

بررسی نگرش و وضعیت عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری

مریم نعمت اله زاده^۱، راضیه معصومی^۲، دکتر می نور لمعیان^۳، دکتر محمد اصغری جعفر آبادی^۴

^۱ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۲ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۳ نویسنده مسئول: استادیار بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

E-mail: Lamyianm@modares.ac.ir

^۴ استادیار آمار زیستی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تجربه‌ی بارداری با تغییرات فیزیکی و روانشناختی عمیقی در زندگی هر زن همراه است و این تغییرات بر روی کلیه ابعاد زندگی از جمله روابط جنسی زوجین موثر می‌باشد از این رو توجه ناکافی به عملکرد جنسی در دوران بارداری ممکن است عواقب جبران ناپذیری در پی داشته باشد. این مطالعه با هدف بررسی نگرش و وضعیت عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری صورت گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی و از نوع توصیفی-تحلیلی است که در آن وضعیت عملکرد جنسی و نگرش ۳۲۹ زن باردار ۱۵ تا ۴۵ ساله در سه گروه و بر مبنای سن حاملگی (چهار هفته آخر هر یک از سه ماهه های بارداری) مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سه قسمتی اطلاعات فردی، نگرش افراد مورد مطالعه نسبت به عملکرد جنسی در دوران بارداری و پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS نسخه ۱۶ و آزمونهای آنالیز واریانس یک طرفه و Post hoc. آزمون کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد. در این مطالعه، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشانگر افزایش نمره اختلال در عملکرد جنسی، میل جنسی و رضایتمندی از ارگاسم با پیشرفت بارداری بود. تحلیل آماری ارتباط بین سوالات نگرش واحدهای پژوهش و رابطه جنسی، حاکی از وجود ارتباط آماری معنادار بین نمره کل اختلال عملکرد جنسی با کاهش جذابیت جنسی در هر سه تریمستر ($p=0/03$ ، $p=0/01$ ، $p=0/04$) و نیز با بروز زایمان زودرس در تریمستر دوم ($p=0/01$) بود.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در دوران بارداری، برگزاری دوره‌های آموزش بهداشت جنسی با رویکرد ویژه به دوران بارداری توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: بارداری؛ اختلال عملکرد جنسی؛ نگرش

دریافت: ۸۹/۵/۱۰ پذیرش: ۸۹/۹/۱۰

مقدمه

زنان در طول زندگی خود تجارب منحصر به فردی را کسب می‌نمایند که حاملگی و زایمان از آن جمله‌اند. این دو واقعه بر روی کلیه ابعاد زندگی زن و نیز کیفیت زندگی زوجین تاثیر شگرفی دارد [۱، ۲]. حاملگی با تغییرات پیچیده فیزیولوژیکی و روانشناختی

همراه است که ماحصل آن تحت تاثیر قرار گرفتن زندگی زوجین از جمله روابط جنسی و زناشویی آنها می‌باشد [۳]. دگرگونی‌های فیزیولوژیکی و آناتومیک زن باردار، احساس گناه از داشتن رابطه جنسی در دوران بارداری و اجتناب از آن، تغییر تصویر ذهنی زن از بدن خود، احساس کاهش جذابیت برای

بر اساس اصول بهداشت جسمی و روانی، کلیه ابعاد سلامت زن به ویژه سلامت جسمی، روانی و حتی اجتماعی متأثر از عملکرد جنسی و روابط بین زوجین است و از سویی عملکرد جنسی نیز خود از تغییرات جسمی و روانی دوران زندگی زن بخصوص دوران بارداری تأثیر می‌پذیرد. از این رو حفظ و ارتقای سلامت عمومی و جنسی زوجین و در نهایت تحکیم بنیان خانواده از ضرورتی انکارناپذیر برخوردار است. علی‌رغم وجود مطالعات متعدد به ویژه در کشورهای توسعه یافته، پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و در حوزه بهداشت جنسی دوران بارداری با رویکرد ویژه به مسائل و ارزشهای اعتقادی، بافت فرهنگی، ویژگیها و ساختارهای قومیتی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و موارد مشابه محدود می‌باشد لذا انجام مطالعات مبتنی بر شواهد منجر به شناخت بیشتر چالش‌های موجود در این حیطة شده و تسهیل مسیر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و ارائه خدمات مشاوره‌ای-درمانی در این حوزه را در پی خواهد داشت. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی نگرش و وضعیت عملکرد جنسی زنان طی سه ترمیستر بارداری انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی-تحلیلی است که به منظور بررسی نگرش و وضعیت عملکرد جنسی زنان با مقایسه بین سه ترمیستر بارداری در تابستان ۱۳۸۸ و در شهر تهران انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل ۳۲۹ زن باردار در محدوده سنی ۱۵ تا ۴۵ سال بود که جهت دریافت مراقبتهای روتین دوران بارداری به درمانگاه پریناتولوژی بیمارستان بقیه الله شهر تهران مراجعه نمودند. ابتلا به بیماریهای سیستمیک، ژنیکولوژیک و یا روانی (که از طریق پرسش از بیمار در مورد سابقه ابتلا یا ابتلا فعلی تشخیص داده می‌شد)، عوارض دوران بارداری نظیر تهدید به سقط، فشار خون

همسرو ترس از عواقب رابطه جنسی بر روی پیامد بارداری نظیر سقط، آسیب دیدن جنین و زایمان زودرس از این جمله‌اند. این عوامل ممکن است بر روی پاسخ جنسی فرد و رابطه زوجین تأثیر منفی گذاشته، منجر به اضطراب و کاهش اعتماد به نفس زوجین و متعاقب آن اختلال در بهداشت روانی خانواده گردد [۵،۴].

در دوران بارداری میل و عملکرد جنسی زن باردار و همسر وی تا حدود زیادی غیر قابل پیش‌بینی است. طیف تغییرات این دو شاخص در دوران بارداری از کاهش تا عدم تغییر و یا افزایش میل و عملکرد جنسی متغیر می‌باشد [۷،۶]. بطور کلی تأثیر بارداری بر روی روابط زناشویی را می‌توان به دو صورت تفسیر نمود: ۱- این دوران می‌تواند منجر به عمیق‌تر شدن روابط زوجین گردد و یا ۲- منجر به از هم گسیختگی آن شود [۸]. نتایج پژوهش لی^۱ نشانگر افزایش شناخت خود، افزایش توانایی در برقراری ارتباط جنسی و استحکام روابط زناشویی در پی فعالیت جنسی در دوران بارداری بود [۹]. همچنین در متآنالیز انجام شده بر روی ۵۹ مطالعه در زمینه فعالیت جنسی در دوران بارداری نشان داد که اگر زوجین در دوران بارداری فعالیت جنسی لذت‌بخش داشته باشند، روابط خانوادگی آنها تا سه سال و چهار ماه بعد از زایمان بهبود می‌یابد و روابط بین آنها نیز از ثبات بیشتری برخوردار خواهد بود [۱۰].

اگر چه برقراری رابطه جنسی بدون رعایت اصول صحیح در دوران بارداری، ممکن است عوارضی را برای مادر و جنین در پی داشته باشد [۱۱]. با این وجود، علم پزشکی هیچ محدودیتی برای انجام فعالیت جنسی اصولی و سالم در یک بارداری طبیعی و بدون عارضه قائل نشده است و زنان باردار سالم می‌توانند در دوران بارداری رابطه جنسی متعادلی داشته باشند [۱۳،۱۲].

¹ Lee

زیاد نمره ۳، بعضی وقتها ضعیف نمره ۴، خیلی ضعیف یا خیلی مشکل نمره ۵ و هرگز نمره ۶ تعلق گرفت [۱۴]. پایایی و روایی پرسشنامه مذکور در ایران مورد تایید قرار گرفته است [۱۵]. همچنین روایی و پایایی سوالات بخش نگرش پرسشنامه نیز در ایران مورد تایید قرار گرفته است [۱۶] و با توجه به اشتراکات زیاد سوالات با سایر مطالعات مشابه داخلی [۱۸، ۱۷] در این مطالعه از همان مقیاس استاندارد موجود استفاده گردید.

داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمونهای آنالیز واریانس یکطرفه و Post hoc، آزمون مجذور کای و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت کننده در مطالعه در سه ماهه اول ($27/3 \pm 2/4$ سال)، در سه ماهه دوم $1/9 \pm 26/8$ سال)، سه ماهه سوم ($25/9 \pm 2/1$ سال) بود. اکثر زنان مورد مطالعه در هر سه گروه خانه‌دار ($81/3\%$ ، 80% و $76/9\%$) و دارای تحصیلات متوسطه ($35/5\%$ ، $32/4\%$ و 41%) بودند.

نتایج حاصل از آزمونهای آماری آنالیز واریانس و مجذور کای نشان داد سه گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای زمینه‌ای سن، تعداد بارداری، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و خواسته بودن بارداری با یکدیگر اختلاف معناداری نداشته و هر سه گروه از نظر متغیرهای فوق همسان بودند (جدول ۱).

با استفاده از آزمون آماری آنالیز واریانس، فراوانی اختلال عملکرد جنسی و اختلال مربوط به هر یک از مراحل سیکل پاسخ جنسی بر اساس داده‌های حاصل از تکمیل پرسشنامه ASEX بین سه گروه مورد مقایسه قرار گرفت. فراوانی اختلال عملکرد جنسی در

بارداری، جفت سرراهی و زایمان زودرس در حاملگی فعلی؛ سابقه مصرف الکل، دخانیات و داروهای موثر بر میل جنسی نظیر داروهای ضد افسردگی و یا داروهای ضد فشارخون توسط زوجین بعنوان معیارهای خروج از مطالعه در این پژوهش در نظر گرفته شد. نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد بدین صورت که پژوهشگر با حضور در درمانگاه پریناتولوژی بیمارستان از کلیه زنان باردار مراجعه کننده شرح حال گرفته و پس از جلب اعتماد و کسب رضایت آگاهانه از افراد واجد شرایط، پرسشنامه مورد نظر را در خلوت و با حفظ حریم خصوصی فرد تکمیل نمود. با رعایت شرایط فوق ۱۰۷ زن باردار (۷۷ زن نخست زا و ۳۰ زن چند زا) با سن حاملگی ۱۰ تا ۱۴ هفته در گروه اول، ۱۰۵ زن باردار (۷۹ زن نخست زا و ۲۷ زن چند زا) با سن حاملگی ۲۴ تا ۲۸ هفته در گروه دوم و ۱۱۷ زن باردار (۸۳ زن نخست زا و ۳۳ زن چند زا) با سن حاملگی ۳۶ تا ۴۰ هفته در گروه سوم مورد مطالعه قرار گرفتند. این پژوهش پس از کسب موافقت کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه قسمت اطلاعات فردی، سوالات نگرش افراد مورد پژوهش نسبت به فعالیت جنسی در دوران بارداری و پرسشنامه‌ی تجارب جنسی آریزونا $(ASEX)^2$ مربوط به زنان بود. پرسشنامه ASEX توسط یکی از اساتید روانپزشکی دانشگاه آریزونا طراحی گردیده، حاوی پنج سوال و قابلیت بررسی پنج عنصر عملکرد جنسی (میل جنسی، انگیزش جنسی، لغزندگی واژن در زن/حفظ نعوظ در مرد، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم) را در هر دو گروه زنان و مردان دارد. پاسخ سوالات بر اساس مقیاس استاندارد شش گزینه‌ای لیکرت تنظیم گردیده است. در این پرسشنامه به جواب فوق‌العاده آسان نمره ۱، جواب خیلی آسان نمره ۲، بعضی وقتها

²-Arizona Sexual Experience Scale

دوم بود که این کاهش از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/11$). فراوانی اختلال ارگاسم نیز با افزایش آماری معنادار بین سه ماهه اول و دوم ($p=0/002$) و همچنین بین سه ماهه اول و سوم ($p=0/01$) بود، فراوانی این اختلال در سه ماهه سوم در مقایسه با سه ماهه دوم کاهش یافت که این کاهش از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/37$). فراوانی اختلال در لغزندگی واژن و اختلال در رضایتمندی از ارگاسم در سه گروه مورد مطالعه با افزایش سن بارداری افزایش یافت که از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/13$ ، $p=0/05$) (جدول ۲).

در بخش سوالات نگرش، ۱۶/۸٪ از افراد تحت مطالعه در سه ماهه اول و ۲۸/۶٪ و ۲۳/۹٪ در سه

سه ماهه اول ۲۸٪، در سه ماهه دوم ۳۶/۲٪ و در سه ماهه سوم ۳۹/۳٪ نشان داده شد. این فراوانی نشانگر افزایش میزان اختلال عملکرد جنسی با بالا رفتن سن بارداری بود، در مقایسه بین سه گروه این افزایش از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/19$). علاوه بر این، فراوانی اختلال میل جنسی نیز با افزایش سن بارداری بیشتر شده بود که این افزایش در مقایسه بین سه ماهه اول و دوم ($p=0/03$) و بین سه ماهه اول و سوم ($p=0/005$) از نظر آماری معنادار و در مقایسه بین سه ماهه دوم و سوم از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/53$). فراوانی انگیزش جنسی نشان دهنده افزایش معنادار بین سه ماهه اول و دوم ($p=0/007$) و کاهش در سه ماهه سوم در مقایسه با سه ماهه

جدول ۱. همسانی سه گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای زمینه‌ای

p	df	سه ماهه سوم		سه ماهه دوم		سه ماهه اول		گروه متغیر
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
0/81	10	۲/۶	۳	۱	۱	۳/۷	۴	کمتر از ۲۰
		۲۶/۵	۳۱	۲۱/۹	۲۳	۲۵/۲	۲۷	۲۰-۲۴
		۵۷	۶۷	۶۲/۹	۶۶	۵۶/۱	۶۰	۲۵-۲۹
		۱۲	۱۴	۱۱/۴	۱۲	۱۱/۲	۱۲	۳۰-۳۵
		۰/۹	۱	۲/۸	۳	۱/۹	۲	۳۶-۴۰
		۰/۹	۱	۰	۰	۱/۹	۲	۴۱-۴۵
0/47	6	۷۶/۹	۹۰	۸۰	۸۴	۸۱/۳	۸۷	خانه‌دار
		۱۸/۸	۲۲	۱۸/۱	۱۹	۱۸/۷	۲۰	شاغل (بیرون از منزل)
		۲/۴	۴	۱/۹	۲	-	۰	شاغل (در منزل)
0/06	8	-	۰	۱	۱	۴/۷	۵	بی‌سواد
		۲/۴	۳	۲/۹	۳	۱/۹	۲	ابتدایی
		۱۷/۲	۲۰	۲۱	۲۲	۹/۳	۱۰	راهنمایی
		۳۴/۳	۴۸	۳۲/۴	۳۴	۳۵/۵	۳۸	متوسطه
		۴۱	۴۶	۴۲/۹	۴۵	۴۸/۶	۵۲	دانشگاهی
0/32	6	۸۴/۶	۹۹	۸۰/۳	۸۶	۷۵/۲	۷۹	خواسته
		۱۵/۴	۱۶	۱۹/۷	۱۸	۲۴/۸	۲۷	ناخواسته
0/77	2	۷۰/۹	۸۳	۷۵/۲	۷۹	۷۲/۹	۷۸	بیشترین فراوانی یکبار
0/41	4	۸۲	۹۶	۷۹/۴	۸۵	۸۹/۵	۹۴	متوسط
								اجتماعی

جدول ۲. توزیع فراوانی اختلال مربوط به مراحل سیکل پاسخ جنسی در زنان باردار در تریمستر اول، دوم و سوم مراجعه کننده به درمانگاه

p	سه ماهه سوم		سه ماهه دوم		سه ماهه اول		سن حاملگی اختلال در مراحل سیکل پاسخ جنسی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$p < 0/05$	۵۰/۴	۵۹	۴۵/۷	۴۸	۳۱/۸	۳۴	میل جنسی
$p < 0/05$	۱۹/۷	۲۳	۲۷/۶	۲۹	۱۳/۱	۱۴	انگیزش جنسی
$p < 0/05$	۱۲	۱۴	۱۶/۲	۱۷	۷/۵	۸	لغزندگی واژن
$p > 0/05$	۲۳/۱	۲۷	۲۶/۷	۲۸	۱۰/۳	۱۱	ارگاسم
$p > 0/05$	۱۷/۱	۲۰	۱۳/۳	۱۴	۶/۵	۷	رضایت از ارگاسم

ماهه دوم و سوم بر این باور بودند که مقاربت باعث صدمه دیدن جنین می‌شود. فراوانی اعتقاد به بروز زایمان زودرس متعاقب مقاربت در سه ماهه اول ۱۶/۸٪، در سه ماهه دوم ۲۵/۷٪ و در سه ماهه سوم ۲۹/۹٪ بود. همچنین فراوانی تصور وقوع سقط به دنبال مقاربت در دوران بارداری در ۱۶/۸٪ از زنان سه ماهه اول و به ترتیب در ۲۴/۸٪ و ۳۰/۸٪ زنان سه ماهه دوم و سوم وجود داشت. فراوانی پاسخ مثبت در مورد سوال آیا مقاربت باعث عفونت می‌شود در سه گروه به ترتیب ۲۸٪، ۳۸/۱٪ و ۴۴/۴٪ بود. همچنین کاهش جذابیت جنسی به دنبال بارداری از سوی ۳۴/۶٪ از افراد در سه ماهه اول، ۳۹٪ در سه ماهه دوم و ۴۳/۶٪ در سه ماهه سوم گزارش گردید. احساس گناه به دنبال داشتن رابطه جنسی در دوران بارداری نیز در ۰/۹٪ از افراد در سه ماهه اول، ۷/۶٪ در سه ماهه دوم و ۱۰/۳٪ در سه ماهه سوم وجود داشت (جدول ۳).

بحث

دستیابی به اطلاعات و بهداشت جنسی از جمله حقوق اساسی هر انسانی به شمار می‌آید و آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و رسیدگی به مشکلات جنسی زوجین از جمله وظایف نظام ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی در هر جامعه‌ای است [۱۹]. رفتارهای جنسی از پیچیدگی و تنوع بالایی برخوردار است و تحت تاثیر روابط بین فردی، شرایط زندگی و فرهنگی قرار دارد. این رفتار با ساختار فیزیولوژیکی و احساسات و عواطف فرد، همچنین تجارب وی در رابطه با مسائل جنسی رابطه تنگاتنگی دارد [۱۴]. نتایج حاصل از این پژوهش نشانگر افزایش نمره کل اختلال عملکرد جنسی، میل جنسی و رضایتمندی از ارگاسم

جدول ۳. توزیع فراوانی نوع نگرش زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه پرنیتولوژی بیمارستان بقیه‌الله شهر تهران نسبت به روابط جنسی در دوران بارداری در سه گروه مورد مطالعه

P Value	سه ماهه دوم									سه ماهه اول									سوالش نگرش
	نظری ندارم			خبر			بلن			نظری ندارم			خبر			بلن			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p>0/05	۲۹/۹	۲۵	۴۶/۲	۵۴	۲۳/۹	۲۸	۲۳/۸	۲۵	۴۶/۷	۴۹	۲۸/۶	۳۰	۴۰/۲	۴۲	۴۲/۱	۴۵	۱۶/۸	۱۸	مقاربت باعث صدمه دیدن جنین می‌شود
p>0/05	۲۸/۵	۴۵	۳۷/۶	۳۷	۲۹/۹	۳۵	۲۸/۱	۴۰	۳۲/۴	۳۴	۲۵/۷	۲	۵۳/۳	۵۷	۲۹	۳۱	۱۶/۸	۱۸	مقاربت باعث زایمان زودرس می‌شود
p>0/05	۳۲/۵	۲۸	۳۶/۸	۴۳	۳۰/۸	۳۶	۳۲/۴	۳۴	۴۰	۴۲	۲۴/۸	۲۶	۴۶/۷	۵۰	۳۵/۵	۳۸	۱۶/۸	۱۸	مقاربت باعث سقط جنین می‌شود
p>0/05	۲۹/۱	۲۴	۲۶/۵	۳۱	۴۴/۴	۵۲	۲۵/۷	۲۷	۳۴/۳	۳۶	۳۸/۱	۴۰	۳۳/۶	۳۶	۳۲/۷	۳۵	۲۸	۳۰	مقاربت باعث عفونت جنین می‌شود
p<0/05	۶	۷	۴۷/۹	۵۶	۴۳/۶	۵۱	۵/۷	۶	۵۲/۴	۵۵	۳۹	۴۱	۴/۷	۵	۵۷/۹	۶۲	۳۴/۶	۳۷	جذابیت جنسی‌ام کاهش یافته است
p>0/05	۶/۸	۸	۸۱/۲	۹۵	۱۰/۳	۱۲	۳/۹	۳	۵۸/۷	۹۰	۷/۶	۸	۷۸/۵	۸۴	۵/۶	۶	۰/۹	۱	مقاربت جنسی در دوران بارداری گناه است

در زنان تحت مطالعه با پیشرفت بارداری بود. لوئیس^۳ و همکاران نیز مشابه نتایج فعلی، کاهش

تحلیل آماری ارتباط بین سوالات نگرش افراد تحت مطالعه و رابطه جنسی نشانگر وجود ارتباط آماری معنادار بین نمره کل اختلال عملکرد جنسی و کاهش جذابیت جنسی در هر سه گروه (p=0/03, p=0/01)

³ Lewis

عملکرد جنسی زنان باردار را در سه ماهه سوم بارداری در مقایسه با سه ماهه اول و دوم نشان داد [۱۹]. افزایش فراوانی اختلال در میل جنسی زنان با پیشرفت بارداری، در مطالعه رحیمی و همکاران نیز نشان داده شد [۲۰]. مطالعه حیدری و همکاران نیز حاکی از کاهش میل جنسی، رضایتمندی جنسی و توانایی رسیدن به ارگاسم در زنان باردار نسبت به قبل از بارداری بود که با نتایج مطالعه فعلی در زمینه میل جنسی و توانایی رسیدن به ارگاسم مطابقت دارد [۱۸]. در مطالعه کنونی متوسط اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار مورد مطالعه ۳۵٪ بود که میزان قابل ملاحظه‌ای می‌باشد. مشابه با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه لوپس و همکاران ۴۵-۴۰٪ از زنان در دوران بارداری حداقل در یکی از مراحل سیکل پاسخ جنسی دچار اختلال بودند [۱۹].

در مطالعات متعددی تاثیر تغییرات آناتومیکی، تغییر تصویر ذهنی فرد و کاهش جذابیت جنسی برای همسر بر روی اختلال عملکرد جنسی مورد تایید واقع شده است [۲۱، ۲۲] که در بخش سوالات نگرش پژوهش حاضر، کاهش جذابیت جنسی و ترس از بروز زایمان زودرس از جمله عوامل مرتبط با بروز اختلال عملکرد جنسی بود. مروری بر فراوانی پاسخ مثبت به سوالات نگرش توسط افراد مورد مطالعه در هر سه تریمستر بارداری حاکی از وجود ارتباط مستقیم بین افزایش فراوانی متغیر مذکور و بالا رفتن سن بارداری می‌باشد. به عبارت دیگر نوع نگرش زنان باردار می‌تواند یکی از عوامل اصلی در بروز اختلالات سیکل پاسخ جنسی باشد. نتایج حاصل از مطالعه‌ای در تایوان نشان دهنده نگرانی ۸۰٪ از زنان باردار در زمینه صدمه دیدن جنین به دنبال رابطه جنسی بود [۲۲]. همچنین در نتایج مطالعات حیدری و همکاران، رحیمی و همکاران و پاشا و همکاران در ایران ترس از آسیب دیدن جنین، بروز سقط، وقوع زایمان زودرس و عفونت جنین از سوی بیش از نیمی از زنان باردار مورد بررسی گزارش شده است

[۱۸، ۲۰، ۲۳]. در مطالعه رحیمی ارتباط بین کاهش میل جنسی با ترس از عفونت، صدمه به جنین و احساس گناه نشان داده شده است [۲۰]. در مطالعه زهرایی و همکاران نیز ترس از صدمه به مادر و جنین، احساس حضور جنین به عنوان فرد سوم در رابطه جنسی، اعتقادات مربوط به رابطه جنسی در دوران بارداری و نیز رضایت از تصویر بدنی از جمله عوامل موثر در بروز اختلالات سیکل پاسخ جنسی بوده است [۲۴]. در مطالعه حاضر اگرچه کاهش جذابیت جنسی و ترس از بروز زایمان زودرس بعنوان دو فاکتور مرتبط با بروز اختلال عملکرد جنسی مشخص گردیدند اما فراوانی سایر انواع نگرشهای مورد بررسی نظیر ترس از آسیب به جنین، ترس از سقط، بروز عفونت و احساس گناه بدنبال رابطه جنسی در طی بارداری به موازات افزایش سن بارداری افزایش داشت هر چند که این افزایش از نظر آماری معنادار نبود اما این روند افزایشی قابل تامل می‌باشد.

با توجه به محدودیتهای موجود در این پژوهش از جمله محدودیت زمانی و نیز انجام مطالعه به صورت مقطعی، پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی بصورت طولی، چند مرکزی و نیز در سه مقطع قبل از بارداری، حین بارداری و پس از زایمان انجام گیرد تا روند تغییرات دقیقتر مورد بحث قرار گیرد. همچنین با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلالات جنسی در دوران بارداری انجام مطالعات مداخله‌ای با هدف بررسی نقش مداخلات مشاوره‌ای و درمانی در این حوزه نیز توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

از مجموع یافته‌های حاصل در این پژوهش و مطالعات مشابه موجود در این زمینه چنین بر می‌آید که اختلال عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری شیوع بالایی دارد از این رو جهت کاهش میزان اختلال فوق و تامین هر چه بیشتر آرامش روحی-روانی

راهکارهای پیشنهادی در راستای تحقق کاهش میزان اختلال عملکرد جنسی زنان باردار می‌باشد.

تشکر و قدرانی

بدینوسیله از کلیه مادران باردار که در این مطالعه به عنوان افراد مورد مطالعه نقش اساسی ایفا کردند و نیز از سرکار خانم اشرف السادات حیدری (پرسنل محترم درمانگاه پریناتولوژی بیمارستان بقیه الله شهر تهران) که در تسهیل امر نمونه‌گیری این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

مادر و همسر وی، ارائه کلاسها و دوره‌های آموزش بهداشت جنسی با رویکرد ویژه به دوران بارداری در طی ارائه خدمات بهداشتی و مراقبت‌های دوران بارداری از سوی پرسنل خدمات بهداشتی به ویژه متخصصین حرفه مامایی ضرورتی اجتناب ناپذیر است. به همین منظور تقویت بنیه علمی و مشاوره‌های متخصصین حرفه مامایی به عنوان بخش کارآمدی از بدنه نظام تامین کننده سلامت جامعه از طریق بازبینی سرفصل دروس آکادمیک و برگزاری دوره‌های بازآموزی و کارگاههای آموزشی از جمله

References

- 1- Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and postpartum period. *Bratisl Lek Listy*. 2009; 110 (7): 427-31.
- 2- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V; ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004 May; 80(1):65-73.
- 3- Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Balliers Best Pract Clin Obstet Gynecol*. 2000 Feb; 14 (1): 73-78.
- 4- Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *BMJ*. 2004 Sep; 392(4765): 559-61.
- 5- 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.
- 6- De Judicibus M, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res*. 2002 May; 39(2): 94-103.
- 7- Jahanfar SH, Molaenezhad. Textbook of sexual disorders. Salemi & Bizhe publication, Tehran. 2002; p: 11-61. (Fulltext in Persian)
- 8- Murrage SS, Corrie T. Foundation of maternal newborn nursing. 3th ed. WB sunders company, Piladelphia. 2002; p: 164-6.
- 9- Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. *J Midwifery Womens Health*. 2002 Jul-Aug; 47(4):278-86.
- 10- Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after child birth. A meta content analysis of 59 studies of psychosomatic research. *J Psychosomatic Res*. 1999 Jul; 47(1): 27-49.
- 11- Gelder M, Magou R, Geddes J. Oxford core texts psychiatry. Translated by Pourafkary N. 2nd ed. Golban Medical Publication, Tehran, 2003; p: 209. (Fulltext in Persian)
- 12- Andrews G. Women sexual health. 2nd ed. Bailliers Tindal. Edinburg. 2001; p: 161-72.
- 13- Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG*. 2000 Aug; 107(8): 964-8.
- 14- Sajatovic M, Bemirez LF. Rating scales in mental health. 2nd ed. Lexicomp. 2003; p: 372-3.
- 15- Pezehki MZ, Bayrami R. Reliability and construct validity of Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) among pregnant women referred to Tabriz urban health centers, 2004. 2nd national congress on family and sexual problems. Tehran, 2005; p:131.
- 16- Bayrami R, Haghghi moghadam Y. Sexuality during pregnancy. Mehre Amiralmomenin publication, Ghom. 2006; p: 69-80. (Fulltext in Persian)

- 17- Azar M, Nohi S. Main points of psychological textbooks. Arjmand, Tehran, 1379; p: 125. (Fulltext in Persian)
- 18- Heydari M, Mohammadi KH, Faghihzade S. The study of sexuality changes during pregnancy. J Med Daneshvar. 2005 Winter; 13 (61): 32-7. (Fulltext in Persian)
- 19- 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 Jul; 1(1): 35-9.
- 20- Rahimi S, Seyyed Rasooly E. Sexual behavior during pregnancy: A descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran. Payesh J. 2004 Autumn; (3)4: 291-9. (Fulltext in Persian)
- 21- Reamy Kj, Whites SE. Sexuality in the puerperium: A review. Arch Sex Behav. 1987 Apr; 16: 165-86.
- 22- Senkum WN, Chaovitsaree S, Ruggpao 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.
- 23- Pasha H, Haj Ahmadi M. Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors in Babol, 2004. Medical Journal of Hormozgan. 2007 Winter; 10(4): 343-8. (Fulltext in Persian)
- 24- Zahraee H, Shafie K, Bashardoost N, Reihani M, Jaberi P. Study of the related factors in couple sexual relationship during pregnancy. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2002 Winter; 5(20): 62-7. (Fulltext in Persian)

Study of women's attitude and sexual function during pregnancy

Nematollahzade M¹, MSc; Maasoumi R², Ph.D; Lamyian M³, Ph.D; Asghari jafarabadi M⁴, Ph.D

1- M.Sc of Midwifery, Dept of Midwifery & Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- PhD Student of Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Corresponding Author: Assistant Professor of Reproductive Health, Dept of Midwifery & Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: Lamyianm@modares.ac.ir

4- Assistant Prof of Biostatistics, Dept of Biostatistics & Epidemiology, Faculty of Health & Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

ABSTRACT

Background & Objectives: Pregnancy accompanies with physical and psychological alternation during woman's life. These changes effluence the overall dimensions of couple's life especially sexual relation. The aim of this study was to investigate the women's attitude and sexual function during pregnancy.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted among 329 healthy pregnant women aged 15-45 years. The attitude and sexual function of the cases were studied based on their gestational age (the last fourth weeks of each pregnancy trimester) in three groups. Data were collected using an instrument. The instrument has three parts including demographic characteristics, attitude assessment and Arizona Sexual Scale Experience (ASEX). One way ANOVA, Post hoc, chi square and Spearman correlation were used for data analysis and the differences were considered to be significant at the $p < 0.05$ level.

Results: The results showed that the score of sexual dysfunction, sexual desire disorder and orgasmic disorder increase with gestational age development. Statistical analysis demonstrated a significant relation between total score of sexual function disorder and decrease of sexual attraction in all three trimesters ($p=0.01$, $p=0.04$, $p=0.03$ respectively) and fear of prematurity in the second trimester ($p=0.01$).

Conclusion: According to the results sexual function disorder has a high frequency in pregnancy. The findings emphasize the need for educational programs to improve the Sexual functions during prenatal care.

Keywords: Pregnancy; Sexual dysfunction; Attitude