

تجربیات زنان باردار از ارتباط جنسی در دوران بارداری: یک تحقیق پدیدارشناسی

مجید کلی^۱، علی محمد نظری^۲، کیانوش زهراکار^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: فعالیت جنسی بخش مهمی از رفتار انسان می‌باشد که می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله تغییرات هورمونی، جسمانی و روانی دوران بارداری قرار گیرد و شناسایی این عوامل توسط همسران، به ارتقای کیفیت ارتباط آن‌ها در این دوره مهم کمک می‌کند. هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی علل ایجاد مشکلات جنسی زنان باردار بود.

روش: این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان را ۱۳ زن باردار تشکیل دادند که اطلاعات آنان از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد و داده‌ها به روش Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل شده در ۱۰۸ کد اولیه، ۸ زیرمضمون و ۴ مضمون اصلی شامل «مشکلات فردی»، «مشکل ارتباط با همسر»، «مشکلات مربوط به جنین» و «مشکل ارتباط با خانواده‌ها» طبقه‌بندی گردید.

نتیجه‌گیری: عوامل مختلف فردی و بین فردی در ایجاد مشکلات جنسی در دوره بارداری تأثیر دارد. با توجه به این که رضایت همسران در همه مراحل زندگی سرلوحه بهداشت قرار دارد و قسمت اعظم بعد عاطفی برای زنان از طریق این رابطه به دست می‌آید، آگاهی از تغییرات دوران بارداری می‌تواند به افزایش رضایتمندی زناشویی کمک کند که این آگاهی از طریق آموزش ویژگی‌ها و تغییرات دوره بارداری زیر نظر متخصصان حاصل می‌گردد. همچنین، مشکل در روابط جنسی می‌تواند نشانه مشکلات دیگری در پیوند زناشویی باشد. بنابراین، در کنار آموزش‌های مناسب، باید برای برخی از زوجین جلسات مشاوره در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها: سلامت جنسی، زنان باردار، مطالعه کیفی

ارجاع: مجید کلی، علی محمد نظری، کیانوش زهراکار. تجربیات زنان باردار از ارتباط جنسی در دوران بارداری: یک تحقیق پدیدارشناسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷ (۳): ۲۴۰-۲۵۱.

تاریخ چاپ: ۹۷/۷/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۴

Email: amajid.keley@gmail.com

نویسنده مسئول: مجید کلی

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین مسائلی که بیش از هر چیز دیگری زندگی فردی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تمایلات جنسی می‌باشد که در عین غریزی بودن، بسیار انسانی است و مفاهیم و مضامین مذهبی، عرفانی و تاریخی دارد (۱) و ارضای این تمایلات به نحو مطلوب، در تکوین شخصیت انسان نقش قاطعی ایفا می‌کند (۲). Freud به عنوان بنیانگذار نظریه روان‌تحلیلی، میل جنسی را امری طبیعی و فیزیولوژیک می‌داند که اساس نیازهای انسانی است (۳) و Corsini بیان می‌کند که روابط جنسی شکل دهنده بخشی از ادراک زوجین از همدیگر و تداوم بخش ازدواج می‌باشد (۴) و از طرف دیگر، لذت حاصل از رابطه جنسی باعث می‌شود که بسیاری از مشکلات روزمره زندگی و اختلافات بین همسران از بین برود و وابستگی عاطفی بین آن‌ها افزایش یابد (۵).

تحقیقات انجام شده طی دو دهه اخیر در زمینه رفتارهای جنسی نشان می‌دهد که رابطه جنسی بخش مهمی از بهداشت، کیفیت زندگی و بهزیستی عمومی زنان را شامل می‌شود که تحت تأثیر عوامل زیستی، اجتماعی، روان‌شناختی، اقتصادی، سیاسی، تاریخی، فرهنگی، قانونی، دینی و معنوی قرار دارد (۶). بیش از چهار دهه تلاش محققان، پیشرفت‌های زیادی را در زمینه شناخت نسبت به پاسخ‌های جنسی که زن‌ها ارایه می‌کنند، به همراه داشته است (۷). الگوی اصلی ارایه شده توسط Masters و Johnson، محرک جنسی را به عنوان یک مدل خطی می‌داند که از مراحل متوالی تمایل (Desire)، برانگیختگی (Arousal)، ارگاسم (Orgasm) و راه‌حل تشکیل شده است (۸) و بعد از آن، این فرایند در قالب الگوی میل جنسی، برانگیختگی و ارگاسم ارایه گردید (۹).

بارداری یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است (۱۰) که عوامل بسیاری بر تغییر در روابط جنسی در این دوره تأثیر می‌گذارد. در کنار افسردگی، فشارهای روحی، بیماری‌های مزمن، داروها، زایمان، ناباروری و... می‌توان از بارداری هم به عنوان یک عامل دخیل در ایجاد مشکلات جنسی یاد کرد (۱۱). یکی از عوامل مهم، تغییرات فیزیولوژیک و آناتومیک است که در طی هر سه ماه از

بارداری برای مادران به وجود می‌آید. عوامل جسمانی مانند خستگی، درد پشت، واریس فرج و بیماری‌های عفونی می‌تواند منجر به کاهش فعالیت‌های جنسی در این دوره شود (۱۲). بررسی‌های اولیه درباره رابطه جنسی در طی بارداری نشان می‌دهد که یک الگوی متغیر و بی‌ثباتی از میل و کارکرد جنسی در سه ماهه اول و دوم بارداری و کاهش در سه ماهه سوم وجود دارد. در یک مطالعه فراتحلیلی با ۵۹ تحقیق، مشخص شد که بین ۷۶-۷۹ درصد از زنان از آمیزش جنسی قبل از بارداری لذت می‌برند؛ در حالی که این وضعیت پس از بارداری به ۵۹ درصد در سه ماهه اول، ۷۵-۸۴ درصد در سه ماهه دوم و ۴۱-۴۰ درصد در سه ماهه سوم کاهش پیدا می‌یابد (۱۳).

در یک پژوهش مقطعی که بر روی ۵۸۹ زن سالم به عنوان آزمودنی صورت گرفت، کاهش حساسیت کلیتوریس در ۹۴/۲ درصد زنان و به دنبال آن، فقدان انرژی جنسی در ۹۲/۶ درصد و اختلال ارگاسمی در ۸۱ درصد آن‌ها مشاهده شد (۱۴). افزایش میزان ترشح هورمون‌هایی مانند استروژن، پروژسترون و پرولاکتین ممکن است باعث ایجاد بسیاری از نشانه‌های بارداری همچون تهوع، استفراغ، اضافه وزن و خستگی شود که همه این نشانه‌ها می‌تواند میل و برانگیختگی جنسی را کاهش دهد (۷).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار، توجه به ریشه‌های روان‌شناختی است که باعث تغییرات جنسی در این دوره می‌شود. بسیاری از عوامل روان‌زاد (Psychogenic) مرتبط با بارداری مانند اضطراب زایمان و مادر شدن، تغییر در رابطه حسنه بین همسران، عواقب منفی روان‌شناختی سقط جنین (Miscarriage)، فقدان عزت نفس (Self-esteem)، احساس گناه جنسی، نگرانی‌های ویژه نسبت به تصویر بدنی (Self image) و وضعیت بهداشت عمومی ممکن است بر میل جنسی در این دوران تأثیر بگذارد (۱۴).

آداب و رسوم اجتماعی، فرهنگی و مذهبی نیز از عواملی است که بر رفتار جنسی زوجین در طی دوران بارداری تأثیر می‌گذارد. در پرتغال ۲۰/۴ درصد زنان در این دوره استمنا می‌کنند؛ در حالی که این رفتار در کشور ایران فقط ۶ درصد

سیستماتیک و ذهنی است که با هدف توصیف تجارب زندگی و درک معانی آن به اجرا در می‌آید (۱۸). محقق پدیدارشناس معتقد است که در پدیده‌ها و تجربیات زندگی، جوهرهایی وجود دارد که قابل فهم و بررسی می‌باشد و از این‌رو، به بررسی پدیده‌های ذهنی می‌پردازد که جوهره اساسی واقعیت در آن نهفته است (۱۹).

مشارکت‌کنندگان تحقیق از میان زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی امام موسی کاظم (ع) شهر شاهرود به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت کامل و آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم ابتلای زن و شوهر به بیماری‌های شدید جنسی، عدم استفاده از داروهای تأثیرگذار بر پاسخ جنسی همسر به خصوص توسط شوهر و دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بود.

شرکت‌کنندگان در طول مطالعه اجازه داشتند که در صورت عدم تمایل به همکاری از پژوهش خارج شوند. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان صورت گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته و به صورت چهره به چهره جمع‌آوری گردید و با سؤال کلی «چه مشکلات جنسی بین شما و همسرتان در دوره بارداری وجود دارد؟» شروع شد و بر اساس چگونگی پاسخ دادن مشارکت‌کنندگان به سؤال، روند پرسش و پاسخ با توجه به اهداف و با کمک سؤالات تکمیلی مانند «کدام رفتار شوهرتان به این مشکل دامن می‌زند؟» و سؤالاتی از این دست، ادامه یافت.

جهت رعایت اصول اخلاقی، آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش مطلع بودند و برای انجام پژوهش از آن‌ها اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات و نام آن‌ها محرمانه خواهد ماند. هر مصاحبه در اتاقی که توسط مرکز در اختیار محققان قرار گرفت، انجام شد. هر مصاحبه بین ۲۸ تا ۴۲ دقیقه به طول انجامید و باز هم با اجازه قبلی همه مصاحبه‌ها ضبط گردید. اشباع اطلاعات با ۱۳ شرکت‌کننده به دست آمد. پس از انجام هر مصاحبه، متن آن بعد از چند بار گوش کردن به صورت کلمه به کلمه دست‌نویس شد و با روش Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت؛ یعنی متن

گزارش شده است. عوامل فرهنگی و دانش ناکافی ممکن است بر نگرش و ترس از آمیزش جنسی تأثیرگذار باشد (۱۵). نتایج مطالعه‌ای در کشور پاکستان و نیجریه نشان داد، زنان در این کشور اعتقاد دارند که آمیزش جنسی از طریق واژن در طول دوره بارداری باعث زایمان راحت‌تر می‌شود؛ در حالی که بررسی‌ها در ایران حاکی از آن است که اگر زن یا دختر باردار باشد، رابطه جنسی از طریق واژن، زای محصنه (Adultery) تلقی می‌گردد و ترس از کوری و پارگی پرده بکارت جنین باعث می‌شود که زن از رابطه جنسی از طریق واژن دوری کند (۱۶).

علاقه و انگیزه محقق نسبت به انجام این کار به سابقه کاری وی در فعالیتهای حرفه‌ای به عنوان مشاور خانواده برمی‌گردد. از آن‌جا که رفتار جنسی سالم در کانون خانواده می‌تواند رضایتمندی از زندگی و سلامت روان را به همراه داشته باشد (۱۷) و در دوران بارداری زوجین باید بیش از هر زمان دیگری به هم نزدیک شوند و به زندگی خانوادگی فکر کنند (۶)، آشنا نبودن همسران با مشکلات جنسی در این دوران باعث می‌شود که آن‌ها (در این دوره حساس که ارتباط عاطفی لازمه آن است) از هم دور شوند و حتی زمینه‌ای برای تعارضات زناشویی ایجاد گردد. با توجه به این که تحقیقات اندکی آن هم با دیدگاه کمی و بیشتر از زاویه ارتباط جنسی و نه شناسایی مشکلات مربوط به آن در کشور صورت گرفته است، هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی مشکلات جنسی زنان باردار نسبت به رابطه جنسی با توجه به تجربه زیسته آنان بود.

شناخت مشکلات جنسی در این دوره می‌تواند سیاست‌گذاران کلان بهداشتی را در طراحی برنامه‌های مرتبط با سلامت زنان و خانواده‌ها، منطبق بر نیازها و کاستی‌های اجتماعی یاری نماید.

روش

این پژوهش در زمینه تجربیات زنان باردار از ارتباط جنسی در دوران بارداری و به روش کیفی از نوع پدیدارشناسی (Phenomenology) انجام گرفت. پدیدارشناسی نوعی روش

تمام جزئیات فرایند تحقیق از مرحله نمونه‌گیری تا فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به صورت مبسوط شرح داده شود. قابلیت وابستگی داده‌ها نیز از طریق بازنگری همکاران و قابلیت اعتماد داده‌ها از طریق توافق نظر در خصوص متن مصاحبه‌ها بین پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۱۳ زن باردار شرکت نمودند که با دو نفر از آن‌ها دو بار مصاحبه انجام شد. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان ۲۵-۳۶ سال و بارداری آن‌ها بین ۳ تا ۸ ماه در نوسان بود. سایر مشخصات نمونه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

با مطالعه مکرر متون پیاده شده، ۱۶۷ جمله دارای اهمیت ویژه انتخاب شد و داده‌ها با روش Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در طی بررسی‌های بعدی، این تعداد به ۱۰۸ جمله تقلیل پیدا کرد و در نهایت، با بررسی این جملات و معانی آن‌ها، ۱۰ جمله مناسب و کلیدی انتخاب گردید و به عنوان ۱۰ زیرمضمون اصلی در نظر گرفته شد و پس از آن، این تعداد در قالب ۴ مضمون اصلی دسته‌بندی شد که موارد عنوان شده در جدول ۲ ارائه شده است.

مصاحبه‌ها به دقت خوانده و عبارات مهم آن مشخص شد و معنای هر عبارت به صورت کد یادداشت گردید. سپس کدهای حاصل از تحلیل اولیه به صورت جداگانه نوشته شد و کدهایی که از لحاظ مفهومی شباهت‌هایی با هم داشت، در یک طبقه قرار گرفت و برای هر طبقه نامی در نظر گرفته شد. با ادغام طبقات مختلف بر اساس مفاهیم مشترک، دسته‌های کلی‌تری ایجاد گردید و در نهایت، نتایج حاصل به صورت توصیف کلی از پدیده پس از ترکیب با هم در قالب یک مضمون و زیرمضمون سازماندهی شد که البته مضامین، مورد تأیید افراد متخصص و ذی‌صلاح قرار گرفت.

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی به دست آمده، از معیار مقبولیت (Credibility)، قابلیت انتقال (Transferability)، قابلیت وابستگی (Dependability) و قابلیت اعتماد (Conformability) استفاده گردید. جهت اطمینان از مقبولیت داده‌ها، محققان با صرف زمان مناسب و کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها و با رفت و برگشت مکرر در داده‌ها و استفاده از روش‌های مختلف مانند تنوع در مشارکت‌کنندگان پژوهش از نظر سن، میزان تحصیلات، مرتبه بارداری (بارداری اول یا دوم)، ماه بارداری و شغل، در جهت افزایش مقبولیت داده‌ها تلاش نمودند. جهت انتقال‌پذیری، برای رفع هر گونه شبهه و ابهام سعی شد که

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

شماره	سن (سال)	میزان تحصیلات	شغل	مرتبه بارداری	ماه بارداری
۱	۲۷	کارشناسی	فرهنگی	اول	۷
۲	۲۹	دیپلم	خانه‌دار	اول	۸
۳	۲۷	کارشناسی	خانه‌دار	اول	۳
۴	۲۹	کارشناسی	فرهنگی	اول	۶
۵	۳۰	کارشناسی	پرستار	دوم	۵
۶	۳۵	کارشناسی	پرستار	دوم	۶
۷	۳۶	کارشناسی ارشد	کارمند	دوم	۵
۸	۳۰	کارشناسی	کارمند	اول	۸
۹	۲۷	کارشناسی	خانه‌دار	دوم	۶
۱۰	۲۶	کارشناسی	خانه‌دار	دوم	۴
۱۱	۳۱	کارشناسی	کارمند	دوم	۶
۱۲	۳۲	کارشناسی	خانه‌دار	دوم	۴
۱۳	۲۵	کارشناسی	خانه‌دار	دوم	۷

جدول ۲. مضامین اصلی و فرعی تحقیق

مضامین اصلی	مضامین فرعی
مشکلات فردی	مشکلات جسمانی
مشکلات ارتباط با همسر	مشکلات روان‌شناختی
	مسایل عاطفی
	احساس گناه
	ناآگاهی زوجین نسبت به روابط جنسی
	مسایل حل نشده قبلی
مشکلات ناشی از دیدگاه‌های غلط	ترس از دست دادن جنین
در ارتباط با جنین	مقصر بودن زن در قبال جنسیت جنین
تأثیر خانواده همسر بر ارتباط جنسی	توقعات بالای خانواده همسر
	دخالت‌های خانواده همسر

مشکلات فردی

یکی از مشکلات جنسی در دوره بارداری، مسایلی است که به طور طبیعی برای زن باردار به وجود می‌آید و ناشی از تغییرات هورمونی می‌باشد.

مشکلات جسمانی: خانم‌ها این مشکل را با جملاتی همچون ویار، تهوع، کمردرد، سردرد، سوزش معده و بزرگ شدن شکم ابراز نمودند. «شوهرم از نظر جنسی خیلی تمایلش کم شده و تصور می‌کنم به خاطر وضع ظاهر شکم بزرگ من باشه. تصور می‌کنم در این ماه‌های آخر اصلاً دوست نداره بهم نزدیک بشه و این منو خیلی به هم می‌ریزه و منم خیلی مواقع بهش گیر می‌دم» (مشارکت‌کننده شماره ۸).

یکی دیگر از شرکت‌کننده‌ها در این زمینه بیان کرد: «می‌خوام بگم در این دوران خیلی از خانم‌ها از نظر وضعیت جسمانی مشکل دارند. من در ماه‌های اول ویار زیادی داشتم و نسبت به بوی غذا حالم بد می‌شد و اصلاً نمی‌تونستم وارد آشپزخونه بشم و اگر غذا هم درست می‌کردم، نمی‌تونستم آن غذا رو بخورم و بیشتر مواقع مادرم غذا درست می‌کرد. شوهرم وقتی می‌دید من بینی خودم رو با دستمال بستم و یا خیلی مواقع می‌رم دستشویی و... خیلی خسته و بی‌قرار شده بود و غذا نمی‌خورد و می‌گفت کی این وضعیت تموم می‌شه؟ و این مشکلات طبیعی من روی ارتباطات نزدیک ما هم تأثیر گذاشت؛ چون شوهرم زیاد دوست نداشت به من نزدیک بشه و من خیلی به دلم می‌اومد...» (مشارکت‌کننده شماره ۶).

مشکلات روان‌شناختی: دومین عامل فردی تأثیرگذار بر

ایجاد مشکلات جنسی از منظر مشارکت‌کنندگان، مشکلات روان‌شناختی و شامل مواردی از جمله حساس شدن، آستانه تحمل پایین، افزایش سطح توقعات و خستگی بو. «از زمانی که باردار شدم، خیلی حساس شدم و نسبت به رفتاری دیگران زود واکنش نشون می‌دم و اتفاقاً یکی از این واکنش‌ها همین عدم تمایل به نیازهای شوهرم هستش» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱). «سه ماهه از حاملگیم گذشته و با این که قبل بارداری شوهرم رو در این کار همراهی می‌کردم، اما الان اینقدر خسته و بی‌حوصله می‌شم که اصلاً حوصله هیچ کاری رو ندارم» (مشارکت‌کننده شماره ۸).

مشکل ارتباط با همسر

مشکلات عاطفی: یکی از علل اساسی ایجاد مشکلات جنسی در دوره بارداری، عدم توجه مردان به نیازهای عاطفی همسرانشان می‌باشد و شامل مقوله‌هایی از جمله عدم توجه و درک همسر، عدم توجه به آمادگی جنسی همسر، ترس از شوهر و خودخواهی جنسی شوهر بود. «شوهرم زیاد منو درک نمی‌کنه و به خواسته‌های من توجهی نداره... او نمی‌دونه در این دوره زن‌ها خیلی به محبت و توجه نیاز دارن و این باعث شده نسبت بهش سرد بشم...» (مشارکت‌کننده شماره ۳).

خانم دیگری در این زمینه اظهار کرد: «شوهرم رفتارهای عاطفی رو جهت آماده کردن من یاد نداره. همیشه بی‌مقدمه دست به این کار می‌زنه... در حالت طبیعی شاید عادت کردم، ولی الان و در این شرایط انتظار دارم بیشتر رعایت کنه و بیشتر مایه بذاره» (مشارکت‌کننده شماره ۱۳) و یا «موضوع جنسی خیلی برای شوهرم مهمه و می‌گه روابط جنسی رو نباید با موضوعات دیگه قاطی کرد و باید در هر صورت این کار رو انجام داد؛ حتی بعضی مواقع که قهر می‌کنم و جدا می‌خوابم، شوهرم میاد و ازم این رابطه رو می‌خواد و اعتقاد داره حتی موقع قهر هم باید این رابطه رو انجام داد و من مخصوصاً در این دوره اصلاً نمی‌تونم تن به این کار بدم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲).

احساس گناه جنسی: احساس گناه از دیگر مسایلی است که باعث می‌شود زنان باردار کمتر به رابطه جنسی فکر کنند و دچار مشکلاتی در رابطه جنسی شوند. «در این دوره نسبت

هر زمانی می‌تواند بر رفتارهای آن‌ها و از جمله رفتارهای جنسی تأثیر بدی بگذارد. «شوهرم از ابتدا در این امر عجول بود و هیچ وقت فکر نمی‌کنه که این رابطه دو طرفه و دو نفره است و بارها هم در این رابطه با هم صحبت کردیم، ولی شوهرم مسیر خودشو می‌ره و همین رویه در دوره بارداری هم ادامه داره و برای همین این رابطه رو زیاد دوست ندارم» (مشارکت‌کننده شماره ۲). دیگری بیان کرد: «اصولاً در رابطه با مسأله جنسی از ابتدا سرد بودم و همیشه شوهرم از من گلایه داشته و البته در این دوره که سردتر هم شدم...» (مشارکت‌کننده شماره ۳).

مشکلات ناشی از دیدگاه‌های غلط در ارتباط با جنین

ترس از دست دادن جنین: زنان باردار در دوره بارداری از این موضوع می‌ترسند که ارتباط جنسی باعث ایجاد مشکلاتی برای جنین شود و بر همین اساس زیاد میلی به این رابطه ندارند؛ به ویژه آن‌هایی که تجربه سقط جنین هم داشته‌اند. «چون من قبلاً یک سقط داشتم، برای همین خیلی احتیاط می‌کنم که نکنه اتفاقی بیفته و به تنها چیزی که فکر نمی‌کنم، رابطه جنسی است و تمایل ندارم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰). خانم دیگری عنوان کرد: «در ابتدای حاملگی خیلی اذیت شدم؛ چون پزشک منو از سقط جنین ترسوند و استرسم زیاد شد و از همون زمان بیشتر دنبال ایجاد امنیت برای حفظ جنینم و به این رابطه میلی ندارم و بچه برام مهم‌تره» (مشارکت‌کننده شماره ۹).

مقصر بودن زن در قبال جنسیت جنین: یکی از مواردی که در این دوره زن و شوهر را با مشکلاتی مواجه می‌کند، مقصر دانستن زن در تعیین جنسیت جنین است که خود می‌تواند باعث ایجاد ارتباطات سرد بین زوجین گردد. «شوهرم بارها به من گفته که مادرم ۵ پسر به دنیا آورد؛ چون می‌خواست که پسر دار بشه، اما به نظرم تو استعداد پسر دار شدن را نداری و من هم خیلی مواقع با این که می‌دانم این جمله غلطه، اما احساس مقصر بودن بهم دست می‌ده و مدتی نسبت به شوهرم خیلی سرد شدم و روی ارتباطات جنسی من هم تأثیر گذاشته؛ چون خیلی منو دلسرد کرده...» (مشارکت‌کننده شماره ۷).

به این موضع احساس گناه می‌کنم؛ چون همیشه فکر می‌کنم که جنین هم داره این رابطه رو نگاه می‌کنه و روی رفتاری آیندش تأثیر منفی خواهد گذاشت» (مشارکت‌کننده شماره ۵). خانم دیگری در این زمینه بیان کرد: «با این که در حالت طبیعی از این رابطه استقبال می‌کنم، اما نمی‌دونم چرا در این دوره اینقدر احساس گناه می‌کنم و بیشتر این احساس ناشی از این فکره که نکنه برای بچه اتفاقی بیفته؛ چون در این صورت خودمو نمی‌بخشم» (مشارکت‌کننده شماره ۷). «منی‌دونم چرا نسبت به این رابطه احساس گناه می‌کنم؛ چون فکر می‌کنم شاید روی بچه تأثیر منفی بنداره و این حرفای من به شدت شوهرم رو عصبانی می‌کنه؛ به صورتی که اصلاً جرأت ندارم این موارد و تفکرات رو برای شوهرم بگم» (مشارکت‌کننده شماره ۴).

ناآگاهی زوجین نسبت به روابط جنسی: عدم آگاهی زوجین (مرد/زن) نسبت به روابط جنسی، از جمله عوامل به وجود آورنده مشکلات جنسی در دوره بارداری بود و از مقولاتی مانند عدم آشنایی شوهر با ویژگی‌های دوره بارداری، دانش و اطلاعات ناقص نسبت به موضوع جنسی در این دوره تشکیل شد. «بی‌سوادی و سطح پایین رشد اجتماعی و عاطفی شوهر در این دوره خیلی می‌تونه کار رو سخت کنه؛ چون من هرچی درباره مشکلات این دوره می‌گم، شوهرم نمی‌فهمه... انگار من و شوهرم خیلی با هم فرق داریم و حرف همدیگه رو نمی‌فهمیم و این روی رفتاری ما از جمله رفتاری جنسی در این دوره تأثیر داره» (مشارکت‌کننده شماره ۸).

«من احساس می‌کنم آقایان باید دوران بارداری خانمشون رو مطالعه کنن؛ چون وقتی مردها شناختی نسبت به مشکلات خانم در این دوره نداشته باشند، انتظاراتشان هم فرق نخواهد کرد، اما اگر اطلاعات داشته باشند، قطعاً وضعیت بهتر خواهد شد و متأسفانه شوهرم اطلاعاتی نسبت به این دوره ندارد. برای همین رفتارش نسبت به قبل بارداری فرقی نکرده و همون رفتاری جنسی رو می‌خواد که قبل از بارداری داشته» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲).

مسائیل حل نشده گذشته: مسائیل گذشته از دسته موارد همراه با زوج می‌باشد و با توجه به این که حل نشده است، در

زندگی‌تون رو سر و سامان بدید و از این جور حرف‌ها و این دخالت‌های نابه‌جا و سکوت شوهرم خیلی منو اذیت می‌کنه و این روی ارتباطات نزدیک ما هم اثر بدی گذاشته و من از حس جنسی افتادم و زیاد دوست ندارم» (مشارکت‌کننده شماره ۱). یکی دیگر از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «از زمانی که باردار شدم، حساسیت‌های خانواده شوهرم هم بیشتر شده و دخالت‌هاشون شروع شده. یکی می‌گه مرخصی بدون حقوق بگیر، یکی می‌گه کار به چه درد می‌خوره و این حرفا روی شوهرم تأثیر گذاشته و خیلی مواقع باعث جر و بحث منو و شوهرم می‌شه و در نهایت خیلی سرد شدم و زیاد میلی به ارتباط با همسر ندارم و زمانی که این بحث‌ها پیش میاد آنقدر به این دخالت‌های بی‌جهت فکر می‌کنم که از رابطه جنسی هم بدم میاد» (مشارکت‌کننده شماره ۴).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با توجه به تجربیات زنان باردار شهر شاهرود، مشکلات جنسی این دوران شامل «مشکلات فردی و بین فردی با همسر، خانواده همسر و جنین» می‌باشد.

مشارکت‌کنندگان مشکلات فردی را مبتنی بر دو مؤلفه جسمانی و روان‌شناختی دانستند. از نظر جسمانی، عواملی همچون تغییرات فیزیولوژیک و آناتومیک در زن باردار و ترس از آسیب به جنین، تهوع، خستگی، احساس زشتی فیزیکی بدن و احساس غیر جذاب بودن برای همسر ممکن است دلایلی باشند که مقاربت نتواند خوب و لذت‌بخش صورت گیرد و همه شرکت‌کنندگان بدون استثنا از این عامل به عنوان یک عامل تأثیرگذار یاد کردند که عدم توجه به این تغییرات طبیعی در بدن زن توسط همسر می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد مشکلات جنسی گردد. نتایج تحقیقات Biaggi و همکاران (۲۰)، Johnson (۷) و گلمکانی و همکاران (۲۱) با یافته‌های بررسی حاضر همخوانی داشت.

نتایج پژوهش حاضر از بعد روان‌شناختی نشان داد که مشارکت‌کنندگان به مشکلاتی همچون حساس شدن، آستانه تحمل پایین و افزایش سطح توقعات اشاره کردند. بارداری و

خانم دیگری در همین زمینه گفت: «شوهرم خیلی پسر دوسته و چند بار بهم گفته این که بچه دختر شده مقصر تو هستی و آنقدر این جمله برام سنگین اومده که هم از خودم و هم از جنس دختر متنفر شدم و اصلاً از رابطه جنسی بدم اومده؛ چون فکر می‌کنم اگر این رابطه نبود، من هم این همه تحقیر نمی‌شدم» (مشارکت‌کننده شماره ۴).

تأثیر خانواده همسر بر ارتباط جنسی

توقعات بالای خانواده همسر: توقعات بالای خانواده شوهر از عروس می‌تواند بر نوع ارتباطات وی با شوهر و خانواده شوهر تأثیر بگذارد. «با خانواده شوهرم زیاد ارتباطی ندارم؛ چون رفتارهای خاصی دارن که من در این دوره واقعاً نمی‌تونم تحمل کنم. مثلاً خونه اون‌ها که می‌ریم انتظار دارن که من با این وضعیت کمکشون کنم و یا براشون ظرف بشورم. برای همین دوست ندارم زیاد اونجا برم و این حرکت من بین من و شوهرم مشکل ایجاد کرده و حتی روی روابط نزدیک ما هم تأثیر گذاشته؛ چون این دفاع شوهرم نشون می‌ده بیشتر جانب اون‌هاست» (مشارکت‌کننده شماره ۲).

خانم دیگری اظهار داشت: «ما طبقه بالای خانه پدر شوهرم ساکن هستیم. تا قبل از بارداری مشکلی با این موضوع نداشتیم، اما از زمانی که باردار شدم، نمی‌تونم زیاد از پله‌ها بالا و پایین برم، اما خانواده همسر انتظار دارن هر مهمانی که اومد خونشون، ما بریم پایین و اگر نریم خیلی ناراحت می‌شن و این خیلی منو بهم می‌ریزه و چون شوهرم در این زمینه کمک نمی‌کنه، خیلی مواقع حس عاطفی و جنسی بهش ندارم و نمی‌تونم نیازشو رفع کنم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱).

دخالت خانواده همسر: مسایل به وجود آمده بین زوجین و خانواده اصلی، از جمله مسایلی است که می‌تواند تأثیر زیادی بر نوع عملکرد جنسی زن و شوهر داشته باشد. «من در این شهر غریبم و دوست دارم بعضی مواقع با خانواده خودم که یک ساعت از خودم دورترند، مراوده داشته باشم. از هنگام بارداری این نیاز بیشتر شده... دوست دارم با مادرم بیشتر صحبت کنم، اما خانواده شوهرم می‌گن چرا شما این همه مسافرت می‌رین؟ مگه شهرتون چه خبره؟ بعداً برید... الان باید

به رابطه جنسی نداشته باشند و این تصور که رابطه جنسی در این دوره توسط جنین مشاهده می‌شود و باید از آن دوری کرد، به نوعی یک نگرش اجتماعی و اعتقادی است که در نهایت، منجر به احساس گناه می‌شود و این احساس در مورد روابط جنسی در چارچوب زندگی مشترک، بارداری و سرکوب احساسات جنسی را به دنبال خواهد داشت و سبب می‌شود افراد به شیوه‌ای اجتنابی با موضوع روابط جنسی برخورد کنند. یکی دیگر از مشکلات جنسی که حاصل ارتباط بین فردی همسران می‌باشد، مسایل ناشی از ناآگاهی زوجین نسبت به روابط جنسی در این دوره است؛ این که زن یا شوهر با ویژگی‌های دوره بارداری آشنا نباشند و دانش و اطلاعات ناقصی نسبت به موضوع جنسی در این دوره داشته باشند، می‌تواند منجر به افزایش تعارضات و آسیب‌های جنسی ناشی از آن شود. نتایج به دست آمده در این زمینه با نتایج مطالعات شهرستانی و همکاران (۲۸) و میرهاشمی و صبوری (۲۹) همخوانی داشت.

در تحقیق حاضر مشخص شد که برخی از مشکلات جنسی دوره بارداری فقط به شرایط این دوره بر نمی‌گردد، بلکه ریشه در گذشته همسران و برخی مسایل حل نشده بین آن‌ها دارد. بعضی زن و شوهرها از ابتدا با بعضی عادات و رفتارهای یاد گرفته شده قبلی وارد زندگی شده و درصد تغییر آن رفتار هم برنیامده و به نوعی آن رفتار را درونی کرده‌اند و همین عامل با گذشت زمان باعث بروز مشکلاتی از جمله مشکلات جنسی برای آن‌ها شده است. نتایج به دست آمده از این حیطه با نتایج پژوهش‌های بخشایش و مرتضوی (۳۰) و ریاضی و همکاران (۱۷) همسو بود. به عبارت دیگر، مشکل در روابط جنسی می‌تواند نشان دهنده آن باشد که مشکلات دیگری در پیوند زناشویی وجود دارد و به اصطلاح کار از جای دیگری خراب است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، این اعتقاد که رابطه جنسی می‌تواند به سلامت جنین آسیب برساند، باعث می‌شود تا زنان تمایل کمتری به انجام رابطه جنسی در دوران بارداری داشته باشند. نگرانی از سلامت جنین در این دوران، یک نگرانی جهانی است که در تمام ملیت‌ها مشاهده می‌شود و نتایج

تغییرات ناشی از آن می‌تواند موجب بروز هیجان‌ها و آشفتگی‌های روانی شود نگرانی در مورد دشواری‌های بارداری، اضطراب و نگرانی در مورد سلامت جنین، کم‌تجربه بودن خود مادر و ترس از زایمان و مواردی از این قبیل می‌تواند به تنهایی عامل استرس‌زایی جهت ایجاد آشفتگی‌های روانی برای زن باردار گردد. یافته‌های به دست آمده در این مؤلفه با نتایج مطالعات Johnson (۷) و Erol و همکاران (۱۴) همسو بود. آنچه زنان در این زمینه عنوان کردند، عدم توجه برخی از مردان نسبت به این تغییرات طبیعی و عدم آگاهی آن‌ها از تأثیر تغییرات هورمونی بر میزان تمایل زنان به موضوع جنسی است.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، ارتباط بین فردی با همسر نیز از مواردی است که بر ارتباط جنسی تأثیر می‌گذارد و مهم‌ترین آن، عدم ارتباط مناسب عاطفی از جمله عدم توجه و درک همسر، عدم توجه به آمادگی جنسی همسر، ترس از شوهر و خودخواهی جنسی شوهر است. یافته‌های پژوهش در این مؤلفه با نتایج مطالعات Christensen (۲۲)، گلشنی و شامخی (۲۳) و مدانلو و همکاران (۲۴) مطابقت داشت. از جمله عوامل مؤثر در سازگاری زن با فشارهای روانی این دوران، حمایت عاطفی همسر و امن بودن حیطه زناشویی است. با توجه به نظریه عدالت، در این مورد می‌توان بیان کرد که زوجین باید برای ارضای نیازهایشان به یکدیگر کمک و به هم تکیه کنند و بتوانند به طور متقابل نیازهایشان را رفع نمایند (۲۵). میل به ابراز عشق، دریافت و شریک شدن در لذت جسمانی، احساس صمیمیت بیشتر و نزدیک‌تر و افزایش بهزیستی خود فرد دلایلی هستند که باعث می‌شوند زنان انگیزش مثبت جهت پذیرش یک رابطه جنسی موفق را به دست آورند.

نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن بود که احساس گناه جنسی از دیگر مشکلاتی است که از ارتباط با همسر ایجاد می‌شود و می‌تواند تأثیر بدی بر ارتباط جنسی زوجین در این دوره داشته باشد. نتایج حاصل شده با نتایج پژوهش‌های تیمورپور و همکاران (۲۶) و محمودی و همکاران (۲۷) مشابهت داشت.

احساس گناه دوران بارداری باعث می‌شود که زنان تمایلی

گفت به دلیل این که مطالعه در شهر شاهرود و با توجه به یک نمونه در دسترس انجام شد، تعمیم آن به شرایط جدید باید با احتیاط صورت گیرد.

از دیگر محدودیت‌های تحقیق، موضوع مشکلات جنسی می‌باشد. هرچند مشارکت‌کنندگان در این زمینه همکاری قابل توجهی داشتند، اما به نظر می‌رسد بازدارنده‌های طبیعی در این زمینه صورت گرفته باشد که می‌تواند جانب احتیاط را در تفسیر نتایج به همراه داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که عوامل مختلف فردی و بین فردی در ایجاد مشکلات جنسی در دوره بارداری تأثیر دارند و از آن‌جا که رضایت زناشویی در هر مرحله‌ای از زندگی از جمله در دوران بارداری، در سرلوحه کار بهداشت قرار دارد و با توجه به اهمیت بعد عاطفی در این دوران برای زنان، آنچه که می‌تواند به این بعد مهم و اساسی کمک کند، رابطه مناسب جنسی می‌باشد؛ چرا که تحقیقات نشان می‌دهد مسایل عاطفی و روانی در روابط جنسی زنان بسیار مهم است (۳۵) و می‌تواند تأثیر مثبتی بر بهزیستی زن و به تبع آن جنین داشته باشد. بنابراین، آگاهی از تغییرات دوران بارداری می‌تواند به افزایش رضایتمندی زن و شوهر کمک نماید (۱۰) که این آگاهی از طریق آموزش‌هایی در زمینه ویژگی‌ها و تغییرات دوره بارداری زیر نظر متخصصان، می‌تواند باعث ایجاد شناخت بیشتر از همدیگر و همچنین، افزایش همدلی‌ها و کم شدن باورهای خرافی نسبت به رابطه جنسی و در نهایت، افزایش رضایت زناشویی در این دوره گردد.

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که مشکل در روابط جنسی می‌تواند نشانه این باشد که مشکلات دیگری در پیوند زناشویی وجود دارد (۳۶). بنابراین، در کنار آموزش‌های مناسب، باید برای برخی از زوجین جلسات درمانی مشاوره‌ای در نظر گرفته شود که با توجه به مدل مبادله بین فردی، می‌توان چنین فرض کرد که کیفیت ارتباط زوجین بر رضایت جنسی آن‌ها اثر می‌گذارد (۸). پس با توجه به این دیدگاه، زن و شوهرهایی که تجربه تعارضات حل نشده دارند و احساس

تحقیقات Penacoba-Puente (۳۱)، بایرامی و همکاران (۱۰) و برقی و همکاران (۳۲) مؤید این مطلب می‌باشد. همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد، این که مرد، زن را در تعیین جنسیت جنین دخیل می‌داند، مشکلاتی را در روابط جنسی به همراه خواهد داشت که این یافته با نتایج مطالعه بلوریان و رخشانی (۳۳) مطابقت نداشت. این عدم همخوانی به علمی بودن موضوع تعیین جنسیت مربوط می‌شود و نه به تفکرات غیر منطقی؛ چرا که از نظر علم ژنتیک مرد در تعیین جنسیت جنین نقش اساسی را ایفا می‌کند.

یکی دیگر از نتایج تحقیق، تأثیر توقعات بالای خانواده همسر بر روابط جنسی زوجین بود که نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش بلوریان و رخشانی (۳۳) مشابه بود. همچنین، یافته‌ها نشان داد که دخالت‌های خانواده شوهر می‌تواند بر رابطه جنسی همسران تأثیر داشته باشد که با نتایج مطالعات موحد و عزیزی (۳۴)، چراغی و همکاران (۳۵) و قاسمی و همکاران (۳۶) مطابقت داشت.

پژوهش‌های متعدد ایرانی که بر روی زوجین متقاضی طلاق صورت گرفته است، نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده ایجاد مشکلات در زندگی زناشویی، کیفیت پایین رابطه با خانواده همسر و دخالت خانواده همسر می‌باشد (۳۴) و اهمیت این عامل به قدری است که در تحقیقات انجام شده در زمینه شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده طلاق در ایران، دخالت خانواده‌ها در زمره پنج عامل اول و مهم پیش‌بینی‌کننده طلاق معرفی شده است (۳۶) و به نظر می‌رسد که مشکل زوجین با خانواده‌های یکدیگر و تأثیر شدید این مسأله بر زندگی زناشویی آن‌ها یک مسأله متأثر از فرهنگ در ایران است؛ چرا که در مطالعات انجام شده با هدف بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت و دوام زندگی مشترک در سایر جوامع به خصوص جوامع غربی، نقش دخالت خانواده‌ها به این حد مهم گزارش نشده است و همچنین، نتایج پژوهش‌ها در ایران حاکی از آن است که زنان در مقایسه با مردان از رابطه با خانواده همسر ناراضی‌تر هستند و تعارضات بیشتری با خانواده همسرشان تجربه می‌کنند (۳۵).

محدودیت‌ها: از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان

شماره ۱۷۴۱۱، مصوب دانشگاه خوارزمی می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از تمام مشارکت‌کنندگانی که تجارب ارزشمند خود را در اختیار مطالعه قرار دادند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند. همچنین، از کارکنان مرکز بهداشتی امام موسی کاظم (ع) شهر شاهرود که در انجام این تحقیق مساعدت نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

عاشق بودن نسبت به یکدیگر را ندارند، فاصله عاطفی دارند و دارای رضایت جنسی کمتری می‌باشند (۹). بر اساس نتایج مطالعه حاضر و با توجه به این موضوع که رابطه جنسی یک رفتار دو طرفه است که همکاری زن و شوهر را می‌طلبد، جهت پربارتر و کاربردی‌تر شدن یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آینده دیدگاه مردان نیز در این زمینه مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی با

References

1. Pasha H, Hadj Ahmadi M. Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors. *Hormozgan Med J* 2007; 10(4): 343-8. [In Persian].
2. Hashemi S, Khodakarami N, Seddigh S, Alavi Majd H, Hasanzade M. Examination of sexual behavior patterns in married woman aged 19-45 who come to Taleghani Health Center, Tehran, Iran. *Payesh Health Monit* 2012; 11(4): 555-9. [In Persian].
3. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. In: Freud S, Richards A, Editors. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London, UK: Hogarth Press; 1953.
4. Corsini RJ. Understanding and similarity in marriage. *J Abnorm Soc Psychol* 1956; 52(3): 327-32.
5. Askarifar H. The role of mental health in marriage and divorce. Tehran, Iran: Goftegoo Publications; 2001. [In Persian].
6. Erbil N. Sexual function of pregnant women in the third trimester. *Alexandria Journal of Medicine* 2018; 54(2): 139-42.
7. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med* 2011; 8(5): 1267-84.
8. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston, MA: Little, Brown; 1966.
9. Wincze J. Enhancing sexuality: A problem-solving approach to treating dysfunction therapist guide therapist guide. Oxford, UK: Oxford University Press; 2009.
10. Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar Koocheksarai F, Pezeshki MZ. Evaluation of sexual behaviors and some of its related factors in pregnant women, Tabriz, Iran 2005. *J Urmia Univ Med Sci* 2009; 20(1): 1-7. [In Persian].
11. Basson R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005; 172(10): 1327-33.
12. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 2004; 329(7465): 559-61.
13. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch Sex Behav* 1991; 20(1): 35-45.
14. 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.
15. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010; 7(1 Pt 1): 136-42.
16. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279(3): 353-6.
17. Riazi H, Banoo Zadeh S, Moghim Beigi A, Amini L. The effect of sexual health education on sexual function during pregnancy. *Payesh Health Monit* 2013; 12(4): 367-74. [In Persian].
18. Adib Haj Bagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. Tehran, Iran: Boshra Publications; 2007. [In Persian].
19. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice eighth. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
20. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016; 191: 62-77.

21. Golmakani N, Soltani M, Ghayour Mobarhan M, Mazloom SR. The relationship between nausea and vomiting in pregnant women with social support and marital satisfaction. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci* 2016; 3(4): 25-31. [In Persian].
22. Christensen S. The effects of premarital sexual promiscuity on subsequent marital sexual satisfaction [MSc Thesis]. Provo, UT: Brigham Young University; 2004.
23. Golshani Y, Shamekhi H. The role of asthenia and impotence on marital dissatisfaction. *Proceedings of the 1st International and 3rd National Family and Sexual Health*; 2007 Nov. 27-29; Tehran, Iran. [In Persian].
24. Modanloo M, Ziai T, Rabie M. Relationship marriage satisfaction and sexual satisfaction of women Golestan University of Medical Sciences. *Proceedings of the 2nd National Family and Sexual Health*; 2005 Nov. 23-24; 2005, Tehran, Iran. [In Persian].
25. Mehrabizadeh Honarmand M, Mansouri Z, Javanmard Z. The relationship between sexual behavior model and couples's adjustment of women by age married among women employees in the Gachsaran oil industry. *Journal of Woman and Society* 2013; 4(1): 77-99. [In Persian].
26. Teimourpour N, Moshtagh Bidokhti N, Pourshanbaz A. The relationship of attachment styles, marital satisfaction and feeling of sex guilt with sexual desire in women. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 2(3): 1-14. [In Persian].
27. Mahmodi G, Hassanzadeh R, Heidari G. The effect of sex education on family health on Mazandran medical university students. *Horizon Med Sci* 2007; 13(2): 64-70. [In Persian].
28. Shahrestany M, Doustkam M, Rahbardar H, Mashhadi A. Predicting marital satisfaction over the relational belief and marital intimacy variables in normal and divorced women in Mashhad. *Journal of Woman and Culture* 2013; 4(14): 19-41. [In Persian].
29. Mirhashemi M, Sabori S. Prediction of violence dimentions upon coping strategies in women of domestic violence victim. *Family Pathology, Counseling& Enrichment Journal* 2016; 1(2): 1-13. [In Persian].
30. Bakhshayesh AR, Mortazavi M. The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples. *Journal of Applied Psychology* 2010; 3(4): 73-85. [In Persian].
31. Penacoba-Puente C, Monge FJ, Morales DM. Pregnancy worries: A longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90(9): 1030-5.
32. Borghei NS, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R. The concern of fetal health: Women's experiences of worries during pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(28): 10-21. [In Persian].
33. Blorian Z, Rakhshani M. Pregnancy, gender and its relationship with the quality of sexual relations. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2007; 9(2): 79-84. [In Persian].
34. Movahed M, Azizi T. A study on the relationship between the sexual satisfaction of women in a married life and conflicts between spouses, among married women in Shiraz. *Woman in Development and Politics* 2011; 9(2): 191-2016. [In Persian].
35. Cheraghi M, Mazaheri M, Moutabi F, Panaghi L, Sadeqi M, Salmani K. Prediction of marital satisfaction on the basis of quality of spouses' relationships with the two main families. *Journal of Management System* 2015; 8(31): 99-125. [In Persian].
36. Ghasemi S, Etemadi O, Ahmadi A. Pathology of couples and in-law family interactions: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2016; 5(3): 250-62. [In Persian].

The Experience of Pregnant Women about Sexual Relation during Pregnancy: A Phenomenological Study

Majid Keley¹ , Ali Mohammad Nazari², Kianoush Zaharakar³

Original Article

Abstract

Introduction: Sexual intercourse is an important human behavior which can be influenced by factors such as hormonal, physical, and psychological changes during pregnancy. Identifying such factors by spouses can help them to improve the quality of their relationship during pregnancy. This qualitative study aimed to identify the experience of pregnant women about sexual relation during pregnancy.

Method: This qualitative study was done using phenomenological approach. The participants were 13 pregnant women selected via purposeful sampling, and the data were collected using a semi-structured interview, and analyzed using Colaizzi method.

Results: The findings were categorized in 108 early codes, eight subthemes and four main themes of “personal problems”, “problems related to relationship with the spouse”, “problems related to misconceptions about fetus”, and “problems related to relationship with their families”.

Conclusion: The findings showed that personal and interpersonal factors can trigger sexual problems during pregnancy. Given that satisfying spouses in every stage of life is given health priority, and given the importance of women’s emotional needs during pregnancy which can be met through this relationships, awareness about changes during pregnancy can improve couples' satisfaction. Such awareness given by experts through training about features and changes during pregnancy. Moreover, problems in sexual relationships in marital life can suggest other problems rooted elsewhere. Therefore, in addition to appropriate training, some couples need to attend counseling sessions.

Keywords: Sexual health, Pregnant women, Qualitative evaluation

Citation: Keley M, Nazari AM, Zaharakar K. **The Experience of Pregnant Women about Sexual Relation during Pregnancy: A Phenomenological Study.** J Qual Res Health Sci 2018; 7(3): 240-51.

Received date: 25.11.2017

Accept date: 14.01.2018

Published: 06.10.2018

1- PhD Student, Department of Counseling, School of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran

3- Associate Professor, Department of Counseling, School of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Majid Keley, Email: amajid.keley@gmail.com