

## خودکارامدی جنسی و پیشگویی‌کننده‌های آن در زنان مبتلا به Multiple Sclerosis

ویدا قاسمی<sup>۱</sup>، معصومه سیمبر<sup>۲</sup>، کیتی ازگلی<sup>۳</sup>، سید مسعود نبوی<sup>۴</sup>، حمید علوی مجد<sup>۵</sup>، مریم سادات میرشفایی<sup>۶</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** با توجه به شیوع بالای مشکلات جنسی در زنان مبتلا به Multiple sclerosis (MS)، خودکارامدی جنسی به عنوان یک متغیر تأثیرگذار، نقش مهمی در سلامت جنسی و کیفیت زندگی جنسی این زنان ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین پیشگویی‌کننده‌های خودکارامدی جنسی در زنان مبتلا به MS انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در آن ۲۰۰ زن مبتلا به بیماری MS با نمره‌ی شدت ناتوانی کمتر از ۷ بر اساس معیار وضعیت ناتوانی گسترده (Expanded Disability Status Scale یا EDSS) در سال ۱۳۹۷ شرکت نمودند. نمونه‌های مورد نظر از انجمن MS ایران در تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات و سنجش پیشگویی‌کننده‌های خودکارامدی جنسی در زنان مبتلا به MS، از پرسش‌نامه‌های استاندارد مرتبط استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های ANOVA، Independent t، همبستگی Pearson و Multiple linear regression در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $5/22 \pm 36/33$  سال و میانگین نمره‌ی خودکارامدی جنسی آن‌ها  $7/27 \pm 16/54$  بود. با وارد کردن متغیرهای معنی‌دار حاصل از سنجش ارتباط هر یک از متغیرها به صورت تکی با نمره‌ی خودکارامدی جنسی در مدل Multiple linear regression جهت کنترل مخدوش‌کننده‌ها و سنجش اثر هم‌زمان آن‌ها، مشخص گردید که متغیرهای اختلال عملکرد جنسی ( $P = 0/001$ )، اضطراب ( $P = 0/024$ )، استرس ( $P = 0/006$ ) و تعداد دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی ( $P = 0/013$ )، پیشگویی‌کننده‌های نهایی خودکارامدی جنسی در زنان مبتلا به MS بود.

**نتیجه‌گیری:** اختلال عملکرد جنسی، اضطراب، استرس و تعداد دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی، پیشگویی‌کننده‌های خودکارامدی جنسی در زنان مبتلا به MS می‌باشد. بنابراین، در نظر گرفتن متغیرهای مذکور در روند درمان این بیماران، می‌تواند به ارتقای خودکارامدی جنسی و توانمندسازی آنان در زندگی جنسی کمک نماید.

**واژگان کلیدی:** خودکارامدی، سلامت جنسی، اختلال عملکرد جنسی، Multiple sclerosis، زنان

**ارجاع:** قاسمی ویدا، سیمبر معصومه، ازگلی کیتی، نبوی سید مسعود، علوی مجد حمید، میرشفایی مریم سادات. خودکارامدی جنسی و پیشگویی‌کننده‌های آن

در زنان مبتلا به Multiple Sclerosis. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۲۶): ۵۱۶-۵۰۸

## مقدمه

سنین باروری و بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی رخ می‌دهد و شانس ابتلا به آن در زنان ۳ برابر بیشتر از مردان می‌باشد (۱). کشور ایران با شیوع ۲۹/۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر، به عنوان کشوری با شیوع بالا و در حال افزایش این بیماری شناخته شده است (۴).

یکی از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به MS، شیوع ۴۰ تا ۸۰ درصدی مشکلات جنسی می‌باشد (۵). نتایج یک متاآنالیز انجام

Multiple sclerosis (MS) نوعی اختلال التهابی مزمن، ناتوان‌کننده و از بین برنده‌ی میلین مربوط به سیستم عصبی مرکزی (CNS یا Central nervous system) می‌باشد (۱). از بین رفتن میلین سیستم عصبی در این بیماری، سبب آسیب به اعصاب حسی و حرکتی و اختلال عملکرد اتونومیک می‌شود (۲-۳). بیماری MS اغلب در

- ۱- دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- استاد، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- دانشیار، گروه مغز و علوم شناختی، پژوهشکده زیست‌شناسی و فن‌آوری سلول‌های بنیادی رویان، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
- ۵- استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۶- گروه روان‌سنجی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

Email: msimbar@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: معصومه سیمبر

جنسی آنان در روند درمان به علت مسایل فرهنگی و تابو بودن صحبت درباره‌ی مشکلات جنسی (۱۶)، بررسی بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد؛ چرا که آگاهی از عوامل مرتبط با خودکارآمدی جنسی می‌تواند گام رو به جلویی برای طراحی مداخلات ارتقا دهنده‌ی خودکارآمدی و سلامت جنسی در این بیماران باشد. پژوهش حاضر برای اولین بار به صورت جامع و با در نظر گرفتن عوامل متعدد فردی، جسمی، جنسی، روانی و اجتماعی، با هدف بررسی پیشگویی‌کننده‌های خودکارآمدی جنسی در زنان ایرانی مبتلا به MS مراجعه‌کننده به انجمن MS ایران انجام شد.

### روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود و با هدف تعیین پیشگویی‌کننده‌های خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به MS از دی تا اسفند سال ۱۳۹۷ در انجمن MS ایران در تهران انجام گردید. پس از تأیید طرح توسط کمیته‌ی اخلاق دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کسب اجازه از انجمن MS ایران، محقق جهت جمع‌آوری اطلاعات در انجمن حاضر شد.

حجم نمونه‌ی تحقیق بر اساس فرمول برآورد حجم نمونه برای میانگین یک جامعه با سطح اطمینان ۹۵ درصد، حد اشتباه ۱۵ درصد و  $Z = 1/96$ ، حداقل ۱۷۱ نفر محاسبه گردید که با احتساب ریزش نمونه، ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد. مشارکت‌کنندگان پس از توضیح اهداف پژوهش، کسب رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و کسب اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به تحقیق شامل زنان متأهل ۱۸ تا ۵۵ ساله، تأیید تشخیص بیماری توسط نورولوژیست بر اساس معیارهای McDonald، عدم بارداری و یا شیردهی، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و نمره‌ی شدت ناتوانی کمتر از ۷ بر اساس معیار وضعیت ناتوانی گسترده (Expanded Disability Status Scale یا EDSS) بود. تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل چکلیست اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیماری فرد، پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی جنسی، پرسش‌نامه‌ی شدت خستگی (Fatigue severity scale یا FSS)، مقیاس ۲۱ سؤالی افسردگی، اضطراب و استرس (۲۱-Depression, Anxiety and Stress Scale یا DASS-۲۱)، پرسش‌نامه‌ی ۱۹ سؤالی صمیمیت و فعالیت جنسی در MS (۱۹-Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire یا MSISQ-۱۹) و نسخه‌ی کوتاه شده‌ی رضایت زناشویی ENRICH (ENRICH Marital Satisfaction Scale یا EMS) بود. چکلیست اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیماری فرد شامل

شده نشان داد که ۶۲ درصد از زنان ایرانی مبتلا به MS مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند (۶). مشکلات جنسی در این بیماران تحت تأثیر عوامل متعددی مانند آسیب مستقیم ناشی از ضایعات عصبی بیماری (نوع اولیه)، آسیب غیر مستقیم عوارض جسمی بیماری (نوع ثانویه) و یا عوامل روانی-اجتماعی ناشی از بیماری (نوع ثالثیه) می‌باشد (۷-۶).

عوامل روانی-اجتماعی (نوع ثالثیه) یکی از اصلی‌ترین و شایع‌ترین عوامل تأثیرگذار بر زندگی جنسی این بیماران محسوب می‌شود (۳) و یکی از مهم‌ترین این عوامل، خودکارآمدی جنسی است (۱). خودکارآمدی جنسی ساختاری چند بعدی دارد و یکی از جنبه‌های خودکارآمدی عمومی به شمار می‌رود (۸) و شامل باور و اعتقاد هر فرد در مورد توانایی خود برای داشتن یک عملکرد جنسی مؤثر و مطلوب، قابل قبول بودن برای شریک جنسی، توانایی مدیریت چالش‌های زندگی جنسی و ارزیابی توانایی و خودکارآمدی خود در مواجهه با مشکلات و چالش‌های زندگی جنسی می‌باشد (۹-۸). اعتماد به نفس جنسی و خودکارآمدی جنسی پایین در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند MS، می‌تواند سبب اشکال در نحوه‌ی مواجهه با مشکلات جنسی و عدم انتخاب یک رفتار صحیح جنسی شود (۱۰).

مشکلات جنسی تأثیر بسیار زیادی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به MS دارد. ماهیت ناتوان‌کننده‌ی بیماری و عوارض جسمی و روانی ناشی از آن، سبب ناتوانی برای مقابله با مشکلات جنسی و عدم داشتن یک زندگی جنسی مطلوب در این زنان می‌گردد (۱۱، ۱). به طور کلی، زندگی جنسی زنان مبتلا به MS تحت تأثیر عواملی مانند آسیب‌های وارد شده به سیستم عصبی، طول مدت ابتلا به بیماری، اختلال عملکرد جنسی، استرس، اضطراب، افسردگی، نارضایتی زناشویی، مشکلات جسمی و خستگی ناشی از بیماری، شدت ناتوانی و عوارض جسمانی و روانی داروها می‌باشد (۷، ۵، ۱). به نظر می‌رسد که این عوامل بر توانایی بیماران برای مقابله با مشکلات جنسی تأثیر می‌گذارد و این ناتوانی در مواجهه با مشکلات جنسی، سبب احساس ناکارآمدی و کاهش اعتماد به نفس در این افراد می‌شود (۱۲-۱۴). کاهش اعتماد به نفس نیز تأثیری منفی بر خودکارآمدی این بیماران جهت مقابله با مشکلات جنسی دارد (۱۲).

با توجه به دانش ما و در بررسی‌های انجام شده توسط تیم تحقیق، مطالعه‌ی در زمینه‌ی بررسی پیشگویی‌کننده‌های خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به MS یافت نشد. بنابراین، با توجه به شواهد ناکافی در این زمینه و عواملی مانند شیوع بالاتر MS و اختلال عملکرد جنسی ناشی از آن در زنان نسبت به مردان (۱۵)، نقش محوری زنان در روابط زناشویی و مورد غفلت واقع شدن مشکلات

نظر گرفته شد و نمره‌ی بیشتر به معنی شدت بیشتر می‌باشد. نسخه‌ی فارسی مقیاس مذکور توسط صاحبی و همکاران روان‌سنجی شد و پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد (۲۲).

FSS مقیاسی جهت سنجش شدت خستگی می‌باشد که توسط Krupp و همکاران در سال ۱۹۸۹ با هدف سنجش شدت خستگی در بیماران مبتلا به MS طراحی گردید. این ابزار دارای ۹ سؤال است و بیماران بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای (از ۱ تا ۷) شدت خستگی خود را مشخص می‌کنند. نمره‌ی کلی بین ۹ تا ۶۳ و نمره‌ی بیشتر نشان دهنده‌ی شدت خستگی بیشتر می‌باشد (۲۳). روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی مقیاس FSS توسط عظیمیان و همکاران با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۶ گزارش گردید. همچنین، روایی همگرای آن با پرسش‌نامه‌ی 36-Item Short Form Health Survey (SF-۳۶) مورد تأیید قرار گرفت (۲۴).

مقیاس EMS از ۱۰ سؤال در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره‌ی صفر) تا کاملاً موافقم (نمره‌ی ۵) تشکیل شده است و در سال ۱۹۹۳ توسط Fower و Olson طراحی و روان‌سنجی شد. هر یک از ۱۰ سؤال رضایت زناشویی در مقیاس مذکور نشان دهنده‌ی هر یک از حیطه‌های رضایت زناشویی نسخه‌ی کامل پرسش‌نامه‌ی ENRICH و دارای اهمیت بیشتری می‌باشد (۲۵). پایایی نسخه‌ی اصلی ۱۰ سؤالی توسط Fower و Olson با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۶ به دست آمد (۲۵). پایایی نسخه‌ی فارسی ۱۰ سؤالی مقیاس EMS نیز توسط علیدوستی و همکاران با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۷۴ محاسبه و تأیید گردید (۲۶).

به منظور سنجش ارتباط هر یک از متغیرها به صورت تکی با نمره‌ی خودکارآمدی جنسی، از آزمون‌های Independent t و ANOVA و همبستگی Pearson استفاده شد. سپس به منظور سنجش اثر هم‌زمان متغیرها و کنترل مخدوش‌کننده‌ها، متغیرهای معنی‌دار حاصل از سنجش ارتباط تک متغیره وارد مدل Multiple linear regression گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۵ (version 25, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

میانگین نمره‌ی خودکارآمدی جنسی شرکت‌کنندگان  $16/54 \pm 7/27$  (با دامنه‌ی ۱۰-۳۰) بود. همچنین، ۲۱/۵ درصد خودکارآمدی جنسی پایین، ۵۰/۵ درصد خودکارآمدی جنسی متوسط و ۲۸/۰ درصد خودکارآمدی جنسی بالایی داشتند. سایر اطلاعات دموگرافیک و

شامل سن، تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، مدت ازدواج و اطلاعات مرتبط با سوابق بیماری و بالینی شامل مدت ابتلا به بیماری، فنوتیپ بیماری (پیش‌رونده-عودکننده، پیش‌رونده‌ی اولیه و پیش‌رونده‌ی ثانویه)، نمره‌ی شدت ناتوانی و تعداد دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی در ماه بود. نمره‌ی شدت ناتوانی توسط متخصص مغز و اعصاب، با گرفتن شرح‌حال و انجام معاینه با استفاده از معیار EDSS، از نمره‌ی صفر (معاینه‌ی طبیعی) تا ۱۰ (مرگ) تعیین گردید.

پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی جنسی توسط وزیری و لطفی کاشانی و بر اساس پرسش‌نامه‌ی عمومی خودکارآمدی Schwarzer ساخته شده است. این ابزار شامل ۱۰ سؤال بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) می‌باشد. دامنه‌ی نمره‌ی کلی بین ۱۰ تا ۳۰ و نمره‌ی بالاتر به معنی خودکارآمدی جنسی بالاتر است؛ به طوری که نمره‌ی صفر تا ۱۰ بیانگر خودکارآمدی جنسی پایین، ۱۱ تا ۲۰ نشان دهنده‌ی خودکارآمدی جنسی متوسط و ۲۱ تا ۳۰ بیان‌کننده‌ی خودکارآمدی جنسی بالا می‌باشد. روایی پرسش‌نامه‌ی مذکور با استفاده از اعتبار محتوا و پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۸۶ تأیید شد (۸). این پرسش‌نامه در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۸-۱۷، ۱۰).

به منظور سنجش اختلال عملکرد جنسی، از مقیاس MSISQ-۱۹ استفاده گردید. این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط Sanders و همکاران در سال ۲۰۰۰ و با هدف بررسی تأثیر علائم و نشانه‌های بیماری MS بر فعالیت و عملکرد جنسی بیماران طی شش ماه گذشته طراحی شد. ابزار مذکور از ۱۹ سؤال بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از هرگز (نمره‌ی ۱) تا همیشه (نمره‌ی ۵) تشکیل شده است و اختلال عملکرد جنسی بیماران مبتلا به MS را در سه دسته‌ی اولیه (۵ سؤال)، ثانویه (۹ سؤال) و ثالثیه (۵ سؤال) مورد بررسی قرار می‌دهد. دامنه‌ی نمره‌ی کلی مقیاس بین ۱۹ تا ۹۵ است و نمره‌ی بالاتر اختلال عملکرد جنسی شدیدتر را نشان می‌دهد (۱۹). نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه توسط محمدی و همکاران روان‌سنجی شد و پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۰ به دست آمد و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید قرار گرفت (۲۰).

پرسش‌نامه‌ی DASS-۲۱ توسط Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ با ۲۱ سؤال به صورت طیف لیکرت چهار گزینه‌ای از اصلاً (نمره‌ی صفر) تا خیلی زیاد (نمره‌ی ۳) جهت سنجش افسردگی، اضطراب و استرس (هر کدام ۷ سؤال) طراحی گردید (۲۱). دامنه‌ی نمره برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها بین صفر تا ۲۱ در

صورت تکی با نمره‌ی خودکارآمدی جنسی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی زنان متأهل مبتلا به Multiple sclerosis (MS) با نمره‌ی خودکارآمدی جنسی

متغیر	مقدار P	ضریب آزمون
سن	۰/۰۰۲	$r = -0/221$
مدت ابتلا به بیماری	۰/۳۶۴	$r = -0/065$
مدت ازدواج	۰/۰۰۷	$r = -0/191$
تعداد فرزندان	۰/۰۱۳	$r = -0/176$
تعداد دفعات برقراری مقاربت جنسی در ماه	۰/۰۰۱	$r = 0/418$
نمره‌ی شدت ناتوانی	۰/۰۰۱	$r = -0/562$
اضطراب	۰/۰۰۱	$r = -0/526$
استرس	۰/۰۰۱	$r = 0/602$
افسردگی	۰/۰۰۱	$r = -0/614$
اختلال عملکرد جنسی	۰/۰۰۱	$r = 0/760$
خستگی	۰/۰۰۱	$r = -0/647$
رضایت زناشویی	۰/۰۰۱	$r = 0/574$
سطح تحصیلات	۰/۰۰۳	$F = 4/701$
سطح تحصیلات همسر	۰/۰۵۶	$F = 2/708$
وضعیت اقتصادی	۰/۲۸۲	$F = 1/273$
فوتیپ بیماری	۰/۰۰۱	$F = 12/548$
وضعیت اشتغال	۰/۰۱۰	$t = 2/589$

$r$  = ضریب همبستگی Pearson،  $t$  = ضریب آزمون Independent t،  $F$  = ضریب ANOVA

با وارد کردن متغیرهای معنی‌دار حاصل از آنالیز تک متغیره (جدول ۲) در مدل Multiple linear regression جهت کنترل مخدوش‌کننده‌ها و سنجش اثر هم‌زمان آن‌ها، متغیرهای اختلال عملکرد جنسی ( $P = 0/001$ )، تعداد دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی ( $P = 0/013$ )، اضطراب ( $P = 0/024$ ) و استرس ( $P = 0/006$ ) پیشگویی‌کننده‌های نهایی خودکارآمدی جنسی در زنان متأهل مبتلا به MS گزارش گردید (جدول ۳).

معادله‌ی کلی Regression مطالعه‌ی حاضر بر اساس متغیرهای معنی‌دار در مدل Multiple linear regression به صورت رابطه‌ی ۱ آمده است که در آن عرض از مبدأ (Intercept Constant) برابر با ۳۳/۶۷۳ می‌باشد.

رابطه‌ی ۱  
 نمره‌ی خودکارآمدی جنسی =  $33/673 + 0/243$  (تعداد دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی در ماه) -  $0/311$  (نمره‌ی استرس) -  $0/242$  (نمره‌ی اضطراب) -  $0/246$  (نمره‌ی اختلال عملکرد جنسی)

سوابق بیماری و بالینی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سوابق بیماری و بالینی زنان متأهل مبتلا به Multiple sclerosis (MS)

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سن (سال)	$36/33 \pm 5/22$
مدت ابتلا به بیماری (سال)	$6/89 \pm 5/07$
تعداد فرزندان	$1/29 \pm 0/84$
مدت ازدواج (سال)	$14/99 \pm 9/21$
تعداد دفعات برقراری مقاربت جنسی در ماه	$5/35 \pm 3/77$
نمره‌ی شدت ناتوانی	$1/97 \pm 1/48$
خستگی	$40/79 \pm 14/82$
اختلال عملکرد جنسی	$44/04 \pm 15/99$
اضطراب	$7/86 \pm 5/45$
استرس	$10/81 \pm 5/32$
افسردگی	$7/46 \pm 5/57$
رضایت زناشویی	$34/87 \pm 9/12$
<b>تعداد (درصد)</b>	
سطح تحصیلات	
ابتدایی	۹ (۴/۵)
راهنمایی	۱۴ (۷/۰)
دبیرستان و دیپلم	۷۰ (۳۵/۰)
دانشگاهی	۱۰۷ (۵۳/۵)
سطح تحصیلات همسر	
ابتدایی	۱۰ (۵/۰)
راهنمایی	۱۵ (۷/۵)
دبیرستان و دیپلم	۶۷ (۳۳/۵)
دانشگاهی	۱۰۸ (۵۴/۰)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۵۱ (۲۵/۵)
خانه‌دار	۱۴۹ (۷۴/۵)
وضعیت اقتصادی	
مطلوب	۳۳ (۱۶/۵)
متوسط	۱۲۶ (۶۳/۰)
نامطلوب	۴۱ (۲۰/۵)
فوتیپ بیماری	
پیش‌رونده - عودکننده	۱۶۶ (۸۳)
پیش‌رونده‌ی اولیه	۹ (۴/۵)
پیش‌رونده‌ی ثانویه	۲۵ (۱۲/۵)

نتایج آزمون‌های ANOVA Independent t و همبستگی Pearson برای سنجش ارتباط و همبستگی هر یک از متغیرها به

جدول ۳. پیشگویی‌کننده‌های خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به Multiple sclerosis (MS) بر اساس مدل Multiple linear regression

متغیر	B	خطای معیار	Beta	مقدار P	فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد
سطح تحصیلات ابتدایی*	-	-	-	-	-
راهنمایی	۱/۳۸۶	۱/۹۵۲	۰/۰۴۹	۰/۴۷۹	(-۲/۴۶۵، ۵/۲۳۷)
دیرستان و دیپلم	۱/۷۶۸	۱/۷۲۴	۰/۱۱۶	۰/۳۰۷	(-۱/۶۳۴، ۵/۱۷۰)
دانشگاهی	۱/۳۹۶	۱/۷۹۰	۰/۰۹۶	۰/۴۳۶	(-۲/۱۳۵، ۴/۹۲۷)
وضعیت اشتغال خانه‌دار*	-	-	-	-	-
شاغل	-۲/۰۶۲	۰/۸۴۰	-۰/۱۲۳	۰/۰۵۵	(-۳/۷۱۹، ۰/۴۰۵)
فوتیپ بیماری	-	-	-	-	-
پیش‌رونده-عودکننده*	-	-	-	-	-
پیش‌رونده‌ی اولیه	۱/۹۶۰	۲/۳۰۳	۰/۰۴۶	۰/۳۹۶	(-۲/۵۸۴، ۶/۵۰۳)
پیش‌رونده‌ی ثانویه	۱/۷۲۳	۱/۳۴۹	۰/۰۸۲	۰/۴۳۶	(-۰/۹۳۹، ۴/۳۸۴)
سن بیمار	-۰/۱۴۳	۰/۰۷۷	-۰/۱۴۴	۰/۰۶۴	(-۰/۲۹۴، ۰/۰۰۸)
تعداد فرزندان	۰/۳۳۰	۰/۶۲۱	۰/۰۳۸	۰/۵۹۵	(-۰/۸۹۴، ۱/۵۵۵)
مدت ازدواج	۰/۰۷۶	۰/۰۷۱	۰/۰۹۶	۰/۲۹۰	(-۰/۰۶۵، ۰/۲۱۷)
تعداد دفعات برقراری مقاربت جنسی در ماه	۰/۲۴۳	۰/۰۹۷	۰/۱۲۶	۰/۰۱۳	(۰/۰۵۲، ۰/۴۳۴)
نمره‌ی شدت ناتوانی	-۰/۳۶۶	۰/۴۳۶	-۰/۰۷۵	۰/۴۰۳	(-۱/۲۲۵، ۰/۴۹۴)
خستگی	-۰/۰۳۳	۰/۰۳۷	-۰/۰۶۷	۰/۳۸۲	(-۰/۱۰۷، ۰/۰۴۱)
اختلال عملکرد جنسی	-۰/۲۴۶	۰/۰۳۸	-۰/۵۴۰	۰/۰۰۱	(-۰/۳۲۰، ۰/۰۱۷۱)
اضطراب	-۰/۲۴۲	۰/۱۰۷	-۰/۱۸۱	۰/۰۲۴	(-۰/۴۵۳، ۰/۰۳۲)
استرس	-۰/۳۱۱	۰/۱۱۱	-۰/۲۲۷	۰/۰۰۶	(-۰/۵۳۰، ۰/۰۹۲)
افسردگی	-۰/۰۵۵	۰/۱۱۰	-۰/۰۴۲	۰/۶۱۸	(-۰/۲۷۱، ۰/۱۶۱)
رضایت زناشویی	۰/۰۵۷	۰/۰۵۵	۰/۰۷۲	۰/۲۵۶	(-۰/۰۴۲، ۰/۱۵۶)

سطح مرجع\*

## بحث

پژوهش حاضر برای اولین بار در ایران و جهان با هدف بررسی تعیین پیشگویی‌کننده‌های خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به MS انجام شد. بر اساس نتایج آزمون Multiple linear regression، متغیرهای اختلال عملکرد جنسی، تعداد دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی، اضطراب و استرس پیشگویی‌کننده‌های نهایی خودکارآمدی جنسی در این بیماران می‌باشد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که اختلال عملکرد جنسی یکی از پیشگویی‌کننده‌های خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به MS بود. بر اساس نتایج مطالعات، اختلال عملکرد جنسی در زنان و مردان مبتلا به این بیماری عارضه‌ی بسیار شایعی می‌باشد (۲۸-۲۷، ۱۱). در پژوهش‌های مختلف، شیوع اختلال عملکرد جنسی ناشی از بیماری MS در زنان بیشتر از مردان عنوان شده است. در تحقیق Celik و همکاران، اختلال برانگیختگی در ۷/۹ زنان و ۱/۱ مردان مبتلا به این بیماری گزارش شد (۱۵). در مطالعه‌ی مزده و جعفری که بر روی

۱۰۳ بیمار مبتلا به MS صورت گرفت، کاهش میل جنسی در ۷۳/۵ درصد زنان و ۲۶/۵ درصد مردان و کاهش ارگاسم در ۷۱/۴ درصد زنان و ۲۸/۶ درصد مردان مبتلا به این بیماری مشاهده شد (۲۹). از طرف دیگر، با توجه به این که شیوع بیماری MS در زنان سه برابر بیشتر از مردان می‌باشد، زنان با احتمال بیشتری در طول زندگی خود با این بیماری و اختلال عملکرد جنسی ناشی از آن روبه‌رو می‌شوند (۱۵، ۳).

مطابق با نتایج برخی پژوهش‌ها، کاهش تعداد دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی به دنبال تأثیر منفی بیماری بر عملکرد جنسی، از اولین تغییرات در زندگی جنسی زنان مبتلا به MS می‌باشد (۳۰، ۱۶). عوامل متعددی سبب بروز اختلال عملکرد جنسی و کاهش دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی در زنان مبتلا به این بیماری می‌شود که از آن جمله می‌توان به آسیب‌های عصبی وارد شده به طناب نخاعی، شدت ناتوانی، علائم جسمی مانند خستگی، سفتی عضلانی، لرزش، مشکلات ادراکی و روده‌ای و علائم روانی-اجتماعی مانند اضطراب،

فرزندان را تجربه می‌کنند (۱۶، ۱۳، ۷، ۱). همچنین، زنان مبتلا به MS اغلب تصویر ذهنی منفی از خود دارند که سبب بروز اضطراب، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس جنسی در آنان می‌شود (۳) و خلق و خوی آنان به شدت تحت تأثیر ادراک آن‌ها از ناتوانی‌شان قرار می‌گیرد (۴۱).

طبق تئوری خودکارآمدی Bandura، یکی از عوامل تأثیرگذار بر خودکارآمدی افراد، پاسخ‌های روانی مانند اضطراب و استرس می‌باشد (۴۲). نتایج تحقیقی که بر روی ۱۲۹ بیمار مبتلا به MS انجام شد، ارتباط منفی و معنی‌داری را بین خودکارآمدی و اضطراب و افسردگی نشان داد (۴۳). در حقیقت، اضطراب و استرس ناشی از بیماری‌های مزمن، سبب کاهش اعتماد به نفس جنسی و در نتیجه، خودکارآمدی جنسی پایین می‌شود و تأثیر مستقیمی بر سلامت جنسی دارد (۴۴). در مطالعه‌ی وزیر و کلوانی نیز ارتباط منفی و معنی‌داری بین اضطراب و خودکارآمدی جنسی مشاهده شد؛ به طوری که با افزایش سطح اضطراب، خودکارآمدی جنسی زنان کاهش یافت (۴۵) که این یافته‌ها با نتایج بررسی حاضر همخوانی داشت.

پژوهش حاضر برای اولین بار در ایران و جهان با هدف بررسی تعیین پیشگویی‌کننده‌های خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به MS صورت گرفت که از نقاط قوت تحقیق می‌باشد. همچنین، در نظر گرفتن عوامل متعدد فردی، دموگرافیک، روانی، جنسی و جسمی به عنوان عوامل مرتبط با خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به MS، یکی دیگر از نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر به شمار می‌رود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این نکته اشاره نمود که داده‌ها تنها از بیماران عضو انجمن MS ایران در تهران جمع‌آوری شد و این امر سبب محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود. بنابراین، انجام تحقیقات چند مرکزی به منظور افزایش قابلیت تعمیم نتایج پیشنهاد می‌گردد. البته توجه به این نکته ضروری است که انجمن MS ایران یک مرکز رفرا در تهران می‌باشد و بیشتر بیماران برای بهره‌مندی از خدمات رایگان به این مرکز مراجعه می‌کنند. همچنین، مطالعه‌ی حاضر فقط بر روی زنان مبتلا به MS صورت گرفت. انجام پژوهش‌های بیشتر بر روی هر دو جنس زن و مرد و مقایسه‌ی خودکارآمدی جنسی آنان پیشنهاد می‌گردد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که اختلال عملکرد جنسی، تعداد دفعات برقراری رابطه‌ی جنسی، اضطراب و استرس پیشگویی‌کننده‌های نهایی خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به MS می‌باشد. با توجه به تأثیر مثبت خودکارآمدی جنسی بر ارتقای سلامت جنسی این زنان، اتخاذ رویکرد جامعی جهت بهبود خودکارآمدی جنسی آنان از طریق آموزش و مشاوره‌های جنسی در روند درمان توسط تیم آموزش دیده به منظور آرایه اطلاعات و آگاهی‌های جنسی، شناسایی نیازهای جنسی و بهبود اختلالات عملکرد جنسی آنان،

استرس، افسردگی و عوارض جانبی داروها اشاره نمود (۳۱، ۷). در تحقیق دهقان نیری و همکاران که بر ۱۸۹ زن مبتلا به MS انجام شد، اختلال عملکرد جنسی با طول مدت مصرف داروها، شدت ناتوانی، افسردگی و خستگی مرتبط بود (۱۱). این عوارض می‌تواند سبب پاسخ جنسی ضعیف همچون کاهش و یا عدم میل جنسی، کاهش برانگیختگی، اختلال در ارگاسم، کاهش حس واژینال، خشکی واژن و درد حین نزدیکی شود (۳). کسب موفقیت‌های جنسی مانند عملکرد جنسی مطلوب با تقویت حس رضایت جنسی و زناشویی، منجر به سطح بالایی از اعتماد به نفس و درک خودکارآمدی جنسی می‌شود و بر عکس اختلال عملکرد جنسی سبب کاهش چشمگیر خودکارآمدی جنسی می‌گردد (۳۴-۳۲).

با توجه به شرایط فرهنگی-اجتماعی ایران، تمکین جنسی همسر وظیفه‌ی شرعی و قانونی زن می‌باشد (۳۵). با توجه به این که بیشتر بیماران مبتلا به MS را زنان جوانی تشکیل می‌دهند که در اوج مسؤولیت‌های جنسی و خانوادگی خود می‌باشند (۳۶)، اختلال عملکرد جنسی و ناتوانی در ایفای صحیح نقش جنسی به دنبال بیماری، می‌تواند سبب بروز ناراضایی زناشویی، ترس از دست دادن همسر، اضطراب، استرس، اعتماد به نفس جنسی پایین و احساس ناکارآمدی و خودکارآمدی جنسی پایین در زنان مبتلا می‌شود (۱۹، ۱۳). با توجه به شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به MS، به نظر می‌رسد که خودکارآمدی جنسی و باور به توانایی مقابله با این مشکلات تأثیرگذار بر زندگی جنسی، یکی از عوامل مؤثر بر بهبود کیفیت زندگی جنسی این افراد می‌باشد (۳۷، ۳۳). همچنین، خودکارآمدی جنسی بالاتر با سازگاری جنسی و فعالیت جنسی بیشتر افراد همراه است (۳۸).

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر، استرس و اضطراب از پیشگویی‌کننده‌های خودکارآمدی جنسی در زنان مبتلا به MS می‌باشد. استرس و اضطراب در این بیماران بسیار رایج است (۱) و با وجود تأثیر بسیار زیادی که این دو عنصر در زندگی جنسی این افراد می‌گذارد، اغلب این علایم در روند درمان بیماران نادیده گرفته می‌شود؛ چرا که پزشکان بیشتر به علایم نورولوژیک بیماری توجه می‌کنند و اختلالات خلقی جزء تست‌های روتین در روند درمان نمی‌باشد (۳۹). نتایج پژوهش دهقانی و همکاران که بر روی ۱۱۰ بیمار مبتلا به MS انجام شد، نشان داد که ۴۶/۴ درصد از این بیماران از استرس شدید و ۱۹/۲ درصد نیز از اضطراب شدید رنج می‌برند (۴۰). این زنان به طور مکرر استرس و اضطراب‌های مزمنی همچون تکرار عوارض در رابطه‌ی جنسی مانند ریزش ادرار حین فعالیت جنسی، بارداری، عدم جذابیت برای همسر، طرد شدن از سوی همسر، بدتر شدن علایم در طول زمان و انتقال بیماری به

بهداشت باروری با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1396.1003 مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به جهت حمایت مالی تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از انجمن MS ایران و مشارکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

آموزش مهارت‌های زندگی مانند مدیریت احساسات و هیجانات، مشاوره‌ها و مداخلات روان‌شناختی جهت کاهش اضطراب و بهبود استرس این بیماران توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری تخصصی

### References

- Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn AD. Female sexuality in multiple sclerosis: The multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurol Scand* 2010; 121(5): 289-301.
- Marck CH, Jelinek PL, Weiland TJ, Hocking JS, De Livera AM, Taylor KL, et al. Sexual function in multiple sclerosis and associations with demographic, disease and lifestyle characteristics: an international cross-sectional study. *BMC Neurol* 2016; 16(1): 210.
- Orasanu B, Frasure H, Wyman A, Mahajan ST. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord* 2013; 2(2): 117-23.
- Azami M, YektaKooshali MH, Shohani M, Khorshidi A, Mahmudi L. Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019; 14(4): e0214738.
- Kessler TM, Fowler CJ, Panicker JN. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother* 2009; 9(3): 341-50.
- Ghasemi V, Simbar M, Ozgoli G, Nabavi S, Alavi Majd H, Mohammad Souri B, et al. The Prevalence of sexual dysfunction in Iranian women with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Shiraz E Medical Journal* 2019; 20(6): e83490.
- Foley FW, LaRocca NG, Sanders AS, Zemon V. Rehabilitation of intimacy and sexual dysfunction in couples with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2001; 7(6): 417-21.
- Vaziri S, Lotfi Kashani F. Study of factor structure, reliability and validity of the sexual self efficacy questionnaire. *Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar* 2019; 8(29): 47-56. [In Persian].
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
- Alirezaei S, Ozgoli G, Alavi MH. Evaluation of factors associated with sexual function in infertile women. *Int J Fertil Steril* 2018; 12(2): 125-9.
- Dehghan-Nayeri N, Khakbazan Z, Ghafoori F, Nabavi SM. Sexual dysfunction levels in Iranian women suffering from multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord* 2017; 12: 49-53.
- Mikula P, Nagyova I, Vitkova M, Szilasiova J. Management of multiple sclerosis: the role of coping self-efficacy and self-esteem. *Psychol Health Med* 2018; 23(8): 964-9.
- Yilmaz SD, Gumus H, Odabas FO, Akkurt HE, Yilmaz H. Sexual life of women with multiple sclerosis: a qualitative study. *Int J Sex Health* 2017; 29(2): 147-54.
- Parker G. Disability, caring and marriage: The experience of younger couples when a partner is disabled after marriage. *The British Journal of Social Work* 1993; 23(6): 565-80.
- Celik DB, Poyraz EC, Bingol A, Idiman E, Ozakbas S, Kaya D. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: Gender differences. *J Neurol Sci* 2013; 324(1-2): 17-20.
- Dehghan-Nayeri N, Khakbazan Z, Ghafoori F. "Life behind the mask": Sexual life of Iranian women with multiple sclerosis. *Disabil Health J* 2018; 11(2): 274-80.
- Kafaei Atrian M, Mohebbi Dehnavi Z, Kamali Z. the relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2019; 7(2): 1683-90.
- Alirezaei S, Ozgoli G, Alavi Majd H. Comparison of sexual self-efficacy and sexual function in fertile and infertile women referred to health centers in Mashhad in 1392. *Pejouhandeh* 2014; 19(3):131-6. [In Persian].
- Sanders AS, Foley FW, LaRocca NG, Zemon V. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19). *Sex Disabil* 2000; 18(1): 3-26.
- Mohammadi K, Rahnama P, Montazeri A, Foley FW. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire-19: Reliability, validity, and factor structure of the Persian version. *J Sex Med* 2014; 11(9): 2225-31.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 335-43.
- Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian population. *Developmental Psychology* 2005; 1(4): 36-54. [In Persian].
- Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989; 46(10): 1121-3.
- Azimian M, Shahvarughi Farahani A, Dadkhah A, Fallahpour M, Karimlu M. Fatigue Severity Scale: The psychometric properties of the Persian-version in patients with multiple sclerosis. *Res J Biol Sci* 2009; 4(9): 974-77.
- Fowers B, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction

- Scale: A brief research and clinical tool. *J Fam Psychol* 1993; 7(2): 176-85.
26. Alidousti AA, Nakhaee N, Khanjani N. Reliability and validity of the Persian versions of the ENRICH Marital Satisfaction (Brief version) and Kansas Marital Satisfaction Scales. *Health Develop J* 2015; 4(2): 158-67. [In Persian].
  27. Mohammadi K, Rahnema P, Mohseni SM, Sahraian MA, Montazeri A. Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. *BMC Neurol* 2013; 13: 83.
  28. Qaderi K, Merghati Khoei E. Sexual problems and quality of life in women with multiple sclerosis. *Sex Disabil* 2014; 32(1): 35-43.
  29. Mazdeh M, Jafari M. Prevalence of bladder and sexual dysfunctions in patients with multiple sclerosis. *J Qazvin Univ Med Sci* 2009; 12(4): 27-32. [In Persian].
  30. Esmail S, Munro B, Gibson N. Couple's experience with multiple sclerosis in the context of their sexual relationship. *Sex Disabil* 2007; 25(4): 163-77.
  31. Guo ZN, He SY, Zhang HL, Wu J, Yang Y. Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Asian J Androl* 2012; 14(4): 530-5.
  32. Hejabi-Haghighi N, Atashpour H, Molaeinezhad M. The relationship between sexual function and sexual self esteem among the women of reproductive age based on body mass index. *J Isfahan Med Sch* 2018; 35(455): 1605-13. [In Persian].
  33. Vaziri S, Lotfi Kashani F, Hosseinian S, Bahram Ghafari S. Sexual efficacy and marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar* 2010; 4(16): 75-81. [In Persian].
  34. Mona LR, Gardos PS, Brown RC. Sexual self views of women with disabilities: The relationship among age-of-onset, nature of disability and sexual self-esteem. *Sex Disabil* 1994; 12(4): 261-77.
  35. Merghati KE, Whelan A, Cohen J. Sharing beliefs: what sexuality means to Muslim Iranian women living in Australia. *Cult Health Sex* 2008; 10(3): 237-48.
  36. Moore LA. Intimacy and multiple sclerosis. *Nurs Clin North Am* 2007; 42(4): 605-19.
  37. Lew-Starowicz M, Rola R. Prevalence of sexual dysfunctions among women with multiple sclerosis. *Sex Disabil* 2013; 31(2): 141-53.
  38. Zimmer-Gembeck MJ. Young females' sexual self-efficacy: associations with personal autonomy and the couple relationship. *Sex Health* 2013; 10(3): 204-10.
  39. Zavoreo I, Grzincic T, Preksavec M, Madzar T, Basic K, V. Sexual Dysfunction and incidence of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Clin Croat* 2016; 55(3): 402-6.
  40. Dehghani A, Memarian R. Abundance of stress, anxiety and depression in multiple sclerosis patients. *Alborz Univ Med J* 2013; 2(2): 82-8. [In Persian].
  41. Garfield AC, Lincoln NB. Factors affecting anxiety in multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2012; 34(24): 2047-52.
  42. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Adv Behav Res Ther* 1978; 1(4): 139-61.
  43. Tan-Kristanto S, Kiropoulos LA. Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychol Health Med* 2015; 20(6): 635-45.
  44. Merghati-Khoei E, Pirak A, Yazdkhasti M, Rezasoltani P. Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *J Res Med Sci* 2016; 21: 136.
  45. Vaziri S, Kelvani S. Prediction of sexual functioning and sexual self-efficacy in women based on signs and symptoms of behavioral problems. *J Res Behav Sci* 2018; 16(1): 101-7. [In Persian].



## Sexual Self-Efficacy and its Predictor Factors in Women with Multiple Sclerosis

Vida Ghasemi<sup>1</sup>, Masoumeh Simbar<sup>2</sup>, Giti Ozgoli<sup>3</sup>, Seyed Massood Nabavi<sup>4</sup>,  
Hamid Alavi-Majd<sup>5</sup>, Maryam Sadat Mirshafaei<sup>6</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Sexual problems are prevalent in women with multiple sclerosis (MS), and sexual self-efficacy as an effective variable plays an important role in sexual health and sexual quality of life of these women. The aim of this study was to determine the predictors of sexual self-efficacy in women with multiple sclerosis.

**Methods:** This descriptive analytical study was conducted in Tehran, Iran, with participation of 200 women with MS, who referred to the Iranian MS society, had Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\leq 7$ , and met the inclusion criteria in year 2019; they were selected using convenience sampling method. For data collection and assess the predictor factors of sexual self-efficacy in women with MS, related standard questionnaires were used. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient, t-test, one-way ANOVA, and multiple linear regression model via SPSS software.

**Findings:** The mean age of participants was  $36.33 \pm 5.22$  years, and the mean score of sexual self-efficacy was  $16.54 \pm 7.27$ . After entering the significant variables derived from measuring the relationship between each variable individually with the score of sexual self-efficacy in multiple linear regression model for controlling confounders, sexual dysfunction ( $P = 0.001$ ), anxiety ( $P = 0.024$ ), stress ( $P = 0.006$ ), and the number of sexual intercourse ( $P = 0.013$ ) were significantly predictor factors of sexual self-efficacy in women with MS.

**Conclusion:** The sexual dysfunction, anxiety, stress, and the number of sexual intercourse significantly predicted sexual self-efficacy in women with MS. Therefore, considering these factors in the treatment process of these patients can help to promote sexual self-efficacy and empower them in sexual life.

**Keywords:** Self efficacy, Sexual health, Sexual dysfunction, Physiological, Multiple sclerosis, Women

**Citation:** Ghasemi V, Simbar M, Ozgoli G, Nabavi SM, Alavi-Majd H, Mirshafaei MS. **Sexual Self-Efficacy and its Predictor Factors in Women with Multiple Sclerosis.** J Isfahan Med Sch 2019; 37(526): 508-16.

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

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

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

4- Associate Professor, Department of Brain and Cognitive Sciences, Royan Institute for Stem Cell Biology and Technology, Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Tehran, Iran

5- Professor, Department of Biostatistics, School of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- Department of Psychometrics, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaiee University Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Masoumeh Simbar, Email: msimbar@gmail.com