

Relationship between Sexual Health and Contraception Methods in Women

Soheila Rabieepur¹,
Marzieh Ebrahimi²,
Elham Sadeghi³

¹ Assistant Professor, Department of Midwifery, Reproductive Health Research Centre, Faculty of Nursing & Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Lecturer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Urmia University of medical sciences, Urmia, Iran

³ MSc Student in Midwifery Counseling, Faculty of Nursing & Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

(Received June 22, 2015 Accepted August 25, 2015)

Abstract

Background and purpose: Sexual dysfunction caused by contraceptive methods threatens sexual health. The aim of this study was to determine the relationship between sexual health and contraceptive methods in women attending health centers in Urmia, Iran.

Materials and methods: A descriptive- analytical study was conducted in 2014 in which 198 women were randomly recruited. Data was collected by a standard questionnaire consisting of three parts: socio-demographic characteristics, Female Sexual Function INDEX (FSFI), and Index of Sexual Satisfaction (ISS). Data was then analyzed applying descriptive statistics, t-tests, one-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient in SPSS V. 22. P-values less than 0.05 were considered significant.

Results: The mean age of participants was 29.89 ± 7.01 years. The mean scores for sexual function and satisfaction were 20.99 ± 6.73 and 35.93 ± 16.10 , respectively. ANOVA analysis showed a significant relationship between sexual function and contraceptive methods. Also, a significant association was found between contraceptive methods and sexual satisfaction ($P= 0.00$). The most common cause of sexual dysfunction and satisfaction was contraceptive injections, while withdrawal method resulted in the lowest incidence of sexual dysfunction and satisfaction.

Conclusion: In this study, the most common contraceptive methods in women were withdrawal method and taking oral contraceptive pills (OCPs). The results showed that hormonal methods of contraception particularly contraceptive injections could negatively influence the women's sexual health. Therefore, more training programs should be carried out in family planning counselors, so that appropriate contraceptive methods are implemented while considering women's sexual satisfaction and function.

Keywords: Sexual health, sexual satisfaction, female sexual function, women, contraception

بررسی ارتباط سلامت جنسی و روش های پیشگیری از بارداری در زنان

سهیلا ربیعی پور^۱
مرضیه ابراهیمی پور^۲
الهام صادقی^۳

چکیده

سابقه و هدف: اختلال جنسی ناشی از وسایل پیشگیری از بارداری موجب به خطر افتادن سلامت جنسی افراد می شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت جنسی و روش های پیشگیری از بارداری در زنان انجام شده است.

مواد و روش ها: این پژوهش به شکل توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش ۱۹۸ زن مراجعه کننده به چهار مرکز بهداشتی-درمانی شهری ارومیه با روش نمونه گیری تصادفی بودند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش یک پرسشنامه استاندارد و مشتمل بر سه قسمت ذیل بود: (۱) مشخصات فردی و اجتماعی؛ (۲) رضایت جنسی؛ و (۳) عملکرد جنسی. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون های کای دو، ضریب همبستگی، پیرسون، تی تست و ANOVA) تحت نرم افزار SPSS (ویرایش ۲۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین سطح معنی داری $p=0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی زنان $29/89 \pm 7/01$ بود. هم چنین میانگین نمره عملکرد جنسی و میانگین نمره رضایت جنسی زنان به ترتیب $20/99 \pm 6/73$ و $35/93 \pm 16/10$ بود. براساس آنالیز واریانس انجام گرفته، ابعاد عملکرد جنسی با روش های پیشگیری از بارداری رابطه معنی دار داشته است. نتایج آزمون آماری نشان داد که بین روش پیشگیری از بارداری و رضایت جنسی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($p=0/00$). روش طبیعی کمترین و آمپول های ترکیبی بیشترین اختلال جنسی را ایجاد کرده بود. همین طور زنان با روش پیشگیری طبیعی دارای بیشترین رضایت جنسی و مصرف کنندگان آمپول دارای کمترین رضایت جنسی بودند.

استنتاج: در مطالعه حاضر بیشترین روش مورد استفاده در پیشگیری از بارداری در زنان به ترتیب روش طبیعی و قرص های ترکیبی بود. یافته ها نشان داد که روش های پیشگیری از بارداری، به خصوص روش های هورمونی نظیر آمپول های ترکیبی، می توانند بیشترین تاثیر را بر سلامت جنسی زنان داشته باشند. بر این اساس، آموزش مشاوران تنظیم خانواده برای کمک به زنان در انتخاب روش مناسب با در نظر گرفتن تاثیر این روش ها بر رضایت جنسی و عملکرد جنسی آن ها قابل پیشنهاد است.

واژه های کلیدی: سلامت جنسی، رضایت جنسی، عملکرد جنسی، زنان، روش پیشگیری از بارداری

مقدمه

گزینه جنسی از نیازهای ذاتی انسان است به طوری
که مازلو این نیاز را در رده نیازهای جسمانی یا نیازهای
حیاتی اولیه قرار داده است (۱). رفتار جنسی در انسان تنها
یک پاسخ فیزیولوژیک و یا یک رفتار روانی نیست

E-mail: elham.sadeghi86@gmail.com

مؤلف مسئول: الهام صادقی- ارومیه: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی

۱. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۴/۳۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۶/۳

بلکه ترکیبی از هر دو ساختار است (۲). فروید، بنیان‌گذار نظریه روان‌تحلیل‌گری، میل جنسی را امری طبیعی و فیزیولوژیک می‌دانست که اساس نیازهای انسان است (۳). از طرف دیگر، روابط جنسی شکل‌دهنده بخشی از ادراکات مهم زوجین از یکدیگر است که تداوم بخش ازدواج هستند (۴). سلامت جنسی عبارت از آن است که فرد بتواند بدون ترس از عفونت‌های منتقله از راه جنسی، حاملگی ناخواسته، خشونت و اجبار فعالیت جنسی داشته باشد. این امر به معنای آن است که زندگی جنسی فرد ایمن، لذت بخش و آگاهانه باشد و بر اساس یک دیدگاه مثبت نسبت به ابراز فعالیت جنسی بنا شده باشد و در روابط جنسی احترام متقابل رعایت شود. سلامت جنسی تاثیر مثبت و تقویت‌کننده بر فرد دارد، به او احساس لذت می‌دهد و اعتماد به نفس و روابط فرد را بهبود می‌بخشد (۵). سازمان بهداشت جهانی سلامت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم می‌داند که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقا شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود. بنا به این تعریف، سلامت جنسی موضوعات گوناگونی دارد که از آن جمله می‌توان رضایت جنسی و عملکرد جنسی را نام برد (۶). از لحاظ لغوی واژه رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق می‌گردد. مفهوم رضایت جنسی زناشویی به دو صورت رضایت با فعالیت‌های جنسی و رضایت عاطفی و هیجان تقسیم می‌شود (۷). میزان خرسندی زوجها از روابط جنسی و توانایی لذت بردن و لذت دادن به یکدیگر رضایت جنسی خوانده می‌شود (۸). رضایت جنسی تنها لذت جسمانی نیست و شامل کلیه احساسات باقیمانده مثبت و منفی پس از ارتباط جنسی می‌شود (۹). در بسیاری از تحقیقات رضایت جنسی زنان را رسیدن به ارگاسم در نظر گرفته‌اند (۱۰). یک فرد به طور طبیعی در مقابل تحریک جنسی یکسری واکنش‌های فیزیولوژیک نشان می‌دهد که براساس چهارمین راهنمای تشخیص و آمار اختلالات روانی به

چهار مرحله میل جنسی، انگیزش جنسی، ارگاسم و مرحله فرونشینی تقسیم می‌شود. همین‌طور کاپلان برای عملکرد جنسی سه مولفه بیان می‌کند که شامل میل جنسی، تهییج و تحریک، ارگاسم و فرونشینی است (۱۱). یکی از جدیدترین نظریه‌های عملکرد جنسی مربوط به روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ است که ۶ مولفه را در مورد عملکرد جنسی تعیین کردند که شامل میل جنسی، برانگیختگی، لغزنده شدن واژن و خروج ترشحات، ارگاسم، رضایت جنسی و درد است (۱۲). وسایل پیشگیری از بارداری در دو گروه هورمونی و غیر هورمونی اثرات مستقیم بر سیستم‌های جنسی دارند و موجب به خطر افتادن سلامت جنسی افراد می‌شوند (۱۳). انتخاب، پذیرش و رضایت از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری تحت تاثیر آثار آن روش بر عملکرد جنسی زنان قرار دارد (۱۴). همین‌طور روش‌های جلوگیری از حاملگی تاثیرات متفاوتی بر رضایت جنسی زنان دارند (۱۵). عوارض مختلف جسمی و روانی برای روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری مطرح هستند. به دنبال اختلال در روابط جنسی، مشکلات جسمی، انزوای عاطفی، اضطراب، بی‌ثباتی عاطفی و دوگانگی احساسات رخ می‌دهند که همگی بر رضایت زناشویی به عنوان یکی از مؤلفه‌های تأمین‌کننده سلامت جنسی مؤثر هستند (۱۶). نتایج یک بررسی بر روی دو گروه از زنان در کشور آمریکا نشان داد که قرص‌های ضد بارداری خوراکی یک روش جلوگیری از بارداری سالم، مؤثر و قابل بازگشت هستند. در عین حال گروهی از زنان در طول مدت استفاده از آن افزایش تمایل جنسی را گزارش نمودند و گروه دیگر تغییرات کمی در تمایل جنسی خود اعلام داشتند (۱۷). در یک مطالعه مروری سیستماتیک به این نتیجه رسیدند که رضایت جنسی با عوامل مختلفی در ارتباط است که یکی از این عوامل روش‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد (۸). توجه به سلامت جنسی در استفاده‌کنندگان از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌تواند بر تداوم

خصوص ارتقاء استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ارائه گردد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۳۹۳ در شهر ارومیه انجام شد. جامعه پژوهش را زنانی تشکیل می‌دادند که جهت دریافت مراقبت‌های رایج سنین باروری به مراکز بهداشتی-درمانی منتخب شهر ارومیه مراجعه کرده و دارای پرونده بهداشتی بودند. در مجموع ۱۹۸ نفر به عنوان جامعه مورد مطالعه انتخاب شدند. حجم نمونه مورد بررسی در این مطالعه بر اساس فرمول زیر و با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵ درصد برآورد گردید.

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha})^2 (pq)}{d^2}$$

برای انتخاب مراکز بهداشتی، نقشه شهر ارومیه به چهار منطقه جغرافیایی تقسیم شد. سپس از هر منطقه، یک مرکز بهداشتی درمانی به به طور تصادفی (به قید قرعه) انتخاب گردید. در داخل هر مرکز برای انتخاب افراد جامعه پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا لیست افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه مشخص گردید و سپس از بین این افراد، تعداد افراد نمونه (۱۹۸) به طور تصادفی (با جدول اعداد تصادفی) انتخاب شدند. از هر مرکز به تناسب افراد تحت پوشش آن مرکز حجم‌های نابرابر انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان سنین باروری (۱۵ تا ۴۵ سال) با مشخصاتی نظیر استفاده از یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری رایج در جامعه به مدت حداقل ۶ ماه؛ عدم بارداری در حال حاضر؛ قرار نداشتن در ۶ ماهه پس از بارداری؛ عدم سابقه ابتلاء به اختلال جنسی درمان نشده؛ عدم سابقه مصرف الکل و سیگار؛ عدم مصرف داروهای موثر بر میل جنسی مانند داروهای ضد افسردگی و فشارخون؛ و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی بود. ابزار گردآوری داده‌ها مشتمل بر سه پرسشنامه ذیل بود:

استفاده از روش پیشگیری نقش داشته باشد. عدم توجه به وضعیت سلامت جنسی زنان باعث مصرف نادرست روش‌های پیشگیری از بارداری و لذا منجر به حاملگی ناخواسته (یکی از معضلات بهداشتی و اجتماعی در زمینه برنامه‌های تنظیم خانواده)، سقط‌های عمدی و ناسالم و دیگر مشکلات خواهد شد (۱۸). حدود یک چهارم مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه به علت عوارض ناشی از سقط عمد و غیر قانونی رخ می‌دهد (۱۹). در ایران آمار دقیقی از میزان شیوع واقعی سقط در دسترس نیست، اما برخی گزارش‌ها حاکی از وقوع سالانه ۸۰ هزار سقط غیر قانونی می‌باشد (۲۰). علی‌رغم افزایش کمی و کیفی در روش‌های پیشگیری از بارداری و بهبود سطح آگاهی جامعه در مورد آن‌ها، حاملگی ناخواسته به دلیل شکست روش‌های پیشگیری از بارداری هنوز یکی از مشکلات دوران باروری زنان محسوب می‌شود (۲۱). از آن‌جا که در کشور ما به دلایل فرهنگی و مذهبی بیان مشکلات جنسی راحت نیست، وجود این اختلالات به صورت پنهان در رفتارهای روزانه افراد به صورت درگیری‌های خانوادگی و اجتماعی و عصبانیت‌های بی‌مورد ظهور می‌کند. بی‌توجهی به این موضوع به معضلات اجتماعی مثل طلاق، جرم، جنایت، اعتیاد به مواد مخدر و بیماری‌های مختلف روحی-روانی و جسمی منجر می‌شود که سلامت جامعه را تهدید می‌کند. علی‌رغم اهمیت روابط جنسی در بهداشت جسمی و روانی انسان، توجه ناکافی به امور جنسی در ایران کاملاً مشهود است. همین‌طور عملکرد جنسی مطلوب حق یکایک زنان جامعه می‌باشد که متأسفانه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. شکست روش‌های پیشگیری از بارداری می‌تواند به دلیل اختلالات جنسی ناشی از روش‌های پیشگیری از بارداری باشد، لذا انگیزه‌ای برای انجام تحقیقی با هدف تعیین ارتباط سلامت جنسی و روش پیشگیری از بارداری شده است تا با به دست آوردن تصویر دقیق‌تری از اثرات روش‌های پیشگیری از بارداری بر سلامت جنسی پیشنهادات متناسبی در

۱) مشخصات فردی و اجتماعی و تاریخچه پزشکی -
مامایی؛ ۲) پرسشنامه رضایت جنسی؛ و ۳) پرسشنامه عملکرد جنسی. قسمت اول شامل اطلاعاتی چون سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، مدت زمان ازدواج، مذهب و نوع روش پیشگیری از بارداری مصرفی در حال حاضر بود. پرسشنامه رضایت جنسی (Index of Sexual Satisfaction) شامل ۲۵ سوال است که توسط هادسون در سال ۱۹۹۲ طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال با بار مثبت و ۱۳ سوال با بار منفی است. هر سوال دارای ۵ گزینه می‌باشد. در پرسشنامه به جواب تقریباً همیشه امتیاز ۵، بیش‌تر اوقات نمره ۴، گاهی اوقات نمره ۳، به ندرت نمره ۲، و هیچ‌گاه نمره ۱ تعلق می‌گیرد. در مورد سوالات دارای بار منفی ترتیب امتیازدهی برعکس خواهد شد. جمع امتیاز سوالات و کسر عدد ۲۵ از آن، امتیاز کلی پرسشنامه را که بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد، به دست می‌دهد. این پرسشنامه دارای دو نقطه برش ۳۰ و ۷۰ می‌باشد. امتیازهای کم‌تر از ۳۰ نشانگر رضایت‌مندی جنسی و امتیازهای بالاتر از ۳۰ (هر چه بالاتر) بیانگر میزانی از نارضایتی جنسی در روابط جنسی است. امتیازهای بالاتر از ۷۰ نیز بیانگر مشکل جدی در رضایت جنسی می‌باشد (۲۲). پرسشنامه عملکرد جنسی (female sexual function index) یکی از ابزارهای مناسب شاخص عملکرد جنسی زنان است که با ۱۹ سوال عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه شامل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی، و مقاربت دردناک می‌سنجد. این مقیاس توسط روزن و همکارانش ساخته شده است. در مورد نحوه نمره‌دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سؤال‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست می‌آید. از آن‌جا که در پرسشنامه تعداد سؤالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتورها ضرب می‌شود. با جمع کردن نمرات شش

حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به این ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیش‌تر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. براساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. نقطه برش برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها به ترتیب عبارتند از: کل مقیاس ۲۸، میل ۳/۳، تحریک روانی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایتمندی ۳/۸، و درد جنسی ۳/۸. به عبارت دیگر، نمرات بیش‌تر از نقطه برش مبین عملکرد خوب است (۱۲). تمامی پرسشنامه‌ها بعد از کسب رضایت‌نامه آگاهانه و به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل شدند. روایی و پایایی پرسشنامه رضایت جنسی توسط احمدی و همکارانش با روش اعتبار محتوا و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ مورد تایید قرار گرفته است (۲۳). تعیین پایایی و اعتبار نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان توسط فخری و همکارانش در سال ۱۳۹۰ در پنج شهر بر روی زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های زنان و مامایی انجام شده است. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷ و بالاتر بود. در صورتی که نقطه برش کل مقیاس، ۲۸ یا کمتر در نظر گرفته شود بالاترین حساسیت و ویژگی را خواهد داشت (۲۴). بعد از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS ورود داده‌ها انجام شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تحلیل اطلاعات این مطالعه از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) در قالب جداول استفاده گردید. هم‌چنین برای مقایسه داده‌ها از آزمون‌های t -test، کای دو و Correlation بهره‌برده شد. سطح معنی‌داری $p=0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه زنان در محدوده سنی ۱۷ تا ۴۵ سال

و رضایت جنسی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ($p=0/00$). به عبارتی، میانگین نمره رضایت جنسی در روش های مختلف پیشگیری از بارداری متفاوت است، به نحوی که زنان با روش پیشگیری طبیعی دارای بیشترین رضایت جنسی و مصرف کنندگان آمپول دارای کمترین رضایت جنسی بودند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی انواع روش های پیشگیری از بارداری مورد استفاده توسط زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۳

نوع روش	تعداد (درصد)
طبیعی	۶۶ (۳۳/۳)
آمپول	۲۱ (۱۰/۶)
کاندوم	۳۳ (۱۶/۷)
قرص	۵۷ (۲۸/۸)
IUD	۲۱ (۱۰/۶)
توبکتومی	۰
واژکتومی	۰
کل	۱۹۸ (۱۰۰)

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار رضایت جنسی براساس روش پیشگیری از بارداری

نوع روش	میانگین \pm انحراف معیار
طبیعی	۱۶/۶۲ \pm ۲۷/۳۳
آمپول	۱۲/۶۵ \pm ۴۵/۷۶
کاندوم	۱۴/۹۴ \pm ۳۴/۶۰
قرص	۱۳/۶۵ \pm ۴۰/۳۶
IUD	۱۲/۵۷ \pm ۴۳/۲۳
سطح معنی داری	۰/۰۰۰

بحث

در مطالعه حاضر بیشترین روش مورد استفاده پیشگیری از بارداری در زنان، روش طبیعی و قرص های ترکیبی بود. در مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۹۱) بیشترین روش پیشگیری از حاملگی که توسط افراد مورد پژوهش

قرار داشتند. میانگین سنی زنان $29/89 \pm 7/01$ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، اکثریت آن ها (۴۴/۴ درصد) دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم بودند. از نظر متغیر اشتغال، اکثر زنان (۹۴/۹ درصد) شرکت کننده در مطالعه خانه دار و فقط ۴ درصد آن ها کارمند بودند. میانگین طول مدت ازدواج زنان $9/57 \pm 6/24$ سال (حداقل ۱ و حداکثر ۲۶ سال) بود. میانگین نمره عملکرد جنسی زنان $20/99 \pm 6/73$ بود (کمترین نمره $2/80$ و بیشترین نمره $35/50$). میانگین نمره رضایت جنسی نیز $16/10 \pm 35/93$ (کمترین نمره ۳ و بیشترین نمره ۶۸) بود. در بین ابعاد مختلف عملکرد جنسی، زنان در بعد ارگاسم ($3/16 \pm 1/35$) دارای بیشترین میزان اختلال و در بعد رضایتمندی جنسی ($4/05 \pm 1/36$) دارای کمترین میزان اختلال عملکرد جنسی بودند.

طبق جدول شماره ۱، بیشترین روش پیشگیری از بارداری مصرفی در بین زنان مورد پژوهش، روش جلوگیری طبیعی بود و روش های پیشگیری توبکتومی و واژکتومی توسط زنان مورد مطالعه گزارش نگردید. طبق جدول شماره ۲، در بین انواع روش های پیشگیری از بارداری، روش طبیعی کمترین و آمپول های ترکیبی بیشترین اختلال جنسی را ایجاد کرده بود. براساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، ابعاد عملکرد جنسی با روش های پیشگیری از بارداری رابطه معنی داری داشت. به عبارتی، اختلاف معنی داری در نمره حیطه های عملکرد جنسی، میل جنسی، تحریک روانی، لغزندگی واژن، ارگاسم، رضایتمندی جنسی و درد با روش های پیشگیری از بارداری وجود دارد. نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین روش های پیشگیری از بارداری

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار حیطه های عملکرد جنسی براساس روش پیشگیری از بارداری

میل جنسی	تحریک روانی	لغزندگی	ارگاسم	رضایتمندی	درد	کل
۳/۹۷ \pm ۱/۰۱	۳/۷۳ \pm ۱/۲۵	۳/۷۹ \pm ۱/۴۶	۳/۶۱ \pm ۱/۳۸	۴/۷۰ \pm ۱/۲۷	۴/۱۵ \pm ۱/۲۱	۲۳/۹۶ \pm ۶/۷۲
۲/۶۸ \pm ۰/۹۹	۲/۲۸ \pm ۱/۱۸	۲/۳۷ \pm ۱/۲۰	۲/۵۱ \pm ۱/۳۷	۳/۳۱ \pm ۱/۲۲	۲/۸۹ \pm ۱/۳۹	۱۶/۰۶ \pm ۶/۶۰
۳/۸۷ \pm ۰/۹۹	۳/۴۸ \pm ۰/۸۱	۳/۳۰ \pm ۰/۹۳	۳/۲۳ \pm ۱/۰۶	۴/۱۴ \pm ۱/۳۷	۴/۱۲ \pm ۰/۸۸	۲۲/۱۵ \pm ۴/۷۳
۳/۳۴ \pm ۰/۸۶	۲/۹۲ \pm ۱/۱۹	۳/۱۱ \pm ۱/۲۱	۳/۰۱ \pm ۱/۳۰	۳/۶۸ \pm ۱/۲۲	۳/۵۹ \pm ۱/۳۴	۱۹/۶۶ \pm ۵/۹۷
۳/۰۰ \pm ۱/۲۴	۲/۶۲ \pm ۱/۵۳	۲/۹۷ \pm ۱/۳۸	۲/۶۸ \pm ۱/۳۶	۳/۶۱ \pm ۱/۳۱	۳/۴۰ \pm ۱/۲۱	۱۸/۳۱ \pm ۷/۰۹
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

مورد استفاده قرار گرفته بود، به ترتیب شامل کاندوم و روش طبیعی بود (۲۵). در مطالعه حمولی و همکاران (۱۳۹۱) بیشترین روش پیشگیری مورد استفاده توسط زنان، روش طبیعی بود (۲۶). شاهواری و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مطالعه خود بیشترین روش پیشگیری از بارداری را روش طبیعی و سپس قرص گزارش کرده‌اند (۲۷) که مشابه نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. همین‌طور چنین تخمین زده شده است که در سراسر جهان ۸۵ میلیون زوج از روش منقطع استفاده می‌کنند (۲۸). بر اساس ارقام مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ میزان استفاده از روش سنتی منقطع در شهرهای ایران ۲۶/۸ درصد گزارش شده است که با توجه به سایر روش‌ها پرکاربردترین می‌باشد (۲۹) و با یافته‌های مطالعه ما نیز همخوانی دارد. در مطالعه‌ای که توسط راس و همکاران (۲۰۱۳) در زمینه شیوع روش‌های پیشگیری از بارداری انجام شد، روش منقطع و قرص دارای بیشترین میزان فراوانی بودند (۳۰). همین‌طور در مطالعه‌ای که توسط ونگ (۲۰۱۲) در چین با عنوان روش‌های پیشگیری از بارداری مد شده انجام گرفت، کاندوم دارای بیشترین میزان مصرف توسط زوجین بود (۳۱). میزان رضایت جنسی زنان شرکت‌کننده در پژوهش بر اساس روش پیشگیری مصرفی نیز متفاوت بود. استفاده کنندگان از روش پیشگیری طبیعی بیشترین رضایت جنسی را داشتند. در مرتبه دوم، مصرف کنندگان کاندوم دارای بیشترین رضایت جنسی بودند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه بهرامی و همکاران استفاده کنندگان از کاندوم و روش طبیعی حداکثر رضایت جنسی را گزارش کردند (۲۵). شاهواری و همکاران گزارش کردند که مصرف کنندگان کاندوم و وسایل داخل رحمی دارای رضایت جنسی بالاتری بودند (۲۷). از نظر تئوری تصور بر این است که روش‌های هورمونی پیشگیری از حاملگی بر سلامت جنسی تأثیر می‌گذارند (۱۵). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که روش‌های هورمونی (آمپول) کمترین رضایت جنسی را در پی داشتند. این نتایج با مطالعه بهرامی و همکاران

همخوانی دارد (۲۵). در دیگر مطالعات نیز این نتیجه ثابت شده است (۱۷، ۳۰). در مطالعه حاضر نمره رضایت جنسی در استفاده کنندگان از آمپول پایین‌تر از سایر روش‌ها بود. علت این یافته می‌تواند به این دلیل باشد که روش‌های هورمونی صرفاً پروژسترونی به دلیل ایجاد محیط استروژنی فقیرتر می‌توانند بر عملکرد جنسی زنان و به تبع آن رضایت جنسی تأثیر منفی داشته باشند. در این مطالعه بین نمره عملکرد جنسی در انواع مختلف روش‌های پیشگیری از بارداری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. این یافته با دیگر مطالعات انجام گرفته در این زمینه نیز همخوانی دارد (۲۶، ۳۲، ۳۳). همین‌طور روش طبیعی پیشگیری از بارداری روشی بود که اختلال کمتری در عملکرد جنسی زنان ایجاد کرده بود. این یافته با مطالعه حمولی و همکاران (۲۶) نیز همسو می‌باشد. این یافته می‌تواند به این دلیل باشد که روش طبیعی، آسان و در دسترس و بدون عارضه برای زن است و معقول است که در زنان کم‌ترین اختلال جنسی را در پی داشته باشد. در مطالعه کنونی آمپول پیشگیری از بارداری از نظر ایجاد اختلال در عملکرد جنسی در رده بالا قرار گرفته است؛ بدین معنی که آمپول بیشترین اختلال عملکرد جنسی را در مقایسه با سایر روش‌های پیشگیری از بارداری ایجاد کرده است. در مطالعه مردانی (۱۳۹۱) نیز این یافته اثبات شده است (۲۶). همچنین در یک مطالعه مروری سیستماتیک مشخص شد که قرص‌های ترکیبی دارای بیشترین عارضه بر روی عملکرد جنسی بوده و باعث کاهش میل جنسی و به تبع آن بقیه اختلالات عملکرد جنسی می‌شوند (۳۴). آمپول و قرص یک روش مناسب و با اطمینان بالا و با اثرات برگشت‌پذیر است. به نظر می‌رسد که عوارض جسمی ناشی از مصرف آمپول و قرص نظیر چاقی، لکه بینی و بازگشت دیر هنگام حاملگی همگی در ایجاد عدم اطمینان خاطر و آرامش روانی و اعتماد به نفس لازم جهت انجام عمل جنسی نقش داشته باشند. مطالعه حاضر شامل محدودیت‌هایی بود. در این مطالعه با توضیح این که محتوای پرسشنامه کاملاً محرمانه باقی

پیشنهاد است. با توجه به این که سلامت جنسی با روش‌های پیشگیری از بارداری در ارتباط است، بایستی در مشاوره‌های تنظیم خانواده سوالاتی در رابطه با عملکرد و رضایت جنسی از زنان مراجعه‌کننده پرسیده شود و خدمات مشاوره جنسی در صورت لزوم ارائه گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. بدین وسیله از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری مورد پژوهش، همین‌طور کلیه زنانی که با صبر و حوصله به سوالات محقق پاسخ داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نماییم. نویسندگان متعهد می‌شوند که از هیچ‌گونه منابع مالی یا منافی که ممکن است موجب سوگیری در نتایج تحقیق شود برخوردار نمی‌باشند.

References

- Maslow AH, Frager R, Fadiman J, McReynolds C, Cox R. Motivation and personality, 3rd. New York: Longman, 1987.
- Wincze JP, Weisberg RB. Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment: Guilford Publications. Third ed. New York: London; 2015.
- Freud S, Strachey J. Three Essays on the Theory of Sexuality. 3rd ed. Greek. Basic Books; 1975.
- Velotti P, Balzarotti S, Tagliabue S, English T, Zavattini GC, Gross JJ. Emotional suppression in early marriage Actor, partner, and similarity effects on marital quality. Journal of Social and Personal Relationships 2015; 1-26.
- Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet 2006; 368(9547): 1595-1607.
- WHO. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization; 21-28 January 2006.
- Shahsiah M, Bahrami F, Mohebbi S. On the relationship between sexual satisfaction and marital commitment among couples in Shahreza City, Central part of Iran. Fundamentals of Mental Health 2009; 11(43): 3: 233-238.
- Fuentes MdMS, Iglesias PS, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. International Journal of Clinical and Health Psychology 2014; 14(1): 67-75.
- Byers ES, Macneil Sh. Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. Journal of Sex & Marital Therapy 2006; 32(1): 53-69.
- Stulhofer A, Busko V, Brouillard P. Development and bicultural validation of the

مانده و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست سعی شد تا واحدهای مورد پژوهش به بیان احساس واقعی خود نسبت به سلامت جنسی ترغیب شوند. با توجه به این که روابط جنسی از خصوصی‌ترین مسائل زندگی زناشویی محسوب می‌شود و نیز به دلیل محدودیت‌های فرهنگی و مذهبی در جامعه ما ممکن است افراد به راحتی قادر به صحبت در مورد مسائل جنسی خود نباشند. بنابراین، عدم صداقت احتمالی بعضی افراد در بیان صریح مسائل خود از محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگر بوده است. در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در مطالعه حاضر بیش‌ترین روش مورد استفاده پیشگیری از بارداری در زنان، روش طبیعی و قرص‌های ترکیبی بود. بر این اساس، آموزش مشاوران تنظیم خانواده برای کمک به زنان در انتخاب روش مناسب با در نظر گرفتن تأثیر این روش‌ها بر رضایت جنسی و عملکرد جنسی آن‌ها قابل

- new sexual satisfaction scale. *J Sex Res* 2010; 47(4): 257-268.
11. Kaplan HI, Sadock BJ, Cancro R. Synopsis of psychiatry. Fifth ed. America; 1996.
 12. 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.
 13. Costa AR, Palma F, Sá JL, Vicente L, Bombas T, Nogueira AM, et al. Impact of a women's counseling programme on combined hormonal contraception in Portugal--the IMAGINE study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011; 16(6): 409-417.
 14. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med* 2010; 7(6): 2139-2148.
 15. Berek JS. *Berek & Novak's Gynecology*, 14th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
 16. Hoga LA, Manganiello A. Male behaviours towards unplanned pregnancy: experiences of Brazilian low-income women. *Int Nurs Rev* 2007; 54(4): 346-353.
 17. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med* 2012; 9(9): 2213-2223.
 18. Frost JJ, Lindberg LD. Reasons for using contraception: Perspectives of US women seeking care at specialized family planning clinics. *Contraception* 2013; 87(4): 465-472.
 19. Arambepola C, Rajapaksa LC. Decision making on unsafe abortions in Sri Lanka: a case-control study. *Reprod Health* 2014; 11: 91.
 20. Milsom I. *Contraception and family planning*. First ed. Sweden; 2006.
 21. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann* 2008; 39(1): 18-38.
 22. Hudson WW. *The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual*. Third ed. Tallahassee: WALMYR; 1992.
 23. Ahmadi Z, Molaie Yarandi E, Malekzadegan A, Hosseini AF. Sexual satisfaction and its Related Factors in Primigravidas. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2011; 24(71): 54-62 (Persian).
 24. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *J Sex Med* 2012; 9(2): 514-523.
 25. Bahrami N, Soleimani MA, Shraifnia H, Masoodi R, Shaigan H, Mohammad Rezaei Zh. Female sexual satisfaction with different contraceptive methods. *Iran Journal of Nursing* 2012; 25(76): 55-63 (Persian).
 26. Mardani Hamule M, Ebrahimi E, Heydari H. Sexual function of women in using of different contraceptive methods. *Payesh* 2012; 11(3): 371-376.
 27. Shahvary Z, Gholizade L, Mohamad Hoseiny S. Determination of some related factors on women sexual satisfaction Gachsaran. *J Gorgan Uni Med Sci* 2010; 11(4): 51-56.
 28. Gulliford M. *Oxford textbook of public health*, 5th ed. Oxford University Press; 2002.
 29. WHO. *Prevalence of contraception: World Health Organization*; 2010.
 30. Ross J, Hardee K. Access to contraceptive methods and prevalence of use. *J Biosoc Sci* 2013; 45(6): 761-778.
 31. Wang C. Trends in contraceptive use and determinants of choice in China: 1980-2010. *Contraception* 2012; 85(6): 570-579.

32. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med* 2008; 5(9): 2044-2052.
33. Fataneh G, Marjan MH, Nasrin R, Taraneh T. Sexual function in Iranian women using different methods of contraception. *J Clin Nurs* 2013; 22(21-22): 3016-3023.
34. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013; 18(1): 27-43.

Archive of SID