

## بررسی دیسپارونی و رابطه آن با تغییرات استروژنی و اختلال

### عملکرد جنسی زنان در نیمه دوم بارداری

دکتر الهه پوراکبران<sup>۱</sup>، بهنوش لشکری منش<sup>۲</sup>، مرتضی روستایی<sup>۳</sup>، آنیتا

رمضانی<sup>۴</sup>، حمیده صمدی<sup>۵\*</sup>

۱. دانشجوی پست دکتری روان‌تنی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیت بدنی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۵. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷

#### خلاصه

**مقدمه:** دیسپارونی یا درد در حین مقاربت، از جمله مشکلاتی است که برخی زنان تجربه می‌کنند و این مسأله به‌ویژه در دوران بارداری شدت می‌یابد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی دیسپارونی و رابطه آن با تغییرات استروژنی و اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی مقطعی در طی سال‌های ۹۸-۱۳۹۷ بر روی ۵۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مطب‌های متخصصین زنان و زایمان و نیز روان‌شناسان بالینی شهر مشهد که با مشکل دیسپارونی مراجعه کرده بودند به‌عنوان گروه مورد و ۵۰ نفر از زنان باردار عادی و غیرمبتلا به‌عنوان گروه شاهد انجام شد. زنان باردار در حد فاصل ماه‌های چهارم تا پنجم بارداری قرار داشتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، ابزار اندازه‌گیری مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I و II و DSM-IV، پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی FSFI و نیز اطلاعات مربوط به بیماری در چک‌لیست محقق‌ساخته بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل عملکرد جنسی در گروه بالینی  $۶۵/۸۴ \pm ۶$  و نمره دیسپارونی (مقاربت دردناک)  $۲۲/۴۶ \pm ۴/۵$  بود که نمرات گروه مورد به مراتب بالاتر از گروه شاهد بود. همچنین میزان استروژن در زنان باردار مبتلا به دیسپارونی نسبت به زنان باردار بدون دیسپارونی کاهش یافته بود و در گروه مورد  $۲۱/۶۸ \pm ۱۲/۰۴$  و در گروه شاهد  $۱۸/۱۲ \pm ۳۶/۲۱$  بود که تفاوت معناداری به لحاظ تغییرات استروژنی در این دو گروه یافت شد ( $p < ۰/۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** کمتر بودن سطح استروژن در ایجاد دیسپارونی مؤثر است. همچنین سابقه دیسپارونی با اختلال عملکرد جنسی مرتبط بود؛ به‌طوری‌که نمره کل عملکرد جنسی و استروژن در گروه بیمار کمتر از گروه عادی بود. آنچه شیوع دیسپارونی را بیشتر می‌کند، سابقه اختلال در عملکرد جنسی می‌باشد. به‌طور کلی زنان در نمونه شاهد در عملکرد جنسی نمرات بهتر و در مقاربت دردناک، نمرات پایین‌تری گرفته و مشکل خاصی نداشتند.

**کلمات کلیدی:** استروژن، دیسپارونی، زنان باردار، عملکرد جنسی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: حمیده صمدی؛ واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۵۰۸۶۲؛ پست الکترونیک:

Samady3429@yahoo.com

## مقدمه

اختلال عملکرد جنسی در جامعه امروزی بسیار شایع و همچنان به‌عنوان یک نگرانی مهم در زمینه بهداشت عمومی مطرح است (۱). اختلال عملکرد جنسی زنان زیاد گزارش نشده و همچنین زنانی که با این مشکل مواجه بودند، تحت درمان خاصی قرار نگرفته‌اند (۲). دیسپارونی، یک اصطلاح پزشکی برای درد در طول رابطه جنسی (یا مقاربت دردناک) است و به معنای احساس درد در هنگام دخول، قبل و یا بعد از آن می‌باشد. بسیاری از زنان در مقاطعی از زندگی خود با این مشکل مواجه می‌شوند. در برخی مطالعات شیوع مقاربت دردناک ۵۰-۲۰٪ گزارش شده است، اما احتمالاً این آمار کمتر از حد واقعی می‌باشد (۳)، زیرا اکثر زنان با مشکل مقاربت دردناک به کلینیک‌های تخصصی مراجعه نمی‌کنند (۳). مقاربت دردناک به دلایل مختلفی از مشکلات ساختاری بدن گرفته تا مشکلات فیزیولوژیکی و روانی ایجاد می‌شود (۴). دیسپارونی یا درد در هنگام مقاربت، از جمله مشکلاتی است که اغلب توسط زنان گزارش می‌شود و حدود دو سوم زنان را طول زندگی مبتلا می‌کند (۵). برای زنان در هر سنی، درد دیسپارونی اغلب منجر به پریشانی، کاهش عملکرد و لذت جنسی، مشکلات رابطه و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۶، ۷) که آنچه در اغلب مطالعات تأیید شده است، دیسپارونی در سنین میان‌سالی و یائسگی بوده، در صورتی که در سال‌های اخیر افزایش چشمگیر دیسپارونی در زنان جوان مشاهده شده است که اخیراً نقش علل روان‌شناختی در ایجاد و یا شدت آن مطرح شده است (۳، ۴، ۷). علل احتمالی دیسپارونی شامل: آسیب ناحیه لگن در کودکی، آتروفی ولوو، اندومتریوزیس، بیماری‌های التهابی لگن، کاهش استروژن و عوامل روانی و اجتماعی نظیر افسردگی، تجاوز جنسی، عدم رضایت زناشویی و در نتیجه اختلال در عملکرد جنسی می‌باشد (۸). دیسپارونی معمولاً در نتیجه کاهش سطح هورمون استروژن ایجاد می‌شود (۹). در نتیجه کاهش سطح استروژن‌های تولید شده درون‌زا در دوران بارداری، ممکن است تغییرات آتروفی (آتروفی واژن در واقع نازک شدن دیواره‌های واژن است که علت آن

کاهش تولید استروژن است) در ناحیه تناسلی خارجی مهبل مشاهده شود (۱۰). اخیراً توجه پزشکی و دارویی به دیسپارونی و ارتباط آن با استروژن‌ها معطوف شده است (۱۱). بسیاری از عوامل دیگر که صرفاً جسمی نمی‌باشد، ممکن است بر دیسپارونی در زنان تأثیر منفی بگذارد که شامل: اختلال در عملکرد جنسی مانند میل جنسی، تحریک جنسی (۱۲)، رطوبت مهبل، ارگاسم، اختلال عملکرد عضلات کف لگن، شرایط ظاهری (۱۳)، علل برقراری رابطه، سلامت شریک زندگی و عوامل استرس‌زای روانی است که بر شدت اختلال در عملکرد جنسی و به تبع آن مشکلاتی همچون دیسپارونی تأثیر زیادی دارد (۱۴). استروژن باعث بهبود مخاط، افزایش الاستیسه و افزایش جریان خون ناحیه ولوو و واژن شده، آستانه حسی ناحیه ولوو و واژن را کاهش می‌دهد و باعث افزایش لذت جنسی و بهبود برانگیختگی می‌شود (۱۵). این وضعیت می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت و رضایت از عملکرد جنسی داشته باشد و علائم آتروفی را تشدید کند (۱۶)؛ به‌ویژه که با بارداری، تعادل هورمون‌ها به‌ویژه استروژن به هم ریخته و این مسأله در کسانی که پیشینه اختلال در عملکرد جنسی داشته باشند، بسیار تشدید می‌شود (۱۷). بنابراین اختلال در عملکرد جنسی و دیسپارونی در بین زنان باردار حدود ۵۰-۴۲٪ گزارش شده است (۱۸). آتروفی واژینال یک علامت اغلب نادیده گرفته شده از یائسگی است، در حالی که تخمین زده می‌شود ۱۰٪ زنان تحت تأثیر نشانه‌های آن از قبیل خشکی، خارش، سوزش ادرار و مقاربت دردناک قرار می‌گیرند. طبق مطالعات انجام شده یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی، سلامت دستگاه تناسلی عنوان شده است (۱۹). هورمون استروژن در دوران بارداری نیز نقش‌های مهمی در بدن زن ایفا می‌کند که همگی آنها در راستای آماده‌سازی بدن مادر برای پذیرش نوزاد هستند (۲۰). این هورمون در دوران حاملگی از جفت نیز ترشح می‌شود و باعث بزرگ شدن رحم و پستان‌ها و رشد مجاری شیری در آنها می‌شود. اثر دیگر هورمون استروژن در این دوران این است که برای آسان‌تر شدن زایمان به مفاصل لگن مادر حالت ارتجاعی می‌بخشد (۲۱). هنگامی که میزان استروژن کاهش

می‌یابد، واژن نخستین بخش از بدن است که متوجه این تغییر می‌شود. در چنین شرایطی درد مقاربت احتمالاً از نوع سوزشی و همراه با احساس سایش یا تحریک است؛ چراکه غشاء مخاطی واژن نازک و آسیب‌پذیر شده و به راحتی پاره می‌شود (۲۲). در اثر تغییرات استروژنی میزان هورمون زنانه استروژن کاهش یافته و در نتیجه دیواره‌های واژن خشک و نازک می‌شود. این عارضه که آنروفی واژن نام دارد، باعث ایجاد مقاربت دردناک می‌شود (۲۳). انواع مختلف دیسپارونی را می‌توان با تفاوت در مکان، شدت، الگوی زمانی و کیفیت حسی طبقه‌بندی کرد. این متغیرها مشابه مواردی است که در سیستم طبقه‌بندی درد مورد حمایت انجمن بین‌المللی مطالعات درد (۲۴) و همچنین انجمن بین‌المللی مطالعه بیماری ولووژینال (۲۵) است و نشانگرهای مفیدی برای علل مختلف مقاربت دردناک محسوب می‌شوند. با این حال، داده‌های بسیار محدودی در مورد توضیحات بالینی دیسپارونی مؤثر بر زنان جوان و یا در دوران بارداری در دسترس است. به‌طور کلی، تحقیقات در ارزیابی مکان آناتومیکی از درد تجربه شده در طی مقاربت ناکام بوده‌اند و در مورد خصوصیات درد در زنان سؤال نشده است (۲۶). دو محل آناتومیک تا حدودی مبهم از درد دیسپارونی یعنی "سطحی" (یعنی دستگاه تناسلی خارجی) و "عمیق" (یعنی دستگاه تناسلی داخلی یا لگن) در زنان مورد بررسی قرار گرفته است. درد ناشی از تماس، به‌ویژه در ناحیه ولوو، شایع‌ترین شکل دیسپارونی است که حدود ۱۲٪ زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۷). در مطالعات محققان قبلی نشان داده شد که در مبتلایان به مقاربت دردناک صرفاً درد در دستگاه تناسلی داخلی نیست و در برخی موارد درد سطحی بوده و در دستگاه تناسلی خارجی نیز مشاهده شده است (۲۸). در مطالعه هافمن (۲۰۱۲) زنان مبتلا به مراحل اولیه سرطان سرویکس که تحت هیستروکتومی و رادیوتراپی قرار گرفته بودند، از مشکلات کوتاه‌مدت جنسی از قبیل دیسپارونی، مشکل در مقاربت و کاهش رضایت جنسی رنج می‌بردند که در طی ۱ ماه بعد از جراحی کاهش یافته بود (۲۹). در مطالعه فیشر و همکاران (۲۰۰۵) که شدت درد دیسپارونی پس از بارداری یا حین آن با

بررسی گروهی از بیماران سرپایی و داوطلبانه زنان و زایمان ارزیابی شد، اکثر مبتلایان یعنی ۳۷/۴٪ از زنانی که با همسران خود زندگی می‌کردند، دچار درد و ناراحتی اندک بودند (۳۰). در مطالعه جامس (۲۰۱۸) که به بررسی کیفیت حسی درد دیسپارونی در زنان جوان و بزرگسال پرداخته بود؛ به‌طوری‌که احساس درد شدید یا تماس شدید، یا خارش یا احساس سوزش تأیید شد (۳۱). اگرچه تحقیقات انجام شده در زمینه مقاربت دردناک و داده‌های مربوط به نتایج بالینی دیسپارونی در بارداری کم است، اما همین تحقیقات اندک نیز تقریباً نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند (۳۱). همچنین در مطالعه پیرا و همکاران (۲۰۱۳)، ۵۳ بیمار با واژینیسموس همراه با آمیزش دردناک طولانی‌مدت تحت درمان (شامل آموزش بیماران، درمان دستی، ورزش‌های لگن، دیلاتورهای آموزشی، بیوفیدبک الکترومیوگرافیک و تحریک عصبی از راه پوست) قرار گرفتند. متوسط طول دوره درمان ۲۹ جلسه بود. در این مطالعه وضعیت عملکرد جنسی بیماران به‌طور واضح و معناداری بهبودی داشت (۳۲). چرخه پاسخ جنسی طبیعی شامل چند مرحله تمایل، تهییج جنسی، ثبات، ارگاسم و استراحت می‌باشد. اختلال میل و برانگیختگی جنسی به این معناست که فرد در عین برخورداری از سلامت کامل جسم، تمایلی به مشارکت و رفتار جنسی ندارد. اختلال تهییج جنسی به‌صورت کاهش مرطوب شدن واژن می‌باشد. از نظر فیزیولوژیک، ارگاسم به‌معنای رسیدن به اوج لذت جنسی است. قبل از رسیدن به این مرحله، مرحله برانگیختگی باید کامل شود. مشکل اساسی در اکثر بیماران این است که افراد در مرحله برانگیختگی باقی مانده و نمی‌توانند به مرحله بعدی برسند و به‌تدریج تمایل جنسی خود را از دست می‌دهند (۳۳). در یک دهه گذشته، ادبیات مربوط به دلایل دیسپارونی قبل از یائسگی به سرعت رشد کرده است (۳۴). از آنجا که دیسپارونی می‌تواند از شرایط نامناسب روانی و عاطفی نشأت بگیرد، ابتدا باید تشخیص داده شود که بیمار آماده است تا به‌طور عمیق در مورد این مسئله بحث کند یا خیر. جزئیات درد می‌تواند به شناسایی علت کمک کند (۳۵). اگر دیسپارونی به‌عنوان

درد ثانویه طبقه‌بندی شده باشد، پزشک باید از وقایع خاص مانند آسیب روانی اجتماعی یا قرار گرفتن در معرض عفونت سؤال کند، زیرا ممکن است باعث ایجاد درد شود. توصیف احساسات بیمار در طول فعالیت‌های جنسی همچنین می‌تواند به تعیین علت اصلی کمک کند (۳۶)، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی دیسپاروونی و رابطه آن با تغییرات استروژنی و اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار مبتلا و عادی انجام گرفت.

## روش کار

این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۹۸-۱۳۹۷ بر روی ۱۰۰ نفر از زنان متأهل ۴۰-۲۵ ساله در شهر مشهد انجام شد. در این مطالعه ۵۰ فرد مبتلا به دیسپاروونی به صورت دسترس و غیرتصادفی از بین زنان مراجعه کننده به مطب‌های متخصصین زنان و زایمان و نیز روان‌شناسان بالینی که با مشکل دیسپاروونی مراجعه کرده بودند و ۵۰ نفر به عنوان گروه شاهد از بین داوطلبان در بین جمعیت عمومی باردار پس از هم‌تاسازی فردی با نمونه بالینی انتخاب شدند که این هم‌تاسازی از نظر سن، تحصیلات، شرایط اقتصادی و سن بارداری بود. زنان باردار در حد فاصل ماه‌های چهارم تا پنجم بارداری قرار داشتند. میزان استروژن با دستور پزشک اندازه‌گیری شد و سپس با توجه به میزان استروژن و نیز داده‌های مرتبط یا عملکرد جنسی از طریق پرسشنامه‌ها، هر دو گروه ارزیابی شدند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه دو گروه مستقل و با در نظر گرفتن خطای آلفا، خطای بتا، واریانس صفت مورد بررسی و مقدار تفاوت آن بین دو گروه مورد و شاهد به دست آمد که با احتمال ۱۰٪ ریزش حجم نمونه، ۵۰ نفر برای هر گروه و در مجموع ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد (۳۷).

در این مطالعه شدت دیسپاروونی به عنوان پیامد اولیه در نظر گرفته شد. قبل از شروع تحقیق، بیماران از نظر سلامت ژنیتال (عدم وجود واژینیت و پرولاپس رحمی) توسط متخصص زنان معاینه شدند و پس از توضیح در مورد تحقیق، داوطلبین شرکت در این طرح نسبت به پر کردن ابزار پژوهش اقدام نموده و در برخی موارد، سؤالات به صورت شفاهی پرسیده شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: وجود دیسپاروونی، زنان دارای رابطه جنسی و تک‌همسر، باردار بودن، رضایت داوطلب برای مشارکت در تحقیق، داشتن حداقل مدرک سیکل، نداشتن اختلال روان‌پزشکی و نداشتن بیماری مزمن دیگر (در نمونه بالینی) و سلامت کامل جسمانی در نمونه عادی، سن بارداری در حد فاصل ماه چهارم تا پنجم یعنی نیمه دوم بارداری، نداشتن مشکل هورمونی که به تشخیص پزشک رسیده باشد و محدوده سنی ۵۰-۲۵ سال بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عفونت واژینال، هورمون درمانی و یا مصرف هورمون‌های جنسی طی ۳ ماه قبل از مطالعه، مصرف سیگار و الکل و زنان مبتلا به قاعدگی‌های نامنظم بود.

در این مطالعه ۵۰ زن باردار با مشکل دیسپاروونی و ۵۰ نفر از زنان باردار بدون این مشکل مورد مطالعه قرار گرفتند. افراد شرکت کننده در این مطالعه با استفاده از اختلال دیسپاروونی و نیز آزمایش هورمونی (استروژن) که مورد تأیید متخصصین قرار گرفته بود، انتخاب شدند. جهت انتخاب نمونه‌های پژوهش، پژوهشگر ابتدا با مراجعه و هماهنگی با مطب‌های متخصصین زنان و کلینیک‌های روان‌شناسان بالینی و توضیح کار در طی یک محدوده زمانی، نمونه‌ها را به‌طور غیرتصادفی و با توجه به معیارهای ورود انتخاب و سپس اهداف و نحوه اجرای پژوهش را به آنها توضیح داد و سپس از آنها رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. در ضمن به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزارهای پژوهش در این مطالعه شامل: ابزار اندازه‌گیری مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I و I<sup>۱</sup> و DSM-IV<sup>۲</sup> و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان وزن و همکاران بود.

**ابزار اندازه‌گیری مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I و II و DSM-IV<sup>۲</sup>:**

این ابزار که به ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی می‌پردازد، بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روان‌پزشکی استفاده می‌شود.

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

علت استفاده از این ابزار، اطمینان از عدم اختلال بالینی خاصی در نمونه‌ها بود که همپوشی با دیسپارونی نداشته باشد. در واقع معمولاً در مطالعات بالینی استفاده از این پرسشنامه به این علت است که اگر افراد مورد مطالعه دچار اختلال خاصی باشند، از مطالعه خارج و یا اثرات آن کنترل شود. در واقع با استفاده از این پرسشنامه اطمینان حاصل می‌شود که افراد مورد مطالعه هیچ مشکل خاصی نداشته باشند. مطالعات گوناگون از جمله مطالعات اسپیتزر، ویلیامز و همکاران (۱۹۹۲) حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (۳۸). در مطالعه شریفی و همکاران (۲۰۰۴) نیز که با هدف «سنجش پایایی و قابلیت اجرای این مصاحبه بالینی» صورت گرفت، در مرحله نخست ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه و در مرحله دوم، مطالعه پایایی و قابلیت اجرای ترجمه فارسی در جمعیت بالینی ایرانی انجام گرفت که در اکثر ویژگی‌ها روایی بالاتر از ۸۵٪ و در نیمی از این تعداد روایی بالای ۹۰٪ بود (۳۹).

پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی و قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری‌های بالینی و پژوهشی و آموزش استفاده کرد (۳۹).

### پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران

(FSFI)<sup>۱</sup>: این مقیاس دارای ۱۹ سؤال است که عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه شامل: میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی می‌سنجد. اعتبار مقیاس از طریق بازآزمایی در پژوهش‌های گوناگون ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ (۲) و نمره ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (۴۰). این پرسشنامه توسط روزن و همکاران ساخته شده است. برای سؤال‌های حوزه میل جنسی امتیاز ۵-۱، برای تهییج جنسی، رطوبت مهبل، درد مقاربت و ارگاسم امتیاز ۵-۱ و برای سؤالات رضایت‌مندی جنسی امتیاز ۵-۱ در نظر گرفته می‌شود. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. نمره‌دهی سؤالات FSFI بر اساس سیستم نمره‌دهی از صفر تا ۵ است که با جمع کردن نمرات ۶ حوزه با هم، نمره کل مقیاس

به‌دست می‌آید؛ به این ترتیب نمره‌گذاری به‌گونه‌ای است که نمره بیشتر گویای کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم‌وزن نمودن حوزه‌ها، بیشترین نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. کمترین نمره برای حوزه تمایل جنسی ۱/۲، برای حوزه‌های برانگیختگی، لغزنده‌سازی، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد، صفر و برای کل مقیاس حداقل نمره برابر ۲ خواهد بود. این ابزار عملکرد جنسی زنان را در طول ۴ هفته گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد.

به‌طور کلی نمره بیشتر، نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) طی پژوهشی که به‌همین منظور انجام گرفته، تأیید شده است (۴۱). در ایران روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران (۲۰۰۸) به‌دست آمد (۴۲). در مطالعه حاضر نیز به منظور تعیین پایایی پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان از روش آزمون مجدد استفاده شد که نتایج آلفای کرونباخ برای پرسشنامه FSFI برابر ۸۹/۳ به‌دست آمد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی افراد باردار شرکت‌کننده  $34 \pm 5/65$  سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۱۵ نفر (۱۵٪) از افراد مورد مطالعه تحصیلات کمتر از دیپلم، ۳۵ نفر (۳۵٪) دیپلم و ۵۰ نفر (۵۰٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

از نظر شغلی، ۷۸ نفر (۷۸٪) از افراد شرکت‌کننده در مطالعه خانه‌دار و ۲۳ نفر (۲۳٪) شاغل بودند. از نظر وضعیت اقتصادی، اکثر افراد مورد مطالعه وضعیت اقتصادی در حد متوسط (۵۶/۷٪) و سایر افراد (۴۳/۳٪) وضعیت اقتصادی بسیار بالایی داشتند. میانگین و نتایج عملکرد جنسی در دو گروه مورد و شاهد در جدول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

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

جدول ۱- میانگین عملکرد جنسی در هر دو گروه مورد و شاهد

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
میل جنسی	۲/۵۱ $\pm$ ۱/۶۸	۳/۵۱ $\pm$ ۱/۳۱
تحریک جنسی	۲/۲۸ $\pm$ ۱/۲۲	۳/۵۴ $\pm$ ۱/۱۱
لوبریکیشن (رطوبت مهبل)	۲/۷۶ $\pm$ ۱/۸۰	۳/۶۷ $\pm$ ۲/۱۶
ارگاسم	۱/۷۸ $\pm$ ۱/۶۴	۲/۹۵ $\pm$ ۱/۲۳
رضایت جنسی	۲/۱۰ $\pm$ ۱/۵۳	۳/۸۹ $\pm$ ۱/۵۶
درد مقاربت	۵/۴۶ $\pm$ ۲/۳۷	۲/۳۶ $\pm$ ۱/۲۴
عملکرد جنسی کل	۶/۸۴ $\pm$ ۵/۶۵	۱۰/۴۵ $\pm$ ۲/۶۵

جدول ۲- نتایج عملکرد جنسی در دو گروه مورد و شاهد

شاخصها	گروه	گروه مورد	گروه شاهد
میل جنسی	۲/۳۱ $\pm$ ۲۶/۶۸	۲/۴۱ $\pm$ ۲۵/۶۸	
تهییج جنسی	۲/۴۳ $\pm$ ۳۷/۶۸	۳/۴۷ $\pm$ ۵۹/۳۸	
رطوبت مهبل	۲/۲۱ $\pm$ ۰۳/۶۴	۳/۳۹ $\pm$ ۶۷/۵۸	
اوج لذت جنسی	۱/۱۹ $\pm$ ۸۸/۱۸	۳/۴۱ $\pm$ ۵۹/۶۹	
رضایت جنسی	۱/۵۱ $\pm$ ۱۵/۶۸	۳/۳۴ $\pm$ ۴۵/۲۸	
مقاربت دردناک	۱/۱۷ $\pm$ ۵۶/۳۸	۴/۵۲ $\pm$ ۲۱/۱۹	

جدول ۳- میزان و میانگین استروژن در دو گروه مورد و شاهد

گروه	مقدار استروژن	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی داری
زنان باردار با مشکل دیسپاروونی	۶۰-۱۸۰ میلی گرم	۲۱/۶۸ $\pm$ ۱۲/۰۴	p < ۰/۰۵
زنان باردار بدون دیسپاروونی	۱۱۵-۳۵۰ میلی گرم	۳۶/۲۱ $\pm$ ۱۸/۱۲	

مشکل پایین تر بود. همچنین مقدار همبستگی بین میزان استروژن و دیسپاروونی ۴۹۱٪ مشخص گردید و این به این معنی است که هرچقدر میزان استروژن کمتر باشد، احتمال دیسپاروونی بیشتر خواهد شد. در مطالعه حاضر میزان درد نیز در هر دو گروه ارزیابی شد و در گروه نمونه بالینی که دارای دیسپاروونی بود، درد ۳/۵۸  $\pm$  ۱۵/۱۱ و در گروه عادی برابر با ۳۳/۴۶  $\pm$  ۱/۵۲ بود.

در مطالعه حاضر جهت بررسی ارتباط استروژن و دیسپاروونی افراد از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که بر اساس نتایج آن، بین استروژن و دیسپاروونی در بین زنان باردار ارتباط منفی و معنی داری وجود داشت (p < ۰/۰۱، p = -۰/۴۹۱)؛ به عبارت دیگر تغییرات استروژنی در گروه باردار با مشکل دیسپاروونی بیشتر از گروه زنان باردار بدون مشکل بود که بر اساس آزمایشات انجام شده توسط نمونه‌ها، میزان هورمون استروژن در بین این گروه نسبت به زنان باردار بدون

جدول ۴- میزان و میانگین درد در دو گروه مورد و شاهد

گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی داری
زنان باردار با مشکل دیسپاروونی	۳/۵۸ $\pm$ ۱۵/۱۱	p < ۰/۰۵
زنان باردار بدون دیسپاروونی	۳۳/۴۶ $\pm$ ۱/۵۲	

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی دیسپارونی و ارتباط آن با استروژن و نیز عملکرد جنسی در دوران بارداری انجام شد. در مطالعه لیبوم و همکاران (۱۹۸۳) در رابطه با فراوانی مقاربت و شیوع آتروفی، شیوع آتروفی واژن در زنان یائسه دارای فعالیت جنسی در مقایسه با زنان بدون فعالیت جنسی کمتر بود (۴۳).

در دوران بارداری کاهش استروژن و آندروژن به‌طور فیزیولوژیک منجر به کاهش جریان خون ولو و واژن و در نتیجه کاهش برانگیختگی می‌شود و خشکی واژن باعث کاهش آستانه حسی ژنیتال، دیسپارونی و کاهش میل جنسی می‌شود. کاهش میل جنسی در سال‌های اول یائسگی حداقل ۴۰٪ تخمین زده می‌شود و در برخی موارد بیشتر است (۲۹).

در مطالعه فاوا و همکاران (۲۰۱۲) بیماران با عملکرد نادرست جنسی و یا درد هنگام نزدیکی به‌طور متوسط تحت ۱۹/۵ ساعت دوره درمانی قرار گرفتند و وضعیت عملکرد جنسی بیماران با استفاده از پرسشنامه FSFI در دو مرحله پیش و پس از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به نتایج این مطالعه، بهبودی معناداری در نمره کلی FSFI ( $p < 0/001$ )، شاخص درد ( $p < 0/001$ ) و فاز ارگاسم ( $p < 0/001$ ) به‌دست آمد. همچنین بهبودی معناداری در هر سه زیرشاخه مقیاس درد ثبت گردید (۴۴).

در مطالعه حاضر بین متغیر وابسته اختلال عملکرد جنسی با متغیرهای تحصیلات، شرایط اقتصادی، سن، تعداد فرزندان، طول مدت ازدواج، سابقه اعتیاد زن و همسر و سطح طبقه اقتصادی خانواده زن و همسر ارتباط معناداری وجود نداشت. نتایج تحقیقات نجار و همکاران (۲۰۱۵)، اکللی و همکاران (۱۹۹۵) و بختیاری و همکاران (۲۰۱۵) با نتایج مطالعه حاضر همسو و در یک راستا بود (۱۴، ۲۱، ۲۴). همچنین نتایج مطالعه ادوارد و همکار (۲۰۰۴) نشان داد که دیسپارونی یک مشکل شایع در زنان باردار است که اغلب به کاهش سطح استروژن از حالت نرمال (در بارداری) مربوط می‌شود (۳۱). در این راستا سو و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند زنانی که دیسپارونی را تجربه می‌کنند، از

بسیاری جهات درد خود را توصیف می‌کنند (۴۵). که با نتایج مطالعات کائو و همکاران (۲۰۰۸) و پزمنی و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی داشت (۶، ۱۵). این امر نشان می‌دهد که چه عواملی برای ایجاد یا تشدید این مشکل وجود دارد. مکان طبیعت و دوره زمانی درد به درک دلایل و درمان‌های احتمالی کمک می‌کند. برخی زنان درد سطحی را در هنگام باز شدن مهبل یا سطح دستگاه تناسلی توصیف می‌کنند. سایر زنان در هنگام ورود به عمق بیشتر، در طاق واژن و یا در اعماق لگن احساس درد می‌کنند (۱۶). برخی زنان در بیش از یکی از این مکان‌ها احساس درد دارند. مشخص کردن اینکه درد سطحی‌تر یا عمیق‌تر است، برای درک آنچه ممکن است باعث درد یک زن شود، مهم است (۹)، اما برخی نیز به‌دلیل کاهش استروژن یا عفونت، با مقاربت، بیشتر از حد معمول احساس درد می‌کنند. گاهی اوقات درد با گذشت زمان افزایش می‌یابد. به هر حال، درد به دلایل متفاوتی می‌تواند رخ دهد، اما در بارداری بیشتر عفونت یا استروژن ترشح شده ناکافی، موجب درد می‌شود. به‌همین دلیل روان‌کننده طبیعی واژن و اتساع واژن کاهش می‌یابد. هنگامی که واژن خشک باشد، نفوذ دردناک‌تر است (۴). میر و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند ترس از درد می‌تواند این درد و ناراحتی را بدتر کند. حتی پس از ناپدید شدن منبع اصلی درد، ممکن است یک زن به دلیل اینکه انتظار درد دارد، احساس درد کند (۴۶). ترس، دوری و پریشانی روان‌شناختی در مورد تلاش برای مقاربت می‌تواند به دیسپارونی شدیدتری منجر گردد که این یافته‌ها با نتایج مطالعه گلدستین و همکار (۲۰۰۵) و میونیر و همکار (۲۰۱۲) هم‌راستا است (۳، ۴).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان گفت که این مطالعه در جمعیت محدودی انجام گرفت، بنابراین تعمیم این یافته‌ها به جمعیت بالینی می‌بایست با جانب احتیاط انجام گیرد. تمام این نتایج از طریق مقیاس‌های خودسنجی انجام گرفت که امکان سوگیری در آن وجود دارد.

## نتیجه‌گیری

کمتر بودن سطح استروژن در ایجاد دیسپارونی مؤثر است. همچنین سابقه دیسپارونی با اختلال عملکرد جنسی مرتبط است؛ به طوری که نمره کل عملکرد جنسی در زنان مبتلا به دیسپارونی کمتر از نمرات زنان در گروه دیگر بود. آنچه شیوع دیسپارونی را بیشتر می‌کند، سابقه اختلال در عملکرد جنسی می‌باشد.

## منابع

به‌طور کلی زنان در نمونه شاهد در عملکرد جنسی نمرات بهتر و در مقاربت دردناک نمرات پایین‌تری گرفتند و مشکل خاصی نداشتند.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Easley EB. Sex problems after the menopause. *Clinical obstetrics and gynecology* 1978; 21(1):269-78.
2. Bachmann G. The estradiol vaginal ring—a study of existing clinical data. *Maturitas* 1995; 22:S21-9.
3. Goldstein I, Alexander JL. Practical aspects in the management of vaginal atrophy and sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *The journal of sexual medicine* 2005; 2:154-65.
4. Meunier V, Baker W. Positive couple relationships: The evidence for long-lasting relationship satisfaction and happiness. In *Positive relationships* 2012:73-89.
5. Karamidehkordi A, Roudsari RL. Body image and its relationship with sexual function and marital adjustment in infertile women. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2014; 19(7 Suppl):S51.
6. Kao A, Binik YM, Kapuscinski A, Khalifé S. Dyspareunia in postmenopausal women: a critical review. *Pain Research and Management* 2008; 13(3):243-54.
7. Goldstein I, Alexander JL. Practical aspects in the management of vaginal atrophy and sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *The journal of sexual medicine* 2005; 2:154-65.
8. Maartens LW, Leusink GL, Knottnerus JA, Smeets CG, Pop VJ. Climacteric complaints in the community. *Family practice* 2001; 18(2):189-94.
9. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *American journal of obstetrics and gynecology* 2001; 185(3):545-50.
10. Babula O, Lazdāne G, Kroica J, Linhares IM, Ledger WJ, Witkin SS. Frequency of interleukin-4 (IL-4)-589 gene polymorphism and vaginal concentrations of IL-4, nitric oxide, and mannose-binding lectin in women with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Clinical infectious diseases* 2005; 40(9):1258-62.
11. Payne KA, Binik YM, Amsel R, Khalifé S. When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European journal of pain* 2005; 9(4):427-36.
12. Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. *The journal of sexual medicine* 2005; 2(3):317-30.
13. Caruso S, Monaco C. Dyspareunia in women: updates in mechanisms and current/novel therapies. *Current Sexual Health Reports* 2019; 11(1):9-20.
14. Najar S, Yaralizadeh M, Abedi P, Namjooyan F. Effect of fennel vaginal cream on dyspareunia and sexual satisfaction among postmenopausal women: a double-blind randomized controlled trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(171):8-16.
15. Pazmany E, Bergeron S, Van Oudenhove L, Verhaeghe J, Enzlin P. Body image and genital self-image in pre-menopausal women with dyspareunia. *Archives of sexual behavior* 2013; 42(6):999-1010.
16. Caruso S, Serra A, Grillo C, De Leo V, Maiolino L, Agnello C, et al. Prospective study evaluating olfactometric and rhinomanometric outcomes in postmenopausal women on 1 mg 17β-estradiol and 2 mg drospirenone HT. *Menopause* 2008; 15(5):967-72.
17. Villa P, Amar ID, Bottoni C, Cipolla C, Dinoi G, Moruzzi MC, et al. The impact of combined nutraceutical supplementation on quality of life and metabolic changes during the menopausal transition: a pilot randomized trial. *Archives of gynecology and obstetrics* 2017; 296(4):791-801.
18. Nappi RE, Panay N, Bruyniks N, Castelo-Branco C, De Villiers TJ, Simon JA. The clinical relevance of the effect of ospemifene on symptoms of vulvar and vaginal atrophy. *Climacteric* 2015; 18(2):233-40.
19. Nappi RE, Cagnacci A, Becorpi AM, Nappi C, Paoletti AM, Busacca M, et al. Monurelle Biogel® vaginal gel in the treatment of vaginal dryness in postmenopausal women. *Climacteric* 2017; 20(5):467-75.
20. Andrews G. *Women's sexual health*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2005.
21. Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnold S, Dawson MF, Kelley P, et al. Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *Bmj* 1995; 310(6973):158-62.
22. Beigi M, Javanmardi Z, Abdolahi M. A study on women's sexual functioning disorders before and after menopause. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2008; 16(2):37-47.



23. Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research* 2004; 16(2):160-6.
24. Bakhtiari M, Sheydaei H, Bahreynian SA, Nori M. The effect of cognitive-behavioral therapy on low sexual desire and marital satisfaction. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2015; 10(36):7-16.
25. Salari P, Nayebi-Niya AS, Modarres Gharavi M, Vahid-Roudsari F, Jabbari Nooghani H. Surveying the relationship between adult attachment style to parents with female sexual function. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 13(4):346-55.
26. Gagnon J, Simon W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. 2<sup>nd</sup> ed. New Brunswick N.J.: AldineTransaction; 2005.
27. Thompson S. *Going all the way : teenage girls' tales of sex, romance, and pregnancy*. 1<sup>nd</sup> ed. New York: Hill and Wang; 1995.
28. Berek JS. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: Berek JS, editor. *Berek and Novak's Gynecology*. 15<sup>nd</sup> ed. Wolters Kluwer: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
29. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JJ, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. *Williams Gynecology*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
30. Fisher KA. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. *Physical therapy* 2007; 87(7):935-41.
31. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of sexual Behavior* 2004; 33(3):189-95.
32. Pereira VM, Arias-Carrión O, Machado S, Nardi AE, Silva AC. Sex therapy for female sexual dysfunction. *International archives of medicine* 2013; 6(1):1-9.
33. ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJ. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics* 2010; 33(3):595-610.
34. Colling ML. *Female Hypoactive Sexual Desire Disorder. A Summary Paper Presented to the Faculty of the Adler Graduate School*; 2011.
35. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of sexual behavior* 2010; 39(2):221-39.
36. Karimi Afshar H. = Clinical evaluation of bucoadhesive paste containing trigonella foenum graecum liquid extract in comparison to control (Doctoral dissertation, School of Pharmacy, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran). School of Pharmacy, Kerman University of Medical Sciences; 2015
37. Motamed N, Zamani F. *Sample size in medical research: with a practical approach*. Tehran: Asre Roshanbini; 2016. P. 17-22.
38. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(8):624-9.
39. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science* 2004; 6(1):10-22.
40. Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit MI, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2009; 16(1):39-44.
41. 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.
42. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh* 2008; 7(3):269-78.
43. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E, Colburn D, Swartzman L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman: the importance of sexual activity and hormones. *Jama* 1983; 249(16):2195-8.
44. Fava GA, Sonino N, Wise TN, editors. *The psychosomatic assessment: strategies to improve clinical practice*. Karger Medical and Scientific Publishers; 2011.
45. Goldstein SW, Winter AG, Goldstein I. Improvements to the vulva, vestibule, urethral meatus, and vagina in women treated with ospemifene for moderate to severe dyspareunia: a prospective vulvoscopy pilot study. *Sexual medicine* 2018; 6(2):154-61.
46. Meier ML, Vrana A, Humphreys BK, Seifritz E, Stämpfli P, Schweinhardt P. Pain-related fear—dissociable neural sources of different fear constructs. *eneuro* 2018; 5(6).