

بررسی تجارب جنسی زنان در طی دوره پس از زایمان: یک مطالعه پدیدارشناسی

نیلوفر ستارزاده، مربی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز.
دکتر وحید زمانزاده، استادیار پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی تبریز.
آزاده زنوزی، کارشناسی ارشد مامایی، نویسنده رابط

E-mail: zonuza@yahoo.com

دریافت: ۸۵/۶/۲۹، پذیرش: ۸۶/۲/۱۹

چکیده

زمینه و اهداف: روابط جنسی رضایت‌بخش بین زن و شوهر یکی از عوامل مؤثر در بقای خانواده و خشنودی و سلامتی آن محسوب می‌شود. یکی از علل مهم اختلالات عملکرد جنسی اختلافات موجود بین زن و شوهر می‌باشد. برعکس، مشکلات جنسی نیز سبب پیدایش اختلافات خانوادگی و ناراضی‌تبی می‌گردند. هدف از مطالعه حاضر که برای اولین بار در کشور انجام شده است، بررسی تجارب جنسی زنان در طی دوره بعد از زایمان می‌باشد.
روش بررسی: این پژوهش با استفاده از مصاحبه‌های باز و عمیق همراه با گمانه‌زنی کلامی و غیرکلامی و نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام گرفته است. داوطلبان دیدگاه‌های خود را پیرامون تجارب جنسی در طی دوره بعد از زایمان به بحث گذاشتند، مکالمات ضبط و سپس دست‌نویس گردید و با استفاده از روش کولیزی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: طی این پژوهش ۶ درو نمایه اصلی که هر کدام حاوی درون‌نمایه‌های فرعی متعددی می‌باشند، استخراج گردیده‌اند. درون‌نمایه‌های اصلی عبارتند از: تغییرات جسمی، تغییرات روانی، روابط خانوادگی، کنار آمدن، تغییر دیدگاه و رفتار و توجیه.

نتیجه‌گیری: مسلماً شناسایی تجارب جنسی زنان در طی این دوره نقش مهمی در حفظ سلامت خانواده و برقراری روابط طبیعی و غریزی خواهد داشت؛ بنابراین، بایستی توجه به سلامت جنسی از اجزای اصلی مراقبت‌ها قرار گیرد تا بدین طریق گامی در جهت حل معضلات زنان برداشته شود.

کلید واژه‌ها: پژوهش کیفی، دوره پس از زایمان، تجارب جنسی

مقدمه

رابطه جنسی گردد، می‌تواند نارسایی کنش جنسی را نیز به همراه داشته باشد (۲). سلامت جنسی درحقیقت نه تنها نشانه‌ای از سلامت روانی است بلکه اختلال آن می‌تواند سلامت بدنی را نیز به شدت تحت تأثیر قرار دهد و در واقع رفتار جنسی سالم در کانون خانواده نهایتاً می‌تواند موجبات رضایتمندی از زندگی شده و سلامت روانی را به همراه آورد (۳).

مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسایل درجه اول زندگی زناشویی قرار داشته و سازگاری در روابط جنسی از عوامل مؤثر در خوشبختی محسوب می‌شود (۴). روابط جنسی رضایت بخش یکی از عوامل مؤثر در بقای خانواده و خشنودی و سلامتی آن محسوب می‌گردد (۵).

تجارب جنسی نامطلوب به هر علتی که ایجاد شوند با پیامدهای منفی بسیاری همراه هستند. نارساییهای کنش جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از جمله جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارند. چه بسا زوجیهایی که

در فطرت انسان بغیر از عشق به خدا و انبیاء، عشق به دیگر موجودات زمین نیز وجود دارد و زیباترین این جلوه‌های عشق از کانون گرم خانواده منشاء می‌گیرد، آنجا که زن و مردی با هم پیوند زناشویی می‌بندند تا در کنار هم با عشق و عطوفت بنیادی سالم را برای تربیت فرزندان صالح بنا نهند، جزئی از فطرت انسانی یعنی غریزه جنسی به تکامل می‌رسد و بدون رفتن به بیراهه در قالبی مطمئن و ایمن مرتفع می‌شود تا مبنای آرامش گردیده و راه انسان را در رسیدن به انسانیت خویش هموار سازد (۱).

سازمان جهانی بهداشت در ارتباط با بهداشت جنسی تعریفی ارائه کرده که عبارتست از: یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود؛ طبق این تعریف برای دستیابی به ارتقاء شخصیت، فرد باید بتواند به هماهنگی میان ذهن و احساس دست یابد، لذا هر گونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از

بهداشتی-درمانی امامیه شهر تبریز (توسط خود پژوهشگر) صورت گرفت. در این پژوهش روش‌های جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از: مصاحبه، نیمه سازمان‌یافته و عمیق همراه با گمانه‌زنی کلامی و غیرکلامی. مصاحبه با هر کدام از شرکت‌کنندگان در دو نوبت و هر نوبت بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه صورت گرفت. در طول مصاحبه پژوهشگر از تکنیک‌های متعدد توصیه شده به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر و خالص‌تر بهره می‌گرفت. ایجاد محیط آرام، ارایه بازخورد به شرکت‌کنندگان، درخواست توضیح بیشتر، ارایه سؤال مجدد، گمانه‌زنی و استفاده از زبان غیرکلامی نمونه‌هایی از این موارد بودند. مصاحبه‌کننده علاوه بر ضبط مصاحبه، نکات مهم مطرح شده از جانب شرکت‌کننده را نیز یادداشت می‌نمود. با توجه به ماهیت پدیده مورد مطالعه روش ۷ مرحله‌ای کولیزی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها انتخاب شد.

یافته‌ها

طی این پژوهش ۶ درونمایه اصلی و چندین درونمایه فرعی استخراج گردید که به شرح زیر می‌باشند.

درونمایه اصلی ۱: تغییرات روانی

درونمایه فرعی ۱: عدم تمایل در زن و مرد؛ تمایلات جنسی یک ساختمان لاینفک از بعد زندگی زن بوده و بدون شک یکی از جنبه‌های سلامت وی می‌باشد (۱۴). بروز این اختلال توسط اکثر زنان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر گزارش شد، قابل ذکر است که تعدادی از زنان بروز این مشکل را در همسران خود ذکر کرده بودند. بخش‌هایی از عین عبارت‌های چند شرکت‌کننده در قسمت زیر آورده شده‌اند:

☉ از وقتی بچه به دنیا اومده من اصلاً میل ندارم دلم نمی‌خواد اصلاً حوصله ندارم، نمی‌تونم...

☉ بعد از زایمان رابطه شوهرم با من خیلی کم شده تازگی‌ها هم به کلی قطع شده، قبل از زایمان رابطه داشتیم ولی نمی‌دونم چرا از وقتی بچه به دنیا اومده دیگه شوهرم نمی‌خواد بچم الان ۹ ماهشه اون فقط ۳ بار اومده پیش من.

☉ از وقتی بچه به دنیا اومده من اصلاً میل ندارم، ارضا هم نمی‌شم، بعد از زایمان هیچ باری ارضا نشدم.

درونمایه فرعی ۲: ترس (آغاز رابطه، عدم ترمیم بخیه‌ها، بیدار شدن کودک، حاملگی مجدد)

یکی دیگر از عمده مشکلاتی که تقریباً در همه مصاحبه‌ها و شرح-نوشته‌ها و همچنین حکایات شرکت‌کنندگان در تحقیق مشهود بود، ترس آنان از آغاز رابطه، عدم ترمیم بخیه‌ها، بیدار شدن کودک و حاملگی مجدد بود.

آغاز رابطه:

☉ اولین باری که بعد از زایمان می‌خواستیم رابطه رو شروع کنیم ترس داشتیم، یه کم هم اضطراب داشتیم. بعد ترسم ریخت فقط درد موند.

ترس از عدم ترمیم بخیه‌ها:

دارای نارساییهای جنسی بوده و خود از تأثیر آن نارساییها در ایجاد ارتباط ضعیف، اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافل بوده‌اند (۶).

در طی دوره بعد از زایمان تغییرات بارزی در سطح هورمونها دیده می‌شود همچنین تغییرات فیزیولوژیک و روانی دیگری نیز وجود دارند، تمام این عوامل می‌توانند بر روی مراحل چرخه پاسخ جنسی زن تأثیر گذاشته و تغییراتی را در روابط جنسی زنان ایجاد کنند که گاه این تغییرات موجب ناسامانیهای قابل توجهی در روابط زوجین شده و سبب پریشانی زن و شوهر و عدم هماهنگی آنان در روابط جنسی می‌گردد (۸ و ۷).

مسلم است که حفظ سلامت جامعه در گرو سلامت خانواده و برقراری روابط طبیعی و غریزی می‌باشد، بنابراین، به منظور دستیابی به این هدف شناخت ماهیت و علل مشکلات جنسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۹) با وجود این، اختلالات جنسی در زنان به علت محدودیت‌های خاص اجتماعی و فرهنگی از مقولاتی که به آن کمتر پرداخته شده است و به همین دلیل، اطلاعات در مورد آن نسبتاً کمیاب است، این در حالی است که این اختلال به‌عنوان یک عامل بسیار نگران‌کننده در سلامت عمومی افراد تلقی می‌شود (۱۰).

با توجه به مشکلات وکاستی‌های موجود در این زمینه لازم دیده شد که ابتدا تحقیقی کیفی با هدف شناسایی تجارب جنسی زنان در طی دوره بعد از زایمان صورت گیرد (در روشهای مختلف تحقیق کیفی از روش پدیدارشناسی برای بررسی تجارب افراد استفاده می‌شود). امید است که نتایج حاصله مورد استفاده خانواده‌ها، مشاوران، روانشناسان و مسئولان فرهنگی جامعه قرار گیرد (۱۱).

مواد و روش‌ها

تحقیق کیفی نوعی شیوه ذهنی است که برای توصیف تجربیات زندگی و معنی بخشیدن به آنها به کار می‌رود (۱۲). برنز و گرو می‌نویسند: پژوهش کیفی یک روش سیستماتیک و ذهنی است که به منظور توصیف تجارب زندگی و درک معانی آن به اجرا در می‌آید. بدیهی است که پژوهش‌های کیفی نیز همانند تحقیقات کیفی ویژگی‌های خاص خود را دارند (۱۳).

به نوشته پولیت و هانگلر فنومنولوژی (پدیدارشناسی) به بررسی تجربیات انسان‌ها می‌پردازد. محقق فنومنولوژیست معتقد است که در پدیده‌ها و تجربیات زندگی جوهره‌هایی وجود دارند که قابل فهم و بررسی هستند، از این رو به بررسی پدیده‌های ذهنی می‌پردازد که جوهره اساسی واقعیات در آنها نهفته است. در تحقیقات پدیدارشناسی معمولاً از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده می‌شود (۱۳). در این مطالعه نیز همان‌گونه که از ماهیت بررسی‌های کیفی برمی‌آید، جمع‌آوری داده‌ها و نمونه‌گیری تا رسیدن به حد اشباع داده‌ها بر روی ۲۰ زن داوطلب در مرکز

جنسی ممکن است تحت تأثیر شیردهی فرا گیرد، به طوری که زنان شیرده ممکن است تمایل جنسی کمتری را تجربه کنند (۱۶).

سر همین قضیه رفتم دکتر، گفت واسه اینکه که شیر می‌دی، می‌گفت مادرهایی که شیر می‌دن بدنشون خشک می‌شه، گفت وقتی بچه رو از شیر گرفتی خوب می‌شی.

عدم ترمیم بخیه‌ها:

از بعد از زایمان هر وقت رابطه داریم جای بخیه‌ها خیلی درد می‌گیرم، آخه من سزارین شدم.

عفونت:

وقتهایی که می‌رم دکتر عفونتمو درمان می‌کنم دردم هم از بین می‌ره.

درونیایه فرعی ۲: عدم رسیدن به ارگاسم در زنان تعداد بسیاری از زنان شرکت‌کننده در این پژوهش این اختلال را که گاهاً وابسته به اختلالات دیگر مانند دیسپارونی و عدم تمایل است، گزارش کردند.

درونیایه اصلی ۳: روابط خانوادگی

درونیایه فرعی ۲: تأثیر مشکلات جنسی بر روابط خانوادگی (دعوا، قهر، بهانه‌گیری، شکایت، عصبی شدن، ناراحتی و نارضایتی، تهدید به ازدواج مجدد، تهدید به ازدواج موقت، تهدید به طلاق، ایجاد طلاق‌های عاطفی).

یکی از عمده مشکلاتی که توسط اکثر شرکت‌کنندگان در این پژوهش مطرح شد، ارتباط روابط خانوادگی بر روابط جنسی بود. زنان بیان می‌کردند که روابط مطلوب تأثیر مثبتی بر روابط جنسی آنان دارد، در واقع این عامل به عنوان یکی از عوامل مؤثر در بروز تمایل در آنان مطرح شده بود. در مقابل، روابط خانوادگی نامطلوب نیز تأثیر منفی بر روابط جنسی آنان داشت. علاوه بر این، نباید از تأثیر روابط جنسی نامطلوب بر ایجاد معضلات خانوادگی غافل شد.

نمونه‌هایی از گفته‌های زنان به شرح زیر می‌باشد:

من یه کمی بی‌احساسم، یه کم اون احساسی رو که باید داشته باشم ندارم اینم باعث ایجاد مشکل شده، مشکلات زیادی این مسأله باعث سردی روابط شده باعث دلخوری شده. شوهرم هم شکایت می‌کنه می‌گه چرا اینطوری شدی می‌گم نمی‌دونم دوست ندارم دیگه.

..... سر این مسأله همش دعوا داریم.....

درونیایه فرعی ۲: تأثیر روابط خانوادگی بر عملکرد جنسی

وقتهایی که با هم خوب هستیم دوست داریم، وقتهایی که با هم مشکل داریم اصلاً دوست ندارم.

شوهرم می‌گه باید مشکلتو حل کنی چون وقتی که تو مشکل داری انگار من مشکل دارم، نمی‌تونم رو مردها نمی‌فهمم، می‌گن حتماً خودش نمی‌خواد، بعضی وقتها سر همین قضیه حرفمون می‌شه، قهر می‌کنیم.

درونیایه اصلی ۴: کنار آمدن

درونیایه فرعی ۱: تقابل (عدم رفع مشکل با مراجعه به پزشک، ترس از مواخذه از مطرح کردن مشکل، احساس نیاز به مشاور، خجالت از صحبت با مشاور، نذر و نیاز، سازگاری با مشکل).

می‌ترسیدم فکر می‌کردم هنوز جای بخیه‌ها خوب نشدن، پیش خودم می‌گفتم اگه یه وقت بخیه‌ها باز شن چی کار کنم، اگه عفونت کنن چی، برم پیش دکتر چی بگم؟ اما بالاخره با اصرار شوهرم مجبور شدم.

ترس از بیدار شدن کودک:

به شوهرم می‌گم الان نازی پا می‌شه خواب بچه سبکه، نازی یک ربع بیست دقیقه می‌خوابه زود بلند می‌شه. همیشه استرس دارم، همیشه ترس دارم....

ترس از حاملگی مجدد:

همش دلم می‌ریزه می‌گم ای وای حالا حامله نشم، بچه کوچیکه، به همین خاطر هم دوست ندارم شوهرم زیاد بیاد طرفم. درونیایه فرعی ۳: تغییر در تصور؛ مفهوم یا پنداشت از خود، منعکس‌کننده تفاسیر فرد از تجربیات گذشته، تعامل‌های اجتماعی و احساسات او می‌باشد (۱۵).

شوهرم می‌گه باید بری دکتر عمل کنی خیلی .. شدی، الان پشیمونیم که چرا سزارین نکردم، خودم هم سنم کمه نمی‌دونم باید این کارو بکنم یا نه، اما بالاخره مجبور می‌شم چون باعث ایجاد اختلاف شده.

درونیایه فرعی ۴: نگرانی

سر این قضیه همش اضطراب دارم نگرانم....

درونیایه فرعی ۵: خستگی (کارهای کودک، کم‌خوابی و شب-بیداری، کاهش استراحت)

از وقتی بچه به دنیا اومده اونقدر خستم می‌کنه که اصلاً حال این کارها رو ندارم.

خواب آدم کم می‌شه، وقت کمه، استراحت کمه، وقتی آدم استراحت بیشتری داشته، حوصله و اعصاب زیادی هم داره دیگه.

درونیایه اصلی ۲: تغییرات جسمی

درونیایه فرعی ۱: دیسپارونی (زایمان، کاهش لوبریکاسیون،

عدم ترمیم بخیه‌ها، عفونت).

در پژوهش حاضر نظر به اهمیت این درونیایه ما آن را به منزله یک چتر مفهومی وسیع در نظر گرفته و درونیایه‌های فرعی مرتبط با آن را بیان نموده‌ایم. دیسپارونی از معدود شکایاتی بود که توسط اکثر زنان شرکت‌کننده در تحقیق مطرح شده بود. در همین رابطه صحبت‌هایی از جانب شرکت‌کنندگان در تحقیق مطرح شد، که عبارتند از:

زایمان:

فکر می‌کنم دردم به دلیل زایمانم باشه، آخه طبیعی زایمان کردم دیگه.

کاهش لوبریکاسیون (شیردهی): در زنان شیرده مقادیر بالای پرولاکتین که در اثر مکیدن نوزاد حفظ می‌شود، سبب سرکوب تولید تخمدانی استروژن و در نتیجه کاهش لوبریکاسیون واژن در پاسخ به تحریک جنسی می‌گردد. پاسخ‌های فیزیولوژیک شیردهی ارتباط خیلی نزدیکی با پاسخ‌های تحریک جنسی دارند و تمایل

درونمایه فرعی ۲: انحرافات (مصرف مواد مخدر، مشاهده فیلم- های غیرمجاز در ماهواره و غیره، خودارضایی).
 عده‌ای از شرکت‌کنندگان در تحقیق از بروز برخی مسایل در همسران خود بشدت اظهار ناراحتی و عجز می‌کردند، برخی از عین گفته‌های این افراد به منظور روشن شدن مطلب در قسمت زیر آمده است.

چیز دیگه‌ای که خیلی بیشتر اذیت می‌کنه اینه که هر وقت می‌خواه باهام رابطه داشته باشه ماهواره رو روشن می‌کنه می‌زنه کانال.... تازگی ها هم تریاک می‌کشه می‌گه به خاطر تو است که تریاک می‌کشم.

درونمایه فرعی ۳: طلاق، ایجاد طلاق عاطفی.
 یه بار به خاطر این مساله کم مونده بود طلاق بگیریم....
 قبل از زایمانم شوهرمو خیلی دوست داشتم، اما حالا احساس می‌کنم اصلاً دوستش ندارم فقط داریم به خاطر بچه با هم زندگی می‌کنیم.

درونمایه اصلی ۶: توجیه

تعداد کثیری از شرکت‌کنندگان در تحقیق علت مشکل خود را به مسایل گوناگونی که خود نیز کاملاً به آن اعتقاد نداشتند، نسبت می‌دادند (نسبت دادن مشکل به زایمان طبیعی، عفونت، عدم رعایت گفته‌های پزشک، نحوه زدن بخیه‌ها، مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری، عصبانیت، ورزش مرد، معاینات مکرر هنگام زایمان، وجود کودک، کار و خستگی مرد، کاهش دفعات نزدیکی، روحیه ضعیف، بخیه‌ها) برخی از عین گفته‌های آنان به منظور روشن شدن مطلب در قسمت زیر آورده شده است.

می‌گن شاید از بخیه‌ها باشه، بد زدن یا نمی‌دونم.....
 نمی‌دونم دلیل مشکلم چیه از این قرص‌های جلوگیری از حاملگیه یا زایمانه نمی‌دونم.
 فکر کنم چون زایمان طبیعی کردم اینجوری شدم، نمی‌دونم.....
 نمی‌دونم به خاطر زود عصبانی شدن مننه یا نه....
 قبل از زایمان هیچ مشکلی نداشتیم، اما از وقتی حامله شدم روابطمون کم شد و بعد از زایمان هم مشکلاتمون در این مورد شروع شد.

بحث

عدم تمایل در زن و مرد: نکته‌ای که به نظر مهم می‌رسد و در بخش‌های بعد به آن پرداخته خواهد شد این است که تمایل جنسی به موارد دیگری وابسته و تحت تأثیر عواملی قرار خواهد گرفت. در رابطه با بروز کاهش و یا عدم تمایل در زنان مطالعات متعددی صورت گرفته است که با مطالعه حاضر همخوانی دارند، اما فقط در یک مطالعه بروز عدم تمایل در مردان مورد بررسی قرار داده شده بود؛ متأسفانه قابل ذکر است که اکثر محققان در دوره بعد از زایمان به بررسی اختلالات جنسی در زنان پرداخته‌اند و احتمال بروز این اختلال را در مردان نادیده گرفته‌اند. Hicks بیان کرده است تغییرات جنسی از جمله فقدان میل جنسی در زنان در دوره

عدم رفع مشکل با مراجعه به پزشک:
دکتر رفتم ولی جوابی نگرفتم.....

ترس از مواخذه از مطرح کردن مشکل:
 می‌گم آگه برم به دکتر بگم می‌خندند، می‌گن نگاه کن واسه چی اومده دکتر....
 احساس نیاز به مشاور:

هر جایی که شما بگین می‌رم تا شاید مشکلمون حل بشه.
 خجالت از صحبت با مشاور:
 ...آخه آدم نمی‌تونه بگه که آدم خجالت می‌کشه.
 نذر و نیاز:

گاهی می‌گم شاید خودبه‌خود درست بشه، نذر امام حسین کردم تا شاید مشکلمون حل بشه.
 سازگاری با مشکل:

از بعد از زایمان من خیلی عصبی تر شدم، اما شوهرم خیلی مهربونتر شده، سعی می‌کنن باهام کنار بیاد.
 درونمایه فرعی ۲: عدم سازگاری با والد شدن (علاقه یا تفکر بیشتر به کودک).
 علاقه به کودک:

احساس می‌کنم اونو بیشتر از شوهرم دوست دارم (طبیعی است دیگه) بعد از زایمان هم بیشتر توجهم به بچم شد تا شوهرم، تا جایی که شکایت می‌کرد، گله می‌کرد می‌گفت تو اینو دوست داری منو دوست نداری من از خونه می‌رم دیگه نمی‌آم.

درونمایه فرعی ۳: تحمل و قبول مشکلات به صرف زن بودن (سعی در راضی نگه داشتن همسر، قبول رابطه به خاطر همسر، عدم اظهار درد، آگاهی از انتظارات جنسی همسر، نسبت دادن بی- گناهی به مرد، اعتقاد به درک همسر، مهم بودن نظرات مرد، اهمیت راضی شدن مرد، آغاز رابطه با خواست مرد، آغاز زود هنگام روابط با خواست مرد).

چیکار کنم دیگه اونم حق داره خواسته‌هایی داره، باید اونم درک کنم دیگه، باید با خودم بیشتر کنار بیام چون اون تقصیری نداره نمی‌دونم چه جور می‌باید خودم خودمو اصلاح کنم نظرات اونم شرط دیگه

.....سعی می‌کنم اونو از خودم راضی نگه دارم....
 می‌گم زنه دیگه هر وقت اونا خواستن، هر وقت.....

درونمایه اصلی ۵: تغییر دیدگاه و رفتار

آنچه از شرح گفتارها و دست‌نوشته‌ها بر آمد، آثار تجارب جنسی نامطلوب در تعداد کثیری از مصاحبه‌شوندگان در دوره بعد از زایمان مشهود بود؛ این درون‌مایه کلی به درونمایه‌های فرعی که شامل موارد زیر است، تقسیم می‌شود.
 در قسمت زیر به تعدادی از عین گفته‌های زنان اشاره خواهد شد.
 درونمایه فرعی ۱: تغییر دیدگاه و رفتار مرد یا زن [نسبت دادن درد و عدم تمایل به دوست نداشتن خود (دیدگاه مرد)، آغاز بهانه- گیری‌ها، عصبی شدن، تغییر اخلاق، شک به ارتباط زن با مردان دیگر، پشیمانی از زایمان طبیعی].

از رفتارشناسان (به‌عنوان مثال، Wolpe) نیز ارتباط بین نگرانی و ترس را با بروز اختلال عملکرد جنسی مطرح کرده‌اند (۲۱).

خستگی: Mac Cab گزارش کرد که خستگی یکی از شایعترین مشکلات و شکایات در طی دوره حاملگی و بعد از زایمان بوده و به‌عنوان یکی از دلایل کاهش میل جنسی و دفعات رابطه جنسی در دوره بعد از زایمان مطرح شده است (۲۵). Avery در سال ۲۰۰۰ گزارشی کرد که تولد کودک ممکن است تغییرات بسیاری را در روابط جنسی زوجین ایجاد کند، از جمله این تغییرات می‌توان به افزایش فشار کاری، خستگی، کاهش انرژی و خواب اشاره کرد (۲۶).

دیسپارونی: زنان شرکت‌کننده در این پژوهش علت بروز این اختلال را به موارد متعددی نسبت می‌دادند، برای حمایت از گفته‌های آنان از نتیجه چندین مطالعه کمک گرفته شده است. Mac Cab گزارش کرد که تغییرات فیزیکی مرتبط با زایمان مانند پارگی یا اپیزیوتومی و درد پرینه سبب بروز اختلال جنسی و تجربه درد و ناراحتی سبب کاهش میل و رضایت جنسی زنان می‌گردد، بنا به گفته این محقق دیسپارونی از یک عامل مشکل‌ساز فیزیکی آغاز اما به دلیل وجود عوامل روانی حفظ (۲۵). در پژوهش حاضر، محقق درصدد بررسی تأثیر شیردهی بر روی ایجاد تجربه جنسی نامطلوب نبود، اما با توجه به تغییرات هورمونی ناشی از عمل مکیدن نوزاد (افزایش پرولاکتین و در نتیجه ایجاد هیپواستروژنمی)، به نظر می‌رسد که یکی از دلایل اظهار خشکی و کاهش لوبریکاسیون در دوره بعد از زایمان شیردهی باشد.

عدم رسیدن به ارگاسم در زن: به نظر می‌رسد که این مشکل باید در کنار سایر مشکلات مانند عدم تمایل، دیسپارونی و غیره مورد بررسی قرار گیرد، چون بالطبع موارد ذکر شده منجر به بروز این اختلال خواهند شد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج حاصل از تحقیق Ahlberg, Signorello (به قسمت فوق مراجعه شود) مطابقت دارد (۱۹ و ۱۸).

روابط خانوادگی: Studies بر اهمیت صمیمیت بر روی حفظ بهداشت جنسی مطلوب تأکید داشت و به گفته وی حفظ کیفیت روابط راهی مؤثر در پیشگیری از بروز اختلالات جنسی می‌باشد (۲۳). Dejudicibus گزارشی کرد که روابط زوجین پیش‌گویی-کننده میزان رضایت جنسی آنان در دوره حاملگی و همچنین میل جنسی آنان در دوره بعد از زایمان بوده است (۲۷). Clarkson بیان کرد که ۲۵ درصد زنان در دوره بعد از زایمان بیان کرده بودند که دیسپارونی بر روی روابط آنان با همسرشان تأثیر منفی گذاشته بود و ۴۹ درصد آنان ایجاد مشکل در روابط را گزارش کرده بودند؛ مثال تبیین از پاسخ زنان به این شرح بود "من و همسرم چون مثل قبل روابط جنسی نداریم، با هم مشاجره می‌کنیم" (۲۸).

Sido (۱۹۹۹) در متآنالیزی بر روی ۵۹ مطالعه نشان داد که در اکثر زوجین اولین عامل مشکل‌ساز پس از زایمان، روابط جنسی بوده است (۱۹). نکته مهم این است که در پژوهش حاضر نیز اکثر زنان بروز اختلال جنسی را به‌عنوان اولین عامل مشکل‌ساز در دوره بعد از زایمان مطرح کرده بودند.

بعد از زایمان بسیار شایع هستند و از ۸۸-۲۲ درصد متغیر می‌باشند (۱۷). Signorello گزارش کرد که یک‌چهارم زنان در عرض ۶ ماه اول بعد از زایمان دچار کاهش میل جنسی، عدم رضایت جنسی و توانایی کمتر برای رسیدن به ارگاسم می‌شوند (۱۸). Ahlberg بیان کرد که تمایل و فعالیت جنسی در عرض چند ماه اول بعد از زایمان در مقایسه با زمان قبل از حاملگی و حاملگی کاهش می‌یابد و بسیاری از زنان دچار کاهش میل جنسی و لوبریکاسیون واژن و همچنین ارگاسم‌های ضعیف‌تر و کوتاه‌تری می‌شوند (۱۹). Hames (۱۹۸۰) کاهش میل جنسی را در مردان در دوره بعد از زایمان خاطر نشان کرده بود (۲۰).

ترس (از بیان مشکل، آغاز رابطه، عدم ترمیم بخیه‌ها، بیدار شدن کودک):

ترس از آغاز رابطه: در مطالعه‌ای گزارش شد که ۶۴-۴۰ درصد زنان و ۶۴-۱۹ درصد مردان دچار ترس از آغاز رابطه جنسی بودند (۲۰).

ترس از بیان مشکل: متأسفانه هنوز هم مسایل جنسی در محدوده تابو قرار می‌گیرند و زنان (بویژه در کشورهای مذهبی) از بیان مشکلات خود در این زمینه و درخواست کمک امتناع می‌ورزند (۲۱). در پژوهش حاضر نیز این مسئله به‌کرات از جانب مصاحبه‌شوندگان مطرح شد.

عدم ترمیم بخیه‌ها: پارگی‌های واژن و فرج نیز موجب کاهش واکنش ارگاسمی این اعضا می‌گردند. محل اپیزیوتومی، معمولاً موجب بروز نگرانی‌هایی در زن و همسر وی می‌شود.

ترس از بیدار شدن کودک: این نتیجه با نتایج حاصل از متآنالیز سیدو از ۵۹ مطالعه همخوانی دارد (۲۲). به نظر می‌رسد که این مسأله در کشورهایی همچون کشور ما که کودک در کنار والدین و در یک اتاق می‌خوابد بیشتر مشهود باشد.

تغییر در تصور ذهنی: یکی دیگر موارد مشکل‌ساز در دوره بعد از زایمان که سبب بروز نگرانی در برخی از شرکت‌کنندگان شده بود، تغییر نگرش آنها (کاهش جذابیت، تغییر تصور مثبت از خود) در مورد خود بود؛ نکته جالب توجه دیگر تغییر نگرش همسران این زنان از ایجاد تغییرات جسمی در آنان بود. در ارتباط با تغییر نگرش زنان و مردان در دوره بعد از زایمان تحقیقاتی وجود دارند که از نتیجه حاصل شده در این پژوهش حمایت می‌کنند.

Studies (۲۰۰۵) در مطالعه خود ارتباط تصویر ذهنی را با اختلال میل جنسی و درد خاطر نشان کرد (۲۳). در بررسی Olsson که به روش FGD انجام شده بود، نتایج زیر در رابطه با تغییر در تصور ذهنی حاصل شد: زنان تغییر فیزیکی و کاهش جذابیت را گزارش کرده بودند و بیان می‌کردند که به سختی می‌توانند با این مسأله کنار بیایند. این زنان در مورد تغییر ایجاد شده در واژن خود (احساس بزرگی و شلی) دچار نگرانی شده بودند (۲۴). در این پژوهش علاوه بر زنان، مردان نیز اظهار می‌کردند که زنان ایشان بعد از زایمان دچار تغییر شده‌اند.

نگرانی: این مفهوم با نتایج حاصل از محققان زیر همخوانی دارد: نگرانی با مفهوم Freudes از "خود درگیری" مطابقت دارد. برخی

بهبودی آنان داشته باشد. بویژه تولد اولین کودک سبب کاهش چشمگیر رضایت در طی ۳ سال اول بعد از تولد می‌شود. نتیجه‌ای که از این پژوهش و پژوهش Peitz حاصل می‌شود، این است که سازگاری با نقش والدینی نه تنها برای مادران بلکه برای پدران نیز ضرورت دارد.

انحرافات: در مطالعه حاضر انحرافات گزارش شد که برخی از آنها با مطالعات انجام گرفته توسط محققان دیگر همخوانی دارد. به‌عنوان مثال، sydow طی تحقیقی گزارش کرد که ۷۶ درصد مردان و ۵۴ درصد زنان در دوره بعد از زایمان به خودارضایی روی می‌آورند (۳۶) (البته قابل ذکر است که این مسأله در کشورهای اروپایی انحراف محسوب نمی‌شود و فقط در این قسمت به‌منظور حمایت از نتیجه حاصله ذکر شده است)، Lawoyin طی تحقیقی که بر روی مردان انجام داده بود؛ گزارش کرد که ۴۹/۸ درصد مردان در دوران حاملگی زنان با زنان دیگر ارتباط جنسی داشته‌اند. در این مطالعه ارتباط بین عدم رابطه جنسی با همسر و نزدیکی با زنان دیگر، در گسترش شیوع بیماری‌های آمیزشی مطرح شده بود (۳۷). در پژوهش فعلی اطلاعاتی راجع به احتمال وجود این روابط گزارش نشد که به نظر می‌رسد عدم گزارش آن دلیل بر فقدان این موارد نباشد.

طلاق، ایجاد طلاق عاطفی: در تحقیقی که در کشور سوئد انجام شده بود، نشان داده شد که حداکثر میزان طلاق و جدایی در میان زوجین دارای کودک ۱/۵ ساله دیده می‌شود. بنابراین با توجه به این آمار ارتباط میان تولد کودک و طلاق بیشتر مورد توجه قرار گرفت. در مطالعات مختلف همان‌گونه که در قسمت فوق ارایه شدند، تأثیر مشکلات جنسی در بروز تغییرات رفتاری و خانوادگی مشهود بودند، اما به نظر می‌رسد که در کشور ما مسأله طلاق عاطفی، همان‌گونه که در لابه‌لای گفته‌های تعدادی از مصاحبه‌شوندگان در تحقیق بارز بود، شیوع بسیاری داشته باشد.

توجهی: یکی از یافته‌هایی که جدید به نظر می‌رسد توجه است، در مطالعات قبلی یافته‌ای که حمایت‌کننده این نتیجه باشد، وجود نداشت. یکی از مواردی که به نظر می‌رسد این که اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه کمی بوده، اما در این مطالعه بدلیل نوع متدولوژی تحقیق و آزادانه بودن افراد در بیان نظرات و احساسات خود چنین نتیجه‌ای حاصل شده است.

نتیجه‌گیری

آنچه از مطالعه حاضر و مطالعات انجام گرفته در این زمینه درک می‌شود، این است که در طی دوره بعد از زایمان تغییرات متعددی در زنان رخ می‌دهد که متأسفانه به نظر می‌رسد برخی از آنها از آگاهی ناکافی زنان و در نتیجه عدم اطلاع‌رسانی و مشاوره کارمندان بهداشتی با آنان ناشی می‌شود. باید گفته شود که شناخت جنبه‌های مختلف مشکلات جنسی در دوره بعد از زایمان، آگاهی از تأثیر غیر مستقیم و یا مستقیم این اختلالات بر روی روابط خانوادگی زوج و استفاده از پژوهش‌های کیفی به منظور درک دنیای

تقابل: هدف از مشاوره توانمندسازی مددجو برای رشد و تکامل فردی، افزایش آگاهی، تشویق مددجو به نگرش عمیق در خود و دیگران و هموارسازی توان مقابله و انجام وظیفه و تکلیف می‌باشد (۲۹).

Donati گزارش کرد که فقط ۲۵-۲۱ درصد زنان اطلاعات کافی در مورد مسایل جنسی و تنظیم خانواده دریافت کرده بودند (۳۰). Saurel بیان کرد که ماماها باید از شیوع بالای مشکلات جنسی در میان مادران آگاه باشند و باید با آنها برای یافتن بهترین راه‌حل مشاوره کنند (۳۱).

عدم سازگاری با والد شدن: Lugina بیان کرد که سازگاری با والد شدن ممکن است سبب بروز خطر استرس فیزیکی و روانی در مادران و خانواده شود (۳۲). روابط جنسی و زناشویی بعد از انتقال به دوره والدینی تغییر کرده و به‌صورت نوعی بحران روانی-اجتماعی بروز می‌کند (۳۳).

تحمل و قبول مشکلات به صرف زن بودن: Olga بیان کرد که به نظر می‌رسد زنان دچار تجربه جنسی نامطلوب نیازهای خود را نادیده می‌گیرند و برای انجام رابطه جنسی احساس اجبار می‌کنند (به جای اینکه قلباً خواستار ارضای نیازهای جنسی همسر باشند) (۲۱). در این مطالعه نیز مواردی از احساس اجبار، تقبل به خاطر همسر و از این قبیل مسایل به چشم می‌خورد.

تغییر دیدگاه و رفتار: یکی از مسایلی که در این تحقیق از جانب تعداد بسیاری از زنان ذکر می‌شد، نگرش خود و همسران ایشان در مورد تأثیر زایمان طبیعی بر فیزیولوژی واژن آنان و احساس پشیمانی از زایمان طبیعی بود. بسیاری از این زنان علت انتخاب زایمان سزارین را در حاملگی دوم و یا حاملگی اول خود تقاضای همسر ذکر می‌کردند، بنابراین به نظر می‌رسد که در نظر گرفتن این مسأله در موارد بررسی علت انتخاب زایمان سزارین (که متأسفانه به‌طور روز افزونی در حال افزایش است) و همچنین ارایه آموزش‌های لازم به زنان و همسران ایشان ضروری به نظر می‌رسد. مطالعات موجود در مورد ارتباط نوع زایمان با بروز اختلالات جنسی متناقض هستند؛ Xu xy بیان کرد که ۷۰/۶ درصد در عرض ۳ ماه بعد از زایمان دچار مشکل جنسی بودند و بعد از ۶ ماه این میزان به ۳۴/۲ درصد کاهش یافت، اما به میزان قبل از حاملگی نرسید؛ در این مطالعه هیچ‌گونه ارتباطی میان رضایت جنسی، میل جنسی، میزان فعالیت جنسی، دیسپارونی، تون عضلات پوبوکسیژنال و نوع زایمان نشان داده نشد (۳۴).

تأثیر مشکل جنسی زن بر روی مرد: Peitz بیان کرد که پدران نیز بعد از تولد کودک تغییرات چشمگیری را در روابط زناشویی خود گزارش کرده بودند. بعد از تولد اولین کودک، کاهش مداوم رضایت کلی زناشویی ایجاد شده بود طوری که این حالت حتی تا ۳ سال بعد از زایمان نیز آشکار بود. به‌طورکلی در طی این دوره کاهش ارتباطات، روابط جنسی و افزایش مشاجرات ایجاد شده بود (۳۵). نتایج این تحقیق نشان داد که تولد کودک می‌تواند آثار منفی چشمگیری بر روی عملکرد سایکولوژیک مردان و وضعیت

تقدیر تشکر

بدین وسیله از زحمات کلیه خانمهای محترمی که انجام این پژوهش بدون یاری آنان میسر نبود، قدردانی می‌گردد و از خداوند منان سلامت و توفیق روزافزون یکایک آنان را خواستاریم. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر بخشی از یک طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه تبریز می‌باشد، بنابراین از کلیه دست‌اندرکاران علمی و اجرایی که در به ثمر رسیدن این پژوهش یاریگر بودند، سپاسگزاری می‌گردد.

پیچیده زنان از دیدگاه خود آنان و تأمین داده‌های مستند و گسترش دانش پیرامون مسایل جنسی در دوره بعد از زایمان ضروری می‌باشد. علاوه‌براین، تربیت و آموزش کادر بهداشتی، خانواده‌ها و زنان به گونه‌ای که قادر به بیان مشکلات خود باشند، حایز اهمیت خواهد بود. بنابراین با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر اهمیت بررسی و مشاوره با زنان در ارتباط با مسایل جنسی آنان در دوره بعد از زایمان پررنگ‌تر می‌شود.

References

1. جهانفر ش، مولانی‌نژاد م. درسنامه اختلالات جنسی. چاپ دوم. نشر سالمی، تهران، ۸۰-۱۱، ۱۳۸۴.
2. Andrews G. *Womens Sexual Health*, 2nd ed. Bailliere tindal, Edinburgh, 2001; PP:178-184.
3. حسن زهرایی ر. بررسی عوامل مرتبط با روابط زناشویی دوران بارداری در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی شهر اصفهان، در: «همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی»، (۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲)، تهران، ۳۵، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
4. ستارزاده ن. بررسی تغییرات فعالیت جنسی در دوران بارداری، «همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی»، (۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲)، تهران، ۷۳، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
5. قریشی زاده م. نقش اختلالات خانوادگی در پیدایش و تشدید اختلالات جنسی در. «همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی»، (۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲)، تهران، ۱۱۱، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
6. بایرامی ر. حقیقی مقدم، ی. روابط جنسی در دوران بارداری. انتشارات مهر امیرالمؤمنین، قم، ۳۸-۳، ۱۳۸۵.
7. پورحیدری م. مشکلات جنسی در دوران بعد از زایمان و شیردهی، «همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی»، (۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲)، تهران، صص ۲۰-۱۹، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
8. رژه ن. روابط جنسی بعد از زایمان، «همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی»، (۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲)، تهران، ۶۲، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
9. شریفی اقدس ف. بررسی ایدمیو لوژیک اختلالات عملکرد جنسی در زنان متأهل ایرانی (گزارش اولیه)، «همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی»، (۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲)، تهران، ۸۱، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
10. صبح‌گل س. بررسی عوامل مرتبط با دیسپارونی، «همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی»، (۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲)، تهران، ۸۴، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
11. احمدی خ. نقش روابط جنسی در سازگاری زوجین، در: «همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی»، (۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲)، تهران، ۵، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
12. صلصالی م؛ پرویزی س؛ ادیب حاج باقری م؛ روشهای تحقیق کیفی. چاپ اول، تهران انتشارات بشری، ۱۳۸۲، صص ۲۳-۱۶.
13. Burns, N, Grove SK. *The Practice of NURSING RESEARCH Conduct, Critique, Utilization* 5thed. W.B.SAUNDERS CO, Philadelphia. 2005; PP: 61,285.
14. Youngkin EQ, Davis MS. *Womens Health: A Primary Care Clinical Guide*, 2nd ed. Stamford, Connecticut, Apelson & Lange, 1998; PP: 106-120.
15. آساطور مارگوسیان آ. «بررسی رابطه تصویر ذهنی از جسم خویش با روابط خانوادگی و اجتماعی زنان ماستکتومی شده مراجعه کننده به مراکز درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۳.
16. صحتی شفیایی ف. بهداشت و مراقبت از مادر در دوران پس از زایمان و شیردهی. چاپ اول، تهران، انتشارات فص، ۱۳۸۴، صص ۴۱-۴۰.
17. Hicks TL, Goodal SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum Sexual Functioning and Method of Delivery: Summary of the Evidence. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(5), 430-6.
18. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum Sexual Functioning And Its Relationship to Perineal Trauma: A Retrospective Cohort Study of Primiparous Women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(5), 881-8.
19. Ahlborg T, Dahlof L, Lillemor R, Hallberg. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *Journal of sex research* 2005.
20. Hames CT. Sexual needs and interests of postpartum couples. *J Obstet Gynecol Neonatal NURS* 1980, 9 (10), 313-315.
21. Olga S. Phenomenological Analysis of frequent and disruptive sexual discomfort in married women. PhD thesis, Trinity western university 2002.
22. Von sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J psychosom Res* 1999; 48 (1): 27-49.
23. Stulhofer A, Gregurovic M, Pikic A, Galic I. Sexual Problem of Urban Women in Croatia:

- Prevalence and Correlates in a Community Sample. *Croat Med J* 2005; **46**(1), 45-51.
24. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nilsson E. Women's Thoughts about Sexual Life After Childbirth: Focus Group Discussion with Women After Childbirth, *Scand J Caring Sci* 2005; **19**, 381-87.
 25. Margaret A, Marita P, McCabe. Psychological Factors and the Sexuality of Pregnant and Postpartum Women (Statistical Data included). *J of Sex Research* 2002; www.findarticles.com.
 26. Avery MD, Duckett L, Carrie RF. The Experience of Sexuality During Breastfeeding among Primiparus Women. *J Midwifery & Womens Health* 2000, **45**, 227-37.
 27. Dejudicibus MA, McCabe MP. Psychological Factors and the Sexuality of Pregnant and Postpartum Women, *J Sex Res* 2002; **39**(2), 94-103.
 28. Clarkson J, Newton C, Debra BI, Gyte G, Kettle C. Achieving Sustainable Quality in Maternity Services-Using Audit of Incontinence and Dyspareunia to Identify Shortfalls in Meeting Standards. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2001; **1**(1), 1-10.
 29. Dunkley J. Health Promotion in Midwifery. *bajllier tindall*; 2000; PP: 73-78.
 30. Donati S, Grandolfo ME. Support for the Resumption of Sexual Activity in the Postpartum woman, A Subject Devoid of Interest. *Ann Ist Super Sanita* 2003; **39**(2), 235-41.
 31. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's Health After Childbirth: A Longitudinal Study in France and Italy. *BJOG* 2000; **107**(10), 1202-9.
 32. Lugina HI, Christensson K, Massawe S, Nystrom L, Lindmark G. Change in Maternal Concerns During the 6 Weeks Postpartum Period: A Study of Primiparous Mothers in Dar Es Salam, Tanzania, *J Midwifery & Womens health* 2001; **46**(4), 248-57.
 33. Alder EM. Sexual Behavior in Pregnancy, After Childbirth and During Breastfeeding, *clin obstet gynaecol* 1989; **3**(4), 805-21.
 34. Xu XY, Yao ZW, Wang HY, Zhou Q, Zhang LW. Women's Postpartum Sexuality and Delivery Type. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2003; **38**(4), 219-22.
 35. Peitz, G. Adjustment to the paternal role after childbirth. In: *IXth European conference on development psychology spetses* 1999; 1-5.
 36. Von sydow K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partner's sexual experience. *J psychosom Obstet Gynecol* 2002; **23**: 147-155.
 37. Lawoyin TO, Osinowo H, Walker M. Sexual Networking Among Married Men with Wives of Child Bearing Age in Ibadan City, Nigeria: Report of a Pilot Study. *J Med Sci* 2004, **33**(3), 207-12.