تأثیر آموزش جنسی بر باورهای زنان باردار نسبت به فعالیت جنسی در دوران بارداری

هدیه ریاضی[1]، سحر بانوزاده[1]، عباس مقیم بیگی[2]، لیلا امینی[3]*

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران
۲. گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳ .گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره چهارم مرداد ـ شهریور ۱۳۹۲ صص ۳۷۴-۳۶۷
پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۲۱ خرداد ۹۲]

چکیده

فعالیت جنسی بخش مهمی از رفتار انسانی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله تغییرات هورمونی، جسمی و روانی دوران بارداری قرار گیرد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش جنسی بر باورهای زنان باردار نسبت به فعالیت جنسی در حین بارداری انجام شد. این مطالعه به شکل کارآزمایی نیمه تجربی آموزشی همراه با گروه کنترل بر روی ۶۰ زن باردار با سن بارداری کمتر از ۳۳ هفته (۳۰ نفر گروه آزمون و ۳۰ نفر گروه کنترل) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۰ انجام شد. در شروع مطالعه، پرسشنامه ها در شروع مطالعه و یک ماه پس از آموزش گروه آزمون، توسط هر دو گروه تکمیل و ثبت گردید. داده ها پس ازگردآوری، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم افزار SPSS-۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بیشترین درصد افراد هر دو گروه آزمون و کنترل (به ترتیب ۵۳/۳ درصد و ۵۶/۷ درصد) قبل از مداخله آموزشی، از احتمال صدمه به جنین در حین فعالیت جنسی در دوران بارداری می‌ترسیده‌اند؛ لیکن این میزان بعد از مداخله در گروه آزمون به ۳/۳ درصد تقلیل یافته و در گروه کنترل در حد ۵۰ درصد باقی مانده بود. همچنین انجام مداخله سبب ایجاد اختلاف معنی‌دار در باورهایی نظیر ترس از درد شکم، ترس از عفونت و داشتن احساس ناخوشایند نسبت به فعالیت جنسی در طول بارداری در بین دوگروه شده و این باورها در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به شکل معنادار کاهش یافته بود. در نهایت، نتایج حاصل از این مطالعه تأییدکننده نقش مثبت آموزش در تصحیح باور زنان باردار نسبت به روابط جنسی این دوران بود. بنابراین به نظر می‌رسد ارائه خدمات و آموزش سلامت جنسی در دوران بارداری و ادغام این موارد، در خدمات بهداشتی ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی به زنان باردار بسیار ضروری است.

کلیدواژه: فعالیت جنسی، بارداری، آموزش جنسی، سلامت جنسی

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری و مامایی تهران، گروه مامایی
تلفن: ۶۱۰۵۴۲۲۵
E-mail: l-amini@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.5.0]

مقدمه

فعالیت جنسی بخش مهمی از رفتار انسانی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله تغییرات هورمونی، جسمی و روانی دوران بارداری قرار گیرد[۱]. علاوه براین تغییرات، برخی باورها و نگرشهای زوجین نیز می‌توانند منجر به اجتناب زن و یا مرد از نزدیکی در حین بارداری شوند. این اعتقاد وجود دارد که اجتناب از فعالیت جنسی در طی دوران بارداری بیشتر حاصل یک نگرش اجتماعی، اعتقادی است تا یک تابو[۲]. تحریم فعالیت جنسی و احساس گناه در مورد روابط جنسی در دوران بارداری، تغییر تصور ذهنی فرد از بدنش، ترس از کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین، ترس از سقط و زایمان زودرس و دردناک بودن نزدیکی از جمله این نگرشهای منفی در این رابطه هستند[۴،۳]. این نگرشها به همراه عدم درک صحیح از تغییرات فیزیکی و عاطفی دوران بارداری و اطلاعات ناکافی زوجین در زمینه چگونگی برقراری رابطه جنسی در طی این دوران می‌تواند سبب بروز مشکلات ارتباطی در زوجین، کمتر شدن ارتباط جنسی و یا قطع بدون دلیل آن و درنهایت، کمرنگ شدن ارتباط عاطفی و محبت آمیز زوجین شده و به ویژه در زن سبب نارضایتی، اضطراب و عدم اعتماد به نفس گردد[۵]. آموزش سلامت جنسی، علاوه بر نقش مثبتی که در پیشگیری از برخی پیامدهای منفی دارد، می تواند نتایج مثبتی را از قبیل ارتباط مناسب بین زوجین، لذت بردن از روابط جنسی، تقویت اعتماد به نفس و عزت نفس و تصمیم گیری های آگاهانه را در سطح فردی و روابط بین فردی ایجاد نماید [۶] با این وجود، مطالعات متعددی نشان داده اند که میزان آگاهی زوجین ایرانی از چگونگی روابط جنسی بسیار پایین بوده و لذا نیاز به آموزش در این حیطه، بسیار محسوس است[۸،۷]. به همین منظور، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش جنسی بر باورهای زنان باردار نسبت به فعالیت جنسی در حین بارداری انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه به شکل کارآزمایی نیمه تجربی آموزشی همراه با گروه کنترل بر روی ۶۰ زن باردار با سن بارداری کمتر از ۳۳ هفته (۳۰ نفر گروه آزمون و ۳۰ نفر گروه کنترل) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۹۰ انجام شد. از بین مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان، چهار مرکز بهداشتی درمانی که زنان برای دریافت مراقبتهای بارداری به آنها مراجعه می‌کردند، به صورت نظام‌مند به عنوان محل جمع‌آوری نمونه انتخاب شدند. در ابتدا نمونه‌گیری پس از کسب اجازه از مسئولین امور پژوهشی دانشگاه و مراکز نمونه گیری و رعایت مسائل اخلاقی به شکل تصادفی انجام شد. اولین فرد با قرعه کشی در گروه آزمون و سپس افراد به شکل یک درمیان در دو گروه جای داده شدند. پس از تکمیل حدود ۲۵ درصد حجم نمونه و جهت اطمینان بیشتر از همگون بودن نهایی دو گروه، قرار دادن نمونه‌ها در دو گروه از نظر سن و سن بارداری به روش minimization انجام شد. از کلیه افراد قبل از ورود به مطالعه، رضایت نامه کتبی اخذ شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از عدم ابتلا به بیماریهای مزمن و همچنین عدم ابتلا به بیماری روانی شناخته شده بر اساس پرونده بیماران و همچنین گزارش خود شرکت در پژوهش.

در شروع مطالعه، پرسشنامه‌ها شامل برگه مشخصات فردی و سوابق مامایی (شامل ۱۰ سؤال) و پرسشنامه بررسی باورهای نسبت به فعالیت جنسی در حین بارداری (شامل ۱۴ سؤال) با روش خودگزارش دهی توسط افراد هر دو گروه تکمیل و ثبت شد. این پرسشنامه توسط محقق و با مراجعه به متون و مقالات و وفق نظرات چندتن از اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ساخته شد. سپس برای هر یک از افراد گروه آزمون، آموزش فعالیت جنسی با تأکید بر دوران بارداری توسط یکی از اعضای تیم تحقیق به شکل چهره به چهره و انفرادی در یک اتاق مجزا و به مدت یک ساعت انجام شد. این آموزش از روشهای سخنرانی، پرسش و پاسخ، استفاده از عکس و پوستر انجام شد. علاوه بر این، یک پمفلت آموزشی نیز در اختیار آنان قرار داده شد. محتوای آموزشی در هر دو مورد شامل برخی نکات در مورد تغییرات فیزیولوژیک و آناتومیک دوران بارداری، آموزش وضعیتهای مناسب برای فعالیت جنسی حین بارداری به انضمام ارائه نمودار این وضعیتها و راههای انطباق با آنها، آموزش سلامت وتوضیح برخی باورهای غلط و رایج درباره فعالیت جنسی در دوران بارداری و در نهایت پرسش و پاسخ های رایج بود. به گروه کنترل هیچگونه آموزشی اضافه بر آنچه به شکل رایج و درحین مراقبتهای بارداری از پرسنل بهداشتی دریافت می‌کردند، داده نشد. یک ماه بعد مجدداً پرسشنامه‌ها توسط افراد هر دو گروه تکمیل و ثبت گردید. در طول این یک ماه هیچگونه تماس و یا یادآوری اضافی (به جز موارد مندرج در پمفلت آموزشی) برای گروه مداخله در نظر گرفته نشد، لیکن در صورتی که افراد هر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.5.0]

یک از گروه‌ها جهت کسب اطلاعات به مراکز مذکور مراجعه می‌کردند و یا از طریق تماس تلفنی، سؤالات خود را مطرح می‌نمودند، به سؤالات آنان پاسخ داده می‌شد. در نهایت، افرادی که مایل به ادامه شرکت در پژوهش نبودند از مطالعه حذف شدند. داده ها پس ازگردآوری، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم افزار SPSS-۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف داده ها از میانگین و دامنه، فراوانی و درصد استفاده شد. جهت مقایسه دو گروه از آزمون آماری تی مستقل و یا کای دو و مک نمار استفاده شد. سپس نتایج حاصله به صورت جداول و با توجه به اهداف تنظیم گردید.

یافته‌ها

از آنجا که نمونه‌های مورد پژوهش در دو گروه از نظر سن و سن بارداری همگون شده بودند، لذا میانگین این دو متغیر در هر دو گروه برابر بود. متوسط سن زنان هر دو گروه ۲۶ سال (با دامنه ۴۰-۱۹ سال برای گروه آزمون و ۴۲-۱۹ سال برای گروه کنترل) و متوسط سن بارداری در هر دو گروه ۱۸ هفته (با دامنه ۲۸-۶ هفته برای گروه آزمون و ۲۹-۸ هفته برای گروه کنترل) بود. میانگین مدت زمان ازدواج برای گروه آزمون ۶/۵ سال (با دامنه ۲۰-۱ سال) و برای گروه کنترل ۵/۰ سال (با دامنه ۱۵-۱ سال) بوده و بیشترین درصد افراد هر دو گروه (۶۶/۷ درصد گروه آزمون و ۶۳/۳ درصد گروه کنترل) قبل از بارداری فعلی از روش طبیعی به منظور پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. همچنین بیشترین درصد افراد هر دو گروه (۸۶/۷ درصد افراد گروه آزمون و ۹۰/۰ درصد افراد گروه کنترل) در طی بارداری فعلی هیچگونه سؤالی را در ارتباط با فعالیت جنسی در دوران بارداری از مراقبین بهداشتی خود نپرسیده بودند که از این تعداد نیز بیشترین درصد آنان (به ترتیب ۴۲/۳ درصد و ۴۸/۲ درصد برای دو گروه آزمون و کنترل)، علت این امر را عدم احساس نیاز به چنین اطلاعاتی می دانستند. جدول شماره ۱ به توصیف و مقایسه فراوانی و درصد برخی مشخصات فردی نمونه های مورد پژوهش می‌پردازد.

در رابطه با دو گروه شرکت‌کننده در پژوهش، همانطور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، اگرچه انجام مداخله در گرو ه آزمون سبب کاهش در اکثر باورها و به ویژه باورهایی همچون ترس از سقط و داشتن احساس ناخوشایند نسبت به فعالیت جنسی در حین بارداری شده بود، اما این کاهش تنها در مورد ترس از صدمه به جنین معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱). جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بیشترین درصد افراد هر دو گروه آزمون و کنترل (به ترتیب ۵۳/۳ درصد و ۵۶/۷ درصد) قبل از مداخله آموزشی، از احتمال صدمه به جنین در حین فعالیت جنسی در دوران بارداری می‌ترسیدند؛ لیکن این میزان بعد از مداخله در گروه آزمون به ۳/۳ درصد تقلیل یافته و در گروه کنترل در حد ۵۰ درصد باقی مانده بود (P<۰/۰۰۱).

همچنین انجام مداخله سبب ایجاد اختلاف معنی‌دار در باورهایی نظیر ترس از درد شکم، ترس از عفونت و داشتن احساس ناخوشایند نسبت به فعالیت جنسی در طول بارداری در بین دوگروه شده (به ترتیب P<۰۰۱، P <۰۰۵ ، P<۰۰۱) و این باورها در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به شکل معنادار کاهش یافته بود.

جدول ۱: مشخصات فردی زنان شرکت‌کننده در مطالعه

	آزمون	کنترل	P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
میزان تحصیلات			۰/۷۹۶
دیپلم	۲۳(۷۶/۷)	۲۱(۷۰/۰)	
بالاتر از دیپلم	۷(۲۳/۳)	۹(۳۰/۰)	
شغل			۱/۳۵۳
خانه دار	۲۹(۹۶/۷)	۲۶(۸۶/۷)	
شاغل	۱(۳/۳)	۴(۱۳/۳)	
مرتبه بارداری			۰/۶۰۴
نخست زا	۱۵(۰/۵۰)	۱۸(۰/۶۰)	
چندزا	۱۵(۰/۵۰)	۱۲(۰/۴۰)	
نوع بارداری			۱/۰۰۰
خواسته	۲۲(۷۳/۳)	۲۳(۷۶/۷)	
ناخواسته	۸(۲۶/۷)	۷(۲۳/۳)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.5.0]

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی و درصد باورهای زنان شرکت کننده در پژوهش نسبت به فعالیت جنسی حین بارداری به تفکیک دو گروه

	آزمون					کنترل				
	قبل		بعد			قبل		بعد		
	بلی تعداد (درصد)	خیر (درصد) تعداد	بلی (درصد) تعداد	خیر تعداد (درصد)	p	بلی تعداد (درصد)	خیر (درصد) تعداد	بلی تعداد (درصد)	خیر (درصد) تعداد	p
ترس از سقط	۱۰(۳۳/۳)	۲۰(۶۶/۷)	۳(۱۰/۰)	۲۷(۹۰/۰)	۰/۱۰۹	۷(۲۳/۳)	۲۳(۷۶/۷)	۷(۲۳/۳)	۲۳(۷۶/۷)	۱/۰۰۰
ترس از خونریزی	۳(۱۰/۰)	۲۷(۹۰/۰)	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰/۶۲۵	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۱/۰۰۰
ترس اززایمان زودرس	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۱/۰۰۰	۳(۱۰/۰)	۲۷(۹۰/۰)	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰/۶۲۵
ترس از صدمه به جنین	۱۶(۵۳/۳)	۱۴(۴۶/۷)	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰/۰۰۱	۱۷(۵۶/۷)	۲۷(۴۳/۳)	۱۵(۵۰/۰)	۱۵(۵۰/۰)	۰/۵۸۱
ترس از عفونت	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۰/۵۰۰	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۰/۶۸۸
ترس از درد حین نزدیکی	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۰/۱۲۵	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰/۲۵۰
ترس از درد شکم	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۰/۱۲۵	۶(۲۰/۰)	۲۴(۸۰/۰)	۶(۲۰/۰)	۲۴(۸۰/۰)	۱/۰۰۰
داشتن احساس گناه	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۰/۱۲۵	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۱/۰۰۰
داشتن احساس ناخوشایند	۱۱(۳۶/۷)	۱۹(۶۳/۳)	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰/۲۲۷	۱۲(۴۰/۰)	۱۸(۶۰/۰)	۱۱(۳۶/۷)	۱۹(۶۳/۳)	۱/۰۰۰

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی و درصد باورهای زنان شرکت کننده در پژوهش نسبت به فعالیت جنسی حین بارداری در قبل و بعد از مداخله آموزشی

	قبل					بعد				
	آزمون		کنترل		p	آزمون		کنترل		p
	بلی (درصد) تعداد	خیر (درصد) تعداد	بلی (درصد) تعداد	خیر (درصد) تعداد		بلی (درصد) تعداد	خیر (درصد) تعداد	بلی (درصد) تعداد	خیر (درصد) تعداد	
ترس از سقط	۱۰(۳۳/۳)	۲۰(۶۶/۷)	۷(۲۳/۳)	۲۳(۷۶/۷)	۰/۳۹۰	۳(۱۰/۰)	۲۷(۹۰/۰)	۷(۲۳/۳)	۲۳(۷۶/۷)	۰/۴۱۹
ترس از خونریزی	۳(۱۰/۰)	۲۷(۹۰/۰)	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۱/۰۰۰	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۰/۶۰۶
ترس اززایمان زودرس	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۳(۱۰/۰)	۲۷(۹۰/۰)	۰/۴۸۳	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰/۴۲۵
ترس از صدمه به جنین	۱۶(۵۳/۳)	۱۴(۴۶/۷)	۱۷(۵۶/۷)	۲۷(۴۳/۳)	۱/۰۰۰	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۱۵(۵۰/۰)	۱۵(۵۰/۰)	۰/۰۰۱
ترس از عفونت	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۱/۰۰۰	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۴ (۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۰/۰۴۹
ترس از درد حین نزدیکی	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۱/۰۰۰	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰/۴۸۳
ترس از درد شکم	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۶(۲۰/۰)	۲۴(۸۰/۰)	۰/۴۸۸	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۶(۲۰/۰)	۲۴(۸۰/۰)	۰/۰۰۹
داشتن احساس گناه	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۰/۱۱۲	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۰(۰/۰۰)	۳۰(۱۰۰/۰)	۱/۰۰
داشتن احساس ناخوشایند	۱۱(۳۶/۷)	۱۹(۶۳/۳)	۱۲(۴۰/۰)	۱۸(۶۰/۰)	۰/۷۹۱	۱ (۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۱۱(۳۶/۷)	۱۹(۶۳/۳)	۰/۰۰۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.5.0]

بحث و نتیجه‌گیری

بی‌تردید روابط زوجین در دوران بارداری و کیفیت این روابط تا حدود زیادی تحت تأثیر روابط جنسی آنان و یکسری باورها و عقاید خاص است که در سراسر جهان وجود داشته و حد و مرزی نمی‌شناسد[۹]. با توجه به این که الگوی تغییرات فعالیت جنسی در دوران بارداری ناشی از باورها وتصورات غلط از تغییرات فیزیکی و روانی این دوران است[۱۰]، مطالعه حاضر نشان داد که در بین زنان شرکت‌کننده در این مطالعه بیشترین باور منفی در هر دو گروه در بدو مطالعه، ترس از صدمه به جنین (۵۳/۳ درصد گروه آزمون و ۵۶/۷ درصد گروه کنترل) و پس از آن داشتن احساس ناخوشایند نسبت به انجام فعالیت جنسی در حین بارداری (به ترتیب ۳۶/۷ درصد و ۴۰درصد گروه آزمون و کنترل) بوده است. Bartellas و همکاران نشان دادند که ۴۹ درصد زنان از این که نزدیکی در بارداری ضرر داشته و سبب زایمان زودرس و پارگی کیسه آب شود، می‌ترسیدند[۱۰]. همچنین در مطالعه رحیمی در شهر تبریز نیز ۹۲/۵ درصد زنان باردار از صدمه به جنین، ۷۵ درصد از عفونت، ۶۸/۳ درصد از سقط، ۶۴/۲ درصد از زایمان زودرس و ۶۰ درصد از صدمه به خود در حین مقاربت می‌ترسیدند[۱۱]. نتایج مطالعه حیدری و همکاران نشان داد که تنها ۴۶ درصد زنان باردار و ۴۳ درصد همسرانشان نسبت به روابط جنسی در دوران بارداری نگرش مثبتی داشته و حدود ۶۰ درصد زنان با کاهش میل جنسی در دوران بارداری مراجعه نموده بودند که ۸۳ درصد از این افراد و ۶۵/۲ درصد از همسران ایشان، علت این امر را ترس از صدمه به جنین ذکر می‌کردند[۱۲]. با وجود این که نتایج مطالعات مذکور و مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نگرش زنان باردار نسبت به فعالیت جنسی صحیح نبوده و از باورهایی نشأت می‌گیرد که ریشه در ناآگاهی ایشان دارد، اما نکته قابل تأمل آن است که بیشترین درصد زنان شرکت‌کننده در این پژوهش در هر دو گروه آزمون و کنترل (به ترتیب ۸۶/۷ و ۹۰ درصد) از مراقبان بهداشتی هیچ‌گونه سؤالی در مورد فعالیت جنسی در دوران بارداری نپرسیده بودند و بیشترین درصد افراد هر دو گروه (به ترتیب ۴۲/۳ و ۴۸/۲ درصد) علت این امر را عدم احساس نیاز به دریافت اطلاعات ذکر نموده بودند. این در حالی است که کمترین درصد افراد هر دو گروه (۷/۷ درصد گروه آزمون و ۰/ ۰ درصد گروه کنترل) در مورد حق دریافت آموزش جنسی آگاهی نداشتند و به عبارت دیگر اکثر افراد با وجود این که می‌دانستند که حق دریافت آموزش جنسی را دارند، باز هم تمایلی به پرسش در این باره نشان نمی دادند. به نظر می‌رسد که یکی از موانع اصلی که مانع گرفتن مشاوره، اطلاعات و کمک درمورد مسائل جنسی می‌شود، حجب و حیایی است که در فرهنگ ما وجود دارد. این مساله نیازی به انجام مطالعات بیشتر را ضروری می‌سازد. آموزش جنسی در ارتقای سلامت خانواده، ممانعت از بیماریهای مقاربتی، نگرش مثبت نسبت به روابط جنسی، لذت جنسی، کاهش ناسازگاری در خانواده، کسب تجارب جنسی لذت بخش در زوجین و هویت‌یابی جنسی و داشتن رفتارهای سالم نقش مهمی را ایفا می‌نماید[۱۳]. بایرامی و همکاران معتقدند که با توجه به اینکه آگاهی، عقاید و نگرش در مورد فعالیت جنسی در بارداری، عملکرد جنسی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد، ارائه آموزش و مشاوره‌های لازم در این زمینه بایستی توصیه شود[۸]. در مطالعه حاضر اگرچه اختلاف بین دو گروه در باورهایی همچون ترس از سقط، ترس از خونریزی، ترس از درد حین نزدیکی، ترس از زایمان زودرس و داشتن احساس گناه معنی‌دار نبود، لیکن باورهایی همچون ترس از صدمه به جنین، ترس از عفونت، ترس از درد شکمی و داشتن احساس ناخوشایند نسبت به انجام فعالیت جنسی در حین بارداری، یک ماه پس از انجام مداخله آموزشی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دار را نشان داد که این مسئله مؤید نقش مثبت آموزش در تصحیح باورکلی زنان باردار نسبت به روابط جنسی این دوران می‌باشد. در مطالعه رفائی شیرپاک و همکاران نیز مداخله آموزشی منجر به افزایش معنی دار و قابل توجه میزان آگاهی و نگرش زنان متأهل مراجعه‌کننده به واحدهای تنظیم خانواده مراکز بهداشتی درمانی نسبت به مسائل جنسی گردید. همچنین این مداخله در قصد برای تغییر رفتار و نیز در برخی رفتارهای مورد مطالعه نیز تغییرات معنی‌دار به وجود آورد. این محققان معتقدند که با در نظر گرفتن محدودیت‌های قانونی و اجرائی و حساسیت‌های فرهنگی و دینی و نیز با شناخت نظام بهداشتی می‌توان برنامه‌ای مؤثر برای ارتقای آموزش سلامت جنسی طراحی و به اجرا درآورد[۶]. یکی از نکات قابل توجه در این مطالعه این بود که انجام مداخله تنها سبب کاهش معنادار ترس از صدمه به جنین در گروه آزمون شده بود و دیگر باورها اگرچه کاهش یافته بودند ولی این کاهش به سطح معنادار نرسیده بود. از آن جا که انگیزه بر روند آموزشی تأثیر می‌گذارد و معمولا سبب بروز رفتارهای هدفمند، تلاش و انرژی‌گذاری، ایستادگی و پافشاری در روند آموزش می‌گردد[۱۴] بنابراین این مساله می‌تواند ناشی از آن باشد که اکثریت افراد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.5.0]

شرکت‌کننده در این مطالعه نیازی به دریافت آموزش جنسی احساس نمی‌کردند و شاید انگیزه‌ای در این ارتباط نداشتند زیرا شرکت‌کنندگان صرفا از میان کسانی که درخواست دریافت آموزش جنسی داشتند، انتخاب نشده بودند. آنچه نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه در این زمینه نشان می‌دهد آن است که باورهای نادرست و اطلاعات ناکافی زوجین نسبت به فعالیت جنسی دوران بارداری، می‌تواند بر کمیت و کیفیت این روابط و در نتیجه کیفیت کلی روابط زوجین در این دوران اثرگذار باشد. در این میان، مسائل فرهنگی و اجتماعی و همچنین عدم کارکرد مناسب سامانه‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در زمینه آموزش مسائل جنسی نیز به عنوان موانع اصلی ارتقای دانش و تصحیح نگرش افراد در زمینه بهداشت جنسی مطرح هستند. بنابراین به نظر می‌رسد ارائه خدمات و آموزش بهداشت جنسی در دوران بارداری و ادغام این موارد، در خدمات بهداشتی ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی به زنان باردار بسیار ضروری می‌باشد.

سهم نویسندگان

هدیه ریاضی: طراحی و اجرای طرح

سحر بانو زاده: طراحی و اجرای طرح

عباس مقیم بیگی: آنالیز آماری و تفسیر نتایج

لیلا امینی: تهیه، تدوین و ویراستاری کل مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان"بررسی تأثیر برنامه آموزش بهداشت جنسی بر عملکرد جنسی زنان باردار ۱۳۹۰" مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان در سال۱۳۸۹ می‌باشد که با حمایت مرکز فوق اجرا شده است.

منابع

1. Jahanfar S, Molaie Nezhad M. Sexual Problems. 2st Edition. Bezheh & Salemi Co, Iran, 2006

2. Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksariie F, Pezeshki MZ. Sexual Dysfunction in Couples and its Related Factors during Pregnancy. Journal of Reproduction and Infertility 2008;9:271-282[Persian]

3. Lima Leite AP, Salles Campos AA, Cardoso Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Revista da Associação Médica Brasileira 2009; 55: 563-8

4. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in Sexual Experiences and Relationship Quality During Pregnancy. Archives of Sexual Behavior 2011; DOI: 10.1007/s10508-011-9839-9

5. Heydari M, Kiani Asiabar A, Faghih zade S. Couples' knowledge and attitude about sexuality in pregnancy. Tehran University Medical Journal 2006; 64: 83-89 [Persian]

6. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2005; 84: 934-8

7. Moin Z. [Mental health in pregnancy period]. 1st Ediotion, Centeral Rehabilitation Organization: Tehran, 2002 [Persian]

8. Schulz MS, Cowan CP, Cowan PA. Promoting healthy beginnings: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006; 74: 20-31

9. Heydari M, Mohammadi K, Faghizadeh S. The study of sexuality changes during pregnancy. Bimonthly Journal Medical Daneshvar 2005;13: 32-7 [Persian]

10. Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksariie F, Pezeshki MZ. Sexual Dysfunction in Couples and its Related Factors during Pregnancy. Journal of Reproduction and Infertility 2008;9:271-282[Persian]

11. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. The Journal of Sexual Medicine 2004; 1: 35-9

12. Mahmodi Gh, Hassanzadeh R, Heidari G.The effect ofsex education on family health on Mazandaran medical students. University. Ofogh-e-Danesh GMUHS Journal 2007; 13:64-70[Persian]

13. Ruiz-dura JR, Martinez Aguilar R. Women's needs and expectations during the process of pregnancy and birth. Perinatología y reproducción humana 1988; 2: 141-8

14. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Archives of Gynecology and Obstetrics2009; 279:353-6

15. Rahimi S, Seyed Rasooly E. Sexual behavior during pregnancy: a descriptive study of pregnant women. Payesh 2004;3:291-4[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.5.0]

16. Bartles E, Jon MG, Delay M. Sexuality and sexual activity in pregnancy. Bitish Journal of Obstetrics and Gynacology 2000; 107: 964-8
17. Pinkerton SD, Abramson PR. Is risky sex rational? Journal of Sex Research 1992; 29:561-8
18. Bastani F, Heidarnia A, Kazemnejad A, Kashanian M. Effect of relaxation training based on selfefficacy in mental health of pregnant women. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2007; 12: 109-116 [Persian]
19. Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women. Iranian Journal of Medical Education 2008- 2009; 8: 305-12[Persian]
20. Rafaie Shirpak K, Chinichian M, Eftekhar H, Ramezankhani A. Need assessment: sexual health education in family planning centers, Tehran, Iran. Payesh 2010; 9: 251-60[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.5.0]

ABSTRACT

The effect of sexual health education on sexual function during pregnancy

Hedyeh Riazi [1], Sahar Banoo Zadeh [1], Abbas Moghim Beigi [2], Leila Amini [3*]

1. Department of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
3. Department of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 367-374
Accepted for publication: 28 April 2012
[EPub a head of print-11 June 2013]

Objective (s): To investigate about the effect of sexual health education on sexual function during pregnancy.
Methods: This was a randomized educational control trial of 60 pregnant women with gestational age<33 weeks (30 women in intervention group and 30 women in control group) who were referred to health centers of Hamadan during 2011-2012. The data were collected by a questionnaire at baseline and one month follow-up in two groups.
Results: There were no significant differences between two groups before intervention. After sexual education, there were significant differences in sexual desire (P=0.003), sexual arousal (P=0.003), orgasm (P=0.007), number of sexual intercourse (P<0.001), and dysparunia (P<0.001) between two groups. Also, willcoxon test showed significant differences in all components of sexual function at baseline and one moth assessment in intervention in group.
Conclusion: Sexual health education improves sexual function during pregnancy. Indeed health care systems should provide education for pregnant women.

Key Words: sexual activity, sexual function, sexual health education, pregnancy

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.4.5.0]

* Corresponding author: Department of Midwifery, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 82883817
E-mail: l-amini@tums.ac.ir