



Investigating the Relationship between Sexual Function and Mental Health in Pregnant Females

Hamideh Hajnasiri ¹, Nafiseh Aslanbeygi ², Farnoosh Moafi ¹, Maryam Mafi ³, Zahra Bajalan ^{1,*}

¹ Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Science, Qazvin, Iran

² Midwifery student, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Science, Qazvin, Iran

³ MSc, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Science, Qazvin, Iran

* **Corresponding author:** Zahra Bajalan, Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Science, Qazvin, Iran. E-mail: Z.Bajalan64@gmail.com

Received: 09 Jan 2017

Accepted: 14 Apr 2018

Abstract

Introduction: Sexual function is part of life as well as a human behavior and is influenced by many biological, psychological, and social factors. Given the large extent of marital problems and lack of awareness about the complications of the dimensions of this fundamental motive, this study was conducted to determine the association between depression, anxiety, and stress and sexual function during pregnancy.

Methods: This study was a descriptive research conducted on 150 pregnant females referred to clinics affiliated to Qazvin University of Medical Sciences in the city of Qazvin, during year 2016. Samples were selected through convenience sampling. Demographic, Female Sexual Function Index (FSFI), and DASS21 questionnaires were used to gather data. Data were analyzed using SPSS software via descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, Spearman correlation coefficient, and multiple regression. The level of significance was considered at $P < 0.05$.

Results: Overall, 33.3% of pregnant females had sexual dysfunction. The mean and standard deviation scores for sexual function, depression, stress, and anxiety were respectively 44.7 ± 26.11 , 9.86 ± 3.02 , 11.79 ± 3.52 , and 10.34 ± 2.99 . Sexual functioning was correlated with depression and stress in the first and second trimester ($P < 0.05$). However, there was no significant correlation between sexual functioning and anxiety in any trimester ($P > 0.05$).

Conclusions: Given the high prevalence of sexual and mental disorders during pregnancy, pregnant females and their partners need counseling about physical and psychological changes in pregnancy.

Keywords: Mental Health, Sexual Function, Pregnancy



بررسی ارتباط عملکرد جنسی با سلامت روان در زنان باردار

حمیده حاج نصیری^۱، نفیسه اصلان بیگی^۲، فرنوش معافی غفاری^۱، مریم مافی^۳، زهرا باجلان^{۱*}

^۱ مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ کارشناس ارشد، گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا باجلان، مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. ایمیل:

z.bajalan64@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۱۹

چکیده

مقدمه: عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسانی است که تحت تأثیر بسیاری از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد. با توجه به تعدد مشکلات زناشویی و عدم آگاهی نسبت به پیچیدگی ابعاد این انگیزه اساسی، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط افسردگی، اضطراب و استرس با عملکرد جنسی در دوران بارداری انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش توصیفی است که در سال ۱۳۹۵ در مورد ۱۵۰ زن باردار مراجعه کننده به درمانگاههای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین در شهر قزوین، انجام یافته است. نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های جمعیت شناسی، عملکرد جنسی ((FSFI، DASS-21 استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری (SPSS(24) و با آمار توصیفی، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چندگانه انجام یافت. سطح معنا داری $P > 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، $3/33/3$ ٪ زنان باردار از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند. میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد جنسی، افسردگی، استرس و اضطراب به ترتیب برابر با $26/11 \pm 4/7$ ، $3/02 \pm 9/86$ ، $3/52 \pm 11/79$ و $2/99 \pm 10/34$ بود. عملکرد جنسی با افسردگی و استرس در سه ماهه اول و دوم همبستگی داشت ($P > 0/05$). اما عملکرد جنسی با اضطراب در هیچ سه ماهه‌ای همبستگی معناداری نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی و روانی در بارداری، زنان باردار و همسرانشان به مشاوره درباره تغییرات جسمی و روحی در دوران بارداری نیاز دارند.

واژگان کلیدی: سلامت روان، عملکرد جنسی، بارداری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

شیوع دارد. اختلال عملکرد زنان اختلالاتی در میل، تحریک روانی، ارگاسم و نیز درد جنسی می‌باشد که سبب مشکلاتی در فرد و حتی مشکلات بین فردی می‌شود(۳). بارداری نقش مهمی در عملکرد و رفتار جنسی زنان ایفا می‌کند. اگرچه ۸۶ تا ۱۰۰ درصد زوجین فعالیت جنسی را در دوران بارداری ادامه می‌دهند، اکثر زنان کاهشی را در دفعات مقاربت و میل جنسی مخصوصاً در سه ماهه سوم بارداری، نشان می‌دهند. مشکلات عملکرد جنسی در زنان باردار به دفعات گزارش می‌شود (۲). شیوع کاهش میل جنسی در دوران بارداری بین ۵۷ تا ۷۵ درصد گزارش شده است. درنظرسنجی بین المللی که از زنان ۴۰ تا ۸۰ ساله انجام شد، مشخص شد که ۳۹ درصد از زنانی که فعالیت جنسی داشتند، حداقل یک مشکل با انجام فعالیت جنسی گزارش کردند (۴).

عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و یک پدیده چند بعدی است که تحت تأثیر بسیاری عوامل زیستی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد(۱). عملکرد جنسی انسان روندی است که ترکیبی از قسمت‌های مختلف را درگیر می‌کند و مستلزم هماهنگی بین سیستم‌های عصبی، عروقی و غدد درون ریز می‌باشد. عملکرد جنسی زنان حالتی از توانایی برای رسیدن به تهییج جنسی، رطوبت، ارگاسم و رضایت می‌باشد که منجر به تندرستی و رسیدن به سطحی از سلامتی همراه با کیفیت زندگی خوب می‌شود. امروزه شواهد زیادی در حمایت از اهمیت سلامت جنسی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی وجود دارد(۲). اختلال عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Dysfunction) یک مشکل مهم بهداشت عمومی می‌باشد که در زنان بیش از مردان

اساس شیوع اختلال عملکرد جنسی مطالعه جمالی و همکاران (۱۶) با استفاده از فرمول زیر ۱۳۲ نفر در نظر گرفته شد:

$$N = \frac{\left(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta} \right)^2 (p(1-p))}{(d)^2} = \frac{132 \cdot (1.96 + 0.84)^2 (0.79(1-0.79))}{(0.13 \cdot 0.79)^2}$$

با در نظر گرفتن احتمال پاسخگویی ناکامل به پرسشنامه‌ها ۲۰٪ به مقدار محاسبه شده افزوده شد و ۱۵۰ نفر برای مطالعه حاضر انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سکونت در شهر قزوین، بارداری کم خطر بود. معیارهای خروج شامل تهدید به سقط، زایمان زودرس، جفت سرراهی، سابقه افسردگی، اضطراب و استرس و بستری در بخش‌های روان پزشکی، مصرف داروهای ضد افسردگی، داروهای کاهنده استرس و اضطراب، وقوع حادثه ناگوار (از قبیل فوت بستگان، طلاق، تصادف و ...) در ۳ ماه اخیر و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود. برای جمع آوری داده‌ها ادر این پژوهش از ۳ پرسشنامه ویژگی‌های فردی و مامایی، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) استفاده شد. پرسشنامه ویژگی‌های فردی و مامایی محقق ساخته و مشتمل بر دو بخش مشخصات فردی و باروری شامل ۲۰ سؤال بود. سؤالات بخش اول مشخصات فردی شامل سن ازدواج، طول مدت ازدواج، سن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال خانم باردار و همسرش بود. سؤالات بخش دوم مشخصات باروری شامل سن حاملگی، تعداد بارداری قبلی، سابقه سقط و زایمان زودرس، نوع بارداری از نظر خواسته یا ناخواسته بود. اعتبار این فرم از روش اعتبار فرم محتوی کسب شد. ابتدا با مطالعات مقالات و کتب علمی مرجع و کسب شناخت کامل از متغیرهای مداخله گر، سؤالات تنظیم گشته و سپس با نظرخواهی از ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی و اساتید گروه زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین اصلاح گردید. در ضمن در راستای اعتباریابی صوری این فرم و بررسی از نظر قابلیت اجرایی، این فرم به ۲۵ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی جهت تکمیل داده شد. پایایی این فرم به روش آزمون مجدد دو هفته بعد، از همان ۲۵ نفر از مادران سنجیده گشت، سپس با استفاده از آزمون‌های آماری جهت متغیرهای کیفی از آزمون مک نمار و ضریب کاپا و برای متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون و متغیرهای رتبه‌ای از همبستگی اسپیرمن استفاده شد و همبستگی بین پاسخ‌ها مشخص شد. در این مطالعه پاسخ سؤالات متغیرهای کمی با ضریب همبستگی پیرسون برابر ۹۸ درصد و ضریب همبستگی متغیرهای رتبه‌ای با $P = 1$ و ضریب همبستگی متغیرهای کیفی با آزمون مک نمار با $P = 1$ و ضریب کاپا برابر با $P = 1$ همبستگی معناداری را نشان دادند. پرسشنامه دوم پرسشنامه استاندارد شاخص عملکرد جنسی زنان بود. پرسشنامه وضعیت عملکرد جنسی زنان یک پرسشنامه شش بعدی است که عملکرد جنسی زنان را به وسیله ۱۹ سؤال در ابعاد تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و رضایت جنسی و درد در ۴ هفته گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۶ گزینه فعالیت جنسی نداشتن، هرگز، بندرت، گاهی، اغلب، همیشه می‌باشد که از صفر تا ۵ نمره گذاری شده است. شاخص کلی نمره عملکرد جنسی محاسبه گردید. کسب نمره بالاتر به منزله عملکرد

مطالعات مختلف در ایران حاکی از آن است که اختلالات عملکرد جنسی در زنان شایع و حدود ۳۱/۵ درصد می‌باشد (۵). بارداری دورانی است که با تغییرات متعدد عملکردی، روانی و اجتماعی همراه است که ممکن است بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارند (۶). دگرگونی‌های فیزیولوژیکی و آناتومیکی زن باردار، احساس گناه از داشتن رابطه جنسی در دوران بارداری و اجتناب از آن، تغییر تصویر ذهنی زن از بدن خود، احساس کاهش جذابیت برای همسر و ترس از عواقب رابطه جنسی بروی پیامدهای بارداری از قبیل سقط، آسیب به جنین، زایمان زودرس از این جمله‌اند. هر یک از این عوامل می‌تواند باعث اضطراب و کاهش اعتماد به نفس زوجین و در نهایت اختلال در بهداشت روانی خانواده گردد (۷). افسردگی از جمله شایعترین مشکلات روان شناختی است که میزان شیوع آن در بین زنان تقریباً دو برابر مردان است و از متغیرهای مورد بررسی در اختلال عملکرد جنسی است (۸). در مطالعه‌ای که توسط سون و همکاران در سال ۲۰۱۵ انجام شد، ۷۷/۶ درصد زنان در دوران بارداری دچار اختلال عملکرد جنسی بودند که با سطح بالایی از اضطراب همراه بود (۹). چنگ و همکارانش در سال ۲۰۱۲ نشان دادند که افسردگی در اوایل و اواخر بارداری به طور معنا داری با عملکرد جنسی نسبت عکس دارد (۱۰). آذر و همکاران با مطالعه بر روی ۱۶۵ بیمار سرپایی مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی تفاوت معنا داری در میل و ارگاسم بین گروه‌های بیماران افسرده و شاهد یافتند (۱۱). سپهریان و حسین پور معتقدند که افسردگی، اضطراب و استرس بر عملکرد جنسی زنان تأثیر گذار است (۱۲). بنابراین افسردگی و اضطراب یک فاکتور مهم در کاهش میل جنسی در دوران بارداری است (۱۳). از طرف دیگر کاهش کیفیت روابط جنسی یکی از مهمترین عوامل خطر افسردگی در بارداری می‌باشد و احتمالاً یک رابطه همبستگی بین این دو وجود دارد (۱۴). تنش‌های محیطی در طول بارداری با پیامدهای ضعیف زنان و زایمان (وزن کم بدو تولد، عوارض بارداری) همراه می‌باشد که مشکلات جدی برای بیش از ۴۰ درصد از تمام مرگ و میر نوزادان و بخش قابل توجهی از ناتوانی عصبی-تکاملی در ایالات متحده آمریکا هستند (۱۵). لذا با تشخیص به موقع و ارائه روش‌های درمانی مؤثر و ارجاع به مراکز مرتبط می‌توان از بروز بسیاری از مشکلات پیشگیری کرد. بنابراین باتوجه به نظرات متفاوت و ابهاماتی که در مورد عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری وجود دارد و از سویی نظر به اهمیتی که این مسئله بر سطح سلامت و تندرستی و کیفیت زندگی زنان دارد، انجام تحقیقات بیشتر مورد نیاز است. از آنجایی که عملکرد جنسی به شدت تحت تأثیر عوامل فرهنگی، مذهبی، اجتماعی و تحصیلی قرار می‌گیرد (۳) و تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه در شهر قزوین انجام نیافته، لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط افسردگی، اضطراب و استرس و عملکرد جنسی در دوران بارداری انجام گرفته است.

روش کار

این مطالعه توصیفی از تاریخ اردیبهشت تا مردادماه ۱۳۹۵ بر روی زنان باردار سالم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهر قزوین انجام شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و بر

توضیح داده و از آنان رضایت نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ کرد. افراد باسواد خود اقدام به تکمیل پرسشنامه (بدون ذکر نام) نمودند و برای مادران بی سواد پرسشنامه به صورت مصاحبه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام یافت. در بخش آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار، درصد، فراوانی و جداول توزیع فراوانی استفاده شد. در بخش تحلیلی در مورد متغیرهای کمی ابتدا فرض نرمالیتی با آزمون کلموگراف اسمیرنوف (K-S) بررسی شد. جهت آنالیز داده‌ها از ضریب همبستگی اسپیرمن (با توجه به $P < 0/001$ ، داده‌ها نرمال نمی‌باشند) و مدل رگرسیون چندگانه استفاده شد. سطح معنا داری $P < 0/05$ ، در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۱۵۰ زن باردار در محدوده سنی ۱۶ تا ۴۲ سال و میانگین سنی $27/87 \pm 5/49$ سال انجام شد. اغلب نمونه‌های مورد مطالعه خانه دار ($89/3\%$) و دارای تحصیلات دبیرستان ($48/7\%$) بودند. $37/3\%$ زنان شرکت کننده در مطالعه بیان نمودند که برای اولین بار باردار شده‌اند و $82/7\%$ برای بارداری برنامه ریزی کرده بودند. که علاوه بر این 10% ، 30% و 60% از افراد مورد مطالعه به ترتیب، در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری بودند. متوسط سن بارداری آنان $28/9 \pm 9/59$ هفته بود. اطلاعات بیشتر در خصوص مشخصات فردی و مامایی نمونه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ و ۲ گزارش شده است.

جنسی طبیعی است. این پرسشنامه از پایایی و ساختار محتوای بالایی برخوردار است؛ پایایی آن با $r = 0/79 - 0/86$ و ضریب توافقی آلفای کرونباخ $0/82$ گزارش شده است (۶). در ایران، محمدی و همکاران در سال ۲۰۰۴ در دانشگاه شاهد اعتبار و پایایی پرسشنامه را تأیید کردند. پایایی این پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ $0/70 \geq$ گزارش کردند (۱۷). پرسشنامه سوم، پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس DASS-21 بود که دارای ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) می‌باشد و از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین صفر تا سه) تشکیل شده است و علائم را در طول یک هفته گذشته می‌سنجد. هریک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دارای ۷ پرسش است و نمره آزمودنی در هریک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به کلیه عبارات آن خرده مقیاس حاصل می‌آید (۱۸). پایایی و روایی این پرسشنامه قبلاً در ایران انجام شده است (۱۲، ۱۹) که در یکی از آنها ضریب آلفای کرونباخ مقیاس استرس، افسردگی و اضطراب را به ترتیب $0/73$ ، $0/62$ و $0/74$ گزارش کردند (۱۲). پس از تصویب طرح تحقیقاتی و گرفتن مجوز و هم چنین تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین (IR.QUMS.REC.1394.293) و کسب مجوزهای لازم نمونه گیری به صورت در دسترس در مراکز بهداشتی انجام شد. به این ترتیب که پژوهشگر پس از معرفی خود به هریک از نمونه‌ها، هدف از انجام مطالعه، نحوه انجام کار و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات را به آنان

جدول ۱: برخی مشخصات فردی نمونه‌های مورد مطالعه

متغیر	میانگین و انحراف معیار Mean \pm SD (years)
سن	$27/87 \pm 5/49$
سن همسر	$31/55 \pm 5/42$
طول مدت ازدواج	$6/52 \pm 4/66$
تحصیلات	تعداد (درصد)
بی سواد	(۲)۳
ابتدایی	(۲۳/۳)۳۵
دبیرستان	(۴۸/۷)۷۳
دانشگاهی	(۲۶)۳۹
تحصیلات همسر	
بی سواد	(۲)۳
ابتدایی	(۲۶/۷)۴۰
دبیرستان	(۴۸)۷۲
دانشگاهی	(۲۳/۳)۳۵
شغل	
خانه دار	(۸۹/۳)۱۳۴
شاغل	(۱۰/۷)۱۶
شغل همسر	
بیکار	(۲)۳
کارگر	(۱۵/۳)۲۳
کارمند	(۲۲)۳۳
آزاد	(۶۰/۷)۹۱

جدول ۲: برخی مشخصات مامایی نمونه‌های مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
سن بارداری (سه ماهه)	
سه ماهه اول	۱۵ (۱۰)
سه ماهه دوم	۴۵ (۳۰)
سه ماهه سوم	۹۰ (۶۰)
تعداد بارداری	
یک	۵۶ (۳۷/۴)
دو	۴۷ (۳۱/۳)
سه و بیشتر	۴۷ (۳۱/۳)
تمایل به بارداری	
خواسته	۱۲۴ (۸۲/۷)
ناخواسته	۲۶ (۱۷/۳)
سقط	
دارد	۹۹ (۶۶)
ندارد	۵۱ (۳۴)

جدول ۳: معیارهای توصیفی درمورد شاخص عملکرد جنسی و سلامت روان نمونه‌های مورد مطالعه

حیطه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
FSFI				
میل	۴۹/۴	۱/۸۱	۲	۹
تحریک روانی	۷/۶۱	۵/۳۸	۰	۱۹
رطوبت	۸/۹۵	۶/۴۸	۰	۲۰
ارگاسم	۶/۷۶	۵/۳۹	۰	۱۵
رضایت‌مندی	۹/۳۳	۴/۰۷	۰	۱۵
درد جنسی	۷/۵۶	۵/۸۸	۰	۱۵
نمره کل عملکرد جنسی	۴۴/۷	۲۶/۱۱	۲	۸۶
DASS-21				
افسردگی	۹/۸۶	۳/۰۲	۰	۲۱
استرس	۱۱/۷۹	۳/۵۲	۰	۲۱
اضطراب	۱۰/۳۴	۲/۹۹	۰	۲۱

جدول ۴: تعیین همبستگی بین عملکرد جنسی و افسردگی، اضطراب و استرس نمونه‌های مورد مطالعه

ابزار	سه ماهه اول			سه ماهه دوم			سه ماهه سوم		
FSFI									
حوزه‌ها	افسردگی	اضطراب	استرس	افسردگی	اضطراب	استرس	افسردگی	اضطراب	استرس
میل	۰/۵۷*	۰/۳۶	۰/۱۹	۰/۲۴	۰/۱۶	۰/۲۷*	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۰۴
تحریک روانی	۰/۴۸*	۰/۳۷	۰/۲۹	۰/۲۴	۰/۱۱	۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۲
رطوبت	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۲۵	۰/۲۶*	۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۰۳	۰/۰۶
ارگاسم	۰/۴۳	۰/۱۶	۰/۵۳*	۰/۳۴*	۰/۰۱	۰/۲۶*	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۰۳
رضایت‌مندی	۰/۱۲	۰/۱	۰/۳۵	۰/۴۶*	۰/۱۷	۰/۳۸*	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۰۱
درد جنسی	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۰۵*	۰/۲۷*	۰/۹۴	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۰۱
نمره کل عملکرد جنسی	۰/۴۴	۰/۱۸	۰/۴۶*	۰/۳۳*	۰/۱۲	۰/۲۵*	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۰۱

* $P < 0/05$

راضی بودند. این یافته‌ها حاکی از شیوع بالای ناراضی جنسی در میان زنان باردار می‌باشد (۲۱). باتوجه به یافته‌های فوق، اهمیت فراهم آوردن اطلاعات لازم برای زنان قبل از ازدواج و حتی بعد از آن ارائه چهارچوبی از ارزش‌های مذهبی-اجتماعی و خانوادگی در مورد ارتباط و فعالیت‌های جنسی را آشکار می‌سازد و آموزش‌های لازم در باره روابط جنسی به زنان به شدت احساس می‌شود. یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که اختلالات سلامت روان در سه ماهه اول و دوم بیشترین اثر را بر عملکرد جنسی زنان باردار دارد. افسردگی به طور معکوسی همبستگی با ابعاد میل و تحریک روانی در سه ماهه اول، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی، درد جنسی و نمره کل عملکرد جنسی در سه ماهه دوم را نشان داد. استرس به طور معکوسی همبستگی با ابعاد ارگاسم، درد جنسی و نمره کل عملکرد جنسی در سه ماهه اول، میل، ارگاسم، رضایتمندی و نمره کل عملکرد جنسی در سه ماهه دوم را نشان داد. در مطالعه حاضر بین اضطراب و عملکرد جنسی رابطه‌ای یافت نشد. بر اساس چارچوب نظری مسترز، جانسون و کاپلان، فرض بر این است که اضطراب تأثیر معکوسی بر تحریک جنسی دارد (۲۲). انواع مختلف اختلالات اضطرابی می‌تواند اثرات متفاوتی در عملکرد جنسی داشته باشد (۲۳). وان مینن و همکاران معتقدند که اضطراب همیشه با عملکرد جنسی ناسازگار نیست. اما سطوح بالاتر اضطراب می‌تواند باعث اختلال در عملکرد جنسی می‌شود (۲۲)، که با مطالعه حاضر همسو است. افسردگی در زنان با مشکلات جنسی مرتبط می‌باشد (۲۳). افسردگی ممکن است تأثیر واضحی بر رضایتمندی جنسی داشته باشد (۲۴). یافته‌های مطالعه آذر و همکاران در این باره، بیانگر این است که بین عملکرد جنسی و افسردگی، ارتباط معنا داری وجود دارد. معمولاً در اختلالات عملکرد جنسی، فرد دچار کاهش اعتماد به نفس، شرمساری می‌شود که به صورت اشتغال ذهنی در می‌آید و در نهایت موجب افسردگی در فرد می‌شود (۲۵). در مطالعه بروتو و همکاران در سال ۲۰۱۶ بیشترین تأثیر افسردگی، بر روی علاقه و تحریک روانی جنسی دیده شد (۲۳). نیک آذین و همکاران در سال ۲۰۱۳ نیز نشان دادند که افسردگی مهم‌ترین پیش‌بینی کننده عملکرد جنسی زنان باردار می‌باشد و به طور معکوسی همبستگی با میل و ارگاسم دارد. یافته‌های مطالعه آنها هم چنین نشان داد که تمایل و رضایت جنسی با جنبه‌هایی از کیفیت زندگی و سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی) مرتبط است (۲۱).

تحقیقات انجام شده توسط مزده و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که افسردگی با کاهش میل جنسی و ارگاسم همراه است. عملکرد جنسی تحت تأثیر وضعیت روان فرد می‌باشد (۲۶). در مطالعه طهماسبی و همکاران (۲۰۱۱) در مورد افسردگی زنان (۲۰ تا ۴۰ ساله‌ها) نشان داد که بیش از نیمی از (۵۸/۷٪) زنان افسردگی داشتند، ۳۹٪ افسردگی خفیف داشتند و همچنین رابطه معناداری بین افسردگی و عملکرد جنسی وجود داشت (۲۵). پارک و همکاران رابطه بین عملکرد جنسی و اختلالات روانی را بررسی کردند. این نویسندگان در ۳۸۲۸ زن کره‌ای (بین ۵۰ تا ۷۴ ساله) نشان دادند که با تشخیص اختلال روانی، ۲/۷ برابر احتمال اختلال عملکرد جنسی افزایش می‌یابد (۲۷). شواهدی از افزایش تأثیر معکوس تنش مزمن بر روی عملکرد جنسی به خصوص تحریک و درد تناسلی وجود دارد (۲۳). در مطالعه طهماسبی و همکاران بین عملکرد جنسی زنان و سطوح مختلف افسردگی ارتباط آماری معنا

بر اساس نتایج، میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد جنسی، افسردگی، استرس و اضطراب به ترتیب برابر با $26/11 \pm 44/7$ ، $3/02 \pm 9/86$ ، $3/52 \pm 11/79$ و $10/34 \pm 2/99$ بود. علاوه بر این، در میان ۱۵۰ مورد زن باردار، ۳۳/۳٪ از آنها از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌بردند، در حالی که ۶۶/۷٪ عملکرد جنسی طبیعی داشتند. معیارهای توصیفی در مورد شاخص عملکرد جنسی و سلامت روان در جدول ۳ آورده شده است.

نتایج تجزیه و تحلیل همبستگی اسپیرمن (با توجه به فرض نرمال نبودن داده‌ها) برای تعیین ارتباط بین متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس و عملکرد جنسی به تفکیک حیطه‌ها در نمونه‌های مورد مطالعه در جدول ۴ ارائه شده است. نمرات افسردگی و استرس به طور معنا داری در سه ماهه اول و دوم با عملکرد جنسی زنان مرتبط است. افسردگی و استرس همبستگی معکوسی با حیطه‌های عملکرد جنسی در سه ماهه اول و دوم از خود نشان دادند؛ اما اضطراب در هیچ سه ماهه‌ای با عملکرد جنسی زنان همبستگی معناداری نداشت. همچنین برای بررسی بیشتر ارتباط بین متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس و عملکرد جنسی از مدل رگرسیون چندگانه استفاده شد؛ اما هیچ یک از متغیرها با عملکرد جنسی ارتباط معناداری را نشان ندادند ($P > 0/05$). هم چنین میزان $P - value = 0/612$ و $R^2 = 0/12$ گزارش شد.

بحث

در مطالعه حاضر، پژوهشی با هدف تعیین ارتباط بین افسردگی، اضطراب، استرس و عملکرد جنسی در دوران بارداری انجام شد و نشان داده شد که افسردگی و استرس در سه ماهه اول و دوم با عملکرد جنسی ارتباط دارد. تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در دوران بارداری، باعث ایجاد تغییر در روابط جنسی می‌شود. چرا که در بارداری رابطه جنسی بدون درد و رضایت بخش اغلب تحت تأثیر این تغییرات قرار می‌گیرد (۲). علاوه بر این، رفتارهای جنسی و نگرش‌های فردی در دوران بارداری تحت تأثیر سنت، ارزش‌های فرهنگی، باورهای مذهبی، تغییرات جسمانی و محدودیت‌های پزشکی قرار می‌گیرند (۱۶). در میان عوامل متعدد، کاپلان معتقد بود که درصد بالایی از اختلالات عملکرد جنسی به علت سطح پایین سلامت روان می‌باشد. برخی از عوامل بحرانی که پاسخ سؤالات و نتایج شرکت کنندگان در مورد مسائل جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد شامل باورهای اجتماعی منفی و توجه بسیار به آنها عنوان تابو، تفاوت‌های فردی، ویژگی‌های روحی، شرم، خجالت و غیره می‌باشد (۲۰). یافته‌های ما شیوع ۳۳/۳ درصدی اختلال عملکرد جنسی در میان زنان باردار را نشان داد. یافته‌های مطالعه گشتاسبی و همکاران سال ۱۳۸۶ در ایران همسو با یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان حدود ۳۱/۵٪ می‌باشد (۵). این شیوع در مطالعه جمالی و همکاران در سال ۲۰۱۳، ۷۹/۱٪ در زنان باردار گزارش شد دلیل این اختلاف می‌تواند این باشد که جمالی و همکاران نمره کمتر از ۲۶/۵ را به عنوان اختلال عملکرد جنسی در نظر گرفتند (۱۶)؛ در حالی که در مطالعه حاضر مرز اختلال عملکرد جنسی نمره ۲۸ بود. نیک آذین و همکاران در مطالعه‌ای دیگر بیان کردند که ۳۹/۳٪ زنان ناراضی شدید جنسی، ۱۶/۷٪ ناراضی نسبی، ۴۲/۷٪ گاه راضی و گاه ناراضی و تنها ۱/۳٪ نسبتاً

جنسی متفاوت است بررسی این مهم در قومیت‌های مختلف پیشنهاد می‌گردد. هم چنین آموزش زوج‌های جوان در شناخت صحیح روابط جنسی و تمایلات یکدیگر و نحوه پاسخگویی به آن، می‌تواند از محورهای اصلی در جلسات مشاوره قبل از ازدواج باشد. هم چنین، زنان باردار و همسرانشان به مشاوره درباره تغییرات جسمی و روحی در دوران بارداری نیاز دارند. کشف و رفع اختلالات جنسی در بهبود بخشیدن به کیفیت روابط زناشویی تأثیر بسزایی داشته است که این خود، اقدام مهمی در جهت پیشگیری از اختلافات خانوادگی و پیامدهای ناشی از آن می‌باشد، حمایت‌های مستقیم و غیر مستقیم از برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای افزایش یابد. در نهایت اینکه بهداشت جنسی به معنی مراقبت از سلامت جنسی زنان، تشخیص نگرانی‌ها و کمک به آنها برای بهبود عملکرد و افزایش رضایت جنسی باید از محورهای اصلی دانش خانواده سالم، در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

از کلیه همکارانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند از جمله کارکنان محترم مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین و نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله حاصل طرح پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط عملکرد جنسی با اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار در سال ۱۳۹۵ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام گرفته است. بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بابت تقبل هزینه‌های مالی این مطالعه اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

داری وجود داشت (۲۵). دجودسیبوس و همکاران بیان کردند که افسردگی پیش بینی کننده مهمی در کاهش میل جنسی و رضایت جنسی در دوران بارداری بود و میزان مقاربت را تا ۱۲ هفته پس از زایمان کاهش می‌دهد (۱۳). در یک مطالعه دیگر نیز مشخص شد که در افراد با میل جنسی پایین، میزان افسردگی متوسط تا شدید تقریباً دو برابر بیشتر از گروه کنترل بود (۲۸). باید تلاش شود تا مطمئن شویم که آیا استرس یا افسردگی علت شکایت جنسی است یا نتیجه آن. اگر از قبل وجود داشته باشد، باید درمان شود. برخی تحقیقات نشان می‌دهد که تسکین مشکل جنسی با درمان افسردگی مرتبط است (۲۳). در مطالعه حاضر محدودیت سن در نظر گرفته نشد و زنان تا ۴۲ سال نیز وارد مطالعه شدند، افزایش سن می‌تواند اثراتی بر تغییرات فیزیکی داشته باشد و کاهش لغزندگی واژن و دیواره‌های واژن نازک‌تر و انعطاف پذیری کمتر و کاهش میل جنسی به علت کاهش سطح استروژن اتفاق می‌افتد. در نتیجه کاهش میل جنسی و تعداد مقاربت منجر به کاهش رضایت جنسی می‌شود. همچنین با افزایش سن، تصویر بدن تغییر پیدا می‌کند (۲۱). از محدودیت‌های این مطالعه، روش انجام مطالعه آن می‌باشد که پیشنهاد می‌شود در مطالعه طولی بررسی ارتباط سلامت روان با عملکرد جنسی در دوران قبل از بارداری، در طول بارداری و پس از بارداری سنجیده شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان دادند که سلامت روان بر حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد که از این بین افسردگی و استرس بیشترین تأثیر را دارد. توصیه ما این است که ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به طور مرتب در دوران بارداری و حتی قبل از آن، هنگام ارزیابی عملکرد جنسی، بیمار را از جهت سلامت روان نیز بررسی کنند. به طور خلاصه، ارزیابی سلامت روان در افراد با اختلالات جنسی باید به عنوان بخشی از ارزیابی اولیه وجود داشته باشد و در هر کجا که امکان دارد درمان صورت گیرد. باتوجه به این حقیقت که در فرهنگ‌های مختلف عملکرد

References

1. Tork Zahrani S, Banaei M, Ozgoli G, Azad M. Investigation of the postpartum female sexual dysfunction in breastfeeding women referring to healthcare centers of Bandar Abbas. Iranian J Obstet Gynecol Infert. 2016;19(35):1-12.
2. 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. PMID: 19918657
3. Ibrahim ZM, Ahmed MR, Sayed Ahmed WA. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. Arch Gynecol Obstet. 2013;287(6):1173-80. DOI: 10.1007/s00404-012-2677-8 PMID: 23274790
4. Oahadi B. [Human sexual behavior]. Isfahan: Sadegh Hedayat Press; 2004. 234-8 p.
5. Goshtasbi A, Vahdaninia M, Rahimi Forooshani A, Mohammadi A. Sexualdysfunction and its relationship with reproductive variables in Kohkiluyeh and Boyerahmad Province. Payesh J. 2007;7(1):67-73.
6. 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. DOI: 10.1080/009262300278597 PMID: 10782451
7. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. BMJ. 2004;329(7465):559-61. DOI: 10.1136/bmj.329.7465.559 PMID: 15345632
8. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behavioral therapy, practical help in the treatment of mental disorders. USA: Location: Oxford; 2002.
9. Seven M, Akyuz A, Gungor S. Predictors of sexual function during pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2015;35(7):691-5. DOI: 10.3109/01443615.2015.1006596 PMID: 25710683

10. Chang SR, Ho HN, Chen KH, Shyu MK, Huang LH, Lin WA. Depressive symptoms as a predictor of sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2012;9(10):2582-9. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2012.02874.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02874.x) PMID: [22897117](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22897117/)
11. Azar M, Iranpur H, Noohy S. Female sexual dysfunction and mental status of females. *J Think Behav* 2003;9(2):2-29
12. Sepehrian F. Female sexual dysfunction and its related factors in urmia. *Urmia Med J.* 2012;23(2):148-54.
13. DeJadicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res.* 2002;39(2):94-103. DOI: [10.1080/00224490209552128](https://doi.org/10.1080/00224490209552128) PMID: [12476241](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12476241/)
14. Lateif Y, Kesrouani A, Richa S. Depressive syndromes during pregnancy: prevalence and risk factors. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005;34((3 - 1)): 262-9.
15. Witt WP, Litzelman K, Cheng ER, Wakeel F, Barker ES. Measuring stress before and during pregnancy: a review of population-based studies of obstetric outcomes. *Matern Child Health J.* 2014;18(1):52-63. DOI: [10.1007/s10995-013-1233-x](https://doi.org/10.1007/s10995-013-1233-x) PMID: [23447085](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23447085/)
16. Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med.* 2013;11(6):479-86. DOI: [D - NLM: PMC3941320](https://doi.org/10.1007/s10995-013-1233-x) OTO - NOTNLM PMID: [24639782](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24639782/)
17. Mohammadi K, Haydari M, Faghihzadeh S. [Validated Persian version of women's sexual functioning scale instruction]. *Payesh J.* 2008;7:269-78.
18. Jamshidi N, Abbaszadeh A, Kalyani M. Effects of video information on anxiety, stress and depression of patients undergoing coronary angiography. *Pak J Med Sci* 2009;25(6):901-5.
19. Asghari A, Saed F, Dibajnia P. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. *Int J Psychol* 2008;4(2):82-102.
20. Saberi N, Amir Ali Akbari S, Mahmoodi Z, Nasiri M. The Relationship between Psychological Status (Depression and Anxiety) and Social Support and Sexual Function. *Adv Nurs Midwifery.* 2017;;27(1):1-8.
21. Nik-Azin A, Nainian MR, Zamani M, Bavojudan MR, Bavojudan MR, Motlagh MJ. Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnant women. *J Family Reprod Health.* 2013;7(4):171-6. PMID: [24971121](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24971121/)
22. Van Minnen A, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sex Relat Ther.* 2000;15(1):47-57. DOI: [10.1080/14681990050001556](https://doi.org/10.1080/14681990050001556)
23. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13(4):538-71. DOI: [10.1016/j.jsxm.2016.01.019](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019) PMID: [27045257](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045257/)
24. Huang YC, Mathers NJ. A comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. *Int Nurs Rev.* 2006;53(3):197-204. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2006.00459.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00459.x) PMID: [16879182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16879182/)
25. Tahmasebi H, Abasi E. Sexual Function and its Relation with Depression in Referring Women to Health Centers Affiliated to Medical Science University in Sari Township. *Q J Health Breeze.* 2013;1(3):40-4.
26. Mojdeh F, Zeighami Mohamadi S. The Relationship between Depression and Sexual Function Index among Married Women. *Nursing.* 2013;21(1):41-51.
27. Park JE, Sohn JH, Seong SJ, Cho MJ. Prevalence of Sexual Dysfunction and Associations with Psychiatric Disorders Among Women Aged 50 and Older. *J Womens Health (Larchmt).* 2015;24(6):515-23. DOI: [10.1089/jwh.2014.5151](https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5151) PMID: [25909627](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25909627/)
28. Schreiner-Engel P, Schiavi RC. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *J Nerv Ment Dis.* 1986;174(11):646-51. PMID: [3772353](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3772353/)