عملکرد جنسی زنان در استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری

مرجان مردانی حموله[1*]، احترام ابراهیمی[2]، هایده حیدری[2]

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مرکز تحقیقات علوم رفتاری
۳. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره سوم خرداد ـ تیر ۱۳۹۱ صص ۳۷۶-۳۷۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۶/۱۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۷ اسفند ۹۰]

چکیده

رویکرد مهار رشد جمعیت از طریق برنامه‌های تنظیم خانواده لزوم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را آشکار می‌نماید؛ اما عوارض جسمی و روانی مختلفی از جمله اختلالات جنسی برای هر یک از این روش‌ها مطرح است. این پژوهش به منظور تعیین عملکرد جنسی زنان در استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری انجام شد. جامعه نمونه در این مطالعه توصیفی ـ تحلیلی، شامل ۳۰۶ نفر از زنان ۴۹-۱۵ سال و متأهل تحت پوشش مراکز بهداشتی ـ درمانی شهرستان شاهین شهر اصفهان بود. روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تعیین سهمیه برای انتخاب مراکز بهداشتی ـ درمانی و از روش نمونه‌گیری آسان نیز برای انتخاب زنان استفاده شد.

ابزار تحقیق، پرسشنامه روا و پایا شده عملکرد جنسی در زنان بود و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون آنالیز واریانس) تجزیه و تحلیل شدند. مطابق نتایج بیشترین روش پیشگیری از بارداری، روش طبیعی (۲۸/۴ درصد) و کمترین روش وازکتومی همسر (۱/۸ درصد) بود. کمترین اختلال در عملکرد جنسی با روش کاندوم و بیشترین اختلال با روش وازکتومی همسر بود. همچنین بین تمام حیطه‌های عملکرد جنسی (به جز درد) با انواع روش‌های پیشگیری از بارداری تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P=۰/۰۵$). اختلالات عملکرد جنسی در روش‌های دائمی بیشتر از سایر روش‌ها بود. لذا براساس داده‌های این مطالعه تمایلات جنسی در طیفی از هورمون‌ها، برانگیختگی احساسات و عوامل اجتماعی قرار گرفته‌اند.

کلیدواژه‌ها: عملکرد جنسی، روش‌های پیشگیری از بارداری، زنان

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان توحید، خیابان نصرت شرقی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، کدپستی ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱
تلفن: ۰۲۱۶۶۹۲۷۱۷۱
پست الکترونیکی: mardanimarjan@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.9.5]

مقدمه

کشورهای در حال توسعه با مسئله افزایش جمعیت که مشکلاتی از نظر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بردارد، روبه‌رو هستند. در این راستا هر کشوری باید با توجه به امکانات خود، نرخ رشد جمعیت را متناسب با سطح سلامت و رفاه خانواده‌ها کاهش دهد؛ که این امر در سایه برنامه‌های تنظیم خانواده میسر می‌گردد. در مقابل عدم رعایت برنامه‌های تنظیم خانواده به افزایش مشکلات بسیاری چون کاهش کیفیت زندگی و مخاطرات مربوط به سلامت خانواده که ناشی از افزایش تعداد خانوار است، می‌انجامد[۱]. چنانچه روش‌های پیشگیری از بارداری به درستی اعمال نشوند و شاهد بارداری‌های ناخواسته در زنان باشیم، اختلال شدید در روابط با همسران مشاهده خواهد شد[۲] و از آنجا که طی سالیان اخیر استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در میان زنان بسیار افزایش یافته‌است، توجه به انواع اختلالات جنسی پیامد آنها بسیار حائز اهمیت است[۳]. بنابراین در کنار استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، بررسی عوارض ناخوشایند این روش‌ها، یکی از نکات مهم میزان استقبال در استفاده از هر یک از آنهاست[۴]. عوارض مختلف جسمی و روانی برای روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری مطرح هستند. در واقع اختلالات عملکرد جنسی که به دنبال انواع روش‌های پیشگیری از بارداری به وجود می‌آید، نتایج وخیمی مثل افسردگی، عصبانیت، شیوع استفاده از مواد مخدر و عدم تعادل جسمی و روانی را در پی خواهد داشت[۵] و به دنبال اختلال در روابط جنسی، مشکلات جسمی، انزواطلبی، اضطراب، ترس، بی‌ثباتی عاطفی و دوگانگی احساسات رخ می‌دهند که همگی بر رضایت زناشویی به عنوان یکی از مؤلفه‌های تأمین‌کننده سلامت جنسی نیز هست، مؤثرند[۶]. عوامل مختلفی نظیر عوامل تشریحی، فیزیولوژیکی و فرهنگی که تعیین‌کننده تمایلات جنسی هستند؛ در بردارنده ادراک مردانگی یا زنانگی، احساسات و رفتارهای مرتبط با ارضای جنسی و تولید مثل هستند[۷]. از آنجا که وسایل پیشگیری از بارداری در دو گروه هورمونی و غیر هورمونی، اثرات مستقیم بر سیستم‌های جنسی دارند، اختلال عملکرد جنسی ایجاد شده توسط آنها، موجب به خطر افتادن سلامت جنسی افراد می‌شود[۵]؛ و هرگاه سلامت جنسی به مخاطره افتد، اختلالات جنسی در حیطه‌های میل جنسی، درد جنسی، اورگاسم (اوج لذت جنسی)، لغزندگی واژن، رضایتمندی جنسی و برانگیختگی جنسی نمایان می‌گردند[۸]. در این مطالعه تلاش بر آن بود که عملکرد جنسی به دنبال استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری در زنان مورد بررسی قرار گیرد تا زنان بتوانند روشی را برای پیشگیری از بارداری برگزینند که کمترین اختلال را در عملکرد جنسی آنان ایجاد نماید. نتایج یک بررسی بر روی دو گروه از زنان در کشور آمریکا نشان داد که قرص‌های ضدبارداری خوراکی یک روش جلوگیری از بارداری سالم، مؤثر و قابل بازگشت ایجاد می‌نماید. در عین حال گروهی از زنان در طول استفاده از آن، افزایش انرژی جنسی را گزارش نمودند و متقابلاً گروه دیگر تغییرات کمی در انرژی جنسی خود اعلام داشتند[۹]. یافته‌های مطالعه دیگری نشان داد که کاهش میل جنسی به دنبال استفاده از قرص های ضد بارداری خوراکی با سطوح کاهش یافته اندروژن‌ها مرتبط است[۱۰]. در ارتباط بین روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری و میل جنسی، فرآیند پیچیده‌ای از اثرات زیستی، فیزیولوژیکی و اجتماعی دخیل است[۱۱]. نتایج یک مطالعه در خصوص دیگر روش‌های پیشگیری از بارداری، مبین آن بود که متعاقب وازکتومی همسر، تغییری در رضایت از ارتباط جنسی برای زنان مشاهده نشد ولی به دنبال بستن لوله‌ها در زنان تواتر ارتباطات جنسی آنان افزایش داشته‌است[۱۲]. امید است با رفع اختلالات جنسی ایجاد شده در هنگام استفاده از انواع روش‌های پیشگیری از بارداری، پوشش بیشتر برنامه‌های تنظیم خانواده را شاهد باشیم؛ چرا که عملکرد جنسی مطلوب حق یکایک زنان جامعه است که متأسفانه کمتر مورد توجه قرار گرفته‌است. لذا با عنایت به مطالب ارایه شده، هدف این مطالعه تعیین عملکرد جنسی زنان در استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری بوده‌است.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی ـ تحلیلی بود که به بررسی زنان متأهل ۴۹-۱۵ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی ـ درمانی شهرستان شاهین شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸ پرداخت. بعد از جلب همکاری مراکز بهداشتی ـ درمانی، با توجه به نوع روش پیشگیری از بارداری، نمونه‌ها از نظر عملکرد جنسی بررسی شدند. نمونه‌های پژوهش شامل کلیه زنان تحت پوشش مراکز فوق‌الذکر بودند که حداقل ۳ ماه از مصرف روش‌های پیشگیری از بارداری آنها می‌گذشت. حجم نمونه با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد ۳۰۶ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری طبقه‌ای برای انتخاب مراکز بهداشتی درمانی و تعیین سهمیه برای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.9.5]

هر کدام از آنها و روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب زنان انجام شد. شایان ذکر است که در این تحقیق محدودیتی از نظر روش‌های خاص پیشگیری از بارداری که شامل مردان هم می‌شود، مطرح نبود و منظور از روش پیشگیری از بارداری روش‌هایی بود که مانع از باردار شدن شود، اما عملکرد جنسی به طور اختصاصی در زنان بررسی شد. در این مطالعه زنان باردار و زنان در مرحله یائسگی و همچنین زنانی که داروهای روانپزشکی مصرف می‌کردند، مورد بررسی قرار نگرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۲ قسمت به این شرح بود: در قسمت اول به بررسی سن، سطح تحصیلات، شغل و نوع روش پیشگیری از بارداری توسط زنان می‌پرداخت و قسمت دوم آن در بردارنده پرسشنامه عملکرد جنسی در زنان بود. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال در رابطه با حیطه‌های میل جنسی، برانگیختگی، لغزندگی واژن، ارگاسم، درد و رضایت‌جنسی می‌باشد. بخش میل جنسی حاوی ۲ سؤال با محدوده نمرات ۱ تا ۵، بخش برانگیختگی و لغزندگی واژن هر کدام به طور جداگانه دارای ۴ سؤال با محدوده نمرات ۱ تا ۵ و بخش‌های ارگاسم، درد و رضایت جنسی هر کدام جداگانه دارای ۳ سؤال با محدوده نمرات ۰ تا ۵ بود. نمره فرد در هر بخش با جمع زدن نمرات سؤالات مربوط به آن بخش و ضرب‌کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر بخش محاسبه شده که ضرایب مربوط به هر بخش به ترتیب برای بخش میل جنسی۰/۶، بخش‌های برانگیختگی جنسی و لغزندگی ۰/۳ و بخشهای ارگاسم، درد و رضایت جنسی ۰/۴ در نظرگرفته شد. نمره کل فرد نیز از حاصل جمع نمرات کل بخش‌ها به دست می‌آمد. این ابزار با عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان Female Sexual Function Index(FSFI) شناخته شده‌است و برای اولین بار توسط روزن و همکاران طراحی شد و توسط ایشان نیز پایایی آن $\alpha = ۰/۸۲$ تأیید شده‌است[۱۳]. در ایران نیز توسط محمدی و همکاران[۱۴] روایی و پایایی آن تأیید شده‌است. در این تحقیق روایی ابزار به شیوه روایی محتوا مورد تأیید قرار گرفت. به این منظور تنی چند از صاحبنظران حوزه روانپزشکی و متخصصین زنان و زایمان ابزار را مورد بازبینی قرار دادند و جهت سنجش پایایی آن از روش بازآزمایی استفاده شد، به این منظور نیز ابزار مذکور به فاصله یک هفته در اختیار ۱۰ تن از نمونه‌های واجد شرایط تحقیق قرار گرفت.

تکمیل پرسشنامه‌ها در خصوص افراد برخوردار از سطح سواد بالا به روش خودایفا و جهت افراد کم سوادتر توسط مصاحبه‌گرهای آموزش دیده در مراکز بهداشتی ـ درمانی صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آنالیز واریانس) تحت نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین سطح معنی‌داری برای آزمون آنالیز واریانس (P=۰/۰۵) در نظر گرفته‌شد. از لحاظ ملاحظات اخلاقی، در تمام طول زنان مورد بررسی با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند و درخصوص محرمانه‌ماندن پاسخ‌ها به آنان اطمینان داده شد.

یافته‌ها

پایایی کل ابزار در این مطالعه ۰/۸۸ محاسبه‌شده و در بررسی آزمون و بازآزمون نیز پایایی زمانی آن مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه بیشتر زنان در محدوده سنی ۳۸-۲۷ سال (۴۸/۳۶ درصد) و کمترین آنها در محدوده سنی ۳۹ سال به بالا (۶/۵۳ درصد) قرار داشتند (کمترین سن ۱۵ سال و بیشترین سن ۴۷ سال بود). ازنظر سطح تحصیلات اکثریت آنها دارای دیپلم (۵۰/۳۲ درصد) و در درجات بعدی در سطوح زیر دیپلم (۳۴/۳۱ درصد) و تحصیلات دانشگاهی (۱۵/۳۷درصد) قرار داشتند. از نظر متغیر شغل ۹۰/۸۴ درصد آنان خانه‌دار و مابقی شاغل بودند. توزیع فراوانی نوع روش پیشگیری از بارداری زنان در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول۱: توزیع فراوانی انواع روش‌های پیشگیری از بارداری

نوع روش پیشگیری	تعداد	درصد
قرص	۸۲	۲۶/۸
کاندوم	۷۸	۲۵/۵
آی یو دی	۳۱	۱۰/۱
وازکتومی همسر	۶	۱/۸
بستن لوله زنان	۱۲	۴/۱
روش طبیعی	۸۷	۲۸/۴
آمپول	۱۰	۳/۳
کل	۳۰۶	۱۰۰

دیگر نتایج نشان داد در میان انواع روش‌های پیشگیری از بارداری، کاندوم با میانگین نمره ۱۹/۴۳±۵۸/۴۴ درکل آزمون عملکرد جنسی و نیز وازکتومی همسر با میانگین نمره ۲۲/۵۶±۴۸/۱۳ به ترتیب کمترین و بیشترین اختلال جنسی را ایجاد نموده‌اند. میانگین و انحراف معیار هرکدام از حیطه‌های عملکرد جنسی برحسب روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری در جدول ۲ دیده می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.9.5]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار حیطه‌های عملکرد جنسی بر حسب انواع روش‌های پیشگیری از بارداری

	میل جنسی انحراف معیار± میانگین	برانگیختگی‌جنسی انحراف‌معیار± میانگین	لغزندگی واژن انحراف معیار±میانگین	اورگاسم انحراف معیار±میانگین	درد انحراف معیار±میانگین	رضایت جنسی انحراف معیار±میانگین
قرص	۵/۱۹±۱/۶۴	۱۰/۸۲±۳/۸۱	۱۲/۸۸±۴/۴۶	۸/۶۷±۳/۴۴	۹/۹۲±۳/۵۶	۹/۳۹±۳/۳۵
کاندوم	۵/۱۵±۱/۷۶	۱۱/۲۵±۳/۷۷	۱۲/۹۳±۴/۱	۹/۳±۳/۱۶	۱۰±۳/۴۵	۹/۸۱±۳/۱۹
آی یو دی	۴/۷۸±۱/۷۸	۱۱/۰۵± ۳/۷۲	۱۳/۶۷±۴/۲۹	۹/۱۶±۳/۲۱	۹/۸۳±۳/۴۲	۹/۸۵±۳/۳۹
وازکتومی همسر	۴/۷۳±۱/۹۶	۹/۶۳±۳/۴۹	۱۰/۳۶±۴/۸۳	۷/۰۵±۳/۷۹	۸/۳۶±۴/۱۶	۸±۴/۳۳
بستن لوله زنان	۴/۲۲±۱/۷۳	۹/۳۶±۳/۶۳	۱۱/۳۸±۴/۵۳	۷/۸۵±۳/۴۷	۹/۷±۴/۳۴	۸/۳۷±۳/۴۸
روش طبیعی	۵/۱۲±۱/۷۴	۱۰/۸۹±۳/۶۵	۱۳/۱±۴/۲۵	۸/۸۳±۳/۱۳	۱۰/۱۹±۳/۷۱	۹/۷۶±۳/۳
آمپول	۴/۴۶±۱/۷۸	۱۰/۴۹±۳/۴۴	۱۲/۷۴±۴/۱۴	۸/۱۵±۳/۴۱	۱۰/۵۵±۳/۵۶	۹/۴۹±۳/۱۲

براساس آنالیز واریانس تمام حیطه‌های جنسی شامل میل جنسی (P=۰/۰۰۱)، برانگیختگی جنسی (P=۰/۰۱۱)، لغزندگی جنسی (P=۰/۰۰۵)، ارگاسم (P=۰/۰۰۴) و رضایتمندی (P=۰/۰۰۱) با روش‌های پیشگیری از بارداری رابطه معنادار داشته و حیطه درد در این میان مستثنا بود (P<۰/۳۴).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه بیشترین روش مورد استفاده پیشگیری از بارداری در زنان، روش طبیعی و کمترین روش وازکتومی همسر گزارش شده‌است. استقبال از روش طبیعی به دلیل بی‌خطر بودن، سالم بودن، و نیز دسترسی آسان و برگشت‌پذیری است[۹] ولی عدم استقبال از روش وازکتومی همسر را می‌توان به باورهای فرهنگی نسبت داد. یافته‌های پژوهش نشان داد بیشترین اختلال در عملکرد جنسی در روش وازکتومی همسر و کمترین اختلال در استفاده از کاندوم بوده‌است. به نظر می‌رسد، در روش‌های بارداری مطمئن به دلیل کاهش اضطراب ناشی از بارداری ناخواسته میل جنسی افزایش یابد و به تبع آن از اختلالات جنسی کم شود در حالی که یافته‌ها مخالف این امر را نشان دادند. در مطالعه‌ای که تأثیر وازکتومی همسر بر روی تمایلات جنسی زنان مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد تمایلات جنسی و تداوم ارتباطات جنسی به دنبال این عمل افزایش داشته‌است[۱۵] که با یافته‌های تحقیق حاضر در این خصوص همسو نیست. محققان در کشور ایتالیا به مطالعه عملکرد جنسی در مصرف‌کنندگان قرص‌های ضد بارداری پرداختند و در نتایج تحقیق اظهار نمودند حیطه‌های رضایت جنسی، درد و اورگاسم از عملکرد جنسی افزایش داشته، ولی حیطه میل جنسی بدون تغییر مانده‌است[۱۶]. نتایج مطالعه دیگری نیز گویای آن بود که استفاده از قرص‌های ضد بارداری خوراکی میل جنسی را افزایش داد، اما انرژی جنسی را کم نموده‌است[۱۷]. یافته‌ها بیانگر ایجاد کمترین اختلال در عملکرد جنسی با مصرف کاندوم بودند. می‌توان چنین استدلال کرد که کاندوم هیچگونه عوارض جسمی و روانی برای زن ندارد، تداخلی بین مراحل پاسخ‌های جنسی ایجاد نمی‌کند و از سوی دیگر زنان علاوه بر عملکرد آن در پیشگیری از بارداری، از کاربرد دیگر آن درخصوص ارتقای بهداشت جسمی و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی نیز بهره می‌برند[۱۸] بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که کمترین اختلال در عملکرد جنسی را ایجاد نموده‌باشد. در مقابل زنانی که از روش وازکتومی همسران به عنوان پیشگیری از بارداری بهره گرفته‌اند، بیشترین اختلال عملکرد جنسی را گزارش نمودند.گمان می‌رود، اشتغال خاطر ذهنی ایجاد شده برای همسران در رابطه با ناتوانی‌های جنسی بعد از وازکتومی در آنها، زنان مورد بررسی حاضر را نیز تحت تأثیر قرار داده‌باشد، تا نتوانند عملکرد جنسی مطلوبی داشته‌باشند. آی یو دی هم مانند کاندوم روشی است که عوارض روانی کمی ایجاد می‌نماید، اختلالی در عمل جنسی به همراه ندارد و قابل بازگشت نیز هست، لذا مورد استقبال قرار گرفته‌است. در تحقیق ما این روش پیشگیری از بارداری نیز اختلالات جنسی زیادی به دنبال نداشت. در واقع با توجه به مزایای این روش، مراحل عمل جنسی با موفقیت و لذت برای زنان همراه می‌گردد و در ادامه رضایت از عملکرد جنسی افزایش خواهد یافت که این نتایج منطقی به نظر می‌رسد. نتایج یک بررسی نشان داد زنان استفاده کننده از آی یو دی در مراحل عملکرد جنسی، برانگیختگی و لغزندگی واژن نمرات بالایی کسب نموده‌اند[۱۹]. به طور کلی در حیطه‌های میل جنسی و برانگیختگی جنسی، بیشترین اختلال در بستن لوله زنان و در حیطه‌های رضایتمندی جنسی، لغزندگی واژن، اورگاسم و درد، بیشترین اختلال در وازکتومی همسر بوده‌است؛ یعنی روش‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.9.5]

دائمی بیشترین اختلال را در عملکرد جنسی ایجاد نموده‌اند. کاهش میل جنسی و برانگیختگی جنسی در بستن لوله زنان غیر قابل انتظار بود زیرا ما معتقدیم این روش، روش دائمی با ضریب شکست پایین است و ترس از بارداری که عامل مهمی در اختلال عملکرد جنسی است، طی این روش کاهش می‌یابد؛ لیکن چنین نتیجه‌ای را در تحقیق به دست نیاوردیم. شاید این یافته را چنین بتوان توجیه نمود که پاره‌ای عوارض روانشناختی بعد از بستن لوله در زنان وجود دارد که بی‌ارتباط با این امر نمی‌باشد.

از جمله این مسائل می‌توان به عدم تمایل و توجه شریک جنسی زن، به دلیل این باور که زنان بعد از بستن لوله‌ها، کارایی لازم جهت انجام عمل جنسی را ندارند؛ اشاره داشت. از سوی دیگر هم‌راستا با یافته‌های پژوهش، باید اذعان داشت که انجام اعمال جراحی بر روی اندام‌های جنسی زن، به میزان قابل ملاحظه‌ای سبب کاهش تمایل و تهییج جنسی و افزایش دیس‌پارونی و نرسیدن زنان به حالت اورگاسم می‌شود[۴].

در این مطالعه روش طبیعی پیشگیری از بارداری، روشی بود که اختلال کمتری در عملکرد جنسی زنان ایجاد نموده‌است. این روش، آسان و در دسترس و بدون عارضه برای زن است و معقول است که در زنان اختلال جنسی ایجاد نکند ولی برای اخذ نتیجه بهتر لازم است مطالعات مقایسه‌ای با گروه مردان نیز انجام گیرد. قرص‌های پیشگیری از بارداری نیز در این مطالعه از نظر ایجاد اختلالات در عملکرد جنسی در رده‌های میانی قرار گرفته‌اند. در حقیقت قرص یک روش مناسب و با اطمینان بالا و برگشت‌پذیر بوده و مورد استقبال اکثر زنان جامعه ما است؛ همان‌طور که در مطالعه حاضر نیز به عنوان دومین روش مورد استفاده جهت پیشگیری از بارداری توسط نمونه‌ها گزارش شد. از طرفی یک الگوی ثابت و منطقی برای وجود اثری که از نظر بیولوژیکی تأثیر در عملکرد جنسی را توضیح دهد، در مورد قرص‌ها وجود ندارد[۹].

آمپول‌های تزریقی پیشگیری از بارداری نیز در این مطالعه موجبات اختلالات عملکرد جنسی را در مراتب بعدی فراهم نمودند. به نظر می‌رسد عوارض جسمی ناشی از مصرف آنها مثل چاقی، لکه بینی و بازگشت دیر هنگام حاملگی، همگی در ایجاد عدم اطمینان خاطر و آرامش روانی و اعتماد به نفس جهت انجام عمل جنسی نقش داشته‌باشند[۱۱] که این عوامل را زنان مورد بررسی تجربه نموده‌اند. در مطالعه حاضر، بین تمام حیطه‌های عملکرد جنسی (به جز درد) با انواع روش‌های پیشگیری از بارداری تفاوت معنی‌دار مشاهده شد که این یافته با نتایج تحقیق پژوهشگران ایتالیایی در همین رابطه همسویی ندارد[۱۵]. شاید زنان مورد بررسی در این تحقیق درد جنسی خود را به علل دیگری غیر از نوع روش پیشگیری‌کننده از بارداری نسبت داده باشند که نیازمند انجام تحقیقات وسیع‌تر در این زمینه است. بنابراین با توجه به آنکه اختلالات عملکرد جنسی در استفاده از انواع روش‌های پیشگیری از بارداری وجود دارد، تمایلات جنسی در چارچوبی از هورمون‌ها، برانگیختگی احساسات و فاکتورهای اجتماعی، قادرند در حیطه‌های گوناگون عملکرد جنسی آثار متفاوتی بر جای گذارند. نتایج تحقیق حاضر به افزایش شناخت و آگاهی مراقبین بهداشتی کشورمان در زمینه عملکرد جنسی زنان استفاده‌کننده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری کمک می‌نماید تا مشکلات موجود در این راستا را مورد شناسایی قرار دهند؛ زیرا عملکرد جنسی مطلوب عاملی جهت ارتقای سلامت خانواده‌ها و به تبع آن ارتقای سلامت جامعه است. امید می‌رود انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، توجه به مسائل جنسی دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی را که در حال حاضرکمتر مدنظر است، در بر داشته‌باشد. در پایان به عنوان محدودیت پژوهش به روش نمونه‌گیری به کار رفته در این تحقیق اشاره می‌نماییم که به دلیل غیراحتمالی بودن آن، تعمیم یافته‌های پژوهش به جامعه کلی زنان سنین باروری با دشواری مواجه شده است، لذا در این خصوص رعایت احتیاط لازم است و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی استفاده شود.

سهم نویسندگان

مرجان مردانی حموله: ارائه ایده پژوهش، طراحی تحقیق، تحلیل و تدوین بحث مقاله، مرور و اصلاح نسخه نهایی

احترام ابراهیمی: مشارکت در طراحی تحقیق، مشارکت در اصلاح نسخه نهایی

هایده حیدری: مشارکت در طراحی تحقیق

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه زنان محترم شرکت‌کننده در تحقیق که بدون یاری آنان انجام این پژوهش مقدور نبوده‌است، اعلام می‌دارند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.9.5]

منابع

1. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S.The effect of educating about common changes in pregnancy period and the way to cope with them on marital satisfaction of pregnant women. Iranian Journal of Education; 8: 305-12 [Persian]

2. Gao W, Paterson J, Carter S, Iusitini L. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the pacific Islands families study. International Journal Gynaecology Obstetetrics 2008; 100: 109-15

3. Zahumensky J, Zverina J, Sotter O, Zmrhalova B, Driak D, Brtnicka H, et al. Comparison of labor course and womens sexuality in planned and unplanned pregnancy. Journal Psychosomatic Obstetetrics Gynaecology 2008; 29:157-63

4. Bolourian Z, Ganjloo J. Evaluation of sexual dysfunction and some related factor in women. Journal of reproduction and infertility 2007; 31: 163-70 [Persian]

5. Tountas Y, Creatsas G, DimitrakakiC, Antoniou A, Boulamatsis D. Information sources and level of knowledge of contraception is sues among Greek women and men in the reproductive age: a countrywide survey. European Journal Contraceptive Reproduction Health Care 2004; 9: 1-10

6. Hoga LA, Manganiello A. Male behaviors towards unplanned pregnancy: experiences of Brazillian low-income women. International Nursing Review 2007; 54:346-53

7. Vahidi S, Ardalan A, Mohamad K. Assessmen of prevalence the primary infertility in Iran in the years of 2004-2005. Journal of Reproduction and Infertility 2006; 243-51 [Persian]

8. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. Journal Sexual Marital Therapy 2005; 31: 409-24

9. Davis AR, Gastano PM. Oral contraceptive and libido in women. Annual Review Sexual Research 2004; 15: 297-20

10. Warnock JK, Clyton A, Craft H, Segraves R. Comparison of androgens in women with hypoactive sexual disorder. Journal Sexual Medicine 2006; 3:878-82

11. Schaffir J. Hormonal contraception and sexual desire. Journal Sexual Marital Therapy 2006; 32: 305-1

12. Shain RN, Miller WB, Holden AE, Rosenthal M. Impact of tubal sterilization and vasectomy on female marital sexuality. American Journal Obstetetrics Gynecology 1991; 164: 763-71

13. Rosen R, Brown C, Herman J, Leiblum S, Meston C,Shabsigh R, etal. The female sexual function index (FSFI):amultidimensionalself-reportinstrument for theassessment of female sexual function. Journal Sexual Marital Therapy 2000; 26: 191-208

14. Mohamadi Kh, Heydari M. Thefemale Sexual Fuction Index (FSFI): Payesh 2008; 7: 269-78 [Persian]

15. Thonneau P, Disle B. Does vasectomy have long term effects on somatic and psychological health status. International Journal Andrology 1990; 13: 419-32

16. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M. Prospective study on sexual behavior of women using 30 microgram ethinyl estradiol and 3mg drospirenone oral contraceptive.Contraception 2005; 72: 19-23

17. Bjelica A, Kapamadzija A, Maticki-Sekulić M. Sex hormones and female sexuality. Medicinski Pregled 2003; 56: 446-50

18. Bianchi F, Perrin E, Ludicke F, Fert D. Sexuality, partner relations and contraceptive practice after termination of pregnancy. Journal Psychosomatic Obstetrics Gynecology 2001; 22: 83-90

19. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research 2006; 18: 382-95

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.9.5]