

Original Article



The relationship between sexual function and sexual dysfunction beliefs after postpartum in primiparous women

Elahe Amirkhalili¹ , Mansoureh Jamshidimanesh^{2,*} 

¹ Department of epidemiology & biostatistics, School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article history:

Received: 10 Nov 2023

Revised: 09 May 2024

Accepted: 10 Jul 2024

ePublished: 19 Dec 2024

*Corresponding author:

Mansoureh

Jamshidimanesh, Midwifery

and Reproductive Health

Department, School of

Nursing and Midwifery,

Iran University of Medical

Sciences, Tehran, Iran.

Email:

jamshidimaneah@yahoo.com



Abstract

Background and Objective: Women's sexual functioning changes after childbirth, and various factors play a role in it. The aim of this study was to determine the relationship between sexual functioning and dysfunctional sexual beliefs after childbirth.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 352 primiparous women after childbirth in 14 selected healthcare centers affiliated with the Iran University of Medical Sciences using a multi-stage sampling method. The data collection tools included a demographic questionnaire, pregnancy history, dysfunctional sexual beliefs, and a sexual functioning index. Data analysis was performed using SPSS 24 software, and the data were described using means, standard deviations, frequencies, and percentages. A stepwise multiple linear regression model was used to assess the relationship between sexual functioning variables and dysfunctional sexual beliefs. A significance level of less than 0.05 was considered.

Results: In this study, 19 percent of women had dysfunctional sexual beliefs, and 73 percent had undesirable sexual functioning. There was a significant correlation between dysfunctional beliefs and sexual functioning in primiparous women after childbirth ($p = 0.001$, $\beta = -0.237$), predicting a 10 percent variance in sexual functioning.

Conclusion: In this study, dysfunctional sexual beliefs were relatively high among primiparous women within 2 to 12 months after childbirth. Due to its association with sexual dysfunction, it seems that sexual beliefs should be addressed in marital counseling and throughout pregnancy.

Keywords: Ineffective Sexual Beliefs, Sexual Function, Primiparous, Postpartum



Extended Abstract

Background and Objective

Sexual function is a multifaceted construct influenced by a myriad of biological, psychological, social, cultural, customary, moral, religious, political, and economic factors. The adverse consequences of women's sexual function may be intricately linked to erroneous sexual beliefs. Following childbirth, women may undergo significant hormonal, physical, and psychological changes, compounded by their demographic characteristics and prevailing sexual beliefs, which can lead to alterations in sexual function. Maternal responsibilities, dependency and needs of the newborn, sleep issues, fatigue, the adaptation to a new role, and negative self-image from the body can exert detrimental physiological and psychological effects on sexual responses, thereby impacting sexual health. Given the importance of mitigating the repercussions of postpartum sexual dysfunction, it is essential to identify predictive factors warranting further investigation. Accordingly, the objective of this study was to explore the relationship between sexual function and sexual dysfunctional beliefs among primiparous women in the postpartum period.

Materials and Methods

This cross-sectional descriptive-analytical study was conducted from September 2020 to February 2021, adhering to the ethical code IR.IUMS.REC.1398.265. The study population was comprised of primiparous postpartum women recruited from 14 healthcare centers affiliated with the Iran University of Medical Sciences. The sample size was calculated to be 352 participants, accounting for a type I error of 0.05, a test power of 80%, an effect size of 0.5, and a 10% attrition rate. Data collection tools included a demographic and pregnancy history questionnaire, the Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ) developed by Nober and Pinto-Gouvias (validated in Iran by Abdolmanafi), and the Persian version of the Female Sexual Function Index Questionnaire (Fakhri et al.). The present study investigated sexual dysfunctional beliefs and sexual function in women who had given birth 2 to 12 months prior to participation in the study. Moreover, data analysis was performed using SPSS (version 24) software, with

descriptive statistics reported as means, standard deviations, frequencies, and percentages. In addition, the independent t-tests and analysis of variance (ANOVA) were employed to compare demographic variables and sexual function within and between groups. In order to control for confounding effects between sexual function and sexual dysfunctional beliefs, a stepwise multiple linear regression model was utilized, with a significance threshold set at $P < 0.05$.

Results

In the present study, 19% of participants exhibited sexual dysfunctional beliefs, while 73% reported unfavorable sexual function. Among the components of sexual dysfunctional beliefs, the highest average score was attributed to the belief in being a mother, with a mean of 24.1 ± 16.4 . Regarding sexual function, the mean score for sexual pain was 16.1 ± 2.65 , which was lower than the mean scores for other domains of sexual function. After the assumptions were made, the regression model included testing for linearity and normality of errors, which were confirmed using ANOVA. The sexual dysfunctional beliefs were entered as the independent variable, and sexual function as the dependent variable, yielding raw mean values ($\beta = 0.001$, $P = 0.317$). After controlling for the confounding effects of demographic variables, a significant relationship was found between sexual dysfunctional beliefs and sexual function in primiparous women postpartum ($\beta = 0.001$, $P = -0.237$), and this model predicted 10% of the variance in sexual function.

Conclusion

Sexual dysfunctional beliefs among primiparous women from 2 to 12 months postpartum were comparatively high. There exists a significant association between sexual function in these women and their dysfunctional beliefs. Educational interventions provided by healthcare professionals during postpartum visits may yield beneficial effects. Given the limited predictive impact of the examined variables, it is suggested that additional factors may influence postpartum sexual function that were not addressed in this study or that unknown factors may contribute to them. Future research is needed to explore these potential variables.

ارتباط عملکرد جنسی با باورهای ناکارآمدی جنسی در زنان نخست‌زا بعد از زایمان

الهه امیرخلیلی^۱ ID، منصوره جمشیدی منش^۲ ID*

^۱ گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: عملکرد جنسی زنان بعد از زایمان با تغییرات همراه است و عواملی بر آن نقش دارند. هدف از مطالعه تعیین ارتباط عملکرد جنسی با باورهای ناکارآمدی جنسی بعد از زایمان است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر ۳۵۲ زن نخست‌زا بعد از زایمان در ۱۴ مرکز بهداشت منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه دموگرافیک، سابقه بارداری، باورهای ناکارآمدی جنسی و شاخص عملکرد جنسی بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS24 انجام شده است. داده‌ها با استفاده از میانگین و انحراف معیار و فراوانی و درصد توصیف شده‌اند. برای ارتباط متغیرهای عملکرد جنسی و باورهای ناکارآمدی جنسی از مدل رگرسیونی خطی چندگانه به روش گام به گام استفاده شده است. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها: در این پژوهش ۱۹ درصد از زنان، باورهای ناکارآمدی جنسی و ۷۳ درصد عملکرد جنسی نامطلوب داشته‌اند. بین باورهای ناکارآمدی و عملکرد جنسی زنان نخست‌زا بعد از زایمان ارتباط وجود داشته ($P = 0/001$), $B = -0/237$) و ۱۰ درصد از واریانس عملکرد جنسی پیش‌بینی شده است.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه باورهای ناکارآمدی جنسی زنان نخست‌زا که در ۲ تا ۱۲ ماهگی بعد از زایمان بوده‌اند، نسبتاً بالا بوده است. به دلیل ارتباط آن با اختلال عملکرد جنسی، به نظر می‌رسد باورهای جنسی باید در مشاوره‌های ازدواج و تا زمان بارداری لحاظ شود.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۸/۱۹

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۲۰

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: منصوره جمشیدی منش، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
ایمیل: jamshidimanesh@yahoo.com

واژگان کلیدی: باورهای ناکارآمدی جنسی، عملکرد جنسی زنان، نخست‌زا، بعد از زایمان

استناد: امیرخلیلی، الهه؛ جمشیدی منش، منصوره. ارتباط عملکرد جنسی با باورهای ناکارآمدی جنسی در زنان نخست‌زا بعد از زایمان. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۳؛ ۳۲(۴): ۳۳۱-۳۴۰.

مقدمه

درصد و اختلال در ارگاسم ۴۰/۱۶ درصد گزارش شده بود [۵]. پیامدهای ناشی از اختلال عملکرد جنسی آثار عمیقی بر سلامت افراد و جامعه می‌گذارد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها دلیلی برای جدایی زوجین از یکدیگر است [۶]. بعد از زایمان یکی از دوره‌هایی است که کیفیت زندگی زنان، به ویژه کیفیت رابطه جنسی تحت تاثیر تغییرات بارداری قرار می‌گیرد و حداقل اختلال در یکی از حیطه‌های عملکرد جنسی گزارش می‌شود [۷]. بعد از زایمان گاهی تروماهای وارد شده بر پرینه در اثر انجام زایمان واژینال در مسئولیت‌های مادری، وابستگی و تقاضاهای نوزاد، اختلالات خواب، خستگی، پذیرش نقش جدید، تصویر بدنی از خود ممکن است یک اثر فیزیولوژیکی و روانشناختی منفی بر پاسخ‌های جنسی بگذارد [۸]. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که عملکرد جنسی با تروماهای

عملکرد جنسی اگرچه نقش اساسی بر زنده ماندن فرد ندارد، کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۱]. عملکرد جنسی یک مفهوم پیچیده و شناخته شده است که از عناصر زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماع، فرهنگ، رسوم، اخلاق، مذهب، سیاست، اقتصاد تاثیر می‌پذیرد [۲]. اختلال عملکرد جنسی یک نوع دیسترس ناخواسته در حضور یا غیاب تمایل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و درد است [۳]. در زنان در سنین باروری از هر ۱۰ زن، حداقل ۴ نفر یک نشانه از یکی از مولفه‌های اختلال عملکرد جنسی را گزارش می‌کنند [۴]. بر اساس یک مطالعه متاآنالیز، میانگین شیوع اختلال عملکرد جنسی ۵۰/۷۵ درصد گزارش شده است. شیوع درد ۳۹/۰۸ درصد، اختلال در برانگیختگی ۴۸/۲۱ درصد، تمایل جنسی مختل شده ۵۰/۷۰ درصد، اختلال در رطوبت ۳۷/۶۰

وارد شده بر پرینه در اثر زایمان [۹]، منجر به نداشتن یک رابطه جنسی لذت بخش خواهد شد و زنان شیرده نارضایتی جنسی را تجربه می کنند [۱۰]. نوع زایمان [۱۱]، درد ناشی از نزدیکی در مادران نخست زای [۱۲] و بیماری های مزمن در یکی از زوجین، سطح آندروژن و مشکلات جنسی قبلی در زوجین با اختلال عملکرد جنسی بعد از زایمان ارتباط داشته است [۱۳].

باورهای جنسی ناکارآمد، ناشی از اعتقاد داشتن به مفاهیم نادرست و غیر واقعی درباره تمایلات جنسی است و برخی از افراد بدون شواهد علمی، بی تردید این نوع از باورهای جنسی را می پذیرند. باورهای جنسی از دوران کودکی با مواجه شدن فرد در محیط پیرامون خود به وجود می آید؛ خانواده، همسالان، رسانه های اجتماعی و برنامه آموزشی جنسی هستند که باورها را ایجاد می کنند [۱۴، ۱۵]. در این باره مطالعه ای در ایران نشان داد که مشارکت کنندگان آن، خانواده و جامعه را دو نهاد اصلی در فرایند اجتماعی شدن جنسی خود یاد کرده بودند. زنان در آن مطالعه بیان کردند که نبود اطلاعات صحیح در میان فرزندان از ارتباط جنسی از سوی خانواده و جامعه، منجر به شکل گیری نادرست باورها و نگرش منفی در تعاملات جنسی زوجین می شود [۱۶].

مشخص نیست که همراه شدن باورهای ناکارآمد جنسی با عوامل فردی و بین فردی می تواند عملکرد جنسی زنان را بعد از زایمان پیش بینی کند. مطالعه در این زمینه محدود بوده است و حداقل نتایج محدودی در دسترس است. از طرفی فعالیت جنسی و رفتارهای جنسی در برخی از فرهنگ ها و جوامع مانند مصر و دیگر کشورها یک تابو است [۱۷] که جامعه ما از آن مستثنی نیست و افراد به وضوح درباره آن صحبت نمی کنند و از طرف دیگر، در دوره بعد از زایمان که زنان در نقش مادری به ویژه در زایمان اول خود، تمرکز بیشتری بر آن نقش دارند و به دلیل مواردی گوناگون درگیر مراقبت از شیرخوار خود در طی یک سال اول بعد از تولد می شوند، مانند دغدغه های شیردهی، به دلیل تجربه کم در مقایسه با زایمان های بعدی، واکسیناسیون شیرخوار، شروع تغذیه کمکی، رویش دندان ها و ... از مشغله های فکری مادر است. با توجه به ترغیب زوجین به فرزندآوری و امید به داشتن یک جامعه جوان، به نظر می رسد هموار کردن مشکلات در دوران بارداری و بعد از زایمان مهم باشد و باید به پیشگیری از بروز اختلال در عملکرد جنسی زنان بعد از زایمان که ممکن است با باورهای نادرست جنسی همراه باشد، پرداخته شود؛ بنابراین، هدف مطالعه حاضر، تعیین ارتباط عملکرد جنسی و باورهای ناکارآمد جنسی است. باورهای جنسی می تواند با عوامل فردی و بین فردی نیز ارتباط داشته باشد که در تعیین پیشگویی عملکرد جنسی اثرگذار است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی - تحلیلی است که از مهر تا اسفند سال ۱۳۹۹ در ۱۴ مرکز بهداشت وابسته به دانشگاه علوم

پزشکی ایران انجام شد. بعد از توضیح راجع به هدف مطالعه، کسب رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان، اطمینان دهی از محرمانه بودن سوال ها و تاکید بر ننوشتن مشخصات فردی، زنان پرسش نامه ها را به صورت خود گزارش دهی تکمیل کردند. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار spss sample power، خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد، اندازه اثر متوسط معادل ۰/۱۵ بر اساس معیار کوهن [۱۸] با احتساب ۱۰ درصد ریزش حدود ۳۵۲ نفر برآورد شد. نمونه گیری به روش چندمرحله ای بوده؛ بدین معنا که ابتدا مراکز بهداشتی وابسته به علوم پزشکی ایران، شهر تهران به دو طبقه غرب و شمال غرب تقسیم بندی شده است. سپس مراکز جامع سلامت، خوشه در نظر گرفته شدند. مرکز بهداشت شمال غرب شامل ۳ منطقه شهرداری (منطقه ۲ با شش مرکز، منطقه ۵ با هشت مرکز و منطقه ۶ با سه مرکز) بوده است. مرکز بهداشت غرب شامل ۴ منطقه شهرداری (منطقه ۲۲ با هفت مرکز، منطقه ۲۱ با پنج مرکز، منطقه ۱۹ با چهار مرکز و منطقه ۱۸ با سه مرکز) بوده است. از هر منطقه به طور تصادفی ۲ مرکز بهداشت انتخاب شد که در مجموع ۱۴ مرکز، محیط پژوهش در نظر گرفته شد. نمونه گیری به صورت در دسترس بوده است؛ بدین معنا که زنان تازه زایمان کرده، واجد شرایط مطالعه هنگام مراجعه برای مراقبت کودکان شیرخوار خود در صورت رضایت به طور شفاهی و با تکمیل رضایت نامه وارد مطالعه شده اند. جامعه پژوهش را ۳۵۲ نفر از زنان تازه زایمان کرده تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان ۱۸ تا ۴۰ ساله، نخست زای بودن، قرار داشتن در مدت ۲ تا ۱۲ ماه بعد از زایمان، داشتن حاملگی ترم، داشتن نوزاد سالم، زندگی کردن با همسر زیر یک سقف و روش انجام زایمان بوده است. معیارهای وارد نشدن شامل ابتلای زنان به بیماری های جسمی و روحی به گفته فرد و تطابق با ثبت در پرونده الکترونیک سلامت، اعتیاد زنان و همسران آن ها، داشتن همزمان همسر دیگر توسط شوهران، سابقه ازدواج قبلی در زوجین، زایمان با ابزار و یا زایمان های طول کشیده با اختلال در روند زایمان و داشتن پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه بوده است. پرسش نامه ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسش نامه باورهای ناکارآمدی جنسی (Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ)) و شاخص عملکرد جنسی (Female Sexual Function Index (FSFI)) زنان بوده است. مشخصات دموگرافیک در مطالعه حاضر، زنان تازه زایمان کرده که تاریخ زایمان آن ها زیر ۱۲ ماه بوده و شامل سن زوجین، سطح تحصیلات زوجین، مدت ازدواج، شغل زوجین، قومیت و وضعیت اقتصادی خانواده بوده است. اطلاعات مربوط به سوابق بارداری شامل نوع زایمان، بارداری برنامه ریزی شده، سن نوزاد، تغذیه و جنس نوزاد بوده است.

پرسش نامه باورهای ناکارآمدی جنسی را اولین بار نوبر و پینتو گونیا (Nobre & Pinto-Gouveia) [۱۹] برای سنجش باورهای ناکارآمدی جنسی زنان با ۱۲ حیطه و ۴۰ سؤال طراحی کرده اند که شامل ۶ حیطه پاک دامنی زن (۹ سوال)، میل و لذت جنسی به

داده‌های به‌دست‌آمده در مطالعه با استفاده از نرم‌افزار spss آنالیز شد. توصیف متغیرهای کیفی با استفاده از شاخص‌های فراوانی و درصد و توصیف متغیرهای کمی با شاخص میانگین و انحراف معیار گزارش شد. نرمالیت توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلک بررسی شد و داده‌ها دارای توزیع نرمال بوده‌اند. جهت مقایسه درون و بین متغیرهای دموگرافیک و عملکرد جنسی برای وارد کردن در مدل رگرسیونی از آزمون‌های تی مستقل و آنوا استفاده شد. جهت پیش‌بینی و کنترل اثر مخدوش‌کنندگی بین عملکرد جنسی و باورهای ناکارآمدی جنسی از مدل‌سازی رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. متغیر عملکرد جنسی به عنوان متغیر وابسته و متغیر باورهای ناکارآمدی جنسی، متغیرهای دموگرافیک به عنوان متغیر مستقل به روش گام به گام وارد مدل شدند تا مقدار میانگین adjusted و unadjusted متغیر وابسته مشخص شود. متغیرهای کمی به دو صورت میانگین و دسته‌بندی شده آنالیز شدند. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج بر اساس مشخصات ۳۲۵ نفر از زنان نخست‌زا نشان داد که میانگین سنی آن‌ها $29/79 \pm 5/13$ سال و میانگین سنی همسران $33/19 \pm 5/08$ سال بوده است. ۴۵/۷ درصد زنان، طی ۵ سال اول از زندگی مشترک زناشویی دارای فرزند شده بودند و میانگین مدت زمان بعد از زایمان $3/91 \pm 7$ ماه بوده است. سطح تحصیلات ۳۸/۶ درصد زنان دانشگاهی بوده‌اند. شغل بیشتر زنان ۷۷/۶ درصد خانه‌دار بوده است. بیش از نیمی (۵۴٪) از زنان قومیت فارس داشته‌اند و ۷۱ درصد از آن‌ها از وضعیت مالی نسبتاً مطلوبی برخوردار بوده‌اند (جدول ۱).

میانگین نمره باورهای ناکارآمدی جنسی $7/25 \pm 103/43$ بوده است. درباره مولفه‌های باور ناکارآمد جنسی، بیشترین میانگین مربوط به مولفه باور به مادر شدن بود که $1/24 \pm 4/16$ گزارش شده است. درباره حیطه‌های عملکرد جنسی، میانگین نمره حیطه درد جنسی $1/16 \pm 2/65$ بوده که نسبت به میانگین حیطه‌های دیگر عملکرد جنسی کمتر بوده است (جدول ۲). بعد از انجام پیش‌فرض‌های مدل رگرسیونی شامل عدم هم‌خطی خطاها، بررسی نرمال بودن خطاها و وجود رابطه خطی با استفاده از آزمون ANOVA و تایید آن‌ها، در مدل ۱ متغیر باورهای ناکارآمدی جنسی به عنوان متغیر مستقل و متغیر عملکرد جنسی به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند و مقدار میانگین خام به دست آمده است (جدول ۳). با توجه به مدل شماره ۱ هر یک واحد افزایش در نمره باورهای ناکارآمدی جنسی، از میانگین نمره عملکرد جنسی زنان نخست‌زا بعد زایمان، ۰/۳۱۷ کاهش پیدا کرده بود. در مدل ۲، جهت حذف اثر مخدوش‌کنندگی در رابطه بین باورهای ناکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی، متغیرهای دموگرافیکی که سطح معناداری کمتر

مثابه گناه (۶ سوال)، باورهای مربوط به سن (۵ سوال)، باورهای مربوط به تصویر بدنی (۴ سوال)، باورهای تقدم عاطفه بر لذت جنسی (۶ سوال) و باورهای تقدم وظایف مادرانه به رابطه جنسی (۴ سوال) است. سوالات به‌صورت طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم) تا (۵ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده است و نمره ۳۵ سوال با یکدیگر جمع شده است. این پرسش‌نامه نقطه برش ندارد. کمترین نمره ۴۰ و بیشترین نمره ۲۰۰ است. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده باورهای ناکارآمدی جنسی بیشتری است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه را پینتو و نوبر سنجیده‌اند. پایایی آن با آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران این پرسش‌نامه را عبدالمنافی در سال ۲۰۱۵ با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد روایی و پایایی قرار داد و مدل اصلاحی از برازش مطلوبی برخوردار است. سوال‌های ۱۷-۲۷-۲۸-۳۳-۳۵ پرسش‌نامه حذف شده‌اند و پرسش‌نامه فعلی دارای ۳۵ سوال است. سوال‌های ۲۳-۲۲-۳-۱-۲۴ دارای نمره معکوس هستند. حداقل نمره پرسش‌نامه ۳۵ و حداکثر نمره ۱۷۵ است. پایایی برای کل سوال‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بوده و با استفاده از آزمون - بازآزمون به مدت ۴ هفته $r = 0/81$ گزارش شده است [۱۵]. در این پژوهش تعداد ۳۰ نمونه مجزا به صورت پایلوت نمونه‌گیری شد که با بررسی همبستگی درونی سوال‌های خارج از مدل با آلفای کرونباخ در ۶ حیطه از ۰/۶۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. فرم کوتاه شاخص عملکرد جنسی زنان را روزن و همکاران [۲۰] جهت ارزیابی عملکرد جنسی که دارای ۱۹ سوال درباره عملکرد جنسی زنان در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم رضایتمندی و درد جنسی است، سنجیده‌اند. طریقه نمره‌دهی سوالات هر متغیر بدین صورت است که نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سوال‌های هر حوزه و سپس ضرب آن در عدد فاکتور به دست می‌آید؛ از آنجا که در پرسش‌نامه FSFI، تعداد سوال‌های حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم‌وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر، نمرات حاصل از سوال‌های هر حوزه با هم جمع شده و سپس ضرب در وزن آن‌ها می‌شود. نمره صفر نشان‌دهنده آن است که فرد در طول هفته‌های گذشته، فعالیت جنسی نداشته است. با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم، نمره کل مقیاس به دست می‌آید. نمره برش این پرسش‌نامه ۲۸ است و نمرات بالاتر از ۲۸ نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب است. روایی پرسش‌نامه اشاره‌شده را فخری در ایران سال ۲۰۱۲ با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی بررسی کرده است. آلفای کرونباخ برای متغیر میل جنسی ۰/۸۴، تحریک جنسی ۰/۷۸، مرطوب شدن ۰/۸۶، اوج لذت جنسی ۰/۸۲، رضایتمندی ۰/۷۹ و درد ۰/۷۳ گزارش شده است [۲۱]. در این پژوهش ابتدا محقق به تعداد ۳۰ نمونه مجزا از تعداد حجم نمونه، به صورت پایلوت نمونه‌گیری کرده و دامنه همبستگی درونی سوال‌های خارج از مدل با استفاده از آلفای کرونباخ را در شش حیطه پرسش‌نامه از ۰/۷۷ تا ۰/۹۴ به دست آورده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان نخست‌زا (N = ۳۵۲)

متغیر	فراوانی	درصد	*نتایج	متغیر	فراوانی	درصد	*نتایج	
سن زن (سال)								
۱۸-۲۵	۶۵	۲۱.۳	P=۰/۰۵	زیردیپلم	۴۹	۱۳.۹	سطح تحصیلات زن	
۲۶-۳۰	۱۳۵	۲۹.۸		دیپلم	۱۲۶	۳۵.۸		
≥۳۰	۱۵۲	۴۸.۹		فوق دیپلم	۴۱	۱۱.۶		
میانگین ± انحراف معیار	۵.۱۳ ± ۲۹.۷۹			کارشناسی و بالاتر	۱۳۶	۳۸.۶		
سن همسر (سال)								
۲۰-۳۰	۱۰۹	۳۱	P=۰/۰۶	زیردیپلم	۸۵	۲۴.۱	سطح تحصیلات همسر	
۳۰-۴۰	۲۱۵	۶۱		دیپلم	۱۲۴	۳۵.۲		
≥۴۰	۲۸	۸		فوق دیپلم	۳۹	۱۱.۱		
میانگین ± انحراف معیار	۵/۰۸±۳۳/۱۹			کارشناسی و بالاتر	۱۳۴	۲۹.۵		
مدت ازدواج(سال)								
۱-۵	۲۰۸	۵۹.۱	P=۰/۰۹	خانه دار	۲۷۰	۷۶.۷	شغل زن	
۶-۱۰	۱۱۲	۳۱.۸						
≥۱۰	۳۲	۹.۱						
میانگین ± انحراف معیار	۳.۵۳ ±۵.۵۵			شاغل	۸۲	۲۳.۳		
سن شیرخوار(ماه)								
۲-۵	۱۳۴	۳۸	P=۰/۰۱۷	بیکار	۲۶	۷.۴	شغل همسر	
۶-۹	۱۱۷	۳۷.۷						
۹-۱۲	۱۰۱	۲۸.۷						
میانگین ± انحراف معیار	۳/۹±۷			شاغل	۳۲۶	۹۲.۶		
قومیت								
ترک	۱۰۱	۲۸.۷	P=۰/۰۷۸	دختر	۱۶۵	۴۶.۹	جنسیت شیرخوار	
فارس	۱۹۰	۵۴		پسر	۱۸۷	۵۳.۱		
وضعیت اقتصادی								
نا مطلوب	۳۶	۱۰.۲	P=۰/۰۱۸	شیر مادر	۱۸۲	۵۱.۷	تغذیه شیرخوار	
نسبتا مطلوب	۲۵۰	۷۱		شیر خشک	۶۰	۱۷		
مطلوب	۶۶	۱۸.۸		تغذیه کمکی به همراه شیر مادر	۱۱۰	۳۱.۳		
نوع زایمان				اپی زیاتومی				
واژینال	۱۲۴	۳۵.۲		P=۰/۰۲۶	بلی	۱۱۳		۳۲.۱
سزارین	۲۲۸	۶۴.۸	خیر		۱۱	۳.۱		
تغذیه شیرخوار								
شیر مادر	۱۸۲	۵۱.۷						
شیر خشک	۶۰	۱۷						
تغذیه کمکی به همراه شیر مادر	۱۱۰	۳۱.۳	P=۰/۰۶۷	بلی	۲۹۱	۸۲.۷	تغذیه شیرخوار	
				خیر	۶۱	۱۷,۳		
کای اسکوتر								

*کای اسکوتر

جنس شیرخوار، تغذیه شیرخوار و وضعیت بارداری از نظر برنامه‌ریزی به روش گام به گام وارد مدل شدند و مدل نهایی نشان

از ۰/۲ داشتند (جدول ۱)، شامل سن زن، سن همسر، مدت زمان ازدواج، سن شیرخوار، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، نوع زایمان،

داد که باورهای ناکارآمدی جنسی زنان نخست‌زا بعد از زایمان ($B = -0.237, P = 0.001$)، تحصیلات مادر ($B = 0.227, P = 0.001$) و وضعیت اقتصادی ($B = 0.082, P = 0.001$) با عملکرد جنسی آن‌ها ارتباط داشته است. در مدل (۳)، نتایج نشان داد که با ثابت نگه داشتن متغیرهای دیگر به ازای هر یک واحد افزایش در نمره باورهای ناکارآمدی جنسی، میانگین نمره عملکرد جنسی 0.237 کاهش می‌یابد.

در مدل (۱)، باورهای ناکارآمدی جنسی، 0.42 درصد از واریانس عملکرد جنسی را پیش‌بینی کرده بود. در مدل (۲)، با وارد کردن وضعیت اقتصادی، متغیر باورهای ناکارآمدی جنسی 0.73 درصد از واریانس تبیین‌شده عملکرد جنسی را پیش‌بینی کرد و مدل (۳)، با وارد کردن متغیر تحصیلات مادر، باورهای ناکارآمد جنسی زنان نزدیک به 10 درصد از واریانس تبیین‌شده عملکرد جنسی را پیش‌بینی کرد (جدول ۴).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار هریک از مولفه‌های متغیرهای باورهای ناکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی در زنان نخست‌زا ($N = 352$)

متغیرها	مولفه‌ها	میانگین $\pm$ انحراف معیار
باورهای ناکارآمدی جنسی	باور مربوط به محافظه کارانه جنسی	1.88 ± 0.7
	باور مربوط به میل و لذت جنسی به مثابه گناه	2.55 ± 0.60
	باور مربوط به سن	2.57 ± 0.67
	باور مربوط به تصویر بدنی	2.36 ± 0.88
	باور مربوط به تقدم عاطفی	2.73 ± 0.68
	باور مربوط به مادر	4.16 ± 1.24
	نمره کل	103.43 ± 7.25
عملکرد جنسی	میل	3.80 ± 0.88
	تحریک	22.4 ± 1.12
	رطوبت	$4/64 \pm 1.13$
	ارگاسم	$4/64 \pm 1.22$
	رضایتمندی	$4/97 \pm 1.27$
	درد جنسی	$2/65 \pm 1.17$
	نمره کل	4.5 ± 24.98

*Standard Deviation

جدول ۳: تحلیل مدل رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام در زنان نخست‌زا ($N = 352$)^{*}

مدل	ضریب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	T	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
	انحراف	بتا				حد پایین	حد بالا
۱	۴.۲۶۵	۰.۱۹۹		۲۱.۴۱۷	۰.۰۰۱	۳.۸۷۴	۴.۶۵۷
	-۰.۳۱۷	۰.۰۸۱	۰/۲۰۴	-۳.۸۹۷	۰.۰۰۱	-۰.۴۷۸	-۰.۱۵۷
	۳.۷۵۶	۰.۲۴۵		۱۵.۳۰۲	۰.۰۰۱	۳.۲۷۳	۴.۲۳۹
۲	-۰.۳۰۸	۰.۰۸۰	-۰/۱۹۸	-۳.۸۳۶	۰.۰۰۱	-۰.۴۶۶	-۰.۱۵۰
	۰.۲۳۳	۰.۰۶۸	۰/۱۷۸	۳.۴۵۱	۰.۰۰۱	۰.۱۰۰	۰.۳۶۶
	۳.۳۷۱	۰.۲۹۲		۱۱.۵۵۷	۰.۰۰۱	۲.۷۹۷	۳.۹۴۵
۳	-۰.۲۳۷	۰.۰۸۵	-۰/۱۵۲	-۲.۷۸۵	۰.۰۰۶	-۰.۴۰۴	-۰.۰۷۰
	۰.۲۲۷	۰.۰۶۷	۰/۱۷۴	۳.۳۸۶	۰.۰۰۱	۰.۰۹۵	۰.۳۶۰
	۰.۰۸۲	۰.۰۳۴	۱۳۱.۰	۰.۴۰۶	۰.۰۰۱	۰.۰۱۵	۰.۱۵۰

*متغیر وابسته: عملکرد جنسی

جدول ۴: مقدار واریانس تبیین شده عملکرد جنسی در زنان نخست‌زا بعد از زایمان

مدل	ضریب همبستگی	مقدار R^2	مقدار R^2 - استاندارد شده	مقدار R^2 change	سطح معنی داری
۱	۰.۲۰۴	۰.۰۴۲	۰.۰۳۹	۰.۰۴۲	۰.۰۰۱
۲	۰.۲۷۱	۰.۰۷۳	۰.۰۶۸	۰.۰۳۲	۰.۰۰۱
۳	۰.۲۹۷	۰.۰۸۸	۰.۰۸۱	۰.۰۱۵	۰.۰۱۷

بحث

با توجه به هدف مطالعه که تعیین ارتباط عملکرد جنسی با باورهای ناکارآمدی جنسی است، نتایج مطالعه در ۳۵۲ زن نخست‌زا بعد از زایمان نشان داد که با توجه میانگین و انحراف معیار عملکرد جنسی بعد از زایمان، زنان نخست‌زا از عملکرد جنسی خوبی برخوردار نبوده‌اند؛ اگرچه میانگین نمره باورهای ناکارآمد جنسی پایین بوده است. به نظر می‌رسد اختلال عملکرد جنسی در زنان بعد از زایمان، پدیده‌ای شایع باشد، چنانکه نتایج مطالعات موجود در زمینه عملکرد جنسی بعد از زایمان مشخص کرده‌اند که طی ۳ تا ۹ ماه اول بعد از زایمان، شیوع اختلال عملکرد جنسی ۴۱ تا ۸۶/۷ درصد گزارش شده است [۲۲، ۲۳]. مطالعه دیگری اختلال عملکرد جنسی مانند وجود درد، کاهش میل جنسی و کاهش لغزندگی واژن را در طی یک تا سه بعد از زایمان گزارش کرده بودند در حالی که ۶ ماه بعد از زایمان، این اختلالات از بین رفته بود [۲۴]. این میزان بالا از اختلال عملکرد جنسی، در دوره شیردهی، شناسایی پارامترهای تاثیرگذار را ضروری می‌کند. در مطالعه حاضر، باورهای ناکارآمدی جنسی واریانس از عملکرد جنسی را پیش‌بینی کرد؛ اما اثر پیشگویی‌کننده این متغیر بر اساس معیار چین (۱۹۹۸) ضعیف بوده است [۲۵]؛ اگرچه می‌تواند به عنوان یک عامل در نظر گرفته شود. باور ناکارآمد جنسی ارتباط منفی با عملکرد جنسی داشته است. بدین معنا که وجود باورهای ناکارآمد با اختلال عملکرد جنسی همراه بوده است. همسو با مطالعه حاضر نیز یک مطالعه نشان داد که اختلال عملکرد جنسی در زنان با باورهای تخیلی جنسی ارتباط مثبت دارد [۲۶]. در گسترش باور ناکارآمد جنسی، چندین عامل مانند مذهب، فرهنگ و قومیت اثرگذار هستند. وجود اعتقادات جنسی تخیلی در بسیاری از کشورها وجود دارد اما نوع باورهای تصویری با یکدیگر متفاوت است [۲۷]. اطلاعات کمی درباره باورهای ناکارآمد جنسی در دسترس است. ویژگی‌های شخصیتی افراد مانند طرحواره‌های جنسی و عزت نفس در شکل‌گیری باور ناکارآمد جنسی دخیل است. ویژگی‌های شخصیتی به ویژگی روانشناختی، اجتماعی و مردم‌شناسی افراد بستگی دارد [۲۸]. با توجه به میانگین نمره مولفه باور مربوط به مادر شدن در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد زنان در مطالعه حاضر باور داشتند که مادر شده‌اند و در پذیرش این نقش، اولویت را در انجام وظیفه جدید قرار داده بودند. در این زمینه مطالعه‌ای در رفسنجان در سال ۱۳۹۶ گزارش داده است که توجه به مسئولیت‌های خانه‌داری و مسئولیت‌های مادری به عنوان یک اولویت و یا از نیازهای فردی

زنان به حساب می‌آید که نیازهای جنسی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۲۹]. نتایج مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که ۹۰ درصد ذهن زنان با مادر بودن اشغال می‌شود و فکر کردن درباره مسائل جنسی ممکن است نقش کم‌رنگی پیدا کند و گاهی فکر کردن به آن احساس شرم از اینکه از فرزند خود گذشته‌اند و کمتر به او رسیدگی می‌شود بر مادران غلبه می‌کند [۳۰].

با در نظر گرفتن سطح تحصیلات زنان شیرده در مطالعه حاضر، نتایج نشان داد که این متغیر با عملکرد جنسی رابطه مثبت دارد. سطح تحصیلات بالاتر، با عملکرد جنسی بهتر همراه است. مدل استفاده‌شده در مطالعه حاضر، نشان داد که باور ناکارآمدی جنسی همراه با سطح تحصیلات در زنان اثر پیشگویی‌کننده را در عملکرد جنسی بیشتر کرده بود. سطح اقتصادی زنان، با عملکرد جنسی رابطه داشته، اگرچه این ارتباط ضعیف بوده است؛ اما نتایج نشان داد که سطح تحصیلات بیشتر با عملکرد جنسی بهتر همراه بوده است. سطح تحصیلات، سطح اقتصادی همراه با باور ناکارآمد جنسی ۱۰ درصد از واریانس عملکرد جنسی را تبیین کرده است. وجود عوامل فیزیولوژیکی مانند نوع زایمان، نوع تغذیه شیرخوار با عملکرد جنسی بررسی شده است. در مطالعه حاضر بین عملکرد جنسی، نوع انجام زایمان و نوع تغذیه شیرخوار ارتباطی وجود نداشت. درباره شیوه انجام زایمان دو مطالعه نشان داده‌اند که زایمان واژینال در مقایسه با سزارین انتخابی همراه با درجانی از اختلالات عملکرد جنسی همراه بوده است [۳۱، ۳۲]. در یک مطالعه سیستماتیک مشخص شد که زایمان واژینال در مقایسه با سزارین با اختلال عملکرد جنسی بیشتری همراه بوده است؛ به ویژه این اختلال در نخست‌زایان در مقایسه با چندزایان بیشتر بوده است. اگرچه شیردهی در این دوران با کاهش سطح هورمون‌های استروژن، پروژسترون و آندروژن و افزایش پرولاکتین همراه است که می‌تواند به طور غیر مستقیم بر تمایل جنسی و کاهش سطح لغزندگی به دلیل آتروفی دیواره واژن و افزایش حساسیت پستان‌ها اثرگذار باشد [۳۳]. اما نتایج یک مطالعه نشان داد بر خلاف شواهد علمی که آثار فیزیولوژیکی موجود در دوران شیردهی را همراه با ارتباط منفی بین شیردهی و روابط جنسی گزارش می‌دهد، مادران شیرده نگران فعالیت جنسی نبوده؛ بلکه عملکرد جنسی را برای تامین شیر مضر می‌دانسته‌اند [۳۴].

در این مطالعه سن زنان با عملکرد جنسی ارتباط نداشته، همسو با مطالعه پیش رو، یک مطالعه نشان داد که سن با اختلال عملکرد جنسی ارتباطی نداشته است [۳۵]. نتایج یک مطالعه در

می‌رسد عوامل دیگری در پیشگویی وضعیت عملکرد جنسی زنان بعد از زایمان دخیل هستند که در این مطالعه در نظر گرفته نشده بودند و یا می‌توان گفت که عواملی ناشناخته در این رفتار نقش دارند و نیاز به بررسی‌های بیشتر در مطالعات آینده است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی است. نویسندگان مراتب تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و همچنین مسئولان مراکز بهداشت غرب و شمال غرب اعلام می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافی ندارند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.265 مورد تایید معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران است.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بوده‌اند.

حمایت مالی

تمامی مراحل انجام این پژوهش شامل تهیه پرسش‌نامه، جمع‌آوری اطلاعات تا تدوین و تحلیل داده‌ها بدون حمایت مالی بوده است.

مالزی نشان داد که میزان اختلال عملکرد جنسی زنان، بعد از زایمان ۵۲/۵ درصد گزارش شده است و این اختلال با سن بالای همسران ارتباط داشته است؛ هرچه سن همسران بالاتر بوده، تکرار انجام عمل جنسی کمتر بوده است [۳۶].

در زنانی که روش پیشگیری از بارداری را استفاده می‌کرده‌اند، در مقایسه با افرادی که پیشگیری از بارداری نداشتند، اختلال عملکرد جنسی کمتر بوده است [۳۷]. شاید دلیل آن نترسیدن از بارداری باشد که در این مطالعه دلیل آن بررسی نشده است. اپی زیاتومی بر اختلال عملکرد جنسی اثری نداشته است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مشخص نبودن برگشت قاعدگی در دوره مطالعه بود که به آن پرداخته نشده بود.

نتیجه‌گیری

با وجود اینکه بیشتر زنان مطالعه حاضر، دارای باورهای درست جنسی بوده‌اند؛ اما در این دوران عملکرد جنسی نامطلوبی داشته‌اند. باورهای ناکارآمدی جنسی با اختلال عملکرد جنسی در زنان نخست‌زا بعد از زایمان ارتباط معکوس داشته است. سطح تحصیلات و سطح اقتصادی در داشتن باورهای جنسی بیشتر عملکرد جنسی را پیشگویی می‌کرد. به نظر می‌رسد تحصیلات بیشتر باورهای ناکارآمد را کمتر کرده و زنان عملکرد جنسی بهتری داشته‌اند. از آنجا که اثر پیشگویی‌کننده متغیرهای بیان شده، کم بود؛ به نظر

REFERENCES

- Maasoumi R, Elsous A, Hussein H, Taghizadeh Z, Baloushah S. Female sexual dysfunction among married women in the Gaza Strip: an internet-based survey. *Annals of Saudi Medicine*. 2019;**39**(5):319-27. PMID: 31580717 DOI: 10.5144/0256-4947.2019.319
- Norhayati MN, Azman Yacob M. Long-term postpartum effect of severe maternal morbidity on sexual function. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2017;**52**(4-6):328-44. PMID: 29117756, DOI: 10.1177/0091217417738933.
- Clayton AH, Juarez EMV. Female sexual dysfunction. *Medical Clinics of North America*. 2019;**103**(4):681-98. PMID: 31078200 DOI: 10.1016/j.mcna.2019.02.008.
- McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual Medicine Reviews*. 2016;**4**(3):197-212. PMID: 27871953 DOI: 10.1016/j.sxmr.2016.03.002.
- Alidost F, Pakzad R, Dolatian M, Abdi F. Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Bio Medicine*. 2021;**19**(5):421. PMID: 34278195 DOI: 10.18502/ijrm.v19i5.9251
- Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QOL). *Maturitas*. 2016;**94**:87-91. PMID: 27823751 DOI: 10.1016/j.maturitas.2016.09.013
- Incedere A, Küçük L. Sexual life and associated factors in psychiatric patients. *Sexuality and Disability*. 2017;**35**:89-106. DOI: 10.1007/s11195-017-9475-y
- Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, Bárcenas Taland I, Chiclana Actis C. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*. 2020;**8**(1):38-47. PMID: 31447412 DOI: 10.1016/j.sxmr.2019.07.002.
- Grussu P, Vicini B, Quattraro RM. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2021;**30**:100668. PMID: 34563859 DOI: 10.1016/j.srhc.2021.100668
- De Sousa NQ, Borges AC, Sarabando R, Bivar L, Viana J, Cerqueira M, et al. The Role of Operative Vaginal Delivery in Postpartum Sexual Dysfunction: MOODS-A Prospective Study. *J Sex Med*. 2021;**18**(6):1075-82. PMID: 34053912 DOI: 10.1016/j.jsxm.2021.04.002.
- Saydam BK, Demireloz Akyuz M, Sogukpinar N, Ceber Turfan E. Effect of delivery method on sexual dysfunction. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019;**32**(4):568-72. PMID: 28965436 DOI: 10.1080/14767058.2017.1387243.
- Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynaecology Obstetrics*. 2021;**153**(1):14-24. PMID: 33300122 DOI: 10.1002/ijgo.13523.
- Rahmanian E, Salari N, Mohammadi M, Jalali R. Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2019;**11**:1-17. PMID: 31467595 DOI: 10.1186/s13098-019-0469-z.
- Sarabi P, Parvizi F, Kakabaraee K. The effectiveness of cognitive behavioral sexual therapy on sexual function, dysfunctional beliefs, knowledge and sexual self-confidence of women with sexual dysfunction. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 2019;**10**(3):9-27. Link.
- Abdolmanafi A, Azadfallah P, Fata L, Roosta M, Peixoto MM, Nobre P. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *Journal Sexual Medicine*. 2015;**12**(8):1820-7. PMID: 26176716 DOI:

- [10.1111/jsm.12931](#)
16. Merghati Khoei E, Moeini B, Barati M, Soltanian AR, Shahpiri E, Ghaleiha A, et al. A qualitative inquiry of sexuality in Iranian couples using the Information-Motivation-Behavioral skills paradigm. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2019;**94**(1):27. PMID: 32813061 DOI: [10.1186/s42506-019-0024-7](#).
 17. Ahmed F, Younis I, Abdel-Fattah M. Sexual myths in women. *Benha Journal of Applied Sciences*. 2020;**5**(4 part (1)):107-23. DOI: [10.21608/bjas.2020.136261](#)
 18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. In: edition S, editor. new york: Academic press; 2013. p. 410-4. DOI: [10.4324/9780203771587](#)
 19. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *The Journal of sex Research*. 2006;**43**(1):68-75. PMID: [16817069](#) DOI: [10.1080/00224490609552300](#).
 20. Rosen RC. Sexual function assessment and the role of vasoactive drugs in female sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*. 2002;**31**(5):439-43. PMID: [12238612](#) DOI: [10.1023/a:1019896226072](#).
 21. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012;**9**(2):514-23. PMID: [22146084](#) DOI: [10.1111/j.1743-6109.2011.02553.x](#).
 22. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine*. 2019;**8**(1):8-13. PMID: [31837965](#) DOI: [10.1016/j.esxm.2019.10.005](#)
 23. McBride HL, Olson S, Kwee J, Klein C, Smith K. Women's postpartum sexual health program: a collaborative and integrated approach to restoring sexual health in the postpartum period. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2017;**43**(2):147-158. PMID: [26800452](#) DOI: [10.1080/0092623X.2016.1141818](#)
 24. Galbally M, Watson SJ, Permezel M, Lewis AJ. Depression across pregnancy and the postpartum, antidepressant use and the association with female sexual function. *Psychological Medicine*. 2019;**49**(9):1490-9. PMID: [30149821](#) DOI: [10.1017/S0033291718002040](#)
 25. Chin, W. et al. Demystifying the role of causal-predictive modeling using partial least squares structural equation modeling in information systems research, *Industrial Management & Data Systems*, 2020;**12**(12):2161-2209. DOI: [10.1108/IMDS-10-2019-0529](#).
 26. Erbil N. Relationship between Sexual Myths and Sexual Function of Women. *International Journal of Caring Sciences*. 2019;**12**:1570-1579. [Link](#)
 27. Servet A, Şahin M, Gülay O. Sexual myth beliefs and associated factors in university students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;**13**(4):472-80. DOI: [10.21763/tjfmpe.653462](#)
 28. Yılmaz M, Karataş B. Opinions of student nurses on sexual myths; a phenomenological study. *Sexuality and Disability*. 2018;**36**:277-89. DOI: [10.1007/s11195-018-9517-0](#)
 29. Ghorashi Z, Najafi M, Merghati Khoei E. Religious teachings and sexuality of women living in Rafsanjan: A qualitative inquiry. *International Journal of Reproductive Biomedicine*. 2017;**15**(12):771-8. PMID: [29492474](#).
 30. Sims KE, Meana M. Why did passion wane? A qualitative study of married women's attributions for declines in sexual desire. *Journal of Sexual Marital Therapy*. 2010;**36**(4):360-80. PMID: [20574890](#) DOI: [10.1080/0092623X.2010.498727](#)
 31. Griffiths A, Watermeyer S, Sidhu K, Amso NN, Nix B. Female genital tract morbidity and sexual function following vaginal delivery or lower segment caesarean section. *Journal of obstetrics and gynaecology*. 2006;**26**(7):645-9. PMID: [17071432](#) DOI: [10.1080/01443610600903701](#)
 32. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;**293**(17):2141-8. PMID: [15870418](#) DOI: [10.1001/jama.293.17.2141](#)
 33. 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. PMID: [31028040](#) DOI: [10.1136/bmjopen-2018-025833](#)
 34. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of midwifery & women's health*. 2000;**45**(3):227-37. PMID: [10907332](#) DOI: [10.1016/s1526-9523\(00\)00020-9](#)
 35. Szöllösi K, Szabó L. The association between infant feeding methods and female sexual dysfunctions. *Breastfeeding Medicine*. 2021;**16**(1):93-9. PMID: [33090011](#) DOI: [10.1089/bfm.2020.0256](#)
 36. Ng YY, Muhamad R, Ahmad I. Sexual dysfunction among six months postpartum women in north-eastern Malaysia. *Plos one*. 2023;**18**(4):e0284014. PMID: [37018316](#) DOI: [10.1371/journal.pone.0284014](#)
 37. Saei-Gharenaz 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. *Journal of Isfahan Medical School*. 2019;**37**(546):1149-61. DOI: [10.22122/jims.v37i546.12374](#)