Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, Bragadin LM, Moretti R, Bonfigli L, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. Mult Scler 1999; 5(6): 428-431.
15. Foley FW, Iverson J. Sexuality and multiple sclerosis. In Kalb RC, Scheinberg LC eds. Multiple sclerosis and the family. New York: Demos; 1992: 63-82.
16. Sanders AS, Foley FW, LaRocca GL, Zemon V. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire-19 (MSISQ-19). Sexuality and Disability 2000; 18(1): 3-26.
17. Polman CH, Reingold SC, Edan G, Filippi M, Hartung HP, Kappos L, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald criteria". Ann Neurol 2005; 58(6): 840-846.
18. Mohammadi K, Rahnama P, Montazeri A, Frederick FW. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19): reliability, validity and factor structure of the Persian version. J Sex Med 2014; 11(9): 2225-2231.
19. Dimirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patient with or without sexual dysfunction. Mult Scler 2006; 12(2): 209-214.
20. Tepavcevic D, Kostic J, Basuroski I, Stojsavljevic N, Pekmezovic T, Drulovic J. The impact of sexual dysfunction on quality of life measured by MSISQ-54 in patient with multiple sclerosis. Mult Scler 2008; 14(8): 1131-1136.
21. Tzortzis V, Skriapas K, Hadjigeorgiou G. Sexual dysfunction in newly diagnosed multiple sclerosis women. Mult Scler 2008; 14(4): 561-563.
22. Donzé C1, Hautecoeur P. Urinary, sexual, and bowel disorders in early-stage multiple sclerosis. Rev Neurol (Paris) 2009; 165 (suppl 4): 148-155.
23. Hawker KS, Frohman EM. Bladder, Bowel, and Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis. Curr Treat Options Neurol 2001; 3(3): 207-214.
24. Zorzon M, Zivadinov R, Bragadin LM, Moretti R, DeMasi R, Nasuelli D, et al. Sexual dysfunction inmultiple sclerosis: a 2-year follow-up study. J Neurol Sci 2001; 187(1-2): 1-5.
25. Zivadinov R, ZorzonM, Locatelli L, Stival B, Monti F, Nasuelli D, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a MRI, neurophysiological and urodynamic study. J Neurol Sci 2003; 210(1-2): 73-76.
26. Ashtari F, Rezvani R, Afshar H. sexual dysfunction with multiple sclerosis: Dimensions and contributory factors. J Res Med Sci 2014; 19(3): 228-233.
27. Barak Y, Achiron A, Elizur A, Gabbay U, Noy S, Sarova-Pinhas I. Sexual dysfunction in relapsing-remitting multiple sclerosis: magnetic resonance imaging, and clinical correlates. J Psychiatry Neuroscience 1996; 21(4): 255-258.
28. Cordeau D, Courtois F. Sexual disorders in women with MS: Assessment and management. Ann Phys Rehabil Med 2014; 57(5): 337-347.
29. Sec¸il Y, Yetimalar Y, Gedizlioglu M, Arpaci E, Tokuc¸oglu F, Inceoglu Kendir A, et al. Sexual dysfunction and sympathetic skin response recorded from the genital region in women with multiple sclerosis. Mult Scler 2007; 13(6): 742-748.
30. Gruenwald I, Vardi Y, Gartman I, Juven E, Sprecher E, Yarnitsky D, et al. Sexual dysfunction in females with multiple sclerosis: quantitative sensory testing. Mult Scler 2007; 13(1): 95-105.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-08]