

# بررسی اختلال عملکرد جنسی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی

## درمانی شهر مشهد در سال های ۹۷-۱۳۹۶

دکتر سلمه دادگر<sup>۱</sup>، دکتر فاطمه زهرا کریمی<sup>۲،۳\*</sup>، محدثه بخشی<sup>۴</sup>، دکتر محبوبه

عبداللهی<sup>۵</sup>، فاطمه رحیمزاده برج<sup>۶</sup>

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران.
۵. استادیار گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۶. کارشناس مامایی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷

### خلاصه

**مقدمه:** بارداری پدیده‌ای است که با تغییرات جسمی و روان‌شناختی بسیار مهمی همراه است و نقش مهمی در عملکرد جنسی زنان دارد؛ به طوری که روابط جنسی در اثر تغییرات جسمی و روان‌شناختی متعدد این دوران دستخوش تغییر می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال عملکرد جنسی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۲۴۱ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه بررسی عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون مدل رگرسیون خطی چندگانه انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل عملکرد جنسی زنان  $26/47 \pm 5/64$  بود و ۱۳۱ نفر (۵۴/۴٪) از زنان دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. میانگین نمرات مربوط به حیطه‌های میل جنسی  $3/95 \pm 0/98$ ، تحریک جنسی  $4/15 \pm 1/19$ ، رطوبت مهبل  $4/64 \pm 1/25$ ، ارگاسم  $4/53 \pm 1/34$ ، رضایت‌مندی جنسی  $4/89 \pm 1/05$  و مقاربت دردناک  $4/31 \pm 1/36$  بود و شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی، کاهش میل جنسی (۴۶/۵٪) و تحریک جنسی (۴۳/۶٪) بود. بر اساس نتایج حاصل از رگرسیون خطی، سابقه زایمان قبلی با عملکرد جنسی مرتبط بودند؛ به طوری که در صورت داشتن زایمان قبلی، نمره کل عملکرد جنسی،  $1/86$  واحد کاهش می‌یافت ( $p=0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار شیوع بالایی دارد و داشتن زایمان قبلی، اثری منفی بر عملکرد جنسی دارد، لذا پیشنهاد می‌شود در جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های زنان باردار، مشاوره جنسی در مراقبت‌های مربوط به بارداری ادغام گردد و برنامه‌های مشاوره جنسی به‌ویژه برای زنان چندزا طراحی و اجرا گردد.

**کلمات کلیدی:** بارداری، زنان، عملکرد جنسی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه زهرا کریمی؛ مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۲ پست الکترونیک: karimifz@mums.ac.ir

## مقدمه

مطالعات بیان می‌کنند که در طی دوران بارداری و حتی تا ماه‌ها پس از زایمان، تمایل به برقراری روابط جنسی، میل جنسی، دفعات مقاربت، دفعات ارگاسم و رضایت از روابط جنسی کاهش یافته و میزان اختلالات جنسی افزایش می‌یابد (۳، ۱۶-۱۳) که این موضوع می‌تواند باعث نابسامانی‌های قابل توجهی در روابط همسران گردد (۱۷)، اما در مقابل در مطالعات دیگری چنین آمده است که میل جنسی و فعالیت جنسی زنان باردار و همسر آنها غیر قابل پیش‌بینی بوده و ممکن است افزایش یا کاهش یابد و یا بدون تغییر باقی بماند (۸، ۱۸).

با توجه به تناقضات موجود در نتایج پژوهش‌ها و از طرفی اهمیتی که روابط جنسی طبیعی در ثبات زندگی زناشویی دارد، پرداختن به موضوع عملکرد جنسی در دوران بارداری و لزوم انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه ضرورت دارد. علاوه بر این با شناخت عملکرد جنسی در دوران بارداری و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه و آموزش و مشاوره به موقع می‌توان باعث ارتقای کیفیت زندگی زناشویی شد (۱۹). به طور کلی با توجه به اهمیت ویژه عملکرد جنسی در کیفیت زندگی و نقش آن در احساس سلامتی و تحکیم زندگی زناشویی و همچنین عدم وجود اطلاعات کافی در ارتباط با وضعیت عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری، مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال عملکرد جنسی و برخی از عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۹۷-۱۳۹۶ انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ بر روی ۲۴۱ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد که واجد شرایط پژوهش بوده و جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند، انجام شد. مطالعه حاضر به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد: ۹۲۰۰۲۳) رسید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن شهر مشهد، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن حاملگی پرخطر، عدم مصرف داروهای روان‌درمانی و مخدر، نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن، دور نبودن محل زندگی زوجین از یکدیگر و عدم بروز حادثه استرس‌زای شدید طی یک ماه گذشته (به

بهداشت جنسی، عبارت است از هماهنگی و سازگاری جنبه‌های جسمی، عاطفی، عقلانی و اجتماعی امور جنسی انسان؛ به گونه‌ای که شخصیت و روابط عشق را ارتقاء داده و پربار کند. بهداشت جنسی بخش مهمی از زندگی است و هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی گردد، می‌تواند عدم رضایت از رابطه جنسی و نارسایی عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (۳-۱). امروزه نقش عملکرد جنسی مناسب در کیفیت زندگی، به عنوان یک موضوع مهم در مراقبت‌های بهداشتی، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات بیان می‌دارند که اختلال عملکرد جنسی می‌تواند تأثیر بسیار زیادی بر کیفیت زندگی زنان بگذارد. کاهش عملکرد جنسی می‌تواند اثرات منفی بر روی اعتماد به نفس و روابط بین فردی بگذارد و منجر به بروز استرس شود. همچنین ارتباط معنی‌داری بین اختلال عملکرد جنسی و اختلالات جسمی و عاطفی گزارش شده است (۶-۴). عوامل بسیاری می‌توانند بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارند. یکی از مهم‌ترین این عوامل، بارداری و زایمان است (۷، ۸). بارداری، یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است، به عبارتی دیگر در طول حیات هر زن مراحل وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی او بر جای می‌گذارد. از جمله این مراحل، دوران بارداری است. بارداری پدیده‌ای است که با تغییرات جسمی (فیزیولوژیک و آناتومیک) و روان‌شناختی بسیار مهمی همراه است و نقش مهمی در عملکرد جنسی زنان دارد (۱۰-۸). اگرچه فعالیت جنسی در دوران بارداری امری متداول به شمار می‌آید، اما روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات جسمی و روان‌شناختی متعدد این دوران دستخوش تغییر می‌شود. عواملی نظیر تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زن باردار، احساس گناه در مورد روابط جنسی در این دوران، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدن خود، ترس از سقط، زایمان زودرس، پارگی پرده‌ها و یا آسیب دیدگی جنین، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر و استرس‌های فیزیکی، عاطفی و اقتصادی ناشی از حاملگی، اغلب روابط جنسی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴، ۱۵-۱۱). برخی

اختلال عملکرد آن حیظه در نظر گرفته شد. از مشارکت کنندگان خواسته شد تا بهترین گزینه که نشان‌دهنده وضعیت آنان طی ۴ هفته اخیر بوده است را انتخاب کنند. جهت تعیین روایی پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی از روش روایی محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه پس از مطالعه جدیدترین کتب و مقالات گوناگون در زمینه پژوهش، تهیه و پس از تأیید و تصحیح اساتید راهنما و مشاور تخصصی، در اختیار تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و سپس با بکارگیری نظرات اصلاحی و پیشنهادی آنها، ابزار نهایی جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. روایی و پایایی ویرایش فارسی مقیاس بررسی عملکرد جنسی زنان در ایران در مطالعه فخری و همکاران (۲۰۱۱) و محمدی و همکاران (۲۰۰۸) به تأیید رسیده است. (۲۰، ۲۱). روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که پژوهشگر پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اقدام به نمونه‌گیری نمود؛ بدین ترتیب که پژوهشگر در مراکز بهداشتی مورد نظر حضور یافته و تمامی زنان بارداری را که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به این مراکز مراجعه می‌کردند را با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب می‌نمود. سپس پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی و مقیاس بررسی عملکرد جنسی زنان در اختیار زنان باردار قرار می‌گرفت و به صورت خودگزارشی تکمیل می‌گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. جهت توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار، جهت توصیف متغیرهای کیفی از تعداد (درصد) و جهت بررسی عوامل مرتبط با عملکرد جنسی و حیظه‌های عملکرد جنسی، از مدل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سن زنان مشارکت کننده در مطالعه ۲۷/۸۲±۵/۲۲ سال بود. سایر اطلاعات فردی و مامایی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ گزارش شده است.

دلیل داشتن اثرات مخدوش‌کنندگی بر روی نتایج مطالعه) بود. نمونه‌گیری با استفاده از روش چند مرحله‌ای طبقه‌ای - خوشه‌ای انجام شد؛ بدین صورت که ابتدا شهر مشهد بر اساس وضعیت جغرافیایی به ۵ منطقه تقسیم شد. این ۵ منطقه به عنوان طبقات در نظر گرفته شدند. مراکز بهداشتی - درمانی در داخل این طبقات قرار گرفتند، سپس از هر طبقه، یک مرکز بهداشتی به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. پژوهشگر به مدت ۶ روز در هر یک از این مراکز حضور یافته و بر اساس چک لیست انتخاب واحد پژوهش، زنان واجد شرایط ورود به مطالعه را انتخاب می‌کرد. چنانچه تعداد روزهای مراجعه برای دستیابی به حجم نمونه مورد نظر کافی نبود، روزهای حضور در همه مراکز تکرار می‌شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه برای برآورد میانگین نمره کل عملکرد جنسی، با استفاده از یک مطالعه اولیه با در نظر گرفتن خطای مطلق ۰/۸ و انحراف معیار ۵/۲۵، ۲۵۹ نفر به دست آمد که از هر خوشه به تعداد مساوی ۴۸ نمونه گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش و مقیاس بررسی عملکرد جنسی زنان (FSFI)<sup>۱</sup> بود. این پرسشنامه حاوی ۱۹ سؤال است که عملکرد جنسی زنان را در ۶ حیظه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی می‌سنجد. نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال‌های حیظه میل جنسی (۵-۱)، تحریک جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و مقابرت دردناک (۵-۰) و رضایت‌مندی جنسی (۵-۱ یا ۰) بود. با جمع نمرات فرد در هر حیظه و ضرب آن در فاکتور یا ضریب آن بُعد، نمره فرد در هر حیظه به دست می‌آمد. (فاکتور یا ضریب در حیظه میل ۰/۶، لغزندگی و برانگیختگی ۰/۳ و برای ارگاسم، رضایت‌مندی و درد ۰/۴ بود). نمره کل با جمع کردن نمرات همه حیظه‌ها به دست می‌آمد. محدوده نمره کل بین ۲-۳۶ بود که نمره بالاتر، نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر بود. نقطه برش جهت تعیین اختلال عملکرد جنسی ۲۸ بود. همچنین نمره کمتر از ۶۵٪ کل نمره برای هر حیظه به عنوان

<sup>1</sup> Female Sexual Function Index

جدول ۱- توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار مشخصات فردی و مامایی مشارکت کنندگان

متغیر	تعداد (درصد)
تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم ۷۵ (۳۱/۲)
	دیپلم ۹۷ (۴۰/۲)
	دانشگاهی ۶۹ (۲۸/۶)
شغل مادر	خانه‌دار ۲۱۵ (۸۹/۲)
	شاغل ۲۶ (۱۰/۸)
تحصیلات همسر	کمتر از دیپلم ۹۲ (۳۸/۲)
	دیپلم ۸۹ (۳۶/۹)
	دانشگاهی ۶۰ (۲۴/۹)
شغل همسر	کارمند ۳۳ (۱۳/۷)
	آزاد ۲۰۸ (۸۶/۳)
سابقه زایمان قبلی	بلی ۱۴۸ (۶۱/۴)
	خیر ۹۳ (۳۸/۶)
حاملگی ناخواسته	بلی ۵۴ (۲۲/۴)
	خیر ۱۸۷ (۷۷/۶)

میانگین نمره کل عملکرد جنسی زنان  $26/47 \pm 5/64$  جنسی بودند. میانگین مربوط به حیطه‌های مختلف بود و ۱۳۱ نفر (۵۴/۴٪) از زنان دچار اختلال عملکرد عملکرد جنسی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کل عملکرد جنسی و حیطه‌های آن

متغیر	انحراف استاندارد $\pm$ میانگین
نمره کل عملکرد جنسی	$26/47 \pm 5/64$
میل جنسی	$3/95 \pm 0/98$
تحریک جنسی	$4/15 \pm 1/19$
رطوبت مهبل	$4/64 \pm 1/25$
ارگاسم	$4/53 \pm 1/34$
رضایت‌مندی جنسی	$4/89 \pm 1/05$
مقاربت دردناک	$4/31 \pm 1/36$

نتایج مربوط به اختلال عملکرد جنسی به تفکیک حیطه‌های شش‌گانه به این صورت بود که اختلال میل جنسی در ۱۱۲ نفر (۴۶/۵٪)، تحریک جنسی در ۱۰۵ نفر (۴۳/۶٪)، رطوبت مهبل در ۶۰ نفر (۲۴/۹٪)، ارگاسم در ۵۴ نفر (۲۲/۴٪)، رضایت‌مندی جنسی در ۳۴ نفر (۱۴/۱٪) و مقاربت دردناک در ۷۹ نفر (۳۲/۸٪) گزارش شد (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی به تفکیک حیطه‌ها

متغیر	تعداد (درصد)
میل جنسی	۱۱۲ (۴۶/۵)
تحریک جنسی	۱۰۵ (۴۳/۶)
رطوبت مهبل	۶۰ (۲۴/۹)
ارگاسم	۵۴ (۲۲/۴)
رضایت‌مندی جنسی	۳۴ (۱۴/۱)
مقاربت دردناک	۷۹ (۳۲/۸)

وضعیت حاملگی ناخواسته با حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

### بحث

در مطالعه حاضر نمره کل عملکرد جنسی زنان باردار  $26/47 \pm 5/64$  بود و  $54/4\%$  آنان دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. در مطالعه جمالی و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی ۲۵۷ زن باردار انجام شد، نمره کل عملکرد جنسی  $19/91 \pm 22/45$  بود و  $79/1\%$  از زنان دچار اختلال عملکرد جنسی بودند (۲۲). در مطالعه ابراهیمیان و همکاران (۲۰۱۰) نیز  $80\%$  از زنان حین بارداری حداقل یکی از اختلالات جنسی را تجربه کردند (۲۳). در مطالعه کلجوروسونانت و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۲۶۰ زن باردار در تایلند انجام شد،  $90/8\%$  زنان دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. تفاوت میزان شیوع اختلالات عملکرد جنسی در مطالعات مختلف می‌تواند مربوط به عوامل مختلف مانند تفاوت فرهنگی، شدت نگرانی، روش کار و تعاریف استفاده شده جهت طبقه‌بندی اختلال عملکرد جنسی باشد (۲۴).

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی اختلالات عملکرد جنسی به تفکیک حیطه‌ها شامل: اختلال میل جنسی، تحریک جنسی، مقاربت دردناک، رطوبت مهبل، ارگاسم و رضایت‌مندی جنسی بود و شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی کاهش میل جنسی بود. در مطالعه بستانی خالصی و همکاران (۲۰۱۲) و نعمت‌الله‌زاده و همکاران (۲۰۱۰) نیز شایع‌ترین اختلال جنسی در دوران بارداری، کاهش میل جنسی بود (۲۵، ۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. محققان بیان کرده‌اند که تغییرات میل جنسی در زنان باردار، نشان‌دهنده تعامل پیچیده عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر حیطه‌های جنسی می‌باشد و عواملی مانند تهوع صبحگاهی، خستگی، حساسیت پستان‌ها، افسردگی، تحریک‌پذیری و سایر اختلالات خلقی و فیزیکی می‌توانند باعث کاهش تمایل جنسی در بارداری شوند (۲۲، ۲۵، ۲۷). همچنین ترس زن باردار از صدمه به جنین، سقط و زایمان زودرس نیز بر کاهش میل جنسی اثرگذار است (۲۸، ۲۹). همراستا با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه

به منظور بررسی عوامل مرتبط با عملکرد جنسی زنان و حیطه‌های آن، از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. از متغیرهای تحصیلات مادر، شغل مادر، تحصیلات همسر، شغل همسر، سابقه زایمان قبلی و حاملگی ناخواسته و سن مادر به عنوان متغیرهای مستقل در مدل استفاده شد. نتایج حاصل از رگرسیون خطی نشان داد داشتن زایمان قبلی و تحصیلات بالا در همسر با عملکرد جنسی مرتبط هستند؛ به طوری که در صورت داشتن زایمان قبلی، نمره کل عملکرد جنسی،  $1/86$  واحد کاهش می‌یافت ( $p = 0/01$ ). همچنین در صورتی که تحصیلات همسر دانشگاهی باشد، نسبت به حالتی که تحصیلات همسر زیردیپلم است، نمره کل عملکرد جنسی،  $1/9$  واحد افزایش می‌یافت ( $p = 0/03$ ). ارتباط معنی‌داری بین سایر متغیرهای مستقل در مدل شامل تحصیلات مادر، شغل مادر، شغل همسر، حاملگی ناخواسته و سن با عملکرد جنسی مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). نتایج حاصل از رگرسیون خطی در حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی نیز نشان داد که داشتن زایمان قبلی تأثیر منفی معنی‌داری بر میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبل و ارگاسم دارد؛ به طوری که در صورت داشتن زایمان قبلی، نمره میل جنسی  $0/28$  ( $p = 0/05$ )، نمره تحریک جنسی  $0/45$  ( $p = 0/01$ )، نمره رطوبت مهبل  $0/36$  ( $p = 0/03$ ) و نمره ارگاسم  $0/43$  واحد ( $p = 0/02$ ) کاهش می‌یابد. همچنین بر اساس نتایج، نمره تحریک جنسی، رطوبت مهبل، رضایت‌مندی و مقاربت دردناک در زنانی که همسرانشان از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، بیشتر بود؛ به طوری که در صورتی که همسر تحصیلات دانشگاهی داشته باشد، نمره تحریک جنسی  $0/44$  ( $p = 0/01$ )، نمره رطوبت مهبل  $0/42$  ( $p = 0/02$ )، نمره رضایت‌مندی جنسی  $0/45$  ( $p = 0/04$ ) و نمره مقاربت دردناک  $0/43$  واحد ( $p = 0/04$ ) افزایش می‌یافت. افزایش سن، تأثیر منفی بر میل جنسی و رضایت‌مندی جنسی داشت؛ به طوری که با افزایش ۱ واحد به سن مادر، نمره میل جنسی  $0/03$  ( $p = 0/04$ ) و نمره رضایت‌مندی جنسی  $0/04$  واحد ( $p = 0/05$ ) کاهش داشت. ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای تحصیلات مادر، شغل مادر، شغل همسر و

عملکرد جنسی می‌تواند مربوط به عواملی مانند خستگی، استرس، فشارهای مالی و افزایش سن باشد که خود با اختلال عملکرد جنسی در ارتباطند (۳۴). همچنین مطالعه حاضر نشان داد که تعداد زایمان تأثیر منفی معنی‌داری بر میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبل و ارگاسم دارد. در مطالعه ابوذری گزارفودی و همکاران (۲۰۱۳) بین زنان چندزا و نخست‌زا از نظر میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و درد تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که میانگین نمرات میل جنسی، تحریک‌پذیری و ارگاسم در زنان نخست‌زا بیشتر از زنان چندزا بود (۳۳). در مطالعه ویتینگ و همکاران (۲۰۰۸) نیز که با هدف بررسی ارتباط عملکرد جنسی زنان با تعداد حاملگی انجام شد، میانگین نمرات میل جنسی، ارگاسم، درد و میانگین نمره کل عملکرد جنسی در زنان باردار نخست‌زا بیشتر از زنان چندزا بود (۳۵). در مطالعه حاضر نمرات حیطه‌های تحریک جنسی، رطوبت مهبل، رضایت‌مندی جنسی و مقاربت دردناک در زنانی که همسران آنها از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، بیشتر بود. در این رابطه لیت و همکاران (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که تغییر در عملکرد جنسی زنان باردار به طور مستقیم به فاکتورهای وابسته به همسران مرتبط می‌شود (۳۰). در رابطه با سن زنان نیز، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افزایش سن، تأثیر منفی بر میل جنسی و رضایت‌مندی جنسی دارد؛ به طوری که با افزایش ۱ واحد به سن، متوسط نمره میل جنسی ۰/۰۳ و متوسط نمره رضایت‌مندی جنسی ۰/۰۴ واحد کاهش می‌یافت. پاشا و همکار (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود بیان کردند که بین سن زنان باردار بیشتر از ۳۵ سال و کاهش میل جنسی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (۳۶). در مطالعه احمد شیروانی و همکار (۲۰۱۱) نیز میانگین سنی زنان دچار اختلال عملکرد جنسی به طور معنی‌داری بیشتر بود (۳۴). نتایج مطالعه آنزاکو و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که سن تأثیری بر میل جنسی، تحریک و رضایت‌مندی جنسی ندارد (۲۷). در مطالعه پالس و همکاران (۲۰۰۸) نیز بین سن مادر و اختلال عملکرد جنسی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۲۸). این یافته‌های متناقض در ارتباط با تأثیر

کلجوروسونات و همکاران (۲۰۱۱) و مطالعه جمالی و همکاران (۲۰۱۳) نیز سایر حیطه‌های عملکرد جنسی کاهش یافته بود. از علل کاهش تحریک جنسی می‌تواند تصور مادر از خود و بدنش، احساس گناه ناشی از تصور دیده شدن مادر در حین فعالیت جنسی توسط جنین به خصوص با شروع حرکات جنین باشد (۲۲، ۲۴، ۲۹). احتقان عروق لگن در طی بارداری، باعث افزایش و تسهیل کسب ارگاسم می‌شود. اما برخی عوامل مانند بزرگ شدن شکم با پیشرفت بارداری، ترس از صدمه به جنین باعث کاهش اوج لذت جنسی می‌شود (۲۲، ۲۷). در مطالعه حاضر ۲۲/۴٪ اختلال ارگاسم و ۱۴/۱٪ از رابطه جنسی رضایت نداشتند. در مطالعه آنزاکو و همکاران (۲۰۱۶) نیز که بر روی ۱۷۷ زن باردار در نیجریه انجام شد، ۵۰٪ از زنان باردار از رابطه جنسی با همسر رضایت نداشتند (۲۷). در سایر مطالعات نیز بیان شده است که کاهش دفعات و طول مدت مقاربت در بارداری با اختلال در ارگاسم و کاهش رضایت‌مندی جنسی همراه است. همچنین رضایت‌مندی جنسی در طی بارداری تحت تأثیر عواملی مانند ارتباط عاطفی با همسر و احساس جذابیت زن برای وی، اعتماد به نفس و عزت نفس زن باردار می‌باشد. کاهش این عوامل با پیشرفت بارداری می‌تواند باعث کاهش رضایت‌مندی جنسی شود (۲۷، ۲۹، ۳۰). همراستا با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه رحیمی و همکار (۲۰۰۴) نیز درصد قابل توجهی از زنان باردار مقاربت دردناک را تجربه کرده بودند (۳۱). بارداری میزان مقاربت جنسی دردناک را افزایش می‌دهد که می‌تواند به علت تغییرات آناتومیک از جمله هایپرتروفی عروق لگن در طی بارداری باشد (۲۷). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در صورت داشتن سابقه زایمان قبلی، میانگین نمره کل عملکرد جنسی ۱/۸۶ واحد کاهش می‌یابد. در مطالعه گالزاک و همکاران (۲۰۱۵) نیز نمره کل عملکرد جنسی در زنان چندزا در مقایسه با زنان نخست‌زا تفاوت آماری معنی‌داری داشت (۳۲). در مطالعه ابوذری گزارفودی و همکاران (۲۰۱۳) نیز زنان نخست باردار نسبت به زنان چندزا امتیاز کلی عملکرد جنسی بالاتری داشتند (۳۳). بیان شده است که رابطه افزایش تعداد زایمان و تعداد فرزند با اختلال



### نتیجه‌گیری

اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار شیوع بالایی دارد و داشتن زایمان قبلی، اثری منفی بر عملکرد جنسی دارد، لذا پیشنهاد می‌شود در جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های زنان باردار، مشاوره جنسی در مراقبت‌های مربوط به بارداری ادغام گردد و برنامه‌های مشاوره جنسی به‌ویژه برای زنان چندزا طراحی و اجرا گردد. همچنین نتایج این بررسی راهنمای مناسبی برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان مرتبط با حوزه سلامت جنسی در کشور می‌باشد تا اقداماتی را در راستای ارتقاء سلامت جنسی زنان باردار با در نظر گرفتن زمینه فرهنگی و اجتماعی ایران انجام دهند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی به‌دلیل حمایت مالی از مطالعه و معاونت بهداشتی و مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تشکر و قدردانی می‌شود.

سن مادر بر عملکرد جنسی ممکن است ناشی از تغییر در شیوه‌های فرهنگی زنان باشد که بر روی رفتار جنسی و پاسخ آنها اثرگذار است.

با توجه به میزان بالای اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار، بررسی عملکرد جنسی در دوران بارداری به دلیل اهمیت آن، به عنوان یکی از عوامل مهم مؤثر بر سلامتی و کیفیت زندگی، باید به عنوان یکی از مراقبت‌های مهم مامایی محسوب شود، در این راستا به مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامتی به زنان باردار توصیه می‌شود که نسبت به تشکیل کلاس‌های مشاوره به نحوی که زنان مشکلات جنسی خود را مطرح و از آموزش و مشاوره مسائل جنسی بهره‌مند شوند، اقدام نمایند؛ چراکه شناسایی و تشخیص اختلالات جنسی و آگاه شدن بر عوامل تأثیرگذار بر این فرآیند می‌تواند به حل مشکلات جنسی و بهبود آن کمک نماید. همچنین توصیه می‌شود که مطالعات مداخله‌ای جهت بررسی تأثیر مشاوره‌های جنسی بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام گیرد.

### منابع

- Jahanfar S, Molayinejad M. Textbook of sexual dysfunction. Tehran: Salemi; 2001. (Persian).
- Anbaran ZK, Baghdari N, Pourshirazi M, Karimi FZ, Rezvanifard M, Mazlom SR. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *J Pak Med Assoc* 2015; 65(3):248-52.
- Shandiz FH, Karimi FZ, Rahimi N, Abdolahi M, Anbaran ZK, Ghasemi M, et al. Investigating sexual function and affecting factors in women with breast cancer in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(7):3583-6.
- Maleki-Saghooni, N., Heidarian Miri, H., Karimi, F., Mirteimouri, M. The effect of systemic lupus erythematosus on women's sexual function: A systematic review and meta-analysis. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2018; 21(7): 86-96. (Persian).
- Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. The Effect of sexual health education on couples' sexual satisfaction. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(43):23-30. (Persian).
- Homae Shandiz F, Karimi FZ, Khosravi Anbaran Z, Abdollahi M, Rahimi N, Ghasemi M. Investigating the quality of life and the related factors in Iranian women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017; 18(8):2089-92.
- Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006; 175(2):654-8.
- Bayrami R, Satarzadeh N, Kouchaksaraei FR, Pezeshki MZ. Evaluation of sexual behaviors and some of its related factors in pregnant women, Tabriz, Iran 2005. *J Urmia Univ Med Sci* 2009; 20(1):1-7.
- Zahra Karimi F, Dadgar S, Abdollahi M, Yousefi S, Tolyat M, Khosravi Anbaran Z. The relationship between minor ailments of pregnancy and quality of life in pregnant women. *Iran J Obstet Gyneocol Infertil* 2017; 20(6):8-21.
- Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *BMJ* 2004; 392(7465):559-61.
- Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004; 72(1):52-7.
- Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *The journal of sexual medicine*. 2015 Feb; 12(2):445-54.
- Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *CMAJ* 2011; 183(7):815-8.
- Novak E, Berek J. *Novak's gynecology*. 15<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikravesh M, Jamshidi R. Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran. *Razi J Med Sci* 2006; 13(50):189-96.

16. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J* 2006; 18(4):401-6.
17. Santiago LR, da Silva Lara LA, Romão AP, da Mata Tiezzi MF, de Sá Rosa e Silva A. Impact of pregnancy on the sex life of women: state of the art. *International Journal of Clinical Medicine*. 2013 May 1; 4(05):257.
18. Murrage SS, Corrie T. *Foundation of maternal newborn nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2002. P. 164-6.
19. Alidost F, Dolatian M, Shams J, Nasiri M, Sarkhoshpour E. The Correlation of Sexual Dysfunction with Prenatal Stress and Quality of Life: A Path Analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2017; 19(7).
20. Agha PH, Jafari M. Psychometric properties of Iranian version of female sexual function index. *Jundishapur Sci Med J* 2011; 10(4):345-54.
21. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh* 2008; 3:269-78. (Persian).
22. Jamali S, Rasekh Jahromi A, Zarei F, Sobhanian S. Compression of sexual dysfunction during three trimester of pregnancy in pregnant women who had referred to Peymanieh clinic Jahrom in 2013. *Nurs Dev Health* 2014; 5(8-9):37-45. (Persian).
23. Ebrahimian A, Heydari M, Zafarghandi S. Comparison of female sexual dysfunctions before and during pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 13(5):30-6. (Persian).
24. Kuljarusnont S, Russameecharoen K, Thitadilok W. Prevalence of sexual dysfunction in Thai pregnant women. *Women* 2011; 19(4):172-80.
25. Bostani Khalesi Z, Rahebi SM, Mansour Ghanaee M. Evaluation of women's sexual performance during first pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(10):14-20. (Persian).
26. Nematollahzade M, Maasoumi R, Lamyian M, Asghari Jafarabadi M. Study of women's attitude and sexual function during pregnancy. *J Ardabil Univ Med Sci* 2010; 10(3):241-9.
27. Anzaku SA, Ogbe EA, Ogbu GI, Edem BE, Ngwan SD. Evaluation of changes in sexual response and factors influencing sexuality during pregnancy among Nigerian women in Jos, Nigeria. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016; 5(10):3576-82.
28. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008; 5(8):1915-22.
29. Ozgoli G, Zaki F, Amir Ali Akbari S, Alavi Majd H. A survey upon the sexual function and behaviour of pregnant women referring to state health centers of Ahvaz City-2007. *Pajouhandeh* 2008; 13(5):397-403. (Persian).
30. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(5):563-8.
31. Rahimi S, Seyyed Rasooli E. Sexual behavior during pregnancy: a descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran. *Payesh* 2004; 3(4):291-9. (Persian).
32. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med* 2015; 12(2):445-54.
33. Abouzari Gazafroodi K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahimikian F, Shariat M, Rahnama P. Comparison of sexual function between nulliparous with multiparous pregnant women. *J Hayat* 2013; 18(5):55-63. (Persian).
34. Ahmad Shirvani M, Bagheri Nesami M. Sexual dysfunction and related factors among breast feeding women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(5):38-44. (Persian).
35. Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2008; 34(2):89-106.
36. Pasha H, HadjAhmadi M. Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors. *Biom J Hormozgan Univ Med Sci* 2007; 10(4):343-8. (Persian).