

عملکرد جنسی مردان و عوامل مرتبط با آن در دوره بارداری همسر

رقیه بایرامی^۱، نیلوفر ستارزاده^۲، فاطمه رنجبر کوچکسرائی^۳، محمد زکریا پزشکی^۴

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان قمر بنی هاشم، خوی، ایران E-mail: rozabayrami@yahoo.com

^۲ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی ^۳ گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی ^۴ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بارداری یکی از حساسترین دوره‌های زندگی زنان است و روابط جنسی و زناشویی زوجین در اثر تغییرات فیزیکی و روانشناختی متعدد این دوره دستخوش تغییر می‌شود. توجه ناکافی به امور جنسی در دوران بارداری می‌تواند باعث بروز اختلال در عملکرد جنسی هر کدام از زوجین شود. این مطالعه با هدف بررسی عملکرد جنسی مردان و عوامل مرتبط با آن در دوره بارداری همسر انجام شده است.

روش کار: مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود. جامعه پژوهش شوهران ۳۵۰ نفر زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تبریز بودند که در دو مرحله به روش طبقه بندی شده انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه استاندارد تجارب جنسی آریزونا-مردان بود که به طریقه مصاحبه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ صورت گرفت. از آمار توصیفی جهت توصیف فراوانی و از آزمون آمار استنباطی مجذور کای جهت تعیین ارتباط بین متغیرها استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۲۱/۳٪ مردان در سه ماهه اول، ۱۹/۳٪ در سه ماهه دوم و ۲۸/۳٪ در سه ماهه سوم بارداری همسر خود، اختلال عملکرد جنسی داشتند. ناتوانی در رسیدن به ارگاسم شایعترین نوع اختلال عملکرد جنسی مردان در هر یک از سه ماهه های بارداری همسر بود. ۶۴/۹٪ از مردان اظهار کرده بودند که دفعات برقراری رابطه جنسی نسبت به قبل از بارداری کاهش پیدا کرده است که ۴۶/۶٪ از آنها ترس از صدمه رسیدن به جنین در اثر رابطه جنسی را دلیل اصلی این کاهش ذکر کرده بودند. ارتباط آماری معنی داری بین اختلال عملکرد جنسی با ترس و نگرانی از آسیب به جنین و احساس گناه از برقراری رابطه جنسی وجود داشت. کاهش نزدیکی جنسی باعث اختلال عملکرد جنسی در مردان شده بود.

نتیجه گیری: بر اساس این مطالعه آگاهی و عقاید مردان در مورد فعالیت جنسی در بارداری عملکرد جنسی آنها را در این دوران تحت تاثیر قرار می‌دهد. لذا ارائه آموزش‌های لازم در این زمینه توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، بارداری، روابط جنسی، تمایلات جنسی

پذیرش: ۸۷/۸/۷

دریافت: ۸۶/۱۱/۲۵

مقدمه

تمایلات جنسی بعنوان یکی از معیارهای مهم سلامت انسان بوده و شامل ابعاد فیزیولوژیکی، روانی-اجتماعی، تکامل و پاسخ جنسی می‌باشد [۱]. غریزه جنسی یکی از مهمترین نیازهای انسان است که موجب بقای نسل و تولید مثل می‌گردد و محققین آن را به عنوان زیر بنای تشکیل خانواده پذیرفته و ارضای آن را بسیار مهم

و ضروری میدانند. تحقیقات نشان می‌دهد نارسائیهای جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، بیماریهای روانی و طلاق دارد. همچنین عصبی بودن، بروز دردهای زیر دل و کمردردها، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام امور روزمره نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضاء غریزه جنسی است. در حالیکه عملکرد جنسی

گرفتند که ترس و احتمال آسیب به مادر و جنین سبب کاهش روابط جنسی مردان در اواخر بارداری شده است [۶]. اکثر شوهران زنان باردار نیز، کاهش در میل جنسی و فعالیت جنسی دارند که عامل آنرا بد ریخت شدن اندام 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 [۷].

بر اساس مطالعه اسمیت معمولاً خشونت از دوره بارداری شروع می شود زیرا زنان در این زمان از رابطه جنسی خودداری می کنند [۸].

در مطالعاتی مردان اولین ارتباط جنسی خارج از محدوده خانواده را در دوره بارداری همسر تجربه می کنند [۱۰،۹]. از طرف دیگر در متآنالیز ۵۹ مطالعه نشان داده شده که اگر زوجین در طول بارداری فعالیت جنسی داشته باشند و از آن لذت ببرند، ارتباطات، ملاحظت و نرمی 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 [۱۱].

آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و رسیدگی به مشکلات جنسی زوجین از اجزای اساسی و استاندارد مراقبتهای بهداشتی می باشد [۱۳،۱۲]. علیرغم اهمیت روابط جنسی در بهداشت جسمی و روانی انسان، توجه ناکافی به امور جنسی در ایران به ویژه در دوران بارداری کاملاً مشهود است و بخصوص مطالعات کمتری در زمینه مسائل جنسی مردان در این دوره انجام گرفته، لذا سعی در بالا بردن اطلاعات در مورد این اولویت مهم، انگیزه ای برای انجام تحقیقی با عنوان عملکرد جنسی مردان در دوره بارداری همسر و عوامل مرتبط با آن شده است.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بود که به منظور بررسی عملکرد جنسی مردان در دوره بارداری همسر در تابستان سال ۱۳۸۴ در تبریز انجام گرفته است. جامعه پژوهش را شوهران کلیه زنانی که جهت

مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه ای برای بدست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است. چه بسا زوجیهایی که دارای نارسایی جنسی بوده و خود از تأثیر نارسایی بر مشکلات زندگی زناشویی و نقش آن در ایجاد ارتباط ضعیف، اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافل می باشند [۲].

بر اساس DSM-IV^۱ (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی- روانی) اختلال عملکرد جنسی به عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام رابطه جنسی تعریف شده است و به هفت طبقه عمده تقسیم می شود [۳]. معیار اختلال عملکرد جنسی را ناتوانی فرد برای شرکت در رابطه جنسی دلخواه می دانند و معتقد است که این اختلالات ممکن است نشانه ای از مشکلاتی با منشأ زیست شناختی (بیولوژیک) یا تعارضات درون روانی یا بین فردی (روانزاد) یا ترکیبی از این عوامل باشد. هر نوع استرس، اختلالات هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی کارکرد جنسی میتواند روی کارکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد [۱]. در یک مطالعه نشان داده شده که ۵۲-۱۰٪ از مردان و ۶۳-۲۵٪ زنان دچار اختلال عملکرد جنسی هستند [۲] و مطالعه دیگر اختلال در هر یک از مراحل سیکل پاسخ جنسی را در ۲۰ تا ۳۰٪ از مردان و ۴۰ تا ۴۵٪ از زنان، نشان داده است [۴].

فعالیت جنسی طی بارداری تحت تأثیر تغییرات فیزیکی و هیجانی و همچنین عقاید و باورها قرار میگیرد، اما بیشتر مشکلات جنسی این دوران ناشی از باورها و تصورات غلط و عدم درک صحیح از تغییرات فیزیکی و هیجانی طی حاملگی است. به طوریکه کم شدن ارتباط جنسی و یا قطع بدون دلیل آن می تواند باعث کم شدن ارتباط عاطفی و محبت آمیز از سوی همسر شده و باعث اضطراب و عدم اعتماد به نفس در مادر گردد [۵]. در مطالعه ستارزاده و همکاران بر اساس سوالی که بطور غیر مستقیم از زنان باردار در مورد مشکلات شوهرشان پرسیده شده بود، نتیجه

^۱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز مراجعه کرده و دارای پرونده بهداشتی بودند تشکیل می‌داد. برای نمونه گیری و دسترسی به افراد مورد پژوهش، ابتدا مراحل اولیه نمونه گیری از زنان باردار شروع شد بطوریکه پس از مطالعه پابلوت با تعداد پنجاه نمونه برای هر سه ماهه، تعداد نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2 pq}{d^2}$ با در نظر گرفتن متغیرهای مستقل و خطای معیار ۰/۰۸، در سه ماهه اول و دوم ۱۵۰ نفر، و در سه ماهه سوم ۱۲۰ نفر زن باردار محاسبه شد. برای نمونه گیری، ابتدا از بین ۹۶ مرکز بهداشتی-درمانی و پایگاه بهداشتی وابسته به شهر تبریز، اسامی ۲۰ مرکز به روش تصادفی، ساده انتخاب شده سپس از مراکز انتخاب شده بر اساس تعداد زنان باردار تحت پوشش در هر سه ماهه نمونه‌های مورد نیاز بر اساس روش متناسب با حجم به روش تصادفی در دسترس انتخاب شدند. بدلیل مراجعه کم زنان باردار در سه ماهه اول تعداد نمونه در این سه ماهه تا حد امکان ۸۰ نفر تعیین شد. سپس با توجه به تعداد زنان باردار در هر سه ماهه، شوهران آنها یعنی در کل ۳۵۰ نفر مرد، افراد مورد پژوهش ما را تشکیل می‌دادند. مردان مورد پژوهش ساکن شهر تبریز بوده و سابقه مصرف الکل، سیگار، داروهای موثر بر میل جنسی مانند داروهای ضد افسردگی و فشار خون و بیماری‌های روانی و جسمی را نداشته و همسر آنها در بارداری فعلی فاقد عوارضی از قبیل جفت سر راهی، تهدید به سقط، فشار خون بارداری و زایمان زودرس بودند. در صورتیکه هر کدام از واحدهای مورد پژوهش سابقه اختلال جنسی درمان نشده داشت از مطالعه حذف می‌شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بود. پرسشنامه مشتمل بر سه قسمت مشخصات فردی-اجتماعی و عوامل روانی موثر بر فعالیت جنسی و میل جنسی و سوالات مربوط به پنج مرحله از سیکل پاسخ جنسی که با استفاده از پرسشنامه استاندارد تجارب جنسی آریزونا^۱ (مردان)

اندازه گیری شد. پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا، ابزاری برای اندازه گیری پنج عنصر عملکرد جنسی شامل تمایل جنسی، تحریک، نعوظ آلت تناسلی، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم می‌باشد. عناصر بر اساس مقیاس شش گزینه ای لیکرت تنظیم شده بود. در پرسشنامه به جواب فوق العاده آسان نمره (۱)، جواب خیلی آسان نمره (۲)، بعضی وقتها زیاد نمره (۳)، بعضی وقتها ضعیف نمره (۴)، خیلی ضعیف یا خیلی مشکل نمره (۵) و هرگز نمره (۶) تعلق گرفت. اگر نمره کل بیشتر از ۱۸ بود یا یکی از نمرات سوالات ۵ یا بیشتر از ۵ بود اختلال عملکرد جنسی فرد تشخیص داده می‌شد [۱۴].

در این پژوهش در صورت حضور فیزیکی مردان به هنگام مراجعه همسرشان برای مراقبت بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی، پرسشنامه به طریق مصاحبه توسط پرسشگر مرد آموزش دیده انجام میشد. و در صورت عدم حضور فیزیکی پس از معرفی پرسشگر زن، و بیان هدف پژوهش شماره تلفن منزل یا محل کار همسر با رضایت کامل از خانم باردار گرفته شده و پرسشنامه توسط پرسشگر مرد طی مصاحبه تلفنی با همسر تکمیل می‌شد.

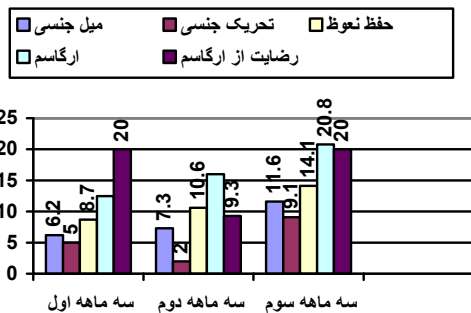
مک‌گی^۲ ثابت کرده که پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا روایی خیلی خوبی نیز داشته و گزینه‌های آن ارتباط نسبتاً خوبی با گزینه‌های سایر ابزارها مانند شاخص عملکرد جنسی کاهش یافته^۳ دارد همچنین نشان داده که این ابزار از استحکام درونی و پایایی با آلفا کرونباخ ۰/۹۰۵۵ و پایایی آزمون مجدد برخوردار است [۱۵]. در این مطالعه جهت روایی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوی استفاده گردید، بدین ترتیب که نظر ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد سوالات، اعمال گردید. جهت برآورد پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد برای سوالات مربوط به تجارب جنسی استفاده شد. به این ترتیب که با ۳۰ مرد واجد شرایط مصاحبه به عمل آمد و مجدداً ده

² Mc Gahuey

³ Brief index of sexual functioning (BISF)

¹ Arizona sexual experiences scale-Male

یافته های پژوهش نشان داد که ۲۱/۳٪ مردان در سه ماهه اول، ۱۹/۳٪ در سه ماهه دوم و ۲۸/۳٪ در سه ماهه سوم بارداری همسر خود اختلال عملکرد جنسی داشتند. در هر سه ماهه بارداری، اختلال در میل جنسی و تحریک جنسی کمترین مشکل و عدم رسیدن به ارگاسم شایعترین اختلال عملکرد جنسی مردان بود (نمودار یک).



نمودار ۱. توزیع درصدی مشکلات مربوط به مراحل سیکل پاسخ جنسی در مردان در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری همسر ۶۴/۹٪ از مردان اظهار کرده بودند که دفعات برقراری رابطه جنسی نسبت به قبل از بارداری کاهش پیدا کرده است که ۴۶/۶٪ از آنها ترس از صدمه رسیدن به جنین در اثر رابطه جنسی با همسر را دلیل اصلی این کاهش ذکر کرده بودند (جدول ۲). آزمون مجذور کای ارتباط آماری معنی داری بین اختلال عملکرد جنسی و ترس و نگرانی از آسیب به جنین ($p=0.002$) و احساس گناه از برقراری رابطه جنسی ($p=0.001$) را نشان داد. بطوریکه اختلال عملکرد جنسی بیشتر در افرادی دیده شد که از آسیب به جنین در اثر فعالیت جنسی نگران بوده و احساس گناه می کردند.

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و درصد نمونه های مورد پژوهش بر اساس عوامل روانی موثر بر فعالیت جنسی

بی تاثیر		خیر		بلی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۴/۳	۸۵	۲۹/۱	۱۰۲	۴۶/۶	۱۶۳	ترس از صدمه به جنین در اثر رابطه جنسی
۳۳/۷	۱۱۸	۳۷/۴	۱۳۱	۲۸/۹	۱۰۱	ترس از زایمان زودرس در اثر رابطه جنسی
۳۵/۷	۱۲۵	۳۱/۴	۱۱۰	۳۲/۹	۱۱۵	ترس از سقط در اثر رابطه جنسی
۳۸/۹	۱۳۶	۲۶/۳	۹۲	۳۴/۹	۱۲۲	ترس از عفونت در اثر رابطه جنسی
۱۴/۳	۵۰	۵۴/۹	۱۹۲	۳۰/۹	۱۰۸	احساس گناه از رابطه جنسی در طول بارداری
۴۲/۹	۱۵۰	۳۹/۴	۱۳۸	۱۷/۷	۶۲	کاهش جذابیت جنسی در بارداری

یافته ها

مشخصات فردی- اجتماعی نمونه های مورد پژوهش در جدول ارائه شده است (جدول ۱). جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و درصدی نمونه های مورد پژوهش بر اساس مشخصات فردی- اجتماعی

گروه سنی	تعداد	درصد
کمتر از ۲۰	۶	۱/۷
۲۰-۲۴	۴۸	۱۳/۷
۲۵-۲۹	۳۶	۱۰/۲
۳۰-۳۵	۱۱۷	۳۳/۴
۳۶-۴۰	۵۳	۱۵/۱
شغل		
کارگر	۴۰	۱۱/۴
کارمند	۶۱	۱۷/۴
آزاد	۱۵۶	۴۴/۶
سایر	۹۳	۲۶/۶
تحصیلات		
بیسواد	۲۴	۶/۹
ابتدائی	۵۳	۱۵/۱
راهنمایی	۷۰	۲۰
متوسطه	۱۹۷	۵۶/۳
عالی	۶	۱/۷

یافته دیگر این مطالعه رابطه جنسی همراه اختلال جنسی بود. بطوریکه در بیش از نیمی از مردانی که اظهار کرده بودند دفعات برقراری رابطه جنسی نسبت به قبل از بارداری کاهش داشته، اختلال عملکرد جنسی مشهود بود. آزمون مجذور کای وجود ارتباط معنی دار آماری بین کاهش دفعات نزدیکی جنسی و احساس گناه از رابطه جنسی ($p=0.02$) را نشان داد، همچنین چنین ارتباطی بین ترس از صدمه به جنین در اثر رابطه جنسی با کاهش دفعات برقراری رابطه جنسی نشان داده شد ($p<0.001$). در اکثریت افرادی که از برقراری رابطه جنسی در بارداری احساس گناه می کردند و آن را باعث صدمه به جنین می دانستند کاهش برقراری رابطه جنسی مشاهده گردید.

۴۵/۷٪ از مردان کاهش میل جنسی را در دوران بارداری همسرانشان بیان کرده بودند و علل این کاهش را در ۶۳٪ موارد رعایت همسر، ۲۵٪ بدشکلی اندام همسر و در ۲۳٪ به هم خوردن اندام همسر و ۶۵٪ موارد ترس از صدمه به جنین بیان کردند که در این میان با آزمون مجذور کای ارتباط آماری معنی دار بین ترس از صدمه به جنین در اثر رابطه جنسی با کاهش میل جنسی نشان داده شد ($p<0.001$).

در سه ماهه دوم و سوم بارداری اکثریت افراد مورد پژوهش به ترتیب ۷۶٪ و ۵۳٪ پوزیشن (male flat above) داشتند و حدود ۶۲٪ مردان به لزوم ارائه آموزش های جنسی توسط کارکنان بهداشتی اشاره کرده بودند. با آزمون مجذور کای بین مشخصات فردی- اجتماعی و اختلال عملکرد جنسی ارتباط آماری معنی داری پیدا نشد.

بحث

رفتارهای جنسی، پیچیده و متنوع بوده و تحت تأثیر روابط بین فردی، شرایط زندگی و فرهنگی قرار دارند. این رفتار با ساختار زیست شناختی و احساس کلی فرد و تجارب و تحول شخص در رابطه با مسائل جنسی، نزدیکی تنگاتنگ دارد [۱۶]. با توجه به مشکل گرفتن اطلاعات در زمینه مسائل جنسی از مردان، از همکاری

همسران آنها که برای مراقبتهای بارداری به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کردند به منظور جلب همکاری شوهرانشان در پاسخگویی درست به سئوالات استفاده شد.

نتایج مطالعه نشان داد که اختلال عملکرد جنسی و اختلال مربوط به هر کدام از مراحل سیکل پاسخ جنسی در سه ماهه دوم بارداری کمتر و در سه ماهه سوم از بیشترین درصد برخوردار بوده است. شایعترین مشکل جنسی مردان در طول بارداری همسر، مشکل ارگاسم بود. مشکل میل جنسی و حفظ نعوظ و ارگاسم در مردان با پیشرفت بارداری زن افزایش یافته بود.

اناه^۱ در مطالعه خود نشان داد ۳۶/۶٪ و ۳۲/۲٪ از مردان به ترتیب کاهشی در حفظ نعوظ آلت تناسلی و رسیدن به ارگاسم در دوره بارداری همسر داشتند [۱۷]. همچنین بارکلی^۲ در پژوهش خود نشان داد که ۲۸٪ از مردان در بارداری همسر به ارگاسم نمی رسند [۱۸]. به عقیده جهانفر، اضطراب، احساس گناه، پریشانی و اشتغال ذهنی با افکار دیگر و عدم تمرکز بر تهییج جنسی محرکهای منفی هستند که می توانند رسیدن به ارگاسم را دچار اختلال سازند [۳].

در این پژوهش ۴۵/۷٪ از مردان کاهش میل جنسی را در دوران بارداری همسرانشان بیان کرده بودند که با نتایج مطالعه حیدری مشابه است [۱۹]. در مطالعه مسترز و جانسون^۳ زنان اظهار کرده بودند که شوهرشان تمایل جنسی خود را از دست داده بودند که از اواخر سه ماهه دوم یا اوایل سه ماهه سوم بارداری شروع شده بود. آنها از عدم علاقه شوهرشان به حالت فیزیکی شان اظهار نگرانی کرده بودند و می ترسیدند که این حالت اجتناب به طور دائمی در شوهرشان باقی بماند. به غیر از سه نفر تمامی زنها چنین فکر میکردند که شوهرانشان به علل زیر از آنها دوری می جویند: به خاطر ظاهر فیزیکی آنها، راحتی شخصی آنها و بالاخره به خاطر ترس از آسیب دیدن جنین [۲۰].

¹ Onah

² Barclay

³ Masters & Johnson

طبیعی قائل نشده و می‌توان رابطه جنسی متعادل را به غیر از گروه پرخطر در طول بارداری ادامه داد [۲۱،۵،۱].

در پژوهش حاضر ۶۲٪ از مردان اظهار کرده بودند که به دریافت آموزش و مشاوره جنسی نیاز دارند. حیدری نیز در مطالعه خود نشان داد که ۶۰٪ از مردان نسبت به مسائل جنسی در بارداری آگاهی نداشتند و خواستار مشاوره جنسی بودند [۱۹].

نتایج این مطالعه ارتباطی بین مشخصات فردی-اجتماعی و اختلال عملکرد جنسی را نشان نداد در صورتیکه اناه در مطالعه خود با استفاده از رگرسیون مالتیپل لجستیک سن مردان (۴۰ سال \geq سال را فاکتور پیش‌گویی کننده در دفعات مقاربت نشان داده است [۱۷] که دلیل این مغایرت، تفاوت در گروه سنی افراد مورد مطالعه دو جامعه می‌تواند باشد. در مطالعه دیگری نیز در متاآنالیز نشان داده شد 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 [۱۱].

نتیجه‌گیری

از این مطالعه نتیجه‌گیری می‌شود که اختلال در عملکرد جنسی مردان در دوره بارداری همسر شایع است. باورها و عقاید نادرست مردان در مورد فعالیت جنسی در بارداری در بروز مشکل جنسی نقش دارد. به نظر پژوهشگر آموزش مسائل جنسی نه فقط در دوره بارداری بلکه باید در تمام برهه‌های زندگی افراد، جزء مراقبت‌های بارداری در شناخت صحیح از روابط جنسی و تمایلات یکدیگر، نحوه پاسخگویی به آن، افزایش دانش جنسی، اصلاح باورها، اعتقادات و نگرش‌ها می‌تواند از محورهای اصلی در جلسات مراقبت‌های دوران بارداری باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش بعنوان راهنمایی در جهت بهسازی و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در راستای تسهیل و کمک به امر مشارکت مردان در برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای بویژه

در پژوهش حاضر ۶۴/۹٪ از مردان اظهار داشته بودند که دفعات نزدیکی جنسی نسبت به قبل از بارداری کاهش پیدا کرده است و این کاهش با احساس گناه و ترس از صدمه به جنین در اثر رابطه جنسی ارتباط داشت. همینطور نشان داده شد که کاهش دفعات نزدیکی نیز با وجود اختلال جنسی ارتباط مثبت دارد.

آدینما^۱ نیز در مطالعه خود نشان داد بیشترین مشکل در بارداری ترس از صدمه به جنین در طول مقاربت جنسی بود. او نتیجه گرفت این ترس در ۲۵٪ تا نیمی از زنان و در ۵۰٪ مردان باعث کاهش نزدیکی جنسی می‌شود [۲۱]. در مطالعه اناه نیز میل جنسی در ۴۱/۹٪ و دفعات مقاربت جنسی در ۲۴/۲٪ از این مردان کاهش یافته بود که دو عامل اعتقاد به لزوم کاهش رابطه جنسی در دوره بارداری و ترس از بروز سقط جنین در اثر رابطه جنسی فاکتور کاهنده دفعات نزدیکی جنسی در مردان بود [۱۷].

نیکولز^۲ می‌نویسد اگر روابط جنسی با توافق طرفین ادامه یابد مشکلی ایجاد نمی‌کند. احساس گناه، خجالت یا احساس دفع تنها در یک شریک جنسی باعث عدم فعالیت جنسی شده و دیسترس در روابط جنسی را سبب خواهد شد [۷]. در این پژوهش بیش از نیمی از زوجین هنگام رابطه جنسی پوزیشن flat داشتند. در مطالعه هاینس^۳ نیز پوزیشن مرد در بالا هم در قبل از بارداری و هم در طول بارداری پوزیشن غالب بود [۲۲]. اغلب زوجین از فعالیت جنسی پرهیز می‌کنند چون تغییر پوزیشن به هنگام مقاربت را نمی‌دانند تا از وارد کردن فشار به جنین جلوگیری نمایند در نتیجه مردان ممکن است بدلیل ترس از آسیب به جنین از فعالیت جنسی اجتناب کنند [۲۳]. در این خصوص می‌توان گفت اگرچه برقراری رابطه جنسی در بارداری بدون رعایت اصول صحیح عوارضی را برای مادر و جنین در پی دارد [۵]. با این وجود علم طب هیچ محدودیتی برای انجام فعالیت جنسی در یک بارداری

¹ Adinma

² Nichols

³ Haines

بهبود عملکرد جنسی باید از محورهای اصلی مراقبت‌های بهداشتی قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری- مامایی تبریز و کلیه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی که ما را در انجام پژوهش یاری کردند صمیمانه تشکر می‌نمایند.

مشاوره جنسی می‌تواند قرار بگیرد. پیشنهاد می‌شود زمانبندی ساعت کاری مراکز بهداشتی درمانی به گونه‌ای تغییر یابد تا مردان نیز بتوانند در زمانهایی غیر از وقت اداری از خدمات مشاوره‌ای استفاده نمایند. آموزش باید از دوره دبیرستان، دانشگاه و کلاسهای مشاوره قبل از ازدواج شروع شود و سعی شود انگیزه طرح سوالات پیرامون مسائل و مشکلات جنسی در افراد ایجاد شود. در نهایت توجه به بهداشت جنسی مردان و تشخیص نگرانیهای آنها و کمک به رفع این نگرانیها و

References

- 1- Youngkin EQ, Davis MS. women's health: a primary care clinical guide. 2nd ed, Stanford :Apelton & Lange,1998:106-120.
- ۲- جهانفر شایسته، مولائی‌نژاد میترا. درسنامه اختلالات جنسی. چاپ اول، تهران، نشر سالمی، ۱۳۸۰، صفحات ۱۱ تا ۶۱.
- ۳- پورافکاری نصرت ا... روانپزشکی اگسفورد. تهران، گلبن، ۱۳۸۱، صفحه ۲۰۹.
- 4- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. J Sex Med. 2004;1(1):35-9.
- 5- Andrews G. Womens sexual health. 2nd ed. Edinburgh: Bailliere Tindal,2001:161-172.
- ۶- ستارزاده نیلوفر، یآوری کیا پریسا. بررسی تغییرات فعالیت جنسی در دوران بارداری. خلاصه مقالات همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه شاهد، ۲۴-۲۳ مهر ماه ۱۳۸۲.
- 7- Sanfilippo JS, Smith RP. Primary care in obstetrics and gynecology. New York, Springer,1998;510-512.
- 8- Smith MA, Shimp LA. 20 common problem in women's health care. New York, Mc Graw-Hill, 2000,136- 148.
- 9- Nichols FH, Humenick SS. Child birth education. 2nd ed, Philadelphia, WB Saunders Company, 2000;49-63.
- 10- 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
- 11- Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after child birth: A meta content analysis of 59 studies of psychosomatic research. Journal of psychosomatic research.1999;47(1):27-49.
- 12- Murrage SS, Corrie T. Foundation of maternal newborn nursing. 3rd ed, Filadelphia ,wb sunders company ,2002;164-166.
- 13- Berek JS. Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & wilkins ,2002;295-309.
- 14- Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in mental health. 2nd ed. Lexicomp, 2003; 372-3.
- 15- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, Manber R. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther. 2000;26(1):25-40.
- ۱۶- آذر ماهیار، نوحی سیما. نکات برجسته درسنامه های روانپزشکی. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۷۹، صفحه ۱۲۵.
- 17- Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. International journal of Gynecology & Obstetrics.2002;(76),219- 223.
- 18- Barclay LM, McDonald P, O'Loughlin JA. Sexuality and pregnancy: An interview study. Aust N Z J Obstet Gynecology. 1994;34(1),:1-7.

۱۹- حیدری معصومه ، کیانی آسیابیر آرزیتا، فقیه زاده سقراط. بررسی آگاهی و نگرش زوجین در مورد روابط جنسی در دوران بارداری. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۴، شماره ۹، آذر ۱۳۸۵؛ صفحات ۸۳ تا ۸۹.

۲۰- ماسترز ویلیام، جانسون ویرجینیا. احساسات و پاسخهای جنسی انسان. ترجمه بهنام اوحدی. انتشارات نقش خورشید، ۱۳۸۱، ص ۱۶۸.

21- Adinma JI. sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. Aust N Z J Obstet Gynecol. 1995;35(3):290-3.

22- Haines CH, Shan YO, Kuen C, Leung Denish HY, Chng Tony KH, Chin R. Sexual behavior in pregnancy among hong kong Chinese women. Journal of psychosomatic research.1994; 40(3), 299-394.

23- Sanfilippo JS, Smith RP. Primary care in obstetrics and gynecology. New York, Springer, 1998; 510-2.