



## مروری بر اختلال عملکرد جنسی زنان در طی دوره پس از زایمان

زیبا تقی‌زاده<sup>۱</sup>، آزاده زنوزی<sup>۲\*</sup>، معصومه اصغری<sup>۳</sup>

### چکیده

مقدمه: اختلالات عملکرد جنسی در زنان شایع و دارای اتیولوژی متعددی است که بر سلامت جسمی و روانی، اعتماد به نفس و کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارد. نارسائی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جراثم، بیماری‌های روانی و طلاق دارند. پایین بودن کیفیت زندگی، اضطراب، عزت نفس پایین، خویشتن‌گرایی، عصبی بودن، بروز دردهای زیر دل و کمردردها، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام کارهای معمولی نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضای غریزه جنسی است. مطالعه مروری حاضر با هدف بررسی اختلال عملکرد جنسی در زنان در طی دوره پس از زایمان انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مروری از مقالات انگلیسی و فارسی مناسب و مرتبط استفاده شد. جهت جستجوی مقالات به زبان فارسی از پایگاه‌های ایرانی SID، IranMedex و Magiran و جهت جستجوی مقالات انگلیسی از پایگاه‌های Sciruse، Proquest، Sciruse، Google Scholar، Cochrane Library، EBSCO، Sciencedirect، PubMed، Ovid، MD consult استفاده شد.

نتیجه‌گیری: عملکرد جنسی مانند یک چرخه است و عوامل گوناگونی بر روی آن اثر می‌گذارند. از جمله عوامل مختلفی که بر تمایلات، عملکرد و رفتار جنسی انسان تأثیر می‌گذارند می‌توان به عوامل فیزیولوژیک، آناتومیک، سایکولوژیک، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی-سیاسی و غیره اشاره کرد. مسلماً شناسایی تجارب جنسی زنان در طی دوره پس از زایمان نقش مهمی در حفظ سلامت خانواده و برقراری روابط طبیعی و غریزی خواهد داشت. بنابراین، بایستی توجه به سلامت جنسی از اجزای اصلی مراقبت‌ها قرار گیرد تا بدین طریق گامی در جهت حل معضلات زنان برداشته شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، دوره پس از زایمان، عملکرد جنسی

۱- دکترای بهداشت باروری، عضو هیات علمی گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشجوی دکترای بهداشت باروری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پیشوا، تهران

۳- کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پیشوا، تهران

\* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۲۴۹۲۴۶۹۴، پست الکترونیکی: zenoz.az@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۱۱ تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۷/۱

## مقدمه

فروید به عنوان بنیان‌گذار تئوری روان تحلیل‌گری میل جنسی را امری طبیعی و فیزیولوژیک می‌دانست که اساس نیازهای انسانی است و به عقیده مازلو، نظریه‌پرداز انسان‌گرا در سال ۱۹۶۰ برآورده نشدن این نیاز، تعالی انسان را به شدت آسیب‌پذیر می‌کند (۱). در واقع تمایلات جنسی، درونی‌ترین و عمیق‌ترین آرزوی قلبی انسان در معنا بخشیدن به یک ارتباط است. نیاز جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان، بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی نظیر نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود. بنابراین هرگونه اختلالی که به ناهماهنگی و در نتیجه نارضایتی از رابطه جنسی منجر شود، ممکن است اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (۲). از زمانی که ایس، کینزی و بعد از آن مسترز و جانسون به مطالعه نظام‌مند رفتارهای جنسی انسان پرداختند، این مساله تصریح گردید که مشکلات و اختلالات جنسی شایع‌تر از آن است که قبلاً تصور می‌گردید. بسیاری از مسائل جنسی به خاطر ترس و اضطراب، شرم و خجالت یا احساس بی‌کفایتی و گناه مخفی مانده و بیان نمی‌شوند. تخمین زده شده است که ۶۳-۲۵ درصد زنان دچار اختلال عملکرد جنسی هستند که در جمعیت عمومی شایع می‌باشد. اختلال عملکرد جنسی در زنان (۴۳ درصد) شایع‌تر از مردان (۳۱ درصد) است. مسائل فرهنگی هر جامعه، سطح توسعه یافتگی، سطح اقتصادی، سطح آگاهی عمومی در مورد مسائل جنسی بر فراوانی این اختلالات تأثیرگذار بوده و تغییر پذیری نتایج مختلف را توجیه می‌کند (۳، ۴). از دوران‌هایی که شیوع اختلالات جنسی افزایش می‌یابد، می‌توان به دوران حاملگی و بعد از زایمان اشاره کرد. حاملگی موجب تغییرات بسیاری در احساسات، دفعات نزدیکی، رضایت و سازگاری جنسی می‌شود (۵). در طی دوره بعد از زایمان، زنان تغییرات فیزیولوژیک، روانی و همچنین تغییرات بارزی در سطح هورمون‌ها را تجربه می‌کنند. تمام این عوامل می‌توانند بر روی مراحل چرخه پاسخ جنسی زن تأثیر گذاشته و تغییراتی را در روابط جنسی زنان ایجاد کنند. گاهی این تغییرات موجب نابسامانی‌های قابل توجهی در روابط زوجین

شده و همچنین سبب پریشانی زن و شوهر و عدم هماهنگی آنان در روابط جنسی می‌گردد (۶ و ۷). با توجه به نقش بسیار مهم رابطه جنسی در تأمین، استمرار و ارتقای کیفیت کلی رابطه زوج‌ها، به خصوص در ابعادی مانند عشق، رضایتمندی، صمیمیت و هیجان جنسی، این تحقیق با هدف بررسی اختلال عملکرد جنسی در زنان در طی دوره پس از زایمان انجام شد.

## روش بررسی

در این مطالعه مروری از مقالات انگلیسی و فارسی مناسب و مرتبط استفاده شد. جهت جستجوی مقالات به زبان فارسی از پایگاه‌های ایرانی SID، IranMedex و Magiran استفاده شد و جهت جستجوی مقالات انگلیسی از پایگاه‌های Proquest، Scirus، Google Scholar، Cochrane Library، EBSCO، Sciencedirect، PubMed، Ovid و MD consult استفاده شد.

کلمات کلیدی فارسی جهت جستجو به ترتیب شامل اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان، عملکرد جنسی پس از زایمان و عوامل اجتماعی، عملکرد جنسی پس از زایمان و عوامل فرهنگی، عملکرد جنسی پس از زایمان و عوامل سایکولوژیک، عملکرد جنسی پس از زایمان و عوامل بودند. کلمات انگلیسی جهت جستجو عبارت بودند از:

Sexual dysfunction after child birth, sexual dysfunction after child birth and biologic factors, sexual dysfunction after child birth and psychologic factors, sexual dysfunction after child birth and sociocultural factors.

مقالات انگلیسی مرتبط به سال‌های ۱۹۹۹ لغایت ۲۰۱۶ و مقالات فارسی از سال ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۹۵ بررسی شدند.

## نتایج

یافته‌هایی در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان و عوامل بیولوژیک دورنمایی از اختلال عملکرد جنسی مدل پزشکی است که چنین فرض می‌شود که در پس چنین

سیگنورلو (۲۰۰۱) گزارش کرد که ۴۱ و ۲۲ درصد زنان به ترتیب در عرض ۳ و ۶ ماه بعد از زایمان دچار دیسپارونی بوده‌اند؛ در این مطالعه نشان داده شد که میان میزان آسیب وارده به پرینه با دیسپارونی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشته است. این مطلب نشان‌دهنده اهمیت به حداقل رساندن آسیب وارده به پرینه در طی زایمان است (۱۵). مارگارت (۲۰۰۲) نیز گزارش کرد که تغییرات فیزیکی مرتبط با زایمان مانند پارگی یا اپیزیوتومی و درد پرینه سبب بروز اختلال جنسی می‌گردند و تجربه درد و ناراحتی سبب کاهش میل و رضایت جنسی زنان می‌گردد، بنا به گفته این محقق دیسپارونی از یک عامل مشکل‌ساز فیزیکی آغاز می‌شود، اما به دلیل وجود عوامل روانی حفظ می‌گردد (۱۸).

مطالعات موجود در مورد ارتباط نوع زایمان با بروز اختلالات جنسی متناقض هستند؛ زو زی Xu xy (۲۰۰۳) بیان کرد که ۷۰/۶ درصد در عرض ۳ ماه بعد از زایمان دچار مشکل جنسی بودند و بعد از ۶ ماه این میزان به ۳۴/۲ درصد کاهش یافت، اما به میزان قبل از حاملگی نرسید (۲۱). هیکس (۲۰۰۴) در مقدمه مطالعه خود بیان کرده بود که در برخی از مطالعات تفاوتی در عملکرد جنسی زنانی که به روش سزارین زایمان کرده بودند با زایمان طبیعی دیده نشده است (۱۴).

یافته‌هایی در ارتباط با تأثیر متقابل اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان و عوامل سایکولوژیک یکی از جنبه‌های مهم سلامت، سلامت روانی است و در این میان سلامت جنسی نه تنها نشانه‌ای از سلامت روانی است بلکه اختلال در آن سلامت بدنی را نیز به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۲). در مطالعات متعدد نشان داده شده است که عوامل سایکولوژیک نقش مهمی را در بروز اختلالات عملکرد جنسی بازی می‌کنند (۲۶-۲۳).

دهکردی به نقل از وولینک و همکاران Vulink et al (۲۰۰۶) می‌نویسد: مبتلایان به وسواس به طور معنی‌داری انزجار جنسی بیشتر، میل جنسی پایین‌تر، برانگیختگی جنسی و ارگاسم‌های رضایت‌بخش کمتری را نسبت به گروه شاهد گزارش کرده‌اند (۲۷).

اختلالاتی برخی ناهنجاری‌های فیزیولوژیک (به عنوان مثال برخی آسیب‌های نورولوژیک، هیپرتانسیون، دیابت، سرطانهای ژنیکولوژیک، اندومتریوز و غیره) نهفته است (۱۳-۸). تمایل جنسی به موارد دیگری وابسته و تحت تأثیر عواملی قرار خواهد گرفت. متأسفانه قابل ذکر است که اکثر محققان در دوره بعد از زایمان به بررسی اختلالات جنسی در زنان پرداخته‌اند و احتمال بروز این اختلال را در مردان نادیده گرفته‌اند.

هیکس Hicks (۲۰۰۴) بیان کرده است تغییرات جنسی از جمله فقدان میل جنسی در زنان در دوره بعد از زایمان بسیار شایع هستند و از ۲۲-۸۸ درصد متغیر می‌باشند (۱۴). سیگنورلو Signorello (۲۰۰۱) گزارش کرد که یک‌چهارم زنان در عرض ۶ ماه اول بعد از زایمان دچار کاهش میل جنسی، عدم رضایت جنسی و توانایی کمتر برای رسیدن به ارگاسم می‌شوند (۱۵). آلبورگ Ahlborg (۲۰۰۵) بیان کرد که تمایل و فعالیت جنسی در عرض چند ماه اول بعد از زایمان در مقایسه با زمان قبل از حاملگی و حاملگی کاهش می‌یابد و بسیاری از زنان دچار کاهش میل جنسی و لوپریکاسیون واژن و هم‌چنین ارگاسم‌های ضعیف‌تر و کوتاه‌تری می‌شوند (۱۶). هامز Hames (۱۹۸۰) کاهش میل جنسی را در مردان در دوره بعد از زایمان خاطر نشان کرده بود (۱۷). مارگارت Margaret (۲۰۰۲) گزارش کرد که خستگی یکی از شایع‌ترین مشکلات و شکایات در طی دوره حاملگی و بعد از زایمان بوده و به‌عنوان یکی از دلایل کاهش میل جنسی و دفعات رابطه جنسی در دوره بعد از زایمان مطرح شده است (۱۸). ون‌سیدو Von sydow (۱۹۹۹) خستگی و کاهش استراحت را به‌عنوان یکی از دلایل ایجاد مشکلات جنسی مطرح کرده بودند (۱۹). ون‌سیدو در سال ۲۰۰۲ هم گزارش کرد که تولد کودک ممکن است تغییرات بسیاری را در روابط جنسی زوجین ایجاد کند، از جمله این تغییرات می‌توان به افزایش فشار کاری، خستگی، کاهش انرژی و خواب اشاره کرد (۲۰).

شد که ۶۴-۴۰ درصد زنان و ۶۴-۱۹ درصد مردان دچار ترس از آغاز رابطه جنسی بودند (۱۷).

ترس از بیان مشکل: متأسفانه هنوز هم مسایل جنسی در محدوده تابو قرار می‌گیرند و زنان (به‌ویژه در کشورهای مذهبی) از بیان مشکلات خود در این زمینه و درخواست کمک امتناع می‌ورزند (۳۱).

ترس از عدم ترمیم بخیه‌ها: پارگی‌های واژن و فرج نیز موجب کاهش واکنش ارگاسمی این اعضا می‌گردند. محل اپیزیوتومی، معمولاً موجب بروز نگرانی‌هایی در زن و همسر وی می‌شود.

ترس از بیدار شدن کودک: به نظر می‌رسد که این مسئله در کشورهایی مانند کشور ما که کودک در کنار والدین و در یک اتاق می‌خوابد بیشتر مشهود باشد.

نگرانی یکی از اجزای تجربی عمده تجربه جنسی نامطلوب در زنان است. در پژوهشی کیفی مسئله‌ای که از جانب زنان دچار اختلال عملکرد جنسی مطرح شده بود، ایجاد نگرانی بود (۳۱). نگرانی با مفهوم فروید از "خود درگیری" مطابقت دارد.

برخی از رفتارشناسان نیز ارتباط بین نگرانی و ترس را با بروز اختلال عملکرد جنسی مطرح کرده‌اند. تعدادی از محققان بیان کرده‌اند که نگرانی در زنان فعال از نظر جنسی سبب افزایش برانگیختگی می‌شود، اما این حالت در زنان دچار اختلال عملکرد جنسی منجر به بروز مشکل می‌گردد.

یکی دیگر موارد مشکل‌ساز در دوره بعد از زایمان که سبب بروز نگرانی در برخی از افراد خواهد شد، تغییر نگرش آنها (کاهش جذابیت، تغییر تصور مثبت از خود) در مورد خود است؛ نکته جالب توجه دیگر تغییر نگرش همسران این زنان از ایجاد تغییرات جسمی در آنان بوده است.

استالوفر (۲۰۰۵) در مطالعه خود ارتباط تصویر ذهنی را با اختلال میل جنسی و درد خاطر نشان کرد (۳۲). در بررسی اولسون (۲۰۰۵) که به روش FGD انجام شده بود، نتایج زیر در رابطه با تغییر در تصور ذهنی حاصل شد: زنان تغییر فیزیکی و کاهش جذابیت را گزارش کرده بودند و بیان می‌کردند که به سختی می‌توانند با این مسئله کنار بیایند. این

زنانی که رفتار بی‌اختیاری جنسی را تجربه می‌کنند، درگیری ذهنی با امور جنسی دارند، اما پاسخی به میل جنسی ندارند، بلکه پاسخی با هدف کاهش اضطراب را تجربه می‌کنند (۲۷). در مطالعات متعدد گزارش شده است که اختلال عملکرد جنسی در افرادی که دچار اختلالات تشخیصی، اضطرابی و خلقی و سایر عوامل خطر سایکولوژیک هستند بالاتر بوده است (۲۸، ۲۳). اجتناب از مواجهه جنسی در اثر اضطراب آثار تخریب‌کننده‌ای بر شادی و سازگاری فرد خواهد داشت و عواقب اجتماعی، عاطفی و زناشویی به بار خواهد آورد. زنان بیشتر از مردان در معرض این آثار تخریب‌کننده قرار خواهند گرفت و بیشتر دچار اضطراب جنسی و اجتناب از رابطه خواهند شد. فروید بیان کرد که اضطراب نتیجه سرکوب تضاد بین امیال جنسی و محدود کننده‌های اجتماعی است. وی به ارتباط قطعی بین موانع جنسی و اضطراب تأکید کرد (۸).

افسردگی یکی از شایع‌ترین عوامل روانشناختی موثر در بروز اختلال جنسی است (۲۲). در مطالعات متعدد نشان داده شده است که اختلال عملکرد جنسی در بیماران افسرده بیشتر از غیر افسرده است (۲۹). بنابراین، مشکلات جنسی با توجه به عامل تنش‌زایی خود در بروز افسردگی سهمیم هستند. اختلالات عملکرد جنسی به همان میزان که می‌تواند در اثر مشکلات روحی و روانی ایجاد شود در بوجود آوردن این مشکلات نیز دخیل است. همچنین سرکوب تکانه‌های جنسی می‌تواند مشکلات عاطفی و اختلال در ارتباط بین فردی را ایجاد کند که این مسائل می‌تواند سطوح مختلفی از افسردگی را در فرد ایجاد نماید (۳۰).

یکی از مسائلی که در مطالعات متعدد در ارتباط با مسائل سایکولوژیک دوره پس از زایمان مطرح شده است انواع ترس بوده است که بر روی روابط جنسی تأثیرگذار بوده است:

- ترس (از بیان مشکل، آغاز رابطه، عدم ترمیم بخیه‌ها، بیدار شدن کودک): ترس از آغاز رابطه: در مطالعه‌ای گزارش

زنان در مورد تغییر ایجاد شده در واژن خود (احساس بزرگی و شلی) دچار نگرانی شده بودند (۳۳).

پیتز Peitz (۱۹۹۹) بیان کرد که پدران نیز بعد از تولد کودک تغییرات چشمگیری را در روابط زناشویی خود گزارش کرده بودند. بعد از تولد اولین کودک، کاهش مداوم رضایت کلی زناشویی ایجاد شده بود طوری که این حالت حتی تا ۳ سال بعد از زایمان نیز آشکار بود. به طور کلی در طی این دوره کاهش ارتباطات، روابط جنسی و افزایش مشاجرات ایجاد شده بود (۳۴). نتایج این تحقیق نشان دادند که تولد کودک آثار منفی چشمگیری بر روی عملکرد سایکولوژیک مردان و وضعیت بهزیستی آنان دارد. بویژه تولد اولین کودک سبب کاهش چشمگیر رضایت در طی ۳ سال اول بعد از تولد می شود. نکته قابل توجه در این زمینه این است که کاهش رضایت زناشویی سبب افزایش بروز افسردگی می گردد.

یافته‌هایی در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان و عوامل اجتماعی-فرهنگی نگاه ژرفبینانه به رفتار و عملکرد جنسی در انسان نشان می‌دهد که این رفتار محصول فرآیند پیچیده‌تر و عمیق‌تری بنام جامعه‌پذیری جنسی sexual socialization نیز می‌باشد. این فرآیند به تکوین هویت و نقش جنسی، کسب مهارت و دانش جنسی و سرانجام شکل‌گیری نگرش جنسی اطلاق می‌گردد. خانواده و جامعه دو نهاد اصلی و بالقوه موثر در چگونگی طی کردن این فرآیند توسط افراد جامعه می‌باشند و محدوده این فرآیند از خانواده‌ای به خانواده دیگر و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است؛ به گونه‌ای که در برخی فرهنگ‌ها رویکرد حاکم بر امور جنسی به طور کامل آشکار و در برخی دیگر این مسائل پوشیده، غیر واضح و حتی دور از دسترس قرار دارد. اتخاذ هر یک از این رویکردها در امور جنسی به تعاملات میان متغیرهای اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مذهبی در هر جامعه برمی‌گردد و در نهایت مسیر عملکردی نهادهای موثر در این حوزه مشخص می‌شود. در ایران به عنوان یکی از جوامع سنتی-مذهبی، رویکرد مرتبط با امور جنسی مسیر روشنی را جهت جامعه‌پذیری جنسی افراد تبیین نمی‌کند و امور جنسی

همواره در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. این در حالی است که ایدئولوژی اسلامی در این زمینه از دانش غنی و راهکارهای مناسبی برخوردار است (۳۵).

رفتار و عملکرد جنسی افراد بویژه زنان با چگونگی کسب جامعه‌پذیری جنسی ارتباط دارد. جامعه‌پذیری جنسی از جمله مفاهیم ذهنی و مبتنی بر زمینه context-based می‌باشد و مناسبات فرهنگی-اجتماعی و نیز چارچوب ارزشی و باورهای حاکم بر هر جامعه‌ای بر این مفهوم سیطره دارد. نکته قابل تأمل دیگر این است که حساسیت به مسائل جنسی مخصوص کشور ما نیست، بلکه در برخی کشورها که از نظر فرهنگی، عرفی و ایدئولوژی دارای زمینه‌های مشابه کشور ما هستند نیز این موضوع قابل مشاهده است. نتایج مطالعه آنارفی و وسو Anarfi and Owusu در کشور غنا تأییدی بر این یافته می‌باشد. در این مطالعه عموم فرهنگ‌های آفریقایی حساس به موضوعات جنسی معرفی شده و نقش خانواده، دولت و مذهب بعنوان سه نهاد موثر در فرآیند جامعه‌پذیری جنسی مورد بررسی قرار گرفته است. هم‌چنین به سکوت حاکم بر مسائل جنسی اشاره گردیده و لازمه فرآیند مطلوب اجتماعی شدن جنسی شکستن سکوت حاکم بر جامعه در این زمینه معرفی گردید. پارکر Parker نیز در مطالعه خود به این نوع سکوت در حوزه مسائل جنسی اشاره نموده است و آن را برگرفته از سیطره الگوی ساختار گرایی اجتماعی بر افراد یک جامعه می‌پندارد (۳۵).

آپت، هالبرت و ربل Apt, Halbert and Rbehl در سال ۱۹۹۳ بر اهمیت ابعاد بین فردی بر عملکرد جنسی مطلوب در زنان تأکید می‌ورزند و بیان می‌کنند که نقش متغیرهای ارتباطی مانند اظهار جنسی، کشش جنسی و نزدیکی خوشایند و تفریحی ممکن است در درک رضایت جنسی زنان مهم‌تر از متغیرهای جنسی مانند دفعات فعالیت جنسی، دفعات ارگاسم، تهییج جنسی و میل جنسی باشند (۸، ۳۸-۳۶).

گویی‌کننده میزان رضایت جنسی آنان در دوره حاملگی و همچنین میل جنسی آنان در دوره بعد از زایمان بوده است (۴۲). کلارکسون (۲۰۰۱) بیان کرد که ۲۵ درصد زنان در دوره بعد از زایمان بیان کرده بودند که دیسپارونی بر روی روابط آنان با همسرشان تاثیر منفی گذاشته بود و ۴۹ درصد آنان ایجاد مشکل در روابط را گزارش کرده بودند؛ مثال عمومی از پاسخ زنان به این شرح بود "من و همسر من چون مثل قبل روابط جنسی نداریم، با هم مشاخره می‌کنیم" (۴۳). آلبرگ (۲۰۰۵) نیز خاطر نشان کرد که روابط زناشویی نامطلوب با کاهش میل جنسی در زنان ارتباط مستقیم دارد (۱۶). در مطالعه‌ای نشان داده شد که روابط خانوادگی در عرض ۴ ماه و متعاقب آن ۳ سال بعد از زایمان در زوجینی که دارای روابط جنسی رضایت‌بخش در دوران حاملگی بودند، بیشتر بوده است (۱۹). ون‌سیدو (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای بر روی ۵۹ مطالعه نشان داد که در اکثر زوجین اولین عامل مشکل‌ساز پس از زایمان، روابط جنسی بوده است (۱۹).

#### بحث

از زمانی که مطالعه نظام‌مند رفتارهای جنسی انسان مورد بررسی قرار گرفت، روشن شد که اختلالات جنسی شایع‌تر از آن است که قبلاً تصور می‌شد (۴۴). مهدی‌زادگان به نقل از بیسون (۲۰۰۵) بیان می‌کند که عملکرد جنسی مانند یک چرخه است و عوامل گوناگونی بر روی آن اثر می‌گذارند (۲). از جمله عوامل مختلفی که بر تمایلات، عملکرد و رفتار جنسی انسان تأثیر می‌گذارند می‌توان به عوامل فیزیولوژیک، آناتومیک، سایکولوژیک، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی-سیاسی و غیره اشاره کرد (۴۵). فعالیت جنسی تحت تأثیر خود فرد، روابط اولیه، خانواده، اجتماع و فرهنگ، پیچیدگی محیط، تاریخچه جنسی فرد و همسر وی، ارتباطات گذشته، وضعیت سلامت روانی، تجارب رشدی فرد از دوران کودکی تا بزرگسالی، مشکلات جنسی اخیر و وضعیت هورمونی و عوامل متعدد دیگر قرار می‌گیرد (۴۶-۴۵). هرگونه اختلالی که به ناهماهنگی و در نتیجه ناراضی از رابطه جنسی منجر شود ممکن است اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد. جهان‌فر به نقل از هالبرت می‌نویسد، اختلالات فعالیت

در تحقیقی که در کشور سوئد نشان داده شد که حداکثر میزان طلاق و جدایی در میان زوجین دارای کودک ۱/۵ ساله دیده می‌شود. بنابراین با توجه به این آمار ارتباط میان تولد کودک و طلاق بیشتر مورد توجه قرار گرفت. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که روابط عاطفی سالم در دوره قبل از والد شدن به تداوم ارتباط صمیمی در دوره بعد از تولد کودک می‌انجامد، اما روابط افراد مشکل‌دار رو به زوال می‌رود. تمایل به حاملگی سبب افزایش شادی زوجین می‌گردد، اما بعد از به دنیا آمدن کودک، این شادی بویژه در میان پدران کاهش می‌یابد (۶). میان رابطه جنسی و رضایت خاطر از زندگی زناشویی رابطه مستقیم وجود دارد. رضایت از روابط میان زن و شوهر به عنوان یک شاخص پیشگویی کننده تمایل جنسی در دوران پس از زایمان است. یکی از متغیرهای بسیار مهم و مؤثر در رضایت جنسی، کیفیت و چگونگی ارتباط زوجین با یکدیگر است. پژوهش‌ها و تحقیقات متعدد، ارتباط معناداری بین رضایت جنسی و رضایت از تعاملات و ارتباطات زناشویی را به اثبات رسانده است.

Sui-mingpan عملکرد جنسی را از ترکیب سه زیرگروه در هم فرو رفته یعنی Psychosexual، Biosexual و Sociosexual مفهوم‌سازی کرده است. اختلال در یکی از این سه زیرگروه ممکن است متعاقباً منجر به اختلال عملکرد جنسی گردد. به موازات ارضای نیازهای جنسی، ارضای نیازهای روحی، ذهنی و رفتاری ممکن می‌شود و این ارضا به همدلی و همفکری و رضایت‌مندی بین زوجین منجر می‌گردد. کیفیت و کمیت رابطه زوجین می‌تواند خواستگاه بسیاری از مشکلات جنسی و درنهایت ناراضی از زندگی بوده و زمینه فراهم‌سازی مشکلات روانی و اجتماعی را مهیا می‌سازد، اما باید گفت که یک رابطه دیالکتیک بین این موارد برقرار است، به طوری که مشکل جنسی علت ناسازگاری زوجین و ناسازگاری زوجین علت مشکلات جنسی است (۴۱-۳۹). تئوری سیستمی مشکلات جنسی را محصول الگوهای تعاملی و ارتباطی می‌دانند. دوناتی (Donati ۲۰۰۳) گزارش کرد که روابط زوجین پیش-

روانی نیز وجود دارند، تمام این عوامل می‌توانند بر روی مراحل چرخه پاسخ جنسی زن تأثیر گذاشته و تغییراتی را در روابط جنسی زنان ایجاد کنند که گاه این تغییرات موجب نابسامانی‌های قابل توجهی در روابط زوجین می‌شوند و سبب پریشانی زن و شوهر و عدم هماهنگی آنان در روابط جنسی می‌گردد.

با توجه به اینکه شیوع اختلال جنسی پس از زایمان بیشتر از جمعیت عمومی زنان می‌باشد و اغلب زنان جهت رفع مشکل خود مراجعه نمی‌کنند، کارکنان بهداشتی-درمانی باید از این اپیدمیولوژی خاموش و عوامل موثر بر آن آگاه باشند تا بتوانند اقدامات پیشگیرانه درمانی و مشاوره‌ای لازم را انجام دهند.

جنسی دارای پیامدهای منفی بسیاری هستند. نارسائی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، بیماری‌های روانی و طلاق دارند. پایین بودن کیفیت زندگی، اضطراب، عزت نفس پایین، خویشتن‌گرایی، عصبی‌بودن، بروز دردهای زیر دل و کمر دردها، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام کارهای معمولی نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضای غریزه جنسی است. این در حالی است که عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه‌ای برای بدست آوردن یک فرهنگ استوار است (۴۶-۵۰).

### نتیجه‌گیری

در طی دوره بعد از زایمان تغییرات بارزی در سطح هورمون‌ها دیده می‌شود، هم‌چنین تغییرات فیزیولوژیک و

### References:

- 1- Aliakbari dehkordi M. *Relationship between women sexual function and marital*. J Behav Sci 2010; 4(3): 199-206. [Persian]
- 2- Mahdizadegan I, barekat E, golparvar M. *A Comparison between males/females and divorcing ones on sexual functioning in Isfahan*. Knowledge & Research in Applied Psychology, Khorasgan Branch Azad Uni 2016; 17(1): 16-24. [Persian]
- 3- Aliakbari dehkordi M, Heydarinasab L, Keyghobadi SH. *Surveying the relation between sexual performance and material compatibility in married women*. Clinical Phsychology Personality, Shahed Uni 2013; 20(8): 87-98. [Persian]
- 4- Ghavam M, Tasbihsazan R. *Prevalence and diversity of sexual disorders among male and female patients in a family health care clinic*. The Urm Med J 2008; 18(4): 634-39. [Persian]
- 5- Zonuzi A, Satarzadeh N, Zamanzadeh V. *Recognition of experienced psychologig varieties in wowen's sexual relationship after childbirth*. J Qazvin Uni Med Sci 2008; 12(3): 38-44. [Persian]
- 6- Satarzadeh N, Zamanzadeh V, Zonuzi A. *Investigating women's Sexual Experiences during postpartum: A Phenomenological Study*. J Tabriz Uni Med Sci 2007; 29(3): 66-59. [Persian]
- 7- Satarzadeh N, Zamanzadeh V, Zonuzi A. *Physical experiences in women's sexual relations during postpartum: A phenomenological study*. Quarterly J Tabriz Nursing Mid Faculty 2007; 2(7): 42-37. [Persian]

- 8- Olga A. Sutherland. *phenomenological analysis of frequent and disruptive sexual discomfort in married women*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts 2002.
- 9- Kew MS. *Sociological Theories of and research on sexual problems: a review of the literature*. UCLA Center for the Study of Women 2011.
- 10- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. *Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey*. J Epidemiol Community Health 1999; 53(3): 144-8.
- 11- Lo SS, Kok WM. *Sexual behavior and symptoms among reproductive age Chinese women in Hong Kong*. J Sex Med 2014; 11(7): 1749-56.
- 12- Barbara G, Facchin F, Meschia M, Berlanda N, Frattaruolo MP, Vercellini P. *When love hurts. A systematic review on the effects of endometriosis surgical and pharmacological treatments on female sexual functioning*. Acta Obstet Gynecol Scand 2016; 96(6): 668-87.
- 13- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E. *Martin-Morales A. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction*. J Sex Med 2004; 1(1): 35-9.
- 14- Hicks TL, Goodal SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. *Postpartum sexual functioning and method of delivery: Summary of the evidence*. J Midwifery Womens Health 2004; 49(5): 430-6.
- 15- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. *Postpartum sexual functioning and its Relationship to Perineal Trauma: A retrospective cohort study of primiparous women*. Am J Obstet Gynecol 2001; 184(5): 881-8.
- 16- Ahlborg T, Dahlof L, Hallberg LR. *Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery*. J sex res 2005; 42(2):167-74.
- 17- Hames CT. *Sexual needs and interests of postpartum couples*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1980; 9(10): 313-15.
- 18- DeJudicibus MA, McCabe MP. *Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women (Statistical Dataincluded)*. J Sex Res 2002; 39(2): 94-103.
- 19- Von sydow K. *Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies*. J psychosom Res 1999; 47(1): 27-49.
- 20- Von sydow K. *Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partner's sexual experience*. J psychosom Obstet Gynecol 2002; 23(3): 147-55.
- 21- Xu XY, Yao ZW, Wang HY, Zhou Q, Zhang LW. *Women's postpartum sexuality and delivery type*. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 2003; 38(4): 219-22.



- 22- Mojdeh F, Zeighami Mohamadi S. *The relationship between depression and sexual function index among Married women*. Sci J Hamadan Nurs Mid Fac 2013; 21(1): 41-51. [Persian]
- 23- Graziottin A, Gambini D, Bertolasi L. *Genital and sexual pain in women*. Handb Clin Neurol. 2015; 130: 395-412.
- 24- Kingsberg SA, Woodard T. *Female sexual dysfunction: focus on low desire*. Obstet Gynecol. 2015; 125(2): 477-86.
- 25- Sorensen MD, Wessells H, Rivara FP, Zonies DH, Jurkovich GJ, Wang J, et al. *Prevalence and predictors of sexual dysfunction 12 months after major trauma: a national study*. J Trauma 2008; 65(5): 1045-52.
- 26- Çayan S, Yaman Ö, Orhan İ, Usta M, Başar M, Resim S, et al. *Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 203: 303-8.
- 27- Dalir M, Aliakbari Dehkordi M. *Effect of sexual healthy behaviors education on reduction of obsessive-compulsive disorder symptoms*. CPAP 2013; 2(7): 91-102. [Persian]
- 28- Balon R. *Burden of sexual dysfunction*. J Sex Marital Ther 2015; 43(1): 49-55.
- 29- Ghadiri M, Furton K. *Sexual dysfunctions, the hidden factor of divorce: The need for trained doctor in the composition of experts in family counseling centers*. J Family Res 2008; 16(4): 585-608. [Persian]
- 30- Tahmasebi H, Abasi E. *Sexual function and its relation with depression in referring women to health centers affiliated to medical science university in Sari Township*. J Health Breeze 2013; 3(1): 40-4. [Persian]
- 31- Stulhofer A, Gregurovic M, Pikic A, Galic I. *Sexual problem of urban women in Croatia: prevalence and correlates in a community sample*. Croat Med J 2005; 46(1): 45-51.
- 32- Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissson E. *Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussion with women after childbirth*. Scant J Caring Sci 2005; 19: 381-87.
- 33- Peitz G. *Adjustment to the paternal role after childbirth*. In: IX<sup>th</sup> European conference on development psychology spetses 1999; 1-5.
- 34- Maasoumi R, Lamyian M, Khalaj abadi Farahan F, Montazeri A. *Women's perception of sexual socialization in Iran: A qualitative study*. J Qual Res Health Sci 2013; 2(3): 221-33. [Persian]
- 35- Wallwiener S, Strohmaier J, Wallwiener LM, Schönfisch B, Zipfel S, Brucker SY, et al. *Sexual function is correlated with body image and partnership quality in female university students*. J Sex Med 2016; 13(10): 1530-8.

- 36- Boddi V, Fanni E, Castellini G, Fisher AD, Corona G, Maggi M. *Conflicts within the family and within the couple as contextual factors in the determinism of male sexual dysfunction*. J Sex Med 2015; 12(12): 2425-35.
- 37- Du J, Ruan X, Gu M, Bitzer J, Mueck AO. *Prevalence of and risk factors for sexual dysfunction in young Chinese women according to the female sexual function index: an internet-based survey*. Eur J Contracept Reprod Health Care 2016; 21(3): 259-63.
- 38- Naeimi M. *Sexual problems and divorce (case study: Golestan province)*. Sociological Studies Iran 2012; 4: 79-94. [Persian]
- 39- Lotfi Kashani F, Vaziri Sh. *The effect of sexual skills training on marital satisfaction*. Procedia - Social Behav Sci 2011; 30: 2581-85. [Persian]
- 40- Salehiniya H. *Correlates of sexual satisfaction among Iranians women attending South Tehran health centers: A cross-sectional study*. J Anal Res Clin Med 2014; 2(3): 135-41. [Persian]
- 41- Donati S, Grandolfo ME. *Support for the Resumption of Sexual Activity in the Postpartum woman, A Subject Devoid of Interest*. Ann Ist Super Sanita 2003; 39(2): 235-41.
- 42- Clarkson J, Newton C, Debra BI, Gyte G, Kettle C, Newburn M. *Achieving Sustainable Quality in Maternity Services-Using Audit of Incontinence and Dyspareunia to Identify Shortfalls in Meeting Standards*. BMC Pregnancy Childbirth 2001; 1(1): 1-10.
- 43- Edinyang Sunday D, Ubi Iwara Ebri, Yaro I. *Divorce: a social menace*. Inter J Asian Social Sci 2013; 3(3): 772-82.
- 44- Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. *Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women*. Razi J Med Sci 2013; 105(19): 61-8. [Persian]
- 45- Bahrami N, Alizadeh S, Bahrami S. *Sexual dysfunctions and associated factors in women of Reproductive age*. Adv Nurs Mid 2012; 21 (75): 8-13. [Persian]
- 46- Hosseini Tabaghdehi M, Haji Kazemi A, Hosseini F. *The relative frequency of sexual dysfunction and some related factors in the women referred to the health centers of Sari city*. J Mazand Uni Med Sci 2012; 22(91): 102-07. [Persian]
- 47- Zeighami Mohammadi Sh, Ghaffari F. *Sexual dysfunction and its correlation with quality of life among women affected with cancer* 2009; 12(2): 46-39. [Persian]
- 48- Ramezani M, Dolatian M, Shams J, Alavi H. *The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women*. AMUJ 2012; 14(59): 57-65. [Persian]
- 49- Khaki Rostami Z, Mirghafourvand M, Malakouti J, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Asghari Jafarabadi M, Ghanbari S. *Sexual dysfunction and help seeking behaviors in newly married women in Sari, Iran: a cross-sectional study*. Payesh 2015; 14(6): 677-86. [Persian]

## A review of women's sexual dysfunction during postpartum

Ziba Taghizadeh<sup>1</sup>, Azadeh Zenouzi<sup>2</sup>, Masoumeh Asghari<sup>3</sup>

<sup>1</sup>-Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>-Islamic Azad University, Pishva Branch, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>-Islamic Azad University, Pishva Branch, Tehran, Iran.

**Received:** 23 Sep 2017

**Accepted:** 2 Dec 2017

### Abstract

**Introduction:** Sexual dysfunctions are more common than previously thought. These types of disorders have many negative consequences. Sexual dysfunctions are closely linked to the social problems, such as crimes, mental illness and divorce. Lack of quality of life, anxiety, low self-esteem, selfishness, nervousness, tenderness of pain and discomfort, inability to concentrate on thinking and even inability to performing the ordinary tasks are also other consequences of failure to satisfying the sexual instinct. The purpose of this review was evaluation of the sexual dysfunction of women during the postpartum period.

**Methods:** In this study, a comprehensive overview of the articles was conducted in English and Persian. In order to search for articles in Persian, we used Iranian databases SID, IranMedex and Magiran and to search for English articles, we use Proquest, PubMed, Ovid, Science Direct, EBSCO, MD consult Cochrane Library, Sciruse, and Google Scholar.

**Conclusion:** Sexual function is like a cycle and various factors affect on it. Among the various factors that affect the person's tendencies, sexual function and behavior, it can point out to the other factors such as physiological, anatomical, psychological, socio-cultural, economic-political factors, etc. Understanding the sexual experiences of women during the postpartum period will have an important role in the maintaining of the family health and also establishing the natural and instinctive relationships. Therefore, attention to the sexual health should be one of the main components of cares in order to taking a step to resolve women's problems.

**Key words:** Sexual dysfunction, Postpartum period, Sexual function

#### This paper should be cited as:

Taghizadeh Z, Zenouzi A, Asghari M. **Assessment of Haller's cells by panoramic radiography in a Selected Iranian population.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2017; 25(9): 940-50.

\*Corresponding author: Tel: 09124924694, email: zenozi.az@gmail.com