

تبیین تجارب جنسی زنان در دوره بارداری و شیردهی

سامیه غنا^۱، دکتر لیلا مهستی جویباری^۲، دکتر اکرم ثناگو^{۳*}

۱. کارشناس مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. دانشیار گروه آموزش پرستاری، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳. دانشیار گروه آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۲

خلاصه

مقدمه: بارداری، شیردهی، مراقبت از فرزند و اشتغال از جمله عواملی هستند که روابط جنسی زنان را تحت تأثیر قرار می دهند. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب جنسی زنان در دوران بارداری و شیردهی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه با رویکرد کیفی، رفتار جنسی مادران در دوران بارداری و شیردهی مورد بررسی قرار گرفت. ۳۰ مادر شیرده دارای کودک ۲۴-۴ ماهه بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف در مطالعه شرکت کردند. برای گردآوری داده ها از مصاحبه های نیمه ساختار استفاده شد. مادران در یک گفتمان تعاملی، تجربیات جنسی خود را در بارداری و شیردهی مطرح کردند. مصاحبه ها ضبط، دست نویس، کدگذاری و طبقه بندی شد و بر اساس رویکرد تحلیل محتوای کیفی آنالیز شدند.

یافته ها: از تجزیه و تحلیل داده ها، یک مضمون اصلی "تغییر در رفتارهای جنسی" و ۴ مضمون فرعی "کم شدن میل جنسی، از دست دادن خلوت، وظایف مادری، رعایت همسر" استخراج شد. زوجین در این دوران، محور توجه خود را به جنین، شیردهی و نوزاد معطوف کردند. تغییر در تعاملات جنسی، خدشه ای بر روابط زوجین به وجود نیاورد. نتیجه گیری: از آنجایی که محوریت توجه مادران در دوران بارداری و شیردهی بر جنین، شیردهی و نوزاد بود، کاهش فعالیت های جنسی، روابط زوجین و کیفیت زندگی را مختل نساخت.

کلمات کلیدی: بارداری، شیردهی، رفتارهای جنسی، زنان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر اکرم ثناگو؛ مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. تلفن:

۰۱۷۱-۴۴۳۰۳۶۰، پست الکترونیک: sanagoo@goums.ac.ir

مقدمه

عوامل متعددی در موفقیت و رضایت از ازدواج نقش دارند که یکی از این عوامل، رضایت جنسی می باشد (۱). سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی را وضعیت جسمی، ذهنی و تندرستی اجتماعی در ارتباط با مسائل جنسی معرفی کرده است. سلامت جنسی، مستلزم رویکرد مثبت و محترمانه به مسائل جنسی و روابط جنسی و همچنین تجربه جنسی لذت بخش است (۲). عملکرد جنسی، پدیده ای چند بُعدی است که تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی، فرهنگی و اجتماعی متعددی قرار دارد (۳، ۴). رفتارهای جنسی، آموختنی هستند، بنابراین فعالیت های جنسی مشابه می توانند برای افراد مختلف، معانی متفاوتی داشته باشند و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر کنند (۵). اهمیت به تمایلات جنسی، امری واقع بینانه است زیرا مشکلات جنسی می توانند آثار متعددی بر سایر جنبه های زندگی فرد بر جای بگذارند؛ به گونه ای که باعث آشفتگی های روانی، ناسازگاری ها و شکست های زندگی زناشویی شوند (۴). بارداری، شیردهی، مراقبت از فرزند و اشتغال از جمله عواملی هستند که روابط جنسی زنان را تحت تأثیر قرار می دهند (۶). تغییرات فیزیکی و روان شناختی دوران بارداری و شیردهی (حساس ترین دوره های زندگی زنان)، روابط جنسی را کاملاً تحت تأثیر قرار می دهند (۵-۷). تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زنان باردار، کنار گذاشتن فعالیت جنسی، احساس گناه در مورد روابط جنسی، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدن خود، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین و ترس از سقط و زایمان زودرس می تواند باعث بر هم زدن پاسخ جنسی مناسب و ارتباط زوجین و همچنین باعث اضطراب، عدم اعتماد به نفس و کاهش تندرستی روانی شود. در دوران بارداری، تمایلات جنسی و فعالیت جنسی زن و شوهر غیر قابل پیش بینی بوده؛ ممکن است افزایش یا کاهش یابد و یا بدون تغییر باقی بماند (۷). ادامه فعالیت جنسی در طول بارداری، باعث افزایش شناخت خود، افزایش قدرت در ارتباط جنسی و استحکام روابط زناشویی می شود (۶). از طرفی دوران پس از زایمان، با تغییرات فیزیکی و روانی خاص

همراه است که منجر به تغییراتی در میل و فعالیت جنسی می شود و نگرانی و دغدغه هایی را در زنان ایجاد می کند (۷). این دوران، با افت و خیزهایی در تمایلات جنسی مردان و زنان همراه است. اعمال جنسی پس از تولد فرزند، طبیعی است ولی به طور معمول تعداد دفعات مقاربت کاهش می یابد (۶). بالاترین سطح علاقه جنسی در سه ماهه اول پس از زایمان و از سوی مادران شیرده می باشد و شروع آمیزش جنسی خصوصاً در زنانی که به طور فعال به فرزند خود شیر می دهند، زودتر است. اگرچه شیردهی به عنوان یکی از عوامل مرتبط با ایجاد تغییرات در مسائل جنسی معرفی شده است (۷). شیوع کلی مشکلات جنسی پس از زایمان در مطالعات مختلف، بسیار متفاوت و بین ۲۲ تا ۸۶ درصد گزارش شده است (۴).

با توجه به اینکه مطالعات محدودی به بررسی تجربیات زنان از مسائل جنسی در دوران بارداری و شیردهی با رویکرد کیفی پرداخته اند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربیات زنان با استفاده از شیوه هایی که امکان دسترسی عمیق تر به اطلاعات را فراهم می سازد، انجام شد. مطالعات کیفی در تعامل مستقیم با عامل انسانی است؛ هم به توصیف می پردازد و هم به تبیین و برای گردآوری داده ها به گفته ها و رفتارهای قابل مشاهده افراد تکیه می کند. از این رو اعتقاد بر این است که دنیای اجتماعی، همیشه ساخته بشر است نه کشف بشر (۸). این روش برای دیدگاه افراد مورد مطالعه، ارزش قائل می شود، محقق و تحقیق شونده در رابطه متقابل با یکدیگر هستند، سعی دارد تا واقعیت را همان گونه که به وسیله پاسخگویان دیده و تجربه شده است، به دست آورد و تفسیرهایی که مردم از خود و دیگران ارائه می دهند را تعبیر کند. مطالعات کیفی، طبیعت گرایانه هستند و برای رسیدن به حقیقت، همه چیز را در عالم در بستر طبیعی خودش مورد مطالعه قرار می دهند (۸). بنابراین انجام یک مطالعه کیفی در این مورد می تواند به شناخت عمیق تر تجربه جنسی مادران باردار و شیرده کمک کند، علاوه بر این پرسنل پرستاری و مامایی در مراکز بهداشتی - درمانی همواره با مددجویانی مواجهه هستند که برای القاء رفتارهای سالم و بهداشتی آنها لازم

است تا از رفتارها، باورها و تجربیات آنان آگاه باشند. این امر به برنامه ریزی جهت تقویت رفتار درست و تضعیف رفتار نادرست کمک مؤثری خواهد کرد. پرسنل پرستاری و مامایی می توانند با شناخت کافی از تجارب مددجویان شان، آموزش های ضروری را در هنگام مشاوره به مادران و همسران شان ارائه کنند. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب جنسی زنان در دوره بارداری و شیردهی انجام شد.

روش کار

در این مطالعه با رویکرد کیفی، رفتار جنسی مادران در دوران بارداری و شیردهی مورد بررسی قرار گرفت. رویکردهای کیفی به عنوان روشی سیستماتیک و ذهنی برای توصیف تجارب زندگی و درک معانی آن در علوم پزشکی مورد استفاده قرار می گیرند (۸). در مطالعات کیفی، کلیت تجارب مد نظر است. لذا در مطالعه حاضر، کلیت معنایی تجربه مسائل جنسی در دوران بارداری و شیردهی مورد توجه قرار گرفت.

در این مطالعه، ۳۰ مادر شیرده دارای کودک ۴ تا ۲۴ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی گرگان در سال ۱۳۹۰ وارد مطالعه شدند. کمترین سن ۲۰ و بیشترین سن ۴۰ سال بود. سطح سواد مادران از سیکل تا دانشگاهی بود. افراد بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف (که الگوی رایج نمونه گیری در مطالعات کیفی است) انتخاب شدند. در مطالعات کیفی، اشباع داده ها که به معنای تکرارپذیری داده ها است، به عنوان معیاری برای ختم نمونه گیری به کار می رود (۸) و در این مطالعه نیز مورد استفاده قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: علاقه مند به برقراری ارتباط و بیان تجربیات خود و داشتن کودک شیرخوار حداقل ۴ ماه و حداکثر ۲۴ ماه بود. برای انجام مصاحبه ها از سؤالات نیمه ساختار استفاده شد. حداقل چند سؤال نظیر "از روابط زوجینی و جنسی تان در بارداری برایمان بگویید"، "از روابط زوجینی و جنسی تان در شیردهی برایمان بگویید"، "از تغییراتی که برایتان رخ داد برایمان بگویید"، "از مشکلاتی که در دوران بارداری و شیردهی در خصوص روابطتان رخ داده برایمان بگویید"، در تمام مصاحبه ها تکرار شد و از سؤالات

کاوشی مانند "چرا، چطور، چگونه" مثال بزنید، برای عمیق تر شدن مصاحبه ها استفاده شد. مدت هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود.

برای تجزیه و تحلیل داده ها، از تحلیل محتوای کیفی گرانهیم^۱ و لوندمن^۲ استفاده شد (۹). هر مصاحبه حداکثر تا ۴۸ ساعت پس از انجام آن، خط به خط دست نویس شد. انجام مصاحبه و تحلیل آن (همانگونه که در رویکردهای کیفی مرسوم است)، به صورت همزمان انجام گرفت. به منظور کدگذاری، سطح اول داده ها خط به خط بررسی شدند و کدهای زنده (کدهایی که از زبان شرکت کنندگان اخذ می شود) و کدهای باز استخراج شدند. در سطح دو کدگذاری، داده های کدگذاری شده با سایر داده ها مورد مقایسه قرار گرفتند و طبقات شکل گرفتند (طبقات، داده های کدگذاری شده ساده ای هستند که از تلفیق خوشه های شبیه به هم، به لحاظ مفهومی شکل می گیرند و حاصل متراکم کردن کدهای سطح یک هستند). در کدگذاری سطح، عناوین مفهومی برای طبقات تعیین شد. جهت افزایش دقت مطالعه، آنالیز داده ها توسط هر ۳ محقق به طور جداگانه و همچنین مشترک انجام شد و همچنین از عودت داده ها به تعدادی از شرکت کنندگان استفاده شد.

جهت رعایت اصول اخلاق در مطالعه، از تمام شرکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه و همچنین ضبط صدا، اجازه گرفته شد. برای محیط مصاحبه از اتاق خلوتی استفاده شد تا شرکت کنندگان برای بیان تجربیات خود، احساس راحتی کنند. مصاحبه ها با تعیین وقت قبلی از شرکت کنندگان صورت گرفت و به آنان اطمینان داده شد که تمایل یا عدم تمایل آن ها جهت همکاری در مطالعه هیچگونه تأثیری بر خدمات دریافتی شان نخواهد داشت.

یافته ها

از تجزیه و تحلیل داده ها، یک مضمون اصلی "تغییر در رفتارهای جنسی" و ۴ مضمون فرعی "کم شدن میل جنسی، از دست دادن خلوت، وظایف مادری، رعایت همسر" استخراج شد. تجربیات مادران حاکی از آن بود

¹ Graneheim

² Lundman

یکی از عوامل تأثیرگذار در شروع روابط جنسی، احساس سنگینی و پُری شیر در سینه ها بود. یکی از مادران اظهار داشت: "اوایل، یکی دو ماه اول، سینه هام سنگین بود، بچه که کوچک تر بود (کمتر شیر می خورد) کمی سخت بود ولی بعد از آن چون زود زود شیر می خورد دیگه واسم مشکل نبود".

یکی دیگر از مشارکت کنندگان اظهار داشت: "با سینه هام تحریک می شدم ولی الان به خاطر شیردهی دیگه نمی شه، احساس می کنم مانع تمایل من شده" و یا مادر دیگری بیان داشت: "از قبل بارداری بهش فکر می کردم ... وقتی شوهرم می بینه شیر داره و بچه از اون می خوره دیگه طرفش نمی آد، اعتقاد داره که گناه داره، با هم کنار اومدیم".

وظایف مادری نظیر مراقبت از کودک در شب، باعث اختلال در روابط و یا نیاز کمتر به برقراری روابط جنسی شده بود؛ "خیلی تغییر کرده، وقتی بچه بیدار میشه گریه می کنه، رها می شه و دوباره شروع میشه. تأثیر بد داشت".

کم شدن میل جنسی

اغلب مادران (و نه تمام مشارکت کنندگان) در دوران شیردهی، کاهش تقاضای جنسی داشتند که این کاهش برای برخی مادران بارز بود؛ "احساساتم نسبت به قبل، خیلی کمتر شده و الان وقتشو ندارم به طوری که باعث دلخوری همسر من می شد"، "شوهرم بعضی موقع ها غر می زند که چرا این جور می شدی". ولی کاهش تقاضای جنسی برای برخی دیگر چندان محسوس نبود. کاهش بارز تمایلات جنسی در برخی مادران، باعث نگرانی و چاره جویی آن ها برای جستجوی علت شده بود؛ "نگران بودم و در اینترنت جستجو کردم و دیدم به خاطر خستگی روحی و روانی مادرم و یه چیز طبیعی، (خیالم) دیگه راحت شدم". برخی مادران دغدغه های خود را با دوستان خود به اشتراک می گذاشتند "یکی از دوستانم هم می گفت که اوایلش دوست نداشته ولی الان بهتر شده".

در کل، مجموعه ای از مسائل فیزیولوژیک و طبی بارداری (مانند دهانه سرویکس نارسا و زایمان، سزارین و احساس کشیدگی محل عمل، خونریزی در دوره نفاس،

که زوجین در این دوران، محور توجه خود را به جنین، شیردهی و نوزاد معطوف نمودند. تغییر در تعاملات جنسی، خدشه ای بر روابط زوجین نداشت. جهت تبیین تجربیات مادران، بخش هایی از متن مصاحبه ها به صورت نقل مستقیم در ذیل هر مضمون آورده شده است.

تغییر در رفتارهای جنسی

مادران مشارکت کننده در مطالعه در دوران بارداری و شیردهی به دلایل مختلف، تغییر در رفتارهای جنسی را تجربه کردند، این تغییرات، ناشی از کم شدن میل جنسی، محدودیت های دوران بارداری و بعد از زایمان و محدودیت های طبیعی دوران شیردهی بود.

مشارکت کنندگان اظهار داشتند که میل جنسی آنها نسبت به قبل کمتر شده است؛ به عنوان مثال یکی از مادران اظهار داشت: "بعد از زایمان، خودم سردتر شدم و زمانی که شوهرم تمایل به نزدیکی داشت، من تمایل نداشتم".

ترس از صدمه به جنین، ترس از سقط و مشکلات جسمی زنان مورد مطالعه باعث شد تا روابط جنسی کمتری داشته باشند و این فاصله، بر روابط جنسی زناشویی در دوره بعد از زایمان بی تأثیر نبود. مادری اظهار داشت: "در دوران بارداری در سه ماهه اول و سوم نزدیکی نداشتم. سه ماهه اول به خاطر اینکه می ترسیدم بچه ام سقط بشه و تو سه ماهه سوم برام سخت بود به خاطر اینکه شکمم بزرگ بود".

ترس از صدمه به جنین، یکی دیگر از دلایل تغییر رفتار جنسی مادران در دوران بارداری بود؛ "سر بچه اولم تا ۵ ماهگی نزدیکی داشتم ولی بعد از آن نزدیکی نداشتم چون می ترسیدم".

برخی مادران به دلیل مسائل طبی، منع روابط جنسی داشتند. یکی از مادران اظهار داشت: "در دوران بارداری چون جفتم پایین بود، دو ماه استراحت مطلق بودم و بعد از آن اسباب کشی داشتم و نزدیکی نداشتم".

تجربیات بیانگر این است که روابط جنسی در دوران شیر دهی می تواند متأثر از دوره بارداری باشد. یکی از مادران اظهار داشت: "رابطه نزدیکی جنسی مون رو از یک ماهگی شروع کردیم". و مادر دیگری بیان داشت: "رابطه جنسی را ۳۵ روز بعد از زایمان شروع کردیم".

شیردهی و احساس خستگی مادران به دلیل وظایف مادری، زمینه ساز کاهش روابط جنسی شده بود. یکی از مادران شروع روابط جنسی بعد از زایمان را بسیار سخت توصیف کرد؛ "اوایلش سخته، آدم زجر می کشه حالت بدی رو احساس می کنی مثل قبل نیست".

بسیاری از مشارکت کنندگان اظهار داشتند که از طریق ماساژ پستان، ارضاء می شدند و پستان های سنگین و پر شیر آنها مانع دستیابی به این وضعیت بود، رعایت این موضوع توسط همسران مادران شیرده، زمینه ساز کاهش میل جنسی بود. اگرچه این موقعیت می توانست به صورت موقت و گذرا باشد؛ چنانچه یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت: "تمایلم اوایلش کم بود بچه اذیت می کرد ولی بعد از آن دیگه عادت می کنی".

از دست دادن خلوت

مشارکت کنندگان، یکی از عوامل تأثیرگذار در تجربیات جنسی خود را، از دست دادن خلوت به دلیل هم اتاقی با شیرخوار ذکر کردند. خواباندن کودک در کنار خود باعث احساس معذوریت و پرهیز از روابط جنسی نزدیک می شد اگرچه در صورت لزوم، کودک به اتاق دیگری منتقل می شد؛ "بچه رو پیش خودمون می خوابونیم ولی وقتی بخوایم نزدیکی داشته باشیم بچه رو اتاق جدا می خوابونم".

یکی از مادران بیان داشت: "بچه رو شب ها کنار خودم می خوابونم، بچه ام کنارمه خیلی معذب هستم" یا مادری دیگری اظهار داشت: "بچه بزرگم زمانی که خونه مامانم می ره خیلی راحت ترم". حضور کودک در اتاق والدین، مانع بروز رفتارهای طبیعی و عمیق جنسی می شد؛ به عنوان مثال، شرکت کننده ای به صداهای تنفسی هنگام روابط نزدیک اشاره کرد: "به خاطر صداهای نفس زدن خیلی واسم سخته".

یکی از مادران، تجربه دوران کودکی خود را از مشاهده روابط نزدیک بین والدینش یادآوری کرد: "دوران کودکی یک بار نزدیکی پدر و مادر رو دیدم خیلی روم اثر گذاشت. یه چیزایی تو ذهنم بود به همین خاطر رعایت می کنم". از این رو تعویض اتاق و دور شدن از چشم کودک هنگام لحظات خاص را مهم می دانست. مادری بیان داشت: "وقتی می خوابه میذارمش رو تخت کنار

خودمون ولی وقتی بخوایم نزدیکی داشته باشیم اتاقمون رو عوض می کنیم".

در مجموع، مشارکت کنندگان به جای کناره گیری از روابط نزدیک در این دوران، راه هایی برای سازگاری را جستجو کردند و آن را به کار بستند؛ "مشکلاتی که سر راه بود را سعی کردیم حل کنیم به جای اینکه باهش بجنگیم".

وظایف مادری

وظایف متعدد والدینی و صرف وقت برای نیازهای کودک، شیردهی مکرر در طول شب، بیدار شدن های شیرخوار و به هم ریختن ساعت خواب می توانست باعث خستگی مادران و توجه کمتر به روابط جنسی نزدیک شود، همانگونه که مادری اظهار داشت: "شب به خاطر بچه ام بیدار بودم"، "بچه شب ها هر یکی دو ساعت شیر می خورد، خیلی خسته ام می کرد فقط دوست داشتم دراز بکشم و بخوابم". از این رو مادران، فراغ بال و فرصت کافی برای برخی وظایف زناشویی نداشتند. مادری اظهار داشت: "احساساتم نسبت به قبل خیلی کمتر شده، بیشتر به خاطر خستگی است، ساعت ها به هم ریخته به همین خاطر واسم سخته". مادری نعمت بزرگی است و مادران حاضر بودند هر سختی و به تبع آن، تغییرات لازم در زندگی خود را به راحتی بپذیرند. مادری بیان داشت "بیشتر توجهم به بچه ام هست"، "بعد از ۱۰ سال خدا بهم این بچه رو داد شکایتی نسبت به خستگی نداشتیم".

رعایت همسر

تقریباً تمام مشارکت کنندگان بر این باور بودند که همسرشان وضعیت آن ها را درک کرده و ملاحظه آنان را نموده و از زنان خود گله و شکایت نداشتند. یکی از مادران بیان داشت: "چون بچه از سینه شیر می خوره همسرم خودش رعایت می کنه" و یا مادر دیگری بیان کرد: "چون بچه شیر می خوره (همسرم) خودش زیاد مایل نبود، مانع نمی شدم اگر می خواست دست می زد"، "شوهرم تا الان گلایه ای نداشت، به تمایل من بستگی داره".

شوهران، شیردهی را مقدس دانسته و سعی در سازگاری با این وضعیت مادر داشتند؛ "وقتی شوهرم می بینه

(پستانم) شیر داره و بچه از اون می خوره دیگه طرفش نمی ره و اعتقاد داره که گناه داره. با هم کنار اومدیم".

به باور مشارکت کنندگان، مردان درک بالایی در این زمینه دارند و در صورت بروز مشکل آن را مطرح می کنند؛ "خیلی مراعات می کنه، دیگه مردا عاقل شدن و می دونن چه جوری رابطه داشته باشن"، "بعد از نزدیکی اگه رابطه خوبی نداشته باشیم سؤال می کنه چرا اونطوری شد".

بحث

مضمون اصلی این مطالعه، "کاهش روابط جنسی" بود. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، کاهش میل جنسی و کاهش دفعات فعالیت جنسی در بین زنان باردار و تشدید آن با پیشرفت بارداری شایع است (۱۰). در مطالعه رحیمی و همکار (۲۰۰۴)، نگرش و عملکرد جنسی ۳۲۹ زن باردار ۱۵ تا ۴۵ ساله در سه گروه و بر مبنای سن بارداری (چهار هفته آخر هر یک از سه ماهه های بارداری) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج مطالعه نشان دهنده افزایش نمره اختلال در عملکرد جنسی، میل جنسی و رضایت مندی از ارگاسم با پیشرفت بارداری بود (۱۱). در مطالعه نعمت ... زاده و همکاران (۲۰۱۱)، روند تغییرات عملکرد جنسی ۱۴۳ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر رشت در دوران بارداری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج، نشان دهنده کاهش میل جنسی به عنوان شایع ترین اختلال در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری بود (۱۲). در مطالعه خامیس و همکاران (۲۰۰۷)، اووآپسیتون و همکاران (۲۰۰۴) پائول و همکاران ۲۰۰۸ نیز تغییر در روابط جنسی در دوران بارداری گزارش شد (۱۳-۱۵).

در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان به دلایلی نظیر ترس از صدمه به جنین و یا مشکلات مامایی از جمله جفت سرراهی، سرویکس نارسا و سقط، از رابطه جنسی اجتناب می کردند. در مطالعه بایرامی و همکاران (۲۰۰۵)، سایل و همکاران (۲۰۰۱) و نیلسن و همکاران (۲۰۱۰) نیز رابطه جنسی به دلیل ترس از آسیب به جنین، سابقه سقط، مشکلات مامایی و رابطه جنسی کمتر شده بود (۵، ۱۶، ۱۷).

در مطالعه حاضر، توجه کمتر به روابط جنسی در دوران شیردهی، تجربه مشترک مشارکت کنندگان بود و در اکثر موارد، شروع روابط جنسی به یک تا سه ماه بعد از زایمان موکول می شد. در مطالعه شیروانی و همکار (۲۰۱۱)، بین شدت اختلال عملکرد جنسی و شیردهی به ویژه در سه ماهه اول بعد از زایمان ارتباط معنی داری وجود داشت (۴). در مجموع بر اساس نتایج مطالعات، مادران رابطه جنسی خود را از ماه اول و یا دوم بعد از زایمان شروع می کنند (۷، ۱۸).

در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان، شیردهی، تغییرات در پستان، خستگی ناشی از وظایف مادری و رسیدگی به کودک را عامل تغییر در روابط جنسی در دوران شیردهی می دانستند. در مطالعه شیروانی و همکار (۲۰۱۱) و رولند و همکاران (۲۰۰۵) نیز، خستگی در کاهش میل جنسی مؤثر بود (۴، ۱۹، ۲۰).

مادران مشارکت کننده در مطالعه، نوع زایمان و مشکلات آن و خونریزی دوره نفاس را نیز به عنوان عوامل تأثیرگذار بر روابط جنسی ذکر کردند. در مطالعه ستارزاده و همکاران (۲۰۰۷) نیز مشکلات زایمانی نظیر بخیه ها، به عنوان عوامل مداخله گر برای از سرگیری روابط جنسی ذکر شد (۲۱).

مشارکت کنندگان معتقد بودند از آنجایی که شیردهی و مراقبت از نوزاد، محوریت زندگی شان شده بود، لذا توجه کمتری به مسائل جنسی داشتند. در مطالعات دیگر مسائلی نظیر علاقه شدید به کودک، توجه کمتر به همسر و سایر تغییرات روان شناختی مانند احساس خستگی، نگرانی، ترس و تغییر در تصویر ذهن در دوره پس از زایمان گزارش شد (۲۱). زونوس و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود تفاوت قابل ملاحظه ای را در خصوص شروع روابط جنسی زوجین در سه اول بعد از زایمان نسبت به قبل را نشان دادند (۲۲).

آموزش به زنان برای گفتمان باز با همسران در خصوص مسائل جنسی دوران بارداری و شیردهی می تواند برای زوجین، مفید و سازنده باشد (۲۳). متون تحقیقی مورد بررسی در این مطالعه مؤید آن است که مسائل جنسی زنان می تواند متأثر از عواملی مانند شخصی و جسمی در بارداری و تغییرات در ارتباطات بعد از تولد نوزاد باشد.

دوران بارداری و شیردهی و همچنین حمایت های همسر، می توان مشکلات جسمی آن ها را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر با حمایت مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان اجرا شد، بدینوسیله از تمام مادرانی که خصوصی ترین تجارب خود را در اختیار محققان قرار دادند و همچنین از همکاری پرسنل محترم مراکز بهداشت، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

اگر چه عوامل اجتماعی و فرهنگی هنوز به اندازه کافی مورد مطالعه قرار نگرفته اند، اما در مجموع تفاوت های فرهنگی در خصوص مسائل جنسی در برخی از فرهنگ ها بسیار بارز است، لذا در مقایسه یافته های داخل کشور با مطالعات غربی می بایستی محتاطانه برخورد نمود.

نتیجه گیری

از آنجایی که نگرش و رفتارهای جنسی، آموختنی می باشند، با ارائه آموزش های لازم و مراقبت های مربوط به

منابع

1. Rahmani A, Merghati Khoei E, Sadeghi N, Allahgholi L. [Relationship between sexual pleasure and marital satisfaction] [Article in Persian]. Iran J Nurs 2011;24(70):82-90.
2. Sexual and reproductive health. Defining sexual health. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html. Access: June 14, 2013.
3. Trice-Black S. Perceptions of women's sexuality within the context of motherhood. Fam J 2010 Apr;18(2):154-62.
4. Ahmad Shirvani M, Bagheri Nesami M. [Sexual dysfunction and related factors among breast feeding women] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2011 Dec;14(5):36-42.
5. Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar Koocheksarai F, Pezeshki MZ. [Evaluation of sexual behaviors and some of its related factors in pregnant women, Tabriz, Iran 2005] [Article in Persian]. Urmia Med J 2009;20(1):1-7.
6. Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar Koocheksarai F, Pezeshki MZ. [Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2008;9(3):36:271-82.
7. Hasanzadeh Bashtian M. [Effective factors on woman's sexuality] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Inferti 2006;9(1):86-91.
8. Heidari M, Merghati Khoei E, Kiani A, Mohammadi Tabar S. [A study of the relationship between sexual activity and breastfeeding] [Article in Persian]. J Mazandaran Univ Med Sci 2009;19(70):54-60.
9. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 7th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2009.
10. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004 Feb;24(2):105-112.
11. Rahimi S, Seyyed Rasooli E. [Sexual behavior during pregnancy: a descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran. Payesh] [Article in Persian]. J Iran Inst Health Sci Res 2004;3(4):291-9.
12. Nematollahzade M, Maasoumi R, Lamyian M, Asghari Jafarabadi M. [Study of women's attitude and sexual function during pregnancy] [Article in Persian]. J Ardabil Univ Med Sci 2011;10(3):241-9.
13. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. J Sex Med. 2008 Aug;5(8):1915-22.
14. 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.
15. Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. J Med Assoc Thai 2004 Oct;87 Suppl 3:S45-9.
16. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. Obstet Gynecol 2001 Feb;97(2):283-9.
17. Nielsen HS, Steffensen R, Lund M, Egestad L, Mortensen LH, Andersen AM, et al. Frequency and impact of obstetric complications prior and subsequent to unexplained secondary recurrent miscarriage. Hum Reprod 2010 Jun;25(6):1543-52.
18. Bolourian Z, Ganjloo J. [Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar health care centers] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2007;31:163-70.
19. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. Int Urogynecol J. 2013 Jun 28
20. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Can Fam Physician 2005 Oct;51:1366-7.
21. Satarzadeh N, Zamanzadeh V, Zonuzi A. [Assessment of women's sexual experiences after child birth: a phenomenological study] [Article in Persian]. J Tabriz Univ Med Sci 2007;29(3):59-66.
22. Zonuzi A, Satarzadeh N, Zamanzadeh V. [Recognition of experienced psychologic varieties in women's sexual relationship after childbirth] [Article in Persian]. J Qazvin Univ Med Sci 2008;12(3):38-44.
23. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. J Sex Med 2012 Sep;9(9):2330-41.