

ارتباط رضایت جنسی با نوع زایمان در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های شهر همدان سال ۱۳۹۳

زهرا معصومی^۱، آروز شایان^۲، معصب قادری^۳، قدرت الله روشنائی^۴، الهام فکوری^{۵*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۱/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ارضای نیازهای جنسی و رضایتمندی حاصل از آن عوامل مهم سلامت جسم و روان است و بر دوام خانواده می‌افزاید. این مطالعه باهدف تعیین ارتباط رضایت جنسی با نوع زایمان در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های شهر همدان سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش کار: مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود که بر روی ۲۰۰ مادر زایمان کرده (۱۰۱ نفر زایمان طبیعی، ۹۹ نفر سزارین) مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه استاندارد سنجش رضایت جنسی لیندا برگ بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss 16 انجام شد و برای رسیدن به اهداف طرح از آزمون کائی اسکور و t استیودنت و رگرسیون، با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی نمونه‌ها $28/03 \pm 6/13$ بود. میانگین نمره رضایت جنسی در زایمان طبیعی $67/16 \pm 12/54$ و در زایمان سزارین $66/52 \pm 10/72$ به دست آمد، که بیشترین نمره رضایت جنسی مربوط به زنانی بود که زایمان طبیعی داشتند، این ارتباط معنی‌دار نبود. با تعدیل اثر متغیرهای (سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تحصیلات زن، رضایت از بارداری، نوع شیردهی)، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در رضایت جنسی دیده نشد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین رضایت جنسی و نوع زایمان مشاهده نشد. در حالی که ارتباط معنی‌داری بین رضایت جنسی و بارداری با برنامه‌ریزی قبلی و به دلخواه مشاهده شد. شاید این نکته موید این باشد که در رضایت جنسی مسائل روحی روانی نقش بیشتری دارد.

کلیدواژه‌ها: رضایت جنسی، زایمان طبیعی، زایمان سزارین

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره اول، پی‌درپی ۹۰، فروردین ۱۳۹۶، ص ۶۷-۷۵

آدرس مکاتبه: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، تلفن: ۰۹۳۰۲۲۰۲۱۱۶

Email: elhamf92@gmail.com

مقدمه

غریزه جنسی از نیازهای ذاتی انسان است، به‌طوری که مازلو این نیاز را در رده‌ی نیازهای حیاتی اولیه قرار داده است. رابطه جنسی یک الزام برای هر موجود زنده و بالغ است، و اهمیت آن در رابطه زناشویی بالاتر از یک رابطه فیزیکی و جسمی است و نوعی انرژی است که افراد را بر می‌انگیزد تا عشق و عاطفه و صمیمیت در بین خود به وجود آورند (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت در رابطه با سلامت جنسی؛ بهداشت جنسی عبارت است از یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم، که جنبه‌های

اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق می‌دهد و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود لذا هرگونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت جنسی می‌شود، می‌تواند منجر به اختلال جنسی شود (۲، ۳). از لحاظ لغوی واژه‌ی رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق می‌شود. رضایت جنسی شامل رضایت فرد از فعالیت‌های جنسی خود تا رسیدن به اوج لذت جنسی است. شایان ذکر است که سطوح بالایی از رضایت جنسی منجر به افزایش کیفیت زندگی زناشویی و کاهش بی‌ثباتی زناشویی در طی زندگی می‌گردد. رضایت

^۱ استادیار علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ مربی علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ دانشجوی کارشناس ارشد علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ استادیار علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۵ کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

رضایت جنسی وجود دارد (۱۷، ۱۸)، مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط نوع زایمان با رضایت جنسی زنان مراجعه کننده به درمانگاه های شهرستان همدان انجام گرفت.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود که پس کسب اجازه از شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان، کمیته اخلاق و ریاست محترم مرکز بهداشت همدان و کسب رضایت آگاهانه از نمونه های پژوهش، بر روی ۲۰۰ مادر زایمان کرده مراجعه کننده به درمانگاه های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال به مدت ۵ ماه طی سال ۱۳۹۳ انجام شد. فرمول حجم نمونه مطابق فرمول زیر محاسبه شد: با استفاده از نسبت های به دست آمده از مطالعات قبلی صورت گرفته [۱۹] در فرمول تعیین حجم نمونه زیر ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر با زایمان طبیعی و ۷۵ نفر زایمان به روش سزارین) مورد بررسی قرار می گیرند. (با در نظر گرفتن، $p_1=0.6$ ، $p_2=0.76$ ، میزان اطمینان ۹۵ درصد، $Z_{1-\alpha/2}=1.96$ و توان آزمون ۸۰ درصد)

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha}\sqrt{p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

نمونه گیری به صورت خوشه ای انجام گرفت به این صورت که شهر به ۵ ناحیه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد و به تصادف از هر ناحیه یک مرکز بهداشتی انتخاب (شهدا-فاطمیه-امام خمینی-ولی عصر-سمیعی مدرس) شد. ۵ مرکز انتخاب شد و از هر مرکز ۴۰ نمونه بر اساس دارا بودن معیارهای ورود در پژوهش وارد شدند. معیارهای ورود شامل گذشت حداقل یک ماه از شروع ارتباط جنسی در زوجین پس از زایمان، عدم ابتلا به بیماری های طبی، تولد نوزاد سالم و زنده، نداشتن شریک جنسی متعدد، عدم ابتلا به افسردگی پس از زایمان، عدم وجود اختلالات روانی تأیید شده (افسردگی، اسکیزوفرنی، اختلالات مانیک)، عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکل، عدم وجود اختلالات جنسی قبل از بارداری تأیید شده توسط روانپزشک بودند. معیار خروج شامل عدم تمایل به ادامه تکمیل پرسشنامه بود. تعداد ۲۱۵ پرسشنامه توزیع شد که ۴ پرسشنامه بعد از توزیع به محقق بازگردانده نشد و ۱۰ نفر پرسشنامه را کامل پر نکردند و از پژوهش حذف شدند (میزان پاسخدهی ۹۳/۰۲ بود).

ابزار تحقیق شامل ۲ پرسشنامه بود: یک پرسشنامه جهت مشخصات جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، میزان درآمد، تعداد بارداری، تعداد زایمان، نوع زایمان) و دیگری پرسشنامه استاندارد سنجش رضایت جنسی Lindaberg بود. پرسشنامه Lindaberg توسط Lindaberg (۱۹۹۷) تهیه، و روایی و پایایی آن در ایران

جنسی تنها لذت جسمانی نیست و شامل کلیه احساسات باقیمانده پس از جنبه های مثبت و منفی ارتباط جنسی می شود. امروزه علت شکست ۵۰ درصد از ازدواج ها، عدم رضایت جنسی می باشد (۴). رضایت جنسی با متغیرهای جنسی (دفعات تجربه ارگاسم، دفعات رابطه جنسی در هفته، طول مدت رابطه ی جنسی در هر بار)، فاصله سنی زوجین، مدت زمان ازدواج، وضعیت اعتیاد، تعهد زناشویی زوجین، تحصیلات و روابطی مانند روابط حمایت کننده، همدلی و عشق و بارداری و و نوع زایمان ... ارتباط معنی دار دارد (۵).

یکی از عوامل مؤثر بر اختلال و رضایت جنسی نوع زایمان است. پژوهشگران عوامل مؤثر متعددی را بر عملکرد جنسی طبیعی ذکر کرده اند که می توان به عواملی مانند وجود بیماری های ارگانیک، مسائل فرهنگی، آسیب دیدگی جنسی و تجارب بد قبلی اشاره کرد. نوع زایمان نیز در برخی مطالعات از جمله عوامل مؤثر بر رضایت جنسی نام برده شده است (۶، ۷). تصور آسیب به کانال زایمانی و در نتیجه شلی عضلات کف لگن در زایمان طبیعی انتظار تغییر در عملکرد و رضایت جنسی در زوجین را به وجود می آورد (۸). شلی عضلات لگنی می تواند علت کاهش رضایت جنسی پس از زایمان باشد. متأسفانه میزان سزارین در بیش از ۵۰ درصد کشورها بیشتر از ۱۵ درصد است (۴). این در حالی است که برخلاف عقاید مادران در غیاب مشکلات خاص، زایمان طبیعی ایمن تر از سزارین است. همچنین درد، ضعف، ناتوانی، طول دوره بهبودی پس از سزارین نسبت به زایمان طبیعی بیشتر است (۹). برخی از پژوهش ها نشان می دهند که یکی از مهم ترین دلایل تمایل زنان به سزارین، تصور تأثیر زایمان طبیعی بر عملکرد جنسی پس از زایمان است (۱۰). در مطالعه ای نشان داده شد که در زایمان واژینال مشکلات جنسی پس از زایمان بیشتر شده و اختلاف معنی داری بین مشکلات جنسی قبل و پس از بارداری دیده شده است (۱۱). پژوهش از گلی و همکاران نشان می دهد که عملکرد و رضایت جنسی در دو گروه زنان زایمان کرده به صورت زایمان طبیعی و سزارین در ۲، ۴، ۶ ماه پس از زایمان تفاوت معنی داری نداشت (۱۲). نتایج مطالعه ی khajei و همکاران در شهر شیراز نیز نشان داد نوع زایمان تأثیری بر عملکرد جنسی دو گروه زنان نخست زای زایمان طبیعی و سزارین انتخابی ندارد (۱۳). همچنین در پژوهش Woranitat نیز ارتباطی بین نوع زایمان و عملکرد جنسی وجود نداشت (۱۴).

نارضایتی از عملکرد جنسی با مشکلات اجتماعی و طلاق ارتباط تنگاتنگی دارد و حتی ۴۰ درصد طلاق ها به علت عدم رضایت جنسی صورت می گیرد (۱۵) از آنجایی که مشکلاتی که بر سر راه پایداری و دوام خانواده ها شناسایی می شوند، همیشه مورد توجه و حساسیت صاحب نظران و کارشناسان سلامت بوده است (۱۶) و با توجه به نتایج ضد و نقیض که در مطالعات پیرامون تأثیر نوع زایمان بر

توسط صالحی فدری تحت عنوان تدوین و هنجاریابی پرسشنامه رضایت زناشویی تأیید گردیده است (۲۰). این پرسشنامه ابزار معتبر و دقیق اندازه‌گیری رضایت جنسی است که شامل ۱۷ سؤال است و نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس لیکرت (۵-۱) انجام می‌گیرد. امتیاز بندی آن به صورت همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز می‌باشد. در صورت پاسخ همیشه، ۵ امتیاز و پاسخ هرگز، ۱ امتیاز و در صورتیکه پاسخ‌ها بیشتر اوقات، گاهی اوقات و بندرت باشد به ترتیب امتیاز ۲، ۳، ۴ داده می‌شود.

حدأقل نمره ۱۷ و حداکثر نمره ۸۵ می‌باشد. نمره نهایی از ۵۱-۱۷ (برای رضایت کم)، ۶۷-۵۲ (برای رضایت متوسط)، تا ۸۵-۶۸ (برای رضایت بالا) تقسیم‌بندی می‌شود. بنابراین، نمره بالاتر نشان‌دهنده رضایت جنسی بالاتر است. روایی این پرسشنامه توسط Lindaberg در سال ۱۹۹۷ تأیید شد و پایایی آن نیز با روش توافق ارزیابان به ترتیب با ضریب همبستگی $0.7/0.7$ و $0.83/0.83$ مورد تأیید قرار گرفت (۲۱، ۲۲).

در این پژوهش نیز نمره آلفا کرونباخ $0.87/0.87$ به دست آمد. فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش به صورت کتبی در ابتدای هر پرسشنامه درج شد پژوهشگر قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، توضیحات لازم را برای نمونه‌ها ارائه کرد و سپس از آن‌ها خواسته شد که در صورت تمایل پرسشنامه‌ها را پر نمایند.

در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ وارد گردیده و از آزمون‌های t استیودنت و آماری مجذور کای و پیرسون و T مستقل در سطح معنی‌داری $0.05/0.05$ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد، میانگین سنی نمونه‌ها 28.03 ± 6.13 سال بود. از کل نمونه‌ها (۲۰۰ نفر)، تعداد ۱۰۱ (۵۰/۵ درصد) نفر زایمان طبیعی و ۹۹ (۴۹/۵ درصد) نفر زایمان سزارین داشتند. از نظر تحصیلات ۹۲ نفر (۴۶ درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. تعداد ۱۸۲ نفر از نمونه‌ها خانه‌دار (۹۱ درصد) بودند. ۲۵ نفر (۱۲/۵ درصد) از نمونه‌ها با همسر خود فامیل نزدیک بودند. آزمون آماری تی زوجی نشان داد که میانگین سنی زنان در گروه زایمان طبیعی 25.8 ± 5.3 سال و در گروه سزارین 30.3 ± 6.2 سال بوده است که زنان در گروه زایمان طبیعی از میانگین سنی کم‌تری برخوردار بوده‌اند. از نظر صمیمیت با همسر به ترتیب تعداد ۷۸ (۳۹ درصد) نفر رابطه خیلی صمیمی داشتند. ۱۴۰ نفر (۷۰ درصد) از نمونه‌ها اتاق خواب مجزا داشتند. ۱۱۸ نمونه (۵۹ درصد) صاحب فرزندی با جنسیت پسر بوده و همچنین (۵۹ درصد) از زنان از جنسیت نوزاد متولد شده راضی بودند. ۱۷۸ نفر (۸۹ درصد) از نمونه‌ها با شیر مادر نوزادشان را تغذیه می‌کردند. بیشترین افراد از روش طبیعی جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند (۴۶/۲ درصد)، اکثریت در هر دو گروه حدود ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان در ماه در آمد داشتند. نتایج این پژوهش نشان داد اکثر نمونه‌های این پژوهش در دو گروه از بارداری خود راضی بودند (جدول ۱).

جدول (۱): مقایسه مشخصات دموگرافیک در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های شهر همدان ۱۳۹۳

متغیر	زایمان طبیعی		سزارین		نتایج تست آماری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن (سال)	۱۷	۸/۵	۳	۱/۵	$X^2 = 27.87$
۱۵-۱۹	۳۸	۱۹/۰	۱۹	۹/۵	$P < 0.001$
۲۰-۲۵	۲۵	۱۲/۵	۲۹	۱۴/۵	
۲۶-۳۰	۱۶	۸/۰	۳۷	۱۸/۵	
۳۱-۳۵	۵	۲/۵	۹	۴/۵	
۳۶-۴۰	۰	۰	۲	۱/۰	
بیش از ۴۰	۱۸	۹/۲	۱۵	۷/۷	$X^2 = 10.39$
درآمد	۵۰	۲۵/۶	۳۵	۱۷/۹	$p = 0.109$
کم‌تر از ۵۰۰ هزار تومان	۲۲	۱۱/۳	۳۷	۱۹/۰	
۵۰۰-۱۰۰۰	۵	۲/۶	۷	۳/۶	
۱۰۰۰-۱۵۰۰	۰	۰	۲	۱/۰	
۱۵۰۰-۲۰۰۰	۱	۰/۵	۰	۰	
۲۰۰۰-۲۵۰۰	۱	۰/۵	۲	۱/۰	
۲۵۰۰-۳۰۰۰					
بیش از ۳ میلیون					

تعداد	۲-۱	۸۶	۴۳/۴	۷۷	۳۸/۹	$X^2=2/810$
بارداری	۴-۳	۱۱	۵/۶	۱۹	۹/۶	$p=0/245$
	بیش از ۵	۳	۱/۵	۲	۱/۰	
تعداد زایمان	۲-۱	۶۳	۳۱/۸	۵۳	۲۶/۸	$X^2=2/96$
	۴-۳	۲۸	۱۴/۱	۳۲	۱۶/۲	$p=0/397$
	بیش از ۵	۸	۴/۰	۹	۴/۵	
سطح	زیر دیپلم	۵۵	۵۴/۴۵	۳۷	۳۷/۳۷	$X^2=6/96$
تحصیلات	دیپلم	۳۰	۲۹/۷	۳۸	۳۸/۳۸	$p=0/073$
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۴	۱۳/۸۶	۲۳	۲۳/۲۳	
	فوق لیسانس و بالاتر	۲	۱/۹۸	۱	۱/۰۱	
رضایت از	بلی	۸۰	۷۹/۲۱	۷۷	۷۷/۷۷	$X^2=0/012$
بارداری	خیر	۲۱	۲۰/۷۹	۲۱	۲۱/۲۱	$p=0/525$
نوع شیردهی	شیر مادر	۹۴	۹۳/۰۶۹	۸۴	۸۴/۸۴	$X^2=3/625$
	شیر خشک	۲	۱/۹۸	۳	۳/۰۳	$p=0/163$
	هر دو	۵	۴/۹۵	۱۲	۱۲/۱۲	

همچنین طبق نتایج جدول ۲ بیشترین نمره رضایت جنسی مربوط به زنانی بود که زایمان طبیعی داشتند، اما از لحاظ آماری معنی دار نبود.

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره رضایت جنسی در زایمان طبیعی و سزارین در مراجعه کنندگان به درمانگاههای شهر همدان ۱۳۹۳

نوع زایمان	تعداد	رضایت جنسی		p-value
		میانگین	انحراف معیار	
طبیعی	۱۰۱	۶۷/۱۵	۱۲/۵۴	$p=0/702$
سزارین	۹۹	۶۶/۵۲	۱۰/۷۲	

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می دهد که با تعدیل اثر سایر متغیرها نیز رضایت جنسی در دو گروه تفاوت معنی داری نشان نداد ($p<0/05$).

جدول (۳): برازش مدل رگرسیونی بر رضایت جنسی در حضور سایر متغیرها

متغیر	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شد		p.value
	B	خطای استاندارد	Beta	t	
(Constant)	-۰/۰۴	۰/۰۵۹		-۰/۰۷۳	۰/۹۴۲
سن	-۰/۰۲	۰/۰۰۳	-۰/۰۶۶	۰/۶۶۶	۰/۵۰۶
تعداد بارداری	۰/۰۲۴	۰/۰۳۳	۰/۱۱۲	۰/۷۲۶	۰/۴۶۹
تعداد زایمان	۰/۰۱۸	۰/۰۲۳	۰/۱۱۱	۰/۷۹۵	۰/۴۲۷
تحصیلات زن	۰/۰۱۷	۰/۰۱۱	۰/۱۱۷	۱/۵۰۲	۰/۱۳۵
رضایت از بارداری	۰/۰۰۶	۰/۰۳۱	۰/۰۱۷	۰/۲۱۱	۰/۸۳۳
نوع شیردهی	-۰/۰۱۸	۰/۰۲۱	-۰/۰۶۳	۰/۸۶۱	۰/۳۹۱
گروه ها	-۰/۰۱۳	۰/۰۲۵	-۰/۰۴۰	-۰/۵۰۵	۰/۶۱۴

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، رضایت جنسی اکثر افراد موردپژوهش در هر دو گروه در سطح بالا قرار دارد، اما دو گروه تفاوت معنی‌دار بر اساس طبقه‌بندی رضایت جنسی نداشتند.

جدول (۴): ارتباط طبقه‌بندی رضایت جنسی با نوع زایمان در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های شهر همدان ۱۳۹۳

متغیر	گروه	طبیعی	سزارین	P-value
رضایت جنسی	کم	۱۲ (۱۱/۸۸٪)	۱۱ (۱۱/۱۱٪)	p=۰/۶۰۶
	متوسط	۳۱ (۳۰/۷۰٪)	۳۷ (۳۷/۳۸٪)	
	زیاد	۵۸ (۵۷/۴۲٪)	۵۱ (۵۱/۵۱٪)	
	جمع	۱۰۱ (۱۰۰٪)	۹۹ (۱۰۰٪)	

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به‌منظور بررسی ارتباط نوع زایمان با رضایت جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر همدان انجام گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که افرادی که زایمان طبیعی داشتند نسبت به زایمان سزارین رضایت جنسی بیشتری داشتند ولی این تفاوت معنی‌دار نبود. در مطالعه Barret و همکاران، ۷۹۶ زن نخست‌زا که ۹۴ نفر از آن‌ها زایمان طبیعی داشتند و بقیه به‌صورت واژینال زایمان کرده بودند، طی ۳ و ۶ ماه پس از زایمان از نظر عملکرد و رضایت جنسی موردبررسی قرار گرفتند در مطالعه وی نیز این ارتباط معنی‌دار بین رضایت جنسی و نوع زایمان مشاهده نشد (۲۳) همچنین در مطالعه Nasiri amiri و همکاران، ارتباط معنی‌داری میان نوع زایمان و رضایت جنسی دیده نشد (۲۴) که این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در بعضی موارد ذکر شده است که به علت آسیب کانال زایمانی و در نتیجه شلی عضلات کف لگن این احتمال وجود دارد که عملکرد جنسی، پاسخ و رضایتمندی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۹). اگرچه رضایتمندی افراد از روابط جنسی به دنبال زایمان واژینال بیشتر بود ولی عدم وجود تفاوت آماری معنی‌دار در مطالعه حاضر می‌تواند عدم پاسخگویی صریح و صادقانه افراد به دلیل شرم و حیا و عوامل فرهنگی در پاسخدهی به سؤالات در حیطه مسائل جنسی باشد. در مطالعه Hantushzadeh نیز رضایت جنسی در افرادی که زایمان واژینال داشتند بیشتر بود که در مطالعه ذکر شده این ارتباط معنی‌دار بود (۲۵). در مطالعه Baksu و همکاران، رضایت جنسی در گروه زایمان سزارین به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه زایمان طبیعی بود (۲۶). از جمله دلایلی که می‌تواند تفاوت در نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر با مطالعه Baksu را توجیه کند؛ در مطالعه Baksu صرفاً زنان نخست‌زای اپی‌زیاتومی شده را مورد مطالعه قرار داد در حالی که در مطالعه حاضر زنان چندزا موردبررسی قرار گرفته‌اند، هم‌زمانی که زایمان طبیعی با یا بدون اپی‌زیاتومی و سزارین داشتند

مورد مطالعه قرار گرفتند. طبق بررسی‌های انجام شده برخی از مشکلات جنسی پس از زایمان طبیعی به‌دلیل برقراری زودتر از موعد رابطه جنسی و ترمیم ناکامل محل اپی‌زیاتومی می‌باشد (۲۶). در مطالعه Nikpur و همکاران، بین مشکلات جنسی بعد از زایمان و نوع زایمان ارتباط معنی‌دار وجود نداشت ولی آسیب‌های حین زایمان موجب ایجاد مشکلات روابط جنسی در زنان شده بود (۲۷)، اما در مطالعه Ozgoli و همکاران (۱۲) مشکلات روابط جنسی در زایمان سزارین بیشتر بود. از جمله مشکلاتی که زنان بعد از زایمان با آن دست و پنجه نرم می‌کنند از یک سو پذیرش نقش جدید و فرزند پروری و مراقبت از نوزاد است و از سوی دیگر مراقبت از خود می‌باشد. در زنانی که زایمان به روش طبیعی همراه با اپیزیاتومی دارند باید مراقبت بهتری از محل اپی‌زیاتومی داشته باشند، درد کمر و ناراحتی ناحیه پرینه از جمله دیگر مشکلات در این گروه افراد می‌باشد (۲۵). از سوی دیگر زنانی که زایمان سزارین داشته‌اند نیاز به مراقبت بیشتری از زخم جراحی دارند. محدودیت حرکتی که پس از زایمان سزارین وجود دارد و ترس از باز شدن بخیه‌ها از جمله عواملی هستند که پس از زایمان سزارین افراد را به داشتن رضایت جنسی پایین سوق می‌دهد. هر چقدر سرعت بهبود عوارض بعد از زایمان بیشتر باشد طبیعتاً افراد زودتر به عملکرد طبیعی جنسی خود بازخواهند گشت. که به نظر می‌رسد در زایمان طبیعی این سرعت بیشتر باشد. مسأله‌ای که در مطالعه Hantushzadeh و همکاران به آن اشاره کرده‌اند. در مطالعه وی رضایت جنسی در زنان با زایمان واژینال بعد از یک سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان با زایمان سزارین بیشتر بود (۲۵). با تعدیل اثرمتغیرهای (سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تحصیلات زن، رضایت از بارداری، نوع شیردهی)، رضایت جنسی در دو گروه با زایمان سزارین و طبیعی، تفاوت معنی‌داری نشان نداد. در مطالعه Hantushzadeh و همکاران ارتباط معنی‌داری بین تعداد دفعات شیردهی و رضایت جنسی مشاهده نشد (۲۵) هر چند که Avery

بیان می‌کند در میان زنان شیرده به علت تغییرات هورمونی و در کنار آن تغییرات خلقی که بیشتر افسرده و کسل خواهند بود احتمال این که رضایت جنسی از روابط خود داشته باشند کم‌تر می‌باشد (۲۸). نتایج این مطالعه بین رضایت جنسی و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری نشان نداد که این نتیجه با برخی مطالعات همسو (۲۹، ۲۴، ۲۸) و با برخی متناقض (۳۰، ۲۵) است. نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری از مشکلات جنسی که زوجین با آن رو به رو می‌شوند، ناشی از کمبود دانش و تصورات نادرست جنسی است (۳۰) انتظار می‌رود افرادی که سطح تحصیلات بالاتر و آگاهی و دانش جنسی بیشتری دارند، با مشکلات کم‌تری رو به رو شوند. اما به دلیل این که در کشور ما آموزش جنسی ناکافی برای عموم وجود دارد (۲۵) نتیجه این پژوهش ارتباط معنی‌داری میان سطح تحصیلات و رضایت جنسی نشان نداد.

همچنین نتایج این پژوهش بین سن مادر و رضایت جنسی بعد از زایمان ارتباط معنی‌دار نشان نداد که این نتیجه همسو با نتیجه مطالعه Golmakani و همکاران (۱۷)، می‌باشد. نتایج این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین رضایت جنسی پس زایمان و سطح درآمد خانواده نشان داد. این نتیجه غیر همسو با مطالعه Baghdari و همکاران می‌باشد (۲۹). زیرا در مطالعه آنان ارتباط معنی‌داری بین سطح درآمد و رضایت جنسی پس از زایمان دیده نشد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین تعداد دفعات به اداری و زایمان با رضایت جنسی وجود دارد. در مطالعه Baghdari نیز ارتباط معنی‌داری بین تعداد زایمان و عملکرد جنسی نشان داد

که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد (۲۹).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم بررسی رضایتمندی جنسی افراد قبل از زایمان و حاملگی و مقایسه آن با بعد از زایمان، و عدم بررسی سایر عوامل مانند شغل زن و همسر، محل سکونت اشاره کرد زیرا بررسی موارد فوق می‌تواند نتایج دقیق‌تری در این راستا به دست آورد، که انجام آن در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

در نهایت نتایج این مطالعه و بسیاری از مطالعات داخلی و خارجی بیانگران است که ارتباط معنی‌داری بین رضایت جنسی و نوع زایمان وجود ندارد. آنچه که از نتایج مطالعه ما به آن رسیدیم عوامل مؤثر دیگری هستند که باعث ارتقای رضایت جنسی در افراد می‌شود. از جمله رضایتی که فرد از زایمان خود داشته، صمیمیت در رابطه با همسر این نکته می‌تواند موید این باشد که مسائل روحی روانی در ایجاد رضایت جنسی نقش مهم‌تری دارد. لذا توصیه می‌شود انجام مطالعه‌های بیشتر در این زمینه مدنظر محققین باشد. همچنین می‌توان گفت که بالا بودن یا پایین بودن میزان رضایت جنسی نمی‌تواند معیاری برای انتخاب نوع زایمان باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی همدان، معاونت پژوهشی این دانشگاه و پرسنل و درمانگاه‌های سطح شهر، که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

References:

- Gadassi R, Bar-Nahum LE, Newhouse S, Anderson R, Heiman JR, Rafaeli E, et al. Perceived partner responsiveness mediates the association between sexual and marital satisfaction: A daily diary study in newlywed couples. *Arch Sex Behav* 2016;45(1): 109-20.
- Tavakolizadeh J, N H. The Effect of Cognitive Behavioral Teaching on Marital Satisfaction of Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Ilam Univ Med Sci* 2013;21(5). (Persian)
- Shayan A, Kaviani M, Haghpanah S, Gholamzadeh S, Zarenezhad M, Masumi Z. Evaluation of sexual dysfunctions and its related factors in women experiencing domestic violence had been referred to forensic medicine center of Shiraz. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2015;23(2): 32-41.
- Shams-Mofaraheh Z SM, Mohebi S, Tabaraee Y. The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz city Health system research. *Health Sys Res* 2010;6(3): 417-24. (Persian)
- Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. *J Sex Med* 2016;13(3): 393-401.
- Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A, Diniz SG. The relationship between mode of delivery and sexual health

- outcomes after childbirth. The journal of sexual medicine. 2015;12(5): 1212-20.
7. Oleary KD HR, Junsegma AE. The couples psychotherapy treatment planner. Translated by Kimiae S, Bagherian Z. 1st. Tehran: Roshd publication. 2005: 262-362.
8. Eid M, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. International journal of impotence research. 2015;27(3): 118-20.
9. Pourakbaran E, Yazdi SAA. A study of sexual functioning and marital satisfaction in women with and without history of labor. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015;17(4): 202-8. (Persian)
10. Gungor S, Baser I, Ceyhan S, Karasahin E, Acikel C. Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. International journal of impotence research. 2007;19(4): 358-65.
11. 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.
12. Ozgoli G, Dolatian M, Sheykhan Z, Valaei N. Study of sexual function and satisfaction in women with vaginal delivery and cesarean referring to Health Center of Shahid Beheshti Medical University-2008. Pajoohandeh Journal. 2011;15(6): 257-63. (Persian)
13. Khajehei M, Ziyadlou S, Safari RM, Tabatabaee H, Kashefi F. A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. Indian Journal of Community Medicine. 2009;34(2): 126. (Persian)
14. Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. J Med Assoc Thailand 2007;90(9): 1744.
15. Anise B, Tavoni S, Ahmade Z, Hosseini F. Sexual changes and related sexual factors in primiparamothers during 3 to 6 months postpartum 1384. Iran J Nurs 2005;18(41):69-0.
16. hirdel M. The Tendency Factors of Married Men and Women to Sexual Unlawful Relationship. Social Welfare. 2006; 6 (22) :133-48. (Persian)
17. Golmakani N, Darmohamady M, Mazlom R. Evaluation of sexual satisfaction and marital satisfaction after delivery in nulliparous women referred to health centers in Mashhad. Iran J Obstetrics Gynecol Infertil 2013;16(3): 7-13. (Persian)
18. Sadat Z, Saberi F, Taebi M, Abedzadeh M. Relationship between women's quality of life and type of delivery. J Gorgan Univ Med Sci 2011;13(1): 101-8.
19. Mohammadi TS, Kiani AA, Heydari M. The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery. J Babol Univ Med Sci 2009;11(50):54-9. (Persian)
20. Salehy Fadardy J. The development and validation of marital satisfaction questionnaire on a sample of students of ferdowsi University. Psychother Novelties 1999;4: 13-4. (Persian)
21. Modarres M, Rahimikian F, Booriaie E. Effect of pelvic muscle exercise on sexual satisfaction among primiparous women. J Hayat 2013;18(4): 10-8. (Persian)
22. Golmakani N, Dormohammadi M, Mazloun SR. Survey Of Sexual Satisfaction and Marital Satisfaction during Postpartum at Primiparous Women Referred to Health Care Centers of Mashhad, Iran. Iran J Obstetrics Gynecol Infertil 2013;16(55): 7-13. (Persian)
23. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. Birth 2005;32(4): 306-11.
24. Nasiri AF, BAKOUEI F. Assessment of sexual function during breastfeeding and its related factors in primiparous women referred to babol health

- centers (2005-2006). J Babol Univ Med Sci 2007; 4(39):52-8. (Persian)
25. Hantoushzadeh S, Shariat M, Rahimi Foroushani A, Ramezanzadeh F, Masoumi M. Sexual satisfaction after child birth: vaginal versus elective cesarean delivery. Tehran Univ Med J 2009;67(1). (Persian)
26. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. Int Urogynecol J 2007;18(4): 401-6.
27. 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. Razi J Med Sci 2006;13(50): 189-96. (Persian)
28. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. J Midwifery Women's Health 2000;45(3): 227-37.
29. Baghdari N, Anbaran ZK, Mazloom SR, Golmakani N. Comparison of Women's Sexual Function after Natural Childbirth and Cesarean Section in Women Referring To the Healthcare Centers of Mashhad. Iran J Obstetrics Gynecol Infertil 2012;15(30). (Persian)
30. Bakhshayesh A, MORTAZAVI M. The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples. J Appl Psychol 2010; 3(12); 73-85. (Persian)

A STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL SATISFACTIONS AND THE TYPE OF DELIVERY IN REFERRALS TO CLINICS IN HAMADAN, 2014

Zahra Masumi¹, Arezoo Shayan², Musab Ghaderi³, Ghodrat Roshanaei⁴, Elham Fakori⁵

Received: 21 Nov, 2016; Accepted: 22 Jan, 2017

Abstract

Background & Aims: The need for sexual fulfillment and satisfaction is an important factor in physical and mental health, and it adds to the durability of the family. The aim of this study was to investigate the relationship between sexual satisfactions with the type of delivery in patients who were referred to clinics in Hamadan, in 2014.

Material & Methods: This study is a descriptive- analytical study which was carried out on 200 women (101 section vaginal delivery, 99 cesarean delivery) referring to the clinics affiliated to the Hamedan University of Medical Sciences in 2014. Research tools included demographic checklist and a standard questionnaire (Lyndabrg) to measure sexual satisfaction. Data analysis was performed using spss 17 software.

Results: The average age of the samples was 28.03 ± 6.13 . Sexual satisfaction score in the NVD, and cesarean delivery group were 67.16 ± 12.54 and 66.52 ± 10.72 , respectively. The highest sexual satisfaction score was seen in women who had normal delivery, but it was not significant. With an adjustment for variables (age, parity, education, women, satisfaction of pregnancy, lactation type), sexual satisfaction was not significantly different between the two groups.

Conclusion: The investigation illustrated that there was no significant correlation between sexual satisfaction and the type of delivery. A significant correlation was seen between sexual satisfactions and having a plan for pregnancy. It can reflect an important role for sexual psychologists.

Keywords: sexual satisfaction, vaginal delivery, cesarean delivery.

Address: Hamedan, Hamedan University of Medical Sciences

Tel: (+98) 9302202116

Email: elhamf92@gmail.com

¹ Assistant Professor, Hamadan University of Medical Sciences

² Instructor, Hamadan University of Medical Sciences

³ Student, Master of Medical Surgical Nursing, Hamadan University of Medical Sciences

⁴ Assistant Professor, Hamadan University of Medical Sciences

⁵ Counseling Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences (Correspondin Author)