

اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان در زنان ایرانی و عوامل مرتبط با آن: مرور سیستماتیک و متآنالیز

مرضیه ساعی قره‌ناز^۱، مژده بنایی^۱، ویدا قاسمی^۱، فرزانه رشیدی فکاری^۱، اعظم خیابانی^۲، معصومه عابد^۳، گیتی ازگلی^۴

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: اختلال عملکرد جنسی زنان در دوران پس از زایمان، یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان در دوران پس از زایمان می‌باشد. این مطالعه، با هدف تعیین اختلال عملکرد جنسی در دوره‌ی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان ایرانی انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مرور سیستماتیک و متآنالیز، مقالات ایرانی منتشر شده در پایگاه‌های ProQuest, Web of science, Scopus, PubMed, Magiran, SID, IranMedex و IranDoc با استفاده از کلید واژه‌های مرتبط با «عملکرد جنسی پس از زایمان» مورد جستجو قرار گرفتند. معیار ورود شامل مطالعات مشاهده‌ای (بین سال‌های ۲۰۱۹-۱۹۹۰) بود که ابزارهای استاندارد جهت سنجش عملکرد جنسی استفاده کرده بودند. جهت بررسی احتمال سوگیری در انتشار نتایج، از آزمون آماری Egger's استفاده شد. واکاوی داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار STATA 14 انجام شد. شیوه‌نامه‌ی این مطالعه، با شماره‌ی CRD42019137668 در مرکز ثبت بین‌المللی مطالعات سیستماتیک ثبت شده است.

یافته‌ها: در این مطالعه، تعداد ۱۲ مقاله بعد از انجام کیفیت‌سنجی با ابزار Newcastle-Ottawa، مورد واکاوی قرار گرفتند. میانگین کلی نمره‌ی عملکرد جنسی پس از انجام واکاوی حساسیت، ۲۲/۳۰ (۲۲/۸۰-۲۱/۸۰) و در بعد میل جنسی ۳/۵۲ (۳/۸۴-۳/۲۰)، کمترین نمره و در بعد رضایت جنسی ۴/۲۸ (۴/۴۰-۴/۰۳) بود. عوامل مرتبط با عملکرد جنسی شامل عوامل فردی و دموگرافیک، عوامل پزشکی و عوامل عاطفی و روانی بودند.

نتیجه‌گیری: عملکرد جنسی پس از زایمان در زنان ایرانی تحت تأثیر عوامل متعددی می‌باشد. از این رو، توصیه می‌شود در مشاوره‌های پس از زایمان، به بعد جنسی زندگی زنان توجه شود و جهت اقدامات مداخله‌ای در این زمینه برنامه‌ریزی شود.

واژگان کلیدی: عملکرد جنسی، زنان، زایمان، متآنالیز

ارجاع: ساعی قره‌ناز، مرضیه، بنایی مژده، قاسمی ویدا، رشیدی فکاری فرزانه، خیابانی اعظم، عابد معصومه، ازگلی گیتی. **اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان در زنان ایرانی و عوامل مرتبط با آن: مرور سیستماتیک و متآنالیز.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۴۶): ۱۱۴۹-۱۱۶۱

مقدمه

کسب رضایت جنسی و لذت بردن از آن می‌باشد (۳). عملکرد جنسی زنان، بخش مهمی از سلامت زنان و وضعیت کیفیت زندگی آنان می‌باشد (۴). زندگی جنسی و باروری زنان به میزان زیادی تحت تأثیر عملکرد جنسی زنان قرار دارد. از طرف دیگر، عملکرد جنسی زنان تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد که شامل بارداری، یائسگی، اختلال سلامت روانی، سن ازدواج، ورزش، وجود ارتباط صمیمی با همسر، داشتن تصویر مثبت از بدن و دریافت آموزش جنسی می‌باشد (۵-۶).

اختلالات عملکرد جنسی، به عنوان کاهش پایدار یا عود کننده در مراحل تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد هنگام نزدیکی و وجود مشکل یا ناتوانی در رسیدن به اوج لذت جنسی تعریف می‌شود (۱). اختلالات جنسی زنان، شامل گروهی از شکایات جنسی و اختلالاتی است که بر روی عملکرد زنان در تمام سنین تأثیر می‌گذارد و ناشی از مجموعه‌ای از علل می‌باشد (۲). اختلال عملکرد جنسی زنان، به معنی اختلال در تعاملات جنسی زن، رسیدن به ارگاسم،

۱- دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۴- دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤو: گیتی ازگلی

Email: gozgoli@sbmu.ac.ir

روش‌ها

این مطالعه ی مرور سیستماتیک و متاآنالیز بر اساس چک لیست Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) نوشته شد (۲۳). جستجوی مطالعات در پایگاه داده‌های ملی [IranMedex, IranDoc, Magiran] و بین‌المللی Scientific Information Database (SID) و بین‌المللی (Web of Science, Scopus, PubMed و ProQuest) در خرداد ماه ۱۳۹۸ انجام شد. منابع خاکستری مربوط به مقالات ارایه شده در کنگره ها مورد بررسی قرار گرفت، اما به دلیل عدم جامعیت اطلاعات ارایه شده و عدم برخورداری از کیفیت لازم، وارد مطالعه نشدند. لازم به ذکر می باشد که جستجوی دستی در منابع مقالات استخراج شده انجام گردید، اما در این مرحله، مقاله‌ی جدیدی به دست نیامد. معیارهای ورود در این مطالعه، پژوهش‌های مشاهده‌ای شامل توصیفی-تحلیلی، مورد-شاهدی و هم‌گروهی (طی سال‌های ۲۰۱۹-۱۹۹۰) جهت استخراج داده‌های مربوط به عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن بود و تمامی مقالات مروری، گزارش مورد، نامه به سردبیر و مطالعات تجربی از مطالعه خارج شدند. محدودیت زبان فارسی و زبان انگلیسی اعمال شد. معیار ورود مطالعات به مطالعه‌ی مروری حاضر، شرکت کنندگان زن در سنین باروری، بدون سابقه‌ی افسردگی پس از زایمان، در طول ۲۴ ماه اول بعد از زایمان (واژینال یا سزارین)، بدون سابقه‌ی عوارض بارداری و زایمان و عدم وجود سابقه‌ی مشکلات جنسی قبلی بود. شیوه‌نامه‌ی این مطالعه، در مرکز ثبت بین‌المللی مطالعات سیستماتیک (International Prospective Register of Systematic Reviews) با کد CRD42019137668 ثبت شده است.

معیارهای ورود، شامل مطالعاتی بودند که عملکرد جنسی پس از زایمان زنان (هفته‌های ۸-۲۴ پس از زایمان) را با ابزار استاندارد سنجش عملکرد جنسی شامل ابزار شاخص عملکرد جنسی (Female sexual function index)، ابزار Golombok Rust inventory of sexual satisfaction یا (Arizona sexual experiences scale) Arizona (GRISS)، ابزار و ابزار رضایت جنسی (Sexual satisfaction scale for women) سنجیده بودند. از این رو، مطالعاتی که از ابزارهای محقق ساخته استفاده کرده بودند، از مطالعه خارج شدند.

جهت جستجوی مطالعات، از کلید واژگان فارسی «اختلال عملکرد جنسی»، «عملکرد جنسی»، «مشکلات جنسی»، «ناتوانی جنسی»، «اختلال جنسی»، «اختلال جنسی، فیزیولوژیک»، «مشکلات جنسی»، «درد جنسی»، «ارگاسم»، «روان‌کاوی»، «هیجان جنسی»، «تحریک جنسی»، «میل جنسی»، «دیس پارونی»، «واژینیسموس»، «اختلال جنسی فیزیولوژیک»، «اختلالات جنسی»، «اختلال جنسی

عملکرد جنسی زوجین در دوران بارداری و پس از زایمان، تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل زیست‌شناختی، اجتماعی و روان‌شناختی قرار می‌گیرد (۷-۹). طبق شواهد موجود، از جمله این عوامل شامل زایمان ابرازی، نوع زایمان، شیردهی، افسردگی بعد از زایمان، تغییرات خلق و خو، خستگی، تغییر در روابط رمانتیک و عوامل فرهنگی، اجتماعی اشاره کرد (۸، ۱۰-۱۱). اختلال عملکرد جنسی زنان در دوران پس از زایمان، یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان در دوران پس از زایمان می باشد (۳). تطابق با نیازهای نوزاد تازه متولد شده و ایفای نقش والدین، ممکن است صمیمیت والدین را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲).

مطابق با شواهد موجود، شیوع اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان، در نقاط مختلف دنیا متفاوت می باشد. در مطالعه‌ای بر روی زنان استرالیایی، میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در طول یک سال اول بعد از زایمان ۶۴/۳ درصد گزارش شده بود (۱۳). در مطالعه‌ای در ترکیه، ۷۴/۳ درصد زنان در طول دوره‌ی پس از زایمان، اختلال عملکرد جنسی را تجربه کرده بودند (۱۴). در مطالعه‌ی دیگری در برزیل، میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان شیرده ۵۸/۳ درصد گزارش شده بود (۱۵). به این ترتیب، در نقاط جغرافیایی و فرهنگی مختلف، شیوع این اختلال متفاوت می باشد. اختلال عملکرد جنسی، ممکن است منجر به آسیب به روابط زناشویی و در نتیجه، منجر به بروز طلاق در زوجین شود (۱۶).

شواهد نشان می‌دهند که سلامت جنسی زنان ایرانی در طی سال‌های اخیر توجه بیشتری را می‌طلبند (۱۷-۱۸). سلامت جنسی زنان از نظر سازمان جهانی بهداشت، یکی از جنبه‌های مهم زندگی زنان می باشد که جهت ارتقای سلامت و بهزیستی زنان باید مورد توجه قرار بگیرد و باید به عنوان بخشی از سیستم ارایه‌ی خدمات بهداشتی باشد (۱۹). مطالعات سیستماتیک (Systematic review) یا (SR) و متاآنالیز با هدف بازبانی، ترکیب و ارزیابی دانش موجود در مورد موضوع خاص طراحی می‌شود (۲۰). متون علمی، گواه این می باشد که مطالعات مرور سیستماتیک به ترکیب نظام‌مند شواهد علمی موجود می‌پردازد و جهت تدوین دستورالعمل‌های بالینی و نیز اتخاذ تصمیم‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۲۱-۲۲).

با توجه به نقش مهم سلامت جنسی در استحکام ساختار خانواده و کاهش اختلافات زناشویی و نیز با توجه به اهمیت مطالعات سیستماتیک و متاآنالیز در تصمیم‌گیری سیاست‌های بهداشتی کشور و از آن جایی که بررسی وضعیت عملکرد جنسی در دوره‌ی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن منجر به افزایش دانش در این زمینه می‌شود و می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی‌های بهداشتی کشور نقش مهمی داشته باشد، مطالعه‌ی حاضر، به صورت مطالعه‌ی مرور سیستماتیک و متاآنالیز در زمینه‌ی عملکرد جنسی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان ایرانی انجام شد.

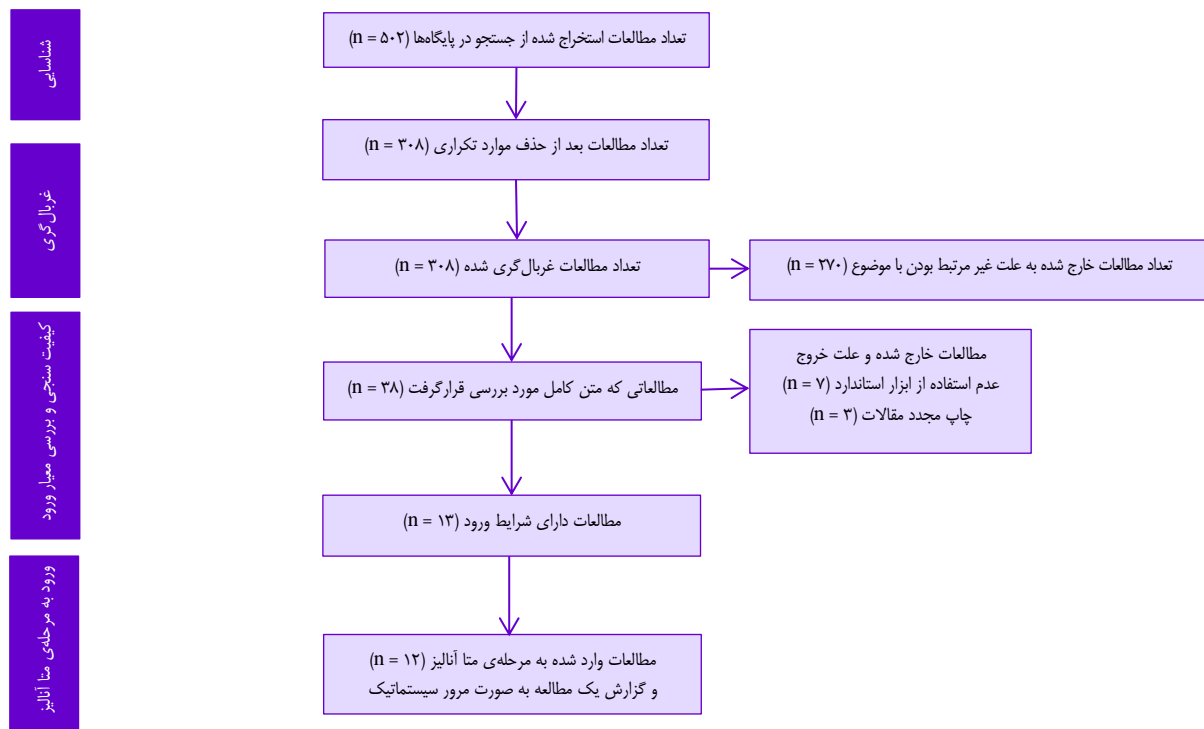
استخراج و مدیریت داده‌ها: دو محقق به طور مستقل داده‌ها را از مطالعات دارای معیارهای ورود، استخراج کردند. اطلاعات فرم استخراج داده‌ها شامل مشخصات مطالعه (نویسندگان، سال انتشار، نوع مطالعه، ابزار مورد استفاده در مطالعات)، مشخصات شرکت کنندگان (سن، عملکرد جنسی پس از زایمان و نمرات مربوط به دامنه‌های مختلف عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با عملکرد جنسی پس از زایمان) بود.

- پیامد اولیه‌ی مورد بررسی در این مطالعه شامل نمره‌ی کل عملکرد جنسی در دوره‌ی پس از زایمان زنان بود.
- پیامد ثانویه‌ی مورد بررسی، ابعاد مربوط به عملکرد جنسی در دوره‌ی پس از زایمان و عوامل مرتبط با عملکرد جنسی در دوره‌ی پس از زایمان بود.

در این مطالعه، کیفیت مطالعات با استفاده از ابزار Newcastle-Ottawa انجام شد. این ابزار، توسط Wells و همکاران جهت سنجش کیفیت مطالعات غیر تجربی طراحی شده است (۲۴). این ابزار مطالعات را از نظر کیفیت طراحی مطالعه، روش جمع‌آوری داده‌ها، فرایند ثبت نام نمونه‌ها، میزان پاسخ‌دهی، قابلیت تعمیم نتایج و تحلیل‌های آماری مورد بررسی قرار می‌دهد (۲۵) که دارای ۴ بخش (Detection bias, Performance bias, Selection bias و Information bias) می‌باشد. در هر دامنه، امتیاز بین ۰-۳ بود (۲۶). جدول ۱، میزان نمره‌ی حاصل شده از کیفیت‌سنجی مطالعات را نشان می‌دهد.

فیزیولوژیک»، «عملکرد جنسی پس از زایمان»، «دوران شیردهی» استفاده شد. همچنین، کلیدواژگان انگلیسی مورد جستجو شامل «Sexual problem»، «Sexual disability»، «Sexual dysfunction»، «Sexual problems»، «Physiological»، «Sexual dysfunction»، «Sexual pain»، «Sexual excitement»، «Lubrication»، «Orgasm»، «Sexual arousal»، «Dyspareunia»، «Sexual desire»، «Sexual arousal»، «Physiological sexual dysfunction»، «Vaginismus»، «Sex disorders»، «Physiological sexual disorder»، «Sex disorders»، «Sexual function»، «Sexual dissatisfaction»، «Puerperium»، «Postpartum»، «Postpartum women»، «Breastfeeding women»، «After delivery»، «Childbirth» و «Delivery» و «Iran» بودند.

در ابتدا، جستجو توسط دو نفر محقق انجام شد تا مطالعات مربوط به سؤال مورد بررسی مطالعه، در پایگاه داده‌های ملی و بین‌المللی را بررسی نمایند. تمام مقالات حاصل از هر پایگاه داده در نسخه‌ی Endnote 8 وارد شدند. در مرحله‌ی بعد، مقالات وارد شده به فایل Word توسط محققان مورد بررسی قرار گرفت؛ به این صورت که بعد از حذف مقالات تکراری، عنوان و چکیده‌ی تمام مقالات ارزیابی گردید. بعد از حذف مقالات غیر مرتبط، متن کامل مطالعات باقی‌مانده جهت ارزیابی معیارهای ورود مورد ارزیابی قرار گرفتند. موارد اختلاف نظر، با بحث یا توسط نفر سوم برطرف شد. شکل ۱، روند انتخاب مطالعات را نشان می‌دهد.



شکل ۱. فلوچارت انتخاب مطالعات

جدول ۱. مشخصات مطالعات وارد شده

منبع	حجم نمونه	شهر	ابزار	فاصله‌ی زمانی از زایمان تا اجرای مطالعه	یافته‌ها	نمره‌ی کیفیت‌سنجی
محمودیان و همکاران (۳۴)	۸۰۰	رامسر	Arizona	۶ ماه بعد از زایمان	فقدان میل جنسی، لوپریکاسیون ناکافی، درد در زمان نزدیکی و خستگی در گروه زایمان واژینال بیشتر از زایمان سزارین بود.	۶
امیری و همکاران (۳۵)	۲۰۳	بابل	FSFI	۳-۶ ماه بعد از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/70 \pm 5/95$ ، لوپریکاسیون $1/66 \pm 7/53$ ، برانگیختگی $1/62 \pm 5/92$ ، ارگاسم $1/11 \pm 4/10$ ، درد $2/00 \pm 6/81$ و رضایت جنسی $1/63 \pm 7/99$ به دست آمد. عوامل مرتبط: نوع زایمان، وزن هنگام تولد نوزاد و نوع روش جلوگیری از بارداری، با نمره‌ی عملکرد جنسی ارتباط معنی‌داری نداشتند ($P > 0/050$).	۶
احمد شیروانی و باقری نسامی (۳۶)	۴۹۰	قایم‌شهر	FSFI	۳-۱۲ ماه پس از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $0/87 \pm 3/18$ ، برانگیختگی $1/16 \pm 3/57$ ، لوپریکاسیون $1/28 \pm 3/59$ ، ارگاسم $1/29 \pm 3/93$ ، درد $1/43 \pm 3/93$ و رضایت $1/22 \pm 4/65$ به دست آمد. عوامل مرتبط: سن، مدت ازدواج، فرزند بیشتر، تحصیلات کمتر مادر و خستگی مادر با اختلال عملکرد جنسی ارتباط معنی‌داری داشتند ($P < 0/050$).	۷
پرومندفر و همکاران (۳۷)	۳۸۴	اصفهان	FSFI	۶ هفته تا ۱۲ ماه پس از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/18 \pm 3/40$ ، برانگیختگی $1/09 \pm 3/70$ ، ارگاسم $1/11 \pm 4/10$ و درد $1/31 \pm 4/18$ به دست آمد. عوامل مرتبط: بین وضعیت اقتصادی ($P < 0/10$)، محل سکونت ($P = 0/14$) و سازگاری زناشویی ($P = 0/38$) رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت.	۷
بنایی و همکاران (۳۸)	۴۲۰	بندرعباس	FSFI	۲-۱۲ ماه بعد از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/30 \pm 3/31$ ، برانگیختگی $1/18 \pm 3/70$ ، لوپریکاسیون $1/29 \pm 3/98$ ، ارگاسم $1/28 \pm 0/45$ ، درد $1/65 \pm 3/60$ و رضایت جنسی $1/05 \pm 4/48$ به دست آمد. عوامل مرتبط: طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، ارتباطات فامیلی، وضعیت ایزویوتومی و روش جلوگیری از بارداری، ارتباط معنی‌داری با اختلال عملکرد جنسی در زنان داشتند ($P < 0/050$).	۷
رضایی و همکاران (۳۹)	۳۸۰	ایلام	FSFI	بین ۸ هفته تا ۸ ماه پس از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/01 \pm 3/16$ ، برانگیختگی $1/57 \pm 3/30$ ، لوپریکاسیون $1/67 \pm 3/95$ ، ارگاسم $1/71 \pm 3/81$ ، درد $1/49 \pm 3/69$ و رضایت جنسی $1/51 \pm 4/29$ به دست آمد. عوامل مرتبط: سن، نوع زایمان، تحصیلات، مدت زمان گذر از زایمان و سطح درآمد خانواده، ارتباط معنی‌داری با عملکرد جنسی نداشتند. اول‌زا بودن ($1/78$) برابر) و شیردهی انحصاری نوزاد ($2/47$ برابر) با اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان ارتباط داشتند.	۸
عنبران و همکاران (۴۰)	۳۶۶	مشهد	FSFI	۴-۶ ماه بعد از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/11 \pm 3/10$ ، برانگیختگی $1/21 \pm 3/32$ ، لوپریکاسیون $1/03 \pm 3/10$ ، ارگاسم $1/36 \pm 3/63$ ، درد $1/44 \pm 3/96$ و رضایت جنسی $1/33 \pm 4/22$ به دست آمد. عوامل مرتبط: در این مطالعه، ارتباط معنی‌داری بین نوع روش شیردهی و نمره‌ی عملکرد جنسی در دوره‌ی پس از زایمان وجود داشت. گروه با شیردهی انحصاری به نوزاد بیشترین میزان نمره را کسب کردند.	۷

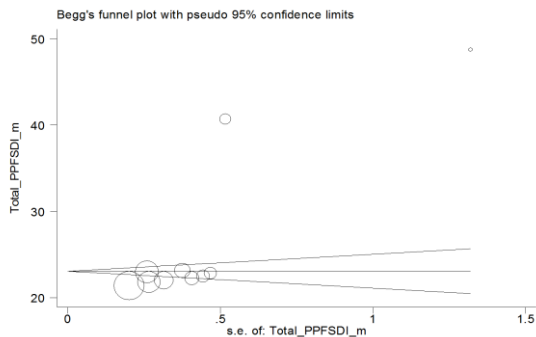
جدول ۱. مشخصات مطالعات وارد شده (ادامه)

منبع	حجم نمونه	شهر	ابزار	فاصله‌ی زمانی از زایمان تا اجرای مطالعه	یافته‌ها	نمره‌ی کیفیت‌سنجی
کریمی و همکاران (۴۱)	۱۶۰	مشهد	FSFI	۴ هفته تا ۶ ماه پس از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/30 \pm 2/7$ ، برانگیختگی $1/30 \pm 2/90$ ، ارگاسم $1/40 \pm 3/10$ ، درد $1/20 \pm 3/30$ ، رضایت $1/10 \pm 3/40$ و نمره‌ی کلی $16/70 \pm 48/7$ به دست آمد. عوامل مرتبط: در این مطالعه، خود ابرازی جنسی همبستگی معنی‌داری با نمره‌ی عملکرد جنسی داشت.	۷
مقیمى هنجانی و مهدی‌زاده تورزانی (۴۲)	۲۰۰	کرج	FSFI	۳-۶ ماه بعد از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/12 \pm 3/88$ ، برانگیختگی $2/26 \pm 8/16$ ، ارگاسم $1/29 \pm 3/79$ ، درد $1/13 \pm 4/70$ و رضایت $1/26 \pm 4/39$ به دست آمد. عوامل مرتبط: نتایج این مطالعه نشان داد که نمره‌ی عملکرد جنسی در گروه با زایمان طبیعی به طور معنی‌داری بهتر از گروه زنان با زایمان سزارین بود.	۵
حسینی و همکاران (۵۲)	۲۱۳	تهران	FSFI	۶-۲۴ ماه بعد از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/34 \pm 6/03$ ، برانگیختگی $2/06 \pm 9/44$ ، ارگاسم $2/05 \pm 9/92$ ، لوبریکاسیون $2/09 \pm 12/01$ ، درد $2/49 \pm 9/47$ و رضایت جنسی $1/28 \pm 8/86$ به دست آمد.	۴
ملکوتی و همکاران (۵۶)	۲۰۰	تبریز	FSFI	۳-۶ ماه پس از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $5/3 \pm 3/18$ ، لوبریکاسیون $1/36 \pm 4/02$ ، ارگاسم $1/25 \pm 3/90$ ، درد $2/00 \pm 6/81$ ، رضایت $1/36 \pm 4/02$ و نمره‌ی کلی $5/31 \pm 23/09$ به دست آمد.	۶
دبیری و همکاران (۵۷)	۱۵۰	بندرعباس	FSFI	۳-۶ ماه بعد از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $1/07 \pm 3/42$ ، برانگیختگی $1/16 \pm 3/75$ ، ارگاسم $1/13 \pm 4/33$ ، لوبریکاسیون $1/06 \pm 4/34$ ، درد $1/35 \pm 3/87$ و رضایت جنسی $0/90 \pm 4/85$ به دست آمد. عوامل مرتبط: تفاوت معنی‌داری بین نوع زایمان و عملکرد جنسی در دوران پس از زایمان وجود نداشت.	۴
قرات و همکاران (۵۸)	۱۷۷	سبزوار	FSFI	۲ سال بعد از زایمان	نمرات ابعاد میل جنسی $0/84 \pm 3/39$ ، برانگیختگی $1/10 \pm 3/50$ ، ارگاسم $1/57 \pm 3/81$ ، لوبریکاسیون $1/38 \pm 3/93$ ، درد $1/38 \pm 3/94$ و رضایت جنسی $1/59 \pm 4/22$ به دست آمد. عوامل مرتبط: در این مطالعه، اختلال عملکرد جنسی با بی‌اختیاری ادرار و مدفوع ارتباط معنی‌داری داشت.	۷

FSFI: Female sexual function index

با توجه به این که تمام ابزار مورد استفاده در مطالعات وارد شده، ابزار شاخص عملکرد جنسی و میزان نقطه‌ی برش برای نمره‌ی کلی این ابزار در زنان ایرانی ۲۸ می‌باشد، میزان نقطه‌ی برش برای بعد میل جنسی (۳/۳)، بعد برانگیختگی (۳/۴)، لوبریکاسیون (۳/۷)، ارگاسم (۳/۴)، رضایت جنسی (۳/۸) و درد (۳/۸) بود (۲۷-۲۸).

ابزار شاخص عملکرد جنسی زنان به عنوان ابزار استاندارد برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان است که در ایران، ابزاری روا و پایا می‌باشد. این پرسش‌نامه‌ی ۱۹ سؤالی به ۶ زیر شاخه شامل میل جنسی (۲ مورد)، تحریک (۴ مورد)، مرطوب شدن یا لوبریکاسیون (۴ مورد)، ارگاسم (۳ مورد)، رضایتمندی (۳ مورد) و درد (۳ مورد) طبقه‌بندی می‌شود. این زیر شاخه‌ها، دارای طیف پاسخ بین ۰-۵ یا ۱-۵ می‌باشند که نمرات بالاتر، به عملکرد جنسی بهتر اشاره دارند (۲۹). پرسش‌نامه‌ی تجارب جنسی Arizona که یک ابزار پایا و روا می‌باشد، به صورت یک مقیاس کوتاه ۵ موردی است که عملکرد جنسی به ویژه تمایلات جنسی، برانگیختگی، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم را ارزیابی می‌کند (۳۰).



شکل ۲. نمودار کیفی میزان احتمال بروز سوگیری انتشار در نتایج مربوط به میانگین نمره‌ی کلی عملکرد جنسی

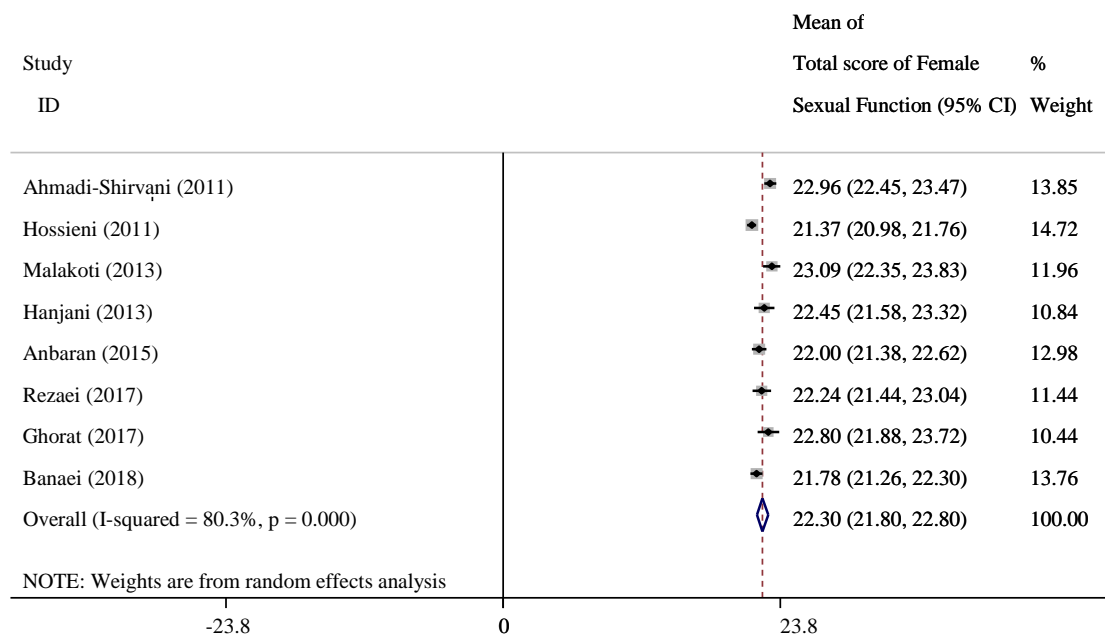
پیامد اولیه: از ترکیب نتایج ۱۰ مطالعه‌ی وارد شده به متآنالیز، میانگین کلی نمره‌ی عملکرد جنسی در زنان پس از زایمان، ۲۶/۶۴ (فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد: ۲۹/۵۲-۲۳/۷۶) برآورد شد. همچنین، نتایج واکاوی حساسیت نشان داد که میانگین کلی نمره‌ی عملکرد جنسی با حذف مطالعه‌ی کریمی و همکاران (۴۱) از واکاوی و ترکیب نتایج ۹ مطالعه‌ی دیگر، ۲۴/۳۵ (فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد: ۲۷/۰۲-۲۱/۶۹) و با حذف مطالعه‌ی امیری و همکاران (۳۵)، ۲۴/۷۰ (۲۶/۳۳-۲۳/۰۷) و با حذف هر دو مطالعه، ۲۲/۳۰ (۲۲/۸۰-۲۱/۸۰) بود که اختلاف قابل توجهی را با نتایج به دست آمده از ترکیب ۱۰ مطالعه نشان داد (شکل ۳). همچنین، با ترکیب نتایج ۱۰ مطالعه مقدار I^2 ، ۹۹/۵ درصد بود که نشان دهنده‌ی ناهمگونی بالا بین مطالعات است و در واکاوی حساسیت و خروج دو مطالعه‌ی مورد نظر، به ۸۰/۳ درصد کاهش یافت.

پیامد ثانویه: شکل ۴، نتایج واکاوی در زیرگروه‌ها با توجه به ابعاد مختلف عملکرد جنسی را نشان می‌دهد که بر این اساس، میانگین کلی نمره در بعد میل جنسی ۳/۷۳ (فاصله‌ی اطمینان

از آن جایی که بر اساس دستننامه‌ی Cochrane، $I^2 > 50$ نشان دهنده‌ی ناهمگونی قابل توجهی است (۳۲)، از مدل اثر تصادفی برای ترکیب نتایج مطالعات استفاده شد. همچنین، جهت برخورد با ناهمگونی، واکاوی در زیرگروه‌ها بر اساس ابعاد مختلف عملکرد جنسی انجام شد. جهت بررسی اثر برخی از مطالعات که میانگین نمره‌ی عملکرد جنسی بالاتری را گزارش کرده‌اند، بر روی نتایج ترکیب شده، واکاوی حساسیت نیز انجام شد. همچنین، جهت بررسی احتمال سوگیری در انتشار نتایج، از آزمون‌های آماری Egger استفاده شد (۳۳). واکاوی داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار STATA 14 انجام شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۱۲ مطالعه واجد معیارهای ورود به این متآنالیز بودند و یک مطالعه، به صورت سیستماتیک گزارش شد. در ابتدا، تعداد ۵۰۲ مقاله در جستجوی الکترونیکی به دست آمد که از پایگاه داده‌های بین‌المللی (Web of science, Scopus, PubMed)، ۴۴۸ مقاله و از پایگاه داده‌های ملی (IranMedex, IranDoc, Magiran, SID) تعداد ۵۴ مقاله به دست آمد. لازم به ذکر است در ۳ مقاله، با نویسندگان جهت دریافت برخی داده‌های لازم مکاتبه شد.



شکل ۳. نمودار انباشت میانگین کلی نمره‌ی عملکرد جنسی در زنان پس از زایمان پس از واکاوی حساسیت (پیامد اولیه)

دموگرافیک (وضعیت اقتصادی و محل سکونت، مدت ازدواج)، عوامل پزشکی (خستگی مادر، نوع زایمان، وزن هنگام تولد نوزاد، نوع روش جلوگیری از بارداری، وضعیت اپیزوتومی و نوع روش شیردهی) و عوامل عاطفی و روانی (سازگاری زناشویی و خود ابرازی جنسی) با عملکرد جنسی زنان در دوران پس از زایمان مرتبط بودند (۳۵-۴۲، ۵۵-۵۶).

جدول ۲. نتایج مربوط به واکاوی زیرگروه‌ها بر اساس نوع زایمان در ۴ مطالعه

ابعاد	متغیر	زایمان طبیعی	زایمان سزارین
میل جنسی	۴/۲۴ (۳/۲۷-۵/۲۲)	۳/۴۹ (۳/۲۷-۳/۷۲)	
تحریک جنسی	۳/۶۲ (۳/۱۵-۴/۰۹)	۳/۶۵ (۳/۴۳-۳/۸۷)	
ارگاسم	۴/۱۸ (۳/۱۸-۴/۶۱)	۳/۷۹ (۳/۰۵-۴/۵۳)	
لوپریکاسیون	۴/۰۸ (۳/۶۴-۴/۵۳)	۴/۳۲ (۴/۱۰-۴/۵۴)	
رضایت	۴/۵۳ (۳/۴۴-۵/۲۶)	۴/۰۲ (۳/۷۳-۴/۳۲)	
درد	۴/۷۵ (۴/۲۹-۵/۲۱)	۴/۱۸ (۳/۶۳-۴/۷۳)	

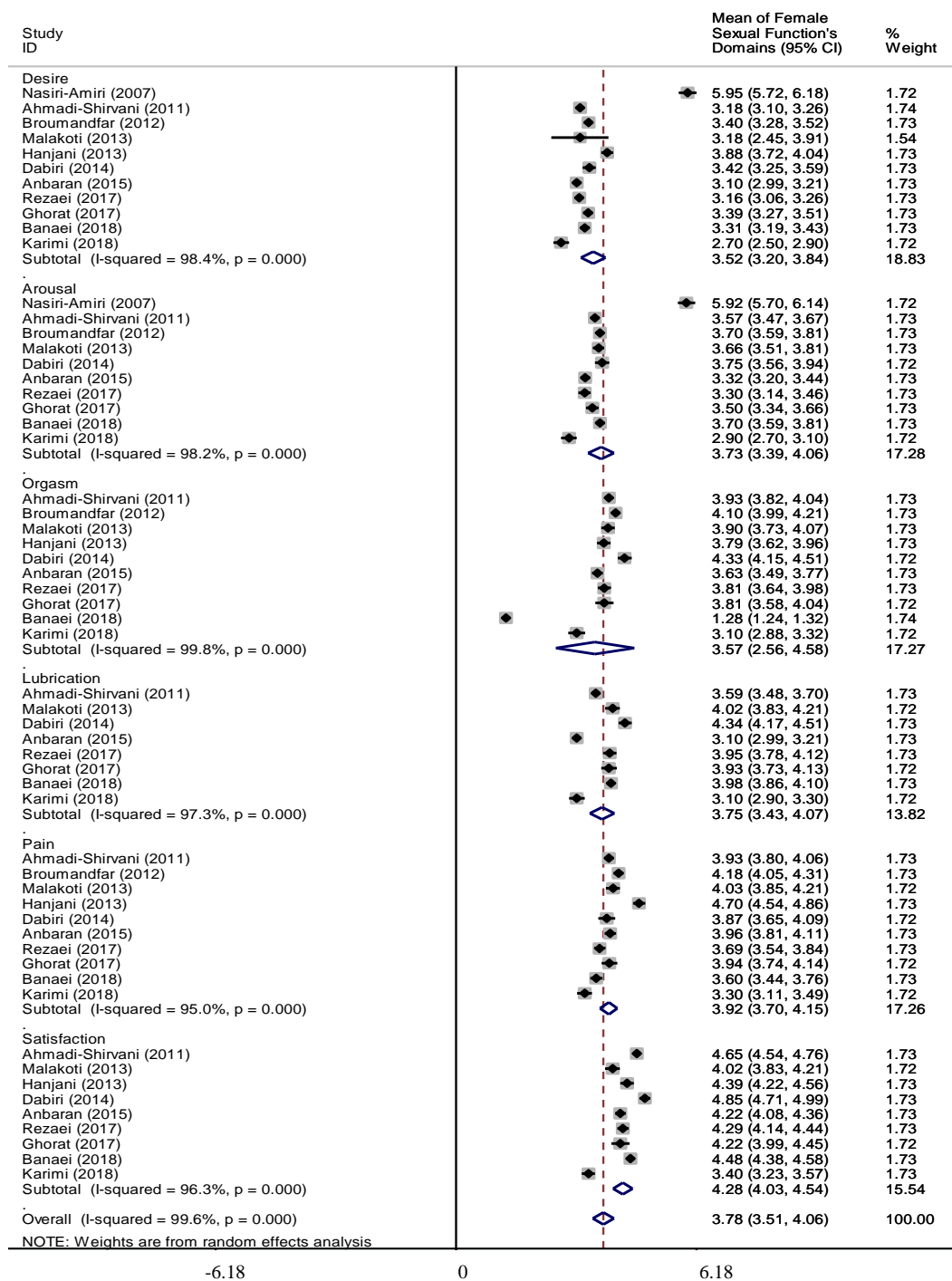
بحث

در این مطالعه‌ی مرور سیستماتیک و متآنالیز، تعداد ۱۲ مقاله مورد واکاوی قرار گرفتند. به طور کلی، ۳۳۴۳ زن با میانگین سنی ۲/۲۰ ± ۲۷/۷۶ سال وارد این متآنالیز شدند.

۹۵ درصد (۳/۲۸-۴/۱۸)، برانگیختگی ۴/۵۷ (۳/۸۶-۵/۲۸)، ارگاسم ۴/۳۹ (۳/۲۲-۵/۵۵)، لوپریکاسیون ۴/۹۵ (۳/۸۳-۶/۰۷)، درد ۴/۶۱ (۴/۰۲-۵/۲۰) و رضایت جنسی ۵/۳۷ (۴/۳۹-۶/۳۴) بود. نتایج واکاوی حساسیت نشان داد که با حذف مطالعه‌ی حسینی و همکاران (۵۲) از واکاوی در زیرگروه‌ها، میانگین کلی نمره در بعد میل جنسی به ۳/۵۲ (فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد، ۳/۲۰-۳/۸۴)، برانگیختگی به ۳/۷۳ (۳/۳۹-۴/۰۶)، ارگاسم به ۳/۵۷ (۲/۵۶-۴/۵۸)، لوپریکاسیون به ۳/۷۵ (۳/۴۳-۴/۰۷) و رضایت جنسی به ۴/۲۸ (۴/۰۳-۴/۵۴) کاهش یافت.

نتایج مطالعه‌ی محمودیان و همکاران (۳۴) که ۸۰۰ نفر از زنان را در دوره‌ی پس از زایمان بررسی کردند، نشان داد که فقدان میل جنسی، لوپریکاسیون ناکافی، درد در زمان نزدیکی و خستگی در گروه زایمان واژینال بیشتر از زایمان سزارین بود. علاوه بر این، ترکیب نتایج ۴ مطالعه‌ای که میانگین عملکرد جنسی را در ابعاد مختلف به تفکیک نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) گزارش کرده بودند. جدول ۲، یافته‌های مربوط به واکاوی در نوع زایمان را نشان می‌دهد.

در بررسی عوامل مرتبط، از آن جایی که مطالعات مختلف، عوامل متعددی را گزارش کرده بودند و امکان انجام واکاوی وجود نداشت، عوامل مرتبط استخراجی از مطالعات شامل عوامل فردی و



شکل ۴. نمودار انباشت میانگین کلی نمره‌ی ابعاد مختلف اختلال عملکرد جنسی در زنان پس از زایمان بعد از واکاوی حساسیت (پیامد ثانویه)

کمتر یا بیشتر از متغیر مورد نظر به دست آورد، اما با این وجود، به راحتی نمی‌توان باور نمود که اگر میزان یک پدیده را بیشتر یا کمتر از مقدار واقعی آن گزارش نموده باشد، آن مطالعه شانس متفاوتی برای چاپ داشته باشد (۴۳).

یک مطالعه نیز به صورت سیستماتیک وارد شد. در این مطالعه، سوگیری قابل ملاحظه‌ای در انتشار نتایج مربوط به میانگین نمره‌ی عملکرد جنسی در زنان پس از زایمان وجود داشت. اگر چه یک مطالعه‌ی توصیفی کوچک ممکن است برآورد

خستگی مادر، نوع زایمان، وزن هنگام تولد نوزاد، نوع روش جلوگیری از بارداری، وضعیت اپیزوتومی و نوع روش شیردهی) و عوامل عاطفی و روانی (سازگاری زناشویی و خود ابرازی جنسی) از جمله عوامل مرتبط با عملکرد جنسی زنان در دوران پس از زایمان بودند. هم‌راستا با نتایج مطالعات وارد شده به این مطالعه، نتایج مطالعه ی دیگری بر روی ۱۵۰ نفر از زنان مصری در طول یک سال اول پس از زایمان نشان داد که عواملی همچون سن زن، تعداد بارداری، تعداد فرزندان و وجود مشکل جنسی از قبل بارداری به طور معنی داری بر اختلال عملکرد جنسی بعد از زایمان اثرگذار بود (۴).

بر اساس مطالعه ی Alp Yilmaz و همکاران، بیشتر زنان اظهار داشتند که زندگی جنسی آن‌ها، تحت تأثیر منفی عواملی همچون خستگی، خشکی واژن، بی‌خوابی و درد پرینه قرار گرفته است (۱۴). آسیب به عضلات کف لگن در حین زایمان، پارگی و اپیزوتومی، زایمان ابزاری، تغییرات هورمونی، خشکی واژن و مشکلات مربوط به آن، ممکن است منجر به بروز دیسپارونیا و در نتیجه، اختلال عملکرد جنسی می‌شود (۴۹-۴۷). به نظر می‌رسد عوامل فرهنگی مانند عوامل نژادی، قومی و مذهبی، می‌تواند بر ابعاد مختلف عملکرد جنسی در دوران پس از زایمان تأثیر بگذارد و پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، به این مهم توجه شود.

از جمله عوامل مرتبط با عملکرد جنسی پس از زایمان، نوع زایمان می‌باشد. نتایج این مطالعه، نشان داد که میانگین کلی عملکرد جنسی پس از زایمان واژینال بعد از واکاوی حساسیت در بعد میل جنسی ۴/۲۴، برانگیختگی یا تحریک ۳/۶۲، ارگاسم ۴/۱۸، لوبریکاسیون ۴/۰۸، درد ۴/۷۵ و رضایت جنسی ۴/۵۳ بود. میانگین کلی نمره ی ابعاد مختلف عملکرد جنسی در زنان پس از زایمان سزارین بعد از واکاوی حساسیت در بعد میل جنسی ۳/۴۹، برانگیختگی ۳/۶۵، ارگاسم ۳/۷۹، لوبریکاسیون ۴/۳۲، درد ۴/۱۸ و رضایت جنسی ۴/۰۲ بود. به طور کلی، میانگین نمرات ابعاد میل جنسی، درد، رضایت جنسی و ارگاسم در گروه زایمان سزارین کمتر بود. اگر چه لازم به ذکر است، با توجه به تفاوت‌های موجود در مطالعات مربوط، امکان انجام مقایسه وجود ندارد.

یافته‌های مطالعه‌ای به روش متاآنالیز، نشان داد که نوع زایمان ممکن است بر فعالیت‌های جنسی تأثیرگذار باشد و زایمان‌های واژینال ابزاری، بیشترین تأثیر را بر فعالیت جنسی و زمان از سرگیری آن در دوران بعد از زایمان دارد (۵۰). در مطالعه ی از گلی و همکاران، تفاوت معنی داری بین دو گروه با زایمان واژینال و سزارین از نظر عملکرد جنسی پس از زایمان وجود نداشت (۹). Dean و همکاران، نشان دادند که رضایت جنسی در زنان با زایمان واژینال، به طور قابل توجهی از زنانی که تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند، کمتر بود

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین کلی نمره ی عملکرد جنسی در زنان پس از زایمان، ۲۶/۶۴ بود که بعد واکاوی حساسیت میانگین کلی، به ۲۲/۳۰ کاهش داد. با توجه به نمره ی برش ۲۸، می‌توان گفت میانگین نمره ی عملکرد جنسی قبل و بعد از واکاوی حساسیت، کمتر از نقطه ی برش می‌باشد. همسو با این نتایج در مطالعه ی Alp Yilmaz و همکاران، میانگین نمره ی کلی عملکرد جنسی، $2/16 \pm 23/89$ بود و $74/3$ درصد از زنان در دوران بعد از زایمان از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌بردند (۱۴). در مطالعه ی Hanafy و Elesawy، در زنان مصری میانگین نمره ی کلی عملکرد جنسی پس از زایمان، $20/3 \pm 5/4$ بود (۴). به نظر می‌رسد نتایج مطالعه ی حاضر در راستای مطالعات دیگر می‌باشد و این امر، بیانگر این مهم است که اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان، یکی از مشکلات مهم زنان در نژادهای مختلف می‌باشد که نیازمند سیاست‌های بهداشتی جامع در این زمینه است.

نتایج واکاوی در زیرگروه‌ها بعد از واکاوی حساسیت نشان داد که میانگین کلی نمره ی عملکرد جنسی در بعد میل جنسی ۳/۵۲ (کمتر از نقطه ی برش) و در سایر ابعاد بالاتر از نقطه ی برش شامل برانگیختگی ۳/۷۳، ارگاسم ۳/۵۷، لوبریکاسیون ۳/۷۵، درد ۳/۹۲ و رضایت جنسی ۴/۲۸ بود. از میان ابعاد مختلف، میانگین بعد میل جنسی در زنان کمتر از نقطه ی برش بود. بر اساس شواهد موجود، عملکرد جنسی همسر، شرایط اقتصادی و حریم خصوصی، می‌تواند نقش مهمی در میل جنسی زنان داشته باشد (۴۴). به طور کلی، بر اساس نتایج متاآنالیز، میل جنسی کمترین میزان و رضایت جنسی بیشترین میزان نمره را داشت. به نظر می‌رسد زنان ایرانی با وجود تجربه ی مشکلات متعدد جنسی، رضایت جنسی بالایی را گزارش می‌کنند و این امر می‌تواند ناشی از عوامل فرهنگی باشد، اما در مطالعه ی Hanafy و Elesawy، میانگین نمرات ابعاد عملکرد جنسی از کمترین نمره تا بیشترین نمره به ترتیب شامل میانگین نمره ی بعد درد، میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم، بعد لوبریکاسیون و رضایت جنسی بود و بیشترین اختلال جنسی گزارش شده، درد حین نزدیکی و کاهش میل جنسی بود (۴).

در مطالعه ی Acele و Karacam، با وجود این که در بیشتر زنان طی ۱۲ هفته پس از زایمان نزدیکی واژینال از سر گرفته شده بود، اما درصد قابل توجهی از آن‌ها (۶۰-۳۰ درصد) احساس درد حین نزدیکی را تجربه نمودند (۴۵). رویایی زنان زایمان کرده با تغییرات اندوکرینی و رفتاری-اجتماعی، می‌تواند بر میل جنسی فرد تأثیر بگذارد (۴۶).

نتایج این مطالعه نشان داد که عوامل فردی و دموگرافیک (نظیر وضعیت اقتصادی، محل سکونت و مدت ازدواج)، عوامل پزشکی

به درآمد و تحصیلات و سایر عوامل جمعیت‌شناختی که به نظر می‌رسد می‌تواند در عملکرد جنسی پس از زایمان نقش داشته باشد، اما با توجه به ناهمگنی زیاد، امکان انجام متآنالیز وجود نداشت. این در حالی است که رضایت جنسی و زناشویی زنان می‌تواند تحت تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی قرار بگیرد (۵۵).

نتایج این مطالعه، نشان داد که نمره‌ی کلی عملکرد جنسی پس از زایمان در زنان ایرانی تحت تأثیر عوامل متعددی می‌باشد. از این رو، توصیه می‌شود در مشاوره‌های پس از زایمان به بعد جنسی زندگی زنان توجه شود و جهت اقدامات مداخله‌ای در این زمینه برنامه‌ریزی گردد. همچنین، با افزایش آگاهی مادران، از انجام موارد غیر ضروری سزارین اجتناب شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب شورای پژوهشی کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره‌ی ثبت ۱۳۹۷/ص/۶۹۶۰۸ می‌باشد. بدین وسیله، از کمیته‌ی پژوهشی دانشجویان و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران بابت حمایت مالی از این مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

(۵۱). با این حال، در یک مطالعه‌ی مقطعی مشابه در میان زنان نخست‌زاده، گزارش گردید که تفاوت معنی‌داری در عملکرد جنسی زنان در گروه زایمان واژینال و گروه سزارین برنامه‌ریزی شده از نظر رضایت جنسی و درد حین نزدیکی وجود نداشت (۵۲). Barbara و همکاران، در مطالعه‌ی خود به این نتیجه دست یافتند که زنانی که زایمان ابزاری داشتند، در مقایسه با زنانی که زایمان واژینال یا سزارین داشتند، به میزان کمتری احساس برانگیختگی جنسی، لوبرکاسیون و ارگاسم را تجربه می‌کنند و بیشتر دچار اختلال عملکرد جنسی می‌شوند (۵۳).

سلامت جنسی زنان در مراحل مختلف زندگی آنان دارای اهمیت می‌باشد (۵۴). با وجود چالش‌های فراوان در مورد عملکرد و فعالیت جنسی پس از زایمان، کمبود منابع جامع و مناسب برای ارتقای عملکرد جنسی زنان در دوره‌ی پس از زایمان وجود دارد؛ بنابراین، تأمین منابع مناسب جهت حمایت از عملکرد جنسی پس از زایمان دارای اهمیت ویژه می‌باشد. همانند سایر مداخلات روانی-اجتماعی که به این زنان ارائه می‌شود، تمرکز بر سلامت جنسی نیز باید به عنوان راه‌کاری جهت ارتقای سلامت زنان در دوره‌ی بعد از زایمان مد نظر قرار گیرد (۸).

از جمله محدودیت‌های این مطالعه این بود که یافته‌های مربوط



References

- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163(3): 888-93.
- Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril* 2013; 100(4): 898-904.
- Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum sexual disfunction. A literature review of risk factors and role of mode of delivery. *British Journal of Medical Practitioners* 2010; 3(2): 316-20.
- Hanafy S, Elesawy F. Female sexual dysfunction during the postpartum period. *Human Andrology* 2015; 5(4): 71-81.
- McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: A systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health* 2018; 18(1): 108.
- West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res* 2004; 15: 40-172.
- Darooneh T, Sheikhan Z, Saei-Gharenaz M, Jalali-Chimeh F, Kholosi F, Nasiri M, et al. The prognostic factors of sexual dysfunction among selected pregnant women in Tehran City, Iran. *J Isfahan Med Sch* 2019; 37(522): 328-34. [In Persian].
- McBride HL, Kwee JL. Sex after baby: Women's sexual function in the postpartum period. *Curr Sex Health Rep* 2017; 9(3): 142-9.
- Ozgoi G, Dolatian M, Sheykhani Z, Valaei N. Study of sexual function and satisfaction in women with vaginal delivery and cesarean referring to Health Center of Shahid Beheshti Medical University-2008. *Pajoothane* 2011; 15(6): 257-63. [In Persian].
- Mivsek AP. Sexology in midwifery. *Zaksek TS*, editor. *Sexual activity during pregnancy in childbirth and after childbirth*. IntechOpen; 2015.
- Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 145(2): 133-7.
- Holanda JBL, Abuchaim ESV, Coca KP, Abrao ACFV. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paul Enferm* 2014; 27(6): 573-8.
- Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med* 2015; 12(6): 1415-26.
- Alp Yilmaz F, Avci D, Arzu AY, Ozdilek R, Dutucu N. Sexual dysfunction in postpartum Turkish women: It's relationship with depression and some risk factors. *Afr J Reprod Health* 2018; 22(4): 54-63.
- Fuentealba-Torres M, Cartagena-Ramos D, Fronteira

- I, Lara LA, Arroyo LH, Arcoverde MAM, et al. What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ Open* 2019; 9(4): e025833.
16. Albanese S, Taavoni S, Ahmadi HZ, Hosseini F. Sexual changes and related sexual factors in primipara mothers during 3 to 6 months postpartum 1384. *Iran J Nurs* 2005; 18(41-42): 69-76. [In Persian].
 17. Damari B, Tabrizchi N, Riazi-Isfahan S. Designing a national plan for improving sexual health in Iran: An experience of an Islamic country. *Med J Islam Repub Iran* 2016; 30: 407.
 18. Khani S, Moghaddam-Banaem L, Mohamadi E, Vedadhir AA, Hajizadeh E. Women's sexual and reproductive health care needs assessment: An Iranian perspective. *East Mediterr Health J* 2018; 24(7): 637-43.
 19. WHO, United Nations Population Fund, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care A guide for essential practice. 3rd ed. Geneva, Switzerland; World Health Organization; 2015.
 20. Moller AM, Myles PS. What makes a good systematic review and meta-analysis? *Br J Anaesth* 2016; 117(4): 428-30.
 21. Johnson BT, Hennessy EA. Systematic reviews and meta-analyses in the health sciences: Best practice methods for research syntheses. *Soc Sci Med* 2019; 233: 237-51.
 22. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* 2015; 4: 1.
 23. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009; 6(7): e1000097.
 24. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle Ottawa Scale (NOS) for Assessing the Quality of Non-Randomized Studies in Meta-Analysis. Ottawa, Canada: The Ottawa Hospital Research Institute; 2014.
 25. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, et al. Panethnic differences in blood pressure in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016; 11(1): e0147601.
 26. Wells G, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. Ottawa, Canada: The Ottawa Hospital Research Institute; 2011.
 27. Behboodi MZ, Rezaei E, Khaleghi YF, Montazeri A, Arzaqi SM, Tavakol Z, et al. The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. *J Res Health Sci* 2015; 15(2): 124-8.
 28. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: Translation and validation of an Iranian version. *J Sex Med* 2012; 9(2): 514-23.
 29. Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh* 2008; 7(3): 269-78. [In Persian].
 30. Raisi F. Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Persian translation and cultural adaptation: 851. *J Sex Med* 2011; 8(Suppl 3): 296-7.
 31. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003; 327(7414): 557-60.
 32. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 2011.
 33. Egger M, Davey SG, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997; 315(7109): 629-34.
 34. Mahmodiyan A, Kazemi S, Ghojzade M. Comparison of Sexual problems during the first 6 month after normal vaginal delivery and cesarean in nulliparous women referred to health centers of Ramsar in 2014-2015. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(5): 7-14. [In Persian].
 35. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajiahmadi M. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *Afr Health Sci* 2017; 17(3): 623-31.
 36. Ahmad Shirvani M, Bagheri Nesami M. Sexual dysfunction and related factors among breast feeding women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(5): 36-42. [In Persian].
 37. Broumandfar K, Farajzadegan Z, Hoseini H, Ghaed Rahmati M. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the demographic marital satisfaction factors. *Alborz Univ Med J*. 2012; 1(2): 93-9. [In Persian].
 38. Banaei M, Moridi A, Dashti S. Sexual dysfunction and its associated factors after delivery: Longitudinal study in Iranian women. *Mater Sociomed* 2018; 30(3): 198-203.
 39. Rezaei N, Azadi A, Sayehmiri K, Valizadeh R. Postpartum sexual functioning and its predicting factors among Iranian Women. *malays J Med Sci* 2017; 24(1): 94-103.
 40. Anbaran ZK, Baghdari N, Pourshirazi M, Karimi FZ, Rezvaniard M, Mazlom SR. Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *J Pak Med Assoc* 2015; 65(3): 248-52.
 41. Karimi F, Babazadeh R, Latifnejad-Roudsari R, Esmaily H. The relationship between sexual function and sexual self-disclosure in women after childbirth. *J Isfahan Med Sch* 2018; 36(502): 1321-8. [In Persian].
 42. Moghimi Hanjani S, Mehdizadeh Tourzani Z. Comparison of sexual function after childbirth in primiparous women experiencing vaginal delivery and caesarian section in Karaj city. *Q Horizon Med Sc* 2013; 18(5 Suppl): 224-31. [In Persian].
 43. Haghdoost A, Sadeghirad B. Systematic review and meta analysis. Tehran, Iran: Gap Publications; 2014. [In Persian].
 44. Akhavan-Akbari P, Ozgoli G, Simbar M, Besharat M. Nonbiological predictors of sexual desire in women with female sexual interest and arousal disorder. *J Isfahan Med Sch* 2018; 36(470): 201-8. [In Persian].
 45. Acele EO, Karacam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs* 2012; 21(7-8): 929-37.
 46. Rupp HA, James TW, Ketterson ED, Sengelaub DR, Ditzen B, Heiman JR. Lower sexual interest in

- postpartum women: Relationship to amygdala activation and intranasal oxytocin. *Horm Behav* 2013; 63(1): 114-21.
47. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med* 2011; 8(5): 1267-84.
48. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol* 2012; 119(3): 647-55.
49. Wallwiener S, Muller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: A longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet* 2017; 295(4): 873-83.
50. Jawed-Wessel S, Sevic E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: A systematic review. *J Sex Res* 2017; 54(4-5): 411-23.
51. Dean N, Wilson D, Herbison P, Glazener C, Aung T, Macarthur C. Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and incontinence: A cross-sectional study six years post-partum. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48(3): 302-11.
52. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. *Urol J* 2012; 9(2): 498-504.
53. Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, et al. Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: Spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs. cesarean section. *J Sex Med* 2016; 13(3): 393-401.
54. Moghasemi S, Ozgoli G, Ahmadi F, Simbar M. Sexual health care utilization in married middle aged women; a cross-sectional study. *J Isfahan Med Sch* 2018; 35(455): 1640-7. [In Persian].
55. Darooneh T, Ozgoli G, Sheikhan Z, Nasiri M. A study on the relationship of economic and demographic factors with sexual and marital satisfaction in a sample of Iranian women, 2015-2016. *J Isfahan Med Sch* 2017; 35(418): 50-6. [In Persian].
56. Malakoti J, Zamanzadeh V, Maleki A, Farshbaf KA. Sexual function in breastfeeding women in family health centers of Tabriz, Iran, 2012. *J Caring Sci* 2013; 2(2): 141-6.
57. Dabiri F, Yabandeh AP, Shahi A, Kamjoo A, Teshnizi SH. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Med J* 2014; 29(4): 276-9.
58. Ghorat F, Esfehane RJ, Sharifzadeh M, Tabarraei Y, Aghahosseini SS. Long term effect of vaginal delivery and cesarean section on female sexual function in primipara mothers. *Electron Physician* 2017; 9(3): 3991-6.

Postpartum Female Sexual Dysfunction and Related Factors in Iranian Women: A Systematic Review and Meta-analysis

Marzieh Saei Ghare Naz¹, Mojdeh Banaei¹, Vida Ghasemi¹, Farzaneh Rashidi-Fakari¹, Azam Khiabani², Masoumeh Abed³, Giti Ozgoli⁴

Review Article

Abstract

Background: Female sexual dysfunction in the postpartum period is one of the major health problems of women. The aim of this study was to determine the postpartum sexual dysfunction and its related factors in Iranian women.

Methods: In this systematic review and meta-analysis study, Iranian articles published at PubMed, Scopus, Web of Science, ProQuest, Magiran, Scientific Information Database (SID), IranMedex, IranDoc were searched by keywords related to "postpartum sexual function". The inclusion criteria were as the studies, which used standard tools to measure sexual function, and included observational studies (from 1990 to 2019). Egger statistical test was used to investigate the probability of bias in the publication bias. Data were analyzed using STATA 14 software. The study protocol was registered at the International Register of Systematic Studies and has registration code CRD42019137668.

Findings: Finally, after quality assessment by Newcastle Ottawa instrument, 12 articles were analyzed. The overall mean score of sexual function after sensitivity analysis was 22.30 [95% confidence interval (CI): 21.8-22.8], the lowest score was in the sexual desire dimension as 3.52 (95% CI, 3.2-20-3.84), and in the sexual satisfaction dimension, it was 4.28 (5 95% CI: 4.4-4.03). Factors related to sexual function included individual and demographic factors, medical factors, and emotional and psychological factors.

Conclusion: The postpartum sexual function in Iranian women is influenced by several factors; so it is recommended to pay attention to the sexual dimension of women's postpartum counseling, and to plan interventional measures in this regard.

Keywords: Sexual dysfunctions, Physiological, Women, Obstetric delivery, Meta-analysis

Citation: Saei Ghare Naz M, Banaei M, Ghasemi V, Rashidi-Fakari F, Khiabani A, Abed M, et al. **Postpartum Female Sexual Dysfunction and Related Factors in Iranian Women: A Systematic Review and Meta-analysis.** J Isfahan Med Sch 2019; 37(546): 1149-61.

1- PhD Candidate of Reproductive Health, Student Research Committee, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Obstetrician and Gynecologist, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

4- Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Giti Ozgoli, Email: g.ozgoli@gmail.com