

## بررسی مقایسه ای عملکرد جنسی پس از زایمان در زنان نخست زای زایمان کرده به روش طبیعی و سزارین در شهر کرج

سهیلا مقیمی هنجنی MSc

گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران

زهرا مهدی زاده تورزنی\* MSc

گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران

### چکیده:

**اهداف:** امروزه یکی از مهم ترین دلایل تمایل زنان به سزارین را تصور تاثیر زایمان طبیعی بر عملکرد جنسی پس از زایمان دانسته اند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای عملکرد جنسی پس از زایمان در زنان نخست زای زایمان کرده به روش طبیعی و سزارین در شهر کرج انجام شد.

**روش ها:** این پژوهش یک مطالعه ی هم گروهی است که نمونه های آن شامل ۱۰۰ زن زایمان کرده به روش طبیعی همراه با اپی زیاتومی مدیولترال و ۱۰۰ زن زایمان کرده به روش سزارین برنامه ریزی شده بودند که به صورت تصادفی انتخاب می شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه هایی در زمینه خصوصیات فردی-باروری و استاندارد شاخص عملکرد جنسی در زنان (FSFI) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد میانگین نمرات عملکرد، رضایت و اختلالات جنسی (در تمامی ابعاد) در زنان زایمان کرده به روش طبیعی از روش سزارین بهتر بوده و تفاوت آماری معنی داری بین نمرات این دو گروه براساس نوع زایمان وجود داشت. ( $p < 0.001$ )

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج حاضر به نظر می رسد نه تنها سزارین در حفظ عملکرد جنسی مادران در دوران پس از زایمان نقشی ندارد بلکه می تواند سبب بروز مشکلاتی در این زمینه گردد. پس با انجام آموزش های لازم به زوجین می توان از تمایل خانم ها به انتخاب سزارین به این دلیل کاست.

**کلید واژه ها:** عملکرد جنسی، رضایت جنسی، اختلالات جنسی، زایمان طبیعی، زایمان سزارین

تاریخ دریافت: ۹۰/۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۷

نویسنده مسئول: z\_mehdizadeh\_t@yahoo.com

### مقدمه

خانواده که مهمترین نهاد اجتماعی و هسته ی اصلی جامعه می باشد و نقش اساسی در سلامت جامعه را داراست [۱] با برقراری رابطه ی زناشویی تشکیل می شود. بنابراین خانواده و جامعه سالم، وابسته به روابط زناشویی موفق است. رضایت از رابطه ی زناشویی موجب احساس شاد بودن و ایجاد صمیمیت در زوجین می شود [۲]. از سوی دیگر اختلال عملکرد جنسی که یک مشکل چند بعدی شامل اجزای بیولوژیک، بین فردی و

روانشناختی می باشد، در جمعیت عادی نیز شیوع بالایی دارد و طی سال های اخیر نیز میزان آن افزایش پیدا کرده است [۳]. مشکلات جنسی جنبه های مختلف زندگی افراد از جمله روابط صمیمانه با همسر، خانواده و شغل را تحت تاثیر قرار می دهند [۴]. تحقیقات نشان می دهد که نارسایی های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری های روانی و طلاق دارند [۵]. عملکرد جنسی در انسان تحت تاثیر عوامل متقابل پیچیده ای قرار می گیرد که یکی از مهم ترین این وقایع زایمان می باشد. زایمان از مهم ترین حوادث زندگی هر زنی است و دوران پس از آن نیز یک دوران هیجانی و پویا در زندگی افراد محسوب می شود [۶]. در سال اول پس از زایمان اکثر زنان تجربه ی حداقل یک مشکل در ارتباط با عملکرد جنسی را بیان کرده اند [۷]. طبق گزارش هیک دامنه وجود اختلالات جنسی در دوران پس از زایمان ۸۶-۲۲ درصد بیان شده است [۸].

طبق بررسی سونگا در سه ماه ی اول پس از زایمان ۷۰/۶ درصد زنان و در شش ماه ی اول پس از زایمان ۳۴/۲ درصد زنان مشکلات جنسی را بیان کرده اند [۹]. به طوری که ممکن است یک نفر از هر نه زن رابطه جنسی را در شش ماه اول پس از زایمان از سر نگیرد [۱۰].

بارت<sup>۱</sup> و همکاران اعلام نمودند که مشکلات عملکرد جنسی شامل کاهش میل جنسی، نرسیدن به ارگاسم، خشکی واژن، عدم رضایت جنسی، دیس پارونی و کاهش در تعداد دفعات فعالیت جنسی، بعد از زایمان نسبت به زمان قبل از حاملگی افزایش می یابد [۸]. ترشح و خونریزی واژینال، ناراحتی در پرینه، هموروئید، سوزش و درد پستان و کاهش لغزندگی واژن در اثر شیردهی، همراه با خستگی ناشی از اختلال در خواب شبانه، همگی در کاهش انگیزه برای فعالیت جنسی نقش دارند. سایر عوامل مشکل ساز شامل ترس از بیدار شدن کودک، کاهش احساس جذاب بودن، تغییر برداشت های ذهنی از خود یا تغییر خلق هستند [۱۱]. معمولاً یک ارتباط ی جنسی خوب نیاز به وقت و انرژی کافی دارد که به دلیل شیردهی و مراقبت از فرزند، مادران اکثراً نیاز به خواب دارند و انرژی خود را بیشتر صرف مراقبت از نوزاد می کنند [۱۲].

از سوی دیگر نوع زایمان احتمالاً یک عامل تاثیر گذار تلقی می شود، زیرا در یک بررسی زنانی که زایمان از طریق سزارین داشتند زودتر از زنان با زایمان واژینال مقاربت جنسی را شروع نمودند [۱۳].

در مطالعات دیگر مشکلات روابط جنسی بعد از زایمان در زنانی که زایمان با فورسپس و واکيوم داشتند شیوع بالاتری داشته است

<sup>1</sup> - Barret

روش سزارین برنامه ریزی شده بودند که به صورت تصادفی ساده از میان زنان مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی درمانی سبزه پرور و آوج شهر کرج انتخاب می شدند. معیارهای پذیرش مطالعه ی حاضر شامل زوجین متاهل ایرانی مسلمانی که اولین ازدواج آن ها و تک همسری بوده، در کنار هم زندگی می کردند و از زمان زایمان آنان حداقل ۳ ماه و حداکثر ۶ ماه گذشته بود. هم چنین می بایست حداقل یک ماه از آغاز رابطه جنسی فرد پس از زایمان می گذشت. زنان در محدوده ی سنین باروری (۴۹-۱۵ سال) بوده و حاصل زایمان آنان نوزاد زنده ی ترم، یک قلو و سالم بود.

هم چنین انجام زایمان واژینال ابزاری و یا سزارین اورژانس، سابقه ی سقط یا تولد نوزاد مرده، وجود نشانه های افسردگی پس از زایمان، کلیه بیماری ها و یا داروهایی که عملکرد جنسی زوجین را تحت تاثیر قرار می داد، اعتیاد هریک از زوجین، رشد آنها در خانواده های تک والدی، سابقه ی وجود هر گونه اختلال عملکرد و سوء استفاده جنسی در دوران قبل از بارداری، تجارب استرس شدید طی یک سال اخیر در هر یک از زوجین و اختلافات شدید خانوادگی در ماه اخیر از معیارهای خروج مطالعه بودند. زمان جمع آوری اطلاعات از بهمن ۱۳۸۹ تا فروردین ۱۳۹۰ بوده است.

پس از کسب رضایت نامه ی کتبی از واحدهای مورد پژوهش، اطلاعات لازم از طریق پرسش نامه های خصوصیات فردی-باروری و شاخص عملکرد جنسی در زنان<sup>۳</sup> (FSFI) با پرسش از آن ها در محیط آرام و خصوصی جمع آوری گردید. پرسش نامه ی خصوصیات فردی-باروری شامل سوالاتی در ارتباط با سن، تحصیلات و شغل زن و شوهر، هم چنین وضعیت اقتصادی، وضعیت محل سکونت، نوع زایمان، وضعیت شیردهی، زمان انجام اولین نزدیکی پس از زایمان و تعداد دفعات نزدیکی در ماه بود.

عملکرد جنسی (رضایت و اختلال) زنان از طریق پرسش نامه ی ۱۹ سوالی شاخص عملکرد جنسی زنان که در شش بخش تنظیم شده است مورد بررسی قرار گرفت که حداقل و حداکثر نمره ی کسب شده از آن ۲ و ۳۶ می باشد. اختلال عملکرد جنسی زنان از طریق همین پرسش نامه در بخش های تمایل جنسی (حداقل و حداکثر نمره ی کسب شده از آن ۱/۲ و ۶)، برانگیختگی و خیس و نرم شدن واژن (حداقل و حداکثر نمره ی کسب شده از آن ۰ و ۱۲)، ارگاسم (حداقل و حداکثر نمره ی کسب شده از آن ۰ و ۶) و درد جنسی (حداقل و حداکثر نمره ی کسب شده از آن ۰ و ۶) که به طور جداگانه امتیازدهی می شدند، مورد سنجش قرار گرفت که حداقل و حداکثر نمره ی کسب شده از این قسمت در مجموع به ترتیب ۱/۲ و ۳۰ است. حداقل و حداکثر نمره ی

[۱۴]. در مطالعه بایتور<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵) قدرت کشش عضلانی کف لگن و نوع زایمان تأثیری در عملکرد جنسی زنان نداشته است [۱۵]. در مطالعه کونولی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) در کارولینای شمالی آمریکا در مورد عملکرد جنسی ۱۵۰ نفر از زنان در یک سال اول بعد از زایمان گزارش کردند که نوع زایمان و اپی زیوتومی با زمان شروع فعالیت جنسی زنان بعد از زایمان ارتباطی نداشته است [۱۶].

امروزه در تمام دنیا به خصوص در کشورهای در حال توسعه، علی رغم توصیه های سازمان جهانی بهداشت (WHO) آمارسزارین رو به فزونی است [۱۷]. در برخی تحقیقات یکی از مهم ترین دلایل تمایل زنان به سزارین راه تصور تاثیر زایمان طبیعی بر عملکرد جنسی پس از زایمان دانسته اند [۱۷، ۱۸] حال آن که اینگونه شکایات و اختلالات به عقاید و فرهنگ جامعه نیز شیدایا وابسته می باشد. از آن جا که مورتالیتیه ی زایمان سزارین بیش از هفت برابر زایمان طبیعی گزارش شده و در شرایط اورژانس این اختلاف و عوارض چشم گیرتر می شود به طوری که عوارض سزارین اورژانس حدود چهار برابر سزارین انتخابی می باشد، به نظر می رسد تمامی تلاش ها باید معطوف به کاستن از موارد غیرضروری زایمان سزارین باشد [۱۹، ۲۰، ۲۱].

شناخت صحیح عوارض سزارین و زایمان طبیعی و اختلاف بین فراوانی آن ها در هر منطقه ای با توجه به شرایط فرهنگی و باورهای آن ها متفاوت می باشد. لذا با توجه به شیوع نسبتا بالا و اهمیت مشکلات جنسی پس از زایمان که نیازمند مشاوره های مستقیم بیشتری در این زمینه است که بدون در نظر گرفتن دلایل این اختلالات راهکارهای مناسبی ارائه نخواهد شد [۹] از یک سو و از سوی دیگر آمار نگران کننده ی افزایش سزارین در ایران علی رغم انجام مطالعات مشابه در ایران ولی با نتایج ضد و نقیض، تصمیم بر آن شد مطالعه ای با هدف بررسی مقایسه ای عملکرد جنسی پس از زایمان در زنان نخست زای زایمان کرده به روش طبیعی و سزارین در میان زنان کرجی انجام شود. امید است تا بتوان با توجه به یافته های پژوهش حاضر و مقایسه ی آن با نتایج مطالعات انجام شده در ایران با توجه به شرایط خاص فرهنگی و بهداشتی، به مستندات معتبرتری جهت رد یا توجیه تاثیر زایمان طبیعی بر عملکرد جنسی پس از زایمان دست یابیم و با انتشار نتایج به مراجع ذیصلاح بتوانیم گام موثری در بهداشت و ارتقاء سلامت مادران برداشت.

## روش ها

تحقیق حاضر یک مطالعه ی هم گروهی است. نمونه های آن شامل ۱۰۰ زن نخست زای زایمان کرده به روش طبیعی همراه با اپی زیوتومی مدیولترال و ۱۰۰ زن نخست زای زایمان کرده به

<sup>۱</sup>. Baytur

<sup>۲</sup>. Connolly

<sup>۳</sup>. Female Sexual Function Index (FSFI)

در رابطه با خصوصیات فردی-باروری واحدهای مورد پژوهش یافته ها نشان می دهد که میانگین سنی زنان و مردان در گروه زایمان طبیعی به ترتیب ۲۶/۱۴ و ۲۸/۹۷ سال و در گروه زایمان سزارین به ترتیب ۲۷/۱ و ۲۹/۷۸ سال بود. اکثریت زنان شرکت کننده و همسرانشان در دو گروه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. (زنان گروه زایمان طبیعی و همسرانشان به ترتیب با ۵۶ و ۶۲ درصد و گروه زایمان سزارین به ترتیب با ۵۳ و ۵۹ درصد) از نظر وضعیت شغلی اکثریت زنان شرکت کننده در دو گروه زایمان طبیعی (۶۲ درصد) و سزارین (۶۰ درصد) خانه دار بوده و همسرانشان دارای شغل آزاد بودند. (۵۳ درصد در مقایسه با ۴۹ درصد) از نظر وضعیت اقتصادی اکثریت شرکت کنندگان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین راضی بوده (۶۳ درصد در مقایسه با ۶۶ درصد) و دارای اتاق خواب مجزا از کودک خود بودند. (۵۲ درصد در مقایسه با ۵۰ درصد) با انجام آزمون های آماری مناسب اختلاف معنی داری در خصوصیات فردی-باروری ذکر شده در واحدهای مورد پژوهش دیده نشد. ( $P > 0.05$ ) (جدول ۱)

کسب شده از بخش رضایت جنسی این پرسش نامه نیز به ترتیب ۰/۸ و ۰/۶ می باشد. پرسش نامه ی FSFI تنها ابزار اعتبار بخشی شده ای است که برای سنجش عملکرد جنسی در زنان بکار می رود [۲۲] و به طور جداگانه می تواند برای ارزیابی تمایل، لغزندگی، ارگاسم، رضایت و درد استفاده شود [۲۳] لازم به ذکر است که اجزای پرسش نامه ی FSFI در سال ۱۳۸۲ در اصفهان بکار گرفته شده و روایی آن از طریق اعتبار محتوی و هم چنین پایایی آن از طریق آزمون مجدد و محاسبه ضریب هم بستگی بیشتر از ۰/۷ آزمون اول با آزمون مجدد، مورد ارزیابی قرار گرفته است [۲۴]. اطلاعات به دست آمده از این پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی (حداقل، حداکثر، میانگین وانحراف معیار) و استنباطی (تی مستقل، کای اسکور، تست دقیق فیشر) با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش میزان خطا ۵ درصد در نظر گرفته شده است.

## نتایج

جدول ۱) مقایسه ی ویژگی های دموگرافیک و متغیرهای زمینه ای بین دو گروه نخست زای زایمان سزارین و نخست زای زایمان طبیعی

ویژگی	نخست زای زایمان سزارین	نخست زای زایمان طبیعی	مقدار P
سن مادران (میانگین ± انحراف معیار)	۲۷/۱ ± ۴/۳	۲۶/۱۴ ± ۳/۵	۰/۶۸
سن پدران (میانگین ± انحراف معیار)	۲۹/۷۸ ± ۴/۱	۲۸/۹۷ ± ۳/۳	۰/۸۲
تحصیلات مادران (درصد)	(۷) ابتدایی	(۵) ابتدایی	۰/۶۹
	(۷) راهنمایی	(۵) راهنمایی	
	(۳۳) متوسطه و دیپلم	(۳۴) متوسطه و دیپلم	
تحصیلات پدران (درصد)	(۵۳) تحصیلات دانشگاهی	(۵۶) تحصیلات دانشگاهی	۰/۷۵
	(۷) ابتدایی	(۴) ابتدایی	
	(۱) راهنمایی	(۳) راهنمایی	
شغل مادران (درصد)	(۶۰) خانه دار	(۶۲) خانه دار	۰/۹۴
	(۴۰) شاغل	(۳۸) شاغل	
	(۵) بیکار	(۳) بیکار	
شغل پدران (درصد)	(۴۹) آزاد	(۵۳) آزاد	۰/۸۶
	(۴۱) کارمند	(۴۱) کارمند	
	(۵) بازنشسته	(۳) بازنشسته	
وضعیت اقتصادی (درصد)	(۶۶) راضی	(۶۳) راضی	۰/۹
	(۳۴) ناراضی	(۳۷) ناراضی	
اتاق خواب مجزا از کودک (درصد)	(۵۰) دارند	(۵۲) دارند	۰/۷۸
	(۵۰) ندارند	(۴۸) ندارند	

از نظر وضعیت شیردهی ۷۹ درصد مادران زایمان کرده به روش طبیعی تغذیه ی انحصاری با شیر مادر را داشتند در حالی که این میزان در گروه زایمان سزارین ۵۵ درصد بود. زمان انجام اولین نزدیکی در گروه زایمان طبیعی ۳۳/۶۷ روز پس از زایمان با میانگین ۳/۵ بار در ماه و در گروه زایمان سزارین ۴۲/۸۴ روز پس از زایمان با میانگین ۳/۲ در ماه گزارش شده است. میانگین نمرات عملکرد، رضایت و اختلال جنسی در گروه زایمان کرده به روش طبیعی ۰/۸ و ۰/۶ می باشد. پرسش نامه ی FSFI تنها ابزار اعتبار بخشی شده ای است که برای سنجش عملکرد جنسی در زنان بکار می رود [۲۲] و به طور جداگانه می تواند برای ارزیابی تمایل، لغزندگی، ارگاسم، رضایت و درد استفاده شود [۲۳] لازم به ذکر است که اجزای پرسش نامه ی FSFI در سال ۱۳۸۲ در اصفهان بکار گرفته شده و روایی آن از طریق اعتبار محتوی و هم چنین پایایی آن از طریق آزمون مجدد و محاسبه ضریب هم بستگی بیشتر از ۰/۷ آزمون اول با آزمون مجدد، مورد ارزیابی قرار گرفته است [۲۴]. اطلاعات به دست آمده از این پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی (حداقل، حداکثر، میانگین وانحراف معیار) و استنباطی (تی مستقل، کای اسکور، تست دقیق فیشر) با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش میزان خطا ۵ درصد در نظر گرفته شده است.

روش زایمان سزارین به میزان قابل ملاحظه ای کمتر از گروه زایمان کرده به روش طبیعی بود. هم چنین با انجام تست آماری تی مستقل مشخص شد که میان میانگین نمرات عملکرد، رضایت و اختلال جنسی و نوع زایمان ارتباط معنی دار وجود دارد. ( $P < 0.001$ ) شاخص های آماری و میانگین نمرات عملکرد، رضایت و اختلال جنسی پس از زایمان و مقایسه ی آن در دو گروه در جدول ۲ خلاصه شده است.

**جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد، رضایت و اختلالات جنسی پس از زایمان و مقایسه ی آن در دو گروه نخست زای زایمان سزارین و نخست زای زایمان طبیعی**

شاخص	نخست زای زایمان سزارین		نخست زای زایمان طبیعی		مقدار P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد جنسی	۲۲/۱۴	۷/۴۳	۲۷/۷۶	۵/۱۲	۰/۰۰۰
رضایت جنسی	۳/۷۶	۱/۵۳	۵/۰۲	۰/۹۹	۰/۰۰۰
اختلالات جنسی	۱۸/۳۷	۶/۰۱	۲۲/۷۴	۴/۲۳	۰/۰۰۰

روش زایمان سزارین ۳۵ درصد در مقایسه با گروه زایمان طبیعی ۱۱ درصد، اختلال برانگیختگی جنسی با میانگین نمره ی کمتر مساوی ۶ ۳۹ درصد در مقایسه با ۸ درصد، اختلال ارگاسم با میانگین نمره ی کمتر مساوی ۳، ۴۲ درصد در مقایسه با ۸ درصد و اختلال درد جنسی با میانگین نمره ی کمتر مساوی ۳، ۱۵ درصد در مقایسه با ۳ درصد می باشد.

میانگین نمرات انواع اختلالات جنسی در گروه زنان زایمان کرده به روش سزارین در مقایسه با گروه زایمان کرده به روش طبیعی پایین تر بوده و مقایسه ی آن ها در دو گروه حاکی از تفاوت معنی دار انواع اختلالات بر حسب فاز در میان آن ها می باشد. ( $P < 0.05$ ) (جدول ۳) از نظر فراوانی، شیوع اختلال تمایل جنسی با میانگین نمره ی کمتر مساوی ۳/۶ در گروه زایمان کرده به

**جدول ۳) میانگین و انحراف معیار نمرات هر یک از انواع اختلالات جنسی پس از زایمان و مقایسه ی آن در دو گروه نخست زای زایمان سزارین و نخست زای زایمان طبیعی**

انواع اختلالات جنسی	نخست زای زایمان سزارین		نخست زای زایمان طبیعی		مقدار P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اختلال تمایل	۳/۶۹	۱/۳۶	۴/۰۸	۰/۸۹	۰/۰۰۰
اختلال برانگیختگی	۷/۲۷	۲/۶۶	۹/۰۶	۱/۸۶	۰/۰۰۰
اختلال ارگاسم	۳/۱۷	۱/۳۶	۴/۴۲	۱/۱۵	۰/۰۰۳
اختلال درد	۴/۲۳	۱/۳۳	۵/۱۸	۰/۹۴	۰/۰۰۱

عمل، زمان طلایی شیردهی نوزاد خود را از دست می دهند و این مسئله می تواند سرآغازی بر بکارگیری سایر روش های کمکی شیردهی باشد.

در مطالعه ی حنطوش زاده و همکاران (۲۰۰۹) که به بررسی رضایت جنسی از روابط زناشویی پس از زایمان در زایمان واژینال و سزارین انتخابی پرداخته بودند، گزارش شد رضایت از روابط زناشویی در گروه زایمان واژینال به طور معنی داری از سزارین بیشتر بود ( $p < 0.001$ ) که نتایج مطالعه ی حاضر را تایید می کند [۱۷]. نتایج حاصل از مطالعه ی نصیری و همکاران (۲۰۰۷) که در شهر بابل انجام شده بود نشان داد بین نوع زایمان و نمره عملکرد جنسی پس از آن ارتباط معنی داری وجود ندارد [۲۵]. نتایج مطالعه ی خواجه ای و همکاران (۲۰۰۹) نیز که در شهر شیراز به بررسی پیامدهای جنسی پس از زایمان پرداخته بودند، نشان داد نوع زایمان تأثیری بر عملکرد جنسی دو گروه زنان نخست زای زایمان طبیعی و سزارین انتخابی ندارد [۲۶].

دیده نشد. به نظر می رسد علی رغم آن که بسیاری از زنان زایمان سزارین را به علت توانایی در برقراری روابط جنسی موفق و راضی پس از زایمان انتخاب می کنند اما در این بررسی و مطالعات انجام شده چنین نتیجه ای حاصل نشد. در حالی که در مطالعه دیگری در مطالعه ی دیگری که توسط صفری نژاد و

## بحث

یافته های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد میانگین نمرات عملکرد، رضایت و اختلالات جنسی (در تمامی ابعاد) در زنان زایمان کرده به روش طبیعی از روش سزارین بالاتر می باشد و تفاوت آماری معنی داری بین نمرات این دو گروه بسته به نوع زایمان وجود داشت. اکثریت زنان در دو گروه نیز پس از زایمان، انواعی از اختلالات جنسی را تجربه کرده بودند اما شیوع این اختلالات در گروه زایمان سزارین بیشتر بود. هم چنین از نظر زمان از سرگیری رابطه ی جنسی و تعداد دفعات انجام آن در ماه در گروه زایمان طبیعی زودتر و بیشتر در مقایسه با گروه زایمان کرده به روش سزارین بود. از لحاظ تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در این فاصله، مشخص شد که مادران زایمان کرده به روش طبیعی به میزان بالاتری این نوع تغذیه را در مقایسه با گروه سزارین شده ادامه داده بودند که شاید بتوان گفت تعداد قابل ملاحظه ای از مادران سزارین شده به دلیل درد شدید بعد از در مطالعه ی کونولی و همکاران (۲۰۰۵) [۱۶]، زو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳) [۲۷] و کلارکسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) [۲۸] نیز تفاوت آماری معنی داری میان نوع زایمان و اختلالات جنسی پس از آن

1. Xu 2. Clarkson

از لحاظ تون عضلات کف لگن و رضایت جنسی همسر در مقایسه ی با زنان زایمان کرده به روش طبیعی داشتند [۳۷]. پس از زایمان سزارین بسته به نوع برش ایجاد شده، دستکاری های انجام شده و بروز عوارض بعدی مانند عفونت و چسبندگی، ممکن است رابطه جنسی با درد حین نزدیکی همراهی داشته باشد. هم چنین تعدادی از زنان پس از اتمام رابطه ی جنسی خود درد مبهمی را در ناحیه ی لگن بالاخص با حرکت احساس می کنند. بنابراین پس از یک زایمان طبیعی و سالم، رابطه ی زناشویی در مقایسه با سزارین مطلوب تر است [۲۸]. یکی از محدودیت های مطالعه ی حاضر این است که حد پایه ای از عملکرد جنسی قبل از بارداری واحدهای شرکت کننده در پژوهش وجود نداشت. هرچند که به صورت شفاهی سابقه ی انواع اختلالات جنسی از واحدهای مورد پرسش قرار می گرفت و در صورت وجود هر گونه اختلال، از مطالعه حذف می شدند. محدودیت دیگر اختلاف زمانی سه ماهه ی بین ۳-۶ ماه بعد از زایمان است که ممکن است تا حدودی سبب تفاوت در عملکرد جنسی زنان شود که با توجه به نمونه گیری تصادفی و تغییرات فیزیولوژیک مشابه در این دوران، این مسئله تا حدودی قابل اغماض است.

### نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد میانگین نمرات عملکرد، رضایت و اختلالات جنسی در زنان زایمان کرده به روش طبیعی از روش سزارین بهتر بوده و تفاوت آماری معنی داری بین نمرات این دو گروه براساس نوع زایمان وجود دارد. در کل با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و دیگر تحقیقات ارائه شده به نظر می رسد، بررسی های دقیق تری لازم است تا بتوان برای این انتخاب یا رد آن توجیه علمی تری به دست آورد. هرچند که انتخاب روش سزارین تنها به علت توانایی در برقراری روابط جنسی موفق در دوران پس از زایمان توجیه پذیر به نظر نمی رسد. با توجه به شرایط فرهنگی جامعه و اهمیت رضایت جنسی در زندگی زناشویی با تاکید بر روش زایمانی، اهمیت آموزش و مشاوره ی صحیح در ارتباط با ارائه ی اطلاعات مناسب برای زوجین در دوران های قبل، حین و پس از بارداری ضروری است.

### تشکر و قدردانی

از کلیه ی همکاران محترم و افراد شرکت کننده در مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

همکاران (۲۰۰۹) به بررسی تاثیر روش زایمان بر روی کیفیت زندگی، عملکرد جنسی و رضایت جنسی زنان نخست زایمان پرداخته بودند، مشخص شد زنان زایمان کرده به روش واژینال ابزاری و سزارین اورژانس از لحاظ آماری نمرات شاخص عملکرد جنسی پایین تری در مقایسه با گروه سزارین برنامه ریزی شده داشتند [۲۹].

نتایج مطالعه ی اجاگارد<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد زنان نخست زایی که تحت اپی زیاتومی ناخواسته قرار گرفته بودند در مقایسه با زنان بدون اپی زیاتومی، میزان بالاتری از دیس پارونی و خیسی ناکافی را گزارش کرده بودند [۳۰]. نتایج مطالعه ی سولانا-آرلانو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) [۳۱] و ویلیامز<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۷) [۳۲] نیز ارتباط میان اپی زیاتومی و دیس پارونی را نشان می دهند.

در اکثر مطالعات میان زایمان واژینال ابزاری یا همراه با پارگی درجه ی سه و چهار پرینه با اختلالات جنسی پس از زایمان ارتباط معنی دار دیده شده است [۲۹، ۳۳]. در حالی که اگر یک زایمان طبیعی ایمن با حداقل ترومای پرینه وجود داشته باشد نه تنها با اختلال جنسی همراه نیست بلکه می تواند سبب بهتر شدن روابط جنسی با همسر نیز گردد. پس اهمیت یک زایمان طبیعی ایمن با حداقل تروما همواره می بایست مورد توجه عامل زایمانی قرار گیرد.

به نظر می رسد اگر به هر دلیلی انجام اپی زیاتومی ضروری باشد، پس از گذشت حداقل سه هفته از زمان انجام زایمان به دلیل بهبود محل برش و بخیه ها و هم چنین ترمیم محل چسبندگی جفت انجام نزدیکی امکان پذیر است. این مسئله به اهمیت رعایت فاصله زمانی ایمن جهت از سر گیری مجدد رابطه جنسی پس از زایمان تاکید دارد. طبق بررسی های انجام شده، برخی از مشکلات جنسی پس از زایمان طبیعی به دلیل برقراری زودتر از موعد رابطه جنسی و ترمیم ناکامل محل اپی زیاتومی می باشد [۳۰]. نتایج مطالعات بارت و همکاران (۲۰۰۵) [۳۴]، ورنیتات<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۷) [۳۵] و کلین<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۹) [۳۶] نیز نشان داد که سزارین تاثیری بر روی بهبود پیامدهای جنسی پس از زایمان ندارد.

نتایج مطالعه ی دین<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۸) که به بررسی طولانی مدت عملکرد جنسی در طی شش سال پس از زایمان پرداخته بودند، نشان داد که نوع زایمان تاثیر اندکی بر عملکرد جنسی افراد داشته است. به طوری که زنان سزارین شده نمرات بهتری

1. Ejegard

2. Solana-Arellano

3. Williams

4. Woranit

5. Klein

6. Dean

منابع

15. Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakil HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *Intl J Gynaecol Obstet* 2005; 88(3): 276-280.
16. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effect of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitude prospective study. *Int Uro Gynecol J Pelvic Floor Dysfunction* 2005; 16(4): 263-267.
17. Hantoushzadeh1 S, Shariat M, Rahimi Foroushani A, Ramezanzadeh F, Masoumi M. Sexual satisfaction after child birth: vaginal versus elective cesarean delivery. *Tehran Uni Med J* 2009; 66(12): 931-935. [In Persian]
18. Gungor S, Baser I, Ceyhan S, Karasahin E, Acikel CH. Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *Nt J Impot Res* 2007; 19(4): 358-365.
19. Subtile P, Ufour VP. Consequences maternal de la cesarean par rapport a la voi basses. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29(1): 6-10.
20. Husslein P. Elective caesarean section. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch J* 2002; 42(1): 22-24.
21. Schneider KT. Cesarean section on demand- must risk of morbidity is considered? *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2002; 42(1): 12-14.
22. Cindy M. Validation of female sexual function index. *J of sex* 2003; 29(1): 39-46.
23. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Intl Urogynecol Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(1): 401-406.
24. Beigi M. Factors relating to sexual disorders in menopausal women covered by centers offering health-treatment services in Esfahan. [Thesis] *Esfahan Univ Med Sci*; 2003. [In Persian]
25. Nasiri AF, Hajjahmadi M, Bakoie F. The study on female sexual function status in breast feeding period and related factors in primiparous women referring to health-treatment centers in Babul in 2005-2006. *J Babul Uni Med Sci* 2007; 9(4): 52-58. [In Persian]
26. Khajehei M, Ziyadlou S, Safari Rad M, Tabatabaee HR, Kashefi F. A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean birth. *Indian J Community Med* 2009; 34(2): 126-130.
27. Xu Xy, Yao Zw, Wang H, Zhou Q, Zhang LW. Women's postpartum sexuality and
1. Toghyani Z. Effectiveness of group education on women and their partners by cognitive-behavioral training on marital satisfaction. [Thesis] *Esfahan Uni*; 2005. [In Persian]
2. Rezaiepor A, Taghizadeh Z, Faghizadeh S, Ayazi R. Study on marital satisfaction in women referred to health centers in Arak. *Hayat J* 2002; 9 (18, 19): 45-47. [In Persian]
3. Luis M, Moy MD. Female sexual dysfunction. *Eur Ural J* 2005; 47 (1): 366-375.
4. Waterstone M, Wolfe C, Hooper R, Bewley S. Postnatal morbidity after childbirth and severe obstetric morbidity. *BJOG* 2003; 110(2): 128-133.
5. Toorzani ZM, Zahraei RH, Ehsanpour S, Nasiri M, Shahidi S, Soleimani B. A study on the relationship of sexual satisfaction and common contraceptive methods employed by the couples. *Iran J Nurs Midw Res* 2010; 15(3):115-119.
6. Rowland M. Breast feeding and sexuality immediately post partum. *CFPJ* 2005; 51(10): 1367.
7. Susan Scott. Essentials of maternity new born women's health care nursing. Philadelphia: Lippincott Williams; 2007: 145-163.
8. Barret G, Pendry E, Peacock J, Victor Ch, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107(12): 186.
9. Songhua F. Women's postpartum sexuality and delivery. *NCBI* 2003; 38 (4): 219-220.
10. Brubaker L, Handa V, Bradley C, Connolly A, Moalli P, Brown M & et al. Sexual Function 6 Months After First Delivery. *Obstet Gynecol J* 2008; 111(5): 1040-1044.
11. Berk JS. Berk and Novak's gynecology. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 302.
12. Avery MD, Drukett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breast feeding among primiparous women. *J Midw Women's Health* 2000; 45(3): 227-237.
13. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999; 47(1): 27-49.
14. Signorella 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): 881-890.

morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs* 2007; 16(1): 549-561.

33. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(5): 430-436.

34. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth J* 2005; 32(4): 306-311.

35. Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(9): 1744-1748.

36. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health (Larchmt)* 2009; 18(8): 1227-1231.

37. 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):302-311.

delivery types. *Zhonghua FU Chan Ke Za Zhi* 2003; 38(1): 219-222.

28. Clarkson J, Newton C, Bick D, Gyte G, Kettle C, Newburn M, et al. Achieving sustainable quality in maternity services-using audit of incontinence and dyspareunia to identify shortfalls in meeting standard. *BMC Preg Childbirth* 2001; 1(3): 4.

29. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med* 2009; 6(6):1645-1667.

30. Ejegard H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest J* 2008; 66(1): 1-7.

31. Solana-Arellano E, Villegas-Arrizon A, Legorreta-Soberanis J, Cardenas-Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Andersson N. Women's dyspareunia after childbirth: A case study in a hospital in Acapulco, Mexico. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23(1): 44-51.

32. Williams A, Herronmarx S, Knib R. The prevalence of enduring postnatal perineal

Archive of SID