

رضایت جنسی زنان در روش های مختلف پیشگیری از بارداری

نسیم بهرامی^۱ *محمدعلی سلیمانی^۲ سید حمید شریف‌نیا^۳ رضا مسعودی^۴
حوریه شایگان^۵ ژیلا محمد رضایی^۶

چکیده

زمینه و هدف: انتخاب، پذیرش و رضایت از روش‌های مختلف جلوگیری از حاملگی می‌تواند کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان را متأثر سازد. هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه رضایت جنسی زنان در روش‌های مختلف پیشگیری از حاملگی در مراجعین به درمانگاه‌های شهر قزوین بوده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۴۶۷ زن مراجعه کننده به ۶ بخش مامایی مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین که به روش خوشه ای تصادفی انتخاب شده بودند در سال ۱۳۸۸ انجام شد. رضایت جنسی با استفاده از پرسشنامه استاندارد لارسون و در بین زنان استفاده کننده از روش‌های مختلف پیشگیری از حاملگی تعیین و مقایسه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (آزمونهای آماری کای دو، ضریب همبستگی و ANOVA) و SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: روش جلوگیری از حاملگی در ۲۵/۵ درصد افراد طبیعی؛ ۲۶/۳ درصد کاندوم؛ ۱۳/۳ قرصهای ترکیبی، ۶/۶ درصد آمپولهای تزریقی؛ ۱۸/۸ وسایل داخل رحمی؛ ۶ درصد تویکتومی و ۳/۴ درصد وازکتومی بود. اکثر شرکت کنندگان (۵۴/۹ درصد) در گروه رضایت جنسی متوسط قرار داشتند. بین میانگین امتیاز رضایت جنسی در استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از حاملگی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/041$). بیشترین میزان رضایت مربوط به روش کاندوم (۲۸/۶ درصد) و طبیعی (۲۶/۵ درصد) بود.

نتیجه‌گیری کلی: یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهند که روش‌های جلوگیری از حاملگی می‌تواند رضایت جنسی زنان را تحت تأثیر قرار دهند. بر این اساس آموزش مشاوران تنظیم خانواده برای کمک به زنان در انتخاب روش مناسب با در نظر گرفتن تأثیر این روشها بر رضایت جنسی آنها قابل پیشنهاد است.

کلیدواژه‌ها: رضایت جنسی، روش‌های پیشگیری از حاملگی، زنان

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۱۲

^۱ عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران و دانشجوی دکترای بهداشت باروری شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۲ مربی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران و دانشجوی دوره دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول). تلفن: +۹۸۲۸۱۲۲۳۷۲۶۷؛ Email: masoleimany@qums.ac.ir

^۳ مربی دانشکده پرستاری و مامایی امل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران و دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

^۴ مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران و دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

^۵ مربی دانشکده پرستاری و مامایی شرق گیلان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، لنگرود، ایران

^۶ عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن به عنوان یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی انسان در نظر گرفته می‌شوند، رضایت جنسی بعنوان یکی از نیازهای فیزیولوژیک، موجب سلامتی انسان بوده و عدم رضایت جنسی و فشارهای جسمی و روانی ناشی از آن، فرد را به بیراهه می‌کشاند، در سلامت او اختلال ایجاد می‌کند و توانمندی‌ها و خلاقیت او را تقلیل می‌دهد^(۱).

مفهوم رضایت جنسی به دو صورت تقسیم بندی می‌شود: رضایت همراه با فعالیت جنسی و رضایت عاطفی و هیجانی^(۲). رضایت جنسی تنها لذت جسمانی نیست و شامل کلیه احساسات باقیمانده پس از جنبه‌های مثبت و منفی ارتباط جنسی می‌شود. علاوه بر این رضایت جنسی شامل رضایت فرد از فعالیت‌های خود تا رسیدن به اوج لذت جنسی است^(۳).

علیرغم اینکه فعالیت جنسی یک بخش مهم و جزء لازم در زندگی زنان است^(۴) در حدود ۸۰ - ۶۰ درصد زنان دچار اشکال مختلف اختلالات جنسی هستند که به طور مستقیم و غیر مستقیم بر بسیاری از جنبه‌های زندگی آنان تأثیر می‌گذارد^(۵). عوامل متعددی می‌توانند پاسخ جنسی را تحت تأثیر قرار دهند. این عوامل عبارتند از طول مدت و کیفیت رابطه، عوامل فردی و روانی، ناکامی‌ها و آسیب‌های قبلی و بطور کلی روشهای تطابق با احساسات، بیماریها، استفاده از برخی داروها و الکل^(۶).

سازگاری و رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند که از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیازها از جمله نیاز جنسی ایجاد می‌شود^(۷، ۸). انتخاب، پذیرش و رضایت از روشهای مختلف جلوگیری از حاملگی تحت تأثیر آثار آن روش بر روی کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان قرار دارد^(۹). روشهای جلوگیری از بارداری نیز تأثیرات متفاوتی بر رضایت جنسی زنان دارند^(۱۰). به عنوان مثال داروهای خوراکی جلوگیری از حاملگی دارای

اثرات منفی بر روابط جنسی هستند^(۱۰، ۷). در حالیکه استفاده از کاندوم برای پیشگیری از انزال زودرس و افزایش رضایت جنسی زوجین توصیه شده است. استفاده از وسایل داخل رحمی نیز به علت افزایش میزان خونریزیهای نامنظم، تعداد دفعات مقاربت و در نتیجه رضایت جنسی را کاهش می‌دهند. روشهای دائمی جلوگیری از حاملگی نیز نگرانی در مورد بارداری ناخواسته را رفع و در بسیاری از موارد می‌تواند رضایت جنسی را افزایش دهد^(۱۱).

ارضای نیازهای جنسی و رضایت حاصل از آن از عوامل مؤثر در بهداشت جسم و روان افراد است و بر دوام استحکام بنیان خانواده نیز می‌افزاید. با توجه به تأثیر نامطلوب عدم رضایت جنسی در بروز مشکلات جسمی و روانی به ویژه افسردگی و تأثیری که این امر در فروپاشی بنیان خانواده دارد و در نهایت به دلیل توجه ناکافی به امور جنسی در کشور ما، لازم است که این موضوع بیشتر مورد توجه قرار گیرد. این مطالعه به منظور مقایسه رضایت جنسی میان زنان مصرف کننده روشهای مختلف پیشگیری از حاملگی در زنان مراجعه کننده به درمانگاههای شهر قزوین در سال ۱۳۸۸ انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی زنان مراجعه کننده به ۶ مرکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۸۸ انجام شد. با توجه به مطالعه شاهواری و همکاران^(۱۲) که رضایتمندی کامل در استفاده کنندگان از کاندوم برابر با ۵۳/۳ درصد (بیشترین) و رضایتمندی کامل در استفاده کنندگان از قرص و آمپول برابر با ۳۱/۸ درصد (کمترین) بود و با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و توان ۹۰ درصد حجم نمونه اولیه در هر روش برابر با ۱۱۰ مورد تعیین شد و نظر به اینکه حداقل به ۱۷ روش پیشگیری از بارداری در کتب تخصصی زنان و مامایی اشاره شده است و هدف مطالعه مقایسه رضایت جنسی در روشهای مختلف پیشگیری از بارداری بود؛ لذا این حجم نمونه در

لارسون، ابزار مورد نظر به ده نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت نظر خواهی داده شد و نظرات آنان اعمال و پرسشنامه نهایی جهت نمونه‌گیری تدوین شد. جهت بررسی پایایی نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد که این ضریب ۰/۹۳ بود. برای توصیف نمونه‌ها و تعیین میزان رضایت جنسی زنان از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی مانند آزمونهای کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و ANOVA استفاده شد. سطح معنی داری کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در جدول شماره یک برخی از مشخصات واحدهای مورد پژوهش نشان داده شده است. میانگین سنی زنان $31/78 \pm 7/27$ سال (۴۵ - ۱۶ سال)، میانگین طول مدت ازدواج آنها $7/94 \pm 11/18$ سال (حداقل ۱ و حداکثر ۲۹ سال) و میانگین تعداد فرزندان $1/23 \pm 1/68$ (۹ - ۰) بود. روش جلوگیری از حاملگی در ۲۶/۳ درصد کاندوم؛ ۲۵/۵ درصد افراد طبیعی؛ ۱۳/۳ درصد قرصهای ترکیبی، ۶/۶ درصد آمپولهای تزریقی؛ ۱۸/۸ درصد وسایل داخل رحمی؛ شش درصد توبکتومی و ۳/۴ درصد وازکتومی بود.

جدول شماره ۱: توصیف برخی مشخصات دموگرافیک واحدهای

مورد پژوهش	
متغیرهای مطالعه	(درصد)
ابتدایی	۶۴ (۱۳/۷)
راهنمایی	۷۴ (۱۵/۸)
تحصیلات	
دیپلم	۱۹۶ (۴۱/۹)
دانشگاهی	۱۳۳ (۲۸/۵)
کارگر	۱۸۴ (۳۹/۴)
کارمند	۱۶۱ (۳۴/۵)
شغل همسر	
شغل آزاد	۱۱۶ (۲۴/۹)
بیکار	۶ (۱/۳)

رادیکال ۱۷ ($\sqrt{17}$) ضرب گردید و حجم نمونه در کل برابر با ۴۶۷ تعیین گردید که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند.

محققین از روی نقشه شهر قزوین تعداد ۶ خوشه (مرکز بهداشتی درمانی) را از نواحی مختلف انتخاب کردند. پس از ارائه معرفی نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری - مامایی قزوین به مسئولین مراکز بهداشتی و درمانی و کسب موافقت ایشان، پژوهشگر و همکار وی ۵ روز در هفته (شنبه تا چهارشنبه) به مراکز فوق مراجعه کرده و زنانی را که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند به روش تصادفی انتخاب می‌نمودند. رضایت نامه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ گردید و به منظور محرمانه بودن اطلاعات، در برگه‌های پرسشنامه نام افراد ذکر نشد.

داده‌ها به روش خود گزارش دهی در پرسشنامه دو قسمتی ثبت شد. نمونه‌ها در گروه سنی ۱۶-۵۰ سال قرار داشتند و فاقد هر گونه بیماری جسمی و یا مشکل روانی شناخته شده از جمله مشکلات جنسی و افسردگی بودند. قسمت اول پرسشنامه شامل سؤالاتی برای توصیف مشخصات فردی واحدهای پژوهش بود. نه سؤال مربوط به متغیرهای زمینه‌ای شامل سن، شغل واحدهای پژوهش و همسران آنان، میزان تحصیلات، طول مدت ازدواج، روش پیشگیری از بارداری و مدت استفاده از روش، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزند بود. قسمت دوم پرسشنامه مربوط به میزان رضایت جنسی واحدها بود که از پرسشنامه استاندارد رضایت جنسی Larson^(۱۳) به منظور بررسی آن استفاده شد. پرسشنامه Larson حاوی ۲۵ سؤال بود و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ بخشی امتیازدهی شد. پاسخ به گزینه هرگز، یک امتیاز و گزینه همیشه، ۵ امتیاز داشت. امتیاز ۵۰ - ۲۵ عدم رضایت جنسی، ۷۵ - ۵۱ رضایت جنسی کم، ۱۰۰ - ۷۶ رضایت جنسی متوسط و امتیاز ۱۲۵ - ۱۰۱ معادل رضایت جنسی بالا بود. روایی پرسشنامه Larson با استفاده از اعتبار محتوا بررسی شد. بدین صورت که بعد از مطالعه متون و تعیین مشخصات دموگرافیکی و ترجمه پرسشنامه

پیشگیری از حاملگی ۲۸/۶ درصد زنانی که از کاندوم و ۲۶/۵ درصد زنانی که از روش طبیعی استفاده می‌کردند به ترتیب بیشترین رضایت جنسی را داشتند. جدول شماره ۳ ارتباط میزان رضایت جنسی و انواع روش‌های پیشگیری از بارداری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی رضایت جنسی زنان شرکت کننده

میزان رضایت جنسی	(درصد) تعداد
عدم رضایت جنسی	۲ (۰/۴)
رضایت جنسی کم	۳۲ (۶/۹)
رضایت جنسی متوسط	۲۴۸ (۵۳/۱)
رضایت جنسی زیاد	۱۸۵ (۳۹/۶)
جمع	۴۶۷ (۱۰۰)
حداقل و حداکثر	۲۵ - ۱۵۲
انحراف معیار ± میانگین	۹۶/۱۷ ± ۱۴/۵

ادامه جدول شماره ۱: توصیف برخی مشخصات دموگرافیک

واحد‌های مورد پژوهش		
متغیرهای مطالعه	(درصد) تعداد	
شغل زنان	خانه دار	۳۶۲ (۷۷/۵)
	شاغل	۱۰۵ (۲۲/۵)
وضعیت اقتصادی	بد	۲۲ (۴/۷)
	متوسط	۲۶۹ (۵۷/۶)
	خوب	۱۷۰ (۳۶/۴)
	عالی	۶ (۱/۳)

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی رضایت جنسی افراد شرکت کننده در پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج آزمون آماری کای دو نشان داد بین میزان رضایت جنسی و نوع روش استفاده از حاملگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($P = ۰/۰۴۱$)؛ بطوریکه در بین انواع روش‌های

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و درصد میزان رضایت جنسی زنان بر حسب روش پیشگیری از بارداری

میزان رضایت جنسی				روش پیشگیری از بارداری
رضایت جنسی کم (درصد) تعداد	رضایت جنسی متوسط (درصد) تعداد	رضایت جنسی زیاد (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد	
۱۲ (۳۵/۳)	۵۸ (۲۳/۴)	۴۹ (۲۶/۵)	۱۱۹ (۲۵/۵)	طبیعی
۶ (۱۷/۶)	۶۴ (۲۵/۸)	۵۳ (۲۸/۶)	۱۲۳ (۲۶/۳)	کاندوم
۰ (۰)	۳۶ (۱۴/۵)	۲۶ (۱۴/۱)	۶۲ (۱۳/۳)	قرص‌های ترکیبی
۴ (۱۱/۸)	۱۸ (۷/۳)	۹ (۴/۹)	۳۱ (۶/۶)	آمپول‌های تزریقی
۴ (۱۱/۸)	۴۸ (۱۹/۴)	۳۶ (۱۹/۵)	۸۸ (۱۸/۸)	وسایل داخل رحمی
۶ (۱۷/۶)	۱۴ (۵/۶)	۸ (۴/۳)	۲۸ (۶)	توبکتومی
۲ (۵/۹)	۱۰ (۴)	۴ (۲/۲)	۱۶ (۳/۴)	واژکتومی
۳۲ (۱۰۰)	۲۴۸ (۱۰۰)	۱۸۵ (۱۰۰)	۴۶۷ (۱۰۰)	جمع

از آنجا که موارد عدم رضایت کم بود با رضایت جنسی کم ادغام شد. $X^2 = ۲۱/۷۲$ و $P = ۰/۰۴۱$

آزمون آنالیز واریانس نشان داد که میانگین سن زنان، مدت زمان ازدواج و تعداد فرزندان آنان در سه گروه با رضایت کم، متوسط و بالای جنسی متفاوت بود. بطوریکه میانگین سنی زنانی که رضایت جنسی بیشتری داشتند کمتر از میانگین سنی آنان در سایر گروه‌ها بود. نتایج آزمون آماری پیرسون نیز نشان داد بین افزایش سن و رضایت جنسی ارتباط معکوس وجود دارد ($P = ۰/۰۰۱$)، $F = -۰/۱۶$. میانگین طول مدت ازدواج با رضایت جنسی نیز ارتباط معکوس داشت ($P = ۰/۰۰۱$)، $F = -۰/۲$ ، بطوریکه با افزایش طول مدت ازدواج رضایت جنسی زنان کاهش

آزمون آنالیز واریانس نشان داد که میانگین سن زنان، مدت زمان ازدواج و تعداد فرزندان آنان در سه گروه با رضایت کم، متوسط و بالای جنسی متفاوت بود. بطوریکه میانگین سنی زنانی که رضایت جنسی بیشتری داشتند کمتر از میانگین سنی آنان در سایر گروه‌ها بود. نتایج

کمترین روش مورد استفاده به ترتیب مربوط به توبکتومی و وازکتومی بوده است. در مطالعه شاهواری و همکاران بیشترین روشهای مورد استفاده به ترتیب قرص ضدبارداری (۲۸/۱ درصد) و روش طبیعی (۲۹/۹ درصد) و کمترین روش مورد استفاده به ترتیب مربوط به آمپول ضدبارداری (۰/۷ درصد) و وازکتومی (۵/۴ درصد) بود^(۱۲). رحمانی و همکاران گزارش کردند که ۵۷ درصد واحدهای مورد پژوهش روش پیشگیری از بارداری داشته‌اند که بیشترین روش مورد استفاده به ترتیب مربوط به کاندوم (۲۴/۴ درصد) و روش منقطع (۲۸/۱ درصد) و کمترین روش مورد استفاده مربوط به وازکتومی (۵/۲) و توبکتومی (۸/۹ درصد) بود^(۱۳). شاید علت اختلاف در نتایج مطالعه حاضر با مطالعه شاهواری و رحمانی که هر دو در جامعه ایرانی انجام شده است را بتوان به حجم نمونه متفاوت، تفاوت‌های فردی و فرهنگی حاکم بر منطقه و اعتقاد به استفاده از روشی مطمئن در پیشگیری از حاملگی نسبت داد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تنها ۳۹/۶ درصد از واحدهای پژوهش از زندگی جنسی خود رضایت کامل داشتند. در تحقیق شاهواری و همکاران ۴۱/۷ درصد و در مطالعه Auslander و همکاران ۸۵ درصد از بزرگسالان از روابط جنسی خود رضایت داشتند^(۱۴). نتایج مطالعه رحمانی و همکاران نشان داد ۶۳/۴ درصد از افراد شرکت کننده رضایت جنسی زیاد داشته‌اند^(۱۴). Auslander معتقد است؛ افرادی که به طور کل روابط بهتری با همسرانشان داشته و حساسیت عاطفی کمتری در ارتباطشان دارند؛ از لحاظ جنسی فعال‌تر بوده و از کاندوم استفاده کرده و رضایت جنسی بیشتری را گزارش کردند^(۱۴).

در مطالعه حاضر بین افزایش سن و طول مدت ازدواج با رضایت جنسی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت. به‌طوری‌که افراد در سنین پایین‌تر و دارای میانگین طول مدت ازدواج کمتر، رضایت جنسی بالاتری داشتند. زوجین با افزایش سن کاهش می‌یابد^(۱۵). تمایل جنسی

یافته بود. افرادی که تعداد فرزندان کمتری داشتند رضایت جنسی بالاتری را گزارش کردند ($r = -0.29$, $p = 0.001$). بین طول مدت استفاده از روش و میزان رضایت جنسی نیز ارتباط معکوسی وجود داشت. نتایج آزمون آماری پیرسون نشان داد که ارتباط فوق از نظر آماری معنی‌دار بوده است ($r = -0.11$, $p = 0.013$).

رضایت جنسی با وضعیت اقتصادی ارتباط مستقیم داشت ($r = 0.18$ و $P = 0.000$). به عبارت دیگر افرادی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند؛ نسبت به افراد با وضعیت اقتصادی متوسط و پایین، رضایت جنسی بالاتری را گزارش کردند. همچنین بین میزان تحصیلات و رضایت جنسی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P = 0.001$). ۳۵/۳ درصد از افرادی که تحصیلات ابتدایی داشتند کمترین رضایت جنسی را گزارش کردند در حالی که در زنان با تحصیلات دانشگاهی تنها ۱۱/۸ درصد رضایت جنسی کم و ۴۱/۶ درصد از آنان رضایت جنسی زیاد داشتند. بین سطح تحصیلات همسر و میزان رضایت جنسی نیز ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P = 0.001$). کمترین رضایت جنسی در زنانی بود که همسران آنان کارگر (۴۱/۲ درصد) و بیشترین رضایت جنسی در زنانی بود که همسران کارمند (۴۱/۶ درصد) داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

هر چند مطالعات زیادی بر روی رضایت جنسی صورت گرفته است اما مطالعات اندکی به بررسی رضایت جنسی در روشهای مختلف پیشگیری از حاملگی پرداخته است. این در حالی است که اکثر زوجین در سنین فعال از نظر جنسی و باروری بوده و یکی از نگرانی‌های آنان حاملگی ناخواسته است که می‌تواند کل روابط جنسی افراد و بخصوص رضایت جنسی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیشترین روش پیشگیری از حاملگی که توسط افراد مورد پژوهش مورد استفاده قرار می‌رفت به ترتیب مربوط به کاندوم و روش طبیعی و Halford معتقد است که رضایت جنسی در میان اکثر

والدین همراه است و تا حدودی فرصت آنها را برای پرداختن به امور مرتبط با زندگی جنسی کاهش می‌دهد و چه بسا با گذشت زمان سبب ایجاد فاصله عاطفی میان زوجین گردد.

میزان رضایت جنسی زنان بر حسب نوع روش پیشگیری از حاملگی نیز متفاوت بود. استفاده کنندگان از کاندوم و روش طبیعی حداکثر رضایت جنسی را گزارش کردند (جدول شماره ۲). در تحقیق شاهواری و همکاران مصرف کننده‌گان کاندوم (۵۳/۳ درصد) و وسایل داخل رحمی (۵۳/۲) رضایت جنسی خود را کامل گزارش کردند^(۱۲). در مطالعه Auslander استفاده از کاندوم، تنها روش ضدبارداری تأثیرگذار بر افزایش سطح رضایت جنسی بود^(۱۴). Costello نشان داد رضایت جنسی در افرادی که عقیمی را برگزیده بودند، نسبت به افرادی که از روش‌های غیر دائمی استفاده می‌کردند افزایش یافته بود^(۱۷). در برخی زوجین استفاده از روش‌های عقیمی نگرانی درباره حاملگی ناخواسته را برطرف کرده و این موضوع به تنهایی می‌تواند تأثیر به‌سزایی در افزایش دفعات نزدیکی در طول سیکل قاعدگی و در نتیجه رضایت جنسی داشته باشد. این در حالی است که در مطالعه حاضر ۲۵/۵ درصد زنان از روش طبیعی برای جلوگیری از حاملگی استفاده می‌کنند که خود می‌تواند نگرانی در خصوص حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده به همراه داشته و بر رضایت جنسی افراد تأثیرگذار باشد. اگرچه در مطالعه حاضر بیشترین رضایت جنسی بعد از کاندوم مربوط به روش طبیعی بود اما ۳۵/۳ درصد از زنانی که از این روش استفاده می‌کردند نیز کمترین رضایت جنسی را گزارش کردند که نسبت به سایر روش‌ها افزایش چشمگیری داشت.

از نظر تئوری تصور بر این است که روش‌های هورمونی جلوگیری از حاملگی بر خلق و میل جنسی تأثیر می‌گذارند^(۷). در مطالعه حاضر نیز مشخص شد که رضایت جنسی در روش‌های هورمونی (قرص‌های ترکیبی و آمپول‌های تزریقی) نسبت به سایر روش‌ها کمتر بوده

کم در زنان مسن با سایر مشکلاتی جنسی از قبیل دشواری در رسیدن به مراحل انگیزش و ارگاسم ارتباط پر قدرتی دارد. تمایل جنسی و پاسخ جنسی به صورت تابعی از یائسگی و سن کاهش می‌یابد. در زنان مسن‌تر دفعات کمتر ارگاسم و میزان متفاوتی از رضایت جنسی گزارش می‌شود. در این زنان معیارهای مهم برای رسیدن به رضایت، عوامل مرتبط با احساس عاطفی آرامش و عواملی از قبیل احساس امنیت با شریک جنسی هستند؛ در حالیکه در زنان جوان‌تر تجربیات فیزیکی اهمیت بیشتری دارند^(۷). در این مطالعه اگر چه با افزایش سن میزان رضایت جنسی کاهش یافته بود اما این ارتباط بسیار ضعیف بود و شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که با افزایش سن، ثبات زندگی خانوادگی از بعد روحی، روانی و عاطفی افزایش می‌یابد و این وابستگی همسران را از روابط جنسی خود راضی نگه داشته و علیرغم وجود مشکلات زندگی، کاهش میل جنسی زن و مرد و سایر عوامل تأثیرگذار، آنها میزان رضایت جنسی خود را خوب توصیف می‌کنند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین وضعیت اقتصادی و میزان رضایت جنسی نیز ارتباط مستقیمی وجود دارد. به‌طوریکه با بهبود وضعیت اقتصادی میزان رضایت جنسی زنان نیز افزایش می‌یابد و زنانی که وضعیت اقتصادی خود را بد توصیف کرده بودند رضایت جنسی کمتری نیز داشتند. از آنجا که اکثر واحدها (۵۷/۶ درصد) وضعیت اقتصادی خود را متوسط عنوان کرده بودند ۹۲/۷ آنها نیز از رابطه جنسی خود رضایت داشتند. خانواده‌هایی که از وضعیت اقتصادی خوبی برخوردارند، کمتر درگیر مشکلات روحی ناشی از آن شده و از نظر روابط جنسی شاداب‌تر و راضی‌تر هستند. اگر چه در مطالعه حاضر افرادی که تعداد فرزندان کمتری داشتند رضایت جنسی بالاتری را گزارش کرده بودند اما نورانی و همکاران گزارش کردند بین تعداد فرزندان و رضایت جنسی ارتباط معنی‌داری وجود نداشته است^(۱۶). افزایش تعداد فرزندان معمولاً با صرف انرژی و وقت بیشتری از

نداشت انجام مطالعه‌ای با در نظر گرفتن این عوامل بسیار کمک کننده خواهد بود.

هر گونه نارضایتی در زمینه مسایل جنسی باید توسط کارکنان سیستم بهداشتی و درمانی کشف و با مشاوره جنسی مناسب از بین برده شود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر سن زنان، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات زنان و همسران آنها و نیز نوع روش جلوگیری از حاملگی بر رضایت جنسی زنان تأثیر گذار است. با در نظر داشتن این عوامل می‌توان راهکارهایی برای بهبود موارد ذکر شده و در نتیجه افزایش رضایت زنان از رابطه جنسی خود ارائه نمود. انجام جلسات مشاوره‌ای در خصوص ارتباط این عوامل با رضایت جنسی و کمک به زنان برای انتخاب روشی مناسب‌تر و ایمن‌تر در دستیابی آنها به رابطه جنسی مطلوب‌تر مفید خواهد بود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و مسئولین محترم بخش مامایی و بهداشت خانواده درمانگاههای شهر قزوین و خانم‌ها فرناز فولادپها و مرضیه کشاورز که در انجام این تحقیق ما را یاری دادند اعلام می‌دارند.

است. اگرچه در مطالعه Caruso فعالیت و میل جنسی زنان در حین مصرف قرص افزایش یافته بود^(۸). در مطالعه Sabatini^(۹) و Li^(۱۰) نیز روشهای هورمونی پیشگیری از حاملگی سبب اختلال در روابط جنسی و کاهش تمایل برای انجام مقاربت و رضایت جنسی گردید که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. اثر قرص‌ها از چند جنبه حائز اهمیت است چون از یک سو به علت کاهش خطر حاملگی‌های ناخواسته و علائم مرتبط با قاعدگی اثر مثبتی داشته و از طرف دیگر به علت عوارض جانبی و مشکلات احتمالی روشی نامطلوب تلقی می‌گردد.

با توجه به اینکه روابط جنسی از خصوصی‌ترین مسایل زندگی زناشویی محسوب می‌شود و نیز به دلیل محدودیتهای فرهنگی و مذهبی در جامعه ما ممکن است افراد به راحتی قادر به بیان مسایل جنسی خود نباشند، بنابراین عدم صراحت احتمالی بعضی از افراد در بیان صریح مسایل خود از محدودیتهای خارج از اختیار پژوهشگر بود. از آنجا که رابطه جنسی نوعی ارتباط دوطرفه بوده و رضایت و عدم رضایت هرکدام از زوجین تأثیر قابل توجهی بر میزان رضایت جنسی دارد پیشنهاد می‌شود که این تحقیق به طور مشترک بر روی زوجها صورت گیرد. نظر به اینکه عوامل متعددی بر رضایت جنسی تأثیر می‌گذارند و در این مطالعه امکان بررسی عواملی از قبیل طول مدت ازدواج، دفعات مقاربت، اختلاف سنی میان زوجین، رضایت زناشویی و وجود

فهرست منابع

1. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2005 Oct-Dec; 31(5):409-24.
2. Hyde JS, DeLamater JD. Understanding human sexuality. 7th ed. Boston: McGraw-Hill, 2000.
3. MacNeil S, Byers ES. Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *J Sex Res.* 2009 Jan-Feb;46(1):3-14.
4. Rahmani A, Safavi S, Jafarpour M, Merghati-Khoei EA. [The relation of sexual satisfaction and demographic factors]. *IJN.* 2010; 23(66):14-22. Persian.
5. Bahrami N, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksari F, Ghojzadeh M. [Comparing depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couples]. *J Reprod Infertil.* 2007; 8(1):52-9. Persian.
6. Moor H. [Essential of obstetrics and gynecology]. 2nd ed. Tehran: Tabib publication. 2005. Persian
7. Berek SJ. Berek and Novak's Gynecology. 14th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.

8. Jonaidy E, Noorani Sadodin SH, Mokhber N, Shakeri MT. [Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2009; 12(1):7-16. Persian.
9. Ahmadi Kh, Azad Marzabady E, Molla Zamany A. [The Study of Marital Adjustment in Islamic Revolutionary Guard Corps (Sepah) Staff]. *J Mil Med*. 2005;7(2):141-52. Persian.
10. Li RH, Lo SS, Teh DK, Tong NC, Tsui MH, Cheung KB, et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*. 2004 Dec; 70(6):474-82.
11. Ghafourian Broujerdnia M, Ayene Band N [Principles of population and family planning]. Tehran: Aiezh publication. 2009. Persian.
12. Shahvari Z, Gholizade L, Mohammad hoseini S. [Determining some of the effective factors on sexual satisfaction in Gachsaran womens]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2010;11(4): 51 – 56. Persian.
13. Larson JH, Anderson SM, Holman TB, Niemann BK. A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *J Sex Marital Ther*. 1998 Jul-Sep; 24(3):193- 206.
14. Auslander BA, Rosenthal SL, Fortenberry JD, Biro FM, Bernstein DI, Zimet GD. Predictors of sexual satisfaction in an adolescent and college population. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007 Feb; 20(1):25-8.
15. Halford WK. Brief therapy for couples: Helping partners help themselves: The Guilford Press; 2003.
16. Nourani S, Jonaidy E, Shakeri MT, Mokhber N. [Sexual Satisfaction in Fertile and Infertile Women Attending State Clinics in Mashad]. *J Reproduct Infertil*. 2010; 10(4 (41)):269-277. Persian
17. Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Jamieson DJ, Peterson HB. The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. *Obstet Gynecol*. 2002 Sep; 100(3):511-7.
18. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene. *Contraception*. 2004 Mar; 69(3):237-40.
19. Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*. 2006 Sep; 74(3):220-3.

Female Sexual Satisfaction with Different Contraceptive Methods

Bahrami N¹ PhD Cond *Soleimani MA² PhD Cond Shraifnia H³ PhD Cond
Masoodi R⁴ PhD Cond Shaigan H⁵ MSc Mohammad rezaei Zh⁶ MSc

Abstract

Background & Aim: The choice, acceptance and satisfaction of women with different types of contraceptive methods would affect their quality of life and sexual function. The aim of this study was to determine and compare the female sexual satisfaction with different types of contraceptive methods in clients referred to Qazvin city clinics.

Material & Methods: It was a descriptive cross-sectional study that was carried out among 467 women in 6 midwifery units of Qazvin city health centers in 2009 using cluster random sampling method. Sexual satisfaction was assessed with Larson Sexual Satisfaction Scale among women using different contraceptive methods. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics (Chi-square test, Pearson correlation test and ANOVA) using SPSS-PC (v.16).

Results: According to the findings, the percentage of using withdrawal, condom, OCPs, DMPA, IUD, TL and vasectomy were 25.5%, 26.3, 13.3%, 6.6%, 18.8%, 6% and 3.4%, respectively. Most of the participants (54.9%) had moderate sexual satisfaction. there were a significant difference between the mean score of sexual satisfaction and use of different types of contraceptive methods (P=0.041). The most sexual satisfaction was found with condom (28.6%) and withdrawal (26.5%) methods.

Conclusion: The findings revealed that contraceptive methods can affect women's sexual satisfaction. Accordingly, executing family planning training programs for counselors regarding the suitable choose of contraceptive method considering women's sexual satisfaction is recommended.

Key words: Sexual Satisfaction, Contraceptive Methods, Women

Received: 17 May 2012

Accepted: 2 Aug 2012

¹. Faculty of Nursing and midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran and PhD Student of Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

². Lecturer, School of Allied Medical Sciences, Qazvin university of Medical Sciences, Qazvin, Iran and PhD Student of Nursing at Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). Tel: +982812237267; Email: masoleimany@qums.ac.ir.

³. Lecturer, Faculty of Nursing and midwifery of Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran and PhD student of nursing at Baghiatallah University, Tehran, Iran

⁴. Lecturer, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahrkord University of Medical Science, Shahrkord, Iran and PhD student of nursing, Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

⁵. Lecturer, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Langroud, Iran.

⁶. Faculty Member, Islamic Azad University_ Urmia Branch, Urmia, Iran.