

بررسی مشکلات جنسی پس از زایمان در زنان شیرده

مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، بندرعباس

شهناز ترک زهرانی^۱، مژده بنایی^{۲*}، دکتر گیتی ازگلی^۳، محسن آزاد^۴

۱. مربی گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. مربی گروه پیراپزشکی، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۱۷

خلاصه

مقدمه: فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد زندگی انسان شناخته شده است که تحت تأثیر عوامل متعددی همچون بارداری و زایمان قرار می‌گیرد. با توجه به این که آگاهی از مشکلات جنسی زوجین در دوران پس از زایمان می‌تواند در ارتقاء کیفیت مراقبت‌های این دوران مؤثر باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی مشکلات جنسی زنان شیرده در بندرعباس انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی و مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۳۰ زن نخست‌زا و شیردهی که به مرکز بهداشتی درمانی سیدالشهداء بندرعباس مراجعه کرده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی مامایی و چک لیست کوتاه نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی به صورت محقق ساخته بود. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و فراوانی) و تحلیلی (لوجستیک) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: متوسط تعداد مقاربت در دوران پس از زایمان $1/09 \pm 1/33$ بار در هفته و متوسط زمان شروع اولین مقاربت $2/12 \pm 6/81$ هفته پس از زایمان بود. بیشترین مشکل جنسی گزارش شده زنان در دوران پس از زایمان به ترتیب مشکل درد حین مقاربت (۸۵/۴٪)، مشکل مربوط به ارگاسم (۸۴/۶٪)، مشکل کاهش رطوبت جنسی (۸۲/۳٪)، مشکل کمبود میل جنسی (۸۰٪) و مشکل کاهش برانگیختگی جنسی (۷۳/۸٪) بود. تمامی اختلالات جنسی با شیوع بیشتری در دو ماه پس از زایمان وجود داشت و شیوع آن در ۴ ماه و ۶ ماه پس از زایمان کاهش یافت ($p < 0/001$). نتیجه‌گیری: به طور کلی مشکلات جنسی با شیوع بیشتری در دو ماه پس از زایمان وجود دارد و شیوع آن در ۴ ماه و ۶ ماه پس از زایمان کاهش می‌یابد. به دلیل شیوع بالای مشکلات جنسی در این دوران، برگزاری دوره‌های آموزشی در جهت توانمندسازی ماماها برای مواجهه با مشکلات جنسی مراجعین خود، می‌تواند گام مهمی در جهت فعال نمودن ماماها در زمینه ایفای نقش در این حیطه مهم از وظایفشان باشد.

کلمات کلیدی: پس از زایمان، شیرده، عملکرد جنسی، مشاوره، مشکل جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: مژده بنایی؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران. تلفن: ۰۹۲۱۴۶۷۳۶۹۴؛ پست الکترونیک: mojdeh.banaei@gmail.com

مقدمه

غریزه جنسی یکی از قوی‌ترین غرایز انسان است که بر رفتار فرد تأثیرگذار است؛ به طوری که فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد زندگی انسان شناخته شده است (۱، ۲). عملکرد جنسی که بخشی از سلامت زن محسوب می‌شود، از اجزای اساسی زندگی است و پدیده‌ای است چند بُعدی که تحت تأثیر بسیاری از عوامل زیستی روانی قرار می‌گیرد (۳، ۴). اختلال عملکرد جنسی زنجیره‌ای از اختلالات روانی جنسی و تجربه سخت فردی و زوجی‌اند که به صورت اختلال در میل جنسی، تحریک جنسی، ارگاسم و درد حین نزدیکی ظاهر می‌کنند (۵). اختلالات جنسی زنان (FSD)^۱ یکی از رایج‌ترین مشکلاتی است که تقریباً حدود ۴۵-۴۰٪ از زنان از آن رنج می‌برند (۶). مطالعه صفری‌نژاد و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که ۳۱/۵۰٪ از زنان از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند؛ به طوری که ۳۵٪ از اختلال میل جنسی، ۳۰٪ از اختلال برانگیختگی، ۲۳/۷٪ از اختلال لوبریکاسیون، ۳۷٪ از اختلال ارگاسم، ۲۶/۷٪ از اختلال درد و ۳۱/۵٪ از اختلال رضایت جنسی شکایت داشتند (۷). عوامل متعددی از جمله تغییرات هورمونی، قاعدگی، بارداری و زایمان، شیردهی، یائسگی و چندزایی بر اختلال عملکرد جنسی زن تأثیرگذار است (۶).

بارداری و زایمان دوره مشخصی از زندگی زن است که تغییرات هورمونی و جسمی در فرد ایجاد می‌کند و اثرات قابل توجهی بر سلامت مادران و کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۸). دوره پس از زایمان به عنوان دورانی آسیب‌پذیر و تنش‌زا برای زنان با فرهنگ‌های متفاوت شناخته شده است که با تغییرات اجتماعی و فردی چشمگیری برای مادر همراه است و مادران در این دوران با بسیاری از نگرانی‌ها و مشکلات جدید مواجه می‌شوند (۹). در دوره پس از زایمان تغییراتی از قبیل درد حین نزدیکی، نداشتن میل جنسی، خشکی واژن و نرسیدن به اوج لذت جنسی ایجاد می‌شود که می‌تواند بر روی چرخه پاسخ جنسی زن تأثیرگذار باشد. بعد از زایمان میل و فعالیت

جنسی در مقایسه با بارداری بیشتر کاهش می‌یابد و اغلب مشکلات جنسی رخ می‌دهند (۱۰). زوجین به طور کلی کاهش قابل توجهی را در فعالیت جنسی پس از زایمان در اثر تغییرات هورمونی و در انطباق با نقش والدی تجربه می‌کنند و بسیاری از زنان بلافاصله بعد از زایمان فعالیت جنسی خود را آغاز نمی‌کنند و در مواردی بر اساس توصیه پزشک یا ماما تأخیر در زمان شروع فعالیت جنسی در دوره پس از زایمان وجود دارد (۱۱، ۱۲).

مطالعات نشان داده است که ۹۱/۳٪ از زنان در دوره پس از زایمان از مشکلات جنسی رنج می‌برند که حدود دو سوم از زنان حداقل یکی از مشکلات جنسی همچون کاهش میل جنسی، عدم رسیدن به اوج لذت جنسی، درد حین مقاربت و خشکی واژن را در این دوران تجربه می‌کنند که معمولاً این مشکلات تا یک سال اول پس از زایمان برطرف می‌شود (۱۳، ۱۴). بر اساس مطالعات گذشته آمار جهانی مشکلات جنسی بین ۲۲ تا ۸۶٪ گزارش شده است (۲). در مطالعه نیک‌پور و همکاران (۲۰۰۵) در میان زنان ایرانی که در فاصله زمانی ۳-۶ ماه بعد از زایمان بودند، عدم میل جنسی ۳۱/۲۵٪، عدم ارگاسم ۳۳/۱۳٪ و درد حین مقاربت ۴۰٪ گزارش شد (۱۵).

در مطالعه نژاد و همکار (۲۰۱۱)، ۱۵٪ از مادران غیر شیرده و ۳۵٪ از مادران شیرده از درد حین نزدیکی شکایت داشتند. زمان شروع فعالیت جنسی در ۶۲٪ از زنان بعد از ۸-۶ هفته پس از زایمان بود و حدود ۸۱٪ از زنان تا ۳ ماه بعد از زایمان، فعالیت جنسی خود را از سر گرفته بودند. ۸۹٪ از آن‌ها در طی شش ماه اول پس از زایمان از احساس خستگی زیاد شکایت داشتند؛ به طوری که این خستگی منجر به محرومیت از خوابشان شده و بر روی زندگی جنسی آن‌ها تأثیرگذار بود (۱۶). در دوره پس از زایمان مادر توجه و مراقبت کمتری نسبت به دوران بارداری دریافت می‌کند و اکثر مرگ و ناتوانی‌ها در این دوران اتفاق می‌افتد (۱۱). به طور کلی زنان معمولاً در طی بارداری ویزیت‌های مکرری برای کنترل بارداری، آماده‌سازی برای زایمان و شیردهی دریافت می‌کنند و معمولاً بعد از ۶ هفته پس از زایمان به مراکز بهداشتی جهت معاینه فیزیکی ناحیه تناسلی و

¹ Female Sexual Dysfunction

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی به منظور بررسی مشکلات جنسی و عوامل مرتبط با آن در دوران شیردهی در پاییز ۱۳۹۴ در شهر بندرعباس انجام شد. جامعه مورد پژوهش زنان شیردهی بودند که جهت دریافت خدمات مراقبتی به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس مراجعه می‌کردند. تعداد نمونه‌های مورد پژوهش ۱۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری آسان و با استفاده از فرمول نمونه‌گیری لوی و لمشو محاسبه شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زا و شیردهی که مایل به انجام مصاحبه بودند و در دوران بارداری و بعد از زایمان عوارضی از قبیل زایمان زودرس، فشارخون بارداری، افسردگی پس از زایمان و ... را نداشته و نیز جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی درمانی سیدالشهداء بندرعباس مراجعه کرده بودند. مرکز بهداشتی درمانی سیدالشهداء یکی از پرجمعیت‌ترین مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بندرعباس محسوب می‌شود که جمعیت تحت پوشش آن از اقشار و طبقات مختلف جامعه هستند و به دلیل این ویژگی منحصر به فرد، پژوهش در این مرکز بهداشتی انجام شد. در صورتی که نمونه‌های مورد پژوهش، تاریخچه مشکل جنسی درمان نشده از قبل بارداری داشتند، از مطالعه حذف می‌شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات فردی- اجتماعی زوجین، تاریخچه مامایی و بیماری‌های زنان در دوران قبل از بارداری، بارداری و پس از زایمان فعلی و چک لیست کوتاه نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی^۱ (BSCC) بود که پس از مطمئن نمودن نمونه‌های مورد پژوهش نسبت به محرمانه ماندن اطلاعات حاصل از پرسشنامه و صرفاً جنبه پژوهشی داشتن مطالعه، پرسشنامه‌ها طی مصاحبه در اتاق جداگانه‌ای تکمیل می‌شد.

چک لیست کوتاه نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی، فرم ارزیابی اولیه مشکلات جنسی قبل از مشاوره محسوب می‌شود که فرم اولیه آن در سال ۲۰۰۴ توسط هاتزیچریستو و همکاران تدوین شد و مورد تأیید انجمن

مشاوره برای انتخاب روش پیشگیری مناسب به پزشک یا ماما مراجعه می‌کنند، ولی توجه بسیار کمی به زندگی جنسی زنان در این دوران می‌شود (۱۷).

مشکلات جنسی منجر به کاهش کیفیت زندگی و نارضایتی در ارتباط با دیگران شده و تأثیر منفی بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی زن می‌گذارد (۱۸). مطالعات نشان داده‌اند که عدم برخورداری کافی از سلامت و امنیت جنسی منجر به عدم توانایی جسمی و روحی در مراقبت از کودک، عدم توانایی و مهارت کافی برای داشتن یک رابطه سالم و عاطفی، عدم توانایی شکوفایی در جامعه، فرزندکشی و حتی مرگ می‌شود (۱۹). بنابراین شناخت مشکلات جنسی در دوره پس از زایمان، آگاهی از تأثیر غیر مستقیم یا مستقیم این اختلال‌ها بر روی روابط خانوادگی زوجین و گسترش دانش پیرامون مسائل جنسی در دوره پس از زایمان ضروری است و اهمیت بررسی و مشاوره با زنان در ارتباط با مسائل جنسی آنان در دوره پس از زایمان را پررنگ‌تر می‌سازد (۲۰).

متأسفانه در ایران به خاطر پیشینه تاریخی و فرهنگی و ممنوعیت‌های مذهبی و شرعی، عرصه جنسیت و رفتار جنسی به صورت یک تابو درآمده که بحث و صحبت در مورد آن کار آسانی نیست؛ به طوری که پرداختن به مقوله نیاز جنسی همواره با شرم و اضطراب همراه بوده است (۲۱). آگاهی کامل از تغییرات بدنی و پاسخ‌های هیجانی زنان در دوران پس از زایمان و آگاهی از محدودیت‌ها و موانع فرهنگی و مذهبی حاکم بر فعالیت جنسی زنان در این دوران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به اینکه آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و بررسی مشکلات جنسی زوجین در مراقبت‌های پس از زایمان مورد توجه قرار نمی‌گیرد و در مراجعه به زنان شیرده نیز معلوم شد که آگاهی زنان در این مورد اندک و در برخی موارد آمیخته به خرافات است، مطالعه حاضر با هدف بررسی مشکلات جنسی در دوران شش ماه اول پس از زایمان در زنان شیرده انجام شد (۲۲).

¹ Brief Sexual Symptom Checklist

متخصصان زنان و مامایی آمریکا^۱ (ACOG) قرار گرفت. در حقیقت چک لیست مختصر مشکلات جنسی پژوهشگر ساخته است که بر مبنای فرم لاتین آن با مشخصات ارائه شده ساخته شده است (۲۳). نسخه لاتین این ابزار شامل ۵ سؤال می‌باشد. سؤال آغازین این پرسشنامه رضایت از رابطه جنسی است که در صورت پاسخ خیر، به بقیه سؤالات نیز پاسخ داده می‌شود. سؤال ۲ نوع مشکل جنسی (مشکل کمبود یا نبود میل جنسی، مشکل کمبود برانگیختگی جنسی، مشکل کاهش رطوبت یا لغزندگی واژن، مشکل مربوط به رسیدن به اوج لذت جنسی، مشکل مربوط به درد حین مقاربت و مشکلات دیگر)، سؤال ۳ آزاردهنده‌ترین مشکل جنسی برای فرد و سؤال ۴ و ۵ تمایل بیمار و همسرش برای صحبت در مورد مشکل جنسی با پزشک یا ماما را مشخص می‌کند.

در این مطالعه بر اساس تغییرات اعمال شده در نسخه جدید DSM-5 بخش اختلالات جنسی و اهداف پژوهش و مطالعه کتب و پژوهش‌های مختلف، زیر نظر چندین متخصص در این زمینه، ۴ سؤال دیگر به این پرسشنامه اضافه شد. به سؤال ۲ مشکل عدم رضایت جنسی و علل مرتبط با آن در دوران پس از زایمان اضافه شد، سؤال ۶ و ۷ دیسترس و اضطراب زن و همسرش، سؤال ۸ وجود اختلال در روابط زوجی و در نهایت سؤال ۹ وجود مشکل جنسی در بیش‌تر از ۷۵٪ موارد از فعالیت جنسی را می‌سنجد. سیستم نمره‌دهی این چک لیست به صورت کیفی (دارد-ندارد) است و نمره کلی یا نقطه برش ندارد.

اعتبار صوری چک لیست کوتاه نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی هم به صورت کیفی و هم به صورت کمی از طریق شاخص تأثیر (Impact Score) بررسی شد که همه سؤالات از لحاظ ظاهری و صوری مناسب بودند. اعتبار محتوای این چک لیست هم به طور کیفی و هم به صورت کمی از طریق محاسبه شاخص روایی محتوا (CVI) و میزان روایی محتوا (CVR) بررسی شد که در نهایت CVI نهایی پرسشنامه معادل ۰/۹ و CVI

نهایی معادل ۰/۹۲ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی محتوای خوب این ابزار بود و در نهایت با توجه به روایی صوری و محتوایی خوب این ابزار، هیچ سؤالی حذف نشد. جهت پایایی ابزار از روش همخوانی درونی بین سؤالات با استفاده از آزمون همگن کادر ریچاردسن استفاده شد که ضریب همبستگی معادل ۰/۸۷۹ به دست آمد.

این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (SBMU2.REC.1394.96) و اخذ مجوز و معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام شد. سپس پژوهشگر با ارائه معرفی‌نامه کتبی، خود را به مراکز انجام پژوهش معرفی نمود و از نمونه‌های واجد شرایط مطالعه رضایت آگاهانه و به دور از هرگونه اجبار، تهدید و اغوا به صورت کتبی اخذ نمود. به نمونه‌های پژوهش در مورد روش اجرا، هدف انجام پژوهش و مدت پژوهش، اطلاعات داده شد و به سؤالات آن‌ها پاسخ‌های قانع‌کننده داده شد و بعد از آن در پژوهش شرکت داده شدند.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و تحلیلی (رگرسیون لجستیک) از طریق نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مشخصات فردی و اجتماعی و مامایی نمونه‌ها و همسران آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

¹ The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش

متغیرهای فردی		تعداد	درصد
سن	زن: زیر ۲۰ سال	۷	۵/۳۸
	۲۰-۳۰ سال	۹۸	۷۵/۳۸
	۳۰-۴۰ سال	۲۵	۱۹/۲۴
همسر زیر ۲۰ سال	همسر زیر ۲۰ سال	۲	۱/۵۴
	۲۰-۳۰ سال	۸۷	۶۶/۹۲
	۳۰-۴۰ سال	۴۱	۳۱/۵۴
شغل	زن خانه دار	۱۱۰	۸۴/۶
	شاغل	۲۰	۱۵/۴
	همسر کارمند	۶۸	۵۲/۳
تحصیلات	کارگر	۱۸	۱۳/۸
	آزاد	۴۴	۳۳/۹
	زن ابتدایی و راهنمایی	۹	۶/۹
نسبت با همسر	دبیرستان و دیپلم	۶۴	۴۹/۳
	دانشگاهی	۵۷	۴۳/۸
	همسر ابتدایی و راهنمایی	۱۱	۸/۴
سطح درآمد خانواده	دبیرستان و دیپلم	۵۹	۴۵/۴
	دانشگاهی	۶۰	۴۶/۲
	فامیل	۵۳	۴۰/۸
وضعیت مسکن	غریبه	۷۷	۵۹/۲
	بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان	۲۸	۲۱/۵
	بین ۱-۱/۵ میلیون تومان	۶۰	۴۶/۲
نوع زایمان	بیشتر از ۱/۵ میلیون تومان	۴۲	۳۲/۳
	شخصی	۴۹	۳۷/۷
	اجاره‌ای	۷۱	۵۴/۶
تعداد بارداری	منزل اقوام	۱۰	۷/۷
	طبیعی	۷۴	۵۶/۹
	سزارین	۵۶	۴۳/۱
وضعیت ایبی زیاتومی	بارداری اول	۵۲	۴۰
	بارداری دوم	۵۶	۴۳/۱
	بارداری سوم و بالاتر	۲۲	۱۶/۹
روش پیشگیری از بارداری	دارد	۵۸	۴۴/۶
	ندارد	۷۲	۵۵/۴
	طبیعی	۷۰	۵۳/۹
نحوه ازدواج	کاندوم	۴۸	۳۶/۹
	وسیله داخل رحمی	۴	۳
	قرص شیردهی	۶	۴/۷
داشتن اتاق خواب جداگانه	قرص‌های ترکیبی	۲	۱/۵
	آمپول	۰	۰
	ازدواج سنتی	۱۰۰	۷۶/۹۲
داشتن اتاق خواب جداگانه	دوستی و آشنایی قبلی	۳۰	۲۳/۰۸
	بله	۱۰۶	۸۱/۵

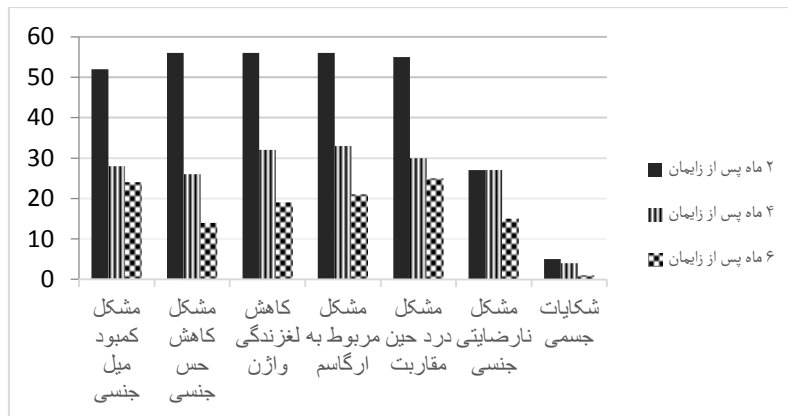
۱۸/۵	۲۴	خیر	
۵۳/۸	۷۰	پسر	جنس نوزاد
۴۶/۲	۶۰	دختر	
۸۸/۵	۱۱۵	هست	مورد قبول بودن جنس نوزاد از نظر والدین
۱۱/۵	۱۵	نیست	
۶/۹۳	۹	کمتر از ۱۸/۵	شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)
۶۰	۷۸	۲۴/۹-۱۸/۵	
۲۳/۰۷	۳۰	۲۹/۹-۲۵	
۱۰	۱۳	بیشتر از ۳۰	

حدود ۴۳ نفر (۳۳/۱٪) از زنان مورد پژوهش گزارش کردند که مشکل جنسی آن‌ها منجر به بروز اختلال در روابط بین فردی زوجین شده است و ۸۶٪ از واحدهای پژوهش در بیش از ۷۵٪ موارد رابطه جنسی خویش، مشکل جنسی را ذکر کردند.

توزیع مشکلات جنسی به تفکیک ۲، ۴ و ۶ ماه پس از زایمان در نمودار ۱ نشان داده شده است که اکثر مشکلات جنسی با شیوع بیشتری در دو ماه پس از زایمان وجود داشت و به نسبت در ۴ ماه و ۶ ماه پس از زایمان کاهش می‌یافت ($p < 0.001$).

در نمونه‌های مورد پژوهش متوسط تعداد مقاربت در دوران قبل از حاملگی 1.41 ± 2.46 و متوسط تعداد مقاربت در دوران پس از زایمان 1.09 ± 1.33 بار در هفته بود. متوسط زمان شروع اولین مقاربت در واحدهای پژوهش 2.12 ± 6.81 هفته پس از زایمان بود.

از بین واحدهای پژوهش تنها ۷۴ نفر (۵۶/۹٪) از آن‌ها تمایل صحبت در مورد مشکل جنسی‌شان با پزشک یا ماما را داشتند. مشکل جنسی در ۸۳ نفر (۶۳/۸٪) از واحدهای پژوهش منجر به بروز اضطراب و نگرانی فرد و تنها در ۵۴ مورد (۴۱/۵٪) از موارد باعث اضطراب و نگرانی همسرشان شده بود.



نمودار ۱- توزیع مشکلات جنسی در ۲، ۴ و ۶ ماه پس از زایمان

حدود ۶۹ نفر (۵۳/۱٪) از نمونه‌ها مشکل نارضایتی جنسی داشتند و از رابطه جنسی خویش رضایت نداشتند که بیشترین علت نارضایتی جنسی‌شان، معاشقه کوتاه قبل از نزدیکی بود. از جمله علل نارضایتی جنسی آن‌ها شامل انتخاب زمان نامناسب از سوی شریک جنسی (۲۳/۱٪)، علاقه نداشتن به شریک جنسی (۲/۳٪)، معاشقه کوتاه قبل از نزدیکی (۴۰/۸٪)، توجه و

بیشترین مشکل جنسی گزارش شده زنان در طی دوران ۶ ماه اول پس از زایمان به ترتیب مشکل درد حین مقاربت ۱۱۱ نفر (۸۵/۴٪)، مشکل مربوط به ارگاسم ۱۱۰ نفر (۸۴/۶٪)، مشکل کاهش رطوبت جنسی ۱۰۷ نفر (۸۲/۳٪)، مشکل کمبود میل جنسی ۱۰۴ نفر (۸۰٪) و مشکل کاهش برانگیختگی جنسی ۹۶ نفر (۷۳/۸٪) بود.

مشکلات جنسی در زنان خانه‌دار ۰/۳۳ برابر زنان شاغل بود (۰/۷۶-۰/۱۰۱ CI=۰/۹۵)، به ازای هر یک‌سال تحصیل زن، شانس وجود مشکلات جنسی ۰/۶۴ برابر و به ازای هر واحد افزایش درآمد خانواده، شانس وجود مشکلات جنسی ۰/۵۴ برابر بود (۴/۱۶-۱/۰۲ CI=۰/۹۵ و ۰/۹۸-۰/۳۸ CI=۰/۹۵). زنانی که اپی‌زیاتومی داشتند نسبت به زنانی که اپی‌زیاتومی نداشتند، شانس وجود مشکلات جنسی‌شان ۱/۵۱ برابر بود (۱/۰۲-۹/۶۰ CI=۰/۹۵) (جدول ۲).

شانس وجود مشکلات جنسی در زنانی که نحوه ازدواجشان به صورت سنتی بود، ۳/۳۶ برابر زنانی بود که نحوه ازدواجشان به صورت دوستی و آشنایی بود، و شانس وجود مشکلات جنسی در زنانی که دارای اتاق خواب جداگانه بودند، ۰/۴۲ برابر زنانی بود که اتاق خواب جداگانه نداشتند (۵/۴۹-۱/۱۳ CI=۰/۹۵ و ۰/۸۷-۰/۰۱۰ CI=۰/۹۵) و در نهایت اینکه به ازای هر یک واحد افزایش شاخص توده بدنی، شانس وجود مشکلات جنسی ۱/۱۲ برابر بود (جدول ۲).

محبت ناکافی بعد از نزدیکی (۰/۲۰)، عادت و رفتار جنسی متفاوت در شریک جنسی (۰/۱۵)، نارضایتی از تصویر بدنی (۰/۱۲/۳)، حس طرد شدن از سوی همسر (۰/۶/۲) و حس فداکارانه یا مادرانه برای راضی کردن شوهر (۰/۱۹/۲) بود. حدود ۱۰ نفر (۰/۷/۷) از زنان مورد مطالعه شکایات جسمی را حین و بعد از مقاربت جنسی همچون کم‌دردی، سردرد و ... ذکر کردند.

در مطالعه حاضر، برای تعیین عوامل مرتبط با مشکلات جنسی از رگرسیون لجستیک استفاده شد. متغیر وابسته مشکلات جنسی (دارد- ندارد) بود که با متغیرهای مستقل ذکر شده در جدول ۲ بررسی شد. بر اساس نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک در جدول ۲ عواملی همچون شغل (OR=۰/۳۳, p=۰/۰۲)، تحصیلات زن (OR=۰/۶۴, p=۰/۰۲۷)، وضعیت اپی‌زیاتومی (OR=۰/۵۴, p=۰/۰۰۶)، نحوه ازدواج (OR=۳/۳۶, p=۰/۰۰۱)، داشتن اتاق خواب جداگانه (OR=۰/۴۲, p=۰/۰۰۹) و شاخص توده بدنی (OR=۱/۱۲, p=۰/۰۰۱) با مشکلات جنسی ارتباط معناداری داشت؛ به طوری که شانس وجود

جدول ۲- نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک برای تعیین عوامل مرتبط با مشکلات جنسی

متغیرها	نسبت شانس	فاصله اطمینان نسبت شانس ۰/۹۵		سطح معنی داری
		حد پایین	حد بالا	
سن زن	۳/۳۶	۰/۴۷	۲۳/۸۸	۰/۲۲۶
سن همسر	۰/۹۱۳	۰/۷۱	۱/۱۷	۰/۴۷۷
شغل زن	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۷۶	۰/۰۲
شغل همسر	۰/۶۰	۰/۰۸	۴/۳۶	۰/۶۲۰
تحصیلات زن	۰/۶۴	۱/۰۲	۴/۱۶	۰/۰۲۷
تحصیلات همسر	۰/۷۰	۰/۳۴	۵/۹۲	۰/۹۵۸
نسبت با همسر	۲/۷۱	۰/۶۲	۱۱/۷۸	۰/۰۸۰
میزان درآمد خانواده	۰/۵۴	۰/۳۸	۰/۹۸	۰/۰۰۶
وضعیت مسکن	۰/۳۸	۰/۰۱	۹/۵۸	۰/۵۶۴
نوع زایمان	۱/۲۴	۰/۲۰	۲/۵۷	۰/۰۹۴
تعداد بارداری	۱/۱۱	۰/۷۲	۲/۰۸	۰/۰۶۲
وضعیت اپی‌زیاتومی	۱/۵۱	۱/۰۲	۹/۶۰	۰/۰۲۸
جنس نوزاد	۱/۹۵	۰/۷۲	۵/۲۵	۰/۱۸۷
نحوه ازدواج	۳/۳۶	۱/۱۳	۵/۴۶	۰/۰۰۱
داشتن اتاق خواب جداگانه	۰/۴۲	۰/۰۱	۰/۸۷	۰/۰۰۹
شاخص توده بدنی	۱/۱۲	۰/۰۲	۰/۹۶	۰/۰۰۱

df=۱, p<۰/۰۵

بحث

مطالعه حاضر به روش توصیفی مقطعی و به منظور بررسی رفتار جنسی و عوامل مؤثر بر آن در دوران شیردهی در پاییز ۱۳۹۴ در شهر بندرعباس انجام شد. در مورد فعالیت جنسی در دوران پس از زایمان نسبت به دوران قبل از بارداری مشخص شد که مشکلات جنسی در دوران پس از زایمان به نسبت قبل از زایمان شایع تر است. شیوع انواع مشکلات جنسی در دو ماه اول پس از زایمان بیشتر بود که به تدریج تا ماه ششم پس از زایمان میزان آن کاهش می‌یافت.

میانگین زمان شروع مجدد فعالیت جنسی در دوران پس از زایمان حدود ۶/۵ هفته بعد از زایمان بود که در مطالعات مختلف زمان شروع مقاربت بعد از زایمان بین ۶-۸ هفته گزارش شده بود (۲۷-۲۴). در مطالعه آدانیکی و همکاران (۲۰۱۴) میانگین زمان شروع مجدد فعالیت جنسی در دوران پس از زایمان در ۲۷/۶٪ از زنان زیر ۶ هفته، ۳۵/۸٪ از زنان بین ۶-۱۲ هفته و ۶/۶٪ از زنان بین ۱۳ هفته تا ۶ ماه بود (۱۰). در مطالعه نژاد و همکار (۲۰۱۱) ۱۵٪ از مادران غیر شیرده و ۳۵٪ از مادران شیرده از درد حین نزدیکی شکایت داشتند. زمان شروع فعالیت جنسی در ۶۲٪ از زنان بعد از ۶-۸ هفته پس از زایمان بود و حدود ۸۱٪ از زنان تا ۳ ماه بعد از زایمان فعالیت جنسی خود را از سرگرفته بودند. ۸۹٪ از آن‌ها در طی ۶ ماه اول پس از زایمان از احساس خستگی زیاد شکایت داشتند؛ به طوری که این خستگی منجر به محرومیت از خوابشان شده و بر روی زندگی جنسی آن‌ها تأثیرگذار بود (۱۶). در مطالعه حاضر، متوسط تعداد مقاربت در دوران قبل از حاملگی $2/46 \pm 1/41$ و متوسط تعداد مقاربت در دوران پس از زایمان $1/33 \pm 1/09$ بار در هفته بود که با نتایج مطالعه نیک‌پور و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی داشت (۱۵).

همچنین از بین واحدهای پژوهش با وجود اینکه همگی مشکل جنسی داشتند، تنها ۵۶/۹٪ از آن‌ها تمایل صحبت در مورد مشکل جنسی‌شان با پزشک یا ماما را داشتند. گلازرن (۱۹۹۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که با وجود اینکه اکثر زنان در دوره پس از زایمان از مشکلات جنسی شکایت دارند، اما فقط ۷-۱۳٪ آن‌ها

درخواست کمک از پزشک یا ماما را داشتند. ۴۰٪ از زنان برای بهبود مشکل جنسی خویش، هیچ‌گونه کمکی از پزشک یا ماما درخواست نمی‌کردند، در حالی که ۵۴٪ از زنان برای دریافت کمک از پزشک یا ماما برای بهبود مشکل جنسی خود تمایل داشتند (۲۸). نتایج مطالعه وحدانی‌نیا و همکاران (۲۰۰۹) بر روی ۱۵۴۰ زن نشان داد که ۵۱٪ از زنان حداقل از یکی از مشکلات جنسی شکایت داشتند و ۳۵/۸٪ از زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی به دنبال هیچ‌گونه کمکی از مراقبین بهداشتی برای حل مشکل جنسی خود نبودند. محدودیت زمان برای مراجعه به مراقبین بهداشتی و اعتقاد به عدم رخداد این اختلال برای آن‌ها از شایع‌ترین علل عدم مراجعه این افراد به مراقبین بهداشتی است (۲۹). در گروه مورد بررسی بارت و همکاران (۲۰۰۰) تنها ۱۵٪ از آن‌ها در مورد مشکل جنسی خود مشورت کرده بودند (۲۴).

این نتایج نشان دهنده این موضوع است که اغلب زنان به دلیل جدی نگرفتن مشکل جنسی خود و به دلیل مسائلی از جمله درگیر امور بچه و زندگی روزمره، خستگی، مسائل فرهنگی و شرم و حیا، مشکل جنسی خود را با کارکنان بهداشتی درمانی مطرح نمی‌کنند. بوا (۲۰۱۴) در بررسی بر روی ۸۰۷ نفر به این نتیجه رسید که ۴۰٪ از زنان در مورد مشکل جنسی‌شان با پزشک خود صحبت نمی‌کنند. پژوهشگران اظهار داشتند که مراقبین خدمات بهداشتی ممکن است برای صحبت در مورد مسائل بهداشت جنسی با بیمارانشان به چندین دلیل شامل: فقدان دانش و مهارت کافی برای رفع نگرانی جنسی بیمار، شرم و حیا برای صحبت کردن با بیمار در مورد مسائل جنسی، نگرانی در مورد رنجش و خجالت بیمار، ناچیز پنداشتن شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان و دست‌کم گرفتن اثر مشکل جنسی بر سلامت بیمار احساس راحتی نکنند (۳۰). مراقبین بهداشتی می‌توانند نقش پراهمیتی را برای کمک به زوجین برای تطبیق با دوره پس از زایمان با توجه به تغییراتی که در این دوران اتفاق می‌افتد، ایفا کنند. بدین ترتیب صمیمت، رضایت و عملکرد جنسی مادران را ارتقاء خواهند داد (۱۶). مراقبین بهداشتی باید از امکان بروز مسائل روانی-جنسی آگاه بوده و ویژگی‌های بعد از زایمان و مراجعات

والدین به درمانگاه برای ارزیابی نوزاد را غنیمت شمرده و طرح این مسائل را در برنامه خود بگنجانند (۲۲).

در مطالعه حاضر مشکل جنسی در اکثر واحدهای پژوهش منجر به بروز اضطراب و نگرانی فرد و همسرشان شده بود و حدود ۳۳/۱٪ از زنان مورد پژوهش گزارش کردند که مشکل جنسی آن‌ها منجر به بروز اختلال در روابط بین فردی زوجین شده است. نتایج مطالعه اولسون و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که بعد از زایمان و به دلیل تغییر الگوی فعالیت جنسی، زوجین استرس بیشتری را به علیی همچون خستگی، کمبود زمان کافی برای انجام فعالیت جنسی به علت وجود نوزاد و تغییر تصویر ذهنی از بدن، ناهماهنگی میل جنسی زن با شریک جنسی‌اش، نادیده گرفتن خود در رابطه جنسی برای راضی کردن همسرشان و عدم اطمینان به بازگشت مجدد سایز واژن و پرنه به وضعیت اولیه را تجربه می‌کردند که تمامی این مباحث در چک‌لیست مختصر مشکلات جنسی زنان به کار رفته، در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفت (۱۷). در مطالعه حاضر واحدهای پژوهش بیشترین علت نارضایتی جنسی زنان، معاشقه کوتاه قبل از نزدیکی بود و زنان از جمله علل نارضایتی جنسی‌شان را انتخاب زمان نامناسب از سوی شریک جنسی، علاقه نداشتن به شریک جنسی، معاشقه کوتاه قبل از نزدیکی، توجه و محبت ناکافی بعد از نزدیکی، عادت و رفتار جنسی متفاوت در شریک جنسی، نارضایتی از تصویر بدنی، حس ترد شدن از سوی همسر و حس فداکارانه یا مادرانه برای راضی کردن شوهر گزارش کردند.

در مطالعه حاضر، توزیع مشکلات جنسی به تفکیک ۲، ۴ و ۶ ماه پس از زایمان نشان داد که اکثر مشکلات جنسی با شیوع بیشتری در ۲ ماه پس از زایمان وجود دارد و به نسبت در ۴ ماه و ۶ ماه پس از زایمان کاهش می‌یافت. در مطالعه شیروانی و همکاران (۲۰۱۰) اختلال عملکرد جنسی با شیوع بیشتری در طی سه ماه اول پس از زایمان وجود داشت و پس از آن به تدریج کاهش می‌یافت (۳۱). همچنین در مطالعه گلازتر (۱۹۹۷) شیوع مشکلات جنسی در ۸ هفته اول پس از زایمان ۵۳٪ بود که در طی یک‌سال اول به میزان ۴۹٪ کاهش یافت (۱۵). برت و همکاران (۲۰۰۰) نیز کاهش اختلال

عملکرد جنسی را نسبت به سه ماه اول بعد از ۹-۸ ماه گزارش کردند (۲۴). تفاوت مربوط به میزان شیوع در مطالعات مختلف می‌تواند به علل فرهنگی، اجتماعی، نژادی، اقتصادی و تفاوت در نحوه بررسی مشکلات جنسی باشد (۷). به هر حال آنچه بین مطالعه حاضر و مطالعات دیگر مشترک است، شیوع بیشتر مشکلات جنسی در ماه‌های اول و سپس کاهش آن می‌باشد.

در مطالعه حاضر بیشترین مشکل جنسی گزارش شده زنان در دوران پس از زایمان مشکل درد حین مقاربت (دیسپارونیا) بود. در مطالعه برومندفر و همکاران (۲۰۱۰) مشکل درد شایع‌ترین و کاهش تمایل جنسی نادرترین اختلال جنسی پس از زایمان بود (۳۲). نتایج مطالعه هولاندا و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که دیسپارونیا شایع‌ترین و عمومی‌ترین اختلال جنسی پس از زایمان است (۳۳). نتیجه این تحقیقات از نتیجه مطالعه حاضر در این زمینه حمایت می‌کند. برخلاف نتایج فوق، در مطالعات دیگر بیشترین مشکل گزارش شده مشکل در فاز تمایل و برانگیختگی بود (۲۷، ۳۱، ۳۴). توجه به دیسپارونیا در دوران پس از زایمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا خود دیسپارونیا می‌تواند در چرخه‌ای معکوس بر برانگیختگی و تمایل جنسی تأثیرگذار باشد. با توجه به نتایج فوق این‌گونه به نظر می‌رسد که با توجه به اینکه واحدهای مورد پژوهش در تحقیق حاضر در دوران شیردهی به سر می‌برند و دوران شیردهی همراه با افزایش پرولاکتین و کاهش استروژن و پروژسترون می‌باشد، دیسپارونیا در چند ماه اول بعد از زایمان افزایش می‌یابد. در مطالعه حاضر بین عواملی همچون شغل، تحصیلات زن، میزان درآمد خانواده، وضعیت اپی زیاتومی، نحوه ازدواج، داشتن اتاق خواب جداگانه و شاخص توده بدنی با مشکلات جنسی پس از زایمان ارتباط معناداری وجود داشت، در حالی که بین عواملی همچون سن، شغل و تحصیلات همسر، نسبت با همسر، وضعیت مسکن، نوع زایمان و تعداد بارداری و جنس نوزاد با مشکلات جنسی در دوران پس از زایمان ارتباط معناداری وجود نداشت. در مطالعه شیروانی و همکاران (۲۰۱۰) که با هدف تعیین اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان شیرده

انجام شد، تعدادی از فاکتورهای ذکر شده در مطالعه حاضر را به عنوان عوامل احتمالی مؤثر بر عملکرد جنسی زنان در دوران شیردهی مورد ارزیابی قرار داد؛ به طوری که سن بیشتر، مدت ازدواج طولانی تر، فرزند بیشتر، سطح تحصیلات کمتر و خستگی مادر به طور معنی داری با اختلال عملکرد جنسی ارتباط داشت ($p < 0/05$) (۳۱). مطالعه برومندفر و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که نمره عملکرد جنسی با برخی از خصوصیات فردی همچون سن، تحصیلات، شاخص توده بدنی و شغل رابطه معناداری ندارد، ولی بین نمره عملکرد جنسی با رضایت از وضعیت اقتصادی ($p = 0/038$) و محل سکونت ($p = 0/014$) رابطه معنی داری وجود دارد (۳۲). در مطالعه نصیری امیری و همکاران (۲۰۰۶) بین سن مادران و میزان اوج لذت جنسی در دوره شیردهی ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$)، ولی سن همسر، اشتغال و تحصیلات در دوره شیردهی با عملکرد جنسی ارتباط معنی داری نداشت (۲۷). در اکثریت مطالعات همچون مطالعه حاضر بین مشکل جنسی در زنان با زایمان واژینال و سزارین ارتباط معناداری وجود نداشت (۱، ۴، ۲۷، ۳۲، ۳۱). در حالی که در مطالعه مقیمی و همکار (۲۰۱۱) عملکرد جنسی در زنان با زایمان واژینال بهتر بود (۳۵). در مطالعه کانیشیرو و همکاران (۲۰۰۸) بین چاقی و میزان شاخص توده بدنی با اختلال عملکرد جنسی همچون مطالعه حاضر ارتباط معناداری وجود داشت (۳۶)، در حالی که در مطالعه برومندفر و همکاران (۲۰۱۰) این ارتباط معنادار نبود (۳۲). در مطالعه آله شیخ و همکاران (۲۰۱۶) تروما به پرینه منجر به افزایش مشکلات جنسی در دوران پس از زایمان می شد (۲). در مطالعه ترک زهرانی و همکاران (۲۰۱۶) نیز زنانی که ایپی زیاتومی یا پارگی در ناحیه ایپی زیاتومی داشتند، دیرتر از زنانی که زایمان خود به خودی بدون پارگی داشتند، مقاربت جنسی خود را شروع کردند؛ به طوری که این نتایج از نتیجه مطالعه حاضر حمایت می کند (۴).

اختلال عملکرد جنسی تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و روابط بین فردی زوجین دارد. مشکلات جنسی منجر به فشار روانی و ایجاد مشکلاتی در روابط اجتماعی می شود. یکی از واقعیت های موجود در سیستم بهداشتی کشور

این است که بسیاری از اجزاء بهداشت جنسی از جمله تنظیم خانواده، مراقبت های پیش از بارداری، دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان، کلاس های آموزشی قبل از ازدواج، مشاوره و درمان بیماری های مقاربتی و ایدز، بهداشت دوران بلوغ در حال حاضر ارائه می شود، ولی مشاوره و آموزش بهداشت جنسی هنوز وارد برنامه های آموزشی و ارائه خدمات نشده اند. بنابراین به نظر می رسد سیستم فعلی خدمات بهداشتی از نظر نیروهای مناسب برای ارائه چنین برنامه ای کمبود ندارد، بلکه فقط آموزش های لازم را باید به این نیروها داده و آن ها را برای ارائه چنین خدمتی آماده نمایند.

از محدودیت های مطالعه حاضر عدم بررسی عملکرد و رضایت جنسی قبل از زایمان و بارداری برای قضاوت بهتر بود. لذا برای بررسی عوامل مرتبط، انجام مطالعه طولی از قبل از حاملگی، دوران حاملگی و بعد از زایمان و همچنین نیازسنجی و آموزش در مورد مشکلات جنسی در دوران پس از زایمان در مردان و زنان پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

شایع ترین مشکل جنسی در دوران پس از زایمان، مشکل درد حین مقاربت جنسی می باشد. به طور کلی مشکلات جنسی با شیوع بیشتری در دو ماه پس از زایمان وجود دارد و شیوع آن در ۴ ماه و ۶ ماه پس از زایمان کاهش می یابد. بنابراین می توان این گونه نتیجه گیری کرد که برگزاری دوره های آموزشی در جهت توانمندسازی ماماها برای مواجهه با مشکلات جنسی مراجعین خود، می تواند گام مهمی در جهت کاهش مشکلات جنسی باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم مرزده بنایی می باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره SBMU2.REC.1394.96 به ثبت رسید. بدین وسیله از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و همچنین از تمام عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند و کارکنان مرکز بهداشتی و درمانی سیدالشهداء تشکر و قدردانی می شود.

1. Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: a qualitative study. *Sex Med* 2013; 1(2):54-61.
2. Alesheikh A, Jaafarnejad F, Esmaili H, Asgharipour N. The relationship between mode of delivery and sexual function in Nulliparous women. *J Midwifery Reprod Health* 2016; 4(3):635-43.
3. Yıldız H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther* 2015; 41(1):49-59.
4. Torkzahrani S, Banaei M, Ozgoli G, Azad M, Emamhadi MA. Postpartum sexual function; conflict in marriage stability: a systematic review. *Int J Med Toxicol Foren Med* 2016; 6(2):88-98.
5. Wright JJ, O'Connor KM. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am* 2015; 99(3):607-28.
6. Cunningham SD, Smith A, Kershaw T, Lewis JB, Cassells A, Tobin JN, et al. Prenatal depressive symptoms and postpartum sexual risk among young urban women of color. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(1):11-7.
7. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med* 2009; 6(6):1645-67.
8. Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *Int J Impot Res* 2015; 27(3):118-20.
9. Froozi MA, Mohamadalizade S, Sultanahmadi J, Gazanfari Z. Postpartum stressors from mothers point of view. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(4):39-45. (Persian).
10. Adanikin AI, Awoleke JO, Adeyiola A, Alao O, Adanikin PO. Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2014; 20(4):241-8.
11. Asselmann E, Hoyer J, Wittchen HU, Martini J. Sexual problems during pregnancy and after delivery among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *J Sex Med* 2016; 13(1):95-104.
12. Handa VL. Sexual function and childbirth. *Semin Perinatol* 2006; 30(5):253-6.
13. Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs* 2012; 21(7- 8):929-37.
14. Mohammed YF, Hassan HM, Al Dinary AM, Rashed NS. Sexual function after childbirth according to the mode of delivery. *AAMJ* 2014; 12(4):264-85.
15. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(3):330-5.
16. Nezhad MZ, Goodarzi AM. Sexuality, intimacy, and marital satisfaction in Iranian first-time parents. *J Sex Marital Ther* 2011; 37(2):77-88.
17. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci* 2005; 19(4):381-7.
18. Anzaku A, Mikah S. Postpartum resumption of sexual activity, sexual morbidity and use of modern contraceptives among Nigerian women in Jos. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4(2):210-6.
19. Yekeh FL, Goudarzi MR. Prevalence of sexual dysfunction and related factors among married couples in Qazvin. *J Qazvin Univ Med Sci* 2009; 13(1):49-55. (Persian).
20. Shirpak KR, Chinichian M, Maticka-Tyndale E, Ardebili HE, Pourreza A, Ramenzankhani A. A qualitative assessment of the sex education needs of married Iranian women. *Sex Cult* 2008; 12(3):133-50.
21. Abolhasan TH, Ghasemi Z, Asadollahi S. Sexual taboo and its affection factors (a case study of the youth in Tehran). *Sociol Youth Stud Quart* 2013; 3(8):9-22. (Persian).
22. Jahanfar SH, Molaiezhad M. Textbook of sexual disorder. 2nd ed. Tehran: Jameenegar (bije); 2013. (Persian).
23. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, Clayton A, Cuzin B, Derogatis L, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med* 2004; 1(1):49-57.
24. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107(2):186-95.
25. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45(3):227-37.
26. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999; 47(1):27-49.
27. Nasiri Amiri F, Haji Ahmadi M, Bakoei F. Assessment of sexual function during breastfeeding and its related factors in primiparous women referred to babol health centers (2005-2006). *J Babol Univ Med Sci* 2007; 9(4):52-8. (Persian).
28. Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nekrosh M, Jamshidi R. Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran. *Razi J Med Sci* 2006; 13(50):189-96. (Persian).
29. Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. *BMC Womens Health* 2009; 9(1):3.
30. Boa R. Female sexual dysfunction. *S Afr Med J* 2014; 104(6):446.

31. Shirvani MA, Nesami MB, Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian women. *Pak J Biol Sci* 2010; 13(8):385-9.
32. Boroumandfar K, Rahmati MG, Farajzadegan Z, Hoseini H. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010; 15(4):220-3.
33. Holanda JB, Abuchaim ED, Coca KP, Abrão AC. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paulista Enfermag* 2014; 27(6):573-8.
34. Malakoti J, Zamanzadeh V, Maleki A, Farshbaf Khalili A. Sexual function in breastfeeding women in family health centers of Tabriz, Iran, 2012. *J Caring Sci* 2013; 2(2):141-6.
35. Moghimi-Hanji S, Mahdizade-Torzani Z. Comparison of sexual function after childbirth in primiparous women experiencing vaginal delivery and caesarian section in Karaj city. *Quart Horizon Med Sci* 2013; 18(5):225-31.
36. Kaneshiro B, Jensen JT, Carlson NE, Harvey SM, Nichols MD, Edelman AB. Body mass index and sexual behavior. *Obstet Gynecol* 2008; 112(3):586-92.