

مقایسه عملکرد جنسی قرص های پیشگیری از بارداری با کاندوم در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران

دکتر سپیده حاجیان^۱، زهره شیخان^{۲*}، دکتر معصومه سیمبر^۳،

دکتر علیرضا ظهیرالدین^۴، شهناز ترک زهرانی^۵، هانیه علم الهدی^۶،

پدیده جنتی عطایی^۷، سحر میرزایی^۸

۱. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استاد گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۳

خلاصه

مقدمه: یکی از مؤلفه های بهداشتی که نشانه ای از سلامت جسم و روان است، عملکرد جنسی مطلوب است. زنان برای جلوگیری از بارداری های ناخواسته از قرص های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند که اثرات آن ها بر عملکرد جنسی درخور توجه است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه عملکرد جنسی در زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری با کاندوم انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقایسه ای در سال ۱۳۹۲ بر روی ۲۴۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان و مشخصات فردی بود که از طریق مصاحبه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون تی مستقل انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سن زنان استفاده کننده از قرص های ضد بارداری ۲۹/۵۷±۵/۴۲ سال و کاندوم ۲۹/۲۳±۵/۴۱ سال بود. بین مشخصات جمعیت شناختی دو گروه تفاوتی وجود نداشت ($p > 0/05$). عملکرد جنسی و حیطه های آن در زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری با کاندوم تفاوتی نداشت ($p > 0/05$).
نتیجه گیری: قرص های پیشگیری از بارداری باعث اختلال در عملکرد جنسی نمی شوند، اما قطعاً نمی توان اثرات آن ها را نادیده گرفت، زیرا عملکرد جنسی تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار می گیرد.

کلمات کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، قرص های پیشگیری از بارداری، کاندوم

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهره شیخان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲؛ پست الکترونیک: zsheikhan@gmail.com

مقدمه

عملکرد جنسی، روندی پیچیده است که توسط سیستم های اندوکرینی، عروقی، عصبی و ارتباطات بین فردی انجام می گیرد. عملکرد جنسی مطلوب، عامل مهمی برای رضایت از زندگی و افزایش کیفیت زندگی است (۱). اختلال عملکرد جنسی در زنان شایع تر از مردان بوده و می تواند اعتماد به نفس و تمامیت زندگی زنان را در ارتباطات بین فردی به مخاطره اندازد. اختلال عملکرد جنسی می تواند منجر به کاهش رضایت عاطفی و فیزیکی شده و باعث دیسترس در رویارویی با مشکلات زندگی شود (۲). آمارهای متفاوتی در مورد شیوع اختلال عملکرد جنسی ذکر شده است. در مطالعه بروک و همکاران (۲۰۰۳)، ۳۴٪ زنان دچار کاهش میل جنسی و ۱۹٪ آنها فاقد یک مقابرت لذت بخش بودند (۳). در مطالعه نوسبام و همکاران (۲۰۰۰)، ۹۸٪ زنان مورد مطالعه در یکی از پاسخ های جنسی دچار مشکل بودند. آنها در حیطه میل جنسی (۸۷٪)، ارگاسم (۸۳٪)، برانگیختگی (۵٪) و درد جنسی (۷۲٪) دچار اختلال بودند (۴). در ترکیه میزان اختلال عملکرد جنسی ۴۸/۳٪ گزارش شد که ۳۵/۹٪ در حیطه میل، ۴۰/۹٪ در حیطه برانگیختگی، ۴۲/۷٪ در حیطه ارگاسم، ۴۰٪ در حیطه رضایت و ۴۲/۹٪ در حیطه درد، دچار اختلال بودند (۵). در اتریش ۴۶/۱٪ در حیطه میل جنسی، ۲۰٪ در حیطه برانگیختگی، ۲۰٪ در حیطه ارگاسم و ۱۲/۸٪ زنان در حیطه درد اختلال عملکرد جنسی داشتند (۶). در ایران میزان اختلالات جنسی طیفی وسیعی داشته و بین ۸/۵-۳۱/۵٪ ذکر شده است (۷-۹). این مسئله به اندازه ای مهم است که علت ۸۸٪ طلاق ها را شامل می شود (۱۰).

رمضانی تهرانی و همکاران (۲۰۱۴) شیوع اختلالات جنسی را ۲۷/۳٪ گزارش کردند که در حیطه های میل ۳۵/۶٪، برانگیختگی ۳۹/۹٪، خیس و نرم شدن واژن ۱۸/۹٪، ارگاسم ۲۷/۳٪ و رضایت ۱۵/۲٪ ذکر کردند (۱۱). از سوی دیگر زنان با بارداری های ناخواسته روبرو هستند. بارداری های ناخواسته سلامت آنان و کودکانشان را تهدید می کند. تقریباً ۸۰ میلیون از ۲۱۰ میلیون حاملگی در دنیا ناخواسته است. بر اساس

بررسی های انجام شده در ایران، یک سوم بارداری ها ناخواسته هستند. قرص های پیشگیری از بارداری گزینه ای بی خطر و مؤثر برای جلوگیری از بارداری می باشند. قرص های پیشگیری از بارداری یکی از روش های پیشگیری از بارداری با اثربخشی بالا است که به دلیل آسان بودن مصرف و عدم تداخل با مقابرت جنسی، مطلوب تلقی می شوند. هورمون های جنسی نظیر استروژن و پروژسترون می توانند اثرات متفاوتی از طریق بافت واژن و سیستم عصبی مرکزی بر رفتارها و عملکرد جنسی زنان اعمال کنند (۱۲).

یکی از عوارض جانبی پیشگیری جلوگیری از بارداری که می تواند مشکلات مهمی را برای زنان در سنین باروری ایجاد کند، مسائل جنسی است. اثرات قرص های ضد بارداری بر عملکرد جنسی متفاوت است. برخی مطالعات از تأثیر آن و برخی دیگر عدم تأثیر آن بر عملکرد جنسی را ذکر کرده اند (۱۳-۱۵). در سال ۲۰۰۲، ۵۹٪ زنان کانادایی به دلیل اختلالات جنسی، روش جلوگیری از بارداری خود را تغییر داده و ۲۰٪ مجبور به قطع روش جلوگیری از بارداری خود شده اند (۱۶). اثرات هورمون بر عملکرد جنسی در هاله ای از ابهام قرار دارد و هنوز نمی توان الگوی ثابتی برای آن در نظر گرفت (۱۳). زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری ممکن است اثرات مثبت، منفی و یا هیچگونه اثری بر میل جنسی را تجربه کنند (۱۵). در مطالعه دیویس و کاستانو (۲۰۰۴)، ۲۷٪ زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری به دلیل مسائل جنسی مجبور به قطع روش شدند (۱۷). در مطالعه ساندروز و همکاران (۲۰۰۱) در آلمان، قرص های پیشگیری از بارداری باعث کاهش میل و برانگیختگی جنسی شدند (۱۸)، اما در مطالعه ساباتینی و همکاران (۲۰۰۶)، هیچگونه اثری از اختلال جنسی مشاهده نشد (۱۹). در حال حاضر روش های مؤثری برای تنظیم قدرت باروری وجود دارند، اما هیچ کدام از این روش ها به طور قطعی فاقد عوارض نیستند. زنان در انتخاب یک روش ضد بارداری، با چالش های زیادی از جمله منافع و اثرات جانبی آن روبرو هستند (۲۰). قرص های پیشگیری از بارداری زنان را در معرض عوارض متعدد و

مرگ و میر ناشی از بارداری های ناخواسته حفاظت می کند، اما اثرات آن‌ها بر سایر ابعاد زندگی زنان قابل تأمل است که یکی از آن‌ها، بُعد جنسی است. آیا قرص‌های پیشگیری از بارداری بر حیطه های عملکرد جنسی تأثیر گذارند؟ یا هورمون های جنسی که در وسایل جلوگیری از بارداری ممانعتی مانند کاندوم وجود ندارند، ارتباطی با اختلالات عملکرد جنسی ندارند؟ لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه عملکرد جنسی در زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری با کاندوم در مراجعین به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقایسه ای از خرداد تا آذر سال ۱۳۹۲ بر روی زنان مراجعه کننده به واحدهای تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران انجام شد. روش نمونه گیری در دسترس و به صورت چند مرحله ای انجام شد؛ بدین صورت که تمام مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به چهار منطقه شمال، جنوب، غرب و شرق تقسیم شدند، سپس به طور تصادفی از هر منطقه، دو مرکز بهداشتی انتخاب شد. پژوهشگر به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران مراجعه و زنان واجد شرایط پژوهش را در پژوهش شرکت داد. حجم نمونه با توجه به مقالات مرتبط و تعداد زنان استفاده کننده از روش های پیشگیری از بارداری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بر اساس فرمول (میانگین دو جامعه)، احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۹۰٪ و اندازه اثر ۰/۴۰ (۲۴۰ نفر (۱۲۰ نفر در هر گروه) در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، استفاده حداقل ۳ ماه از روش های ذکر شده پیشگیری از بارداری، نبودن در وضعیت شیردهی، عدم اعتیاد زنان و همسرانشان به مواد مخدر، عدم ابتلاء خود و

همسرانشان به بیماری روانی شناخته شده، عدم استفاده از داروهای ضد افسردگی توسط زنان و همسرانشان و اینکه زندگی زنان مورد مطالعه از ۶ ماه قبل از انجام پژوهش دارای روند معمول بوده و اتفاق یا حادثه خاصی که به منزله بحران در زندگی آن‌ها باشد مانند مرگ یک عزیز، بیماری صعب العلاج در اعضای خانواده، تغییر محل زندگی، بازنشستگی همسر، از دست دادن شغل فرد یا همسر وی رخ نداده باشد، در غیر این صورت فرد از مطالعه خارج می شد. منظور از قرص های پیشگیری از بارداری، قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری حاوی ۰/۰۳ میلی گرم اتینیل استرادیول و ۰/۱۵ میلی گرم لوونورژسترون (ساخت شرکت ابوریحان، تهران، ایران) است که به طور ممتد ۳ هفته در ماه استفاده شده و در مراکز بهداشتی تجویز می شود. کاندوم ها ساخت شرکت ایران مدیکس بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که از طریق مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل شد. به دلیل تأثیری که افسردگی و اضطراب بر عملکرد جنسی دارند، ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی تکمیل شد. این پرسشنامه حاوی ۲۸ سؤال بوده و در مقیاس لیکرت تنظیم شده بود که افراد در صورت احراز نمره ۲۲ و بیشتر از آن، از مطالعه حذف می شدند. (در این مطالعه ۱۷ نفر حذف شدند). پرسشنامه دوم، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۱ بود که در مطالعات مختلف از آن استفاده شده است (۱). در ایران سالاری و همکاران (۲۰۱۲) از این پرسشنامه در مطالعه خود استفاده کرده اند (۲۱). این پرسشنامه حاوی ۱۹ سؤال ۵ گزینه ای (۵-۰) بوده که شامل وضعیت میل جنسی (۲ سؤال)، برانگیختگی (۴ سؤال)، خیس شدن واژن (۴ سؤال)، ارگاسم (۳ سؤال)، درد (۳ سؤال) و رضایت از عملکرد جنسی (۳ سؤال) بوده که در مقیاس لیکرت طراحی شده و عملکرد جنسی را در ۴ هفته گذشته ارزیابی می کند. حداکثر نمره عملکرد جنسی ۳۶ بوده و نمره کمتر از ۲۸، بیانگر عملکرد جنسی نامطلوب است. بالاترین امتیاز در هر حیطه نیز ۶ بود. جهت اعتبار این پرسشنامه از اعتبار محتوا و جهت همسانی درونی از

¹ Female Sexual Function Index

یافته ها

در این مطالعه میانگین سنی زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری $29/57 \pm 5/42$ سال بود. تمام زنان مسلمان و اکثر آنان ($55/8\%$) دارای تحصیلات در حد دبیرستان بودند. شغل اکثر آنان ۱۰۹ نفر ($90/8\%$) خانه دار بود. ۱۰۴ نفر ($86/7\%$) زنان از قرص های پیشگیری از بارداری رضایت داشتند. اکثر زنان ۹۱ نفر ($75/8\%$) اتاق خواب خصوصی داشته و ۱۱۶ نفر ($96/7\%$) سیگار نمی کشیده و ۱۱۹ نفر ($99/2\%$) الکل مصرف نمی کردند. ۱۱۶ نفر ($96/7\%$) دارو مصرف نمی کردند. ۹۴ نفر ($78/3\%$) زنان نمره ۲۰-۱۵ را به روابط جنسی خود داده بودند.

میانگین سنی زنان استفاده کننده از کاندوم $29/23 \pm 5/41$ سال بود. ۱۱۷ نفر ($98/3\%$) آنان مسلمان و اکثر زنان ($47/5\%$) دارای تحصیلات در حد دبیرستان بودند. شغل اکثر آنان ($78/3\%$) خانه دار بود. ۷۹ نفر ($74/3\%$) از زنان از کاندوم رضایت داشتند. اکثر زنان ($81/3\%$) اتاق خواب خصوصی داشته و ۱۱۸ نفر (98%) سیگار نمی کشیده و ۱۲۰ نفر (100%) الکل مصرف نمی کردند. ۱۱۸ نفر (98%) فاقد بیماری جسمی و ۱۱۷ نفر ($97/3\%$) دارو مصرف نمی کردند. ۱۰۰ نفر (84%) زنان نمره ۲۰-۱۵ را به روابط جنسی خود داده بودند. مشخصات جمعیت شناختی دو گروه در جدول ۱ نشان داده شده است.

ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha=0/81$). جهت پایداری از آزمون مجدد به فاصله ۱۰ روز استفاده شد؛ بدین صورت که ابتدا پرسشنامه ها به ۲۰ زن (۱۰ نفر از هر گروه) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی که از روش های پیشگیری قرص های خوراکی و کاندوم استفاده می کردند، داده شد و پس از ۱۰ روز مجدداً سوالات پرسشنامه ها سؤال شد و همبستگی آن ها محاسبه شد ($r=0/83$). پرسشنامه دیگر حاوی مشخصات فردی و شامل ۳۳ سؤال بود. پژوهشگر به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران مراجعه و زنان دارای مشخصات ورود به مطالعه را که جهت پیگیری روش های پیشگیری از بارداری به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران مراجعه می کردند، شرکت داد. البته ابتدا پس از توجیه طرح و تعیین اهداف و اخذ رضایت نامه از زن و همسر او، در صورت تمایل، فرد در پژوهش شرکت داده می شد. به زنان مورد مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه بوده و در صورت نیاز در اختیارشان قرار می گیرد. همچنین زنان جهت شرکت در مطالعه آزاد بوده و در هر لحظه از پژوهش می توانستند از آن خارج شوند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی و آزمون تی مستقل انجام شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- مقایسه جمعیت شناختی زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری با کاندوم

متغیر	قرص (Mean ± SD)	کاندوم (Mean ± SD)	سطح معنی داری
سن	$29/57 \pm 5/42$	$29/23 \pm 5/41$	۰/۴۴
سن اولین قاعدگی	$12/52 \pm 3/47$	$11/95 \pm 2/91$	۰/۳۲
سن ازدواج	$19/93 \pm 3/99$	$20/72 \pm 3/31$	۰/۰۹
طول مدت ازدواج	$9/57 \pm 5/94$	$8/67 \pm 6/17$	۰/۲۵
تعداد حاملگی	$1/82 \pm 0/97$	$1/58 \pm 0/95$	۰/۰۵۲
سن اولین بارداری	$20/73 \pm 6/31$	$20/77 \pm 6/7$	۰/۹۶
طول مدت استفاده از روش جلوگیری	$4/35 \pm 1/34$	$4/15 \pm 1/64$	۰/۴۵

دو گروه مورد مطالعه از نظر مشخصات جمعیت شناختی تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p > 0.05$). در زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری میانگین نمرات حیطة های میل، برانگیختگی، خیس و نرم شدن واژن، ارگاسم و رضایت کمتر از میانگین حیطة های مذکور در زنان استفاده کننده از کاندوم بود. زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری درد بیشتری از زنان استفاده کننده از کاندوم

داشتند. نمره عملکرد جنسی در مجموع نیز در زنان استفاده کننده از قرص های از بارداری کمتر از زنان استفاده کننده از کاندوم بود ولی به طور کلی بین عملکرد جنسی و حیطة های آن در زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری با زنان استفاده کننده از کاندوم تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه عملکرد جنسی و حیطة های آن در زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری با کاندوم

سطح معنی داری	کاندوم		قرص		حیطة های جنسی
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
۰/۳۲	۱/۳۳ \pm ۳/۸۸	۱/۲۹ \pm ۳/۸۵	میل		
۰/۴۵	۱/۳۱ \pm ۵/۳۶	۱/۳۵ \pm ۴/۵۱	برانگیختگی		
۰/۵۵	۱/۳۱ \pm ۵/۳۶	۱/۳۵ \pm ۵/۲۶	خیس و نرم شدن واژن		
۰/۳۱	۱/۳۵ \pm ۵/۲۱	۱/۳۶ \pm ۵/۰۴	ارگاسم		
۰/۸۴	۰/۹۳ \pm ۵/۲۴	۱/۰۵ \pm ۵/۲۱	رضایت		
۰/۱۸	۱/۴۶ \pm ۵/۰۵	۱/۱۹ \pm ۵/۲۸	درد		
۰/۷۶	۶/۴۸ \pm ۲۹/۳۹	۶/۱۳ \pm ۲۹/۱۵	عملکرد جنسی کل		

بحث

در این مطالعه عملکرد جنسی در بین زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری با زنانی که از کاندوم استفاده می کردند، تفاوت آماری معنی داری نداشت. در مطالعه واببه و همکاران (۲۰۱۱) نیز تفاوتی در عملکرد جنسی زنان استفاده کننده از روش های هورمونی و غیر هورمونی مشاهده نشد (۱۶). اوت و همکاران (۲۰۰۸) نیز این مطلب را در مطالعه خود تأیید کردند (۲۲). اما در مطالعه وال واینر و همکاران (۲۰۱۰)، عملکرد جنسی زنان استفاده کننده از قرص های پیشگیری از بارداری نسبت به زنانی که از کاندوم و سایر روش های غیر هورمونی استفاده می کردند، دچار اختلال بیشتری بود (۲۳). ساباتینی و همکار (۲۰۰۶) نیز اثرات منفی قرص های پیشگیری از بارداری را بر عملکرد جنسی زنان مورد مطالعه خود گزارش کردند (۱۹). اگرچه مهم ترین مکانیسم قرص های پیشگیری از بارداری، متوقف کردن رهاسازی LH و FSH از هیپوفیز است که منجر به افزایش میزان

هورمون جنسی باند شده به گلبولین می شود و میزان تستوسترون با هورمون جنسی باند شده به گلبولین و تستوسترون آزاد کاهش می یابد (۲۴)، به نظر می رسد این مکانیسم در این مطالعه باعث اختلال عملکرد جنسی نشده است.

بیسون (۲۰۰۸) گزارش کرد نقش هورمون های جنسی در حفظ سلامت جنسی زنان به روشنی شناخته نشده است. اثرات هورمونی ممکن است تحت تأثیر بسیاری از عوامل بیولوژیکی مانند میزان کاهش هورمون های فوق کلیه، اثرات آنزیم ها در سلول های محیطی، حساسیت گیرنده های استروژن، اثرات آنزیمی آروماتاز، تعداد گیرنده های استروئیدی جنسی و فعالیت های منظم پروتئین ها باشد (۲۵). ترکیبات استروژنی در قرص های پیشگیری از بارداری باعث کاهش تولید آندروژن های مترشح از تخمدان و فوق کلیه می شوند. تغییرات سطوح آندروژن ها بسیار متغیر بوده و در هر فرد به واکنش های متفاوتی منجر می شود (۱۷).

بسیاری از محققین اشکال مختلف قرص های پیشگیری از بارداری، میزان استروژن و پروژسترون در آن و نسبت آن ها و تغییراتی که ممکن است در سطوح تستوسترون آزاد اعمال کنند را از موارد اختلال یا عدم اختلال جنسی در زنان برشمرده اند (۱۵). در این مطالعه از قرص های پیشگیری از بارداری که دارای ۰/۰۳ میلی گرم اتینیل استرادیول و ۰/۱۵ میلی گرم لوونورژسترون بوده و در مراکز بهداشتی در دسترس بود، استفاده شد. ممکن است در سایر مطالعات میزان استروژن و پروژسترون متفاوت بوده است. در این مطالعه میزان سطوح تستوسترون اندازه گیری نشد. شاید میزان استروژن قرص های پیشگیری از بارداری مورد مطالعه باعث اختلال میزان تستوسترون نشده باشند.

اثر سطوح استروژن بر عملکرد جنسی پیچیده است، همچنان که کاهش سطوح استروژن و آتروفی واژن با کاهش پرخونی واژن مرتبط است، افزایش پرخونی نیز که در تحریک نعوظی حادث می شود، شبیه مواقعی است که میزان استروژن کم یا زیاد باشد. کمبود استروژن نمی تواند از لوبریکاسیون که لازمه تحریکات جنسی است، جلوگیری کند (۲۶)، اما تعادل هورمونی برای عملکرد جنسی ضروری است. استرادیول و اکسیدنیتریک نقش مهمی در اپی تلیوم واژن ایفا کرده و به خیس شدن واژن کمک می کنند. این مسئله در موارد کاهش سطوح استروژن قابل رؤیت است (۲۷). ممکن است مشکلات جنسی مرتبط با روش های پیشگیری از بارداری هورمونی، پاسخ های فیزیولوژیک متفاوت به سطح هورمون ها باشد؛ بطوریکه در برخی جوامع میزان مشکلات جنسی کمتر از سایر جوامع است (۲۸). البته نقش تستوسترون در برانگیختگی جنسی زنان را باید در نظر داشت. زنانی که به تغییرات تستوسترون حساس ترند، از مشکلات جنسی بیشتری رنج می برند. احتمالاً زمینه های فیزیولوژیک بر عوارض جانبی روش های پیشگیری از بارداری هورمونی مؤثرند. مهم این است زنان روش جلوگیری از بارداری را انتخاب کنند که با وجود بیشترین اثربخشی، کمترین اختلال جنسی را ایجاد کند (۲۹).

شافیر و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کردند تأثیر هورمون ها بر عملکرد جنسی نامعلوم است. میل جنسی ممکن است همچنان که تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی قرار گیرد، متأثر از عوامل روانی و فرهنگی باشد. اگرچه روش های جلوگیری از بارداری به طور دقیق و ظریفی ممکن است از طریق خلیات، احساس رفاه، ارتباطات پویا و نگاه اجتماعی بر فعالیت های اجتماعی تأثیرگذار باشد (۳۰)، با وجود این مشخص شده است که عوامل بیولوژیک به صورت مستقل از عوامل محیطی عمل نمی کنند (۳۱).

سلامت روانی، یکی از عوامل پیشگویی کننده عملکرد جنسی است. زنانی که دارای سلامت روانی مطلوبی هستند، کمتر از سایر زنان در مورد مسائل جنسی دیسترس دارند. در واقع زنان دارای مشکلات جنسی، نمرات پایین تری در ارزیابی سلامت روانشان کسب کرده اند (۳۲). شایان ذکر است در این مطالعه زنان مورد پژوهش ابتدا مورد بررسی سلامت عمومی قرار گرفتند.

آنچه مسلم است طبق حقوق باروری، زنان حق دارند که یک رابطه جنسی ایمن و لذت بخش را تجربه کنند (۳۳). آموزش های مناسب جنسی از پیامدهای منفی جلوگیری کرده و باعث ارتقای کیفیت روابط جنسی و دستیابی به بالاترین میزان رضایت مندی جنسی می شود (۳۲). البته نقش جامعه نیز در این مورد درخور توجه است. جامعه با فقدان استراتژی های واضح در این زمینه به این چالش می افزاید.

یکی از عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی زنان، سن همسر و وضعیت سلامتی او می باشد. با افزایش سن همسر، اختلالات نعوظی و انزالی افزایش می یابد. خستگی روزانه و کار با استرس می تواند بر عملکرد جنسی مردان و بالطبع زنان مؤثر باشد.

قرص های پیشگیری از بارداری اثربخشی بالایی دارند و میزان بارداری در زنان استفاده کننده از آن کمتر از کاندوم است. شایان ذکر است زنانی که ترس از بارداری های ناخواسته ندارند، ممکن است از ارتباطات جنسی لذت بیشتری ببرند و نمره بیش تری در عملکرد جنسی کسب کنند (۱۹). شاید عدم تفاوت آماری معنی دار

قرص های پیشگیری از بارداری بر عملکرد جنسی به این علت باشد.

علی رغم مطالعات متعددی که در زمینه نقش هورمون ها بر عملکرد جنسی انجام شده است، هنوز مکانیسم های بروز اختلالات جنسی در روش های جلوگیری هورمونی ناشناخته بوده و پیش بینی آنها برای تمام زنان امکان پذیر نمی باشد (۲۷). بیسون (۲۰۰۶) معتقد است حتی با وجود علائم اختلال جنسی، با افزایش آگاهی و اطلاعات در این زمینه می توان روابط جنسی خوشایندی را برای زنان رقم زد (۳۴). مطالعه حاضر نشان داد که هورمون های جنسی نمی توانند بر عملکرد جنسی مؤثر باشند و یا تنها عاملی نیستند که بر عملکرد جنسی تأثیرگذار باشند. عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی ابعاد وسیعی داشته و جنبه های روانی، محیطی، بیولوژیکی، فرهنگی و روابط بین فردی بر آن مؤثر است. نویسندگان پیشنهاد می کنند تحقیقات بیشتری در زمینه های فرهنگی متفاوت انجام شود. عملکرد جنسی سالم، یکی از نشانه های سلامت جسم و روان و یکی از مؤلفه های بهزیستی محسوب می شود که باعث ایجاد حس لذت مشترک در بین زوجین شده و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس ها و مشکلات زندگی افزایش می دهد (۳۵، ۳۶). اعتیاد

واحد های پژوهش یا همسران آن ها به الکل، سیگار و مواد مخدر که ممکن است به دلایل فرهنگی و اجتماعی بیان نشده باشد، شرم و حیای واحد های پژوهش در مورد اظهار مسائل جنسی و عدم اطلاع از اختلالات جنسی همسر از محدودیت های این مطالعه بود.

نتیجه گیری

قرص های پیشگیری از بارداری باعث اختلال در عملکرد جنسی نمی شوند، البته این مطلب تحقیقات بیشتری را در این زمینه طلب می کند. عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی طیف وسیعی از عوامل عروقی، محیطی، روانی و فردی را در بر می گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح مصوب شماره ۱۰۵-۷/ع-ر مورخه ۹۲/۱۲/۲۰ مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران می باشد. بدین وسیله از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران و تمام زنان شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Edwards MW, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. Arch Sex Behav 2004; 33(3):189-95.
2. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. 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.
3. Brock G, Laumann E, Glasser DB, Nicolosi A, Gingell C, King R. Prevalence of sexual dysfunction among mature men and women in USA, Canada, Australia and New Zealand. J Urol 2003; 169(4):315-30.
4. Nusbaum MR, Gamble C, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. J Fam Pract 2000; 49(3):229-32.
5. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. J Urol 2006; 175(2):654-8.
6. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. Eur Urol 2005; 47(3):366-74.
7. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res 2006; 18(4):382-95.
8. Goshtasbi A, Rahimi Foroushani A, Mohammadi A. Sexual dysfunction and its association with reproductive variables in the Kohgiluyeh & Boyer Ahmad province. Payesh J 2008; 7:67-73. (Persian).
9. Bakuee F, Nasiri F. Prevalence of sexual dysfunction in married women and some related factors in Babol. Babol Univ Med Sci 2007; 9(4):59-64. (Persian).
10. Foroutan SK, Jadid Milani M. Prevalence of sexual dysfunction in patients referred to the Family Justice Center. Daneshvar J 2008; 16(78):39-44. (Persian).

11. Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Simbar M, Malek Afzali H. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. *Arch Iran Med* 2014; 17(10):679-84.
12. Berek JS, Novak S. *Textbook of gynecology*. 15th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2012.
13. Schaffir J. Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. *J Sex Marital Ther* 2006; 32(4):305-14.
14. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med* 2012; 9(9):2213-23.
15. Pastor Z, Holla K, Chamel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013; 18(1):27-43.
16. Wiebe ER, Brotto LA, MacKay J. Characteristics of women who experience mood and sexual side effects with use of hormonal contraception. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33(12):1234-40.
17. Davis AR, Castano PM. Oral contraceptives and libido in women. *Annul Rev Sex Res* 2004; 15:297-320.
18. Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001; 64(1):51-8.
19. Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception* 2006; 74(3):220-3.
20. Gold MA, Bachrach LK. Contraceptive use in teens: a threat to bone health? *J Adolesc Health* 2004; 35(6):427-9.
21. Salari P, Nayebi-Niya AS, Vahid RF, Jabbari NH. Surveying the relationship between adult attachment style to parents with female sexual function. *J Fund Men Health* 2012; 13(4):346-55.
22. Ott MA, Shew ML, Ofner S, Tu W, Fortenberry JD. The influence of hormonal contraception on mood and sexual interest among adolescents. *Arch Sex Behav* 2008; 37(4):605-13.
23. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mueck AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med* 2010; 7(6):2139-48.
24. Panzer C, Wise S, Fantini G, Kang D, Munarriz R, Guay A, et al. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2006; 3(1):104-13.
25. Schaffir JA, Isley MM, Woodward M. Oral contraceptives vs injectable progestin in their effect on sexual behavior. *Am J Obstet Gyn* 2010; 203(6):545.e1-5.
26. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
27. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32(3):193-208.
28. Oprisan E, Cristea D. A few variable of influence in the concept of marital satisfaction. *Proc Soc Behav Sci* 2012; 33:468-72.
29. Ubillos S, Paez D, Gonzglez JL. Culture and sexual behavior. *Psicothema* 2000; 12(Suppl 1):70-82.
30. Lazdane G. Sexual health: a public health challenge in Europe. World Health Organization. Available at: URL: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0019/142570/en72.pdf>; 2011.
31. Shirpak KR, Ardebili HE, Mohammad K, Maticka-Tyndale E, Chinichian M, Ramezankhani A, et al. Developing and testing a sex education program for the female clients of health centers in Iran. *Sex Edu* 2007; 7(4):333-49.
32. Shtarkshall RA, Santelli JS, Hirsch JS. Sex education and sexual socialization: roles for educators and parents. *Perspect Sex Reprod Health* 2007; 39(2):116-9.
33. Ali FA, Israr SM, Ali BS, Janjua NZ. Association of various reproductive rights, domestic violence and marital rap with depression among Pakistani women. *BMC Psychiatry* 2009; 9(77):1-13.
34. Basson R. Clinical Practice: Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med* 2006; 354(14):1497-506.
35. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner AH, schedlowski M, Mann K, et al. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88(12):5801-7.
36. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari Jafarabadi M, Tavananezhad N, Karkhane M. Socio demographic predictors of marital satisfaction in women of reproductive age, Tabriz, Iran. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(72):1-12. (Persian).