



رابطه خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی با خشنودی زناشویی زنان در

دوره بعد از زایمان

زهرا زارع^{۱*}، ناهید گلکانی^۲، حسین شاره^۳، محمدتقی شاکری^۴

۱. *نویسنده مسئول، مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

۴. دانشیار گروه آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

zare1984@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۲/۱۹ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۵/۰۳/۳۰

زمینه و هدف: دوره پس از زایمان یک دوره مهم از زندگی زنان است که می‌تواند بر کیفیت زندگی، عملکرد جنسی و روابط زناشویی تأثیر بگذارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی با خشنودی زناشویی در زنان نخست زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۰۴ زن نخست زایمان سابقه زایمان مهملی که در ۸ هفته بعد از زایمان جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر مشهد مراجعه می‌کردند، انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی، کیفیت زندگی جنسی (SQOL)، خودکارآمدی جنسی (SSE) و مقیاس خشنودی زناشویی اذرین ناتان اچ بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره خودکارآمدی جنسی ($12/63 \pm 49/61$)، کیفیت زندگی جنسی ($13/01 \pm 79/91$) و خشنودی زناشویی ($17/4 \pm 65/37$) بود. ۵۹ نفر (۵۶/۷ درصد) از افراد از خشنودی زناشویی متوسط، ۲۴ نفر (۲۳/۱ درصد) خشنودی زناشویی ضعیف و ۲۱ نفر (۲۰/۲ درصد) خشنودی زناشویی خوب داشتند. بین خودکارآمدی جنسی و خشنودی زناشویی ($I=0/44, P=0/000$) و کیفیت زندگی جنسی و خشنودی زناشویی ($I=0/45, P=0/000$) همبستگی مستقیم و معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط بین خشنودی زناشویی با کیفیت زندگی جنسی و خودکارآمدی جنسی، به نظر می‌رسد کاربرد رویکردهایی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی جنسی و خودکارآمدی جنسی زنان در دوره بعد از زایمان جهت توفیق در زندگی زناشویی ضرورت داشته باشد.

کلید واژه‌ها: خودکارآمدی، کیفیت زندگی، جنسی، خشنودی زناشویی، بعد زایمان

مقدمه

و پس از آن از جمله وقایعی است که بر رفتارها و تعاملات جنسی تأثیرگذار است (۳). حدود ۹۰ درصد زنان فعالیت جنسی را بعد از ۶ هفته از زایمان شروع می‌کنند، که از این تعداد ۸۳ درصد مشکلات جنسی را در طی سه ماه اول و ۶۴ درصد آنها در شش ماه اول بعد از زایمان تجربه می‌کنند (۴). حدود ۴۰-۵۰ درصد زنان از مشکلات جنسی رنج می‌برند که اکثر آنها در طی دوره بعد از

روابط جنسی رضایت بخش از عوامل مؤثر در بقای خانواده و سلامتی آن محسوب می‌شود (۱، ۲). مسایل جنسی از نظر اهمیت در ردیف مسایل درجه اول زندگی زناشویی قرار دارد و سازگاری در روابط جنسی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در خوشبختی و کیفیت زندگی خوب است. فرآیند زندگی جنسی افراد در طول زمان، به علت وقایع پیش آمده همواره دستخوش تغییر می‌شود و حاملگی و زایمان

زندگی جنسی، وضعیت تعاملی و پویا است، که می‌تواند در طول زمان و با تغییر شرایط تغییر کند (۱۸). مطالعه النسکایا (۲۰۱۲) نشان داد بعد از زایمان، کیفیت زندگی جنسی زنان کاهش می‌یابد (۱۹). بدیهی است انجام مراقبت‌ها و اقداماتی برای ارتقاء سلامت مادران و افزایش کیفیت زندگی آنها در دوره پس از زایمان ضروری است و در نظر گرفتن مسایل جنسی در مراقبت‌های بعد از زایمان یکی از راه‌های ارتقاء کیفیت زندگی زنان در این دوره است (۲۰). از طرف دیگر یکی از عواملی که به ارتقای سلامت عمومی زنان منجر می‌شود خودکارآمدی است (۲۱).

اکثر افرادی که در رابطه با درمان مشکلات جنسی فعالیت می‌کنند، مشاهده کرده‌اند که در ارزیابی مشکل جنسی و مشخص کردن ماهیت آن، خودکارآمدی جنسی به عنوان یک متغیر مداخله‌گر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (۶). در پژوهش‌های مختلف خودکارآمدی جنسی، به عنوان یک عامل مهم برای ایجاد یک رابطه جنسی سالم و رضایت بخش ذکر شده است (۶، ۷، ۳۷). بطوریکه خودکارآمدی جنسی بالا با سازگاری جنسی بیشتر و بالابودن فعالیت جنسی همراه است و از طرفی خودکارآمدی پائین روی عملکرد جنسی تأثیر منفی دارد و با بروز رفتارهای پرخطر جنسی در ارتباط است. الک (۲۰۰۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که افزایش خودکارآمدی جنسی می‌تواند یک راهکار برای جلوگیری از مشکلات جنسی در زنان جوان باشد (۲۲). مطالعه مرقاتی (۱۳۹۰) نشان داد میزان خودکارآمدی جنسی زنان پس از زایمان پائین است. خودکارآمدی جنسی پایین و عدم اعتماد به قابلیت خود در حوزه فعالیت‌های جنسی در حاملگی و پس از زایمان، انتخاب و پذیرش رفتارهای جنسی مناسب و عملکرد جنسی مناسب را دچار مشکل می‌سازد (۳). خودکارآمدی جنسی، کیفیت زندگی جنسی و خشنودی زناشویی از جمله مسائل مهمی است که مطالعات اندکی در مورد آن انجام شده است و اکثر مطالعات انجام شده در زمینه مسائل جنسی بعد از زایمان، به بررسی نحوه عملکرد جنسی زنان بعد از زایمان پرداخته‌اند، بنابراین با توجه به اهمیت مسائل جنسی و اجتناب ناپذیر بودن حاملگی و زایمان، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه خودکارآمدی جنسی، کیفیت زندگی جنسی با خشنودی زناشویی پس

زایمان هستند. تجربیات زوجین نشان داده که کاهش چشمگیری در فعالیت جنسی و صمیمیت بین آنها در حاملگی رخ داده که تا هفته‌ها و ماه‌ها بعد از زایمان ادامه پیدا می‌کند (۳). روابط جنسی، می‌تواند با تأثیر بر افکار و احساسات زوجین، به طور مستقیم یا غیر مستقیم روابط میان آنها را در ابعاد وسیعی تحت تأثیر قرار دهد (۵). برای بسیاری از زنان اختلالات جنسی از لحاظ فیزیکی مختل‌کننده، از لحاظ روانی پریشان‌کننده و از لحاظ اجتماعی منزوی‌کننده است (۶). مطالعه فروتن و جدید میلانی (۱۳۸۷) نشان داد که در میان متقاضیان طلاق در ایران ۶۶/۷ درصد مردان و ۶۸/۴ درصد زنان از زندگی جنسی خود با همسرانشان راضی نبودند (۲).

خشنودی زناشویی یک فرآیند است که در طول زندگی زوجین بوجود می‌آید و بر سلامت زوجین و سلامت خانواده، رضایت از زندگی و حتی بر میزان درآمد، موفقیت تحصیلی و رضایت از شغل زوجین تأثیر دارد. همسرانی که از کیفیت ارتباطی یا تفاهم خوبی برخوردار هستند از وضعیت تندرستی بهتری نیز بهره‌مند می‌باشند. کیفیت زندگی مشترک زوجین، تحت تأثیر تولد فرزندان قرار می‌گیرد (۸، ۹). در مطالعه دیکسون و همکاران (۲۰۰۰) کیفیت روابط زناشویی فقط در ۵۷ درصد زنان و ۴۸ درصد مردان بعد از زایمان خوب گزارش شد و کیفیت روابط جنسی نیز تنها در ۳۰ درصد زنان و ۲۸ درصد مردان بعد از زایمان مطلوب بود (۱۰).

اگر چه بررسی مشکلات مادران از جمله کم‌خونی، عفونت، خونریزی در دوره پس از زایمان انجام می‌گردد، ولی موارد دیگری از جمله مسایل جنسی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند و مادر مجبور به تطابق با این مشکلات می‌گردد، در حالی که این عوامل می‌توانند تأثیر زیادی بر سلامت جسمی و روانی مادر و بطور کلی کیفیت زندگی داشته باشد (۱۲، ۱۳، ۱۴). مطالعات مختلفی به بررسی کیفیت زندگی عمومی زنان بعد از زایمان پرداخته‌اند که در این میان توجه کمتری به بعد جنسی کیفیت زندگی شده است. کیفیت زندگی جنسی در واقع وسیله‌ای است برای بررسی رابطه بین مشکلات جنسی و کیفیت زندگی (۱۵، ۱۶). جین (۲۰۰۹) بیان کرد اختلال عملکرد جنسی زنان می‌تواند بر روی کیفیت درک شده از زندگی جنسی تأثیر بگذارد (۱۷). کیفیت

ارتباط، پذیرش بدن و امتناع) می باشد. چنانچه واحد پژوهش توانایی انجام فعالیت را داشته باشد، میزان اطمینان خود را در محدوده ۱۰ (کاملاً نامطمئن) تا ۱۰۰ (کاملاً مطمئن) تعیین می کند و چنانچه قادر به انجام آن فعالیت نباشد، ستون های مقابل را خالی گذاشته و در این صورت نمره صفر محاسبه می شود. نمره دهی کلی پرسشنامه از میانگین نمرات در تمام ابعاد خودکارآمدی جنسی بدست می آید. نمره دهی هر بعد نیز بر اساس میانگین نمرات آن بعد محاسبه می شود. بالاترین نمره ۱۰۰ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی جنسی بالاتر است. پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی شامل ۱۸ سؤال می باشد. هر سؤال بر اساس طیف لیکرت از ۶ - ۱ (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود. نمره کلی بین ۱۰۸-۱۸ می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی جنسی بالاتر است. پرسشنامه مقیاس خشونتی زناشویی اصلاح شده آزرین ناتان اچ که امتیاز بندی این مقیاس از ۱ (کاملاً ناخشنود) تا ۱۰ (کاملاً خشنود) می باشد. کمترین امتیاز کسب شده ۸ و بیشترین امتیاز کسب شده ۸۰ می باشد. کسب امتیاز (۸-۵۷) خشونتی زناشویی ضعیف، (۵۸-۶۹) خشونتی زناشویی متوسط و (۷۰-۸۰) خشونتی خوب رتبه بندی می شود. اعتبار علمی پرسشنامه خودکارآمدی جنسی در ایران توسط مرقاتی (۱۳۹۰) مورد تأیید قرار گرفت. پایایی آن توسط بیلز و همکاران (۱۹۸۹) از طریق آزمون مجدد ($p < 0/001$ و $r = 0/83$) و ثبات داخلی (ضریب آلفای کرونباخ $0/93$) و در ایران توسط مرقاتی و همکاران (۱۳۹۰) از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ $0/87$) تأیید شد (۳، ۲۴). پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی توسط سیموند و همکاران (۲۰۰۵) طراحی و روایی آن در ایران نیز توسط پاکپور (۲۰۱۳) مورد تأیید قرار گرفت. پایایی این فرم نیز توسط پاکپور به روش پیوستگی درونی (ضریب آلفای کرونباخ در محدوده $0/84$ تا $0/98$) تأیید شده است (۲۵، ۲۶). مقیاس خشونتی زناشویی اصلاح شده آزرین ناتان اچ، توسط آزرین، ناستر و جنز (۱۹۷۳) طراحی و توسط برنشتاین ویلسن و همکاران (۱۹۳۵) اصلاح شد. روایی و پایایی این فرم نیز در ایران توسط حیدری (۱۳۸۰) در دانشکده پرستاری و مامایی

از زایمان در زنان نخست را انجام شد. امید است که نتایج این مطالعه در جهت شناخت ابعاد مختلف روابط جنسی به ویژه در راستای ارتقاء خشونتی زناشویی زنان پس از زایمان مفید واقع شود.

مواد و روش ها

این مطالعه همبستگی، در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۰۴ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۱ مشهد که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند انجام شد. نمونه گیری در این پژوهش بصورت چند مرحله ای انجام شد، بدین ترتیب که ابتدا از بین مراکز بهداشتی- درمانی پنجگانه شهر مشهد، مرکز شماره ۱ بصورت تصادفی انتخاب شد و سپس از این مرکز ۹ مرکز تحت پوشش به تناسب تعداد مراجعه کنندگان برای دریافت مراقبت های بعد از زایمان و واکسیناسیون انتخاب شد. نمونه گیری بصورت آسان از بین زنانی که ۲ ماه بعد از زایمان جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی مراجعه می کردند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از؛ نخست زایمانی و ساکن مشهد، سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود عوارض بعد از زایمان و بیماری طبی خاص و مشکل روحی- روانی؛ نوزاد سالم، زن تنها همسر شوهر خود بوده و در حال حاضر با همسر خود زندگی کند و رابطه جنسی پس از زایمان از سر گرفته شده باشد. روش کار بدین صورت بود که از بین مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی، زنانی که واجد شرایط پژوهش بودند و جهت شرکت در پژوهش تمایل داشتند، انتخاب می شدند. برای حفظ موازین اخلاقی برای شرکت در مطالعه از نمونه ها رضایت کتبی گرفته شد و به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش محرمانه بوده و در صورت نیاز در اختیار آن ها قرار می گیرد. همچنین در پایان به هر یک از واحدهای پژوهش یک پمفلت در مورد مراقبت های پس از زایمان تحویل داده شد.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش شامل فرم مصاحبه مشخصات فردی، کیفیت زندگی جنسی، خشونتی زناشویی و پرسشنامه خودکارآمدی جنسی بیلز و همکاران (سال ۱۹۸۹) بود که شامل ۸ بعد (تمایل، شهوانیت، برانگیختگی، اوج لذت جنسی، عواطف و علاقه، برقراری

میانگین نمره کیفیت زندگی جنسی در گروه مورد مطالعه $13/01 \pm 79/91$ بود و بین کیفیت زندگی جنسی و خشنودی زناشویی ($r = 0/45, p = 0/001$) همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت.

میانگین نمره خودکارآمدی جنسی در گروه مورد مطالعه $12/63 \pm 49/61$ بود. در مورد ابعاد خودکارآمدی جنسی، امتناع جنسی پایین ترین و پذیرش بدن بالاترین میانگین را در زنان مورد پژوهش به خود اختصاص داده است (جدول ۴).

بر اساس نتایج آزمون همبستگی بین خودکارآمدی جنسی و خشنودی زناشویی ($r = 0/44, p = 0/001$) همبستگی مستقیمی وجود داشت. در رابطه با ابعاد خودکارآمدی جنسی، پذیرش بدن بیشترین ارتباط را با خشنودی زناشویی داشت و رابطه بین برانگیختگی و امتناع با خشنودی زناشویی معنادار نبود (جدول ۴). بین مدت ازدواج با خشنودی زناشویی ($r = -0/246, p = 0/01$) و سن با خشنودی زناشویی ($r = -0/203, p = 0/03$) و سن همسر با خشنودی زناشویی ($r = -0/219, p = 0/02$) همبستگی معکوس وجود داشت. بین زمان شروع رابطه جنسی بعد از زایمان ($r = 0/26, p = 0/006$) با خشنودی زناشویی همبستگی مستقیمی وجود داشت. بین سطح تحصیلات، میزان درآمد، روش پیشگیری از بارداری و شغل با خشنودی زناشویی همبستگی معنادار وجود نداشت.

مشهد به روش پایایی هم ارز با $r = 0/71$ و در سطح $p < 0/01$ معنادار بود (۲۷، ۲۸).

داده ها با استفاده نرم افزار spss (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری توصیفی و همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آنالیز واریانس و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج با $p < 0/1$ معنی دار در نظر گرفته شد. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است.

یافته‌ها

میانگین سن زنان مورد مطالعه $25/88 \pm 3/9$ سال و سن همسر $4/8 \pm 30/33$ و میانگین مدت ازدواج آنها $1/9 \pm 3/88$ سال بود. $48/1$ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی و $79/8$ درصد خانه دار بودند. میزان درآمد خانواده در $70/2$ درصد در حد کفاف گزارش شد. میانگین شروع رابطه جنسی در زنان بعد از زایمان $9/2 \pm 42/2$ روز بود. میزان تمایل جنسی زنان در $57/7$ درصد، لوپریکاسیون در $47/1$ درصد، دستیابی به اوج لذت جنسی در 75 درصد و دیس پارونی در 49 درصد زنان بعد از زایمان نسبت به قبل از آن بدتر شده بود (جدول ۱ و ۲).

نتایج مطالعه در مورد سطح خشنودی زناشویی نشان داد 59 نفر ($56/7$ درصد) از افراد از خشنودی زناشویی متوسط، 24 نفر ($23/1$ درصد) خشنودی زناشویی ضعیف و 21 نفر ($20/2$ درصد) خشنودی زناشویی خوب داشتند. میانگین نمره خشنودی زناشویی در گروه مورد مطالعه $65/37 \pm 17/4$ بود (جدول ۳).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

درصد	تعداد	متغیر	
۲/۹	۳	ابتدایی	سطح تحصیلات
۴/۸	۵	راهنمایی	
۴۴/۲	۴۶	متوسطه	
۴۸/۱	۵۰	دانشگاهی	
۷۹/۸	۸۳	خانه دار	شغل
۱۵/۴	۱۶	شاغل	
۴/۸	۵	محصل یا دانشجو	
۲۵	۲۶	کمتر از حد کفاف	میزان درآمد
۷۰/۲	۷۳	در حد کفاف	
۴/۸	۵	بیشتر از حد کفاف	

جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تغییر تمایل جنسی، مرطوب شدن حین فعالیت جنسی، رسیدن به اوج لذت جنسی، درد حین رابطه جنسی و رضایتمندی از رابطه جنسی بعد از زایمان

تعداد (درصد)			متغیر
فرقی نکرده	بدتر شده	بهتر شده	
۴۳ (۴۱/۳)	۶۰ (۵۷/۷)	۱ (۱/۰)	تمایل جنسی
۵۵ (۵۲/۹)	۴۹ (۴۷/۱)	۰	مرطوب شدن حین فعالیت جنسی
۲۶ (۲۵/۰)	۷۸ (۷۵/۰)	۰	رسیدن به اوج لذت جنسی
۵۱ (۴۹/۰)	۵۱ (۴۹/۰)	۲ (۱/۹)	درد حین رابطه جنسی
۴۷ (۴۵/۲)	۵۷ (۵۴/۸)	۰	رضایتمندی از رابطه جنسی

جدول ۳- توزیع فراوانی سطوح خشنودی زناشویی افراد مورد مطالعه

خشنودی زناشویی		متغیر میزان
درصد	تعداد	
۲۳/۱	۲۴	ضعیف
۵۶/۷	۵۹	متوسط
۲۰/۲	۲۱	خوب
۱۰۰	۱۰۴	کل

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف خودکارآمدی جنسی زنان و میزان همبستگی آن با خشنودی زناشویی

ابعاد پرسشنامه	انحراف معیار \pm میانگین	سطح معناداری	میزان همبستگی
تمایل جنسی	۵۵/۴۱ \pm ۱۴/۸	۰/۰۰۳	۰/۲۸
شهوانیت	۶۱/۴۵ \pm ۲۰/۳	۰/۰۰۵	۰/۲۷
برانگیختگی	۳۷/۷۴ \pm ۱۶/۶	۰/۸	۰/۰۱
ارگاسم	۴۰/۲۹ \pm ۱۱/۹	۰/۰۰۶	۰/۲۶
عواطف و علاقه	۶۱/۹۲ \pm ۲۲/۷	۰/۰۱	۰/۲۵
ارتباط	۴۷/۲۱ \pm ۱۷/۲	۰/۰۸	۰/۱۷
پذیرش بدن	۶۵/۱۹ \pm ۲۴/۷	۰/۰۰۰	۰/۳۸
امتناع	۳۴/۳۷ \pm ۲۳/۶	۰/۸	۰/۰۱
خودکارآمدی جنسی کلی	۴۹/۶۱ \pm ۱۲/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۴۴

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه بررسی رابطه خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی با خشنودی زناشویی زنان در دوره پس از زایمان بود. رابطه زناشویی آسیب پذیرترین حیطه ارتباطی در روابط زوجین جوانی است که به تازگی صاحب فرزند شده‌اند (۱). زایمان و به دنیا آوردن فرزند، بزرگترین رویداد در زندگی زن است، به طوری که هیچ یک از رویدادهای زندگی، چنین آثار جسمانی، عاطفی و اجتماعی بر زندگی زن و نزدیکان او ندارد. دوره بعد از زایمان، تغییراتی در روابط جنسی زنان ایجاد می‌کند که گاه باعث نابسامانی‌های قابل توجهی در زندگی زناشویی می‌شود (۲۹). در دوران بارداری و پس از زایمان غالباً کاهش قابل ملاحظه‌ای در صمیمیت عاطفی و جنسی بین همسران رخ می‌دهد و مرحله گذار به والد شدن غالباً با بدتر شدن رضایت زناشویی در زوجین همراه است (۳۰). بر اساس نتایج این مطالعه؛ زنان با خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی بالاتر، خشنودی زناشویی بیشتری داشتند. مطالعه کیسا و همکاران (۲۰۱۳) و دوگان (۲۰۱۳) نشان داد بین کیفیت زندگی جنسی و رضایت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد (۱۱، ۳۱). مطالعات نشان می‌دهد کیفیت زندگی جنسی رابطه مستقیمی با رضایت از روابط و کیفیت زندگی عمومی دارد؛ کیفیت زندگی جنسی مطلوب منجر به تجربه کردن

احساسات مثبت جنسی بیشتر و در نتیجه خوشبختی و رضایت از زندگی می‌شود (۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵). نقشی که کیفیت زندگی جنسی در خشنودی زناشویی ایفا می‌کند یکی از عوامل مهم در دستیابی به شادکامی و رضایت از زندگی است (۳۱). لذتی که افراد از ارضاء امیال جنسی خود می‌برند، از مهم‌ترین لذت‌هایی است که انسان در طول زندگی به دست می‌آورد و همین لذت جنسی است که باعث می‌شود بسیاری از مشکلات روزمره زندگی و اختلافات زناشویی نادیده گرفته شود (۳۶).

مطالعه وزیری و همکاران (۱۳۸۹) نیز نشان داد که بین خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی ارتباط وجود دارد بطوریکه می‌توان از نمرات خودکارآمدی جنسی افراد میزان رضایت زناشویی را پیش بینی کرد (۵) مطالعه ملانی (۲۰۱۳) نیز نشان داد بین ارتباط بهتر با شریک زندگی و خودکارآمدی جنسی ارتباط مستقیمی وجود دارد (۳۷) مطالعه الک (۲۰۰۵) نشان داد خودکارآمدی جنسی مطلوب با سازگاری جنسی بیشتر و افزایش فعالیت جنسی همراه است (۲۲).

در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که رضایت جنسی، به صورت گسترده‌ای با رضایت زناشویی رابطه دارد. از طرف دیگر، مفهوم رضایت جنسی زناشویی چه به صورت رضایت از فعالیت‌های جنسی و چه به صورت رضایت عاطفی و هیجانی، متضمن ادراک خودکارآمدی

شوهر (بخصوص روابط جنسی) آنها می‌شود. بنابراین این مسائل باعث می‌شود رضایت زناشویی کاهش یابد (۴۲). از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مسائل فرهنگی نظیر حجب و شرم از مطرح کردن مسائل جنسی اشاره کرد که می‌تواند بر نحوه پاسخگویی زنان مورد پژوهش مؤثر باشد.

با توجه به ارتباط بین خشونتی زناشویی با کیفیت زندگی جنسی و خودکارآمدی جنسی، به نظر می‌رسد کاربرد رویکردهایی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی جنسی و خودکارآمدی جنسی زنان در دوره بعد از زایمان جهت توفیق در زندگی زناشویی و در نتیجه قوام و دوام خانواده-ها، در جامعه ضرورت داشته باشد. با توجه به اینکه این پژوهش فقط بر جامعه خاصی انجام شده است، بنابراین پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگری در جوامع و مناطق دیگر نیز اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی و از کلیه پرسنل مراکز بهداشتی شماره یک شهر مشهد و هم چنین آقای دکتر پاکپور بخاطر همکاری صمیمانه شان تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

فرد است. بنابراین خودکارآمدی جنسی سهم قابل توجهی در رضایت زناشویی دارد (۵، ۳۸، ۳۹، ۴۰).

در این مطالعه بین مدت ازدواج با خشونتی زناشویی رابطه معکوس وجود داشت، بطوریکه با افزایش مدت ازدواج رضایت زناشویی کاهش می‌یافت؛ که با مطالعه جدیری (۱۳۸۸)، عطاری (۱۳۸۶) همخوانی دارد و با مطالعه بخشایش (۱۳۸۸) مغایر است (۴۳، ۴۲، ۴۰). می‌توان گفت با افزایش طول مدت ازدواج زوجین در زندگی با مسائل و مشکلات مختلف از جمله مسائل اقتصادی و چالش‌های جدید مواجه می‌شوند که این مسایل بر رضایت زناشویی تأثیر منفی می‌گذارد.

بین زمان شروع رابطه جنسی بعد از زایمان با خشونتی زناشویی نیز همبستگی مستقیمی وجود داشت. یانگ و همکاران (۲۰۰۰) نیز دریافتند که روابط جنسی و ابراز محبت باعث بالارفتن رضایت زناشویی در افراد می‌شود. رضایت زناشویی نتیجه فرآیند زناشویی و شامل عواملی مانند ابراز محبت و عشق همسران، احترام متقابل، روابط جنسی، تشابه نگرش و چگونگی ارتباط و حل مسئله است (۴۱).

مشکلات بارداری، زایمان و تولد و نگهداری از فرزند بر رضایت زناشویی تأثیر منفی می‌گذارد و با افزایش طول مدت ازدواج از میزان رضایت زناشویی کاسته می‌شود. هم چنین بارداری و زایمان باعث ضعیف شدن روابط زن و

References

- 1- Sattarzadeh N. Zamanzadeh V. Zenozy A. Survey Of Women's Sexual Experience During The Postpartum Period. *Tbzmed*, 2007; 29 (3) :59-66. (Persian)
- 2- Frotan A. Milany M. Prevalence Of Sexual Dysfunction In Volunteers Of Divorce Referred To Family Court. *Daneshvar Medi* 2008; 78(10): 39-41 (Persian)
- 3- Sarikhani R. Mreghati Khoii E. Jahdi F. Comparing The Effectiveness Of TTM Based Sex Education With Traditional Approach In Sexual Self-Efficacy Of Primiparous Women In Postpartum. TUMS. [Msc Thesis]. Iran. Tehran Faculty Of Nursing And Midwifery; 2011 (Persian)
- 4- Elif O. Acele Z. Karac Z. Sexual Problems In Women During The First Postpartum Year And Related Conditions. *JCN*, 2011, (21): 929-937
- 5- Vaziri Sh. Lotfi Kashani F. Hoseinian S. Ghafari S. Sexual Self-Efficacy And Marital Satisfaction. *Thought And Behavior In Clinical Psychology* 2010; 4(16): 75-81 (Persian)

- 6- Ghavami H. Sanadyzadeh M. Guide To Diagnosis And Treatment Of Sexual Dysfunction In Women And Erectile Dysfunction In Men. 1(Ed) Tehran: Talia ;2012
- 7- Elaine E. Steinke AR, Wright D. Misook L. Chung RN, Debra K. HEART & LUNG 2008;37(5): 323–333.
- 8- Kiani F. Khadivzadeh T. Sargolzaei MR. Behnam HR. Relationship Between Marital Satisfaction And Depression During Pregnancy And After Delivery . IJOGI, 2010; 13 (5) :37-44.
- 9- Joneidi E. Norani SH. Mokhber N. Shakeri MT . Comparison Of Marital Satisfaction In Fertile And Infertile Women Referred To Public Centers In Mashhad City. IJOGI 2009; 12 (1) :7-16.
- 10- Dixon M, Booth N, Powell R. Sex And Relationships Following Childbirth: A First Report From General Practice Of 131 Couples. Br J Gen Pract 2000 Mar;50(452):223-4.
- 11- Kisa S. Zeyneloglu S. Duygu Y. Guner T. Quality Of Sexual Life And Its Effect On Marital Adjustment Of Turkish Women In Pregnancy. J SEX & MARITAL THERAPY 2014; 00(00), 1–14,
- 12- Shirvani M, Nesami M. Bavand M. Maternal Sexuality After Child Birth Among Iranian Women. Pakistan Journal Of Biological Sciences 2010 ; 13 (8): 385-389
- 13- Torkan B. Parsay S. Lamyian M . Kazemnejad A . Postnatal Quality Of Life In Women After Normal Vaginal Delivery And Caesarean Section. *BMC Pregnancy And Childbirth* 2009; 9(4): 1 - 7
- 14- Ghodsbin F. Yazdani Kh. Jahanbin I. The Impact Of Protective Measures In The First Six Weeks After Childbirth On The Quality Of Life In Nulliparous Women. IJOGI 2012; 15(17) : 17-24
- 15- Maasoumi R, Lamyian M. Montazeri A, Azin A. Hajizadeh E. .The Sexual Quality Of Life-Female (SQOL-F) Questionnaire: Translation And Psychometric Properties Of The Iranian Version . *Reproductive Health* 2013; 10(25): 2-6
- 16- Arrington, Renata, Questionnaires To Measure Sexual Quality Of Life. *Quality Of Life Research* 2004; (13): 1643-1658
- 17- Jane K. Eden W. Richard K. Quality Of Sexual Life And Menopause. *Women's Health* 2009; 5(4): 385–396
- 18- SCHOBER J.M. Sexual Quality Of Life In An Intersexual Population: A Needs Assessment. *BJU INTERNATIONAL* 2004 (93) ,54 – 56.
- 19- Elenskaia K, Thakar R, Sultan AH, Scheer I, Onwude J. Effect Of Childbirth On Pelvic Organ Support And Quality Of Life: A Longitudinal Cohort Study. *Urogynecol J.* 2012
- 20- Citak N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, Celik C. Postpartum Sexual Function Of Women And The Effects Of Early Pelvic Floor Muscle Exercises. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 Jun; 89(6): 817-22
- 21- Solhi M, Kazemi S, Haghni H. Relationship Between General Health And Self-Efficacy In Women Referred To Health Center In Chalooos. *RJMS.* 2013; 20 (110) :63-70
- 22- Elke R. Laliberté D. Geneviève M. Davis. YOUNG WOMAN'S SEXUAL ADJUSTMENT: THE ROLE OF SEXUAL SELF-SCHEMA, SEXUAL SELF-EFFICACY, SEXUAL AVERSION AND BODY ATTITUDES. *CJHS* ,2005; 14 (3): 77-85
- 23- Rajabi G. Dastan N. Shahbazi M. Reliability And Validity Of The Sexual Self-Efficacy Scale-Erectile Functioning. *IJPCP*, 2012; 18(1): 74-82
- 24- William L. Bauserman R, Schreer G. Handbook Of Sexuality-Related Measures. 24(Ed). SAGE; 1988.553-551
- 25- SYMONDS T. BOOLELL M. QUIRK F. Development Of A Questionnaire On Sexual Quality Of Life In Women. *Journal Of Sex & Marital Therapy*; 2005. 31(1):385-397

- 26- Pakpour A.H. Mohammadi Zeidi I. Saffari M. Burri A. Psychometric Properties Of The Iranian Version Of The Sexual Quality Of Life Scale Among Women. *Sex Med*; 2013. 10: 981-989
- 27- Sohrabi HR, Birashk B. Recognition And Treatment Of Marital Discord. Tehran: Rasa Institute Of Cultural Service; 1377. [Persian].
- 28- Heydari P. Effect Of Cognitive Behavioral Therapy On Anxiety In Women With Primary Infertility By IUF Treatments. Master's Thesis. J MUMS; 1376. [Persian].
- 29- Asad Zadeh F. Mashouf M. Homayonfar N. Imanparvar M. Azimi S. Comparison Of Sexual Satisfaction Of Marital Relation In Postpartum Priod Vaginal Delivery And Caesarean Section. *J Health And Care* 2011; 13(3) : 41
- 30- Ghazanfari D. Postpartum Depression In Fathers After Mothers Childbirth. *Npjm*; 2010. 496: 721-726. (Persian)
- 31- Dogan T. Tugut N . Golbasi Z. The Relationship Between Sexual Quality Of Life , Happiness, And Satisfaction With Life In Married Turkish Women . *Sex Disabil* 2013; 31(1):239-247
- 32- Byers E. Relationship Satisfaction And Sexual Satisfaction: A Longitudinal Study Of Individuals In Longterm Relationships. *J Sex Res.* 42, 113-118 (2005)
- 33- Sprecher S. Sexual Satisfaction In Premarital Relationships: Associations With Satisfaction, Love, Commitment, And Stability. *J Sex Res.* 39, 190-196 (2002)
- 34- Trudel G. Sexuality And Marital Life: Results Of A Survey. *J. Sex Marital Ther.* 28, 229-249 (2002)
- 35- Ventegodt S. Sex And The Quality Of Life In Denmark. *Arch. Sex. Behav.* 27, 295-307 (1998)
- 36- Rezaee Poor A. Taghizadeh Z. Faghihzadeh S. Ayazi R. Evaluation Of Sexual Satisfaction In Women Referred To Health Centers In Arak. *Jtums* 2003 ;9(12):44-50. (Persian)
- 37- Melanie J. Gembeck Z. Young Females' Sexual Self-Efficacy: Associations With Personal Autonomy And The Couple Relationship. *Sexual Health.* 2013; 10: 204-210
- 38- Litzinger S. Gordon KC Exploring Relationships Among Communication, Sexual Satisfaction And Marital Satisfaction. *Journal Of Sex & Marital Therapy* 2005; 31: 409-24
- 39- Gue B, Huang J. Marital And Sexual Satisfaction In Chins Families. *Journal Of Sex & Marital Therapy* 2005. 31: 21-9
- 40- Bakhshayesh AR. Mortazavi M. The Relationship Between Sexual Satisfaction, General Health And Marital Satisfaction In Couples. *Journal Of Applied Psychology.* 2010; 4(12): 85-73. (Persian)
- 41- Maghsoudi S. Moidfar S. Tavakoli M. Sociological Study Of The Relationship Between Social Capital And Marital Satisfaction Among Couples In Kerman. *JSSR* ,2010; 5 (1) (Persian)
- 42- .Attari Y. Amanollahy A. Mehrabizade M. Examine The Relationship Between Personality Characteristics And Personal-Family Factors With Marital Satisfaction In Employees Of Government Departments Ahvaz City. *Psychology And Educational Sciences*; 2006.13(3): 81-108. (Persian)
- 43- Jadiri J. Jan Bozorgy M. Tabatabai K. Examine The Relationship Between Marital Satisfaction (Based On Religion) With Demographic Factors. *Journal Of Religion And Psychology.* 2009: 2(5) .(Persian)



Survey of Relationship between Sexual Self-efficacy and Sexual Life Quality with Marital Satisfaction in Primiparous Women after Childbirth

Zahra Zare1*, Nahid Golmakani 2, Hossein Shareh 3, Mohammad Taghi Shakeri 4

1. Instructor of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
2. Assistant Professor of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran
4. Associate Professor of Biostatistics, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Zahra Zare, Instructor of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran (E-mail: zare1984@yahoo.com)

(Received: May 8, 2016 Accepted: June 19, 2016)

Background and Aims: The postpartum is an important period of women's lives that can influence their life quality, sexual function and marital relationships. The purpose of the present study was to investigate the relationship between sexual self-efficacy and sexual quality of life with marital satisfaction in primiparous women after delivery.

Materials and Methods: The research samples were 104 primiparous women with a vaginal delivery, in 8 week postpartum, that referred to in Mashhad health centers. In this study, the sexual quality of life questionnaire, sexual self efficacy questionnaire, and marital satisfaction scales were used as data collection tools. Collected Data were analyzed by spss software and descriptive and inferential statistical analysis.

Results: The average score for sexual self-efficacy was $49/61 \pm 12/63$, and sexual QOL score was $79/91 \pm 13/01$ and marital satisfaction score was $65/37 \pm 17/4$ in primiparous women. 56/7% of the women had medium marital satisfaction, 23/1% poor marital satisfaction and 20/2% had good marital satisfaction. The findings indicated that the sexual quality of life ($r = 0.45, p = .000$) and sexual self-efficacy ($r=0.44, p=.000$) in women have a positive effects on marital satisfaction.

Conclusion: According to the relationship between marital satisfaction with sexual self efficacy and quality of sexual life, it seems that improving Women's sexual quality of life and sexual self-efficacy play important roles on successful marital life in the postpartum period

Keywords: self-efficacy, quality of life, sexual, marital status , postpartum