

Research Article



The Effect of Sexual Health Empowerment on the Sexual Function of Pregnant Women: An Intervention Based on the James Brown Model

Marzieh Torshizi¹, Parvin Milani², Gholam Reza Sharifzadeh³, Hamideh Hosseini^{1*}

1. Instructor of Midwifery, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
2. Master in community health nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
3. Assistant professor of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Use your device to scan and read the article online



Citation Torshizi M, Milani P, Sharifzadeh Gh R, Hosseini H [The Effect of Sexual Health Empowerment on the Sexual Function of Pregnant Women: An Intervention Based on the James Brown Model (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2024; 23(2):143-155. 10.32592/JSMJ.23.2.143

<https://doi.org/10.32592/JSMJ.23.2.143>

ABSTRACT

Background and Objectives Pregnancy is associated with many physical and mental changes. These changes can lead to sexual dysfunction. Targeted and appropriate training can be effective in reducing this disorder. Therefore, the present study was conducted to determine the effect of sexual health empowerment based on the James Brown model on the sexual function of pregnant women.

Subjects and Methods This study was a randomized controlled field trial conducted on 68 pregnant women referring to health centers in 2018. The women were placed in intervention and control groups. The intervention group attended 4 training sessions based on the James Brown model. Evaluation of sexual function before, two weeks and one month after the intervention was done with the FSFI tool. Data analysis was done in SPSS software (version 20), using independent t-tests, paired t-tests, analysis of variance, Wilcoxon, Mann-Whitney and Friedman, chi-square and Fisher's exact tests. P values of less than 0.05 were considered statistically significant.

Results Before the intervention, the mean and standard deviation of the sexual function score of pregnant women in the two groups were homogeneous based on independent t-test ($P=0.081$). Statistical analysis revealed a significant difference ($p < 0.001$) in total sexual function scores between the intervention and control groups at both two weeks and one month post-intervention.

Conclusion Sexual health education based on the James Brown model has a positive effect on the sexual function of pregnant women. Therefore, by training based on this model, it is possible to increase awareness and then improve the sexual function of pregnant women.

Keywords Empowerment, Sexual health, James Brown model, Sexual function, Pregnancy

Received: 14 Jan 2024
Accepted: 20 Mar 2024
Available Online: 28 Apr 2024

* Corresponding Author:

Hamideh Hosseini

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Ghaffari Street, Birjand, South Khorasan.

Tel: 09155617468

E-Mail: Hosseinih7468@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Pregnancy is associated with many physical and mental changes. Due to pregnancy, problems such as frequent nausea and vomiting, fatigue, and sudden pains occur, which can lead to physical and mental changes for women during this period. These changes cause problems in the sexual and marital relations of couples. Sexual problems emerge at the beginning of pregnancy and intensify during this period.

A person's sexual function is a set of expressions of desire, sexual arousal, and reaching orgasm that occur continuously and regularly in a person or a couple and enable the couple to love or be loved.

It has been stated in several studies that sexual function usually decreases during pregnancy. Although 86-100% of couples continue sexual activity during pregnancy, most women experience a decrease in the frequency of intercourse and sexual desire, especially in the third trimester of pregnancy. Also, a decrease in women's sexual desire was reported to be between 57-75%. Lack of correct information and insufficient education about sexual activity, improper communication process, poor understanding of the needs of each party, and anxiety about sexual function play a role in the occurrence and continuation of sexual disorders. In Heydari et al. (2005), 75% of the studied women were not aware of sexual relations during pregnancy, and 57% of them had a negative attitude towards these relations.

Despite the fact that women during pregnancy have a high motivation to learn and change their behavior, they are not given the necessary training regarding these problems, especially improving sexual function. Targeted and appropriate training can be effective in reducing this disorder. Sexual health education is recognized as a human right and a necessity for development by international organizations. James Brown's model is one of the several models that have been proposed regarding sex education. This model has four stages of goals, conditions, resources and evaluation (results), each of which consists of different components. Inclusiveness is the main element in this model, and individual conditions are considered in this model. Therefore, considering the high prevalence of sexual problems during pregnancy and the need for proper education during this period, the present study was conducted to determine the effect of sexual health empowerment based on the James Brown model on the sexual function of pregnant women.

Methods

A randomized controlled field trial study of Shahdar was conducted with a pre-test-post-test design in 2018 on 68 pregnant women who referred to health centers in Birjand city. The women were placed in intervention and control groups. The intervention group attended 4 training sessions based on the James Brown method. Evaluation of sexual function before, two weeks and one month after the intervention was done using the FSFI tool. Data analysis was

done in SPSS software (version 20), using independent t-tests, paired t-tests, analysis of variance, Wilcoxon, Mann-Whitney and Friedman, chi-square and Fisher's exact tests. A p value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

Before the intervention, the mean and standard deviation of the sexual function score of pregnant women in the two groups were homogeneous based on independent t-test ($P=0.081$). Statistical analysis revealed a significant difference ($p < 0.001$) in total sexual function scores between the intervention and control groups at both two weeks and one-month post-intervention.

Conclusion

The results of the present study showed that sexual health education based on the James Brown model has a positive effect on the sexual function of pregnant women. Therefore, the findings suggest that sexual health education interventions can be beneficial for pregnant women in enhancing their sexual relationships. This highlights the potential for tailoring such programs to address the specific needs and desires of this population.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

In order to comply with the guidelines and ethical issues, after explaining the objectives of the research to the women and ensuring the confidentiality of the information, informed consent was obtained from the subjects at the beginning of the study.

Funding

Not applicable.

Authors contributions

MT and PM designed the study. PM collected the data. GH SH analyzed the data. HH wrote the manuscript and edited. all authors read and approved the final manuscript.

Conflicts of interest

The authors declare that they have no conflict of interests.

Acknowledgements

This study was extracted from a master's thesis in nursing, community health, approved by the Ethics Committee of Birjand University of Medical Sciences. and registered with the code of ethics IR.BUMS.REC.1397.133 We hereby express our thanks and appreciation to the respected Research Council and Ethics Committee Birjand University of Medical Sciences and affiliated centers that cooperated in this project.

مقاله پژوهشی

تاثیر توانمند سازی سلامت جنسی بر اساس الگوی جیمز براون بر عملکرد جنسی زنان باردار

مرضیه ترشیزی^۱، پروین میلانی^۲، غلامرضا شریف زاده^۳، حمیده حسینی^{۴*}

۱. مربی گروه مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۳. استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Torshizi M, Milani P, Sharifzadeh Gh R, Hosseini H [The Effect of Sexual Health Empowerment on the Sexual Function of Pregnant Women: An Intervention Based on the James Brown Model (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2024; 23(2):143-155. 10.32592/JSMJ.23.2.143

doi <https://doi.org/10.32592/JSMJ.23.2.143>

چکیده



زمینه و هدف دوران بارداری با تغییرات جسمی و روحی زیادی همراه است. این تغییرات می تواند منجر به اختلال عملکرد جنسی شود. آموزش هدفمند و با شیوه مناسب می تواند بر کاهش این اختلال موثر باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر توانمند سازی سلامت جنسی بر اساس الگوی جیمز براون بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد.

روش بررسی مطالعه کارآزمایی میدانی شاهداری تصادفی شده در سال ۲۰۱۸ بر روی ۶۸ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت انجام شد. زنان در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفته و گروه مداخله تحت ۴ جلسه آموزشی به روش جیمز براون قرار گرفتند. بررسی عملکرد جنسی قبل و دو هفته و یک ماه بعد از مداخله با ابزار FSFI انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون های تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس، ویلکاکسون، من ویتنی و فریدمن، کای اسکور و دقیق فیشر صورت گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ + معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد جنسی زنان باردار در دو گروه با آزمون تی مستقل همگن بود ($P=0/081$). ۲ هفته پس از مداخله، تفاوت نمره کل عملکرد جنسی بین دو گروه مداخله و شاهد ($P<0/001$) و یک ماه بعد بین دو گروه مداخله و شاهد معنی دار بود ($P<0/001$).

نتیجه گیری آموزش سلامت جنسی بر اساس الگوی جیمز براون بر عملکرد جنسی زنان باردار موثر است؛ بنابراین با آموزش بر اساس این الگو می توان منجر به افزایش آگاهی و به دنبال آن بهبود عملکرد جنسی در زنان باردار شد.

کلیدواژه ها توانمند سازی، سلامت جنسی، الگوی جیمز براون، عملکرد جنسی، بارداری

تاریخ دریافت: ۲۴ دی ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۱ اردیبهشت ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۰۹ اردیبهشت ۱۴۰۳

نویسنده مسئول:

حمیده حسینی

نشانی: خراسان جنوبی، بیرجند، خیابان غفاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دانشکده پرستاری و مامایی.

تلفن: ۰۹۱۵۵۶۱۷۴۶۸

رایانامه: Hosseinih7468@gmail.com

جنسی شاپور

مقدمه

ندارند و به همین دلیل دچار مشکلات متعددی در روابطشان می‌گردند [۳].

عدم اطلاعات صحیح و آموزش ناکافی در مورد فعالیت جنسی، نامناسب بودن فرآیند ارتباط، درک ضعیف از نیازهای هر یک از طرفین و اضطراب در مورد عملکرد جنسی در بروز و تداوم اختلال های جنسی نقش دارند [۲۰]. بر اساس نتایج مطالعات دیو و همکاران (۲۰۰۸) اطلاعات زوجین در خصوص نحوه انتقال به نقش والدی، تغییرات طبیعی دوران بارداری، تغییرات روابط زناشویی و مراقبت های خاص این دوران، ناچیز است [۲۱]. همچنین در مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۵)، ۷۵ درصد زنان نسبت به روابط جنسی در بارداری آگاهی نداشته و ۵۷ درصد آنان نسبت به این روابط دارای نگرش منفی بوده‌اند [۲۲].

علی‌رغم این که زنان در دوران بارداری انگیزه بالایی برای یادگیری و تغییر رفتار دارند؛ اما آموزش‌های لازم در خصوص این مشکلات و به ویژه بهبود عملکرد جنسی در اختیار زنان باردار قرار نمی‌گیرد [۲۳]. بابازاده و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه ای نشان دادند که بیش از دوسوم زنان باردار هیچ گونه اطلاعی درباره ی مسائل جنسی دوران بارداری از پزشک یا ماما دریافت نکرده بودند [۲۴].

آموزش جنسی فرآیندی است که به رشد جنسی سالم، بهداشت زناشویی، روابط بین فردی، عاطفه، نزدیکی، تصور بدنی و نقشهای جنسیتی کمک می‌کند. آموزش جنسی هم به حوزه شناختی (اطلاعات و دانش)، هم به حوزه عاطفی (احساسات، ارزشها و نگرش ها) و هم به حوزه رفتاری (مهارتهای ارتباطی و تصمیم‌گیری) مربوط می‌شود [۲۵]. آموزش سلامت جنسی توسط سازمانهای بین المللی به عنوان یک حق انسانی و یک ضرورت برای توسعه به رسمیت شناخته شده است [۲۶]؛ اما آموزش این مقوله در بسیاری از فرهنگ ها همواره با چالش‌هایی رو به رو بوده است [۲۷]. برای داشتن مداخله مفید و مؤثر در زمینه عملکرد جنسی، داشتن یک الگوی مناسب و توانا برای تغییر رفتار، از اولویت خاصی برخوردار است [۲۸].

تمامی این الگوها بر اساس نظریه عمومی سیستم‌ها تدوین یافته‌اند. یکی از این الگوها که توسط جیمز براون (James Brown) و همکاران ارائه گردیده دارای چهار مرحله اهداف، شرایط، منابع و ارزشیابی (بازده) است که هر کدام از مراحل از اجزاء مختلفی تشکیل شده است. درهسته مرکزی این الگو عنصر فراگیر قرار دارد، که نشان دهنده توجه به علائق، استعدادها و دیگر مشخصات فراگیر به عنوان عنصر اصلی تعلیم و تربیت است. الگوی طراحی منظم آموزشی جیمز براون بر پایه تدوین اهداف آموزشی، تعیین شرایط آموزشی، تعیین منابع آموزشی و بررسی بازده آموزشی بنا شده است و به تعیین گروه‌های تدریس، اصلاح اهداف آموزشی، مدت زمان آموزش، شیوه تدریس، فضای آموزش و استفاده از

یکی از مهم‌ترین دوران زندگی زنان، دوران بارداری است [۱]. به واسطه بارداری مشکلاتی نظیر: تهوع و استفراغ‌های مکرر، خستگی، درد‌های ناگهانی رخ می‌دهند که می‌توانند منجر به بروز تغییرات جسمی و روحی برای زنان در این دوران شوند [۱]. این تغییرات، سبب ایجاد مشکلاتی در روابط جنسی و زناشویی زوجین می‌شوند [۲، ۳]. مشکلات جنسی با شروع بارداری آغاز و در طول بارداری نیز شدت می‌یابد [۴-۶].

عملکرد جنسی (Sexual Function) یک فرد، مجموعه‌ای از ابراز تمایل (Desire)، تهییج جنسی (Arousal) و رسیدن به ارگاسم (Orgasm) است [۷]. که به طور مداوم و منظم در یک فرد یا زوج اتفاق می‌افتد و زوجین را قادر می‌سازد تا عشق بورزند یا مورد عشق واقع شوند [۸].

عملکرد جنسی، تحت تأثیر بسیاری عوامل زیستی، روانی و اجتماعی متعددی قرار می‌گیرد [۹]. در دوران بارداری، تغییر در دفعات و کیفیت فعالیت جنسی که در اثر تغییرات فیزیکی و ذهنی در بارداری ایجاد می‌شود؛ می‌تواند منجر به اختلال عملکرد جنسی شود [۱۰-۱۲].

در مطالعات متعددی بیان شده است که عملکرد جنسی در طول دوره بارداری به طور معمول کاهش می‌یابد. در سه ماهه اول بارداری به دلیل خستگی، تهوع و استفراغ، تغییرات عاطفی، تدریس پستانها و ترس از سقط، اغلب کاهش میل جنسی رخ می‌دهد [۱۳، ۱۴]. در طی سه ماهه دوم، در زنان افزایش میل جنسی و لوبریکاسیون واژن رخ می‌دهد و از طرفی ناراحتیهای فیزیکی و دغدغه‌های قبلی کاهش می‌یابد. لذا احتمالاً در سه ماهه دوم، زنان باردار برای اولین بار یا راحت‌تر از قبل از بارداری به ارگاسم می‌رسند [۱۵]. از طرفی در طی سه ماهه سوم بارداری، دردهای فیزیکی، تنگی نفس، افزایش وزن، درد کمر و سایر موانع، مجدداً فعالیت‌های جنسی را مشکل‌تر می‌سازد [۱۴، ۱۶]. بنابراین اگرچه ۸۶ تا ۱۰۰ درصد زوجین فعالیت جنسی را در طی بارداری ادامه می‌دهند؛ اما در اکثر زنان کاهش دفعات مقاربت و میل جنسی مخصوصاً در سه ماهه سوم بارداری رخ می‌دهد [۱۷]. همچنین در مطالعه‌ای کاهش میل جنسی در زنان بین ۵۷-۷۵٪ گزارش شده است [۱۸].

علاوه بر تغییرات جسمی که در دوران بارداری رخ می‌دهد و ممکن است بر عملکرد جنسی تأثیر گذار باشد؛ عملکرد جنسی در این دوران، ممکن است تحت تأثیر عقاید و باورهای غلط قرار گیرد. باورهای غلطی همچون: آسیب به رویان، اعتقاد به گناه بودن رابطه جنسی در دوران بارداری می‌تواند منجر به ایجاد اختلال در روابط زوجین شود [۱۹].

در مطالعه مانگلی و همکاران (۲۰۰۹) ذکر شده است که، بیش از ۵۰ درصد زوج‌ها، اطلاعات لازم در مورد روابط زناشویی در دوران بارداری را

وسایل کمک آموزشی تاکید دارد [۲۹، ۳۰].

هر دلیلی در طول مطالعه بود.

حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه دو میانگین با استفاده از مطالعه رستم خانی و همکاران (۲۰۱۶) (۲۰) با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ حجم نمونه نهایی در هر گروه ۳۴ نفر (۶۸ نفر در مجموع) در نظر گرفته شد که با احتساب ریزش احتمالی ۳۸ نفر در هر گروه (۷۶ نفر در مجموع) وارد مطالعه شدند و با حذف ۸ نفر، ۶۸ نفر به عنوان نمونه نهایی مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه چک لیست مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی در زنان (FSFI) بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل ۱۰ سوال در خصوص سن، شغل، سطح تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت درآمد، شغل همسر، وضعیت مسکن، طول مدت ازدواج، تعداد بارداری و نوع بارداری می باشد که از طریق خود اظهاری توسط زنان باردار تکمیل گردید. بررسی روایی این فرم به روش روایی محتوا می باشد. ابتدا این فرم ها با استفاده از منابع معتبر و مقالات جدید تحت نظر اساتید راهنما و مشاوره تهیه گردیده و سپس در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی قرار گرفت و اصلاحات طبق نظر این اساتید صورت گرفت.

پرسشنامه FSFI شامل ۱۹ سوال در ۶ حوزه: ۱- میل جنسی (۲ مورد)، ۲- تهیج جنسی (۴ مورد)، ۳- رطوبت مهبل (۴ مورد)، ۴- ارگاسم (۳ مورد)، ۵- دیسپارونی (۳ مورد)، ۶- رضایت جنسی (۳ مورد) می باشد. پاسخ به گزینه ها بر اساس طیف لیکرت تنظیم شده است. نمره دهی این پرسشنامه بدین گونه است که نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سوالهای هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست می آید. به این دلیل که تعداد سوالات حوزه ها با یکدیگر مساوی نیستند، ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه ها با یکدیگر، نمرات حاصل از سوالهای هر حوزه با هم جمع و سپس در عدد فاکتور ضرب می گردد. عدد فاکتور در حیطه میل جنسی ۰/۶ و لغزندگی و برانگیختگی ۰/۳ و ارگاسم، رضایت جنسی و دیس پارونی ۰/۴ می باشد. به منظور به دست آوردن نمره کل این پرسشنامه باید نمرات ۶ حوزه را با هم جمع نمود. نمره بیشتر نشان دهنده کارکرد بهتر عملکرد جنسی می باشد. برای کل مقیاس کمترین نمره برابر ۲ و حداکثر نمره ۳۶ می باشد [۳۱، ۳۲].

روایی و پایایی و قابلیت کاربرد در بالین این ابزار اولین بار در مطالعه روزن و همکاران (۲۰۰۰) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ مورد تایید قرار گرفت [۳۳]. همچنین روایی و پایایی آن در ایران توسط حیدری و همکاران (۲۰۰۸) تایید شده است [۳۱].

جهت گردآوری داده ها از بین مراکز بهداشتی- درمانی شهر بیرجند، دو مرکز که دارای فضا و امکانات لازم جهت برگزاری کلاس های

بنابراین چون در دوران بارداری تغییرات جسمی و روانی بر عملکرد جنسی تاثیر می گذارند آموزش جنسی صحیح در این دوران، در جهت پیشگیری از بروز مشکلات جنسی و ارتقاء سلامت جنسی می تواند موثر باشد و برنامه ریزی در این زمینه باید بر اساس اطلاعات دقیق در مورد الگوی رفتاری و نیازهای آموزشی افراد صورت گیرد و چون مطالعه ای تا زمان انجام این پژوهش در خصوص استفاده از الگوی آموزشی جیمز براون در این گروه از زنان وجود نداشته است، لذا پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه ای را با هدف تعیین تاثیر آموزش سلامت جنسی بر اساس الگوی جیمز براون بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه کارآزمایی میدانی شاهد تصادفی شده با طرح پیش آزمون - پس آزمون در سال ۲۰۱۸ بر روی ۶۸ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر بیرجند انجام شد. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1397.133 تأیید شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، سن بارداری ۱۸-۲۴ هفته، عدم ابتلا به بیماری سیستمیک (شامل واسکولیت، اختلالات تیروئید، دیابت، هیپرتانسیون، بیماری های قلبی- عروقی، بیماری ریوی، اختلالات نورولوژیک، بیماری های عفونی، بیماری های کبد، اختلالات کلیوی و مجاری ادرار، اختلالات تغذیه ای (سو تغذیه و کمبود ویتامین)، اختلالات عصبی، ژنیکولوژیک و یا روانی (افسردگی، دلیریوم، اضطراب شدید، اختلالات وسواسی)، عدم مصرف الکل و دخانیات، عدم مصرف داروهای موثر بر میل جنسی (داروهای ضدافسردگی، داروهای روان گردان، داروهای قلبی و ضد فشار خون، داروهای ضد تشنج، داروهای مخدر، ضدافسردگی، آنتی کولینرژیک)، نداشتن عوارض حاصل از بارداری شامل: تهدید به سقط، وجود جفت سرراهی، اکلامپسی و پره اکلامپسی، وجود لکه بینی یا خونریزی واژینال، سابقه زایمان زودرس، سرویکس نارسا، وجود انقباضات رحمی، عفونت و پارگی زودرس پرده ها در طول مطالعه بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود بارداری پر خطر از قبیل خونریزی واژینال، پلاستنا پرویا، سرکلاژ سرویکس، بارداری چند قلو، بارداری به روش کمک باروری، تهدید به سقط، بیماری مزمن (دیابت، فشارخون)، مصرف داروهای روان پزشکی و موثر بر میل جنسی، عدم رضایت ناشویی در طی مطالعه، وقوع حادثه استرس زا در دوران بارداری (مرگ والدین، همسر یا فرزند)، جدایی از همسر، اختلالات شدید با همسر، فرد بیمار در خانواده، اخراج و ورشکستگی)، عدم شرکت بیش از یک جلسه آموزشی به

جنیدی شاپور

در خصوص باورهای غلط و رایج درباره فعالیت جنسی در دوران بارداری از طریق بحث گروهی و بررسی نگرش آنان نسبت به فعالیت جنسی در بارداری، همراه با پرسش و پاسخ‌های رایج) ۲- تعیین شرایط (الف) تجارب یادگیرنده: از طریق پرسشگری (ب) گروه‌های تدریس و مدت زمان آموزش هر گروه: جهت آموزش چهار جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در نظر گرفته شد. (ج) شیوه تدریس: آموزش مستقیم گروهی از طریق سخنرانی و پرسش و پاسخ) ۳- تعیین منابع: (الف) نیروی انسانی: آموزش‌ها توسط مجری طرح صورت گرفت. (ب) مواد و وسایل آموزشی: آموزش‌ها با استفاده از روش‌های کمک آموزشی عکس، اسلاید و پمفلت. (ج) فضای آموزشی: استفاده از سالن اجتماعات مرکز جامع شهری) ۴- بازده آموزشی: تکمیل پرسشنامه‌ها ۲ هفته و یک ماه پس از آموزش می‌باشد.

به گروه شاهد هیچ آموزشی اضافه بر آنچه به شکل روتین و در حین مراقبت‌های بارداری از کارکنان بهداشتی دریافت می‌کنند آموزش داده نشد. دو هفته و یک ماه بعد از اتمام آموزش مجدداً پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. در طول این یک ماه هیچ‌گونه تماس و یا یادآوری اضافی (به جز موارد مندرج در پمفلت آموزشی) برای گروه مداخله و مورد انجام نگردید. لازم به توضیح می‌باشد که پس از مداخله، ۲ نفر از گروه شاهد به دلیل مسافرت پیش بینی نشده و ۲ نفر به دلیل وجود جفت سرراهی و در گروه مداخله، یک نفر به دلیل لکه بینی، یک نفر به دلیل جفت سرراهی، یک نفر بدلیل غیبت بیش از یک جلسه و یک نفر هم به دلیل بستری شدن، از مطالعه خارج شدند و در نهایت تعداد نمونه‌ها، برای هر دو گروه به ۳۴ نفر رسید.

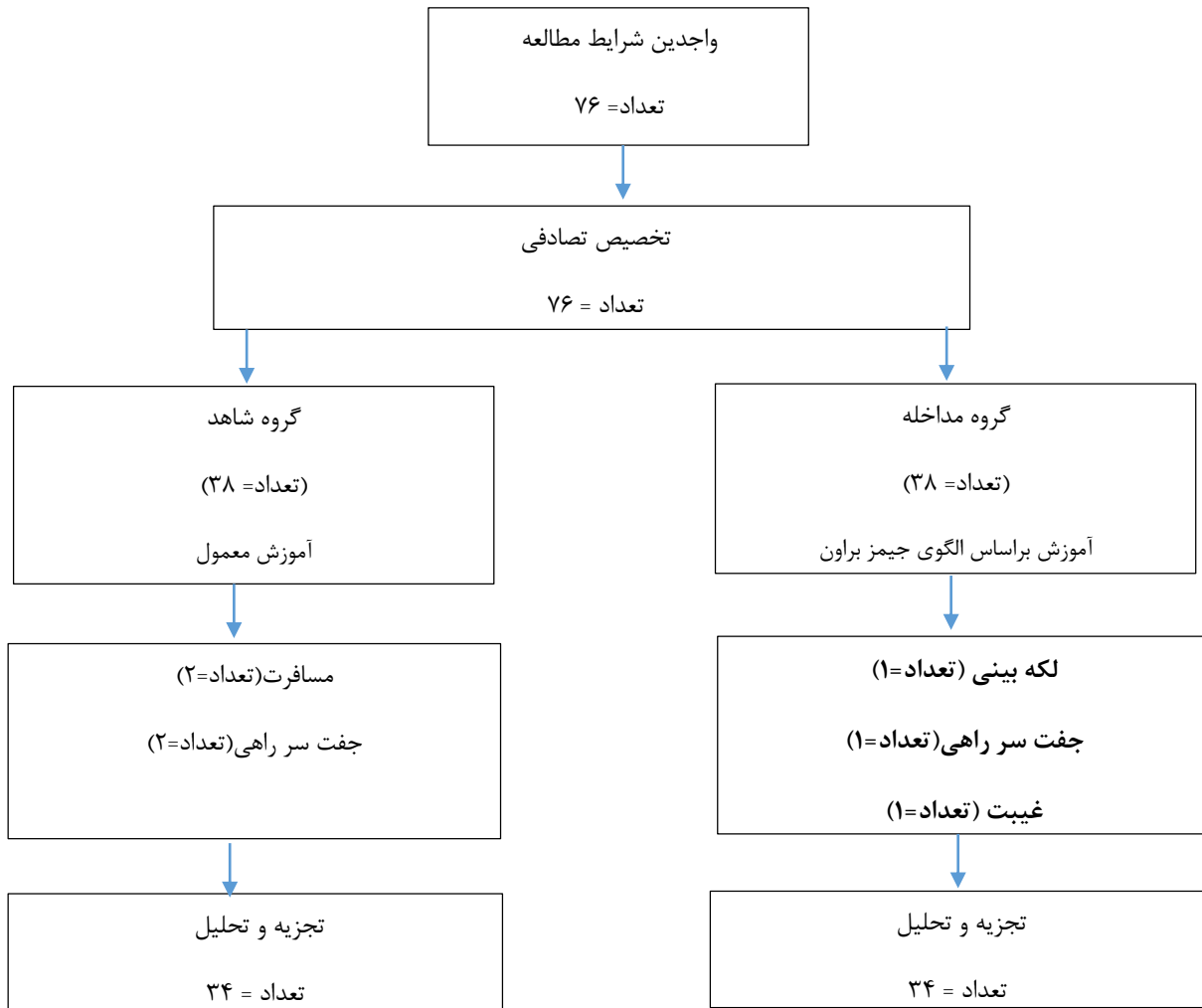
داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی شامل جداول فراوانی و میانگین و انحراف معیار استفاده شد. نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام شد. برای داده‌های نرمال از آزمون تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس و داده‌های غیرنرمال از آزمون‌های ویلکاکسون، من ویتنی و فریدمن و برای متغیرهای اسمی از آزمون‌های کای اسکوتر و دقیق فیشر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در ابتدا ۷۶ نفر وارد مطالعه شدند، اما در نهایت ۸ نفر از مطالعه خارج شدند (در گروه شاهد ۲ نفر به دلیل مسافرت و ۲ نفر به دلیل جفت سرراهی و در مداخله ۱ نفر به دلیل لکه بینی، ۱ نفر به دلیل جفت سرراهی، ۱ نفر بدلیل غیبت بیش از یک جلسه و یک نفر هم به دلیل بستری شدن در طول مطالعه) (نمودار ۱).

گروهی بودند؛ انتخاب شدند. نمونه‌ها از میان زنان بارداری که سن بارداری آنها ۲۸-۱۴ هفته و برای دریافت خدمات دوران بارداری به مراکز منتخب مراجعه نموده بودند، بر اساس پرونده‌ی آنان و نیز خود اظهاری و نیز شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند، پس از جلب اعتماد و ارائه توضیحات درباره اهداف، روش اجرای مطالعه و تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، ۷۶ نفر که طبق اظهارات خودشان مشکل جنسی داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی ۳۸ نفر در گروه مداخله و ۳۸ نفر دیگر در گروه شاهد قرار گرفتند. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، شماره تماس از آنان اخذ گردید و به آنها یادآوری شد که برای تکمیل پرسشنامه‌های بعدی به مرکز مراجعه نمایند. در شروع مطالعه، پرسشنامه‌ها که شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی در زنان بود؛ با روش خود گزارش دهی، توسط افراد هر دو گروه تکمیل شد. با توجه به سطح تحصیلات افراد، قبل از تکمیل پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی، توضیحاتی درباره سوالات موجود در پرسشنامه به شرکت کنندگان در طرح داده شد و به جای کلمات تهییج در سوالات، عبارت «سرحال آمدن» و به جای کلمه ارگاسم «اوج لذت جنسی» داده شد.

سپس گروه مداخله، تحت آموزش‌های جنسی به روش الگوی جیمز براون و گروه شاهد تحت آموزش‌های جنسی معمول در مراکز بهداشتی درمانی قرار گرفتند. برای گروه مداخله، آموزش فعالیت جنسی با تاکید بر دوران بارداری توسط مجری طرح به صورت چهره به چهره طی به مدت ۴ جلسه ۴۵ دقیقه هفته ای یک بار برگزار گردید. این آموزش‌ها با استفاده از روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، دیدن عکس انجام گرفت. علاوه بر این، یک پمفلت آموزشی نیز در اختیار آنان قرار داده شد. محتوای آموزشی شامل آموزش آناتومی و فیزیولوژی سیستم تناسلی زنان و تغییرات آن در دوران بارداری، چرخه جنسی، بهداشت جنسی در دوران بارداری و آموزش وضعیت‌های مناسب برای فعالیت جنسی حین بارداری به انضمام ارائه ی نمای شماتیک این وضعیت‌ها و راه‌های انطباق با آنها، و توضیح برخی باورهای غلط و رایج درباره ی فعالیت جنسی در دوران بارداری و در نهایت پرسش و پاسخ‌های رایج انجام شد. مراحل الگوی جیمز براون شامل: ۱- تدوین اهداف آموزش (جلسه اول: آموزش تغییرات فیزیولوژیک و آناتومیک سیستم تناسلی زنان و مردان تغییرات دستگاه تناسلی زنان طی دوران بارداری. جلسه دوم: آموزش چرخه جنسی و بهداشت جنسی در دوران بارداری. جلسه سوم: آموزش وضعیت‌های مناسب و ایمن برای فعالیت‌های جنسی حین بارداری و راه‌های انطباق با آن که از جمله مهم‌ترین موارد آموزش بود. جلسه چهارم: آموزش



نمودار ۱. نمودار کانسورت، وضعیت واحدهای پژوهش از نظر ورود به مطالعه، تخصیص به گروه‌ها و خروج از مطالعه

در مطالعه حاضر میانگین سن زنان مورد مطالعه در گروه مداخله $(P < 0/001)$ در گروه مداخله افزایش معنی دار و در گروه کنترل کاهش معنی دار وجود داشت (جدول ۲). طبق آزمون تعقیبی بونفرنی در گروه مداخله این تفاوت مربوط به مرحله دو هفته و یک ماه پس از آغاز مداخله با قبل از مداخله $(P < 0/001)$ و نیز یک ماه با دو هفته پس از پایان مداخله می‌باشد $(P = 0/016)$ و در گروه کنترل این تفاوت مربوط به تمام زمان‌ها با یکدیگر می‌باشد $(P < 0/001)$.

علاوه بر نمره کلی عملکرد جنسی، ابعاد آن هم مورد بررسی قرار گرفتند که در بعد های میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، رضایت، درد در گروه مداخله در مقایسه با کنترل دو هفته و یک ماه پس از مداخله تفاوت معنی دار داشتند $(P < 0/05)$ ، اما در حیطه درد، درد در گروه مداخله افزایش معنی دار داشته است. ضمناً نمره عملکرد جنسی در بعد خیس و نرم شدن واژن (لوبریکاسیون) در گروه مداخله در مقایسه با کنترل دو هفته $(P = 0/029)$ و یک ماه پس از مداخله $(P = 0/18)$ تفاوت معنی دار نداشتند (جدول ۲ و ۳).

در مطالعه حاضر میانگین سن زنان مورد مطالعه در گروه مداخله $28/5 \pm 4/9$ و در گروه کنترل $26/7 \pm 4/5$ سال بود. سایر ویژگی‌های دموگرافیک در دو گروه مداخله و دارونما تفاوت معنی‌داری نداشت؛ و دو گروه همگن بودند $(p > 0/05)$ (جدول ۱).

قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کل عملکرد جنسی زنان باردار مورد مطالعه در گروه مداخله $20/36 \pm 3/58$ و در گروه کنترل $21/61 \pm 1/98$ بود. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی دار نشان نداد $(P = 0/081)$. با آزمون تی مستقل نمره کل عملکرد جنسی زنان باردار دو هفته و یک ماه پس از آغاز مداخله در دو گروه مقایسه شد. نتایج نشان داد نمره کل عملکرد جنسی دو هفته و یک ماه پس از مداخله در گروه مداخله به صورت معنی داری بیشتر از گروه دارونما بود $(P < 0/001)$. در مقایسه درون گروهی، در هر دو گروه مداخله و کنترل میانگین نمره یک ماه بعد از آغاز مداخله نسبت به قبل از مداخله معنی‌دار بود

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک زنان باردار شرکت کننده در مطالعه در دو گروه مورد مطالعه

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	گروه مداخله (۳۴ نفر)	گروه کنترل (۳۴ نفر)	
$*p=0/12, t=1/56, df=66$	۲۶/۷±۴/۵	۲۸/۵±۴/۹	سن (سال)
$*p=0/19, t=1/32, df=66$	۵/۰۳±۴/۰	۳/۳۸±۴/۴	طول مدت ازدواج (سال)
$*p=0/26, t=1/14, df=66$	۱۹/۸±۳/۵	۲۱/۲±۶/۶	هفته بارداری (هفته)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
$**p=0/37, FET=2/13$	۱۲ (۳۵/۳)	۱۳ (۳۸/۲)	راهنمایی و پایین تر
	۲۱ (۶۱/۸)	۱۷ (۵۰/۰)	متوسطه
	۱ (۲/۹)	۴ (۱۱/۸)	دانشگاهی
$**p=1/00$	۳۲ (۹۴/۱)	۳۳ (۹۷/۱)	خانه دار
	۲ (۵/۹)	۱ (۲/۹)	شاغل
$X^2=2/71, df=1, ***P=0/10$	۲۶ (۷۶/۵)	۳۱ (۹۱/۲)	متوسط
	۸ (۲۳/۵)	۳ (۸/۸)	خوب
$X^2=1/21, df=1, ***P=0/27$	۷ (۲۰/۶)	۱۱ (۳۲/۴)	شخصی
	۲۷ (۷۹/۴)	۲۳ (۶۶/۷)	استیجاری
$X^2=0/095, df=1, ***P=0/76$	۲۷ (۷۹/۴)	۲۸ (۸۲/۴)	خواسته
	۷ (۲۰/۶)	۶ (۱۷/۶)	ناخواسته
$X^2=0/99, df=2, ***P=0/61$	۸ (۲۳/۵)	۱۱ (۳۲/۴)	راهنمایی و پایین تر
	۲۱ (۶۱/۸)	۱۷ (۵۰/۰)	متوسطه
	۵ (۱۴/۷)	۶ (۱۷/۶)	دانشگاهی
$X^2=2/93, df=2, ***P=0/23$	۲۳ (۶۷/۶)	۲۳ (۶۷/۶)	آزاد
	۴ (۱۱/۸)	۸ (۲۳/۵)	کارگر
	۷ (۲۰/۶)	۳ (۸/۸)	کارمند

* آزمون تی مستقل، ** آزمون دقیق فیشر، *** آزمون کای اسکوتر

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره کل و ابعاد عملکرد جنسی زنان باردار مورد مطالعه قبل و دوهفته و یک ماه بعد از آغاز مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

ابعاد عملکرد جنسی	گروه ها	قبل از مداخله انحراف معیار ± میانگین	دو هفته بعد از مداخله انحراف معیار ± میانگین	یک ماه هفته بعد از مداخله انحراف معیار ± میانگین	آزمون درون گروهی
مداخله	مداخله	۳/۲۵±۱/۰	۳/۵۶±۰/۶۷	۳/۶۵±۰/۵۸	$Chi^2=17/2, df=2$ $***P<0/001$
میل جنسی	شاهد	۳/۷۴±۰/۵۵	۳/۱۲±۰/۶۱	۲/۶۳±۰/۶۶	$Chi^2=47/9, df=2$ $***P<0/001$
آزمون بین گروهی		$Z=2/27, **P=0/023$	$Z=2/81, **P=0/005$	$Z=5/47, ***P<0/001$	
مداخله	مداخله	۳/۲۶±۰/۸۲	۳/۵۲±۰/۶۴	۳/۶۱±۰/۵۸	$F=18/6$ $***P<0/001$
برانگیختگی جنسی	شاهد	۳/۵۲±۰/۴۹	۳/۹۱±۰/۵۱	۲/۳۹±۰/۴۵	$F=119/7$ $**P<0/001$
آزمون بین گروهی		$t=1/61, df=68, *P=0/11$	$df=68, *P<0/001$ $t=4/32$	$t=9/66, df=68, *P<0/001$	
مداخله	مداخله	۳/۱۲±۰/۵۱	۳/۰۴±۰/۴۳	۳/۰۷±۰/۴۴	$F=1/02$ $***P=0/37$
لوپریکاسیون	شاهد	۱/۱۳±۰/۴۱	۳/۲۵±۰/۳۲	۳/۱۹±۰/۲۹	$F=1/29$ $***P=0/28$
آزمون بین گروهی		$t=0/08, df=68, *P=0/94$	$df=68, *P=0/029$ $t=2/23$	$t=1/35, df=68, *P=0/18$	

ادامه جدول ۲

F=۰/۶۵ *** P=۰/۵۲	۳/۵۵±۰/۳۴	۳/۶۰±۰/۴۱	۳/۵۲±۰/۶۱	مداخله	
F=۲۵/۱ *** P<۰/۰۰۱	۳/۰۶±۰/۳۴	۳/۳۱±۰/۳۷	۳/۵۸±۰/۴۷	شاهد	ارگاسم
t=۶/۰۲ ، df=۶۸،*P<۰/۰۰۱		، df=۶۸،*P=۰/۰۰۳ t=۳/۱۱	t=۰/۴۴ ، df=۶۸،*P=۰/۶۶	آزمون بین گروهی	
Chi ² =۷/۱۷، df=۲ ***** P=۰/۰۲۸	۴/۲۲±۰/۸	۴/۲±۰/۸۹	۳/۹۸±۱/۱۹	مداخله	
Chi ² =۶۱/۴، df=۲ ***** P<۰/۰۰۱	۲/۶۶±۰/۶۴	۳/۴۸±۰/۸۲	۴/۱۸±۰/۸۵	شاهد	رضایت
Z=۶/۲۵ *** P<۰/۰۰۱		Z=۳/۲۷ *** P=۰/۰۰۱	Z=۰/۵۷ *** P=۰/۵۶	آزمون بین گروهی	
F=۴۰/۹ *** P<۰/۰۰۱	۳/۹۲±۰/۶۴	۳/۶۵±۰/۶۷	۳/۲۴±۰/۸۱	مداخله	
F=۶۸/۶ *** P<۰/۰۰۱	۲/۶۴±۰/۴۷	۲/۹۶±۰/۵۲	۳/۴۶±۰/۷۱	شاهد	درد
t=۹/۳۴ ، df=۶۸،*P<۰/۰۰۱		، df=۶۸،*P<۰/۰۰۱ t=۴/۷۲	t=۱/۱۷ df=۶۸،*P=۰/۲۴	آزمون بین گروهی	
F=۲۱/۷۹ *** P<۰/۰۰۱	۲۲/۰±۲/۲۹	۲۱/۵۸±۲/۶۴	۲۰/۳۶±۳/۵۸	مداخله	
F=۳۰۲/۹ *** P<۰/۰۰۱	۱۶/۵۸±۱/۸۳	۱۹/۰±۱/۹۱	۲۱/۶۱±۱/۹۸	شاهد	نمره کل
۱۰/۸۳ ، df=۶۸،*P<۰/۰۰۱ t=		، df=۶۸،*P<۰/۰۰۱ t=۴/۵۶	۱/۷۷ ، df=۶۸،*P=۰/۰۸۱ t=	آزمون بین گروهی	

*تی مستقل **من ویتنی ***آنالیز واریانس تکرار شونده ****ویلکسون *****فریدمن

بحث

است که ۴۸٪ زنان باردار دچار ناراضی جنسی و ۶۳/۳٪ از زنان باردار دچار اختلال عملکرد جنسی می‌باشند [۳۴]. همچنین مطالعه نالدونی و همکاران (۲۰۱۱) در برزیل نشان دادند که ۶۱٪ زنان باردار دارای اختلال عملکرد جنسی می‌باشند و رضایت و میل جنسی، در بیش از نیمی از زنان در دوران بارداری کاهش یافته، به طوری که برخی از زنان تنها به داشتن رابطه عاطفی با شریک جنسی خود راضی بودند [۳۵].

عوامل متعددی می‌تواند در بهبود عملکرد جنسی نقش داشته باشد یکی از این موارد آموزش و افزایش سطح آگاهی می‌باشد. آموزش و مشاوره مسائل جنسی می‌تواند منجر به افزایش آگاهی نسبت به تغییرات فیزیولوژیک در دوران بارداری و تغییر در رابطه جنسی و نیز راه‌های برخورد با این تغییرات گردد [۳۶]. نتایج مطالعه معصومی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داده است که با افزایش سطح دانش و سواد، تمایلات جنسی به طور معناداری افزایش می‌یابد [۳۷]. آموزش جنسی همچنین می‌تواند منجر به اصلاح باورها و اطلاعات نادرست و کسب دانش و نگرش صحیح شده و در نتیجه رفتار جنسی را بهبود بخشد (۳۷). نویدیان و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان دادند که مشاوره جنسی بر باورهای جنسی و نگرش جنسی زنان

مطالعه حاضر که با هدف تعیین تاثیر آموزش سلامت جنسی بر اساس الگوی جیمز براون بر عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره عملکرد جنسی در کل در زنان گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به قبل از آن افزایش معنادار و عملکرد جنسی بهبود یافته است؛ ولی در گروه شاهد کاهش معناداری داشته است و بین دو گروه نیز تفاوت معنی‌داری داشته است.

بارداری یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زن است که می‌تواند تغییرات عمیق جسمی، روانی و رفتاری ایجاد نماید (۱). این تغییرات جسمی و روان‌شناختی سبب می‌شود که تغییراتی نیز در روابط جنسی و زناشویی زوجها ایجاد گردد. تضادها و کشمکش‌های زوجها و چالش‌های مرتبط با بارداری و تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی متعدد دوران بارداری باعث کاهش کیفیت رابطه آن‌ها می‌شود که تا حدود زیادی تحت تاثیر روابط جنسی آنان می‌باشد [۲، ۳].

در این راستا نتایج مطالعه بشر و همکار (۲۰۱۴) در ترکیه نشان داده

جنیدی شاپور

باردار تاثیر مثبت و معناداری دارد [۳۸].

زنان باردار بررسی شده ولی در مطالعه حاضر به بررسی تاثیر آموزش جنسی پرداخته شده است ولی نتایج به دست آمده مشابه و حاکی از تاثیر آموزش و مشاوره جنسی بر بهبود عملکرد جنسی زنان باردار می‌باشد.

آموزش براساس مدل PLISSIT منجر به تفاوت معنی دار در ابعاد میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، رضایت بین دو گروه شاهد و مداخله شده است. نتیجه مطالعه حاضر در این ابعاد همسو با مطالعات افشار و همکاران (۲۰۱۲)، نجاتی و همکاران (۲۰۱۷)، رستم خانی و همکاران (۲۰۱۷) و ریاضی و همکاران (۲۰۱۳) می‌باشد [۲۰، ۳۹، ۴۰، ۴۵].

همچنین در خصوص نمره ابعاد عملکرد جنسی، میانگین نمره خیس و نرم شدن واژن (لوبریکاسیون) بعد از مداخله نسبت به قبل از آن هم در زنان گروه مداخله و هم گروه کنترل تفاوت معناداری نداشت. به عبارتی آموزش سلامت جنسی بر بهبود عملکرد جنسی در بعد لوبریکاسیون در زنان باردار تاثیر معناداری نداشت است که با نتایج مطالعات افشار و همکاران (۲۰۱۲)، نجاتی و همکاران (۲۰۱۷) ناهمسو می‌باشد [۳۹، ۴۵]. تفاوت در نتایج مطالعات فوق و نتایج مطالعه حاضر احتمالا می‌تواند ناشی از معیارهای افراد مورد بررسی و شدت علائم قبل از مداخله باشد. به طوری که در مطالعه افشار و همکاران (۲۰۱۲) زنان با سن ۸-۱۴ هفته که مشکل جنسی نداشتند مورد بررسی قرار گرفتند در حالی که در مطالعه حاضر زنان باردار با سن بارداری ۱۴-۲۸ هفته که حداقل یک مشکل جنسی داشتند، وارد مطالعه شدند. در مطالعه نجاتی و همکاران (۲۰۱۷) میانگین نمره رطوبت در همان ابتدای مطالعه پایین بود که بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است. ولی در مطالعه حاضر در همان ابتدای مطالعه میانگین نمره خیس شدن واژن در سطح بالاتری بود و بعد از مداخله تفاوت معناداری نداشت.

همچنین در بعد درد، درد در گروه مداخله، افزایش یافته است که هم راستا با مطالعه بهبودی مقدم و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشد [۴۶]. این نتیجه می‌تواند احتمالا به دلیل این باشد که درد در اثر عوامل مختلفی چون آتروفی‌های ادراری-تناسلی، عفونت‌ها، خشکی واژن می‌تواند ایجاد شود [۳۲]. لذا وجود هر کدام از این علل زمینه ای می‌تواند منجر به دیسپارونی شود.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به تخصیص تصادفی آن اشاره کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان خودگزارشی بودن پرسشنامه‌ها اشاره کرد.

با توجه به وجود اختلال عملکرد جنسی در بارداری و تاثیر آموزش بر آن از این مطالعه می‌توان برای ارائه آموزش‌های ساختارمند و هدفمند برای زنان باردار استفاده کرد.

افشار و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای در زمینه بررسی تاثیر آموزش جنسی بر عملکرد جنسی زنان در نیمه اول بارداری، نشان دادند که میانگین نمره عملکرد جنسی بعد از آموزش در زنان گروه مداخله نسبت به کنترل به طور معناداری بیشتر بوده است [۳۹]. همچنین ریاضی و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر آموزش بهداشت جنسی بر عملکرد جنسی زنان باردار پرداختند و نتایج نشان داد میانگین نمره عملکرد جنسی در زنان گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به قبل از آن افزایش معناداری داشته است ولی در گروه کنترل تفاوت معناداری نداشته است [۴۰].

بهداران و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش گروهی و آموزش چهره به چهره طی دوران بارداری بر عملکرد جنسی زوجین به این نتیجه دست یافتند که آموزش جنسی بر عملکرد جنسی زنان و مردان در هر دو گروه موثر بوده است و تاثیر آموزش به روش چهره به چهره بیشتر از روش گروهی بود [۴۱].

نتایج مطالعه رضاییان و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که میانگین نمره عملکرد جنسی بعد از آموزش در زنان باردار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش داشته است [۴۲] و نویدیان و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر آموزش جنسی بر کیفیت رابطه زناشویی زنان باردار به این نتیجه دست یافتند که میانگین نمره کیفیت رابطه زناشویی در پس آزمون در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به طور معناداری بیشتر بوده است [۴۳]. نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

واناکوسیت و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای در تایلند با هدف مقایسه رفتارهای جنسی در بارداری در گروهی که آموزش جنسی دریافت کردند و گروهی که آموزش ندیدند، به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معناداری در تغییر رفتارهای جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد [۴۴] که با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو می‌باشد. تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه مذکور می‌تواند ناشی از تغییرات نگرشی و فرهنگی نسبت به مسائل جنسی در دو جامعه مورد پژوهش باشد.

نتایج مطالعات مختلفی نیز نشان داده‌اند که مشاوره جنسی نیز بر عملکرد جنسی زنان باردار تاثیر معناداری دارد که در این راستا نتایج مطالعات نجاتی و همکاران (۲۰۱۷) و رستمخانی و همکاران (۲۰۱۶) در زمینه بررسی تاثیر مشاوره جنسی بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان باردار نشان داده است که میانگین نمره عملکرد جنسی بعد از مداخله در زنان گروه مورد نسبت به شاهد به طور معناداری افزایش داشته است [۲۰، ۴۵]. اگرچه در این مطالعات تاثیر مشاوره جنسی بر عملکرد جنسی

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش سلامت جنسی براساس الگوی جیمز براون بر عملکرد جنسی زنان باردار موثر است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش سلامت جنسی به زنان باردار در بهبود روابط جنسی کمک می‌کند و با توجه به این مسئله می‌توان برنامه‌ای مطابق با نیاز و خواسته‌های مردم طراحی کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به منظور رعایت رهنمودها و مسائل اخلاقی، پس از تبیین اهداف پژوهش برای زنان و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها در ابتدای مطالعه اخذ شد.

حامی مالی

کاربرد ندارد.

مشارکت نویسندگان

م ت و پ م مطالعه را طراحی کردند. پ م داده‌ها را جمع‌آوری کرد. غ ش داده‌ها را تجزیه و تحلیل کرد. ح نسحه خطی را نگارش و ادیت کرد. همه نویسندگان نسخه نهایی را خوانده و تایید کردند.

تعارض منافع

هیچ گونه تضاد منافع بالقوه توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش سلامت جامعه مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1397.133 به ثبت رسیده است. بدین وسیله از شورای محترم پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و مراکز وابسته که در این طرح همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- [1] Eurenus E, Lindkvist M, Sundqvist M, Ivarsson A, Mogren I. Maternal and paternal self-rated health and BMI in relation to lifestyle in early pregnancy: the Salut Programme in Sweden. *Scandinavian journal of public health*. 2011 Nov;39(7):730-41. [[10.1177/1403494811418279](#)] [PMID]
- [2] Bayrami R, Sattarzadeh N, Koochaksariie FR, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2008 Oct 1;9(3).
- [3] Mangeli M, Ramezani T, Mangeli S. The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women. *Iranian journal of medical Education*. 2008 Sep 1;8(2).
- [4] Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2000 Feb;107(2):186-95. [[10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x](#)] [PMID]
- [5] Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *The journal of sexual medicine*. 2010 Jan;7(1_Part_1):136-42. [[10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x](#)] [PMID]
- [6] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic research*. 1999 Jul 1;47(1):27-49. [[10.1016/s0022-3999\(98\)00106-8](#)] [PMID]
- [7] Karimi FZ, Salehian M, Hosseini H, Norouzi Z, Afiat M. The Effect of the medicinal plants on sexual function in Postmenopausal Women in Iran: a systematic review of clinical trials. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2023 Apr 21;30(1):144-62.
- [8] American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association DS. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22.
- [9] Tork Zahrani S, Banaei M, Ozgoli G, Azad M. Investigation of the postpartum female sexual dysfunction in breastfeeding women referring to healthcare centers of Bandar Abbas. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016 Nov 21;19(35):1-2.
- [10] Escudero-Rivas R, Carretero P, Ca A, Cruz M, Florido J. Modifications of sexual activity during uncomplicated pregnancy: A prospective investigation of Spanish women. *Health*. 2013 Aug 1;2013 .
- [11] Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *The journal of sexual medicine*. 2008 Aug;5(8):1915-22. [[10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x](#)] [PMID]
- [12] Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *The journal of sexual medicine*. 2010 Aug;7(8):2782-90. [[10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x](#)] [PMID]
- [13] Brown HL, McDaniel ML. A review of the implications and impact of pregnancy on sexual function. *Current sexual health reports*. 2008 Mar;5:51-5.
- [14] Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *Journal of midwifery & women's health*. 2010 Sep 1;55(5):438-46. [[10.1016/j.jmwh.2009.12.006](#)] [PMID]
- [15] Polomeno V. Sex and pregnancy: A perinatal educator's guide. *The Journal of perinatal education*. 2000;9(4):15. [[10.1624/105812400X87879](#)] [PMID]
- [16] Ahmadi Z JS. Factors influencing the Sexual Satisfaction of Iranian Primigravid Women. *Client-Centered Nursing Care*. 2015;1(1):4-9.
- [17] Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009;55:563-8. [[10.1590/s0104-42302009000500020](#)] [PMID]
- [18] B O. *Human sexual behavior*. Isfahan :Sadeh Hedayat Press. 2004:234-8. [] [PMID]
- [19] Shojaa M, Jouybari LM, Sanagoo A. Common myths among a group of Iranian women concerning sexual relationships during pregnancy. *Archives of Medical Science*. 2009 Apr 1;5(2):229-32.
- [20] Khoei M. The effect of counseling using the PLISSIT model on sexual function of pregnant women. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2016 Jun 10;6(1):18-28.
- [21] Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC pregnancy and childbirth*. 2008 Dec;8:1-1. [[10.1186/1471-2393-8-30](#)] [PMID]
- [22] Heydari M, Kh M, Faghihzadeh S. The study of sexuality changes during pregnancy. *Daneshvar Medicine*. 2005; 13(61):27-32.
- [23] Bastani F, Haidarnia A, Vafaie M, Kazem-nejad A, Kashanian M. The effect of relaxation training based on self-efficacy theory on mental health of pregnant women. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;2(2):109.
- [24] Babazadeh R, Mirzaei Najmabadi K, Masoumi Z, Raei M. Investigating effect of teaching on sexual-activity changes during pregnancy. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(12):18-26.
- [25] Ebrahimipour H, Jalambadany Z, Peyman N, Ismaili H, Vafaii Najjar A. Effect of sex education, based on the theory of planned behavior, on the sexual function of the woman attending Mashhad health centers. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2013 May 15;20(1):58-67.
- [26] Ercevik Amado L. Sexual and bodily rights as human rights in the Middle East and North Africa. *Reproductive Health Matters*. 2004 Jan 1;12(23):125-8. [[10.1016/s0968-8080\(04\)23119-6](#)] [PMID]
- [27] Abedian K, Shahhosseini Z. University students' point of views to facilitators and barriers to sexual and reproductive health services. *International journal of adolescent medicine and health*. 2014 Aug 1;26(3):387-92. [[10.1515/ijamh-2013-0316](#)] [PMID]
- [28] Armitage CJ. Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity?. *Health psychology*. 2005 May;24(3):235. [[10.1037/0278-6133.24.3.235](#)] [PMID]
- [29] Makoolati Z, Naghdi M, Bahar M. Factors Affecting Learning in Instructional Design Model: Medical Students' Viewpoint in Fasa University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013;13(3):190-200.

- [30] Mousavi MS, Ghasemi H, Babaei S. The Effect of an Educational Program Based on James Brown model on the Quality of Angioplasty Care, A Quasi-Experimental Study. *Journal of Nursing Education (JNE)*. 2024 Feb;12(6):26-34.
- [31] Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh (Health Monitor)*. 2008 Jul 15;7(3):0-.
- [32] Jafari B, Babazadeh R, Salari R, Jamali J, Sadeghi T. The effect of *Elaeagnus angustifolia* flower essence inhalation on dyspareunia and sexual satisfaction of women at reproductive age: A randomized clinical trial. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2021 Jun 22;24(4):56-67.
- [33] Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*. 2000 Apr 1;26(2):191-208. [[10.1080/009262300278597](https://doi.org/10.1080/009262300278597)] [PMID]
- [34] Tosun Güleröğlü F, Gördeles Beşer N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *The journal of sexual medicine*. 2014;11(1):146-53. [[10.1111/jsm.12347](https://doi.org/10.1111/jsm.12347)] [PMID]
- [35] Naldoni LM, Pazmiño MA, Pezzan PA, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2011 Feb 28;37(2):116-29. [[10.1080/0092623X.2011.560537](https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.560537)] [PMID]
- [36] Ahmadi Z, Malekzadegan A, Hosseini A. Sexual satisfaction and its related factors in primigravidas. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(71):54-62.
- [37] Masoumi SZ, Kheirollahi N, Rahimi A, Haghgu MB, Ahmadvand S, Hosseini SN. Effect of a sex education program on females' sexual satisfaction during pregnancy: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018 Mar 31;12(1).
- [38] Navidian A, Rigi SN, Soltani P. Effects of group sexual counseling on the traditional perceptions and attitudes of Iranian pregnant women. *International Journal of Women's Health*. 2016 Jun 13:203-11. [[10.2147/IJWH.S104887](https://doi.org/10.2147/IJWH.S104887)] [PMID]
- [39] Afshar M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Merghti-Khoei ES, Yavarikia P. The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: a randomized controlled trial. *Journal of caring sciences*. 2012 Dec;1(4):173. [[10.5681/jcs.2012.025](https://doi.org/10.5681/jcs.2012.025)] [PMID]
- [40] Riazi H, Zadeh SB, Beigi AM, Amini L. The effect of sexual health education on sexual function during pregnancy. *Payesh (Health Monitor)*. 2013 Aug 15;12(4):367-74.
- [41] Bahadoran P, MohammadiMahdiabadzade M, Nasiri H, GholamiDehaghi A. The effect of face-to-face or group education during pregnancy on sexual function of couples in Isfahan. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2015 Sep 1;20(5):582-7. [[10.4103/1735-9066.164512](https://doi.org/10.4103/1735-9066.164512)] [PMID]
- [42] Rezaeiyan M KP, Goudarzi M. Effect of Sexual Education on Sexual Function of Pregnant Women. *Emen Pregnancy Conference; Gorgan: Islamic Azad University, Gorgan Branch; 2015*.
- [43] Navidian A NRS, Imani M, Soltani P. The effect of sex education on the marital relationship quality of pregnant women. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery*. 2016;22(2):115-27.
- [44] Wannakosit S, Phupong V. Sexual behavior in pregnancy: comparing between sexual education group and nonsexual education group. *The journal of sexual medicine*. 2010 Oct;7(10):3434-8. [[10.1111/j.1743-6109.2010.01715.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01715.x)] [PMID]
- [45] Nejati B, Kazemi F, Masoumi SZ, Parsa P, Karami M, Mortazavi A. Efficacy of sexual consultation based on PLISSIT model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) on sexual function among pregnant women: a randomized controlled clinical trial.
- [46] Behboodi Moghadam Z, Rezaei E, Khaleghi Yalegonbadi F, Montazeri A, Arzaqi SM, Tavakol Z, Yari F. The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. *Journal of research in health sciences*. 2015 Jun 6;15(2):124-8. [PMID]