

بررسی وضعیت عملکرد جنسی پس از زایمان و ارتباط آن با برخی عوامل فردی خانوادگی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۱۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۲/۵

چکیده

خدیدجه برومندفر^۱، زیبا فرج‌زادگان^۲، حبیب‌اله حسینی^۳، مریم قاعد رحمتی^۴

^۱گروه پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۲گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۳گروه بهداشت، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۴کارشناس ارشد مامایی

مقدمه: یکی از مسائلی که سبب تغییر در میل جنسی می‌شود زایمان است و از این رو اختلال در عملکرد میل جنسی پس از زایمان یک نوع ناخوشی محسوب می‌شود. اما تحقیقات ضد و نقیض یا اطلاعات ناقصی در این مورد وجود دارد. لذا این مطالعه با هدف بررسی وضعیت عملکرد جنسی، میزان اختلالات جنسی در دوران پس از زایمان و ارتباط آن با وضعیت فردی خانوادگی زنان انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است. نمونه‌ها براساس نمونه‌گیری آسان از ۳۸۴ زن تحت مراقبت مراکز بهداشتی درمانی اصفهان در سال ۱۳۸۶ تا ۱۸ سال سن، زایمان یاسن حاملگی ترم، شکم اول و یا چندزایا، شهری، زایمان یک قلو و در ۶ هفته تا ۱۲ ماه پس از زایمان تشکیل شده‌اند. اطلاعات از طریق پرسشنامه خصوصیات فردی، سازگاری زناشویی و شاخص عملکرد جنسی جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و نرم افزار Spss انجام شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد اختلال درد شایعترین و کاهش تمایل جنسی نادرترین اختلال جنسی پس از زایمان است. با استفاده از آزمون ضریب همبستگی بین نمره وضعیت عملکرد جنسی با (سن، تحصیلات، شاخص توده بدن، اندازه بدن و شغل) رابطه معناداری مشاهده نشد. ولی بین این نمره با رضایت از وضعیت اقتصادی و محل سکونت و سازگاری زناشویی ($p=0/028$ ، $p=0/014$ ، $p<0/01$) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

بحث: با توجه به نتایج پژوهش، قاعدتاً شناسایی وضعیت عملکرد جنسی زنان بعد از زایمان و عوامل احتمالی مرتبط با آن نظیر ویژگی‌های فردی و روابط بین زوجین و مشاوره و آموزش لازم در این رابطه به پرسنل مراکز بهداشتی درمانی کمک می‌کند تا موجب ارتقای عملکرد جنسی سالم و تحکیم رابطه عاطفی و جسمی میان زوجین شوند.

* نویسنده مسئول: گروه مامایی دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان، ایران

۰۳۱۱-۷۹۲۲۹۳۷

E-mail: boroumandfar@nm.mui.ac.ir

کلمات کلیدی: عملکرد جنسی، رضایت جنسی، درد موقع مقاربت جنسی، دوران بعد از زایمان

مقدمه

تمایلات جنسی درونی‌ترین احساسات و عمیق‌ترین آرزوهای قلبی انسان‌ها در معنا بخشیدن به یک ارتباط است.^۱ همچنین بین رابطه جنسی و رضایت خاطر از زندگی زناشویی رابطه مستقیم وجود دارد. در نظرسنجی انجام شده در رابطه با مشکلات اساسی زوجین، از نظر زنان امور مالی و اخلاقیات شوهر، در حالیکه از نظر مردان مسئله ارتباط جنسی مهم ابراز شده است.^۲ اگر این روابط قانع‌کننده نباشد منجر به احساس محرومیت ناکافی و عدم احساس ایمنی می‌شود.^۳ لذا بررسی واکنش‌ها و رفتار جنسی زوجین به ویژه زنان از اولویت خاصی برخوردار است. با توجه به اینکه، اختلال در

عملکرد جنسی در ۴ مرحله پاسخ جنسی، یعنی میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، فرونشینی می‌باشد.^۴ تحقیقات در این مورد نیز نشان داد که از ۴۳٪ از زنانی که دچار اختلال عملکرد جنسی هستند، تقریباً ۳۲-۲۵٪ از آنان رابطه جنسی را فاقد لذت می‌دانند و ۲۲-۸۶٪ آنان به طور ثابت نمی‌توانند به ارگاسم برسند و ۸-۲۱٪ طی آمیزش جنسی دچار درد هستند.^۵ میل جنسی در دوران مختلفی از زندگی زنان دستخوش تغییر می‌شود و می‌توان گفت که یکی از این دوران‌ها که سبب تغییر در میل جنسی می‌شود زایمان است.^۶ تغییرات وسیعی که از نظر جسمی و روحی در دوران بارداری و پس از زایمان رخ می‌دهد و از طرفی مسئولیت نگهداری از کودک و نگرانی مادر از تطابق با

سازگاری زناشویی انجام دهند به این امید که سلامت جنسی زنان ارتقا یابد.

روش

مطالعه حاضر مقطعی، یک مرحله‌ای و یک گروهی است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده جهت دریافت مراقبت سالیانه به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان می‌باشند. مراکز بهداشتی درمانی به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی و واحدهای مورد پژوهش به صورت نمونه‌گیری غیراحتمالی متوالی انتخاب و حجم نمونه در حدود ۳۸۴ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل ۱۸ سال سن با زایمان با سن حاملگی ۲۲-۳۸ هفته، ازدواج کرده، ایرانی و مسلمان، شهری، شکم اول و یا چندزا، اولین ازدواج و تک همسری و زایمان یک قلو، در فاصله ۶ هفته و ۱۲ ماه بعد از زایمان بودند و شرایط خروج از مطالعه عبارت بودند از: حاملگی مجدد، حاصل حاملگی نا خواسته بودن زایمان فعلی، پارگی‌های درجه ۴ حین زایمان، وزن نوزاد بیش از ۴ کیلوگرم، فوت نوزاد متولد شده در هر زمان بعد از تولد به هر علت، وجود ناهنجاری یا مشکلات سلامت پس از تولد در نوزاد، اعتیاد زن و یا همسر وی به مواد مخدر و یا سیگار، سابقه اختلال عملکرد جنسی قبل از حاملگی که با تکمیل پرسشنامه و با پرسش از واحدها مشخص شده، رشد در خانواده‌های تک والدی، سابقه افسردگی پس از زایمان که از پرسشنامه افسردگی ادینبرگ استفاده شده، سابقه افسردگی مشخص در همسران واحدها، وجود بیماری‌های حاد مثل انفارکتوس میوکارد، اختلالات عصبی، بیماری‌های اندوکراین و متابولیک، بیماری شدید تنفسی، تشخیص و درمان سرطان پستان، آرتروز و یا هر گونه بیماری التهابی شدید، واژینیت و یا سیستیتی که تحت درمان بوده و یا قبلاً تشخیص داده شده، اندومترئوز، اعمال جراحی روی دستگاه تناسلی، سابقه اختلالات هورمونی، سابقه پارکینسون، هیستریکتومی، سابقه بی‌اختیاری ادراری و مصرف داروهایی که موجب اختلال و کاهش در عملکرد جنسی یا افزایش سیکل پاسخ جنسی می‌شوند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه، خصوصیات فردی خانوادگی و FSFI بود. جهت دستیابی به اطلاعات خصوصیات فردی (سن، تحصیلات، شاخص توده بدن، اندازه بدن، وضعیت اقتصادی، شغل و وضعیت سکونت) از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. جهت

وضعیت جدید، داشتن ارتباطی مطلوب از نظر جنسی را مشکل‌دار خواهد نمود و به این دلیل اختلال در عملکرد جنسی پس از زایمان یک نوع ناخوشی محسوب می‌شود. ^۷ کاهش تمایلات جنسی تا ۵۲٪ مشکلات بعد از زایمان را به خود اختصاص می‌دهد. ^۸ مشکلات جنسی پس از زایمان به صورت مشکلات در تعداد دفعات مقاربت و دیسپارونی است. ^۹ همچنین در تعداد زیادی از زنان در دوران پس از زایمان علائق جنسی و تمایلات کاهش پیدا می‌کند و این امر خود موجب فعالیت و رضایت جنسی کم‌تر می‌شود. ^{۱۰} نتایج تحقیق محمود (۲۰۰۵) مشخص نمود که مادران با سن کمتر، تعداد حاملگی بیشتر و سطح تحصیلات کمتر الگوی جنسی مثبت تری دارند و مادرانی که به بچه‌های خود شیر می‌دهند زودتر به سطح عملکرد جنسی قبل از زایمان می‌رسند. ^{۱۱} در واقع شرایط روحی جنسی و مشکلات زناشویی با شیوع کم‌تری در دوران پس از زایمان اتفاق می‌افتد و مشکلات زناشویی خود یک عامل خطر برای افسردگی پس از زایمان است. ^{۱۲} همچنین رضایت از روابط میان زن و شوهر به عنوان یک شاخص پیشگویی کننده تمایل جنسی در دوران پس از زایمان است. ^{۱۳} لذا از آنجا که میل جنسی تحت اثر خصوصیات بیولوژیک و تجارب فردی و تفاوت‌های فرهنگی قرار دارد و تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند پاسخ جنسی را تغییر دهد و اینکه زنان تجربیات متفاوتی بعد از زایمان دارند و تغییرات احساسی و اجتماعی ممکن است نیازهای جنسی و ارتباطی آنها را تغییر دهند ^{۱۴} و از طرفی روابط خانوادگی بر خوردار از روابط زناشویی است ^{۱۵} و کشمکش‌هایی که با همسر در مورد فعالیت جنسی وجود دارد نگران کننده بوده و موجب کاهش ارائه دیگر نیازها مانند خواب و پذیرفتن نقش مادری و مراقبت از نوزاد می‌شود ^{۱۶} و علاوه بر آن چون پیشگیری از جرائم و انحرافات جنسی جزء اولویت‌های وزارت بهداشت نیز می‌باشد و همچنین براساس آمار سال ۱۳۸۰ میزان رشد طلاق در ایران ۲۰٪ بوده است و از عوامل فردی مؤثر در آن اختلال در روابط جنسی بوده است ^{۱۷} و از آنجا که بنظر می‌رسد تحقیقات محدودی در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی بعد از زایمان و خصوصیات فردی خانوادگی در کشور انجام شده است، پژوهشگران بر آن شدند تا تحقیقی را با هدف تعیین نمره هریک از انواع اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان و ارتباط بین نمره وضعیت و انواع اختلالات عملکرد جنسی پس از زایمان با خصوصیات فردی و

(ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن، تی تست و آنالیز واریانس) و نرم افزار SPSS ۱۶ انجام شد. سطح معناداری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج نشان می‌دهد بیش‌ترین فراوانی سنی (۴۹ درصد) مربوط به گروه سنی ۲۵-۳۱ و کم‌ترین فراوانی (۳/۳ درصد) مربوط به گروه سنی ۳۸-۴۴ می‌باشد. همچنین بیش‌ترین فراوانی (۴۸/۲ درصد) مربوط به گروه تحصیلات دبیرستانی و کم‌ترین فراوانی (۸/۱ درصد) مربوط به گروه تحصیلات راهنمایی است. بیش‌ترین فراوانی BMI (body mass index) (۵۰/۲ درصد) مربوط به BMI بین ۲۵/۹-۲۰ و کم‌ترین فراوانی BMI (۹/۱ درصد) مربوط به BMI بین ۱۹/۹ و پائین‌تر می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد که بیش‌ترین فراوانی اندازه بدن (۴۳ درصد) مربوط به اندازه متوسط و کم‌ترین فراوانی اندازه بدن (۱۶/۹ درصد) مربوط به اندازه کوچک می‌باشد. بیش‌ترین فراوانی (۷۳/۲ درصد) آزمودنی‌های مورد پژوهش از وضعیت اقتصادی رضایت داشته‌اند و کم‌ترین فراوانی (۲۶/۸ درصد) از وضعیت اقتصادی رضایت نداشته‌اند. بیش‌ترین فراوانی (۸۷ درصد) مربوط به گروه شغلی خانه‌دار و کم‌ترین فراوانی (۳/۴ درصد) مربوط به گروه شغلی دانشجو بوده و بیش‌ترین فراوانی (۷۷/۱ درصد) مربوط به وضعیت سکونت نامناسب و کم‌ترین فراوانی (۲۲/۹ درصد) مربوط به وضعیت سکونت مناسب بوده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی وضعیت عملکرد جنسی در آزمودنی‌های مورد

پژوهش

وضعیت عملکرد جنسی	فراوانی	تعداد	درصد
مناسب	۲۲۵	۵۸/۶	
نامناسب	۱۵۹	۴۱/۴	
جمع	۳۸۴	۱۰۰	٪

بررسی سازگاری زناشویی از پرسشنامه لاک والاس استفاده شد. نمره برش آن ۱۰۰ و نمره کم‌تر از آن دلالت بر ناسازگاری در روابط زناشویی است.^{۱۶} پرسشنامه FSFI جهت دستیابی به اطلاعات مربوط به وضعیت عملکرد جنسی است^{۱۷} که شامل ۱۹ سؤال در مورد میل جنسی، برانگیختگی، خیس و نرم شدن واژن، ارگاسم، میزان رضایت و درد است، خط برش پرسشنامه نمره ۲۴ و بالاتر از نمره ۲۴ مبین وضعیت جنسی مطلوب است.^{۱۸} بعد از انتخاب مراکز و نمونه‌های پژوهش براساس نمونه‌گیری آسان و با در نظر گرفتن شرایط ورود و خروج از مطالعه و عدم ابتلای فرد به افسردگی و استرس، پرسشنامه وضعیت فردی خانوادگی و عملکرد جنسی از طریق بیان اهداف مطالعه و جلب نظر و موافقت آنان به روش مصاحبه (در محیطی خصوصی و با رضایت آنان) با واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. پرسشنامه FSFI در ابتدا توسط پژوهشگر ترجمه شد. سپس در اختیار چند تن از اساتید دانشکده پرستاری مامایی و پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی قرار داده شد و با منظور کردن نظرات اصلاحی آنان روایی صوری و محتوایی پرسشنامه تأمین شد. طبق بررسی‌ها مشخص شده است که این پرسشنامه تنها ابزار استاندارد معتبری است که برای سنجش عملکرد جنسی در زنان بکار می‌رود.^{۱۷} این پرسشنامه معتبر بطور جداگانه می‌تواند برای ارزیابی تمایل، لغزندگی، ارگاسم، رضایت و درد بکار رود.^{۱۸} همچنین پایایی پرسشنامه عملکرد جنسی از ۰/۸۴ بالاتر گزارش شد.^{۱۹} در اصفهان نیز به کار گرفته شده و اعتماد علمی آن با استفاده از ضریب همبستگی کم‌تر از ۰/۷ و ضریب آلفای کرونباخ آن بیشتر از ۰/۷ گزارش شد.^{۲۰} همچنین در مطالعه حاضر به منظور تأمین پایایی پرسشنامه مذکور، توسط ۳۰ نفر از واحدهای مورد پژوهش در مراکز بهداشتی که بطور تصادفی انتخاب شدند، تکمیل شد و سپس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ سؤالات مناسب انتخاب شد و به این ترتیب پایایی آن تأمین شد (مراکز بهداشتی مذکور که مطالعه مقدماتی جهت پایایی پرسشنامه FSFI در آنها انجام شد، بعداً از نمونه‌گیری اصلی پژوهش حذف شدند). آزمون سازگاری زناشویی لاک والاس نیز با نمرات متمایز کننده برای زوج‌های سازگار و ناسازگار از روایی بالا برخوردار است.^{۱۶} با آزمون مجدد پایایی پرسشنامه سازگاری زناشویی پس از گذشت یک ماه ۰/۸۴ بود.^{۱۹} تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (حداقل، حداکثر، انحراف معیار و جداول) و استنباطی

جدول ۲. تعیین میانگین نمره هر یک از انواع اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان در آزمودنی‌های مورد پژوهش

انواع اختلال عملکرد جنسی بر حسب فاز	فراوانی	میانگین نمره اختلال	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
تمایل	۳/۴	۱/۱۸	۱/۲	۶	۶
برانگیختگی	۳/۷	۱/۰۹	صفر	۶	۶
ارگاسم	۴/۱	۱/۱۱	صفر	۶	۶
درد	۴/۱۸	۱/۳۱	صفر	۶	۶

نمونه‌ها عملکرد جنسی نامطلوبی داشتند که تقریباً معادل با پژوهش‌های دیگر است. لازم به ذکر است که در چندین مطالعه مشکلات جنسی پس از زایمان ۵۰٪ تخمین زده شده است. در همین رابطه پاستور (۲۰۰۶) طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که ۵۰٪ از زنان در دوران پس از زایمان ۲ یا چند مشکل جنسی دارند.^{۳۳} همچنین مطالعات دیسکون (۲۰۰۰) شیوع مشکلات جنسی پس از زایمان را بین ۸۳-۴۹ درصد ارزیابی کرده است.^{۳۴} در همین رابطه نتایج پژوهش برومندفر و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که وضعیت عملکرد جنسی بهتر در زنان شکم اول نسبت به زنان چندزا کم‌تر بود. یعنی با افزایش تعداد زایمان نمره عملکرد جنسی نامطلوب‌تر می‌شد. احتمالاً تجارب منفی زایمانی هر فرد که از زایمان‌های قبلی کسب شده است می‌تواند بر وضعیت عملکرد جنسی تأثیر بگذارد. در واقع تمایلات جنسی علاوه بر وضعیت جسمی تحت اثر شرایط روحی نیز قرار می‌گیرند. صحبت کردن از تجارب زایمانی می‌تواند به روند بهبودی زنان کمک بسیاری نماید. به این ترتیب نتایج این پژوهش‌ها از نتایج پژوهش حاضر جهت تغییر وضعیت عملکرد جنسی بعد از زایمان حمایت می‌کند.^{۳۵} نتایج پژوهش نشان داد که اختلال درد شایع‌ترین نوع اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان است. میزان دیس پارونی در نمونه‌های پژوهش ۵۱/۸ درصد است که نیمی از اختلالات جنسی پس از زایمان را شامل شده است. توجه به دیس پارونی پس از زایمان از اهمیت بسزایی برخوردار است چرا که خود دیس پارونی ایجاد شده پس از زایمان می‌تواند در چرخه‌ای معکوس بر برانگیختگی-لیبیدو تأثیر بگذارد. کتل (۲۰۰۵) در طی مطالعاتی پس از زایمان مشخص کرد که دیس پارونی عمومی‌ترین اختلال جنسی است.^{۳۶} نتایج مطالعه وانگ (۲۰۰۳) نیز نشان داد که دیس پارونی

نتایج نشان می‌دهد، بیشترین فراوانی (۷۷/۱ درصد) مربوط به زنان دارای رضایت عملکرد جنسی مناسب و کم‌ترین فراوانی (۲۲/۹ درصد) مربوط به زنان دارای رضایت عملکرد جنسی نامناسب می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد وضعیت عملکرد جنسی مناسب (۵۸/۶ درصد) بیشترین فراوانی است (جدول ۱). همچنین اختلال در فاز درد بیشترین فراوانی (۵۱/۸ درصد) و اختلال در فاز تمایل کمترین فراوانی (۴۰/۹ درصد) اختلال عملکرد جنسی بعد از زایمان بود. میانگین نمره رضایت عملکرد جنسی پس از زایمان معادل $9/04 \pm 1/83$ می‌باشد (نمره مطلوب رضایت عملکرد جنسی ۷/۹ می‌باشد) (جدول ۲). نتایج نشان می‌دهد، نمره وضعیت عملکرد جنسی بابرخی از خصوصیات فردی (سن، تحصیلات، BMI، اندازه بدن و شغل) رابطه معنی‌داری (به ترتیب با $p=0/400$ ، $p=0/117$ ، $p=0/394$ ، $p=0/802$ ، $p=0/778$) ندارد. نتایج نشان می‌دهد، بین نمره وضعیت عملکرد جنسی (میانگین) و رضایت از وضعیت اقتصادی با ($p=0/038$) و محل سکونت با ($p=0/014$) رابطه معنی‌داری وجود دارد. آزمون ضریب همبستگی حاکی از آن است که بین نمره وضعیت عملکرد جنسی پس از زایمان و نمره سازگاری زناشویی رابطه معنی‌داری ($p < 0/01$) وجود دارد.

بحث

کاهش لیبیدو یک نگرانی عمده در دوران پس از زایمان است.^{۳۱} علت تغییر وضعیت عملکرد جنسی در زنان و مشکلات ناشی از آن، تأثیر تغییرات روانی و فیزیولوژیک ناشی از زایمان بر روی وضعیت عملکرد جنسی است.^{۳۲} نتایج نشان داد که تقریباً نزدیک به نیمی از

عمومی‌ترین اختلال جنسی است.^{۳۷} نتیجه این تحقیقات از نتیجه پژوهش حاضر در این زمینه حمایت می‌کند. برخلاف نتایج فوق، اوبرو (۲۰۰۲) شایعترین اختلال جنسی بعد از زایمان در زنان نیجریه ای را اختلال فاز تمایل بیان کرد. طبق تحقیق وی اختلال فاز درد دومین اختلال جنسی پس از زایمان است.^{۳۸} چنین به نظر می‌رسد از آنجا که واحدهای مورد پژوهش در تحقیق حاضر در دوران پس از زایمان و شیر دهی بسر می‌برند و دوران شیر دهی همراه با افزایش پرولاکتین و کاهش استروژن و پروژسترون است دیس پارونی به ویژه در چند ماه اول زایمان تشدید می‌شود. نتایج نشان می‌دهد ارتباطی بین وضعیت عملکرد جنسی و سن وجود ندارد. رولاندو (۲۰۰۶) در مطالعه خود دریافت که بین سن و وضعیت عملکرد جنسی رابطه معنی‌دار وجود دارد.^{۳۹} اوترو (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود دریافت که بین سن و وضعیت عملکرد جنسی رابطه معناداری وجود دارد و مشکلات جنسی با افزایش سن، افزایش پیدا می‌کنند.^{۳۰} در مطالعه حاضر چون اکثریت واحدهای مورد پژوهش دارای شاخص توده بدنی و اندازه بدن طبیعی بودند بین این متغیر و عملکرد جنسی رابطه معناداری مشاهده نشد. استوارت (۲۰۰۵) در مطالعاتی گزارش کرد که اختلال عملکرد جنسی عمدتاً با وزن بدن ارتباط دارد.^{۳۱} نتایج مطالعه اسپوزیتو (۲۰۰۷) نیز نشان داد که بین شاخص توده بدنی و وضعیت عملکرد جنسی رابطه معناداری وجود دارد.^{۳۲} در پژوهش حاضر، به دلیل نمره شاخص توده بدنی مطلوب (۲۵/۹-۲۰) و اندازه بدن در حد متوسط اختلالی در عملکرد جنسی ایجاد نشده است. در دوران پس از زایمان با توجه به اینکه تصویر بدنی مادر از خود تغییر می‌کند اگر زنان تشویق شوند که در شاخص توده بدنی طبیعی بمانند و دچار افزایش وزن نشوند می‌توانند وضعیت عملکرد جنسی نرمال و مناسب داشته باشند. از نتایج دیگر این پژوهش عدم ارتباط تحصیلات با وضعیت عملکرد جنسی پس از زایمان بود. شاید تحصیلات زنان کمکی در رابطه با عملکرد جنسی کمکی به آنان نکرده است. بایوتر (۲۰۰۴) نیز طی تحقیقی بر سلامت جنسی پس از زایمان به این نتیجه رسید که سطح تحصیلات بر وضعیت عملکرد جنسی بی‌تأثیر است.^{۳۳} همچنین ترونووسکی (۲۰۰۶) در مطالعه پس از زایمان خود به این نتیجه رسید که سطح تحصیلات بر وضعیت عملکرد جنسی پس از زایمان اثری ندارد.^{۳۴} نتایج این مطالعات از نتایج پژوهش فعلی، عدم ارتباط بین

وضعیت عملکرد جنسی پس از زایمان و تحصیلات حمایت می‌کند. نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که بین نمره وضعیت عملکرد جنسی (میانگین) و شغل رابطه معنی‌داری وجود ندارد. دیجوسیوس (۲۰۰۲) در آنالیز متغیرهای پیشگویی کننده تغییرات جنسی در هفته ۱۲ و ۶ ماه پس از زایمان هیچ ارتباطی بین متغیرهای وضعیت عملکرد جنسی (تمایل جنسی، دفعات مقاربت) و شغل بدست نیاورد.^{۱۰} احتمالاً علت عدم ارتباط در پژوهش حاضر را بتوان این گونه توجیه کرد که اکثریت آزمودنی‌های مورد پژوهش خانه‌دار هستند و با وضعیت خود سازگار شده‌اند و به علت خانه‌داری، استرس ناشی از برگشت به سرکار را ندارند. از نتایج دیگر پژوهش ارتباط بین نمره وضعیت عملکرد جنسی و وضعیت سکونت بود. میانگین نمره وضعیت عملکرد جنسی در افرادی که از محل سکونت نامناسب برخوردار بودند پایین‌تر است. ریکی (۲۰۰۷) معتقد است محیط خصوصی جزء ضروری خوشایند بودن امور جنسی در دوران پس از زایمان است.^{۳۴} کلارسیا (۲۰۰۴) در بررسی علل کاهش لیبیدو در زنان یائسه دریافت زانی که دارای محل سکونت نامناسب هستند و با بچه‌های خود زندگی می‌کنند، دچار کاهش لیبیدو هستند.^{۳۵} نتایج این مطالعات از یافته پژوهش در مورد ارتباط وضعیت محل سکونت و نمره وضعیت عملکرد جنسی حمایت نمی‌کند. نتایج در این پژوهش در رابطه با وضعیت سکونت منطقی‌تر می‌رسد. زیرا دوران پس از زایمان زمانی است که خلوت مادر کمتر است و این در حالی است که خلوت مادر جزء ضروری خوشایند بودن امور جنسی او در این دوران است. همچنین در دوران پس از زایمان مخصوصاً در جامعه ما به علت عواطف و وابستگی روحی افراد با یکدیگر و گاه کمک به مادران تازه زایمان کرده خلوت مادر بسیار محدود است و این در حالی است که این مادران هم باید خلوت مخصوص به خود را داشته باشند. همچنین احتمالاً داشتن اتاق‌های مشترک با کودکان و یا مشرف به اتاق کودکان و خانواده همسر، باعث کاهش مطلوب بودن عملکرد جنسی شده است. بنابراین در این دوران جهت بهبود وضعیت عملکرد جنسی که خود تحت تأثیر زایمان قرار گرفته باید سعی کرد با ایجاد محیطی آرام خلوت امن مادر تامین شود. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین نمره وضعیت عملکرد جنسی و رضایت از وضعیت اقتصادی رابطه معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمره وضعیت عملکرد جنسی در افرادی

مؤثری بر تمایلات جنسی آنها تأثیر می‌گذارد.^{۳۱} این نتیجه در مطالعه حاضر و مطالعات فوق منطقی بنظر می‌رسد. جهت بدست آوردن بهتر عملکرد جنسی، در دوران پس از زایمان باید زوجین تشویق شوند که در مورد احساساتشان بیشتر با یکدیگر صحبت کنند^{۳۷} و در چند هفته اول درحالی‌که منتظر برگشت به از سرگیری روابط جنسی هستند از طریق گفتگو و تماس های غیرفیزیکی بیشتر با هم‌دیگر احساس نزدیکی و ملاحظت داشته باشند. همچنین روابط مثبت میان زوجین می‌تواند به تکامل نقش مادری کمک کند.^{۳۸} بنابراین آموزش در این مورد ضروری به نظر می‌رسد. البته باید به عنوان یک قانون به زوجین آموزش داد تا زمانی که احساس امنیت و آسایش نکرده‌اند، منتظر شروع نزدیکی جنسی بمانند.^{۳۷} انتظار می‌رود نتایج پژوهش و شناسایی وضعیت عملکرد جنسی و عوامل احتمالی مرتبط با آن و مشاوره و آموزش لازم در این رابطه به پرسنل مراکز بهداشتی درمانی به ویژه ماماها که عهده‌دار سلامت مادران در مراکز بهداشتی درمانی هستند کمک کند تا مشاوره آنان موجب ارتقای عملکرد جنسی سالم و تحکیم رابطه عاطفی و جسمی میان زوجین شود.

References

- Jahanfar Sh. :Textbook of sexual disorders. Tehran. Nashre Salemi 1380[in Persian]
- Farjad M. : Psychologic Behavioral Disorders. Tehran. Badr Publication 1374[in Persian]
- Shamloo S. : psychic hygiene. Tehran. Roshd Publication 1385[in Persian]
- Pregler J. P and Decherney A. H: Women's health principles and clinical practice. Hamilton, B. C Decker 2002
- Schuilng K. D and Likis F. E : Women's Gynecology. Jones and Bartlet 2006
- Brummen H. J. V: Which factors determine sexual function 1 years after childbirth. BJOG 2006; volume 113:914.
- Tara L.: Postpartum sexual functioning and method of delivery. Journal midwifery and women's health 2004; Volume 49:430-431
- Goven P. M. C: Postpartum health. Journal annals of family medicine 2006 :150-165.
- Zhnghua F. U: women's postpartum sexuality and delivery. journal NCBI 2003; 38 (4): 219-220.
- De Judicibus M. A, and Mc cabe M. P: Psychological factors and the sexuality of pregnant and post partum women. journal of sex research 2002; volume 39. Number 29:94-103.
- Mahmoud A: 2005, Volume 24,P:207-15
- Ahlborg T and strandmak M: The baby was the focus of attention: First time parents experiences of their intimate relationship. Scand J caring 2001;volume 15:318-325.
- Oisson A et al: Women's thought about sexual life after childbirth. Scandinavian Journal plane am 2005; Volume 19:381
- Park &Park: Epidemiology. Tehran. Samat publication 1382[in Persian]
- Milani M et al: Social Hygiene Nursing.Tehran.Andishe Rafie Pub.1383[in Persian]
- Sanaii B: Values for Family & Marriage.Tehran.Samt Pub.1379[in Persian]
- Cindy M: Validation of sexual function index. Journal of sex 2003; volume 29:39-46.
- Basku B and Davas I and A kyol A et al: The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women . international urogynecology journal 2005: 10-100.
- Mattson P. S: Women's health during the childbearing years. Mosby. st. Louis 2001
- Beigi M:Sexual Disorders in menopause.1382[thesis in Persian]

21. Buhlin K. g and Schmidt S and Robinson Y. N. et al: obstet and Gynecology 2006; volume. 12 (4) 1: 42-46.
22. Esposito K and ciotola M and, Giugliano et al: Association of body weight with sexual function in women. international Journal of impotene research 2007; Volume 19: 353-357.
23. Pastore L: postpartum sexuality concerns among first time parents from one U. S Academic hospital. journal of sexual medicine 2006; 4 (1): 115.
24. Dixon M. Both N and powell R: sex and relationships following childbirth a first report. Br J Gen pract 2000; 50 (452): 223-224.
25. Boroumandfar Kh, Ghaed Rahmati M, Farajzadegan Z و Hoseini H. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. IJNMR 2010; 15 (4):220-223.
26. Kettle C and is mail k and omahong F: Dysparunia following childbirth. J the obstetrics and Gynecology 2005; volume f: 245-249.
27. Wang H. Y and Yang x et al: Impact of Delivery types on women's postpartum sexual Health. J Reproduction and contraception 2003; volume 14 (4): 237-242.
28. Oboro V. O: sexual function after childbirth in Nigerian women. international federation of Gynecology and obstetrics 2002; volume fs (3): 249-250.
29. Rowland M: Breast feeding and sexuality immediately postpartum. Journal can fam physiology 2005; 51 (10):1367.
30. Botros S. M and Abramov y and James J: Effect of parity on sexual function. J obstet Gynecol 2006; volume 107 (4):756-70.
31. Stuart C. W and laraia M. T: Psychiatric Nursing. St. Louis. evolve Elwevier mosby 2005.
32. Baytur Y. B et al: mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. international Journal of Gynecology and obstetrics 2005; volume 88:276-280
33. Trutnovsky G et al: Women's perception of sexuality during pregnancy and afterbirth. Journal of obstetric and Gynecology 2006; Volume 46:282-287.
34. Ricci Susan Scott: Essentials of maternity Newborn and women's health Nursing. Philadelphia. lippincott Williams and wilkins 2007.
35. Clarsia G. et al: Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. J menopause 2004; 11 (2):144-150.
36. Gungor S and Baser I. and ceyhan S at al: Mode of delivery and subsequent long term sexual function of primiparous women. international Journal of impotence Research 2001; Volume 19:358-365.
37. Littleton L. Y and Engerbreston J. C: Maternal Neonatal and women's health Nursing. Albany. Delmar 2002.
38. Walsh L. V: Midwifery. Sanders company 2001.