

## مقایسه عملکرد جنسی بین سه ماهه‌های بارداری در زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک پیمانیه شهر چهرم در سال ۱۳۹۲

صفیه جمالی<sup>۱</sup>، اطهر راسخ جهرمی<sup>۲</sup>، فاطمه زارعی<sup>۳</sup>، سعید سبحانیان

۱. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی چهرم، چهرم، ایران

۲. متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی چهرم، چهرم، ایران

۳. کارشناس روانشناسی، گروه روانشناسی، اداره آموزش و پرورش گراش، گراش، ایران

۴. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی چهرم، چهرم، ایران

مندیش / دوره پنجم / شماره ۸ و ۹ / پاییز و زمستان ۱۳۹۳

### چکیده

**زمینه و هدف:** عملکرد جنسی بخش مهمی از زندگی زنان است که بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی مؤثر می‌باشد. فاکتورهای زیادی از جمله فاکتورهای بیولوژیک، سایکولوژیک، فیزیولوژیک، ارتباط بین زوجین و نیز فاکتورهای فرهنگی و اجتماعی بر عملکرد جنسی زنان تأثیر می‌گذارند. حاملگی نقش مهمی در عملکرد و رفتار جنسی زنان دارد. هدف از این مطالعه بررسی عملکرد جنسی و شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی مقطعی از اردیبهشت ۱۳۹۱ تا شهریور ۱۳۹۲ بر روی ۲۵۷ زن باردار مراجعه‌کننده به کلینیک زنان بیمارستان پیمانیه شهر چهرم انجام شد. جهت ارزیابی عملکرد جنسی از پرسشنامه FSFI استفاده گردید پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷ می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون ANOVA test و Post Hoc (LSD) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $26/45 \pm 4/49$  بود. ۱۴۳، ۶۹ و ۴۵ نفر به ترتیب در سه ماهه‌های اول، دوم و سوم بارداری بودند. بررسی نشان داد ۷۹/۱ درصد از زنان دارای اختلال عملکرد جنسی بودند ( $FSFI < 26/5$ ). فقط ۵۲ نفر (۲۰/۹ درصد) عملکرد جنسی طبیعی داشتند ( $FSFI \geq 26/5$ ). ۲۳/۴ درصد از زنان در سه ماهه اول، ۳۰/۵ درصد در سه ماهه دوم و ۴۶/۲ درصد در سه ماهه سوم، اختلال عملکرد جنسی داشتند. اختلاف معناداری بین عملکرد جنسی و حیطه‌های آن در سه ماهه‌های بارداری دیده شد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار شایع است. شیوع این اختلال در سه ماهه سوم بیشتر است. زنان باردار و همسرانشان باید در مورد تغییرات فیزیکی و روانی در بارداری تحت مشاوره قرار گیرند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال عملکرد جنسی، سه ماهه بارداری، زنان باردار

## مقدمه

فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی زنان است (۱). Catrin مسائل جنسی را به عنوان یک جنبه مهم و طبیعی از زندگی شخصی افراد توصیف می‌کند و آن را فراتر از یک رفتار جنسی صرف می‌داند (۲). مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زندگی زناشویی قرار دارند و سازگاری در روابط جنسی و تناسب و تعادل در مقدار تمایل جنسی در زن و مرد از مهم‌ترین علل خوشبختی و موفقیت زندگی زناشویی است (۳). سازمان بهداشت جهانی، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن و احساس و جسم می‌داند که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود لذا هر گونه اختلال که منجر به ناهماهنگی در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (۴). کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره دستیابی به بالاترین استاندارد از اطلاعات و بهداشت جنسی را حق همه انسان‌ها می‌داند (۷). باید اذعان نمود که تمایلات و رفتارهای جنسی متنوع و متشکل از چندین عامل هستند (۵). بارداری یکی از عواملی است که با ایجاد تغییرات ارگانیک و سایکولوژیک در زنان می‌تواند به عنوان یک عامل جدی در پیدایش یا تشدید اختلالات جنسی تلقی شود. همچنین بارداری می‌تواند در پاسخ‌های جنسی مردان در این دوران تأثیر گذاشته و باعث وخامت اختلالات جنسی زنان و پیدایش یا تشدید اختلالات جنسی در مردان شود. تحقیقات نشان می‌دهد که طی دوران بارداری و حتی تا ماه‌ها پس از زایمان، تمایل به برقراری روابط جنسی کاهش یافته و میزان اختلالات جنسی نسبت به قبل از بارداری افزایش می‌یابد (۷و۶) مطالعات بیانگر وقوع، انحرافات جنسی در دوران بارداری، استمناء، سکس دهانی، مقاربت آنال و همچنین روابط جنسی خارج زناشویی مردان (۲۸ درصد) به عنوان راهی برای ارضاء نیازهای جنسی در طی حاملگی همسرانشان بوده است (۸ و ۹). به دلیل محدودیت‌های فرهنگی و مذهبی در جامعه ما مطالعات زیادی در این زمینه صورت نشده است. با توجه به اهمیت مسئله و

کافی نبودن تحقیقات در داخل کشور این مطالعه با هدف بررسی عملکرد جنسی و شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار می‌باشد.

## روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است که بر روی ۲۵۷ زن باردار مراجعه‌کننده به کلینیک پیمانیه شهر جهرم از اردیبهشت ۱۳۹۱ تا شهریور ۱۳۹۲ انجام گردید. نمونه‌گیری به صورت آسان و در دسترس انجام شد و اطلاعات در یک مرحله با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری گردید. به این ترتیب بعد از کسب رضایت از شرکت‌کنندگان و اطمینان دادن به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفته و تکمیل گردید. پرسشنامه شماره یک، شامل اطلاعات دموگرافیک (شغل، سن، سطح تحصیلات، محل زندگی، سن ازدواج، مدت ازدواج، اختلاف سنی زوجین)، پرسشنامه شماره دو مربوط به سنجش عملکرد جنسی و پرسشنامه شماره سه، نگرش آنان نسبت به روابط جنسی در بارداری بود. معیار ورود شامل: تکمیل رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش و معیار خروج شامل: داشتن سابقه فشار خون، زایمان زودرس، تهدید به سقط بودند. برای سنجش عملکرد جنسی از پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۹ سوال جهت بررسی افراد در ۶ حیطه میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده‌سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد است. نمره‌دهی سؤالات بر اساس سیستم نمره‌دهی از صفر تا پنج است که با جمع نمرات سؤالات هر حیطه، در ضریب فاکتور همان حیطه، نمره هر حیطه به دست می‌آید. بدین ترتیب میل جنسی با سؤالات ۱ و ۲، تهییج با سؤالات ۳ و ۴ و ۵ و ۶، لغزنده‌سازی با سؤالات ۷، ۸، ۹ و ۱۰، ارگاسم با سؤالات ۱۱، ۱۲ و ۱۳، رضایتمندی با سؤالات ۱۴، ۱۵ و ۱۶ و درد با سؤالات ۱۷، ۱۸ و ۱۹ سنجیده شد. برای حیطه‌های ۲، ۳ و ۴، سوالی به ترتیب از ضریب فاکتور ۰/۶، ۰/۴، ۰/۳ استفاده شد. در نهایت نمره هر حیطه از جمع نمرات سؤالات آن حیطه ضرب در ضریب فاکتور آن به دست آمد. هر حوزه یک حداقل (۱/۸ یا ۱/۲-۰) و یک حداکثر

داشتند به طوری که ۲۲/۲ درصد در سه ماهه اول بارداری، ۳۰/۷ درصد در سه ماهه دوم، ۴۷/۱ درصد در سه ماهه سوم بودند. اکثریت آنان خانه‌دار (۲۹/۴ درصد)، دارای تحصیلات متوسطه (۴۱/۶ درصد) و شهرنشین (۶۵/۲ درصد) بودند. یافته‌های به دست آمده در خصوص مشخصات باروری زنان باردار بیانگر آن بود که ۵۵/۶ درصد حاملگی اول، ۵۹/۵ درصد بدون فرزند و ۸۷/۵ درصد حاملگی به خواست و تمایل آنان بوده است (جدول شماره ۲ و ۱).

نتایج نشان داد نمره کلی عملکرد جنسی زنان  $22/45 \pm 19/91$  بود، از تعداد کل ۲۵۷ زن شرکت کننده در این پژوهش ۷۹/۱ درصد دارای اختلال عملکرد جنسی ( $FSFI < 26/5$ ) و فقط ۵۲ نفر عملکرد جنسی طبیعی ( $FSFI > 26/5$ ) را ذکر کردند. بیشترین اختلال عملکرد جنسی در سه ماهه سوم با ۴۶/۲ درصد و سه ماهه دوم و اول به ترتیب ۳۰/۵ درصد، ۲۳/۴ درصد بود.

نمره عملکرد جنسی زنان در سه ماهه اول و سوم کاهش و در سه ماهه دوم افزایش یافته بود. بین تمام حیطه‌های عملکرد جنسی در سه ماهه‌های بارداری تفاوت آماری معنی‌دار دیده شد ( $p < 0/05$ ).

ارتباط بین سه ماهه‌های بارداری با میل جنسی ( $p = 0/001$ )، تحریک جنسی ( $p = 0/004$ )، لغزنده‌سازی ( $p = 0/002$ )، ارگاسم ( $p = 0/004$ )، رضایت جنسی ( $p = 0/002$ ) از نظر آماری معنی‌دار بود. میانگین نمره درد حین مقاربت با افزایش ماه‌های بارداری کاهش یافته بود اما بین سه ماهه‌ها تفاوت آماری معنی‌دار دیده نشد (جدول شماره ۳)

۶ داشت. در نهایت نمره کلی عملکرد جنسی از مجموع تمام حوزه‌ها به دست می‌آید که در مقیاس ۲ تا ۳۶ است. پرسشنامه از نوع عمومی استاندارد است که اعتبار و روایی آن توسط Rosen و همکارانش در سال ۲۰۰۰ به دست آمد و با تحقیقی که توسط محمدی در سال ۱۳۸۳ در دانشگاه شاهد در ایران انجام شد، مورد تأیید قرار گرفت. ضریب اعتبار کلی آزمون با دو روش تصنیف و بازآزمایی به ترتیب ۷۸ درصد و ۷۵ درصد، برای خرده آزمون‌ها با روش تصنیف بین ۶۳ درصد تا ۷۵ درصد و با روش بازآزمایی بین ۷۰ درصد تا ۸۱ درصد گزارش شد (۱۰ و ۱۱). در این مطالعه جهت تعیین اختلال عملکرد جنسی از نقطه برش ۲۶/۵ استفاده شد که  $FSFI < 26/5$  اختلال عملکرد جنسی و  $FSFI \geq 26/5$  فاقد اختلال عملکرد جنسی می‌باشند (۱۲). جهت بررسی نگرش زنان باردار به مقاربت در حاملگی، از پرسشنامه ۱۲ سوالی که روایی و پایایی سؤالات بخش نگرش پرسشنامه مذکور با آلفا کرونباخ ۰/۸ در ایران مورد تأیید قرار گرفته است استفاده شد (۱۳). جهت تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش از SPSS ۱۱/۵ استفاده شد. آمار توصیفی برای متغیرهای دموگرافیک و جهت نمره عملکرد جنسی کل ابتدا از تست ANOVA استفاده شد و با توجه به معنی‌دار بودن بین گروه‌ها از آزمون Post Hoc (LSD) برای تعیین ارتباط حیطه‌های جنسی بین سه ماهه اول و دوم و سوم استفاده گردید ( $P < 0/05$ ).

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۵۷ زن حامله شرکت داشتند که میانگین سنی آنان  $26/45 \pm 4/49$  و در دامنه سنی (۴۰-۱۸) سال قرار

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای دموگرافیک در زنان باردار (n=۲۵۷)

متغیرها	میانگین و انحراف معیار
سن	$26/45 \pm 4/49$
سن همسر	$31/01 \pm 5/49$
سن ازدواج	$20/51 \pm 4/49$
مدت زمان ازدواج	$5/62 \pm 5/12$
اختلاف سنی زوجین	$5/27 \pm 3/18$

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی متغیرهای واحدهای مورد پژوهش (n=۲۵۷)

متغیرها	درصد (فراوانی)
تعداد بارداری	اول ۱۵۳ (۵۹/۵)
	دوم و سوم ۹۳ (۳۶/۳)
	سوم و بالاتر ۹ (۳/۵)
مدت بارداری	سه ماهه اول ۵۷ (۲۲/۲)
	سه ماهه دوم ۷۹ (۳۰/۷)
	سه ماهه سوم ۱۲۱ (۴۷/۱)
تحصیلات	بی سواد ۴ (۱/۶)
	ابتدایی ۹۲ (۳۵/۵)
	دبیرستانی ۱۰۷ (۴۱/۶)
	دانشگاهی ۵۴ (۲۱)
شغل	شاغل ۲۳۵ (۹۱/۴)
	خانه دار ۲۲ (۸/۶)

جدول شماره ۳- مقایسه های حیطه های عملکرد جنسی بین سه ماهه‌های بارداری در واحدهای پژوهش

سطح معناداری	حیطه های عملکرد جنسی در طول بارداری		
	سه ماهه اول میانگین $\pm$ انحراف معیار	سه ماهه دوم میانگین $\pm$ انحراف معیار	سه ماهه سوم میانگین $\pm$ انحراف معیار
۰/۰۰۱	۳/۰۲ $\pm$ ۱/۲۷	۱/۶۸ $\pm$ ۲/۵۲	۱/۶۶ $\pm$ ۱/۵۸
۰/۰۰۴	۳/۱۰ $\pm$ ۱/۳۷	۲/۶۹ $\pm$ ۱/۹۱	۱/۹۰ $\pm$ ۱/۵۶
۰/۰۰۲	۳/۷۳ $\pm$ ۱/۶۳	۳/۳۴ $\pm$ ۲/۲۰	۲/۳۹ $\pm$ ۲/۲۰
۰/۰۰۴	۳/۰۳ $\pm$ ۱/۶۹	۳/۰۷ $\pm$ ۲/۲۴	۲/۰۶ $\pm$ ۱/۸۵
۰/۰۰۲	۴/۷۱ $\pm$ ۱/۶۳	۳/۷۰ $\pm$ ۲/۲۷	۲/۴۸ $\pm$ ۲/۵۱
۰/۳۱۳	۲/۵۷ $\pm$ ۲/۳۱	۳/۱۸ $\pm$ ۲/۲۵	۳/۳۹ $\pm$ ۱/۷۱
۰/۵۵	۲۰/۳۴ $\pm$ ۸/۳۳	۲۱/۴۲ $\pm$ ۱۸/۵۶	۲۵/۲۶ $\pm$ ۱۶/۶۷

در مقایسه حیطه‌های عملکرد جنسی در طول سه ماهه‌های بارداری، کمترین میانگین در حیطه میل جنسی (۲/۲۹  $\pm$  ۱/۶۷) بود و دیگر حیطه‌های جنسی به ترتیب، تحریک جنسی (۲/۳۹  $\pm$  ۱/۸۶)، ارگاسم (۲/۵۷  $\pm$  ۲/۰۶)، درد حین مقاربت (۲/۹۰  $\pm$  ۲/۲۸)، لغزنده‌سازی (۳  $\pm$  ۲/۲۲) و رضایت جنسی (۳/۳۵  $\pm$  ۲/۳۰) بودند.

۹/۸ درصد (۲۵ نفر) از زنان گزارش کردند که هیچ میل جنسی در طول حاملگی نداشتند. ۷ درصد (۱۸ نفر) هیچ لوبریکاسیونی نداشتند، ۱۱/۳ درصد (۲۹ نفر) بیان کردند که هرگز به ارگاسم نرسیدند. ۶/۷ درصد (۱۷ نفر) به مرحله تهییج جنسی و تحریک دست نیافته بودند و ۲۰/۶ درصد (۵۳ نفر) بیان کردند که هیچگاه حین نزدیکی جنسی درد نداشتند و فقط ۳ نفر ذکر کردند که هرگز رضایت جنسی در طول

حاملگی نداشته‌اند. در بررسی نگرش زنان باردار به مقاربت حین حاملگی، ۴۶/۳ درصد از زنان حامله معتقد بودند که نزدیکی باعث صدمه به جنین می‌شود. ۵۱/۸ درصد نزدیکی را عامل زایمان زودرس ذکر کردند، ۵۲/۵ درصد موافق بودند که نزدیکی باعث سقط جنین می‌شود. ۵۲/۹ درصد نزدیکی را عامل عفونت جنین بیان کردند و فقط ۲۴/۶ درصد بیان کردند که نزدیکی در بارداری گناه است. در نهایت ۶۱/۹ درصد از زنان عقیده داشتند که جذابیت جنسی‌شان در بارداری کاهش یافته است.

### بحث و نتیجه گیری

روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات فیزیکی و روانی متعدد دوران بارداری تغییر می‌یابد. نگرش‌ها و رفتارهای جنسی

افراد حین حاملگی تحت تأثیر ارزش‌های فرهنگی، سنت، اعتقادات مذهبی، تغییرات جسمی و محدودیت‌های اجباری پزشکی قرار می‌گیرد.

در این مطالعه اختلال عملکرد جنسی در زنان ۷۹/۱ درصد بود که با پیشرفت بارداری افزایش می‌یابد به طوری که بیشترین اختلال در سه ماهه سوم بارداری دیده شد. در مطالعه نعمت اله زاده و همکاران، اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار مورد مطالعه ۳۵ درصد بود که در آن مطالعه نیز اختلال عملکرد جنسی با پیشرفت بارداری افزایش یافته بود (۱۴). مطالعه Bayrami و همکاران نیز نشان داد که اختلال عملکرد جنسی در سه ماهه سوم بارداری از بیشترین درصد برخوردار بود (۱۵). Erol و همکاران گزارش کردند میانگین نمره عملکرد جنسی در سه ماهه سوم بارداری در مقایسه با سه ماهه اول و دوم کاهش معنی‌داری دارد (۱۶). این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در سه ماهه سوم نگرانی در مورد احتمال زایمان و سلامت جنین، ناراحتی ناشی از بزرگ شدن شکم تشدید می‌شود. در این زمان فعالیت جنسی بسیاری از زوجها کاهش یافته یا به طور کلی قطع می‌شود یا باعث اختلال در روابط زناشویی و جنسی زوجین می‌شود. با توجه به اینکه در این مطالعه، حدود نیمی از زنان بیان نمودند که نزدیکی باعث صدمه به جنین می‌شود و از طرفی، ۶۱ درصد از زنان اعتقاد داشتند که جذابیت‌شان در بارداری کاهش یافته است که می‌تواند توجیه بالا بودن اختلال عملکرد جنسی زنان در سه ماهه سوم در این مطالعه باشد.

در این مطالعه نمره عملکرد جنسی در سه ماهه دوم بالاتر از سه ماهه‌های اول و سوم بود. به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی که در سه ماهه دوم بارداری رخ می‌دهد انجام فعالیت جنسی در این دوره برای اکثر زنان راحت‌تر است. زنان در سه ماهه دوم بارداری افکار جنسی بیشتری داشته، رویا، خواب و خیال‌های جنسی را تجربه کرده و رفتارهای جنسی را شروع می‌کنند (۱۷ و ۱۸). همچنین احتقان عروقی اعضای تناسلی در طول فاز تهییج در سه ماهه اول و دوم بارداری شدیدتر می‌باشد، به خصوص اینکه در سه ماهه دوم بارداری زنان

ارگاسم‌های شدیدتر و معمولاً چندین ارگاسم را برای اولین بار تجربه می‌کنند که دلیل آن افزایش آندروژن توتال سرم و افزایش احتقان لگن و احساس راحتی بیشتر در این دوره می‌باشد (۲). در پژوهش‌های انجام شده بسیاری از زنان افزایش فعالیت جنسی را در سه ماهه دوم و آغاز سه ماهه سوم گزارش کرده‌اند که می‌تواند ناشی از کاهش ترس زوجین از سقط جنین طی این دوره از بارداری باشد (۴).

در این مطالعه مشکل میل جنسی با پیشرفت بارداری بیشتر شده بود و تفاوت آماری معنی‌داری بین سه ماهه‌های بارداری دیده شد ( $p=0/001$ ). همچنین کمترین نمره در حوزه‌های عملکرد جنسی مربوط به میل جنسی بود. این نتایج با مطالعه رحیمی همکارانش در تبریز همخوانی دارد (۱۹). مطالعه نعمت‌الله‌زاده نیز کاهش معنی‌دار میل جنسی با پیشرفت بارداری را گزارش کرد (۱۴). روند رو به کاهش میل جنسی با مطالعات Aslan و همکارانش در ترکیه، Fok و همکاران در چین مشابه (۲۰ و ۲۱) و با مطالعات Masters, Johnson و Engel متفاوت بود (۲۲ و ۲۳). در این زمینه Margaret و Von اظهار می‌داشتند تمایل جنسی زنان باردار در دوران بارداری کاهش می‌یابد که در سه ماهه سوم اول بارداری بارزتر است (۲۴ و ۲۵). در اکثر زنان با پیشرفت حاملگی به تدریج میل جنسی، دفعات نزدیکی، دفعات رسیدن به ارگاسم، و ارضاء جنسی کاهش می‌یابد. عواملی نظیر خستگی، تهوع، استفراغ، مقاربت جنسی دردناک، تغییر در تصویر ذهنی زن از عوامل احتمالی هستند که سبب کاهش اشتیاق جنسی زنان باردار در سه ماهه اول بارداری می‌شوند (۲۶ و ۲۷) همچنین بسیاری از زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری ذهنشان متوجه فرزند آینده‌شان می‌شود و به روابط جنسی چندان توجهی نمی‌نمایند (۲۴)، لذا کاهش میل جنسی در این پژوهش قابل توجیه است. با پیشرفت بارداری تهییج و تحریک جنسی کاهش یافت به طوری که بین سه ماهه‌ها تفاوت آماری معنی‌داری در این حیطة دیده شد ( $p=0/004$ ) که با مطالعات اصلان همخوانی داشت (۲۰). تصور مادر از خود و بدنش، همراه با وضعیت سلامتی او، اثر مستقیمی بر علاقه و اشتیاق وی برای شروع فعالیت جنسی

هیپرتروفی احشای لگنی می‌تواند توجیه‌کننده افزایش مقاربت دردناک در بارداری باشد. بررسی نتایج حاصل از نگرش زنان به فعالیت جنسی در بارداری نشان داد که بیش از نیمی از زنان اعتقاد داشتند نزدیکی باعث صدمه به جنین، زایمان زودرس، سقط جنین، عفونت جنین می‌شود. ۶۱/۷ درصد ذکر کردند که جذابیت جنسی‌شان در دوران حاملگی کم شده است. ۲۶/۱ درصد نیز نزدیکی را در طول بارداری گناه می‌پنداشتند. حیدری و همکاران در مطالعه خود بر روی زنان باردار شهر تهران (۳۲) رحیمی و همکاران در مطالعه خود در تبریز (۱۹) و پاشا و همکاران در مطالعه خود در بابل (۳۳) ترس از صدمه به جنین، ترس از سقط، ترس از زایمان زودرس و ترس از عفونت را در بیش از نیمی از زنان مورد پژوهش نشان داده‌اند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه‌ای که در تایوان انجام گرفته ۸۰ درصد از زنان نگران آسیب به جنین به دنبال روابط جنسی بودند که این درصد در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر قابل ملاحظه است (۳۴). بررسی‌های انجام شده در کانادا (۳۵)، در کراچی پاکستان (۲۹) و Orjz و همکاران، نشان داد یکی از دلایل کاهش مقاربت جنسی در دوران بارداری ترس از آسیب به جنین است و به عقیده وی سعی و تلاش مراقبین بهداشتی در جهت تغییر این نگرش زوجین جهت فعالیت جنسی در دوران بارداری یک ضرورت بهداشتی است (۳۶). به نظر می‌رسد باورها و عقاید نادرست در مورد فعالیت جنسی در بارداری در بروز مشکلات و اختلال عملکرد جنسی زوجین نقش دارد و می‌تواند بر روابط زناشویی اثرات منفی بگذارد. بنابراین تشکیل کلاس‌های مشاوره زناشویی در مراکز بهداشتی به نحوی که زنان مشکلات جنسی خود را مطرح و از روش‌های مشاوره استفاده نمایند ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی جهرم به شماره S/A/۲۳۶۰ می‌باشد که بدین وسیله از معاونت پژوهشی آن دانشگاه که حمایت مالی را برعهده گرفته صمیمانه قدردانی می‌شود.

دارد. احساس گناه ناشی از تصور دیده شدن مادر حین فعالیت جنسی توسط جنین به‌خصوص با شروع حرکات جنین با پیشرفت بارداری می‌تواند از علل کاهش تهییج جنسی در این دوره باشد (۴). براساس نتایج مطالعه ابوذری و همکاران تفاوت معناداری از نظر میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و درد در سه ماهه سوم بارداری وجود داشت (۲۸). حیطة لوپریکاسیون نیز مانند سایر حیطة‌ها در طول بارداری کاهش یافته و این کاهش از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P=0.02$ ). بافت‌های داخل واژن در این دوره احتقان می‌یابند که این پرخونی ناشی از افزایش عروق خونی و خون‌رسانی در دوره بارداری است. بنابراین زنان باردار در حالت برانگیختگی فیزیولوژیک به سر می‌برند این حالت برانگیختگی می‌تواند منجر به لغزنده شدن واژن شود اما گاهی تغییرات باعث خشکی واژن و ناراحتی می‌شود (۴). کاهش لوپریکاسیون با کاهش تحریک جنسی همراه است در این مطالعه در هر دو حیطة تغییرات یکسان و رو به کاهش دیده شد. حیطة ارگاسم نیز با پیشرفت بارداری کاهش معنی‌داری بین سه ماهه‌ها ( $P=0.04$ ) نشان داد. این نتیجه نیز با نتایج مطالعه اصلان و همکاران مطابقت دارد (۲۰) و از کاهش اوج لذت جنسی زنان با پیشرفت بارداری حکایت می‌کند. بزرگی شکم، نگرانی و ترس از صدمه به جنین همگی باعث کاهش اوج لذت جنسی می‌شوند در این مطالعه ۱۱/۳ درصد از زنان بیان کردند که هرگز به ارگاسم نرسیده‌اند. نتایج متا آنالیز نیز اختلال در ارگاسم و عدم رضایت از رسیدن به ارگاسم در سه ماهه سوم بارداری را نشان داد (۲۵). نتایج نشان داد که رضایت جنسی با پیشرفت بارداری کاهش می‌یابد ( $P=0.02$ ). به نظر می‌رسد که احساس زشتی فیزیکی در بدن، جذاب نبودن برای همسر، تغییر تصویر ذهنی از بدن می‌توانند از دلایلی باشد که مقاربت نتواند لذت بخش باشد (۲۶). نتایج مطالعه نشان داد که در حیطة مقاربت دردناک، میانگین نمره درد حین مقاربت با پیشرفت بارداری افزایش یافت (جدول شماره ۳). مطالعات به عمل آمده نشان‌دهنده اثر منفی بارداری بر روی ارگاسم، کاهش لذت جنسی و همچنین دردناک بودن مقاربت جنسی بوده است (۲۸-۳۱). تغییرات آناتومیکی ناشی از بارداری و

## References

1. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31(5): 409-24.
2. Wilson H, McAndrew S. *Sexual Health: foundations for practice.* London: Bailliere Tindall; 2000. p.13.
3. Salehy Fadardy J. The development and validation of marital satisfaction questionnaire on a sample of students of Ferdowsi university. *Psychother Novelties.* 1999; 4(13,14): 84-108. [In Persian]
4. Jahanfar SH, Molaeezhad M. *Text book of sexual disorders.* 1th ed. Tehran: Salemi & bizhe publication; 2002. p.253. [In Persian]
5. Reamy KJ, Whites SE. Sexuality in the puerperium: a review. *Arch Sex Behav.* 1987; 16: 165-186.
6. Grenier G, Byers ES. Rapid ejaculation: a review of conceptual, etiological and treatment issues. *Arch Sex Behav.* 1995; 24(4): 447-72.
7. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987; 295(6601): 749-751.
8. Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002; 76(2): 219-223.
9. Barclay LM. Sexuality and pregnancy, an interview study. *Aust N Z J ObstetGynaecol.* 1994; 34(1): 1-7.
10. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26: 191-208.
11. Mohammadi K, Haydari M, Faghihzadeh S. Validated Persian version of women's sexual functioning scale instruction. *Payesh J.* 2008; 7(2): 269-78. [In Persian]
12. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31:1-20.
13. Bayrami R, Haghghi moghadam Y. Sexuality during pregnancy. Ghom: Mehre Amir almomenin; 2006. p.69-80. [In Persian]
14. Nematollah zade 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(2): 241-249. [In Persian]
15. Bayrami R, Sattorzoda N, ranjbar F, Pzeshki M, Sexual dysfunction and some factors associated with it in pregnancy. *J Reprod Infertil.* 2009; 4(3): 271-282.
16. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007; 4(5): 1381-7.
17. Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after child birth: A meta content analysis of 59 studies of psychosomatic research. *J Psychosomat Res.* 1999; 47(1): 27-49.
18. Nichols FH, Humenick SS. *Child birth education.* 2nd ed. Philadelphia: WB sunders company; 2000. p.49-63.
19. Rahimi S, Seyyed Rasooly E. Sexual behavior during pregnancy: A descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran. *Payesh J.* 2004; 3(4): 291-9. [In Persian]
20. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005; 17(2): 154-7.
21. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005; 84(10): 934-8.
22. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response.* Boston: Little Brown; 1966. p.203-20.
23. Engel NS. *The maternity cycle and pregnancy.* Sexual Health Promotion. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p.179.
24. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res.* 2002; 39: 94-103.

25. Von sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999; 47(1): 27-49.
26. Weiss RE. Sexuality in pregnancy. Available at: <http://www.pregnancy.about.com/library/weekly/aa082498.htm>: 1-4. Accessed May 16, 2014.
27. Miles P. Sexuality in the third trimester. Available at: <http://www.Familyinternet.com/fisites/pregcom/03070600.htm>:1-2. Accessed oct 2, 2013.
28. Abouzari Gazafr K, Najafi F, Kazemnejad E. Comparison of Sexual Function between Nulliparous with Multiparous Pregnant Women. *TUMJ.* 2012; 18(5): 55-63. [In Persian]
29. Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc.* 2000; 50(1): 38-44.
30. Reamy K, White SE, Daniell WC, Le Vine ES. Sexuality and pregnancy, A prospective study. *J Reprod Med.* 1982; 27(6): 321-327.
31. Oruc S, Esen A, Lacin S, Adiguzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behavior during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1999; 39(1): 48-50.
32. Heidari M, Kiani Asiabar A, Faghih Zadeh S. Couples knowledge and attitude about sexuality in pregnancy. *TUMJ.* 2006; 64(9): 83-9. [In Persian]
33. Pasha H, Haj Ahmadi M. Evaluation of Sexual behaviors in pregnant women and some related factors, Babol, Iran. 2004. *MedJH.* 2007; 10(4): 343-8. [In Persian]
34. Senkumwong N, Chaovitsaree S, Ruggao S, ChandrawongseW, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai.* 2006; 89(1 4): 124-9.
35. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG.* 2000; 107(8): 964-968.
36. Orjj EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol.* 2002; 22(2): 166-168.



## Compression of sexual dysfunction during three trimester of pregnancy in pregnant women who had referred to Peymanieh clinic Jahrom in 2013

**Jamali S<sup>1</sup>, Rasekh Jahromi A<sup>2</sup>, Zarei F<sup>3</sup>, Sobhanian S<sup>4</sup>**

1. Lecturer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

3. BSc, Department of Psychology, Department of Education Grash, Grash, Iran.

4. Lecturer, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

### Abstract

**Background & Aim:** Sexuality is an important part of women's life that influences on quality of life and general well-being. There are many factors influencing the female sexual function including biological, psychological, physiological, couple relationship and sociocultural factors. Pregnancy plays an important role in the sexual function and behavior of women. This study aims to evaluate the sexual function and determine the prevalence of sexual dysfunction among pregnant women.

**Material & Methods:** A cross-sectional study was conducted between April 2012 and september 2013 using 257 healthy pregnant women who referred to antenatal clinic, paymaneh Hospital in Jahrom. The Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire was used for sexual function assessment. The reliability of the instrument was assessed by Cronbach's alpha ( $\alpha=0.7$ ). The data were analyzed by SPSS16 software, using ANOVA and Post Hoc (LSD) Tests.

**Results:** The mean age of respondents was  $26.45 \pm 4.49$  years. 143, 69 and 45 pregnant women were in their first, second and third trimester respectively. the results showed that (79.1%) were categorized as potentially sexual dysfunction (FSFI score  $< 26.5$ ) while only 52 (20.9%) had normal sexual function (FSFI score  $> 26.5$ ). The sexual dysfunction among pregnant women was rated 23.4% in the first, 30.5% in the second and 46.2% in the third trimester. There was a significant difference between scores of all FSFI domains with trimesters ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Prevalence of sexual dysfunction is high during pregnancy and reaches higher levels in the third trimester. Pregnant women and their partners need counseling about physical and psychological changes in pregnancy.

**Key words:** Sexual dysfunction, Trimester, Pregnancy women

