

بررسی مقایسه‌ای عملکرد جنسی زنان در دوره‌های قبل از بارداری، بارداری و شیردهی

طیبه یگانه^۱، عباسعلی حسین‌خانزاده^۲، سکینه مرادی^۳، کبری کریمپور^۴، ملیحه کاظمی مجرد^۵

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران

اخلاق/سال نهم / شماره ۳۰ و ۳۱/بهار و تابستان ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت مسایل جنسی در بهداشت روانی، کیفیت زندگی و روابط بین‌فردی، با بررسی و شناخت مؤلفه‌های آن در دوره‌های مختلف زندگی، می‌توان به اتخاذ تدابیری مؤثرتر در جهت تحکیم هر چه بیشتر کانون خانواده نایل شد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه چگونگی عملکرد جنسی زنان در دور های قبل از بارداری، بارداری و شیردهی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقایسه‌ای، عملکرد جنسی ۲۰۷ زن متأهل در قالب سه گروه قبل از بارداری، بارداری و شیردهی که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند در شهر لنگرود در سال ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات به وسیله پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (FSFI) جمع‌آوری گردید. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی شفه انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین میانگین عملکرد جنسی زنان در دوره‌های قبل از بارداری، بارداری و شیردهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). عملکرد جنسی زنان در دوره‌های بارداری و شیردهی به طور معناداری کمتر بود. بالاترین عملکرد جنسی در گروه دوره پیش از بارداری برابر با ۲۲/۵۵ و پایین‌ترین آن در دوره بارداری برابر با ۱۵/۷۵ است. میل جنسی در گروه شیرده نسبت به گروه قبل از بارداری افزایش نشان داد گرچه از لحاظ آماری معنادار نگردید ($P > 0/5$).

نتیجه‌گیری اگر چه عملکرد جنسی زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر مثبت بود. ولی در دوران بارداری و شیردهی عملکرد جنسی زنان نسبت به قبل از بارداری کمتر بود. بر این اساس، با افزایش شناخت و آگاهی در زمینه چگونگی عملکرد جنسی در این دوران و نیز ارائه آموزش و مشاوره در زمینه چگونگی عملکرد جنسی مطلوب، می‌توان در جهت ارتقا سلامت خانواده‌ها و به تبع آن جامعه‌ای سلامت، گام مؤثری برداشت.

واژه‌های کلیدی: زنان، عملکرد جنسی، بارداری، شیردهی

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی و

علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی

پست الکترونیک: taiebeh_yeganeh@yahoo.com

مقدمه

گریزه جنسی از نیازهای ذاتی انسان است به طوری که مازلو^۱ این نیاز را در رده نیازهای جسمانی یا نیازهای حیاتی اولیه قرار داده است. در زمینه رابطه جنسی نیز می‌توان گفت که اگر چه زندگی زناشویی سعادتمندانه فقط تا اندازه‌ای مربوط به رابطه جنسی است ولی این رابطه ممکن است از مهمترین علل خوشبختی یا عدم خوشبختی در زندگی زناشویی باشد؛ چنانچه این رابطه قانع کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی و عدم احساس ایمنی، به خطر افتادن سلامت روان و در نتیجه از هم پاشیدگی کانون خانواده می‌گردد (۱). بنابراین عملکرد جنسی سالم در زنان، نقش مهمی در احساس سلامتی، بالا بردن کیفیت زندگی و احساس رفاه آنان دارد. به طوری که هرگونه مشکل در عملکرد جنسی زنان به عنوان یکی از منابع اصلی تعارض‌های ارتباطی و تهدید کننده سلامت روان شناختی و جسمانی شناخته شده است (۲-۴).

یکی از مهم‌ترین نظریه‌های عملکرد جنسی مربوط به روزن^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۰ است. آنها ۶ مؤلفه در مورد عملکرد جنسی زنان تعیین کرده‌اند: ۱- میل جنسی (تمایل فرد به انجام فعالیت جنسی)، ۲- برانگیختگی جنسی (برانگیختن پاسخ‌های فیزیولوژیک در اندام‌های جنسی که شامل متورم شدن لبیا، لورکسیون واژینال و پرخونی عروقی است)، ۳- لغزنده‌سازی یا رطوبت (به دنبال تحریک جنسی، ترشحات واژن موجب لغزندگی آن می‌شود)، ۴- اوج لذت جنسی (با انقباض‌های ریتمیک عضلات رحم، یک سوم خارجی واژن، اسفنکتر مقعدی و دیگر عضلات درگیر مشخص می‌شود)، ۵- رضایت جنسی (نزدیکی با همسر، رضایت از روابط جنسی و رضایت از سراسر زندگی جنسی است) و ۶- درد (دفعات و میزان درد واژینال در حین مقاربت و بعد از آن است) (۵). اختلال کارکرد جنسی، به عنوان اختلال میل، تحریک، ارگاسم درد جنسی تعریف می‌شود که می‌تواند ناشی از عوامل چندگانه آناتومیکی، فیزیولوژیکی، طبی و روان شناختی باشد و

سبب ناراحتی شدید فردی شده، بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی اثر گذارد (۶). در تقسیم‌بندی اختلال‌های جنسی می‌توان از چهار دسته ارگانیک، سایکولوژیک، مخلوط و ناشناخته نام برد. در حوزه ارگانیک و سایکولوژیک، یکی از مواردی که در زنان می‌تواند به عنوان یک عامل جدی در پیدایش یا تشدید اختلال‌های جنسی تلقی شود بارداری است (۷). چنانچه آفایوسفی و همکاران در مطالعه خود نشان داده‌اند ۶۸ درصد زنان در طول دوران حاملگی اختلال در روابط زناشویی دارند (۸). نتایج مطالعه نعمت‌اله‌زاده و همکاران اشاره به افزایش یافتن نمره کل اختلال در عملکرد جنسی، میل جنسی و رضایتمندی از ارگاسم در زنان تحت مطالعه، با پیشرفت بارداری دارد (۹). در مطالعه گوکیدز و بهی^۳ به کاهش یافتن علائق و میزان فعالیت جنسی در دوران بارداری اشاره شده است (۱۰). مخالف با تحقیقات مذکور در مطالعه فوک^۴ و همکاران نشان داده شد که زوجین فعالیت جنسی خود را در بارداری بین ۸۶-۱۰۰ درصد بدون تغییر نسبت به قبل از آن ادامه می‌دهند (۱۱). روند افزایش شیوع اختلال‌های جنسی در زنان نه تنها در دوران بارداری، که مطابق نتایج مطالعات فراوانی در دوران بعد از زایمان و شیردهی نیز نسبت به زمان قبل از بارداری افزایش می‌یابد. در این دوران تغییراتی در احساس، دفعات نزدیکی، رضایت و سازش‌یافتگی جنسی ایجاد می‌شود. همچنین در دوره پس از زایمان تغییرات فیزیولوژیک و روانی بارزی از جمله درد، نداشتن میل جنسی، خشکی واژن و نرسیدن به اوج لذت جنسی مشاهده شده است (۱۲). مطالعه نیک‌پور و همکاران نشان داده است که پس از زایمان وقوع مشکلات روابط جنسی ناشی از آن نسبت به قبل از بارداری به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد (۱۳). در مطالعه نصیری‌امیری و همکاران متوسط نمره عملکرد در حیطه تمایل جنسی، تحریک، ارگاسم و رضایتمندی جنسی در دوره شیردهی به طور معنی‌داری کمتر از دوره قبل از بارداری بود و همچنین متوسط تعداد

1. Maslow
2. Rosen

3. Gokyildiz & Beji
4. Fok

بیماری‌های قشر غده فوق کلیه، دیابت، فشارخون، بیماری‌های قلبی، آسیب‌های سیستم اعصاب مرکزی، بیماری‌های عفونی و اعمال جراحی دستگاه تناسلی. ۲- مصرف برخی داروها در این افراد که با فعالیت جنسی ایجاد تداخل کند، مانند: داروهای روان‌گردان، بلوک‌کننده‌های گیرنده H_2 ، داروهای قلبی و ضد فشارخون، داروهای ضد تشنج، داروهای مخدر، آنتی‌کلی-نرژیک‌ها و آنتی‌هیستامین‌ها. ۳- تجارب برخی هیجان‌های شدید و تنش‌ها مانند تهدید به زایمان زودرس، جفت سر راهی، خیانت همسر، مرگ، بیماری وخیم. ۴- زنانی که در طول ۱ ماه قبل، جدا از همسرشان زندگی می‌کردند، زنانی که همسرانشان دچار انزال زودرس و ناتوانی جنسی بودند.

ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل دو قسمت؛ سؤال‌های مربوط به متغیرهای دموگرافیک (شامل: سن، شغل، تحصیلات، کفایت درآمد) و سؤال‌های مربوط به وضعیت عملکرد جنسی زنان بود که از پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران استفاده شد (۱۷). ابزار مذکور با داشتن ۱۹ سؤال در ۶ حوزه مجزا، به بررسی عملکرد جنسی زنان در طول ۱ ماه اخیر می‌پردازد. ابعاد پرسشنامه به ترتیب شامل میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد است. بخش میل جنسی حاوی ۲ سؤال با محدوده نمرات ۱ تا ۵، بخش برانگیختگی و لغزندگی واژن هر کدام به طور جداگانه دارای ۴ سؤال با محدوده نمرات ۱ تا ۵ و بخش‌های ارگاسم، درد و رضایت جنسی هر کدام جداگانه دارای ۳ سؤال با محدوده نمرات ۰ تا ۵ بود (۱۸).

اعتبار و روایی آن توسط روزن و همکارانش در سال ۲۰۰۰ طی تحقیقی که به همین منظور انجام شد (۱۷) و همچنین در تحقیقی توسط محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۳ در دانشگاه شاهد انجام شد، مورد تأیید قرار گرفت (۱۹). ضریب پایایی پرسشنامه با دو روش تصنیف و بازآزمایی به ترتیب ۷۸٪ و ۷۵٪، برای خرده‌آزمون‌ها با روش تصنیف بین ۶۳ تا ۷۵ درصد و با روش بازآزمایی بین ۷۰ تا ۸۱٪ گزارش شد (۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر با ۰/۹۵ بود.

اطلاعات به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه متغیرهای مورد

مقایسه در هفته در زنان شیرده با دوره قبل از بارداری اختلاف معنی‌داری داشت (۱۴). در مطالعه کونلی^۵ و همکاران زنان شیرده به طور معنی‌داری بیش از دیگران از درد در حین مقاربت شاکی بودند (۱۵). مخالف با تحقیقات مذکور، یافته‌های پژوهش تامپسون^۶ و همکاران نشان داد هیچ تغییری در عملکرد جنسی پس از زایمان روی نمی‌دهد (۱۶). با توجه به اینکه نتایج مطالعات گوناگون به نقش حیاتی روابط جنسی در زندگی زوجین اذعان داشته و آن را از لحاظ اهمیت در ردیف مسایل درجه اول زندگی زناشویی قرار داده‌اند و از آنجا که فعالیت‌های جنسی مشابه، می‌تواند برای افراد مختلف، معانی متفاوتی داشته و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر یابد (۱۷)، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه چگونگی عملکرد جنسی در دوره‌های قبل بارداری، بارداری و شیردهی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی مقایسه‌ای، به بررسی زنان متأهل با دامنه سنی ۲۰-۳۶ سال، تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان لنگرود در سال ۱۳۹۱ پرداخته شد. از جامعه پژوهش که شامل تمامی زنان تحت پوشش این مراکز جهت دریافت خدمات معمول تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک بود با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد ۲۰۷ نفر به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری طبقه‌ای برای انتخاب مراکز بهداشتی درمانی و تعیین سهمیه برای هرکدام از آنها و روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب زنان لحاظ شد. نمونه‌ها در سه گروه قبل از بارداری (۳۵/۷٪)، بارداری (۳۳/۸٪) و شیردهی (۳۰/۴٪) مورد بررسی قرار گرفتند. زنان باردار افرادی بودند که از نظر زمانی بین ماه اول تا پایان ماه هشتم بارداری قرار داشتند. در گروه زنان شیرده افراد واجد شرایط زانی بودند که بین ۱ تا ۶ ماه از زایمان آنها می‌گذشت. گروه قبل از بارداری شامل افرادی بود که در هیچ یک از دوره‌های شیردهی و بارداری قرار نداشتند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ۱- بیماری‌های مؤثر بر عملکرد جنسی مانند

5. Connolly

6. Thompson

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر $(1/4) \pm$ (27/4) با دامنه (20-37) سال بود. در رابطه با میانگین عملکرد جنسی در مجموع زنان شرکت‌کننده، بیشترین میانگین در گروه قبل از بارداری برابر با 22/55 و کم‌ترین میانگین مربوط به گروه باردار با میزان عددی 15/75 است. در دوره‌های قبل از بارداری، شیردهی و بارداری تمامی مؤلفه‌های مربوط به عملکرد جنسی، به استثناء میل جنسی در دوره شیردهی، به ترتیب دوره‌های مذکور کاهش یافتند.

جهت مقایسه معناداری تفاوت‌های مشاهده شده بین گروه‌ها آزمون تحلیل واریانس یک راهه مورد استفاده قرار گرفت (جدول 1). با عنایت به نتیجه بدست آمده در میانگین عملکرد جنسی وجود تفاوت معنادار در بین گروه‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین در بین تمامی ابعاد شاخص عملکرد جنسی تفاوت مشاهده شده معنادار است ($P=0/001$, $df=2$, $F=17/26$). (جدول 1).

پژوهش در سه گروه استفاده گردید. همچنین آزمون تعقیبی شفه جهت بررسی تفاوت میانگین گروه‌ها به کار گرفته شد. جهت رعایت کدهای کمیته اخلاق تعریف شده در پژوهش کشوری، ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه کسب شد. ضمن ارائه توضیحات لازم در خصوص پژوهش، رضایت کتبی تمامی شرکت‌کنندگان برای مشارکت آگاهانه در پژوهش اخذ گردید. در تمامی مراحل پژوهش همواره اولویت حفظ امنیت روانی و جسمانی شرکت‌کنندگان بود. به زنان شرکت‌کننده در مطالعه اطمینان داده شده که اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه بوده و اطلاعات بصورت کلی تجزیه و تحلیل می‌گردد و این اطلاعات تنها در راستای اهداف پژوهش استفاده خواهند شد همچنین ابزار جمع‌آوری اطلاعات بدون نام بود.

یافته‌ها

جدول 1. شاخص‌های توصیفی عملکرد جنسی و نتایج آزمون واریانس یک راهه

معناداری	F	مجموع گروه‌ها		شیرده		باردار		قبل از بارداری		گروه‌ها متغیرها
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
/000	10/02	2/69	1/10	2/96	1/18	2/22	1/05	2/89	0/96	میل
/000	21/13	2/60	1/41	2/58	1/45	2/01	1/56	3/16	0/94	تحریک
/000	16/23	3/20	1/69	3/28	1/63	2/39	1/92	3/88	1/09	رطوبت
/000	14/64	3/15	1/80	3/13	1/69	2/36	2/09	3/89	1/20	ارگاسم
/000	9/26	3/98	1/37	3/97	1/25	3/50	1/49	4/44	1/19	رضایت
/000	11/23	3/77	1/34	3/76	1/36	3/24	1/28	4/25	1/18	درد
/000	17/26	19/39	7/49	19/7	6/76	15/75	8/58	22/55	5/18	عملکرد جنسی

"باردار و قبل از بارداری"، در مؤلفه‌های میل جنسی و رطوبت از لحاظ آماری معنادار شد ($P<0/05$). در دو مؤلفه رضایت و درد با سطح معناداری ($P=0/001$)، تفاوت بین گروه "باردار و قبل از بارداری" مورد تأیید قرار گرفت ($P<0/05$).

با توجه به معنادار شدن تفاوت مشاهده شده در میانگین عملکرد جنسی و ابعاد آن در آزمون تحلیل واریانس یک راهه، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد (جدول 2). با استناد به نتایج بدست آمده از این آزمون، در ابعاد تحریک جنسی و ارگاسم، وجود تفاوت معنادار در بین "هر سه گروه" تأیید شد ($P<0/05$). تفاوت بین گروه‌های "باردار و شیرده" و همچنین

جدول ۲- نتایج آزمون شفه جهت بررسی تفاوت بین گروه‌های قبل بارداری، بارداری و شیردهی

گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
میل جنسی	باردار	۰/۷۳۳	۰/۱۸۵	/۰۰۱
	قبل بارداری	۰/۶۶۶	۰/۱۷۷	/۰۰۱
	شیرده	۰/۰۶۷	۰/۱۸۲	۰/۹۳۴
تحریک	باردار	۰/۵۶۲	۰/۲۳۳	۰/۰۵۶
	قبل بارداری	۱/۱۴۸	۰/۲۳۳	۰/۰۰۰
	شیرده	۰/۵۸۵	۰/۲۳۰	۰/۰۴۱
رطوبت	باردار	۰/۸۹۴	۰/۲۷۵	۰/۰۰۶
	قبل بارداری	۱/۴۹۶	۰/۲۶۴	۰/۰۰۰
	شیرده	۰/۶۰۲	۰/۲۷۱	۰/۰۸۷
ارگاسم	باردار	۰/۷۷۱	۰/۲۹۵	۰/۰۳۵
	قبل بارداری	۱/۵۳۲	۰/۲۸۳	۰/۰۰۰
	شیرده	۰/۷۶۱	۰/۲۹۱	۰/۰۳۵
رضایت	باردار	۰/۴۷۱	۰/۲۲۸	۰/۱۲۲
	قبل بارداری	۰/۹۴۵	۰/۲۱۹	۰/۰۰۰
	شیرده	۰/۴۷۴	۰/۲۲۵	۰/۱۱۳
درد	باردار	۰/۵۱۹	۰/۲۲۱	۰/۰۶۷
	قبل بارداری	۱/۰۱	۰/۲۱۳	۰/۰۰۰
	شیرده	۰/۴۹۴	۰/۲۱۹	۰/۰۸۱
عملکرد جنسی	باردار	۳/۹۵۱	۱/۲۰۸	۰/۰۰۵
	قبل بارداری	۶/۸۰۱	۱/۱۶	۰/۰۰۰
	شیرده	۱/۸۴۹	۱/۱۹۳	۰/۰۵۷

بحث

بر اساس پژوهش حاضر وجود تفاوت معنادار در عملکرد جنسی بین سه گروه قبل از بارداری، بارداری و شیردهی با توجه به نتایج به دست آمده مورد تأیید قرار گرفته است. نتایج برخی پژوهش‌ها نیز بیانگر افزایش یافتن نمره اختلال در عملکرد جنسی، میل جنسی و رضایتمندی از ارگاسم (۲۴،۲۳،۲۲،۲۱،۹) از جمله اینکه می‌توان به عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی، اضطراب به هنگام برقراری ارتباط جنسی، تنفر از برقراری ارتباط جنسی، خستگی در طی فعالیت جنسی، درد (۷) در زمان بارداری اشاره نمود که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. ایروول^۱ نیز در پژوهش خود به نتایجی مشابه با نتایج مذکور در زنان باردار دست یافت

1. Erol

(۲۰). در بررسی عملکرد زنان در دوره پس از زایمان و شیردهی نتایج پژوهش‌هایی که کاهش میزان عملکرد جنسی زنان شیرده و همچنین کاهش معنادار در هر یک از ابعاد تمایل، تحریک، رسیدن به اوج لذت جنسی و رضایتمندی (۱۴، ۲۰)، درد، نداشتن میل جنسی (۱۳، ۱۵) در دوره پس از زایمان و شیردهی را گزارش کرده‌اند با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشند.

در جهت تبیین کاهش عملکرد جنسی در دوران بارداری می‌توان به تأثیر تغییرات روان‌شناختی خاص دوران بارداری، اعتقادات مربوط به رابطه جنسی در دوران بارداری، احساس گناه از داشتن رابطه جنسی در دوران بارداری، تغییر تصویر ذهنی زن از بدن خویش، احساس کاهش جذابیت برای همسر، ویار حاملگی، از دست دادن علاقه جنسی به رابطه جنسی، ترس از عواقب رابطه جنسی بر روی پیامد بارداری نظیر سقط، صدمه به جنین و زایمان زودرس اشاره نمود که در تحقیقات مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۴-۲۱، ۹). مجموع این عوامل موجب می‌شود که درد روانی،

داشتن ارتباط جنسی مناسب، ساختار مناسب کانون خانوادگی خود را حفظ نمایند (۲۲).

با توجه به نقطه برش مقیاس عملکرد جنسی که قبلاً توسط سازندگان آن در خارج از کشور ۲۵ بدست آمده است (۱۷)، و هنجار آن در داخل کشور ۱۵ تعیین شده است (۵) عملکرد جنسی زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر نسبت به هنجار جامعه داخل کشور مثبت بود. اکبری‌دهکردی و همکاران میانگین عملکرد جنسی در زنان ایرانی مورد پژوهش خود را ۲۹/۲۹ درصد بیان کرده‌اند که به عنوان عملکرد جنسی مثبت در زنان تلقی می‌شود و با یافته پژوهش حاضر همسو است (۵). همچنین میانگین عملکرد جنسی در مطالعه محمدی و همکاران برابر با ۳۰/۱ بود که به مثبت بودن عملکرد جنسی در زنان مورد پژوهش اشاره دارد (۳۲). یافته روزن و همکاران که در آن میانگین عملکرد جنسی زنان عادی ۳۰/۵ است نیز با یافته اخیر پژوهش حاضر همسو است (۱۷). شایان ذکر است که در بررسی یافته‌های پژوهشی مخالف با این نتیجه از تحقیق ما، مطالعه بلوریان و گنجلو است که در آن با پرداختن به بررسی عملکرد جنسی زنان نشان داده شد که ۶۳/۲ درصد از افراد در روابط زناشویی خود دچار مشکل هستند (۱۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم انجام مطالعه طولی اشاره نمود بطوری که می‌بایست عملکرد جنسی یک فرد در سه مرحله بررسی شود لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی لحاظ گردد همچنین از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم انجام مصاحبه تشخیصی و جمع‌آوری داده‌ها بصورت مقطعی اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر مثبت بودن عملکرد جنسی در زنان مورد پژوهش با توجه به هنجار مورد انتظار برای جامعه بود؛ همچنین نتایج نشان داد که عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری و شیردهی نسبت به دوران قبل از بارداری و شیردهی به دلایل مختلف روان‌شناختی و فیزیولوژیک کاهش می‌یابد. بنابراین لازم است با فراهم نمودن زمینه‌های لازم در جامعه، روان‌شناسان سلامت با اتخاذ تدابیری جهت افزایش شناخت و آگاهی در زمینه چگونگی عملکرد جنسی در دوره‌های مختلف زندگی زنان، بتوانند با ارتقا بخشیدن سلامت خانواده‌ها، جهت داشتن جامعه‌ای سلامت، گام موثری بردارند.

احساس گناه هوشیارانه و عمیقی توسط زن باردار نسبت به انجام فعالیت جنسی ایجاد شود (۲۳). چنان‌که کاپلان^۱ نیز در در مدل سه مرحله‌ای خود، به جزء روان‌شناختی این رابطه اشاره می‌کند و معتقد است که بدون عنصر روان‌شناختی فعالیت جنسی نه تنها آمادگی پدید آمدن ندارد، بلکه اگر هم انجام شود به ارگاسم نمی‌انجامد (۲۵). به نظر می‌رسد بیشتر مشکلات جنسی در دوران بارداری ناشی از باورها و تصورات غلط، نگرش منفی و عدم فهم صحیح از تغییرات جسمانی و هیجانی در زوجین است. با اشاره به این‌که، نگرش‌ها و رفتارهای جنسی آموختنی‌اند و از طرفی زنان در دوران بارداری دارای انگیزش بالایی برای یادگیری و تغییر رفتار هستند (۲۴) ارائه آموزش و مشاوره روابط جنسی توسط روان‌شناسان سلامت در این خصوص اهمیت پیدا می‌کند.

اثر منفی شیردهی بر روی عملکرد جنسی زنان (۲۶) به چند دلیل می‌تواند باشد؛ شیردهی با افزایش سطح پرولاکتین سبب کاهش سطح گنادوتروپین‌ها و در نتیجه کاهش هورمون‌های جنسی یعنی استروژن و پروژسترون می‌شود. خشکی واژن نیز در اثر کاهش استروژن موجب دیسپارونیا می‌شود (۲۷). عوامل دیگری نظیر نرمی نامناسب واژن همراه با ترشح شیر از پستان در هنگام مقاربت، تغییر تکیه‌گاه لگنی، ورود کودک در زندگی زن که بر روی زمان خلوت و تنهایی تأثیر می‌گذارد به علاوه استرس برای نگهداری کودک و بی‌نظمی در خواب بر روی تمایلات جنسی و تحریک‌پذیری جنسی اثر منفی دارد (۲۸). 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 می‌کنند (۲۶). به عبارت دیگر اختلال عملکرد جنسی ممکن است ناشی از عوامل روان‌شناختی و جسمانی باشد؛ در مواردی که علت جسمانی برای مشکلات جنسی وجود دارد عوامل روان‌شناختی با ایفای نقش ثانویه منجر به پیچیده شدن موقعیت و با ایجاد اشکال در پاسخ جنسی، اختلال‌های عملکرد جنسی را به دنبال خواهند داشت (۲۹). بنابراین لزوم ارائه آموزش‌های لازم به مادران توسط روان‌شناسان سلامت جهت کاهش مشکلات جنسی دوره شیردهی پررنگ می‌گردد تا بدین ترتیب بتوانند شیردهی موفق داشته باشند و با

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش مشارکت نمودند تشکر می‌گردد.

References

1. Bakhshayesh A.R, Mortazavi M. The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples. *J Appl Psychol* 2010; 3(4): 73-85. [In Persian].
2. Salari P. Surveying the relationship between adult attachment style to parents with female sexual function: *J Fundam Ment Health* 2012; 13(52): 346-55. [In Persian]
3. Amiri M, Taavoni S, Fatemi SN, Haghani H,A. Comparison Between Sexual Function of Menopausal Women Before and After Using Ginkgo Biloba Capsules. *Armaghane Danesh*. 2012; 17 (2): 92-101. [In Persian]
4. Botlani S, Ahmadi S.A, Bahrami F, Shahsiah M, Mohebbi S. Effect of attachment-based couple therapy on sexual satisfaction and intimacy. *J Fundam Ment Health* 2010; 2(46): 496-505. [In Persian]
5. Ali-Akbari M. Female Sexual function relationship with marital adjustment. *J BEHAV SCI* 2010; 4(3): 199-206. [In Persian]
6. Bernhard LA. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obsect Gynecol*. 2004; 45(10): 89-98.
7. Ebrahimian A, Heydari M, Saberi zafarghandi M. Comparison between sexual disorder of females during pregnancy and before it. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 5(31): 30-6. [In Persian]
8. Agha-yosefi A, Moradi K, Safari N, Ghazi Sh, Amiri F. Study on relationship between matrimony satisfaction and physical problems during pregnancy and relating factors in pregnant females of KhorammAbad city. *Yafteh* 2011; 13(1): 123-31. [In Persian]
9. Nematollahzade M, Maasoumi R, Lamyian M, Asghari jafarabadi M. Study of women's attitude and sexual function during pregnancy. *J Ardabil Univ Med Sci* 2010; 10(3): 241-9. [In Persian]
10. Gokyildiz S Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(3): 201-15.
11. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(1): 934-938.
12. Zonuzi A, SatarzadehN, Zamanzadeh V. Recognition of experienced psychologic varieties in wowed's sexual relationship after childbirth. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008; 3(1): 38-44. [In Persian]
13. Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikraves M, Jamshidi R. Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran. *Iran Univ Med Sci J* 2006; 13(50): 89-95. [In Persian]
14. Nasiri F, Hajahmadi M, Bakoei F. Assessing sexual function in women during lactation and its related factors in primiparous in Babol. *J Babol Univ Med Sci*. 2007; 9(4): 52-8. [In Persian]
15. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J*. 2005;16(4):263-7.
16. Thompson, J.F., Roberts, C.L., Currie, M., & Ellwood, D.A. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: Associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29(2): 83-92.
17. Rosen R, Brown C, Herman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, etal. The female sexual function index (FSFI): A multi dimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(1): 191-208.

18. Boloriyan Z, Ganjalo J. Female Sexual Dysfunction and some related factors in females visiting health care center of Sabzevar city. *J Reprod Infertil*. 2007;1(1) 163-70. [In Persian]
19. Mohamadi Kh, Heydari M. The female Sexual Fuction Index (FSFI). *Payesh* 2008; 7(1): 269-78 [In Persian]
20. Ziaei, S. Moghasemi, M. Faghihzadeh, S. Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and Tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric* 2009; 12(1):1-10. [In Persian]
21. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med* 2007; 4(5):1381-7.
22. Master W E, Johnson VE. *Human sexuality responses*, Boston: Little, Brown 1996; 752-80.
23. Heydari M, Mohammadi Kh, Faghihzadeh S. The study of sexuality changes during pregnancy. *J Med Daneshvar* 2005; 13(61):32-27. [In Persian]
24. Kecsling E. *Sex: Making Love is the Medicine*. USA Almeta: Hunterhouse inc 2004.
25. Bastani F, Heidarnia A, Kazemnejad A, Kashanian M. Effect of relaxation training based on selfefficacy in mental health of pregnant women. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2007; 12(2): 109-16. (In Persian)
26. Ahlborg T, Dahlof LG, Hallberg. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *J Sex Res* .2005; 42(2): 167-74.
27. Kaplan, H. S. *Disorders of Sexual desire*. New York: Simon and Schuster 1979.
28. Avery MD, Drukett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health*: 2000; 45(3):227-37.
29. Rownald M, Focroft L, Wilma M, Hopman MA, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician* 2005; 51(1): 1366-7.
30. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A meta content analysis of 59 studies, *J Psychosom Res* 1999; 47(1): 27-49.
31. Mehrabi F, Dadfar M. The role of psychological factors in sexual functional disorders. *Iran J Psychiat Clin psychol*. 2003; 9(1(33)):4-11. [In Persian]
32. Mohammadi K, Haydari M, Faghihzadeh S. Validated Persian version of women's sexual functioning scale instruction. *Payesh J* 2008; 7(2):269-78. [In Persian]

A Comparison of Sexual Function During Pregnancy, Lactation and Pre-Pregnancy Periods

Yeganeh T¹, Hosseinkhanzade AA², Moradi S³, Karimpour K⁴, khazemii moojarad M⁵

1. Ph.D. Student in Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
2. Associate Professor of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran
3. M.A in psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
4. M.A in clinical psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran
5. M.A in clinical psychology, Islamic Azad university, Tonekabon, Iran

Abstract

Background and objective: Considering the importance of sexual issues in psychological health, life quality and interpersonal relationships, studying and understanding its components in different periods of life, enables us to find more efficient strategies for the consolidation the hearth (family center). This study aims to compare sexual function during pregnancy, lactation and pre- pregnancy periods.

Materials and Methods: The present study is causal-comparative and was performed on 407 married women of Langerod city in 2012 through available sampling technique. In order to collect data, the Female sexual Function Inventory described by Rozen et al (FSFI) was used. To analyze the data of the present study the one way variance analysis test and shuffe persuasion test was used.

Results: The findings demonstrated a significant relationship between the average sexual function in women during pre-pregnancy, pregnancy and lactation. ($p < 0.000$). Female sexual function significantly decreased during pregnancy and suckling periods. The highest sexual function was observed during pre-pregnancy period (22.55) and the lowest was 15.75 in pregnancy period.

Conclusions: According to the findings of the present study, increasing knowledge of sexual function in the period of pregnancy and lactation, as well as providing training and consulting on optimal sexual function, would improve family health and consequently community health.

Key words: Females, sexual function, pregnancy, suckling.