

## مقایسه‌ی کارکرد و صمیمیت جنسی در زنان با سقط مکرر و زنان بدون سقط مکرر

وجیهه حسن‌پور<sup>۱</sup>، زهره کشاورز<sup>۲</sup>، سیدعلی آذین<sup>۳</sup>، سهیلا انصاری‌پور<sup>۴</sup>، عرفان قاسمی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** سقط مکرر، یکی از معضلات تولید مثلی است که ۵-۱ درصد زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کارکرد جنسی زنانی که از سقط مکرر رنج می‌برند، اغلب مورد توجه قرار نمی‌گیرد. مطالعه‌ی حاضر، با هدف مقایسه‌ی کارکرد و صمیمیت جنسی در زنان با سقط مکرر و زنان بدون سقط مکرر انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه‌ی مقطعی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۲۰۸ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز منتخب شهر تهران انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، شامل پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی، پرسش‌نامه‌ی بررسی کارکرد جنسی زنان (Female sexual function index یا FSFI) و پرسش‌نامه‌ی صمیمیت جنسی Bagarozzi (بعد جنسی) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی کل کارکرد جنسی زنان در گروه با سقط مکرر،  $4/99 \pm 27/25$  و در گروه بدون سقط مکرر  $2/57 \pm 31/22$  بود. ۵۳ نفر (۵۱ درصد) از زنان با سقط مکرر و ۱۳ نفر (۱۲/۵ درصد) از زنان بدون سقط مکرر، دچار اختلال کارکرد جنسی بودند ( $P < 0/001$ ). میانگین نمره‌ی صمیمیت جنسی (بعد جنسی) زنان در گروه با سقط مکرر  $6/41 \pm 42/88$  و در گروه بدون سقط مکرر،  $3/07 \pm 47/08$  به دست آمد ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** شیوع بالای اختلال کارکرد جنسی در زنان با سقط مکرر، لزوم توجه به مسایل جنسی در این زنان را نشان می‌دهد.

**واژگان کلیدی:** سقط، زنان، اختلالات جنسی، روان‌شناسی، رضایت جنسی

**ارجاع:** حسن‌پور وجیهه، کشاورز زهره، آذین سیدعلی، انصاری‌پور سهیلا، قاسمی عرفان. مقایسه‌ی کارکرد و صمیمیت جنسی در زنان با سقط مکرر و

زنان بدون سقط مکرر. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۳۳): ۷۷۴-۷۶۸

## مقدمه

سقط جنین، یکی از شایع‌ترین عوارض در دوران بارداری است (۱). سقط مکرر به عنوان از دست دادن سه بارداری و بیشتر قبل از هفته‌ی ۲۰ بارداری تعریف می‌شود و میزان بروز آن، ۵-۱ درصد برآورد می‌شود (۲). سقط مکرر، به عنوان یک رویداد آسیب‌زننده شناخته می‌شود که منجر به علائم افسردگی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و سایر عواقب روان‌شناختی می‌گردد (۳).

عدم اطمینان در مورد بارداری باعث می‌شود که زنان، با یک مکانیسم محافظتی، از بارداری جدید به علت پیش‌بینی یک شکست دیگر فاصله بگیرند. این دوگانگی در صورت تداوم، مشکلات عاطفی دایمی به همراه دارد (۴). همچنین، احساس گناه به دنبال از دست

رفتن بارداری، این بحران را تشدید می‌کند. پیامدهای روان‌شناختی سقط مکرر، ممکن است برای رابطه‌ی زوجین یک تهدید محسوب شود (۵). اگر چه روابط جنسی تنها بخشی از تعاملات بین زوجین را شامل می‌شود، اما برای زوجین با تجربه‌ی سقط مکرر، رابطه‌ی جنسی و موضوع باروری بیش از دیگر افراد مرتبط می‌گردند. در نتیجه، انتظار می‌رود سقط مکرر بر رابطه‌ی جنسی زوجین تأثیرگذار باشد (۳).

کارکرد جنسی، یکی از مهم‌ترین جنبه‌های کیفیت زندگی محسوب می‌شود (۶). طبق گزارش سازمان جهانی سلامت، حقوق جنسی شامل حق همه‌ی افراد برای دستیابی به بالاترین سطح سلامت قابل قبول مرتبط با رابطه‌ی جنسی و همچنین، داشتن یک زندگی رضایت‌بخش، ایمن و لذت‌بخش از لحاظ جنسی است (۷). این

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مامایی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده‌ی فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن‌سینا، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: keshavarzozhreh@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: زهره کشاورز

تعریف، نشان می‌دهد که کارکرد جنسی، نمودی قانونی و اخلاقی نیز در علم پزشکی دارد. مسایل جنسی از لحاظ اهمیت، جزء مسایل درجه‌ی اول زندگی زناشویی هستند و رضایت جنسی زوجین، از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های موفقیت زندگی زناشویی است (۶). صمیمیت، یکی از نیازهای زناشویی و ویژگی مشهود یک ازدواج موفق و شاد است. صمیمیت زناشویی، زمانی اتفاق می‌افتد که همسران ایده‌ها، احساسات و خواسته‌های خود را به همدیگر بیان می‌کنند. صمیمیت یک رویکرد تعاملی در ابعاد درونی هیجانی، فکری، روحی، جنسی، جسمی، معنوی، زیبایی‌شناختی و روابط اجتماعی است (۸). مطالعات نشان داده‌اند که عوامل متعددی می‌توانند صمیمیت بین زوجین را تحت تأثیر قرار دهند. عدم دستیابی به بارداری، ممکن است یکی از عوامل مؤثر بر صمیمیت زناشویی باشد (۹).

شیوع اختلالات جنسی زنان در ایران ۴۸ درصد گزارش شده است (۱۰). بسیاری از مطالعات گزارش کرده‌اند که اختلالات جنسی در زنان نابارور شایع‌تر است (۱۱). میزان اختلالات جنسی در میان زنان نابارور ایرانی، ۶۴/۳ درصد محاسبه شده است (۱۲). شیوع اختلالات کارکرد جنسی در جمعیت‌های مختلف، متفاوت می‌باشد و تحت تأثیر عوامل پزشکی، روان‌شناختی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و قومی قرار می‌گیرد (۱۰). اختلال کارکرد جنسی در زنان، شامل فقدان یا کاهش میل جنسی، مشکل در برانگیختگی جنسی، اختلال رطوبت مهبل، اختلالات ارگاسم، نارضایتی جنسی و درد در هنگام رابطه‌ی جنسی هستند (۱۳).

ارزیابی و پی‌گیری زنان با سقط مکرر به علت تنوع در ریشه‌شناسی (Etiology) و همین‌طور پیامدهای روانی برای بیماران و خانواده‌های آنان یک چالش بالینی محسوب می‌شود. با وجود شیوع بالای اختلال کارکرد جنسی در زنان با مشکلات باروری (حتی بیشتر از مردان)، به این مشکل در زنان کمتر توجه شده است. با توجه به فقدان مطالعات کافی و جامع در زمینه‌ی اختلال کارکرد جنسی زنان با سابقه‌ی سقط مکرر در ایران، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی کارکرد و صمیمیت جنسی در زنان دارای سقط مکرر با زنان بدون سقط مکرر در مراکز منتخب شهر تهران انجام شد.

ارزیابی و پی‌گیری زنان با سقط مکرر به علت تنوع در ریشه‌شناسی (Etiology) و همین‌طور پیامدهای روانی برای بیماران و خانواده‌های آنان یک چالش بالینی محسوب می‌شود. با وجود شیوع بالای اختلال کارکرد جنسی در زنان با مشکلات باروری (حتی بیشتر از مردان)، به این مشکل در زنان کمتر توجه شده است. با توجه به فقدان مطالعات کافی و جامع در زمینه‌ی اختلال کارکرد جنسی زنان با سابقه‌ی سقط مکرر در ایران، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی کارکرد و صمیمیت جنسی در زنان دارای سقط مکرر با زنان بدون سقط مکرر در مراکز منتخب شهر تهران انجام شد.

### روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی، در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۰۴ زن دارای سابقه‌ی سقط مکرر مراجعه‌کننده به مرکز فوق تخصصی ناباروری و سقط مکرر ابن سینا (به عنوان گروه مورد) و ۱۰۴ زن بدون سابقه‌ی سقط مکرر مراجعه‌کننده برای مراقبت پیش از بارداری به مراکز بهداشتی تهران (شمال، شرق و شمیرانات) (به عنوان گروه شاهد) انجام شد.

بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1395.707 و پس از گرفتن معرفی‌نامه از این دانشگاه، نمونه‌گیری انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. پس از بیان اهداف، ماهیت پژوهش و کسب رضایت‌نامه‌ی آگاهانه از زنانی که به محیط پژوهش مراجعه کرده و معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، تکمیل پرسش‌نامه‌ها انجام شد. در صورت مواجهه‌ی نمونه‌ها با ابهام در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، پژوهشگر برای ارایه‌ی توضیح بیشتر در محل حضور داشت. بعد از پاسخ‌گویی کامل پرسش‌نامه‌ها توسط افراد، پژوهشگر جهت تکمیل، تمامی سؤالات پرسش‌نامه‌ها را بازبینی می‌کرد. در این پژوهش، از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های Independent t، Fisher's exact، Mann-Whitney و Multiple linear regression برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. ضریب اطمینان ۹۵ درصد و  $P < 0/050$  به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۰۸ زن متأهل شرکت داشتند که ۱۰۴ نفر آن‌ها در گروه مورد (دارای سقط مکرر) و ۱۰۴ نفر آن‌ها در گروه شاهد (بدون سقط) بودند. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان، دارای فرزند زنده‌ای نبودند و از روش‌های کمک باروری نیز استفاده نکرده بودند. همچنین، هیچ‌یک از آن‌ها مورد خشونت جسمی، روانی، جنسی و اقتصادی قرار نگرفته بودند. در این مطالعه، همسر هیچ‌کدام از زنان دچار اختلال نعوظ یا انزال زودرس نبودند. خصوصیات جمعیت‌شناختی و مامایی دو گروه در جدول ۱ آمده است.

احتمال زیادی برای اختلال کارکرد جنسی تقسیم‌بندی می‌شود. در ایران نیز محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۷ به روش ترجمه و ترجمه‌ی مجدد اعتبار آن را تأیید کردند (۱۴). در این مطالعه، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آزمون-بازآزمون و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (Intraclass correlation یا ICC) استفاده شد. لازم به ذکر است که مقدار مناسب برای JCC، مقادیر بزرگ‌تر از ۰/۷ است. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای برای این پرسش‌نامه، ۰/۹۸۲ و حاکی از پایایی خوب این ابزار است.

برای سنجش صمیمیت جنسی در بخش سوم فرم مطالعاتی، از پرسش‌نامه‌ی صمیمیت جنسی (بعد جنسی) Bagarozzi استفاده شد. این پرسش‌نامه، توسط Bagarozzi در سال ۲۰۰۱ تهیه و تنظیم شده است (۸). پرسش‌نامه شامل ۴۱ سؤال است و نیازهای صمیمیت را در ۸ بعد عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، فیزیکی، معنوی، زیبایی‌شناختی و تفریحی-اجتماعی در بر می‌گیرد. در این پژوهش، فقط بعد جنسی (۵ سؤال) استفاده شده است. مقیاس پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت ۱۰ گزینه‌ای است؛ به طوری که ۱ به معنای «به هیچ وجه چنین چیزی وجود ندارد» تا ۱۰ به معنای «نیاز بسیار زیادی وجود دارد»، می‌باشد. حاصل جمع، نمره‌ای بین ۵۰-۵ خواهد بود. نمره‌ی بالاتر، نشان دهنده‌ی نیاز بیشتر پاسخ‌دهنده به صمیمیت جنسی از طرف همسر خود خواهد بود. در ایران، اعتمادی و همکاران، روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه را محاسبه کرده است (۱۶). در این مطالعه، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آزمون-بازآزمون و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای استفاده شد. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای برای این پرسش‌نامه، ۰/۹۹۵ است که حاکی از پایایی مناسب این ابزار می‌باشد. با اخذ تأییدیه از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد و شاهد

مقدار P	آزمون آماری	گروه مورد		خصوصیات
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
< ۰/۰۰۱	Independent t	۲۶/۰۰ ± ۳/۵۸	۳۱/۰۰ ± ۵/۱۸	سن (سال)
< ۰/۰۰۱	Independent t	۲۹/۰۰ ± ۳/۲۳	۳۵/۰۰ ± ۵/۴۳	سن همسر (سال)
< ۰/۰۰۱	Independent t	۲/۵۵ ± ۰/۷۵	۶/۸۴ ± ۳/۳۱	مدت ازدواج (سال)
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۹۶۳	Mann-Whitney	۵۸ (۵۵/۸)	۶۰ (۵۷/۷)	تحصیلات (دانشگاهی)
< ۰/۰۰۱	Fisher's exact	۴۵ (۴۳/۳)	۷۲ (۶۹/۲)	شغل زن (خانه‌دار)
۰/۷۵۶	Fisher's exact	۴۷ (۴۵/۲)	۴۳ (۴۱/۳)	شغل همسر (آزاد)
۰/۰۳۶	Mann-Whitney	۶۶ (۶۳/۵)	۵۵ (۵۲/۹)	تحصیلات همسر (دانشگاهی)
۰/۰۱۵	Fisher's exact	۳۲ (۳۰/۸)	۵۳ (۵۱/۰)	وضعیت مسکن شخصی
		۶۳ (۶۰/۶)	۴۲ (۴۰/۴)	اجاره‌ای
-	-	-	۵۰ (۴۸/۰)	مدت زمان گذشته از سقط (۱-۳ سال)

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی حیطه‌های کارکرد جنسی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد و شاهد

حیطه‌های کارکرد جنسی	گروه مورد	گروه شاهد	دامنه‌ی امتیاز	آماره‌ی آزمون (t)
نمره‌ی میل جنسی	3/87 ± 1/01	4/59 ± 0/75	1/2-6	5/86 <sup>*</sup>
نمره‌ی تحریک جنسی	3/99 ± 1/04	5/01 ± 0/64	0-6	8/54 <sup>*</sup>
نمره‌ی ارگاسم	4/76 ± 1/19	5/39 ± 0/55	0-6	4/89 <sup>*</sup>
نمره‌ی رطوبت مهبل	4/65 ± 0/93	5/35 ± 0/43	0-6	6/95 <sup>*</sup>
نمره‌ی رضایت جنسی	5/19 ± 0/86	5/28 ± 0/70	0/8-6	0/81
نمره‌ی درد جنسی	4/80 ± 1/27	5/60 ± 0/49	0-6	6/00 <sup>*</sup>
نمره‌ی کل کارکرد جنسی	27/25 ± 4/99	31/22 ± 2/57	2-36	7/20 <sup>*</sup>

\*  $P < 0/050$  و تفاوت‌های میان دو گروه معنی‌دار بود.

مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار آمده است.

با و بدون سابقه‌ی سقط مکرر (در قالب دو گروه مورد و شاهد) در شهر تهران انجام شد. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میانگین نمره‌ی کارکرد و صمیمیت جنسی در گروه شاهد نسبت به گروه مورد بیشتر بود که این اختلاف، از لحاظ آماری معنی‌دار بود. همچنین، نیمی از زنان در گروه مورد، اختلال کارکرد جنسی داشتند. مطالعات محدودی در زمینه‌ی سقط مکرر و تأثیر آن بر کیفیت روابط زناشویی انجام شده است.

بار جسمی و روانی حاصل از سقط مکرر، کیفیت زندگی زنان را از جنبه‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۷). در مطالعه‌ی Sugiura-Ogasawara و همکاران که به منظور بررسی فراوانی سقط مکرر و تأثیر آن بر رابطه‌ی زناشویی و بروز بیماری‌ها بر روی ۲۷۳۳ نفر زن در کشور ژاپن انجام شد، به طور معنی‌داری میزان جدایی و اتمام رابطه‌ی زناشویی در گروه زنان با سقط مکرر بیشتر از زنان بدون سقط مکرر بود (۱۸). همانند مطالعه‌ی حاضر، نتایج مطالعه‌ی Serrano و Lima در کشور پرتغال نیز نشان می‌دهد که سقط مکرر بر ابعاد مختلف کارکرد جنسی تأثیرگذار است. در مطالعه‌ی Serrano و Lima، زنان با سابقه‌ی سقط مکرر نمره‌ی کمتری در حیطه‌ی میل و رضایت جنسی کسب نمودند.

نمره‌ی کلی کارکرد جنسی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد کمتر بود که با توجه به آزمون Independent t این نتیجه معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ) (جدول ۲).

در گروه مورد، ۵۳ نفر (۵۱/۰ درصد) و در گروه شاهد، ۱۳ نفر (۱۲/۵ درصد) اختلال کارکرد جنسی داشتند. فراوانی اختلال کارکرد جنسی در دو گروه بر اساس آزمون  $\chi^2$  در جدول ۳ آمده است. نمره‌ی صمیمیت جنسی در گروه مورد  $43/88 \pm 6/41$  و در گروه شاهد  $47/08 \pm 3/07$  به دست آمد. دامنه‌ی امتیاز ۵۰-۵۰ تفاوت دو گروه در زمینه‌ی نمره‌ی صمیمیت جنسی، معنی‌دار بود ( $P < 0/050$ ). نتایج تحلیل Multiple linear regression به سبک پیش‌رو (Forward) برای تعدیل اثر مخدوش‌گری متغیرهای دموگرافیک در مقایسه‌ی شاخص کارکرد جنسی زنان دو گروه مورد و شاهد در جدول ۴ آمده است. همه‌ی متغیرهایی که در دو گروه همگن نبودند، در مدل رگرسیونی آمده است و متغیرهایی که در مدل رگرسیونی اثر معنی‌داری داشتند، در مدل رگرسیونی وارد شدند ( $P < 0/001$ ).

## بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی کارکرد و صمیمیت جنسی در زنان

جدول ۳. مقایسه‌ی وجود اختلال در حیطه‌های کارکرد جنسی زنان در دو گروه مورد و شاهد

حیطه‌های کارکرد جنسی	گروه مورد	گروه شاهد	آماره‌ی آزمون ( $\chi^2$ )
اختلال میل جنسی	۲۰ (۱۹/۲)	۳ (۲/۹)	۱۴/۱۳ <sup>*</sup>
اختلال تحریک جنسی	۲۳ (۲۲/۱)	۱ (۱/۰)	۲۲/۸۰ <sup>*</sup>
اختلال ارگاسم	۱۰ (۹/۶)	۰ (۰)	۱۰/۵۰ <sup>*</sup>
اختلال رطوبت مهبل	۱۲ (۱۱/۵)	۰ (۰)	۱۲/۷۳ <sup>*</sup>
اختلال رضایت جنسی	۸ (۷/۷)	۷ (۶/۷)	۰/۰۷
اختلال درد جنسی	۱۹ (۱۸/۳)	۰ (۰)	۲۰/۹۱ <sup>*</sup>
اختلال کل کارکرد جنسی	۵۳ (۵۱/۰)	۱۳ (۱۲/۵)	۳۵/۵۱ <sup>*</sup>

\*  $P < 0/050$  و تفاوت‌های میان دو گروه معنی‌دار بود.

مقادیر به صورت تعداد (درصد) آمده است.

جدول ۴. ضرایب **Multiple linear regression** برای کنترل اثر مخدوشگری متغیرهای دموگرافیک در بررسی تأثیر سابقه سقط مکرر بر کارکرد جنسی

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	آماره‌ی آزمون (t)
	ضریب	خطای معیار		
عرض از مبدأ	۳۱/۷۳۱	۱/۹۳۸	-	۱۶/۳۷۲*
گروه (نداشتن سابقه سقط مکرر)	۳/۲۳۷	۰/۶۲۶	۰/۳۶۶	۵/۱۷۱*
سن	-۰/۱۴۵	۰/۰۶۱	-۰/۱۶۷	-۲/۳۵۹*
	$R^2 = ۰/۴۷۲$	$Adjusted R^2 = ۰/۲۲۲$	$R = ۰/۲۱۵$	

\*  $P < ۰/۰۵۰$  و تفاوت‌های معنی‌دار بین یافته‌ها

متغیرهای دموگرافیک با استفاده از **Multiple line regression** در مقایسه‌ی نمره‌ی کارکرد جنسی زنان و حیطه‌های آن (میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت، ارگاسم و درد جنسی) و در گروه شاهد به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مورد بود. ارتباط معنی‌داری بین سن و نمره‌ی کارکرد جنسی و حیطه‌های آن دیده شد؛ به طوری که با افزایش سن، نمره‌ی شاخص‌های کارکرد جنسی، میل جنسی و تحریک جنسی کاهش می‌یافت. در مطالعات گذشته نیز به این موضوع اشاره شده است (۲۴).

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی نیاز به صمیمیت جنسی در گروه شاهد به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مورد بود. صمیمیت، یکی از نیازهای زناشویی و ویژگی مشهود یک ازدواج موفق و شاد است. صمیمیت زناشویی، زمانی اتفاق می‌افتد که همسران ایده‌ها، احساسات و خواسته‌های خود را به همدیگر بیان می‌کنند. صمیمیت، یک رویکرد تعاملی در ابعاد درونی هیجانی، فکری، روحی، جنسی، جسمی، معنوی، زیبایی‌شناختی و روابط اجتماعی است (۸). در مطالعات اجتماعی، نوعی خطا وجود دارد که در آن، مشارکت کنندگان تمایل دارند بیشتر سؤالات را طوری پاسخ دهند که به سمت رفتار درست و مطلوب جامعه متمایل باشد و از این رو، نوعی خطا حاصل می‌شود که این موضوع «مورد تمایل جامعه» نام دارد (۲۵). با توجه به این مطلب، می‌توان نیاز صمیمیت جنسی کمتر زنان دارای سقط مکرر نسبت به زنان بدون سقط مکرر را توجیه نمود.

فعالیت جنسی زنان ایرانی تحت تأثیر برخی جنبه‌های محلی و فرهنگی مانند فقدان دانش جنسی، روابط عاطفی ضعیف و بارداری به عنوان تنها هدف از برقراری رابطه‌ی جنسی قرار می‌گیرد. از این رو، زنی که توانایی باروری ندارد، با بحران عاطفی و اجتماعی روبه‌رو می‌شود و سعی در سازگاری روانی با این چالش دارد که منجر به نادیده گرفته شدن مشکلات جنسی می‌گردد.

یکی از نقاط قوت این مطالعه، مقایسه‌ی زنان دارای سقط مکرر با زنان بدون سقط مکرر و انتخاب گروه بدون سقط مکرر از چند مرکز بهداشت بود، اما از محدودیت‌های این مطالعه، وجود مسایل فرهنگی مانند شرم برای بیان مشکلات جنسی است که می‌تواند بر پاسخ افراد تأثیرگذار باشد. همچنین، استرس و نگرانی‌های مربوط به

همچنین، تعداد دفعات نزدیکی در این گروه کاهش یافته بود. از طرفی، صمیمیت زناشویی در این افراد افزایش یافته بود؛ به طوری که با همسر خود راحت‌تر صحبت می‌کردند و همبستگی بین زوجین افزایش یافته بود (۱۹).

از طرفی، مطالعه‌ی زارع و همکاران که به بررسی اختلالات جنسی در زنان نابارور شهر مشهد پرداخته است، بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، تفاوتی در کارکرد جنسی زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور گزارش نکرده است (۲۰). همچنین، مطالعه‌ی Drosdzol و Skrzypulec در لهستان، بیان می‌کند که ناباروری باعث کاهش کیفیت زندگی زوجین می‌گردد، اما بر کارکرد جنسی تأثیری ندارد (۲۱). دلیل تفاوت در نتایج مطالعات پیش‌گفته با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر را با توجه به چند نکته می‌توان توجیه نمود. در مطالعه‌ی زارع و همکاران (۲۰)، گروه شاهد از بین زنان مراجعه‌کننده برای دریافت خدمات (ایمن سازی، تنظیم خانواده و غیره) که ۷۵ درصد آنان در دوران شیردهی بودند، انتخاب شدند. تغییرات هورمونی در دوران شیردهی با خشکی واژن و کاهش میل جنسی همراه است. این موضوع، با سوگیری در نتایج مطالعه همراه است. نکته‌ی دیگر این که، تفاوت بافت فرهنگی در جوامع مورد مطالعه و در نتیجه، وجود انتظارات متفاوت اجتماعی از زنان، در به وجود آمدن نتایج مختلف تأثیر به‌سزایی دارد. در نهایت این نکته حایز اهمیت است که استفاده از پرسش‌نامه‌های مختلف با نمره‌گذاری و نقطه‌ی برش غیر مشابه، طبقه‌بندی متفاوت زنان به عنوان گروه اختلال کارکرد جنسی را در پی دارد.

به نظر می‌رسد اختلال کارکرد جنسی به طور مشهودی با مشکلات دستیابی به بارداری و ناباروری در ارتباط است (۲۲). برای زوج‌هایی که در معرض ناباروری هستند، رابطه‌ی جنسی به یک روند بالینی برای دستیابی به بارداری تبدیل می‌گردد. بنابراین، ممکن است جنبه‌های مختلف کارکرد جنسی دستخوش تغییرات گردد (۲۳). در مطالعه‌ی حاضر، نمره‌ی کلی و نمره‌ی حیطه‌های مختلف کارکرد جنسی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد کمتر بود. از طرفی، نیاز به صمیمیت جنسی در گروه مورد، کمتر از گروه شاهد بود.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که پس از تعدیل اثر مخدوشگری

مامایی با کد اخلاق IR.SBMU.PHNM.1395.707 می باشد. بدین وسیله از همکاری تمام زنان شرکت کننده در این مطالعه و همچنین، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکر و قدردانی می‌شود.

مشاوره، تشخیص و درمان سقط مکرر در درمانگاه ناباروری، ممکن است بر افراد اثرگذار باشد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد

### References

- Jones RK, Jerman J. Abortion incidence and service availability in the United States, 2014. *Perspect Sex Reprod Health* 2017; 49(1): 17-27.
- Shah K, Bhat P, Bhat R, Sultana R. An update on recurrent early pregnancy loss: Causes, controversies and cure. *J Clin Diagn Res* 2018; 12(10): QE01-QE05.
- El HH, Crepau V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet PE. Recurrent pregnancy loss: Current perspectives. *Int J Womens Health* 2017; 9: 331-45.
- Lara LA, Fuentealba-Torres M, dos Reis RM, Cartagena-Ramos D. Impact of infertility on the sexuality of couples: An overview. *Curr Sex Health Rep* 2018; 10(4): 353-539.
- Krosch DJ, Shakespeare-Finch J. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychol Trauma* 2017; 9(4): 425-33.
- Parish SJ, Bitzer J, Clayton AH, Goldstein AT, Kim NN, Kingsberg SA. Sexual medicine education and training. In: Goldstein I, editor. *Textbook of female sexual function and dysfunction: Diagnosis and treatment*. Hoboken, NJ: Wiley; 2018. p. 7-16.
- World Health Organization. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
- Bagarozzi DA. *Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide*. New York, NY: Routledge; 2014.
- Iris A, Aydogan KD, Taner CE. Effects of infertility and infertility duration on female sexual functions. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 287(4): 809-12.
- Hosseini Tabaghdehi M, Keramat A, Khosravi A. Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: A meta-analysis study. *International Journal of Health Studies* 2016; 2(4): 10-3.
- Mendonca CR, Arruda JT, Noll M, Campoli PMO, Amaral WND. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 215: 153-63.
- Omani-Samani R, Amini P, Navid B, Sepidarkish M, Maroufizadeh S, Almasi-Hashiani A. Prevalence of sexual dysfunction among infertile women in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Fertil Steril* 2019; 12(4): 278-83.
- Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010; 7(1 Pt 2): 314-26.
- Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh* 2008; 7(3): 269-78. [In Persian].
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2): 191-208.
- Etemadi O, Navabinezhad S, Ahmadi SA, Farzad V. A study of the effectiveness of couple therapy based on imago relationship therapy on marital intimacy in Esfahan. *Counseling Research and Development* 2006; 5(19): 9-22. [In Persian].
- Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, Moini A, Effatpanah M, Khedmat L, et al. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: A comparative study. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 16(1): 150.
- Sugiura-Ogasawara M, Suzuki S, Ozaki Y, Katano K, Suzumori N, Kitaori T. Frequency of recurrent spontaneous abortion and its influence on further marital relationship and illness: The Okazaki Cohort Study in Japan. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 39(1): 126-31.
- Serrano F, Lima ML. Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples. *Psychol Psychother* 2006; 79(Pt 4): 585-94.
- Zare Z, Amirian M, Golmakani N, Mazlom R, Laal AM. Sexual dysfunction in infertile women. *Int J Reprod Biomed (Yazd)* 2016; 14(2): 89-94.
- Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(3): 271-81.
- Berger MH, Messori M, Pastuszak AW, Ramasamy R. Association between infertility and sexual dysfunction in men and women. *Sex Med Rev* 2016; 4(4): 353-65.
- Wischmann TH. Sexual disorders in infertile couples. *J Sex Med* 2010; 7(5): 1868-76.
- Samadaee-Gelehkolae K, McCarthy BW, Khalilian A, Hamzehgardeshi Z, Peyvandi S, Elyasi F, et al. Factors associated with marital satisfaction in infertile couple: A comprehensive literature review. *Glob J Health Sci* 2015; 8(5): 96-109.
- Tourangeau R, Yan T. Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull* 2007; 133(5): 859-83.

## Comparison of Sexual Function and Intimacy in Women with and without Recurrent Miscarriage

Vajiheh Hasanpour<sup>1</sup>, Zohreh Keshavarz<sup>2</sup>, Seyed Ali Azin<sup>3</sup>, Soheila Ansari-pour<sup>3</sup>, Erfan Ghasemi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Recurrent miscarriage is a reproduction problem that affects 1-5 percent of couple. Sexual function of women suffering from recurrent miscarriage is not considered as it should be. The purpose of this study was to compare sexual function and intimacy in women with and without recurrent miscarriage.

**Methods:** This cross-sectional study was performed on 208 women referring to selected health centers in Tehran City, Iran, in 2018. Data collection tools included a demographic and midwifery questionnaires, Female Sexual Function Index, and Bagarozzi Sexual Intimacy Questionnaire (sexual dimension). Data analysis was performed using SPSS software.

**Findings:** The mean of total female sexual function score was  $27.25 \pm 4.99$  and  $31.22 \pm 2.57$  in groups with and without recurrent miscarriage, respectively. 53 women (51%) with and 13 cases (12.5%) without recurrent miscarriage had sexual dysfunction ( $P < 0.001$ ). Moreover, the mean score of female sexual intimacy was  $43.88 \pm 6.41$  and  $47.08 \pm 3.07$  in women with and without recurrent miscarriage, respectively ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The high prevalence of sexual dysfunction in women with recurrent miscarriage reveals the need for attention to sexual issues in these women.

**Keywords:** Abortion, Women, Sexual dysfunctions, psychological, Sexual satisfaction

**Citation:** Hasanpour V, Keshavarz Z, Azin SA, Ansari-pour S, Ghasemi E. Comparison of Sexual Function and Intimacy in Women with and without Recurrent Miscarriage. J Isfahan Med Sch 2019; 37(533): 768-74.

1- MSc Student, Department of Midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

3- Associate Professor, Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, The Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Tehran, Iran

4- PhD Candidate, Department of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Zohreh Keshavarz, Email: keshavarz-zohre@yahoo.com