

مقایسه ارتباط عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان باردار در سه ماه‌های مختلف بارداری

دکتر گیتی ازگلی^۱، دکتر محبوبه حاجی فقها^۲، دکتر شیوا علیزاده^{۳*}، بهناز نجاتی^۴

۱. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۴. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، مرکز بهداشت شهرستان ملایر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۰۸

خلاصه

مقدمه: اگرچه دوران بارداری برای اکثریت زنان یک دوره لذت‌بخش است، ولی اغلب یک دوره پراسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی به‌شمار می‌آید. سلامت جسمی و سلامت روان، دو بُعد کلی کیفیت زندگی هستند. به‌نظر می‌رسد کیفیت زندگی، عامل تأثیرگذار بر عملکرد جنسی زنان باردار باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف، مقایسه ارتباط عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان باردار در سه ماه‌های مختلف بارداری انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۳۶۰ زن باردار (در هر ترمیستر ۱۲۰ زن باردار) مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان‌های دولتی شهر رشت انجام شد. ابزار مورد بررسی، پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، عملکرد جنسی FSFI و کیفیت زندگی SF-36 بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) و آزمون‌های تی، کای دو، آنووا و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل عملکرد جنسی افراد مورد مطالعه $18/64 \pm 10/05$ بود. اختلال عملکرد جنسی در ۸۶/۴٪ نمونه‌ها مشاهده شد. نمره‌های عملکرد جنسی در سه ماهه اول تا سوم بارداری به ترتیب $23/92 \pm 7/79$ ، $18/84 \pm 8/84$ و $13/17 \pm 10/37$ بود که بین نمره کلی و نیز نمرات حیطه‌های عملکرد جنسی با ترمیسترهای بارداری اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). کیفیت زندگی گروه‌های با و بدون اختلال عملکرد جنسی در دو بُعد اصلی سلامت جسمی و سلامت روانی کیفیت زندگی با هم اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/001$). میانگین نمره‌های کلی سلامت جسمی و سلامت روانی به ترتیب $54/82 \pm 18/73$ و $60/18 \pm 17/59$ بود. همچنین رضایت‌مندی ($r = 0/162$ ، $p = 0/002$) و درد ($r = 0/108$ ، $p = 0/041$) با سلامت جسمی همبستگی مثبت داشت. لغزندگی ($r = 0/126$ ، $p = 0/017$)، ارگاسم ($r = 0/146$ ، $p = 0/006$)، رضایت‌مندی ($r = 0/247$ ، $p = 0/0001$)، درد ($r = 0/165$ ، $p = 0/002$) و نیز نمره کل عملکرد جنسی ($r = 0/158$ ، $p = 0/003$)، با سلامت روانی همبستگی مثبت داشتند.

نتیجه‌گیری: میزان اختلال عملکرد جنسی با افزایش سن بارداری، بیشتر می‌شود. همچنین کیفیت زندگی با بیشترین نمره میانگین سلامت روانی مربوط به ترمیستر اول و بیشترین میانگین نمره سلامت جسمی در ترمیستر سوم همراه بود. عملکرد جنسی با بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی همبستگی مثبت داشت.

کلمات کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، بارداری، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر شیوا علیزاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. تلفن: ۰۱۳-۴۲۵۶۵۰۵۹؛ پست الکترونیک: shiva.alizadeh51@gmail.com

مقدمه

بارداری، یکی از مهم‌ترین رویدادهای زندگی یک زن است و اغلب به‌عنوان دوره هیجان، انتظار و تغییر؛ در نظر گرفته می‌شود (۱). بارداری مرحله مهم، حساس و نیز یک گذر بیولوژیکی در زندگی زنان است که طی آن تغییرات عمده فیزیولوژیکی، آناتومی و رفتاری در بدن اتفاق می‌افتد (۲). روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات فیزیکی، هورمونی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی متعدد دوران بارداری، دستخوش تغییرات می‌شود (۳-۵).

تمایلات جنسی یک گزینه اساسی است که برای بقاء و ادامه زندگی لازم است (۶). رابطه جنسی، بخش مهمی از زندگی انسان است، بخشی که به‌طور اساسی رفاه افراد را تعیین می‌کند. از آنجایی که بارداری یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد است، ممکن است باعث تغییر در فعالیت جنسی زوجین (والدین آینده) شود. کاهش یا افزایش فعالیت جنسی می‌تواند باعث عمیق‌تر شدن روابط زناشویی و یا گسستگی آن شود (۷). در طول دوران بارداری، علاوه بر تأثیر شدید هورمون‌ها، ممکن است تغییرات عاطفی در زن رخ دهد و این ممکن است بر بیان تمایلات جنسی و رفتار جنسی تأثیر بگذارد (۸) و یا زوجین ممکن است نگران عوارض دوران بارداری در نتیجه فعالیت جنسی باشند (۹).

گزارشات حاکی از آن است که شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری بین ۹۳-۵۰٪ متغیر در کشورهای مختلف است (۱۰-۱۲). بر اساس نتایج متاآنالیز علیزاده و همکاران (۲۰۲۱)، میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان باردار در منطقه مدیترانه شرقی، ۶۵٪ می‌باشد (۱۳).

سلامت جنسی شامل همه نگرش‌ها، احساسات، نیازهای روحی و روانی، لذت، رضایت، خودپنداره و احترام است (۱۴). سلامت جنسی، بخش مهمی از کیفیت زندگی زنان است و توسط سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان «وضعیت رفاه جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی مرتبط با تمایلات جنسی» تعریف شده است (۱۵). سلامت جنسی ادغام شخصیت، ارتباطات و عشق با وجود تمایلات جنسی است که جنبه‌های جسمانی، عاطفی،

فکری و اجتماعی زندگی را به‌طور مثبت غنی می‌کند. سلامت جنسی فقط به فقدان بیماری‌ها یا ناتوانی‌های جنسی مربوط نمی‌شود، بلکه از لحاظ جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی نیز حالتی از رفاه کامل است (۱۶). سلامت جنسی برای کیفیت بهتر زندگی، مهم است (۱۷). مشکلات جنسی می‌تواند بر زندگی شخصی و اجتماعی زنان تأثیر منفی بگذارد، باعث کاهش عزت نفس و افزایش مشکلات روانی، درگیری‌ها و شکست‌ها شود و بر کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد (۱۸).

در سال ۱۹۹۴، سازمان بهداشت جهانی (WHO)، کیفیت زندگی (Quality of Life) را به‌صورت: «ادراک و باورهای افراد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب سیستم‌های فرهنگی و ارزشمندی که در آن زندگی می‌کنند و ارتباط این باورها با اهداف، انتظارات، استانداردها و دغدغه‌های آنها» تعریف کرد (۱۹).

بارداری، یک دوره گذار با تغییرات فیزیکی و عاطفی مهم است که ممکن است کیفیت زندگی را حتی در حاملگی‌های بدون عارضه تحت تأثیر قرار دهد (۲۰). کیفیت زندگی زنان همچنین می‌تواند تحت تأثیر عوارض بارداری از جمله خستگی، تهوع، استفراغ، سردرد، کمردرد، از دست دادن اشتها، سوزش سر دل، بواسیر و تنگی نفس قرار گیرد (۲۰، ۲۱). حتی یک بارداری طبیعی، می‌تواند توانایی زن در انجام وظایف روزانه‌اش را تغییر دهد و بر کیفیت زندگی و سلامت روان او تأثیر بگذارد (۲۲). صرف‌نظر از وضعیت سلامت مادر یا عوارض قبلی، در نتیجه تغییرات فیزیولوژیکی و جسمی و روحی مورد انتظار در دوران بارداری، بدتر شدن خلق‌و‌خو و کاهش کیفیت زندگی، رخ می‌دهد (۲۳). تجربه بارداری یک تجربه فردی است و به عوامل و موقعیت‌های مختلفی بستگی دارد که بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران آینده تأثیر می‌گذارد. زنان با کیفیت زندگی پایین ممکن است احساس کنند که توانایی زایمان ندارند و سطح استرس آنها افزایش یابد (۲۴). کیفیت زندگی پایین در دوران بارداری با افزایش خطر زایمان زودرس و محدودیت رشد داخل رحمی همراه است (۲۵، ۲۶).

یک جزء بسیار مهم مراقبت‌های بهداشتی زنان باردار، بررسی مسائل جنسی است (۲۷). از سوی دیگر، در سال‌های اخیر کیفیت زندگی به‌عنوان یک جزء ضروری از مراقبت‌های بهداشتی ظهور کرده است (۲۵)، لذا ارزیابی کیفیت زندگی در بارداری به‌ویژه در پیشگیری و درمان و توسعه سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های مرتبط با خانواده و مراقبت از مادر و نوزاد ضروری به‌نظر می‌رسد (۲۸) و می‌تواند در ارتقاء بهداشت و سلامت زنان باردار مفید باشد. از آنجایی که مطالعه‌ای که ارتباط عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان باردار را در سه ماه‌های مختلف بارداری نشان دهد، در ایران انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه ارتباط عملکرد جنسی و کیفیت زندگی در زنان باردار در ترمیسترهای مختلف بارداری در استان گیلان انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی) از مهر تا بهمن سال ۱۳۹۸ بر روی ۳۵۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت‌های بارداری بیمارستان‌های دولتی (بیمارستان الزهراء (س) و بیمارستان رسول اکرم (ص)) شهر رشت، به‌صورت در دسترس انجام گرفت.

بر اساس مقاله بایرامی و همکاران (۲۰۰۸) (۲۹)، برای تعیین حجم نمونه از اطلاعات توصیفی متغیر "اختلال عملکرد جنسی" زنان استفاده شد. به منظور مقایسه اختلال عملکرد جنسی و کیفیت زندگی در سه ترمیستر بارداری (چند گروهی) ($p_1=37/5$, $p_2=26/6$, $p_3=52/5$) بر مبنای آزمون کای اسکوئر، با خطای نوع اول ۵٪ و توان ۹۰٪، افکت سایز $d=0/2178$ و درجه آزادی ۳ در نرم‌افزار PASS II، حداقل ۲۹۹ نفر حجم نمونه تعیین گردید، اما با توجه به احتساب ریزش نمونه‌ها، حجم نمونه با ریزش ۲۰٪ در نظر گرفته شد. بنابراین برای هر سه ترمیستر بارداری (تریمیستر اول: بارداری کمتر از ۱۴ هفته، ترمیستر دوم: بین ۱۴-۲۸ هفته و ترمیستر سوم: بیشتر از ۲۸ هفته)، ۱۲۰ نمونه تعیین شد و حجم نمونه ۳۶۰ نفر در کل برآورد شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار در گروه سنی ۱۵-۴۵ سال، عدم منع فعالیت جنسی به‌دلیل

مسائل پزشکی و مامایی، بدون بیماری جسمی و روانی و بدون مشکلات و تعارضات زناشویی بر اساس خوداظهاری نمونه‌ها بود. با توجه به اینکه پرسش‌نامه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان و توسط خود فرد تکمیل می‌شد، لذا همه پرسش‌نامه‌ها به‌طور کامل تکمیل شدند و خروج از مطالعه وجود نداشت.

در این پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم و انجام هماهنگی‌های لازم، با مراجعه به درمانگاه‌های مراقبت‌های بارداری بیمارستان‌های دولتی شهر رشت، نمونه‌های مورد پژوهش مراجعه کننده به این مراکز به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. تمام افراد واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، پس از ارائه توضیحات کامل در خصوص هدف مطالعه و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، با رعایت حریم خصوصی آنها در زمان پاسخ به سؤالات وارد مطالعه شدند و ابزارهای این پژوهش را که شامل سه پرسشنامه بود، توسط آنان تکمیل گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و نیز پرسشنامه‌های عملکرد جنسی FSFI^۱ و کیفیت زندگی SF-36^۲ بود.

پرسشنامه عملکرد جنسی FSFI، با ۱۹ سؤال در ۶ حیطه: تمایل^۳، برانگیختگی^۴، رطوبت^۵، ارگاسم^۶، رضایت مندی^۷ و درد^۷ است. از آنجایی که در این پرسشنامه تعداد سؤالات حیطه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم‌وزن کردن حیطه‌ها با یکدیگر، نمرات حاصل از سؤال‌های هر حیطه جمع و سپس در عدد فاکتورها ضرب شد. نمرات هر حیطه از طریق جمع نمرات سؤال‌های هر حیطه و ضرب آن در عدد فاکتور به‌دست می‌آید؛ به این ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای بود که نمره بیشتر، نشانگر کارکرد بهتر جنسی بود. با جمع کردن نمرات ۶ حیطه با هم، نمره کل مقیاس به‌دست آمد. بر اساس هم‌وزن نمودن حیطه‌ها، حداکثر نمره برای هر حیطه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ بود (جدول ۱).

¹ Female Sexual Function Index

² desire

³ arousal

⁴ lubrication

⁵ orgasm

⁶ satisfaction

⁷ pain

خوب است (۳۱). لازم به ذکر است نقطه برش برای زنان در گروه‌های مختلف سنی به صورت یکسان بیان شده است (۳۱) و نقطه برش جداگانه‌ای برای زمان بارداری تعیین نشده است.

نمره صفر حاکی از آن بود که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است (۳۰). نقطه برش عملکرد جنسی در ایران برای کل مقیاس ۲۸ می‌باشد؛ به عبارت دیگر نقطه برش بیشتر مبین عملکرد جنسی

جدول ۱- سؤالات حیطة‌های پرسشنامه عملکرد FSFI و طریقه نمره‌دهی به آنها

حیطه	سؤالات	محدوده نمرات	فاکتور	حداقل نمره	حداکثر نمره
میل جنسی	۲، ۱	۵-۱	۰/۶	۱/۲	۶
برانگیختگی	۶، ۵، ۴، ۳	صفر-۵	۰/۳	صفر	۶
خیس و نرم شدن واژن	۱۰، ۹، ۸، ۷	صفر-۵	۰/۳	صفر	۶
ارگاسم	۱۳، ۱۲، ۱۱	صفر-۵	۰/۴	صفر	۶
رضایت‌مندی	۱۶، ۱۵، ۱۴	صفر(یا)۵-	۰/۴	صفر	۶
درد	۱۹، ۱۸، ۱۷	صفر-۵	۰/۴	صفر	۶

(PCS)^۲ شامل حیطة‌های: عملکرد جسمانی^۳، محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی^۴، درد جسمانی و سلامت عمومی^۵ است. بُعد اصلی سلامت روانی (MCS)^۶ نیز شامل حیطة‌های: سلامت روانی^۷، عملکرد اجتماعی^۸، محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی^۹ و احساس نشاط^{۱۰} می‌باشد. پایین‌ترین امتیاز در این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره ۱۰۰ می‌باشد (۳۴). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه فرم کوتاه SF-36 به‌عنوان یک پرسشنامه استاندارد توسط منتظری و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است. برای تعیین روایی از آزمون روایی همگرایی^{۱۱} استفاده شد که تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده (۰/۴) به‌دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵) که نشان‌دهنده روایی مناسب پرسشنامه است. برای تعیین پایایی از همسانی درونی^{۱۲} استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به‌دست آمد (۳۶، ۳۵).

همچنین در این مطالعه به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه SF36 از روش آزمون مجدد استفاده شد.

اعتبار و روایی عملکرد جنسی FSFI توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) تأیید شده است (۳۰) این پرسشنامه اجزای DSM IV را سنجیده و در سال ۲۰۰۶ توسط ترکویل^۱ در هلند به‌کار رفته است و می‌تواند برای غربالگری استفاده شود. پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی در زنان (FSFI) استاندارد می‌باشد و نسخه فارسی آن توسط محمدی و همکاران (۲۰۰۸) (۳۱) بررسی شد که پایایی آن با استفاده از ضریب همبستگی، بیشتر از ۰/۷ و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در آن نیز بیشتر از ۰/۷ گزارش شده است، بنابراین از پایایی لازم برخوردار است (۳۱). همچنین FSFI توسط فخری و همکاران (۲۰۱۲) با ضریب پایایی آزمون و بازآزمون کلی برای هریک از حیطة‌ها (دامنه ۰/۷۳-۰/۸۶ = r) و ثبات درونی در محدوده قابل قبول آلفا از ۰/۷۲ تا ۰/۹ اعتبارسنجی گردید (۳۲، ۳۳).

در مطالعه حاضر نیز به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه FSFI از روش آزمون مجدد استفاده شد. نتایج آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (ICC) برابر ۰/۹۹۷ به‌دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 ابزاری برای اندازه‌گیری سلامت عمومی است و می‌تواند کیفیت زندگی را اندازه بگیرد. این پرسشنامه حاوی ۳۶ سؤال در ۸ حیطة و ۲ بُعد اصلی می‌باشد. هر یک از ۸ حیطة آن دارای ۱۰-۲ آیتم می‌باشد. بُعد اصلی سلامت جسمی

² physical health

³ Physical functioning

⁴ Role limitations due to physical health

⁵ General health

⁶ Mental health

⁷ Emotional well-being

⁸ Social functioning

⁹ Role limitations due to emotional problems

¹⁰ Energy/fatigue

¹¹ Convergent Validity

¹² Internal Consistency

¹ Terkuile

IR.SBMU.PHNM.1397.915 می‌باشد. پس از ارائه توضیحات و اطلاعات لازم در مورد مطالعه، رضایت کتبی از شرکت کنندگان به‌دست آمد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۶۰ زن باردار ۴۵-۱۵ ساله شرکت داشتند. سه گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، مدت ازدواج، تعداد بارداری، تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر) اختلاف آماری نداشتند ($p \geq 0.05$). میانگین سنی افراد $26/31 \pm 5/67$ سال، میانگین مدت ازدواج $4/81 \pm 3/78$ سال و میانگین تعداد بارداری $1/64 \pm 1/1$ (با حداقل صفر و حداکثر ۶) بود. اطلاعات مربوط به تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر در جدول ۲ آورده شده است.

برای تعیین آزمون مجدد، پرسشنامه توسط ۲۰ زن باردار واجد شرایط شرکت در مطالعه تکمیل و مجدداً ۷ روز بعد، این پرسشنامه توسط همان ۲۰ نفر تکمیل شد. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (ICC) برابر $0/997$ به‌دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر $0/92$ بود که بر اساس نتایج به‌دست آمده، این پرسشنامه از پایایی مناسبی برخوردار بود.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) و آزمون‌های آماری توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی شامل آزمون تی، کای دو، آنووا و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

این مطالعه قسمتی از طرح تصویب شده توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با شماره

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش ($n=360$)

آزمون آماری	سه ماهه سوم بارداری		سه ماهه دوم بارداری		سه ماهه اول بارداری		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$p=0/403^*$	۸۵/۸	۱۰۳	۸۰/۸	۹۷	۸۶/۷	۱۰۴	تحصیلات زین
	۱۴/۲	۱۷	۱۹/۲	۲۳	۱۳/۳	۱۶	دیپلم و پایین‌تر دانشگاهی
$p=0/423^*$	۸۰/۸	۹۷	۷۶/۷	۹۲	۸۳/۳	۱۰۰	تحصیلات همسر
	۱۹/۲	۲۳	۲۳/۳	۲۸	۲۸/۲	۲۰	دیپلم و زیر آن دانشگاهی
$p=0/87^*$	۹۰/۸	۱۰۹	۸۱/۵	۹۷	۸۸/۳	۱۰۶	خانهدار شغل زن
	۹/۲	۱۱	۱۸/۵	۲۲	۱۱/۷	۱۴	شاغل
$p=0/94^*$	۲۱	۲۵	۱۶	۱۹	۲۳/۳	۲۸	کارمند
	۲۰/۲	۲۵	۳۰/۳	۳۷	۳۲/۵	۳۹	شغل همسر
	۵۸/۸	۷۰	۵۳/۷	۶۴	۴۴/۲	۵۳	کارگر آزاد

* آزمون کای دو پیرسون

روانی (MCS) در تریمستر اول ($62/46 \pm 17/75$) و بیشترین میانگین نمره سلامت جسمی (PCS) در تریمستر سوم ($56/78 \pm 18/39$) بود (جدول ۳). بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس، بین نمره بعد سلامت جسمی (PCS) کیفیت زندگی و تریمسترهای بارداری اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p=0/03$)، ولی بین نمره سلامت روانی (MCS) کیفیت زندگی و تریمسترهای بارداری، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/15$).

در بررسی نمره کیفیت زندگی همه مشارکت‌کنندگان، میانگین نمره سلامت جسمی $54/82 \pm 18/73$ (در دامنه ۱۰۰-۱۷) و میانگین نمره سلامت روانی (MCS)، $60/18 \pm 17/59$ (با دامنه ۸-۱۰۰) بود. بالاترین میانگین نمره مربوط به حیطة عملکرد جسمانی ($67/50 \pm 25/13$) و کمترین نمره مربوط به محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی ($35/76 \pm 42/55$) بود. در بررسی نمرات حیطة‌های مختلف کیفیت زندگی در تریمسترهای بارداری، بیشترین میانگین نمره سلامت

جدول ۳- مقایسه نمره حیطه‌های کیفیت زندگی بین سه ماهه‌های بارداری در واحدهای پژوهش (n=۳۶۰)

N=360	سطح معنی‌داری*				تری‌مستر سوم	تری‌مستر دوم	تری‌مستر اول	حیطه‌ها	کیفیت زندگی SF-36
	p (۳*۱)	p (۳*۲)	p (۲*۱)	p**	انحراف معیار ± میانگین نمره	انحراف معیار ± میانگین نمره	انحراف معیار ± میانگین نمره		
± ۶۷/۵۰ ± ۲۵/۱۳	۰/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۰/۰۰۱	۷۳/۶۳ ± ۲۳/۵۲	۶۱/۵۸ ± ۲۳/۹۲	۶۷/۲۹ ± ۲۶/۵۹	عملکرد جسمانی	
± ۳۵/۷۶ ± ۴۲/۵۵	-	-	-	۰/۶۲۳	۳۶/۸۸ ± ۴۳/۴۷	۳۲/۷۱ ± ۴۱/۲۲	۳۷/۷۱ ± ۴۳/۱۱	محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	
± ۶۰/۶۷ ± ۲۰/۸۱	۰/۰۰۶	۰/۶۲	۰/۰۷	۰/۰۰۶	۵۷/۰۸ ± ۲۱/۴۰	۵۹/۵۴ ± ۲۱/۱۴	۶۵/۳۸ ± ۱۹/۱۲	درد جسمانی	
± ۵۵/۳۳ ± ۱۶/۰۵	۰/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	۵۹/۵۴ ± ۱۶/۷۵	۵۰/۹۶ ± ۱۳/۸۰	۵۵/۵۰ ± ۱۶/۴۱	سلامت عمومی	
± ۷۱/۱۹ ± ۱۸/۳۷	-	-	-	۰/۵۰	۷۰/۰۳ ± ۲۰/۳۴	۷۰/۸۰ ± ۱۶/۳۲	۷۲/۷۳ ± ۱۸/۲۷	سلامت روانی	
± ۶۶/۷۴ ± ۲۰/۸۴	۰/۱۱	۰/۹۲	۰/۰۴	۰/۰۴	۶۵/۳۱ ± ۲۲/۵۴	۶۴/۲۷ ± ۱۸/۹۱	۷۰/۶۳ ± ۲۰/۵۴	عملکرد اجتماعی	
± ۳۸/۴۳ ± ۴۱/۲۰	-	-	-	۰/۶۹۸	۳۵/۸۳ ± ۴۱/۹۲	۳۹/۴۴ ± ۴۱/۴۴	۴۰/۰۰ ± ۴۰/۴۴	محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی	
± ۶۴/۳۸ ± ۱۵/۶۰	۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۸۱	۰/۰۲۷	۶۱/۳۳ ± ۱۷/۸۹	۶۵/۲۹ ± ۱۲/۶۴	۶۶/۵۰ ± ۱۵/۴۸	احساس نشاط	
± ۵۴/۸۲ ± ۱۸/۷۳	۰/۹۹	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۰۳	۵۶/۷۸ ± ۱۸/۳۹	۵۱/۲۰ ± ۱۸/۵۹	۵۶/۴۷ ± ۱۸/۸۴	سلامت جسمی (PCS)	
± ۶۰/۱۸ ± ۱۷/۵۹	-	-	-	۰/۱۵	۵۸/۱۳ ± ۱۸/۹۹	۵۹/۹۵ ± ۱۵/۷۳	۴۶/۶۲ ± ۱۷/۷۵	سلامت روانی (MCS)	

جنسی در تری‌مسترهای بارداری، بیشترین میانگین نمره کلی عملکرد جنسی مربوط به تری‌مستر اول (۲۳/۹۲±۷/۷۹) بود. بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس، بین نمره کلی و نیز نمرات حیطه‌های عملکرد جنسی و تری‌مسترهای بارداری اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۰۱) (جدول ۴). همچنین بر اساس نتایج آزمون آماری کای دو، عملکرد جنسی در تری‌مسترهای مختلف بارداری با هم اختلاف آماری معنی‌داری داشت (p<۰/۰۰۱).

در بررسی داده‌ها، میانگین نمره کلی عملکرد جنسی زنان (FSFI) ۱۸/۶۴±۱۰/۰۵ (با دامنه ۲-۳۶) بود. همچنین اختلال عملکرد جنسی (FSFI کمتر از ۲۸) در ۳۱۱ نفر (۸۶/۴٪) از نمونه‌ها مشاهده شد. اختلال عملکرد جنسی در تری‌مستر اول، دوم و سوم به ترتیب: ۷۴/۲٪، ۹۱/۷٪ و ۹۳/۳٪ بود که با افزایش سن بارداری، میزان اختلال عملکرد جنسی افزایش می‌یافت؛ به طوری که بیشترین اختلال عملکرد جنسی در تری‌مستر سوم بود. در بررسی نمرات حیطه‌های مختلف عملکرد

جدول ۴- مقایسه نمره حیطه‌های عملکرد جنسی بین سه ماهه‌های بارداری در واحدهای پژوهش (n=۳۶۰)

N=360	سطح معنی‌داری*				تری‌مستر سوم	تری‌مستر دوم	تری‌مستر اول	حیطه‌ها	عملکرد جنسی FSFI
	p (۳*۱)	p (۳*۲)	p (۲*۱)	p**	انحراف معیار ± میانگین نمره	انحراف معیار ± میانگین نمره	انحراف معیار ± میانگین نمره		
± ۲/۹۶ ± ۱/۳۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۲/۲۷ ± ۱/۱۵	۳/۰۱ ± ۱/۱۹	۳/۶۰ ± ۱/۳۰	تمایل	
± ۲/۷۰ ± ۱/۸۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۱/۷۷ ± ۱/۸۱	۲/۷۰ ± ۱/۶۱	۳/۶۲ ± ۱/۵۲	برانگیختگی	
± ۳/۲۳ ± ۲/۰۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۲/۱۳ ± ۲/۲۲	۳/۲۸ ± ۱/۸۲	۴/۲۸ ± ۱/۵۹	رطوبت	
± ۲/۹۴ ± ۱/۹۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۱/۸۳ ± ۲/۰۱	۳/۰۳ ± ۱/۷۶	۳/۹۵ ± ۱/۵۹	ارگاسم	
± ۳/۵۵ ± ۱/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	<۰/۰۰۱	۲/۹۰ ± ۱/۷۲	۳/۵۵ ± ۱/۴۸	۴/۱۹ ± ۱/۴۰	رضایت‌مندی	
± ۳/۲۶ ± ۲/۰۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۲/۲۷ ± ۲/۳۴	۳/۲۵ ± ۱/۸۶	۴/۲۶ ± ۱/۵۱	درد	
± ۱۸/۶۴ ± ۱۰/۰۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۱۳/۱۷ ± ۱۰/۳۷	۱۸/۸۴ ± ۸/۸۴	۲۳/۹۲ ± ۷/۷۹	نمره کل عملکرد جنسی	

* سطح معنی‌داری آزمون تعقیبی LSD بین سه ماهه اول و دوم، سه ماهه اول و سوم، سه ماهه دوم و سوم بارداری
 ** سطح معنی‌داری آزمون ANOVA بین سه ماهه‌های اول، دوم و سوم بارداری.

رضایت‌مندی ($r=0/247$, $p=0/0001$)، درد ($r=0/165$)
 عملکرد جنسی ($p=0/002$) (از حیثه‌های عملکرد جنسی) و نیز نمره کل
 عملکرد جنسی ($r=0/158$, $p=0/003$)، با سلامت روانی
 (MCS) همبستگی مثبت داشت (جدول ۵).

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، رضایت‌مندی
 ($r=0/162$, $p=0/002$) و درد ($r=0/108$, $p=0/041$) (از
 حیثه‌های عملکرد جنسی) با سلامت جسمی (PCS)
 همبستگی مثبت داشت. همچنین لغزندگی و رطوبت
 ($r=0/126$, $p=0/017$)، ارگاسم ($r=0/146$, $p=0/006$)،

جدول ۵- همبستگی نمره حیثه‌های مختلف کیفیت زندگی با نمره حیثه‌های مختلف عملکرد جنسی زنان باردار ($n=360$)
 آزمون همبستگی پیرسون

متغیر پاسخ FSFI (۶ حیثه و نمره کلی)							کیفیت زندگی
نمره کلی	درد	رضایت‌مندی	ارگاسم	رطوبت	برانگیختگی	تمایل	
r	r	r	r	r	r	r	
$r=-0/079$	$r=0/008$	$r=-0/037$	$r=-0/080$	$r=-0/054$	$r=-0/135^*$	$r=-0/178^{**}$	عملکرد جسمانی
$p=0/13$	$p=0/87$	$p=0/48$	$p=0/12$	$p=0/3$	$p=0/01$	$p=0/001$	
$r=0/032$	$r=0/044$	$r=0/097$	$r=0/038$	$r=0/015$	$r=0/001$	$r=-0/032$	محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی
$p=0/54$	$p=0/40$	$p=0/067$	$p=0/46$	$p=0/77$	$p=0/97$	$p=0/54$	
$r=0/243^{**}$	$r=0/223^{**}$	$r=0/259^{**}$	$r=0/222^{**}$	$r=0/207^{**}$	$r=0/211^{**}$	$r=0/208^{**}$	درد جسمانی
$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	
$r=0/119^*$	$r=0/084$	$r=0/223^{**}$	$r=0/085$	$r=0/081$	$r=0/090$	$r=0/117^*$	سلامت عمومی
$p=0/024$	$p=0/112$	$p=0/001$	$p=0/10$	$p=0/12$	$p=0/089$	$p=0/026$	
$r=0/091$	$r=0/071$	$r=0/163^{**}$	$r=0/068$	$r=0/059$	$r=0/061$	$r=0/095$	سلامت روانی
$p=0/086$	$p=0/181$	$p=0/002$	$p=0/19$	$p=0/26$	$p=0/24$	$p=0/072$	
$r=0/231^{**}$	$r=0/230^{**}$	$r=0/277^{**}$	$r=0/207^{**}$	$r=0/217^{**}$	$r=0/177^{**}$	$r=0/154^{**}$	عملکرد اجتماعی
$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/001$	$p=0/003$	
$r=0/065$	$r=0/097$	$r=0/133^*$	$r=0/075$	$r=0/052$	$r=0/007$	$r=-0/029$	محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی
$p=0/22$	$p=0/067$	$p=0/011$	$p=0/15$	$p=0/32$	$p=0/89$	$p=0/58$	
$r=0/125^*$	$r=0/096$	$r=0/201^{**}$	$r=0/103$	$r=0/070$	$r=0/108^*$	$r=0/132^*$	احساس نشاط
$p=0/018$	$p=0/069$	$p=0/001$	$p=0/051$	$p=0/183$	$p=0/041$	$p=0/012$	
$r=0/085$	$r=0/108^*$	$r=0/162^{**}$	$r=0/078$	$r=0/065$	$r=0/033$	$r=0/005$	سلامت جسمی (PCS)
$p=0/10$	$p=0/041$	$p=0/002$	$p=0/14$	$p=0/21$	$p=0/52$	$p=0/92$	
$r=0/158^{**}$	$r=0/165^{**}$	$r=0/247^{**}$	$r=0/146^{**}$	$r=0/126^*$	$r=0/096$	$r=0/083$	سلامت روانی (MCS)
$p=0/003$	$p=0/002$	$p=0/001$	$p=0/006$	$p=0/017$	$p=0/068$	$p=0/116$	

* ارتباط در سطح معنی‌داری ۰/۰۵، ** ارتباط در سطح معنی‌داری ۰/۰۱

و بدون اختلال عملکرد جنسی در ۵ حیثه کیفیت
 زندگی (درد جسمانی، سلامت عمومی، سلامت روانی،
 عملکرد اجتماعی و احساس نشاط) اختلاف آماری معنی
 داری وجود داشت ($p<0/05$) (جدول ۶).

بر اساس نتایج آزمون تی تست، کیفیت زندگی دو گروه
 با و بدون اختلال عملکرد جنسی در دو بُعد اصلی
 سلامت جسمی (PCS) و سلامت روانی (MCS) با هم
 اختلاف آماری معنی‌دار داشت. همچنین بین دو گروه با

جدول ۶- مقایسه نمره کیفیت زندگی در تمام حیظه‌ها و نمره کلی در زنان باردار با و بدون اختلال عملکرد جنسی (n=۳۶۰)

سطح معنی‌داری*	بدون اختلال عملکرد جنسی		با اختلال عملکرد جنسی		کیفیت زندگی
	انحراف معیار ± میانگین نمره		انحراف معیار ± میانگین نمره		
۰/۹۳۹	۶۷/۷۶ ± ۲۳/۷۱		۶۷/۴۶ ± ۲۵/۳۹		عملکرد جسمانی
۰/۵۸۳	۳۲/۶۵ ± ۴۱/۲۰		۳۶/۲۵ ± ۴۲/۸۰		محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی
<۰/۰۰۱	۷۳/۵۲ ± ۱۵/۹۵		۵۸/۶۴ ± ۲۰/۷۹		درد جسمانی
<۰/۰۰۱	۶۸/۸۸ ± ۱۵/۴۲		۵۳/۲۰ ± ۱۵/۱۰		سلامت عمومی
<۰/۰۰۱	۸۴/۸۲ ± ۱۳/۴۴		۶۹/۰۴ ± ۱۸/۱۳		سلامت روانی
<۰/۰۰۱	۸۱/۱۲ ± ۱۸/۴۲		۶۷/۴۷ ± ۲۰/۳۲		عملکرد اجتماعی
۰/۴۹۴	۴۲/۱۸ ± ۳۸/۳۵		۳۷/۸۳ ± ۴۱/۶۶		محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی
<۰/۰۰۱	۷۱/۹۴ ± ۱۶/۱۳		۶۳/۱۸ ± ۱۵/۲۰		احساس نشاط
۰/۰۱۸	۶۰/۷۰ ± ۱۷/۲۰		۵۳/۸۹ ± ۱۸/۸۲		سلامت جسمی (PCS)
<۰/۰۰۱	۷۰/۰۱ ± ۱۶/۴۱		۵۸/۶۳ ± ۱۷/۲۸		سلامت روانی (MCS)

* آزمون تی مستقل

همچنین در بررسی ارتباط و همبستگی بین نمره عملکرد جنسی با نمرات حیظه‌های کیفیت زندگی در تریمسترهای مختلف بارداری، در تریمستر اول بین میانگین نمرات درد جسمانی، سلامت روانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، احساس نشاط و در تریمستر سوم بین میانگین نمرات درد جسمانی و عملکرد اجتماعی با میانگین نمره کلی عملکرد جنسی؛ همبستگی مثبت وجود داشت، اما در تریمستر دوم بین میانگین نمرات هیچ‌کدام از حیظه‌ها با میانگین نمره کلی عملکرد جنسی؛ همبستگی وجود نداشت (جدول ۷).

جدول ۷- همبستگی نمره حیظه‌های مختلف کیفیت زندگی زنان باردار در تریمسترهای مختلف با نمره عملکرد جنسی

سطح معنی‌داری	متغیر عملکرد جنسی زنان باردار		کیفیت زندگی	تریمستر بارداری
	r			
۰/۰۸	-۰/۱۵۷		عملکرد جسمانی	
۰/۳۵	-۰/۰۸		محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	
<۰/۰۰۱	۰/۳۱**		درد جسمانی	
<۰/۰۰۱	۰/۴۰**		سلامت عمومی	
<۰/۰۰۱	۰/۳۲**		سلامت روانی	
۰/۰۰۹	۰/۲۳**		عملکرد اجتماعی	تریمستر اول
۰/۴۵	-۰/۰۶		محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی	
۰/۰۳	۰/۱۹*		احساس نشاط	
۰/۴۸	۰/۰۶		سلامت جسمی (PCS)	
۰/۰۸	۰/۱۵		سلامت روانی (MCS)	
۰/۲۴	۰/۱۰۶		عملکرد جسمانی	
۰/۳۹	۰/۰۷		محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	
۰/۲۲	۰/۱۱		درد جسمانی	
۰/۰۷	۰/۱۶		سلامت عمومی	
۰/۸۱	-۰/۰۲		سلامت روانی	
۰/۰۹	۰/۱۵		عملکرد اجتماعی	تریمستر دوم
۰/۳۲	۰/۰۹		محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی	
۰/۳۳	-۰/۰۸		احساس نشاط	
۰/۱۲	۰/۱۴		سلامت جسمی (PCS)	
۰/۳۷	۰/۰۸		سلامت روانی (MCS)	

۰/۵۲	-۰/۰۵	عملکرد جسمانی	
۰/۳۶	۰/۰۸	محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	
۰/۰۴	۰/۱۸*	درد جسمانی	
۰/۵۹	۰/۰۴	سلامت عمومی	
۰/۷۱	-۰/۰۳	سلامت روانی	
۰/۰۱	۰/۲۳*	عملکرد اجتماعی	تریমستر سوم
۰/۲۴	۰/۱۰	محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی	
۰/۳۲	۰/۰۹	احساس نشاط	
۰/۳۰	۰/۰۹	سلامت جسمی (PCS)	
۰/۱۲	۰/۱۴	سلامت روانی (MCS)	

*ارتباط در سطح معنی‌داری ۰/۰۵، **ارتباط در سطح معنی‌داری ۰/۰۱

بحث

در مطالعه حاضر اختلال عملکرد جنسی در ۸۶/۴٪ نمونه‌ها مشاهده شد. همچنین بیشترین میانگین نمره کلی عملکرد جنسی مربوط به تریمستر اول بود. با افزایش سن بارداری، میزان اختلال عملکرد جنسی بیشتر می‌شود؛ به طوری که در مطالعه حاضر بیشترین اختلال عملکرد جنسی در تریمستر سوم (۹۳/۳٪) بود. در تمام حیطه‌های عملکرد جنسی (۶ حیطه تمایل، روانکاری، برانگیختگی، ارگاسم، رضایت و درد) نمرات عملکرد جنسی از سه ماهه اول تا سه ماهه سوم کاهش یافت. همچنین عملکرد جنسی در تریمسترهای مختلف بارداری با هم اختلاف آماری معنی‌داری داشت.

مشابه نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه کیسی و همکاران (۲۰۲۱) در انگلستان، کاهش کلی در نمرات کل عملکرد جنسی در هر سه تریمستر بارداری، از میانگین نمره کامل ۲۷/۵ در سه ماهه اول، به ۲۴/۷ در سه ماهه دوم و ۲۱/۴ در سه ماهه سوم وجود داشت. همچنین در تمام نمرات (نمره مقیاس کامل و ۶ حیطه تمایل، روانکاری، برانگیختگی، ارگاسم، رضایت و درد) از سه ماهه اول تا سه ماهه سوم کاهش معنی‌داری وجود داشت. بیشترین میزان اختلال عملکرد جنسی (۸۶/۱٪) در سه ماهه سوم بارداری بود و عملکرد جنسی در تریمسترهای مختلف بارداری با هم اختلاف آماری معنی‌داری داشت (۳۷). نتایج مطالعه داوری تنها و همکاران (۲۰۲۰) در ایران نیز همانند نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با پیشرفت بارداری، میزان اختلال عملکرد جنسی با افزایش سن حاملگی افزایش می‌یابد (۳۸). در مطالعه ایلدیز (۲۰۱۵)

در ترکیه با استفاده از پرسشنامه FSFI، نمره عملکرد جنسی در دوران بارداری نسبت به قبل از بارداری کاهش داشت و بیشترین کاهش در سه ماهه سوم بارداری بود (۳۹). نتایج مطالعه فوکس و همکاران (۲۰۱۹) در لهستان همانند نتایج مطالعه حاضر، بیانگر وجود اختلاف آماری معنی‌دار بین عملکرد جنسی در تریمسترهای مختلف بود، ولی برخلاف مطالعه حاضر، کمترین اختلال عملکرد جنسی در تریمستر دوم بود (۷). برخی عوامل فیزیولوژیکی و آناتومیکی مرتبط با بارداری مانند خستگی، درد پشت، مقاربت دردناک، عفونت (عفونت‌های دستگاه ادراری، واژینیت‌ها)، بی‌اختیاری استرسی، هموروئید، وجود جنین در داخل لگن، شل شدن مفاصل سمفیزپوبیس و ساکروایلپیک، حالت تهوع و درد پستان، از عوامل مؤثر در کاهش فعالیت جنسی و تمایلات جنسی می‌باشند (۴۰). طی سه ماهه سوم، رحم بزرگ‌تر شده و به دلیل این افزایش، اندازه و کوتاه شدن تنفس در بسیاری از زنان، مقاربت جنسی را مشکل و ناراحت‌کننده می‌سازد (۴۱). کاهش قابل توجه در عملکرد جنسی در سه ماهه سوم ممکن است به دلیل کمتر شدن فعالیت جنسی یا عدم فعالیت جنسی باشد. افت در فعالیت جنسی همیشه به معنای عملکرد بدنی بدتر نیست (۴۲).

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که میانگین نمره سلامت روانی کیفیت زندگی بهتر از سلامت جسمی کیفیت زندگی می‌باشد. بیشترین میانگین نمره سلامت روانی در تریمستر اول و بیشترین میانگین نمره سلامت جسمی در تریمستر سوم بود. بین نمره حیطه سلامت

جسمی کیفیت زندگی و تریمسترهای بارداری اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت، ولی بین نمره سلامت روانی کیفیت زندگی و تریمسترهای بارداری اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. همانند پژوهش حاضر، در مطالعه پوبی و همکاران (۲۰۲۲) در غنا، نمره کل کیفیت زندگی بین سه ماهه اول و دوم تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. با این حال، کیفیت زندگی زنان در سه ماهه‌های اول و دوم بارداری به‌طور قابل توجهی بالاتر از سه ماهه سوم بود.

در مطالعه پوبی و همکاران (۲۰۱۷) سن حاملگی به‌طور قابل توجهی نمره کل کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد؛ به‌طوری‌که افزایش یک هفته‌ای در سن حاملگی با کاهش ۰/۲۴۷ واحد کیفیت زندگی کل همراه بود (۴۳). در مطالعه بوتیب و همکاران (۲۰۲۳) در مراکش، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان باردار به‌طور قابل توجهی کمتر از زنان غیرباردار بود. همچنین زنان در سه ماهه سوم بارداری، بدترین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را داشتند (۴۴). در مطالعه مورین و همکاران (۲۰۱۹) در فرانسه، بین ماه‌های چهارم و هشتم، کیفیت زندگی برای حاملگی‌های پاتولوژیک نسبت به بارداری‌های فیزیولوژیکی پایین‌تر بود و به مرور زمان برای هر نوع بارداری کاهش یافت. همچنین وضعیت سلامت درک شده در ماه نهم نسبت به ماه سوم بارداری کمتر بود (۲۵). کاهش کم میانگین نمره کیفیت زندگی در انتهای بارداری، ممکن است به‌علت افزایش وزن مادر و حجم شکم، کاهش میزان عزت نفس و تصویر بدنی فرد از خود باشد. بسیاری از عوامل استرس‌زا مانند اضطراب زایمان، تغییرات روابط زناشویی، محدودیت در روابط جنسی، نگرانی خاص در مورد تصویر بدن و سلامت بدن، منجر به دیسترس می‌شود (۴۰).

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی دو گروه با و بدون اختلال عملکرد جنسی در دو بُعد اصلی سلامت جسمی و سلامت روانی با هم اختلاف آماری معنی‌داری داشت. همانند مطالعه حاضر؛ در مطالعه نیک آذین و همکاران (۲۰۱۳) بین عملکرد جنسی زنان با ابعاد کیفیت زندگی، سلامت روانی و محیط، همبستگی ضعیف مثبت و معناداری وجود داشت. همچنین تمایل و رضایت جنسی

با کیفیت زندگی و سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی) همبستگی داشت (۴۵). در مطالعه گوکیلیدیز و همکاران (۲۰۲۲) میزان اختلال عملکرد جنسی شرکت‌کنندگان در زمان بارداری و پس از زایمان بالا بود. کیفیت زندگی جنسی آنها با پیشرفت ماه‌های بارداری کاهش یافته، ولی در دوره پس از زایمان به‌طور قابل توجهی افزایش پیدا کرد (۴۶). در دوره بارداری، سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی زنان باردار دچار تغییرات زیادی می‌شود (۴۷). همچنین اختلال عملکرد جنسی ممکن است تأثیرات قابل توجهی بر کیفیت زندگی و روابط عاطفی و کلی زوج داشته باشد (۴۸).

در مطالعه حاضر، نتایج همبستگی بین عملکرد جنسی با حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در تریمسترهای مختلف بارداری بیانگر آن بود که در تریمستر اول و سوم، بین میانگین نمرات برخی از حیطه‌های کیفیت زندگی با عملکرد جنسی؛ همبستگی مثبت وجود داشت، اما در تریمستر دوم این همبستگی بین هیچ‌کدام از حیطه‌های کیفیت زندگی با عملکرد جنسی وجود نداشت. اکثر زنان باردار در تریمستر اول کاهش فعالیت جنسی دارند، زیرا سه ماهه اول بارداری اغلب زمانی است که میل جنسی به‌دلیل خستگی، آرامش احساسی، حالت تهوع، دردناک شدن سینه‌ها و اضطراب‌های شدید یا ترس از سقط جنین، کاهش می‌یابد (۴۹). به‌نظر می‌رسد این تغییرات می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. در مطالعه حاضر در تریمستر سوم فقط دو حیطه درد جسمی و عملکرد اجتماعی با عملکرد جنسی ارتباط داشت و ابعاد دیگر کیفیت زندگی با عملکرد جنسی ارتباط آماری معنی‌داری نداشت. در تریمستر دوم نیز بین ابعاد و حیطه‌های کیفیت زندگی با عملکرد جنسی ارتباطی یافت نشد. شاید لازم باشد برای بررسی‌های بیشتر، پژوهش دیگری با حجم نمونه بیشتر انجام شود تا ارتباط کیفیت زندگی با عملکرد جنسی زنان باردار بررسی مجدد گردد.

از نقاط قوت این مقاله، بررسی ارتباط و همبستگی کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در سه ماهه‌های مختلف بارداری همزمان با استفاده از پرسشنامه‌های

وجود داشت. بررسی وضعیت سلامت جنسی و کیفیت زندگی زنان باردار بسیار حائز اهمیت است و نظارت بر سلامت جسمی و روانی و جنسی در طول دوران بارداری، اولویت‌های ضروری در برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی در ایران است؛ چراکه زنان، تربیت‌کنندگان فرزندان و نسل آینده می‌باشند. نتایج این تحقیق می‌تواند پایه‌ای برای تحقیقات بعدی باشد تا با مداخلات به‌هنگام در جهت پیشگیری از اختلالات جنسی، کاهش نگرانی‌های دوران بارداری و بهبود کیفیت زندگی زنان باردار گام برداشت و نسل آینده سالم‌تری داشت.

تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از طرح تصویب شده توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با شماره IR.SBMU.PHNM.1397.915 می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین این دانشگاه و نیز همکاران محترم مامایی در درمانگاه مراقبت‌های بارداری و نیز مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

استاندارد بود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که این مطالعه مقطعی بوده و زنان در تمام دوران بارداری پیگیری نشدند، بنابراین مطالعات بیشتری بر روی نمونه‌های گسترده‌تر از زنان مورد نیاز است که می‌تواند یافته‌های معتبر و قابل اعتمادی را به‌دست آورد تا به اقدامات و سیاست‌های مرتبط با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی منجر شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات طولی در آینده، کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان باردار و همسر آنها در سه ماهه‌های مختلف بارداری بررسی و با هم مقایسه گردد.

نتیجه‌گیری

میزان اختلال عملکرد جنسی با افزایش سن بارداری بیشتر می‌شود. همچنین میانگین نمره سلامت روانی کیفیت زندگی، بهتر از سلامت جسمی کیفیت زندگی می‌باشد. بیشترین میانگین نمره سلامت روانی در تریمستر اول و بیشترین میانگین نمره سلامت جسمی در تریمستر سوم بود. در تریمستر اول و سوم بین میانگین نمرات درد جسمانی و عملکرد اجتماعی با میانگین نمره کلی عملکرد جنسی همبستگی مثبتی

منابع

1. Calou CG, Pinheiro AK, Castro RC, Oliveira MF, Aquino PD, Antezana FJ. Health related quality of life of pregnant women and associated factors: An integrative review. *Health* 2014; 6(18):2375-87.
2. Reisman Y, Porst H, Lowenstein L, Tripodi F, Kirana PS. *The ESSM manual of sexual medicine*. Amsterdam: Medix; 2015.
3. Jahanfar SH, Molaeezhad M. *Textbook of sexual disorders*. Tehran: Salemi & bizhe publication 2002; 253.
4. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International urogynecology journal* 2014; 25:5-14.
5. Hosseini Teshnizi S, Roozbeh N, Dabiri F, Ozgoli G, Alizadeh S. Translation and psychometrics of the Persian version of the Pregnancy Sexual Response Inventory (PSRI). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2022; 25(8):42-57.
6. Jawed-Wessel S, Herbenick D, Schick V, Fortenberry JD, Cattelona GA, Reece M. Development and validation of the maternal and partner sex during pregnancy scales. *Journal of sex & marital therapy* 2016; 42(8):681-701.
7. Fuchs A, Czech I, Sikora J, Fuchs P, Lorek M, Skrzypulec-Plinta V, et al. Sexual functioning in pregnant women. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16(21):4216.
8. Bostani Khalesi Z, Ghanbari Khanghah A. Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: A content analysis study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(172):7-17.
9. Khalesi ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. *African health sciences* 2018; 18(2):227-34.
10. Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2014; 40(4):1023-9.
11. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Urology journal* 2015; 12(5):2339-44.
12. Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç Ö, Kolus E, Amasyalı AS, Resim S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Turkish journal of urology* 2016; 42(3):178-83.

13. Alizadeh S, Riazi H, Alavi-Majd H, Ozgoli G. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy in Eastern Mediterranean Regional Office Countries (EMRO): a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2022; 35(25):6654-62.
14. Janghorban R, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A, Abbasi M. A review of the concept and structure of sexual and reproductive rights in international human rights documents. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(100):16-26.
15. World Health Organization. *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization; 2010.
16. World Health Organization. *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*; 2017.
17. Gökyıldız Ş, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005; 31(3):201-15.
18. Afrakoti NB, Shahhosseini Z. Bio-psycho-social factors affecting women's sexual function during pregnancy: A narrative review. *Global Journal of Health Science* 2016; 8(10):9.
19. Ahmadi SE, Mozafari R, Azari A, Nateghi MR. Maternal Quality of Life before and after Delivery. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2013; 15(7):622.
20. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth* 2018; 18:1-14.
21. Makvandi S, Kermani AE. Quality of life of pregnant women referred to health centers in Izeh (2010). *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2012; 16(1).
22. Casarin ST, Barboza MC, de Siqueira HC. Quality Of Life In Pregnancy: Literature Systematic Review. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE* 2010; 4.
23. Altazan AD, Redman LM, Burton JH, Beyl RA, Cain LE, Sutton EF, et al. Mood and quality of life changes in pregnancy and postpartum and the effect of a behavioral intervention targeting excess gestational weight gain in women with overweight and obesity: a parallel-arm randomized controlled pilot trial. *BMC pregnancy and childbirth* 2019; 19(1):1-2.
24. Saridi M, Toska A, Latsou D, Chondropoulou MA, Matsioulas A, Sarafis P. Assessment of quality of life and psycho-emotional burden in pregnant women in Greece. *European Journal of Midwifery* 2022; 6.
25. Morin M, Claris O, Dussart C, Frelat A, de Place A, Molinier L, et al. Health-related quality of life during pregnancy: a repeated measures study of changes from the first trimester to birth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2019; 98(10):1282-91.
26. Wang P, Liou SR, Cheng CY. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth* 2013; 13:1-1.
27. Babazadeh R, Mirzaii K, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahrud, Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013; 120(1):82-4.
28. Mazúchová L, Kelčíková S, Dubovická Z. Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt* 2018; 20(1):e31-6.
29. Bayrami R, Sattarzadeh N, Koochaksariie FR, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *Journal of Reproduction & Infertility* 2008; 9(3):271-83.
30. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy* 2000; 26(2):191-208.
31. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh* 2008; 7(3):269-78.
32. Fakhri A, Pakpour Haji Agha A, Morshedi H, Mohammadjafari R, Ghalambor Dezzfuli F. Psychometric properties of Iranian version of female sexual function index. *Scientific Medical Journal* 2011; 10(4 (73)):345-54.
33. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *The journal of sexual medicine* 2012; 9(2):514-23.
34. Ware Jr JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of clinical epidemiology* 1998; 51(11):903-12.
35. Derogatis LR, Revicki DA, Rosen RC, Jordan R, Lucas J, Spana C. Psychometric validation of the female sexual distress scale-desire/arousal/orgasm. *Journal of Patient-Reported Outcomes* 2021; 5:1-11.
36. Bushmakini AG, Cappelleri JC. A practical approach to quantitative validation of patient-reported outcomes: a simulation-based guide using SAS. *John Wiley & Sons*; 2022.
37. Cassis C, Mukhopadhyay S, Morris E, Giarenis I. What happens to female sexual function during pregnancy?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2021; 258:265-8.
38. Davari-Tanha F, A'LAM ZR, Shirazi M, Askari F, Ghajarzadeh M. Comparison of sexual function in pregnant women with different gestational age. *Maedica* 2020; 15(3):335.
39. Yıldız H. The relation between pre-pregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of sex & marital therapy* 2015; 41(1):49-59.
40. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *The journal of sexual medicine* 2011; 8(5):1267-84.

41. Lippincott Williams & Wilkins. Straight A's in Maternal-Neonatal Nursing. 1st ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
42. Jawed-Wessel S, Sevic E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: a systematic review. *The Journal of Sex Research* 2017; 54(4-5):411-23.
43. Pobe RA, Setorglo J, Kwashie Klevor M, Murray-Kolb LE. High levels of depressive symptoms and low quality of life are reported during pregnancy in Cape Coast, Ghana; a longitudinal study. *BMC public health* 2022; 22(1):1-10.
44. Boutib A, Chergaoui S, Azizi A, Hilali A, Marfak IY, Marfak A. Health-related quality of life during three trimesters of pregnancy in Morocco: cross-sectional pilot study. *Eclinicalmedicine* 2023; 57.
45. Nik-Azin A, Nainian MR, Zamani M, Bavojdian MR, Bavojdian MR, Motlagh MJ. Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnant women. *Journal of family & reproductive health* 2013; 7(4):171-6.
46. Gokyildiz Surucu S, Avcibay Vurdec B, Kaya Senol D, Gozuyesil E, Bilgic D, Onat Koroglu C, et al. Evaluation of women's sexual quality of life, depression, and sexual functions in the pregnancy and postpartum periods: A multi-centered study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2022; 48(6):1379-89.
47. Zahedi M, Deris F. The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012. *Journal of clinical nursing and midwifery* 2014; 3(3):63-9.
48. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of gynecology and obstetrics* 2017; 295:873-83.
49. Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *Journal of midwifery & women's health* 2010; 55(5):438-46.