

عملکرد جنسی زنان استفاده کننده از آمپولهای دپومدروکسی پروژسترون استات

ماهرخ دولتیان^۱، زهره شیخان^{۲*}، دکتر معصومه سیم بر^۳، گیتی ازگلی^۱، محمد نوری^۴
ملیحه نصیری^۵، منیرالسادات خرم آبادی^۲، فهیمه کاووسی^۶

^۱ استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۲ کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، مربی 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 روانشناس، مربی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۵ دکترای آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۶ کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

■ نویسنده مسئول مکاتبات: زهره شیخان zsheikhan@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: عملکرد و روابط جنسی یکی از جنبه های مهم کیفیت زندگی است. مطالعات نشان می دهند، تاثیر هورمون هایی که در روش های جلوگیری از بارداری بکار می روند بر عملکرد جنسی ضد و نقیض است. هدف از این مطالعه، بررسی عملکرد جنسی زنان استفاده کننده از آمپولهای دپومدروکسی پروژسترون استات، در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بوده است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود که بر روی ۱۲۰ زن استفاده کننده از آمپول دپو مدروکسی پروژسترون استات انجام شد. زنان مورد پژوهش جهت پیگیری روش های جلوگیری از بارداری به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده بودند. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای بوده است. پرسشنامه ها شامل، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک بودند. جهت اعتبار پرسشنامه، عملکرد جنسی از اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی از روش همسانی درونی استفاده شد ($\alpha = 0/81$). برای پایایی پرسشنامه عملکرد جنسی از آزمون مجدد به فاصله ۱۰ روز استفاده شد ($r=0.83$). جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و رگرسیون لجستیک توسط نرم افزار اس پی اس ۱۶ استفاده شد.

یافته ها: میانگین سنی زنان استفاده کننده از دپو مدروکسی پروژسترون استات $28/63 \pm 7/16$ سال بود. زنان استفاده کننده از آمپول دپو مدروکسی پروژسترون استات در $60/8\%$ دارای عملکرد جنسی مطلوب بودند. در رگرسیون لجستیک که بین عملکرد جنسی با متغیرهای فردی و باروری انجام شد، نشان داد، کسانی که وضعیت قاعدگی منظمی داشته اند، عملکرد جنسی مطلوب تری داشته اند.

نتیجه گیری: تغییرات قاعدگی در زنان استفاده کننده از آمپول دپومدروکسی پروژسترون استات با عملکرد جنسی آنان ارتباط آماری معنی داری داشت، لذا در مشاوره تنظیم خانواده باید عوارض جانبی آمپول دپو مدروکسی پروژسترون استات مثل تغییرات قاعدگی و اثرات احتمالی آن بر عملکرد جنسی مد نظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: عملکرد جنسی، آمپول دپو مدروکسی پروژسترون استات، شیوع، ایران.

عملکرد جنسی در احساس سلامتی و افزایش کیفیت زندگی زنان موثر است (Segraves, 2002). همچنین عامل مهمی برای تحکیم خانواده محسوب می‌شود. عدم اطلاع از نارسائی‌های جنسی سبب ارتباطات ضعیف، کاهش اعتماد به نفس و بروز اختلالات روانی در زوجین می‌شود (Jahanfar and Molaeenezhad, 2005, Jiann, et al., 2009). اختلال در عملکرد جنسی منبع اصلی تعارضات ارتباطی است که تردید در مورد عشق و علاقه و افزایش نگرانی زوجین نسبت به پایداری روابطشان را سبب می‌شود (Rowland and Incrocci, 2008). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی - روانی، اختلال عملکرد جنسی به عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام رابطه جنسی تعریف شده است (Gelder, et al., 1999). مطالعات نشان می‌دهد که ۳۰-۲۰ درصد مردان و ۴۵-۴۰ درصد زنان حداقل در یکی از مراحل سیکل پاسخ جنسی خود مشکل دارند (Lewis, et al., 2004). طبق گزارش مرکز سلامت آمریکا، ۴۳ درصد زنان، دارای عملکرد جنسی نامطلوب بوده‌اند و ۲ درصد آنان قادر به رسیدن به مرحله ارگاسم نبوده‌اند (Gonzalez, et al., 2004). در اتریش ۹/۱ درصد زنان اختلال در میل جنسی، ۲۰ درصد اختلال در تحریک جنسی، ۲۰ درصد اختلال در ارگاسم و ۱۲/۸ درصد درد داشته‌اند (Ponholzer, et al., 2005). در مطالعه ای دیگر یک سوم زنان فاقد میل جنسی بودند و یک چهارم آنان ارگاسم را تجربه نکرده بودند (Panzer, et al., 2006) در تحقیقی دیگر میزان اختلال عملکرد جنسی ۲۰ درصد ذکر شده است (Jha and Thakar). آمارهای منتشر شده در ایران در مورد میزان اختلالات جنسی طیفی وسیع داشته و از میزان ۱۷/۸ درصد تا ۷۴/۶ درصد ذکر شده است (Foroutan and Jadid Milani, 2008, Sepahriyan, 2001, Nik-Azin, et al., 2013). بسیاری از تحقیقات نشان دهنده این است که زنان بیش از مردان دچار اختلال در عملکرد جنسی می‌شوند (Ojanlatva, et al., 2006) عوامل مختلفی مثل وضعیت سلامتی، مشکلات عاطفی، استرس و هورمون‌ها بر عملکرد جنسی موثر است (Davis and Castano, 2004).

از آنجا که حاملگی‌های ناخواسته می‌توانند تهدیدی جدی برای سلامت مادر و کودک باشد زیرا تعداد زیادی از آنها با روش‌های خطرناک که سبب مرگ مادر یا ناتوانی جسمانی وی می‌گردد، خاتمه داده میشوند ضد بارداریهای تزریقی گزینه‌هایی بی خطر و موثر برای جلوگیری از بارداری هستند. ترکیبات تزریقی فرآورده‌هایی فوق العاده موثر با اثر بخشی بالا هستند،

اما اثرات آنها نیز در خور توجه است (de Cetina, et al., 2004). دپو مدروکسی پروژسترون استات نوعی داروی ضد بارداری تزریقی است که حاوی ۱۵۰ میلی‌گرم مدروکسی پروژسترون استات می‌باشد و هر ۳ ماه یکبار تزریق می‌شود (Cunningham and Williams, 2010). این روش به اندازه عقیم سازی کار آیی دارد و از روشهای خوراکی و سدی جلوگیری از بارداری کارآمدتر است. در مواردی که جهت جلوگیری از بارداری به روش فاقد استروژن مورد نیاز است و نیز در زنانی که به کودکان خود شیر میدهند، این روش گزینه خوبی است (Goldstein, et al., 2007). علیرغم اثر بخشی بالا و سایر منافع دپومدروکسی پروژسترون استات، شایع ترین دلیل برای قطع مصرف آن اختلالات قاعدگی می‌باشد (Prabhakaran, 2008). مطالعات نشان میدهد، اثرات هورمون‌هایی که در روشهای جلوگیری از بارداری بکار می‌روند، بر عملکرد جنسی ضد و نقیض است (Berek and Novak, 2012). برخی گزارشات از تاثیر هورمون‌ها و برخی دیگر از عدم تاثیر آنها حکایت دارد (Witting, et al., 2008, Hubacher, et al., 2009). در حال حاضر روش‌های موثری برای تنظیم قدرت باروری وجود دارند، اما هیچکدام از این روشها بطور قطعی فاقد عوارض نیستند. در انتخاب یک روش ضد بارداری زنان با چالشهای زیادی از جمله منافع و اثرات جانبی آن روبرو هستند (Gold and Bachrach, 2004). ضد بارداری‌های تزریقی زنان را در معرض عوارض متعدد و مرگ و میر ناشی از بارداری‌های ناخواسته حفاظت می‌کنند اما اثرات آنها بر سایر ابعاد زندگی زنان قابل تامل است که یکی از ابعاد مهم زندگی آنان، بعد جنسی است هدف از این مطالعه، بررسی عملکرد جنسی زنان استفاده کننده از آمپولهای دپو مدروکسی پروژسترون استات، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران، ایران ۱۳۹۲، است

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که بر روی ۱۲۰ زن استفاده کننده از آمپول دپو مدروکسی پروژسترون استات مراجعه کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که جهت پیگیری روشهای جلوگیری از بارداری، مراجعه میکردند، از اردیبهشت تا آبان سال ۱۳۹۲ در تهران انجام شده است. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای و مبتنی بر هدف انجام شد. تمامی مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به چهار منطقه شمال،

جنوب، غرب و شرق تقسیم شدند. سپس بطور تصادفی از هر منطقه دومرکز بهداشتی انتخاب گردید. پژوهشگر به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران مراجعه و زنان واجد شرایط پژوهش را در مطالعه شرکت داد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه می باشد که از طریق مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل گردید منظور از آمپولهای مدروکسی پروژسترون استات، آمپولهای حاوی ۱۵۰ میلیگرم مدروکسی پروژسترون استات می باشد (ساخت شرکت دارویی کاسپین تامین، رشت، ایران) که در فاصله های سه ماهه تزریق و در مراکز بهداشتی تجویز میشود. بعلت تأثیری که افسردگی و اضطراب بر عملکرد جنسی دارند ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی تکمیل شد این پرسشنامه حاوی ۲۸ سوال بوده و در مقیاس لیکرت تنظیم شده بود. در صورت احراز نمره ۲۲ و بیشتر از آن از پژوهش حذف میشدند. پرسشنامه دوم، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان است که در تحقیقات مختلف از آن استفاده شده است (Rosen, et al., 2000, Schaffir, et al., 2010) و بر مبنای شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index (FSFI)) طراحی شده است این پرسشنامه حاوی ۱۹ سوال ۵ گزینه‌ای (۵-۰) بوده که وضعیت میل جنسی (۲ سوال)، برانگیختگی (۴ سوال)، خیس شدن واژن (۴ سوال)، ارگاسم (۳ سوال)، درد (۳ سوال) و رضایت از عملکرد جنسی (۳ سوال) است که در مقیاس لیکرت طراحی شده و عملکرد جنسی را در ۴ هفته گذشته ارزیابی میکند. حداکثر نمره ۳۶ بوده و نمره کمتر از ۲۸، بیانگر عملکرد جنسی نامطلوب است. در هر حیطة نیز بالاترین امتیاز ۶ بود. جهت اعتبار این پرسشنامه از اعتبار محتوی و جهت پایایی ابزار از آزمون مجدد استفاده گردید (83. r=0) و جهت همسانی درونی از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد (0.81/α)

پرسشنامه دیگر حاوی مشخصات دموگرافیک با ۳۳ سوال بود. شرط اول شرکت در پژوهش، پس از توجیه طرح و تبیین اهداف و اخذ رضایتنامه از زن و همسر او، در صورت تمایل فرد در پژوهش شرکت داده میشد. به زنان مورد پژوهش اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آنها محرمانه بوده و در صورت تمایل آنها در اختیارشان قرار می گیرد معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ایرانی بودن، حداقل ۳ ماه از آمپول دپو مدروکسی پروژسترون استات استفاده کرده باشند، در وضعیت شیردهی نباشند عدم اعتیاد زنان و همسرانشان به مواد مخدر،

عدم ابتلا زنان و همسرانشان به بیماری روانی شناخته شده، عدم استفاده از داروهای ضد افسردگی توسط زنان و همسرانشان، 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 داده شغل فرد یا همسر وی، رخ نداده باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و رگرسیون لجستیک توسط نرم افزار اس پی اس ۱۶ استفاده شد. در تمام آزمونهای بکار گرفته شده، حداقل سطح معنی داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

۱۲۰ زن شرکت کننده در این پژوهش دارای میانگین سنی ۷/۱۶ ± ۲۸/۶۳ سال بودند. اکثریت زنان (۹۷/۵ درصد) مسلمان و در ۴۶/۶ درصد دارای تحصیلات دبیرستانی بودند. میانگین سن ازدواج زنان ۳/۶ ± ۱۸/۵۵ سال و میانگین مدت ازدواج آنان ۶/۱۵ ± ۱۰/۳۷ سال بود. ۴۰ درصد زنان دچار عوارضی از این روش شده که بیشترین آنها عصبی بودن و سپس قاعدگی نامنظم بوده است. اکثریت زنان (۶۴/۲ درصد) دارای اتاق خواب خصوصی بوده و ۹۹/۲ درصد آنان سیگار نمی کشیدند و ۱۰۰ درصد الکل مصرف نمی کردند. ۱۰۰ درصد آنان فاقد بیماری جسمی و ۹۹/۲ درصد فاقد بیماری روانی بوده و ۹۹/۲ درصد دارو مصرف نمی کردند. از زنان مورد تحقیق خواسته شد به میزان رضایت جنسی خود از ۲۰-۰ نمره دهند. ۸۵/۸ درصد زنان نمره ۲۰-۱۵ را به روابط جنسی خود داده بودند.

عملکرد جنسی زنان استفاده کننده از آمپولهای دپو مدروکسی پروژسترون استات در ۶۰/۸ درصد آنان مطلوب بود. زنان استفاده کننده از آمپولهای دپو مدروکسی پروژسترون استات در حیطة میل ۵۵/۸ درصد، حیطة برانگیختگی ۳۶/۷ درصد، حیطة نرم و خیس شدن واژن ۲۸/۳ درصد، حیطة ارگاسم ۲۰/۸ درصد، حیطة رضایت ۱۴/۲ درصد، حیطة درد ۲۰ درصد نمرات کمتر از ۴ را کسب نموده بودند. توزیع فراوانی مطلق و نسبی حیطة های جنسی در زنان مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. از رگرسیون لجستیک نیز برای ارتباط متغیرها با عملکرد جنسی استفاده شد که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی عملکرد جنسی و حیطة های آن در زنان مورد پژوهش

میانگین و انحراف معیار	جمع		نمرات			حیطه های جنسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$3/65 \pm 1/20$	۱۰۰	۱۲۰	۵۵/۸	۶۷	کمتر از ۴	میل
			۴۴/۲	۵۳	۴-۶	
$4/11 \pm 0/90$	۱۰۰	۱۲۰	۳۶/۷	۴۴	کمتر از ۴	بر انگیزندگی
			۶۳/۳	۷۶	۴-۶	
$4/82 \pm 1/30$	۱۰۰	۱۲۰	۲۸/۳	۳۴	کمتر از ۴	نرم و خیس شدن واژن
			۷۱/۷	۸۶	۴-۶	
$4/83 \pm 1/26$	۱۰۰	۱۲۰	۲۰/۸	۲۵	کمتر از ۴	ارگاسم
			۷۹/۲	۹۵	۴-۶	
$5/01 \pm 1/25$	۱۰۰	۱۲۰	۱۴/۲	۱۷	کمتر از ۴	رضایت
			۸۵/۸	۱۰۳	۴-۶	
$4/91 \pm 1/25$	۱۰۰	۱۲۰	۲۰	۲۴	کمتر از ۴	درد
			۸۰	۹۶	۴-۶	
$29/78 \pm 5/48$	۱۰۰	۱۲۰	۳۹/۲	۴۷	کمتر از ۲۸	عملکرد جنسی کل
			۶۰/۸	۷۳	۲۸-۳۶	

جدول ۲: رگرسیون لجستیک عملکرد جنسی زنان مورد پژوهش با متغیرهای فردی و باروری

P Value	CI	OR	حد پایین	حد بالا	عملکرد جنسی و حیطه های آن
۰/۰۱۸	%۹۵	%۷۵	۰/۰۰۹	۰/۶۴۷	بر انگیزندگی رضایت از روش جلوگیری
۰/۰۴۴	%۹۵	۰/۱۷۲	۰/۰۳۱	۰/۹۵۰	خیس و نرم شدن واژن داشتن بارداری ناخواسته
۰/۰۴۴	%۹۵	۱/۸۶۹	۱/۰۱۸	۳/۴۳۱	ارگاسم مدت ازدواج
۰/۰۱۵	%۹۵	۰/۰۳۴	۰/۰۰۲	۰/۵۱۸	رضایت از روش جلوگیری
۰/۰۳۵	%۹۵	۰/۱۳۶	۰/۰۲۱	۰/۸۷۰	رضایت تحصیلات
۰/۰۲۸	%۹۵	۳/۴۹۹	۱/۱۴۵	۱۰/۶۹۳	سن ازدواج
۰/۰۴۰	%۹۵	۲/۵۱۰	۱/۳۰۲	۴/۸۴۰	خواسته بودن ازدواج
۰/۰۰۴	%۹۵	۹/۷۸۷	۲/۰۸۹	۴۵/۸۳۰	درد وضعیت قاعدگی
۰/۰۰۸	%۹۵	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۲۷۱	رضایت از روش جلوگیری
۰/۰۱۲	%۹۵	۲/۷۸۵	۱/۲۵۴	۶/۱۸۷	عملکرد جنسی وضعیت قاعدگی

بحث

در این پژوهش عملکرد جنسی زنان استفاده کننده از آمپولهای دپو مدروکسی پروژسترون استات در ۶۰/۸ درصد مطلوب بود که با پژوهش Schaffir, et al., (2010) همخوانی دارد اما در تحقیق Rahmani, et al. (2010) ارتباطی بین رضایت جنسی و روشهای جلوگیری از بارداری دیده نشد. در پژوهش Wanyonyi, et al. (۲۰۱۱) نیز ارتباطی بین عملکرد جنسی و استفاده از دپومدروکسی پروژسترون استات مشاهده نشد. عملکرد جنسی با وضعیت قاعدگی ارتباط داشت. یکی از عوارض دپومدروکسی پروژسترون استات بروز خونریزیهای نامنظم است که در تحقیقات de Mello Jacobucci, et al. (۲۰۰۴) و (2006) et al. مشاهده شده است. خونریزیهای نامنظم میتواند سبب تشویش و نگرانی زن شود. Basson (2005) معتقد است که عملکرد جنسی مانند یک چرخه است و عوامل مختلف زیستی و روانی یا به عبارتی عوامل درونی و بیرونی بر آن اثر گذار است. در تحقیق Veisi and Zangeneh (۲۰۱۳) نیز شایعترین عوارض جانبی زنان استفاده کننده از دپومدروکسی پروژسترون استات، تغییرات قاعدگی نام برده شده است. در این مطالعه میانگین نمره حیطه میل جنسی از سایر حیطه های جنسی کمتر بود که با پژوهش Schaffir, et al. (۲۰۱۰) همخوانی دارد. میل غریزه خودانگیخته جنسی است اما باید با یک انگیزش مثبت همراه شود تا اشتیاق به پذیرش جنسی به پذیرش جنسی را در زن بیدار کند. دلایلی که میتوانند سبب این انگیزش شوند عبارتند از میل به ابراز عشق، دریافت و شریک شدن در یک لذت جسمانی، احساس صمیمیت نزدیکتر، خواسته همسر و افزایش بهزیستی خود فرد میباشد. این مرحله میتواند سبب تحریک جنسی شود که در نتیجه یک برانگیختگی ذهنی در زن شکل میگیرد که تحت تاثیر فرآیندهای روانشناختی و زیست شناختی است. اگر این تحریک ادامه پیدا کند، لذت جنسی بیشتر می شود (Aliakbari Dehkordi, 2010). از سوی دیگر این مسئله را باید در نظر داشت که بعلت اثراتی که پروژسترون در استفاده کنندگان از مدروکسی پروژسترون استات بر اپی تلیوم واژن میگذارد، بر تحریک جنسی و بروز مقاربت دردناک موثر است. در استفاده کنندگان از مدروکسی پروژسترون استات میزان استرادیول بطور محسوسی پایین است حتی ممکن است سبب ساپرس استروژن شود (Schaffir, et al., 2010). از سوی دیگر بسیاری از زنان استفاده کننده از مدروکسی پروژسترون استات دچار آمنوره بوده که همین عارضه ممکن است بر میل جنسی و یا لذت جنسی آنها بوسیله بروز

خونریزیهای غیر منتظره اثر گذارد که در مشاوره تنظیم خانواده باید اثرات هورمونی روشها بر عملکرد جنسی و الگوهای قاعدگی مد نظر قرار گیرند. در این پژوهش حیطه برانگیختگی با داشتن رضایت از روش جلوگیری از بارداری ارتباط معنی دار داشت. در پژوهشی دیگر، بیشترین میزان رضایت از روشهای هورمونی جلوگیری از بارداری متعلق به دپومدروکسی پروژسترون استات بود (Fathizadeh, et al., 2011). Basson (۲۰۰۵) معتقد است که اگر تحریکات جنسی مطلوبی توسط زن درک شود و باعث برانگیختگی جنسی او شود، وی در همان زمان آمادگی پذیرش فعالیت جنسی رانیز خواهد داشت. میزان رضایت از روش جلوگیری از بارداری سبب آرامش زن شده و افزایش برانگیختگی جنسی را موجب میشود. حیطه خیس و نرم شدن واژن با داشتن بارداری ناخواسته ارتباط آماری معنی دار داشت. شاید دلیل این مسئله نیز ترس از بارداری ناخواسته باشد. شایان ذکر است که زنانی که ترس از حاملگیهای ناخواسته ندارند ممکن است از ارتباطات جنسی لذت بیشتری ببرند و نمره بیشتری در عملکرد جنسی کسب نمایند (Schaffir, et al., 2010). حیطه ارگاسم با مدت ازدواج و میزان رضایت از روش جلوگیری از بارداری ارتباط آماری معنی داری داشت. در مطالعه Rahmani, et al., (2010) نیز افزایش مدت ازدواج سبب بهتر شدن عملکرد و رضایت جنسی شده بود اما در مطالعه Asghari Roodsari, et al. (2005) چنین ارتباطی مشاهده نشد. در پژوهش Goshtasbi, et al. (2008) نیز روشهای جلوگیری از بارداری با تجربه نرسیدن به اوج لذت جنسی دارای ارتباط آماری معنی داری بود. زنان به علت دیرتر رسیدن به ارگاسم نسبت به مردان و نیز به علت عدم بیان ناراضی خود، بیشتر مشکلات ناشی از اختلالات جنسی را تجربه می کنند (Korda, 2008, Biddle, et al., 2009). حیطه رضایت جنسی با افزایش تحصیلات و سن ازدواج و خواسته بودن ازدواج ارتباط آماری معنی داری داشت. در مطالعات گوناگون محققین ارتباط آماری معنی دار بین مدت ازدواج، میزان تحصیلات و روشهای جلوگیری از بارداری با عملکرد جنسی نامطلوب مشاهده نکردند (Oksuz and Malhan, 2006). Rafatmah, et al., 2011). اما Cayan, et al. (۲۰۰۳) بین اختلال عملکرد جنسی و تحصیلات پایین ارتباط معنی دار مشاهده شد. محققین پیشنهاد میکنند برای ارائه روشهای جلوگیری از بارداری افزایش میزان آگاهی مددجو در مورد عوارض جانبی آن روش ضروری است. آگاهی میتواند تاثیر عوارض جانبی روشها را کاهش دهد (Littlejohn, 2012) حیطه درد با وضعیت قاعدگی و میزان رضایت از روش جلوگیری از بارداری ارتباط معنی

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان از اعتیاد زنان مورد پژوهش یا همسران آنها به الکل، سیگار و مواد مخدر که ممکن است به دلایل فرهنگ و اجتماع، بان نشده باشد، شرم و حیای زنان مورد پژوهش در مورد اظهار مسائل جنسی و عدم اطلاع از اختلالات جنسی همسر نام برد.

نتیجه گیری

تغییرات قاعدگی در زنان استفاده کننده از آمپول‌های دیپو مدروکسی پروژسترون استات، سبب عملکرد جنسی نامطلوب است کارکنان بهداشتی باید در هنگام معرفی روش‌های هورمونی جلوگیری از بارداری بر عوارض جانبی آنها و تاثیرات احتمالی آن بر عملکرد جنسی تاکید نموده تا علاوه بر پیشگیری از پیامدهای منفی مثل بروز بارداری ناخواسته با افزایش آگاهی سبب ارتقای کیفیت روابط جنسی و رضایتمندی جنسی بیشتر شوند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب شماره ۳۱۲/۷۷۰ مورخه ۹۱/۱۱/۸ معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران می‌باشد. پژوهشگران مراتب سپاس و تشکر خود را معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و کلیه زنان شرکت کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

دار داشت. برخی محققین اظهار می‌دارند رضایت از روش‌های هورمونی جلوگیری از بارداری متاثر از آگاهی از عوارض جانبی و ترس از بروز بارداری است (Fathizadeh, et al., 2011).

عملکرد جنسی فرآیندی بسیار پیچیده بوده و تحت تاثیر عوامل متعدد از جمله شرایط زندگی فرد، روابط بین فردی او و شرایط فرهنگی قرار دارد (Sadock, et al., 2007). Berek and Novak (2012) بیان می‌کند که، پاسخ جنسی توسط واسطه‌ها ی پیچیده عوامل روانی، اجتماعی و محیطی و بیولوژیک (هورمونی، عروقی، عضلانی و عصبی) صورت می‌گیرد.

در این پژوهش اکثر حیطه های جنسی با وضعیت قاعدگی و میزان رضایت از دیپو مدروکسی پروژسترون استات ارتباط داشت. گر چه در مطالعات Hassanzadeh, et al (۲۰۱۲) و Korda (۲۰۰۸) بیشترین و مهمترین علت قطع دیپو مدروکسی پروژسترون استات تغییرات قاعدگی و لکه بینی است اما باید به این نکته نیز توجه داشت که تغییرات قاعدگی در بسیاری از زنانی که قاعدگی را نشانه سلامت میدانند، بیشترین اهمیت را در برخورد با عوارض آن دارد. (Clayton, 2003). علی‌رغم مطالعات گوناگون، هنوز مکانیسم‌های بروز اختلالات جنسی در روش‌های جلوگیری از بارداری هورمونی ناشناخته بوده و قادر به پیش بینی آنها برای همه زنان نیستیم (Bancroft, et al., 2003). آنچه مسلم است طبق حقوق باروری، زنان حق دارند که یک رابطه جنسی ایمن و لذت بخش را تجربه کنند.

REFERENCES

- Aliakbari Dehkordi M (2010) [Relationship between women sexual function and marital adjustment]. Journal of Behavioral Sciences. 4 (3) 11-12. (Persian)
- Asghari Roodsari A, Khademi A, Hamed E A, Tabatabaifan S L and Alleyassin A (2005) Female sexual dysfunction in married medical students. McGill Journal of Medicine. 8 (2) 104 .
- Bancroft J, Loftus J and Long J S (2003) Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. Archives of sexual behavior. 32 (3) 193-208 .
- Basson R (2005) Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. Canadian Medical Association Journal. 172 (10) 1327-1333 .
- Berek J S and Novak E (2012) Berek & Novak's gynecology. 15th edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins).
- Biddle A K, West S L, D'Aloisio A A, Wheeler S B, Borisov N N and Thorp J (2009) Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 12 (5) 763-72 .
- Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, lent u, Acar D, Ulusoy E and ment u (2003) The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urologia internationalis. 72 (1) 52-57 .
- Clayton A H (2003) Sexual function and dysfunction in women. The Psychiatric clinics of North America. 26 (3) 673-82 .

- Cunningham F G and Williams J W (2010) Williams obstetrics. 23rd ed. / [edited by] F. Gary Cunningham ... [et al.]. edition. New York, McGraw-Hill Medical ; London : McGraw-Hill [distributor]).
- Davis A R and Castano P M (2004) Oral contraceptives and libido in women. Annual review of sex research. 15 297-320 .
- de Cetina T E C, Luna M O, Canto J A C and Bassol S (2004) Menstrual pattern and lipid profiles during use of medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate and NET-EN (200 mg) as contraceptive injections. Contraception. 69 (2) 115-119 .
- de Mello Jacobucci M S B, Guazzelli C A F, Barbieri M, Araújo F F and Moron A F (2006) Bleeding patterns of adolescents using a combination contraceptive injection for 1 year. Contraception. 73 (6) 594-597 .
- Fathizadeh N, Abdi F and Savabi M (2011) A comparative study on satisfaction from hormonal contraceptives: depot medroxyprogesterone acetate (DMPA), Cyclofem and LD. Iranian journal of nursing and midwifery research. 16 (4) 304-8 .
- Foroutan S and Jadid Milani M (2008) [The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested]. Daneshvar Medicine. 16 (78) 39-44. (Persian)
- Gelder M G, Mayou R, Gelder M G C O t o p and Geddes J M D (1999) Oxford core texts psychiatry. N. Pourafkary. 2nd ed. / Michael Gelder, Richard Mayou, John Geddes. edition. Tehran, Golban Medical Publication.(Persian)
- Gold M A and Bachrach L K (2004) Contraceptive use in teens: A threat to bone health? Journal of Adolescent Health. 35 (6) 427-429 .
- Goldstein J, Cushman M, Badger G J and Johnson J V (2007) Effect of depomedroxyprogesterone acetate on coagulation parameter: a pilot study. Fertility and sterility. 87 (6) 1267-70 .
- Gonzalez M, Viafara G, Caba F and Molina E (2004) Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). Maturitas. 48 (4) 411-20 .
- Goshtasbi A, Vahdaninia M A S, Rahimi Foroushani A and Mohammadi A (2008) [Reproductive correlates of female sexual dysfunctions in kohgilouyeh- boyerahmad province: A population-based study]. Payesh Journal. 7 (1) 67-73. (Persian)
- Hassanzadeh R, Kamalifard M, Bazargani H and Charandabi S (2012) Comparison of Continuation Rates and Reasons of Discontinuation for Cyclofem and Depot-medroxyprogesterone acetate in Rural Areas of East Azerbaijan Province, Iran. Journal of Family and Reproductive Health. 6 (1) 23-27 .
- Hubacher D, Lopez L, Steiner M J and Dorflinger L (2009) Menstrual pattern changes from levonorgestrel subdermal implants and DMPA: systematic review and evidence-based comparisons. Contraception. 80 (2) 113-118 .
- Jahanfar S and Molaenezhad M (2005) [Textbook of sexual disorders]. 2nd edition. Tehran, Bizheh & Salemi publication.(Persian)
- Jha S and Thakar R Female sexual dysfunction. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 153 (2) 117-123 .
- Jiann B P, Su C C, Yu C C, Wu T T and Huang J K (2009) Risk factors for individual domains of female sexual function. The journal of sexual medicine. 6 (12) 3364-3375 .
- Korda J B (2008) [Female sexual dysfunction]. Der Urologe. 47 (1) 77-89; quiz 90-1. (German)
- Lewis R W, Fugl-Meyer K S, Bosch R, Fugl-Meyer A R, Laumann E O, Lizza E and Martin-Morales A (2004) Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. The journal of sexual medicine. 1 (1) 35-39 .
- Littlejohn K E (2012) Hormonal contraceptive use and discontinuation because of dissatisfaction: differences by race and education. Demography. 49 (4) 1433-1452 .
- Nik-Azin A, Nainian M R, Zamani M, Bavojdani M R, Bavojdani M R and Motlagh M J (2013) Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnant women. Journal of family & reproductive health. 7 (4) 171-6 .
- Ojanlatva A, Mäkinen J, Helenius H, Korkeila K, Sundell J and Rautava P (2006) Sexual activity and perceived health among Finnish middle-aged women. Health and quality of life outcomes. 4 .^{۲۹} (۱)
- Oksuz E and Malhan S (2006) Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. The Journal of urology. 175 (2) 654-8; discussion 658 .
- Panzer C, Wise S, Fantini G, Kang D, Munarriz R, Guay A and Goldstein I (2006) Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine. 3 (1) 104-13 .

- Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C and Madersbacher S (2005) Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European urology*. 47 (3) 366-74; discussion 374-5 .
- Prabhakaran S (2008) Self-administration of injectable contraceptives. *Contraception*. 77 (5) 315-7 .
- Rafatmah A, Nazari M A and Nasrollahi B (2011) The relationship between sexual variety-seeking and marital satisfaction among available couples. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 30 1381-1384 .
- Rahmani A, Safavi S, Jafarpoor M and Merghati-Khoei E A (2010) [The relation of sexual satisfaction and demographic factors]. *Iran Journal of Nursing*. 23 (66) 14-22. (Persian)
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D and D'Agostino R, Jr. (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*. 26 (2) 191-208 .
- Rowland D and Incrocci L (2008) *Handbook of sexual and gender identity disorders*. edition. Hoboken, N.J., John Wiley & Sons).
- Sadock B J, Kaplan H I and Sadock V A (2007) *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. / Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock. edition. Philadelphia ; London, Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins).
- Schaffir J A, Isley M M and Woodward M (2010) Oral contraceptives vs injectable progestin in their effect on sexual behavior. *American journal of obstetrics and gynecology*. 203 (6) 545. e1-545. e5 .
- Segraves R T (2002) Female sexual disorders: psychiatric aspects. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 47 (5) 419-25 .
- Sepahriyan F (2001) [Preliminary study of factors on Divorce]. *Journal of Mental Health*. 6 17-29. (Persian)
- Veisi F and Zangeneh M (2013) Comparison of Two Different Injectable Contraceptive Methods: Depot-medroxy Progesterone Acetate (DMPA) and Cyclofem. *Journal of family & reproductive health*. 7 (3) 109-13 .
- Wanyonyi S Z, Stones W R and Sequeira E (2011) Health-related quality of life changes among users of depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception*. 84 (5) e17-e22 .
- Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Höglund M, Johansson A, Vikström N and Sandnabba N K (2008) Evaluation of the Female Sexual Function Index in a population based sample from Finland. *Archives of sexual behavior*. 37 (6) 912-924 .

Sexual function in women using Depo- medroxy Progesterone Acetate (DMPA)

Dolatian M¹, Sheikhan Z^{2*}, Simbar M³, Ozgoli G¹, Noori M⁴, Nasiri M⁵, Khoramabadi M², Kavousi F⁶

¹ Assistant professor , Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² M.Sc, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Associate professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ Ph.D Biostatistics, Department of Biostatistics, Faculty of Paramedic, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

⁶ B.S Midwifery, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

■ Corresponding author: zsheikhan@gmail.com

Abstract

Background and aim: Sexuality is an important aspect of quality of life that affects both physical and psychological aspects. Sexual relationship is central to quality of women's life, and reflects her psychosocial and life aspects. Different factors such as health, emotional problems, stress, and hormones affect sexual function. Some reports reveal the effect of hormones, and conversely, some report lack of effect. This study aimed to assess sexual function of women using DMPA presenting to health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran, Iran in 2013

Methods and material : This descriptive study was conducted on 120 women in health centers in Tehran, Iran. They were selected by multistage sampling. A questionnaire completed by interviewing was used for data collecting. 3 parts were included in the questionnaire: demographic characteristic, and Female Sexual Function Index (FSFI). Data was analyzed by SPSS 16 and Different statistical tests were used. (P<0. 05)

Result: Mean age of women was 28. 63±7. 16 years. Women use DMPA had favorite sexual function (60. 8%). Logistic regression showed women with regular menstruation had favorite sexual function than others (P<0. 05) .

Conclusion: Menstrual patterns was significantly associated with sexual function. While introducing hormonal contraceptive methods, health workers should emphasize their adverse effects such as menstrual patterns on sexual function.

Key word: Sexual function, Depo-medroxy Progesterone Acetate, Prevalence, Iran.

