

عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی اختلال عملکرد جنسی زنان باردار منتخب شهر تهران

طیبه درونه^۱، زهره شیخان^۲، مرضیه ساعی قره‌ناز^۱، فاطمه جلالی چیمه^۳، فرحناز خلوصی^۴، ملیحه نصیری^۵، گیتی ازگلی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بارداری بر عملکرد جنسی زنان اثرگذار است. اگر چه مطالعات قبلی عوامل مختلفی را به عنوان عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی معرفی کرده‌اند، اما مطالعات اندکی در زمینه‌ی عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی اختلال جنسی در دوران بارداری انجام شده است. این عوامل، تحت تأثیر مسایل فرهنگی هر جامعه قرار دارند. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی اختلال عملکرد جنسی در نمونه‌ای از زنان باردار شهر تهران انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۵۰ زن باردار تهرانی با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، شامل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی و مامایی، شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی Enrich (نسخه‌ی کوتاه)، مقیاس دیسترس جنسی زنان و پرسش‌نامه‌ی نگرانی‌های دوره‌ی بارداری بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری Kolmogorov-Smirnov, One-way ANOVA, همبستگی Pearson و Linear regression به روش Enter تجزیه و تحلیل شد. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین \pm انحراف معیار نمره‌ی عملکرد جنسی $9/73 \pm 22/7$ بود و بیشتر زنان باردار (۷۲ درصد) اختلال عملکرد جنسی داشتند. در میان حوزه‌های عملکرد جنسی، زنان در حوزه‌ی «درد» بیشترین میزان اختلال جنسی را داشتند. مدت ازدواج، نگرانی دوران بارداری و دیسترس جنسی به طور معنی‌داری پیش‌گویی‌کننده‌ی عملکرد جنسی زنان باردار بودند ($P \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: مدت ازدواج، نگرانی دوران بارداری و دیسترس جنسی، پیش‌گویی‌کننده‌ی عملکرد جنسی زنان باردار می‌باشند. شناخت این عوامل گامی رو به جلو در راستای طراحی مطالعات مداخلاتی به منظور کمک به زوجین برای بهبود سلامت جنسی در دوران بارداری می‌باشد.

واژگان کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، بارداری، زنان

ارجاع: درونه طیبه، شیخان زهره، ساعی قره‌ناز مرضیه، جلالی چیمه فاطمه، خلوصی فرحناز، نصیری ملیحه، ازگلی گیتی. **عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی اختلال**

عملکرد جنسی زنان باردار منتخب شهر تهران. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۲۲): ۳۳۴-۳۲۸

جنسی نامطلوب، ممکن است موجب کاهش کیفیت زندگی و ناراحتی‌های عاطفی شود و بر سلامت روان، اعتماد به نفس، روابط بین فردی و روابط اجتماعی زنان تأثیر منفی بگذارد (۳-۴، ۱). عواملی نظیر سن، تحصیلات، بیماری‌های مزمن، بارداری و زایمان، می‌تواند بر عملکرد جنسی اثرگذار باشد (۳). بارداری به عنوان دوره‌ای با تغییرات متعدد جسمانی، روانی و اجتماعی، بر عملکرد

مقدمه

عملکرد جنسی زنان عبارت از توانایی برای رسیدن به هیجان و میل جنسی، رطوبت، برانگیختگی و ارگاسم است که منجر به سطح بالای سلامتی همراه با کیفیت خوب زندگی می‌شود (۱). اختلال عملکرد جنسی، یک مشکل رایج در سراسر جهان است که شیوع آن در مطالعات، بین ۹۳/۴-۱۵/۷ درصد برآورد شده است (۲). عملکرد

۱- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- مربی، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- گروه مامایی و بهداشت باروری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- ماما، مرکز بهداشت شمال، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۶- استادیار، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: gozgoli@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: گیتی ازگلی

جنسی تأثیر می‌گذارد (۱).

در دوران بارداری، تغییرات قابل توجهی از قبیل افزایش سطح پرولاکتین، استروژن و پروژسترون، تغییرات پوستی، افزایش حجم قلب، کاهش فعالیت روده و افزایش اندازه‌ی شکم و پستان‌ها رخ می‌دهد. این تغییرات، می‌تواند تصویر بدنی زن را تغییر دهد و موجب از دست دادن اعتماد به نفس و احساس عدم جذابیت جسمی گردد. به سبب غلظت بالای پروژسترون، رطوبت واژینال کاهش می‌یابد که اغلب باعث ناراحتی و درد در هنگام دخول می‌شود (۵) و به همین سبب، دیسپارونی شایع‌ترین شکایت جنسی در دوران بارداری و پس از زایمان است (۵، ۱). در پی تغییرات هورمونی مربوط به بارداری، تهوع و استفراغ، حساسیت پستان‌ها و افزایش وزن رخ می‌دهد و همه‌ی این مسائل به همراه خستگی و اضطراب، ممکن است باعث ضعف عمومی شود و تحریک شدن و برانگیختگی را با مشکل مواجه کند (۶). همچنین، باورهایی در مورد مقاربت در دوران بارداری مانند خطر آسیب به جنین، زایمان زودرس یا سقط جنین، عوامل بسیار مهمی هستند که باعث ترس و حتی اجتناب از تماس جنسی در هنگام بارداری می‌شود (۷). با پیشرفت بارداری، با توجه به افزایش اندازه‌ی شکم، محدودیت‌های بیشتری نیز بر عملکرد جنسی اعمال می‌شود (۸).

بر پایه‌ی این شواهد و با توجه به چنین تغییرات عمده‌ای، به نظر می‌رسد دوران بارداری دوره‌ی خاصی برای بررسی عملکرد جنسی زنان است (۹) و پژوهش در مورد مسائل جنسی زنان در این دوره به شدت حایز اهمیت است (۵). همچنین، در برنامه‌های مراقبت‌های بارداری (Prenatal care)، باید سلامت و فعالیت جنسی زوجین مورد توجه و بررسی قرار گیرد. از این منظر، تصور می‌شود که ارزیابی عملکرد جنسی زنان باردار و شناخت عوامل مؤثر بر آن، عامل مهمی در راستای کمک به زوجین برای بهبود سلامت جنسی در دوران بارداری می‌باشد (۹).

از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌گویی کننده‌ی اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵، در شهر تهران و بر روی جامعه‌ی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت. مراکز منتخب از میان فهرست کل مراکز بهداشتی-درمانی با روش تصادفی ساده انتخاب شدند. تعداد نمونه بر اساس $\alpha = 0/05$ ، $t = 0/20$ ، $\beta = 0/10$ و 250 نفر

محاسبه و نمونه‌گیری در داخل مراکز با روش غیر تصادفی آسان یا در دسترس انجام شد. پژوهشگر از زنان واجد شرایط برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آورد و در صورت تمایل و دارا بودن شرایط، پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار زنان قرار می‌گرفت و به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل می‌شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت از زنان ایرانی باردار متأهل (که در حال حاضر با همسر خود زندگی کند)، دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم ممنوعیت رابطه‌ی جنسی در بارداری (به علت لکه‌بینی، خطر سقط و ...)، عدم ابتلای همسر به اختلال نعوظ و انزال زودرس (بنا به اظهار زن)، عدم ابتلای زوجین به بیماری روانی، جسمی و اعتیاد به مواد مخدر و محرک بودند. عدم تمایل به ادامه‌ی مشارکت در پژوهش و انصراف زنان از تکمیل پرسش‌نامه، تنها معیار خروج از مطالعه بود.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی و مامایی، شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ (نسخه‌ی کوتاه)، مقیاس دیسترس جنسی زنان و پرسش‌نامه‌ی نگرانی‌های دوره‌ی بارداری بود.

پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی و مامایی: ابزاری که حاوی

سؤالاتی در خصوص سن زوجین، مدت ازدواج، تعداد بارداری، سن بارداری و سابقه‌ی بارداری پرخطر بود.

شاخص عملکرد جنسی زنان (Female sexual function index یا FSFI):

شاخص ۱۹ سؤالی که توسط Rosen و همکاران طراحی شد و عملکرد جنسی را در شش حوزه‌ی میل (سؤالات ۱-۲)، برانگیختگی (سؤالات ۳-۶)، رطوبت (سؤالات ۷-۱۰)، ارگاسم (سؤالات ۱۱-۱۳)، رضایت (سؤالات ۱۴-۱۶) و درد (سؤالات ۱۷-۱۹) می‌سنجد (۱۰). هر سؤال، نمره‌ای از ۰ (عدم برقراری رابطه‌ی جنسی در ماه گذشته) تا ۵ (عملکرد بهتر) دریافت می‌کند. مجموع نمرات هر حوزه در ضریب مشخصی ضرب می‌شود (میل: ۰/۶، برانگیختگی و رطوبت: ۰/۳، ارگاسم، رضایت و درد: ۰/۴) و از مجموع این نمرات، امتیاز کل محاسبه می‌شود که کمینه و بیشینه‌ی امتیاز کل به ترتیب ۲ و ۳۶ می‌باشد (۴). نمرات بالاتر از نقاط برش (نمره‌ی کل: ۲۸، میل: ۳/۳، برانگیختگی: ۳/۴، رطوبت: ۳/۴، ارگاسم: ۳/۴، رضایت: ۳/۸ و درد: ۳/۸)، نشانه‌ی عملکرد جنسی مطلوب است. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات پیشین تأیید شده است (۹-۱۰). نسخه‌ی فارسی این ابزار نیز از پایایی و اعتبار ساختاری بالایی برخوردار بوده و ضریب Cronbach's alpha برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس، ۰/۷ و بالاتر به دست آمده است (۱۱).

پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی Enrich (نسخه‌ی کوتاه):

Olson و Fowers، از این پرسش‌نامه برای بررسی رضایت زناشویی

بهشتی با کد IR. SBMU.PHNM.1394.378 تصویب شد. رضایت‌نامه‌ی کتبی از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه اخذ شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) و آزمون‌های آماری Kolmogorov-Smirnov (جهت بررسی طبیعی بودن داده‌ها)، One-way ANOVA و همبستگی Pearson تجزیه و تحلیل شد. متغیرهای دارای همبستگی معنی‌دار با عملکرد جنسی (شامل مدت ازدواج، نگرانی دوران بارداری و دیسترس جنسی) به عنوان متغیر مستقل وارد مدل Linear regression به روش Enter شدند و بدین ترتیب، عوامل پیش‌گویی کننده‌ی متغیر پاسخ یعنی عملکرد جنسی، تعیین شدند. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری آزمون‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین \pm انحراف معیار سن زنان باردار $26/64 \pm 4/66$ سال، سن همسران $31/33 \pm 4/5$ سال، فاصله‌ی سنی آنان $3/11 \pm 4/69$ ، مدت ازدواج $4/08 \pm 5/85$ سال و تعداد بارداری $0/76 \pm 1/55$ بود. میانگین \pm انحراف معیار سن بارداری $9/22 \pm 21/12$ هفته بود. وضعیت بارداری قبلی از جهت پرخطر بودن نشان داد که تنها تعداد ۱۷ زن (۶/۸ درصد) سابقه‌ی بارداری پرخطر داشتند. میانگین \pm انحراف معیار نمرات عملکرد جنسی و دیسترس جنسی در هر سه ماهه‌ی بارداری در جدول ۱ آمده است. بر پایه‌ی نقاط برش استاندارد ابزار مربوط، در حوزه‌های میل ۸۸ نفر (۳۵/۲ درصد)، برانگیختگی ۹۲ نفر (۳۶/۸ درصد)، رطوبت ۵۹ نفر (۲۳/۶ درصد)، ارگاسم ۶۳ نفر (۲۵/۲ درصد)، رضایت ۸۷ نفر (۳۴/۸ درصد) و درد ۱۰۵ نفر (۴۲/۰ درصد) عملکرد جنسی نامطلوب داشتند. بر طبق نمره‌ی کل عملکرد جنسی، ۱۸۰ نفر (۷۲/۰ درصد) اختلال عملکرد جنسی داشتند.

استفاده نموده‌اند (۱۲). پرسش‌نامه‌ی کوتاه Enrich دارای ۱۰ سؤال است که نمرات آن در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد و نمرات سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸ و ۹ باید معکوس شود. نمرات بالاتر، نشان دهنده‌ی رضایت بیشتر از زندگی زناشویی است (۱۳). نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه، از روایی و پایایی مطلوب برخوردار است و Cronbach's alpha آن $0/74$ گزارش شده است (۱۴).

مقیاس دیسترس جنسی زنان (Female Sexual Distress Scale-Revised)

برای ارزیابی پریشانی جنسی زنان، از این مقیاس ۱۳ سؤالی استفاده شد. نمرات در مقیاس لیکرت ۵ نمره‌ای، بین ۰-۴ می‌باشد (هرگز = ۰ و همیشه = ۴). نمره‌ی کل حاصل، جمع نمره‌ی ۱۳ عبارت پرسش‌نامه و بین ۰-۵۲ می‌باشد و هر چه بیشتر باشد، نشانه‌ی دیسترس و پریشانی جنسی بیشتر است. نمره‌ی مساوی یا بزرگ‌تر از نمره‌ی برش ۱۱، مشخص کننده‌ی زنان دچار پریشانی و دیسترس جنسی است. همسانی درونی مقیاس با ضریب α در محدوده‌ی $0/93 - 0/86$ و همچنین، اعتبار افتراقی با متمایز نمودن زنان طبیعی از زنان دارای اختلال عملکرد جنسی و اعتبار واگرایی مناسب با شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) مطلوب گزارش شده است (۱۵-۱۶).

پرسش‌نامه‌ی نگرانی‌های دوره‌ی بارداری: این پرسش‌نامه، توسط Lynn و Alderdice (۱۷) طراحی شد و دارای ۱۲ عبارت و نمرات در قالب لیکرتی ۵ نمره‌ای (هیچ = ۰ و همیشه = ۴) است. مجموع نمرات بین ۰-۴۸ و نمره‌ی بالاتر نشانه‌ی نگرانی بیشتر در دوره‌ی بارداری است. بر اساس مطالعات متعدد، این پرسش‌نامه کوتاه و مفید، ویژگی‌های روان‌سنجی لازم را دارد و در بررسی نسخه‌ی فارسی آن، ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسش‌نامه $0/74$ و ضریب Cronbach's alpha $0/78$ بود (۱۸-۱۹). مطالعه‌ی حاضر در کمیته‌ی اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی شهید

جدول ۱. میانگین \pm انحراف معیار نمرات عملکرد جنسی و دیسترس جنسی به تفکیک هر سه ماهه‌ی بارداری

متغیر	سه ماهه‌های بارداری			
	سه ماهه‌ی اول (n = 62)	سه ماهه‌ی دوم (n = 130)	سه ماهه‌ی سوم (n = 58)	مقدار P*
عملکرد جنسی	$3/58 \pm 1/06$	$3/48 \pm 1/42$	$3/57 \pm 1/40$	۰/۷۰
میل	$3/45 \pm 1/64$	$3/28 \pm 1/58$	$3/39 \pm 1/67$	۰/۸۰
برانگیختگی	$3/76 \pm 1/70$	$3/68 \pm 1/74$	$3/89 \pm 1/89$	۰/۷۰
رطوبت	$3/85 \pm 1/80$	$3/68 \pm 1/76$	$3/84 \pm 1/87$	۰/۸۰
ارگاسم	$4/12 \pm 1/95$	$3/95 \pm 1/95$	$4/03 \pm 2/03$	۰/۸۰
رضایت	$3/94 \pm 1/54$	$3/63 \pm 1/76$	$3/66 \pm 1/92$	۰/۰۸
درد	$2/7 \pm 9/73$	$2/170 \pm 9/44$	$2/211 \pm 9/59$	۰/۹۰
نمره کل	$9/62 \pm 8/16$	$9/34 \pm 9/07$	$8/22 \pm 7/51$	۰/۷۰
دیس‌ت‌رس جنسی				

* بر اساس آزمون One-way ANOVA

جدول ۲. نتایج آزمون Linear regression چندگانه برای پیش‌بینی عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی در زنان باردار

متغیر	B	SE	Beta	مقدار P	فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد برای β
مدت ازدواج	-۰/۳۴۳	۰/۱۴۵	-۰/۱۴۶	۰/۰۱۰	(-۰/۶۲۸، -۰/۰۵۷)
دیسترس جنسی	-۰/۱۸۳	۰/۰۷۵	-۰/۱۶۲	۰/۰۱۰	(-۰/۳۳۱، -۰/۰۳۴)
نگرانی دوران بارداری	-۰/۱۵۳	۰/۰۸۰	-۰/۱۲۶	۰/۰۵۰	(-۰/۳۱۱، ۰/۰۰۵)

به این ترتیب، مدت ازدواج، نگرانی دوران بارداری و دیسترس جنسی به طور معنی‌داری پیش‌گویی کننده‌ی عملکرد جنسی زنان در دوره‌ی بارداری می‌باشند. نتایج در جدول ۲ آمده است.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین عوامل پیش‌گویی کننده‌ی اختلال عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد. بر طبق یافته‌ها، بیشتر زنان باردار (۷۲/۰ درصد) اختلال عملکرد جنسی داشتند. مدت ازدواج، نگرانی دوران بارداری و دیسترس جنسی به طور معنی‌داری پیش‌گویی کننده‌ی عملکرد جنسی زنان باردار می‌باشند.

مطابق با یافته‌ها، بیشتر زنان باردار عملکرد جنسی نامطلوبی داشتند. شیوع اختلال عملکرد جنسی در سه ماهه‌ی اول، دوم و سوم به ترتیب ۶۷/۷، ۶۷/۲ و ۶۷/۲ درصد بود. این میزان در مطالعه‌ی جمالی و مصلی‌نژاد که از ابزار مشابه استفاده کرده بودند، در سه ماهه‌ی اول ۳۰/۵ درصد، در سه ماهه‌ی دوم ۲۳/۴ درصد و در سه ماهه‌ی سوم ۴۶/۲ درصد گزارش شد (۲۰). متوسط نمره‌ی عملکرد جنسی زنان باردار در مطالعه‌ی حاضر $9/58 \pm 22/11$ بود و ۷۲ درصد اختلال عملکرد جنسی داشتند. در مطالعه‌ی علی‌دوست و همکاران بر روی ۳۰۰ زن باردار، متوسط نمره‌ی عملکرد جنسی $11/32 \pm 21/29$ به دست آمد که به یافته‌های این مطالعه نزدیک بود. با توجه به تشابه محیط پژوهش، ابزار سنجش عملکرد جنسی و متوسط سنی زنان مشارکت‌کننده در هر دو پژوهش، تشابه یافته‌ها قابل توجیه است (۲۱)، اما در مطالعه‌ی جمالی و مصلی‌نژاد، این میزان‌ها به ترتیب $22/45 \pm 19/91$ بود و ۷۹/۱ درصد زنان اختلال عملکردی داشتند (۲۰). این مطالعه نیز با ابزاری مشابه (FSFI) به بررسی عملکرد جنسی در زنان شهر جهرم پرداخت و میانگین سنی زنان نیز نزدیک به محدوده‌ی سنی زنان مطالعه‌ی حاضر بود. از علل تفاوت در شیوع اختلال عملکرد جنسی در دو مطالعه، می‌توان به این مورد اشاره نمود که این مطالعه، نمره‌ی برش مقیاس FSFI را $26/5$ لحاظ نموده است؛ در حالی که در مطالعه‌ی حاضر، مطابق با مطالعه‌ی محمدی و همکاران، نقطه‌ی برش شاخص عملکرد جنسی زنان ۲۸ در نظر گرفته شد (۱۱).

در میان حوزه‌های عملکرد جنسی، زنان در حوزه‌ی «درد»

از زنان واقع در سه ماهه‌ی اول بارداری ۶۷/۷ درصد، سه ماهه‌ی دوم ۷۶/۲ درصد و سه ماهه‌ی سوم ۶۷/۲ درصد اختلال عملکرد جنسی داشتند. بر اساس نمره‌ی حاصل از مقیاس دیسترس جنسی، بیشتر زنان باردار فاقد دیسترس بودند و تنها ۷۹ نفر (۳۱/۶ درصد) دیسترس جنسی داشتند. میانگین \pm انحراف معیار نمره‌ی نگرانی‌های دوران بارداری $8/01 \pm 12/36$ و رضایت زناشویی $5/17 \pm 34/34$ بود.

بر پایه‌ی نتایج حاصل از آزمون همبستگی Pearson، مدت ازدواج ($r = -0/17$ و $P = 0/006$)، دیسترس جنسی ($r = -0/23$) و نگرانی دوران بارداری ($r = -0/2$ و $P = 0/003$) با «نمره‌ی کل عملکرد جنسی» همبستگی معنی‌داری داشتند. نتایج همبستگی Pearson در خصوص حوزه‌های عملکرد جنسی نیز بدین صورت بود که مدت ازدواج ($r = -0/2$ و $P = 0/001$)، دیسترس جنسی ($r = -0/19$ و $P = 0/002$) و نگرانی دوران بارداری ($r = -0/14$ و $P = 0/020$) با «میل جنسی» همبستگی معنی‌داری داشتند. مدت ازدواج ($r = -0/2$ و $P = 0/003$)، دیسترس جنسی ($r = -0/21$ و $P = 0/001$) و نگرانی دوران بارداری ($r = -0/22$ و $P = 0/001$) با «برانگیختگی جنسی» همبستگی معنی‌داری داشتند. مدت ازدواج ($r = -0/16$ و $P = 0/010$)، دیسترس جنسی ($r = -0/23$) و نگرانی دوران بارداری ($r = -0/21$ و $P = 0/001$) با «رطوبت» همبستگی معنی‌داری داشتند. مدت ازدواج ($r = -0/15$ و $P = 0/020$)، دیسترس جنسی ($r = -0/22$ و $P = 0/001$) و نگرانی دوران بارداری ($r = -0/2$ و $P = 0/002$) با «ارگاسم» همبستگی معنی‌داری داشتند. مدت ازدواج ($r = -0/15$ و $P = 0/020$)، دیسترس جنسی ($r = -0/24$ و $P = 0/001$) و نگرانی دوران بارداری ($r = -0/16$ و $P = 0/010$) با «رضایت» همبستگی معنی‌داری داشتند. دیسترس جنسی ($r = -0/17$ و $P = 0/006$) و نگرانی دوران بارداری ($r = -0/13$ و $P = 0/004$) با «درد» همبستگی معنی‌داری داشتند.

مدت ازدواج ($r = 0/14$ و $P = 0/030$) و نگرانی دوران بارداری ($r = 0/39$ و $P = 0/001$) با دیسترس جنسی همبستگی معنی‌داری داشتند.

بر اساس آزمون Linear regression به روش Enter، ضریب همبستگی چندگانه (R) بین عوامل مستقل با عملکرد جنسی زنان $0/294$ و مجذور ضریب (R^2) برابر با $0/8$ بود که نتایج آزمون F یا ANOVA نشان داد که این میزان R^2 معنی‌دار می‌باشد ($P = 0/001$).

بیشترین میزان اختلال جنسی را داشتند. این یافته، با نتایج سایر مطالعات هم‌خوانی داشت؛ چرا که یکی از جدی‌ترین مشکلات جنسی در بارداری، دیسپارونی است؛ کاهش رطوبت و خشکی واژن به علت تغییرات هورمونی، از علل احساس درد در هنگام دخول است (۵، ۱).

بر طبق یافته‌ها، با افزایش مدت ازدواج، عملکرد جنسی نامطلوب افزایش می‌یابد. در یک رابطه‌ی طولانی مدت با شریک جنسی ثابت، با گذشت زمان از تعداد رابطه‌ی جنسی کاسته می‌شود، اگر چه ممکن است رضایت از رابطه‌ی جنسی وجود داشته باشد. همچنین، به مرور میل جنسی زنان نیز کاهش می‌یابد و بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد (۲۲).

از علل مشکلات جنسی در دوران بارداری، ترس از آسیب جنین، خونریزی، سقط، عفونت، پارگی زودرس پرده‌های جنینی و زایمان زودرس در پی دخول و رابطه‌ی جنسی واژینال و همچنین، استرس و نگرانی درباره‌ی پذیرش مسؤولیت‌های مادری و مراقبت از نوزاد می‌باشد (۷، ۱). Liu و همکاران، مضطرب بودن زنان باردار را به عنوان مهم‌ترین یافته‌ی مطالعه‌ی خود ذکر کردند. در مطالعه‌ی آن‌ها، بیش از نیمی از زنان مقاربت را خطرناک دانستند و از آسیب به جنین هراس داشتند (۶). همسو با این مطالعات، در پژوهش حاضر نیز نمره‌ی نگرانی‌های دوران بارداری که با پرسش‌نامه‌ی استاندارد سنجیده شد، پیش‌گویی‌کننده‌ی وضعیت عملکرد جنسی زنان باردار بود. در حقیقت، نگرانی در خصوص آسیب به جنین منجر به کاهش میل جنسی و امتناع زنان از مقاربت می‌شود (۱) و نگرانی در باب تغییرات جسمانی و فیزیکی ناشی از بارداری، احساس اعتماد به نفس و جذاب بودن را تقلیل می‌دهد و بر تصویر ذهنی تأثیر منفی می‌گذارد (۵) و به این ترتیب، به عملکرد جنسی نامطلوب در بارداری منتهی می‌شود. دیسترس جنسی، به احساسات منفی و حالت پریشانی زن اشاره دارد که برآمده از وضعیت عملکرد جنسی اوست. ممکن است یک زن با وجود عملکرد جنسی نامطلوب، احساس دیسترس و پریشانی جنسی نداشته باشد (۲۳)، اما در این مطالعه، از جمله عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی عملکرد جنسی زنان باردار، سطح دیسترس جنسی آنان بود. همسو با این یافته، پیش‌تر نیز عظیمی و همکاران، در بررسی خود بر روی ۲۴۰۰ زن ایرانی با پرسش‌نامه‌های یکسان با پژوهش حاضر، نشان دادند که نمره‌ی دیسترس جنسی با نمره‌ی عملکرد جنسی همبستگی معنی‌داری دارد (۱۵).

اختلال عملکرد جنسی و دیسترس جنسی، با دامنه‌ی وسیعی از عوامل خطر مرتبط است. علاوه بر این، یک عامل خطر واحد ممکن است اثرات متفاوتی را بر عملکرد جنسی و دیسترس جنسی داشته باشد. به همین سبب، توصیه شده است که هنگام واکاوی عوامل خطر مرتبط با مشکلات جنسی، علاوه بر سنجش عملکرد جنسی،

دیسترس جنسی نیز مورد بررسی قرار گیرد (۲۳). از این رو، مطالعه‌ی حاضر نیز هر دوی این متغیرها را مورد بررسی قرار داد. نکته‌ی قابل توجه این بود که نگرانی‌های دوران بارداری با هر دو عامل همبسته بود و این بر نقش مهم این عامل بر فعالیت جنسی زنان در دوران بارداری اشاره دارد. به طور اساسی، مشکلات جنسی ممکن است روانی باشد؛ یعنی پاسخی عاطفی به تغییرات فیزیکی بارداری باشد.

همان‌طور که گفته شد، زن باردار ممکن است نگرانی‌های خاصی در مورد تصویر بدنی، زایمان، مادر بودن، رابطه‌ی زناشویی، احساس عدم اعتماد به نفس، احساس گناه حین رابطه‌ی جنسی، ترس از صدمه به جنین و حالت خستگی داشته باشد. همه‌ی این نگرانی‌های روانی می‌تواند باعث بروز دیسترس، اضطراب و مشکل در رابطه‌ی جنسی زوج شود. این در حالی است که در بین زنانی که طی بارداری از لحاظ جنسی فعال بودند، هیچ‌گونه افزایش معنی‌داری در مشکلات جنینی گزارش نشده است (۲۴). تأثیرگذاری این عامل روانی بر فعالیت جنسی زنان باردار، بر لزوم آگاهی‌بخشی و آموزش‌های جنسی در طی بارداری تأکید دارد. تلاش برای کاهش اضطراب دوران بارداری و افزایش فعالیت جنسی در دوران بارداری برای حفاظت از رابطه‌ی زناشویی ضروری است (۲۱).

به نظر می‌رسد انجام مشاوره توسط پرسنل بهداشتی آموزش دیده، با رفع باورهای نادرست و ترس‌های بی‌پایه و اساس مادر باردار، می‌تواند سهم مهمی در بهبود بهداشت جنسی خانواده در دوران بارداری داشته باشد. در این راستا، پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخلاتی با هدف ارتقای آگاهی زنان درباره‌ی فعالیت جنسی صحیح در دوران بارداری انجام شود. با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی کشور ایران، احساس شرم، حیا و خجالت زنان و امتناع از صحبت در خصوص مسایل جنسی، از محدودیت‌های این مطالعه بود. تلاش شد با تکمیل پرسش‌نامه به صورت خود گزارش‌دهی و اطمینان‌بخشی در خصوص حفظ محرمانگی اطلاعات، تا حدودی از اثر این محدودیت کاسته شود. سابقه‌ی بارداری پرخطر بر نگرانی بارداری اثرگذار می‌باشد و عدم کنترل آن به عنوان متغیر مخدوشگر، با وجود فراوانی کم آن در نمونه‌های مطالعه‌ی حاضر، از محدودیت‌های این مطالعه بود. با توجه به شیوه‌ی نمونه‌گیری غیر تصادفی، در تعمیم نتایج به جامعه باید با احتیاط عمل کرد.

نتیجه‌گیری نهایی این که بیشتر زنان باردار، اختلال عملکرد جنسی داشتند. مدت ازدواج، نگرانی دوران بارداری و دیسترس جنسی، به طور معنی‌داری پیش‌گویی‌کننده‌ی عملکرد جنسی زنان باردار می‌باشند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، برگرفته از طرح مصوب در دانشگاه علوم پزشکی شهید

پژوهش را کمک کردند، سپاسگزاری می‌گردد.

بهشتی با کد اخلاقی IR. SBMU.PHNM.1394.378 می‌باشد. بدین وسیله، از مسؤولین و مادران باردار که جهت اجرای طرح، تیم

References

1. Afrakoti NB, Shahhosseini Z. Bio-psycho-social factors affecting women's sexual function during pregnancy: A narrative review. *Glob J Health Sci* 2016; 8(10): 55246.
2. Alsibiani SA. Effects of pregnancy on sexual function. Findings from a survey of Saudi women. *Saudi Med J* 2014; 35(5): 482-7.
3. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2009; 55(5): 563-8.
4. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Urol J* 2015; 12(5): 2339-44.
5. Monteiro MN, Lucena EE, Cabral PU, Queiroz FJ, Queiroz J, Goncalves AK. Prevalence of sexual dysfunction among expectant women. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016; 38(11): 559-63.
6. Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sex Med* 2013; 1(2): 54-61.
7. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K, Wielgos M, Szymusik I. Sexual activity during pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett* 2016; 37(1): 53-8.
8. Torkestani F, Hadavand SH, Khodashenase Z, Besharat S, Davati A, Karimi Z, et al. Frequency and perception of sexual activity during pregnancy in Iranian couples. *Int J Fertil Steril* 2012; 6(2): 107-10.
9. Seven M, Akyuz A, Gungor S. Predictors of sexual function during pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2015; 35(7): 691-5.
10. 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.
11. Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh* 2019; 7(3): 269-78. [In Persian].
12. Fowers B, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *J Fam Psychol* 1993; 7(2): 176-85.
13. Raeisipoor Z, Fallahchai R, Zarei E. The study of adult attachment styles, communication patterns, and marital satisfaction. *J Life Sci Biomed* 2013; 3(1): 64-8.
14. Alidousti AA, Nakhaee N, Khanjani N. Reliability and validity of the Persian versions of the ENRICH Marital Satisfaction (Brief version) and Kansas Marital Satisfaction Scales. *Health Develop J* 2015; 4(2): 158-67. [In Persian].
15. Azimi NE, Burri A, Ashrafi F, Fridlund B, Koenig HG, Derogatis LR, et al. Psychometric properties of the Iranian version of the female sexual distress scale-revised in women. *J Sex Med* 2014; 11(4): 995-1004.
16. Roshan Chesli R, Mirzaei S, Nikazin A. Validity and reliability of Multidimensional Sexual Satisfaction Scale for Women (SSSW) in one sample of Iranian women. *Clinical Psychology and Personality* 2014; 2(10): 129-40. [In Persian].
17. Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. *Midwifery*; 27(4): 553-9.
18. Davoudi Z, Khodabakhshi-Kolaei A, Falsafinejad, M. The effectiveness of training of self-help program toward the parenthood on worry in pregnancy period among the nulliparous women. *J Health Lit* 2018; 3(1): 61-71.
19. Yousefi R. Psychometric properties of Persian version of Renatal Distress Questionnaire (PDQ). *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13(3): 215-25. [In Persian].
20. Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(6): 479-86.
21. 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. *Iran Red Crescent Med J* 2017; 19(7): e55686.
22. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7(1 Pt 2): 327-36.
23. Hayes RD. Assessing female sexual dysfunction in epidemiological studies: Why is it necessary to measure both low sexual function and sexually-related distress? *Sex Health* 2008; 5(3): 215-8.
24. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 2004; 329(7465): 559-61.

The Prognostic Factors of Sexual Dysfunction among Selected Pregnant Women in Tehran City, Iran

Tayebeh Darooneh¹, Zohreh Sheikhan², Marzieh Saei-Gharenaz¹,
Fatemeh Jalali-Chimeh³, Farahnaz Kholosi⁴, Maliheh Nasiri⁵, Giti Ozgoli⁶

Original Article

Abstract

Background: Pregnancy affects women's sexual function. Although previous studies have introduced various factors affecting sexual function, but few studies have examined the prognostic factors on sexual dysfunction during pregnancy. These factors are influenced by cultural issues of each society. This study aimed to determine the prognostic factors of sexual dysfunction in selected pregnant women in Tehran City, Iran.

Methods: This descriptive analytical study was conducted on 250 pregnant women in Tehran selected using convenience sampling method. The data collection instrument consisted of a questionnaire for individual and midwifery information, female sexual function index, Enrich marital satisfaction questionnaire (short version), female sexual distress scale, and prenatal distress questionnaire. The data were analyzed via SPSS software using Kolmogorov-Smirnov, one-way ANOVA, Pearson correlation, and linear regression (Enter method) statistical tests. The significance level was considered to be less than 0.05.

Findings: The mean (standard deviation) of sexual function score was 22.27 (9.73), and the majority of pregnant women (72%) had sexual dysfunction. Among the areas of sexual function, women had the highest rates of sexual dysfunction in the area of "pain". The duration of marriage, prenatal distress, and sexual distress were significantly predictive factors of sexual dysfunction in pregnant women ($P < 0.05$).

Conclusion: The duration of marriage, prenatal distress, and sexual distress significantly predicted sexual dysfunction in pregnant women. Knowing these factors is an important achievement for better prenatal care and designing interventional studies to improve sexual health during pregnancy.

Keywords: Sexual dysfunctions, Pregnancy, Women

Citation: Darooneh T, Sheikhan Z, Saei-Gharenaz M, Jalali-Chimeh F, Kholosi F, Nasiri M, et al. **The Prognostic Factors of Sexual Dysfunction among Selected Pregnant Women in Tehran City, Iran.** J Isfahan Med Sch 2019; 37(522): 328-34.

1- PhD Student of Reproductive Health, Students Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Instructor, Midwifery and Reproductive Health Research Center AND Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Department of Midwifery and Reproductive Health, Students Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Midwife, North Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- Assistant Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center AND Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Giti Ozgoli, Email: g.ozgoli@gmail.com