

بررسی عوامل مرتبط با عملکرد جنسی در زنان شیرده با کم کاری میل جنسی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سنقر در سال ۱۳۹۷

دکتر سودابه آقابابایی^۱، طاهره حشمتیان^۲، دکتر قدرت‌الله روشنایی^۳، دکتر سیده
مهديه روحانی محمودآبادی^۴، دکتر منصوره رفائی^{*۱}

۱. استادیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. متخصص زنان و زایمان، بیمارستان امام خمینی سنقر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۷

خلاصه

مقدمه: عوامل مختلفی از جمله زایمان و شیردهی می‌توانند عملکرد جنسی زنان را تحت تأثیر قرار دهند. شناخت مشکلات جنسی و عوامل مداخله کننده در دوره پس از زایمان از ضروریات است. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با عملکرد جنسی زنان شیرده با کم کاری میل جنسی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۰۴ زن شیرده طی ۶-۲ ماه پس از زایمان با کم کاری میل جنسی در مراکز جامع سلامت شهر سنقر انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه ارزیابی میل جنسی کم کار و شاخص عملکرد جنسی زنان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار R (نسخه ۳.۵.۲) و SPSS (نسخه ۲۴) و آزمون‌های آماری من‌ویتنی و ضریب همبستگی پیرسون انجام گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین سن و تمایل جنسی، تهییج جنسی، ارگاسم، رضایت جنسی و همچنین نمره کل عملکرد جنسی همبستگی معکوس و معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$). همچنین همبستگی معکوس و معنی داری بین تعداد بارداری با تمایل جنسی و تهییج جنسی ($p < 0/05$) و بین تعداد فرزند زنده با تمایل جنسی مشاهده شد ($p < 0/05$). همبستگی بین عملکرد جنسی با سن ازدواج، سن نوزاد، فاصله بین بارداری‌های اخیر و میزان درآمد از نظر آماری معنی دار نبود ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: سن، تعداد بارداری و تعداد فرزند زنده با عملکرد جنسی همبستگی معکوس دارند، بدین صورت که با افزایش سن، تعداد بارداری و تعداد فرزند زنده، نمره عملکرد جنسی کاهش می‌یابد. همبستگی بین عملکرد جنسی با سن ازدواج، سن نوزاد، فاصله بین بارداری‌های اخیر و میزان درآمد از نظر آماری معنی دار نبودند.

کلمات کلیدی: زنان شیرده، عملکرد جنسی، میل جنسی کم کار

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر منصوره رفائی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۱۵۰؛ پست الکترونیک: mansourehrefaei@yahoo.com

مقدمه

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی، وضعیت جسمی، ذهنی، عاطفی و تندرستی اجتماعی در ارتباط با مسائل جنسی است (۱). پاسخ جنسی واکنش‌های فیزیولوژیکی است که به دنبال تحریک جنسی در فرد ایجاد می‌شود و شامل ۴ مرحله میل جنسی، انگیزش، ارگاسم و فرونشینی می‌باشد (۲-۴). میل جنسی یکی از انواع انگیزه‌ها برای برقراری رابطه جنسی است. احساس تمایل ممکن است با اشارات جنسی درونی (خیال‌پردازی جنسی) و یا بیرونی (شریک جنسی مورد علاقه) شروع شود (۵). میل جنسی کم‌کار، فقدان یا کاهش میل یا علاقه جنسی است و به‌عنوان کمبود یا فقدان مستمر و مکرر تصورات و خیال-پردازی‌های جنسی و یا میل به فعالیت جنسی نیز تعریف شده است (۶، ۷). عملکرد جنسی در دوره‌های مختلف از زندگی زنان دچار تغییراتی می‌شود. یکی از این دوره‌ها، دوره پس از زایمان است (۸). تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی که در دوران بارداری و شیردهی که از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان می‌باشند، روی می‌دهد، روابط جنسی را کاملاً تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و اغلب سبب بروز مشکلات جنسی در دوره بعد از زایمان و کاهش بیشتر میل و فعالیت جنسی در مقایسه با بارداری می‌گردد (۹-۱۲). ترشح و خونریزی واژینال، احساس ناراحتی در پرینه (اغلب ناشی از اپی‌زیاتومی)، هموروئید، سوزش و درد پستان، کاهش لوبریکاسیون واژن در اثر شیردهی، خستگی ناشی از اختلال در خواب شبانه، کاهش احساس جذاب بودن، ترس از بیدار شدن کودک، تغییر برداشت‌های ذهنی زن از خود یا تغییر خلق همگی از عوامل مؤثر در کاهش انگیزه برای انجام فعالیت جنسی بعد از زایمان هستند (۵، ۱۳). در برخی مطالعات سابقه قبلی افسردگی، بروز حوادث استرس‌زای زندگی و مشکلات اقتصادی و اجتماعی در دوران بعد از زایمان را نیز در این زمینه بسیار مؤثر دانسته‌اند (۱۴، ۱۵). در مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۱۷)، نخست‌زا بودن و شیردهی عواملی بودند که بیشترین ارتباط را با افزایش اختلال عملکرد جنسی در دوران بعد از زایمان داشتند (۱۶). برخی

مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که در زنان شیرده میزان تمایل جنسی، فعالیت جنسی و رضایت جنسی کمتر از زنانی است که نوزاد خود را با شیرخشک تغذیه می‌کنند (۱۹-۱۷). در مطالعه عنبران و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان عملکرد جنسی زنان در دوره بعد از زایمان و روش‌های تغذیه کودک، بالاترین عملکرد جنسی در زنانی مشاهده شد که تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته و شیردهی اثر مثبتی بر عملکرد جنسی زنان داشت (۲۰). در مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۹) فعالیت جنسی با شیردهی ارتباط معنی‌داری نداشت (۲۱).

در مطالعات مختلف در ایران، شیوع مشکلات جسمی و جنسی پس از زایمان بسیار متفاوت و بین ۲۲-۸۶٪ گزارش شده است (۲۲). عملکرد جنسی تحت تأثیر عوامل متعددی است که از آن جمله می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی خود فرد، خانواده، محیط زندگی، اجتماع و فرهنگ، تاریخچه جنسی فرد و همسر، ارتباطات گذشته، وضعیت سلامت روانی و مشکلات جسمی اخیر و وضعیت هورمونی اشاره نمود (۲۳). با وجود فراوانی مشکلات جنسی در دوران پس از زایمان، این مشکل فاقد تشخیص تخصصی است. مشکلات جنسی منجر به کاهش کیفیت زندگی و عدم رضایت در ارتباط با دیگران شده و تأثیر منفی بر ابعاد مختلف سلامت می‌گذارد (۲۴). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که عدم برخورداری از سلامت و امنیت جنسی منجر به عدم توانایی و مهارت کافی برای داشتن یک رابطه عاطفی سالم و عدم توانایی شکوفایی در جامعه می‌گردد (۲۵). بنابراین شناخت مشکلات جنسی در دوره پس از زایمان و شناخت عوامل مداخله‌کننده از ضروریات است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با عملکرد جنسی در زنان شیرده با کم‌کاری میل جنسی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر سنقر در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۰۴ زن در دوران شیردهی در مراکز جامع سلامت شهر سنقر انجام شد. این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم

با بله و خیر پاسخ داده می‌شود. تشخیص کاهش میل جنسی در صورتی برای افراد گذاشته می‌شود که به ۴ گزینه اول شامل: (آیا در گذشته میل جنسی شما خوب یا رضایت‌بخش بوده است؟، آیا کاهش در میل یا علاقه جنسی شما وجود داشته است؟، آیا نگران کاهش میل یا علاقه جنسی خود هستید؟ و آیا تمایل دارید سطح میل یا علاقه جنسیتان را افزایش دهید؟) پاسخ بله داده شود و با توجه به گزینه‌هایی که در سؤال پنجم علامت زده می‌شود (بارداری، زایمان، عمل جراحی سزارین، درد حین نزدیکی، استرس، خستگی و نداشتن شور شهوانی)، کاهش میل جنسی اکتسابی مشخص می‌گردد (۲۷). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۱۱ توسط آگوستینو با ضریب آلفای ۰/۸۵ مورد تأیید قرار گرفت (۲۸). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه مذکور پس از ترجمه و بازترجمه از زبان انگلیسی به فارسی و بالعکس با ضریب آلفای ۰/۷۸ تأیید شد.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان FSFI توسط روسن و همکاران (۲۰۰۰) جهت اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان در طول ۴ هفته گذشته ساخته شده است (۲۹). این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال عملکرد جنسی زنان می‌باشد که در ۶ حوزه مستقل میل جنسی، تهییج جنسی، لوبریکاسیون واژن، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی می‌باشد. نمرات در نظر گرفته شده برای هریک از ۶ حوزه ذکر شده به‌طور جداگانه در نظر گرفته شده و در آخر نمرات تمام حوزه‌ها با هم جمع شده است. نمره‌دهی افراد به این‌صورت است که حوزه میل جنسی (۵-۱)، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و حوزه درد (۵-۰) و حوزه رضایت جنسی (۵-۰) می‌باشد که عدد صفر، بیانگر عدم رابطه جنسی طی ۴ هفته گذشته بوده است. جهت هم‌وزن کردن حوزه‌ها با هم، نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه با هم جمع شده و در عدد فاکتور ضرب می‌شود. با جمع نمرات ۶ حوزه با هم بعد از هم‌وزن کردن حوزه‌ها، نمره کل مقیاس به‌دست می‌آید. بدین‌ترتیب نمره‌گذاری به‌صورتی است که نمره بیشتر مبین کارکرد جنسی بهتر بوده است. حداکثر نمره بر اساس هم‌وزن نمودن حوزه‌ها برای هر حوزه برابر ۶ و کل

پزشکی همدان (IR.UMSHA.REC1397.482) انجام شد. محیط پژوهش شامل مراکز جامع سلامت شهر سنقر و شامل ۵ مرکز بهداشتی درمانی و جامعه پژوهش، تمام مادران شیرده در ۶-۲ ماه اول پس از زایمان بودند که از بین آنها مادران شیرده واجد معیارهای ورود انتخاب شدند؛ بدین‌صورت که پژوهشگر به‌صورت تصادفی به مراکز مراجعه می‌نمود و پس از توضیح اهداف پژوهش و روش کار، واحدهای پژوهش را انتخاب می‌کرد و در صورت تمایل آنان به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی اخذ می‌گردید و پرسشنامه تکمیل می‌شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه حزیبان و همکاران (۲۰۱۶) (۲۶) و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵٪، توان آزمون ۸۰٪، با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش، بر اساس فرمول حجم نمونه، $d=0/78$ ، $s=3/83$ نفر به‌دست آمد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان شیرده از ۶-۲ ماه پس از زایمان، زایمان ترم تک‌قلو، تغذیه انحصاری با شیر مادر، کاهش میل جنسی ثانویه، عدم مواجهه با رویداد تنش‌زا طی بارداری و یا پس از زایمان (مرگ عزیزان، تصادفات و سوانح...)، زندگی در کنار همسر، عدم وجود عارضه در بارداری و پس از زایمان (عفونت یا باز شدن محل ایپی‌زیاتومی یا جراحی، باقی ماندن جفت یا بقایای بارداری و...)، عدم وجود بیماری شناخته شده روانی و جسمی در جریان مطالعه طبق پرونده سلامت و اظهارات فرد، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی در جریان مطالعه طبق پرونده سلامت و اظهارات فرد، توانایی تکلم و خواندن و نوشتن به زبان فارسی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: باردار شدن، مرگ یا بیماری یا بستری شدن نوزاد در جریان مطالعه، تعارضات شدید زناشویی و عدم تمایل به همکاری بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه ارزیابی میل جنسی کم‌کار (DSDS)^۱ و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۲ بود. پرسشنامه ارزیابی میل جنسی کم‌کار، پرسشنامه‌ای کیفی و شامل ۵ سؤال می‌باشد که

¹ Decreased Sexual Desire Screener (DSDS)

² Female Sexual Function Index

مقیاس نمره ۳۶ است که نمره کمتر از ۲۸ نشان‌دهنده عملکرد جنسی نامطلوب می‌باشد (۲۹-۳۱).

جهت انجام پژوهش، پژوهشگر به تمام مراکز جامع سلامت شهر سنقر شامل ۵ مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده و با همکاری مراکز لیستی از مادران شیرده که در ۶-۲ ماه پس از زایمان به سر می‌بردند، تهیه نمود. پژوهشگر همزمان با مراجعه افراد جهت برنامه واکسیناسیون یا سایر مراقبت‌های مادر و کودک، در مراکز حضور یافته و مادران شیرده واجد معیارهای ورود که در ۶-۲ ماه پس از زایمان به سر می‌بردند را انتخاب نمود. در ابتدا اهداف پژوهش و روش کار برای آنها توضیح داده شد و در صورت تمایل آنان به شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. در مرحله بعد پرسشنامه DSDS توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید تا افراد با کاهش میل جنسی اکتسابی انتخاب شوند، سپس پرسشنامه مشخصات مامایی و دموگرافیک و پرسشنامه FSFI توسط افراد منتخب با کم‌کاری میل جنسی تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار R (نسخه ۳.۵.۲) و SPSS (نسخه ۲۴) صورت پذیرفت.

به‌منظور بررسی ارتباط هر یک از شاخص‌های عملکرد جنسی با ویژگی‌های دموگرافیک و مامایی مورد مطالعه، با توجه به نوع مقیاس آنها و همچنین عدم برقراری

مفروضاتی همچون نرمالیتی داده‌ها از آزمون‌های ناپارامتریک من‌ویتنی (معادل تی مستقل)، کروسکال والیس (معادل آنالیز واریانس یک‌طرفه) و تبدیل Z فیشر (آزمون همبستگی) استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر از ۳۲۶ زن شیرده با تغذیه انحصاری از جامعه پژوهش، ۱۰۴ نفر دارای میل جنسی کم‌کار بودند. میانگین سن افراد $29/65 \pm 5/66$ سال و میانگین سن نوزاد $4/26 \pm 1/22$ ماه بود. بر اساس جدول ۱، از مجموع افراد مورد بررسی، همگی شهرنشین بودند. ۳۸ نفر (۳۶/۵۳٪) دارای فرزند پسر بودند. ۸۴ نفر (۸۰/۷۷٪) از جنسیت فرزند آخر خود رضایت داشتند. ۳۲ نفر (۳۰/۷۷٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۹۹ نفر (۹۵/۱۹٪) خانه‌دار بودند. از میان همسران آنها، ۴۴ نفر (۴۲/۳۲٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۶۱ نفر (۵۸/۶۶٪) دارای شغل آزاد بودند و ۹۳ نفر (۸۹/۴۴٪) اعتیادی به مواد مخدر نداشتند. ۵۹ نفر (۵۶/۷۳٪) دارای منزل شخصی بودند. ۸۱ نفر (۷۷/۸۸٪) بدون خانواده همسر زندگی می‌کردند و ۶۶ نفر (۶۳/۴۶٪) دارای اتاق خواب اختصاصی با همسر بودند (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی
میزان تحصیلات	ابتدایی	۲۸ (۲۶/۹۳)
	راهنمایی	۱۵ (۱۴/۴۳)
	دبیرستان	۵ (۴/۸۰)
	دیپلم	۳۲ (۳۰/۷۷)
شغل	دانشگاهی	۲۴ (۲۳/۰۷)
	خانه‌دار	۹۹ (۹۵/۱۹)
میزان تحصیلات همسر	کارمند	۵ (۴/۸۱)
	ابتدایی	۱۰ (۹/۶۱)
	راهنمایی	۱۶ (۱۵/۳۸)
	دبیرستان	۱۰ (۹/۶۱)
شغل همسر	دیپلم	۴۴ (۴۲/۳۲)
	دانشگاهی	۲۴ (۲۳/۰۸)
	کارگر	۱۸ (۱۷/۳۱)
	آزاد	۶۱ (۵۸/۶۶)

کارمند	۱۵ (۱۴/۴۳)	
بیکار	۴ (۳/۸۴)	
سایر مشاغل	۶ (۵/۷۶)	
بله	۶ (۵/۷۶)	
اعتیاد همسر به مواد مخدر	۹۳ (۸۹/۴۳)	خیر
استفاده تفننی	۵ (۴/۸۱)	
محل سکونت	۱۰۴ (۱۰۰)	شهر
	۰ (۰)	روستا
وضعیت محل سکونت	۵۹ (۵۶/۷۳)	شخصی
	۴۵ (۴۳/۲۷)	استیجاری
زندگی با خانواده همسر	۲۳ (۲۲/۱۱)	بله
	۸۱ (۷۷/۸۸)	خیر
داشتن اتاق خواب اختصاصی با همسر	۶۶ (۶۳/۴۶)	بله
	۳۸ (۳۶/۵۴)	خیر
جنسیت فرزندان	۳۴ (۳۲/۶۹)	دختر
	۳۸ (۳۶/۵۳)	پسر
	۳۲ (۳۰/۷۶)	هر دو جنس
	۸۴ (۸۰/۷۷)	بله
رضایت از جنس فرزند آخر	۶ (۵/۷۶)	خیر
	۱۳ (۱۳/۴۷)	نظری ندارم
سن (سال)	۲۹/۶۵±۵/۶۶	
سن ازدواج (سال)	۲۱/۱۴±۵/۴۸	
سن نوزاد (ماه)	۴/۲۶±۱/۲۲	
درآمد ماهیانه (میلیون تومان)	۱/۸۸±۱/۰۵	

متغیرهای کمی بر اساس میانگین±انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

از مجموع افراد مورد بررسی، همگی تغذیه نوزاد را از شیردهی خود فراهم می‌کردند و هنگام مطالعه دارای میل جنسی کم بودند. ۹۹ نفر (۹۵/۲۰٪) در حال پیشگیری از بارداری بودند. ۶۹ نفر (۶۶/۳۰٪) تمایل خود و همسر برای بارداری اخیر را بیان کردند. نوع زایمان اخیر ۴۳ نفر (۴۱/۳۴٪) سزارین بود. لازم به ذکر است که میانگین تعداد بارداری افراد $2/10 \pm 0/97$ بود (جدول ۲).

جدول ۲- مشخصات مامایی واحدهای پژوهش

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی
	فقط شیر مادر	۱۰۴ (۱۰۰)
وضعیت شیردهی	شیر مادر همراه با شیر خشک و سایر شیرها	۰ (۰)
	فقط با شیر خشک	۰ (۰)
پیشگیری از بارداری در حال حاضر	بلی	۹۹ (۹۵/۲۰)
	خیر	۵ (۴/۸۰)
نوع تمایل به بارداری در بارداری اخیر	فقط تمایل خودم	۵ (۴/۸۰)
	فقط تمایل همسر	۵ (۴/۸۰)
	تمایل خودم و همسر	۶۹ (۶۶/۳۰)
	کاملاً ناخواسته	۲۵ (۲۴/۱۰)

۴۳ (۴۱/۳۴)	سزارین	
۳۶ (۳۴/۶۴)	طبیعی با اپی زیاتومی (پارگی)	نوع زایمان اخیر
۲۵ (۲۴/۰۲)	طبیعی بدون اپی زیاتومی (پارگی)	
۱۰۴ (۱۰۰)	طبیعی	وضعیت میل جنسی قبل از بارداری و زایمان اخیر
۰ (۰)	کم	
۰ (۰)	زیاد	
۱۰۴ (۱۰۰)	طبیعی	وضعیت میل جنسی هم‌اکنون
۰ (۰)	کم	
۰ (۰)	زیاد	
۷۷ (۷۸/۶۰)	مناسب	رضایت جنسی قبل از بارداری و زایمان اخیر
۲۱ (۲۱/۴۰)	نامناسب	
	۲/۱±۰/۹۷	تعداد بارداری
	۱/۸۹±۰/۸۳	تعداد فرزند زنده
	۱/۹۳±۰/۹	تعداد زایمان
	۶۸/۱۰±۳۴/۷۷	فاصله سنی آخرین فرزند با شیرخوار تازه متولد شده (ماه)

متغیرهای کمی بر اساس میانگین±انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، نمرات حیطة‌ها و نمره کل عملکرد جنسی در افرادی که از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند، بیشتر از افرادی بود که پیشگیری از بارداری نداشتند، این اختلاف در مورد نمرات تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و نمره کل عملکرد جنسی از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0.05$). بین میانگین نمرات عملکرد جنسی و دیگر متغیرهای دموگرافیک/مآمی، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$) (جدول ۳).

جدول ۳- عملکرد جنسی در ارتباط با پیشگیری از بارداری

متغیر	نمره تمایل جنسی	نمره تهییج جنسی	نمره رطوبت مهبل	نمره ارگاسم	نمره رضایت جنسی	نمره درد	نمره کل عملکرد جنسی
پیشگیری	۲/۴۵±۰/۶۸	۲/۹۷±۱/۱	۲/۹۵±۱/۱۱	۳/۲۲±۱/۴۵	۳/۶۴±۱/۴۳	۳/۷۳±۱/۵۷	۱۸/۹۴±۹/۲۰
از بارداری	۲/۰۴±۰/۶۱	۱/۲۰±۰/۸۸	۱/۲۳±۱/۶۸	۱/۱۲±۱/۵۳	۱/۶۸±۲/۴۰	۱/۶۷±۰/۹۳	۱۰/۸۲±۶/۱۸
در حال حاضر	-۱/۴۵	-۲/۷۵	-۲/۴۱	-۲/۵۱	-۱/۸۳	-۱/۹۵	-۲/۴۱
	۰/۱۴۶	۰/۰۰۶*	۰/۰۱۶*	۰/۰۱۲*	۰/۰۶۷	۰/۰۵۱	۰/۰۱۶*

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵، آزمون من‌ویتنی، اعداد بر اساس میانگین±انحراف معیار بیان شده‌اند.

بر اساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۴، بین سن و نمره کل ($r = -0.23$)، سن و تمایل جنسی ($r = -0.33$)، سن و تهییج جنسی ($r = -0.30$)، سن و ارگاسم ($r = -0.32$) و همچنین سن و رضایت جنسی ($r = -0.20$)، همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$)؛ به این معنا که با افزایش سن، نمره کل، تمایل جنسی، تهییج جنسی، ارگاسم و رضایت جنسی تا حدی پایین می‌آید. همچنین همبستگی معکوس و معنی‌داری نیز بین تعداد بارداری و تمایل جنسی ($r = -0.23$) و تعداد بارداری و تهییج جنسی ($r = -0.21$) مشاهده شد.

به طوری که با افزایش تعداد دفعات بارداری، تمایل و تهییج جنسی تا حدی پایین می‌آید. ضمناً همبستگی معکوس و معنی‌داری نیز بین تعداد فرزند زنده و تمایل جنسی ($r = -0.21$) یافت شد ($p < 0.05$)؛ به این معنا که با افزایش تعداد فرزند زنده، تمایل جنسی تا حدی پایین می‌آید. سایر همبستگی‌های ذکر شده در جدول ۴ از نظر آماری معنی‌دار نبودند ($p > 0.05$). بر اساس نتیجه برازش مدل رگرسیونی نیز تنها متغیر سن مادر بر میزان نمره عملکرد جنسی تأثیر معنی‌دار در حضور سایر متغیرها داشت و سایر متغیرها تأثیر معنی‌داری بر عملکرد جنسی نداشتند.

جدول ۴- نتایج آزمون همبستگی پیرسون شاخص‌های عملکرد جنسی و مشخصات دموگرافیک / مامایی

شاخص عملکرد جنسی	نمره کل	تمایل جنسی	تهییج جنسی	رطوبت مهبل	ارگاسم	رضایت جنسی	درد
سن	-۰/۲۳۸	-۰/۳۳۰	-۰/۳۰۴	-۰/۱۴۵	-۰/۳۲۱	-۰/۲۰۸	-۰/۰۱۲
سن ازدواج (سال)	-۰/۰۷۷	-۰/۰۷۹	-۰/۰۵۵	-۰/۰۰۹	-۰/۰۷۳	-۰/۰۱۴	-۰/۱۱۴
سن نوزاد (ماه)	۰/۲۶۴	۰/۵۹۱	۰/۲۹۹	۰/۷۶۲	۰/۱۷۹	۰/۲۹۹	۰/۱۴۶
تعداد بارداری	-۰/۰۸۱	-۰/۲۳۸	-۰/۲۱۶	-۰/۰۷۶	-۰/۱۸۳	-۰/۰۵۳	۰/۱۵۵
تعداد فرزند زنده	-۰/۰۶۷	-۰/۲۱۹	-۰/۱۵۹	-۰/۰۵۸	-۰/۱۷۶	-۰/۰۸۸	۰/۱۷۷
تعداد زایمان	-۰/۰۸۳	-۰/۱۹۵	-۰/۱۸۵	-۰/۰۸۹	-۰/۱۷۳	-۰/۰۹۲	۰/۱۴۷
فاصله سنی آخرین فرزند با نوزاد تازه متولد شده (ماه)	۰/۷۲۵	۰/۱۱۱	۰/۷۲۵	۰/۶۱۱	۰/۴۸۸	۰/۱۶۳	۰/۶۸۹
درآمد (میلیون تومان)	-۰/۰۰۱	-۰/۱۰۴	-۰/۰۲۸	-۰/۰۰۵	۰/۱۱۵	۰/۰۶۶	-۰/۰۵۶

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵؛ ضریب همبستگی پیرسون

بحث

در مطالعه حاضر از ۱۰۴ زن شیرده با تغذیه انحصاری در ۶-۲ ماه اول پس از زایمان و کم کاری میل جنسی، تمام افراد شهرنشین بودند. اکثراً دارای فرزند پسر بودند. بیشتر آنها از جنسیت فرزند آخر خود رضایت داشتند. اکثراً دارای مدرک تحصیلی دیپلم و خانه‌دار بودند. همسران اکثر آنها دارای مدرک تحصیلی دیپلم بوده و شغل آزاد داشتند، بیشتر آنها دارای منزل شخصی بودند و زندگی مستقل داشتند. در رابطه با بررسی عوامل مرتبط با عملکرد جنسی در واحدهای پژوهش، متغیر سن با تمایل جنسی، تهییج جنسی، ارگاسم، رضایت جنسی و نمره کل عملکرد جنسی همبستگی معکوس و معنی‌داری نشان داد ($p < 0/05$)؛ به این معنا که با افزایش سن، نمره تمایل جنسی، تهییج جنسی، ارگاسم، رضایت جنسی و نمره کل عملکرد جنسی تا حدی پایین می‌آید. در مطالعه ملکوتی و همکاران (۲۰۱۳) در رابطه با بررسی عملکرد جنسی در زنان شیرده، کمترین امتیاز مربوط به میل جنسی و برانگیختگی جنسی بود (۳۲). همسو با نتایج

مطالعه حاضر در سایر پژوهش‌ها نیز بین سن فرد با عملکرد جنسی ارتباط منفی وجود داشت (۳۶-۳۳). برخلاف نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه ینسیلک و همکاران (۲۰۱۰) بین سن و عملکرد جنسی ارتباطی مشاهده نشد (۳۷).

همچنین در مطالعه حاضر، همبستگی معکوس و معنی‌داری بین تعداد بارداری با تمایل جنسی و تهییج جنسی مشاهده شد ($p < 0/05$)؛ به طوری که با افزایش تعداد دفعات بارداری، تمایل و تهییج جنسی تا حدی کاهش یافت. ضمناً همبستگی معکوس و معنی‌داری بین تعداد فرزند زنده و تمایل جنسی مشاهده شد ($p < 0/05$)؛ به این معنا که با افزایش تعداد فرزند زنده، تمایل جنسی تا حدی کاهش یافت. همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه دیرکوند مقدم و همکاران (۲۰۱۶) بین تعداد بارداری و زایمان با اختلال عملکرد جنسی ارتباط آماری وجود داشت (۳۸).

در مطالعه حاضر بین عملکرد جنسی با سن ازدواج، سن نوزاد، تعداد زایمان و فاصله بین بارداری‌های اخیر همبستگی معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

تأیید شده است (۴۵، ۴۶)، ارائه آموزش‌های تخصصی در این زمینه می‌تواند عوارض این مشکلات را کاهش دهد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به این نکته اشاره نمود صرفاً بر عملکرد جنسی در زنان شیرده با کم‌کاری میل جنسی تمرکز کرده است، از نقاط ضعف مطالعه حاضر به کم بودن تعداد نمونه‌ها و خودگزارشی بودن پرسشنامه‌ها اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه مبنی بر وجود همبستگی معکوس بین سن، تعداد بارداری و تعداد فرزند زنده با عملکرد جنسی در زنان شیرده بود. با توجه به اینکه زنان شیرده خود به‌علت شرایط دوران شیردهی ممکن است از اختلالات جنسی رنج ببرند، لذا توجه به سایر عوامل مرتبط با این اختلالات در مراقبت‌های بارداری و ارائه آموزش‌های لازم در این زمینه می‌تواند راهگشای حل مشکلات جنسی زنان در این دوران باشد، زیرا کمک به بهبود سلامت افراد از جنبه‌های مختلف از محورهای اصلی دانش خانواده سالم است.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی با کد اخلاق (1R.UMSHA.REC1397.482)، مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان و تمام افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

برخلاف مطالعه حاضر، مطالعه ترک‌زهرانی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که با افزایش تعداد زایمان، عملکرد جنسی کاهش می‌یابد (۳۹). یافته‌های مطالعه یی و همکاران (۲۰۱۳) در ایالات متحده نشان داد که تعداد بیشتر زایمان‌ها با افزایش احتمال بازگشت مجدد سریع‌تر مقاربت همراه است (۴۰). در مطالعه بارت و همکاران (۲۰۰۰) میل جنسی در ۳ ماه پس از زایمان کاهش یافت، سپس در ۶ ماه پس از زایمان افزایش یافت، با این حال، بازگشت کامل به سطح قبل از بارداری مشاهده نشد (۴۱). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، کاهش میل جنسی در دوران پس از زایمان در زنان شیرده می‌تواند ناشی از تغییرات هورمونی و عواملی مانند تغییر در اندام، خستگی ناشی از شیردهی، ترشح شیر در حین نزدیکی، خشکی واژن، دیس‌پارونیا، کاهش حساسیت اندام جنسی‌های و ترس از دیدن کودک باشد (۲۱، ۴۱، ۴۲). در مطالعه حاضر بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره کل، تهییج جنسی، رطوبت مهبل و ارگاسم افرادی که پیشگیری از بارداری داشتند و افرادی که پیشگیری نداشتند، وجود داشت ($p < 0.05$)؛ به‌طوری‌که میانگین رتبه‌ای هر یک از شاخص‌های عملکرد جنسی فوق‌الذکر در افرادی که پیشگیری از بارداری داشتند، در سطح بالاتری قرار داشت. در مطالعه افشاری و همکاران (۲۰۱۸)، ارتباط معنی‌داری بین روش پیشگیری از بارداری و عملکرد جنسی وجود داشت ($p < 0.05$) (۴۳). زنان در بارداری و شیردهی مشکلات مختلفی را تجربه می‌کنند (۴۴). تأثیر بارداری و زایمان بر اختلال عملکرد جنسی در مطالعات مختلف

منابع

1. Ghana S, Jouybari LM, Sanagoo A. Exploration of Women's Sexual Experiences during Pregnancy and Breast Feeding. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(60):18-24.
2. Rostamkhani F, Ozgoli G, Merghati KE, Jafari F, Alavi MH. Effectiveness of the PLISSIT-based Counseling on sexual function of women. *Advances in Nursing & Midwifery* 2012; 22(76):1-9.
3. Abedi P, Jorfi M, Afshari P, Fakhri A. How does health-promoting lifestyle relate to sexual function among women of reproductive age in Iran?. *Global health promotion* 2018; 25(3):15-21.
4. Khamse A. New strategies in couple therapy. *Tehran: Arjmand-Nasle Farda* 2010: 226.
5. Novak E. *Berek & Novak's gynecology*. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
6. Keshavarz Safie Z. The efficiency of marital and sexual skill training on hypoactive sexual desire and marital satisfaction in women. *International Journal of Behavioral Sciences* 2015; 9(1):51-9.
7. Bakhtiari M, Sheydaei H, Bahreynian SA, Nori M. The effect of cognitive-behavioral therapy on low sexual desire and marital satisfaction. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2015; 10(36):7-16.

8. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006; 113(8):914-8.
9. Hasanzadehbeshlian M. Effective factors on woman's sexuality. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2006; 9(1):86-91.
10. Adanikin AI, Awoleke JO, Adeyiolu A, Alao O, Adanikin PO. Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015; 20(4):241-8.
11. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(5):430-6.
12. 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.
13. Mahmodiyan A, Kazemi S, Ghojzade M. Comparison of Sexual problems during the first 6 month after normal vaginal delivery and cesarean in nulliparous women referred to health centers of Ramsar in 2014-2015. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(5):7-14.
14. Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of sexual behavior* 2011; 40(1):121-32.
15. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine* 2004; 1(1):35-9.
16. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, Valizadeh R. Postpartum sexual functioning and its predicting factors among Iranian women. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS* 2017; 24(1):94.
17. Gungor S, Baser I, Ceyhan T, Karasahin E, Kilic S. Original Research–Couples'sexual Dysfunctions: Does Mode of Delivery Affect Sexual Functioning of the Man Partner?. *The journal of sexual medicine* 2008; 5(1):155-63.
18. Nourouzi M, Bashardoust NA, Farmahini FM. Postpartum Physico - Sexual Problems and Related Factors. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences* 2005; 7(3):28-32.
19. Yasaee F, Mohseni RB. Mothers want the type of delivery and birth outcome. *Med J* 1386(31):13-29.
20. Anbaran ZK, Baghdari N, Pourshirazi M, Karimi FZ, Rezvanifard M, Mazlom SR. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *J Pak Med Assoc* 2015; 65(3):248-52.
21. Heidari M, Merghati Khoei ES, Kiani A. A study of the relationship between sexual activity and breastfeeding. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2009; 19(70):54-60.
22. Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman medical journal* 2014; 29(4):276-9.
23. Tehrani FR, Farahmand M, Simbar M, Afzali HM. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. *Archives of Iranian medicine* 2014; 17(10):679.
24. 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.
25. Goodarzi M. Prevalence of sexual dysfunction and related factors among married couples in Qazvin. *Journal of Inflammatory Disease* 2009; 13(1):49-55.
26. Hezbiiyan Z, Khodakarami B, Parsa P, Faradmaj MJ. The effect of postnatal counseling on sexual function in women referred to health centers in Hamedan in 1392. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2016; 24(4):272-280.
27. Derogatis LR, Clayton AH, Goldstein A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Cotton D. eDiary and Female Sexual Distress Scale(©) in evaluating distress in hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Res* 2011;48(6):565-72.
28. Lewis-D'Agostino DJ. An Analysis of the Development and Validation of the Decreased Sexual Desire Screener for the Diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Masters of Public Health Thesis* 2011; 4(1):5-7.
29. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2):191-208.
30. Fakhri A, Mohammadi ZI, Pakpour HA, Morshedi H, Mohammad JR, Ghalambor DF. Psychometric properties of Iranian version of female sexual function index. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2011; 10(4):345-54.
31. Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh (Health Monitor)* 2008; 7(3):269-78.
32. 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.
33. Chedraui P, Pérez-López FR, Sánchez H, Aguirre W, Martínez N, Miranda O, et al. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas* 2012; 71(4):407-12.
34. Jonusiene G, Zilaitiene B, Adomaitiene V, Aniuliene R, Bancroft J. Sexual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. *Climacteric* 2013; 16(1):185-93.
35. Lianjun P, Aixia Z, Zhong W, Feng P, Li B, Xiaona Y. Risk factors for low sexual function among urban Chinese women: a hospital-based investigation. *J Sex Med* 2011; 8(8):2299-304.
36. Ornat L, Martínez-Dearth R, Muñoz A, Franco P, Alonso B, Tajada M, et al. Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas* 2013; 75(3):261-9.

37. Yencilek F, Attar R, Erol B, Narin R, Aydın H, Karateke A, et al. Factors affecting sexual function in premenopausal age women with type 2 diabetes: a comprehensive study. *Fertil Steril* 2010; 94(5):1840-3.
38. Direkvand-Moghadam A, Suhrabi Z, Akbari M, Direkvand-Moghadam A. Prevalence and Predictive Factors of Sexual Dysfunction in Iranian Women: Univariate and Multivariate Logistic Regression Analyses. *Korean J Fam Med* 2016; 37(5):293-8.
39. Torkzahrani SH, Banaei M, Ozgoli G, Azad M, Emamhadi MA. Postpartum sexual function; conflict in marriage stability: a systematic review. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine* 2015; 6(2).
40. Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health* 2013; 58(6):654-61.
41. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107(2):186-95.
42. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2017; 22(3):200-6.
43. Afshary P, Nik Bina M, Najjar S. Determination of Factors Related to Sexual Function in Women; a Case Study. *Health Research Journal* 2018; 3(4):197-203.
44. Aghababaei S, Soltanian AR, Sharifi S, Torkzaban E, Refaei M. Investigating the factors related to severity of nausea and vomiting during Pregnancy and how it is controlled by pregnant Women in Hamadan, 2014. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2019; 21(11):23-31.
45. Dadgar S, Karimi FZ, Bakhshi M, Abdollahi M, Rahimzadeh Borj F. Assessment of sexual dysfunction and its related factors in pregnant women referred to Mashhad health centers (2017-2018). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(8):22-9.
46. Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. The effect of sexual health education on couples' sexual satisfaction. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(42):23-30.