

بررسی تأثیر آموزش بر تغییرات فعالیت جنسی در بارداری

راحله بابازاده^{۱*}، دکتر خدیجه میرزائی نجم آبادی^۲، زهرا معصومی^۳، مهدی راعی^۴

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. استادیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۴. کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۵/۵

خلاصه

مقدمه: بارداری با تغییرات فیزیکی و روانشناختی عمیقی در زندگی هر زن همراه است که این تغییرات بر روی کلیه ابعاد زندگی زنان از جمله روابط جنسی زوجین تأثیرگذار می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بر تغییرات فعالیت جنسی در دوران بارداری انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی در عرصه همراه با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۰ بر روی مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی عظیم و باغزندان شهرستان شاهرود، که دارای پرونده بهداشتی بودند، انجام شد. ۸۷ زن باردار انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه کنترل (۴۱ نفر) و مداخله (۴۶ نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و تغییرات فعالیت جنسی در بارداری بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های من ویتنی و کای دو و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در گروه مداخله قبل از آموزش، ۲۳ نفر (۵۰٪) از زنان از نظر رضایت از روابط جنسی در حد متوسط، ۱۳ نفر (۲۸/۳٪) خوب و ۱۰ نفر (۲۱/۷٪) ضعیف بودند. زنان دو گروه در شروع مطالعه از نظر رضایت از روابط جنسی تقریباً یکسان بودند. دو ماه پس از انجام مداخله، ۲۵ نفر (۵۴/۳٪) از زنان گروه مداخله از نظر رضایت از روابط جنسی در حد خوب، ۱۸ نفر (۳۹/۱٪) در حد متوسط و ۳ نفر (۶/۵٪) ضعیف بودند. بر اساس آزمون های آماری، میزان رضایت از روابط جنسی زنان شرکت کننده در گروه مداخله پس از مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($P=0/016$).

نتیجه گیری: آموزش جنسی بر رضایت زنان از روابط جنسی تأثیری مثبت دارد و باعث افزایش رضایت مندی زنان از روابط جنسی در بارداری می شود.

کلمات کلیدی: آموزش، بارداری، فعالیت جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: راحله بابازاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. تلفن: ۰۲۷۳-۳۳۹۵۰۵۴
پست الکترونیک: raheleh621@yahoo.com

مقدمه

زایمان زودرس، خستگی، کمردرد، وجود مشکلات جنسی قبل از بارداری و نگرش منفی نسبت به بارداری می باشد (۱۰-۱۵). اما بیشتر مشکلات جنسی این دوران ناشی از باورها و تصورات غلط و عدم درک صحیح از تغییرات فیزیکی و هیجانی دوران بارداری می باشد (۸). البته تفاوت های زیادی بین روابط جنسی افراد وجود دارد و میزان روابط جنسی حتی در طول بارداری های مختلف یک فرد نیز ممکن است متفاوت باشد (۱۶). برخی از شوهران زنان باردار نیز کاهش میل جنسی خود را ناشی از بد ریخت شدن زنان، ترس از صدمه به جنین، اعتقاد به غیر اخلاقی بودن فعالیت جنسی در طول بارداری و استرس ناشی از پدر شدن ذکر می کنند (۱۷). حدود ۴ تا ۲۸ درصد از مردان، اولین ارتباط جنسی خارج از محدوده خانواده برای ارضاء نیازهای جنسی خود را در دوران بارداری همسرانشان تجربه می کنند (۱۸) که زوج را در معرض خطر بیمای های منتقله جنسی مانند عفونت اچ ای وی^۲ قرار می دهند (۱۹-۲۰) و برخی دیگر نیز دچار انحراف جنسی به صورت سکس دهانی، استمنا و مقاربت آنال می شوند (۱۹، ۲۱). برخی از زنان باردار نیز علی رغم عدم تمایل و وجود برخی مشکلات، برای حفظ شوهرانشان جلوگیری از اختلافات زناشویی راضی به نزدیکی می شوند (۲۲). البته بسیاری از زوجین نیز نزدیکی واژینال کمتری در طول بارداری دارند و به جای آن بر روی فعالیت های جنسی دیگر مانند نوازش کردن، تحریک کلیتورس، پستان ها و تحریک مقعدی و دهانی و استمنا متمرکز می شوند (۲۳). اگر چه برقراری رابطه جنسی بدون رعایت اصول صحیح در دوران بارداری، ممکن است عوارضی را برای مادر و جنین او به دنبال داشته باشد، با وجود این علم پزشکی هیچ محدودیتی برای انجام فعالیت جنسی اصولی و سالم در یک بارداری طبیعی و بدون عارضه قابل نشده است (۱۲).

شواهد نشان می دهد که رضایت مندی جنسی افراد در طول بارداری کمتر از دوران قبل از بارداری است (۱، ۶، ۸، ۲۴). منظور از رضایت از روابط جنسی، میزان خرسندی زوجین از مسائل جنسی و توانایی لذت بردن و

بارداری یکی از بحرانی ترین دوره های زندگی زنان است که با ایجاد تغییرات پیچیده فیزیولوژیک و روانشناسی می تواند زندگی زوجین از جمله روابط جنسی و زناشویی آنان را تحت تأثیر قرار داده و به عنوان یک عامل جدی در ایجاد یا تشدید اختلالات جنسی زن و مرد تلقی شود (۱-۲). برخی مطالعات میزان شیوع این اختلالات را در بارداری تا ۶۳٪ گزارش کرده اند (۳-۴) که این امر می تواند پیوندهای زناشویی را دچار چالش کند (۵). در متآنالیز ۵۹ مطالعه نشان داده شد که اگر زوجین در طول بارداری فعالیت جنسی داشته و از آن لذت ببرند، ارتباطات، ملاحظت و نرمی رفتار در چهار ماه بعد از زایمان و سه سال بعد از آن بهتر می شود و روابط بین زوجین با ثبات و مستحکم شده و کمتر تحت تأثیر قرار می گیرد (۷). در طول بارداری تمایلات جنسی و فعالیت جنسی زنان باردار و همسران آنان غیر قابل پیش بینی بوده و ممکن است افزایش یا کاهش و یا بدون تغییر باقی بماند (۶). به دلیل افزایش هورمون های جنسی در دوران بارداری به نظر می رسد میل جنسی زنان در این دوران باید افزایش یابد، اما در مطالعه ارول و همکاران (۲۰۰۷) مشخص شد که ارتباطی بین نمره کل عملکرد جنسی زنان^۱ (IFSF) و سطح آندروژن سرم زنان در دوران بارداری وجود ندارد (۷). نتایج مطالعه فک و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که ۸۶-۱۰۰٪ زوجین فعالیت جنسی خود در بارداری را بدون تغییر نسبت به قبل از بارداری ادامه می دهند (۸). در مطالعه ادینما (۱۹۹۵) که در نیجریه انجام شد، متوسط تعداد دفعات مقاربت در دوران بارداری (۱/۵ بار در هفته) نسبت به قبل از بارداری (۲/۳ بار در هفته) کاهش یافته بود (۹). فعالیت جنسی در دوران بارداری تحت تأثیر عواملی نظیر فرهنگ، اجتماع، مذهب، هیجانانگ، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، نوع ارتباط با همسر، درگیری های روانی، مهارت های شخصی در روابط جنسی، عدم راحتی فیزیکی، ترس از صدمه به جنین، از دست دادن علاقه به رابطه جنسی، توصیه های کادر پزشکی، کاهش جذابیت کافی برای همسر، درد هنگام نزدیکی، ترس از سقط و

² Human immunodeficiency virus¹ Index of Female Sexual Function

لذت دادن به یکدیگر است (۲۵). با وجود اینکه مسائل جنسی سهم بسزایی در بهداشت و سلامت کلی خانواده ایفا می کنند، اما متأسفانه به دلیل ناخوشایند و خجالت آور بودن و گناه تصور کردن آن، کمتر مورد آموزش و ارزیابی قرار می گیرد (۲۶). مطالعات متعددی به اهمیت آموزش جنسی در طول بارداری تأکید کرده اند، زیرا آموزش جنسی، کیفیت روابط زناشویی را افزایش می دهد (۲۷-۲۸).

در ایران آمار دقیقی از وضعیت اختلالات جنسی که حداقل بتواند میزان شیوع و بروز آن را در اقوام و فرهنگ ها و یا در شرایط و دوران مختلف زندگی افراد بیان کند، به روشنی وجود ندارد، ولی مطالعات نسبتاً اندکی که به صورت پراکنده انجام شده است حکایت از شیوع بالای این اختلالات در رده های مختلف سنی و شرایط مختلف زندگی دارد (۵، ۲۹-۳۰). با توجه به نقشی که سازمان جهانی بهداشت برای ماماها در ارزیابی و ارتقاء بهداشت جنسی قایل شده است و نیز شرح وظایف ماماها که یکی از ارکان هشت گانه آن آموزش خانواده ها در مورد بهداشت جنسی است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش توسط ماماها بر تغییرات فعالیت جنسی در دوران بارداری انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی در عرصه همراه با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۰ بر روی مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی عظیمی و باغزندان شهرستان شاهرود، که دارای پرونده بهداشتی بودند، انجام شد. معیارهای ورود در مطالعه شامل زنان باردار تا هفته ۳۲ بارداری، بارداری تک قلو، نداشتن عوارض دوران بارداری، عدم وجود بیماری های زمینه ای از قبل، عدم اعتیاد به مواد مخدر و الکل و عدم مصرف داروهایی که روی پاسخ جنسی تأثیرگذار باشند، بود. حجم نمونه با توجه به سایر مطالعات مشابه (۳۱-۳۲) که حجم نمونه در آن مطالعات کمتر از ۱۰۰ نفر محاسبه شده بود و با توجه به تعداد مراجعات کم زنان باردار در طول مدت نمونه گیری، نمونه ها به صورت تمام شماری از تمام زنان باردار مراجعه کننده که معیارهای ورود به

مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. حجم نمونه ابتدا ۸۰ نفر (۴۰ نفر در هر گروه) تعیین شد، که در عمل به صورت تصادفی ساده تعداد ۴۶ نفر در گروه مداخله و ۴۱ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. افراد به روش تخصیص تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، به این صورت که مراجعه کنندگان در روزهای زوج در گروه مداخله و مراجعه کنندگان روزهای فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. قبل از اجرای مطالعه، به زنان در مورد اهداف مطالعه توضیحاتی ارائه شد و از آنان رضایت شفاهی و آگاهانه گرفته شد و در مورد محرمانه ماندن پاسخ ها و نظراتشان به آنان اطمینان داده شد. روش کار بدین صورت بود که در ابتدا پرسشنامه مشخصات فردی و تغییرات فعالیت جنسی توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد و ۲ ماه پس از آموزش، پرسشنامه مجدداً تکمیل شد. آموزش به مدت یک هفته و در دو جلسه یک ساعته انجام شد. موضوعات آموزش در جلسه اول شامل: مختصری در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی، چرخه پاسخ جنسی و عوامل مؤثر بر آن، تفاوت های جسمی و روانی زن و مرد در هر یک از مراحل چرخه جنسی و موضوعات جلسه دوم شامل: آموزش وضعیت های صحیح نزدیکی در طی بارداری، رعایت نکات لازم بهداشتی در هنگام نزدیکی در بارداری، موارد عدم نزدیکی در بارداری و اصلاح باورهای غلط در مورد روابط جنسی در بارداری بود. ۱۵ دقیقه پایان هر جلسه نیز به پرسش و پاسخ اختصاص داده شد. لازم به ذکر است که برای گروه کنترل به عنوان شاهد هیچ آموزشی صورت نگرفت و پرسشنامه تغییرات فعالیت جنسی برای آنها نیز در دو نوبت تکمیل شد. در مجموع نمونه گیری ۵ ماه به طول انجامید. آموزش دهندگان، دانشجویان ترم ۸ رشته مامایی بودند و آموزش بنا به درخواست شرکت کنندگان، به صورت گروهی انجام شد. در این مطالعه جهت تعیین روایی پرسشنامه تغییرات فعالیت جنسی، از روش اعتبار محتوی استفاده شد؛ بدین ترتیب که نظر ۶ نفر از اساتید محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود (۱ نفر دکترای بهداشت باروری، ۱ نفر متخصص زنان، ۴ نفر کارشناس ارشد مامایی) در مورد سؤالات اعمال شد و جهت برآورد پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد

و ۳۰ نفر (۷۳/۲٪) در حد کفافی بود. طول مدت ازدواج در ۱۸ نفر (۳۹/۱٪) از گروه مداخله و ۱۶ نفر (۳۹٪) از گروه کنترل بین ۱۰ - ۶ سال بود. ۲۶ نفر (۵۶/۵٪) از زنان گروه مداخله و ۲۵ نفر (۶۱٪) از زنان گروه کنترل نخست باردار بودند. ۲۷ نفر (۵۸/۷٪) از گروه مداخله و ۲۸ نفر (۶۸/۳٪) از گروه کنترل هیچ بچه ای نداشتند. نوع بارداری در هر دو گروه مداخله و کنترل با بیشترین درصد (به ترتیب ۳۷ نفر (۸۰/۴٪) و ۳۳ نفر (۸۰/۵٪)) خواست هر دو زوج بود.

در هیچ کدام از موارد ذکر شده، به جز وضعیت مسکن که در گروه کنترل اکثر واحدهای پژوهش (۸۰/۵٪) ساکن آپارتمان بودند، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد.

تعداد دفعات نزدیکی در هفته قبل از بارداری در ۲۵ نفر (۵۴/۳٪) از زنان گروه مداخله و ۲۶ نفر (۶۳/۴٪) از زنان گروه کنترل، ۳ - ۲ بار در هفته و بعد از بارداری تعداد دفعات نزدیکی در ۲۷ نفر (۵۸/۷٪) از گروه مداخله و ۲۳ نفر (۵۶/۱٪) از گروه کنترل، کمتر یا مساوی ۱ بار در هفته بود. تمایل به نزدیکی در بارداری در ۳۰ نفر (۶۵/۲٪) از گروه مداخله و ۲۵ نفر (۶۱٪) از کنترل کاهش و ۲ نفر (۴/۳٪) از گروه مداخله و ۱ نفر (۲/۴٪) از گروه کنترل افزایش یافته بود.

در گروه مداخله، علت کم شدن میل جنسی ۱۴ نفر (۳۰/۴٪) از زنان به دلیل ترس از صدمه به جنین و ۱۴ نفر (۳۰/۴٪) به دلیل ترس از سقط جنین و در گروه کنترل ۱۳ نفر (۳۱/۷٪) به دلیل ترس از صدمه به جنین و ۱۰ نفر (۲۴/۴٪) به دلیل ترس از سقط جنین بود. سایر علل شامل: ترس از زایمان زودرس، بارداری ناخواسته، تجویز پزشک یا ماما، خستگی، احتیاط و بی حوصلگی بود. بین علت کم شدن میل جنسی زنان در دوران بارداری در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد (p=۰/۸۱۲) (جدول ۱).

استفاده شد. به این ترتیب که با ۲۰ زن باردار واجد شرایط ورود به مطالعه مصاحبه به عمل آمد و مجدداً ۱۰ روز بعد، با همان ۲۰ نفر مصاحبه شد که ضریب همبستگی پیرسون برای سؤالات مربوط به تجارب جنسی زنان باردار $r=0/873$ به دست آمد. در این پرسشنامه محقق ساخته مواردی مانند تعداد دفعات نزدیکی در هفته، تمایل به نزدیکی در بارداری، علت کم شدن میل جنسی زنان و همسرانشان در بارداری، رضایت از روابط جنسی در بارداری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج قبل و پس از آموزش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و با استفاده از آزمون های من ویتنی، کای دو و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

۲۳ نفر (۵۰٪) از زنان در گروه مداخله و ۲۶ نفر (۶۳/۴٪) از زنان گروه کنترل محدوده سنی ۳۵ - ۲۶ سال داشتند. در گروه مداخله، ۲۱ نفر (۴۵/۷٪) دارای تحصیلات متوسطه و در گروه کنترل، ۱۸ نفر (۴۳/۹٪) دارای تحصیلات متوسطه و ۱۸ نفر (۴۳/۹٪) دارای تحصیلات عالی بودند. ۳۷ نفر (۸۰/۴٪) از زنان گروه مداخله و ۳۰ نفر (۷۳/۲٪) در گروه کنترل خانه دار بود. اکثر همسران زنان در گروه مداخله (۴۳/۵٪) و کنترل (۵۸/۵٪) محدوده سنی ۳۵ - ۲۶ سال داشتند. سطح تحصیلات همسران ۲۲ نفر (۴۷/۸٪) از زنان گروه مداخله در حد متوسطه و ۱۷ نفر (۴۱/۵٪) از زنان گروه کنترل، عالی بود. شغل اکثر همسران زنان گروه مداخله (۴۵/۷٪) و کنترل (۳۹٪) آزاد بود. سن بارداری زنان در گروه مداخله و کنترل بین ۳۲ - ۸ هفته بود که اکثر زنان گروه مداخله (۵۴/۵٪) و کنترل (۵۱/۲٪) دارای سن بارداری کمتر از ۲۱ هفته بودند. میزان درآمد خانواده در هر دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب با ۴۱ نفر (۸۹/۱٪)

جدول ۱- مقایسه علل کم شدن میل جنسی در بارداری واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	فراوانی مطلق و نسبی	علت کم شدن میل جنسی در بارداری			سطح معنی داری*
		ترس از آسیب به جنین	ترس از سقط جنین	سایر علل	
مداخله	تعداد (درصد)	۱۴ (۳۰/۴)	۱۴ (۳۰/۴)	۱۸ (۳۹/۱)	۰/۸۱۲
کنترل	تعداد (درصد)	۱۳ (۳۱/۷)	۱۰ (۲۴/۴)	۱۸ (۴۳/۹)	
کل	تعداد (درصد)	۲۷ (۳۱/۰)	۲۴ (۲۷/۶)	۳۶ (۴۱/۴)	

*آزمون کای اسکوئر

علت کم شدن میل جنسی همسران زنان باردار در گروه مداخله در ۲۸ نفر (۶۰/۹) افراد به دلیل ترس از صدمه به جنین و در گروه کنترل در ۱۹ نفر (۴۶/۳) از افراد به علت مراعات حال زن در بارداری و ۱۷ نفر (۴۱/۵) به علت ترس از صدمه به جنین بود. در گروه مداخله قبل از آموزش، ۲۳ نفر (۵۰) از زنان از نظر رضایت از روابط جنسی در حد متوسط، ۱۳ نفر

خوب و ۱۰ نفر (۲۱/۷) ضعیف بودند. در گروه کنترل ۲۰ نفر (۴۸/۸) از زنان از نظر رضایت از روابط جنسی در حد متوسط، ۶ نفر (۱۴/۶) ضعیف و ۱۵ نفر (۳۶/۶) خوب بودند. بین رضایت از روابط جنسی زنان در دو گروه مداخله و کنترل قبل از انجام مداخله اختلاف معناداری وجود نداشت (P=۰/۳۱۰) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه رضایت از روابط جنسی واحدهای مورد پژوهش (قبل از مداخله) در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	فراوانی مطلق و نسبی	رضایت از روابط جنسی (قبل از مداخله)			سطح معنی داری*
		ضعیف	متوسط	خوب	
مداخله	تعداد (درصد)	۱۰ (۲۱/۷)	۲۳ (۵۰/۰)	۱۳ (۲۸/۳)	۰/۳۱۰
کنترل	تعداد (درصد)	۶ (۱۴/۶)	۲۰ (۴۸/۸)	۱۵ (۳۶/۶)	
کل	تعداد (درصد)	۱۶ (۱۸/۴)	۴۳ (۴۹/۴)	۲۸ (۳۲/۲)	

*آزمون من ویتنی

۲ ماه بعد از آموزش، رضایت از روابط جنسی در اکثر زنان گروه مداخله (۵۴/۳) در سطح خوب، ۱۸ نفر (۳۹/۱) در حد متوسط و ۳ نفر (۶/۵) در سطح ضعیف بود. رضایت از روابط جنسی بیشترین درصد زنان گروه کنترل (۵۶/۱) در حد متوسط، ۱۲ نفر (۲۹/۳)

در حد خوب و ۶ نفر (۱۴/۶) در حد ضعیف بود. بین رضایت از روابط جنسی در دو گروه مداخله و کنترل پس از مداخله، اختلاف معناداری مشاهده شد (P=۰/۰۱۶) (جدول ۳)

جدول ۳- مقایسه رضایت از روابط جنسی واحدهای مورد پژوهش (بعد از مداخله) در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	فراوانی مطلق و نسبی	رضایت از روابط جنسی (بعد از مداخله)			سطح معنی داری*
		ضعیف	متوسط	خوب	
مداخله	تعداد (درصد)	۳ (۶/۵)	۱۸ (۳۹/۱)	۲۵ (۵۴/۳)	۰/۰۱۶
کنترل	تعداد (درصد)	۶ (۱۴/۶)	۲۳ (۵۶/۱)	۱۲ (۲۹/۳)	
کل	تعداد (درصد)	۹ (۱۰/۳)	۴۱ (۴۷/۱)	۳۷ (۴۲/۵)	

*آزمون من ویتنی

(P=۰/۰۰۱) (جدول ۴).

بین رضایت از روابط جنسی زنان در گروه مداخله قبل و ۲ ماه بعد از آموزش، اختلاف معناداری مشاهده شد

جدول ۴- توزیع فراوانی رضایت از روابط جنسی واحدهای پژوهش در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله

رضایت از روابط جنسی	گروه مداخله			
	بعد از مداخله		قبل از مداخله	
	فراوانی درصد	سطح معنی داری*	فراوانی درصد	فراوانی درصد
ضعیف	۶/۵	۳	۲۱/۷	۱۰
متوسط	۳۹/۱	۰/۰۰۱	۵۰/۰	۲۳
خوب	۵۴/۳		۲۸/۳	۱۳
کل	۱۰۰/۰		۱۰۰/۰	۴۶

*آزمون ویلکاکسون

ونگ و همکاران (۲۰۰۶) و رمی و همکاران، تغییرات آناتومیک، تغییر در تصویر ذهنی فرد و کاهش جذابیت جنسی زن برای همسر، بر روی اختلالات عملکرد جنسی فرد تأثیرگذار بود (۳۳، ۴۲). در مطالعه حاضر کاهش جذابیت جنسی و ترس از بروز زایمان زودرس از جمله عوامل مرتبط با بروز کاهش میل جنسی در بارداری بود که با نتایج حاصل از مطالعات پاشا و همکاران (۲۰۰۶)، سن کوم ونگ و همکاران (۲۰۰۶)، حیدری و همکاران، رحیمی و همکاران و محرابی و همکاران همخوانی داشت. مطالعه شجاع و همکاران (۲۰۰۹) که به روش کیفی و به صورت مصاحبه نیمه ساختارمند بر روی ۵۱ زن باردار در گرگان انجام شد، نشان داد که ترس از صدمه به جنین یکی از علل اصلی کاهش میل جنسی زنان در طول بارداری بود (۴۴).

در مطالعه حاضر بنا به اظهار زنان در هر دو گروه، تعدادی از همسران آنان نیز با کاهش میل جنسی زنانشان در دوران بارداری مواجه بودند که علت اصلی این کاهش میل جنسی در آنان مشابه علت اصلی کاهش میل جنسی زنان، یعنی ترس از صدمه به جنین و ترس از سقط جنین بود که با نتایج مطالعه ون سیدو (۱۹۹۹)، فوک و همکاران (۲۰۰۵) و خمیس و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی داشت (۱، ۸، ۳۸).

در مطالعه حاضر تعداد مردانی که دچار کاهش میل جنسی در دوران بارداری زنانشان شده بودند، کمتر از تعداد زنانی بود که دچار کاهش میل جنسی در دوران بارداری شده بودند، که این امر ممکن است منجر به اعمال اجبار از طرف مردان به زنان برای داشتن رابطه جنسی در بارداری شود و یا این که زنان برای مقابله با از هم پاشیدگی زندگی زنشویی خود و حفظ همسران

بر اساس نتایج مطالعه، اختلاف معناداری بین رضایت از روابط جنسی زنان گروه کنترل قبل و ۲ ماه بعد مشاهده نشد ($p=0/083$). در هر دو گروه کنترل و مداخله بین تعداد دفعات نزدیکی در هفته، قبل و بعد از مداخله، اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p=0/117$). همچنین در دو گروه مداخله و کنترل بین رضایت از روابط جنسی زنان و مشخصات فردی، قبل و بعد از انجام مداخله اختلاف معناداری مشاهده نشد.

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، در هر دو گروه کنترل و مداخله کاهش قابل ملاحظه ای در تعداد دفعات نزدیکی در دوران بارداری در مقایسه با دوران قبل از بارداری مشاهده شد. همچنین تعدادی از زنان در هر دو گروه، عدم انجام مقاربت در طی بارداری را گزارش کردند که این یافته ها با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد (۸-۹، ۲۲، ۲۸، ۳۳-۳۶). به عنوان مثال در مطالعه اوانه و همکاران (۲۰۰۲)، تعداد دفعات نزدیکی از ۳/۲ بار در هفته در قبل از بارداری به ۱/۸ دفعه در هفته در طول بارداری تغییر یافت که با نتایج مطالعه حاضر کاملاً همخوانی دارد (۱۹).

اکثر زنان باردار شرکت کننده در این مطالعه (۶۵/۲٪) در گروه مداخله و ۶۱٪ در گروه کنترل، کاهش میل جنسی در دوران بارداری را گزارش کردند. همچنین علت اصلی کاهش میل جنسی زنان در دوران بارداری در هر دو گروه، ترس از صدمه به جنین و مراعات حال زن باردار توسط شوهر ذکر شد که با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد (۳، ۸، ۱۲، ۲۲، ۲۷-۲۹، ۳۳، ۳۵، ۳۷-۴۱). بر اساس مطالعه سن کوم

خود، علی رغم عدم تمایل به نزدیکی، اقدام به برقراری رابطه جنسی با همسران در طول بارداری نمایند که این با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد (۱، ۱۵، ۲۲، ۳۵، ۴۵-۴۶). بنابراین یک جزء بسیار مهم مراقبت های بهداشتی زنان باردار، بررسی مسائل جنسی است و بنا به دلایل عمده زیر باید توجه ویژه ای به این مسئله در بارداری شود: اولاً اینکه بارداری به طور معمول در میان زوج های جوان رخ می دهد که این افراد نیاز شدید برای ارضاء تمایلات جنسی شان دارند و این نیاز قوی تنها به دلیل رخداد بارداری از بین نمی رود، ثانیاً با پیشرفت بارداری، مادران باردار احساس عدم جذابیت جنسی بیشتری می کنند. برای این که به زنان اطمینان داده شود که هنوز جذاب و خوشایند هستند، ارتباط فیزیکی شامل کوئیت، بهترین مکانیزم می باشد. ثالثاً بسیاری از زنان در دوران بارداری از این می ترسند که همسرانشان به دنبال ارتباطات جنسی خارج از چارچوب خانواده باشند، مخصوصاً اگر پزشک بنا به دلایلی نزدیکی را ممنوع کرده باشد (۴۷).

در مطالعه حاضر بیش از دو سوم زنان شرکت کننده در مطالعه آموزشی در ارتباط با مسائل جنسی در بارداری از پزشک یا ماما دریافت نکرده بودند که این نتیجه با نتایج مطالعات متعددی در این زمینه همخوانی دارد (۸، ۱۲، ۱۵، ۲۸، ۳۴، ۳۹، ۴۸). در مطالعات متعدد مشخص شد که زنان علی رغم احساس نیاز به آموزش جنسی در دوران بارداری به خاطر شرم و حیا، از صحبت با پزشک و مامای خود در این رابطه خودداری می کنند (۱۵، ۲۲، ۳۷، ۴۹). در مطالعه حاضر مشخص شد که بیش از دو سوم زنان در گروه مداخله و کنترل از نظر رضایت از روابط جنسی در حد متوسط و خوب بودند که با نتایج مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی ۳۲۹ زن باردار در تهران انجام شد و مشخص گردید که ۱/۷۷٪ زنان باردار از فعالیت جنسی خود رضایت دارند، همخوانی داشت (۳۷).

در این مطالعه بین سن، تحصیلات، شغل، تعداد بارداری و رضایتمندی جنسی در بارداری ارتباط معنی داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی داشت (۳۷). مطالعه هاینس و

همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که بین سن، تحصیلات، شغل و فعالیت جنسی در بارداری ارتباط معنی داری وجود ندارد (۳). همچنین سیدو (۱۹۹۹) در مطالعه مروری متا آنالیز خود نشان داد که بین تحصیلات، میزان درآمد خانواده، طول مدت ازدواج، شغل و رضایتمندی جنسی در دوران بارداری ارتباط معنی داری وجود ندارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱). اما در مطالعه رحمانی و همکاران (۲۰۱۰) بین رضایت مندی جنسی و طول مدت ازدواج ارتباط معنی داری مشاهده نشد بدین ترتیب که هر چه طول مدت ازدواج بیشتر می شد، رضایت مندی جنسی زوجین کاهش می یافت (۵۰). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش جنسی باعث افزایش رضایت از روابط جنسی زنان باردار می شود، به گونه ای که رضایت از روابط جنسی در زنان گروه مداخله، دو ماه پس از آموزش، تفاوت معناداری با زنان گروه کنترل داشت ($p=0/001$). همچنین با استفاده از آزمون ویلکاکسون مشخص شد که بین رضایتمندی زنان گروه مداخله قبل و ۲ ماه پس از آموزش تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$). که این یافته ها با نتایج مطالعه پاک گوهر و همکاران (۲۰۰۹) و مشک بید حقیقی و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی دارد (۳۱-۳۲).

با توجه به نتایج این مطالعه مبنی بر اثر بخش بودن آموزش بر ارتقاء رضایت مندی جنسی بین زوجین در دوران بارداری، لازم است که پزشکان و ماماها در زمینه مراقبت های معمول دوران بارداری، اطلاعات و توجیه های لازم را در مورد تغییرات فیزیولوژیک و روانشناسی در بارداری که باعث تغییرات جنسی می شود، در اختیار زوجین قرار دهند. آگاهی از این تغییرات می تواند در کاهش اضطراب اکثر زنان و همسرانشان کمک کننده باشد و به آنان اطمینان دهد که در یک بارداری طبیعی، فعالیت جنسی هیچگونه عارضه خطرناکی برای آنان و جنین شان ندارد به این ترتیب در گذر بدون عارضه از مرحله بارداری به مرحله والدینی، کمک شایانی به زوجین نماید. بدیهی است در ارتباط با آموزش، فرد مشاور باید درک صحیحی از فعالیت جنسی و ارتباطات جنسی زوجین، ارزش های شخصی و مذهبی و فرهنگی مراجعه کننده داشته باشد (۵۱).

رضایت مندی زنان از روابط جنسی در بارداری می شود. پیشنهاد می شود مطالعات بیشتر به منظور بررسی دقیق تر آموزش بر جنبه های مختلف رضایت جنسی در زوجین انجام شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود در قالب طرح مصوب ۸۹۴۶ انجام شده است. بدینوسیله از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه به دلیل همکاری و اعتمادشان به پژوهشگران و همچنین از سرکار خانم ذوالفقاری و خدابخشیان (کارشناسان محترم مامایی مرکز بهداشت عظیمیا و باغ زندان) که در جهت فراهم نمودن زمینه برای نمونه گیری مناسب و انجام هر چه بهتر پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

یکی از محدودیت های این مطالعه تخصیص تصادفی سیستماتیک بر حسب روز مراجعه می باشد که ممکن است منجر به تورش شود. همچنین عدم صداقت احتمالی برخی افراد در بیان صریح مسائل جنسی خود بود که خارج از اختیار پژوهشگر در این مطالعه بود. همچنین رضایت از روابط جنسی مسئله ای است که زن و مرد، هر دو در آن تعامل دارند بنابراین برای ارتقاء بهتر آن نیاز به آموزش هر دو نفر می باشد. در مطالعه حاضر آموزش فقط به زنان باردار داده شد که یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه می باشد. بنابراین توصیه می شود در مطالعات بعدی، آموزش برای هر دو زوج در نظر گرفته شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، آموزش جنسی بر رضایت زنان از روابط جنسی تأثیری مثبت دارد و باعث افزایش

منابع

1. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999 Jul;47(1):27-49.
2. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000 Feb;14(1):73-87.
3. Haines CJ, Shan YO, Kuen CL, Leung DH, Chung TK, Chin R. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese women. *J Psychosom Res* 1996 Mar;40(3):299-304.
4. Read JS, Klebanoff MA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 1993 Feb;168(2):514-9.
5. Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikraves M, Jamshidi R. [Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran] [Article in Persian]. *Iran Univ Med Sci* 2006;13(50):189-95.
6. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002 May;39(2):94-103.
7. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med* 2007 Sep;4(5):1381-7.
8. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005 Oct;84(10):934-8.
9. Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1995 Aug;35(3):290-3.
10. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005 Mar-Apr;17(2):154-7.
11. Aslan G, Koseoglu H, Sadik O, Gimen S, Cihan A, Esen A. Sexual function in women with urinary incontinence. *Int J Impot Res*. 2005 May-Jun;17(3):248-51.
12. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2000 Aug;107(8):964-8.
13. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 2004 Sep 4;329(7465):559-61.
14. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM Jr, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001 Feb;97(2):283-9.
15. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy* 2009;110(7):427-31.
16. Gokyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther* 2005 May-Jun;31(3):201-15.
17. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1989 Dec;3(4):805-21.

18. Lawoyin TO, Larsen U. Male sexual behaviour during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo State, Nigeria. *J Biosoc Sci* 2002 Jan;34(1):51-63.
19. Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2002 Feb;76(2):219-23.
20. 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 Apr;184(5):881-8.
21. Barclay LM, McDonald P, O'Loughlin JA. Sexuality and pregnancy. An interview study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1994 Feb;34(1):1-7.
22. Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2002 Mar;22(2):166-8.
23. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. [Sexuality of pregnant women] [Article in Persian]. *Ginekol Pol* 2006 Sep;77(9):733-9.
24. Oruc S, Esen A, Lacin S, Adiguzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behaviour during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999 Feb;39(1):48-50.
25. Larson JH, Newell K, Topham G, Nichols S. A review of three comprehensive premarital assessment questionnaires. *J Marital Fam Ther* 2002 Apr;28(2):233-9.
26. MacLaren A. Primary care for women. Comprehensive sexual health assessment. *J Nurse Midwifery* 1995 Mar-Apr;40(2):104-19.
27. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010 Jan;7(1 Pt 1):136-42.
28. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract* 1998 Oct;47(4):305-8.
29. Pasha H, Haj Ahmadi M. [Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors, babol, Iran] [Article in Persian]. *M J Hormozgan Univ Med Sci* 2007 Winter;10(4):343-8.
30. Satarzadeh N, Zamanzadeh V, Zonuzi AJ. [Experienced physical changes in women's sexual relationship after childbirth: the phenomenological study] [Article in Persian]. *Tabriz Nurs Midwif J* 2007;2(2):37-44.
31. Pakgohar M, Vizheh M, Babae Gh, Ramezanzadeh F, Abedininia N. [Effect of counseling on sexual satisfaction among infertile women referred to Tehran Fertility Center] [Article in Persian]. *Hayat* 2008;14(1):21-30.
32. Mooskbid-Haghighi M, Shams-Mofarahe Z, Majd-Timory MMV. [The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples, Shiraz] [Article in Persian]. *Iran J Nurs* 2002;15(32):15-20.
33. Senkumwong N, Chaovitsaree S, Rudpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2006 Oct;89 Suppl 4:S124-9.
34. Bolourian Z, Rakhshani MH. [Pregnancy, gender and its relationship with the quality of sexual relations] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2006;9(2):79-84.
35. Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc* 2000 Jan;50(1):38-44.
36. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther* 2010;36(5):408-20.
37. Heydari M, Mohammadi Kh, FRaghihzade S. [The study of sexuality changes during pregnancy] [Article in Persian]. *J Med Daneshvar* 2006;61(13):27-32.
38. Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. *J Egypt Public Health Assoc* 2007;82((1-2)):65-90.
39. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract* 1998 Oct;47(4):305-8.
40. Heydari M, Kiani Asiabar A, Faghihzadeh Z. [Couples knowledge and attitude about sexuality in pregnancy] [Article in Persian]. *Tehran Uni Med J* 2006;64(9):83-9.
41. Rahimi S, Seyyed Rosooli E. [Sexual behavior during pregnancy: a descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran] [Article in Persian]. *Payesh* 2004 Oct;3(4):291-9.
42. Reamy KJ, White SE. Sexuality in the puerperium: a review. *Arch Sex Behav* 1987 Apr;16(2):165-86.
43. Mehrabi F, Dadfar M. [The role of psychological factors in sexual functional disorders] [Article in Persian]. *Iran J Psychiat Clin psychol* 2003;9(1):4-11.
44. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet* 2009 Mar;279(3):353-6.
45. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol* 2011;2011:856586.
46. Kerdarunsukri A, Manusirivithaya S. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *J Med Assoc Thai* 2010 Mar;93(3):265-71.
47. Lamont JA. Sexuality and pregnancy: a review. *Can Fam Physician* 1973 Apr;19(4):58-60.
48. Uwapusanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2004 Oct;87 Suppl 3:S45-9.
49. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol* 1997 Mar;104(3):330-5.
50. Rahmani A, Safavi Sh, Jafarpour M, Merghati-Khoei E, Hosseini F. [The relation of sexual satisfaction and demographic factors] [Article in Persian]. *Iran J Nuers* 2010;23(66):14-22.
51. Okazaki S. Influences of culture on Asian Americans' sexuality. *J Sex Res* 2002 Feb;39(1):34-41.