

بررسی مقایسه‌ای عملکرد جنسی در زنان باردار نخست‌زا و چندزا

کبری ابوذری گزافرویدی* فاطمه نجفی* احسان کاظم‌نژاد** فاطمه رحیمی‌کیان*** مامک شریعت**** پروین رهنما*****

چکیده

زمینه و هدف: عملکرد جنسی در طول حاملگی به دلایل متعددی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. فرزندان شدن علاوه بر این که فرآیندهای روانی-اجتماعی فرد را درگیر می‌کند، ممکن است بر عملکرد جنسی به صورت غیرمستقیم اثر بگذارد. این مطالعه با هدف مقایسه عملکرد جنسی زنان باردار نخست‌زا و چندزا انجام یافته است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی در مراکز بهداشتی-درمانی شهری شرق گیلان در سال ۱۳۸۸ انجام گرفته است. نمونه‌ها شامل ۵۵۴ خانم باردار متقاضی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بود که با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار پرسشنامه عملکرد جنسی و ترس از صدمه به جنین و مادر بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (من‌ویتنی‌یو، *Generalized linear models*) در نرم‌افزار SPSS v.16 استفاده شد. سطح معناداری از $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در سه ماهه اول و دوم بارداری، اختلاف معناداری بین عملکرد جنسی زنان نخست‌زا و چندزا وجود نداشت (به ترتیب $p=0.353$ و $p=0.251$). در سه ماهه سوم بارداری تفاوت آماری معناداری بین زنان نخست‌زا و چندزا از نظر میل جنسی ($p=0.002$)، برانگیختگی جنسی ($p < 0.01$)، ارگاسم ($p < 0.01$)، درد ($p=0.02$) و همچنین مجموع امتیاز عملکرد جنسی ($p=0.016$) مشاهده شد. آنالیز چند متغیره بین عملکرد جنسی زنان باردار نخست‌زا و چندزا اختلاف معنادار آماری نشان داد ($p=0.008$).

نتیجه‌گیری: با توجه به مؤثر بودن تعداد زایمان بر عملکرد جنسی زنان باردار، طراحی و اجرای برنامه‌های مشاوره و توانبخشی مسایل جنسی به عنوان بخشی از مراقبت‌های قبل از تولد به خصوص برای افراد چندزا ضروری به نظر می‌رسد.

نویسنده مسئول: کبری ابوذری گزافرویدی؛ دانشکده پرستاری و مامایی شرق گیلان دانشگاه علوم پزشکی گیلان

e-mail: kaboozari@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: عملکرد جنسی، نخست‌زا، بارداری، چندزا، تعداد زایمان

- دریافت مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۱

مقدمه

گریزه جنسی یکی از مهم‌ترین نیازهای انسان است که موجب بقای نسل و تولیدمثل می‌گردد و محققان آن را به عنوان زیربنای تشکیل خانواده پذیرفته و ارضای آن را بسیار مهم و ضروری می‌دانند (۱). رابطه جنسی در بارداری در اثر تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی متعدد

دستخوش تغییراتی می‌شود. به عبارت دیگر با توجه به تغییر نقش زن و مرد، از همسر بودن به مادر و پدر شدن، ارتباط بین زوجها تغییر می‌کند (۲) بارداری می‌تواند هم باعث عمیق‌تر شدن و از طرف دیگر باعث گسستگی روابط زناشویی شود (۳). روابط جنسی زوجها در بارداری تحت تأثیر عوامل جسمی-روانی و فرهنگی قرار می‌گیرد (۴). عوامل مختلفی نظیر تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زن باردار، کنار گذاردن فعالیت جنسی و احساس گناه در مورد روابط جنسی در

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی شرق گیلان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران
** استادیار گروه آموزشی آمار حیاتی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران
*** عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، مربی گروه آموزشی بهداشت باروری، بارداری و زایمان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
**** دانشیار مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
***** استادیار گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

بارداری، تغییر تصور ذهنی فرد از بدن خود، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین، ترس از سقط و زایمان زودرس و غیره می‌تواند روی پاسخ جنسی فرد و در نهایت ارتباط زوجها تأثیر منفی گذاشته، اضطراب و عدم اعتماد به نفس زوجها را سبب شود و در نهایت بهداشت روانی خانواده را بر هم زند (۵). نتایج یک تحقیق که توسط رحیمی و سیدرسولی تحت عنوان «رفتار جنسی و عوامل مؤثر بر آن در دوران بارداری» انجام یافت نشان داد که ترس از عفونت در نتیجه فعالیت جنسی و ترس زن از صدمه به خود در نتیجه فعالیت جنسی به طور معنادار بر کاهش میل جنسی تأثیر می‌گذارد. Boyd به نقل از Kaplan می‌نویسد: «ترس، از عواملی است که بر میل جنسی مؤثر است» (۶). Murray و همکاران معتقدند رفع تنش ناشی از وقوع بارداری ناخواسته، عامل افزایش میل جنسی در زوج‌های باردار می‌باشد (۷). فرزنددار شدن علاوه بر این که فرآیندهای روانی-اجتماعی فرد را درگیر می‌کند، ممکن است بر عملکرد جنسی به صورت غیرمستقیم اثر بگذارد (۸). مطالعات Greenblat و Jasso نشان داد که یک ارتباط منفی بین داشتن فرزند (بدون توجه به تعداد فرزند) و میزان مقاربت جنسی وجود دارد (۹ و ۱۰). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که زنان با ۴ فرزند یا بیشتر نسبت به زنان با فرزندان کمتر، میل جنسی کمتری دارند (۱۱). در حالی که یک مطالعه کانادایی هیچ ارتباطی بین تعداد فرزندان و میل جنسی، ارگاسم و درد حین مقاربت پیدا نکرد (۱۲).

مطالعه Witting و همکاران با هدف «بررسی ارتباط عملکرد جنسی زنان با تعداد فرزند، حاملگی» نشان داد که در زنان باردار با

اولین حاملگی در مقایسه با زنان غیرحامله بدون فرزند (در شرایط یکسان) مقاربت دردناک کمتر و رضایت جنسی بیشتر بوده است (۱۳). نتایج مطالعه Botros و همکاران با هدف «تعیین اثر تعداد حاملگی بر عملکرد جنسی نشان داد، که تعداد حاملگی به طور معنادار مرتبط با کاهش تمایل جنسی و تحریک‌پذیری می‌باشد (۱۴). مطالعات انجام یافته در مورد تعداد زایمان و عملکرد جنسی نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند که این اختلافات می‌تواند ناشی از تفاوت‌های موجود در فرهنگ‌ها و یا روش مطالعه باشد (۱۱ و ۱۴). با توجه به این که کلیه ابعاد سلامت زن به ویژه سلامت جسمی، روانی و حتی اجتماعی متأثر از عملکرد جنسی است و از سوی دیگر عملکرد جنسی نیز خود از تغییرات جسمی و روانی دوران زندگی زن به خصوص دوران بارداری تأثیر می‌پذیرد و یکی از عوامل مورد بحث اثرگذار بر عملکرد جنسی تعداد زایمان می‌باشد و از آن جا که بررسی‌های انجام شده بیانگر آن است که تاکنون در ایران مطالعه‌ای انجام نگرفته که اثر تعداد زایمان را بر عملکرد جنسی در طول حاملگی مدنظر قرار دهد، لذا مطالعه حاضر به منظور مقایسه عملکرد جنسی زنان باردار نخست‌زا و چندزا انجام گرفته است. شاید نتایج این مطالعه بتواند اساس مداخلات و تبیین راهبردهای جدید مشاوره‌ای را به منظور ارتقای کیفیت زندگی زوجها فراهم نماید.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری شرق گیلان جهت

دریافت مراقبت‌های معمول دوران بارداری در سال ۸۹-۱۳۸۸ تشکیل می‌دادند. حجم نمونه براساس نتایج یک مطالعه مقدماتی در مورد ۴۳ نفر با اطمینان ۹۵٪ و قدرت آزمون ۸۰٪ برای هر گروه (نخست‌زا و چندزا) و هر سه ماهه بارداری (اول، دوم و سوم) حداقل ۵۶ نفر و با در نظر گرفتن احتمال ریزش در مجموع ۵۵۴ نفر برآورد گردید. لازم به ذکر است با توجه به اجرای برنامه تنظیم خانواده در سطح کشور و بالا رفتن سن ازدواج و تبعاً سن اولین بارداری، در طی محدوده زمانی نمونه‌گیری تعداد نمونه‌های پژوهش نخست‌زا به تفکیک در هر سه ماهه بارداری بیش از زنان باردار چندزا بوده است. نمونه‌گیری از تاریخ ۸۸/۱۲/۵ تا ۸۹/۶/۳۱ از ۱۷ مرکز بهداشتی درمانی شهری شرق گیلان صورت گرفت. نمونه مورد نیاز از هر مرکز از طریق ثبت مراجعه‌کنندگان یک ماهه و تقسیم آن بر تعداد مراجعات کلیه مراکز مشخص و نمونه‌گیری به صورت مستمر صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال، تعیین و محاسبه دقیق سن حاملگی (براساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی زیر ۲۰ هفته)، عدم ابتلا به بیماری‌های سیستمیک، ژنیکولوژیک و یا روانی (که از طریق پرسش از بیمار در مورد سابقه ابتلا یا ابتلای فعلی تشخیص داده می‌شد)، عوارض دوران بارداری نظیر تهدید به سقط، فشارخون بارداری، جفت سرراهی و زایمان زودرس در حاملگی فعلی، نداشتن سابقه سقط، سابقه مصرف الکل، دخانیات و داروهای مؤثر بر میل جنسی نظیر داروهای ضد افسردگی و یا داروهای ضد فشارخون توسط زوجها بود.

ابزار مورد استفاده پرسشنامه سه قسمتی بود. بخش اول در مورد اطلاعات فردی-اجتماعی و سابقه مامایی و شامل ۱۴ سؤال در مورد سن، سن شوهر، تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، کفایت میزان درآمد خانواده، سن حاملگی، تعداد حاملگی، نوع زایمان قبلی، تعداد فرزند مرده، مدت ازدواج، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، اهمیت داشتن جنس نوزاد می‌باشد. بخش دوم مربوط به عملکرد جنسی شامل ۴ حیطه می‌باشد که ۴ سؤال مربوط به میل جنسی، ۳ سؤال مربوط به برانگیختگی جنسی، ۳ سؤال مربوط به ارگاسم، ۳ سؤال مربوط به درد می‌باشد. بخش سوم ۴ سؤال مربوط به ترس از صدمه به جنین و مادر می‌باشد. سؤالات عملکرد جنسی و ترس از صدمه به جنین و مادر براساس مقیاس لیکرت شامل ۵ پاسخ از اصلاً تا به شدت بود (نمره صفر، اصلاً و نمره چهار، به شدت) و در مورد درد و ترس از صدمه به جنین و مادر نمره‌گذاری معکوس بود و حداکثر نمره عملکرد جنسی ۵۲ و حداقل نمره صفر است که هر چه نمره بالاتر باشد عملکرد جنسی بهتر است. لازم به ذکر است که این پرسشنامه قبلاً در تحقیق «بررسی کیفیت زندگی و عملکرد جنسی پس از زایمان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین» که توسط شیخ‌الاسلامی انجام گرفت (۱۵) استفاده شده است. در تحقیق مذکور روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تأیید شده است. در این مطالعه مجدداً روایی پرسشنامه از طریق اعتبار محتوا توسط ۱۱ نفر شامل ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ۱ نفر روان‌پزشک بررسی و براساس آن تغییراتی صورت گرفت و پایایی

آن براساس آلفای کرونباخ $0/84$ تأیید شد. به دلیل تعدد مراکز، جمع‌آوری داده‌ها توسط کارشناسان مامایی آموزش دیده انجام شد. به این منظور ابتدا یک جلسه توجیهی جهت هماهنگی در جمع‌آوری داده‌ها توسط مجری طرح و یکی از همکاران برگزار شد و اهداف مطالعه، شرایط پذیرش نمونه‌ها و چگونگی جمع‌آوری اطلاعات به طور کامل توضیح داده شد. کارشناسان مامایی آموزش دیده در مراکز بهداشتی درمانی شهری شرق گیلان از زنان باردار مراجعه‌کننده شرح حال گرفته و در صورتی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند پس از بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از افراد واجد شرایط، پرسشنامه مورد نظر در خلوت و با حفظ حریم خصوصی فرد توسط نمونه‌ها تکمیل گردید. با رعایت شرایط یاد شده 172 زن باردار (111 زن نخست‌زا و 61 زن چندزا) با سن حاملگی تا 14 هفته در گروه اول، 220 زن باردار (133 زن نخست‌زا و 87 زن چندزا) با سن حاملگی $14-28$ هفته در گروه دوم، 162 زن باردار (102 زن نخست‌زا و 60 زن چندزا) با سن حاملگی $28-40$ هفته در گروه سوم مورد مطالعه قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (من‌ویتنی‌یو، رگرسیون خطی) در نرم‌افزار SPSS v.16 استفاده گردید. $p < 0/05$ به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شد. برای کنترل اثر متغیرهای مداخله‌گر مورد مطالعه در این بررسی همه متغیرهایی که در آنالیز تک متغیره ارتباط معناداری با عملکرد جنسی داشتند در مدل رگرسیون خطی قرار گرفتند. این پژوهش توسط شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی

گیلان از لحاظ رعایت نکات اخلاقی مورد تأیید قرار گرفت. قبل از انجام مطالعه اهداف، روند تحقیق و همچنین محرمانه ماندن اطلاعات برای زنان باردار مراجعه‌کننده توضیح داده شد و آنان با کسب آگاهی‌های لازم و اعلام رضایت وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان مورد مطالعه $26/29+4/70$ سال، میانگین سن همسران آن‌ها $29/39+0/28$ سال و میانگین طول مدت ازدواج آن‌ها $5/22+4/07$ سال بود. 31% زنان مورد مطالعه در سه ماهه اول $29/7\%$ سه ماهه دوم و $29/2\%$ سه ماهه سوم بارداری بودند. سایر مشخصات در جدول شماره ۱ آمده است.

در آنالیز تک متغیره نتایج آزمون من‌ویتنی‌یو، در سه ماهه اول بارداری تفاوت معنادار آماری بین زنان نخست‌زا و چندزا در خصوص نمره میل جنسی ($p=0/09$)، برانگیختگی جنسی ($p=0/95$)، ارگاسم ($p=0/05$)، درد ($p=0/48$) مشاهده نشد.

در سه ماهه دوم بارداری هم تفاوت معنادار آماری بین زنان نخست‌زا و چندزا در خصوص نمره میل جنسی ($p=0/08$)، برانگیختگی جنسی ($p=0/01$)، ارگاسم ($p=0/24$)، درد ($p=0/45$) مشاهده نشد.

در سه ماهه سوم بارداری نتایج آزمون من‌ویتنی‌یو نشان داد که در مورد میل جنسی ($p=0/002$)، برانگیختگی جنسی ($p < 0/01$)، ارگاسم ($p < 0/01$)، درد ($p=0/02$) و همچنین مجموع امتیاز عملکرد جنسی ($p=0/016$) تفاوت معنادار آماری بین زنان نخست‌زا و چندزا وجود

جهت کنترل اثرات عوامل مداخله‌گر، نتایج آنالیز چندگانه اثرات حاملگی نخست‌زا و چندزا بر مجموع امتیاز عملکرد جنسی براساس مدل خطی عمومی در جدول شماره ۳ خلاصه شده است. براساس اطلاعات جدول شماره ۳ علاوه بر اثرات نخست‌زایی و چندزایی، رتبه حاملگی، تحصیلات، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، سن شوهر، ترس از صدمه به جنین و مادر از عوامل مرتبط با مجموع امتیاز عملکرد جنسی مطالعه بوده‌اند. عوامل دیگر مورد مطالعه سن، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، مدت ازدواج و مهم بودن جنس نوزاد از لحاظ ارتباط با نمره کل عملکرد جنسی براساس مدل یاد شده معنادار نبوده است.

دارد. به طوری که میانگین این نمرات به جز درد در زنان نخست‌زا بالاتر از زنان چندزا بود (جدول شماره ۲).

در بررسی حیطه‌های عملکرد جنسی بدون در نظر گرفتن سه ماهه بارداری همه حیطه‌ها به جز برانگیختگی جنسی از لحاظ آماری در دو گروه نخست‌زا و چندزا تفاوت معنادار بوده است. {میل جنسی ($p < 0/001$)، برانگیختگی جنسی ($p = 0/077$)، ارگاسم ($p = 0/012$)، درد ($p = 0/038$)}.

میانگین و انحراف معیار مجموع امتیاز عملکرد جنسی دو گروه نخست‌زا و چندزا به ترتیب $31/08 + 6/07$ ، $29/08 + 6/45$ بود که از نظر آماری تفاوت معنادار داشت ($p = 0/008$).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری شرق گیلان در سال ۸۹-۱۳۸۸

متغیر	تعداد	درصد		
تحصیلات	ابتدایی	۲۳	۴/۲	
	راهنمایی و دبیرستان	۱۵۶	۲۸/۲	
	دبلم دانشگاهی	۲۵۳	۴۵/۷	
تحصیلات همسر	بی‌سواد	۴	۰/۷	
	ابتدایی	۵۱	۹/۲	
	راهنمایی و دبیرستان	۱۵۷	۲۸/۳	
شغل	دبلم دانشگاهی	۲۲۸	۴۱/۲	
	خانه‌دار	۱۱۲	۲۰/۲	
	شاغل	۴۹۰	۸۸/۴	
شغل همسر	کارگر	۶۲	۱۱/۲	
	کارمند	۷۸	۱۴/۱	
	آزاد	۱۰۸	۱۹/۵	
میزان درآمد خانواده از نظر زنان باردار	کشاورز	۲۴۸	۶۲/۸	
	بیکار	۱۹	۳/۴	
	نسبتاً کافی	۱	۰/۲	
تعداد زایمان	کافی	۲۸	۶/۹	
	کاملاً کافی	۳۲۸	۵۹/۲	
	نخست‌زا	۱۷۷	۳۲	
مهم بودن جنس نوزاد	کافی	۱۱	۲	
	چندزا	۳۴۶	۶۲/۵	
	بلی	۲۰۸	۳۷/۵	
حاملگی خواسته	خیر	۱۶۹	۳۰/۵	
	بلی	۳۸۵	۶۹/۵	
	خیر	۴۴۰	۷۹/۴	
			۱۱۴	۲۰/۶

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده از حیطه‌های عملکرد جنسی (تمایل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم، درد) در زنان باردار نخست‌زا و چندزا مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری شرق گیلان در هر سه ماهه بارداری

سه ماهه سوم		سه ماهه دوم				سه ماهه اول				گروه	
چندزا n=60		نخست‌زا n=102		چندزا n=87		نخست‌زا n=122		چندزا n=61			نخست‌زا n=111
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۲/۷۲	۵/۶۱	۲/۶۱	۷/۰۲	۲/۷۲	۵/۸	۲/۴۰	۶/۳۲	۲/۳۱	۵/۶۱	۲/۶۷	۶/۳۷
$p=0/02$		$p=0/08$				$p=0/09$				تمایل جنسی	
۲/۵۸	۶/۸۶	۲/۶۵	۷/۹۰	۲/۷۴	۷	۲/۷۳	۷/۲۲	۲/۵۴	۷/۰۳	۲/۷۹	۶/۹۴
$p<0/01$		$p=0/51$				$p=0/95$				نتیجه آزمون برانگیختگی جنسی	
۲	۵/۶۱	۲/۰۴	۶/۴۴	۲/۱۲	۵/۵۱	۲/۱۶	۵/۹۲	۱/۸۶	۵/۵۰	۲/۱۵	۵/۶۴
$p<0/01$		$p=0/24$				$p=0/5$				نتیجه آزمون ارگاسم	
۱/۰۷	۱۱/۲۸	۱/۴۶	۱۰/۷۷	۱/۳۳	۱۱/۰۵	۱/۲۰	۱۱/۰۳	۰/۸۱	۱۱/۴۸	۱/۱۹	۱۱/۳۰
$p=0/02$		$p=0/45$				$p=0/48$				درد	
۶/۲۸	۲۹/۵۵	۶/۴۴	۳۲/۲۱	۶/۸۲	۲۹/۵۶	۶/۵۲	۳۰/۶۲	۶/۰۹	۲۹/۶۵	۶/۷۰	۳۰/۵۳
$p=0/016$		$p=0/251$				$p=0/252$				مجموع امتیاز عملکرد جنسی	
										نتیجه آزمون	

* آزمون من‌ویتنی‌یو

جدول ۳- ضرایب رگرسیونی عوامل مرتبط با عملکرد جنسی براساس Generalized Linear Models

P	فاصله اعتماد ۹۵٪ 95%wald confidence interval		خطای معیار Std.Error	B	پارامتر
	Upper	Lower			
<0/001	۷/۲۱	۲/۶۵	۱/۱۶	۴/۹۳	نخست‌زا
چندزا					
<0/001	-۲/۷۸۶	-۹/۳۳۱	۱/۶۶	-۶/۰۵	حاملگی اول
0/۶۹	۱/۷۱۵	-۲/۵۵۹	۱/۰۹	-۰/۴۲	حاملگی دوم
حاملگی سوم و بیشتر					
<0/001	-۱/۵۳۵	-۴/۴۳۲	0/۷۳	-۲/۹۸	تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان
0/۰۹	0/۲۰	-۲/۵۴۵	0/۷۰	-۱/۱۷	تحصیلات دیپلم
تحصیلات دانشگاهی					
0/۰۴	۲/۶۹	0/۰۱۳	0/۶۸	۱/۳۵	حاملگی خواسته
حاملگی ناخواسته					
0/۰۰۲	-0/۰۶۵	-0/۲۸۱	0/۰۵	-0/۱۷	سن شوهر
<0/001	-۰/۷۴۷	-۱/۲۶۷	0/۱۳	-۱/۰۰۷	ترس از صدمه به جنین و مادر

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، افراد نخست‌زا نسبت به افراد چندزا با کنترل عوامل مداخله‌گر امتیاز عملکرد جنسی بالاتری داشتند که از لحاظ آماری معنادار بود. همچنین براساس یافته‌های این مطالعه، نخست‌زا و چندزا بودن، رتبه حاملگی، تحصیلات، خواسته بودن بارداری و ترس از

صدمه به جنین و مادر از عوامل مرتبط با عملکرد جنسی بوده است. در تحقیق ازگلی و همکاران بین خواسته بودن بارداری و عملکرد جنسی کلی ارتباط معناداری مشاهده شد و تحصیلات با عملکرد و رفتار جنسی همبستگی نداشت (۱۶). در مطالعه‌ای که توسط حسن‌زهرایی و همکاران انجام یافت، ترس از صدمه به جنین و مادر از

از نظر آماری معنادار نبود (۳). در مطالعه Witting و همکاران میانگین نمرات تمایل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم، درد و میانگین نمره کل عملکرد جنسی در زنان باردار نخست‌زا بیشتر از زنان باردار چندزا بود (۱۳).

در این مطالعه، زنان باردار نخست‌زا نسبت به زنان چندزا، امتیاز کلی عملکرد جنسی بالاتری داشتند. بنابراین به نظر می‌رسد تعداد زایمان در زنان باردار می‌تواند در عملکرد جنسی اثرگذار باشد و همچنین با در نظر گرفتن سه ماهه‌های بارداری، تنها در سه ماهه سوم بارداری تفاوت آماری معنادار مشاهده شد. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که با توجه به مؤثر بودن تعداد زایمان در عملکرد جنسی زنان باردار، طراحی و اجرای برنامه‌های مشاوره و توانبخشی مسایل جنسی به عنوان بخشی از مراقبت‌های قبل از تولد به خصوص برای افراد چندزا ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به حیطه‌های عملکرد جنسی که براساس تعداد زایمان دستخوش تغییر شده‌اند می‌توان راهبردهای مشاوره‌ای مناسبی را تدوین کرد که بتواند در ارتقا کیفیت زندگی زوجها نقش مهمی داشته باشد.

از محدودیت‌های تحقیق، این بود که شرایط به منظور بررسی عملکرد جنسی زنان حامله به صورت آینده‌نگر به صورتی که بتوان افراد حامله را از ابتدای حاملگی تا انتها مورد ارزیابی قرار داد، فراهم نبود لذا مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. ولی از نقاط قوت مطالعه حاضر مقایسه گروه‌ها در سه ماهه‌های متفاوت حاملگی می‌باشد که تاکنون در ایران انجام نشده است. به منظور ارایه راهکارهای مناسب به سیستم بهداشتی می‌توان تحقیقاتی

عوامل مؤثر در بروز اختلال عملکرد جنسی بود (۱۷). در مطالعه رحیمی و سیدرسولی در بین عوامل روانی مؤثر بر فعالیت جنسی، ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت جنسی، شایع‌ترین عامل در بین زنان بود (۶). در مطالعه Witting و همکاران نتایج نشان داد که در میان زنان چندزای غیر باردار در مقایسه با زنان نخست‌زای غیر باردار بدون توجه به تعداد فرزند، مشکلات ارگاسم، مقاربت دردناک کم‌تر و رضایت جنسی بیشتر می‌باشد و همچنین در زنان باردار با اولین حاملگی در مقایسه با زنان غیرحامله بدون فرزند، مقاربت دردناک کم‌تر و رضایت جنسی بیشتر بوده است (۱۳). در مطالعه Botros و همکاران که مقایسه عملکرد جنسی در دو قلوهای یکسان صورت گرفت که از نظر تعداد حاملگی متفاوت بودند، نتایج نشان داد که نمره میانگین کل عملکرد جنسی در گروه نخست‌زا بیشتر بوده است. در این مطالعه تعداد حاملگی به طور معنادار با کاهش تمایل جنسی و برانگیختگی جنسی مرتبط بود (۱۴).

براساس نتایج این مطالعه تفاوت معناداری از نظر میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و درد در زنان چندزا و نخست‌زا تنها در سه ماهه سوم بارداری وجود داشت. به طوری که میانگین نمرات میل جنسی، تحریک‌پذیری و ارگاسم در زنان نخست‌زا بیشتر از چندزا بود. تحقیق نعمت‌اله‌زاده و همکاران نشان داد که فراوانی اختلال در انگیزش جنسی، لغزندگی واژن و ارگاسم و رضایت جنسی بیان‌کننده افزایش معنادار بین سه ماهه اول و دوم و کاهش در سه ماهه سوم در مقایسه با سه ماهه دوم بود که این کاهش

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان می‌باشد، بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان که تأمین‌کننده هزینه طرح پژوهشی بودند و همچنین معاونت محترم بهداشتی و کارکنان محترم مامایی مراکز بهداشتی، درمانی شهری شرق گیلان و سایر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و سپاس‌گزاری می‌نماییم.

انجام داد که عملکرد جنسی را از قبل از حاملگی تا بعد از زایمان در دو گروه نخست‌زا و چندزا مورد بررسی و ارزیابی قرار داده و عوامل پیش‌گویی‌کننده اختلالات عملکرد جنسی را در این دوره مهم از زندگی یعنی حاملگی و بعد از زایمان استخراج نموده و براساس آن‌ها برنامه‌های آموزشی مدونی به منظور ارتقای کیفیت زندگی زوجها ارائه دهد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای جهت بررسی مقایسه‌ای رضایت زناشویی در خانم‌های چندزا و نخست‌زا صورت گیرد.

منابع

- 1 - Mooshkbid Haghighi M, Shams Mofarahe Z, Majd Timory MMV, Hosseini F. [The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples]. *Iran Journal of Nursing*. 2003; 15-16(32-33): 15-19. (Persian)
- 2 - Pasha H, Haj Ahmadi M. [Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors, Babol, Iran 2004]. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2007; 10(4): 343-348. (Persian)
- 3 - Nematollahzade M, Maasoumi R, Lamyian M, Asghari Jafarabadi M. [Study of women's attitude and sexual function during pregnancy]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services*. 2010; 10(2): 241-249. (Persian)
- 4 - Andrews G. *Women's sexual health*. 2nd ed. London: Bailliere Tindall; 2001. P. 161-172.
- 5 - Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ*. 2004 Sep 4; 329(7465): 559-61.
- 6 - Rahimi S, Seyyed Rasooli E. [Sexual behavior during pregnancy: A descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran]. *Payesh Journal*. 2004 Oct; 3(4): 291-299. (Persian)
- 7 - Murray SS, McKinney ES, Gorrie TM. *Foundations of maternal - newborn nursing*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
- 8 - Bitzer J, Alder J. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Sex Education & Therapy*. 2000 Mar; 25(1): 49-58.
- 9 - Greenblat CS. The salience of sexuality in the early years of marriage. *Journal of Marriage and the Family*. 1983 May; 45(2): 289-99.
- 10 - Jasso G. Marital coital frequency and the passage of time: Estimating the separate effects of spouses' ages and marital duration, birth and marriage cohorts, and period influences. *American Sociological Review*. 1985 Apr; 50(2): 224-241.
- 11 - Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health*. 2002 Oct; 5(2): 59-63.
- 12 - Gruszecki L, Forchuk C, Fisher WA. Factors associated with common sexual concerns in women: new findings from the Canadian contraception study. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2005 Mar; 14(1/2): 1-13.
- 13 - Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2008; 34(2): 89-106.
- 14 - Botros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, Goldberg RP. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. *Obstet Gynecol*. 2006 Apr; 107(4): 765-70.
- 15 - Sheikh Eslami G. [Quality of life and sexual function after child birth: Vaginal versus elective cesarean delivery]. MD Dissertation. School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, 2007. (Persian)
- 16 - 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]. *Pejouhandeh Quarterly Research Journal*. 2008; 13(5): 397-403. (Persian)
- 17 - Hasan Zahraee R, Shafiee K, Bashrdoost N, Reihany M, Jabery P. [Study of the related factors in couples' sexual relationship during pregnancy]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2002; 5(4): 62-67. (Persian)

Comparison of Sexual Function between Nulliparous with Multiparous Pregnant Women

Kobra Abouzari Gazafroodi* (MSc.) - Fatemeh Najafi* (MSc.) - Ehsan Kazemnejad** (Ph.D) - Fatemeh Rahimikian*** (MSc.) - Mamak Shariat**** (MD) - Parvin Rahnama***** (Ph.D).

Abstract

Received: Aug. 2012
Accepted: Nov. 2012

Background & Aim: Pregnancy can conflict with sexual function that can be affected by physical and psychological changes during pregnancy. The aim of this study was to compare sexual functions between nulliparous and multiparous pregnant women referred to health centers in Eastern district of Guilan.

Methods & Materials: This cross-sectional study was carried out in Guilan during 2009-2010. We used convenient sampling method to select 554 pregnant women. Data were gathered using a questionnaire including demographic characteristics, sexual function and fear of harm to fetus. The SPSS-16 was used to analyze the data by the Mann-Whitney U and Generalized linear models. The level of significance was set at 5%.

Results: There was no significant difference between nulliparous and multiparous pregnant women regarding sexual function in the first and second trimesters of pregnancy ($P=0.353$, $P=0.251$). There were significant differences between nulliparous and multiparous pregnant women regarding sexual desire ($P=0.002$), arousal ($P=0.01$), orgasm ($P=0.01$), pain ($P=0.02$) and sexual function total score ($P=0.016$). There was significant difference between nulliparous and multiparous pregnant women regarding sexual function ($P=0.008$).

Conclusion: Sexual counseling and rehabilitation programs should be compiled as part of the comprehensive care of prenatal care especially for multiparous pregnant women.

Corresponding author:
Kobra Abouzari Gazafroodi
e-mail:
kaboozari@yahoo.com

Key words: sexual function, nulliparity, pregnancy, multiparity, parity

* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

** Dept. of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran

*** Nursing and Midwifery Care Research Center; Dept. of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**** Mother, Fetus, Neonate Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***** Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran