

The effect of modification of dysfunctional sexual beliefs on quality of sexual life promotion in pregnant women referred to Besat hospital

Serveh Mohamadi¹, Giti Ozgoli^{2*}, Shiva Alizadeh³, Nasrin Borumandnia⁴, Abbas Masjedi Arani⁵

1. Best Hospital Sanandaj, Iran.

2. Midwifery and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Student Research Committee, Department of Midwifery and Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5. Department of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran, Iran.

Received: 2017/02/9 Accept: 2017/07/1)

Abstract

Background: The physical, hormonal, mental, and emotional changes combined with dysfunctional sexual beliefs lead to decrease the quality of sexual life in pregnancy. The aim of this study was to investigate the effect of modification of dysfunctional sexual beliefs on the promotion of quality of pregnant women sexual life in Besat hospital.

Materials and Methods: Quasi experimental method was used on one group of 34 pregnant women in Basat Sannandaj hospital, Kurdistan province, west of Iran, in 2014. Data gathering tools were: demographic questionnaire, dysfunctional sexual beliefs questionnaire and quality of the female sexual life questionnaire. The educational intervention included 4 sessions of 90 minutes. All questionnaires were answered once before intervention. After the last session of intervention dysfunctional sexual beliefs questionnaire was answered once again and quality of sexual life questionnaire was answered 4 weeks after the last session of intervention once again.

Findings: Education had no significant effect on feeling ashamed about intercourse during pregnancy as well as bad body image, but some of dysfunctional sexual beliefs decreased significantly, such as beliefs which made women think that sexual intercourse is harmful for the fetus ($P=0.001$). Also education had an overall positive effect on dysfunctional sexual beliefs and quality of sexual life ($P=0.001$).

Conclusion: Modifying dysfunctional sexual beliefs during pregnancy (by educating) will cause a decrease in these beliefs and improvement of quality of sexual life.

Keywords: pregnancy, sexual quality of life, dysfunctional sexual beliefs, education

*Corresponding author: Giti Ozgoli
Email: gozgoli@gmail.com

تاثیر اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی بر ارتقا کیفیت زندگی جنسی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان بعثت سنندج

سروه محمدی^۱، گیتی ازگلی^{۲*}، شیوا علیزاده^۳، نسرین برومندنیا^۴، عباس مسجدی آرانی^۵

۱. بیمارستان بعثت، شهرستان سنندج، ایران.

۲. مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. کمیته پژوهشی دانشجویان، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. گروه آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۱۰

چکیده:

سابقه و هدف: تغییرات فیزیکی، هورمونی، روانی و هیجان همراه با باورهای ناکارآمد جنسی، منجر به خدشه دار شدن کیفیت زندگی جنسی در بارداری می-شود. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی بر ارتقا کیفیت زندگی جنسی زنان باردار در بیمارستان بعثت سنندج انجام شد.

مواد و روش بررسی: مطالعه حاضر به روش نیمه تجربی بر روی یک گروه ۳۴ نفر مادران باردار، در بیمارستان بعثت سنندج در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه باورهای ناکارآمد جنسی و پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی زنان بود. مداخله آموزشی اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی در طی ۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای، انجام شد. کلیه پرسشنامه ها یک بار قبل از مداخله، تکمیل شدند. پرسشنامه باورهای ناکارآمد جنسی بعد از اتمام مداخله و پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی چهار هفته بعد از اتمام مداخله، بار دیگر تکمیل شد.

یافته ها: آموزش موجب تغییر معنی دار در مورد احساس گناه زن از نزدیکی دوران بارداری و غیر اخلاقی بودن نزدیکی در زمان بارداری و تصور دوست نداشتن اندام بارداری از نظر همسرش نشد. اما باورهای ناکارآمد جنسی از نظر مادر که نشان دهنده آسیب زای بودن رابطه جنسی در دوران بارداری بر جنین بوده؛ با آموزش تغییر معنی دار کرد ($p=0/001$). همچنین آموزش بر کاهش امتیاز باورهای ناکارآمد جنسی و افزایش امتیاز کیفیت زندگی جنسی تاثیر مثبت داشت ($p=0/001$).

نتیجه گیری: اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی در بارداری موجب کاهش این باورها و افزایش امتیاز کیفیت زندگی جنسی می-گردد. در مراقبت های دوران بارداری این آموزش ها باید داده شود تا کیفیت زندگی جنسی بارداری ارتقا یابد.

واژگان کلیدی: بارداری، کیفیت زندگی جنسی، باورهای ناکارآمد جنسی، آموزش

* نویسنده مسئول: گیتی ازگلی

پست الکترونیک: g.ozgoli@gmail.com

مقدمه:

شرکت نمودند. در ابتدا از نمونه‌ها رضایت نامه کتبی آگاهانه گرفته شد. سپس در قالب گروه‌های ۸ و ۹ نفره توسط محقق به صورت یکسان آموزش داده شدند. دوره آموزشی ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت هفته‌ای دو جلسه برگزار شد. محتوای آموزش بر مبنای مروری بر متون تهیه گردید و سپس با دریافت نظرات ۵ نفر از متخصصین بهداشت باروری، سلامت جنسی روانشناسی، زنان و زایمان و مامایی اصلاحات لازم در آن انجام شد. جلسات آموزشی شامل: جلسه اول ارائه اهداف و روش کار و نیز توضیحات آناتومی و فیزیولوژی و امور جنسی و عوامل مرتبط با آن در بارداری، سه جلسه بعدی مروری بر مطالب گذشته و تغییرات اموری جنسی در بارداری، نحوه سازگار شدن با آن و مطرح کردن باورهای ناکارآمد و اصلاح آن بود. در جلسه آخر جمع بندی مطالب نیز انجام شد. روش آموزشی مورد استفاده در هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه سخنرانی، بحث گروهی و بارش افکار و پرسش و پاسخ بود. جهت تهیه لیست باورهای ناکارآمد پس از جستجو و بررسی متون، لیست ۱۵ گویه‌ای اولیه تهیه شد و به صورت اعتبار محتوای کیفی توسط ده نفر از متخصصین (حیطه‌های سلامت باروری و زنان و زایمان و روانشناسی) مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت و در نهایت به ۱۳ گویه تقلیل یافت. قبل از آموزش، پرسشنامه دموگرافیک و کیفیت زندگی جنسی و لیست باورهای ناکارآمد جنسی در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت و از نمونه‌ها خواسته شده بود تا در انتهای پرسشنامه‌ها، اگر نظری دارند بیان کنند. این نظر خواهی جهت هدایت بهتر کلاس صورت می‌گرفت و ربطی به گویه‌های پرسشنامه‌ها نداشت. قبل از اولین جلسه آموزشی و بعد از اتمام آخرین جلسه (برای بررسی میزان تغییر باورها)، وجود باورهای ناکارآمد مورد سنجش قرار گرفت. همچنین قبل از اولین جلسه آموزشی و یکماه بعد از اتمام آخرین جلسه (برای بررسی اثر بخشی باورها بر روی کیفیت زندگی جنسی)، کیفیت زندگی جنسی نیز مورد سنجش قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه دموگرافیک جهت بررسی مشخصات فردی و عوامل مامایی، پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی جنسی در زنان، لیست باورهای ناکارآمد جنسی در بارداری محقق ساخته، پرسشنامه مقیاس سازگاری زناشویی DAS^* بود. پرسشنامه سازگاری زناشویی گراهام بی اسپنیر (DAS) توسط اسپنیر در سال ۱۹۷۶ منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها و یا هر دو نفری که باهم زندگی می‌کنند تنظیم شده است که دارای ۳۳ سوال می‌باشد تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس چهار بعد را می‌سنجد که عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط ترکان و همکاران سنجیده شده است (۱۵). از آنجاییکه یکی از معیارهای ورود به مطالعه سازگاری زناشویی، می‌باشد لذا در ابتدا به افراد واجد شرایط پرسشنامه سازگاری زناشویی داده شده و صورتیکه سازگاری زناشویی داشتند وارد مطالعه می‌شدند.

کیفیت زندگی جنسی بخش مهمی از کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی جنسی مجموعه فعالیت‌های مرتبط با روابط جنسی و عاطفی با همسر و رضایت جنسی میباشد (۱، ۲). عملکرد جنسی در زنان تحت تاثیر عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، هورمونی و ژنتیک است. یک زن حامله سالم، منعی برای رابطه جنسی ندارد (۳). فعالیت جنسی طی بارداری تحت تاثیر تغییرات فیزیکی، روانی، هیجانی و نیز عقاید و باورها و تصورات غلط قرار می‌گیرد. زنان به عللی مانند ترس از آسیب به رویان، درد، سابقه سقط، راحتی خود، اعتقاد به گناه بودن رابطه جنسی در دوران بارداری، خستگی، بزرگی شکم، تهوع و استفراغ از نزدیکی در دوران بارداری خودداری می‌کنند (۴). عوامل استرس آور، عاطفی و اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی مربوط به بارداری بر صمیمیت عاطفی و جنسی اثر منفی دارد (۵). نگرانی‌های جدید به واسطه وجود جنین، در زنان و همسرانشان ایجاد می‌شود. هر کدام از موارد ذکر شده میتواند منجر به بروز آثار منفی طولانی مدت در مسایل جنسی و سلامت روانی (۶) نظیر اضطراب و عدم اعتماد به نفس در مادران شود (۷). همسران زنان باردار، گاه کاهش در میل جنسی و فعالیت جنسی دارند که عامل آنها بدریخت 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 می‌کنند (۸). از سوی دیگر، بی میلی و عدم همراهی زن موجب ناراحتی همسر و دلیل مشاجره بین آنان می‌شود (۹). گاه مردان اولین ارتباط جنسی خارج از محدوده خانواده را در دوران بارداری همسر تجربه می‌کنند (۱۰).

با وجود اینکه بارداری مرحله مهم و موثری بر کیفیت زندگی جنسی است و نیز اطلاعات ناکافی زوجین در زمینه روابط جنسی در دوران بارداری و وجود نگرش منفی و حتی خرافات نسبت به این دوران باعث بروز مشکلات می‌گردد (۷، ۱۱-۱۳) با وجود ضرورت آموزش‌های لازم در این زمینه مسایل جنسی در دوران بارداری، اما اغلب این مهم در طی مراقبت‌های بارداری به فراموشی سپرده میشوند (۱۴). لذا این پژوهش با هدف تاثیر اصلاح باورهای ناکارآمد بر کیفیت زندگی جنسی زنان باردار طراحی و اجرا گردید.

مواد و روشها:

این پژوهش نیمه تجربی یک گروهی می‌باشد. نمونه‌های پژوهش از زنان باردار مراجعه کننده به واحد زایمان فیزیولوژیک مرکز آموزشی-درمانی بیمارستان بعثت سنجند در سال ۱۳۹۳ که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. معیارهای ورود زنان براساس پرونده پزشکی و مصاحبه شامل: اولین بارداری ۲۵-۳۵ هفته، داشتن سواد حداقل خواندن و نوشتن، خواسته بودن حاملگی، نداشتن بیماری طبی و روانی، نداشتن مشکلات مامایی، عدم مصرف دارو (غیر از مکمل‌های دوران بارداری)، نداشتن اختلالات عملکردی جنسی در خود و همسر قبل از حاملگی، زندگی مشترک تک همسری با توانایی داشتن رابطه جنسی طبیعی و نداشتن ناسازگاری زناشویی و داشتن باورهای ناکارآمد جنسی. معیار خروج عدم حضور کامل در جلسات بود. ۳۴ مادر واجد شرایط که به صورت نمونه گیری در دسترس براساس معیارهای ورود، انتخاب شدند و همگی نمونه‌ها در تمامی جلسات

* Dyadic Adjustment scale

$$effect\ size = |\Delta|/\sigma^* = 0.7$$

$$n = 2(1.96 + 0.84)^2 \left(\frac{1}{0.7} \right)^2 = 32$$

بنابراین با توجه به احتمال ریزش نمونه حجم نمونه مناسب ۳۴ نفر خواهد بود.

با در نظر گرفتن ریزش احتمالی تعدادی به آن اضافه می شود و با توجه به اینکه در مطالعه ریزش وجود نداشت حداقل حجم نمونه کافی در اختیار می باشد.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ver.20 و براساس آزمونهای آماری (کلموگروف اسمیرنوف در صورت نرمال بودن متغیرهای کمی، برای مشخص کردن تاثیر آموزش بر نمونه ها، از آزمون تی زوجی و مستقل و ANOVA و در صورت غیرنرمال بودن و نیز متغیرهای کیفی از آزمونهای ناپارامتری ویلکاکسون، مک نمار و من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن) مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

نتایج:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین وانحراف معیار سن زنان باردار $4/8 \pm 25/3$ سال، میانگین وانحراف معیار سن همسران آنها $4/1 \pm 32/7$ سال، میانگین و انحراف معیار سن ازدواج $4/7 \pm 20/7$ سال، میانگین و انحراف معیار سن بارداری $4/88 \pm 25/35$ هفته بود. تحصیلات اکثر همسران (۷۳/۵ درصد) دیپلم و بالاتر بود. روش مقاربت به اشکال واژینال و مقعدی (آنالی) صورت گرفته بود. که روش مقاربت اکثریت افراد مورد پژوهش در دوران بارداری (۶۷/۶ درصد) از طریق واژینال بود. ۸ نفر مقاربت مقعدی و ۳ نفر هم ترکیبی داشته اند. جدول شماره یک تغییرات باورهای ناکارآمد جنسی را قبل و بعد از مداخله را نشان می دهد.

نتایج با استفاده از آزمون ویلکاکسون نشان داد که نمره باورهای ناکارآمد جنسی بصورت: نمره قبل از مداخله ($5/85 \pm 24/44$) و بعد از مداخله ($4/36 \pm 15/76$) بود. این تغییرات معنی دار بود ($P=0/001$). که نشاندهنده آن است که مداخله، نمره باورهای ناکارآمد جنسی را کاهش داده است. همچنین آزمونهای آماری نشان داد که سن، سن بارداری، سن ازدواج، سن همسر، قومیت شغل زن، شغل همسر، روش مقاربت، ارتباط معنی دار با باورهای ناکارآمد جنسی و کیفیت زندگی جنسی ندارند ($p=0/001$).

تغییرات اجزا کیفیت زندگی جنسی در جدول شماره ۲ آمده است. نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله ($12/99 \pm 53/26$) و بعد از مداخله ($11/20 \pm 59/79$) بود. آزمون تی زوج نشان می دهد که این تغییرات معنی دار بود ($p=0/001$) و نمرات کیفیت زندگی افزایش یافته است. با وجود اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی و بهبود کیفیت زندگی جنسی توسط مداخله اما همانطور که در جدول شماره ۳ مشخص است بین امتیاز باورهای ناکارآمد جنسی و کیفیت زندگی جنسی همبستگی وجود ندارد.

بحث:

برای پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی، از پرسشنامه فارسی SQOL-F* استفاده گردید که توسط معصومی و همکاران ترجمه و روانسنجی شده و شامل ۱۸ سوال می باشد (۱۶، ۱۷). با توجه به طیف لیکرت پرسشنامه، هر سوال از صفر تا ۵ نمره گذاری شد. سوالات ۱،۵،۹،۱۳،۱۸ باید به طور معکوس نمره گذاری شود. نمره کل پرسشنامه بین صفر تا ۹۰ می باشد. ملاک تفسیر، میانگین نمره جامعه تحت پژوهش بود بدین معنا که نمره پایین تر از میانگین جامعه پژوهش احتمالاً بیانگر کیفیت زندگی نامطلوب و نمره بالاتر از میانگین نمره جامعه پژوهش احتمالاً بیانگر کیفیت زندگی جنسی مطلوب در زنان میباشد. در مطالعه معصومی و همکاران روایی محتوا به روش کیفی و کمی ($CVI=0.91$ و $CVR=0.84$) و ضریب آلفای ۰/۷۳ برای پایایی پرسشنامه به دست آمد در مطالعه حاضر روایی ابزار، با روش اعتبار محتوای کیفی و نظر خواهی از ده تن از متخصصین بهداشت باروری و مامایی، زنان و زایمان و روانشناسی انجام شد. پایایی نیز براساس ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه بررسی باورهای ناکارآمد جنسی براساس مروری برمتون داخلی و خارجی که به روش کیفی و کمی انجام شده بود طراحی گردید. این پرسشنامه شامل ۱۳ گویه با نمره بندی لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بود. پاسخ ها به صورت کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم که به آن نمره صفر تا چهار اختصاص داده شد. دامنه نمرات برای هر فرد بین صفر الی ۵۲ می باشد. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده میزان بالای باورهای ناکارآمد جنسی است. این ابزار باورهای ناکارآمد جنسی دوران بارداری را در بر گرفته و که با روایی محتوای کیفی، و نظر خواهی از ده تن از متخصصین بهداشت باروری و مامایی، زنان و زایمان و روانشناسی انجام و تعیین روایی شد. همچنین پایایی آن بر اساس ضریب الفای کرونباخ ۰/۷ بود.

حجم تعداد نمونه با استفاده از رابطه زیر ۳۲ نفر به دست آمد (۱۸). با توجه به در دسترس نبودن کار مشابه، مقدار دلتا که همان اندازه اثر است مقداری برابر ۰/۷ که مقداری متوسط در دامنه ی اندازه اثر این نوع مطالعات می باشد، در نظر گرفته شده است

$$n \geq \frac{2\sigma^{*2}(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2}{\Delta^2}$$

احتمال خطای نوع اول

$$\alpha = 0.05 \Rightarrow z_{\alpha} = 1.96$$

توان آزمون

$$1 - \beta = 0.80 \Rightarrow z_{\beta} = 0.84$$

تفاوت معنی دار بالینی

$$\Delta = \mu_1 - \mu_2$$

اندازه اثر

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی باورهای ناکارآمد جنسی در بارداری قبل و بعد از مداخله زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی بعثت شهرستان سنندج سال ۱۳۹۴.

باورهای نادرست جنسی در بارداری					
نتیجه آزمون ویلکاکسون		بعد از مداخله		قبل از مداخله	
P- value	Z	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۰/۰۰	-۳/۶۰	۰/۷۶۸	۱/۳۲	۱/۱۴۲	۲/۲۹
0/13	-۱/۴	۰/۹۰	۱/۱۸	۰/۷۸۸	۱/۴۷
۰/۰۰	-۴/۲	۰/۹۵۴	۱/۳۸	۱/۰۲۲	۲/۴۷
۰/۰۰	-۴/۲۶	۰/۸۹	۱/۲۴	۰/۹۹۱	۲/۴۴
۰/۰۰	-۳/۷۸	۰/۵۹	۰/۸۸	۱/۰۳۱	۱/۷۱
۰/۰۰	-۴/۴۵	۰/۹۸۸	۱/۴۱	۱/۰۱۷	۲/۷۶
۰/۰۰۲	-۳/۰۷	۰/۸۰۶	۱/۳۲	۱/۱۵	۱/۹۴
۰/۰۲	-۲/۲۴	۰/۷۳	۱/۰۶	۰/۹۲	۱/۵۰
۰/۰۰۱	-۳/۴۳	۰/۵۷۶	۱/۱۸	۰/۹۷۷	۱/۸۸
۰/۰۱۹	-۲/۳۵	۰/۶۰	۰/۷۶	۰/۷۱۲	۱/۰۹
۰/۲۸	-۱/۰۸۱	۰/۸۱	۱/۰۰	۰/۹۶۸	۱/۱۸
۰/۰۰۳	-۲/۹۳	۰/۸۹	۱/۵۰	۱/۲۱۸	۲/۰۳
۰/۳۹	-۰/۸	۱/۰۲	۱/۵۳	۱/۳	۱/۶۸

جزوه (۲۳) تا آموزش ۲۴ جلسه ای از قبل از بارداری (۲۲)، به هر صورت اثرگذار است و عملکرد جنسی را بهبود می بخشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش بر تغییر باورهای ناکارآمد زنان باردار تاثیر داشته است ولیکن Wannakosit و همکارش در مطالعه شان با وجود آموزش، هیچگونه تغییری در باورهای جنسی زنان باردار مشاهده نکردند (۲۱) اما هیچیک از پژوهش های فوق به جزئیات باورهای ناکارآمد جنسی و نگرانی ها و کیفیت زندگی جنسی نپرداخته است.

نتایج نشان داد احساس گناه زن از نزدیکی دوران بارداری، غیر اخلاقی بودن نزدیکی در زمان بارداری از نظر همسر، تصور دوست نداشتن اندام بارداری از نظر همسر، قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار نیست. در تبیین این مطلب به نظر می رسد جهت تغییر این باورهای ناکارآمد که ریشه های عمیق تر دارد آموزش طراحی شده، کافی نیست. این شکل گیری احساس گناه احتمالا از ابتدای بارداری آغاز می شود و در انتهای سه ماهه دوم و سه ماه سوم که نمونه های مطالعه حاضر در آن بودند، و با

مطالعات نشان دهنده تاثیر سن، عوامل اجتماعی و اقتصادی (۱۹) و سن بارداری (۲۰)، به عنوان مولفه های کیفیت زندگی جنسی می باشد. با توجه با اینکه این مطالعه از نوع مطالعه یک گروه قبل و بعد است لذا تاثیر این متغیرها کنترل شده است. عدم معنی داری این متغیرها با کاهش نمره باورهای ناکارآمد جنسی و افزایش امتیاز کیفیت زندگی جنسی، به معنی اثر گذاری آموزش بر تغییر نمره باور و کیفیت زندگی جنسی، بدون اثر گذاری متغیرهای فوق بر نتیجه مداخله است.

نتایج این مطالعه در مورد موثر بودن آموزش و مشاوره ها بر کیفیت زندگی جنسی مشابه نتایج سایر محققان مانند، Wannakosit و همکار (۲۱)، Schulz و همکاران (۲۲)، ریاضی و همکاران (۲۳)، بهادران و همکاران (۲۴)، معماریان و همکاران (۲۵)، افشاری و همکاران (۲۶)، خیری و همکاران (۲۷)، است که در مورد مولفه های مختلف سلامت جنسی، نظیر عملکرد و رضایت در بارداری، تحقیق کردند، می باشد. این آموزش ها حتی اگر به صورت جزوه آموزشی و تماس تلفنی (۲۸) و یا یک جلسه و همراه با

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی گروه مداخله از نظر کیفیت زندگی جنسی در دوران بارداری قبل و بعد از مداخله زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی بعثت شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۴.

سوالات کیفیت زندگی جنسی (۱۸ آیتم)				
بعد از مداخله		قبل از مداخله		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۱۰	۳/۵۹	۱/۲۷	۲/۹۴	۱- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، آن را یک قسمت لذت بخش از کل زندگی ام مبینم
۰/۹۵	۳/۱۵	۱/۳۰	۳/۰۶	۲- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس ناکامی و ناامیدی میکنم
۰/۹۹	۳/۲۶	۱/۲۰	۳/۰۶	۳- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس افسردگی میکنم
۱/۶۱	۳/۵۳	۱/۱۸	۳/۴۷	۴- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس میکنم که در حد و اندازه یک زن نبوده ام
۱/۶۷	۳/۱۸	۱/۱۶	۲/۸۲	۵- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس خوبی نسبت به خودم دارم
۱/۰۲	۲/۹۷	۱/۱۹	۲/۷۱	۶- بعنوان یک شریک جنسی، اعتماد به نفس خود را از دست داده ام
۱/۰۰۸	۳/۲۱	۱	۲/۶۸	۷- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس اضطراب میکنم
۱/۲۰	۲/۹۴	۱/۲۵	۲/۹۴	۸- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس عصبانیت میکنم
۰	۳/۳۸	۰	۲/۸۲	۹- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، نسبت به همسرم احساس نزدیکی و صمیمیت میکنم
۱/۲۵	۳/۳۸	۱/۳۴	۳	۱۰- نسبت به آینده زندگی جنسی خود نگران هستم
۱/۰۴	۳	۱/۱۰	۲/۴۷	۱۱- احساس لذت را از فعالیت جنسی از دست داده ام
۱/۰۹	۳/۲۱	۱/۳۷	۲/۹۱	۱۲- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس خجالت میکنم
۰/۹۳	۴/۱۵	۱/۱۶	۳/۰۳	۱۳- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس میکنم که میتوانم در مورد موضوعات جنسی با همسرم صحبت کنم
۱/۰۱	۳/۶۵	۱/۱۵	۳/۶۲	۱۴- سعی میکنم از فعالیت جنسی دوری کنم
۱/۲۱	۳/۸۲	۱/۱۳	۳/۴۴	۱۵- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس گناه میکنم
۱/۳۸	۳/۳۲	۱/۴۸	۳/۰۹	۱۶- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر می کنم نگران هستم که همسرم احساس کند او را آزار داده یا از خودم دور کرده ام
۰/۹۸	۳/۴۱	۰	۳/۰۳	۱۷- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، احساس میکنم که انگار چیزی را از دست داده ام
۱/۲۰	۳/۱۵	۱/۲۱	۲/۵۳	۱۸- وقتی در مورد زندگی جنسی خود فکر میکنم، از تعداد دفعات فعالیت جنسی راضی هستم

باورها و ترس هایی نظیر، ترس از آسیب به جنین، القا زایمان زودرس، سقط جنین، در زوجین در زمان بارداری وجود دارد (۲۹-۳۱) ترس از آسیب رساندن به جنین یک دلیل مهم توقف و کاهش مقاربت دوران بارداری است (۳۲-۳۴) و اگر هم ادامه یابد ۳۰ تا ۵۰ درصد زوجین ترس از آسیب به جنین را حین رابطه جنسی دارند باورهای ناکارآمد جنسی که نشان دهنده

آموزش چند جلسه ای تغییر نمی کند که نیاز به مشاوره از قبل و ابتدای بارداری با استفاده از مدل های آموزشی که منجر به تغییر باور می شود، وجود دارد. در رابطه با اصلاح تصورات همسر نیز نیاز به مشاوره مستقیم به خود همسر در طی مراقبت های بارداری وجود دارد و به نظر میرسد زنان از این نظر پیام بران آموزشی خوبی نبوده اند.

جدول ۳. بررسی ارتباط میانگین باور ناکارآمد جنسی با کیفیت زندگی جنسی قبل و بعد از مداخله در زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی بعثت شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۴.

نتیجه ضریب همبستگی اسپیرمن		فراوانی و میانگین کیفیت زندگی جنسی و باور نادرست جنسی (قبل و بعد از مداخله)			
P-Value	Spearman	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد
۰/۹۸	۰/۰۰۴	۲/۱۷	۳/۳۵	۱۰۰	۳۴
		۷/۰۶	۶/۳۲	۱۰۰	۳۴

می دهد. تغییرات هورمونی، فیزیکی و اجتماعی معمولاً بر سلامت جسمی، خلق و خوی، روابط زوجین و تمایلات جنسی آنان تأثیر دارد (۳۸) و در نتیجه کیفیت زندگی جنسی فقط تحت تأثیر یک عامل مانند باورهای ناکارآمد نخواهد بود.

از نقاط قوت آن، توجه به اصلاح باورهای ناکارآمد و بررسی اثر آن بر کیفیت زندگی جنسی بود. از آنجایی که کیفیت جنسی زندگی، متغیری نیست که در طول بازه کم زمانی تحقیق، بدون مداخله چندان تغییری کند و با وجود نداشتن گروه کنترل، یافته ها با ارزش است. گروه کنترل در یک مطالعه قبل و بعدی، زمانی ضرورت دارد که در گروه بدون دریافت مداخله، وضعیت متغیر تحت بررسی، تغییر کند، که به نظر می رسد در مورد کیفیت جنسی این گونه نباشد. اما با توجه به شرایط متغیر بارداری، نداشتن گروه شاهد یکی از محدودیت های این پژوهش می تواند تلقی شود. لذا پیشنهاد می شود تحقیقی با وجود گروه شاهد در سه ماهه های مختلف بارداری انجام شود. از محدودیت های دیگر، در دسترس نبودن ابزار استاندارد برای سنجش باورهای ناکارآمد و کیفیت زندگی جنسی در بارداری بود. نکته دیگر این که ممکن است در زندگی واقعی زوجین، وزن و اهمیت گویه های مورد بررسی در ابزار باورهای ناکارآمد با هم متفاوت باشند، از این رو پیشنهاد می گردد که مطالعه ای به منظور طراحی ابزار سنجش باورهای ناکارآمد و کیفیت زندگی جنسی در دوران بارداری انجام شود. به علاوه پیشنهاد می شود که جهت اصلاح تصورات همسر، دوره مشاوره جنسی به همسر در طی مراقبت های بارداری برگزار شود زیرا به نظر می رسد زنان از این نظر نتوانستند به خوبی پیام های آموزشی را منتقل نمایند.

نتیجه گیری:

نتایج این تحقیق نشان داد اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی در بارداری، موجب کاهش این باورها و افزایش امتیاز کیفیت زندگی جنسی می گردد. اصلاح این باورها نادرست از طریق آموزش در مراقبت های دوران بارداری و حتی قبل از آن امکان پذیر می باشد. که باید در خصوص آموزش و چگونگی محتوا و انجام آن برنامه ریزی نمود که توجه مسئولین امر را در این زمینه می طلبد.

آسیب زا بودن رابطه جنسی در دوران بارداری بر جنین بوده نظیر صدمه به جنین، پارگی کیسه آب، عفونت، ناهنجاری، زایمان زودرس و سقط در این پژوهش، قبل و بعد از آموزش تغییر معنی دار کرده و اصلاح شده است. از آنجایی که این باورهای ناکارآمد ناشی از ناآگاهی است، آموزش مطالعه حاضر احتمالاً با افزایش آگاهی موجب اصلاح این باورها می شود. پذیرش مثبت و سازگاری با تغییرات جذابیت و تصور بدنی نیز به نظر می رسد به دلیل این افزایش آگاهی صورت گرفته است. نتایج تحقیقی در کانادا بیانگر آن است که ۵۸/۶ درصد زنان گزارش کردند حداقل وجود یک ترس باعث عدم فعالیت جنسی در بارداری شده است (۳۵). نتایج تحقیقی نشان داده است که ۴ تا ۲۸ درصد مردان رابطه جنسی فرا زناشویی را در دوران بارداری همسر و ماه اول بعد زایمان دارند (۱۰). همچنین نتایج مطالعه مقطعی آینده نگر در چین نشان داد که از ۲۹۸ نفر زن باردار و شرکای جنسی شان فعالیت و میل در دوران بارداری کاهش یافته و ۸۰ درصد در مورد از عوارض جانبی فعالیت جنسی بر روی جنین نگران هستند (۳۶) که در صورت برطرف کردن این نگرانی ها اصلاح کیفیت زندگی جنسی صورت میگیرد.

مداخله مطالعه حاضر احتمالاً با اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی توانسته تغییرات معنی دار در موارد: زندگی جنسی به عنوان یک قسمتی لذت بخش در رابطه کلی، احساس اضطراب در زندگی جنسی، احساس صمیمیت و نزدیکی با همسر، ازدست دادن لذت، احساس گناه و رضایت از دفعات فعالیت جنسی ایجاد کند. اما این مداخله در موارد: احساس ناکامی و ناامیدی، احساس افسردگی، درحد و اندازه زن نبودن، ایجاد احساس خوب داشتن نسبت به خود، عدم اعتماد به نفس به عنوان شریک جنسی، احساس عصبانیت، نگرانی از آینده زندگی جنسی، احساس خجالت، گفتگوی جنسی، دوری از فعالیت جنسی، دورکردن همسر از خود، احساس از دست دادن چیزی، موثر نبود. شاید مداخله ای جامع و وسیعتر از نظر روش و محتوا در طی سه ماهه های مختلف برای این تغییرات و نیز مداخله آموزشی برای همسران زنان باردار، لازم باشد.

بارداری، دورانی است که در آن بسیاری از تغییرات جسمی و روانی و هورمونی رخ می دهد (۳۷). چنین تغییراتی زندگی زوج، را تحت تأثیر قرار

تشکر و قدردانی:

پژوهش حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. این پژوهش توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی با کد اخلاق

SBMU.REC.1394.48 مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۱۰ تصویب شد. از تمام همکاران مامایی، زنان وزایمان در بیمارستان بعثت و مادران باردار که اجرای این پژوهش را امکان پذیر ساختند تشکر می شود.

منابع:

1. Tairawhiti District Health. Sexual Health Over Tairawhiti Strategy S.H.O.T.S. . New Zealand: Ministry of Ealth 2008.
2. Tsai T-F, Yeh C-H, Hwang TIS. Female Sexual Dysfunction: Physiology, Epidemiology, Classification, Evaluation and Treatment. Urological Science 2011; 22(1): 7-13.
3. Cunningham FG Et Al. Williams Obstetrics. 24rd, editor. New York: Mcgrew Hill 2014.
4. Shojaa M, Jouybari LM, Sanagoo A. Common myths among a group of Iranian women concerning sexual relationships during pregnancy. Archives of Medical Science 2009; 5(2): 229-232.
5. Hasan zadeh M. Effective Factors on Woman's Sexuality. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2006;9(1):86-91.
6. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. Gynecol Obstet Invest 2004; 57(2): 103-108.
7. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. [Sexuality of pregnant women]. Ginekol Pol. 2006;77(9):733-9.
8. Bayrami R, Sattarzade N, Ranjbar koocheksarai F, Pezeshki Mz. Male Sexual Behavior and its Relevant Factors during the Partner's Pregnancy. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2008; 8(4): 356-363.
9. Shoja M, Joibari L, Sanagoo A. Common Myths Among Women about Sexual Relationship in Pregnancy. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(2): 220-221.
10. BrtnickaH, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratisl Lek List. 2009; 110(7): 427-431.
11. Ozgoli G, Zaki F, Amir Ali Akbari S, Alavi Majd H. A Survey upon the Sexual Function and Behaviour of Pregnant Women Referring to State Health Centers of Ahvaz City- 2007. Pajoohandeh Journal 2008; 13(5): 397-403.
12. Ozgoli G, Khoshabi K, Velaii N, Dolatian M, Taroidi M. Knowledge and attitude of pregnant women toward sex during pregnancy and its related factors in general hospitals Referring to Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2004. JOURNAL OF FAMILY RESEARCH 2006; 2(6): 137-147.
13. Ozgoli G, Dolatian M , Ozgoli M, khushabi k. Alteration in sexual drive during pregnancy in women referring to hospitals affilated to Shaheed Beheshti Medical University. Journal of shahid beheshti school of nursing & midwifery 2008; 18(61): 5-12.

14. Salmani Z, Tadayon M, Alavifazel K. Prevalence and etiology of orgasm disorders in women 2010; 14(1).
15. Torkan H, Molavi H. An investigation on the psychometric features of Dyadic Adjustment Scale (DAS). Journal of psychology 2010; 13(winter): 445-467.
16. Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. Reprod Health 2013; 10: 25.
17. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women .J Sex Marital Ther 2005; 31(5): 385-397.
18. Alavi Majd H. sample size calculaion in clinical research. Tehran, IRAN: Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2006.
19. Brien K. Ashdown, Jana Hackathorn, Eddie M. Clark. In and out of the bedroom: Sexual Satisfaction in the Marital Relationship. Journal of Integrated Social Sciences 2011; 2(1): 40-57.
20. Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH. Developing and validating a Taiwan version of the female sexual function index for pregnant women. J Sex Med 2009; 6(6): 1609-16.
21. Wannakosit S, Phupong V. Sexual behavior in pregnancy: comparing between sexual education group and nonsexual education group. J Sex Med 2010; 7(10): 3434-3438.
22. 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. J Consult Clin Psychol 2006; 74(1): 20-31.
23. Riazi H, Banoo Zadeh S, Moghim Beigi A, L. A. The effect of sexual health education on sexual function during pregnancy. Payesh Journal 2013; 12(4): 367-374.
24. Bahadoran P, Mohammadi Mahdiabadzade M, Nasiri H, A. GD, . The effect of faceto-face or group education during pregnancy on sexual function of couples in Isfahan. Iran J Nurs Midwifery Res 2015 Sep-Oct; 20(5): 582-587.
25. Memarian Z, Lamiyan M, Azin A. Levels of Sexual Satisfaction in Third Trimester of Pregnancy in Nulliparous Women and Related Factors. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2016; 25(134): 178-182.

26. Merghati Khoie E, Afshar M, Yavari Kia P, Mohamadalizadeh Charandabi S. Sexual Belief and Behavior of Pregnant Women Referring to Public Health Centers in Karaj-2011. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2012; 15(9): 7-14.
27. Vakilian K, Kheyri M, Mousavi Pour S, Majidi A. The impact of cognitive- behavioral trainings on sexual dysfunctional attitudes and sexual function in pregnant women. Arak, IRAN: Arak university of medical sciences 2015.
28. Mangeli M, Ramezani T. 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* 2009; 8(2): 305-313.
29. Shoja M. Changes in Sexual and Behavioral Relationships among Couples during Pregnancy. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2012; 5(3).
30. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *The journal of sexual medicine* 2011; 8(5): 1267-1284.
31. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med* 2011; 8(5): 1267-1284.
32. Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sexual medicine* 2013; 1(2): 54-61.
33. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The journal of sexual medicine* 2010; 7(8): 2782-2790.
34. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010; 7(1 Pt 1): 136-142.
35. Beveridge JK, Vannier SA, Rosen NO. Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: associations with sexual and relationship well-being. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017: 1-11.
36. Fok WY, Chan LYS, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2005; 84(10): 934-938.
37. Leveno K, Cunningham F, Bloom S. Williams manual of pregnancy complications: McGraw Hill Professional; 2012.
38. Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal* 2011; 183(7): 815-818.