پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال پانزدهم، شماره 6، پی در پی 78، صفحات 257 تا 263
بهمن و اسفند 1389

تاریخ دریافت مقاله: 1388/12/17
تاریخ پذیرش مقاله: 1389/7/15

بررسی عملکرد و رضایتمندی جنسی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال1388

گیتی ازگلی[1*]، ماهرخ دولتیان[1]، زهره شیخان[3]، ناصر ولایی[4]

1- مربی، کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
2- مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
3- مشاور تحقیق و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: عوامل مختلفی بر عملکرد جنسی و رضایتمندی جنسی مؤثر هستند. نوع زایمان از جمله این عوامل است. دربرخی از تحقیقات نوع زایمان با عملکرد و رضایتمندی جنسی ارتباطی نداشته و در بعضی موارد دیگر سزارین و یا زایمان طبیعی را از عوامل مرتبط با عملکرد و رضایتمندی جنسی ذکر کرده‌اند. این مطالعه با هدف بررسی عملکرد و رضایتمندی جنسی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام گرفت.

مواد و روشها: تحقیق به روش مقطعی بر روی 180 نفر (90 زن با زایمان طبیعی و 90 زن با زایمان سزارین) که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله ای از مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انتخاب شدند، انجام گرفت. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های شامل مشخصات اجتماعی-دموگرافیک، عوامل مامایی و عملکرد و رضایت جنسیهای قبلی انجام شد. پرسشنامه به روش مصاحبه در محیطی خصوصی تکمیل و بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تستهای توصیفی و کای دو با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: عملکرد جنسی شامل وضعیت میل ،تحریک و اوج لذت جنسی و فاز فرونشینی و نیز رضایتمندی جنسی پس از زایمان در دو گروه با زایمان طبیعی و سزارین اختلاف معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: عملکرد جنسی در زنان با زایمان واژینال و سزارین تفاوت ندارد. بنابراین به نظر می‌رسد که عملکرد جنسی تحت تأثیر عوامل مختلف جسمی و روحی است.

4- **واژگان کلیدی**: زایمان طبیعی، سزارین، زایمان، عملکردجنسی، رضایت جنسی.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Ozgoli G, Dolatian M, Sheykhan Z, Valaei N. Study of sexual function and satisfaction in women with vaginal delivery and cesarean referring to Health Center of Shahid Beheshti Medical University-2008. Pejouhandeh 2011;15(4):257-63.

مقدمه

عوامل فیزیکی، فیزیولوژیکی، فرهنگی، مذهبی، عوامل بین فردی و عوامل فردی نظیر پذیرش هویت جنسی و سن بر روی عملکرد جنسی ورضایتمندی جنسی مؤثر است (1-6). این تغییر تا 6 ماه بعد از زایمان گزارش شده است (5).

در تحقیقات اخیر به بررسی ارتباط نوع زایمان با عملکرد و رضایتمندی جنسی زن پرداخته شده است در اغلب تحقیقات بین نوع زایمان و پاسخ و رضایتمندی جنسی رابطه‌ای وجود ندارد (9-7) اما در بعضی موارد ذکر شده که به علت آسیب به کانال زایمانی ودر نتیجه شلی عضلات کف لگن این احتمال وجود دارد که عملکرد، پاسخ و رضایتمندی جنسی تحت تأثیر قرار گیرد (9). از طرفی داشتن سابقه ناخوشایند جنسی نظیر سوء استفاده‌های جنسی، فرد را به طرف انتخاب سزارین سوق می‌دهد (10). لذا رضایتمندی جنسی نیز در این افراد با توجه

[*] **نویسنده مسؤول مکاتبات**: گیتی ازگلی؛ تهران؛ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه مامایی؛ **تلفن**: 09123223453؛ **پست الکترونیک**: gozgoli@yahoo.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

به پیش‌زمینه‌های قبلی کمتر است. رضایت جنسی در رضایت ازدواج مهم است و بسیاری از طلاقها می‌تواند ناشی از نارضایتی جنسی باشد (11) و نارضایتی جنسی می‌تواند خود را به صورتهای مختلف نظیر بی‌حالی، خستگی، افسردگی و حتی بیماریهای جسمی نشان دهد (10).

شیوع اختلال عملکرد جنسی در25 تا 63 درصد زنان گزارش شده است(12). با توجه به افزایش میزان سزارین در کشورکه 60%-040% گزارش شده است (13) و از آنجایی‌که که یکی از علل انتخاب سزارین تصور حفظ روابط جنسی بهتر از نظر زنان و بخصوص همسرشان است (14) و با توجه به اینکه عملکرد و رضایتمندی جنسی تحت تأثیر عوامل گوناگون از جمله وضعیت سلامتی، جسمی، روحی، سنی و هورمونی تا ارتباطات بین فردی است (18-15)، این مطالعه به صورت مقطعی طراحی شده است. این مطالعه با هدف بررسی عملکرد و رضایتمندی جنسی با زایمان طبیعی و سزارین در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام گرفت.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی با نمونه‌گیری به‌صورت چند-مرحله‌ای بود. ابتدا مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (شمال و شرق و شمیرانات) به دو طبقه (شرق) و (شمال و شمیرانات) تقسیم شدند و براساس تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری، آمار مراجعین هرطبقه و درصد نمونه‌های لازم در آن طبقه مشخص شد. هر مرکز بهداشتی-درمانی به صورت یک خوشه در نظر گرفته شد خوشه‌ها به‌صورت تصادفی انتخاب و سهمیه‌ای بر اساس تعداد مراجعین تعلق گرفت و بر اساس این سهمیه نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. زنانی که 6 هفته تا 6 ماه پس از زایمان به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده و ازدواج اول و زایمان اول بودند و بیماری جسمی و روحی شناخته شده، مصرف داروی خاص، سابقه تجربیات ناخوشایند جنسی، اختلالات جنسی شناخته شده نظیر واژینیسم، انزال زودرس همسر و اعتیاد نداشتند، نمونه پژوهش را تشکیل دادند. تعداد نمونه 180 نفر، در هر گروه(90 نفر با توجه به $\alpha = 0.05 \Rightarrow z_{\alpha} = 1.96$ و $\beta = 0.10 \Rightarrow z_{\beta} = 1.28$ برآورد شد. پژوهشگران پس از کسب مجوزهای لازم در درمانگاههای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی حضور یافتند. اهداف پژوهش به زنان مراجعه‌کننده جهت دریافت خدمات تنظیم خانواده، پایش رشد یا واکسیناسیون معرفی می‌شد. در صورت موافقت زنان و در صورت دارا بودن شرایط شرکت در مطالعه، در محیطی کاملاً خصوصی سؤالهای پرسشنامه توسط مامای همکار پژوهش، با پرسش شفاهی، تکمیل می‌شد. پرسشنامه‌های محقق ساخته شامل مشخصات دمو گرافیک و عوامل مامایی پرسشنامه عملکرد و رضایت جنسیهای قبلی بود. متغیرهای مورد بررسی شامل مواردی نظیر سن، شغل، سطح سواد زن و همسرش ، بعد خانوار، تعداد حاملگی، تعداد فرزندان، مشکلات موجود در حاملگی فعلی، خواسته بودن حاملگی، وضعیت شیر دهی، رضایت جنسی، عملکرد جنسی و مقاربت دردناک می‌شد. اعتبار آن به روش اعتبار محتوی و پایایی با ضریب آلفای کرونباخ 91% به دست آمد. به زنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه باقی می‌ماند و به‌صورت کلی در آنالیز آماری مورد استفاده قرار می‌گیرد. بعد از تکمیل تعداد نمونه‌ها و استخراج اطلاعات، زنان با زایمان طبیعی و سزارین از نظر مشخصات دموگرافیک، عملکرد جنسی و رضایت جنسی با هم مقایسه شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون کای دو و با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد و سطح معنی‌داری 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پژوهش بر روی 180 زن بعد از زایمان (90 زن با زایمان طبیعی و 90 زن با زایمان سزارین) نشان داد : میانگین سنی زنان 6/6± 53/ 26 سال و میانگین سن همسران نمونه‌ها 8/3±28/82 سال بود. 75/5 درصد زنان و 83/8 درصد همسران آنها تحصیلات راهنمایی و یا دبیرستانی داشتند. 91/2 درصد زنان مورد مطالعه خانه‌دار و 49/7 درصد همسرانشان مشاغل آزاد داشتند. جدول شماره 1 مراحل عملکرد جنسی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین مراجعه‌کننده را نشان میدهد.

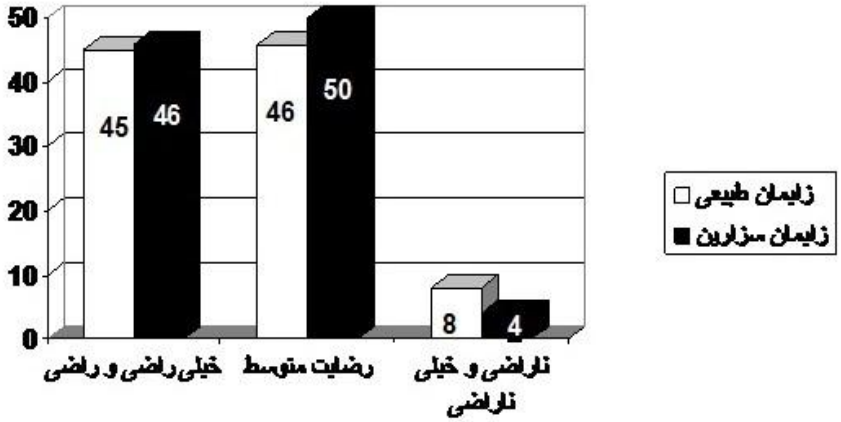
60/3 درصد نمونه‌ها منزل مسکونی اجاره‌ای داشتند. میانگین بعد خانوار زنان مورد مطالعه 1/3 ±3/9 و درآمد ماهیانه در 57/8 درصد موارد بین 200 تا 400 هزار تومان بود. 77/8 درصد مشکل خاص نظیر خونریزی و عفونت در بارداری نداشته و 91 درصد بیماری نظیر قلبی، هورمونی، دیابت نداشتند.

شروع‌کننده رابطه جنسی در 66/1 درصد موارد همسر و برای 85 درصد معاشقه بسیار محرک بوده، 81/1 درصد در حین فعالیتهای جنسی تغییر وضعیت داشته و 55/6 درصد مشارکت فعال در تغییر وضعیت داشتند. 83/3 درصد ذکر کردند جهت ارتباط جنسی خوشایند با همسر، تلاش می‌کنند. 78/8 درصد نزدیکی دردناک نداشتند. میانگین مدت ازدواج

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

4/9 ±5/45 سال و میانگین سن ازدواج 4/13± 20/85 سال بود. مشخص شد در دو گروه زنان با زایمان طبیعی و سزارین، معاشقه بسیار محرک است. در مورد برقراری رابطه جنسی، نظرشان در رابطه با میل جنسی، تعداد دفعات رابطه جنسی، پاسخ به تقاضای جنسی همسر و مقاربت دردناک اختلاف معنی‌داری بین دو گروه زنان با زایمان طبیعی و سزارین و به تفکیک 2-0 ماه، 4- 2ماه و 6-4 ماه پس از زایمان به دست نیامد.

در دو گروه با زایمان طبیعی و سزارین عملکرد جنسی به تفکیک حوزه‌های میل، تحریک، ارگاسم و رضایت جنسی، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. نمودار شماره یک نشان‌دهنده میزان رضایت جنسی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین است.



نمودار 1- میزان رضایت جنسی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال 1388

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

جدول 1 - مراحل عملکرد جنسی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال 1388

عملکرد	میل جنسی			نتیجه ازمون	تحریک و خیسی واژن			نتیجه ازمون	اوج لذت جنسی			نتیجه ازمون	فرو نشینی			نتیجه ازمون
نوع زایمان	خیلی زیاد و زیاد	متوسط	خیلی کم و کم		زیاد	متوسط	کم		بیشتر اوقات و همیشه	گاهی اوقات	هیچوقت و بندرت		بیشتر اوقات و همیشه	گاهی اوقات	هیچوقت و بندرت	
طبیعی	12 %13/3	54 %60	24 %26/7	NS	40 %44/4	45 %5	5 %5.6	NS	8 %8/9	46 %1	35 %40	NS	53 %58/8	32 %35/6	5 %5/6	NS
سزارین	10 %11/1	55 %61/1	25 %27/8	NS	32 %35/6	55 %61/1	3 %3/3	NS	12 %13/5	42 %47/2	35 %39/3	NS	47 %52/2	30 %33/3	13 %14/4	NS

NS: Non-significant

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

بحث

در مطالعه ما نوع زایمان با هیچیک از حیطه های عملکرد جنسی و رضایت در فواصل قبل از 2 ماه، 4-2 ماه و 6-4 ماه ارتباط نداشت. Barrelt و همکاران (7) در تحقیق خود برروی 796 زن نخستزا که 94 نفر از آنها زایمان سزارین داشتند و بقیه به‌صورت واژینال زایمان کردند، در طی 3 و 6 ماه بعد از زایمان به این نتیجه رسیدند که اختلال عملکرد جنسی، مقاربت دردناک و ناراحتیهای بعد از رابطه جنسی در گروه سزارین در سه ماه اول کمتر بود، اما بعد از 6 ماه این تفاوت کاهش می یافت و در دو گروه سزارین و زایمان طبیعی، فاقد اختلاف معنی‌دار می‌شد. به نظر می رسد تفاوت این مطالعه با مطالعه ما در قبل از 6 ماه بعد از زایمان به این دلیل باشد که در سزارینی‌ها فعالیت جنسی در سه ماهه اول زودتر شروع می‌شود. لذا اگر مشکلی هم وجود داشته باشد، پیشتر گزارش می‌کنند. اما بعد از مدتی که فعالیت جنسی در هر دوگروه شروع می‌شود این اختلاف برطرف می شود. گرچه در مقایسه زایمان واژینال با سزارین (درصورتی‌که مقاربت زودتر شروع شود)، انتظار می‌رود در ماههای اول بعد از سزارین، مقاربت دردناک کمتر باشد (7و20-18). اما بعضی محققین ذکر می-کنند که میزان بروز درد حین مقاربت، پس از زایمان واژینال و سزارین نامشخص است و تفاوت معنی‌دار بین دو گروه وجود ندارد (21). باتوجه به اینکه نمونه‌های ما از 6 هفته بعد از زایمان واژینال که برش و پارگی کانال زایمان ترمیم می‌شود، بودند بنابراین از لحاظ مقاربت دردناک تفاوتی وجود نداشت و نتیجه 6 ماهه آن، مشابه نتیجه ما بود.

محدودیت مهم پژوهش ما عدم بررسی عملکرد و رضایت جنسی قبل از زایمان حتی قبل از حاملگی برای قضاوت بهتراست. گرچه با بررسی‌های انجام شده حتی مطالعه طولی Byrd و همکاران (19)، نیز نتیجه ما را تأیید می‌کند. آنان با بررسی 550 زن که 93 نفر آنان سزارین کرده بودند در طی مطالعه‌ای طولی در 5 ماه آخر حاملگی و 4 ماه و 12ماه بعد از زایمان به این نتیجه رسیدند که 19 درصد نمونه‌ها در طی یک‌ماه اول بعد از زایمان نزدیکی را شروع کردند و به‌طور متوسط شروع مقاربت 7 هفته بوده است. در یک‌ماه و 4 ماه اول، فعالیت و رضایت جنسی زنان شیرده نسبت به زنان غیر شیرده کمتر بود. اختلافات جزئی بین نوع زایمان و فعالیت جنسی وجود داشت و سزارینی‌ها زودتر مقاربت را شروع کردند اما الگو و رفتار جنسی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

به عبارتی گرچه تصور آسیب به کانال زایمانی (14) ودر نتیجه شلی عضلات کف لگن در زایمان واژینال انتظار تغییر عملکرد و رضایتمندی جنسی در زوجین را به‌وجود می‌آورد (9)، این تصور صحیح نیست. باید توجه داشت در توصیف پاسخ جنسی زن ، تأکید بر پاسخهای دستگاه تناسلی و راههای ارضا میل جنسی ،باعث غفلت از عوامل مهم مؤثر بر رضایتمندی جنسی زن از قبیل صمیمیت، صداقت، آرامش ، ارتباط، احترام، عواطف و رضایت ناشی از صمیمت خواهد شد (18) و میل و پاسخ جنسی در زنان بیشتر در نتیجه نیاز به صمیمیت ایجاد می‌شود .عامل اصلی در پاسخ جنسی زن، اشتیاق و خرسندی وی از شریک جنسی است (22) تا میل به تحریک جسمی-جنسی و در اثر برانگیختگی و تغییرات جسمی، کمتر ایجاد می‌شود (23).

در واقع عملکرد و پاسخ جنسی و بخصوص رضایت جنسی تحت تأثیر دوره‌هایی از زندگی نظیر حاملگی و شیردهی ودوره بعد از زایمان قرارمی‌گیرد. بنابراین ناراحتی جسمی، نارضایتی نسبت به ظاهر بدن، توانایی جسمی کمتر، خستگی بیشتر، خشکی واژن به‌علت کمبود هورمون‌های استروییدی دردوران شیردهی، افزایش لوشیا و ترشح واژن در اوایل دوره پس از زایمان، ایفای نقش جدید مادری و به دنبال آن استراحت کمتر، به هم خوردن الگوی خواب، نوع روش جلوگیری، نداشتن محیط خصوصی به‌علت حضور نوزاد، همه عواملی هستند که در طی دوره بعد از زایمان در هر دو نوع روش زایمان وجود دارند (6، 20و24). این عوامل روانشناختی و جسمی که به آن اشاره شد قویتر از روش زایمان به عنوان یک تغییر جسمی، عملکرد و رضایت جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج مشابه سایر محققین نیز مبین این موضوع است (27-25و28).

گرچه حدود نیمی از زنان به علت دوره خاص بعد از زایمان، میل و فعالیت جنسی و تحریک متوسط داشتند، اما رضایت جنسی متوسط و بالاتر در بیش از 90 درصد نمونه‌ها وجود داشت. با توجه به اینکه زیرا رضایت جنسی یک مسئله ذهنی است و کمتر تحت تأثیر یک عامل خاص قرار می‌گیرد، این امر قابل توجیه است.

چنانکه گفته شد محدودیت مهم پژوهش ما عدم بررسی عملکرد و رضایت جنسی قبل از زایمان حتی قبل از حاملگی است که باید جهت قضاوت بهتر انجام شود. لذا برای بررسی همه‌جانبه عوامل مرتبط، انجام مطالعه طولی از قبل از حاملگی، دوران حاملگی و بعد از زایمان پیشنهاد می‌شود.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

نتیجه‌گیری

عملکرد و رضایت جنسی در دو گروه با زایمان طبیعی و سزارین در طی 2 و2-4و 6 ماه بعد از زایمان اختلاف معنی‌داری نداشت. با توجه به اینکه عملکرد تحت تأثیر جنبه‌های مختلف جسمی و روحی است و نه فقط تحت تأثیر یک عامل، این امر قابل توجیه است. مطالعه طولی ازقبل از حاملگی، دوران حاملگی و بعد از زایمان پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران این تحقیق از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشکده پرستاری و مامایی که تصویب این طرح رادر تاریخ 1387/4/29 و با شماره 3276 انجام دادند کمال تشکر را دارند. همچنین از مادران گرامی و نیزسرکار خانم یزدانی، و سرکار خانم اصلانی که در گردآوری اطلاعات ما را یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. Brenhard L A. Sexuality and sexual health care for women. Clin Obstet Gynecol 2005 45(5)1089-98.
2. Lwarance, K. Byers. E. Sexual satisfaction in heterosexual long–term relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. Pers Relatsh 1995;2(2):267-85.
3. Hurlbert , D. F et al. Key Variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of women in non-distressed marriages. J Sex Marital Ther 1993;19(2): 13/4165.
4. Darling C.A et al. The female sexual response revisited, understanding the multiorgasmic experience in women. Arch Sex Behav 1991;20(6):527-40.
5. Peck SA. The Importance of the sexual Health History in the primary care setting. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2001;30(3):269-74.
6. Schuiling KD, Likis FE. Women's Gynecologic Health In: Fogel CI editor. Sexuality. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett 2006; p.149-67.
7. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. Birth 2005;32 (4):306-11.
8. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. BJOG 2000;107(2):186-95.
9. Gungor S, Baser I, Ceyhan S, Karasahin E, Acikel CH. Mode of delivery and subsequent long–term sexual function after childbirth. International of impotence research 2007;19:358-365.
10. Simkin P. Commentary: the meaning of labor pain. Birth 2000;27(4):254-55.
11. Young M, Luquis R, Denny G, Young T. Correlates of sexual satisfaction in marriage. Can J Hum Sex 1998;7(2)115-128.
12. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions. Results from a decade of research. Arch Sex Behav 2001;30:177-219.
13. Family health and Population Record. In Islamic Republic of Iran Population and Health Appearance (DHS:Demographic and Health Survey). Ministry of Health and Medical Education. 2000; p. 49.
14. Mohamaditabar SH, Kiani A, Heidari M. The survey in tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery. JBUMS 2009;3(11):54-59. (Full Text in Persian)
15. Cunningham FG. Williams Obstetrics. 22nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 2005.
16. Hudson WW. Harrison DF, Crosscup PC. A short form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. J sex Res 1981;17(2):157-74.
17. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.10th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
18. Yadav,J, Gennarelli LA, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunction: evaluation and management in a primary care setting . Prim Care Update Ob Gyns 2001;81(1):5-11.
19. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. J Fam Pract 1998;47(4):305-8.
20. Aston G. Sexuality during and after pregnancy. In: Andrews G, editor. Women Sexual Health. Edinburgh: Balliere Tindall; 2005; p.161-175.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

21. Butcher j. Female sexual problems. BMJ 1999;318:41-43.

22. Nusbaum M, Rosenfeild JA. Sexual Health across the Life Cycle. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p.69-75.

23. Bossen R.Human sex response cycle. J sex MaritalTher 2001;27(4):1-4.

24. Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. J Med Assoc Thai 2007;90 (9):1744-8.

25. Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakir 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.

26. 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; 34(2):126–30. (Full Text in Persian)

27. Rådestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. Birth. 2008;35(2):98-106.

28. Torkan B. A comparison of sexual activity of women experiencing vaginal and cesarean birth. The 2nd Congress on Family and Sexual Health Shahed University; Tehran, Iran; 2007. (Abstract)

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]