

# مقایسه مشکلات جنسی طی ۶ ماه اول بعد از زایمان طبیعی و سزارین در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان رامسر ۹۴-۱۳۹۳ آمنه محمودیان<sup>۱</sup>، سامیه کاظمی<sup>۲\*</sup>، دکتر مرتضی قوجازاده<sup>۳</sup>

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. استادیار گروه فیزیولوژی، مرکز تحقیقات سلامت باروری زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۰۱

## خلاصه

**مقدمه:** روابط جنسی مهم‌ترین بخش روابط زناشویی است که کیفیت آن نه تنها سلامت فرد و خانواده، بلکه سلامت جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زایمان با ایجاد تغییراتی در روابط جنسی منجر به مشکلات قابل توجهی در زندگی زناشویی می‌شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه مشکلات جنسی بعد از زایمان طبیعی و سزارین انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۸۰۰ نفر از زنان طی ۶ ماه اول بعد از زایمان در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رامسر انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه دو قسمتی شامل مشخصات فردی و سؤالات مربوط به مشکلات جنسی بود. مشکلات جنسی در طی ۶ ماه اول بعد از زایمان مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۵) و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و آزمون دقیق فیشر انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** فقدان میل جنسی ( $p=0/002$ )، ناراحتی در محل اپی زیاتومی ( $p=0/004$ )، لوپرکاسیون ناکافی ( $p=0/006$ )، درد در زمان نزدیکی ( $p=0/003$ ) و خستگی در گروه زایمان واژینال ( $p=0/007$ ) بیشتر از سزارین بود که از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** میزان مشکلات جنسی در گروه زایمان طبیعی بیشتر از سزارین است.

**کلمات کلیدی:** زایمان طبیعی، زنان نخست‌زای، سزارین، مشکلات جنسی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: سامیه کاظمی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۱۹۲-۵۲۲۶۰۱۷؛ پست الکترونیک: kazemi.samiyeh@gmail.com

## مقدمه

اختلالات جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارد. همچنین عصبانیت، بروز دردهای زیر دل و کمردرد، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام امور روزمره نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضای میل جنسی است، در حالی که عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه‌ای برای به‌دست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است. چه بسا زوجینی که دارای اختلالات جنسی می‌باشند، خود از تأثیر آن بر زندگی زناشویی و نقش آن در ایجاد ارتباط ضعیف، اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافل بوده‌اند (۱). لویس و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود نشان دادند که ۳۰-۲۰٪ از مردان و ۴۵-۴۰٪ از زنان حداقل در یکی از مراحل چرخه جنسی خود مشکل دارند. همچنین در این مطالعه میزان اختلال عملکرد جنسی را ۵۰-۱۹٪ با شیوع بیشتر در زنان تخمین زدند (۲). نتایج مطالعات مک کول و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که اختلالات جنسی در میان زنان (۴۳٪) شایع‌تر از مردان (۳۱٪) است. آنها نتیجه گرفتند که اختلالات جنسی یک مشکل بهداشتی در سرتاسر جهان است (۳). در متاآنالیز مک کول و همکاران (۲۰۱۴) از ۵ مطالعه نشان داده شد که اگر زوجین در طول بارداری فعالیت جنسی داشته باشند و از آن لذت ببرند، ارتباطات، ملامطت و نرمی رفتار در ۴ ماه بعد از زایمان و سه سال بعد از آن بهبود می‌یابد و روابط بین زوجین با ثبات و مستحکم شده و کمتر تحت تأثیر مشکلات جنسی قرار می‌گیرد (۳). در مطالعه بورت و همکاران (۲۰۰۰) تقریباً ۹۰٪ زنان عملکرد جنسیشان را ۶ ماه بعد از زایمان شروع کردند، اما ۶۴٪ آنها مسائل و مشکلاتی را بعد از زایمان طبیعی و ۳۶٪ در زایمان سزارین تجربه کردند (۴، ۵، ۶). کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره (۱۹۹۹) دستیابی به بالاترین استاندارد از اطلاعات و بهداشت جنسی را حق همه انسان‌ها می‌داند. همچنین آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و رسیدگی به شکایت جنسی زوجین از اجزاء

اصلی و استاندارد مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد (۷، ۸). رابطه جنسی در دوره نفاس به شدت متأثر از فرهنگ زنان، تجارب جنسی قبل از بارداری و تصور آنها از جسم و فیزیولوژیک بدنشان می‌باشد، بنابراین ممکن است به آسانی نتوانند روی تغییرات جنسی دوران نفاس و سازگاری با آن بحث کنند. در نتیجه نگرانی‌ها و مشکلات جنسی شایع هستند، در نتیجه اکثر بیماران در سطح اول از مراقبت‌های بهداشتی استقبال می‌کنند (۹، ۱۰). مشکلات رایج در روابط جنسی دوران نفاس شامل: ناراحتی ناحیه اپی‌زیاتومی، خستگی، فقدان میل جنسی، خونریزی واژینال، دیس‌پارونی، لوبریکاسیون ناکافی، ترس از بیداری فرزند، ترس از آسیب، کاهش احساس جذابیت و تصویر ذهنی بد از ظاهر خود می‌باشد (۱۱-۱۳). والدین با ورود به دوران والدینی مجموعه‌ای از احساسات و مشکلات جدید را تجربه می‌کنند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که مشکلات احساسی، جسمی و اجتماعی به وجود آمده بعد از زایمان، زندگی جنسی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). با توجه به اینکه اکثر مطالعات انجام شده تا سال ۱۳۹۴ بیشتر در زمینه شیوع مشکلات جنسی در گروه زایمان طبیعی، در دوران بارداری انجام گرفته است و در زمینه شیوع مشکلات جنسی در دوره نفاس در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین مطالعات کمتری صورت گرفته و با توجه به تضادهای موجود در مطالعات انجام شده در ایران نظیر مطالعه ازگلی (۲۰۱۱) مبنی بر کاهش مشکلات جنسی در زایمان طبیعی و افزایش مشکلات جنسی در زایمان سزارین و مطالعه اسدزاده و همکاران (۲۰۱۲) که برخلاف مطالعه ازگلی می‌باشد، سؤالات بحث‌برانگیزی در زمینه مشکلات جنسی بعد از زایمان را مطرح می‌کند (۲۲-۲۴، ۲۶-۲۸). در اکثر کشورها زنان در دوران بارداری به صورت مکرر ویزیت می‌شوند که این ویزیت‌ها شامل: ویزیت‌های دوران بارداری و آمادگی برای مادر شدن و شیردهی می‌باشد. همچنین بعد از تولد در طول ۱۲-۶ ماه مراقبت دوران نفاس و بعد از زایمان را دریافت می‌کنند. ماماها و متخصصین زنان، مشکلات زایمانی و معاینات رحم، واژن و پرینه را مورد بررسی قرار می‌دهند و با شروع

مورد دارای نقش مشاوره‌ای ارزنده جهت رفع مشکلات تا حد امکان و تبدیل این دوره به دوران زناشویی سالم و موفق می‌باشند و نقش مراقبین بهداشتی در تأمین سلامت جامعه و از جمله سلامت و بهداشت جنسی افراد بسیار حائز اهمیت است و از آنجا که برای ارائه یک راهنمایی موفق و مشاوره موفق‌تر نیاز به اطلاعات زمینه‌ای می‌باشد، در مطالعه حاضر به بررسی تجارب و مشکلات جنسی طی ۶ ماه اول بعد از زایمان پرداخته شد تا با دستیابی به اطلاعات پایه مبتنی بر واقعیت جهت تدوین برنامه‌ای هماهنگ و کاربردی در جهت ارتقای سلامت و بهداشت خانواده و تحکیم پایه‌های زندگی، راه برای وصول به یک حرکت اطمینان‌بخش که همانا دستیابی به راه حل‌های مناسب است، هموار گردد. محقق با توجه به اطلاعات به دست آمده، در صدد ارائه راهکاری برای حل این مشکل و بهتر کردن کیفیت زندگی زناشویی بعد از تولد فرزند می‌باشد. با توجه به اینکه هیچ اقدامی در سطح مراکز بهداشتی درمانی صورت نمی‌گیرد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه مشکلات جنسی طی ۶ ماه اول بعد از زایمان طبیعی و سزارین در زنان نخست‌زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان رامسر انجام شد.

### روش کار

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۹۴-۱۳۹۳ با هدف مقایسه مشکلات جنسی زنان نولی‌پار در دو روش زایمان طبیعی و سزارین در طی ۶ ماه اول بعد از زایمان انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه تمام زنان نولی‌پار بومی رامسر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی در طی ۶ ماه اول بعد از زایمان بودند که جهت دریافت مراقبت‌های بعد از زایمان به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان رامسر مراجعه کرده و دارای پرونده بهداشتی بودند. جهت انجام نمونه‌گیری و برای کنترل متغیر مداخله‌گر، نمونه‌ها با توجه به مدت زمان طی شده پس از زایمان و تاریخ زایمان آنها، طوری انتخاب می‌شدند که تعداد کافی از زنانی که کمتر از ۴، ۵ و ۶ ماه از زایمان آنها گذشته بود، در صورت داشتن شرایط پژوهش در دو گروه پذیرش می‌شدند و با مراجعه به

روابط جنسی بعد از زایمان مشاوره در این زمینه را انجام می‌دهند، ولی اغلب اوقات این مشاوره‌ها با دقت کم و بسیار محدود انجام می‌شوند (۱۷-۱۴). به دلیل فرهنگ خاص حاکم بر جامعه، گفتگو در مورد مسائل جنسی برای زوجین مشکل بوده و به موضوع فعالیت جنسی در طول بارداری و بعد از زایمان از طرف کارکنان بهداشتی کمتر توجه می‌شود و زوجین نیز علی‌رغم نیاز به اطلاعات، از بیان تجارب جنسی خود خودداری می‌کنند و همچنین با توجه به عدم بررسی این موضوع در چارت مراقبت‌های بعد از زایمان در مراکز بهداشتی و لزوم توجه به آن به عنوان یکی از استانداردهای مراقبت‌های بهداشتی مادران، توجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را می‌طلبد. باید توجه داشت که این مشکل تبعات بسیار ناگواری را در جامعه ایجاد می‌کند که شامل: سرد شدن روابط زناشویی و به تبع آن امکان سست شدن پایه‌های زندگی و بروز طلاق به دنبال عدم رضایت زوجین از روابط زناشویی، عدم انگیزه کافی در زوجین و به دنبال آن کاهش بازده کاری، کم شدن تعهد زوجین نسبت به یکدیگر و ایجاد زمینه‌ای برای بروز فساد اخلاقی می‌باشد. در مطالعات مشابه انجام شده در ایران لزوم ارائه آموزش و مشاوره با توجه به اینکه آگاهی، عقاید و نگرش در مورد فعالیت جنسی انجام شده در بارداری عملکرد جنسی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد، توصیه می‌شود. در مطالعه لوری و همکاران (۲۰۱۳) فقدان خواب، استرس و خستگی از دلایل مهم کاهش فعالیت جنسی بعد از زایمان ذکر شدند (۱۶). به دلیل فرهنگ خاص حاکم بر جامعه، زوجین در مورد مشکلات و تجارب جنسی علی‌رغم نیاز به اطلاعات، خودداری می‌کنند. بیشتر مواقع موضوعات مطرح شده در این زمینه ناقص، متناقض و یا بر اساس سنت و غیر علمی است. احساس ناراحتی از بیان مسائل جنسی منجر به عدم گفتگوی مراجعین نسبت به این موضوع می‌شود. آموزش اصول صحیح فعالیت‌های جنسی و بررسی مشکلات جنسی زوجین در دوران نفاس و بعد از زایمان، جزء استانداردهای مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری و بعد از زایمان می‌باشد. ماماها در این

مراکز بهداشتی مذکور و برقراری ارتباط با مددجویان، در صورت داشتن معیارهای مطالعه و کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، به‌عنوان نمونه انتخاب می‌شدند. جهت تعیین حجم نمونه با توجه به اینکه مشکلات جنسی بعد از زایمان به‌عنوان متغیر اصلی در نظر گرفته شده است، از نتایج مطالعات قبلی استفاده شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه بارت و همکاران (۲۰۰۰) (۶) که ۴۰٪ زنان در زایمان سزارین و ۶۰٪ زنان در زایمان طبیعی به نوعی دارای مشکلات جنسی بودند، با در نظر گرفتن  $\alpha=0/05$ ، توان ۸۰٪ و اختلاف ۱۰٪، تعداد ۴۰۰ نمونه برای هر گروه و در مجموع ۸۰۰ نمونه بر اساس ماه‌های مورد نظر بعد از زایمان در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای و از طریق جمع‌آوری نمونه‌ها از سه مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی موجود در شهرستان رامسر بود. سه مرکز بهداشتی درمانی در رامسر انتخاب و دو روز اول هفته به مرکز بهداشتی شماره ۱، دو روز وسط هفته به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ و دو روز آخر هفته به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۳ اختصاص می‌یافت. قابل ذکر است تنها از مراجعین نولی‌باری که دارای پرونده بهداشتی بودند و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. معیارهای انتخاب نمونه در این مطالعه شامل: نخست‌زا بودن، داشتن زایمان به موقع (۳۷-۴۲ هفته)، داشتن همسر، قرار گرفتن در ۶ ماه اول بعد از زایمان، نداشتن هیچ‌گونه بیماری، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دارا بودن ملیت ایرانی و داشتن پرونده بهداشتی در این مراکز بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ابتلاء به بیماری جسمی شناخته شده (بیماری‌های قلبی، تنفسی و ...) و یا مصرف هر نوع دارویی که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، دور بودن از همسر به دلایل مختلف و داشتن همسر دیگر، ابتلاء به افسردگی بعد از زایمان، وجود بیماری و یا ناهنجارهای شناخته شده جسمی در نوزاد، داشتن زایمان با پارگی درجه ۳ یا ۴ پرینه و یا اپی‌زیاتومی وسیع، داشتن سابقه نازایی زن یا مرد و داشتن سابقه سقط و جدایی مادر از کودک خود بود. ابزار گردآوری

داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه قسمت: مشخصات فردی - اجتماعی، نگرش واحدهای پژوهش نسبت به فعالیت جنسی و تجارب بعد از زایمان و پرسشنامه مشکلات و تجارب آریزونا مربوط به زن و مرد بود که این مشکلات شامل: ناراحتی ناحیه اپی‌زیاتومی، خستگی، فقدان میل جنسی، خونریزی واژینال، دیس‌پارونی، لوپریکاسیون ناکافی، ترس از بیداری فرزند، ترس از آسیب و کاهش احساس جذابیت و تصویر ذهنی بد از ظاهر خود می‌باشد (۱۳-۱۱). این پرسشنامه شامل دو قسمت: بررسی مشکلات جنسی و نحوه پاسخگویی به مشکلات جنسی به صورت سؤالات بلی و خیر می‌باشد و توسط پژوهشگر در مدت ۳۰ روز تمامی داده‌ها در یک مرحله جمع‌آوری شدند. اما در مورد تجارب جنسی از مقیاس لیکرت استفاده شد. مک گاهوی ثابت کرده که ابزار آریزونا مربوط به قسمت تجارب جنسی روایی خوبی داشته و گزینه‌های آن ارتباط نسبتاً خوبی با گزینه‌های سایر ابزارها دارد. همچنین نشان داده شده که این ابزار از استحکام درونی و پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برخوردار می‌باشد (۱۳). پایایی و روایی پرسشنامه نیز در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه جهت بررسی روایی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوی استفاده شد؛ بدین ترتیب که نظر ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی مازندران در مورد سؤالات اعمال گردید. جهت برآورد پایایی پرسشنامه نیز از روش آزمون مجدد برای سؤالات مربوطه استفاده شد؛ به‌این ترتیب که با ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط مصاحبه به عمل آمد و مجدداً ۱۰ روز بعد تکرار گردید که ضریب همبستگی پیرسون برای سؤالات مربوط به مشکلات جنسی زنان  $r=0/873$  به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۵) انجام شد. برای بررسی مشکلات جنسی از آزمون تی مستقل و آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

گرفتند. مشخصات زمینه‌ای افراد به اختصار در جدول ۱ نشان داده شده است.

در این مطالعه ۸۰۰ زن باردار (۴۰۰ نفر سزارین شده و ۴۰۰ نفر در گروه زایمان واژینال) مورد مطالعه قرار

جدول ۱- مقایسه مشخصات فردی و متغیرهای زمینه‌ای بین دو گروه زایمان واژینال و سزارین

گروه‌های مورد مطالعه	گروه زایمان واژینال	گروه سزارین	سطح معنی‌داری
سن همسر (سال)	۲۸±۴/۳	۲۷/۹±۴/۲	۰/۸۳
سن زن (سال)	۲۳/۶±۳/۴	۲۳/۴±۳/۷	۰/۵۶۲
طول مدت ازدواج (سال)	۲/۹±۱/۶	۲/۹±۱/۶	۰/۷۳۳
تعداد مقاربت در هفته بعد از زایمان	۱/۷±۰/۵۱	۱/۷±۰/۴۴	۰/۳۲۲
سطح تحصیلات همسر	ابتدایی	ابتدایی	۱۱۰ (۲۷/۵)
	دیپلم	دیپلم	۲۵۳ (۶۳/۲۵)
	فوق دیپلم	فوق دیپلم	۲۷ (۶/۷۵)
	لیسانس	لیسانس	۲۰ (۲۰)
سطح تحصیلات زن	ابتدایی	ابتدایی	۱۱۵ (۲۸/۷۵)
	دیپلم	دیپلم	۲۵۰ (۶۲/۵)
	فوق دیپلم	فوق دیپلم	۲۰ (۲۰)
	لیسانس	لیسانس	۲۰ (۵/۵)
وضعیت اشتغال همسر	شغل آزاد	شغل آزاد	۲۹۱ (۷۲/۷۵)
	کارمند	کارمند	۱۰۹ (۲۷/۲۵)
وضعیت اشتغال زن	خانه‌دار	خانه‌دار	۲۸۵ (۷۱/۲۵)
	شاغل	شاغل	۱۱۵ (۲۸/۷۵)
تعداد مقاربت در هفته قبل از زایمان	۱/۵±۰/۷	۱/۴۸±۰/۶۸	۰/۲۵۹

گروه از نظر ترس از بیداری فرزند و ترس از آسیب، کاهش احساس جذابیت و تصور ذهنی بد از ظاهر خود اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ( $p=0/06$ ). خونریزی واژینال در گروه زایمان سزارین بیشتر از گروه زایمان طبیعی بود ( $p=0/017$ ) (جدول ۲).

فقدان میل جنسی، ( $p=0/002$ )، ناراحتی در محل پارگی ( $p=0/004$ )، لوبریکاسیون ناکافی ( $p=0/006$ )، درد زمان نزدیکی ( $p=0/003$ ) و خستگی ( $p=0/007$ ) به ترتیب در گروه زایمان واژینال بیشتر از گروه سزارین بود که از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت. بین دو

جدول ۲- بررسی مشکلات روابط جنسی ناشی از زایمان طبیعی و سزارین در زنان نخست‌زا

مشکلات روابط جنسی	زایمان طبیعی فراوانی (درصد)	زایمان سزارین فراوانی (درصد)	سطح معنی‌داری
فقدان میل جنسی	۲۳۹ (۵۹/۷۵)	۱۸۵ (۴۶/۲۵)	$p=0/002$
ناراحتی در محل پارگی	۳۵۴ (۸۸/۵)	۶۰ (۶۰)	$p=0/004$
لوبریکاسیون ناکافی	۱۲۸ (۳۲)	۵۶ (۱۴)	$p=0/006$
درد زمان نزدیکی	۳۸۶ (۹۶/۵)	۱۲۶ (۳۱/۵)	$p=0/001$
خستگی	۱۰۲ (۲۵/۵)	۴۶ (۱۱/۵)	$p=0/007$
ترس از بیداری فرزند	۵۸ (۱۴/۵)	۵۴ (۱۳/۵)	$p=0/078$
ترس از آسیب به خود	۸۹ (۲۲/۲۵)	۷۸ (۱۹/۵)	$p=0/053$
کاهش احساس جذابیت	۷۷ (۱۹/۲۵)	۸۵ (۲۱/۲۵)	$p=0/062$
تصور ذهنی بد از ظاهر خود	۶۲ (۱۵/۵)	۴۸ (۱۲)	$p=0/054$
خونریزی بعد از زایمان	۱۹۶ (۴۹)	۲۴۴ (۶۱)	$p=0/017$

## بحث

در مطالعه حاضر شایع‌ترین مشکلات روابط جنسی در مقایسه بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب شامل: درد زمان نزدیکی، ناراحتی در محل پارگی، نداشتن میل جنسی، خونریزی بعد از زایمان، لوبریکاسیون ناکافی، خستگی، ترس از آسیب به خود، تصور ذهنی بد و ترس از بیداری به فرزند بود که فراوانی این مشکلات به جز خونریزی بعد از زایمان و کاهش احساس جذابیت، در گروه زایمان طبیعی بیشتر از سزارین بود. فراوانی مشکلات جنسی شامل: ترس از بیداری فرزند و ترس از آسیب و تصور ذهنی بد از ظاهر خود در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از اهمیت کمتری برخوردار بود. در مطالعه نیکپور و همکاران (۲۰۰۶) نیز شیوع مشکلات روابط جنسی بعد از زایمان طبیعی به ترتیب درد زمان نزدیکی (۶۸/۴۶٪)، ناراحتی در محل پارگی (۵۳/۴۳٪)، نداشتن میل جنسی (۳۵/۳۹٪)، لوبریکاسیون ناکافی (۲۳/۳۴٪) و لوبریکاسیون ناکافی (۱۱/۲۲٪) بیشتر از گروه زایمان سزارین بود. ترس از بیداری فرزند و ترس از آسیب و کاهش احساس جذابیت و تصور ذهنی بد از ظاهر خود در رتبه‌های پایین‌تری قرار داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین در مطالعه نیکپور، بین نوع زایمان با مشکلات روابط جنسی ارتباط معنی‌داری وجود داشت و زنان با زایمان واژینال مشکلات بیشتری داشتند (۱۸). بارت و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود بیان کردند که مشکلات جنسی بعد از زایمان نسبت به قبل از زایمان بیشتر می‌شود (۶). در مطالعه نیکپور و همکاران (۲۰۰۶) بین مشکلات جنسی بعد از زایمان و نوع زایمان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، ولی آسیب‌های حین زایمان باعث ایجاد مشکلات روابط جنسی در زنان شد (۱۸)، اما در مطالعه ازگلی و همکاران (۲۰۱۱) برخلاف مطالعه حاضر مشکلات روابط جنسی در زایمان سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بود (۲۴). در مطالعه اسدزاده و همکاران (۲۰۱۲) بین مشکلات جنسی و نوع زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت و زنان با زایمان واژینال مشکلات بیشتری داشتند (۲۳)، اما در مطالعه زنوزی و همکاران (۲۰۰۸) برخلاف

مطالعه حاضر مشکلات روابط جنسی در زایمان سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بود (۱۹). در مطالعه تامسون و همکاران (۲۰۰۲) و جانسن و همکاران (۲۰۰۷) در مقایسه دو گروه زایمان طبیعی و سزارین، میزان مقاربت جنسی بعد از زایمان در گروه زایمان طبیعی کاهش یافت که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۰)، همچنین در مطالعه اسدزاده و همکاران (۲۰۱۲) و ازگلی و همکاران (۲۰۱۴) نیز کاهش تعداد مقاربت جنسی بعد از زایمان ذکر شد (۲۳، ۲۴، ۲۵). در مطالعه حاضر و مطالعه جردینگن و همکاران (۱۹۹۳) مشکلات جنسی در زایمان واژینال بیشتر بود که احتمالاً ناشی از مواجهه زنان با مسئولیت‌های جدید از جمله مراقبت و نگهداری از فرزند و شیردهی، انجام اپی‌زیاتومی، پارگی واژن، ناراحتی پرینه و کمردرد باشد (۲۲). با توجه به فرهنگ جامعه، در مطالعه حاضر برای جلوگیری از اینکه واحدهای پژوهش احساس واقعی خود را نسبت به مسائل جنسی بیان نکنند، به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه بودن محتوای پرسشنامه و عدم ضرورت ذکر نام و نام خانوادگی اطمینان داده شد، با توجه به اینکه روابط جنسی از خصوصی‌ترین مسائل زندگی زناشویی محسوب می‌شود و نیز به دلیل محدودیت‌های فرهنگی و مذهبی در جامعه ما ممکن است افراد به راحتی قادر به صحبت در مورد مسائل جنسی خود نباشند، بنابراین عدم صداقت احتمالی برخی افراد در بیان صریح مسائل خود از محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگر در این مطالعه بود. در پایان در پاسخ به سؤال اصلی مطالعه باید ذکر کرد که فقدان میل جنسی، ناراحتی در محل پارگی، لوبریکاسیون ناکافی، درد زمان نزدیکی و خستگی به ترتیب در زایمان واژینال بیشتر از سزارین بود و بین مشکلات جنسی و نوع زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت و در زایمان واژینال بیشتر از سزارین بود.

پیشنهاد می‌شود پرسنل بهداشتی در این زمینه آموزش‌های بیشتری به مادران بدهند و توجه خود را از امور کلیشه‌ای و ثابت بازتر نمایند؛ چراکه تداوم روابط زناشویی کما فی‌السابق باعث بیشتر شدن ثبات زندگی خانوادگی می‌شود و لزوم توجه به این امر از واجبات

کشوری مبنی بر ترویج زایمان طبیعی و اهمیت افزایش کیفیت زایمان طبیعی به ماماها و متخصصین بهداشت توصیه می‌شود به فرآیند روابط جنسی و مشکلات روانی - اجتماعی ناشی از آن توجه داشته و قبل از ترخیص مادران و حین مراقبت‌های ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی آموزش‌های لازم را از این جهت به مادران ارائه دهند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در شورای پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۲ می‌باشد که قسمت مربوط به مشکلات جنسی در این مقاله آورده شده است. اصل کار تحقیقاتی، مقایسه مشکلات و تجارب جنسی در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین بعد از زایمان بود. بدین‌وسیله از زحمات ریاست، مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان امام سجاد (ع) و شبکه بهداشت و درمان شهرستان رامسر و همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران تشکر و قدردانی می‌شود.

حرفه‌ای مامایی است. در ضمن در صورت تثبیت این تفکر در مادران زایمانی که مشکلات روابط جنسی در زایمان واژینال بیشتر می‌شود باعث افزایش بیش از پیش زایمان سزارین خواهد بود که خود پایه‌ریز مشکلات بهداشتی و پزشکی می‌باشد. به نظر می‌رسد انجام معاینات پس از زایمان از ناحیه لگنی به طور معمول و پرسش از زنان در مورد وجود مشکلات جنسی خود می‌تواند زمینه‌ساز مطرح کردن این مشکلات باشد که شاید افراد در اثر خجالت یا مسائل عرفی از بیان آن عاجزند. امید است که بررسی مشکلات جنسی بعد از زایمان به عنوان یک موضوع کشوری قابل اجرا در برنامه مراقبت بعد از زایمان وارد گردد.

### نتیجه‌گیری

مشکلات جنسی ناشی از زایمان شامل: فقدان میل جنسی، ناراحتی در محل ای‌زیاتومی، لوبرکاسیون ناکافی، درد در زمان نزدیکی و خستگی در گروه زایمان واژینال بیشتر از سزارین است. با توجه به سیاست

### منابع

1. Page LA, McCandlish R. The new midwifery. Philadelphia: Livingstone; 2009.
2. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. J Sex Med 2004; 1(1):35-9.
3. McCool ME, Theurich MA, Apfelbacher C. Prevalence and predictors of female sexual dysfunction: a protocol for a systematic review. Syst Rev 2014; 3(1):75.
4. Katz A. Sexually speaking: Sexual changes during and after pregnancy. Am J Nurs 2010; 110(8):50-2.
5. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005; 16(4):263-7.
6. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG 2000; 107(2):186-95.
7. Andrews G. Women's sexual health. 2nd ed. Tehran: Edinburg; 2007.
8. Alden KR, Lowdermilk DL, Cashion MC, Perry SE. Maternity and women's health care. 7th ed. London: Mosby Co; 2009.
9. Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. J Fam Pract 2000; 49(3):229-32.
10. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. J Psychosom Obstet Gynecol 2003; 24(4):221-9.
11. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther 2000; 26(1):25-40.
12. Pezehki MZ, Bayrami R. Reliability and construct validity of Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) among pregnant women referred to Tabriz urban health centers. Proceedings of the 2nd National Congress on Family and Sexual Problems, Tehran, Iran; 2004.
13. Reamy KJ, White SE. Sexuality in the puerperium: a review. Arch Sex Behav 1987; 16(2):165-86.

14. Fichardt A, van Wyk NC, Weich M. The needs of postpartum women. *Curationis* 1994; 17(1):15-21.
15. Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA, Byrd JM. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Sex Res* 1996; 33(2):143-51.
16. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 288(4):785-92 .
17. Alteneeder RR, Hartzell D. Addressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: use of the PLISSIT model. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26(6):651-8.
18. Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikravesh M, Jamshidi R. Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran. *Razi J Med Sci* 2006; 13(50):189-96.
19. Zonuzi A, Satarzadeh N, Zamanzadeh V. Recognition of experienced psychologic varieties in wwomen's sexual relationship after childbirth. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008; 12(3):38-44. (Persian).
20. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29(2):83-94.
21. Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC, Essink-Bot ML, Beckers EA, Karsdorp VH, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(5):579-84.
22. Gjerdingen DK, Froberg DG, Chaloner KM, McGovern PM. Changes in women's physical health during the first postpartum year. *Arch Fam Med* 1993; 2(3):277-83.
23. Asadzade PH, Mashofi M, Homayonfar N, Imanpour M, Azimi S, Soltani R. Comparison sexual satisfactory after delivery in vaginal and cesarean. *Health J* 2012; 13(3):41-6. (Persian).
24. Ozgoli G, Dolatian M, Shaykhan Z, Valaei N. Study of sextual function and satisfactionin women with vaginal delivery and cesarean section referring to health center of Shahid Beheshti Medical University-2008. *Pajoohandeh J* 2011; 15(6):257-63. (Persian).
25. Ozgoli G, Sheikhan Z, Dolatian M, Valae N. The survey of obstacle and essentiality health providers for sexual health evaluation in women referring to health centers related of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Pejoohandeh J* 2014; 19(4):175-83. (Persian).
26. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J* 2014; 25(1):5-14
27. Owonikoko KM, Adeoye AG, Tijani AM, Adeniji AO. Determinants of resumption of vaginal intercourse in puerperium period in Ogbomoso: consideration for early use of contraceptives. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2014; 3(4):1061-6 .
28. Torkzahrani S, Banaei M, Ozgoli G, Azad M, Emamhadi MA. Postpartum sexual function; conflict in marriage stability: a systematic review. *Int J Med Toxicol Forensic Med* 2016; 6(2):88-98 .