

ارتباط خودپنداره جنسی با پریشانی جنسی در زنان متاهل مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۶

فاطمه زارعی محمودآبادی^۱، شایسته صالحی^{۲*}، مهسالسادات موسوی^۳

مقاله پژوهشی

مقدمه: شیوع مشکلات جنسی در بین زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در سراسر جهان بالا است. اختلال عملکرد جنسی یکی از فاکتورهای روانشناختی موثر بر عملکرد جنسی خودپنداره نامیده می شود. این مطالعه به منظور بررسی ارتباط خودپنداره جنسی با پریشانی جنسی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شد.

روش بررسی: مطالعه توصیفی همبستگی حاضر بر روی ۱۱۵ نفر از زنان متاهل مبتلا به مولتیپل اسکروزیس که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند انجام شد. جامعه پژوهش حاضر شامل زنان متاهل مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۶ بود. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش نامه های چندوجهی خودپنداره جنسی و نسخه کوتاه پرسش نامه پریشانی جنسی دروگاتیس بود. داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS Inc., Chicago, IL; version 16 و آزمون های تی مستقل، من-ویتنی، کروسکال-والیس و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد میانگین نمره خودپنداره جنسی مثبت $30/30 \pm 94/62$ ، میانگین نمره خودپنداره جنسی منفی $10/89 \pm 29/57$ ، میانگین نمره خودپنداره جنسی موقعیتی $12/58 \pm 36/91$ و میانگین نمره پریشانی جنسی $13/18 \pm 13/82$ بود. هم چنین بین خودپنداره جنسی مثبت زنان متاهل و پریشانی جنسی رابطه معکوس و معنادار ($p < 0/05$) و بین خودپنداره جنسی منفی و پریشانی جنسی رابطه مستقیم و معناداری وجود داشت ($p < 0/05$). ولی بین خودپنداره جنسی موقعیتی و پریشانی جنسی رابطه معناداری وجود نداشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس با خودپنداره جنسی مثبت پریشانی جنسی کمتری را تجربه می کنند. در نتیجه خودپنداره جنسی می تواند پریشانی جنسی را در زنان پیش بینی کند.

واژه های کلیدی: خودپنداره جنسی، پریشانی جنسی، مولتیپل اسکروزیس، زنان متاهل

ارجاع: زارعی محمودآبادی فاطمه، صالحی شایسته، موسوی مهسالسادات. ارتباط خودپنداره جنسی با پریشانی جنسی در زنان متاهل مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۶. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۸): ۴۵-۱۸۳۵

- ۱-دانشجوی کارشناس ارشد سلامت جامعه، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 - ۲-دانشیار، مدیریت آموزشی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 - ۳-استادیار، بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
- * (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۳۱۳۵۰۰۲۱۷۰، پست الکترونیکی: salehi@nm.mui.ac.ir، صندوق پستی: ۸۱۵۵۱۳۹۹۹۸

مقدمه

فعالیت جنسی بخش مهمی از زندگی زناشویی و در خانواده یک فرایند لذت‌بخش و آرام‌بخش است. در حالی که ۳۰ درصد جدایی و طلاق زوجین به علت عدم توافق آن‌ها بر سر مسائل مقاربتی و زناشویی می‌باشد. لذا رضایت از رابطه جنسی، ارتباط تنگاتنگی با رابطه کلی زوجین دارد (۱). ارتباطات جنسی همسران فرآیندی دوطرفه است که هرگونه اختلال در آن می‌تواند زمینه‌ای برای بروز مشکلات و متزلزل شدن کانون خانواده باشد (۲). اختلال در کارکرد جنسی می‌تواند سبب ناراحتی شدید فرد شده و بر کیفیت زندگی و ارتباطات فرد تاثیر منفی بگذارد. آمارهای موجود بیانگر آن است که حدود ۱۹ تا ۴۵ درصد از زن‌ها حداقل از یک مشکل جنسی رنج می‌برند (۳). بیماری‌ها به دلیل تحلیل قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیت‌های روزمره، بستری شدن بیمار و بالاخره افسردگی ناشی از بیماری می‌توانند عامل مهمی در ایجاد مشکلات جنسی باشند (۴). بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری عصبی با علت ناشناخته است که سیستم اعصاب مرکزی یعنی مغز و نخاع را درگیر می‌کند و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک بوده که عمدتاً در بالغین جوان و به‌طور شایع‌تر در زنان بروز می‌کند (۵). شیوع مشکلات جنسی در بین زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در سراسر جهان بالا است (۶). یکی از فاکتورهای روانشناختی موثر بر عملکرد جنسی خودپنداره نامیده می‌شود. ارزشیابی کلی فرد از شخصیت خود را خودپنداره می‌نامند؛ یا به عبارت دیگر درک فرد از تمایلات و گرایشات جنسی همان خودپنداره جنسی است (۷). خودپنداره جنسی جزء بزرگی از سلامت جنسی است و هسته تمایلات جنسی فرد را تشکیل می‌دهد. هم‌چنین یک پیش‌گویی‌کننده مهمی از رفتارهای جنسی است که می‌تواند بر روی سلامت جنسی و روحی فرد تاثیر بگذارد (۸). مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که بین رفتارهای جنسی انسان و خودپنداره جنسی ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. خودپنداره از دوران نوجوانی وجود داشته و شروع به شکل‌گیری می‌کند و این وضعیت باور افراد در مورد رفتارهای

جنسی آن‌ها را مشخص می‌کند (۹). عملکرد جنسی یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی برای بیشتر زنان است (۱۰). اختلال عملکرد جنسی به معنی بخشی از عملکرد جنسی معیوب است که سبب پیشانی جنسی می‌شود و توسط عوامل زیستی، روانشناختی و فعل و انفعالات اجتماعی و عوامل تاثیرات منفی روی انسان می‌گذارند مشخص می‌شود (۱۱). تشخیص عدم عملکرد جنسی در زنان به‌طور متداول پیشانی جنسی است (۱۲). مشکلات مربوط به میل و ارگاسم بیشترین شیوع را در میان اختلالات عملکرد جنسی دارند که با پیشانی جنسی ارتباط دارند (۱۳). هم‌چنین اختلال عملکرد جنسی در زنان شایع است و می‌تواند اثرات زیان‌باری بر روی کیفیت زندگی آنان بگذارد. پیشانی افراد وابسته به عملکرد جنسی است که در ۲۶ درصد از زنان گزارش شده است (۱۴). با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت اختلالات جنسی به عنوان یکی از عوامل طلاق و پاشیدگی بنیان خانواده (۱۵)، ناتوانی جنسی در زنان کانون پژوهش‌های پزشکی است که مطالعات کمی علت، شیوع و عوامل مرتبط با فعالیت جنسی را در زنان توصیف کرده‌اند (۱۶). با توجه به اینکه تحقیق و پژوهش در حیطه سلامت جنسی در ایران هنوز حیطه‌ای نوپاست (۷) و هم‌چنین با توجه به این‌که یکی از نقش‌های ما به عنوان پرستار سلامت جامعه بررسی مشکلات موجود در خانواده‌ها به‌ویژه خانواده‌های دارای مشکلات روحی و جسمی زیاد می‌باشد، هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه خودپنداره جنسی با پیشانی جنسی در زنان متاهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید صدوقی یزد بود.

روش بررسی

پس از کسب مجوز از دانشکده پرستاری و مامایی و معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان و کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد شروع به اجرای پژوهش در انجمن ام‌اس بیمارستان شهید صدوقی یزد واقع در درمانگاه بقایی نمودیم. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ۱۸ تا ۵۰ ساله متاهل مراجعه‌کننده به

بومی یزد بودن، رضایت داشتن برای شرکت در مطالعه و داشتن توانایی خواندن و نوشتن، و نداشتن چاقی (شاخص توده بدنی < 30) معیارهای ورود به مطالعه بودند. اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری تا قبل از تجزیه و تحلیل اطلاعات و پاسخ دادن به طور ناقص به پرسش‌نامه‌ها معیارهای خروج از مطالعه بودند. در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

برای بررسی متغیر خودپنداره جنسی از پرسش‌نامه خودپنداره جنسی که در سال ۱۹۹۵ توسط اسنل طراحی شده و در ایران توسط رضایی و همکاران (۱۳۹۱)، روایی و پایایی آن تایید شده است استفاده شد که جنبه‌های شناختی (پنداشت فرد از خود جنسی و هیجانی، افسردگی جنسی و انگیزه جنسی) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۹). آلفای کرونباخ این ابزار طی پژوهش‌های متعدد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۴ متغیر بوده است که در نسخه ایرانی آن ۲۲ سوال با امتیاز موثر کمتر از ۱/۵ و اعتبار محتوای کمتر از ۰/۷۰ حذف شده‌اند. بنابراین دو حیطه کنترل بیرونی مسائل جنسی و شانس کنترل جنسی حذف شده است. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی عینی است که نسخه فارسی آن ۷۸ سوال و ۱۸ حیطه دارد. سوالات در مقیاس لیکرت از صفر (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. حیطه‌ها به حیطه‌های بزرگتری به نام خودپنداره جنسی منفی، خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی موقعیتی تقسیم‌بندی می‌شوند. در این ابزار ۴ عبارت به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. هر حیطه از ۳ تا ۵ گویه تشکیل شده است. گویه‌های متعلق به هر حیطه در سراسر پرسش‌نامه توزیع شده‌اند (۷). امتیاز هر یک از این ۳ بعد کلی از جمع امتیازات زیر مقیاس‌های تشکیل‌دهنده آن ایجاد می‌شود. به این صورت که بعد منفی در برگزیده حیطه‌های اضطراب، ترس، نظارت و افسردگی جنسی می‌باشد و امتیاز آن از مجموع امتیازات فرد در حیطه‌های مذکور به‌دست آمده است. خودپنداره مثبت در برگزیده حیطه‌های خوش‌بینی، خودکارآمدی، هوشیاری، اجتناب، عزت‌نفس،

بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۱۱۰۰ نفر بوده‌اند. در این مطالعه روش نمونه‌گیری به صورت اتفاقی و به روش در دسترس است و با احتساب ۱۰٪ ریزش ۱۲۰ نمونه که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. به این ترتیب که پژوهشگر هر روز صبح در محیط پژوهش حاضر شده و بیماران که معیار ورود به مطالعه داشتند را انتخاب و با اخذ رضایت آگاهانه از آنان و توضیحات لازم پرسش‌نامه در اختیار آنان قرار می‌گرفت و در نهایت با کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های مخدوش تعداد ۱۱۵ بیمار زن مبتلا به مولتیپل اسکلوئوسیس وارد مطالعه شدند. برای محاسبه حجم نمونه مورد نیاز در تعیین ضریب همبستگی ساده بین خودپنداره جنسی و پریشانی جنسی در سطح خطای $\alpha = 0.05$ و توان آزمون ۸۰ درصد ($\beta = 0.2$) و مقدار ضریب همبستگی 0.25 در آزمون $p = 0$ در مقابل $p = r \neq 0$ از فرمول:

$$C(r) = \frac{1}{2} \log_{\frac{1+r}{1-r}}$$

$$N = \left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{C(r)} \right)^2 + 3$$

بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از انجمن تعداد کل افراد انجمن ۱۱۰۰ نفر بوده که طبق گزارش چوب‌فروش‌زاده و همکاران ۵۷٪ جامعه را زنان تشکیل داده‌اند (۱۷). بنابراین جامعه مورد بررسی در این تحقیق حدود ($N = 630$) در نظر گرفته شد. و با اعمال ضریب تصحیح حجم نمونه برای جامعه محدود $\left(\sqrt{\frac{N-n}{N-1}} \right)$ تعداد نمونه برابر $N \approx 111$ و $n = 110$ بود. داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، متاهل بودن (سابقه حداقل ۲ سال زندگی زناشویی)، نداشتن هیچ‌گونه بیماری جسمی و روانی شدید و تشخیص داده شده مثل دیابت، فشارخون، سرطان، نارسایی کلیه، بیماری قلبی و افسردگی، گذشتن حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، عدم بارداری (۳ ماه از زایمان فرد گذشته باشد) تک‌همسری شوهر، عدم مواجهه با بحران‌های شدید چون مرگ نزدیکان در ۶ ماه اخیر، نداشتن سابقه جراحی سینه یا رحم یا برداشتن روده، عدم اعتیاد به مواد مخدر یا الکل (هم زن و هم شوهر)، عدم مصرف داروهای روانی و جسمی (به‌جز داروهای مصرفی در مورد درمان بیماری)،

درصد و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS Inc., Chicago, IL; version 16 انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تصویب شده است (کد اخلاق IR.SSU.REC.1396.70).

نتایج

یافته‌ها نشان داد که طیف سنی ۴۰-۳۱ ساله دارای بیشترین فراوانی بوده‌اند (۴۰/۹٪). در بین زنان حاضر در نمونه ۶۰/۹٪ دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۷۹/۱٪ خانه‌دار و ۹۵/۷٪ از قوم فارس بوده‌اند. طول مدت بیماری در ۴۰٪ از افراد نمونه بین ۱ تا ۵ سال بوده و میانگین مدت بیماری $4/49 \pm$ ۶/۱۱ سال مشاهده گردید. میانگین نمره خودپنداره جنسی مثبت $30/30 \pm 94/62$ در محدوده ۲۸ تا ۱۶۰ بود. امتیازات بعد منفی خودپنداره جنسی در زنان در محدوده ۱۳ تا ۶۶ با میانگین $10/89 \pm 29/57$ و امتیازات بعد موقعیتی خودپنداره جنسی در محدوده ۹ تا ۷۰ با میانگین $12/58 \pm 36$ بوده است. میانگین نمره پیشانی جنسی در محدوده ۰ تا ۵۲ با میانگین $13/82 \pm 13/18$ بوده است.

بر اساس یافته‌های جدول ۲، و طبق نتایج محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، رابطه معکوس و معناداری بین خودپنداره جنسی مثبت و پیشانی جنسی ($r = -0/226, p < 0/05$) وجود دارد. به‌طوری‌که هر چه میزان خودپنداره جنسی مثبت در زنان مبتلا به ام‌اس بیشتر بوده میزان پیشانی جنسی در آنان کمتر بوده است و برعکس. به‌علاوه رابطه مستقیم و معناداری بین خودپنداره جنسی منفی و پیشانی جنسی ($r = 0/460, p < 0/05$) وجود دارد. به‌طوری‌که هر چه میزان خودپنداره جنسی منفی در زنان مبتلا به ام‌اس بیشتر بوده میزان پیشانی جنسی در آنان بیشتر بوده است و برعکس. بین خودپنداره جنسی موقعیتی و پیشانی جنسی رابطه معناداری مشاهده نشد ($r = -0/123, p < 0/05$).

رضایت، پیشگیری، مدیریت، کنترل درونی، و خودسرزنشی در مشکلات جنسی است و از مجموع امتیازات فرد در حیطه‌های مذکور به‌دست آمده است. خودپنداره موقعیتی شامل حیطه‌های اشتیاق، قاطعیت، انگیزه و الگوهای فردی جنسی است که از مجموع امتیازات فرد در حیطه‌های مذکور به‌دست آمده است (۱۸).

پرسش‌نامه پیشانی جنسی

این پرسش‌نامه ۱۳ سوالی برای ارزیابی پیشانی جنسی زنان ساخته شده است و عبارات آن بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود (صفر=هرگز، ۱=به ندرت، ۲=گاه‌گاهی، ۳=مکرراً، ۴=همیشه). نمره کل این مقیاس از جمع نمرات همه عبارات حاصل می‌شود. نمره کلی در دامنه صفر تا ۵۲ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده پیشانی جنسی بیشتر است. این پرسش‌نامه توسط دروگاتیس و همکاران برای ارزیابی پیشانی مرتبط با مسائل جنسی طراحی و ساخته شده که در ایران قسامی ضرایب آلفای آن را ۰/۹۴ و ضرایب بازآزمایی آن را ۰/۸۹ به‌دست آورد (۱۹) گزینه‌های پاسخ‌دهی برای پرسش‌ها به‌صورت زیر است:

-هیچ -خیلی کم -برخی اوقات -بیشتر اوقات -همیشه این پژوهش همانند دیگر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله تفاوت‌های فردی، خصوصیات روانی و ویژگی‌های شخصیتی و خانوادگی بر پاسخ به سوالات تاثیرگذار بود که این موضوع خارج از کنترل پژوهش‌گر بود. به‌دلیل این‌که پژوهش در مورد خصوصی‌ترین مساله زندگی واحدهای پژوهش بود امکان این وجود داشت که احساسات آزمودنی در پاسخ به سوالات تاثیرگذار باشد.

تجزیه و تحلیل آماری

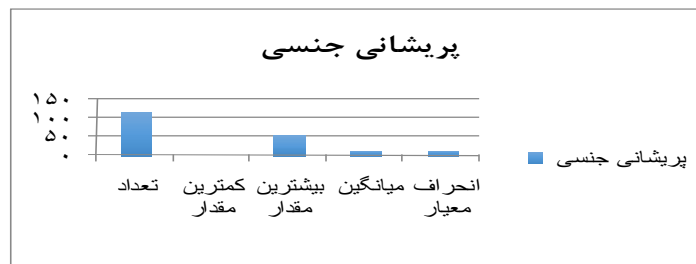
تجزیه و تحلیل اطلاعات در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی و در سطح استنباطی از آزمون‌های تی مستقل، من‌ویتنی، کروسکال‌والیس و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد. آزمون‌ها در سطح خطای ۵

خودپنداره توان پیش‌بینی کافی را ندارد ($p < 0/05$). هم‌چنین با توجه به مقادیر t و سطوح معناداری این متغیرها می‌توان قضاوت کرد که متغیر خودپنداره مثبت به شکل معکوس و متغیر خودپنداره منفی به صورت مستقیم با نمرات پریشانی جنسی رابطه دارند و سهم بعد منفی خودپنداره در پیش‌بینی نمرات پریشانی جنسی نسبت به بعد مثبت بیشتر بوده است. به‌طوریکه با افزایش یک واحد در امتیاز بعد منفی مقدار پریشانی جنسی به اندازه $0/651$ واحد افزایش خواهد داشت و با افزایش یک واحد در امتیاز بعد مثبت مقدار پریشانی جنسی به اندازه $0/232$ واحد کاهش خواهد داشت.

براساس نتایج جدول ۳، با توجه به مقدار F مشاهده شده، معنادار بودن پیش‌بینی امتیاز پریشانی جنسی بر اساس ابعاد مثبت، منفی و موقعیتی خودپنداره در سطح $p < 0/05$ تأیید می‌شود. مجذور رگرسیون یا توان ۲ آن برابر با $0/470$ می‌باشد؛ به عبارت دیگر حدود $0/47\%$ واریانس نمره پریشانی جنسی، ناشی از امتیازات سه بعد خودپنداره جنسی بوده است و درصد باقیمانده، مربوط به سایر عوامل خواهد بود. بر اساس نتایج جدول ۴، می‌توان گفت در بین سه بعد خودپنداره، دو بعد مثبت و منفی توان پیش‌بینی متغیر پریشانی جنسی را دارند ($p < 0/05$)؛ اما بعد موقعیتی

جدول ۱: میانگین امتیازات واحدهای پژوهش از پرسش‌نامه پریشانی جنسی

| متغیر | تعداد | کمترین مقدار | بیشترین مقدار | میانگین | انحراف معیار |
|--------------|-------|--------------|---------------|---------|--------------|
| پریشانی جنسی | ۱۱۵ | ۰/۰۰ | ۵۲/۰۰ | ۱۳/۸۱ | ۱۳/۸۲ |

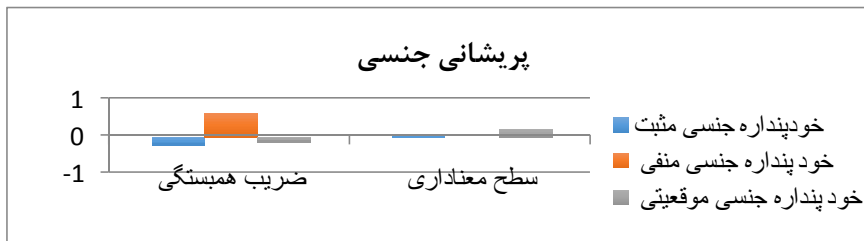


نمودار ۱: امتیازات واحدهای پژوهش از پرسش‌نامه پریشانی جنسی

جدول ۲: بررسی رابطه ابعاد مثبت، منفی و موقعیتی خودپنداره جنسی با پریشانی جنسی

| پریشانی جنسی | ضریب همبستگی | خودپنداره جنسی مثبت | خودپنداره جنسی منفی | خودپنداره جنسی موقعیتی |
|--------------|--------------|---------------------|---------------------|------------------------|
| تعداد | ۱۱۵ | ۱۱۵ | ۱۱۵ | ۱۱۵ |
| ضریب همبستگی | $-0/226^*$ | $0/660^*$ | $-0/123$ | $-0/123$ |
| سطح معناداری | $0/015$ | $0/000$ | $0/189$ | $0/189$ |

ضریب همبستگی پیرسون

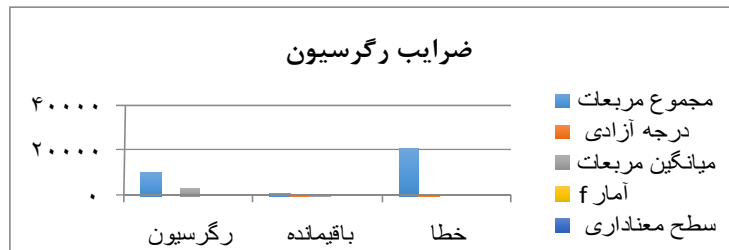


نمودار ۲: بررسی رابطه‌های ابعاد مثبت، منفی و موقعیتی خودپنداره جنسی با پریشانی جنسی

جدول ۳: تحلیل واریانس مدل رگرسیون نمرات پریشانی جنسی بر روی ابعاد مثبت، منفی و موقعیتی خودپنداره

| منبع تغییر | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | سطح معناداری |
|------------|--------------|------------|----------------|---------|--------------|
| رگرسیون | ۱۰۲۲۲/۷۹۲ | ۳ | ۳۴۰۷/۵۹۷ | ۳۲/۷۴۷ | <۰/۰۰۱ |
| باقیمانده | ۱۱۵۵۰/۳۷۳ | ۱۱۱ | ۱۰۴/۰۵۷ | | |
| خطا | ۲۱۷۷۳/۱۶۵ | ۱۱۴ | | | |

متغیر وابسته: پریشانی جنسی، $R^2=۰/۴۷۰$

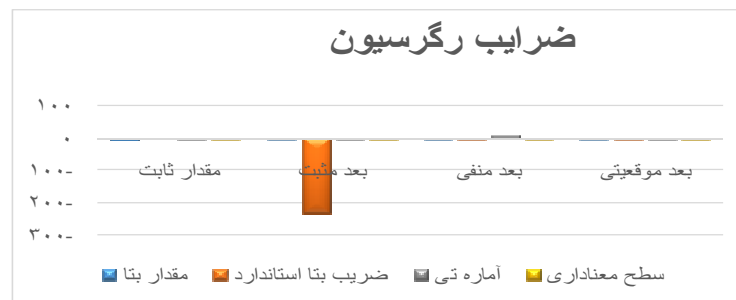


نمودار ۳: تحلیل واریانس مدل رگرسیون نمرات پریشانی جنسی بر روی ابعاد مثبت، منفی و موقعیتی خود پنداره

جدول ۴: جدول ضرایب رگرسیون نمرات پریشانی جنسی بر روی ابعاد مثبت، منفی و موقعیتی خودپنداره

| متغیر | مقدار بتا | ضریب بتا استاندارد | آماره تی | سطح معناداری |
|-------------|-----------|--------------------|----------|--------------|
| مقدار ثابت | -۵/۳۰۹ | | -۱/۱۸۵ | ۰/۲۳۹ |
| بعد مثبت | -۰/۱۰۶ | -۰/۲۳۲ | -۲/۶۰۹ | ۰/۰۱۰ |
| بعد منفی | ۰/۸۲۶ | ۰/۶۵۱ | ۹/۳۴۹ | <۰/۰۰۱ |
| بعد موقعیتی | ۰/۱۱۱ | ۰/۱۰۱ | ۱/۱۳۰ | ۰/۲۶۱ |

متغیر وابسته: پریشانی جنسی



نمودار ۴: ضرایب رگرسیون نمرات پریشانی جنسی بر روی ابعاد مثبت، منفی و موقعیتی خودپنداره.

باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر گرگان انجام شده بود نتایج نشان داد که واحدهای پژوهش بیشترین امتیاز را از رضایت جنسی و کمترین امتیاز را از اضطراب جنسی کسب کردند (۲۱). این نتایج با مطالعه حاضر از این جهت همسو است که واحدهای پژوهش در هر دو مطالعه بیشترین امتیاز را از یکی از اجزاء بعد مثبت خودپنداره و کمترین امتیاز را از یکی از اجزاء بعد منفی خودپنداره کسب کردند و از این جهت غیر

بحث

از این نتایج می‌توان دریافت که واحدهای پژوهش بیشترین امتیاز را از انگیزه برای اجتناب از روابط جنسی پرخطر و کمترین امتیاز را از افسردگی جنسی و نظارت و پایش جنسی کسب کردند که با مطالعه ضیایی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است (۲۰). در مطالعه ضیایی و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی رابطه خودپنداره جنسی و عملکرد جنسی در زنان سنین

به مولتیپل اسکروزیس انجام شد ولی مطالعه مذکور بر روی هر دو جنس انجام شد و یا هم‌چنین تفاوت فرهنگی می‌تواند دلیل این مورد باشد.

در مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۱۵) با هدف بررسی اعتماد به نفس و خودپنداره جنسی کلی در افراد نابینا که در شهر اصفهان انجام شد نتایج نشان داد که بین اعتماد به نفس و خودپنداره جنسی رابطه معناداری وجود دارد؛ که از این لحاظ با مطالعه حاضر همسو شد ولی در سایر موارد همسو نبود (۲۴). توجیه علت آن این است که مطالعه ایشان بر روی افراد نابینا صورت گرفته است و هم‌چنین در مطالعه حاضر تمام حیطه‌های خودپنداره جنسی مورد بررسی قرار گرفته در صورتی که در مطالعه مذکور در آموزش و برطرف کردن مشکلات زن‌ها چند حیطه از هر بعد مورد بررسی قرار گرفته است. استانتون و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان دادند که خودپنداره مثبت جنسی می‌تواند عملکرد جنسی را تقویت کند در حالی که خودپنداره منفی می‌تواند باعث تضعیف آن شود؛ که نتایج این مطالعه نیز با مطالعه حاضر همسو بود (۲۵).

محدودیت‌های تحقیق

- ۱- تفاوت‌های فردی، خصوصیات روانی و ویژگی‌های شخصیتی و خانوادگی بر پاسخ به سوالات تاثیرگذار بود که این موضوع خارج از کنترل پژوهش‌گر بود.
- ۲- به دلیل این که پژوهش در مورد خصوصی‌ترین مساله زندگی واحدهای پژوهش بود، امکان این وجود داشت که احساسات آزمودنی در پاسخ به سوالات تاثیرگذار باشد.
- ۳- در این مطالعه به دلیل این که خصوصی‌ترین مسئله زندگی افراد را مورد بررسی قرار دادیم از ارتباط‌سنجی استفاده کردیم و نتوانستیم کار مداخله‌ای انجام دهیم.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که رابطه معکوس و معناداری بین خودپنداره جنسی مثبت با پریشانی جنسی و رابطه مستقیم و معناداری بین خودپنداره جنسی منفی و پریشانی جنسی وجود دارد. هم‌چنین بین خودپنداره جنسی موقعیتی و پریشانی جنسی رابطه معناداری مشاهده نشد. لذا می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که در

همسو شده که در مطالعه حاضر بیشترین امتیاز را از انگیزه برای اجتناب از رفتارهای پرخطر جنسی و کمترین امتیاز را از افسردگی جنسی کسب کردند.

در تحلیل این تفاوت‌ها می‌توان ذکر نمود که مطالعه ضیایی و همکاران در زنانی صورت گرفته که در سنین باروری و سالم هستند ولی مطالعه حاضر بر روی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس صورت گرفته است. در چهار حیطه دیگر اختلاف زیادی بین دو مطالعه مشاهده نشد. هم‌چنین می‌توان دریافت در بین ۳ بعد خودپنداره، بعد مثبت و منفی توان پیش‌بینی متغیر پریشانی جنسی را دارند اما بعد موقعیتی خودپنداره توان پیش‌بینی کافی را ندارد. هم‌چنین سهم بعد منفی خودپنداره در پیش‌بینی نمرات پریشانی جنسی نسبت به بعد مثبت بیشتر بوده است. این بدین معنا است که وقتی فردی احساسات، باورها و تصورات مثبتی درباره ارتباط جنسی داشته باشد، پریشانی جنسی کمتر و در نتیجه عملکرد جنسی بهتری را تجربه می‌کند و تمایل بیشتری دارد تا دست به رابطه جنسی بزند. در همین راستا شاه‌حسینی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که خودپنداره جنسی مثبت و موقعیتی رابطه مستقیم و معناداری با رضایت زناشویی و نیز خودپنداره جنسی منفی رابطه معکوس با رضایت زناشویی داشته است (۲۲). در مورد دو بعد مثبت و منفی خودپنداره با نتایج مطالعه حاضر همسو است ولی در مورد بعد موقعیتی نتایج ناهمسو بود. چون دو مطالعه درد و مکان متفاوت و در دو جامعه با فرهنگ متفاوت انجام شده بود این ناهمخوانی بین دو مطالعه وجود داشت. در مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۱۵) با هدف بررسی رابطه بین اعتماد به نفس و خودپنداره جنسی در افراد مبتلا به اختلالات جسمی حرکتی، نتایج نشان داد که اعتماد به نفس با اضطراب جنسی رابطه مثبت و معناداری دارد و با خودکارآمدی و عزت نفس جنسی که از ابعاد مثبت خودپنداره هستند رابطه معکوس دارد. هم‌چنین با ترس از رابطه جنسی و افسردگی جنسی که جزء ابعاد منفی خودپنداره هستند رابطه‌ای نداشت؛ که این نتایج با مطالعه حاضر همسو نبود (۲۳). دلیل این ناهمسوئی را این‌طور می‌توان توجیه کرد که مطالعه حاضر فقط بر روی زنان مبتلا

اصفهان (خوراسگان) بابت حمایت و همکاریشان در راستای انجام پایان‌نامه تحت عنوان بررسی رابطه خودپنداره جنسی با پریشانی جنسی در زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید صدوقی یزد را داریم. مطالعه حامی مالی ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد

کنار درمان‌های خاص بیماری ام‌اس مراقبت‌های روان‌شناسی و پرستاری مفید و موثر در جهت شناخت و تقویت ابعاد مثبت خودپنداره و کاهش و حذف ابعاد منفی خودپنداره انجام گیرد تا این بیماران کمتر در معرض پریشانی جنسی قرار گرفته و از یک رابطه زناشویی رضایت‌بخش بهره‌مند باشند.

سیاس‌گذاری

کمال تشکر و تقدیر را از انجمن بیماران ام‌اس بیمارستان شهید صدوقی یزد و هم‌چنین دانشگاه آزاد اسلامی واحد

References:

- 1-Amini M, Moradi A, Momeni Kh, Pour Rashidi M. *Effectiveness of Sexual Education Using Cognitive-Behavioral Method on the Sexual Self-Concept of Couples*. In The First International Comprehensive Conference of Psychology of Iran. Center for development conferences of Iran, 2015; February 18, Tehran, Iran; 16 pages. [Persian]
- 2-Showani E, Zaharakar K, Ghasemi Jobaneh R. *Role of Sexual Satisfaction, Spiritual Health, Psychological Distress and Self-Esteem in Marital Commitment of Veterans Wives*. Iran J War Public Health 2015; 7(2): 99–105. [Persian]
- 3-Ghasami M, Shaeiri M, AsghariMoghadam M, Rahmati N. *Evaluating the Female Sexual Function Index- Short Version (Fsf-6) Among Iranian Women*. J Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2014; 12(7): 532-543. [Persian]
- 4-Fahami F, Savabi M, MohammadiRizi S, Shirani N. *Relationship between Sexual Dysfunction and Treatment Modality in patients with Gynecologic and Breast Cancers*. IJOGI 2014; 17(116): 15-22. [Persian]
- 5-Siavashi S, Tajsharififar S. *Multiple Sclerosis*. J School of Army Nursing 2012; 12(1): 35-43. [Persian]
- 6-Merghati-Khoei E, Qaderi K, Amini L, Korte JE. *Sexual Problems among Women with Multiple Sclerosis*. J Neurological Sciences 2013; 331(1): 81–85. [Persian]
- 7-Jafarpour M, Maroufi M, Molaei Nejad M. *The Relation between Sexual Self-Concept and Sexual Function of the Married Women Referring to the Health Centers of Mobarakeh Iran*. J Res Dev Nurs Midwifery 2016; 12(3): 40-47. [Persian]
- 8-Potki R, Ziaei T, Faramarzi M, Moosazadeh M, Shahhosseini Z. *Bio-Psycho-Social Factors Affecting Sexual Self-Concept: A Systematic Review*. Electronic physician 2017; 9(9): 5172-8.
- 9-Ramezani MA, Ghaemmaghani A, Talakar M, Saadat SH, Zamani E, Shams J, et al. *Validity And Reliability Assessment Of Multi-Dimensional Sexual Self-Concept Questionnaire For Iranian Population*. Ir J Military Medicine 2013; 14(4): 302-9. [Persian]

- 10- Carpenter JS, Reed SD, Guthrie KA, Larson JC, Newton KM, Lau RJ, et al. *Using an FSDs-R Item to Screen for Sexually Related Distress: A MsFLASH Analysis*. Sex Med 2015; 3(1): 7-13.
- 11- Sørensen T, Giraldo A, Vinberg M. *Sexual Distress and Quality of Life among Women with Bipolar Disorder*. Int J Bipolar Disord 2017, 5(1): 29.
- 12- Derogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. *Outcomes Assessment: Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for Assessing Distress in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder*. J Sex Med 2008, 5(2): 357-64.
- 13- Witting K, Santtila P, Varjonen M, Jern P, Johansson A, Von Der Pahlen B, et al. *Couples' Sexual Dysfunctions: Female Sexual Dysfunction, Sexual Distress, and Compatibility with Partner*. J Sex Med 2008; 5(11): 2587-99.
- 14- Knoepp LR, Shippey SH, Chen CCG, Cundiff GW, Derogatis LR, Handa VL. *Sexual Complaints, Pelvic Floor Symptoms, and Sexual Distress in Women over Forty*. J Sex Med 2010; 7(11): 3675-82.
- 15- Ranjbaran M, Chizari M, Matori pour P. *Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: Systematic review and Meta-analysis*. J Sabzevar Univ Med Sci 2015; 22(7): 1117-25. [Persian]
- 16- Abdollahi N, JaziniSh, Amanallahi A, AslaniKh. *Evaluating the Relation between Sexual Dysfunction and Self-Conscious Emotions*. J Thoughts and Behaviors in Clinical Psychology 2017, 11(43): 37-93. [Persian]
- 17- Choubforoushadeh A, NeshatDoost H, Molavi H, Abedi MR. *Examine Quality of Life Among Multiple Sclerosis Patient in Yazd MS Association, Iran*. TB 2016; 14(5): 131-40. [Persian]
- 18- Ziaei T, Khoei E, Salehi M, Farajzadegan Z. *Psychometric Properties of the Farsi Version of Modified Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire*. Iranian J Nursing and Midwifery Research 2013; 18(6): 439-45. [Persian]
- 19- Izadi Dehnavi S, Yaghubi H, Heydari Nasab L. *Simultaneous Changes of Depression and Anxiety Symptoms with Variations in Sexual Function of Young Married Women*. Avicenna J Clin Med. 2016; 23 (3): 227-236. [Persian]
- 20- Ziaei T. *Sexual Self-Concept of the Youth in Choosing a Spouse: A Mixed Method Study* [Dissertation]. Isfahan: Iran, Isfahan University of Medical Sciences; 2013.
- 21- Ziaei T, Farahmand Rad H, RezaeiAval M, Roshandel G. *Relationship between Sexual Self-Concept and Sexual Function in Women of Reproductive Age Referring To Health Centers in Gorgan, North East Of Iran*. J Midwifery and Reproductive Health 2017; 5(3): 969-977. [Persian]
- 22- Shah Hosseini Z, Ziaei T, Faramarzi M, Mousazadeh M, Potki R. *The Predictive Role of Sexual Self-Concept in Marital Satisfaction of Married Women of the Reproductive Age*. In: The fourth international conference on recent innovations in psychology, 2017; July, 16; Tehran, Iran. [Persian]
- 23- Salehi M, Tavakol HK, Shabani M, Ziaei T. *The Relationship between Self-Esteem and Sexual Self-*

Concept in People with Physical-Motor Disabilities.

Iran Red Crescent Med J 2015; 17(1): e25359.

- 24- Salehi M, Azarbajehani A, Shafiei K, Ziaei T, Shayegh B. *Self-Esteem, General and Sexual Self-Concepts in Blind People.* J Res Med Sci. 2015; 20(10): 930-6.

- 25- Stanton AM, Boyd RL, Pulverman CS, Meston

CM. *Determining Women's Sexual Self-Schemas through Advanced Computerized Text Analysis.*

Child Abuse Negl 2015; 46: 78-88

Relation between sexual self-concept and sexual distress in women with multiple sclerosis who referred to Shahid Sadoughi Hospital of Yazd in 2017

Fatemeh Zarei Mahmoud Abadi¹, Shayesteh Salehi^{*2}, Mahsa Sadat Mousavi³

Original Article

Introduction: The prevalence of sexual disorders is high among women with multiple sclerosis in the world. Sexual dysfunction is considered as one of the effective psychological factors on self-concept sexual function. The present study was conducted to evaluate the relation between sexual self-concept and sexual distress in women with multiple sclerosis.

Methods: The present descriptive correlational study was conducted on 115 married women with multiple sclerosis who were selected using convenient sampling method. Study population for the present study contained all the married women with multiple sclerosis who referred to ShahidSadoughi Hospital of Yazd in 2017. Data gathering tools were multi-dimensional sexual self-concept questionnaire and revised female sexual distress scale by DeRogatis. Achieved data were analyzed using independent t-test, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Pearson and Spearman correlation coefficients.

Results: Results showed that the mean scores of positive, negative, situational sexual self-concept were respectively 94.62 ± 30.30 , 29.57 ± 10.89 , and 36.91 ± 12.58 and the mean score of sexual distress was 13.82 ± 13.18 . Furthermore, a reverse significant relation existed between the positive sexual self-concept of the married women and their sexual distress ($p < 0.05$) and a direct significant relation existed between the negative sexual self-concept and sexual distress ($p < 0.05$); but no significant relation was found between situational sexual self-concept and sexual distress ($p > 0.05$).

Conclusion: Results of the present study showed that married women with multiple sclerosis who had a positive sexual self-concept would experience less sexual distress. Therefore, sexual self-concept could be a predictor of sexual distress in women.

Keywords: SelfConcept, Sexual, PsychologicalSexual Dysfunction, Multiple Sclerosis, Married Persons

Citation: Zarei Mahmoud Abadi F, Salehi SH, Mousavi M.S. **Relation between sexual self-concept and sexual distress in women with multiple sclerosis who referred to Shahid Sadoughi Hospital of Yazd in 2017.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2019; 27(8): 1835-45

¹Community Health Nursing Student , Community Health Nursing Center , Islamic azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

²Educational Manaegment, Community Health Nursing Center , Islamic azad University ,Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

³Reproductive Health, Community Health Nursing Center, Islamic azad University , Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

*Corresponding author: Tel:03135002170, email:salehi@nm.mui.ac.ir