

باورها و رفتارهای جنسی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان کرج سال ۱۳۹۰

دکتر عفت السادات مرقاتی خویی^۱، ملیحه افشار^۲، پریسا یاوری کیا^۳،

دکتر سکینه محمد علیزاده چرندابی^{۴*}

۱. استادیار گروه بهداشت خانواده، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۱۲

خلاصه

مقدمه: روابط جنسی سالم در دوران بارداری در سازگاری زندگی زناشویی و استحکام خانواده نقش تعیین کننده ای دارد. با توجه به وجود مطالعات محدود در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تعیین باورها و رفتارهای جنسی زنان باردار در طول سه ماهه اول بارداری انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۸۸ زن باردار ۱۴-۸ هفته دارای پرونده بهداشتی در ۴ مرکز بهداشتی - درمانی شهرستان کرج انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه فردی و تاریخچه باروری، پرسشنامه خود ساخته باور و نگرانی های جنسی زنان و روابط زناشویی در بارداری بود که توسط زنان باردار تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) و آزمون های تی مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ۸ نفر (۹٪) از زنان در زمینه روابط جنسی در بارداری اطلاعاتی از کارکنان بهداشتی دریافت کرده بودند و ۴۱ نفر (۴۷٪) از هیچ منبعی اطلاعاتی در این زمینه دریافت نکرده بودند. ۱۵ نفر (۱۷٪) از زنان در طی چهار هفته اخیر هیچگونه فعالیت جنسی نداشته و ۶۲ نفر (۷۰٪) کاهش دفعات فعالیت جنسی نسبت به قبل از بارداری را گزارش کردند. دلیل عمده کاهش روابط جنسی، هم در زنان و هم در مردان ترس از صدمه به جنین ذکر شد. ۴۷ نفر (۵۳٪) اظهار داشتند که جذابیت جنسی آنان نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته است و از نظر نوع رابطه جنسی، ۳۳ نفر (۳۷٪) از آنان در حین فعالیت جنسی، وضعیت مرد در بالا را داشتند. ۳۸ نفر (۴۳٪) داشتن رابطه جنسی دهانی مرد با زن، ۴۰ نفر (۴۵٪) رابطه جنسی دهانی زن با مرد و ۹ نفر (۱۰٪) رابطه مقعدی در طی چهار هفته اخیر را بیان کردند.

نتیجه گیری: برخی مشکلات و باورهای غلط در رفتار جنسی در دوران بارداری وجود دارد. بنابراین انجام مطالعات مداخلاتی برای ارتقاء سلامت جنسی در دوران بارداری ضروری به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: بارداری، باور جنسی، رفتار جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سکینه محمد علیزاده چرندابی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۴۳۱۳۶۲۷۶؛ پست الکترونیک: Alizades@tbzmed.ac.ir

مقدمه

بارداری دوره ای از تغییرات فیزیکی و احساسی است که با عوامل فرهنگی، اجتماعی و احساسی ارتباط داشته و می تواند بر رفتارها و زندگی جنسی زنان تأثیر بگذارد (۱). مشاهدات بالینی نشان داده اند که بارداری با تغییرات اساسی در نگرش و رفتارهای جنسی زنان همراه است (۲). تغییرات هورمونی دوران بارداری مانند افزایش سطح استروژن، پروژسترون و پرولاکتین ممکن است با ایجاد تغییراتی مانند تهوع و استفراغ، حساسیت پستان ها، افزایش وزن، نگرانی و خستگی، باعث کاهش میل و انگیزش جنسی شوند. به علاوه، مسائل فرهنگی، اجتماعی، قومی و مذهبی و همچنین ترس ها و افسانه ها (مانند ارتباط بین نزدیکی جنسی و آسیب به جنین، خونریزی، عفونت ها و شروع زایمان زودتر از موعد) از دلایل اجتناب از نزدیکی در طول بارداری گزارش شده اند (۳). این عوامل ممکن است بر روی پاسخ جنسی فرد و رابطه زوجین تأثیر منفی گذاشته و منجر به اضطراب و کاهش اعتماد به نفس زوجین و اختلال در بهداشت روانی خانواده شود (۴). عوامل فرهنگی، اطلاعات ناکافی و باورهای غلط بر نگرش زوجین تأثیر گذاشته و باعث ترس از مقاربت در دوران بارداری می شوند (۵). بسیاری از مشکلات جنسی زوجین، ناشی از کمبود دانش و تجربه، تصورات غلط جنسی و یا ناتوانی آنها در اظهار اولویت های جنسی خود می باشد (۶). مطالعات نشان داده اند که ضعف آگاهی و منفی بودن نگرش زوجین نسبت به رابطه جنسی در دوران بارداری باعث ایجاد اضطراب و تنش در آنها می شود (۷). باورهای بسیاری در بین زنان در ارتباط با برقراری رابطه جنسی در دوران بارداری وجود دارد که این باورهای غلط باعث محرومیت از ارتباط جنسی و عاطفی در این دوران شده و منجر به از هم گسیختگی بنیان خانواده می شود.

مطالعه باورها و رفتارهای جنسی زنان باردار در خصوص داشتن روابط جنسی در دوران بارداری باعث شناسایی باورهای نادرست شده و به کارکنان بهداشتی کمک می کند تا از طریق مشاوره با زنان باردار، این باورهای غلط را اصلاح کرده و موجب کاهش استرس و بهبود روابط جنسی زوجین شوند. با توجه به طولانی بودن دوران

بارداری و نقش تعیین کننده روابط جنسی در سازگاری زندگی زناشویی و استحکام خانواده، مطالعه حاضر با هدف تعیین باورها و رفتارهای جنسی زنان باردار در سه ماهه اول بارداری انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۸۸ زن باردار ۱۴-۸ هفته و دارای پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان کرج به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. پس از گرفتن مجوز از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد ۹۱۵ و مسئولین مربوطه در استان، از بین مراکز و پایگاه های شهر کرج، ۴ مرکز (ولیعصر، شهدای فردیس، طباطبائی، مشکین دشت) که بیشترین تعداد زنان باردار تحت پوشش را داشتند (حدود ۲۰۰ زن باردار در هر مرکز) انتخاب و از هر مرکز ۲۲ نمونه که معیارهای ورود به مطالعه حاضر را داشتند، انتخاب شدند. از آنجایی که این گزارش نتایج قسمت اول یک مطالعه مداخله ای می باشد، تعداد نمونه ها با استفاده از نرم افزار STATA (نسخه ۹/۲) و با در نظر گرفتن $SD1=6/2$ ، $m1=24/3$ و $SD2=8/6$ و اینکه در اثر مداخله حداقل ۱۵ درصد تغییر در میانگین ایجاد شود ($m2=29/5$)، سطح معنی داری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰، تعداد ۴۴ نفر در هر گروه مداخله و کنترل (۸۸ نفر در کل) تعیین شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار ۱۴-۸ هفته ای بودند که هیچ یک از موارد منع نزدیکی جنسی به دلایل پزشکی (تهدید به سقط، سقط اجتناب ناپذیر، سابقه سقط عادتی یا سرویکس نارسا، سابقه نازایی، بارداری چند قلو، سابقه زایمان زودرس یا پارگی زودرس پرده ها) و همچنین سابقه مشکل جنسی درمان نشده، اعتیاد، مصرف داروهای مؤثر بر پاسخ های جنسی، بیماری های جسمی یا روانی و طبی شناخته شده بنا به اظهار خود فرد، وقوع واقعه ناگوار در طی ۳ ماه قبل از مطالعه را نداشته و با همسر دائم خود زندگی می کردند و حداقل دارای سواد خواندن و نوشتن بودند. نمونه گیری با حضور پژوهشگر در مراکز بهداشتی-درمانی و دعوت حضوری از مراجعین واجد شرایط و یا از طریق دعوت تلفنی از

جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین صورت که نظر ۱۰ نفر از اساتید محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و یک متخصص ارتقاء سلامت جنسی در مورد سؤالات اعمال شد. پایایی پرسشنامه توسط بایرامی (۹) در تبریز مورد تأیید قرار گرفته است.

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده ها به صورت میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) به ترتیب برای متغیرهای کمی و کیفی گزارش شدند. جهت بررسی ارتباط بین مشخصات فردی و باروری افراد با امتیاز باور جنسی و نگرانی زنان از آزمون های تی مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه 27 ± 6 سال و میانگین مدت ازدواج آنها 3 ± 1 سال بود. سطح تحصیلات ۴۵ نفر (۵۱٪) از زنان متوسطه و ۸۱ نفر آنان (۹۲٪) خانه دار بودند. ۴۲ نفر (۴۸٪) از زنان بارداری اولشان بود. تنها ۸ نفر (۹٪) از افراد مورد مطالعه اظهار داشتند که در زمینه روابط جنسی در بارداری از کارکنان بهداشتی اطلاعات دریافت کرده اند و ۴۱ نفر از آنها (۴۷٪) از هیچ منبعی اطلاعاتی دریافت نکرده بودند (جدول ۱).

زنان بارداری که اسامی و شماره تماس آنها در دفاتر مراکز بهداشتی- درمانی ثبت شده بود، انجام گرفت. پژوهشگر از افراد واجد شرایط دعوت کرد تا در جلسه توجیهی که در همان مرکز بهداشتی- درمانی دارای پرونده برگزار می شود، شرکت نمایند. در آن جلسه، پژوهشگر پس از معرفی خود و ارائه توضیحات کامل تر در مورد اهداف و روش مطالعه، از افراد متمایل به شرکت در مطالعه، رضایت نامه آگاهانه کتبی دریافت کرد. پس از ارائه توضیحاتی در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه، پرسشنامه کد دار (بدون نام) در همان مکان توسط زنان باردار تکمیل و در جعبه مهرموم شده انداخته شد.

ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه فردی و تاریخچه باروری، پرسشنامه خود ساخته باور و نگرانی های جنسی زنان و روابط زناشویی در بارداری بود. پرسشنامه باور شامل ۸ بیانیه بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از درجه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم بود. برای بیانیه های با جهت مثبت به ترتیب نمره ۰ تا ۴ و برای بیانیه های با جهت منفی نمرات بر عکس داده شد. حداکثر امتیاز ۳۲ و حداقل امتیاز ۰ بود. پرسشنامه نگرانی شامل ۴ بیانیه بود که هر بیانیه به موارد نگرانی زیاد امتیاز ۰، نگرانی کم امتیاز ۱ و عدم نگرانی امتیاز ۲ داده بود. جمع امتیازات باور و نگرانی هر فرد محاسبه و در تعیین ارتباطات با برخی مشخصات فردی اجتماعی به کار برده شد. سؤالات روابط زناشویی در بارداری، شامل ۸ سؤال در زمینه چگونگی روابط جنسی در ۴ هفته اخیر بود.

جدول ۱- مشخصات افراد شرکت کننده در مطالعه بررسی باورها و رفتارهای جنسی در زنان باردار

مشخصات	تعداد (درصد)	مشخصات	تعداد (درصد)
سن (سال)	۲۷/۰ ± ۶/۰ *	زندگی با خانواده همسر	۱۱ (۱۲/۵)
مدت ازدواج (سال)	۳/۰ ± ۱/۰ *	نولی پاریته	۴۲ (۴۷/۷)
سطح تحصیلات زن		ناخواسته بودن بارداری	۱۹ (۲۱/۶)
ابتدایی، راهنمایی	۳۰ (۳۴/۱)	منبع اطلاعاتی	
متوسطه	۴۵ (۵۱/۱)	عدم دریافت اطلاعات	۴۱ (۴۶/۶)
دانشگاهی	۱۳ (۱۴/۸)	دوستان و اقوام	۱۴ (۱۵/۹)
سطح تحصیلات مرد		کتاب	۲۵ (۲۸/۴)
ابتدایی، راهنمایی	۴۴ (۵۰/۰)	کارکنان بهداشتی	۸ (۹/۱)
متوسطه	۳۴ (۳۸/۶)	سایر (ماهواره و ...)	۱ (۱/۱)
دانشگاهی	۱۰ (۱۱/۴)	لزوم آموزش جنسی در بارداری	۷۴ (۸۴/۱)
زنان خانه دار	۸۱ (۹۲/۰)	از دیدگاه زنان	

* این موارد به صورت میانگین و انحراف معیار گزارش شده اند. بقیه موارد تعداد (درصد) را نشان می دهند.

۴۷ نفر (۵۳٪) از زنان معتقد بودند که جذابیت جنسی زنان باردار نسبت به قبل از بارداری کاهش می یابد، ۳۶ نفر از آنان با امکان رد درخواست شوهر برای رابطه جنسی در صورت عدم تمایل شان (۴۱٪) و امکان داشتن لذت جنسی بدون مقاربت (۳۵٪) مخالف بودند. ۱۰ نفر (۱۱٪) از زنان معتقد بودند که مقاربت جنسی در دوران بارداری گناه است (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخ افراد مورد مطالعه در زمینه بیانیه‌های مربوط به باور در زمینه روابط جنسی در بارداری

بیانیه ها	کاملاً موافقم تعداد (درصد)	موافقم تعداد (درصد)	نظری ندارم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)
رابطه جنسی همان مقاربت است.	۱۶ (۱۸/۲)	۴۱ (۴۶/۶)	۲۳ (۲۶/۱)	۵ (۵/۷)	۳ (۳/۴)
زن و شوهر بدون مقاربت می‌توانند لذت جنسی داشته باشند.	۱۱ (۱۲/۵)	۳۰ (۳۴/۱)	۱۷ (۱۹/۳)	۲۶ (۲۹/۵)	۴ (۴/۵)
مقاربت جنسی در بارداری گناه است.	۳ (۳/۴)	۷ (۸/۰)	۲۲ (۲۵/۰)	۳۷ (۴۲/۰)	۱۹ (۲۱/۶)
جذابیت جنسی زن نسبت به قبل از بارداری کاهش می یابد.	۷ (۸/۰)	۴۰ (۴۵/۵)	۱۹ (۲۱/۶)	۱۷ (۱۹/۳)	۵ (۵/۷)
شکل بدنی زن باردار از نظر جنسی تحریک کننده است.	۵ (۵/۷)	۱۳ (۱۴/۸)	۴۰ (۴۵/۵)	۲۵ (۲۸/۴)	۵ (۵/۷)
اگر میل جنسی در بارداری زیاد شود، درخواست رابطه جنسی از شوهر دشوار است.	۲ (۲/۳)	۱۹ (۲۱/۶)	۳۱ (۳۵/۲)	۲۵ (۲۸/۴)	۱۱ (۱۲/۵)
در صورت عدم تمایل جنسی زن، می‌توان درخواست شوهر برای رابطه جنسی را رد کرد.	۴ (۴/۵)	۲۵ (۲۸/۴)	۲۳ (۲۶/۱)	۳۲ (۳۶/۴)	۴ (۴/۵)
توجه همسر به زن باردار نسبت به قبل از بارداری کاهش می‌یابد.	۳ (۳/۴)	۱۷ (۱۹/۳)	۷ (۸/۰)	۳۶ (۴۰/۹)	۲۵ (۲۸/۴)

اغلب زنان در سه ماهه اول بارداری، در هر چهار زمینه مطرح شده (صدمه دیدن جنین، عفونت، خونریزی، سقط) اظهار نگرانی (کم یا زیاد) در اثر مقاربت را داشتند (نمودار ۱).



نمودار ۱- درصد پاسخ‌ها در زمینه میزان نگرانی ها در زمینه‌های مختلف در اثر مقاربت (تعداد = ۸۸ نفر)

۱۵ نفر (۱۷٪) از زنان هیچگونه فعالیت جنسی در طی چهار هفته اخیر نداشتند و تعداد دفعات فعالیت جنسی ۶۲ نفر (۷۰٪) نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود. حدود ۳۷ نفر (۴۸٪) هم زن و هم مرد در کاهش

فعالیت جنسی نقش داشتند که دلیل عمده کاهش رابطه جنسی آنان ترس از صدمه به جنین ذکر شده بود. بیش از یک سوم (۳۷٪) زنان در حین فعالیت جنسی وضعیت مرد در بالا را داشتند (جدول ۳).

جدول ۳- مشخصات روابط جنسی در طی چهار هفته اخیر در زنان شرکت کننده در بررسی باورها و رفتارهای جنسی زنان باردار

مشخصات روابط جنسی	تعداد (درصد)	مشخصات روابط جنسی	تعداد (درصد)
وضعیت فعالیت جنسی نسبت به قبل از بارداری		نقش زوجین در کاهش یا نداشتن فعالیت جنسی*	
فعالیت جنسی نداشتند	۱۵ (۱۷/۰)	نقش زن	۲۵ (۳۲/۵)
کمتر از قبل	۶۲ (۷۰/۵)	نقش مرد	۱۵ (۱۹/۵)
تغییر نکرده	۹ (۱۰/۲)	هر دو به طور یکسان	۳۷ (۴۸/۱)
بیشتر از قبل	۲ (۲/۳)	مشکل جسمی به هنگام مقاربت*	
دلایل مردان برای کاهش فعالیت جنسی (بنا به گزارش زن)*		کمردرد	۶ (۶/۸)
ترس از صدمه به زن	۱۷ (۱۹/۳)	درد شکم	۸ (۹/۱)
ترس از صدمه به جنین	۲۸ (۳۱/۸)	سایر (تهوع، خستگی، درد ناحیه تناسلی)	۳ (۳/۳)
از دست دادن تمایل	۱ (۱/۳)	نداشته	۷۳ (۸۳/۰)
مشکلات ناشی از سایز بدن زن	۴ (۵/۲)	وضعیت های رابطه جنسی*	
سایر موارد	۳ (۳/۹)	مرد در بالا	۳۳ (۳۷/۴)
نداشته	۳۲ (۴۱/۶)	زن در بالا و چهره به چهره همسر	۱۴ (۱۸/۲)
دلایل زنان برای کاهش یا عدم فعالیت جنسی*		زن در بالا و چهره او مقابل پاهای همسر	۲ (۲/۶)
مشکلات جسمانی (تهوع، خستگی، حساسیت سینه ها، بزرگی شکم، کمردرد)	۷۷ (۱۰۰)	پهلوی به پهلو	۲۷ (۳۵/۱)
ترس از صدمه به جنین	۳۳ (۴۲/۹)	وضعیت سجده	۴ (۵/۲)
از دست دادن تمایل	۱۵ (۱۹/۵)	نداشته	۱۵ (۱۹/۵)
توصیه پزشک	۶ (۷/۸)		
سایر موارد (سابقه سقط، عدم دستیابی به وضعیت مناسب)	۵ (۵/۷)		

* به دلیل اینکه برخی از موارد بیش از ۱ مورد انتخاب شده، جمع درصدها بیش از صد می باشد.

۷۸ نفر از زنان اظهار داشتند که در طی چهار هفته داشته و ۱۰ درصد آنان رابطه مقعدی را بیان کردند اخیر رابطه جنسی دهانی مرد با زن و زن با مرد را (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی انواع ارتباطات جنسی در طی چهار هفته اخیر در زنان شرکت کننده در بررسی باورها و رفتارهای جنسی زنان باردار

نوع ارتباطات جنسی	بیش از یکبار در هفته	کمتر از یکبار در هفته	هرگز
در آغوش گرفتن	۵۲ (۵۹/۱)	۱۶ (۱۸/۲)	۲۰ (۲۲/۷)
رابطه دهانی مرد با زن	۱۱ (۱۲/۵)	۲۷ (۳۰/۷)	۵۰ (۵۶/۸)
رابطه دهانی زن با مرد	۱۴ (۱۵/۹)	۲۶ (۲۹/۵)	۴۸ (۵۴/۵)
رابطه مقعدی	۲ (۲/۳)	۷ (۸/۰)	۷۹ (۸۹/۸)

بین سن، سطح تحصیلات، سطح درآمد، تعداد بارداری و تعداد فرزندان با امتیاز باور جنسی و نگرانی زنان ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

بحث

بارداری با تغییرات بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی همراه است که این تغییرات به طور مستقیم و غیرمستقیم، به صورت آگاهانه و غیرآگاهانه بر روی روابط جنسی زنان تأثیر می‌گذارد. زنان در دوران بارداری تغییرات چشمگیری را در فیزیولوژی، ظاهر بدن و روابط خویش تجربه می‌کنند (۸). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نیمی از زنان اظهار داشتند که جذابیت جنسی آنها نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته است. در مطالعه بایرامی در تبریز ۴۸٪ زنان و در مطالعه پاولتا و همکاران (۲۰۰۹) در پرتقال ۴۱٪ زنان کاهش جذابیت جنسی نسبت به قبل از بارداری را گزارش کردند (۵، ۹). از آنجایی که نگرانی زنان باردار در مورد کاهش جذابیت جنسی شان می‌تواند منجر به مشکلات جنسی شود، لازم است کارکنان بهداشتی در زمینه اصلاح تصورات منفی از تغییرات ظاهری بدن با زنان باردار مشاوره کنند. در مطالعه حاضر اجتناب از فعالیت جنسی و کاهش دفعات رابطه جنسی بسیار شایع بود و دفعات رابطه جنسی اکثر زوجین کاهش یافته بود که افراد دلیل عمده آن را ترس از صدمه به جنین ذکر کردند. در مطالعه ازگلی و همکاران (۲۰۰۸) در تهران ۸۳ درصد زنان در سه ماهه اول بارداری و در مطالعه پاشا و همکاران (۲۰۰۷) در بابل ۷۲ درصد افراد کاهش رابطه جنسی نسبت به قبل را ذکر کردند (۱۰، ۱۱). مطالعه واناکوسیت و همکار (۲۰۱۰) در تایلند نشان داد تعداد دفعات نزدیکی، میل، رضایت جنسی و ارگاسم زنان در طی بارداری نسبت به قبل کاهش یافته است (۱). مطالعه اریلماز و همکاران (۲۰۰۴) در ترکیه دلایل کاهش دفعات نزدیکی جنسی در طی بارداری را خستگی، ترس از صدمه به جنین، ترس از سقط، القاء زایمان زودرس و کاهش میل جنسی ذکر کردند (۱۲). در مطالعه حاضر، اغلب زنان در زمینه صدمه به جنین، عفونت، خونریزی و سقط در اثر مقاربت اظهار نگرانی

داشتند. نعمت زاده و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود در تهران، بایرامی و همکاران (۲۰۰۸) در تبریز و پاشا و همکاران (۲۰۰۷) در بابل ترس از صدمه به جنین، ترس از سقط، ترس از زایمان زودرس و ترس از عفونت را در بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه نشان دادند (۱۱، ۱۳، ۱۴). در چندین مطالعه دیگر، زنان در مورد آسیب به جنین و عوارض مامایی در اثر نزدیکی جنسی نگران بودند، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۵، ۱۵-۱۷).

در مطالعه حاضر در حالی که بیش از چهار پنجم افراد مورد مطالعه آموزش جنسی در بارداری را ضروری می‌دانستند، تنها یک دهم آنان اظهار داشتند که از کارکنان بهداشتی در این زمینه اطلاعاتی دریافت کرده‌اند. بر اساس مطالعه یواپوسیتان و همکار (۲۰۰۴) در تایلند، تنها ۲۲٪ زنان باردار در زمینه روابط جنسی در بارداری اطلاعاتی از پزشک شان دریافت کرده بودند (۱۸). مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۶) در تهران نشان داد که حدود ۷۵٪ زنان باردار و ۶۰٪ همسران آنها نسبت به روابط جنسی در بارداری آگاهی نداشتند و خواستار مشاوره جنسی در دوران بارداری بودند (۷). این یافته‌ها ضرورت مشاوره در این زمینه را می‌رساند.

وضعیت های نزدیکی جنسی توصیه شده در بارداری شامل زن در بالا، پهلو به پهلو، دخول از پشت و چهار دست و پا می‌باشد (۱۹، ۲۰). در اغلب موارد زوجین به دلیل عدم آگاهی از وضعیت های نزدیکی جنسی در بارداری، از مقاربت اجتناب می‌کنند تا از وارد آوردن فشار به جنین جلوگیری نمایند (۲۱).

در مطالعه حاضر بیش از یک سوم افراد اظهار داشتند که در موقع فعالیت جنسی وضعیت مرد در بالا را داشتند که در مطالعه بایرامی (۲۰۰۵) در تبریز بیش از نیمی از زنان (۵۸٪) و در مطالعه لی و همکاران (۲۰۱۰) در تایوان حدود دو سوم زنان این وضعیت را گزارش کردند (۹، ۲۰). با توجه به اینکه وضعیت فعالیت جنسی درصد قابل توجهی از زنان مورد مطالعه به صورت مرد در بالا بوده است، بایستی با زوجین در مورد استفاده از وضعیت مناسب نزدیکی جنسی در طی بارداری و اینکه با پیشرفت بارداری و به منظور جلوگیری از مشکلات، نیاز به تغییر

پزشکان و کارکنان بهداشتی باید از طریق مشاوره، این باورهای غلط را اصلاح کرده و به زوجین اطمینان دهند در صورتی که مشکل پزشکی نداشته باشند، مقاربت در دوران بارداری بی خطر است و تهدیدی برای بارداری و جنین وجود ندارد. ممکن است این اطلاعات باعث کاهش نگرانی‌ها و افزایش رضایت جنسی زوجین شود. بنابراین توصیه می‌شود اطلاعات صحیح و علمی در رابطه با تغییرات فیزیکی و روانی دوران بارداری از طریق پرسنل بهداشتی ارائه شود و همچنین پمفلت‌ها یا کتابچه‌های ویژه‌ای در این زمینه تهیه و در اختیار زنان باردار و همسرانشان قرار گیرد. به دلیل وجود محدودیت در مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای با حجم نمونه بیشتر در زمینه باورهای جنسی زنان و مردان انجام شود.

نتیجه گیری

در این مطالعه تعداد زیادی از زنان و همسران آنها باورهای نادرستی در زمینه روابط جنسی در بارداری داشتند و از صدمه به جنین و عوارض مامایی در اثر فعالیت جنسی نگران بودند. عدم وجود روابط جنسی بدون وجود هیچ گونه دلیل طبی نیز نسبتاً شایع بود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر تصویب علمی و اخلاقی این طرح و نیز حمایت مالی آن و همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرج و کلیه پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی کرج تشکر و قدردانی می‌شود.

وضعیت دارند، مشاوره شود. در مطالعه ترکستانی نشان داده شد در افرادی که نحوه مقاربت طاقباز را برگزیده بودند، میزان زایمان زودرس افزایش یافته بود (۲۲).

اغلب زنان در طی بارداری نیازمند نزدیکی عاطفی با همسر خود هستند و بایستی نیاز خود را با همسرشان در میان بگذارند. بهتر است به زوجین تأکید شود که حتماً نباید نزدیکی و در آغوش گرفتن منجر به نزدیکی جنسی شود و سایر اظهارات جنسی مثل نوازش یکدیگر، ماساژ پاها، گرفتن دست‌ها، بوسیدن و بغل کردن می‌تواند راضی کننده باشند (۸). در یک مطالعه متاآنالیز مشخص شد که تماس‌های فیزیکی غیر ژنیتال در سه ماهه اول و دوم بارداری بدون تغییر باقی می‌ماند (۹۴٪ از زوجین بیش از یک بار در هفته یکدیگر را در آغوش می‌گیرند) (۲۳). در مطالعه بارتلاس و همکاران (۲۰۰۰) در کشور کانادا در حدود ۵۵٪ زنان باردار رابطه دهانی و ۷٪ رابطه مقعدی داشتند (۱۶). در مطالعه پاولتا و همکاران (۲۰۰۹) در کشور پرتغال حدود ۳۸٪ زنان رابطه دهانی و ۶۱٪ رابطه مقعدی داشتند (۵) که با نتایج مطالعه حاضر که ارتباطات جنسی نظیر در آغوش گرفتن (۷۷٪)، رابطه دهانی مرد با زن (۴۳٪)، رابطه دهانی زن با مرد (۴۵٪) و رابطه مقعدی (۱۰٪) در نمونه‌ها وجود داشت، همخوانی دارد.

از آنجایی که گزارش حاضر بخش ابتدایی از یک مطالعه کارآزمایی بالینی جهت بررسی تأثیر بسته آموزش جنسی بر باور و عملکرد جنسی زنان باردار صورت گرفته است و با توجه به اینکه حجم نمونه مورد بررسی برای مطالعه اصلی برآورد شده است، اطلاعات به دست آمده از این مطالعه ممکن است قابلیت تعمیم به کل جامعه نباشد. از جمله محدودیت‌های این مطالعه عدم شرکت مردان در مطالعه بود و اینکه اطلاعی از وضعیت جنسی زنان پیش از بارداری آنان در دست نبود. بنابراین

منابع

1. Wannakosit S, Phupong V. Sexual behavior in pregnancy: comparing between sexual
2. Tolor A, DiGrazia PV. Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. Arch Sex Behav 1976 Nov;5(6):539-51.
3. Serati M, Salvatore S, Sesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med 2010 Aug;7(8):2782-90.
4. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. BMJ 2004 Sep 4;329(7465):559-61. Review.
5. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med 2009 Jan;7(1 Pt 1):136-42.

6. Berek JS. Berek & Novak's gynecology, 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:314.
7. Heidari M, Kiani Asiabar A, Faghihzadeh S. [Couples knowledge and attitude about sexuality in pregnancy] [Article in Persian]. J Tehran Univ Med Sci 2006;64(9):83-9.
8. Ricci SS, Kyle T. Maternity and pediatric nursing. Philadelphia: Wolterskluwer; 2009:308-9,344.
9. Bayrami R. [Sexual experience in pregnant women referring to the public health centers in Tabriz] [Thesis in Persian]. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2005.
10. Ozgoli G, Dolatian M, Ozgoli M, Khoushabi K. [Changing sexual interest during pregnancy in woman referring to primary health care centers in shahid Beheshti University of Medical Sciences] [Article in Persian]. J Nurse Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci 2008;18(61):137-47.
11. Pasha H, Haj Ahmadi M. [Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors] [Article in Persian]. J Hormozgan Univ Med Sci 2007;10(4):343-8.
12. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. Gynecol obstet Invest 2004;57(2):103-8.
13. Nematollahzade M, Maasoumi R, Lamyian M, Asgharijafarabadi M. [Study of women's attitude and sexual function during pregnancy] [Article in Persian]. J Ardbil Uni Med Sci 2010;10(2):241-49.
14. Bayrami R, Satarzadeh N, Ranjbar Kouchaksarei F, Pezeshki M. [Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2008;9(3):271-82.
15. Sekumwong N, Chaovitsaree S, Ruggao 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.
16. Bartellas E, Crane J.M, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 2000 Aug;107(8):964-8.
17. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand 2005 Oct;84(10):934-8.
18. Uwapusanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. J Med Assoc Thai 2004 Oct;87 Suppl 3:S45-9.
19. Lowdermilk DL, Perry S. Maternity & women's health care. 9th ed. Philadelphia: Mosby; 2007.
20. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant woman. J Sex Marital Ther 2010;36(5):408-20.
21. Bayrami R, Satarzadeh N, Kouchaksarei FR, Pezeshki M. [Male sexual function and related factor in wife pregnancy] [Article in Persian]. J Ardbil Uni Med Sci 2008;8(4):356-63.
22. Torkestani F, Hadavand S, Davati A, Zafarghandi N, Savarsofli M. Effect of Coitus during the Second Half of Pregnancy on Pregnancy Outcome. J Med Daneshvar. 2009;16(80).
23. Von Sydow K. Sexually during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res 1999 Jul;47(1):27-49.