

Evaluation of Sexual Dysfunction in Patients with Rheumatoid Arthritis

Mohsen Noroozi¹, Mehdi Gholamzadeh Baeis^{2*}, Shahin Borzooei¹

¹Department of Medicine,
Faculty of Medicine, Qom
Branch, Islamic Azad
University, Qom, Iran.

²Young Researchers & Elites
Club, Qom Branch, Islamic
Azad University, Qom, Iran.

*Corresponding Author:
Mehdi Gholamzadeh Baeis,
Young Researchers & Elites
Club, Qom Branch, Islamic
Azad University, Qom, Iran.

Email:
dr.M.Gholamzadeh@gmail.com

Received: 26 Feb, 2016

Accepted: 5 Jun, 2016

Abstract

Background and Objectives: Rheumatoid arthritis is one of the most common autoimmune diseases, which affects about 1% of the world population. Rheumatoid arthritis may affect all aspects of life, including sexual function. In this study, sexual dysfunction was evaluated in patients with rheumatoid arthritis.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted in the first 6 months of 2015 in Qom city. The samples (N=120) were selected by available non-random method. Data collection tool was demographic characteristics questionnaire, Female Sexual Function Index (FSFI), International Index of Erectile Function (IIEF), and checklist of patient information, clinical examination, and laboratory data. The data were analyzed using Chi-square and t tests. The level of significance was considered less than 0.05.

Results: The mean age of the samples was 39.2±9.3 years and the majority of the subjects were female (79.2 %). Sixty-four subjects (53.3%) had sexual dysfunction. The prevalence of sexual dysfunction in female patients was higher, which was statistically significantly different (p=0.016).

Conclusion: The results of this study showed that there is a relationship between rheumatoid arthritis and sexual dysfunction, therefore, it is recommended that health care staff accurately and more importantly follow this issue in patients with rheumatoid arthritis and that serious screening be performed for all patients with rheumatoid arthritis, especially women.

Keywords: Arthritis, Rheumatoid; Sexual behavior; Sexual dysfunction, Physiological; Arthritis.

ارزیابی اختلالات عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

محسن نوروزی^۱، مهدی غلامزاده بائیس^{۲*}، شاهین برزویی^۱

چکیده

زمینه و هدف: آرتریت روماتوئید، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خودایمنی است که حدود ۱٪ مردم جهان به آن گرفتار هستند. آرتریت روماتوئید ممکن است بر تمام جنبه‌های زندگی از جمله عملکرد جنسی تأثیر بگذارد. در این مطالعه به ارزیابی اختلالات جنسی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخته شد.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی - تحلیلی در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۴ در شهر قم انجام شد. نمونه‌ها (تعداد ۱۲۰ نفر) به صورت غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)، پرسشنامه شاخص بین‌المللی اختلال نعوظ (IIEF)، چک‌لیست ثبت اطلاعات شخصی بیماران، معاینه بالینی و اطلاعات آزمایشگاهی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای مربع و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین سنی نمونه‌ها، $39/2 \pm 9/3$ سال و اکثریت واحدهای مورد پژوهش، مؤنث (۷۹/۲٪) بودند. ۶۴ نفر (۵۳/۳٪)، اختلالات جنسی داشتند. شیوع اختلال جنسی در بیماران مؤنث بیشتر بود که اختلاف آماری معنی‌داری در این زمینه دیده شد ($p=0/016$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بین آرتریت روماتوئید و ایجاد اختلال عملکرد جنسی ارتباط وجود دارد، لذا توصیه می‌گردد کادر بهداشتی درمانی با دقت و اهمیت بیشتری این مورد را در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پیگیری کرده و غربالگری جدی در تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، به خصوص زنان انجام گیرد.

کلید واژه‌ها: آرتریت روماتوئید؛ رفتار جنسی؛ عملکردهای ناهنجار جنسی - فیزیولوژیک؛ آرتریت.

گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

مهدی غلامزاده بائیس، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
dr.M.Gholamzadeh@Gmail.Com

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱۵

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Noroozi M, Gholamzadeh Baeis M, Borzoei S. Evaluation of sexual dysfunction in patients with rheumatoid arthritis. Qom Univ Med Sci J 2016;10(8):62-70. [Full Text in Persian]

مقدمه

آرتریت روماتوئید (Rheumatoid Arthritis, RA)، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خودایمنی است که حدود ۱٪ مردم جهان به آن گرفتار هستند (۱). بیماری آرتریت روماتوئید، دردناک‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آرتریت بوده که به سرعت در سرتاسر بدن منتشر و با التهاب شدید همراه است (۲). بعد از آرتروز، این بیماری شایع‌ترین نوع آرتریت‌ها محسوب می‌شود (۳). آرتریت روماتوئید با تحمیل کاهش حرکت، کارآیی و ایجاد وابستگی، اغلب موجب تغییرات بزرگی در شیوه و کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۴). آرتریت روماتوئید ممکن است بر تمام جنبه‌های زندگی، از جمله عملکرد جنسی تأثیر بگذارد. عوامل تأثیرگذار در این موضوع شامل: درد، خستگی، خشکی، اختلال عملکرد، افسردگی، اضطراب، تصویر منفی از بدن، کاهش میل جنسی، عدم تعادل هورمونی و عوارض داروهای مصرفی برای درمان بیماری می‌باشد (۵).

سلامت جنسی؛ به معنای هماهنگی و سازگاری جنبه‌های جسمی، عاطفی، عقلانی و اجتماعی انسان است که منجر به ارتقای شخصیت، روابط و عشق در او می‌شود (۶). میزان شیوع اختلالات جنسی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مطالعات مختلف، حدود ۷۶-۳۱٪ گزارش شده است (۷-۱۰). اختلالات جنسی ایجاد شده می‌توانند قبل، در حین و یا بعد از فعالیت جنسی ایجاد شوند (۱۱). عملکرد جنسی به عنوان بخشی از عوامل تشکیل دهنده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، نقش به‌سزایی دارد که متأسفانه به صورت روتین توسط پزشکان و کارکنان بهداشت مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد و بخشی از معاینات بالینی و شرح حال گرفته شده توسط کادر بهداشتی - درمانی به صورت روتین نبوده و طبق مطالعات انجام شده، فقط ۱۲٪ از بیماران توسط کادر بهداشتی درمانی از نظر اختلالات جنسی مورد معاینه، ارزیابی و غربالگری قرار می‌گیرند که دلایل عمده این کار طبق تحقیقات؛ محدودیت زمانی، ناراحتی بیمار برای پیگیری این موضوع و تردید هر یک از اعضای کادر بهداشتی درمانی برای غربالگری آن به عنوان جزئی از وظایف آنها، مشخص شده است (۱۲). اکثر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را جنس مؤنث تشکیل می‌دهد و یک‌سری تفاوت بین

سلامت جنسی در مردان و زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید وجود دارد (۱۳)، تحقیقات نشان می‌دهند زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید، کمتر خواهان ارتباطات و ارضای جنسی هستند، همچنین در حین مقاربت، درد به عنوان شکایت اصلی به علت محدودیت حرکات مفاصل درگیر در بیماری است، ولی با این وجود، در امر رضایت جنسی تفاوت آنچنانی بین مردان و زنان مشاهده نمی‌شود (۱۴، ۱۵).

مطالعات مختلفی در رابطه با تأثیر بیماری آرتریت روماتوئید بر اختلال عملکرد جنسی در سطح جهان انجام شده که از جمله می‌توان به مطالعه Abdol-Naser و همکاران اشاره کرد. این مطالعه نشان داد بیش از ۶۰٪ از زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای مشکل در عملکرد جنسی (به طور مثال ناتوانی جنسی) و کاهش میل جنسی هستند (۱۶). در مطالعه دیگری که توسط Costa و همکاران انجام شد ۷۹/۶٪ از افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید که در مطالعه شرکت کرده بودند دارای اختلال عملکرد جنسی بودند (۱۷). از سوی دیگر، مطالعات بسیار محدودی در رابطه با تأثیر بیماری آرتریت روماتوئید بر اختلال عملکرد جنسی در ایران انجام شده است. از جمله این مطالعات می‌توان به پژوهش سعادت و همکاران اشاره کرد که نتایج این مطالعه نشان داد بیشتر پارامترهای مورد بررسی، در خصوص سلامت فعالیت جنسی در مبتلایان به آرتریت روماتوئید نسبت به جمعیت عادی دارای افت عملکرد می‌باشند (۱۸). اگرچه اختلالات جنسی و مسائل موجود در روابط جنسی در این بیماران تهدیدکننده حیات نیست، ولی از آنجایی که می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد، باروری، تنظیم خانواده و مسائل زناشویی اثر بگذارد، نمی‌توان از پرداختن به آن غفلت کرد. همچنین با توجه به اینکه مطالعات داخلی در این زمینه بسیار محدود است، و این موضوع نیز به عنوان موضوعی فرهنگی - اجتماعی حایز اهمیت است، لذا در این مطالعه به ارزیابی اختلالات جنسی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخته شد.

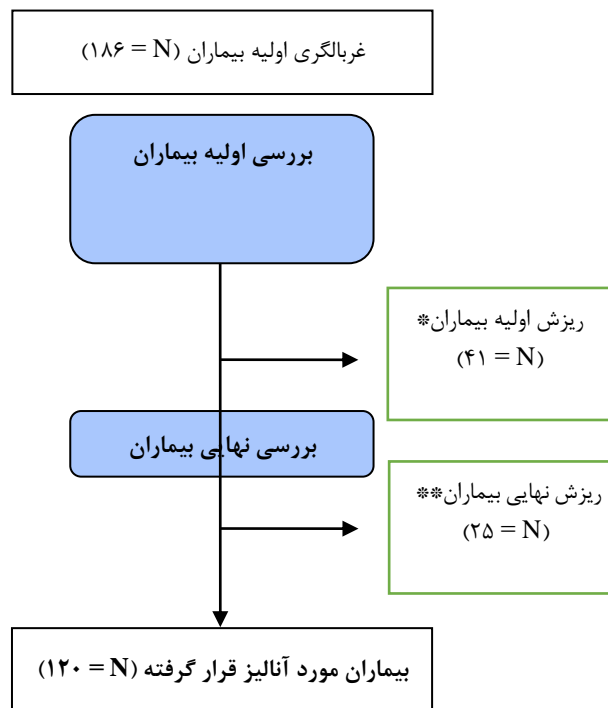
روش بررسی

در پژوهش حاضر به روش توصیفی - تحلیلی به ارزیابی وضعیت اختلال عملکرد جنسی در مبتلایان به آرتریت روماتوئید در

بیماری‌های مزمن کلیوی و کبدی، بیماران با شاخص توده‌بدنی بیشتر از ۳۵ کیلوگرم بر مترمربع، بدخیمی‌ها، دریافت خون در ۶ ماه گذشته، باردار بودن یا قصد باردار شدن و انصراف داوطلبانه بیمار در هر مرحله‌ای از پژوهش.

به‌طور کلی، ۱۸۶ فرد مبتلا به آرتريت روماتويد در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۴ به کلينيك روماتولوژی بیمارستان آيت الله گلپایگانی شهر قم مراجعه کردند که در نهایت از این تعداد، ۱۲۰ نفر با نظر پزشک فوق‌تخصص روماتولوژی، همچنین براساس ارزیابی و در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج برای هر یک از بیماران، به‌روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس وارد مطالعه شدند (نمودار شماره ۱).

۶ ماه اول سال ۱۳۹۴ در کلينيك روماتولوژی بیمارستان آيت الله گلپایگانی شهر قم پرداخته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: متأهل بودن، داشتن سابقه حداقل یک‌سال رابطه جنسی با همسر خویش، سن بالای ۲۰ سال، رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش و داشتن حداقل مدرک تحصیلی سوم راهنمایی و داشتن حداقل معیارهای مورد نیاز برای تشخیص آرتريت روماتويد براساس معیارهای ویرایش‌شده کالج روماتولوژی آمریکا (۱۹) بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: سن بیشتر از ۵۰ سال برای زنان و بیشتر از ۶۰ سال برای مردان، یائسگی در زنان، داشتن بیماری روانپزشکی مستلزم مصرف دارو در حین پژوهش، داشتن سایر بیماری‌های التهابی و اتوایمیون، بیماران مبتلا به



نمودار شماره ۱: مربوط به نحوه انتخاب بیماران.

* خروج از مطالعه به علت عدم تمایل به شرکت در مطالعه؛ ** خروج از مطالعه به علت عدم مراجعه به‌موقع و یا عدم تطابق با معیارهای ورود و خروج مطالعه.

نحوه (The International Index of Erectile Function, IIEF) که اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعات متعددی مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است (۲۵-۲۲) و چک‌لیست ثبت اطلاعات شخصی بیماران، معاینات بالینی و اطلاعات آزمایشگاهی مورد نیاز برای ارزیابی بیماران با توجه به معیارهای ویرایش‌شده کالج روماتولوژی آمریکا (۱۹).

ایزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از: پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، سابقه بیماری، سابقه مصرف دارویی و ...)، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index, FSFI) که اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است (۲۱،۲۰)، پرسشنامه شاخص بین‌المللی اختلال

کسب رضایت از فرد، آغاز شد. در نهایت پس از جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های کای مربع و تی مستقل (برای بررسی ارتباط‌های آماری موجود بین متغیرها) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی ۱۲۰ بیمار، $39/2 \pm 9/3$ سال بود و اکثریت واحدهای مورد پژوهش، مؤنث (۷۹/۲٪) بودند. نمونه‌ها برحسب مدت ابتلا به آرتریت روماتوئید ارزیابی شدند که میانگین مدت ابتلای آنها $2/5 \pm 2/9$ سال برآورد شد. براساس نتایج به‌دست‌آمده از امتیازبندی پرسشنامه‌های FSFI و IIEF که توسط بیماران پر شده بود، ۶۴ نفر (۵۳/۳٪) از نمونه‌ها مبتلا به اختلالات جنسی بودند که میانگین سنی این گروه، $45/6 \pm 13/1$ سال گزارش شد و نتایج نشان داد اختلال عملکرد جنسی ارتباط معنی‌داری با سن بیماران نداشته است ($p > 0/05$). همچنین اختلال عملکرد جنسی، ارتباط معنی‌داری را با مدت زمان ابتلا به بیماری نشان نداد ($p > 0/05$).

جدول شماره ۱: بررسی شیوع اختلال جنسی برحسب جنس

| جنس | اختلال عملکرد جنسی | |
|------------|--------------------|------------|
| | ندارد | دارد |
| مردان | ۱۷ (۶۸٪) | ۸ (۳۲٪) |
| زنان | ۳۹ (۴۱/۱٪) | ۵۶ (۵۸/۹٪) |
| کل بیماران | ۵۶ (۴۶/۷٪) | ۶۴ (۵۳/۳٪) |

داده‌ها بر اساس تعداد (درصد) می‌باشد.

در این مطالعه شیوع اختلال جنسی در بیماران مؤنث، بیشتر بود (جدول شماره ۱) و اختلاف آماری معنی‌داری براساس جنس در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که دارای اختلال عملکرد جنسی بودند، مشاهده گردید ($p = 0/016$).

بیماران مورد بررسی در این پژوهش براساس شدت درگیری بیماری، پروتکل درمانی متفاوتی را مصرف کردند (نمودار شماره ۲)، ارزیابی‌ها نشان داد نوع داروی مصرفی می‌تواند در اختلال عملکرد جنسی، نقش به‌سزایی داشته باشد ($p = 0/01$) و در بیمارانی که فقط پردنیزولون مصرف کرده بودند کمترین شیوع اختلال عملکرد جنسی و در گروهی که از سه داروی پردنیزولون،

در این مطالعه معیارهای تشخیص قطعی آرتریت روماتوئید براساس معیارهای ویرایش‌شده کالج روماتولوژی آمریکا (۱۹) در نظر گرفته شد که مجموع نمرات بیشتر یا مساوی ۶ از ۱۰ نمره، برای تشخیص قطعی آرتریت روماتوئید لازم بود.

این معیارها شامل:

(A) درگیری مفاصل: ۱- یک مفصل بزرگ (۰ امتیاز)؛ ۲- ۱۰ مفصل بزرگ (۱ امتیاز)؛ ۳- ۳ مفصل کوچک با یا بدون درگیری مفاصل بزرگ (۲ امتیاز)؛ ۴- ۱۰ مفصل کوچک با یا بدون درگیری مفاصل بزرگ (۳ امتیاز)؛ ۵- بیش از ۱۰ مفصل {حداقل یک مفصل کوچک} (۵ امتیاز)؛

(B) سرولوژی: ۱- RF منفی و ACPA منفی (۰ امتیاز)؛ ۲- RF یا ACPA مثبت، ولی با میزان پایین (۲ امتیاز)؛ ۳- RF یا ACPA مثبت با میزان بالا (۳ امتیاز)؛

(C) واکنشگرهای مرحله حاد (حداقل نتیجه یک آزمون برای این طبقه‌بندی لازم است): ۱- ESR طبیعی و CRP طبیعی (۰ امتیاز)؛ ۲- CRP یا ESR غیرطبیعی (۱ امتیاز)؛

(D) طول مدت علائم: ۱- کمتر از ۶ هفته (۰ امتیاز)؛ ۲- بیشتر یا مساوی ۶ هفته (۱ امتیاز).

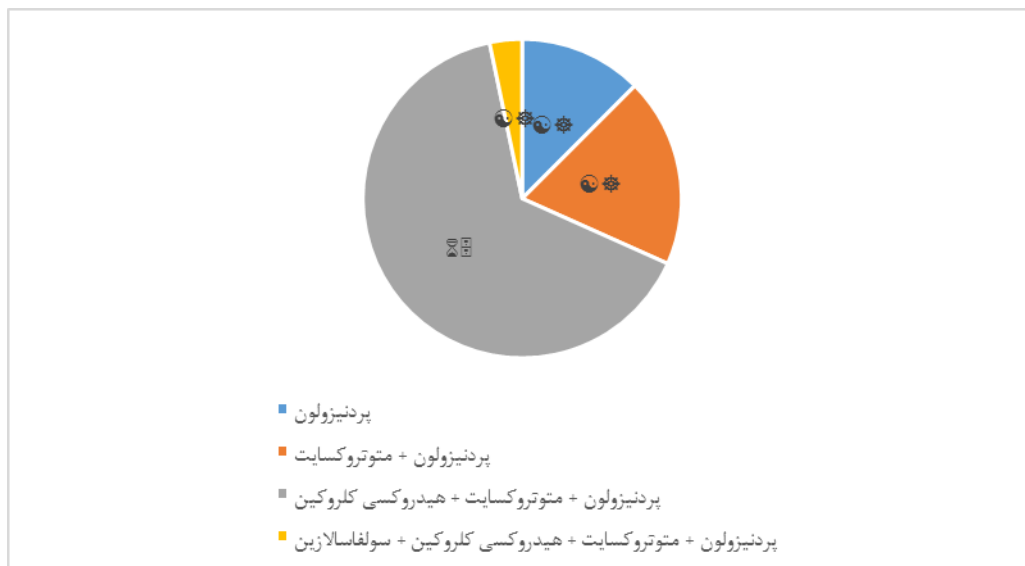
پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان با ۱۹ سؤال؛ عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد (۲۶). پرسشنامه شاخص بین‌المللی اختلال نعوظ، یک ابزار قابل‌اعتماد است و توسط خود بیمار قابل پرکردن بوده و از ۵ محدوده شامل: عملکرد نعوظی، ارگاسمیک، میل جنسی، رضایت از مقاربت و رضایت کلی (۲۲) تشکیل شده است. در نهایت، بیماران پس از ثبت مشخصات دموگرافیک، موارد آزمایشگاهی مورد نیاز و معاینات بالینی، همچنین پرسشنامه‌های مذکور؛ پرسشنامه‌ها را توسط پژوهشگر دریافت کرده و براساس امتیازبندی‌های استاندارد (۲۰، ۲۲)، آن را تکمیل کردند، سپس جمع امتیازات محاسبه گردید و در دسته‌بندی‌های استاندارد برای هر پرسشنامه، درخصوص اختلالات جنسی (۲۰، ۲۲) قرار گرفت.

این مطالعه پس از تصویب طرح در معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم و توضیح در مورد اهداف پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات، عدم تحمیل هزینه به فرد و

متوتروکسایت و هیدروکسی کلروکین مصرف کرده بودند
بیشترین میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی مشاهده گردید
(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: بررسی شیوع اختلال جنسی برحسب نوع داروی مصرفی

| کل | اختلال عملکرد جنسی | | نوع داروی مصرفی |
|------------|--------------------|------------|--|
| | دارد | ندارد | |
| ۱۵ (٪۱۰۰) | ۲ (٪۱۳/۳) | ۱۳ (٪۸۶/۷) | بیماران با مصرف پردنیزولون |
| ۲۳ (٪۱۰۰) | ۱۳ (٪۵۶/۵) | ۱۰ (٪۴۳/۵) | بیماران با مصرف پردنیزولون + متوتروکسایت |
| ۷۸ (٪۱۰۰) | ۴۷ (٪۶۰/۳) | ۳۱ (٪۳۹/۷) | بیماران با مصرف پردنیزولون + متوتروکسایت + هیدروکسی کلروکین |
| ۴ (٪۱۰۰) | ۲ (٪۵۰/۰) | ۲ (٪۵۰/۰) | بیماران با مصرف پردنیزولون + متوتروکسایت + هیدروکسی کلروکین + سولفاسالازین |
| ۱۲۰ (٪۱۰۰) | ۶۴ (٪۵۳/۳) | ۵۶ (٪۴۶/۷) | کل بیماران |



نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی نوع دارو در بیماران مورد مطالعه.

بحث

بیماری آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن است که با درگیری مستقیم مفاصل، ایجاد درد و محدودیت‌های حرکتی، همچنین ایجاد درگیری‌های غیرمستقیم ناشی از مصرف داروهای مختلف و سایر موارد، کیفیت زندگی مبتلایان را در طی سالیان طولانی تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در کیفیت زندگی و روابط زناشویی، مسائل جنسی است که در صورت ایجاد اختلال عملکرد جنسی می‌تواند مشکلات قابل توجهی را متوجه فرد بیمار کند، لذا ارزیابی و بررسی اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به روماتوئید آرتریت از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه، هم مردان و هم زنان می‌توانند دچار اختلال عملکرد جنسی شوند. در یکی از مطالعات، ۵۴٪ از مردان و ۴۶٪ از زنان مبتلا به

آرتریت روماتوئید دارای علائم اختلال عملکرد جنسی بودند. زنان بیشتر با تابلوی بالینی اختلال در ارگاسم و مردان بیشتر با تابلوی بالینی اختلال در نعوظ مواجه هستند (۲۷). در مطالعه حاضر، ارزیابی عملکرد جنسی نشان داد زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید به نسبت مردان مبتلا، امتیاز کمتری از پرسشنامه FSFI به دست آورده‌اند و شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان بیشتر از مردان است و ۵۸/۹٪ از زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید دچار اختلال عملکرد جنسی هستند. در مطالعه Coskun و همکاران (سال ۲۰۱۴) (۲۸)، ۶۸٪ از زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. در مطالعه Abdel-Nasser و همکاران (سال ۲۰۰۶) (۱۶) نیز اختلال عملکرد جنسی در ۶۰٪ از زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید گزارش شد. همان‌طور که مشاهده گردید در غالب مطالعات مشابه با این پژوهش، اکثر زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید دچار اختلال عملکرد جنسی بوده‌اند و غالباً

ذهن آزاد، نیروی بدنی کافی و کمترین میزان درد، خستگی و محدودیت حرکتی دارد. همه این عوامل در آرتريت روماتويد دچار تغییرات می‌شود. شدت اختلال، سطح خستگی و درد، محدودیت حرکت، ناتوانی مقاومت وزن، کاهش اعتماد به نفس و علاوه بر آن، عوارض جانبی اثرات داروهای متعدد مورد استفاده توسط بیماران و گاهاً عوارض جانبی جراحی، به‌عنوان علل اصلی اختلال در فعالیت جنسی بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد به شمار می‌روند. با این حال، آرتريت روماتويد تنها بیماری نیست که در فعالیت جنسی تداخل ایجاد می‌کند؛ بلکه سایر اختلالات روماتولوژی مانند فیبرومیالژیا، لوپوس، اسکرودرمی، آرتروز، سندرم شوگر و آرتريت نوجوانان نیز می‌توانند با ایجاد اثراتی مشابه باعث ایجاد اختلال عملکرد جنسی شوند. مهم‌ترین اختلالاتی که در نهایت، موجب ایجاد اختلال عملکرد جنسی می‌شود کاهش میل جنسی، مقاربت پایین، محدودیت در حرکات ریتمیک، خشکی واژن، ناتوانی جنسی آنورگاسمی، ناتوانی جنسی و اختلال در نعوظ است. برنامه‌های آموزشی و مشاوره روانی برای بیماران آرتريت روماتويد در مورد محدودیت‌های جنسی ممکن است مفید باشد (۷، ۲۷، ۳۳).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه نشان داد بین آرتريت روماتويد و ایجاد اختلال عملکرد جنسی ارتباط وجود دارد، لذا توصیه می‌گردد کادر بهداشتی درمانی با دقت و اهمیت بیشتری این مورد را در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد پیگیری کرده و غربالگری جدی در این زمینه در تمام بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد، به‌خصوص زنان انجام گیرد. در نهایت، با توجه به اهمیت ارتباطات جنسی در کیفیت زندگی و روابط زناشویی بیماران، توصیه می‌شود مطالعات مشابه در وسعت بالاتر، همچنین به‌صورت مداخله به‌وسیله غربالگری و آموزش به بیماران انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از پایان‌نامه دوره دکتری حرفه‌ای شاهین برزویی (به شماره طرح مصوب ۱۵/۱۹۳۲۰۱۰۱۵۴۱) در

شیوع این اختلال با توجه به شیوع بالای آرتريت روماتويد در زنان، در جنس مؤنث بیشتر بوده است و از آنجاکه این اختلال عملکرد جنسی می‌تواند عوارض جدی در کیفیت زندگی و روابط زناشویی ایجاد کند، لذا باید توسط کادر بهداشتی درمانی در مبتلایان به آرتريت روماتويد با دقت بیشتری غربالگری و شناسایی صورت گیرد.

در مطالعه Karlsson و همکاران (سال ۲۰۰۶) (۲۹)، بیماران مبتلا بعد از حدود ۲ سال از شروع بیماری از نظر اختلال عملکرد جنسی مورد ارزیابی قرار گرفتند، نتایج نشان داد بیماران دچار کاهش رضایتمندی جنسی بوده‌اند، ولی این کاهش رضایتمندی با مدت ابتلا به بیماری، ارتباط معنی‌داری نداشت، این یافته با نتایج مطالعه حاضر نیز همخوانی داشت. این نتایج که به عدم ارتباط معنی‌دار بین مدت ابتلا به بیماری با ایجاد اختلال عملکرد جنسی اشاره دارد به احتمال زیاد ناشی از گذشت طول مدت کم از شروع بیماری (حدود ۲ سال) در مطالعه حاضر و مطالعه Karlsson و همکاران می‌باشد و لذا به احتمال زیاد اگر بیماران با مدت ابتلا بیشتر به بیماری (مثلاً ۵ سال به بالا) مورد ارزیابی قرار گیرند، ارتباط معنی‌داری را می‌توان شاهد بود.

داروهای مورد استفاده در رژیم درمانی بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد ممکن است باعث اختلال عملکرد جنسی شوند (۳۰). گزارشهایی مبنی بر ایجاد اختلال عملکرد جنسی با مصرف داروی متوترکسایت وجود دارد. اگرچه این دارو، به‌خوبی تحمل می‌شود، ولی کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی و رشد غیرطبیعی سینه‌ها در مردان بعد از شروع مصرف این دارو، گزارش شده است که البته بعد از چند هفته از قطع و یا کاهش دوز درمانی این دارو، عوارض ذکرشده رو به بهبود می‌روند (۳۱). در برخی مطالعات به ناتوانی جنسی ناشی از مصرف هیدروکسی کلروکین و سولفاسالازین نیز اشاره شده است (۳۰). کورتیکواستروئیدها می‌توانند از طریق عوارض جانبی که ایجاد می‌کنند تأثیر محسوسی در عملکرد جنسی داشته باشند (۳۲). در نتایج به‌دست آمده در این مطالعه، نتایج مشابهی با توضیحات داده‌شده مبنی بر وجود رابطه معنی‌دار بین رژیم‌درمانی مختلف بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد و اختلال عملکرد جنسی دیده شد. فعالیت جنسی یکی از عوامل مهم در زندگی است که نیاز به یک

مسئولین مربوطه سپاسگزاری می‌گردد.

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم می‌باشد که بدین وسیله از

References:

1. Majithia V, Geraci SA. Rheumatoid arthritis: Diagnosis and management. *Am J Med* 2007;120(11):936-9.
2. Khalili M, Golpaygani M, Shahrjerdi S. The effect of eight weeks pilates training on pain and quality of life in men with rheumatoid arthritis. *J Res Sport Rehabil* 2015;2(4):41-52.
3. Fauci AS, Langford CA. Harrison's rheumatology medical. Ahmadi K, Translator. Tehran: Ahmadi Art Institute; 2007. p. 100-210. [Text in Persian]
4. Bae SC, Kim SJ, Sung MK. Inadequate antioxidant nutrient intake and altered plasma antioxidant status of rheumatoid arthritis patients. *J Am Coll Nutr* 2003;22(4):311-5.
5. Ostlere LS, Harris D, Sweny P, Rustin MHA. Kaposi's sarcoma following renal transplantation. *Int J Dermatol* 1992;31(6):439-40.
6. Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: Population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health* 2002;5(2):59-63
7. Blake DJ, Maisiak R, Koplan A, Alarcón GS, Brown S. Sexual dysfunction among patients with arthritis. *Clin Rheumatol* 1988;7(1):50-60.
8. Hill RH, Herstein A, Walters K. Juvenile rheumatoid arthritis: Follow-up into adulthood - medical, sexual and social status. *Can Med Assoc J* 1976;114(9):790-96.
9. Gordon D, Beastall GH, Thomson JA, Sturrock RD. Androgenic status and sexual function in males with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Q J Med* 1986;60(231):671-9.
10. Kraaimaat FW, Bakker AH, Janssen E, Bijlsma JW. Intrusiveness of rheumatoid arthritis on sexuality in male and female patients living with a spouse. *Arthritis Care Res* 1996;9(2):120-5.
11. Wells D, Clifford D, Rutter M, Selby J. Caring for sexuality in health and illness. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
12. Britto MT, Rosenthal SL, Taylor J, Passo MH. Improving rheumatologists' screening for alcohol use and sexual activity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(5):478-83.
13. Areskoug-Josefsson K, Öberg U. A literature review of the sexual health of women with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care* 2009;7(4):219-26.
14. Aras H, Aras B, Icagasioglu A, Yumusakhuyly Y, Kemahli E, Haliloglu S, et al. Sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis. *Med Glas (Zenica)* 2013;10(2):327-31.
15. van Berlo WM, van de Wiel HM, Taal E, Rasker J, Weijmar Schultz WM, van Rijswijk M. Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clin Rheumatol* 2007;26(1):30-8.
16. Abdel-Nasser A, Ali E. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2006;25(6):822-30.
17. Costa TF, Silva CR, Muniz LF, Mota LM. Prevalence of sexual dysfunction among female patients followed in a Brasília Cohort of early rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol* 2015;55(2):123-32.
18. Saadat SH, Ramezani A, Ahmadi K. Sexual self-concept and general health in rheumatoid arthritis patients. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17(10):e19005.

19. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010;62(9):2569-81.
20. 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.
21. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh* 2008;7(3):269-78. [Full Text in Persian]
22. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49(6):822-30.
23. Rajabi G, Dastan N, Shahbazi M. Reliability and validity of the sexual self-efficacy scale-erectile functioning. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol* 2012;18(1):74-82. [Full Text in Persian]
24. Mehraban D, Shabaninia S, Naderi Gh H, Esfahani F. Farsi international index of erectile dysfunction and doppler ultrasonography in the evaluation of male impotence. *Iranian J Surg* 2007;14(1):1-7. [Full Text in Persian]
25. Mousavi S, Asadinoghabi A, Hooshmand A, Mehran A, Alavian S, Mohebbi S. Assessment the correlations of erectile dysfunction with depression in patients with chronic hepatitis. *J Health Syst Res* 2013;9(7):671-63. [Full Text in Persian]
26. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril* 2002;77 Suppl 4:S89-93.
27. Shahar MA, Hussein H, Sidi H, Shah SA, Mohamed Said MS. Sexual dysfunction and its determinants in Malaysian women with rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis* 2012;15(5):468-77.
28. Coskun B, Coskun BN, Atis G, Ergenekon E, Dilek K. Evaluation of sexual function in women with rheumatoid arthritis. *Urology J* 2013;10(4):1081.
29. Karlsson B, Berglin E, Wållberg-Jonsson S. Life satisfaction in early rheumatoid arthritis: A prospective study. *Scand J Occup Ther* 2006;13(3):193-9.
30. Yilmaz H, Polat HAD, Yilmaz SD, Erkin G, Kucuksen S, Salli A, et al. Evaluation of sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis: A controlled study. *J Sex Med* 2012;9(10):2664-70.
31. Aguirre MA, Vélez A, Romero M, Collantes E. Gynecomastia and sexual impotence associated with methotrexate treatment. *J Rheumatol* 2002;29(8):1793-4.
32. Joel J. Management of erectile dysfunction. *Am Fam Physician* 2010;81(3):305-12.
33. Palmer D, Miedany YE. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis: A hot but sensitive issue. *Br J Nurs* 2011;20(17):1134-7.