

بررسی میزان آگاهی و نگرش زنان باردار نسبت به رابطه جنسی دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن در مراجعین به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۸۳

گیتی ازگلی[✉]، دکتر کتایون خوشابی^{**}، ناصر ولایی^{***}،

ماهرخ دولتیان^{***}، مرضیه تارویردی^{****}

چکیده:

پژوهش حاضر به منظور تعیین میزان آگاهی و نگرش نسبت به رابطه جنسی در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن بر روی زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت. این تحقیق به روش توصیفی بر روی ۴۰۰ زن که به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. متغیرهای مربوط به آگاهی نظیر وضعیت مناسب حین مقاربت در حاملگی و وضعیت آسیب رساندن به جنین و بارداری و نیز متغیرهای مربوط به نگرش نظیر رضایت روانی زن در نزدیکی، احتمال آسیب به جنین، احساس شرک در حضور جنین، احساس گناه، سهولت زایمان با نزدیکی، لذت بیشتر، میل کمتر، وضعیت ظاهری و متغیرهای آگاهی نظیر وضعیت مناسب حین مقاربت و تأثیر بر جنین با پرسش از زنان در پرسشنامه ثبت گردید. پرسشنامه به روش اعتبار محتوا و آزمون مجدد تعیین اعتبار و اعتماد شد، سپس میزان آگاهی و نگرش نسبت به رابطه جنسی دوران بارداری در نمونه‌ها و تعیین و میزان آن در جامعه برآورد گردید و نقش عوامل مرتبط در آن‌ها تعیین شد. نقش عوامل مرتبط با آگاهی نشان داد مواجهه با مشکل در حاملگی فعلی و منبع کسب اطلاعات با آگاهی ارتباط دارد ($P < 0.05$).

[✉] کارشناس ارشد آموزش مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^{**} روان‌پزشک کودک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

^{***} عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

^{****} کارشناس ارشد مامایی

[✉] نویسنده مسئول: تهران - خیابان شریعتی - بالاتر از حسینیه ارشاد - جنب بیمارستان مفید - دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی - گروه مامایی

تلفن: ۰۲۱ - ۸۸۸۸۳۱۳۳

دورنما: ۰۲۱ - ۲۲۲۷۵۲۸۴

پست الکترونیک: gozgoli@yahoo.com

نقش عوامل مرتبط با نگرش نیز نشان داد سابقه زایمان زودرس، تعداد بارداری، شغل، سواد، سن، مشکل در حاملگی فعلی و منبع کسب اطلاعات با نگرش ارتباط معنی‌دار آماری دارد ($P < 0.05$). به‌طور کلی حدود ۲/۳ زنان مورد مطالعه آگاهی مناسب و نگرش مثبت نداشتند و با توجه به نقش عوامل مرتبط به نظر می‌رسد وقتی مادر دچار مشکل می‌شود با کسب آگاهی نگرش منفی پیدا می‌کند، حتی در زنان به منبع کسب اطلاعات مرتبط است یعنی با وجود افزایش آگاهی نگرش منفی ایجاد می‌شود و به نظر می‌رسد دادن آگاهی سطحی بیشتر تولید اضطراب می‌کند. لذا جهت اصلاح نگرش و افزایش آگاهی احتیاج به برنامه‌های آموزش بهداشت جنسی عمیق و پایه‌ریزی شده در طولانی مدت از زمان کودکی تا سنین باروری می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: آگاهی، نگرش بارداری، رابطه جنسی

مقدمه

روابط جنسی دوران بارداری^۱ و پاسخ جنسی^۲ در حاملگی در ابتدا در دهه ۱۹۶۰ توسط ماسترز و جانسون^۳ مورد بررسی قرار گرفت. این دو برای اولین بار فیزیولوژی مربوط به پاسخ‌های مختص انسان و از جمله در حاملگی را در سال ۱۹۹۶ مطرح کردند (نیکلز^۴، ۲۰۰۰).

در سه ماه اول بارداری به علت خستگی، درد و حساسیت سینه‌ها و تهوع، کاهش میل جنسی وجود دارد. گاه کاهش جذابیت زن باعث بی‌میلی در مرد می‌شود. در سه ماهه دوم به علت احساس عمومی بهتر و احتقان عروق لگن تمایلات جنسی افزایش می‌یابد. ممکن است ارگاسم^۵ برای اولین بار در این دوران اتفاق افتد. در سه ماه سوم رحم بزرگتر با فشار بر روی پرینم^۶ و افزایش ترشحات مهبل، آغوز از پستان و کوتاه شدن تنفس در بسیاری از زنان مقاربت مشکل و ناراحت‌کننده می‌باشد (استریت^۷، ۲۰۰۱). روابط جنسی در دوران بارداری تحت تأثیر عواملی نظیر موقعیت‌های اجتماعی، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، ارتباط با همسر و درگیری‌های روانی، مهارت‌های شخصی در روابط جنسی قرار دارد. البته تفاوت‌های زیادی بین روابط جنسی افراد وجود دارد و میزان روابط جنسی حتی در طول بارداری‌های مختلف یک فرد می‌تواند متفاوت باشد. (گوتیلدیز^۸، ۲۰۰۵). در حین بارداری با رشد رحم و فشار وارده بر شریان اجوف تحتانی از وضعیت‌های طاقباز که خون‌رسانی رحمی و جفتی را مختل می‌کنند باید پرهیز شود و از وضعیت‌های دیگر نظیر پهلو به پهلو و غیره استفاده شود (رد^۹، ۱۹۹۹). انجام روابط جنسی در حاملگی طبیعی منعی ندارد (کانینگهام^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۵).

از نگرانی‌های رشته مامائی عدم آگاهی در مورد تغییرات روابط جنسی دوران بارداری و نگرش منفی زنان باردار با توجه به وجود جنین نسبت به داشتن رابطه جنسی می‌باشد. فعلاً نه تنها در نظام آموزش رسمی کشور ما غیر از بعضی از رشته‌های خاص مثل مامائی، بلکه در دوران مراقبت بارداری نیز، آموزش و خدماتی برای ارتقاء دانش مربوطه به عمل نمی‌آید. این در صورتی است که

وجود آگاهی کم و نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی در دوران بارداری باعث اضطراب و تنش در زوجین می‌شود (هانیز^{۱۱}، ۱۹۹۹). در پژوهشی در اسلام‌شهر نگرش منفی در بارداری تا ۵۵٪ گزارش شده است (نوحی، ۱۳۷۸). در حالی که در بعضی تحقیقات در فرهنگ کشورهای دیگر نظیر تایوان رابطه جنسی را برای بهبود روابط زناشویی و استحکام آن و تثبیت هویت جنسی لازم می‌دانند (لی^{۱۲}، ۲۰۰۲) و حتی گاهی موجب گشادی مهبل و سهولت زایمان می‌شمارند (در نیجریه (آدینما^{۱۳}، ۱۹۹۵). در بعضی زنان حامله رابطه جنسی دوران بارداری همراه با نگرانی‌هایی مثل زایمان زودرس و آسیب به جنین می‌باشد، گرچه در تحقیقات این امر تأیید نشده است (سایل^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۱). با توجه به تغییرات جسمی و روانی فزاینده در ماه‌های مختلف حاملگی و تغییرات گوناگون در فازهای مختلف رابطه جنسی زنان که ذکر شد رابطه جنسی در بارداری طبیعی آسیبی به جنین نمی‌رساند. آگاهی از این تغییرات، برای زنان باردار لازم است و عدم آگاهی از آن منجر به رفتارهای غیرمعمول جنسی در دوران بارداری (برنارد^{۱۵} و ۲۰۰۲ و اصلان، ۲۰۰۵) و یا حتی امتناع از آن می‌شود. با توجه به اهمیت موضوع و وجود اختلافات فرهنگی و کاستی‌های تحقیق‌های قبلی پژوهش حاضر به منظور تعیین میزان آگاهی و نگرش زنان باردار از روابط جنسی در دوران بارداری بر روی مراجعین درمانگاه‌های پره‌ناتال بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت.

روش

روش تحقیق توصیفی، و داده‌های حجم آوری شده با استفاده از آزمون کای اسکور و تست دقیق فیشر و ... مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد پژوهش کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را شامل می‌شود. نمونه‌ها به صورت چندمرحله‌ای از جامعه آماری به تعداد ۴۰۰ نفر با توجه به احتمال میزان آگاهی نازل و نگرش منفی نسبت به داشتن رابطه جنسی در دوران بارداری به میزان ۵۰٪، سطح اطمینان ۹۵٪ و میزان معنای ۵٪ تعیین گردید.

نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بدین صورت که ابتدا بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که دارای درمانگاه پره‌ناتال بودند لیست شدند. سپس مراجعین هفتگی هر بیمارستان مشخص شد و با توجه به تعداد مراجعین هر بیمارستان سهمیه هر یک از کل تعداد نمونه ۴۰۰ نفر مشخص شد. در داخل هر بیمارستان به روش نمونه‌گیری تصادفی نمونه‌گیری آن‌قدر ادامه یافت تا تعداد مقرر در هر بیمارستان مشخص گردید.

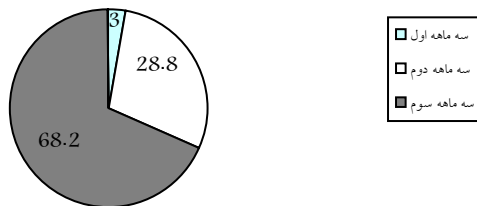
ابزارهای پژوهش

ابزار جمع آوری داده‌ها به صورت فرم اطلاعاتی بود که اعتبار آن به روش اعتبار محتوی و پایایی آن و به روش آزمون مجدد بر روی ۱۰ خانم حامله (غیر از مادران فوق) تعیین شد. همبستگی بین پاسخ‌ها در دو نوبت برای سؤالات آگاهی ۰/۹۱ و برای نگرش ۰/۹۳ برآورد شد. فرم‌های اطلاعاتی توسط کارشناس ارشد مامائی آشنا به متدلوژی تحقیق و مهارت‌های ارتباطی که جهت انجام طرح توجیه شده بود، تکمیل گردید. میزان آگاهی بر اساس شاخص‌هایی از وضعیت مناسب و تأثیر رابطه جنسی بر جنین و بارداری و میزان پاسخ صحیح به آن‌ها تعیین شد.

میزان نگرش با پیشنهاد ۱۳ گویه در زمینه نیاز جنسی زنان در هر شرایط، آسیب به جنین، رضایت روحی زن، احساس شرم در حضور جنین، وضعیت ظاهری زن حامله مطابق طیف لیکرت به نمونه‌ها پیشنهاد و از آن‌ها درخواست شد یکی از گزینه‌های ۵ گانه (کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، کاملاً موافق، موافق) را انتخاب نمایند. عوامل مرتبط را نیز با شاخص‌های سن، مدت ازدواج، رضایت از روابط جنسی قبل از حاملگی، مشکل خاص با همسر، منبع کسب اطلاعات تعیین شد. شاخص‌های آگاهی و نگرش و عوامل مرتبط با توجه به مطالعه کتب و مقالات موجود تعیین گردید. پرسشنامه تهدید شده جهت دریافت نظرات اصلاحی به متخصصین زنان (۲ نفر)، کارشناس ارشد مامایی (۴ نفر)، روان‌پزشک (۲ نفر)، دکترای بهداشت باروری (۱ نفر) و دکترای آموزش بهداشت (۱ نفر) داده شد و پس اعمال نظرات اصلاحی نظرات ۵ نفر زن باردار نیز بررسی گردید (مراحل اعتبار محتوای). تعیین میزان آگاهی در صورت کمتر از ۵۰٪ پاسخدهی صحیح ضعیف و بین ۵۰ تا ۷۵ درصد متوسط و بالای ۷۵٪ خوب در نظر گرفته شد. در مورد نگرش نیز با توجه به نوع سؤال برای نگرش مثبت بیشترین امتیاز (۵) و جهت نگرش منفی کمترین امتیاز (۱) تعلق گرفت. بیشتر از ۷۵٪ امتیاز نگرش مثبت، ۷۵-۵۰ نگرش بی‌نظر و کمتر از ۵۰٪ نگرش منفی در نظر گرفته شد. میزان آگاهی و نگرش در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی آن با احتمال ۹۵٪ در جامعه برآورد گردید.

یافته‌ها

این تحقیق بر روی ۴۰۰ نفر انجام گرفت. سن خانم‌ها $26/1 \pm 4/8$ سال و از حداقل ۱۶ تا ۴۲ سال بود. ۸۷/۵٪ خانه‌دار، ۱۲/۵٪ شاغل بودند. از نظر تحصیلات ۴٪ بی‌سواد، ۱۶٪ ابتدایی، ۶۹/۵٪ راهنمایی و دبیرستان بودند. مدت ازدواج آنها $5/9 \pm 4/9$ سال و از حداقل ۱-۲۴ سال بود. توزیع نمونه‌های مورد بررسی برحسب سه ماهه بارداری در نمودار شماره ۱ ارائه گردید و نشان می‌دهد که ۳٪ آن‌ها در سه ماهه اول، ۲۸/۸٪ در سه ماهه دوم و ۶۸/۲٪ در سه ماهه سوم حاملگی بودند.



نمودار شماره (۱): توزیع ۴۰۰ زن باردار برحسب سه ماهه بارداری مورد بررسی در مراجعین به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۳.

تعداد بارداری زنان مورد بررسی $2/01 \pm 1/28$ نفر و حداقل ۹-۱ بود. بچه‌های زنده آن‌ها $0/73 \pm 1/02$ و از حداقل ۶-۰ نفر بود. $80/1$ ٪ فاقد سابقه سقط، $5/8$ ٪ سابقه زایمان زودرس و $1/2$ ٪ سابقه آنومالی داشتند. $29/4$ ٪ سابقه زایمان طبیعی، 20 ٪ سابقه سزارین و $50/1$ ٪ بدون سابقه زایمان بودند. حاملگی‌های ناخواسته در 21 ٪ بود. سن همسر آن‌ها $31/6 \pm 5/7$ سال و حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۲ سال، $2/5$ ٪ آن‌ها همسر بیکار، $26/3$ ٪ همسر کارگر، $14/5$ ٪ کارمند و بقیه مشاغل دیگر را داشتند.



نمودار شماره (۲): توزیع ۴۰۰ زن باردار برحسب میزان آگاهی و نگرش نسبت به رابطه جنسی دوران بارداری در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۳

میزان آگاهی و نگرش نسبت به رابطه جنسی دوران بارداری در نمودار شماره ۲ ارائه شده است و نشان می‌دهد آگاهی خوب در $35/8$ ٪، آگاهی متوسط 50 ٪ و آگاهی کم در $14/2$ ٪ افراد وجود داشت. آگاهی بر مبنای ۲ جزء یعنی وضعیت صحیح انجام رابطه جنسی با توجه به سن بارداری و نیز اطلاع از عدم آسیب‌رسانی به وضعیت حاملگی و جنین با توجه به شرایط حاملگی (نظیر جفت سرراهی یا احتمال زایمان زودرس و ...) بود.

بدین ترتیب عدم آگاهی از رابطه جنسی در دوران بارداری به میزان ۶۴/۲٪ در نمونه‌ها وجود داشت و یا به تعبیر دیگر از هر ۳ زن باردار ۲ نفر آگاهی از رابطه جنسی نداشتند. ۳۹/۶٪ افراد از منبع کسب اطلاعاتی مطلوب نظیر پرسنل بهداشتی پزشکی و کتاب استفاده کرده بودند و ۶۰/۴٪ منابع کسب اطلاعاتی نامطلوب داشتند.

با احتمال ۹۵٪ میزان عدم آگاهی از حداقل ۵۹/۷٪ تا حداکثر ۶۹٪ در کل زنان جامعه مورد بررسی برآورد گردید. نگرش مثبت در ۳۱/۸٪، نگرش نسبی در ۵۵/۷٪ و بالاخره نگرش منفی در ۱۲/۵٪ بود. به عبارتی آنان که نگرش مثبت نداشتند ۶۸/۲٪ زنان مورد بررسی بودند. با توجه به این میزان در نمونه‌های مورد بررسی میزان واقعی نداشتن نگرش مثبت نسبت به رابطه جنسی در دوران بارداری با احتمال ۹۵٪ از حداقل تا حداکثر برآورد گردید.

تعیین آگاهی با نگرش نسبت به رابطه جنسی دوران بارداری در جدول شماره ۱ ارائه شده است و نشان می‌دهد که در خانم‌هایی که آگاهی بالا داشتند ۵۷/۳٪ نگرش مثبت، آن‌هایی که آگاهی پایین داشتند ۷۶٪ نگرش مثبت و خانم‌هایی با آگاهی متوسط ۷۶٪ نگرش مثبت وجود نداشت. گرچه این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < 0.008$) اما عدم نگرش مثبت در ۵۷/۳٪ افراد با آگاهی بالا نیز قابل تأمل است.

جدول شماره (۱): توزیع زنان باردار برحسب نگرش نسبت به رابطه جنسی به تفکیک میزان آگاهی در مراجعین به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۸۳

آگاهی	نگرش			جمع
	مثبت ۲۷-۵۲	نسبی ۱۴-۲۶	منفی ۰-۱۳	
بالا	۶۱ (۴۲/۷)	۶۹ (۴۸/۳)	۱۳ (۹)	۱۴۳ (۱۰۰)
متوسط	۴۸ (۲۴)	۱۲۳ (۶۱/۵)	۲۹ (۱۴/۵)	۲۰۰ (۱۰۰)
کم	۱۸ (۱۳/۵)	۳۱ (۵۴/۴)	۸ (۱۴/۰۳)	۵۷ (۱۰۰)
جمع	۱۲۷	۲۲۳	۵۰	۴۰۰

نقش عوامل مرتبط با بروز آگاهی نشان داد که سابقه زایمان زودرس، آنومالی، سابقه حاملگی، داشتن زایمان غیرطبیعی، شغل، سواد، مشکل با همسر، سابقه فرزند مرده، تعداد بچه‌ها، سابقه سقط، تعداد بارداری‌ها، سن، مدت ازدواج، ناخواسته بودن بارداری نقش آماری معنی‌دار نداشته است.

افرادی که آگاهی پایین داشتند، ۴۹/۱٪، افرادی که آگاهی خوب داشتند ۳۷/۳٪، و افرادی که آگاهی پایین داشتند نسبت به افرادی که آگاهی خوب داشتند ۱/۶ برابر بیشتر در مواجهه با مشکل در حاملگی فعلی بودند ($OR=1/6$). با احتمال ۹۵٪ خطر نسبی تعمیم‌پذیری، افرادی که آگاهی پایین داشتند. همگی (۱۰۰٪) وضعیت قرارگیری هنگام نزدیکی نامطلوب داشتند و افرادی که آگاهی خوب داشتند ۱۵/۷٪ وضعیت قرارگیری نامطلوب داشتند. آزمون کای اسکور نشان داد این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار است. طبعاً این میزان اختلاف دارای خطر نسبی بوده، تعمیم‌پذیری نیز دارد و بالاخره افرادی که آگاهی پایین داشتند منبع کسب اطلاع نامطلوب در ۷۱/۹٪ آن‌ها وجود دارد، آن‌ها که آگاهی خوب داشتند ۵۸/۵٪ منبع اطلاعاتی نامطلوب داشتند ($p<0/06$) و افرادی که آگاهی پایین داشتند نسبت به افرادی که آگاهی خوب داشتند ۱/۸ برابر بیشتر در مواجهه با منبع کسب اطلاعات نامطلوب بودند. با احتمال ۹۵٪ این مواجهه با عامل خطر در جامعه حداقل ۱ تا ۳/۳ برابر برآورد می‌گردد.

بر مبنای انتظار این‌که زنان مورد بررسی نصف امتیازات نگرش را داشته باشند، تلقی نگرش مثبت و کمتر از آن نگرش منفی محسوب شده است. تعداد ۱۲۷ نفر بر این مبنا نگرش مثبت و ۲۷۳ نفر نگرش منفی داشتند. یافته‌ها نشان داد که سابقه آنومالی، سابقه زایمان، حاملگی ناخواسته، ارتباط با نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی در دوران بارداری نداشته است. اما خانم‌هایی که سابقه زایمان زودرس داشته‌اند میزان نگرش منفی بیشتری نیز داشته‌اند. خانم‌های باردار با نگرش منفی ۳/۳ برابر بیشتر از خانم‌های دارای نگرش مثبت در مواجهه با سابقه زایمان زودرس بودند. خانم‌هایی که نگرش منفی داشتند ۹۰/۵٪ و آن‌هایی که نگرش مثبت داشتند ۸۱/۱٪ خانه‌دار بودند ($p<0/800$). زنان باردار که نگرش منفی داشتند ۲/۲ برابر بیشتر از زنان دارای نگرش مثبت در مواجهه با شغل خانه‌داری بودند و افرادی که نگرش منفی داشتند ۷۵٪ باسواد و آن‌هایی که نگرش مثبت داشتند ۹۰٪ باسواد بودند. در زنان با نگرش منفی ۳/۲ برابر بیشتر از زنان با نگرش مثبت در مواجهه با بیسوادی و کم‌سوادی بودند. خانم‌هایی که نگرش منفی داشتند ۴۴٪ مشکل در حاملگی فعلی داشتند و خانم‌هایی با نگرش مثبت ۶۶/۱٪ در مواجهه با وضعیت قرارگیری مطلوب قرار داشتند ($p<0/06$) و افرادی که نگرش منفی داشتند ۱/۵ برابر بیشتر از افراد دارای نگرش مثبت در مواجهه با وضعیت قرارگیری مطلوب بودند و بالاخره زنان باردار با نگرش منفی ۶۷/۴٪ منبع اطلاعاتی مطلوب و در زنان با نگرش مثبت ۵۴/۳٪ منبع اطلاعاتی مطلوب داشتند ($p<0/001$) و زنان با نگرش منفی ۲/۵ برابر بیشتر از زنان با نگرش مثبت در مواجهه با منبع کسب اطلاعات نامطلوب بودند.

بحث

تحقیق حاضر نشان داد که ۲/۳ زنان آگاهی خوب نداشتند. در مطالعه نعیم^{۱۶} و همکاران (۲۰۰۰) ۲۴/۵٪ زنان رابطه جنسی در حاملگی را باعث سقط و ۶/۱٪ باعث زایمان زودرس می‌دانستند، ۲۶٪ اظهار بی‌اطلاعی در مورد صدمه احتمالی حاملگی به جنین می‌کردند، ۸۵/۲٪ معتقد بودند که تعداد نزدیکی باید کم شود. مطالعه آدینما (۱۹۹۵) و همکاران مشخص شد ۳۵٪ زنان مورد مطالعه مقاربت را باعث بهبودی رشد جنین می‌دانستند، ۲۱/۱٪ هیچ‌گونه اطلاعی از نتیجه مقاربت در حاملگی نداشتند و ۴۴/۲٪ عقیده داشتند مقاربت باعث گشادی واژن و تسهیل زایمان می‌شود.

در مطالعه بایرامی و همکاران (۱۳۸۳) ۶۱٪ واحدهای پژوهش مشکل جنسی در حاملگی داشتند که ۳۴/۳٪ آن را گناه می‌دانستند و ۵۱٪ معتقد بودند نزدیکی باعث آسیب به جنین می‌شود.

در حالی که بررسی مسائل جنسی یک قسمت مهم از مراقبت‌های بهداشتی است (آندریوز^{۱۷}، ۲۰۰۱) و فرد مشاور باید درک صحیحی از فعالیت جنسی و ارتباطات جنسی زوجین، ارزش‌های شخصی و مذهبی و فرهنگی فرد مراجعه‌کننده داشته باشد (اکازاکی^{۱۸}، ۲۰۰۲، ادلین^{۱۹}، ۲۰۰۳ آندروز، ۲۰۰۱)، اما به نظر می‌رسد توجه به بهداشت جنسی در مراقبت‌های دوران حاملگی از طرف مراقبت‌کنندگان (چنانچه حدود یک‌سوم موارد منبع کسب اطلاعات مطلوب نظیر پزشک و پرسنل بهداشتی دارند) و حتی مادران نادیده گرفته می‌شود. این امر فقط به زمانی محدود می‌شود که حاملگی توأم با مشکلی باشد لذا با وجودی که هیچ دلیل خاصی برای محدود کردن فعالیت جنسی تا قبل از ۴ هفته آخر بارداری برای حاملگی سالم وجود ندارد (مه^{۲۰} و بینیک^{۲۱}، ۲۰۰۱)، اما ترس از صدمه به جنین و احساس گناه به‌عنوان باور غلط وجود دارد (ون سی دو^{۲۲}، ۱۹۹۹). این نگرانی و اضطراب و ترس، اختلالات فعالیت جنسی را باعث می‌شود (اکازاکی، ۲۰۰۲) که این امر خود عواقب خاص را دارد. با توجه به مشکل آگاهی کم، خلاء برنامه آموزش زوجین مخصوص دوران بارداری حس می‌شود.

نگرش به‌عنوان مفهومی پیچیده شامل احساسات، عقاید و زمینه‌های رفتاری بالنسبه مخفی می‌باشد که عوامل زیادی در آن دخیل می‌باشد (فلیپس^{۲۳}). پژوهش حاضر نشان داد ۶۸/۲٪ زنان مورد مطالعه نگرش مثبت نسبت به رابطه جنسی نداشتند. پژوهش نعیم (۲۰۰۰) و البستان^{۲۴}، و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد ۶۴٪ زنان مورد مطالعه آنان از رابطه جنسی در حاملگی نگران هستند و ۳۵/۴٪ آن را یک ضرورت می‌دانستند. در پژوهش آدینما (۱۹۹۵) نیز ۸۳٪ زنان عقیده داشتند مقاربت در دوران بارداری نباید متوقف شود، اما ۵۰٪ علت آن را حفظ شوهر و ترس از بی‌وفایی می‌دانستند. مطالعه نوحی (۱۳۷۸) نیز نشان داد نگرش منفی در سه ماهه اول ۵۱٪، در سه ماهه دوم ۵۳٪ و سه ماهه سوم ۵۵٪ می‌باشد. در مطالعه یغمایی (۱۳۸۳) ۶۳/۹٪ افراد، مقاربت در زمان حاملگی را خطرناک می‌دانستند.

در مطالعه ازگلی (۱۳۸۲) نیز زنان حامله نسبت به غیر حامله‌ها نگرش بهتری نسبت به رابطه جنسی داشتند که این نگرش مثبت در زنان حامله با سن حاملگی ۶ ماه کمتر، شاید به خاطر جوان بودن زنان حامله نسبت به زنان غیرحامله مورد بررسی بود.

شاید این عدم وجود نگرش مثبت در مطالعات مختلف ناشی از ترس پنهان از دست دادن همسر (آدینما، ۱۹۹۵)، ترس از زایمان زودرس (مه و بینک، ۲۰۰۱)، تغییر تصویر بدنی (نیکلز، ۲۰۰۰) احساس گناه یا افسانه‌ها و تابوهای مطرح در مورد رابطه جنسی در حاملگی (۱) یا سایر عوامل بررسی شده در گویه‌های نگرش مطالعه حاضر باشد. ذکر این نکته لازم است که نگرش به دنبال آگاهی به وجود می‌آید و تغییر در نگرش با فراهم نمودن زمینه بالا بردن آگاهی صحیح و کامل، امکان دارد. جهت ارتقاء این آگاهی و اصلاح نگرش که کاری دشوار می‌باشد آموزش و اصلاح اعتقاد و باورها از دوران کودکی و از درون خانواده‌ها تا سنین باروری در قالب برنامه‌های آموزش رسمی و غیررسمی، مستقیم و غیرمستقیم با توجه به شرایط جامعه ما باید صورت گیرد. چرا که به نظر نمی‌رسد بعضی از مفاهیم که در قالب گویه‌های نگرش بررسی شد با صرف آگاهی دادن اصلاح شود. همچنین تحقیق حاضر نشان داد بین آگاهی با نگرش ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد و افراد با نگرش منفی‌تر آگاهی کمتر دارند.

تحقیق حاضر نشان داد متغیرهای مشکل در حاملگی فعلی، وضعیت قرارگیری و منابع کسب اطلاعات نامطلوب با آگاهی نازل، ارتباط معنی‌دار دارد و سایر متغیرهای بررسی شده ارتباط آماری با آگاهی ندارند. با توجه به این‌که ایجاد مشکل (مثل خونریزی، احتمال زایمان زودرس، جفت سرراهی) به متغیر آگاهی ارتباطی ندارد، این ارتباط فقط یک ارتباط آماری است. اما وقتی آگاهی کمتر است وضعیت نامطلوب بیشتر خواهد بود و بدیهی است این آگاهی نازل اگر منابع کسب اطلاعات نامناسب باشد، رخ خواهد داد.

تحقیق حاضر نشان داد تحصیلات مادر، سابقه حاملگی و مشکل در حاملگی فعلی، وضعیت قرارگیری هنگام نزدیکی، منابع کسب اطلاعات، سن، تعداد بارداری‌ها، سابقه زایمان زودرس و سابقه حاملگی و شغل ارتباط معنی‌دار آماری با نگرش دارد و سایر عوامل با نگرش نسبت به رابطه جنسی دوران بارداری ارتباط ندارد.

سابقه زایمان زودرس قبلی موجب ترس در حاملگی فعلی از تکرار آن و ایجاد نگرش منفی می‌شود. مشکل در حاملگی فعلی نیز موجب ترس، اضطراب و نگرش منفی خواهد شد (فوک^{۲۵}، ۲۰۰۵).

مادران با تحصیلات کمتر و خانه‌دار شاید احتمالاً به علت تحت تأثیر قرارگرفتن باورهای غلط نگرش منفی‌تر دارند. با توجه به ارتباط نگرش منفی با منبع کسب اطلاعات به نظر می‌رسد آگاهی که در دسترس مادران قرار می‌گیرد بیشتر باعث ترس و اضطراب و در نتیجه نگرش منفی شده

است. سن بالاتر، سابقه حاملگی، تعداد بارداری‌ها، بیشتر به صورت موضوعاتی که موجبات گرفتاری بیشتر زن علاوه بر وجود حاملگی فعلی می‌شود هم‌چنین باعث نگرش منفی نیز می‌شود.

به‌طور خلاصه در این پژوهش مشخص شد بیشتر نمونه‌های مورد بررسی آگاهی خوب نداشتند و اکثریت آن‌ها نیز نگرش مثبت به رابطه جنسی دوران بارداری ندارند. با توجه به استفاده از منابع کسب اطلاعات در افرادی که نگرش منفی دارند، به نظر می‌رسد دادن آگاهی فعلی توسط منابع اطلاعاتی سبب افزایش نگرش منفی و احتمالاً ایجاد ترس بیشتر را موجب می‌شود که شاید این امر ناشی از آگاهی ناکافی یا دادن آگاهی سطحی در زنان حامله می‌باشد. همان‌طور که بعضی از زنان که طبق معیارهای ما آگاهی بالا داشتند نگرش منفی دارند.

جهت اصلاح این امر، احتیاج به برنامه‌های آموزش بهداشت جنسی عمیق و پایه‌ریزی شده در طولانی‌مدت از زمان کودکی، جهت اصلاح نگرش تا سنین باروری و زمان بارداری و جهت دادن آگاهی کامل صحیح می‌باشد. بدیهی است جهت دستیابی به این هدف مشارکت آموزش‌های رسمی در مدارس و دانشگاه‌ها و اصلاح آموزش‌های غیررسمی در رسانه‌های گروهی از طریق کارشناسان ذیربط لازم و ضروری است.

یادداشت‌ها

- | | |
|---|---------------|
| 1. sexual activity during pregnancy | 16. Naim |
| 2. Human sexual response during pregnancy | 17. Andrews |
| 3. Masters & Jhanson | 18. Okazaki |
| 4. Nichols | 19. Edlin |
| 5. Orgasm | 20. Mah |
| 6. Perineum | 21. Binik |
| 7. Stright | 22. Von Sydow |
| 8. Gotildiz | 23. Phillips |
| 9. Rean | 24. Albustan |
| 10. Canningham | 25. Fok |
| 11. Hains | |
| 12. Lee | |
| 13. Adinma | |
| 14. Sayle | |
| 15. Bernhared | |

*این پژوهش با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است.

منابع

- ازگلی، گ و همکاران (۱۳۸۲). بررسی رضایت و نگرش جهت رابطه جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، دوماهنامه پژوهشی پژوهنده، (۲)، ص ۱۳۱ - ۱۲۷.
- بایرامی، ر؛ ستارزاده، س (۱۳۸۳). بررسی تجارب جنسی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تبریز، سمینار جایگاه بهداشت جنسی در باروری و ناباروری، تهران.

نوحی، پگاه (۱۳۷۸). بررسی ارتباط نگرش و عملکرد زنان باردار، در مورد روابط جنسی دوران بارداری در مراجعین به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان اسلام شهر، پایان نامه تحقیقاتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. یغمایی، م؛ مختاری، م (۱۳۸۳). مقاربت در زنان حامله، سمینار جایگاه بهداشت در باروری و ناباروری، تهران.

- Adinma, J. LB. (1995). "Sexuality in Nigerian Pregnant women Aus- N-Z-J". *Obstet- Gynecol*: 35 (3): pp. 290-303.
- Andrews, G. (2001). *Women's sexual health*. 2th edition. Belier tirdal. pp.161-172.
- Aslan, G. Aslin, D. kizilyar, A. Spahi, I., & Esen, A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Journal of sexual Medicine*, 17(2): pp. 154-157.
- Albustan, M. A. Al-tomi, N. F, Faiwalla, MS. Manar, V. (1995). Maternal sexuality during regency and after child birth in muslim kuwait women. *Archives of Sexual behavior*, 24 (2): pp. 2072 (5).
- Bernhard, (2002). Sexuality and sexual health care for women. *Clinical obstetrics* 2002. 45 (4): pp. 1089-1098.
- Cunning ham, F. G, Mac Donald, P.C., Leveno, K.J., Gant, N.F., Glistrap, III, (2005) *Williams obsrtics* (22 th ed).
- Edlin, G. Goola, E (2003). *Health and wellness*. 8th edition, Massachuset.
- Elias, B., Joun M. (2000). "Sexual and sexual activity in pregnancy." *British Journal of Obstetric and Gynecology*, 2000. 107, 994-998.
- Fok, Wy. (2005). Chan, L. Y., yuen, P. M. Sexual behavior and activity in Chinese pregnancy women. *Acta obstet gyncol scand*, 84(10): pp. 934-938.
- Gokildiz, S., Beji Nk. (2005). The effects of Pregnancy on sexual life. *Journal Sex Marital Therapy*. 2005. 31(3): pp.201-215.
- Hains J: (1999). "Sexual Behavior in Pregnancy among Hung Kong chins women". *Phychos research*. 40 (3).
- Lee, Jian, Tao. (2002). The meaning of sexual satisfaction in pregnancy Taiwanese women. *Journal of Midwifery women Health*, Jul. 47 (4) pp: 278-280.
- Mah, K., Binik, Y.(2001). The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical psychology review*, 21 (6): 823-856.
- Naim, M. Bhutto, E.(2000). "Sexuality during Pregnancy in pakistan women". *Journal- Pak-Med-Assoc*. Jan. 50 (1): 38-44.
- Nichols, F., (2000). Humenick, S. *Child Birth Education*. 2end. wb. sunders 20-company. Philadelphia: pp.49-63
- Okazaki, S. (2002). Influences of culture on Asia. *American's sexuality journal of sex research*. 39 (2): 34 – 41.
- Phillips, N. *Female sexual dysfunction; evaluation and treatment*. American family physician, 26. 127-136.
- Read, (1999). "Sexual problem associated with infertility, pregnancy, and aging". *BMJ* 1999. Feb. 318: 587-589.
- Sayle, A. E. Savitz, D. A. Throp, J. M. J. R. Hertz picciotto, I. T. Wilcox, A J. (2001). Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet- Gyncol*. Feb. 97 (2): 283-289.
- Stright. (2001). K. "Maternal Newborn Nursing". Third Edition. Lipincott. pp: 24-33.
- Von sydow, Kv. (1999). Sexuality during pregnancy and after child birth. A meta content analysis of 59 studies of psychosomatic research. 47(1): pp. 27-49.