Research on Medicine *Original Article*

The Quarterly journal of School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences Vol.41; No.3; 2017

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

Serveh Mohamadi[1], Giti Ozgoli[2*], Shiva Alizadeh[3], Nasrin Borumandnia[4], Abbas Masjedi Arani[5]

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 decrees 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

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

پژوهش در پزشکی
فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
مقاله پژوهشی
دوره ۴۱، شماره ۳، ۱۳۹۶، صفحات ۱۶۰ تا ۱۶۵

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 بعث، 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 دارشدن 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. مداخله‌ی آموزشی اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی درطی 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.*

یافته‌ها: *آموزش موجب تغییر معنی‌دار 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 آسیب‌زا بودن رابطه جنسی در دوران بارداری بر جنین بوده؛ با آموزش تغییر معنی دارکرد (p=۰/۰۰۱). همچنین آموزش برکاهش امتیاز باورهای ناکارآمد جنسی و افزایش امتیاز کیفیت زندگی جنسی تاثیر مثبت داشت (p=۰/۰۰۱).*

نتیجه‌گیری: *اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی در بارداری موجب کاهش این باورها و افزایش امتیاز کیفیت زندگی جنسی می‌گردد. در مراقبت های دوران بارداری این آموزش‌ها 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*

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه:

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 تأثیر تغییرات فیزیکی، روانی، هیجانی و نیز عقاید و باورها و تصورات غلط قرار می گیرد. 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 می کنند (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، درزنان و همسرانشان ایجاد می شود. 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 آنرا 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 می کنند (۸). از سوی دیگر، بی میلی و عدم همراهی زن موجب ناراحتی همسر و دلیل مشاجره بین آنان می شود (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 برکیفیت 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 می-گردد (۷، ۱۱-۱۳) با وجود ضرورت آموزش های لازم در این زمینه مسایل جنسی در دوران بارداری، اما اغلب این مهم در طی مراقبت های بارداری به فراموشی سپرده میشوند (۱۴)، لذا این پژوهش با هدف تاثیر اصلاح باورهای ناکارآمد برکیفیت زندگی جنسی زنان باردار طراحی و اجرا گردید.

مواد و روشها:

این پژوهش نیمه تجربی یک گروهی می باشد. نمونه های پژوهش از زنان باردار مراجعه کننده به واحد زایمان فیزیولوژیک مرکز آموزشی_درمانی بیمارستان بعثت سنندج در سال۱۳۹۳ 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 مکمل های دوران بارداری)، نداشتن اختلالات عملکردی جنسی در خود و همسر قبل ازحاملگی، زندگی مشترک تک همسری با توانایی داشتن رابطه جنسی طبیعی و نداشتن ناسازگاری زناشویی و داشتن باورهای ناکارآمد جنسی. معیار خروج عدم حضور کامل درجلسات بود. ۳۴ مادر واجد شرایط که به صورت نمونه گیری در دسترس براساس معیارهای ورود، انتخاب شدند و همگی نمونه ها در تمامی جلسات شرکت نمودند. در ابتدا از نمونه ها رضایت نامه کتبی آگاهانه گرفته شد. سپس درقالب گروه های ۸ و۹ نفره توسط محقق به صورت یکسان آموزش داده شدند. دوره آموزشی ۴ جلسه۹۰ دقیقه ای بود که به صورت هفته ای دو جلسه برگزار شد. محتوای آموزش برمبنای مروری برمتون تهیه گردید و سپس با دریافت نظرات ۵ نفر از متخصصین بهداشت باروری، سلامت جنسی روانشناسی، زنان و زایمان و مامایی اصلاحات لازم درآن 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 امورجنسی 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 گویه ای اولیه تهیه شد و به صورت اعتبار محتوای کیفی توسط ده نفر از متخصصین (حیطه های سلامت باروری و زنان و زایمان و روانشناسی) مورد بررسی و اصلاح قرارگرفت و درنهایت به ۱۳ گویه تقلیل یافت. قبل از آموزش، پرسشنامه دموگرافیک وکیفیت زندگی جنسی و لیست باورهای ناکارآمد جنسی دراختیار نمونه ها قرار گرفت و از نمونه ها خواسته شده بود تا در انتهای پرسشنامه ها، اگر نظری دارند بیان کنند. این نظر خواهی جهت هدایت بهتر کلاس صورت می گرفت و ربطی به گویه های پرسشنامه ها 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 داده ها: 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 ۳۲ سوال می باشد 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، می باشد لذا در ابتدا به افراد واجد شرایط پرسشنامه سازگاری زناشویی داده شده و دصورتیکه سازگاری زناشویی داشتند وارد مطالعه می شدند.

* Dyadic Adjustment scale

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

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 احتمالا بیانگر کیفیت زندگی جنسی نامطلوب و نمره بالاتر از میانگین نمره جامعه پژوهش احتمالا بیانگر کیفیت زندگی جنسی مطلوب در زنان میباشد. درمطالعه معصومی وهمکاران روایی محتوا به روش کیفی و کمی (CVI= 0.91 و CVR=0.84) و ضریب آلفای ۰/۷۳برای 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 ومامایی، زنان وزایمان وروانشناسی 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 وکمی انجام شده بود طراحی گردید. این پرسشنامه شامل ۱۳ گویه با نمره بندی لیکرت ۵ گزینه ای از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم بود. پاسخ ها به صورت کاملا مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملا 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 برگرفته و که با روایی محتوای کیفی، ونظر 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 ۷ /۰ 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

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

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

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

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

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 وضریب همبستگی اسپیرمن) مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

نتایج:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین وانحراف معیار سن زنان باردار ۴/۸ ± ۲۵/۳ سال ، میانگین وانحراف معیار سن همسران آنها ۴/۱ ± ۳۲/۷ سال، میانگین و انحراف معیار سن ازدواج ۴/۷ ± ۲۰/۷ سال، میانگین و انحراف معیار سن بارداری ۴/۸۸ ±۲۵/۳۵ 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 ناکارامد 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 (۵/۸۵ ± ۲۴/۴۴) و بعد از مداخله (۴/۳۶ ± ۱۵/۷۶) 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 وکیفیت زندگی جنسی ندارند (p=۰/۰۰۱).

تغییرات اجزا کیفیت زندگی جنسی درجدول شماره ۲آمده است.

نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله (۱۲/۹۹ ± ۵۳/۲۶) **و** بعد از مداخله (۱۱/۲۰ ± ۵۹/۷۹) بود. آزمون تی زوج نشان می دهد که این تغییرات معنی دار بود (p=۰/۰۰۱) و نمرات کیفیت زندگی افزایش یافته است. با وجود اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی و بهبود کیفیت زندگی جنسی توسط مداخله اما همانطور که درجدول شماره ۳ مشخص است بین امتیاز باورهای ناکارآمد جنسی وکیفیت زندگی جنسی همبستگی وجود ندارد.

بحث:

*The Sexual Quality of Life–Female

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

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	قبل از مداخله		بعد از مداخله		نتیجه آزمون ویلکاکسون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	Z	P-value
۱- نزدیکی جنسی در دوران بارداری باعث صدمه به جنین میشود	۲/۲۹	۱/۱۴۲	۱/۳۲	۰/۷۶۸	-۳/۶۰	۰/۰۰
۲-من در مورد نزدیکی جنسی در دوران بارداری احساس گناه میکنم	۱/۴۷	۰/۷۸۸	۱/۱۸	۰/۹۰	-۱/۴	0/13
۳- نزدیکی جنسی در بارداری باعث زایمان زودرس میشود	۲/۴۷	۱/۰۲۲	۱/۳۸	۰/۹۵۴	-۴/۲	۰/۰۰
۴- نزدیکی جنسی در بارداری باعث پارگی کیسه آب میشود	۲/۴۴	۰/۹۹۱	۱/۲۴	۰/۸۹	-۴/۲۶	۰/۰۰
۵- نزدیکی جنسی در بارداری باعث ناهنجاری در جنین میشود	۱/۷۱	۱/۰۳۱	۰/۸۸	۰/۵۹	-۳/۷۸	۰/۰۰
۶- نزدیکی جنسی در بارداری باعث عفونت میشود	۲/۷۶	۱/۰۱۷	۱/۴۱	۰/۹۸۸	-۴/۴۵	۰/۰۰
۷- تصور میکنم دوران بارداری باعث کاهش جذابیتم میشود	۱/۹۴	۱/۱۵	۱/۳۲	۰/۸۰۶	-۳/۰۷	۰/۰۰۲
۸- بدلیل ترس از اسیب به جنین به شوهرم اجازه نزدیکی جنسی نمیدهم	۱/۵۰	۰/۹۲	۱/۰۶	۰/۷۳	-۲/۲۴	۰/۰۲
۹- نزدیکی جنسی در بارداری منجر به سقط میشود	۱/۸۸	۰/۹۷۷	۱/۱۸	۰/۵۷۶	-۳/۴۳	۰/۰۰۱
۱۰- بنظرم فعالیت جنسی در طول بارداری غیر اخلاقی است	۱/۰۹	۰/۷۱۲	۰/۷۶	۰/۶۰	-۲/۳۵	۰/۰۱۹
۱۱- فکر میکنم شوهرم فعالیت جنسی در بارداری را غیر اخلاقی می داند	۱/۱۸	۰/۹۶۸	۱/۰۰	۰/۸۱	-۱/۰۸۱	۰/۲۸
۱۲- به نظر خودم اندام من در بارداری بد شکل است	۲/۰۳	۱/۲۱۸	۱/۵۰	۰/۸۹	-۲/۹۳	۰/۰۰۳
۱۳- تصور می کنم همسرم اندام زمان بارداری من را دوست ندارد	۱/۶۸	۱/۳	۱/۵۳	۱/۰۲	-۰/۸	۰/۳۹

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 درمورد موثر بودن آموزش و مشاوره ها برکیفیت زندگی جنسی مشابه نتایج سایر محققان مانند، Wannakosit و همکار (۲۱)، Schulzو 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 دربارداری، تحقیق کردند، می باشد. این آموزش ها حتی اگر به صورت جزوه آموزشی و تماس تلفنی (۲۸) و یا یک جلسه وهمراه با جزوه (۲۳) تا آموزش ۲۴ جلسه ای از قبل از بارداری (۲۲)، به هرصورت 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 Wannakositو همکارش در مطالعه شان با وجود آموزش، هیچگونه تغییری در باورهای جنسی زنان باردار مشاهده نکردند (۲۱) اما هیچیک از پژوهش های فوق به جزییات باورهای ناکارآمد جنسی و نگرانی ها وکیفیت 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 ازنظر همسر، قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار نیست. درتبیین 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

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

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

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

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

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۳. بررسی ارتباط میانگین باور ناکارامد 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.

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

آسیب زا بودن رابطه جنسی دردوران بارداری برجنین بوده نظیر صدمه به جنین، پارگی کیسه آب، عفونت، ناهنجاری، زایمان زودرس وسقط در این پژوهش، قبل و بعد از آموزش تغییر معنی دارکرده و اصلاح شده است. از آنجایی که این باورهای ناکارآمد ناشی از ناآگاهی است، آموزش مطالعه حاضر احتمالا 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 اگاهی 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 احتمالا 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 ونزدیکی 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 ازخود، احساس از دست دادن چیزی، موثر نبود. شاید مداخله ای جامع و وسیعتر از نظر روش و محتوا درطی 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 تاثیر قرار می دهد. تغییرات هورمونی، فیزیکی و اجتماعی معمولا بر سلامت جسمی، خلق و خوی، روابط زوجین و تمایلات جنسی آنان تاثیر دارد (۳۸) و درنتیجه کیفیت زندگی جنسی فقط تحت تاثیر 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 درگروه بدون دریافت مداخله، وضعیت متغیر تحت بررسی، تغییر کند، که به نظر می رسد درموردکیفیت 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 وکیفیت 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 وکیفیت 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.

نتیجه‌گیری:

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.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

تشکر و قدردانی:

پژوهش حاضر، ماحصل 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: Minstriy 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.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

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 Obstetricia 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.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]