

## بررسی الگوی رفتار جنسی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار، تبریز، ۱۳۸۴

رقیه بایرامی<sup>۱</sup>، نیلوفر ستارزاده<sup>۲</sup>، دکتر فاطمه رنجبرکوچکسرائی<sup>۳</sup>، دکتر محمد زکریا پزشکی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۸۷/۰۱/۱۵، تاریخ پذیرش ۸۷/۱۱/۰۹

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** بارداری یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است و روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی متعدد این دوره دستخوش تغییر می‌شود. این مطالعه به منظور بررسی الگوی رفتار جنسی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار ساکن تبریز انجام شده است.

**مواد و روش کار:** در این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی الگوی رفتار جنسی در ۳۵۰ زن باردار مورد بررسی قرار گرفت. زنان شرکت کننده در این مطالعه به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. از آزمون مجذور کای برای تحلیل داده‌ها استفاده و مقادیر  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** در اکثریت زنان باردار میل جنسی (۵۸/۶٪) و تعداد مقاربت (۶۱/۱٪) نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش (بیش از ۵۰٪ از زنان باردار) علت کاهش روابط جنسی در بارداری را ترس از صدمه به جنین و عفونت ذکر کرده بودند. بین هر کدام از تجارب جنسی (تغییرات دفعات نزدیکی جنسی، رضایت جنسی، میل جنسی و ارگاسم) با ترس از صدمه به جنین به ترتیب با  $(p < ۰/۰۰۱)$ ،  $(p < ۰/۰۰۱)$ ،  $(p < ۰/۰۰۸)$  و  $(p = ۰/۰۲)$  ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت بهداشت و سلامت جنسی در زمان بارداری، ضرورت خدمات مشاوره‌ای و حضور افراد آگاه به مسائل رفتارهای جنسی در دوران بارداری در مراکز درمانی اهمیت پیدا می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** بارداری، تمایلات جنسی، رفتار جنسی، روان‌شناختی، رضایت

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیستم، شماره اول، ص ۷-۱، بهار ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: خوی، بیمارستان قمر بنی‌هاشم، رقیه بایرامی، تلفن تماس: ۰۹۱۴۴۶۱۳۰۴۴  
Email: rozabayrami@yahoo.com

### مقدمه

باعث عمیق‌تر شدن و از طرف دیگر باعث گسستگی روابط زناشویی شود (۲). ادامه فعالیت جنسی در طول بارداری باعث افزایش شناخت خود، افزایش قدرت در ارتباط جنسی، استحکام روابط زناشویی و استحکام قدرت بخشیدن به حقیقت فعالیت جنسی می‌شود (۳). روابط جنسی زوجین در بارداری تحت تاثیر عوامل جسمی - روانی و فرهنگی قرار می‌گیرد (۴). عواملی نظیر تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زن باردار، کنار گذاردن فعالیت جنسی و احساس گناه در مورد روابط جنسی در بارداری، تغییر تصور ذهنی فرد از بدن خود، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین، ترس از سقط و زایمان زودرس و غیره می‌توانند روی پاسخ جنسی فرد

رفتار جنسی در انسان تنها یک پاسخ فیزیولوژیک و یا یک رفتار روانی نیست بلکه ترکیبی از هر دو ساختار است (۱). آخرین تعریفی که سازمان بهداشت جهانی در رابطه با بهداشت جنسی ارائه داده این‌گونه است: یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود.

بارداری یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است و روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی متعدد دوران بارداری دستخوش تغییر می‌شود. بارداری می‌تواند هم

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان قمر بنی‌هاشم خوی (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> مربی مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز

<sup>۳</sup> دانشیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز

<sup>۴</sup> استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز

سه ماهه سوم (در مجموع ۳۵۰ زن باردار) به‌طور تصادفی و به نسبت مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی شهر تبریز و به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند.

افراد مورد پژوهش ساکن شهر تبریز بودند و بارداری فعلی را بدون داشتن عوارضی از قبیل جفت سر راهی، تهدید به سقط، فشار خون بارداری و دیابت سپری کرده و سابقه مصرف الکل، سیگار، داروهای موثر بر میل جنسی مانند داروهای ضد افسردگی و فشار خون و بیماری‌های روانی و جسمی نداشتند. در صورت سابقه ابتلاء هر کدام از افراد مورد پژوهش به اختلال جنسی درمان نشده از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بود. پرسشنامه مشتمل بر سه قسمت مشخصات فردی - اجتماعی، نگرش واحدهای مورد پژوهش نسبت به فعالیت جنسی در طول بارداری و تجارب جنسی بود. جهت روایی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوی استفاده گردید، جهت برآورد پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون برای سؤالات مربوط به تجارب جنسی  $r = 0/873$  بدست آمد. پرسشنامه در مورد همه نمونه‌ها به‌طریق مصاحبه و در محیط خلوت انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها، از طریق کامپیوتر با استفاده از نرم‌افزار SPSS، نسخه ۱۱ صورت گرفت. از آمار توصیفی جهت توصیف فراوانی مشخصات واحدهای مورد پژوهش و از آزمون آمار استنباطی مجذور کای در جهت تعیین ارتباط بین متغیرها استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی در زنان شرکت کننده در مطالعه  $(26/1 \pm 5/7)$  (دامنه ۱۷-۴۵ سال) بود. اکثر زنان شرکت کننده در مطالعه خانه‌دار  $(94/6\%)$  و دارای تحصیلات متوسطه  $(55/4\%)$  بودند. نوبت بارداری اکثر شرکت کنندگان  $(45/1\%)$  اولین بارداری بود. بارداری در اکثر نمونه‌های مورد مطالعه  $(80/3\%)$  خواسته و برنامه‌ریزی شده بود. مدت ازدواج در اکثریت آن‌ها  $(38/9\%)$  بیش از ۵ سال بود. میانگین و انحراف معیار تعداد مقاربت در مقایسه با قبل از بارداری و هم‌چنین با پیشرفت بارداری کاهش یافته بود (جدول شماره ۱). در اکثریت زنان باردار میل جنسی  $(58/6\%)$  و تعداد مقاربت  $(61/1\%)$  نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود. بیشترین میزان افزایش تعداد مقاربت  $(12/1)$  در سه ماهه دوم بارداری و بیشترین میزان کاهش میل جنسی در سه ماهه سوم بارداری  $(71/7\%)$  و کمترین میزان کاهش آن در سه ماهه دوم بارداری  $(22/7\%)$  بود (جدول شماره ۲). در رابطه با رضایت جنسی بیشترین میزان کاهش  $(62/5\%)$  در سه ماهه سوم و کمترین میزان کاهش  $(44/7\%)$  در سه ماهه دوم بارداری بود (جدول شماره ۲).

و در نهایت ارتباط زوجین تاثیر منفی گذاشته، اضطراب و عدم اعتماد به نفس زوجین را سبب شود و در نهایت بهداشت روانی خانواده را برهم زند  $(5)$ . در چنین شرایطی کم‌شدن روابط جنسی و یا قطع بدون دلیل آن می‌تواند باعث کم‌شدن ارتباط عاطفی و محبت‌آمیز از طرف همسر شده و بهداشت روانی خانواده را برهم زند.

نگرش و رفتارهای جنسی آموختنی هستند، بنابراین فعالیت‌های جنسی مشابه، می‌تواند برای افراد مختلف، معانی متفاوتی داشته باشد و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر یابد  $(3)$ . در طول بارداری میل جنسی و فعالیت جنسی زنان باردار و همسران‌ها غیر قابل پیش‌بینی بوده، ممکن است افزایش، کاهش یا بدون تغییر بماند  $(6)$ . اگرچه برقراری رابطه جنسی در بارداری بدون رعایت اصول صحیح عوارضی را برای مادر و جنین در پی دارد  $(4)$  با این وجود علم طب هیچ محدودیتی برای انجام فعالیت جنسی در یک بارداری طبیعی قائل نشده و می‌توان رابطه جنسی متعادل را به غیر از گروه پرخطر در طول بارداری ادامه داد  $(7,4)$ . کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه قاهره  $(1999)$  دستیابی به بالاترین استاندارد از اطلاعات و بهداشت جنسی را حق همه انسان‌ها می‌داند. هم‌چنین آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و رسیدگی به مشکلات جنسی زوجین از اجزاء اساسی و استاندارد مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد  $(4,8)$ . با توجه به این‌که عوامل اجتماعی - اقتصادی، قومی و فرهنگی در برداشت فرد و جامعه از تمایلات و رفتارهای جنسی موثر است و نظر به این‌که تمایلات و عملکرد جنسی بخشی از سلامت زنان بوده، تلاش در جهت تصحیح نگرش زوجین برای فعالیت جنسی در بارداری جهت کسب رضایت جنسی توصیه می‌شود. بنابراین شناسایی بیشتر رفتارهای جنسی زنان باردار و اخذ اطلاعات در زمینه عوامل زمینه‌ای موثر بر عملکرد جنسی انگیزه‌ای برای انجام تحقیقی با عنوان الگوی روابط جنسی زنان باردار ساکن شهر تبریز شده است.

### مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مقطعی (توصیفی - تحلیلی) بود که به‌منظور بررسی الگوی رفتار جنسی زنان باردار در تابستان سال ۱۳۸۴ در تبریز انجام گرفته است. جامعه پژوهش را کلیه زنان باردار دارای پرونده بهداشتی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر تبریز جهت دریافت خدمات و مراقبت‌های دوران بارداری تشکیل می‌دادند. پس از مطالعه طرح مقدماتی<sup>۱</sup> با تعداد پنجاه نمونه، ۸۰ زن باردار از سه ماه اول، ۱۵۰ نفر از سه ماهه دوم و ۱۲۰ نفر از

1- Pilot study

نتایج نشان داد میل جنسی با احساس جذابیت جنسی با  $(p < 0/001)$ ، ارتباط آماری معنی دار مستقیم داشت.

رضایت جنسی با میزان تحصیلات با  $(p = 0/02)$  ارتباط آماری معنی دار داشت به طوری که کاهش رضایت جنسی در بارداری در افراد با تحصیلات بالا کمتر بود. دفعات نزدیکی و میل جنسی با سن زنان باردار به ترتیب با  $(p = 0/02)$  و  $(p = 0/04)$  ارتباط آماری معکوس داشت. همچنین در سه ماهه آخر بارداری بین دیسپارونیا و احساس گناه از فعالیت جنسی ارتباط آماری معنی دار وجود داشت  $(P < 0/001)$ .

در سه ماهه دوم و سوم بارداری اکثریت واحدهای مورد پژوهش به ترتیب ۷۶٪ و ۵۳٪ یوزیشن flat (زن خوابیده به پشت) داشتند. در طول بارداری ۲۰٪/۳ از واحدهای مورد پژوهش هیچ گونه اطلاعی در مورد مسایل جنسی دریافت نکرده بودند. ۷۵٪ از نمونه‌ها بیان داشته بودند که باید مسائل جنسی توسط کارکنان بهداشتی با آن‌ها بحث شود.

**جدول شماره (۱):** میانگین و انحراف استاندارد تعداد مقاربت در ماه بر حسب زمان‌های قبل و طول بارداری در زنان باردار در مراکز بهداشتی درمانی تبریز، ۱۳۸۴

| انحراف استاندارد | میانگین |                     |
|------------------|---------|---------------------|
| ۵/۳۷             | ۷/۰۹    | قبل از بارداری      |
| ۴/۳۹             | ۳/۶۷    | سه ماهه اول بارداری |
| ۳/۶۳             | ۲/۷۸    | سه ماهه دوم بارداری |
| ۲/۵۳             | ۱/۳۵    | سه ماهه سوم بارداری |

در رابطه با توانایی رسیدن به ارگاسم در سه ماهه‌های مختلف بارداری نتایج نشان داد بیشترین میزان کاهش در سه ماهه سوم  $(/۷۰)$  و کمترین میزان کاهش در سه ماهه دوم  $(/۴۹/۲)$  بارداری بود (جدول شماره ۲).

اکثر واحدهای مورد پژوهش (حدود نیمی از زنان باردار) باور داشتند که رابطه جنسی در بارداری باعث صدمه به جنین و عفونت می‌شود (جدول شماره ۳). و علت کاهش روابط جنسی خود را ترس از صدمه به جنین و عفونت ذکر کرده بودند. در سه ماهه سوم بارداری، دیسپارونیا  $(/۲۴/۲)$  و بزرگی شکم  $(/۳۵/۸)$  عامل محدود کننده فیزیکی برای نزدیکی جنسی در زنان باردار بود (جدول شماره ۴).

بین رضایت جنسی و میل جنسی با تریمستر بارداری به ترتیب با  $(p = 0/01)$  و  $(p < 0/001)$  ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. بین هر کدام از تجارب جنسی (تغییرات دفعات نزدیکی جنسی، رضایت جنسی، میل جنسی و ارگاسم) با ترس از صدمه به جنین به ترتیب با  $(p < 0/001)$ ،  $(p < 0/001)$ ،  $(p = 0/008)$  و  $(p = 0/02)$  ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. به طوری که دفعات نزدیکی، رضایت جنسی، میل جنسی و ارگاسم با ترس از صدمه به جنین در طی نزدیکی کاهش یافته بود.

نتایج نشان داد تغییرات رضایت و میل جنسی در سه ماهه‌های بارداری با ترس از عفونت، به ترتیب با  $(p = 0/02)$  و  $(p = 0/04)$  ارتباط معکوس داشت. تغییرات دفعات نزدیکی، میل جنسی و رضایت جنسی با احساس گناه به ترتیب با  $(p = 0/01)$ ،  $(p < 0/001)$  و  $(p < 0/001)$  ارتباط آماری معنی دار داشت. به طوری که کاهش دفعات نزدیکی، میل جنسی و رضایت جنسی در افرادی که مقاربت را در طول بارداری امری گناه و غیراخلاقی می‌دانستند بیشتر بود.

**جدول شماره (۲):** تغییرات تجارب جنسی در مقایسه با قبل از بارداری در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری زنان باردار در مراکز بهداشتی

درمانی تبریز، ۱۳۸۴

| سه ماهه بارداری    | سه ماهه اول |          |             | سه ماهه دوم |          |             | سه ماهه سوم |          |             |
|--------------------|-------------|----------|-------------|-------------|----------|-------------|-------------|----------|-------------|
|                    | کم شده      | زیاد شده | تغییر نکرده | کم شده      | زیاد شده | تغییر نکرده | کم شده      | زیاد شده | تغییر نکرده |
| فراوانی تجربه جنسی | ۴۵          | ۵۶/۳     | ۷           | ۸/۸         | ۲۸       | ۳۵          | ۲۸          | ۱۱/۳     | ۹           |
| دفعات مقاربت       | ۴۵          | ۵۶/۳     | ۷           | ۸/۸         | ۲۸       | ۳۵          | ۲۸          | ۱۱/۳     | ۹           |
| رضایت جنسی         | ۴۸          | ۶۰       | ۹           | ۱۱/۳        | ۲۳       | ۲۸/۸        | ۶۷          | ۴۴/۷     | ۲۱          |
| میل جنسی           | ۴۹          | ۶۱/۳     | ۶           | ۷/۵         | ۲۵       | ۳۱/۳        | ۷۰          | ۴۶/۷     | ۳۴          |
| رسیدن به ارگاسم    | ۴۴          | ۵۵       | ۹           | ۱۱/۳        | ۲۷       | ۳۳/۸        | ۷۴          | ۴۹/۳     | ۱۶          |

**جدول شماره (۳):** توزیع فراوانی نوع نگرش زنان باردار نسبت به رابطه جنسی در بارداری در مراکز بهداشتی - درمانی تبریز، ۱۳۸۴

| متغیرها                         |      | بلی   |      | خیر   |      | نظری ندارم |      |
|---------------------------------|------|-------|------|-------|------|------------|------|
| تعداد                           | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد      | درصد |
| ۱۸۳                             | ۵۲/۳ | ۷۸    | ۲۲/۳ | ۸۹    | ۲۵/۴ |            |      |
| مقاربت باعث صدمه به جنین می‌شود |      |       |      |       |      |            |      |
| ۱۵۲                             | ۴۳/۴ | ۸۲    | ۲۳/۴ | ۱۱۶   | ۳۳/۱ |            |      |
| مقاربت باعث زایمان زودرس می‌شود |      |       |      |       |      |            |      |
| ۱۷۲                             | ۴۹/۱ | ۸۵    | ۲۴/۳ | ۹۳    | ۲۶/۶ |            |      |
| مقاربت باعث سقط می‌شود          |      |       |      |       |      |            |      |
| ۲۰۱                             | ۵۷/۴ | ۵۸    | ۱۶/۶ | ۹۱    | ۲۶   |            |      |
| مقاربت باعث عفونت می‌شود        |      |       |      |       |      |            |      |
| ۱۲۸                             | ۳۶/۶ | ۱۷۹   | ۵۱/۱ | ۴۳    | ۱۲/۳ |            |      |
| جذابیت جنسی ام کاهش یافته است   |      |       |      |       |      |            |      |
| ۱۳۰                             | ۳۷/۱ | ۱۸۰   | ۵۱/۴ | ۴۰    | ۱۱/۴ |            |      |
| مقاربت در طول بارداری گناه است  |      |       |      |       |      |            |      |

**جدول شماره (۴):** توزیع فراوانی عوامل فیزیکی موثر بر فعالیت جنسی زنان باردار در مراکز بهداشتی - درمانی تبریز، ۱۳۸۴

| متغیرها          | سه ماهه اول |       | سه ماهه دوم |      | سه ماهه سوم |      |
|------------------|-------------|-------|-------------|------|-------------|------|
|                  | تعداد       | درصد  | تعداد       | درصد | تعداد       | درصد |
| دیسپارونیا       | ۱۳          | ۱۶/۲۵ | ۲۹          | ۱۹/۳ | ۲۹          | ۲۴/۲ |
| کرامپ شکمی       | ۲۲          | ۲۷/۵  | ۱۹          | ۱۲/۷ | ۲۲          | ۱۸/۳ |
| بی اختیاری ادرار | ۵           | ۶/۲۵  | ۱           | ۰/۶  | ۵           | ۴/۲  |
| بزرگی شکم        | ۰           | ۰     | ۴۳          | ۲۸/۶ | ۴۳          | ۳۵/۸ |

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد با پیشرفت بارداری تعداد نزدیکی کاهش می‌یابد به طوری که میانگین تعداد نزدیکی در طول حاملگی ۲/۶ بار در ماه در مقایسه با ۷ بار در دوره قبل از بارداری بوده است. مطالعات متعددی که تعداد مقاربت را در طول بارداری مورد بررسی قرار داده‌اند نشان داده‌اند که تعداد مقاربت در طول بارداری کاهش می‌یابد و در سه ماهه سوم بارداری به کم‌ترین میزان خود می‌رسد (۹-۱۱).

در پژوهش حاضر نشان داده شد که کاهش دفعات نزدیکی، رضایت جنسی، میل جنسی و رسیدن به ارگاسم در سه ماهه دوم کمتر و در سه ماهه سوم بارداری بیشتر بود. مشابه با نتایج مطالعه فعلی Erol و همکاران کاهش نمره عملکرد جنسی زنان باردار را در سه ماهه سوم بارداری در مقایسه با سه ماهه اول و دوم را نشان دادند (۱۲). در مطالعه رحیمی و همکارش در تبریز نیز مشکل میل جنسی زنان باردار با پیشرفت بارداری بیشتر شده بود (۹). در مطالعه حیدری و همکاران در تهران، کاهش میل جنسی، رضایت‌مندی جنسی و توانایی در رسیدن به ارگاسم زنان باردار

نسبت به قبل از بارداری نشان داده شده است به طوری که میل جنسی در ۵۸/۹٪ و رضایت جنسی در ۴۷/۶٪ آن‌ها نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود که در زمینه کاهش میل جنسی، نتایج با مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۱). مشابه با نتایج مطالعه حاضر در یک متآنالیز نیز، اختلال در ارگاسم و عدم رضایت از رسیدن به ارگاسم در سه ماهه سوم بارداری بیشتر بود (۱۳). به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی که در سه ماهه دوم بارداری رخ می‌دهد انجام فعالیت جنسی در این دوره برای اکثر زنان راحت‌تر است. به طوری که Kolman & Kolman می‌نویسد: زنان در سه ماهه دوم بارداری افکار جنسی بیشتری داشته، رویا، خواب و خیال‌های جنسی را تجربه کرده و رفتارهای جنسی را شروع می‌کنند (۱۴). حیدری و همکاران در تهران (۱۵)، رحیمی و همکارش در تبریز (۹) و پاشا و همکاران در بابل (۱۰) در مطالعات جداگانه ترس از صدمه به جنین، ترس از سقط، ترس از زایمان زودرس و ترس از عفونت را در بیش از نیمی از زنان مورد پژوهش خود نشان داده‌اند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ای که در تایوان انجام گرفته ۸۰٪ از زنان نگران آسیب به جنین در روابط جنسی خود

بودند (۱۶) که این رقم در مقایسه با نتایج پژوهش ما قابل ملاحظه است.

در پژوهش حاضر ارتباط بین هر کدام از تجارب جنسی (تغییرات دفعات نزدیکی جنسی، رضایت جنسی، میل جنسی و رسیدن به ارگاسم) با ترس از صدمه به جنین و گناه دانستن رابطه جنسی در دوره بارداری نشان داده شد.

نتایج مطالعه کیفی شجاع در گرگان، حاکی از این است که زنان باردار به دلیل ترس از صدمه به جنین و احساس گناه و هم‌چنین راحتی خود از رابطه جنسی در دوران بارداری خودداری می‌کنند (۱۷). هم‌چنین رحیمی (۹) در مطالعه خود ارتباط کاهش میل جنسی را با ترس از عفونت، صدمه به زن، احساس گناه از رابطه جنسی را نشان داده است. در مطالعه حسن زهرایی (۱۸) در اصفهان ارتباط ترس از صدمه به مادر و جنین و اعتقادات مربوط به رابطه جنسی در بارداری با اختلال روابط زناشویی نشان داده است. پاشا و همکاران نیز ارتباط ترس از صدمه به جنین و کاهش دفعات رابطه جنسی در سه ماهه اول بارداری را نشان داده‌اند (۱۰). هم‌چنین در مطالعه دیگری ارتباط بین ترس از صدمه به جنین و روابط جنسی نشان داده شده است (۱۹).

از طرفی نتایج مطالعه حاضر ارتباط میل جنسی با احساس کاهش جذابیت جنسی با  $(p < 0/001)$ ، را نشان داد. در این راستا مطالعات متعددی تاثیر تغییرات آناتومیکی، تغییر تصور ذهنی فرد، احساس کاهش جذابیت جنسی برای همسر بر روی پاسخ جنسی فرد در بارداری را نشان داده‌اند (۵، ۱۸).

در این پژوهش بیش از نیمی از زوجین به هنگام رابطه جنسی وضعیت بدنی زن خوابیده به پشت (Flat) داشتند که ممکن است این وضعیت بدنی ترس از صدمه به جنین را در زوجین سبب شود. در مطالعه رحیمی نیز اکثریت قابل توجهی از زنان باردار در سه ماهه دوم و سوم بارداری چنین موقعیت‌های بدنی را داشتند (۹). نتایج مطالعه لزوم آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی در دوران بارداری از طرف مراقبین بهداشتی را نشان می‌دهد.

در سه ماهه سوم احساس گناه از فعالیت جنسی با دیسپارونیا ارتباط آماری معنی‌دار داشت که این یافته با نتایج پژوهش رحیمی هم‌خوانی دارد (۹). مقاربت دردناک می‌تواند سبب تحریک ناپذیری جنسی، نرسیدن به ارگاسم و عدم میل جنسی گردد (۲۰). توجه به این نکته مهم است که دیسپارونیا هم به‌عنوان علامت و هم به‌عنوان علتی برای مشکلات جنسی محسوب می‌شود و باید طی مشاوره جنسی در مراقبت‌های پری ناتال با دقت به این موضوع برخورد شود و عوامل ایجاد کننده آن درمان شود.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات (۱۳، ۲۱) به‌نظر می‌رسد مقاربت دردناک، احساس انقباضات رحمی به علت

آزادسازی اکسی توسین ناشی از ارگاسم متعاقب مقاربت جنسی، ترس از عفونت، ترس از صدمه به جنین سبب ناراضی‌تی زن از انجام مقاربت در بارداری می‌شود. هم‌چنین در سه ماهه آخر بارداری به علت بزرگی شکم زن باردار و عدم دستیابی به یک پوزیشن مناسب، مقاربت محدود گردد.

نتایج تحقیق وجود ارتباط معکوس سن با دفعات نزدیکی و میل جنسی را نشان داد هم‌چنین نشان داده شد که کاهش رضایت جنسی در افراد با تحصیلات بالا کمتر است که با نتایج پژوهش پاشا (۱۰) هم‌خوانی دارد.

سیدو (۱۹۹۹) نشان داد ارتباطی بین متغیرهای جنسی و مشخصات دموگرافیک در بارداری و بعد از زایمان مانند تحصیلات، ملیت، وضعیت مالی، مدت ارتباط، شغل و طبقه اجتماعی و رضایت شغلی وجود ندارد (۱۳). در پژوهش فعلی ارتباط بین میزان تحصیلات و درآمد با اختلال جنسی نشان داده شد که با نتایج مطالعه سیدو مغایرت دارد که دلیل آن را می‌توان اختلافات فرهنگی و اقتصادی - اجتماعی موجود در دو جامعه را ذکر کرد.

۷۵٪ از نمونه‌ها بیان داشته بودند که باید مسائل جنسی توسط کارکنان بهداشتی با آن‌ها بحث شود. که این یافته‌ها با نتایج مطالعه حیدری (۱۱) هم‌خوانی دارد.

با توجه به مقایسه نتایج مطالعات انجام گرفته در جوامع مختلف و با فرهنگ‌های گوناگون در کشور به نظر می‌رسد در اکثر مطالعات باورها و تصورات غلط، نگرش منفی و عدم فهم صحیح از تغییرات جسمانی و هیجانی زوجین در دوران بارداری باعث تغییر در رفتار جنسی زنان باردار می‌شود که در این مورد توجه به لزوم آموزش و مشاوره روابط جنسی در طول و قبل از بارداری و ارائه اطلاعات و آگاهی و نگرش مثبت و رفتار در خصوص جنس و هویت جنسی، نحوه ارتباط، اعتماد به نفس در برابر جنس مخالف اهمیت پیدا می‌کند (۲۲).

پیشنهاد می‌شود در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، ادغام مشاوره جنسی با مراقبت‌های دوران بارداری و ارتقاء دانش جنسی پرسنل بهداشتی از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی ضمن خدمت در زمینه مسائل جنسی انجام گیرد. در نهایت توجه به بهداشت جنسی زوجین و تشخیص نگرانی‌های آن‌ها و کمک به رفع این نگرانی‌ها و بهبود عملکرد جنسی باید از محورهای اصلی مراقبت‌های دوران بارداری قرار بگیرد.

#### (محدودیت‌های مطالعه)

در این مطالعه برای جلوگیری از این که واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را نسبت به مسائل جنسی بیان نکنند با توضیح این که محتوای پرسشنامه کاملاً محرمانه بوده و لازم به ذکر نام و نام خانوادگی نبوده تا حدودی کنترل شد. با توجه به

افراد در بیان صریح مسائل خود از محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگر می‌باشد.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه با حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری - مامایی تبریز انجام گرفت که کمال تشکر را اعلام می‌داریم.

### References:

- Ghavam M, Tasbih sazan R. Prevalence and diversity of sexual disorders among male and female patients in a family health care clinic, Tehran-Iran. *Urmia Med J* 2008; 18(4):634-9.
- Jahanfar SH, Molaeezhad M. Textbook of sexual disorders. Tehran: Salemi & Bizhe Pub; 2002. P.11-61.
- Lee JT. The meaning of sexual satisfaction. *J Midwifery Women's Health* 2002;47(4); 278-86
- Andrews G. Womens sexual health. 2<sup>nd</sup> Ed. Edinburgh: Bailliere Tindal Pub; 2001. P.161-72.
- Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *BMJ* 392; 2004: 587-9.
- Murrage SS, Corrie T. Foundation of maternal newborn nursing. 3<sup>rd</sup> Ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2002. P. 164-6.
- Sanfilippo JS, Smith RP. Primery care in obstetrics and gynecology. New York: Springer Press; 1998. P. 510-2.
- Lowdermik DI, Perry SE, Bobak IM. Maternity and womens health care. 7<sup>th</sup> Ed. London: Mosby Co; 2000. P. 418-20.
- Rahimi S, Seyyed Rasooly E. Sexual behavior during pregnancy: a descriptive study of pregnant women in Tabriz. *Payesh J* 2004; 3(4): 291-9.
- Pasha H, Haj Ahmadi M. Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors, Babol, Iran. 2004. *Med J Hormozgan Uni* 2007; 10(4):343-8.
- Heydari M, Mohammadi Kh, Faghihzadeh S. The study of sexuality changes during pregnancy. *Daneshvar Med* 2005;13(61):32-27.
- 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;4(5):1381-7.
- Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after child birth: a meta content analysis of 59 studies of psychosomatic research. *J Psychosomat Res* 1999; 47(1):27-49.
- Nichols FH, Humenick SS. Child birth education. 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2000. P.49-63.
- Heidari M, Kiani Asiabar A, Faghih Zadeh S. Couples knowledge and attitude about sexuality in pregnancy. *Tehran Uni Med J* 2006;64(9):83-9.
- Senkumwong N, Chaovitsaree S, Ruggao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2006;89(14):124-9.
- Shojaa M, Joybari L, Sanagoo A. Current believes about sexual intercourse during pregnancy among pregnant women. *Iranian J Psychiat Clin Psychol* 2008;14(2(53)):220-1.
- Hassan Zahraee R, Shafie K, Bashardoost N, Reihani M, Jaberi P. Study of the related factors in couple' sexual relationship during pregnancy. *J Qazvin Uni Medical Sci* 2002;(20):62-7.
- Oruc S, Esen A, Lacin S, Adiguzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behavior during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1999;39(1):48-50.

- 
20. Buther J. Female sexual problems: female sexual pain and sexual fear. *West J Med* 1999;171:358-60.
21. Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2002;76:219-23.
22. Bayrami R, Haghghi Moghaddam Y. Sexuality during pregnancy. Ghom: Mehr. e Amirmomenin Pub; 2006. P.69-80.