

## کارآمدی آموزش عملکرد جنسی بر افزایش رضایتمندی جنسی زوجین در دوران بارداری در شهر قم ۱۳۹۵

مرضیه نادى زاده<sup>۱</sup>، نادر منیرپور\*<sup>۲</sup>، سعید راسخی دهکردی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۹۶/۱۱/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۲/۰۹

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** عملکرد جنسی هنجار در دوران بارداری از نکات مهم در تکامل زناشویی است لذا این پژوهش جهت بررسی اثربخشی آموزش عملکرد جنسی بر میزان افزایش رضایتمندی جنسی زوجین در دوران بارداری انجام شده است.

**مواد و روش کار:** در مطالعه مداخله‌ای ۴۰ زن باردار، به روش تصادفی، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج، و با تأیید حداقل سن بارداری ۱۰، و حداکثر ۱۵ هفته بارداری، با سونوگرافی وارد پژوهش شدند. سپس در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. پس از اندازه‌گیری عملکرد جنسی با پرسش‌نامه FSFI و ASEX (تجارب و رضایتمندی جنسی) برنامه آموزشی شامل: آناتومی، فیزیولوژی، نحوه فعالیت جنسی در زوجین برای گروه مداخله اجرا شد. ارزیابی یک و دو ماه بعد (سه دوره) با همان پرسش‌نامه‌ها انجام گردید. نتایج در سطح کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار تعریف شدند. جهت بررسی نتایج آماری پژوهش حاضر، از تحلیل واریانس، آزمون آماری T و اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

**یافته‌ها:** میانگین عملکرد جنسی قبل از مداخله آموزشی در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت، در ارزیابی اولیه بعد از آموزش، نمره کل رضایتمندی جنسی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل شد، که از نظر آماری معنی‌دار بود. در ارزیابی حوزه‌های FSFI میزان اختلال در رضایت، برانگیختگی، رطوبت و میل جنسی در گروه مداخله کم‌تر از گروه کنترل بود، این اختلاف معنی‌دار بود. اما در ASEX این تفاوت معنی‌دار نبود.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان می‌دهد، آموزش عملکرد جنسی در افزایش رضایتمندی جنسی در بارداری اثربخش است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلالات جنسی، رضایتمندی جنسی، عملکرد جنسی، پرسش‌نامه FSFI، پرسش‌نامه ASEX

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۰۴، خرداد ۱۳۹۷، ص ۲۱۷-۲۰۷

آدرس مکاتبه: قم، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۳۱۸۰۲

Email: Monirpoor1357@yahoo.Com

### مقدمه

رضایتمندی جنسی و زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند که از طریق علاقه متقابل، مراقبت، پذیرش و درک از یکدیگر و ارضاء نیازها، از جمله نیاز جنسی ایجاد می‌شود. زوجین سازگار کسانی هستند که توافق با یکدیگر دارند، از نوع و سطح روابط و کیفیت گذراندن اوقات فراغتشان رضایت دارند و برای مسائل مالی خود به‌خوبی برنامه‌ریزی می‌کنند. از سویی ناسازگاری در روابط زوجین موجب اختلال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و کاهش ارزش‌های فرهنگی بین زوجین می‌شود (۲).

بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، فعالیت جنسی سالم را نمی‌توان صرفاً به‌عنوان عدم وجود اختلال عملکرد جنسی تعریف کرد، اما می‌توان به‌عنوان یک حالت آسودگی جسمی، عاطفی، روانی، و اجتماعی که مربوط به تمایلات جنسی و رفتارهای جنسی است، در نظر گرفت. عملکرد جنسی یک بخش از شخصیت هر انسان و سنگ بنای رابطه زناشویی با تأثیرات شخصی در کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد. همچنین عملکرد جنسی هنجار در دوران بارداری، یک مرحله‌ی کلیدی در تکامل یک زن و شوهر به سمت نقش‌پذیری آن‌ها در جایگاه والد می‌باشد (۱).

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، ساوه، ایران - کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم

<sup>۲</sup> دکترای تخصصی سلامت روان، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

ازدواج، داشتن شغل، ترس و نگرانی مرتبط با حاملگی و آسیب‌های احتمالی جنینی در این فرایند تأثیرگذار است (۱۰).

همچنین باید توجه داشت باورهای مذهبی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سنتی، عقاید خرافی از بحث گسترده‌ی افراد، با مشاورین و مراقبین بهداشتی جلوگیری می‌کند، این امر سبب می‌شود باورهای غلط و رفتارهای نامناسب رایج گردد (۱۱).

طی مطالعاتی که بر روی مادران باردار در اردبیل انجام شده است، پژوهشگر توصیه می‌کند، که با توجه به شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در دوران بارداری، برگزاری دوره‌های آموزش بهداشت جنسی، در دوران بارداری ضرورت دارد (۱۲).

مطالعاتی که در کشور ایران طی ۱۰ سال گذشته درباره اختلالات عملکرد جنسی در دوران بارداری صورت پذیرفته، حاکی از آن است که ارائه آگاهی و بالا بردن سطح اطلاعات زوجین با دوره‌های آموزشی در دوران بارداری، توسط تیم بهداشت و درمان می‌تواند گامی تأثیرگذار بر رضایت‌مندی زوجین باشد (۱۰).

آموزش عملکرد جنسی به‌منظور ارتقای سلامت جنسی زنان در بارداری، توجه به بهداشت جنسی زوج‌ها، تشخیص نگرانی‌های آنان، کمک به رفع این نگرانی‌ها و بهبود عملکرد جنسی، آموزش فعالیت جنسی در بارداری، انجام می‌گیرد (۱۳).

لذا در مطالعه حاضر کارآمدی آموزش بر افزایش رضایت‌مندی عملکرد جنسی زوجین در بارداری موردبررسی قرار می‌گیرد.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری، شامل کلیه مادران بارداری است که در سال ۱۳۹۵ به مرکز مشاوره و خدمات مامایی باران مهرشهر قم مراجعه نموده‌اند. جامعه آماری در این زمان حدوداً در طول یک ماه ۲۰۰ مراجعه‌کننده‌ی حامله، در مقاطع مختلف سن بارداری بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ آزمودنی هستند که به روش تصادفی، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج، و با تأیید حداقل سن بارداری ۱۰، و حداکثر ۱۵ هفته بارداری، با سونوگرافی انتخاب شدند. نمونه‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه آموزش‌گیرنده (۲۰ نفر) و گروه بدون آموزش (۲۰ نفر) قرار گرفتند. قابل‌ذکر است، حین پژوهش دو نفر از گروه کنترل، به دلایل شخصی از تحقیق خارج شدند. در نتیجه پژوهش، با تعداد ۳۸ مادر باردار، ادامه یافت.

پرسش‌نامه‌های موردنظر که در این تحقیق، مورد استفاده قرار گرفت، عبارت‌اند از: پرسش‌نامه‌ی عملکرد جنسی (FSFI)<sup>۱</sup> و عملکرد جنسی و رضایت‌مندی جنسی زنان (ASEX)<sup>۲</sup>. در این

زنان در طول زندگی خود تجارب منحصر به فردی را کسب می‌کنند که حاملگی و زایمان از آن جمله‌اند. این دو واقعه بر روی کلیه ابعاد زندگی زن و نیز کیفیت زندگی زوجین تأثیر شگرفی دارد (۳).

بارداری در عملکرد جنسی و فعالیت‌های جنسی زنان نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند. عملکرد جنسی روندی است که ارگان‌های مختلف بدن را درگیر می‌کند. در این رفتار، سیستم‌های نورولوژیک، عروقی، اندوکراین، درگیر می‌شوند. منظور از عملکرد جنسی زنان، توانایی رسیدن زن به برانگیختگی جنسی، لوبریکاسیون، ارگاسم و در نهایت ایجاد حس رضایت‌مندی است. گذر از این مراحل در نهایت منجر به تندرستی و سلامتی جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی زناشویی می‌شود (۴).

برخی باورها و نگرش‌های زوجین نیز می‌توانند منجر به اجتناب زن و یا مرد از مقاربت در حین بارداری شوند. این اعتقاد وجود دارد که اجتناب از فعالیت جنسی در طی دوران بارداری، بیشتر حاصل یک نگرش اجتماعی، اعتقادی است (۵). تحریم فعالیت جنسی و احساس گناه در مورد روابط جنسی در دوران بارداری، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدنش، ترس از کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین، سقط و زایمان زودرس و دردناک بودن نزدیکی از جمله نگرش‌های منفی در این رابطه هستند (۴، ۶). مطالعات نشان داده که برخی مردان از روابط جنسی با فرد دیگری برای ارضاء نیازهای جنسی خود در دوران بارداری همسرانشان استفاده کرده و برخی دیگر دچار روابط جنسی نامتعارف به‌صورت سکس دهانی، استمناء، مقاربت آنال و غیره شده‌اند (۷).

مشکلات جسمی (بیماری‌های قلبی، تیروئید، دیابت)، ترس از آسیب به جنین (سقط، زایمان زودرس، پاره شدن کیسه آمنیون (۱)، مشکلات روانی (افسردگی، انزوای طلبی، اضطراب، ترس، بی‌ثباتی عاطفی، دوگانگی احساسات) و اختلال در روابط جنسی که به دنبال حاملگی اتفاق می‌افتد، بر رضایت‌مندی زناشویی مؤثرند (۸).

از آنجایی که این بخش از آموزش (عملکرد جنسی هنجار) در ایران کم‌تر مورد مطالعه قرار گرفته است، زوجین نیاز به کسب اطلاعات در این زمینه را دارند تا با کسب این آگاهی، رضایت‌مندی زوجین حاصل شود (۸)، تا آن‌ها قادر باشند موقعیت‌های تنش‌زای دوران بارداری را پشت سر بگذارند (۹).

مطالعات نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری بین عملکرد جنسی هنجار در دوران بارداری با رضایت‌مندی جنسی زوجین وجود دارد. از طرفی عواملی چون سن زنان، سن همسران، مدت سال‌های

<sup>2</sup> Arizona Sexual Experience Scale

<sup>1</sup> Female Sexual Function Index

ابتدا بر اساس سه زیر فرض، آنالیز صورت گرفت:

۱- اثر خالص دوره‌های مختلف آموزش در طول بارداری: منظور دوره‌های زمانی مختلف پژوهش در طول بارداری است که شامل قبل از آموزش، ۱ ماه و ۲ ماه پس از اتمام آموزش می‌باشد.  
۲- اثر خالص آموزش: منظور اثر آموزش بین دو گروه زنان باردار آموزش دیده و گروه کنترل است.

۳- اثر تعاملی: تأثیر دوره‌های مختلف آموزش، در دوره و گروه

#### FSFI

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مشخص شد که، رضایتمندی کلی جنسی در اثر تعاملی دوره و گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است. به‌بیان‌دیگر آموزش بر رضایتمندی جنسی کلی، در دوره‌های مختلف در طول بارداری اثرگذار بوده است. همچنین، اثر خالص آموزش معنی‌دار است، یعنی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه در رضایتمندی کلی جنسی وجود دارد. در حوزه میل جنسی، فقط اثر تعاملی دوره و گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است. به‌بیان‌دیگر آموزش بر میل جنسی در دوره‌های مختلف بارداری اثرگذار بوده است. در حوزه برانگیختگی اثر گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است، یعنی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه در برانگیختگی جنسی وجود دارد. در حوزه‌ی رطوبت، اثر تعاملی دوره و گروه در سطح p معنی‌دار است. به‌بیان‌دیگر اثر آموزش بر میزان رطوبت در دوره‌های مختلف آموزش در بارداری، به‌صورت معنی‌داری وجود دارد. در حوزه‌ی ارگاسم، در دوره‌های مختلف پژوهش در طول بارداری همچنین اثر خالص آموزش و اثر تعاملی دوره و گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نیست، یعنی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه، در ارگاسم وجود ندارد. در حوزه‌ی رضایتمندی دوره و گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است، یعنی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه، در میزان رضایتمندی جنسی وجود دارد. در حوزه‌ی میزان درد، در دوره‌های مختلف پژوهش اختلاف معنی‌دار نشد. همچنین اثر خالص آموزش، بین گروه آموزش دیده و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت. اثر تعاملی دوره و گروه نیز در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نیست، یعنی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه در میانگین میزان درد، وجود ندارد. در نمودار ۲ تأثیر آموزش عملکرد جنسی بر حوزه‌های مختلف بررسی شده و در نمودار شماره‌ی ۳ اثر آموزش عملکرد جنسی برافزایش رضایتمندی کلی جنسی زوجین دیده می‌شود.

پژوهش مادران باردار، در یک دوره‌ی سه‌ماهه، موردبررسی قرار گرفتند. برای هر دو گروه در ابتدا فرم رضایت آگاهانه اخلاقی برای شرکت در این پژوهش و پرسش‌نامه‌های دموگرافیک پر شد. سپس پرسش‌نامه‌های ASEX و FSFI، به هر دو گروه داده شد و هر دو گروه، به مدت یک ماه و دو ماه بعد از اتمام آموزش با پرسش‌نامه‌های قبلی پیگیری شدند. گروه آموزش‌گیرنده به کلاس‌های آموزشی دعوت و در طی سه هفته طی دوره‌های یک‌ساعته آموزش دریافت نمودند. در جلسات آناتومی، فیزیولوژی دستگاه تناسلی، نحوه فعالیت جنسی و تغییرات دوران بارداری آموزش داده شد. درباره‌ی ترس‌ها، اضطراب‌ها در این دوره و وضعیت قرارگیری زوجین در هنگام مقاربت در طی بارداری، با عکس و مولاز توضیح داده شد. در سومین جلسه خلاصه‌ای از آموزش به‌صورت پمفلت، همراه CD در یک بسته‌ی آموزشی، به مادران داده شد و توصیه شد که در اختیار همسران قرار گیرد. سپس یک و دو ماه بعد از اتمام آموزش، مجدد پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان گذاشته شد. گروه کنترل در هنگام مراجعه به دفتر کار مامایی و دریافت مراقبت‌های بارداری، پرسش‌نامه FSFI و ASEX را تکمیل نمودند و سپس یک و دو ماه بعد، مجدداً تکرار شد. قابل‌ذکر است مادران گروه کنترل از پژوهشگر، آموزشی درباره عملکرد جنسی دریافت نکرده بودند و پاسخ‌های آنان به سؤالات بر اساس دانسته‌ها و باورهای فردی بود. پرسش‌نامه FSFI شامل ۱۹ سؤال جهت بررسی افراد در ۶ بعد: میل جنسی (۲ سؤال)، تحریک جنسی (۴ سؤال)، لوبریکاسیون (۴ سؤال)، ارگاسم (۳ سؤال)، رضایتمندی (۳ سؤال) و درد هنگام مقاربت (۳ سؤال) می‌باشد. این پرسش‌نامه از پایایی و روایی بالایی برخوردار است (۱۴). ضریب قابلیت اعتماد از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ درصد گزارش شده است. پرسش‌نامه ASEX نیز شامل ۵ سؤال جهت بررسی عملکرد و رضایتمندی جنسی زنان تهیه‌شده، روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران موردبررسی قرار گرفته و مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵). برای تجزیه و تحلیل آماری از توزیع فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و تحلیل واریانس به کمک نرم‌افزار SPSS و روش اندازه‌گیری مکرر<sup>۲</sup> و آزمون آماری t استفاده شد. در این پژوهش علاوه بر بررسی عملکرد جنسی و رضایتمندی جنسی، نحوه‌ی پاسخ‌دهی به دو پرسش‌نامه‌ی FSFI و ASEX نیز توسط مادران موردبررسی قرار گرفت.

#### یافته‌ها

3 Repeated measure

جدول (۱): دموگرافیک

گروه آموزش	گروه کنترل		
ابتدایی	۵٪	۵۱/۵۶٪	
متوسطه	۴۵٪	۳/۲۳٪	تحصیلات
دانشگاهی	۵۰٪	۶۱/۱۱٪	
نخست‌زا	۵۰٪	۶۱٪	تعداد بارداری
چندزا	۵۰٪	۳۹٪	
خواسته	۸۵٪	۹۰٪	نوع بارداری
ناخواسته	۱۵٪	۱۰٪	
بله	۱۰۰٪	۵۵/۶٪	مهم بودن زیبایی
خیر	۰	۴۴/۴٪	
متوسط	۹۰٪	۵۵/۶٪	وضعیت اقتصادی
عالی	۱۰٪	۴۴/۴٪	

جدول (۲): مقایسه رضایت‌مندی کلی جنسی با پرسشنامه FSFI و ASEX

نتایج آزمون Anova با مقادیر مکرر برای مقایسه‌ی دو گروه آموزش و کنترل	دوره سوم			دوره دوم		دوره اول	
	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	تعداد	گروه
P = 0.04*	۵.۲۹±۲۳.۸۷	۵.۲۹±۲۳.۶۳	۵.۹۷±۲۰.۱۶	۲۰	آموزش	رضایت‌مندی	
	۸.۰۳±۱۸.۰۴	۷.۲۹±۱۹.۰۱	۵.۹۷±۱۹.۹۰	۱۸	کنترل		
	۰.۰۱۴*	۰.۰۳۱*	۰.۸۹۶	مقایسه‌ی رضایت‌مندی کلی گروه آموزش و کنترل در هر دوره			
P=0.06	۰.۹۵±۳.۷۷	۰.۹۳±۳.۲۲	۱.۰۳±۲.۷۹	۲۰	آموزش	میل جنسی	
	۰.۸۷±۲.۶۲	۱.۰۳±۲.۷۰	۰.۸۴±۳.۱۶	۱۸	کنترل		
	۰.۰۰۱*	۰.۱۱۳	۰.۲۳۰	مقایسه‌ی میل جنسی گروه آموزش و کنترل در هر دوره			
P = 0.04*	۱.۳۰±۴.۰۳	۱.۰۰±۴.۱۴	۱.۳۵±۳.۳۴	آموزش		برانگیختگی	
	۱.۶۳±۲.۹۸	۱.۴۲±۳.۰۶	۱.۶۲±۳.۳۱	کنترل			
	۰.۳۴*	۰.۰۱۰*	۰.۹۵	مقایسه‌ی برانگیختگی گروه آموزش و کنترل در هر دوره			
P=0.16	۱.۲۸±۴.۳۹	۱.۳۷±۴.۲۳	۱.۶۵±۳.۵۵	آموزش		رطوبت	
	۱.۹۳±۳.۳۵	۱.۶۸±۳.۲۳	۱.۴۵±۳.۸۰	کنترل			
	۰.۰۰۵۶	۰.۰۰۵۳	۰.۶۳۳	مقایسه‌ی رطوبت گروه آموزش و کنترل در هر دوره			
P=0.91	۱.۴۹±۴.۲۷	۱.۶۳±۴.۱۸	۱.۷۷±۳.۷۶	آموزش		ارگاسم	
	۲.۰۰±۳.۲۰	۲.۰۸±۳.۲۸	۱.۶۴±۳.۱۳	کنترل			
	۰.۰۰۶۷	۰.۱۵۰	۰.۲۶۹	مقایسه‌ی ارگاسم گروه آموزش و کنترل در هر دوره			
P = 0.02*	۰.۸۷±۴.۸۶	۰.۹۵±۴.۹۶	۰.۷۸±۴.۴۴	آموزش		رضایت جنسی	

نتایج آزمون Anova با مقادیر مکرر برای مقایسه‌ی دو گروه آموزش و کنترل	دوره سوم			دوره دوم			دوره اول		
	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	میانگین ± انحراف استاندارد	تعداد	گروه	تعداد	گروه	تعداد	گروه
P=0.65	۱.۴۴±۳.۹۳	۱.۳۰±۴.۳۲	۱.۲۹±۴.۰۸	کنترل	مقایسه‌ی رضایت جنسی گروه آموزش و کنترل در هر دوره	۰.۳۲۹	۰.۱۰۱	۰.۰۲۰*	
	۱.۵۱±۲.۳۷	۱.۱۸±۲.۸۹	۱.۵۰±۲.۷۲	آموزش	درد	۱.۴۰±۲.۶۰	۱.۴۹±۲.۳۵	۱.۵۲±۲.۶۰	
	۰.۶۵۲	۰.۲۲۸	۰.۸۰۲	کنترل		مقایسه‌ی رضایتمندی کلی گروه آموزش و کنترل در هر دوره			
P = 0.48	۳.۳۳±۱۴.۴	۳.۳۳±۱۴.۴	۲.۰۲±۱۵.۱	آموزش	تجارب جنسی Asex	۴.۲۴±۱۵.۳	۳.۶۶±۱۵.۳	۵.۰۸±۱۵.۶	
	۰.۳۸۷	۰.۵۲۴	۰.۸۳۳	کنترل		مقایسه‌ی تجربیات جنسی (Asex)			

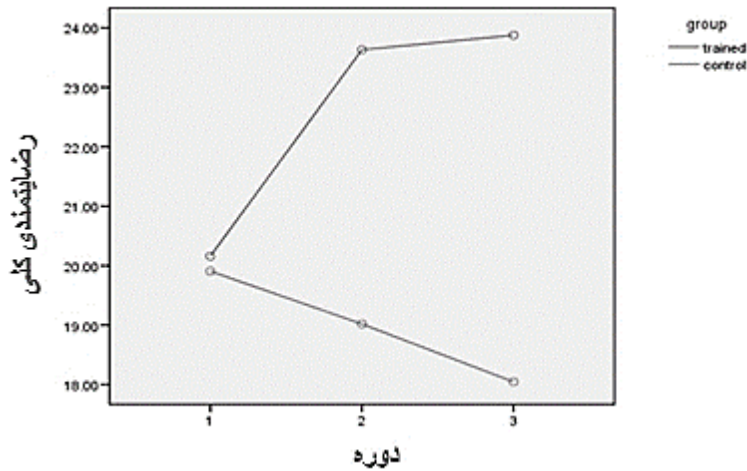
جدول (۳): تأثیر دوره‌های آموزش جنسی در رضایتمندی کلی بارداری

منبع	نوع جمع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	آمار F	معنی‌داری
دوره	فرض کرویت	۲	۱۶/۷۸۱	۰/۹۶۰	۰/۳۸۸
	گرین هوس گیسر <sup>۱</sup>	۱/۷۴۶	۱۹/۲۱۷	۰/۹۶۰	۰/۳۷۸
	هاین-فلت <sup>۲</sup>	۱/۸۷۹	۱۷/۸۶۱	۰/۹۶۰	۰/۳۸۳
	محدوده پایین <sup>۳</sup>	۱/۰۰۰	۳۳/۵۶۲	۰/۹۶۰	۰/۳۳۴
دوره گروه	فرض کرویت	۲	۸۱/۴۳۴	۴/۶۶۱	۰/۰۱۲
	گرین هوس گیسر	۱/۷۴۶	۹۳/۱۵۶	۴/۶۶۱	۰/۰۱۷
	هاین-فلت	۱/۸۷۹	۸۶/۶۷۴	۴/۶۶۱	۰/۰۱۴
	محدوده پایین	۱/۰۰۰	۱۶۲/۸۶۷	۴/۶۶۱	۰/۰۳۸
خطا	فرض کرویت	۷۲	۱۷/۴۷۲		
	گرین هوس گیسر	۶۲/۸۷۲	۲۰/۰۰۸		
	هاین-فلت	۶۷/۶۴۷	۱۸/۵۹۶		
	محدوده پایین	۳۶/۰۰۰	۳۴/۹۴۴		

1-Greenhouse-Geisser

2-Huynh-Feldt

3-Lower-bound



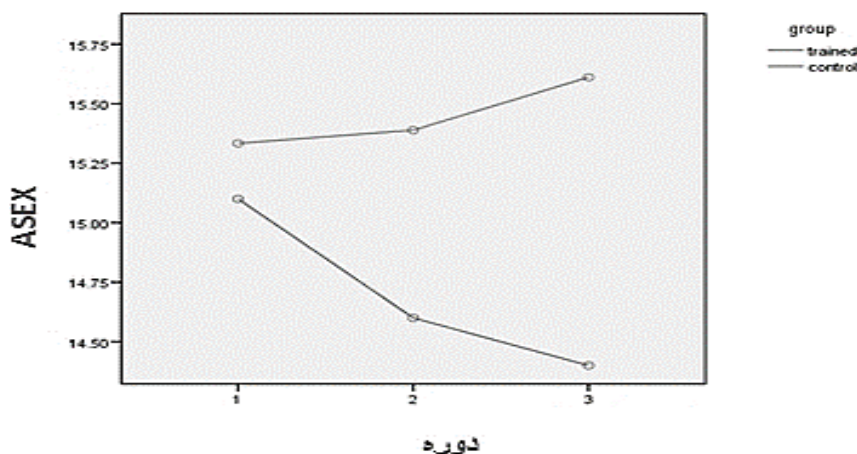
نمودار (۱): مقایسه رضایت‌مندی جنسی کلی بین گروه آموزش‌دیده و گروه کنترل

اما در تحلیل آماری اثر دوره‌های مختلف آموزش در پژوهش، در طول بارداری، در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نیست، یعنی عملکرد و تجارب جنسی در دوره‌های مختلف بارداری یکسان است ( $P=۰/۰۹$ ). همچنین تفاوت معنی‌داری در دوره‌های مختلف پژوهش، در عملکرد و تجارب جنسی بین دو گروه وجود ندارد ( $P=۰/۶۷$ ).

**ب) مقایسه رضایت‌مندی جنسی با پرسشنامه ASEX**  
در نمودار ۱ خط صعودی مربوط به میزان رضایت‌مندی جنسی کلی در گروه آموزش‌دیده، و خط نزولی، مربوط به گروه کنترل می‌باشد. پرسشنامه ASEX در تحلیل توصیفی از دوره‌ی اول به دوم و سوم برای گروه آموزش، روندی رو به بهبود نشان داده ولی در گروه کنترل عملکرد و تجارب جنسی بدتر شده است.

جدول (۴): رضایت‌مندی از عملکرد و تجارب جنسی (ASEX)

منبع	جمع نوع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان	آمار F	مقدار معنی‌داری
گروه	فرض کرویت	۱/۱۸۸	۲	۰/۵۹۴	۰/۱۰۲
	گرین هوس گیسر	۱/۱۸۸	۱/۸۹۸	۰/۶۲۶	۰/۱۰۲
	هاین-فلت	۱/۱۸۸	۲/۰۰۰	۰/۵۹۴	۰/۱۰۲
	محدوده پایین	۱/۱۸۸	۱/۰۰۰	۱/۱۸۸	۰/۱۰۲
دسته گروه	فرض کرویت	۴/۵۵۷	۲	۲/۲۷۸	۰/۳۹۱
	گرین هوس گیسر	۴/۵۵۷	۱/۸۹۸	۲/۴۰۱	۰/۳۹۱
	هاین فلت	۴/۵۵۷	۲/۰۰۰	۲/۲۷۸	۰/۳۹۱
	محدوده پایین	۴/۵۵۷	۱/۰۰۰	۴/۵۵۷	۰/۳۹۱
خطا	فرض کرویت	۴۱۹/۳۵۶	۷۲	۵/۸۲۴	
	گرین هوس گیسر	۴۱۹/۳۵۶	۶۸/۳۲۱	۶/۱۳۸	
	هاین فلت	۴۱۹/۳۵۶	۷۲/۰۰۰	۵/۸۲۴	
	محدوده پایین	۴۱۹/۳۵۶	۳۶/۰۰۰	۱۱/۶۴۹	



نمودار (۲): رضایتمندی از عملکرد و تجارب جنسی (ASEX)

متغیر خواستگاری بارداری و میزان رضایتمندی جنسی در زنان نخست‌زا ارتباط معنی‌داری وجود دارد. (۱۰) در پژوهش دیگر، نشان داده شد که، رضایت جنسی در زنان با بارداری ناخواسته، کم‌تر از بارداری خواسته است (۱۶).

در مطالعه حاضر مشاهده می‌شود که، آموزش عملکرد جنسی، می‌تواند میزان اختلالات جنسی را در زنان باردار، با حاملگی ناخواسته، بهبود بخشد. در گروه آموزش ۵۰ درصد مادران نخست‌زا، ۴۰ درصد بارداری دوم و ۱۰ درصد بارداری سوم، را تجربه می‌کردند. در حالی که در گروه کنترل، ۶۱ درصد نخست‌زا، ۲۷ درصد بارداری دوم و ۱۱/۱ درصد بارداری سوم را تجربه کرده‌اند. در مطالعه مقایسه‌ای که درباره عملکرد جنسی در زنان نخست‌زا با زنان چندزا انجام شده بود، نتایج حاکی از آن بود که، امتیاز کلی عملکرد جنسی در زنان نخست‌زا بیشتر از مادران چندزا بوده است (۱۷).

در مطالعه‌ی حاضر، به نظر می‌رسد، گروه مادران نخست‌زا با دریافت آموزش قادرند، عملکرد جنسی خود را بهبود بخشند. از طرفی با توجه به تعداد بیشتر مادران چندزا در گروه آموزش می‌توان، گفت، آموزش عملکرد جنسی در زنان چندزا همراه با تجربه چندزایی، می‌تواند در افزایش رضایتمندی جنسی اثرگذار باشد. همانطور که مشاهده می‌شود، ۱۰۰ درصد مادران در گروه آموزش، نسبت به زیبایی بدن خود در دوران بارداری، نگران هستند. در حالی که، این میزان در گروه کنترل ۷۷/۸ درصد می‌باشد. در مطالعات متعددی تغییرات آناتومیکی، باعث تغییر تصویر ذهنی فرد و کاهش جذابیت جنسی برای همسر، و بدنبال آن ایجاد اختلال عملکرد جنسی ثابت شده است (۱۸). به نظر می‌رسد، با اینکه زنان گروه آموزش، بیشتر نگران زیبایی بدنشان در دوران بارداری هستند،

خط نزولی در نمودار ۲، نشان‌دهنده عملکرد جنسی گروه آموزش در ۳ دوره و خط صعودی عملکرد جنسی گروه کنترل در ۳ دوره می‌باشد. اثر آموزش معنی‌دار نیست و عملکرد و تجارب جنسی گروه آموزش از نظر آماری با گروه کنترل برابر است. با این حال در شکل مشاهده می‌شود که ASEX در گروه آموزش در هر ۳ دوره بهتر از گروه کنترل است. در دوره‌های مختلف پژوهش در طول بارداری، اختلاف معنی‌داری از نظر آماری در ASEX مشاهده نشده است. با این حال می‌توان مشاهده کرد عملکرد و تجارب جنسی در زنان آموزش دیده رو به بهبودی است در صورتی که این عملکرد در گروه کنترل با گذشت زمان بدتر شده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین تحصیلات متوسطه مادران در گروه آموزش، حدود ۴۵ درصد و در گروه کنترل ۳۳/۳ درصد می‌باشد. همچنین میانگین تحصیلات دانشگاهی مادران در گروه آموزش ۵۰ درصد و در گروه کنترل ۶۱ درصد ذکر شده است. به عبارتی میانگین تحصیلات در زنان بدون آموزش بالاتر از گروه زنان آموزش دیده است. در حالی که رضایتمندی جنسی، در گروه زنان آموزش بهتر از گروه کنترل می‌باشد. به نظر می‌رسد که، آموزش عملکرد جنسی، می‌تواند میزان رضایتمندی جنسی را در زنان باردار با سطح تحصیلات کم‌تر، بهبود بخشد. میانگین بارداری خواسته در گروه آموزش ۸۵ درصد و در گروه کنترل ۸۸/۹ درصد ذکر شده است. همچنین میانگین بارداری ناخواسته در گروه آموزش ۱۵ درصد و در گروه کنترل ۱۱/۱ درصد به دست آمده است. در مطالعه‌ای نتایج نشان می‌دهد که، بین دو

آموزش عملکرد جنسى، روندى رو به بهبود داشته است. در پژوهش متا آناليزى، محقق به نتايج مشابه، تحقيق حاضر دست يافته است. به طورى كه عنوان مى كند، اختلال ارگاسم و عدم رضایت از رسيدن به ارگاسم، با پيشرفت حاملگى، در زنان افزايش مى يابد و مردان نيز با بالا رفتن سن باردارى همسرانشان، عدم حفظ نعوظ و نرسيدن به ارگاسم بيشترى را تجربه مى كنند (۱۶).

در پژوهشى، نتايج نشان مى دهد كه، ميزان ميانگين نمرات رضایت مندى جنسى در زنان، پس از دريافت آموزش عملکرد جنسى و آگاهى از تغييرات آناتوميك، فزيولوژى و شرايط روانى در دوران باردارى، روندى رو به افزايش داشته است (۲۰). در پژوهشى مشابه نتايج حاكى از ارتباط معنى دار بين كاهش رضایت مندى جنسى و دردناك بودن مقاربت همراه با ترس از سقط و پارگى زودرس كيسه آب بوده است (۲۱). به نظر مى رسد در مطالعه ي حاضر نيز، درد از عواملى است كه آموزش عملکرد جنسى كم تر بر روى آن مؤثر بوده است. به نظر مى رسد مادران شركت كننده در اين پژوهش پرسش نامه ي FSFI را نسبت به پرسش نامه ي ASEX بهتر پاسخ داده اند. اين امر ممكن است بيشتر مربوط به تفاوت نوع سؤالات مندرج در هر دو پرسش نامه باشد. به عبارتى، در پرسش نامه FSFI سؤالات با بيان جزئيات بيشترى مطرح شده است و مادران با دقت بيشترى به سؤالات پاسخ داده اند. شايد اين امر باعث شده است كه، رضایت مندى جنسى، در حوزه هاى عملکرد جنسى پرسش نامه FSFI نسبت به ASEX معنى دار گردد.

در اين پژوهش مشخص شد كه آموزش عملکرد جنسى، با كاهش اختلالات جنسى زوجين، رابطه ي معنى دارى دارد. به عبارتى اختلال عملکرد جنسى در گروه كنترل نسبت به گروه آموزش بيشتر شد. حصول چنين نتيجه اى ضرورت ارائه ي خدمات آموزشى عملکرد جنسى در دوران باردارى را از گروه بهداشت و درمان، به زوجين مطرح مى سازد. همچنين پيشنه اى مى شود در پژوهش هاى بعدى در اين زمينه، جهت دست يابى به نتايج بهتر، از پرسش نامه هاى FSFI نسبت به ASEX بيشتر استفاده شود.

### تشكر و قدردانى

اين مقاله از پايان نامه دوره كارشناسى ارشد روانشناسى بالينى پژوهشگر استخراج شده است. سپاس از تيم مامايى مركز مشاوره مامايى باران مهر كه ما را در انجام اين پژوهش صميمانه همراهى نمودند.

اما آموزش كافى از تغييرات آناتوميك در باردارى وبالا بردن آگاهى آنان، از نوع نگرش مردان نسبت به زيبايى همسران خود در طول باردارى مى تواند، اين نگرانى ها را در زنان كاهش و ميزان عملکرد جنسى را بهبود بخشد. در گروه آموزش، ۹۰ درصد زوجين وضعيت اقتصادى متوسط و ۱۰ درصد وضعيت عالى را ذكر كرده اند. در حالى كه در گروه بدون آموزش ۵۵/۶ درصد زوجين وضعيت اقتصادى متوسط و ۴۴/۴ درصد زوجين وضعيت اقتصادى عالى را ذكر كرده اند. در مطالعه اى نتايج نشان مى دهد كه، رابطه ي معنى دارى با رضایت و عدم رضایت از درآمد خانواده ( $p=0/01$ ) با اختلال جنسى در بين زنان باردار وجود دارد. به طورى كه ميزان رضایت مندى در زنان باردار با درآمد مناسب بالاتر است (۱۶). در پژوهش حاضر، به نظر مى رسد با اينكه ميانگين وضعيت اقتصادى عالى، در گروه آموزش، كم تر از گروه كنترل است و گروه كنترل از وضعيت اقتصادى بهترى برخوردارند، اما عملکرد جنسى در گروه آموزش با وضعيت مالى متوسط بهتر است. لذا مى توان نتيجه گرفت كه آموزش عملکرد جنسى و نحوه ي برقرارى ارتباط عاطفى جسمانى در زوجين، و افزايش آگاهى همسران در حمايت هاى روانى مى تواند باعث افزايش رضایت زناشويى و رضایت مندى جنسى شود. به طورى كه وضعيت اقتصادى نقش كم رنگترى در رضایت مندى زناشويى پيدا كند.

در مطالعه اى مشابه نيز، محقق به اين نتيجه دست يافت، مادرانى كه در طول باردارى از مشورت ماما يا پزشك برخوردار بودند، نسبت به مادرانى كه هيچ گونه آموزشى دريافت نكرده بودند، رضایت مندى بالاترى داشتند (۱۰). نتيجه مطالعه مشابه نيز، نشان مى داد كه ميزان اختلال ميل جنسى با بالا رفتن سن حاملگى، افزايش مى يابد (۱۲). به نظر مى رسد در پژوهش حاضر، آموزش عملکرد جنسى توانسته است در كاهش اختلال ميل جنسى، مؤثر واقع گردد. در مطالعه اى، نتايج حاكى از، فراوانى اختلال در برانگيختگى ولوبريكيشن با بالا رفتن سن باردارى بود كه البته از نظر آمارى معنى دار نبوده است (۱۲). در پژوهش حاضر، به نظر مى رسد، آموزش عملکرد جنسى و نحوه ي برقرارى ارتباط عاطفى-روانى، در زوجين، توانسته است، ميزان برانگيختگى را در گروه آموزش ديده نسبت به گروه بدون آموزش افزايش دهد. در تحقيقى نتايج نشان مى دهد الگوى پاسخ هاى جنسى در طى باردارى متفاوت است. به طورى كه در نيمه ي سوم باردارى نمره FSFI روندى رو به كاهش دارد (۱۹). در مطالعه ي حاضر به نظر مى رسد ميزان رطوبت، كه يكي از فاكتورهاى FSFI مى باشد، با اجراى مناسب كلاس هاى

### References:

1. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual

function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med 2010;7(8): 2782-90.



2. Jonedi A, Sa'dodin SN, Mokhber N, shakeri MT. Comparing marital satisfaction in fertile and infertile women who were referred to the Public Clinics in Mashhad. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2009;12(1): 16-7.
3. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratisl Lek Listy 2009;110(7): 427-31.
4. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Med Bras (1992) 2009;55(5): 563-8.
5. Jahanfar S, Molaei nezhad M. sexual dysfunction textbook bizheh; 2015.
6. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. Arch Sex Behav 2012;41(5): 1241-51.
7. Eabrahmlan A, Heydari M, Saberi Zafarghandi M, Delavari s. Compare sexual dysfunction in men, husbands before and during pregnancy. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2010;15(33): 19-25.
8. Talaee AQ, Bathaee M. Compare rates of sexual satisfaction in women, employed and unemployed Ferdousi University of Mashhad. Journal Andisheh and Raftar 2011;6(21): 53-60.
9. Bastan F, Heidarnia A, Vafae M, Kazemnejad S, Anushirwan A, Kashanian M. Effect of relaxation training based on self-efficacy theory on mental health of pregnant women. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010;12(2): 109-16.
10. Ahmadi G, Yarandy AM, Malekzadegan A, Hosseini AF. Sexual satisfaction and its related factors in women nulliparous. Iran J Nurs 2011;24(71): 54-62.
11. Efe H, Bozkurt M, Sahin L, Mutlu MF, Api M, Çetin A. The effects of pregnancy on the sexual life of Turkish women. Proceedings in Obstetrics and Gynecology 2014;4(1): 1-11.
12. Nematollahzade M, Maasoumi R, Lamyian M, Asghari jafarabadi M. Study of women's attitude and sexual function during pregnancy. J Ardabil Univ Med Sci 2010;10(3): 241-9.
13. Khoei m, Sadat A, Afshar, kia A, Charandabi. Beliefs and sexual behaviors in pregnant women referred to health centers in Karaj city in 1390. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012;15(9): 7-14.
14. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000;26(2): 191-208.
15. Pezehki M, Bayrami R. Reliability and construct validity of Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) among pregnant women referred to Tabriz urban health centers. Family and Sexual Problems; 2004.
16. Bayrami R, Sattarzade N, Ranjbar koocheksarai F, Pezeshki MZ. Male Sexual Behavior and its Relevant Factors during the Partner's Pregnancy. J Ardabil Univ Med Sci 2008;8(4): 356-63.
17. Abuzari\_Garamzudi k, Najafi F, Nezhad AK, Kian FR, Shariat M, Rahnama C. A comparative study of sexual function in nulliparous and multiparous pregnant women. Hayat 1390;18(monograph): 55-63.
18. Senkumwong N, Chaovisitsaree S, Ruggao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thai 2006;89 Suppl 4: S124-9.
19. Moghadam AF, Aghebati F. Sexual dysfunction and related factors during pregnancy. Seminar of Obstetrics and Nursing; 2012.
20. Mangoli M, Ramezani T, Mangoli S. Effect of natural changes during pregnancy and coping with them on marital satisfaction of pregnant women. Iran J Med Educ 2008;8(2): 305-13.

21. Heidary M, ASiyabr K, Zadeh QF. Knowledge and attitudes of couples about sexual relations during pregnancy. Tehran Univ Med 2006;64(9): 83-9.

## EFFICACY OF SEXUAL FUNCTION EDUCATION ON COUPLE'S SEXUAL SATISFACTION IN PREGNANCY DURATION QOM IN 2016

Marzieh Nadizadeh<sup>1</sup>, Nader Monirpoor<sup>\*2</sup>, Saeid Rasekhi Dehkordi<sup>3</sup>

Received: 05 Feb, 2018; Accepted: 29 Apr, 2018

### Abstract

**Background & Aims:** normal sexual function during pregnancy is one of the important points in marital development. Therefore, this study was conducted to evaluate the effectiveness of sexual function education on the increase in couple's satisfaction during pregnancy.

**Materials & Methods:** In this experimental study (quasi-experimental) 40 pregnant women by random method, observing the criteria for entry and exit, and confirming the minimum age of pregnancy of 10, and maximum 15 weeks of pregnancy, entered into the ultrasound was entered into the study. Then assigned to control and test group. After assessed sexual function questionnaire, FSFI and ASEX (experiences and sexual satisfaction) curriculum include anatomy, physiology, how sexually active couples with the experimental group was implemented. Assessment of one month and two months later (three courses) with the same questionnaire was done. to analyze the results of the present study, analysis of variance, T-test, and repeated measure were used.

**Results:** The average sexual function before treatment were not significantly different in the two groups, the initial assessment after training, sexual satisfaction scores in the experimental group than the control group, significantly statistically. In evaluating FSFI domains of satisfaction problem, arousal, humidity and libido in the intervention group than the control group, the difference was significant. But ASEX this difference was not significant.

**Conclusion:** The study suggests that sexual function education is effective in increasing sexual satisfaction during pregnancy.

**Keywords:** sexual dysfunction, sexual satisfaction, sexual function, FSFI questionnaire, ASEX questionnaire

**Address:** Qom-beheshti Hospital –Department of quality improvement

**Tel:** (+98) 9121531802

**Email:** mary\_nadizadeh@yahoo.com

<sup>1</sup> MSc Clinical Psychology, Islamic Azad University of Saveh, Saveh, Iran, Midwifery expert, Qom University of Medical Sciences

<sup>2</sup> PhD in Mental Health, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Qom, Qom, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> MSc, Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran