

مقایسه رضایت جنسی از روابط زناشویی پس از زایمان در زایمان واژینال و سزارین انتخابی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۰۴/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۸/۰۵

چکیده

زمینه و هدف: تصور ایجاد اختلال در روابط جنسی در زایمان طبیعی (به عنوان عوارض احتمالی پس از زایمان) موجب شده است بسیاری از زنان درخواست سزارین انتخابی نمایند. حال آنکه اینگونه شکایات و اختلالات به عقاید و فرهنگ جامعه نیز شدیداً وابسته می‌باشد. لذا تصمیم بر آن گرفته شد تا طی یک مطالعه در پی یافتن تفاوت کاهش رضایت جنسی در میان دو روش زایمانی باشیم. **روش بررسی:** در این مطالعه هم‌گروهی یک گروه زنانی که اولین بارداری خود را به طریق زایمان واژینال به ختم رسانده بودند (۳۰۳ نفر) با گروه دیگر، زنانی که به طریق سزارین انتخابی اولین بار زایمان کرده بودند (۳۱۵ نفر) از بدو زایمان تا یک سال بعد از آن مقایسه شدند. متغیرهای مورد بررسی شامل مشخصات دموگرافیک، سوابق مامایی، سابقه بی‌اختیاری ادراری و پیامد مورد نظر رضایت جنسی، می‌باشد. **یافته‌ها:** رضایت از روابط زناشویی در گروه زایمان واژینال به طور معنی‌داری از سزارین بیشتر بود. (۷۶٪ واژینال در مقابل ۶۰٪ سزارین، $p < 0/0001$). ناراضی‌تی از روابط جنسی در کل بیماران و همچنین به تفکیک نوع زایمان هیچگونه رابطه آماری معنی‌داری را با درد لگنی در پی‌گیری‌های مختلف (۴۰ روز، ۳-۶-۱۲ ماه) نشان نداد. **نتیجه‌گیری:** علی‌رغم آنکه بسیاری از زنان زایمان سزارین را به علت عدم اختلال در روابط زناشویی علی‌رغم آنکه بسیاری از زنان زایمان سزارین را به علت توانایی در برقراری روابط جنسی موفق و راضی پس از زایمان انتخاب می‌کنند اما در این بررسی جنین نتیجه‌ای حاصل نشد. به عبارتی درخواست انتخابی سزارین به بهانه رضایت جنسی پس از زایمان موجه نمی‌باشد.

کلمات کلیدی: رضایت جنسی، سزارین انتخابی، زایمان

صدیقه حنطوش‌زاده،^۱ مامک شریعت،^{۲*}

عباس رحیمی فروشان،^۳ فاطمه

رمضان‌زاده،^۱ معصومه معصومی^۲

۱- گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر و مرکز تحقیقات سلامت مادر، جنین، نوزاد

۲- گروه متخصص بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات سلامت مادر، جنین، نوزاد

۳- گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت

۴- کارشناس مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر

دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسئول، تهران، مجتمع بیمارستانی امام‌خمینی، بیمارستان ولیعصر، بخش نوزادان مرکز تحقیقات سلامت مادر، جنین، نوزاد
تلفن: ۶۱۱۹۲۳۵۷
email: shariat_soufi@yahoo.com

مقدمه

پروفیلاکسی و هپارین را نام برد. یکی از روش‌های کاهش عوارض نیز کاستن از موارد غیرضروری سزارین است اما علی‌رغم توصیه‌های WHO در این خصوص فراوانی سزارین در تمام دنیا به خصوص در کشورهای در حال توسعه رو به فزونی است.^۲ جالب آنجاست که میزان قابل توجهی از سزارین‌های انتخابی به درخواست مادر و خانواده او صورت می‌پذیرد.^{۳-۷} چنین درخواستی علل متعددی من جمله تصور ایجاد اختلال در روابط جنسی در زایمان طبیعی دارد. حال آنکه اینگونه شکایات و اختلالات به عقاید و فرهنگ جامعه نیز شدیداً وابسته می‌باشد. شناخت صحیح عوارض سزارین و زایمان طبیعی و اختلاف بین فراوانی آنها در هر جامعه‌ای با توجه به شرایط فرهنگی و باورهای آنها، همچنین عوامل موثر بر بروز عوارض می‌تواند سیاست‌گذاران و متولیان امر بهداشت را در اتخاذ

از دو قرن پیش سزارین (Cesarean Section (C/S به عنوان یکی از روش‌های ختم بارداری به‌کار گرفته می‌شد. پیشرفت دانش متخصصین و ارتقاء امکانات باعث شده از عوارض کشنده و ناتوان‌کننده این روش از آن زمان تاکنون کاسته شود. اما همچنان مورتالیتت سزارین بیش از هفت برابر زایمان طبیعی به چشم می‌خورد. هر چند که در شرایط اورژانس اختلاف و عوارض چشم‌گیرتر است به طوری که عوارض سزارین اورژانس حدود چهار برابر سزارین انتخابی است.^۱ حال آنکه عوارض سزارین انتخابی کمتر از دو برابر زایمان طبیعی می‌باشد. دانش طب همچنان در پی یافتن راه حلی جهت کاهش مورییدیتی و مورتالیتی مادر و نوزاد بر اثر روش جراحی سزارین است. به طور مثال می‌توان به‌کار بردن آنتی‌بیوتیک

رابطه موفق فیزیکی (Physical satisfaction) و در همسران آنها رضایت روانی از برقراری روابط جنسی (Emotional satisfaction) بود. اعتبار سوالات پرسشنامه فوق (روایی و پایایی پرسشنامه) پس از ارزیابی ۱۰ نفر از متخصصین زنان و زایمان و آزمون بر روی ۱۰ نمونه تأیید شد. این بررسی به تأیید علمی و اخلاقی معاونت پژوهشی مرکز تحقیقات بهداشت باروری و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران رسیده و با اعتبارات مرکز تحقیقات فوق‌الذکر اجرا شده است. داده‌ها در بانک اطلاعاتی نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۱۱/۵ ذخیره شد. آمارهای توصیفی و استنباطی از طریق آزمون‌های آماری χ^2 ، ماننل هانزل و t-test استخراج شد. $p < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۱۸ مادر باردار نخست‌زا به طوری که ۳۰۳/۴۹ (نفر) به طریقه واژینال و ۳۱۵/۵۱ (نفر) به روش سزارین زایمان کرده بودند مقایسه شدند. مشخصات زمینه‌ای و دموگرافیک دو گروه به اختصار در جدول ۱ نشان داده شده است. کاهش رضایت جنسی از روابط زناشویی به نسبت قبل از بارداری و یا به عبارتی نارضایتی از روابط جنسی در کل بیماران و همچنین به تفکیک نوع زایمان هیچگونه رابطه آماری معنی‌داری را با درد لگنی در پی‌گیری‌های مختلف (۴۰ روز، ۳-۶-۱۲ ماه) نشان نداد (آزمون‌های آماری χ^2 و Mantel-Hanzel). رضایت از روابط زناشویی در گروه زایمان واژینال به طور معنی‌داری از سزارین بیشتر بود. ۲۳۱/۷۶ (نفر) واژینال در مقابل ۱۸۸/۶۰ (نفر) سزارین، $p < 0/0001$ ، χ^2 ، کاهش میل جنسی به نسبت قبل از بارداری در ۴۶ نفر (۱۶/۵٪) از گروه واژینال و ۸۰ نفر (۲۹٪) گروه سزارین دیده شد. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نشان داده شده است (به طور معنی‌داری کاهش میل جنسی در سزارین بیشتر دیده می‌شود. $p < 0/0001$ ، χ^2 ، رضایت جنسی در میان کسانی که پس از زایمان از دیس پارونیا (سطحی و عمقی) شکایت داشتند نیز در گروه زایمان واژینال بیشتر دیده می‌شود. اما با تفاوت بیشتری به نسبت گروهی که دیس پارونیا ندارند (در میان افرادی که دیس پارونیا داشته و ناراضی بودند ۶۰٪ از گروه سزارین و ۴۰٪ از گروه واژینال بودند. آزمون آماری ماننل هانزل این اختلاف را معنی‌دار نشان داد. $p < 0/0001$ ، $4/4-1/8$ ، $2/8$: common

تصمیم‌گیری‌ها هدایت کند. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی عوارض و شکایات بیماران در ایران به نظر کمی متفاوت با سایر نقاط است، لذا این مرکز را متوجه اهمیت موضوع ساخته و تصمیم بر شد تا طی یک مطالعه کوهورت کوتاه مدت در پی یافتن تفاوت بررسی برخی عوارض سزارین انتخابی و واژینال مانند کاهش رضایت جنسی در میان زنان تهران باشیم و با حصول به برخی عوامل موثر و انتشار نتایج جامعه به خصوص به مراجع ذیصلاح (معاونت‌های پژوهشی و بهداشتی دانشگاه و اداره بهداشت خانواده وزارت بهداشت) بتوان گام موثری در بهداشت و ارتقاء سلامت مادران برداشت.

روش بررسی

در این مطالعه هم گروهی یک گروه زنانی که اولین بارداری خود را به طریقه زایمان واژینال به ختم رسانده بودند (۳۰۳ نفر) با گروه دیگر، زنانی که به طریقه سزارین انتخابی اولین بار زایمان کرده بودند (۳۱۵ نفر) از بدو زایمان (سال ۱۳۸۳) تا یک سال بعد از آن مقایسه شدند. حجم نمونه فوق بر اساس نتایج برخی مطالعات خارج از کشور و با اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ محاسبه شده است. مواجهه در این مطالعه سزارین انتخابی در نظر گرفته شد. پی‌گیری در فواصل ۱۰ روز، ۴۰ روز، سه ماه، شش ماه و ۱۲ ماه پس از زایمان انجام پذیرفت. بیماران از هفت کلینیک، که در هر واحد زایمان‌ها توسط یک جراح متخصص زنان انجام می‌گردید، جمع‌آوری شدند. نمونه‌گیری به روش آسان صورت گرفت. معیار خروج از مطالعه حاملگی چند قلو، چندزا بودن مادر و وجود اختلال روانی تأیید شده قبل از بارداری در نظر گرفته شد. داده‌ها از طریق مشاهده، مصاحبه و معاینه مشتمل بر مشخصات دموگرافیک، سوابق مامایی، سابقه بی‌اختیاری ادراری و بروز آن پس از زایمان، رضایت جنسی از روابط زناشویی بعد از زایمان و میزان تفاوت آن با قبل از بارداری، در پرسشنامه‌هایی توسط کارشناسان مامایی آموزش دیده (پرسشگران) جمع‌آوری شد. از آنجا که نمونه‌ها حین زایمان انتخاب شدند لذا قبل از زایمان در دسترس نبودند تا بتوان رضایت جنسی را قبل از بارداری بر مبنای پرسشنامه مذکور نیز ارزیابی کرد، بدین منظور علاوه بر ارزیابی رضایت جنسی پس زایمان و مقایسه بین دو گروه تغییر در این حس بر مبنای ابراز نظر شخصی فرد نیز سنجیده شد. منظور از رضایت جنسی در این مطالعه در زنان رضایت از برقراری

جدول- ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک و متغیرهای زمینه‌ای بین دو گروه C/S و NVD

مشخصه	گروه واژینال	گروه سزارین	P
میانگین سن مادران (Mean+SD)	۲۳±۳/۵ سال	۲۷±۴/۵ سال	* ۰/۰۰۰۱
میانگین سن پدران (Mean+SD)	۲۸±۳/۷ سال	۳۲±۴/۷ سال	* ۰/۰۰۰۱
BMI مادر (Mean+SD)	۲۲/۸±۳/۳	۲۳/۸±۴	* ۰/۰۰۱
میانگین وزن مادر قبل از بارداری (Mean+SD)	۵۸/۵±۹ کیلوگرم	۶۲/۷±۱۱/۳ کیلوگرم	* ۰/۰۰۰۱
شغل مادران تعداد (درصد)	۲۹۳(۸۹٪) خانه‌دار	۲۰۷(۶۵/۵٪) خانه‌دار	** ۰/۰۰۰۱
	۱۰(۱۱٪)* شاغل	۱۰۸(۳۴/۵٪)* شاغل	
تحصیلات مادران تعداد (درصد)	۳۳(۱۰٪) ابتدایی	۶(۲٪) ابتدایی	** ۰/۰۰۰۱
	۸۵(۲۶٪) زیر دیپلم	۲۴(۸٪) زیر دیپلم	
	۱۸۵(۶۴٪)* دیپلم و بالاتر	۲۸۵(۹۰٪)* دیپلم و بالاتر	
تحصیلات پدران تعداد (درصد)	۲۶(۸٪) ابتدایی	۳(۱٪) ابتدایی	** ۰/۰۰۰۱
	۱۰۲(۳۱٪) زیر دیپلم	۳۰(۱۰٪) زیر دیپلم	
	۱۷۷(۶۱٪)* دیپلم و بالاتر	۲۸۲(۸۹٪)* دیپلم و بالاتر	
شغل پدران تعداد (درصد)	۶(۲٪) بی‌کار	۱(۰/۵٪) بی‌کار	** ۰/۰۰۰۱
	۱۸۵(۶۴٪)* آزاد	۱۳۰(۴۱٪)* آزاد	
	۱۱۲(۳۴٪)* کارمند	۱۸۴(۵۸/۵٪)* کارمند	

* χ^2 test, **t

واژینال شکایت ترشح واژینال بیشتر از سزارین دیده شده بود (۷۰٪). آنها در گروه واژینال قرار داشتند ($p < ۰/۰۰۶$). در میان مادران با شیردهی موفق، که عمدتاً در گروه واژینال قرار داشتند (۹۴/۵٪) از گروه واژینال در مقابل ۷۹٪ از گروه سزارین شیردهی مستمر داشتند) ۷۳٪ رضایت جنسی را ابراز نمودند اما در مقابل مادرانی که شیردهی منقطع داشتند تنها ۶۰٪ راضی بودند. هر چند که اختلاف معنی‌دار نبود. نکته جالب توجه کاهش رضایت جنسی با سطح سواد مادران بود. به طوری که ۸۸٪ افرادی که تحصیلات کمتر از متوسطه داشته در مقابل ۸۱٪ مادران با سطح سواد دبیرستانی و ۶۳/۵٪ با سطح سواد بالای دیپلم رضایت را نشان دادند. ($p < ۰/۰۰۰۱$) این تفاوت معنی‌دار رابطه‌ای با نوع زایمان نداشت و تنها با سواد مادران مرتبط بود.

بحث

هر چند که بر روی رضایت جنسی مطالعات فراوانی صورت گرفته است اما بررسی مقایسه‌ای رضایت بین دو روش زایمانی آنهم پس از گذشت یک سال از زایمان بسیار قلیل بود لذا در این بخش در مقام مقایسه مطالعات زیادی یافت شد. آنچه به چشم می‌خورد به

OR). ۳۶ نفر (۴۶٪) از نمونه‌ها از قبل از بارداری از دیسمنوره شکایت داشتند، ۱۴۷/۵۵/۷ (نفر) آنها پس از زایمان بهبود یافته، در میان این گروه ۸۰٪ رضایت جنسی پس از زایمان را ابراز نمودند در حالی که در میان (۱۳/۶٪) نغری که دیسمنوره تشدید شده بود و همگی در گروه سزارین قرار داشت، ۷۷٪ رضایت را بیان نمودند. البته این اختلاف معنی‌دار نبود. کسانی که همچنان از دیسمنوره با شدت قبل شکایت داشتند ۸۳٪ در گروه واژینال رضایت جنسی را بیان نمودند در حالی که در گروه سزارین ۷۰٪ این رضایت را نشان دادند. آزمون آماری χ^2 این تفاوت را معنی‌دار نشان داد به طوری که با بخت آزمون ۲، رضایت جنسی علی‌رغم دیسمنوره، در روش زایمان واژینال بیشتر است ($p < ۰/۰۱$ ، CI ۱/۱-۳/۶، OR: ۲) به عبارتی زایمان واژینال در عین اینکه دیسمنوره را کاهش داد، رضایت جنسی را نیز افزایش داده است. تغییر در رضایت جنسی به وجود ترشح واژینال مرتبط نبود. در میان کسانی که از ترشح شکایت داشتند، ۷۷٪ کسانی که رضایت جنسی را ابراز کرده بودند در گروه واژینال قرار داشتند و ما بقی در گروه سزارین. این تفاوت با آزمون مانسل هانزل معنی‌دار بود. ($p < ۰/۰۱$) - (OR: ۲/۶ (۱/۳-۵) هر چند که در گروه

تغییرات هورمونی و در کنار آن تغییرات خلقی، که بیشتر افسرده و کسل خواهند بود احتمال اینکه رضایت جنسی از روابط خود داشته باشند، کمتر می‌باشد.^{۱۱،۱۲} Dejudicibus (۲۰۰۲) نیز افسردگی و خلق خموده و خسته را در زنان باردار و شیرده از عوامل مهم کاهش میل جنسی می‌داند.^{۱۳} البته Fischman (۱۹۸۶) و XU (۲۰۰۳) معتقدند که خستگی و ترس از ناشی از مقاربت از عوامل بسیار مهم در عدم تمایل برقراری روابط جنسی می‌باشد.^{۱۴،۱۵} علی‌رغم آنکه بسیاری از زنان زایمان سزارین را به علت توانایی در برقراری روابط جنسی موفق و راضی پس از زایمان انتخاب می‌کنند اما در این بررسی جنین نتیجه‌ای حاصل نشد. مواردی هم که کاهش میل جنسی و دیس‌پارونیا دیده شد با گذشت زمان از زایمان، کمتر و رضایت جنسی بیشتر می‌شود. لذا بررسی‌های دقیق‌تری لازم است تا بتوان برای این انتخاب یا رد آن توجیه علمی‌تری به دست آورد.

این قرار است که Barrett (۲۰۰۵) با این فرضیه که زایمان سزارین رضایت جنسی را افزایش می‌دهد مطالعه‌ای را طراحی نمود و به این نتیجه دست یافت که در زایمان واژینال هر چند کاهش میل جنسی و دیس‌پارونیا بیشتر است اما این تفاوت معنی‌دار نبوده است.^{۱۶} در حالی که مطالعه حاضر به‌طور معنی‌داری افزایش رضایت جنسی را در زایمان واژینال نشان داد. Hicks (۲۰۰۴) طی یک مطالعه مروری، نتوانست به‌طور واضح بیان کند زایمان سزارین یا واژینال کدام یک در کاهش میل جنسی، دیس‌پارونیا و تأخیر در برقراری روابط جنسی پس از زایمان موثرترند.^۹ Rowland (۲۰۰۵) شیردهی مداوم راز عوامل مهم در برقراری رضایت جنسی معرفی کرد همچنان‌که زایمان واژینال را بی‌عارضه بیان کرد.^{۱۰} البته در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌دار بین دو گروه با شیردهی موفق، مستمر و یا منقطع دیده نشد. Alderl (۱۹۸۹) و Avery (۲۰۰۰) بیان می‌کنند در میان زنان شیرده به علت

References

1. Subtile P, Ufour VP. Consequences maternal de la cesarean par rapport a la voi basses. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29: 10-6.
2. Briex M. Duree de Sejoor en matenite, Newsletter dosbst: 1999.
3. Husslein P. Elective caesarean section. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2002; 42: 22-4.
4. Dobson R. Caesarean section rate in England and Wales hits 21. *BMJ* 2001; 323: 951.
5. Eftekhar K. Women choose cesarean section. *BMI* 2002; 320-72.
6. Jackson NV, Irvine LM. The influence of maternal request on the elective caesarean section rate. *J Obstet Gynaecol* 1998; 18: 115-9.
7. Schneider KT. Cesarean section on demand--must risk of morbidity be considered? *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2002; 42: 12-4.
8. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth*; 32: 306-11.
9. 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: 430-6.
10. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1366-7.
11. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1989; 3: 805-21.
12. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002; 39: 94-103.
13. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45: 227-37.
14. Fischman SH, Rankin EA, Soeken KL, Lenz ER. Changes in sexual relationships in postpartum couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1986; 15: 58-63.
15. Xu XY, Yao ZW, Wang HY, Zhou Q, Zhang LW. Women's postpartum sexuality and delivery types. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2003; 38: 219-22.

Sexual satisfaction after child birth: vaginal versus elective cesarean delivery

Received: July 16, 2008 Accepted: October 26, 2008

Abstract

Hantoushzadeh1 S.¹
Shariat M.^{*2}
Rahimi Foroushani A.³
Ramezanzadeh F.¹
Masoumi M.⁴

1-Department of Gynecology Vali –
asr Reproductive Health Research
Center

2- Department of Maternal & Child
Health, Maternal -Fetal- Neonatal
Health Research Center

3- Biostatistics department, Health
Faculty

4- Department of Midwifery Vali –
asr Reproductive Health Research
Center

Tehran University of Medical
Sciences

*Corresponding author: Imam Khomeini
Hospital, Khashavarz Blvd., Tehran,
Iran.
Tel: +98-21-61192357
email: shariat_soufi@yahoo.com

Background: The perception of impairment of sexual function after childbirth in vaginal delivery (as a complication) makes pregnant women to request elective cesarean section. But this conception is more related to culture. Therefore we studied women's sexual health after childbirth to assess whether women who underwent cesarean section experienced better sexual health in the postnatal period than women with vaginal births.

Methods: A cohort study was conducted on 303 primiparous women who had delivered vaginally and 315 primiparous delivered by elective cesarean section in seven private hospitals in Tehran, employing data of demographic characteristics like age, education, BMI, obstetric history (weight gain in pregnancy, history of pelvic pain and vaginal discharge), stress incontinence history (prepregnancy and during pregnancy) and effect of delivery on sexual satisfaction in several follow-ups until 12 months after delivery.

Results: Sexual satisfaction after delivery in vaginal group was significantly more than cesarean group. (76% vs 60%, $p < 0.0001$). There was no relation between pelvic pain & delivery type (in several follow-up).

Conclusions: Instead of social conception of have more sexual satisfaction after cesarean delivery, outcomes from this study provide no basis for advocating cesarean section as a way to protect women's sexual function after childbirth. Therefore Request of cesarean section by mother for having more sexual satisfaction after childbirth is not logic.

Keywords: Sexual satisfaction, elective cesarean section, delivery