

بررسی تغییرات عملکرد جنسی زنان عقیم‌سازی شده در مراجعین به بیمارستانهای

منتخب شهر تهران در سال ۱۳۸۳

گیتی ازگلی (M.Sc.)^۱، ناهید صیادیان (M.Sc.)^۲، ماهیار آذر (M.D.)^۳، حمید علوی مجد (Ph.D.)^۴

۱- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: عقیم‌سازی در زنان، بعد از مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی، دومین روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده در کشور می‌باشد، ولی با این وجود عملکرد جنسی متعاقب استفاده از این روش کمتر مورد توجه قرار گرفته است. اثرات عقیم‌سازی روی افراد بسیار متفاوت است. تأثیرات منفی آن ناشی از علاقمندی به حفظ قدرت باروری است و تأثیرات مثبت آن ناشی از رفع ترس از حاملگی ناخواسته و قطع عوارض استفاده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری است. مطالعات گذشته‌نگر معمولاً نشان‌دهنده تغییرات مثبت یا منفی در وضعیت فعالیت جنسی بعد از عقیم‌سازی‌اند؛ ولی مطالعات آینده‌نگر، بیشتر نشان‌دهنده عدم تغییر و یا بهبودی در وضعیت عملکرد جنسی می‌باشند. با توجه به اهمیت عملکرد جنسی و درصد بالای استفاده از عقیم‌سازی در میان روش‌های پیشگیری از بارداری در ایران و با توجه به کمبود اینگونه پژوهش‌ها در کشور، مطالعه حاضر با هدف بررسی تغییرات عملکرد جنسی زنان عقیم شده در مراجعین به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت.

روش بررسی: مطالعه روی ۱۰۶ خانم داوطلب عمل عقیم‌سازی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران قبل از عمل و ۳ ماه پس از عقیم‌سازی انجام شد. کلیه نمونه‌ها ایرانی و با نمره اضطراب و افسردگی کمتر از ۲ (با آزمون SCL90) بودند و در دوران غیرنفاسی (حداقل یک سال بعد از آخرین زایمان) عقیم‌سازی شده بودند. شوهران تمامی نمونه‌های مورد بررسی نیز تنها یک همسر داشتند. گردآوری داده‌ها با مصاحبه ساختار یافته بود که فرم‌های آن شامل دو بخش سؤالات دموگرافیک (۱۸ سؤال) و بخش عملکرد جنسی (۱۶ سؤال) در مورد مراحل میل جنسی، انگیزش جنسی، ارگاسم، مرحله فرونشینی و رضایت جنسی بود. اعتبار فرم‌های اطلاعات با روش اعتبار محتوا و اعتماد آن از طریق آزمون کرونباخ آلفا سنجیده شد. فرم‌های مصاحبه قبل از عمل عقیم‌سازی و ۳ ماه بعد از آن توسط یک کارشناس ارشد مامایی تکمیل شد. داده‌های تحقیق با استفاده از آزمون تی زوجی و با کمک نرم افزار SPSS(10)، بررسی و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین سنی خانمها 24.7 ± 3.3 سال بود و اکثر خانمها بی‌سواد (۵۶/۶٪) و خانه‌دار (۸۷/۷٪) بودند و شغل همسر اکثر آنها (۵۱/۹٪) آزاد بود. میانگین تعداد حاملگی خانمها 1.3 ± 3.7 و میانگین تعداد فرزندان آنها 0.9 ± 3.2 نفر و آخرین روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده قبل از عقیم‌سازی در اکثر افراد (۳۴٪) قرص بود. درآمد ماهیانه خانواده در اکثر خانمها (۳۲/۱٪) بین ۱۰۰-۱۵۰ هزار تومان و اکثر آنها (۵۴/۷٪) دارای منزل شخصی بودند. بررسی‌ها نشان داد که در میانگین درصد نمرات مراحل مختلف نزدیکی جنسی شامل میل جنسی، انگیزش جنسی، ارگاسم و عملکرد جنسی بعد از عمل عقیم‌سازی نسبت به قبل از آن تغییرات معنی‌داری وجود نداشت؛ اما میانگین درصد نمرات مرحله فرونشینی و احساس رضایت جنسی به طور معنی‌داری افزایش داشت ($p < 0.05$) و به ترتیب از 20.7 ± 6.8 به 21.4 ± 7.1 و 20.5 ± 6.1 به 21.5 ± 6.4 رسیده بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که سه ماه بعد از عمل عقیم‌سازی، عملکرد جنسی نسبت به قبل از عمل در کل تغییری نکرده بود و به جز مرحله فرونشینی و احساس رضایت جنسی که بعد از عمل عقیم‌سازی بهبود یافته بودند. باقی مراحل افزایشی جزئی نسبت به قبل از عمل در پیگیری سه‌ماهه نشان دادند. با توجه به اینکه عوامل مختلفی همچون فرهنگ، مذهب، ویژگی‌های فردی، شیوه زندگی و تصویر ارائه شده از زن در رسانه‌های گروهی و نیز عوامل دیگری به غیر از روش جلوگیری از بارداری، به عنوان یک امر کاملاً شخصی و منحصر به فرد بر عملکرد جنسی تأثیر دارند، یافته‌ها قابل توجیه می‌باشند. انجام مطالعات مشابه با پیگیری طولانی‌تر پیشنهاد می‌شود.

کلید واژگان: عقیم‌سازی زنان، عملکرد جنسی زن، ارگاسم، انگیزش جنسی، میل جنسی، لوله بستن زنان.

مسئول مکاتبه: گیتی ازگلی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، جنب بیمارستان کودکان مفید، خیابان شریعتی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: Gozoli@sbmu.ac.ir

زمینه و هدف

پیش‌بینی می‌شود جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰ به ۷ میلیارد نفر برسد (۱)؛ لذا کنترل جمعیت و تنظیم خانواده از دیرباز، مدنظر جوامع مختلف بوده و از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. نیازهای اجتماعی و اقتصادی روزافزون، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی، تصمیم‌گیری منطقی هر زوجی را در تعیین زمان مناسب برای بارداری و تعداد کودکانی را که آنها می‌توانند مسئولیت آنها را به عهده بگیرند الزامی می‌سازد (۲). روش‌های مختلفی جهت کنترل جمعیت مورد استفاده است که عقیم‌سازی یکی از متداولترین روش‌های پیشگیری از بارداری در زوج‌های واقع در سنین باروری می‌باشد (۳).

آمار جهانی استفاده از عقیم‌سازی در زن و مرد ۲۰٪ (با نسبت ۴ به ۱ در زن و مرد)، IUD ۱۱٪، قرص ۷٪ و کاندوم ۴٪ می‌باشد (۴). براساس شواهد موجود بیش از ۲۲ میلیون زوج در سطح دنیا تحت عمل عقیم‌سازی قرار گرفته‌اند (۵). در ایران پس از انقلاب اسلامی سیاست جمعیت‌گرا وجود داشت، اما به تدریج خطر افزایش سریع جمعیت برای مسئولان روشن شد و از آن پس از سال ۱۹۸۷ خط مشی زمامداران تغییر یافت و در سال ۱۹۹۰ برخی سیاستها از جمله حمایت از روش‌های عقیم‌سازی به اجرا گذاشته شد (۱). براساس آخرین برآوردی که در سال ۱۳۷۹ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دست آمده است، میزان عقیم‌سازی در ایران ۱۷/۱٪ می‌باشد که دومین روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده بعد از قرص‌های ضد بارداری خوراکی (۱۸/۴٪) می‌باشد (۶). توجه به فیزیولوژی پاسخ‌های جنسی توسط مسترز و جانسون اولین بار در سال ۱۹۶۶ منتشر گردید و از آن زمان تاکنون در زمینه مسائل و عملکرد جنسی تحقیقات متعددی صورت گرفته است (۷).

مسئله‌ای که در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری کمتر مدنظر قرار گرفته است تغییر عملکرد جنسی^۱ متعاقب استفاده از این روشها است (۸). تاکنون مطالعات گذشته‌نگر معمولاً نشان دهنده بهبود یا نامطلوب شدن وضعیت فعالیت جنسی بعد از عقیم‌سازی بوده‌اند؛ ولی مطالعات آینده‌نگر بیشتر نشان‌دهنده عدم تغییر و یا بهتر شدن وضعیت عملکرد جنسی، تمایلات جنسی^۲، رضایت جنسی^۳، دفعات رابطه جنسی^۴ و قدرت زنانگی^۵ بوده‌اند (۹).

کاپلان و سادوک معتقدند که درصد کمی از بیمارانی که عقیم‌سازی را انتخاب می‌کنند، ممکن است به یک سندروم نوروتیک مبتلا شوند. این سندرم ممکن است به صورت خود بیمارانگاری، درد، فقدان میل جنسی، عدم واکنش جنسی، افسردگی و نگرانی در مورد مردانگی یا زنانگی تظاهر نماید (۱۰). اما Costello و همکاران معتقدند که عقیم‌سازی بر روی افراد مختلف تأثیرات سایکولوژی متفاوتی می‌گذارد؛ به نحوی که تأثیرات مثبت مستقیم آن ناشی از رفع ترس از حاملگی ناخواسته است و تأثیر مثبت غیرمستقیم آن ناشی از قطع عوارض استفاده از سایر روش‌های جلوگیری از بارداری می‌باشد (۱۱). تأثیرات منفی آن از علاقمندبودن به بی‌عیب بودن دستگاه تولیدمثلی ناشی می‌شود (۱۲). با توجه به اهمیت مطالعه در مورد عملکرد جنسی که عاملی برای تحکیم خانواده و پایه‌ای برای کسب و تثبیت یک فرهنگ استوار است (۱۳) و با توجه به درصد بالای استفاده از عقیم‌سازی در ایران، این مطالعه به منظور بررسی تغییرات عملکرد جنسی زنان عقیم‌سازی شده در مراجعین به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت.

- 1- Sexual function
- 2- Sexuality
- 3- Sexual satisfaction
- 4- Coital frequency
- 5- Femininity

روش بررسی

این تحقیق روی ۱۰۶ زن مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران جهت انجام عقیم‌سازی، با انجام آزمون قبل از عمل عقیم‌سازی و ۳ ماه بعد از آن، از ابتدای اسفند سال ۱۳۸۲ تا پایان مهر ۱۳۸۳ صورت گرفت. جهت نمونه‌گیری ابتدا بیمارستان‌های تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، شهید بهشتی، ایران و سازمان تأمین اجتماعی واقع در شهر تهران به چهار دسته بیمارستان‌های شمال، جنوب و شرق و غرب شهر تقسیم شدند. سپس از هر دسته، بیمارستان دارای بالاترین آمار مراجعین جهت بستن لوله، انتخاب شدند. این بیمارستانها شامل هدایت (شمال تهران)، شهید اکبرآبادی (جنوب)، آرش (شرق)، لولاگر (غرب) بود. سپس با توجه به تعداد مراجعین سهمیه هریک از بیمارستانها به صورت هدایت ۳۰٪ (۳۲ نفر)، شهید اکبرآبادی ۴۳٪ (۴۷ نفر)، آرش ۱۱٪ (۱۲ نفر)، لولاگر ۱۶٪ (۱۷ نفر) تعیین و نمونه‌گیری در داخل بیمارستانها به صورت آسان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، داشتن تنها یک همسر، کاندیدای عقیم‌سازی اختیاری بودن، قرار داشتن در فواصل زمانی غیرنقاسی و نیز کسب نمره اضطراب و افسردگی کمتر از ۲ براساس تست SCL90 قبل و ۳ ماه پس از عقیم‌سازی بود. روش گردآوری اطلاعات مصاحبه ساختار یافته بود که توسط یک کارشناس ارشد مامایی صورت می‌گرفت. فرم اطلاعاتی با روش اعتبار محتوا و آزمون آلفای کرونباخ (ضریب ۰/۸۵) تعیین اعتبار و اعتماد شد. فرم اطلاعاتی شامل دو بخش دموگرافیک با ۱۸ سوال و عملکرد جنسی با ۱۶ سوال بود که از ۱۶ سوال عملکرد جنسی، ۶ سوال مربوط به مراحل میل جنسی^۱ (تخیل جنسی، تمایل به برقراری رابطه جنسی، ارزیابی تمایل به برقراری رابطه توسط واحدهای

پژوهش، تعداد رابطه جنسی، شروع کنندگی رابطه جنسی و نحوه پاسخگویی به تقاضای همسر)، ۲ سوال مربوط به فاز انگیزش جنسی^۲ (احساس جنسی در ناحیه تناسلی و احساس ذهنی لذت)، ۳ سوال مربوط به فاز ارگاسم^۳ (احساس اوج لذت جنسی، نحوه رسیدن به اوج لذت جنسی، داشتن انقباضات هماهنگ در ناحیه تناسلی) و ۳ سوال مربوط به فاز فرونشینی^۴ (احساس آرامش و راحتی بدنی و فکری خوب بعد از فعالیت جنسی، عدم احساس خستگی و ناراحتی بعد از فعالیت جنسی و نداشتن سردرد بعد از فعالیت جنسی) بود. رضایت جنسی با ۲ سوال (به صورت لیکرت و باز پاسخ) سنجیده شد.

در مرحله تحلیل آماری مجموع نمرات هر فاز محاسبه و تبدیل به درصد شد، سپس میانگین درصد نمرات جهت آزمون‌های آماری مورد استفاده قرار گرفت. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS(10) و با ضریب اطمینان ۹۵٪ صورت گرفت. با توجه به طبیعی بودن جامعه (براساس آزمون K.S.) از آزمون تی‌زوجی استفاده شد.

نتایج

براساس نتایج این مطالعه میانگین سنی خانم‌های مورد بررسی ۳۳/۷±۴/۲ سال و میانگین سنی همسران آنها ۴۰/۳±۵ سال بود. اکثر آزمودنی‌ها (۵۶/۶٪) بی‌سواد و بیشترین درصد تحصیلات همسرانشان (۴۶/۲٪) دوره ابتدایی و شغل اکثر خانمها (۸۷/۷٪) خانه‌دار و شغل همسر در اکثر آزمودنی‌ها (۵۱/۹٪) آزاد بود. اکثر خانمها (۳۸/۷٪) دارای ۳ حاملگی بودند و میانگین تعداد فرزندان آنها ۲/۲±۰/۹ نفر بود. میانگین سن زمان ازدواج خانمها ۱۷/۱±۳/۳ سال و میانگین طول مدت ازدواج آنها ۱۶/۶±۴/۸ سال بود. آخرین روش پیشگیری

2- Excitation
3- Orgasm
4- Resolution

1- Sexual desire

جدول ۱- مقایسه میانگین درصد و انحراف معیار نمرات متغیرهای عملکرد جنسی آزمودنی‌ها قبل و بعد از عمل عقیم‌سازی در بیمارستانهای منتخب شهر تهران در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	بعد از عقیم‌سازی M±SD	قبل از عقیم‌سازی M±SD	زمان- نمره
			مراحل عملکرد جنسی- متغیر
p=۰/۰۲۸, t=۲/۰۹۸	۴۴/۳±۲۸/۶	۳۹/۳±۲۶/۳	میزان تخیلات جنسی
N.S.	۴۱/۲±۲۰/۳	۳۹/۶±۲۲/۵	میل به برقراری رابطه جنسی
N.S.	۳۷/۹±۲۰/۱	۳۵/۸±۲۶	نظر نسبت به میل برقراری رابطه جنسی
N.S.	۶۲±۲۰/۱	۶۲/۵±۱۰/۹	تعداد رابطه جنسی
N.S.	۲۱/۶±۳۳/۸	۱۶/۹±۲۶/۶	فرد شروع‌کننده رابطه جنسی
N.S.	۵۹/۱±۲۸/۸	۵۹/۴±۲۵/۱	پاسخ به تقاضای جنسی همسر
N.S.	۵۰/۴±۲۶/۲	۵۱/۶±۲۲/۹	نرم و مرطوب شدن ناحیه تناسلی
p=۰/۰۲۶, t=۲/۲۵۸	۵۵/۹±۳۲/۷	۵۰/۳±۳۰/۹	لذت ذهنی از فعالیت جنسی
N.S.	۳۳/۷±۲۸/۶	۳۳/۴±۲۶/۲	اوج لذت جنسی
N.S.	۳۰/۴±۲۷/۸	۲۹/۷±۲۴/۴	نحوه رسیدن به اوج لذت جنسی
N.S.	۳۰/۸±۲۸/۹	۲۹/۲±۲۶/۶	داشتن انقباضات هماهنگ در ناحیه تناسلی
N.S.	۵۳/۵±۲۸/۹	۴۹/۵±۲۸/۲	احساس آرامش و راحتی بعد از فعالیت جنسی
p=۰/۰۰۲, t=۳/۱۶۷	۶۸/۸±۳۱/۷	۶۲±۳۲/۲	عدم احساس خستگی و ناراحتی بعد از فعالیت جنسی
N.S.	۹۲/۴±۱۷/۹	۹۳/۱±۱۷/۴	عدم سردرد بعد از فعالیت جنسی

۳۷/۷٪ آزمودنی‌ها قبل از عمل عقیم‌سازی و ۳۱/۱٪ بعد از عمل بندرت به اوج لذت جنسی می‌رسیدند و این در حالی است که ۲۲/۶٪ از آزمودنی‌ها قبل از عمل و ۲۷/۴٪ بعد از عمل هیچگاه به اوج لذت جنسی نمی‌رسیدند؛ در مقابل ۳/۱٪ از آزمودنی‌ها قبل از عمل و ۵/۷٪ بعد از عمل همیشه به اوج لذت جنسی می‌رسیدند. نحوه رسیدن به اوج لذت جنسی برای ۴۱/۵٪ زنان قبل از عمل عقیم‌سازی و ۳۴٪ بعد از عمل خیلی مشکل بود و فقط ۸/۵٪ قبل از عمل و ۱۳/۲٪ بعد از عمل آسان به

از بارداری مورد استفاده قبل از عقیم‌سازی در اکثر افراد (۳۴٪) قرص، در ۱۹/۸٪ IUD، در ۶/۶٪ کاندوم، در ۱۲/۳٪ آمپول و در ۲۷/۳٪ موارد روش طبیعی بود. درآمد ماهیانه خانواده در اکثر خانمها (۳۲/۱٪) بین ۱۵۰-۱۰۰ هزار تومان بود، اکثر آنها (۵۴/۷٪) دارای منزل شخصی و متراژ سرانه زیربنای منزل مسکونی اکثر آنها (۵۶/۶٪) بین ۵۰-۱۰۰m² بود. ۲/۸٪ زنان شروع‌کننده رابطه جنسی قبل از عمل و ۱۰/۴٪ بعد از عمل شروع‌کننده رابطه جنسی بودند.

جدول ۲- مقایسه میانگین درصد و انحراف معیار نمرات مراحل عملکرد جنسی آزمودنی‌ها قبل و بعد از عمل عقیم‌سازی در بیمارستانهای منتخب شهر تهران در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	بعد از عقیم‌سازی M±SD	قبل از عقیم‌سازی M±SD	زمان- نمره
			مراحل عملکرد جنسی
N.S.	۴۵/۹±۲۰/۵	۴۴/۱±۱۷/۵	میل جنسی
N.S.	۵۲/۸±۲۷/۱	۵۱±۲۲/۸	انگیزش جنسی
N.S.	۳۱/۶±۲۶/۵	۳۰/۸±۲۴/۱	ارگاسم
p=۰/۰۲۹, t=۲/۲۰۸	۷۱/۶±۲۱/۴	۶۸/۲±۲۰/۷	فرونشینی
N.S.	۴۹/۵±۲۱	۴۷/۶±۱۷/۶	کل مراحل

از رابطه جنسی در قبل از عمل $60/1 \pm 20/5$ ٪ و بعد از عمل $64/3 \pm 21/5$ ٪ بود و بین آن دو زمان اختلاف آماری معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/05$).

بحث

براساس یافته‌های این پژوهش مشخص گردید که اکثر خانمها دارای سنی کمتر از ۳۵ سال، با میانگین تعداد فرزند بیشتر از ۳ نفر، سن پایین ازدواج با میانگین $17/1 \pm 3/3$ سال و طول مدت ازدواج با میانگین $16/6 \pm 4/8$ سال اقدام به عقیم‌سازی نمودند.

در مطالعات Costello (۱۱) و همکاران در آمریکا، Shain و همکاران (۱۲) و ازگلی (۱۴) در همدان نیز میانگین سن افراد نزدیک به سن افراد مورد مطالعه حاضر بود. این مطالعه از لحاظ تعداد فرزندان آزمودنی‌ها، سن ازدواج و طول مدت ازدواج مشابه مطالعه ازگلی (۱۴) بود اما متفاوت از نتایج مطالعات Costello و همکاران (۱۱)، Bjorn و Oddens (۱۵) در آلمان و Shain و همکاران (۱۲) بود که در آنها افراد از تعداد فرزند کمتر، سن ازدواج بالاتر و طول مدت ازدواج پایین‌تری برخوردار بودند. در این مطالعه به نظر می‌رسد افراد به دلیل ازدواج در سنین پایین با رسیدن به سن ۳۵ سالگی، به بُعد دلخواه خانواده رسیده و این روش دائمی را با توجه به فاصله زمانی نسبتاً زیاد تا یائسگی برگزیده باشند؛ اما از طرفی ممکن است این انتخاب به دلیل فعالیت مؤثر پرسنل تنظیم خانواده در ترویج روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری در افراد واجد شرایط بوده باشد.

در مطالعه حاضر اکثر افراد بی‌سواد و یا از سطح سواد پایینی برخوردار بودند و اکثراً خانه‌دار و درآمد ماهیانه خانواده‌ها بین ۱۵۰-۱۰۰ هزار تومان بود. در بررسی وضعیت تحصیلات در مطالعه Costello و همکاران، $82/8$ ٪ تحصیلات دیپلم و بالاتر (۱۱)، در مطالعه Shain و همکاران تحصیلاتی با میانگین $13/6 \pm 0/17$ سال (۱۲)

اوج لذت جنسی می‌رسیدند. $55/1$ ٪ زنان قبل از عمل عقیم‌سازی و 34 ٪ بعد از عمل هیچگاه یا بندرت دچار انقباضات لذت‌بخش ناحیه تناسلی در حین نزدیکی می‌شدند. فقط $2/8$ ٪ از آزمودنی‌ها قبل از عمل عقیم‌سازی و $3/8$ ٪ بعد از عمل همیشه دارای انقباضات لذت‌بخش ناحیه تناسلی بودند.

$29/2$ ٪ از آزمودنی‌ها قبل از عمل عقیم‌سازی و $27/4$ ٪ آنان بعد از این عمل بندرت و یا گاهی اوقات بعد از فعالیت جنسی احساس آرامش می‌کردند و $9/4$ ٪ زنان قبل و $14/2$ ٪ بعد از عمل عقیم‌سازی همیشه احساس آرامش و راحتی بعد از فعالیت جنسی داشتند. در $37/8$ ٪ زنان قبل از عمل عقیم‌سازی و $43/4$ ٪ بعد از آن هیچوقت یا بندرت دچار خستگی و ناراحتی بعد از مقاربت می‌شدند و $85/8$ ٪ آنها قبل و $81/9$ ٪ بعد از عمل عقیم‌سازی دچار سردرد بعد از مقاربت نمی‌شدند. $32/1$ ٪ زنان قبل از انجام عمل جراحی از رابطه جنسی در حد متوسطی احساس رضایت داشتند و $37/7$ ٪ آنها بعد از عمل در سطح خیلی زیادی از رابطه جنسی با همسر خود احساس رضایت می‌کردند.

تفاوت میانگین درصد نمرات قبل و بعد از عمل عقیم‌سازی در مراحل میل جنسی، انگیزش، ارگاسم و فرونشینی در جدول شماره ۱ و کل مراحل جنسی در این دو حالت در جدول شماره ۲ مشخص گردیده‌اند.

همانگونه که در جدول شماره ۲ مشخص می‌باشد بر اساس آزمون تی زوجی میانگین درصد نمرات مرحله میل جنسی، انگیزش و ارگاسم، آزمودنی‌ها قبل و بعد از عقیم‌سازی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. اما بین میانگین درصد نمرات مرحله فرونشینی در قبل و بعد از عمل عقیم‌سازی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/05$). بین میانگین درصد نمرات مجموع مراحل عملکرد جنسی زنان مورد مطالعه در قبل و بعد از عمل عقیم‌سازی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد اما میانگین درصد نمرات احساس رضایت

و در مطالعه Bjorn و Oddens ۳۸/۷٪ تحصیلات در مقطع دبیرستان و ۲۵/۸٪ بالاتر از دبیرستان (۱۵) داشتند. همچنین اکثر افراد دارای سطح سواد بالاتر و نیز شاغل با درآمدهای بالاتری بودند که احتمالاً به علت تفاوت در درآمد افراد جوامع مورد مطالعه می‌باشد. با توجه به تحصیلات و میزان درآمد ماهیانه و شغل، به نظر می‌رسد افراد مورد بررسی در مطالعه حاضر در وضعیت اقتصادی، اجتماعی پایین می‌باشند.

در پژوهش حاضر عملکرد جنسی در کل مراحل آن قبل و بعد از عمل عقیم‌سازی به جز مرحله فرونشینی و احساس رضایت از رابطه جنسی که بعد از عمل عقیم‌سازی بهتر شده بودند تغییری نکرد.

مطالعه Costello و همکاران (۱۱) نشان داد که بیشتر خانمها بعد از عقیم‌سازی تغییری در میل جنسی و ارگاسم خود نشان ندادند. در تحقیق وی میل جنسی در ۸۲/۵٪ آزمودنی‌ها بدون تغییر بود و در ۱۳/۴٪ افراد افزایش و تنها در ۴/۱٪ افراد کاهش یافته بود. در تحقیق Bjorn و Oddens (۱۵) نیز میل جنسی به دنبال عمل عقیم‌سازی در ۷۹/۵٪ افراد بدون تغییر بود، در ۱۹٪ افراد افزایش و در ۱/۵٪ افراد کاهش یافته بود. انگیزش جنسی نیز در ۹۰/۵٪ افراد بدون تغییر بود و در ۴/۴٪ افزایش و ۵/۱٪ بدتر شده بود. در مطالعه Shain و همکاران (۱۲) نیز مشخص شد که میل جنسی در سه گروه زنان عقیم‌شده، زنانی که همسرانشان وازکتومی شده بودند و گروه زنان بدون برنامه جهت عقیم‌سازی، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت که مشابه نتایج مطالعه سبحانی (۲) در شیراز بود که نشان داد کلاً روابط جنسی در ۹۱٪ آزمودنی‌ها بعد از عقیم‌سازی بدون تغییر بود و فقط در ۸٪ موارد افزایش یافته بود که این یافته‌ها مشابه نتایج حاصل از این مطالعه بوده است. اما در مطالعه Bjorn و Oddens (۱۵) ذکر شده است که عقیم‌سازی به طور کلی دارای تأثیرات مثبت بر زندگی جنسی خانمها می‌باشد. در تحقیق وی تأثیر

مثبت عقیم‌سازی بر زندگی جنسی نظیر افزایش تعداد رابطه جنسی، تمایل ناگهانی به داشتن رابطه و لذت بردن در گروه عقیم‌سازی شده (۵۷/۴٪) در مقایسه با سایر روش‌های جلوگیری از بارداری (قرص ۴۴٪، کاندوم ۱۱٪، روش طبیعی ۲۸٪، IUD ۳۶٪) بیشتر بوده است. به نظر می‌رسد با توجه به نظرات آذر و نوحی (۱۶) که کم‌روئی انحصاری افراد از یک طرف و ترس از اصول اخلاقی سنتی اجتماعی از طرف دیگر باعث سکون و سکوتی نسبی در مورد فیزیولوژی جنسی انسان شده است و نیز با توجه به اینکه عوامل مختلفی همچون فرهنگ، مذهب، اخلاق، شیوه زندگی و تصویر ارائه شده از زن در رسانه‌های گروهی (۱۷-۱۹) و عوامل دیگر به غیر از روش جلوگیری از بارداری بر عملکرد جنسی، به عنوان یک امر کاملاً شخصی و منحصر به فرد تأثیر دارند، این یافته‌ها قابل توجیه می‌باشند (۲۰-۲۳). همانطور که یافته‌های این پژوهش نشان داد هیچ یک از فازه‌های میل، تحریک و ارگاسم قبل و بعد از عمل در حد مطلوبی نیستند اما فاز آرامش و رضایت قبل از عمل و بعد از عمل در حد قابل قبولی می‌باشد و اختلاف ایجاد شده معنی‌دار بوده است که موید این مطلب است که زنان در فرهنگ جامعه ما احتمالاً بر این باور هستند که لذت از روابط جنسی و طی شدن چرخه طبیعی عملکرد جنسی، بیشتر از آن همسر است و زنان از لحاظ فیزیولوژی و روانی نیازی به بهره‌برداری جنسی ندارند؛ چنانچه حتی با وجود داشتن نیاز به رابطه جنسی فقط ۲/۸٪ زنان شروع کننده روابط جنسی قبل از عمل و ۱۰/۴٪ بعد از عمل شروع کننده رابطه جنسی بودند. لذا حتی با توجه به عملکرد جنسی نه چندان مطلوب از این امر راضی هستند و فاز آرامش قابل قبول دارند. وقتی ترس از حاملگی و عوارض ناشی از روش‌های جلوگیری از بارداری بعد از عقیم‌سازی کنار می‌رود این رضایت و آرامش افزایش معنی‌دار آماری پیدا می‌کند؛ در حالیکه

از حاملگی ناخواسته بعد از عمل عقیم‌سازی که باعث ایجاد خشنودی و آرامش بعد از فعالیت جنسی می‌شود این یافته‌ها قابل توجه باشند؛ زیرا نگرانی، اضطراب و ترس باعث اجتناب از فعالیت جنسی و آرامش بعد از آن می‌شود (۱۶).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که سه ماه از عمل عقیم‌سازی نسبت به قبل از آن، عملکرد جنسی در کل تغییری نکرده و به جزء مرحله فرونشینی که بعد از عمل عقیم‌سازی بهبود یافت، بقیه مراحل افزایشی جزئی نسبت به قبل از عمل در پیگیری سه ماهه نشان دادند. رضایت جنسی نیز بعد از عمل عقیم‌سازی بهبود یافت. انجام مطالعه مشابه با پیگیری طولانی‌تر پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه زنانی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند و نیز معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی که با تصویب این طرح ما را یاری دادند، همچنین از سرکار خانم کریمان تشکر می‌شود.

سایر مراحل با وجود افزایش جزئی تغییر معنی‌دار آماری قبل و بعد از عمل نداشته است. به عبارتی این رضایت و آرامش کسب شده به علت بهبود عملکرد حاصل نشده است. از طرفی در مدت بررسی (یک ماه قبل و سه ماه بعد از عمل)، نداشتن قدرت باروری به‌عنوان مولفه‌ای مهم برای هویت زنانگی تأثیر منفی بر عملکرد جنسی زن نداشت؛ لذا انجام مطالعات مشابه طی زمان طولانی‌تر یا تا زمانی که پشیمانی از انجام عمل بروز می‌کند پیشنهاد می‌شود.

گرچه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مرحله فرونشینی بهتر شده است، در مطالعات مشابه بررسی شده مرحله فرونشینی ارزیابی نشده بود.

در تحقیق حاضر رضایت از رابطه جنسی بهتر شده بود. در مطالعه Kumtang و Chung (۱۹) در چین مشخص گردید که ۶۸/۵٪ از آزمودنی‌ها در عقیم‌سازی غیرنفاسی از رابطه جنسی با همسر خود رضایت داشته‌اند که این مورد مشابه یافته‌های پژوهش حاضر است. اما در مطالعه Shain و همکاران (۱۲) مشخص گردید که رضایت جنسی افراد در بین سه گروه زنان عقیم‌شده، زنانی که همسرانشان وازکتومی شده بودند و زنان بدون برنامه جهت عقیم‌سازی، تفاوت آماری معنی‌داری نداشت که این نتیجه متفاوت از یافته پژوهش حاضر بود. به نظر می‌رسد با توجه به رفع نگرانی افراد

منابع

- ۱- ژان کلودشتلند. ژان، کلوتنه. جمعیت جهان، چالشها و مسایل آن. ترجمه سیدمحمد سعید میرزایی، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۰ صفحه ۲۶.
- ۲- سبحانی مریم. بررسی مشکلات روانی بانوان سترون شده اختیاری. پایان‌نامه جهت اخذ درجه دکترا، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۷۶.
- ۳- کانینگهام ک. مامایی ویلیامز. ترجمهٔ بزازبنایی نسیرین، قطبی نادر. چاپ بیست و یکم. تهران. انتشارات تیمورزاده و نشر طبیب. ۲۰۰۱ صفحه ۸۰۰.
- ۴- جدی تهرانی محمود. نگاهی به استفاده از کنتراسپتیوها. پیام باروری و ناباروری. ۱۳۷۹، شماره ۱۳ ص ۶-۳.
- 5- ACOG practice bulletin. Benefits and Risks of sterilization. Gynecol Obstet.2003;46(83):339-350.

صفحات: ۲۶۷-۲۵۹.

- 15- Bjorn C., Oddens S. Women's satisfaction with birth control. *Contraception*.1999;59:227-239.
- ۱۶- آذر ماهیار، نوحی سیما. درمان اختلالات عملکرد جنسی. چاپ اول. تهران. انتشارات معین. ۱۳۸۲. صفحه ۷.
- 17- Okazaki S. Influences of culture on Asia American's sexuality. *J Sex Res*.2002;39(2):34-41.
- 18- Andrews G. *Women's Sexual Health*. 2th Edition. Billier Tindal.2001.
- 19- Bernhard O. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol*.2000;45(4):1089-1098.
- 20- Kumtang C., Chung T. Psychosexual adjustment following sterilization: A prospective study on chinese women. *J Psychosomat Res*.1997;42 (2):187-196.
- ۲۱- ایازی روزیتا. بررسی ارتباط تجربه ارگاسم با رضایت از رابطه زناشویی در خانمهای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک. پایان‌نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران، ۱۳۸۲. صفحه ۱۴۱-۱۲۵.
- ۲۲- ساکی کوروش. نگرش گروهی از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خرم‌آباد پیرامون ابعاد مختلف زندگی زناشویی (بویژه مسائل جنسی) تابستان ۱۳۷۶. پایان‌نامه جهت اخذ درجه دکترا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۷۸. صفحه ۴۱-۲۹.
- ۲۳- ازگلی گیتی و همکاران. بررسی رضایت و نگرش نسبت به رابطه جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی. دوماهنامه پژوهشی پژوهنده. سال ۱۳۸۲، شماره ۲، صفحه ۱۳۱-۱۲۷.
- 24- Basson R. sexuality response: A different model. *J Sex*.2000;26:51-69.
- ۶- جزوه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۹. مهرماه.
- 7- Yadav J., Gennarelli L.A., Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunction: evaluation and management in primary care setting. *Prim.Care Update Ob Gyns*.2001;(8):5-11.
- ۸- برقعی نرجس‌السادات و همکاران. بررسی تغییرات جنسی در استفاده کنندگان سه روش پیشگیری از بارداری. اولین همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی. تهران. ۲۴ - ۲۳ مهرماه ۱۳۸۲. ص ۱۷.
- 9- Pati S., Cullins V. Female sterilization. *Obstet Gynecol*. 2000;27(4):859-887.
- ۱۰- کاپلان هارولد، سادوک بنیامین. روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه پورافکاری نصرت ا... چاپ اول، تهران. انتشارات شهرآب. ۱۳۸۱. صفحه ۵۷.
- 11- Costello C., Hillis S., Marchbanks P., Jamieson D., Peterson T. The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. *Obstet Gynecol*.2002;100 (3):511-517.
- 12- Shain R., Miller W., Holden A., Rosenthal M. Impact of tubal sterilization and vasectomy on female marital sexuality. *Am J Obstet Gynecol*.1991;164(3): 763-771.
- ۱۳- جهانفر شایسته، مولایی‌نژاد م. درسنامه اختلالات جنسی. چاپ اول. تهران. انتشارات بیژه. ۱۳۸۰.
- ۱۴- ازگلی گیتی، احمدی محبوبه، گلی شادی، اکبرزاده باغبان علیرضا. مقایسه آگاهی و نگرش و عوامل مرتبط در خصوص عقیم‌سازی بین زوجین استفاده کننده از این روش و استفاده کنندگان از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری در شهر همدان در سال ۱۳۸۱. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. سال پنجم، ۱۳۸۱، شماره ۳.