

اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر تنکابن و رامسر (سال ۱۳۸۸)

شراره ضیغمی محمدی^۱، فاطمه غفاری^۲

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی و بویژه بهداشت روان، شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی انسان است. اختلال عملکرد جنسی بر زندگی افراد، روابط بین فردی و کیفیت زندگی آنان اثر منفی می‌گذارد. این مطالعه با هدف تعیین اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر تنکابن و رامسر انجام شد. **روش تحقیق:** این مطالعه مقطعی، بر روی ۱۸۷ زن مبتلا به پرفشاری خون که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند، انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات فردی، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) جمع‌آوری گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و آزمون‌ها تی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: عملکرد جنسی در ۳۶/۹٪ از زنان مبتلا به پرفشاری خون، نامطلوب و در ۶۱/۵٪ متوسط بود. اختلال عملکرد جنسی ارتباط معنی‌داری با سن ($P = 0.021$)، شاخص توده بدنی ($P = 0.036$)، بایئسگی ($P = 0.018$)، طول مدت ابتلا به فشار خون ($P = 0.014$)، فشار خون سیستولیک ($P = 0.040$)، نوع رژیم دارویی ($P = 0.004$) و مصرف دیورتیک ($P = 0.014$) داشت. **نتیجه‌گیری:** با توجه به شیوع اختلالات جنسی و اثر منفی آن بر رضایت‌مندی زندگی زنان، اقدام به شناخت و برنامه‌ریزی درمانی جهت رفع آن، به عنوان یک ضرورت بهداشت روان، پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، زنان، پرفشاری خون

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۸ (۴): ۲۱۲-۲۲۰

دریافت: ۱۳۹۰/۰۹/۲۸ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۰۱/۳۱ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۲/۰۵

^۱ نویسنده مسؤول، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز، ایران
آدرس: کرج - رجایی‌شهر - بلوار مؤذن - دانشگاه آزاد اسلامی - گروه پرستاری
تلفن: ۰۲۶۳۴۴۱۸۱۴۳ - نمابر: ۰۲۶۳۴۴۰۳۲۵۴ - پست الکترونیکی: zeighami@kiauo.ac.ir
^۲ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، بابل، ایران

مقدمه

رفتارهای جنسی از جنبه‌های پیچیده رفتارهای انسان است (۱) که شناخت و مطالعه آن از مهمترین مسائل عمومی بویژه در زمینه بهداشت روان است. سازمان بهداشت جهانی، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم تعریف نموده که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقای شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌گردد؛ بنابراین هر گونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از روابط جنسی شود، می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (۲). اختلال عملکرد جنسی یک تشخیص پرستاری نیز محسوب می‌گردد. از نظر پرستار این اختلال وضعیتی است که بیمار در معرض تغییر در فعالیت جنسی به صورت نامطلوب و ناکافی قرار گرفته و از مشخصات آن تغییر در ایفای نقش جنسی و محدودیت فعالیت جنسی به دلیل درمان‌ها، فرایند بیماری یا کمبود اطلاعات نسبت به مسائل جنسی است (۳). اهمیت مسائل جنسی در درجه اول زندگی زناشویی قرار دارد و سازگاری در روابط جنسی از عوامل مهم مؤثر بر احساس خوشبختی است (۴). ارضای مطلوب تمایلات جنسی در تکوین شخصیت انسان و سلامت فردی، اجتماعی و دستیابی به آرامش و آسایش نقش مهمی را ایفا می‌کند. به نظر می‌رسد بی‌توجهی به گزینه جنسی در انسان، عوارض جبران‌ناپذیری بر جای می‌گذارد؛ به طوری که به خطر افتادن آن موجب اختلال در عواطف، شخصیت و عملکرد اجتماعی افراد می‌گردد. در بیشتر مواقع، اختلال در روابط جنسی و عدم رضایت جنسی زوجین منجر به فروپاشی بنیان خانواده می‌گردد. فشارهای جسمی و روانی ناشی از ارضای نامطلوب، تمایلات جنسی فرد را به بی‌راهه کشانده و سلامت او مختل می‌کند؛ همچنین توانمندی و خلاقیت او را تقلیل داده، به احساس محرومیت، ناامنی و عدم خوشبختی، مشکلات اجتماعی و جرائم، تجاوزات جنسی و بیماری‌های روانی منتهی می‌گردد (۵).

اختلال عملکرد جنسی از شکایت‌های شایع در زنان است؛ در ایران طبق بررسی ملی انجام‌شده در سال ۱۳۸۴، ۳۱/۵٪ از زنان، دارای اختلال کارکرد جنسی بوده‌اند؛ هرچند این میزان نسبت به برخی کشورها پایین است، اما گویای آن است که مشکلات جنسی به عنوان یک مشکل بهداشتی گسترده در زنان

ایرانی نیز مطرح است. اختلال کارکرد جنسی در زنان به عنوان اختلال در میل، تحریک و ارگاسم و درد جنسی است که ناشی از عوامل چندگانه آناتومیک، فیزیولوژیک، طبی و روانشناختی است و می‌تواند بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی اثر منفی گذارد (۶)؛ همچنین اختلال عملکرد جنسی تحت تأثیر عواملی چون بیماری‌ها، مصرف داروها، موارد و مشکلات اجتماعی افزایش یافته و بر بهداشت روانی فرد اثر نامطلوبی می‌گذارد (۷). یکی از عوامل مؤثر بر بروز اختلالات جنسی، ابتلا به بیماری‌های مزمن است (۸). اختلال عملکرد جنسی از مشکلات شایع بیماران مبتلا به فشار خون بالاست که می‌تواند بر روابط فرد با شریک جنسی تأثیر منفی گذاشته، کیفیت زندگی آنها را کاهش دهد (۹-۱۱). در تحقیق Kutmec و Yurtsever، ۹۰٪ از زنان مبتلا به فشار خون بالای ثانویه و ۴۱٪ از زنان سالم به اختلال عملکرد جنسی مبتلا بوده‌اند (۱۱). امروزه مطالعات مختلفی در زمینه شیوع اختلال جنسی در مردان مبتلا به فشار خون انجام شده است (۱۲-۱۷)، اما میزان شیوع این اختلال در زنان ایرانی با فشار خون بالا مشخص نیست.

طی دهه گذشته، نگرش اجتماعی در مورد سلامت و بهداشت جنسی تغییر کرده (۱۸) و امروزه بسیاری از پژوهشگران و متخصصان بر شناسایی و رفع مشکلات جنسی افراد مبتلا به آنها تأکید دارند (۱۹). با توجه به این که تمایلات و عملکرد جنسی بخشی از سلامت زنان بوده (۸) و فعالیت جنسی سالم در سلامت روانی مردان و زنان، تشکیل و ثبات خانواده و پیشگیری از اختلافات، سوء تفاهات و فروپاشی روابط زناشویی و پیامد ناگوار آن نقش مهم و اساسی دارد (۵)، شناخت و اخذ اطلاعاتی در زمینه مشکلات جنسی زنان مبتلا به فشار خون بالا به منظور تلاش برای رفع آن از ضروریات سلامت جنسی زنان است و کشف راه حل‌های مناسب در جهت کاهش آن می‌تواند کیفیت زندگی را ارتقا داده و مشکلات عدیده ناشی از آن را رفع نماید. مطالعه حاضر با هدف تعیین اختلال عملکرد جنسی زنان مبتلا به فشار خون بالا و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش تحقیق

در این مطالعه مقطعی، جامعه پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به فشار خون بالا و مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های منتخب

شهرهای رامسر و تنکابن بود. ۱۸۷ زن متأهل ۳۰ تا ۶۰ ساله مبتلا به فشار خون بالا بر اساس فرم انتخاب نمونه و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه به روش نمونه‌گیری آسان از جامعه پژوهش انتخاب شدند.

معیار ورود به مطالعه، داشتن سابقه حداقل یک سال ابتلا به فشار خون بالا بود. افراد با سابقه ابتلا به افسردگی، اضطراب و تنش بالا، دیابت، بیماری قلبی، نارسایی کلیه، کبد، بیماری‌های عروقی، ناهنجاری‌های سیستم تناسلی و ناباروری و نیز کسانی که سیگار مصرف می‌کردند، از مطالعه حذف شدند.

به منظور بررسی میزان اضطراب، افسردگی و تنش از پرسشنامه تعیین همزمان افسردگی، اضطراب و تنش استفاده گردید.^۱ این پرسشنامه شامل سه زیر مقیاس تنش، افسردگی و اضطراب است و ۲۱ سؤال در سه بخش مساوی (۷ سؤال) است که بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ رتبه‌بندی شده و دامنه نمره هر حیطه از صفر تا ۲۱ می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار توسط صاحبی تأیید شده است (۲۰). در پژوهش حاضر افرادی که نمره بالاتر از نقطه برش (۷ برای هر بعد) را کسب می‌کردند، از مطالعه حذف می‌شدند.

داده‌ها به روش مصاحبه فردی جمع‌آوری شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه از دو بخش زیر تشکیل شده بود:

الف- فرم بررسی اطلاعات فردی، مانند: سن، محل سکونت، تعداد فرزندان، تحصیلات، درآمد، وضعیت قاعدگی، طول مدت ابتلا به فشار خون بالا، نوع رژیم درمانی و داروهای مصرفی برای کنترل فشار خون.

ب- شاخص عملکرد جنسی زنان:^۲ یک پرسشنامه شش بعدی است که عملکرد جنسی زنان را توسط ۱۹ سؤال در ابعاد تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد مورد بررسی قرار می‌دهد. نمرات در نظر گرفته شده برای هر سؤال بعد میل جنسی، ۱ تا ۵ امتیاز و برای ابعاد تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد صفر تا ۵ امتیاز می‌باشد. کسب نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی واحد پژوهش است. نمره فرد در هر قسمت با جمع نمرات سؤالات مربوط به آن بخش و

ضرب‌کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر بخش «ضریب تمایلات جنسی (۰/۶)، برانگیختگی جنسی (۰/۳)، رطوبت مهبل (۰/۳)، ارگاسم (۰/۳)، رضایت جنسی (۰/۴) و درد (۰/۴)» محاسبه گردید. دامنه نمرات بعد تمایلات جنسی بین ۱/۲ تا ۶ امتیاز و سایر ابعاد صفر تا ۶ امتیاز می‌باشد. دامنه نمره کل اختلال عملکرد جنسی بین ۱/۲ تا ۳۶ امتیاز می‌باشد. نمره نهایی به صورت امتیاز کمتر از ۱۲: عملکرد جنسی نامطلوب، ۱۲/۱ تا ۲۴: عملکرد جنسی متوسط و ۲۴/۱ تا ۳۶: عملکرد جنسی مطلوب، طبقه‌بندی شد. ضریب پایایی این ابزار در مطالعه محمدی در سال ۱۳۸۷، ۰/۷۰ (۶) و در مطالعه Rosen و همکاران در سال ۲۰۰۰، ۰/۸۹ گزارش شد (۲۱).

در مطالعه حاضر برای کنترل وزن از ترازوی عقربه‌ای هدیه با ۲۰۰ گرم خطای اندازه‌گیری و برای اندازه‌گیری قد از متر نواری استفاده گردید. برای این منظور از افراد خواسته شد تا بدون کفش و با پاهای به هم چسبیده در حالی که زانوها، لگن، شانه و سر در یک امتداد قرار دارند، پشت خود را به دیوار بچسبانند؛ سپس پژوهشگر با مماس کردن متر با سر، قد افراد را بر حسب سانتیمتر و با دقت یک سانتیمتر محاسبه نمود. شاخص توده بدنی با تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر قد بر حسب متر به توان دو محاسبه شد. در این مطالعه شاخص توده بدنی ۱۸/۵ تا ۲۵/۹ طبیعی، بین ۲۶ تا ۲۹/۹ اضافه وزن و بیشتر از ۳۰ چاق در نظر گرفته شد (۲۲)؛ همچنین برای کنترل فشار خون، پژوهشگران پس از آموزش در زمینه نحوه کنترل فشار خون و با انجام تمرین عملی توسط اسفینگومانومتر جیوه‌ای با نشان Alpk2 ساخت ژاپن در سه زمان با فاصله ۱۰ دقیقه در وضعیت نشسته، از بازوی چپ، پس از پنج دقیقه استراحت به روش استاندارد، فشار خون بیماران را کنترل می‌کردند و میانگین فشار خون سه نوبت ثبت گردید. فشار خون سیستولیک با شنیدن اولین صدای کورتکف و فشار خون دیاستولیک با از بین رفتن صدا ثبت می‌گردید. قبل از اندازه‌گیری فشار خون از بیماران در مورد مصرف چای، قهوه، فعالیت فیزیکی و پر بودن مثانه سؤال می‌شد و در صورت وجود موارد ذکر شده و تمایل فرد به شرکت در پژوهش، نیم ساعت بعد (پس از خالی کردن مثانه، فعالیت، مصرف چای و ...) موارد فشار خون کنترل می‌گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۸) و

^۱ DASS-21: Depression, Anxiety, Stress Scale
^۲ Female Sexual Function Index

معنی‌دار داشت. آزمون توکی در ارتباط با رژیم دارویی نشان داد که این تفاوت مربوط به رژیم غذایی با رژیم سه دارویی و بیشتر، رژیم تک‌دارویی با رژیم سه دارویی و بیشتر و رژیم سه دارویی با رژیم غذایی و رژیم تک‌دارویی بود (جدول ۲).

بحث

نتایج حاصل از مطالعه حاضر گویای آن است که بیش از دو سوم زنان مبتلا به فشار خون بالا عملکرد جنسی متوسط و نامطلوب دارند؛ همچنین در تمامی ابعاد تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد، اختلال وجود داشت. در تحقیق Kutmec و Yurtsever در آمریکا، ۹۰٪ از زنان مبتلا به فشار خون بالا از اختلال جنسی شکایت داشتند (۱۱) که این یافته با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. محققان بر این باورند که طی تحریک جنسی، پاسخ به سیگنال‌های پاراسمپاتیک جریان خون بیشتری را متوجه لگن و پستان‌ها می‌کند و افزایش ترشحات موکوسی، واژن را برای فعالیت جنسی آماده می‌سازد؛ اما در زنان مبتلا به فشار خون بالا، آترواسکلروز و تنگی‌های عروقی، جریان خون سینه و لگن را کاهش می‌دهد که این امر سبب کاهش پاسخ‌های جنسی و بروز اختلالات جنسی می‌شود (۲۳، ۱). به نظر می‌رسد فشار خون بالا می‌تواند به عنوان عامل خطری برای بروز اختلال عملکرد جنسی در نظر گرفته شود.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ابعاد عملکرد جنسی در زنان مبتلا به فشار خون بالا

ابعاد عملکرد جنسی	میانگین و انحراف معیار	حداکثر نمره	حداقل نمره
سن	۴۸/۹±۷/۱	۵۹	۳۳
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	۲۹±۴/۵	۳۷/۳	۱۸/۹
فشار خون سیستولیک (میلی متر جیوه)	۱۴۲/۱±۱۴/۱	۱۸۰	۱۲۰
فشار خون دیاستولیک (میلی متر جیوه)	۸۵±۸/۱	۱۰۰	۷۰
طول مدت ابتلا به فشار خون (سال)	۶±۳/۷	۲۰	۱
ابعاد عملکرد جنسی	۲/۲±۱/۸	۶	۱/۲
تمایلات جنسی	۱/۱±۰/۹	۳	۰
تحریک یا برانگیختگی جنسی	۲/۴±۱/۵	۵/۱	۰
رطوبت مهبل	۱/۶±۱/۱	۳/۹	۰
ارگاسم	۲/۵±۱/۹	۶	۰
رضایت جنسی	۲/۶±۱/۷	۶	۰
درد	۱۲/۶±۸	۲۷/۶	۰
نمره کل			

آزمون‌های تی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی (۲۴/۱٪)، ساکن شهر (۷۲/۲٪)، دارای درآمد در حد کفاف (۵۹/۴٪)، دارای ۴ تا ۶ فرزند (۴۸/۷٪) و یائسه (۵۸/۸٪) بودند.

میانگین و انحراف معیار ابعاد عملکرد جنسی در زنان مبتلا به فشار خون بالا در جدول ۱، ارائه شده است. به منظور کنترل فشار خون بالا، ۵۰/۸٪ از آنان تحت رژیم دو دارویی و ۶۲/۶٪ تحت درمان با داروهای بتابلوکر قرار داشتند. طبقه‌بندی نمره نهایی عملکرد جنسی زنان مبتلا به پرفشاری خون نشان داد که عملکرد جنسی در ۱/۶٪ مطلوب، در ۶۱/۵٪ متوسط و در ۳۶/۹٪ نامطلوب بوده است.

نمره شاخص عملکرد جنسی همبستگی معکوس معنی‌داری با سن ($P=0.021$)، $r=-0.169$)، شاخص توده بدنی ($P=0.036$)، $r=-0.153$)، طول مدت ابتلا به فشار خون ($P=0.014$)، $r=-0.180$) و فشار خون سیستولیک ($P=0.040$)، $r=-0.151$) داشت اما با فشار خون دیاستولیک همبستگی معنی‌داری نداشت ($P=0.241$)، $r=-0.086$)، نمره شاخص عملکرد جنسی در زنان مبتلا به فشار خون با سیکل قاعدگی ($P=0.018$)، استفاده از دیورتیک ($P=0.014$) و رژیم دارویی ($P=0.004$) ارتباط آماری

جدول ۲- بررسی ارتباط نمره شاخص عملکرد جنسی با برخی متغیرهای فردی و بالینی

متغیر	فراوانی	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار	سطح معنی داری
تحصیلات:	بی سواد	۲۵	۱۳/۴	۱۴/۱±۷/۲	P=۰/۲۴۷
	خواندن و نوشتن	۴۳	۲۳	۱۲/۱±۷/۸	
	ابتدایی	۴۵	۲۴/۱	۱۱/۲±۸/۲	
	راهنمایی	۳۳	۱۷/۶	۱۱/۲±۹/۳	
	دیپیرستان	۱۷	۹/۱	۱۴/۸±۶/۵	
	دیپلم	۲۴	۱۲/۸	۱۵±۷/۷	
محل سکونت:	شهر	۱۳۵	۷۲/۲	۱۲/۳±۸/۱	P=۰/۴۱۱
	روستا	۵۲	۲۷/۸	۱۳/۴±۷/۸	
درآمد:	در حد کفاف	۱۱۱	۵۹/۴	۱۳/۱±۸	P=۰/۳۱۹
	کمتر از کفاف	۷۶	۴۰/۶	۱۱/۹±۸/۱	
تعداد فرزندان:	کمتر از ۳	۸۱	۴۳/۳	۱۲/۲±۸	P=۰/۸۷۲
	۴-۶	۹	۴۸/۷	۱۲/۹±۸/۲	
	بیشتر از ۷	۱۵	۸	۱۲/۹±۷	
سیکل قاعدگی:	دارای سیکل قاعدگی	۷۷	۴۱/۲	۱۴/۳±۷/۷	P=۰/۰۱۸
	یائسه	۱۱۰	۵۸/۸	۱۱/۴±۸/۱	
نوع رژیم درمانی:	بدون دریافت دارو (با کنترل رژیم غذایی)	۸	۴/۳	۱۶/۵±۷/۲	P=۰/۰۰۴
	تک دارویی	۶۲	۳۳/۲	۱۴/۷±۷/۴	
	دو دارویی	۹۵	۵۰/۸	۱۱/۶±۸/۲	
	سه دارویی و بیشتر	۲۲	۱۱/۸	۸±۷/۷	
دیورتیک:	می گیرد.	۵۳	۲۸/۳	۱۰/۳±۸/۴	P=۰/۰۱۴
	نمی گیرد.	۱۳۴	۷۱/۷	۱۳/۵±۷/۷	
کلسیم بلوکر:	می گیرد.	۳۵	۱۸/۷	۱۰/۸±۷/۳	P=۰/۱۳۹
	نمی گیرد.	۱۵۲	۸۱/۳	۱۳±۸/۱	
بتا بلوکر:	می گیرد.	۱۱۷	۶۲/۶	۱۲/۷±۸/۲	P=۰/۸۹۸
	نمی گیرد.	۷۰	۳۷/۴	۱۲/۵±۷/۷	
مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین و مسدودکننده های گیرنده آنژیوتانسین:	می گیرد.	۱۱۵	۶۱/۵	۱۲±۸/۲	P=۰/۲۱۲
	نمی گیرد.	۷۲	۳۸/۵	۱۳/۵±۷/۸	

در مطالعه حاضر زنانی که طول مدت بیشتری به فشار خون بالا مبتلا بودند از اختلال عملکرد جنسی بیشتری شکایت داشتند؛ نتایج سایر محققان نیز تاییدکننده این مدعا است. در مطالعه Okeahialam و Obeka اختلال جنسی در زنانی که بتازگی فشار خون بالا در آنها تشخیص داده شده بود، ۱۳/۶٪ و در زنانی که چندین سال از تشخیص بیماری آنها می گذشت، ۱۷/۲٪ بود (۲۳)؛ به نظر می رسد روند آترواسکلروز عروق و حتی

در این پژوهش، اختلال عملکرد جنسی در زنانی که فشار خون سیستولیک بالاتری داشتند، بیشتر بود؛ در مطالعه Dumas و همکاران نیز رابطه میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی با شدت فشار خون گزارش شده است (۱۵) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. احتمالاً شدت فشار خون بالا در تشدید روند آترواسکلروز عروق تأثیر دارد که در نهایت موجب تشدید علائم اختلال عملکرد جنسی می شود.

داروهای کاهش‌دهنده فشار خون در تشدید اختلال عملکرد جنسی در زنان با فشار خون بالا نقش دارند.

در تحقیق حاضر، نوع رژیم دارویی با اختلال عملکرد جنسی رابطه داشت. در مطالعه Prisant و همکاران نیز مصرف داروهای انالاپریل، بتابلوکرها، هیدروکلروتیازید، آمیلودیپین، دیورتیک‌های تیازیدی و رژیم‌های دارویی ترکیبی از این داروها با بروز و تشدید اختلال جنسی و کاهش لیبیدو همراه بوده است (۲۴)؛ احتمالاً داروهای کاهش‌دهنده فشار خون، در کاهش پاسخ به سیگنال‌های پاراسمپاتیک و کاهش جریان خون لگن و پستان‌ها تأثیر دارند که این امر منجر به بروز اختلال در سازوکارهای^۱ طبیعی تحریک و عملکرد جنسی می‌گردد. استفاده همزمان از چند دارو برای کنترل فشار خون بالا به تشدید اختلالات جنسی کمک می‌کند.

در مطالعه حاضر اختلال عملکرد جنسی در زنان تحت درمان با داروهای دیورتیک بیشتر بود. در تحقیق Buranakitjaroen نیز مصرف دیورتیک در مردان پیشگویی‌کننده اختلال عملکرد جنسی بود (۲۵). بررسی Okeahialam و Ogbonna نشان داد که درمان‌های دارویی کاهش‌دهنده فشار خون بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به فشار خون بالا اثر منفی دارد (۲۶). انجام تحقیقات بیشتر در رابطه با بررسی اثر داروهای کاهش دهنده فشار خون بر اختلالات جنسی ضروری به نظر می‌رسد.

در پژوهش حاضر مشخص شد که زنان مبتلا به فشار خون بالا و در سنین بالاتر، بیشتر دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. در تحقیق Kutmec و Yurtsever نیز با افزایش سن در زنان مبتلا به فشار خون، اختلال عملکرد جنسی افزایش یافته بود (۱۱). طبق گزارش Aslan و همکاران، میزان شیوع اختلال جنسی در زنان ۶۵ سال به بالا ۸۷/۸٪، ۶۰-۶۴ سال ۸۲/۹٪، ۵۰-۵۹ سال ۷۱/۳٪، ۴۰-۴۹ سال ۵۰/۲٪، ۳۰-۳۹ سال ۳۹/۷٪ و ۲۰-۲۹ سال ۲۲٪ بوده است؛ به عبارت دیگر هرچه سن زنان بالاتر بود، شیوع اختلال جنسی نیز بیشتر بود (۲۷). تحقیق Laumann نیز نشان داد که در زنان سالمند کاهش لیبیدو و تمایلات جنسی، اختلال در لغزنده‌سازی واژن، مشکل در رسیدن به ارگاسم و دیس پارونیا شایع است (۲۸).

^۱ Mechanism

در پژوهش حاضر زنان یائسه با اختلال عملکرد جنسی بیشتری روبه‌رو بودند. در مطالعه Arman و همکاران نیز اختلالات جنسی زنان یائسه شامل اختلال در مرحله برانگیختگی ۷۵/۳٪، اختلال در مرحله تمایل ۶۲/۶٪، اختلال در مرحله ارگاسم ۵۶/۳٪، دیس پارونیا ۳۴/۹٪ و واژینیسموس ۱۵/۸٪ بود و درصد قابل توجهی از زنان یائسه اختلالات جنسی داشتند و پدیده یائسگی عاملی در جهت تداوم و مضاعف‌شدن اختلال جنسی بود (۷). کاهش سطح هورمون‌های استرادیول تخمدان منجر به کاهش میل جنسی، کاهش جریان خون واژن، خشکی واژن و کاهش انتقال پیام‌های عصبی می‌شود (۲۹). کاهش سطح استروژن در زنان یائسه به میزان کمتر از ۵۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر با اختلال عملکرد جنسی همراه است (۳۰). تستوسترون نیز در فعال‌سازی گیرنده‌های واسطه‌ای و کنترل عملکرد جنسی نقش دارد (۳۱). کاهش سطح تستوسترون در زنان یائسه از دلایل بروز و تشدید اختلالات جنسی شناخته شده است (۲۹). نظر می‌رسد تغییر در سطح هورمون‌های جنسی در دوران یائسگی به تشدید اختلالات جنسی یا بروز آن کمک می‌کند.

در تحقیق حاضر، اختلال عملکرد جنسی در زنانی که شاخص توده بدنی بالاتری داشتند، بیشتر بود که با مطالعات مشابه همخوانی دارد (۳۲، ۱۱). در مطالعه Kim نیز زنان چاق، در تمامی ابعاد شاخص عملکرد جنسی اختلال داشتند؛ در حالی که کاهش وزن سبب بهبود عملکرد جنسی آنان شده بود و پس از کاهش وزن، اختلال در تمامی ابعاد تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی به طور معنی‌داری کاهش نشان داده بود (۳۰). به نظر می‌رسد با تغییر در سبک زندگی و کاهش وزن در زنان چاق و مبتلا به فشار خون بالا می‌توان به بهبود عملکرد جنسی آنان کمک نمود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، اغلب زنان مبتلا به فشار خون بالا، دچار عملکرد جنسی متوسط تا نامطلوب هستند و افزایش سن، اضافه‌وزن و چاقی، یائسگی، طول مدت ابتلا به فشار خون بالا و شدت آن، تعداد رژیم دارویی و مصرف دیورتیک‌ها با اختلال عملکرد جنسی رابطه داشت. با توجه به

می‌گردد مطالعات دیگری در زنان میان‌سال و جوان مبتلا به فشار خون بالا انجام شود؛ همچنین توصیه می‌شود پرستاران در فرایند ارزیابی بیماران مبتلا به فشارخون بالا به اختلال عملکرد جنسی آنان به عنوان یک بعد مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و یک تشخیص پرستاری مهم و نیز در ارزیابی متابعت بیماران از رژیم دارویی به عوارض جانبی داروهای کاهش‌دهنده فشار خون بر عملکرد جنسی نیز توجه کنند.

برگزاری دوره‌های آموزش مداوم به منظور بالا بردن سطح آگاهی پرستاران در ارتباط با شیوه‌های ارزیابی و مشاوره در اختلال عملکرد جنسی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و همچنین اختصاص بخشی از آموزش خودمراقبتی به بیماران فشار خون بالا و یا سایر بیماری‌های مزمن، به منظور افزایش آگاهی و آموزش روش‌های مقابله با اختلالات جنسی ناشی از بیماری و درمان‌های آن اختصاص یابد.

تقدیر و تشکر

از تمامی عزیزانی که ما را در به ثمر رساندن این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

شیوع اختلالات جنسی در جامعه مورد مطالعه و شناخت عوامل احتمالی مؤثر در بروز آن و همچنین به دلیل تأثیر منفی اختلالات جنسی بر روابط بین فردی، رضایت‌مندی زناشویی، بهداشت روان و کیفیت زندگی فرد برنامه‌ریزی جهت شناسایی و رفع آن ضروری می‌باشد.

این تحقیق به منظور کسب اطلاعات پایه پیرامون عملکرد جنسی زنان مبتلا به فشار خون بالا انجام شد؛ گرچه یافته‌های این پژوهش قابل تعمیم به تمام بیماران مبتلا به فشار خون بالا نمی‌باشد، اما امید است نتایج حاصل از آن، مقدمه‌ای برای شناخت مشکلات و نیازهای بالینی این گروه از بیماران باشد تا با شناسایی و تکیه بر آموزش خودمراقبتی مناسب، در جهت رفع آن و افزایش کیفیت زندگی این بیماران کمک مؤثری گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، جمع‌آوری اطلاعات در یک مقطع زمانی بود؛ پیشنهاد می‌گردد مطالعه طولی به منظور بررسی اثر داروهای کاهش‌دهنده فشار خون و طول مدت ابتلا به فشار خون بالا بر اختلال عملکرد جنسی زنان مبتلا به فشار خون بالا انجام گیرد. از دیگر محدودیت‌های این تحقیق، بالا بودن سن و یا یائسه بود که زنان مورد مطالعه بود؛ در این خصوص پیشنهاد

منابع:

- 1- Morley JE, Kaiser FE. Female sexuality. Med Clin North Am. 2003; 87: 1077-90.
- 2- Bolurian Z, Ganjloo J. Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care centers. Journal of Reproduction and Infertility. 2007; 2 (31):163-70. [Persian]
- 3- Nikravan Mofrad M. Diagnosis care and nursing skills. 2nd ed. Tehran, Noor-e-Danesh. 2003. [Persian]
- 4- Jamshidi Manesh M, Jouybari L, Peyrovi H, Sanagou A. The ups and downs of sex life in menopausal stage: a qualitative study. Journal of Qom University of Medical Sciences. 2009; 3 (2): 41-46. [Persian]
- 5- Pak Gouhar M, Vizheh M, Babaei G, Ramezanzadeh F, Abedianian N. Effect of counseling on sexual satisfaction among infertile women referred to Tehran fertility center. Hayat. 2008; 14 (1): 21-30. [Persian]
- 6- Mohammadi KH, Heidari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh. 2008; 7 (3): 269-78. [Persian]
- 7- Arman S, Fahami F, Hasan Zahraei R. A comparative study on women's sexual functioning disorder before and after menopause. Journal of Arak University of Medical Sciences (Rahavard-e Danesh). 2005; 3 (32):1-7. [Persian]
- 8- Pasha H, Haj Ahmadi M. Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors. Babol, Iran 2004. Madical Journal of Hormozgan University. 2007; 10 (4): 343-48. [Persian]
- 9- Rosen C. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep. 2000; 2: 189-95.
- 10- Clayton AH, Hamilton DV. Female sexual dysfunction. Psychiatr Clin North Am. 2010; 33 (2): 323-38.
- 11- Kutmec C, Yurtsever S. Effects of sexual function of essential hypertension in women. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10 (1): 56-63.

- 12- Aranda P, Ruilope L, Calvo C, Luque M, Coca A, De Miguel A. Erectile dysfunction in essential arterial hypertension and effects of sildenafil: results of a Spanish national study. *Am J Hypertension*. 2004; 17: 139-45.
- 13- Bener A, Al-Ansari A, Al-Hamaq A, Isam-Eldin A. Prevalence of erectile dysfunction among hypertensive and no hypertensive Qatari men. *Medicina (Kaunas)*. 2007; 43: 870-78.
- 14- Jensen J, Lendorf A, Stimpel H, Frost J, Ibsen H, Rosenkilde P. The prevalence and etiology of impotence in 101 male hypertensive outpatients. *Am J Hypertens*. 1999; 12: 271-75.
- 15- Doumas M, Tsakiris A, Douma S, Grigorakis A, Papadopoulos A, Hounta A. Factors affecting the increased prevalence of erectile dysfunction in hypertensive compared to normotensive individuals. *J Androl*. 2005; 27:469-77.
- 16- Fogari R, Zoppi A, Poletti L, Marasi G, Mugellini A, Corradi L. Sexual activity in hypertensive men treated with valsartan or carvedilol: a crossover study. *Am J Hypertens*. 2001; 14: 27-31.
- 17- Kushiro T, Takahashi A, Saito F, Otsuka Y, Soma M, Kurihara T. Erectile dysfunction and its influence on quality of life in patients with essential hypertension. *Am J Hypertens*. 2005; 18: 427-30.
- 18- Asadi Far F. The Attitudes to sexual dysfunction. Tehran. Bersat. 2001. [Persian]
- 19- Mehrabi F, Ehssanmanesh M, Karimi Keisimi E. Demographic characteristics of men with sexual dysfunction. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2003; 9: 14-22. [Persian]
- 20- Sahebi A, Asghari MJ, Salari R. Validation of depression, anxiety and stress (DASS-21) for Iranian population. *Iranian Psychol*. 2005; 1 (4): 50-60. [Persian]
- 21- Rosen R, Brown C, Heiman J. The Female sexual function index (FSFI): a multi dimensional self- report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex a Marital Therapy*. 2000, 26: 191-208.
- 22- Mazlounzadeh S, Mousavi Viyeri A, Dinmohammadi H. Epidemiology of overweight and obesity in Zanjan province 1383. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2006; 14 (56): 57-64. [Persian]
- 23- Okeahialam BN, Obeka NC. Sexual dysfunction in female hypertensives. *J Natl Med Assoc*. 2006; 98 (4): 638-40.
- 24- Prisant LM, Weir MR, Frishman WH, Neutel JM, Davidov ME. Self reported sexual dysfunction in men and women treated with hydrochlorothiazide, enalapril, amlodipine, placebo, or bisoprolol/hydrochlorothiazide. *J Clin Hypertens*. 1999; 1 (1): 22-26.
- 25- Buranakitjaroen P. Prevalence of erectile dysfunction among treated hypertensive males. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89 (5): 28-36.
- 26- Okeahialam BN, Ogbonna C. Impact of hypertension on sexual function in women. *West Afr J Med*. 2010; 29 (5): 344-48.
- 27- Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med*. 2008; 5 (12): 2973-74.
- 28- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 2005; 17: 39-57.
- 29- Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, Liu L, Hollander L, Nelson DB. Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause*. 2004; 11 (2):136-37.
- 30- Kim KK, Kang HC, Kim SS, Youn BB. Influence of weight reduction by sibutramine on female sexual function. *Int J Obes*. 2006; 30 (5): 758-63.
- 31- Decherney AH. Hormone receptors and sexuality in the human female. *J Women Health Gend Based Med*. 2000; 9: 9-13.
- 32- Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res*. 2007; 19 (4): 353-57.

Abstract

Original Article

Sexual dysfunction among hypertensive women referred to health centers of Ramsar and Tonekabon (2009)

Sh. Zeighami Mohammadi¹, F. Ghaffari²

Background and Aim: One of the most important issues in general health, particularly psychological health, is the recognition and investigation of human sexual behavior and tendencies. Sexual dysfunction has negative impact on individuals' lives, interpersonal relationships, and quality of life. The aim of this study was to determine sexual dysfunction in Hypertensive women who had referred to the health centers of Ramsar and Tonekabon in 2009.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 187 hypertensive women and the sampling method employed was Convenience sampling. Necessary data was collected by means of data personal identification form, and Female Sexual Function Index questionnaire (FSFI). The obtained data was analyzed using SPSS software, descriptive statistics, t-test, ANOVA, and Pearson's coefficient correlation.

Results: It was found that 36.9% of hypertensive women had undesirable sexual function and 63.1% had moderate sexual dysfunction. Sexual dysfunction had a significant relationship with age ($P=0.021$), body mass index ($P=0.036$), menopause ($P=0.018$), history of hypertension ($P=0.014$), systolic blood pressure ($P=0.040$), drug regimens ($P=0.004$), and taking of diuretics ($P=0.014$).

Conclusion: Regarding the prevalence of sexual dysfunction and its negative effect on conjugal life satisfaction taking measures to diagnose and to cure the problem is suggested as a necessity of psychological health.

Key Words: Sexual dysfunction; Women; Hypertension

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 8 (4): 212-220

Received: December 19, 2011 Last Revised: April 19, 2012 Accepted: April 24, 2012

¹ Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Islamic Azad University, Karaj Branch, Alborz, Iran zeighami@kiaua.ac.ir

² Instructor, Ramsar School of Nursing & Midwifery, Babol University of Medical Science, Babol, Iran