● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره نهم، شمارهٔ ٤، مهر – آبان ١٣٨٦، صفحه ٥٢-٥٨
دریافت: ٨٥/١٢/٨، ارسال جهت اصلاح: ٨٦/٢/٢٦، پذیرش: ٨٦/٥/٣

بررسی وضعیت عملکرد جنسی زنان در دوره شیردهی و عوامل مرتبط با آن در مادران نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بابل در سال ٨٥-٨٤

فاطمه نصیری امیری [*1]، محمود حاجی احمدی [2]، فاطمه باکویی [1]

١- عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی بابل ٢- عضو هیات علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: عملکرد جنسی مطلوب عامل مهمی در تحکیم خانواده محسوب می شود و منشا بسیاری از تحولات در زندگی انسان است که می تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار گیرد، یکی از این عوامل حاملگی و مادر شدن می باشد. هدف از این مطالعه تعیین عملکرد جنسی زنان در دوره شیردهی در زنان نخست زا می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه به صورت مقطعی عملکرد جنسی زنان را در دوره شیردهی(٣ تا ٦ ماه بعد از زایمان) مورد بررسی قرارداد. داده ها از طریق پرسشنامه استاندارد FSFI همراه با پرسشنامه دموگرافیک و باروری در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بابل از تاریخ ٨٤/٨/١٠ لغایت ٨٥/٨/١٠ در صورتی که مشخصات ورود به پژوهش را دارا بودند، گردآوری شد. متغیرها شامل تمایل، تحریک، رطوبت، ارگاسم، رضایت و درد بوده است که در ارتباط با چهار مورد از موارد فوق نمره یک (نداشته) تا نمره پنج (بسیار زیاد) و در مورد درد نمره یک (بسیار زیاد) تا نمره پنج (نداشته) نمره گذاری شدند و بر اساس نمرات کسب شده عملکرد جنسی زنان در دوره شیردهی با قبل از حاملگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصله با استفاده از روشهای آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ٢٠٣ زن شیرده با سن متوسط٤/٦٨ ±٢٤/٩١ شرکت کردند .متوسط نمره عملکرد جنسی زنان در دوره شیردهی ٧/٣٦ ±٤٠/٦٥ و در دوره قبل از حاملگی ٦/٩ ±٤٣/٢٩ بود (p<٠/٠٠٠). متوسط نمره عملکرد درحیطه تمایل، تحریک، ارگاسم و رضایت جنسی در دوره شیردهی بطور معنی داری کمتر از دوره قبل از حاملگی بود (p<٠/٠٠٤). زنانی که سن بالاتری داشتند کمتر به اوج لذت جنسی رسیدند (p<٠/٠٥). متوسط تعداد مقاربت در هفته در زنان شیرده ١/٢٠±١/٨٤ بوده که با دوره قبل از بارداری اختلاف معنی داری داشت (p<٠/٠٥). .متوسط زمان شروع مقاربت بعد از زایمان١/٣٠±٨/٩٥ هفته بود. نوع زایمان، وزن هنگام تولد نوزاد و نوع روش جلوگیری از بارداری با نمره عملکرد جنسی ارتباط معنی داری نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته های پژوهش و شیوع بیشتر مشکلات جنسی زنان شیرده، آموزش و مشاوره در زمینه مسائل جنسی و عوامل موثر بر آن در آموزشهای بعد از زایمان ضروری است.

واژه های کلیدی: *اختلال عملکرد جنسی، شیردهی، فاکتورهای مرتبط با عملکرد جنسی.*

مقدمه

در طول تاریخ، انسان حداقل به منظور بقاء نسل ملزم و نیازمند به نزدیکی و آمیزش جنسی بوده است (١). سازمان جهانی بهداشت، بهداشت جنسی را نوعی هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم در نظر گرفته که می تواند جنبه های عقلانی و اجتماعی انسان را در مسیر رشد شخصیت او سوق دهد (٢). تمایلات جنسی پدیده ای است که اهمیت به آن امری واقع بینانه و نادیده انگاشتن آن از محالات می باشد، چرا که مانند سایر امیال غریزی انسان از آغاز تولد کودک، وجود داشته و متناسب با رشد او متحول و شکوفا می شود. تغییرات زنیکولوژیکی مربوط به زندگی تولید مثلی زن نظیر حاملگی، شیردهی و یائسگی می تواند پاسخ های متنوعی را در

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ١٧٢١٠٨١٤٣٩ از اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی بابل تامین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.8.5]

روابط جنسی ایجاد نماید (۳). حاملگی و زایمان بر اندامهای بدن بخصوص دستگاه تناسلی زن تاثیر گذاشته و تغییرات حاصله ممکن است زنان را در برقراری روابط جنسی دچار مشکل نمایند (۴).

اختلالات عملکرد جنسی یکی از مشکلات شایع و قابل درمانی است که در جوامع مدرن امروزی شیوع آن را در زنان ۳۰ تا ۵۰ درصد ذکر می کنند (۵). در یک مطالعه شیوع اختلالات عملکرد جنسی بعد از زایمان بیش از ۴۳٪ ذکر شده است (۶). Barret و همکاران گزارش دادند که مشکلات روابط جنسی در سه ماه اول بعد از زایمان پیش از زمانهای دیگر است (۷). نوع زایمان احتمالاً یک عامل تاثیر گذار است، زیرا در یک تحقیق زنانی که زایمان از طریق سزارین داشتند زودتر از زنان با زایمان واژینال مقاربت جنسی را شروع نمودند (۸). در مطالعات دیگر مشکلات روابط جنسی بعد از زایمان در زنانی که زایمان با فورسپس و واکیوم داشتند شیوع بالاتری داشته است (۹).

در مطالعه Lydon و همکاران زنانی که زایمان از طریق عمل سزارین و یا زایمان واژینال همراه با این وسایل را داشتند بطور معنی داری نمره رضایت جنسی کمتری نسبت به زایمان واژینال طبیعی داشتند (۱۰). همچنین در مطالعه Signorello و همکاران تروما به پرینه و استفاده از زایمان با اسباب همراه با افزایش مشکلات جنسی بوده است (۱۱). اما در مطالعه Baylur و همکاران قدرت کشش عضلانی کف لگن و نوع زایمان تاثیری در عملکرد جنسی زنان نداشته است (۱۲). در مطالعه Connoly و همکاران در کارولینای شمالی آمریکا در مورد عملکرد جنسی ۱۵۰ نفر از زنان در یک سال اول بعد از زایمان گزارش کردند که نوع زایمان و اپی زیوتومی با زمان شروع فعالیت جنسی زنان بعد از زایمان ارتباطی نداشته اما زنانی که شیردهی از پستان داشتند بطور معنی داری بیش از دیگران از درد در حین مقاربت شاکی بودند، اما در بقیه حیطه های جنسی (تمایل، تحریک، رطوبت، ارگاسم، رضایت) همانند زمان قبل از حاملگی بودند (۱۳). اگرچه صدمه به کشش عضلانی کف لگن و اختلال در عملکرد جنسی به زایمان واژینال نسبت داده می شود ولی هنوز کاملاً مشخص نشده است که نوع زایمان در عملکرد جنسی زنان نقش دارد (۱۰و۱۲و۱۴-۱۶)،

همچنین نکته مبهم دیگر اثر شیردهی برروی عملکرد جنسی زنان است.در برخی از مطالعات میل جنسی در دوره شیردهی نسبت به زمان قبل از حاملگی بیشتر شده و شیردهی اثر مثبت در روابط جنسی داشته است چون مکیدن نوک پستان توسط نوزاد سبب لذت جنسی و تحریک پستان می شود (۱۹و۱۸و۱۷). Spencer و همکاران در مطالعه ای در دانشگاه شیکاگو آمریکا اعلام نمود که بین شیردهی از پستان و افزایش میل جنسی رابطه مستقیمی وجود دارد هر چند این نتیجه گیری برخلاف عملکرد آندوکرینی شیردهی می باشد زیرا در اثر شیردهی با افزایش پرولاکتین هورمونهای جنسی کاهش می یابند به همین دلیل مطالعات وسیع تری را می طلبد (۲۰). اما در مطالعات دیگر شیردهی از پستان اثر منفی در عملکرد جنسی داشته است. کاهش عملکرد جنسی به دلیل کاهش سطح آندروژنها و استروژن و در نتیجه خشکی واژن و درد در زمان مقاربت می باشد. از طرف دیگرچون یک ارتباط جنسی خوب نیاز به وقت و انرژی کافی دارد، به دلیل شیردهی و مراقبت از فرزند، مادران اکثراً خواب را به مسائل جنسی ترجیح می دهندو انرژی خود را بیشتر صرف مراقبت از نوزاد می کنند (۲۱-۲۳). اکثریت زنان مسئله جلوگیری از بارداری را با متخصصین بهداشت مورد مشاوره قرار می دهند اما علیرغم وجود مشکلات روابط جنسی و نیاز به مشاوره، در مورد مقاربت جنسی و مشکلات آن، صحبت نمی کنند و اینگونه مسائل، کمتر مورد بررسی و توجه قرار می گیرد (۲۴). لذا هدف از مطالعه حاضر بررسی عملکرد جنسی زنان نخست زا در دوره شیردهی (۳ تا ۶ ماه بعد از زایمان) و قبل از حاملگی می باشد.

مواد و روشها

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۲۰۳ نفر از زنان نخست زا، ۳ تا ۶ ماه بعد از زایمان با دوره قبل از حاملگی مورد مقایسه قرار گرفت. معیارهای انتخاب نمونه شامل نخست زا بودن، شیردهی مطلق از پستان، داشتن زایمان به موقع (۴۲-۳۸ هفته)، داشتن همسر، گذشت ۳ تا ۶ ماه از تاریخ زایمان، دارا بودن ملیت ایرانی، حداقل سواد خواندن و نوشتن و داشتن پرونده بهداشتی در مراکز درمانی شهرستان بابل بود. ابتلا به بیماری جسمی و روانی شناخته شده و یا مصرف هر نوع داروی خاصی که به صورت دراز مدت استفاده می شد، دوری از همسر به دلایل مختلف، دو همسره بودن، ابتلا به افسردگی بعد از زایمان، وجود بیماری یا ناهنجاریهای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.8.5]

شناخته شده جسمی در نوزاد بودند، وارد مطالعه نمی شدند. داده ها از طریق پرسشنامه استاندارد FSFI همراه با پرسشنامه دموگرافیک و باروری در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بابل از تاریخ ۸۴/۸/۱۰ لغایت ۸۵/۸/۱۰، جمع آوری شد.

پرسشنامه مورد استفاده مشتمل بر دو قسمت است: ۱- سوالات مربوط به متغیرهای دموگرافیک و باروری شامل: سن، سن همسر، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، طول مدت ازدواج، نوع روش پیشگیری از بارداری، زمان اولین نزدیکی بعد از زایمان، تعداد نزدیکی در هفته، جنس نوزاد، نوع زایمان و وزن هنگام تولد نوزاد بود. ۲- سوالات مربوط به عملکرد جنسی زنان، که از پرسشنامه استاندارد FSFI استفاده شدکه میزان پایایی آن با انجام آزمون Test – Retest در یک نمونه ۲۵۹ نفری از سنین ۲۱ تا ۷۰ سال برای نمره کل (۰/۹۱٪) و برای هر یک از حیطه های جنسی (r=۰/۷۹-۰/۸۶) گزارش شده است. میزان روایی تست بیز طبق گزارش Rosen بسیار بالا بوده است(۲۵). این پرسشنامه در دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز با تغییرات جزیی قبلا مورد استفاده قرار گرفته و میزان پایایی با انجام آزمون مجدد بعد از دو هفته (۹۲٪) تعیین گردیده است (۲۶).

متغیرهای عملکرد فعالیت جنسی شامل وجود و میزان تمایل، تحریک، رطوبت، ارگاسم، رضایت و درد موقع مقاربت بوده است که در ارتباط باچهار مورد از موارد فوق نمره یک (اصلا)، نمره دو (بندرت)، نمره سه (متوسط)، نمره چهار (زیاد) و نمره پنج (بسیار زیاد) و در مورد درد نمره یک (بسیار زیاد) تا نمره پنج (اصلا) نمره گذاری شدند. حداکثر نمره ۶۰ بوده و بر اساس نمرات کسب شده عملکرد جنسی زنان در دوره شیردهی و قبل از حاملگی تعیین گردید. این پژوهش بصورت یک مرحله ای و یک گروهی انجام شد. محیط تحقیق مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل بود که از قسمتهای شمال و جنوب و شرق و غرب و مرکزی شهر، درمانگاه ها انتخاب شدند. داده ها از طریق برنامه آماری SPSS و با استفاده از روشهای آماری توصیفی و استنباطی (Mcnemar، t-test، X^2، و تست دقیق فیشر و آنالیز واریانس و Wilcokson) برحسب مورد استفاده شد و p<۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۰۳ نفر از زنان شیرده از نظر عملکرد جنسی با زمان قبل از بارداری مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن زنان مورد بررسی ۴/۸۶±۲۴/۹۱ سال، میانگین سن همسران آنها ۵/۷۵±۲۹/۹ و میانگین طول مدت ازدواج آنها ۳/۴۹±۴/۴۶ سال بوده است. خصوصیات جمعیت مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی خصوصیات واحدهای مورد پژوهش در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بابل ۸۵- ۸۴

خصوصیات	تعداد(٪)
وضعیت تحصیلی	
در حد متوسط و بالاتر	۱۵۰(۷٤)
ابتدایی	۵۳(۳٦)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۱۵۲(۷٤/۹)
خانه دار	٤۹(۲۵/۱)
جنس نوزاد	
پسر	۱۰٦(۵۲/۲)
دختر	۹۷(٦۸/۸)
نوع زایمان	
زایمان واژینال	۹۰(٤٤/٤)
عمل سزارین	۱۱۳(۵۵/٦)
وزن موقع تولد	
<۲۵۰۰	۱۲(۵/۷)
۲۵۰۰-٤۰۰۰	۱٦۸(۸۲/۹)
>٤۰۰۰	۲۳(۱۱/٤)

نمره عملکرد جنسی زنان در هر یک از حیطه های جنسی با دوره قبل از بارداری ارتباط معنی داری داشته است (p<۰/۰۰۰). آزمون ویلکاکسون نشان داده که متوسط نمره ها در حیطه تمایل، تحریک، ارگاسم و رضایت جنسی در دوره شیردهی با زمان قبل از حاملگی اختلاف معنی داری داشته است و بطور کلی شیردهی در عملکرد جنسی زنان اثر منفی داشته است (جدول ۲). سن مادران با میزان اوج لذت جنسی (ارگاسم) در دوره شیردهی ارتباط معنی داری داشت (p<۰/۰۵). سن مادران با میزان ارگاسم در دوره قبل از حاملگی نیز ارتباط معنی داری معکوس داشت (r=-۰/۱۹، p=۰/۰۲).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.8.5]

سن همسر در دوره شیردهی و در دوره قبل از حاملگی با عملکرد جنسی ارتباط معنی داری نداشت.

جدول ۲. عملکرد هر یک از حیطه های جنسی زنان نخست زا در دوره شیردهی و قبل از حاملگی واحدهای مورد پژوهش در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بابل ۸۵ – ۸۴

عملکرد جنسی	قبل از حاملگی Mean+ SD	دوره شیردهی Mean+ SD	P value
تمایل	۷ ±۱/۷۱	۵/۹۵±۱/۷۰	۰/۰۰۰
تحریک	٦/٦۰±۱/۷۲	۵/۹۲ ±۱/٦۲	۰/۰۰۰
رطوبت	۷/۵۸±۱/۵۳	۷/۵۳±۱/٦٦	۰/٤۸
اوج لذت	۷/۵۵±۱/٦٦	۷/۰٤±۱/۷۲	۰/۰۰
رضایت	۸/۲٤±۱/٤۰	۷/۹۹±۱/٦۳	۰/۰۰٤
درد حین مقاربت	٦/۹۵±۲/۰۱	٦/۸۱±۲	۰/٤
جمع نمرات	٤۳/۲۹±٦/۹۷	٤۰/٦۵±۷/۳٦	۰/۰۰۰

اشتغال، سطح تحصیلات، جنس نوزاد، وزن هنگام تولد نوزاد و زمان شروع نزدیکی بعد از زایمان با عملکرد جنسی زنان در دوره شیردهی ارتباط آماری معنی داری نداشته است. نوع زایمان بصورت واژینال همراه با اپی زیوتومی (۴۲/۷٪) و عمل سزارین (۵۷/۳٪) بوده که با نمره عملکرد جنسی ارتباط آماری معنی داری نداشته است. نوع روش پیشگیری از بارداری در دوره شیردهی به ترتیب شیوع شامل کاندوم (۴۲/۲٪) طبیعی (۳۵/۷) قرص شیردهی (۱۶/۱) وسیله داخل رحمی (IUD) (۱٪) و سایر موارد (۳٪) و بدون روش جلوگیری (۲٪) بوده است که با نمره عملکرد جنسی زنان ارتباط آماری معنی داری نداشته است.

متوسط طول مدت ازدواج ۳/۴۹±۴/۴۶ سال بوده است که با آزمون غیر پارامتریک ارتباط معکوس بین طول مدت ازدواج با نمره عملکرد جنسی داشته است اما این ارتباط معنی دار نبوده است (r=۰/۰۱۴، p=۰/۸). درد موقع نزدیکی با میزان ارگاسم در دوره شیردهی ارتباط داشت که این ارتباط معکوس بود (r=-۰/۱۳۴، p=۰/۰۳۷). درد موقع نزدیکی با ارگاسم در قبل از حاملگی نیز ارتباط داشته است (r= -۰/۳۴۵، p=۰/۰۰۲). متوسط تعداد مقاربت در هفته در دوره شیردهی ۱/۲۰±۱/۸۴ بوده است که در مقایسه با دوره قبل از بارداری، با استفاده از آزمون مک نمار اختلاف معنی داری وجود داشته است (p<۰/۰۵). متوسط زمان شروع مقاربت بعد از زایمان در نمونه های مورد پژوهش ۱/۳۰±۸/۹۵ هفته بوده است. با آزمون آماری t-test بین زمان شروع مقاربت بعد از زایمان با نوع زایمان (p=۰/۶۶) و با آزمون آماری آنالیز واریانس بین زمان شروع مقاربت بعد از زایمان و وزن هنگام تولد نوزاد (p=۰/۰۸۲) ارتباط معنی داری وجود نداشته است.

بحث و نتیجه گیری

براساس نتایج این پژوهش نمره کل عملکرد جنسی زنان شیرده در ۳ تا ۶ ماه بعد از زایمان کمتر از نمره کل عملکرد جنسی زنان نسبت به قبل از بارداری بوده است که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار بود. هم چنین در هر یک از حیطه های جنسی یعنی تمایل، تحریک، ارگاسم، رضایت نیز این اختلاف معنی دار بود، که با نتایج مطالعات Rownald و همکاران همخوانی دارد. اثر منفی شیردهی بر روی عملکرد جنسی زنان به چند دلیل می باشد شیردهی سبب افزایش سطح پرولاکتین شده که خود سبب کاهش سطح گنادو تروپین ها و در نتیجه کاهش هورمونهای جنسی یعنی استروژن و پروژسترون می شود. خشکی واژن نیز در اثر کاهش استروژن موجب دیسپارونیا می شود و معمولا میل جنسی زنان شیرده به این دلایل کاهش می یابد (۲۷). همچنین تحقیقی بر روی ۲۲۸ زن نخست زا در ۳ تا ۶ماه بعد از زایمان گزارش شد که میل جنسی زنان نسبت به قبل از حاملگی کاهش می یابد(۲۳).

بطور کلی عوامل متعددی بر روی روابط جنسی بعد از زایمان تاثیر می گذارد که شامل نرمی نامناسب واژن همراه با ترشح شیر از پستان در هنگام مقاربت، تغییر تکیه گاه لگنی، ورود کودک در زندگی زن که تاثیر اساسی بر روی زمان خلوت و تنهایی او دارد. بعلاوه استرس برای نگهداری کودک و بی نظمی در خواب بر روی تمایلات جنسی و تحریک پذیری جنسی اثر منفی دارد (۸). معمولاً یک ارتباط جنسی خوب نیاز به وقت و انرژی کافی دارد که به دلیل شیردهی و مراقبت از فرزند، مادران اکثراً نیاز به خواب دارند و انرژی خود را بیشتر صرف مراقبت از نوزاد می کنند (۲۱-۲۳).

همچنین Barret و همکاران نیز اعلام نمودند که مشکلات عملکرد جنسی از قبیل کاهش میل جنسی، نرسیدن به ارگاسم،

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.8.5]

خشکی مهبل و عدم رضایت جنسی در بعد از زایمان نسبت به زمان قبل از حاملگی افزایش می یابد (۲۴). اما برخی از محققین معتقدند که مکیدن پستان توسط نوزاد سبب تحریک جنسی شده و زنان شیرده احساس جنسی بهتری نسبت به گذشته دارند حتی برخی از زنان در زمان شیردهی از پستان انقباضات مشابه ارگاسم را تجربه کردند (۱۷–۲۰). در مطالعه ما شیردهی اثر منفی برزمان شروع مقاربت جنسی بعد از زایمان داشته است چون متوسط زمان شروع مقاربت جنسی بعد از زایمان در مطالعات مختلف ۵ تا ۸ هفته ذکر شده است (۲۸–۳۰). اما در مطالعه ما متوسط زمان شروع مقاربت جنسی بعد از زایمان ۱/۳±۸/۹۵ هفته بوده است که با مطالعه دیگران همخوانی دارد. آنان نتیجه گیری کردند که شیردهی از پستان اثر پیشگویی کننده بسیار مهمی در تاخیر شروع مقاربت جنسی دارد. علت تاخیر در شروع مقاربت جنسی زنان شیرده را فقدان علاقه و میل جنسی، خشکی بیش از حد واژن، ترس از درد در موقع مقاربت و توصیه پزشکان به زنان مبنی بر آنکه تا ۶ هفته بعد از زایمان از انجام مقاربت دوری نمایند را ذکر نمودند (۲۷و۳۱). همچنین در مطالعه Byrd و همکاران، متوسط شروع مقاربت جنسی ۷ هفته بوده است. زنانی که شیردهی از پستان داشتند حداقل به میزان یک هفته دیرتر از زنان دیگر مقاربت جنسی خود را آغاز نمودند (۳۰).

در مطالعه ما نوع زایمان از نظر زایمان واژینال و عمل سزارین با زمان شروع مقاربت جنسی بعد از زایمان ارتباط آماری معنی داری نداشت البته ما زایمان واژینال خودبخودی بدون پارگی و یا اپی زیوتومی نداشتیم، چون همه زنان نخست زا بطور روتین زایمان همراه با اپی زیوتومی و یا عمل سزارین داشتند، شاید به همین دلیل نوع زایمان تاثیری در زمان شروع مقاربت بعد از زایمان نداشته است که با مطالعه Baytar و همکاران در ترکیه همخوانی دارد. در مطالعه آنان نیز زنان مورد مطالعه اپی زیوتومی مدیولترال و یا عمل سزارین داشته و از اسباب جهت انجام زایمان استفاده نشده بود. آنان با مقایسه دو گروه نشان دادند که اختلاف معنی داری از نظر شروع عملکرد جنسی بعد از زایمان وجود نداشت (۱۲). همچنین در مطالعه Byrd و همکاران نیز نوع زایمان از نظر زایمان واژینال و عمل سزارین با زمان شروع مقاربت جنسی بعد از زایمان ارتباط آماری معنی داری نداشته است (۳۰).

بر خلاف مطالعه ما در مطالعه Kirsten و همکاران، نوع زایمان یک عامل تاثیر گذار در شروع مقاربت جنسی بعد از زایمان بوده است (۸). همچنین در مطالعه Signorello و همکاران افزایش وزن هنگام تولد نوزاد، تروما به پرینه و استفاده از اسباب همراه با افزایش مشکلات عملکرد جنسی زنان در بعد از زایمان بوده است (۱۱). Barrette و همکاران نیز نوع زایمان و آسیب به پرینه را به دلیل افزایش دیسپارونیا عامل موثری در دیر شروع نمودن مقاربت جنسی بعد از زایمان بیان نمودند (۲۴).

در مطالعه Rownald و همکاران نیز زنانی که پارگی یا اپی زیوتومی در ناحیه پرینه داشتند دیرتر از زنانی که زایمان خودبخودی بدون پارگی پرینه داشتند، مقاربت جنسی خود را شروع نمودند (۲۷). نوع روش جلوگیری از بارداری با نمره عملکرد جنسی زنان در دوره شیردهی ارتباط آماری معنی داری نداشت. اغلب زنان در دوره شیردهی از روش حفاظتی مثل کاندوم (۴۲/۲٪) و یا روش طبیعی (۳۵/۷) استفاده کرده و از روش هورمونی تنها ۱۶٪ استفاده نموده بودند، لذا پیشنهاد می شود در مورد رابطه بین روش جلوگیری از بارداری و عملکرد جنسی در زنان غیر شیرده مطالعات بیشتری انجام شود. در مورد اثر روشهای جلوگیری از بارداری بر روی عملکرد جنسی زنان گزارشات به صورت متناقض می باشد. در برخی از مطالعات روشهای جلوگیری از بارداری هورمونی باعث افزایش عملکرد جنسی زنان نسبت به روشهای سدی مثل کاندوم شده است (۳۲و۳۳). اما در مطالعات دیگر روشهای هورمونی اثر منفی بر روی میل جنسی داشته و باعث کاهش نمره عملکرد جنسی زنان شده است (۳۴و۳۵). در کل با توجه به شیوع بالای مشکلات عملکرد جنسی در زنان شیرده باید آموزش و مشاوره مسائل جنسی در آموزشهای بعد از زایمان به عنوان یکی از مراقبت های مهم مامایی محسوب شود تا با انجام این مـراقبت ها قادر به اثر بخشی لازم در کاهش مشکلات زناشویی خانواده گردیم.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل و از همکاری پرسنل محترم درمانگاههای بهداشتی درمانی شهرستان بابل، خانم فاطمه درویشی و خانم فاطمه کریم زاده تشکر و قدردانی می شود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.8.5]

****

References

۱. آرمان س، فهامی ف، حسن زهرایی ر. ،مقایسه اختلالات عملکرد جنسی زنان قبل و بعد از یائسگی،مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ،فصلنامه ره آورد دانش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی ۱۳۸٤؛ ۸(۳): ۱-۷.

2. Phillips NA. Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. Am Fam Physician 2000; 62(1): 127-36, 141-2.

3. Fuller J, Ayers JS. Health assessment, 3rd ed, Philadelphia, Lippincott 2000; pp: 596.

4. Yadav J, Gennarelli LA, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunction and management in a primary care setting. Prim Care Update Obs Gyns 2001; 8(1): 5-11.

5. Bernnard LA. Sexuality and sexual health care for women. Clinical Obs & Gyn 2002; 45(4): 1089-98.

6. 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.

7. Barrett G. Women's sexual health after childbirth. BJOG 2000, 107(2): 186-95.

8. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies, J Psychosom Res 1999; 47(1): 27-49.

9. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. Br Med J (Lin Res Ed) 1987; 295(6601): 749-51.

10. Lydon Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. Paediatr Perinat Epidemiol 2001; 15(3): 232-40.

11. Signorella LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. Am J Obstet Gynecol 2001; 184(5): 881-90.

12. Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakir HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. Int J Gynaecol Obstet 2005; 88(3): 276-80.

13. Connoly A, Thorp J, Pahel L. Effect of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitude prospective study. Int Uro Gynecol J Pelvic Floor Dysfunction 2005; 16(4): 263-7.

14. Dietz HP, Bennett MJ. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. Obstet Gynecol 2003; 102(2): 223-8.

15. Waterstone M, Wolfe C, Hooper R, Bewley S. Postnatal morbidity after childbirth and severe obstetric morbidity. BJOG 2003; 110(2): 128-33.

16. Goetsch MF. Postpartum dyspareunia: an unexplored problem. J Reprod Med 1999; 44(11): 963-8.

17. Small EC. Psychosocial sexual issues. Obstet Gynecol Clin North Am 1994; 21(4): 773-80.

18. Alder EM, Cook A, Davidson D, West C, Bancroft J. Hormones, mood and sexuality in lactating women.Br J Psychiatry 1986; 148: 75-9.

19. Newton N. Psychologic differences between breast and bottle feeding. Am J Clin Nutr 1971; 24(8): 993-1004.

20. Spencer NA, McClintock MK, Sellergen SA, Bullivant S, Jacob S, Mennella JA. Social chemosignals from breastfeeding women sexual motivation. Horm Behav 2004; 46 (3): 362-70.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.8.5]

21. Ellis DJ, Hewat RJ. Mothers' postpartum perceptions of sexual relationships. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1985; 14(2): 140-6.

22. Forster C, Abraham S, Taylor A, Llewellyn Jones D. Psychological and sexual changes after the cessation of breast-feeding. Obstet Gynecol 1994; 84(5): 872-6.

23. Avery MD, Drukett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. J Midwifery Womens Health 2000; 45(3): 227-37.

24. Barrette G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG 2000; 107(2): 186-95.

25. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female function. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.

۲٦. امینی ب، تعاون س. بررسی تغییرات عملکرد جنسی زنان نخست زا ۳تا٦ ماه بعد از زایمان و عوامل مرتبط با آن در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی منتخب غرب تهران در سال ۱۳۸۳، پایان نامه کارشناسی **ارشد مامایی**؛ ص:۳۲.

27. Rownald M, Focroft L, Wilma M, Hopman MA, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Can Fam Physician 2005; 51: 1366-7.

28.Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van De Pol, Heintz AP, Van Der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth BJOG 2006; 113(8): 914-18.

29. Grudzinskas JG, Atkinson L. Sexual function during the puerperium. Arch Sex Behav 1984; 13(1): 85-91.

30. Falicov CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. Am J Obstet Gynecol 1973; 117(7): 991-1000.

31. Byrd JE, Hyde JS, Delamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. J Fam Pract 1998; 47(4): 305-8.

32. Udry JR, Deang L. Determinants of coitus after childbirth. J Biosoc Sci 1993; 25(1): 117-25.

33. Guida M, Di Spiezio Sardo A, Bramante S, et al. Effects of two types of hormonal contraception- oral versus intravaginal– on the sexual life of women and their partners. Hum Reprod 2005; 20(4): 1100-6.

34. Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effect of oral contraceptives on sexuality and well being and their relationship to discontinuation. Contraception 2001; 64: 51-8.

35. Caruso S, Agnello C, Intelisane G, Farina M, Di Mari L, Canci A. Sexual behaviour of women taking low dose oral contraceptive containing 15 mg ethinyle-estradio l/60mg gestodene. Contraception 2004; 69(3): 237- 40.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.8.5]

* آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی بابل، دفتر گروه پرستاری، تلفن: ۵-۲۲۲۹۵۹۱-۰۱۱۱.

nasiri_fa@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.8.5]