

مقایسه عملکرد جنسی زنان، پس از زایمان طبیعی و سزارین

در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد

نسرین باغداری^{۱*}، زهرا خسروی عنبران^۲، دکتر سیدرضا مظلوم^۳، ناهید گلکانی^۴

۱. مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۱۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱۹

خلاصه

مقدمه: عملکرد جنسی مطلوب عامل مهمی برای تحکیم خانواده است. طی دوره پس از زایمان به علت تغییرات هورمونی، فیزیولوژیکی، روانی و بسیاری عوامل دیگر، در عملکرد جنسی تغییراتی ایجاد می شود. یکی از این عوامل نوع زایمان می باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه عملکرد جنسی زنان، پس از زایمان طبیعی و سزارین در افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۶۶ زن در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین انجام و در دو مرحله (۴ و ۶ ماه پس از زایمان) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه عملکرد جنسی زنان بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آماری توصیفی، کولموگروف-اسمیرنوف، تی مستقل، تی زوجی، کای دو و آنالیز واریانس یک طرفه و دو طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد جنسی، ۴ ماه پس از زایمان طبیعی $5/3 \pm 23/1$ و در گروه سزارین $5/8 \pm 23/3$ و ۶ ماه پس از زایمان طبیعی $4/9 \pm 25/8$ و در گروه سزارین $4/9 \pm 25/3$ بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/697$) و ($p=0/272$). اما میانگین نمرات عملکرد جنسی دو گروه، ۴ و ۶ ماه پس از زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معنی داری داشت ($p=0/026$). میانگین زمان شروع فعالیت جنسی پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی $17/2 \pm 42/1$ روز و در گروه سزارین $16/8 \pm 41/8$ روز بود.

نتیجه گیری: عملکرد جنسی زنان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معنی داری نداشت. در صورتی که بسیاری از زنان به دلیل ترس از اختلال عملکرد جنسی، سزارین را انتخاب می کنند.

کلمات کلیدی: دوره پس از زایمان، زایمان طبیعی، سزارین، عملکرد جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: نسرین باغداری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱

پست الکترونیک: Baghdarin@mums.ac.ir

مقدمه

عملکرد جنسی به معنای میل جنسی، رضایت جنسی، تحریک و ارگاسم^۱ تعریف می شود (۱). اختلال عملکرد جنسی به تخریب لذت جنسی یا رابطه جنسی بدون احساس رضایت اطلاق می شود (۲). بر اساس آمارهای موجود، شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان ۳۰ تا ۵۰ درصد و در ایران ۳۱/۵ درصد می باشد (۳، ۴). عوامل زیادی بر عملکرد جنسی تأثیر می گذارد که شامل عوامل زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی، آداب و رسوم فرهنگی، ارتباطات بین فردی، تاریخچه جنسی خود و همسر، ارتباطات گذشته خانواده، نازایی، جراحی، داروها، بیماری ها و نیز اعتیاد به الکل یا مواد مخدر می باشند (۵-۱۱). همچنین وضعیت اقتصادی، مسکن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سن، تغییرات هورمونی، قاعدگی، بارداری و زایمان، شیردهی، یائسگی و چندزایی نیز از عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی به شمار می روند (۱۲-۱۴).

نارضایتی از عملکرد جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی نظیر جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری های روانی و طلاق دارد (۱، ۱۵). یکی از عوامل مؤثر بر اختلال عملکرد جنسی، بارداری و زایمان می باشد (۱۶-۱۸). شیوع اختلال عملکرد جنسی ۶ ماه پس از زایمان در مطالعه ایکس یو و همکاران (۲۰۰۳)، ۷۰/۶ درصد و در مطالعه محمدی و همکاران، ۴۳ درصد گزارش شده است (۱۹، ۲۰).

نوع زایمان احتمالاً یکی از عوامل تأثیرگذار است، زیرا در مطالعه باکس و همکاران (۲۰۰۶)، نوع زایمان در زنان نخست زا بر عملکرد جنسی تأثیر داشت ($p < 0/001$) (۲۱) و این در حالی است که وورنیتات و همکاران (۲۰۰۷)، بین نوع زایمان و عملکرد جنسی ارتباط معنی داری پیدا نکردند (۲۲). در مطالعه بایتر و همکاران (۲۰۰۵)، قدرت کشش عضلانی کف لگن و نوع زایمان تأثیری در عملکرد جنسی زنان نداشت (۲۳). اگر چه صدمه به کشش عضلات کف لگن و اختلال در عملکرد جنسی، به زایمان واژینال نسبت داده می شود، ولی هنوز

کاملاً مشخص نشده که نوع زایمان در عملکرد جنسی زنان نقش داشته باشد (۳، ۲۴).

یکی از دلایل سزارین انتخابی توسط زنان، ترس از مقاربت دردناک پس از زایمان طبیعی می باشد. این در حالی است که بولینگ و همکاران (۲۰۰۶) گزارش کردند که ۲۹ درصد از زنان سزارین شده از مقاربت دردناک پس از زایمان رنج می بردند (۲۵). همچنین کلین و همکاران (۲۰۰۵)، شیوع مقاربت دردناک در زنان سزارین شده را ۴۰/۷ درصد و در گروه زایمان طبیعی ۲۶/۲ درصد گزارش کردند (۲۶).

بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت، حداکثر میزان سزارین بر اساس اندیکاسیون واقعی، ۱۵ درصد پیشنهاد شده است (۲۷). در حالی که در بسیاری از جوامع از جمله ایران، ۴۷ درصد و حتی در برخی مراکز میزان انجام سزارین به بیشتر از ۸۰ درصد می رسد (۲۸، ۲۹). بر اساس گزارشات، میزان عمل سزارین در حال افزایش است و درخواست مادر برای انجام سزارین انتخابی در بارداری های بدون مشکل، شایع می باشد (۳۰). گوآدس و همکاران (۲۰۰۰) و ناتال (۲۰۰۷) در دو مطالعه جداگانه در برزیل به این نتیجه رسیدند که علت درخواست مادران جهت سزارین انتخابی، ترس از ایجاد اختلال در روابط زناشویی و مدرن بودن روش سزارین است (۳۱، ۳۲). بر اساس نتایج سایر مطالعات، ترس از دردهای زایمان و نگرانی در مورد تحمل این دردها و همچنین نگرانی از شل شدن عضلات لگن و پرینه و ایجاد اختلال در عملکرد جنسی از دلایل مطرح شده برای سزارین انتخابی می باشد (۳۳، ۳۴). از طرفی در مطالعه یاسایی و همکاران (۱۳۸۶)، بین تمایل مادر به نوع زایمان با چگونگی و سرانجام زایمان ارتباط معناداری وجود داشت ($p < 0/005$) (۳۵). با توجه به اهمیت ویژه عملکرد جنسی در تحکیم زندگی زناشویی و همچنین ضد و نقیض بودن تأثیر نوع زایمان بر عملکرد جنسی، مطالعه حاضر با هدف مقایسه عملکرد جنسی زنان پس از زایمان طبیعی و سزارین انجام شد با امید اینکه گام کوچکی در جهت آشنایی پزشکان و ماماها و همچنین مادران باردار با پیامدهای زایمان طبیعی و سزارین و

¹ Orgasm

کمک به تصمیم گیری و انتخاب روش مناسب ختم زایمان باشد و در نهایت باعث ارتقاء سطح بهداشت روانی و جسمی خانواده و جامعه شود.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۶۶ زنی که ۴ ماه پس از زایمان جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. در این مطالعه نمونه برداری به روش چند مرحله‌ای طبقه‌ای، خوشه‌ای و در دسترس انجام شد. پژوهشگر و کمک پژوهشگر جهت گردآوری اطلاعات به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه و پس از معرفی خود در مورد اهداف مطالعه و نحوه انجام پژوهش، توضیحات لازم را به زنان مراجعه کننده ارائه و پس از کسب رضایت نامه کتبی و در صورتی که مادر واجد شرایط ورود به مطالعه بود، فرم پرسشنامه (مشخصات فردی و خانوادگی، اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان و دوره پس از زایمان) برای آنها تکمیل شد. در مرحله بعد، پرسشنامه عملکرد جنسی (۳۶) در اختیار افراد قرار گرفت و در حضور پژوهشگر تکمیل شد. جهت اطمینان از مراجعه مجدد افراد مورد مطالعه، پژوهشگر یک هفته قبل از مراجعه بعدی (۶ ماهگی) با تماس تلفنی، ساعت حضور در مراکز بهداشتی را به آنان یادآوری می کرد. ۶ ماه پس از زایمان در صورتی که زنان مورد مطالعه مشمول حذف از مرحله دوم پژوهش نبودند، پرسشنامه عملکرد جنسی مجدداً به روش قبلی تکمیل شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۱۸-۴۵ سال، تعداد زایمان کمتر از ۵، داشتن نوزاد تک قلو و سالم، نداشتن شریک جنسی دیگر و ازدواج مجدد زوجین، عدم ابتلاء به بیماری طبی و اعتیاد به مواد مخدر و الکل بود. معیارهای خروج از مرحله اول مطالعه شامل: دور بودن محل زندگی زوجین، مشکل مامایی، پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه و سزارین اورژانس در بارداری اخیر، مصرف داروهای مؤثر بر عملکرد جنسی و نداشتن فعالیت جنسی تا ۴ ماه پس از زایمان و معیارهای خروج در مرحله دوم مطالعه (۶ ماه پس از زایمان) شامل:

نداشتن فعالیت جنسی طی یک ماه اخیر و باردار شدن طی دوره مطالعه و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود. داده ها از طریق فرم پرسشنامه و پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های تی مستقل، کای دو، واریانس دو طرفه و یک طرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

فرم مصاحبه به روش روایی محتوا و پایایی آن به روش آزمون مجدد با $r=0/77$ تأیید شد و روایی پرسشنامه عملکرد جنسی توسط رزون (۲۰۰۰) و در ایران توسط محمدی (۱۳۸۷) تأیید و پایایی آن به روش آزمون مجدد با $r=0/71$ تأیید شد. در آزمون های آماری ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد مد نظر بود.

یافته ها

افراد دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میانگین سطح تحصیلات همسر، شغل، مالکیت منزل، سطح درآمد خانواده، داشتن اتاق خواب مخصوص، زندگی با افراد دیگری به جز همسر و فرزندان، احساس امنیت و آرامش در زمان نزدیکی، تعداد زایمان، خواسته بودن بارداری همسان بودند. میانگین سن زنان مورد مطالعه در گروه زایمان طبیعی $4/7 \pm 25/9$ سال و در گروه سزارین $4/5 \pm 27/4$ سال بود، از نظر سطح تحصیلات، بیسوادان (۱/۶٪) و دیپلم (۴۴/۳٪) به ترتیب کمترین و بیشترین فراوانی را داشتند. ۳۳۵ نفر (۹۱/۵٪) از زنان خانه دار و ۳۱ نفر (۸/۵٪) شاغل بودند. میانگین نمرات عملکرد جنسی زنان مورد مطالعه بر اساس سطح تحصیلات زن، تحصیلات همسر، شغل زن، شغل همسر، سطح درآمد، نوع مالکیت منزل، نوع روش پیشگیری از بارداری و روش تغذیه کودک، در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف معنی داری نداشت اما در هر دو گروه، میانگین نمرات عملکرد جنسی زنان بر حسب تعداد زایمان و رضایت زناشویی تفاوت معنی داری داشت ($p=0/004$) و ($p=0/001$).

زمان شروع فعالیت جنسی پس از زایمان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/887$) (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین زمان شروع فعالیت جنسی پس از زایمان زنان مورد مطالعه در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

نوع زایمان			
متغیر	زایمان سزارین	زایمان طبیعی	سطح معنی داری*
	انحراف معیار \pm میانگین (تعداد)	انحراف معیار \pm میانگین (تعداد)	
زمان شروع فعالیت جنسی پس از زایمان (روز)	۴۱/۸ \pm ۱۶/۹ (۱۷۹)	۴۲/۱ \pm ۱۷/۲ (۱۷۹)	$p=0/877$

*آزمون تی زوجی

ترتیب ۱۰۷ نفر (۵۹/۸٪) در گروه زایمان طبیعی و ۱۲۵ نفر (۶۸/۳٪) در گروه سزارین در رابطه جنسی بعد از زایمان تغییری احساس نکردند. میانگین نمره عملکرد جنسی زنان، ۴ و ۶ ماه بعد از زایمان طبیعی به ترتیب $25/3 \pm 4/9$ و $23/0 \pm 5/3$ بود که بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/000$). همچنین میانگین نمره عملکرد جنسی زنان، ۴ و ۶ ماه بعد از سزارین به ترتیب $23/3 \pm 5/7$ و $25/9 \pm 4/9$ بود و بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/000$). اما میانگین نمره عملکرد جنسی زنان ۴ ماه پس از زایمان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/697$) و همچنین میانگین نمره عملکرد جنسی ۶ ماه پس از زایمان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/272$) (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین نمره عملکرد جنسی زنان مورد مطالعه در ۴ و ۶ ماه پس از زایمان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

عملکرد جنسی	گروه		سطح معنی داری*
	زایمان سزارین	زایمان طبیعی	
	انحراف معیار \pm میانگین (تعداد)	انحراف معیار \pm میانگین (تعداد)	
عملکرد جنسی چهار ماه پس از زایمان	۲۳/۳ \pm ۵/۸ (۱۸۳)	۲۳/۱ \pm ۵/۳ (۱۸۳)	$t=1/1$ $df=365$ $p=0/272$
عملکرد جنسی شش ماه پس از زایمان	۲۵/۸ \pm ۴/۹ (۱۸۳)	۲۵/۳ \pm ۴/۹ (۱۸۳)	$t=0/4$ $df=352$ $p=0/697$
درون گروهی	$t=4/3$ $df=182$ $p=0/000$	$t=4/3$ $df=183$ $p=0/000$	

*آزمون تی مستقل

اما میانگین نمرات عملکرد جنسی زنان، ۴ ماه پس از زایمان طبیعی و سزارین با ۶ ماه بعد از زایمان طبیعی و سزارین با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/000$) (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین نمره عملکرد جنسی زنان ۴ و ۶ ماه بعد از زایمان (طبیعی و سزارین)

عملکرد جنسی	گروه		سطح معنی داری*
	چهار ماه پس از زایمان	شش ماه پس از زایمان	
	انحراف معیار \pm میانگین (تعداد)	انحراف معیار \pm میانگین (تعداد)	
عملکرد جنسی	۲۳/۲ \pm ۵/۵ (۳۶۶)	۲۵/۶ \pm ۴/۹ (۳۶۶)	$t=8/8$ $df=364$ $p=0/000$

*آزمون تی زوجی

نتایج جانبی مطالعه نشان داد که مقاربت دردناک با ۵۵/۶٪ در گروه زایمان طبیعی و ۵۵/۹٪ در گروه سزارین بیشترین مشکل زنان در دوره پس از زایمان بود که این اختلاف در دو گروه معنی دار نبود ($p=0/904$). همچنین میانگین نمره عملکرد جنسی زنان اپی زیاتومی شده و بدون اپی زیاتومی به ترتیب $22/5 \pm 6/2$ و $23/3 \pm 4/8$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. میانگین نمره رضایت جنسی نیز در گروه زایمان طبیعی $4/1 \pm 1/4$ و در گروه سزارین $4/31 \pm 1/4$ بود که اختلاف معنی داری نداشت ($p=0/387$)، اما این میانگین در زنان نخست زایمان بیشتر از زنان چندزا بود ($p=0/016$). در این مطالعه ۱۹/۳٪ از موارد سزارین بنا به تمایل شخصی مادر انجام شد که ترس از دردهای زایمانی و اختلال در عملکرد جنسی به ترتیب بیشترین دلایل تمایل مادر برای انجام سزارین بود.

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نوع زایمان با عملکرد جنسی در دوره پس از زایمان ارتباط معنی داری نداشت. در مطالعه بایتور و همکاران (۲۰۰۵) با عنوان "تأثیر نوع زایمان و مقاومت عضلات کف لگن بر عملکرد جنسی بعد از زایمان"، عملکرد جنسی در بین گروه‌ها (زایمان طبیعی، سزارین و گروه کنترل) اختلاف معنی داری نداشت (۲۳). نتایج مطالعه بایتور و مطالعه انیسی (۱۳۸۴)، فائز رحمتی (۱۳۸۶) و نیز بوتوروس (۲۰۰۶) با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱، ۲۳، ۳۷، ۳۹). اما در مطالعه باکس و همکاران (۲۰۰۶) نمره عملکرد جنسی در گروه زایمان طبیعی $6/29 \pm 22/0$ و در گروه سزارین $6/52 \pm 28/32$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/001$) (۲۱). در مطالعه حاضر، اگر چه عملکرد جنسی در گروه سزارین بهتر از گروه زایمان طبیعی بود، اما در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p=0/697$). تفاوت در نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر با مطالعه باکس، ممکن است به دلایل زیر باشد: باکس تنها زنان نخست‌زای اپی زیاتومی شده را مورد مطالعه قرار داد بنابراین نتایج به دست آمده قابل تعمیم به زنان چندزا و بدون اپی زیاتومی نبود و نمی

توان با انتخاب و بررسی یک گروه، نتایج را به گروه بدون اپی زیاتومی یا چندزا تعمیم داد، در حالی که در مطالعه حاضر، زنان چندزا (تا ۴ زایمان) و بدون اپی زیاتومی نیز مورد بررسی قرار گرفتند که می‌تواند تفاوت در نتایج با مطالعه فوق را تا حدودی توجیه کند. از طرف دیگر باکس ۶ هفته اول بارداری و ۶ ماه پس از زایمان را مورد مقایسه قرار داد در حالی که در مطالعه حاضر به بررسی عملکرد جنسی ۴ و ۶ ماه بعد از زایمان پرداخته شد. علاوه بر این، زایمان با اسباب از معیارهای خروج از مطالعه حاضر بود در حالی که باکس، زایمان با اسباب را از مطالعه خارج نکرد. با توجه به اینکه پیامدهای زایمان با اسباب بر روی پیرینه و اعصاب آن بیشتر از زایمان بدون اسباب است (۲۸، ۴۰). بهتر بودن عملکرد جنسی پس از سزارین می‌تواند ناشی از صدمه به عصب پودندال یا اسفگتر مقعد در زایمان‌های با اسباب باشد که در گروه زایمان طبیعی باکس قرار داشتند. بنابر دلایل ذکر شده، مطالعه حاضر به دلیل کنترل موارد فوق از دقت بیشتری برخوردار بود. در مطالعه حاضر حجم نمونه، ۳۶۳ نفر (۱۸۳ نفر در هر گروه) بود که با حجم نمونه باکس (۹۲ نفر در گروه سزارین و ۱۵۶ نفر در گروه زایمان طبیعی) تفاوت داشت. مطالعه حاضر به دلیل حجم نمونه بیشتر، از قابلیت تعمیم و دقت بیشتری برخوردار می‌باشد. همچنین مطالعه حاضر از معدود مطالعاتی است که عملکرد جنسی را طی ۶ ماه پس از زایمان و در ۲ مقطع زمانی (۴ و ۶ ماه) مورد بررسی قرار داد.

از محدودیت‌های این مطالعه، مسائل فرهنگی از جمله شرم و حیاء زنان در پاسخگویی به سؤالات و صحبت در مورد مسائل جنسی بود که این موضوع با توجیه افراد مورد مطالعه حتی الامکان تحت کنترل قرار گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در آموزش ماماها، پرسنل بهداشتی و دانشجویان گروه پزشکی مورد استفاده قرار گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگر در ارتباط با شیوع اختلالات عملکرد جنسی و عوامل مؤثر بر آن و نیز مطالعات مشابه در سایر نقاط کشور (برای مقایسه اثر فرهنگ بر عملکرد جنسی) انجام شود. با این امید که گام‌هایی در جهت بهبود عملکرد جنسی و ارتقاء سطح سلامت خانواده و جامعه صورت پذیرد.

نتیجه گیری

علیرغم اینکه بسیاری از زنان به دلیل ترس از اختلال عملکرد جنسی، تمایل به انجام سزارین دارند، در این مطالعه عملکرد جنسی زنان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین طی ۴ و ۶ ماه پس از زایمان تفاوت معنی داری نداشت. لذا درخواست سزارین انتخابی به بهانه عملکرد جنسی مطلوب پس از زایمان موجه به نظر نمی رسد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه دانشجویی با کد ۸۷۸۸۰ می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند و همچنین از افراد مورد مطالعه و همکاران گرامی مراکز بهداشتی درمانی تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Anisi, Bahare. "Survey changes primiparous women's sexual function 3-9 months after delivery and related factors in patients referring to selected the healthcare centers west of Tehran 1384, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran". M.A of Midwifery Thesis; 1-100. (Full Text in Persian)
2. Gylt, Michael Graham. Oxford Psychiatry. Translated by Nosratollah Afkari, Tehran: sohrab, 2003. P: 437-47. (Full Text in Persian)
3. Nasiri amiri F, Hajiahmadi M, Bakouee F. "Survey woman's sexual function during lactation and factors related". Journal of medical sciences of Babol University 2007; 9(4):52-8. (Full Text in Persian)
4. Safarinejad MR. "Female sexual dysfunction in population based study in Iran: prevalence and associated risk factors". International Journal of Impotence Research 2006; 18: 382-95.
5. Berek JS. "Berek & Novak's Gynecology". 15th edit, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012: p: 287-293.
6. Fourcroy JL. "Female sexual dysfunction: potential for pharmacotherapy". Drugs 2003; 63(14):1445-57.
7. Chen X, Zhang Q, Tan X. "Prevalence of sexual activity and associated factors in hypertensive males and females in China: A cross-sectional study". BMC public health. 2012; 12(1):364-8.
8. Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. "Sexual dysfunction in women: a population based epidemiological study". Arch Women Ment Health 2002; 5(2): 59-63
9. Read J. "Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing". BMJ. 2004; 329(7465):559-61.
10. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. "Sexual activity and function in middle-aged and older women". Obstetrics and gynecology. 2006; 107(4):755.
11. Hannan JL, Maio MT, Komolova M, Adams MA. "Beneficial impact of exercise and obesity interventions on erectile function and its risk factors". The journal of sexual medicine. 2009; 6(S3):254-61.
12. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. "The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish ". Urol Int 2004; 72(1): 52-7.
13. Oksuz E, Malhan S. "Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women". J Urol 2006; 175(2): 654-58.
14. Chedraui P, Páez-López FR, San Miguel G, Avila C. "Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index". Climacteric. 2009; 12(3):213-21.
15. Sansone RA, Barnes J, Muennich E, Wiederman MW. "Borderline personality symptomatology and sexual impulsivity". The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2008; 38(1):53-60.
16. Yadav J, Gennarelli LA, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunction and management in a primary care setting. Prim Care Update Obs Gyns 2001; 8(1): 5-11 .
17. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effect of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction 2005; 16(4): 263-7
18. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual Function of Primiparous Women after Elective Cesarean Section and Normal Vaginal Delivery. Urology Journal 2012; 9(2):498-504.
19. Xu XY, Yao ZW, Wang HY, Zhou Q, Zhang LW. "Women's postpartum sexuality and delivery types". Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2003 Apr;38(4):219-22.
20. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. "Women's sexual function." Payesh Quarterly 2008; 7(3): 269-78. (Full Text in Persian)
21. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. "The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. International Urogynecology Journal. 2007;18(4):401-6
22. Woranitat Ws. "Sexual Function during the Postpartum Period". 2007; 90(9): 17
23. 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". Int J Gynaecol Obstet 2005; 88(3): 276-80.
24. Lydon- Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. "Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women". Pediatr Perinat Epidemiol 2001 Jul;15(3):232-40

25. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. "Rate of dyspareunia after delivery in primipara according to mode of delivery". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2006; 124(1):42-6.
26. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. "A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births". *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27 (4):332-39.
27. Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. "Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007". *Birth*.38 (2):99-104.
28. Nikpoor M. "Relation between type of deliver and quality of life in women referring to the healthcare centers of Amol 1385-86". M.A of Midwifery Thesis. University of Nursing and Midwifery Mashhad. P: 7-9. (Full Text in Persian)
29. Abedian Z, Navaee M, Jaafari Sani H, Arani A, Ebrahimzadeh S." Comparing the Effect of two Teaching Methods, Role Playing and Lecture on Primigravida Women's Knowledge, Attitude and Performance according to Delivery Mode". *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. Vol.15 No.1 April 2012; P: 25-35.
30. Alimohammadiyan M, Shariat M, Mahmoudi M, Ramezanzadeh F. "The effect pregnant women's request on the rate of elective cesarean". *Payesh Quarterly* 2003; 2(2):133-39. (Full Text in Persian)
31. Luis Ge. "Brazilin obstetricians are pressured to cesarean section". *British Medical Journal* 2000; 320:1073-4
32. Nuttall ch."The cesarean culture of Brazil". *British medical journal* 2000; 320:1080-83
33. Fallahian, F. "Request cesarean". *Medical research Journal of Medical School University of Medical Sciences and Health Services shahid Beheshti* 2007; 31(2):1-107. (Full Text in Persian)
34. Gungor S, Baser I, Ceyhan T, Karasahin E, Kilic S." Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner?". *J Sex Med* 2008 Jan; 5 (1):155-63.
35. Yassaee F, Mohseni B. "Role of mother's preference for the type of childbirth". *Pejouhesh dar Pezeshki*. 2007; 31(2) 129-32. (Full Text in Persian)
36. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. "The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female function". *J Sex Marital Ther*. 2000; 26(2): 191-208
37. Faez Rahmati M. "Sexual function after childbirth and relationship between some individual factors, reproductive-Pregnancy in women referring to the healthcare centers of Isfahan 1385-86". M.A of Midwifery Thesis. University of Nursing and Midwifery Isfahan. P: 50-75. (Full Text in Persian)
38. Khajehei M, Ziyadlou S, Safari RM, Tabatabaee HR, Kashefi F. "A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births". *Indian J Community Med*. 2009 April; 34(2): 126-130.
39. Botros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, Goldberg RP. "Effect of parity on sexual function: an identical twin study". *Obstet Gynecol* 2006 Apr; 107 (4):765-70.
40. Dietz HP, Bennet MJ."The effect of childbirth on pelvic organ mobility". *Obstet Gynecol* 2003; 102(2):223-28.