

رضایت جنسی در زنان استفاده کننده روش‌های طبی و منقطع جهت پیشگیری از بارداری، تبریز ۹۱-۱۳۹۰

سحر آذری^۱، مهناز شهنازی^۲، عزیزه فرشباغ خلیلی^۳، ام‌البنین عباس نژاد^۴

^۱ مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران
^۲ مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳ مربی، دانشجوی دکترای پژوهش، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۴ کارشناس مامایی

چکیده

سابقه و هدف: حدود ۴۸ درصد حاملگی‌ها در آمریکا ناخواسته یا بدون برنامه‌ریزی هستند که ناشی از عدم استفاده از روش‌های بارداری مطمئن یا استفاده نادرست می‌باشد. بین انتخاب روش ضد بارداری و رضایت جنسی رابطه‌ای قوی وجود دارد تا جایی که کاهش میل جنسی مانعی برای استفاده از روش‌های ضد بارداری است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی-مقایسه‌ای در سال ۹۰-۹۱ انجام گرفت. ۳۸۷ خانم متاهل ۴۵-۱۵ ساله که جهت پیشگیری از بارداری از روش‌های طبی و ۳۸۷ نفر که از روش منقطع استفاده می‌کردند، به صورت تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافیک (۹ سوال) و بررسی رضایت‌مندی جنسی بود. برای مقایسه رضایت‌مندی از پرسشنامه استاندارد پنج گزینه‌ای لارسون استفاده شد که از ۲۵ سؤال تشکیل شده بود. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۸ و شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی کای‌دو، رگرسیون و t-test انجام شد. P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها: میانگین نمره رضایت جنسی در روش منقطع $69/68 \pm 9/8$ و در روش طبی $68/66 \pm 11/53$ از دامنه نمره ۱۲۵-۲۵ بود که در هر دو گروه در سطح رضایت جنسی کم قرار داشت.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر، رضایت جنسی در سطح پایین قرار داشت. با توجه به این که رضایت جنسی عامل مهمی در انتخاب روش ضد بارداری می‌باشد، لذا انجام مشاوره و آرایه اطلاعات مفید و درست در این زمینه به همه زنان واجد شرایط قبل از انتخاب روش پیشگیری از بارداری توسط کارکنان بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: نزدیکی منقطع، روش‌های ضد بارداری، رضایت جنسی.

مقدمه

زنان است. رضایت جنسی مطلوب عبارت است از قضاوت و تحلیل هر فرد، از میزان لذتی که هنگام برقراری رابطه جنسی به وجود می‌آید. رضایت جنسی به صورت رسیدن به مرحله اوج لذت جنسی (ارگاسم) نیز تعریف می‌شود. این حس یکی از مهم‌ترین نیازها و تعاملات فردی است که با سلامت روحی و جسمانی افراد ارتباط دارد. مطالعات نشان داده‌اند که عدم وجود رضایت جنسی نه تنها بر ارتباطات روانی-اجتماعی زوجین، بلکه می‌تواند بر رشد و تحول کودکان و نوجوانان آن خانواده اثر سوء داشته باشد. رضایت جنسی نه تنها شور و

رابطه جنسی سالم عاملی برای حفظ مهم‌ترین بنیاد اجتماعی یعنی خانواده است. محیط سالم خانواده مکان مهمی برای پرورش کودکان و رشد و ارتقا زوجین می‌باشد و رضایت جنسی عامل مهمی در پیشگیری از ایجاد اختلالات جنسی در

ایران ۲۱/۷ و در روستاها ۴/۶ درصد گزارش شده که با توجه به سایر روش‌ها پرکاربردترین است، به طوری که این میزان در شهر تبریز ۳/۲۹ درصد بوده است (۱۱). مقاربت منقطع به همراه سقط عمدی و القائی و ازدواج در سنین بالا علت قسمت عمده‌ای از کاهش باروری پیش از صنعتی شدن در اروپا بوده است و به نظر می‌آید که همچنان در سطح وسیعی بکار گرفته می‌شود. بعضی زوجین می‌توانند این روش را با موفقیت به کار گیرند و برخی دیگر انجام آن را دشوار می‌یابند. نقطه ضعف عمده مقاربت منقطع آن است که ممکن است ترشحات مرد که پیش از آمیزش دفع می‌شود حاوی اسپرم باشد، همچنین کمترین اشتباه در تعیین زمان انزال، ممکن است مقدار معینی از اسپرم را در مهبل بریزد (۱۲). ضریب شکست و کمترین میزان مورد انتظار حاملگی در روش منقطع به ترتیب ۲۳/۶ و ۴ درصد گزارش شده است (۹).

با توجه به این که رضایت جنسی عامل مهمی در انتخاب روش ضد بارداری می‌باشد (۸،۱) و از آنجا که ماما وظیفه مهمی در مشاوره و آموزش بهداشت نه تنها برای زنان بلکه برای خانواده و جامعه دارد و بخشی از آن مشاوره و آموزش در خصوص استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری با زوجین و مشکلات مربوط به رابطه جنسی است و با توجه به شیوع بالای استفاده از روش منقطع در تبریز و محدود بودن مطالعات و انجام آنها با حجم نمونه‌ای کم و عنایت به متفاوت بودن فرهنگ و آداب و رسوم هر منطقه و تاثیرگذاری آن بر نتایج، مطالعه حاضر با هدف تعیین رضایت جنسی در زنان استفاده کننده روش طبی و منقطع جهت پیشگیری از بارداری انجام گردید.

مواد و روشها

این مطالعه به صورت توصیفی-مقایسه‌ای در سال ۹۰-۹۱ انجام گرفت. جمعیت هدف خانم‌های متاهل ۴۵-۱۵ ساله بودند که جهت پیشگیری از بارداری به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کردند. حجم نمونه با توجه به شیوع ۳۷/۸ درصدی استفاده از روش منقطع با ضریب اطمینان ۰/۹۵ و خطای ۰/۰۵ و با توجه به فرمول بر آورد نسبت ۳۵۲ نفر به دست آمد و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، تعداد حجم نمونه ۳۸۷ نفر برآورد شد. بنابراین ۳۸۷ نفر برای هر یک از دو گروه استفاده کننده روش‌های منقطع و طبی (کاندوم، انواع آمپول‌های هورمونی، انواع قرصهای ضد بارداری، IUD) و در کل ۷۷۴ نفر در نظر گرفته شد. جهت نمونه‌گیری ابتدا لیست

گرمی را برای زوجین به ارمان می‌آورد، بلکه آنها را در برابر برخی از بیماری‌ها محافظت کرده و باعث کاهش حملات قلبی در مردان، کاهش سردردهای میگرنی، علایم قبل از عادت ماهانه و آرتريت روماتوئید در زنان می‌شود (۱).

عوامل متعددی در پیدایش و پیشرفت اختلالات جنسی در زنان دخیل هستند. برخی از افراد مبتلا به بیماری‌های ارگانیک هستند که بر فعالیت و رضایت جنسی آنها موثر است. از عوامل غیرارگانیک موثر بر رضایت جنسی نیز می‌توان به موانع مربوط به باورهای اجتماعی- مذهبی، آسیب دیدگی جنسی و تجارب بدجنسی اشاره کرد. مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که سن، افسردگی، فشارهای روحی، بیماری‌های مزمن، داروها، ناباروری، حاملگی و یا فقدان رابطه مناسب با همسر، زایمان، یائسگی، مشخصات اجتماعی فرد، نحوه زندگی و خصوصیات ازدواج می‌توانند بر رضایت جنسی اثرگذار باشند (۵-۲). روش‌های پیشگیری از بارداری نیز تأثیرات متفاوتی بر رضایت جنسی زنان دارند (۶).

شاهواری (۱۳۸۸) در مطالعه خود نشان داد که سن زن، تفاوت سنی با همسر، مدت ازدواج، وضعیت اقتصادی و روش پیشگیری از بارداری از دسته عواملی هستند که بر رضایت جنسی زنان مؤثرند و بایستی در مشاوره‌های جنسی ازدواج و تنظیم خانواده به آنها توجه نمود (۷).

بنابراین یکی از عوامل مهمی که می‌تواند در رابطه جنسی اثر گذار باشد روش‌های تنظیم خانواده است که از طرق مختلف می‌تواند اثر مثبت یا منفی بر روی آن داشته باشد. در نهایت مطالعات نشان داده‌اند که نمی‌توان رضایت جنسی و روش‌های ضد بارداری را دو مقوله جدا از هم در نظر گرفت (۸،۱).

عصر مدرن جلوگیری از حاملگی از سال ۱۹۶۰ شروع شد و سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) با روش‌های خوراکی جلوگیری از حاملگی موافقت کرد (۹). به دنبال آن به تدریج انواع روش‌های مدرن و طبی پیشگیری از بارداری (آمپول‌ها و قرص‌های ترکیبی، وسایل داخل رحمی و ...) به طور رایگان و مستمر در کلیه مراکز و پایگاههای بهداشتی-درمانی و خانه‌های بهداشت در اختیار زنان و مردان متقاضی استفاده از خدمت قرار گرفت.

با وجود این، روش منقطع به عنوان یکی از قدیمی‌ترین روشهای برگشت پذیر از متداول‌ترین روش‌هایی است که در کشورهای چون ایران و ایتالیا به کار می‌رود. چنین تخمین زده شده است که در سراسر جهان ۸۵ میلیون زوج از این روش استفاده می‌کنند (۱۰). بر اساس ارقام مرکز آمار در سال ۱۳۸۵ میزان استفاده از روش سنتی منقطع در شهرهای

رتبه ای بود، به شکل کمی اندازه گیری و سپس طبقه بندی شد و مقایسه بین گروه‌ها از این نظر انجام گرفت. سایر متغیرها شامل متغیرهای فردی-اجتماعی و باروری (سن، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، تعداد حاملگی، مدت زمان استفاده از روش فعلی، شغل، شغل همسر، سطح تحصیلات، تحصیلات همسر، جنسیت فرزندان قبلی، هدف از انتخاب روش) به صورت کمی و کیفی و سطح رضایتمندی افراد بود که به صورت کیفی رتبه‌ای در دو گروه مقایسه و مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه از روایی محتوی استفاده شد. بدین ترتیب که بعد از مطالعه منابع علمی متعدد ابزار گردآوری داده‌ها تهیه و محتوای آن توسط ۱۰ نفر از اساتید هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفت و بعد از جمع آوری آراء و نظرات، اصلاحات و تغییرات لازم در آن به عمل آمد و جهت پژوهش مورد استفاده آماده شد. جهت تعیین اعتماد علمی (پایایی) پرسشنامه از α کرونباخ ($\alpha=0.82$) استفاده شد.

رضایت نامه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ گردید و به منظور محرمانه بودن اطلاعات، در برگه‌های پرسشنامه نام افراد ذکر نگردید. داده‌ها به روش خودگزارش دهی در پرسشنامه دو قسمتی ثبت شد. افرادی که تمایل به ادامه شرکت در پژوهش نداشتند، از مطالعه حذف شدند. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۸ و شاخصهای آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر) و استنباطی کای دو، رگرسیون و t-test استفاده شد. P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی شد.

یافته‌ها

تحقیق بر روی ۳۸۷ زن متاهلی که از روش منقطع و ۳۸۷ نفر که از روش‌های طبی استفاده می‌کردند، انجام گرفت. مشخصات فردی و مامایی دو گروه در جدول ۱ آورده شده است. بین دو گروه در میانگین سنی افراد، مدت زمان استفاده از روش فعلی، شغل افراد و تحصیلات همسر اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت ($P<0.05$).

میانگین زمان آخرین زایمان به ترتیب $3/79 \pm 2/24$ و $3/89 \pm 2/87$ سال قبل و میانگین مدت استفاده از سایر روشها قبل از روش فعلی به ترتیب $26/84 \pm 38/18$ و $40/62 \pm 44/07$ ماه بود. اکثریت زنان در دو گروه (منقطع ۵۵ درصد، طبی ۵۲/۷ درصد) خودشان را به عنوان عامل تصمیم گیرنده برای انتخاب روش فعلی معرفی کردند. اکثریت

تمامی مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر تبریز (در مجموع ۶۵ مرکز و پایگاه) از مرکز بهداشت شهرستان تبریز تهیه شد. سپس نمونه‌گیری در دو مرحله به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام گرفت. بدین ترتیب که در مرحله اول از میان ۲۷ مرکز و ۳۸ پایگاه بهداشتی و درمانی شهری تبریز ۲۲ مرکز و پایگاه (۹ مرکز و ۱۳ پایگاه) به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و آدرس دقیق آنها از مرکز بهداشت گرفته شد. در مرحله دوم با استفاده از دفتر تنظیم خانواده هر مرکز و پایگاه و با توجه به معیارهای ورود کل افرادی را که از روش منقطع استفاده می‌کردند مشخص و به صورت تصادفی سهمیه‌ای (با استفاده از وب سایت www.randomizer.org) از میان آنها (در هر مرکز و پایگاه) ۲۰-۱۷ نفر انتخاب شدند ($22 \times 17 = 374$ و $22 \times 20 = 440$). بعد از تماس تلفنی و توضیح در مورد مطالعه مورد نظر با دعوت از آنها پرسشنامه‌ها، شامل مشخصات دموگرافیک و رضایتمندی جنسی لارسون، تکمیل گردید. ۳۸۷ نفر نیز به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند که شامل افرادی بودند که از روش‌های طبی (کاندوم، انواع آمپولهای هورمونی، انواع قرص‌های ضد بارداری و IUD) استفاده می‌کردند.

معیارهای حائز شرایط بودن ورود به مطالعه شامل زنان متاهل در گروه سنی ۴۵-۱۵ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم وجود سابقه نازایی، عدم استفاده همزمان از دو روش ضدبارداری، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و روانی بنا به اظهار مادر، عدم مصرف داروهای موثر بر رضایت جنسی، عدم وقوع حادثه ناگوار در ۶ ماه اخیر، عدم یائسگی، استفاده از روش فعلی حداقل از ۳ ماه قبل و عدم بارداری در زمان انجام مطالعه بود.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش، شامل پرسشنامه‌ای بود که با مطالعه مقالات، کتب مختلف و مطالعه توسط متخصصین تدوین شد. پرسشنامه شامل دو بخش بود. بخش اول شامل ۹ سوال در مورد مشخصات دموگرافیک و تاریخچه باروری بود. بخش دوم پرسشنامه استاندارد پنج گزینه‌ای لارسون در مورد رضایت جنسی بود که از ۲۵ سؤال تشکیل شده بود که ۱۳ عدد آن جنبه منفی و ۱۲ عدد آن جنبه مثبت داشت. با توجه به پاسخ انتخابی نمونه‌ها به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد. حداکثر نمره ۱۲۵ و حداقل ۲۵ بود.

امتیاز بین ۵۰-۲۵ به عنوان عدم وجود رضایت جنسی، ۷۵-۵۱ رضایت جنسی کم، ۱۰۰-۷۶ رضایت جنسی متوسط، ۱۲۵-۱۰۰ رضایت جنسی بالا طبقه بندی شد. بنابراین متغیر رضایت جنسی که متغیر اصلی و وابسته تحقیق و از نوع کیفی

شایع‌ترین علل انتخاب روش منقطع به ترتیب مربوط به اطمینان از موفقیت مشابه با سایر روش‌ها (۳۱/۳ درصد)، ترس از ناباروری با روش‌های طبی (۲۹/۵ درصد) و عدم تمایل همسر به سایر روش‌ها (۱۶/۶ درصد) بود.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین رضایت جنسی در روش منقطع هر دو گروه در سطح رضایت جنسی کم قرار داشت.

با استفاده از آنالیز رگرسیون خطی و با کنترل اثر متغیرهای مداخله‌گر احتمالی سن، مدت زمان استفاده از روش فعلی (ماه)، شغل و تحصیلات همسر ارتباط آماری معنی‌داری بین روش ضدبارداری منقطع یا طبی با نمره رضایت جنسی افراد یافت نشد (۰/۲۷ تا ۲/۷۷، CI 95%: -۱/۲۵، Beta=-). ارتباط معنی‌داری بین رضایت جنسی با سن افراد وجود داشت (P<۰/۰۵)، به طوری که با افزایش سن افراد، رضایت جنسی به طور معنی‌داری کاهش می‌یافت (۰/۲۴ تا -۰/۵۶، CI 95%: -۰/۳۸، Beta=-). (جدول ۳).

جدول ۲- مقایسه رضایتمندی جنسی در دو گروه روش منقطع و سایر روش‌های ضد بارداری

| P-value | سایر روشها تعداد=۳۸۷ | روش منقطع تعداد=۳۸۷ | سطح رضایتمندی |
|---------|-------------------------|------------------------|---------------|
| | ۲۹(۷/۵) | ۱۴(۳۵/۶) | نازاضی |
| | ۲۱۶(۵۵/۸) | ۲۵۳(۶۵/۴) | رضایت کم |
| | ۱۴۲(۳۶/۷) | ۱۲۰(۳۱) | رضایت متوسط |
| | ۰(۰) | (۰) | رضایت بالا |
| ۰/۱۸ | ۶۸/۶۶(۱۱/۵۳) | ۶۹/۶۸(۹/۸) | میانگین (SD) |

جدول ۳- ارزش پیشگویی عوامل مختلف برای رضایت جنسی

| P† | Beta (CI 95%)* | متغیر |
|-------|------------------------|------------------------------------|
| ۰/۱۱ | مرجع | روش منقطع |
| | -۱/۲۵(-۲/۷۷ تا ۰/۲۷) | طبی |
| ۰/۰۰۱ | -۰/۳۸ (-۰/۵۶ تا -۰/۲۴) | سن |
| ۰/۹۶ | ۰/۰۰۷(-۰/۳۱ تا ۰/۳۳) | مدت زمان استفاده از روش فعلی (ماه) |
| ۰/۸۸ | مرجع | خانه‌دار |
| | -۰/۲۹(-۴/۱ تا ۳/۵۰) | شاغل در منزل و خارج از منزل |
| ۰/۱۶ | مرجع | کمتر از دانشگاه |
| | ۱/۴۶(-۰/۵۶ تا ۳/۴۹) | دانشگاهی |

* تفاوت میانگین (95% حدود اطمینان) † سطح معنی‌داری گروه با گروه مرجع (حاصل از آزمون رگرسیون خطی)

خانم‌ها در گروه روش منقطع قبلاً از روش قرص‌های هورمونی ضد بارداری (۵۸/۷ درصد) به عنوان روش پیشگیری استفاده می‌کردند که علت عمده ترک روش قبلی را مربوط به تغییر خلق (۱۸/۸ درصد) و خونریزی (۱۳/۱ درصد) بیان کردند، در حالی که در روش طبی اکثریت زنان قبلاً از روش منقطع (۳۰/۴۰ درصد) استفاده می‌کردند که عدم اعتماد به این روش (۲۸ درصد) را علت ترک آن ذکر کردند.

بیشترین فراوانی در مورد منبع کسب اطلاعات در مورد انتخاب روش منقطع مربوط به گرفتن اطلاعات از افراد فامیل (۳۵/۴ درصد) بود.

جدول ۱- مقایسه مشخصات فردی و تاریخیچه باروری در دو روش منقطع و طبی*

| P-value | روش منقطع تعداد=۳۸۷ | روشهای طبی تعداد=۳۸۷ | متغیر |
|---------|------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| | ۳۰/۰۹±۵/۳۱ | ۲۹/۰۵±۵/۳۲ | سن (سال) |
| | ۱۲/۰۴±۵/۱۲ | ۸/۳۹±۵/۳۷ | مدت ازدواج (سال) |
| | ۱/۵۱±۰/۶۴ | ۱/۴۲±۰/۶۰ | تعداد فرزند |
| | ۱/۸۲±۱/۰۲ | ۱/۶۸±۰/۹۷ | تعداد حاملگی |
| | ۷۳/۷۵±۵۳/۵۴ | ۱۱/۹۶±۲۶/۲۱ | مدت زمان استفاده از روش منقطع (ماه) |
| ۰/۰۰۱ | ۲۷۱(۷۰) | ۲۸۴(۷۳/۴) | شغل آزاد |
| ۰/۰۴ | ۳۶۸(۹۵/۱) | ۳۷۴(۹۶/۶) | خانه‌دار |
| | ۳(۰/۸) | ۷(۱/۸) | کار در منزل |
| | ۱۶(۴/۱) | ۶(۱/۶) | کار بیرون منزل |
| ۰/۳۰ | ۱۱۶(۳۰) | ۱۰۳(۲۶/۶) | شغل همسر |
| | ۲۷۱(۷۰) | ۲۸۴(۷۳/۴) | کارمند |
| ۰/۰۷ | ۲(۰/۵) | ۰(۰) | شغل آزاد |
| | ۳۰۶(۷۹/۱) | ۳۳۴(۸۶/۳) | تحصیلات |
| | ۷۹(۲۰/۴) | ۵۳(۱۳/۷) | بی سواد |
| ۰/۰۰۱ | ۱(۰/۳) | ۰(۰) | کمتر از دانشگاه |
| | ۲۹۳(۷۵/۷) | ۳۴۵(۸۹/۱) | دانشگاه |
| ۰/۳۰ | ۹۳(۲۴) | ۴۲(۱۰/۹) | تحصیلات همسر |
| | ۱۵۴(۳۹/۸) | ۲۰۴(۵۲/۷) | بی سواد |
| | ۱۳۸(۳۵/۷) | ۲۱(۵/۴) | کمتر از دانشگاه |
| | ۹۵(۲۴/۵) | ۱۶۲(۴۱/۹) | دانشگاه |
| ۰/۳۸ | ۲۲۰(۵۶/۸) | ۲۳۲(۵۹/۹) | جنسیت فرزندان قبلی |
| | ۱۶۷(۴۳/۲) | ۱۵۵(۴۰/۱) | دختر |
| | ۲۲۰(۵۶/۸) | ۲۳۲(۵۹/۹) | پسر |
| | ۲۲۰(۵۶/۸) | ۲۳۲(۵۹/۹) | هر دو جنس |
| | ۲۲۰(۵۶/۸) | ۲۳۲(۵۹/۹) | هدف از انتخاب روش |
| | ۲۲۰(۵۶/۸) | ۲۳۲(۵۹/۹) | فاصله گذاری |
| | ۱۶۷(۴۳/۲) | ۱۵۵(۴۰/۱) | کامل بودن تعداد فرزندان |

* داده‌های مربوط به ۵ متغیر اول به صورت Mean±SD و بقیه به صورت فراوانی (/) می‌باشند.

بحث

مطالعه حاضر جهت مقایسه رضایت‌مندی جنسی در دو گروه استفاده کننده از روش منقطع و روش طبی انجام شد که یافته‌ها حاکی از آن بود که بیشترین میزان رضایت‌مندی در هر دو گروه منقطع و طبی در سطح پایین (کم) قرار داشت. نتایج برخی از مطالعات انجام شده متناقض با نتایج حاصل بود (۱،۷). در این مطالعات، میزان رضایت‌مندی جنسی در سطح بالایی قرار داشت که ممکن است ناشی از تفاوت موجود در ابزار و یا متفاوت بودن انتظارات خانم‌ها در مورد میزان رضایت‌مندی جنسی باشد.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین رضایت‌مندی جنسی و نوع روش ضدبارداری به دست نیامد که هماهنگ با مطالعه مهدی زاده (۱۳۸۹) تحت عنوان رابطه رضایت جنسی و روش‌های ضد بارداری در اصفهان می‌باشد. در مطالعه وی بین رضایت‌مندی جنسی در مردان و نوع روش ضدبارداری رابطه معنی‌داری وجود داشت، ولی بین رضایت‌مندی جنسی در زنان و نوع روش ضدبارداری وجود نداشت. بیشترین میانگین میزان رضایت‌مندی جنسی در زنان مربوط به وازکتومی (۴/۹۴) و روش‌های هورمونی خوراکی LD (۴/۸۸) و کمترین میزان رضایت‌مندی جنسی مربوط به توبکتومی (۴/۳۴) و روش منقطع (۴/۴۸) بود (۱۳). نتایج مطالعه گابالچی در ترکیه (۲۰۱۰) نیز تفاوت معنی‌داری را بین رضایت‌مندی جنسی و نوع روش ضدبارداری نشان نداد (۸). همچنین فورتنبوری (۲۰۱۱) در ایندیانا نیز بین رضایت‌مندی جنسی و نوع روش ضدبارداری تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (۱۴). بر خلاف این یافته‌ها، مطالعاتی نیز وجود دارند که تاثیر نوع روش ضد بارداری بر رضایت‌مندی جنسی را نشان دادند (۱۹-۱۵). این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از ساختار متفاوت مطالعات، استفاده از ابزارهای گوناگون و یا شیوع متفاوت استفاده از روش‌های مختلف ضدبارداری باشد.

بیشترین منبع کسب اطلاعات در مورد انتخاب روش ضد بارداری در این مطالعه مربوط به کسب آگاهی از افراد فامیل بود. نتایج مطالعه کارتر (۲۰۱۲) در فیلادلفیا و هارت فورد هم راستا با مطالعه حاضر بود (۲۲). در مطالعه علی اکبری تحت عنوان دلایل عدم استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری در آمل (۱۳۸۱)، بیشترین منبع کسب اطلاعات افراد، کارکنان بهداشتی (۲۶/۶ درصد) و سپس رسانه‌ها (۱۶/۹ درصد) ذکر شده بود (۲۰). کادول (۲۰۰۱) نیز در مطالعه خود بیشترین منبع کسب اطلاعات افراد را کارکنان بهداشتی

معرفی کرد (۲۳). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، نوع و استحکام روابط خانوادگی و اهمیت آنان در تصمیم‌گیری‌هایی به ظاهر، مختص همسران باشد. عدم اطمینان افراد به کارکنان بهداشتی یا نقص در نحوه ایجاد ارتباط و انتقال آگاهی به مددجویان نیز می‌تواند از عوامل موثر بر این تفاوت باشد که تلاش بیشتر کارکنان بهداشتی را می‌طلبد. نقش رسانه‌ها در مطالعه ما (۰/۳ درصد) همانند مطالعه شیروانی (۱۳۸۶) (۲۱) بسیار کم رنگ بود.

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه اکثریت افراد در سنی قرار داشتند که بیشترین احتمال بارداری وجود داشت که خود نشان از اهمیت آموزش و آگاهی به این افراد در زمینه بارداری ناخواسته و عوارض آن می‌باشد. در مطالعه حاضر اکثریت زنان خانه دار (۹۵/۱ درصد) و همسرانشان دارای شغل آزاد (۷۰ درصد) بودند. این نتایج با یافته‌های مطالعات گوناگون (۲۱، ۲۰) هماهنگی دارد.

در مطالعه حاضر تفاوت آماری معنی‌داری بین رضایت‌مندی جنسی و سن وجود داشت، به طوری که با افزایش سن افراد، رضایت جنسی به طور معنی‌داری کاهش پیدا می‌کرد. این یافته هم راستا با مطالعه شاهواری با عنوان تعیین برخی عوامل مرتبط با رضایت جنسی در زنان شهر گچساران سال ۱۳۸۸ بود (۷). سایر مطالعات نیز تفاوت آماری معنی‌دار بین رضایت‌مندی جنسی و سن را نشان داده‌اند، با این تفاوت که آنها این رابطه را به صورت مستقیم بیان کردند. این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت در گروه بندی، تفاوت در میانگین سن نمونه‌ها و یا تفاوت‌های فرهنگی باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که علی رغم گسترش روش‌های ضد بارداری طبی هنوز افرادی هستند که ترجیح می‌دهند از روش منقطع استفاده کنند که این خود می‌تواند ناشی از عقاید و اطلاعات نادرست در مورد این روش قدیمی ضد بارداری باشد. این میزان بالای استفاده، تاثیر نوع روش ضدبارداری بر رضایت‌مندی جنسی و اهمیت آن برای زوجین، نیاز به دادن اطلاعات صحیح در مورد میزان شکست روش‌های ضدبارداری، احتمال بالای حاملگی ناخواسته و عوارض مربوط به آن، شناسایی اختلالات جنسی و تاثیر روش‌های ضد بارداری بر آنها را توجیه می‌کند. همچنین این تحقیق اهمیت تصمیم مردان در انتخاب روش‌های ضدبارداری و نیاز اهمیت به آموزش مردان را آشکارتر می‌کند که خود می‌تواند تحولی در نوع استفاده از روش‌های ضدبارداری باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مراکز بهداشتی هنگام ارائه مشاوره به زنان در

تشکر و قدردانی

از تمام عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند نهایت سپاس‌گزاری را داریم.

مورد روش‌های ضد بارداری امکاناتی جهت آموزش همسران آنان نیز فراهم شود.
از حدودیت‌ها این مطالعه این است که مطالعه ما محدود به شهر تبریز بود که پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای در سطح استان با تعداد نمونه بیشتر انجام گیرد.

REFERENCES

1. Rahmani A, Merghati Khoei E, Sadeghi N, Allahgholi L. Relationship between Sexual pleasure and Marital Satisfaction. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2011; 24: 82-90. [In Persian]
2. Jahanfar Sh, Molaeezhad M, eds. Text book of sexual disorder, 3rd ed. Tehran: Salemi Publication; 2001. P.15-40. [In Persian]
3. Botros SM, Abramov Y, Miller J, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, et al. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. *Obstet Gynecol* 2006;107:765-70.
4. Oleary KD, Heyman RE, Junsegma AE, eds. The couples psychotherapy treatment planner. 1st ed. Tehran: Roshd Publication; 2005. P.262-362.
5. Nappi RE, Albani F, Vaccaro P, Gardella B, Salonia A, Chiovato L, et al. Use of the Italian translation of the female sexual function index (FSFI) in routine gynecological practice. *Gynecol Endocrinol* 2008;24:214-19.
6. 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;69:237-40.
7. Shahvari Z. Determining some related factors with sexual satisfaction in Gachsaran. *Journal of Kerman Medical University* 2009; 11: 51-56. [In Persian]
8. Gabalci E, Terzioglu F. The effect of family planning methods used by women of reproductive age on their sexual life. *Sex Disabil J* 2010; 28:275-85.
9. Fritz mark A, ed. *Clinical gynecologic endocrinology and fertility*. 8th ed. New York: W.B. Saunders; 2011.p.373-562.
10. Detels R, Beaglehole R, Lansang M, Gullifard M, eds. *Textbook of public health*. 5th ed. London: Oxford University Press; 2011. p.1598.
11. <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census85/census85.natayej/census85.gozideh>.
12. Berek J, ed. *Berek & Novak's Gynecology*. 14th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.p.238.
13. Mehdizadeh Toorzani Z, Hasan Zahraei R, Ehsanpour S, Nasiri M, Shahidi Sh, Soleimani B. A study on the relationship of sexual satisfaction and common contraceptive methods employed by the couples. *IJNMR* 2010; 15:115-19.
14. Fortenberry J, Hensel D. The association of sexual interest and sexual behaviors among adolescent women: a daily diary perspective. *Horm Behav* 2011; 59: 739-44.
15. Gracia C, Sammuel M, Charlesworth S, Barnhart K, Creinin M. Sexual function in first-time contraceptive ring and contraceptive patch users. *Fertil Steril* 2010; 93: 21-28.
16. Higgins JA, Hoffman S, Graham CA, Sanders SA. Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the women's well-being and sexuality study. *Sexual Health* 2008; 5: 321-30.
17. Sabatini R, Cagianob R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception* 2006; 74: 220-23.
18. Guida M, Di Spiezio T, Sardo A, Bramante S, Sparice S, Acunzo G. Effects of two types of hormonal contraception – oral versus intravaginal – on the sexual life of women and their partners. *Human Reprod* 2005; 20: 1100-106.
19. Sanders SA, Graham C, Bass J, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001; 64: 51-58.
20. Aliakbari A, Niyaki M, Ahmadi M, Alavi H. Cause of using a traditional method in Amol. *Mazandaran Medical University J* 2001;15: 92-98. [In Persian]
21. Shirvani M. Related factors about using contraceptive methods. *Hayat J* 2006; 13: 37-47. [In Persian]

22. Carter M, Bergdall A, Henry-Moss D, Timajchya K, Hock-Longc L. A qualitative study of contraceptive understanding among young adults. *Contraception* 2012;86: 543–50.
23. Caldwell B, Khuda B. The first generation to control family size: a micro study of the causes of fertility decline in a rural area of bangladesh. *Stud Fam Plan* 2001; 31: 239-51.
24. Ahmadi Z, Molaie Yarandi E, Malekzadegan A, Hosseini AF. Sexual satisfaction and its related factors in primigravidas. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2011;24:54-62. [In Persian]