

رفتار جنسی و عوامل مؤثر بر آن در دوران بارداری: لزوم ادغام مشاوره جنسی در مراقبت‌های دوران بارداری

سمیرا رحیمی*: دانشجوی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
الهه سیدرسولی: کارشناس ارشد پرستاری بهداشت مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فصلنامه پایش
سال سوم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۳ صص ۲۹۹-۲۹۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۶/۲۸

چکیده

اگر چه فعالیت جنسی در دوران بارداری بدون رعایت اصول صحیح، عوارضی را برای مادر و جنین در پی خواهد داشت، ولی علم طب جز در موارد خاص محدودیتی در برقراری رابطه جنسی در دوران بارداری برای زوجین قائل نشده است. آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و بررسی مشکلات جنسی زوجین در دوران بارداری از استانداردهای مراقبت‌های پرستاری دوران بارداری می‌باشد.

با توجه به این که آگاهی از شیوع عوامل مؤثر بر فعالیت جنسی و مشکلات جنسی زوجین در این دوران می‌تواند در ارتقاء کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری مؤثر باشد، پژوهش حاضر با نمونه‌ای شامل ۱۲۰ نفر طراحی گردید. نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که کاهش میل جنسی (۳۸/۳ درصد در سه ماهه اول، ۴۰ درصد در سه ماهه دوم و ۵۱/۷ درصد در سه ماهه سوم) و کاهش دفعات فعالیت جنسی (۵۰/۸ درصد در سه ماهه اول، ۵۳/۳ درصد در سه ماهه دوم و ۵۸/۳ درصد در سه ماهه سوم) در بین زنان باردار شایع می‌باشد که با پیشرفت بارداری تشدید پیدا می‌کند. شایع‌ترین ناراحتی حین فعالیت جنسی کمردرد و درد شکم (۱۸/۵ درصد در سه ماهه اول، ۲۸/۳ درصد در سه ماهه دوم و ۳۳/۲ درصد در سه ماهه سوم) بوده و درصد قابل توجهی از زنان نیز دیس پارونیا (۱۰/۷ درصد در سه ماهه اول، ۱۵/۲ درصد در سه ماهه دوم و ۲۰/۹ درصد در سه ماهه سوم) را در این دوران تجربه می‌کنند. شایع‌ترین ناراحتی پس از فعالیت جنسی نیز کمردرد و درد شکم (۱۷/۷ درصد در سه ماهه اول، ۲۴/۳ درصد در سه ماهه دوم و ۲۳/۳ درصد در سه ماهه سوم) می‌باشد.

همچنین بین مواردی از قبیل دیس پارونیا و احساس گناه زن نسبت به فعالیت جنسی، دیس پارونیا و ترس از زایمان زودرس در نتیجه فعالیت جنسی، کمردرد و درد شکم پس از فعالیت جنسی و نوبت زایمانی ارتباط آماری وجود دارد ($P < 0/05$). براساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد تا بررسی مشکلات جنسی زوجین و آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی در دوران بارداری در برنامه مراقبت‌های دوران بارداری زنان باردار گنجانده شود.

کلیدواژه‌ها: بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری، فعالیت جنسی

* نویسنده اصلی: تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی
تلفن: ۰۴۱۱-۴۷۹۰۳۶۴ نمابر: ۰۴۱۱-۴۷۹۶۹۶۹
E-mail: samirai@yahoo.com

مقدمه

انسان موجودی چند بعدی با نیازهای گوناگون است که همواره در جستجوی رفع نیازهای خویش می‌باشد. یکی از اجزای تشکیل دهنده نیازهای انسان، نیاز جنسی است که دارای ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی می‌باشد. خداوند نیز در قرآن کریم می‌فرماید: « یکی از آیات عظمت و لطف پروردگار این است که از خودتان ازواجی آفریده است تا در زندگی به آنان تکیه کنید و در میان شما و ایشان، محبت و مهربانی و دوستی قرار داده است» [۱].

به دنبال پیشرفت فناوری از اواخر قرن بیستم مطالعه بر روی موضوعات جنسی با پایه فیزیولوژی آغاز شد و نخستین بررسی منتشر شده در زمینه عملکرد فیزیولوژیک در جریان فعالیت جنسی مطالعه Bartelett بوده است. سپس مطالعات Janson و Masters نشان دادند که پاسخ جنسی هر فرد یک دوره چند مرحله‌ای دارد که از مرحله تهییج به مراحل خوشی و سرمستی جنسی و سپس به اوج لذت جنسی و رفع تهییج و ایجاد آرامش و سکون می‌رسد [۲، ۳، ۴].

سلامت جنسی هنگامی ارتقا می‌یابد که شخص به‌کارگیری یا تنزل رفتار جنسی و تولیدمثل را مطابق ارزش‌های اجتماعی و شخصی انجام داده و از قید فشارهای روانی مانند ترس، خجلت یا گناه که می‌تواند باعث ایجاد اختلال در فعالیت جنسی باشد، آزاد بوده و از سلامت فیزیولوژیک که عملکرد جنسی یا تناسلی به شرط آن برقرار خواهد شد برخوردار باشد.

سازمان جهانی بهداشت نیز دریافت اطلاعات و انتخاب رابطه جنسی را چه به عنوان تولید مثل و چه لذت حق هر فرد می‌داند [۴]. روابط جنسی زوجین در دوران بارداری تحت تأثیر عوامل جسمی- روانی و فرهنگی قرار می‌گیرد [۵]. اگر چه فعالیت جنسی در دوران بارداری بدون رعایت اصول صحیح عوارضی را برای مادر و جنین در پی خواهد داشت [۵، ۷]، ولی علم طب به جز در موارد خاص، محدودیتی در برقراری روابط جنسی در دوران بارداری برای زوجین قائل نشده است [۵].

آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و بررسی مشکلات جنسی زوجین در دوران بارداری، جزء استانداردهای مراقبت‌های پرستاری دوران بارداری است [۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱]. از آنجا که ضمن فعالیت کارآموزی در مراکز بهداشتی- درمانی

شهر تبریز مشخص شد که آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و بررسی مشکلات جنسی زوجین در مراقبت‌های زنان باردار مراجعه کننده مورد توجه قرار نمی‌گیرد و در مراجعه به زنان باردار نیز معلوم شد که آگاهی زنان در این مورد اندک و در برخی موارد آمیخته به خرافات است و همچنین با توجه به اهمیت مسأله و این که پیرامون شیوع عوارض حین و بعد از فعالیت جنسی در دوران بارداری تا به حال پژوهشی در کشورمان انجام نشده است و یا لاقلاً نتایج چنین پژوهش‌هایی در دسترس نمی‌باشد، بر آن شدیم تا پژوهشی تحت عنوان مذکور طراحی نموده و به انجام برسانیم.

مواد و روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی است که به منظور بررسی رفتار جنسی و عوامل مؤثر بر آن در دوران بارداری در تابستان سال ۱۳۸۱ در شهر تبریز انجام شده است.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات فردی- اجتماعی زوجین، تاریخچه مامایی و بیماری‌های زنان در دوران قبل از بارداری فعلی، ۱۵ سؤال در ارتباط با عوامل مؤثر بر فعالیت جنسی و ۱۵ سؤال مربوط به تغییرات الگوی فعالیت جنسی در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری (میل جنسی، دفعات فعالیت جنسی، وضعیت فعالیت جنسی و ناراحتی حین و بعد از فعالیت جنسی) بود که پس از مطمئن نمودن نمونه‌های مورد پژوهش نسبت به این که اطلاعات حاصل از پرسشنامه، محرمانه خواهد بود و صرفاً جنبه پژوهشی دارد، طی مصاحبه تکمیل می‌شد.

تعداد نمونه‌های مورد پژوهش ۱۲۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری آسان از بین زنانی که مایل به انجام مصاحبه بودند و دوران بارداری فعلی را بدون عوارضی از قبیل جفت سر راهی، تهدید به سقط، فشار خون بارداری، زایمان زودرس و... سپری کرده، سابقه مصرف الکل، سیگار و داروهای مؤثر بر میل جنسی (داروهای ضد افسردگی، ضد فشار خون و...) را نداشتند و نیز جهت زایمان به مرکز آموزشی- درمانی الزهرا مراجعه کرده بودند انتخاب شدند.

در صورتی که نمونه‌های مورد پژوهش، تاریخچه مشکل جنسی درمان‌نشده را داشتند از مطالعه حذف می‌شدند.

سقط، ۰/۸ درصد زایمان زودرس، ۰/۸ درصد مرده‌زایی، ۲/۵ درصد تولد نوزاد ناسالم، ۳۵ درصد عفونت واژن، ۵ درصد دیس پارونیا و ۰/۸ درصد واژینیسوس را ذکر کردند. از لحاظ کاربرد روش‌های پیشگیری از بارداری نیز، ۳/۵۸ از هیچ یک از روش‌ها استفاده نمی‌کردند. ۱۷/۵ درصد از روش‌های هورمونی، ۱۴/۲ درصد روش‌های مکانیکی و ۱۰ درصد از روش‌های طبیعی استفاده می‌کردند.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS 10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و از آزمون‌های دو متغیری کای دو و رگرسیون چندگانه به روش Step wise نیز برای آنالیز داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

مشخصات فردی- اجتماعی نمونه‌ها و همسران آنها در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است. از نظر تاریخچه مامایی و بیماری‌های زنان در دوران قبل از بارداری فعلی، ۱۶/۷ درصد

جدول شماره ۱- توزیع درصد فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی- اجتماعی

تعداد	درصد	
۶۳/۳	۷۶	سن
۳۳/۳	۴۰	۱۵-۲۵ سال
۳/۳	۴	۲۶-۳۵ سال
۷۸/۳	۹۴	۳۶-۴۵ سال
۲۱/۶	۲۶	شغل
۲۱/۷	۲۶	خانه دار
۳۹/۲	۴۷	شاغل
۱۶/۷	۲۰	تحصیلات
۱۹/۲	۲۳	بی‌سواد
۳/۳	۴	ابتدایی
۶۲/۵	۷۵	راهنمایی
۳۷/۵	۴۵	متوسطه
۶۰	۷۲	عالی
۴۰	۴۸	نوع بارداری از دید نمونه مورد مطالعه
		خواسته
		ناخواسته
		نوبت زایمانی
		اول‌زا
		چندزا

جدول شماره ۲- توزیع درصد فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی- اجتماعی همسر

تعداد	درصد	
۴۰	۴۸	سن
۴۶/۷	۵۶	۱۵-۲۵ سال
۱۰/۸	۱۳	۲۶-۳۵ سال
۱/۷	۳	۳۶-۴۵ سال
۷۹/۸	۹۵	بالای ۴۵ سال
۱۷/۶	۲۱	شغل
۳/۵	۴	آزاد
۱۰/۸	۱۳	کارمند
۳۸/۳	۴۶	بیکار
۱۸/۳	۲۲	تحصیلات
۲۴/۲	۲۹	بیسواد
۷/۵	۱۰	ابتدایی
		راهنمایی
		متوسطه
		عالی

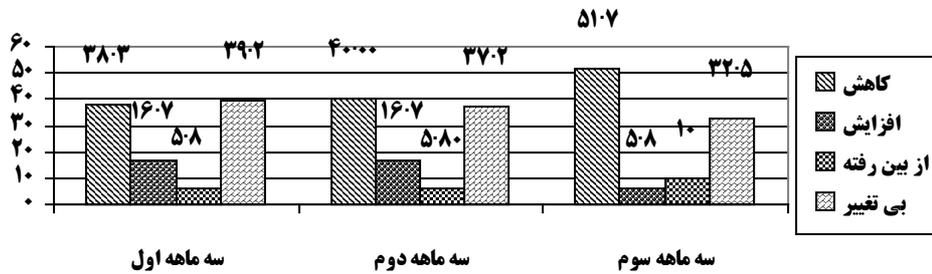
عفونت واژن ($P=0/001$) وجود دارد. از نظر خودداری از فعالیت جنسی ۷۴/۱ درصد نمونه‌های مورد پژوهش برخی اوقات و ۱۶/۷ درصد همیشه از فعالیت جنسی در دوران بارداری خودداری می‌کردند و ۹/۲ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش هرگز از فعالیت جنسی در دوران بارداری خودداری نمی‌کردند. براساس آزمون کای دو بین مشخصات فردی-اجتماعی زوجین مورد پژوهش و تاریخچه مامایی و بیماری‌های زنان با خودداری از فعالیت جنسی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. نمودارهای شماره ۱ تا ۵ توزیع درصدی نمونه‌های مورد پژوهش را بر حسب تغییرات الگوی فعالیت جنسی در طی دوران بارداری نشان می‌دهند.

توزیع درصد فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب عوامل مؤثر بر فعالیت جنسی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. آزمون کای دو بین ترس از صدمه به جنین و خواسته بودن حاملگی ($P=0/009$)، ترس از صدمه به جنین و نوبت زایمانی ($P=0/016$) و نیز کاهش توجه زن به شوهر در نتیجه توجه به جنین و نوبت زایمانی ($P=0/04$) ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد. به بیان دیگر شیوع ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت جنسی در بین زنان اول‌زا و همچنین در بین زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده بیشتر است. در مقابل کاهش توجه زن به شوهر در نتیجه توجه به جنین در بین زنان چندزا شایع‌تر است. همچنین بر اساس این آزمون ارتباط معنی‌دار آماری بین ترس از عفونت در نتیجه فعالیت جنسی و سابقه

جدول شماره ۳- توزیع درصد فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب عوامل مؤثر بر فعالیت جنسی

خیر		بله		
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۷/۵	۹	۹۲/۵	۱۱۱	ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت جنسی
۴۰	۴۸	۶۰	۷۲	ترس از صدمه به خود در نتیجه فعالیت جنسی
۲۵	۳۰	۷۵	۹۰	ترس از ایجاد عفونت در نتیجه فعالیت جنسی
۳۱/۷	۳۸	۶۸/۳	۸۲	ترس از سقط جنین در نتیجه فعالیت جنسی
۳۵/۸	۴۳	۶۴/۲	۷۷	ترس از زایمان زودرس در نتیجه فعالیت جنسی
۷۳/۳	۸۸	۲۶/۷	۳۲	اعتقاد همسر نسبت به گناه بودن فعالیت جنسی در دوران بارداری
۷۱/۷	۸۶	۲۸/۳	۲۴	اعتقاد زن نسبت به گناه بودن فعالیت جنسی در دوران بارداری
۷۰/۸	۸۵	۲۹/۲	۳۵	کاهش توجه زن نسبت به همسر در نتیجه توجه به جنین
۸۷/۵	۱۰۵	۱۲/۵	۱۵	کاهش توجه همسر نسبت به زن در نتیجه توجه به جنین
۷۵	۹۰	۲۵	۳۰	اعتقاد زن بر کاهش جذبه جنسی در نتیجه بارداری
۴۰/۸	۴۹	۵۹/۲	۷۱	نگرانی از سرانجام بارداری و کاهش آرامش در نتیجه آن
۵۵/۸	۶۷	۴۴/۲	۵۳	اعتقاد بر مانع بودن بارداری در برابر تامین نیازهای جنسی همسر
۹۵/۶	۱۰۸	۴/۴	۵	عدم مراعات سلامت جنین و زن حین فعالیت جنسی از طرف همسر

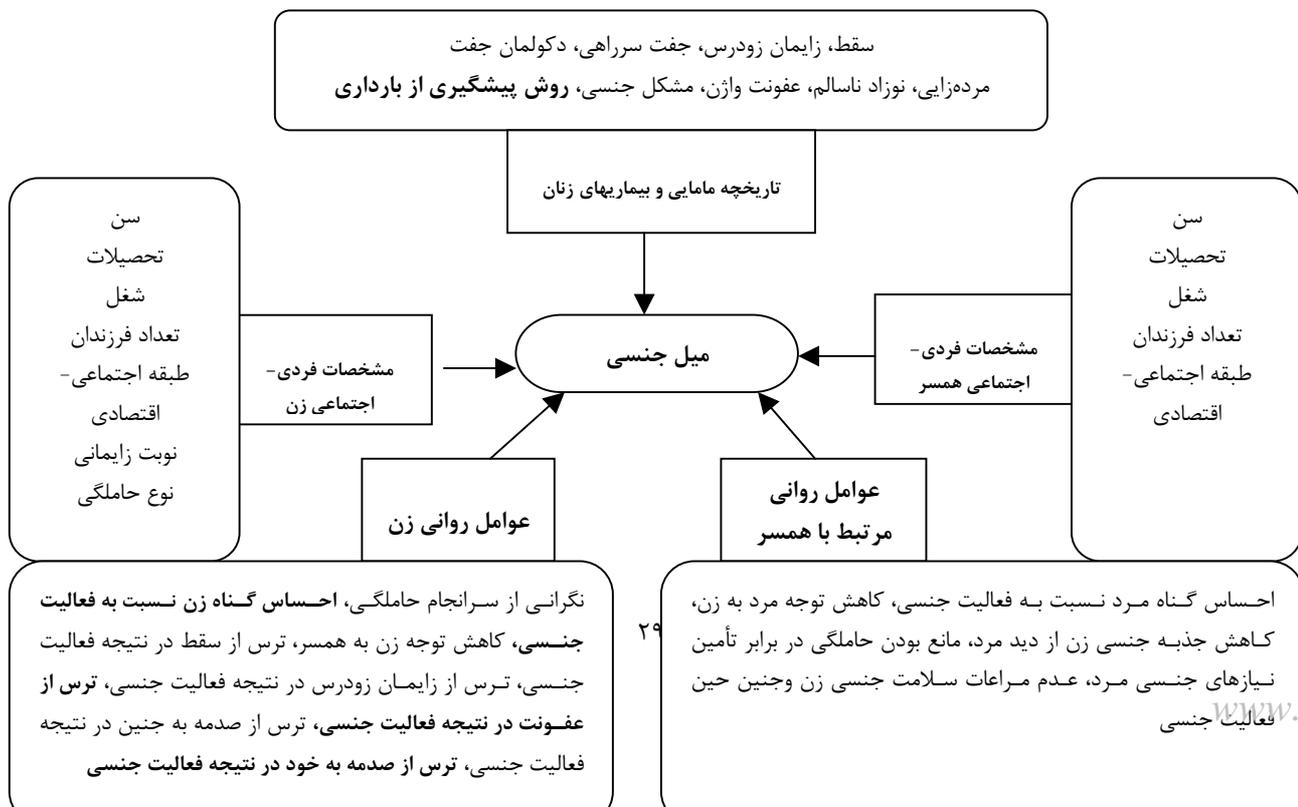
نمودار شماره ۱- توزیع درصدی نمونه‌ها بر حسب تغییرات میل جنسی طی بارداری



میل جنسی، عوامل روانی مرتبط با همسر، مشخصات فردی- اجتماعی زن، مشخصات فردی- اجتماعی همسر و متغیرهای مربوط به تاریخچه مامایی و بیماری‌های زنان تأثیری بر کاهش میل جنسی زنان در این دوران ندارند. با انجام آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین تغییرات میل جنسی زنان در سه ماهه اول و دوم با روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده در دوران قبل از بارداری مشاهده شد، به طوری که بیشترین میزان افزایش میل جنسی در بین کاربران روشهای طبیعی و بیشترین میزان کاهش میل جنسی در بین کاربران روش‌های هورمونی و مکانیکی وجود داشت.

با انجام آزمون فریدمن مشخص گردید که میل جنسی زنان از سه ماهه اول تا سه ماهه سوم به طور معنی‌دار کاهش پیدا می‌کند ($P=0/00$). آزمون رگرسیون خطی به روش Step wise نشان داد که در سه ماهه اول ترس از عفونت در نتیجه فعالیت جنسی ($\beta = -0/4$)، در سه ماهه دوم ترس زن از صدمه به خود در نتیجه فعالیت جنسی ($\beta = -0/3$) و در سه ماهه سوم ترس زن از عفونت ($\beta = -0/33$) و نیز احساس گناه زن نسبت به فعالیت جنسی ($\beta = -0/29$) به طور معنی‌دار بر کاهش میل جنسی تأثیر می‌گذارند. همچنین این آزمون مشخص ساخت که از بین عوامل موجود در مدل تحلیلی مربوط به تغییرات

مدل تحلیلی مربوط به عوامل مؤثر بر میل جنسی زنان در دوران بارداری



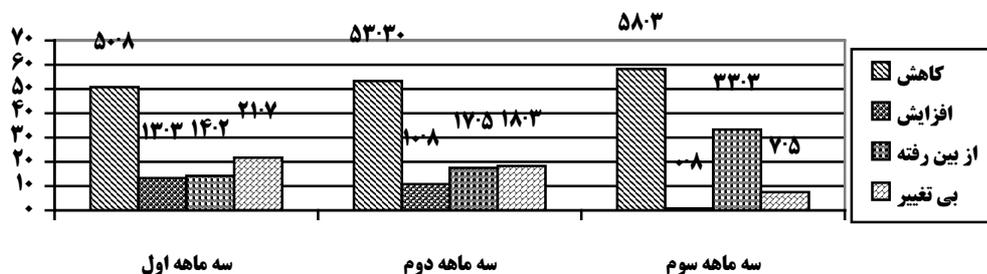
کمردرد و شکم درد پس از فعالیت جنسی در سه ماهه دوم ($P=0/040$)، نوبت زایمانی و کمردرد و شکم درد پس از فعالیت جنسی در سه ماهه سوم ($P=0/046$) ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد.

نمودار شماره ۵ نشان می‌دهد که وضعیت فعالیت جنسی ۲۱/۹ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش در سه ماهه دوم و ۱۶/۳ درصد در سه ماهه سوم به حالت Flat (Male above) بوده است.

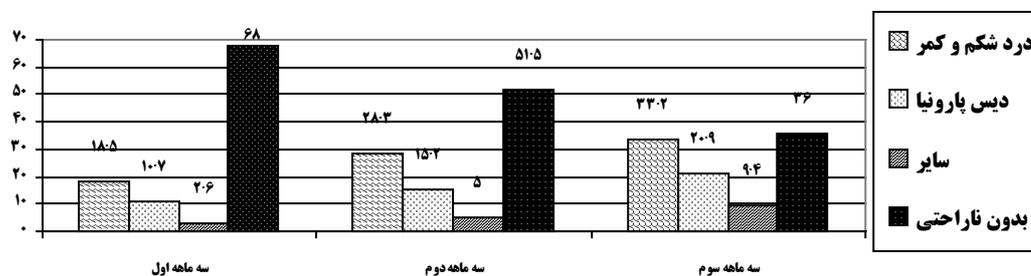
بر اساس نتایج این پژوهش فقط ۲۰ درصد از زنان مورد پژوهش از مراقب بهداشتی در رابطه با فعالیت جنسی در دوران بارداری آموزش دریافت کرده‌اند. ۸۹/۴ درصد دریافت آموزش در رابطه با فعالیت جنسی در دوران بارداری از مراقب بهداشتی را لازم می‌دانند. ۴۲/۲ درصد علت عدم سؤال خود را از مراقب بهداشتی، شرم و حیا، ۳۷/۳ درصد ارتباط نامناسب با مراقب بهداشتی، ۱۳/۳ درصد عدم آگاهی به چنین خدماتی و ۷/۲ درصد عدم احساس نیاز ذکر کردند.

با انجام آزمون فریدمن مشخص گردید که دفعات فعالیت جنسی زنان از سه ماهه اول تا سه ماهه سوم به طور معنی‌دار کاهش پیدا می‌کند. ($P=0/00$). آزمون کای دو بین ترس از عفونت و کاهش دفعات فعالیت جنسی در سه ماهه اول ($P=0/015$)، ترس از سقط و کاهش دفعات فعالیت جنسی در سه ماهه اول ($P=0/014$)، ترس از صدمه به خود و کاهش دفعات فعالیت جنسی در سه ماهه اول ($P=0/019$) ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد. آزمون کای دو بین احساس گناه زن نسبت به فعالیت جنسی و دیس پارونیا در سه ماهه اول ($P=0/004$)، ترس از زایمان زودرس و دیس پارونیا در سه ماهه اول ($P=0/044$)، ترس از زایمان زودرس و دیس پارونیا در سه ماهه دوم ($P=0/037$)، ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد. آزمون کای دو بین دیس پارونیا و سوزش واژن پس از فعالیت جنسی در سه ماهه اول ($P=0/038$)، دیس پارونیا و سوزش واژن پس از فعالیت جنسی در سه ماهه دوم ($P=0/001$) نوبت زایمانی و کمردرد و شکم درد پس از فعالیت جنسی در سه ماهه اول ($P=0/012$) نوبت زایمانی و

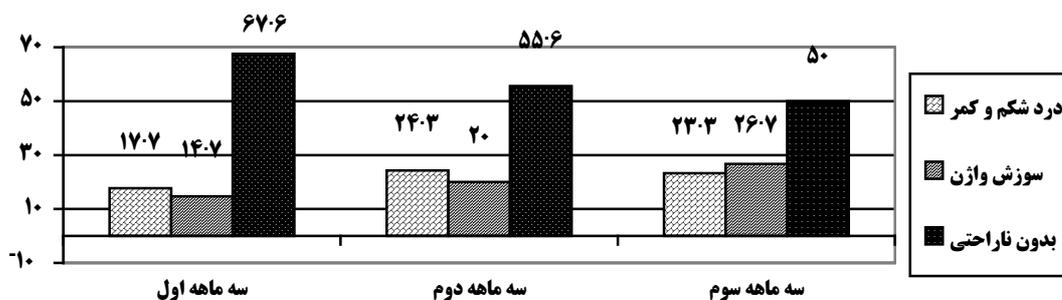
نمودار شماره ۲- توزیع درصدی نمونه‌ها بر حسب تغییرات دفعات فعالیت جنسی طی بارداری



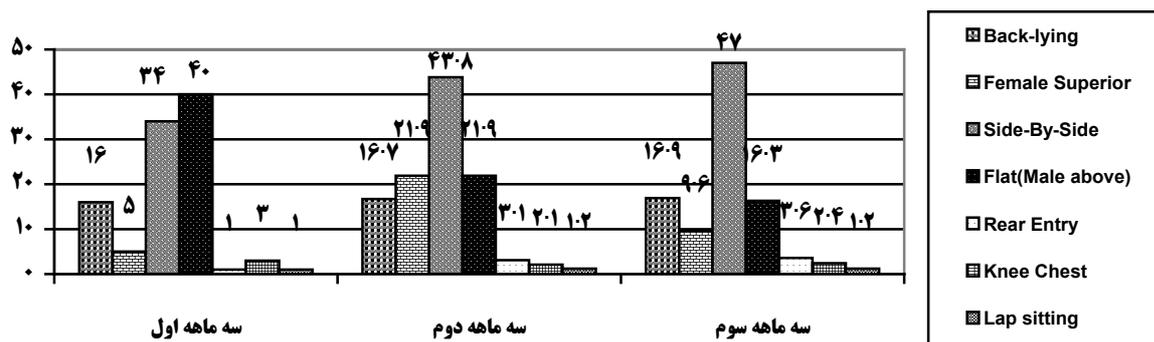
نمودار شماره ۳- توزیع درصدی نمونه‌ها بر حسب ناراحتی حین فعالیت جنسی طی بارداری



نمودار شماره ۴- توزیع درصدی نمونه‌ها بر حسب ناراحتی پس از فعالیت جنسی طی بارداری



نمودار شماره ۵- توزیع درصدی نمونه‌ها بر حسب وضعیت فعالیت جنسی طی بارداری



بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، میل جنسی اکثریت زنان در دوران بارداری کاهش پیدا می‌کند. این یافته پژوهش با نتایج مطالعات انجام شده توسط Jonse ، Borgen و Barchly و همکارانش مطابقت دارد، ولی با نتایج مطالعه

Masters و Janson مغایرت دارد. زیرا این پژوهشگران معتقدند که کاهش میل جنسی در سه ماهه اول بارداری فقط در زنان اول‌زا صدق می‌کند [۵].

همکاران، همچین Reamy و White نیز در پژوهش خود به نتایج مشابه دست یافتند [۵]. بین دیس پارونیا و احساس گناه زن نسبت به فعالیت جنسی در دوران بارداری ارتباط آماری یافت شد. Seltzer و Andrews معتقدند که احساس گناه زن نسبت به فعالیت جنسی از عوامل فردی به وجود آورنده دیس پارونیا در دوران بارداری می‌باشد [۴، ۷]. البته این ارتباط از سه ماهه اول به بعد از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد که علت این امر می‌تواند به دلیل افزایش شیوع دیس پارونیا در بین زنان به علت سایر عوامل جسمی، روانی و بین فردی به وجود آورنده دیس پارونیا در دوران بارداری که با پیشرفت بارداری عارض می‌شوند باشد.

در بین عوامل روانی مؤثر بر فعالیت جنسی، ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت جنسی، شایع‌ترین عامل در بین زنان مورد پژوهش می‌باشد که این یافته پژوهش نیز با نتایج مطالعه Qruce و همکاران همخوانی دارد [۵]. با توجه به این امر که وضعیت فعالیت جنسی درصد قابل توجهی از زنان مورد پژوهش در سه ماهه دوم و سوم بارداری به صورت موقعیت Flat (Male above) بوده است، نقص آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی در دوران بارداری از طرف مراقبین بهداشتی مشهود است و اکثریت زنان مورد پژوهش نیز چنین خلأ آموزشی را حس نموده‌اند. Ekwa و همکاران دریافتند که میزان بروز پارگی پرده‌های جنینی در این وضعیت فعالیت جنسی دو برابر بیشتر است [۱۴]. به طور کلی یافته‌های پژوهش به عنوان راهنمایی در جهت بهسازی و ارتقای کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشد. اندروز معتقد است برای این که بررسی وضعیت سلامت زنان باردار به صورت کل نگر باشد، باید مشکلات جنسی زنان باردار نیز بررسی و علت به وجود آورنده آنها مشخص گردد [۵]. به نظر پژوهشگر آموزش مسائل جنسی، نه فقط در دوران بارداری بلکه در تمام برهه‌های زندگی یک فرد باید جزء مراقبت‌های بهداشتی باشد، چرا که ریشه بسیاری از مشکلات جنسی ناآگاهی به موضوعات جنسی است. همچنین باید تدابیری اتخاذ گردد که نگرش افراد جامعه نسبت به مسائل جنسی مثبت‌تر شود، مثلاً با آموزش مسائل جنسی چه در دوران دبیرستان و چه دانشگاه می‌توان انگیزه سؤال پیرامون مسائل جنسی و طرح مشکلات

بر اساس نتایج این پژوهش عواملی از جمله ترس از عفونت در نتیجه فعالیت جنسی و ترس زن از صدمه به خود در نتیجه فعالیت جنسی به طور معنی‌دار بر کاهش میل جنسی تأثیر می‌گذارند. Boyd به نقل از Kaplan می‌نویسد: «ترس از عواملی است که بر میل جنسی مؤثر است» [۶]. در پژوهش حاضر ارتباط معنی‌داری بین تغییرات میل جنسی زنان در سه ماهه اول و دوم با روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده در دوران قبل از بارداری مشاهده شد، به طوری که بیشترین میزان افزایش میل جنسی در بین کاربران روش‌های طبیعی و بیشترین میزان کاهش میل جنسی در بین کاربران روش‌های هورمونی و مکانیکی وجود دارد. Murray و همکاران و Walton معتقدند رفع تنش ناشی از وقوع بارداری ناخواسته در زوج‌هایی که از روش‌های مطمئنی برای پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند، عامل افزایش میل جنسی در زوجین باردار می‌باشد [۵، ۷].

همچنین بر اساس نتایج این پژوهش دفعات فعالیت جنسی اکثریت زوجین در دوران بارداری در مقایسه با دوره قبل از بارداری کاهش یافته است که به نظر می‌رسد این امر از عواملی از قبیل تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری، کاهش میل جنسی، ناراحتی حین و بعد از فعالیت جنسی و ترس از پیامد‌های فعالیت جنسی برای مادر و جنین تأثیر پذیرفته است. این یافته پژوهش نیز با نتایج مطالعه انجام شده توسط Jonse مطابقت دارد.

Qruce و همکاران گزارش نمودند که ۴۶/۱ درصد از زنان برخی اوقات و ۲۴/۵ درصد همیشه از فعالیت جنسی در دوران بارداری خودداری می‌کردند و ۲۶/۴ درصد هرگز از فعالیت جنسی خودداری نمی‌کردند [۵]. نتایج پژوهش ما در این حیطة با نتایج مطالعه مذکور مشابهت ندارد. زیرا درصد زنانی که هرگز در دوران بارداری از فعالیت جنسی خودداری نکرده بودند، در مطالعه ما کمتر است و علت این امر می‌تواند تفاوت در ارزش‌های فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه ما در مقایسه با جامعه غرب باشد.

همچنین بر اساس نتایج پژوهش حاضر درصد قابل توجهی از زنان در دوران بارداری دیس پارونیا را تجربه می‌کنند که با پیشرفت بارداری بر تعداد این زنان افزوده می‌شود. Qruce و

مراحل تحقیق با تشویقها و راهنماییهای خود مایه دلگرمی بودند، ابراز داشته و نیز از همکاریهای صمیمانه و بی دریغ پرسنل کتابخانه و بخش کامپیوتر دانشکده پرستاری و مامایی تبریز تشکر و قدردانی نمایم. ضمن آن که راهنماییهای دکتر کامران صداقت در مرحله تجزیه و تحلیل دادههای این پژوهش ستودنی است.

جنسی حداقل با اعضای تیم بهداشتی را در اشخاص، ایجاد نمود.

تشکر و قدردانی

وظیفه خود می دانم مراتب سپاس و قدردانی خود را نسبت به راهنماییهای سازنده سرکار خانم الهه سیدرسولی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که در تمام

منابع

- ۱- قرآن کریم، سوره مبارکه روم، آیه ۲۱
- 2- Ramont R., Niedringhaus D. Fundamental Nursing Care. 1 st Edition, Pearson Prentice Hall : Newjersey, 2004
- ۳- شیرمحمدی حمیدرضا، راهنمای کامل تشخیص اختلالات جنسی، چاپ اول، نشر جامعه نگر، تهران، ۱۳۸۲
- 4- Fuller J., Schaller A. Health Assessment: A Nursing Approach. 1 st Edition, J.B Lippincott Company: Philadelphia, 1990
- 5- Andrews G. Womens Sexul Health. 2th Edition, Bailliere Tindall Published: London, 2001
- 6- Boyd M. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. 2thEddition, Lippincott Company: Philadelphia, 2001
- 7- Murray S., Gorrie T. Foundations of Maternal - Newborn Nursing. 3th Eddition, W.B. Saunders Company: Philadelphia, 2002
- 8- Seltzer V. Womens Primary Health Care. 2th Eddition, McGraw-Hill Company: New York, 2000
- 9- Burroughs A., Leife G. Maternity Nursing. 8th Eddition, W.B. Saunders Company: Philadelphia, 2000
- 10- Walsh L. Midwifery Community-Based Care During the Child Bearing Years. 1th Edition, W.B. Saunders Company: Philadelphia, 2001
- 11- Lowdermik D. Maternity & Womens Health Care. 7th Eddition, Mosby Company: London, 2000
- 12- Peggy S. Womens Health During The Child Bearing Years. 1st Edition, Mosby Company: London, 2001
- 13- Carolyn T. Womens Health. Lippincott Wiliams &Wilkins Company: Philadelphia, 2000
- ۱۴- قاضی جهانی بهرام، بارداری و زایمان و بلیامز، چاپ بیست و یکم، انتشارات گلبن، تهران، ۱۳۸۰