

بررسی تأثیر مشاوره جنسی بر رضایت زناشویی زنان باردار: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

سیده زهرا معصومی^۱، بهناز نجاتی^۲، عذرا مرتضوی^۳، پریسا پارسا^{۴*}، منوچهر کرمی^۵

^۱ استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ کارشناسی ارشد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ متخصص روانپزشکی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ملایر، ایران

^۴ دانشیار، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۵ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: پریسا پارسا، دانشیار، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: pparsa2003@yahoo.com

DOI: 10.21859/nmj-24046

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۱۶

واژگان کلیدی:

رضایت زناشویی

رضایت جنسی

مشاوره جنسی

بارداری

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه: در دوران بارداری ممکن است رضایت زناشویی به علت بروز برخی مشکلات جنسی کاهش یابد. مشاوره جنسی با زن باردار ممکن است عوارض ناشی از دوران بارداری را کاهش دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره جنسی بر رضایت زناشویی زنان باردار طراحی شده است. **روش کار:** بررسی تأثیر مشاوره جنسی بر رضایت زناشویی زنان باردار یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی همراه با گروه کنترل می‌باشد، شرکت کنندگان ۸۰ زن باردار بودند که به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ملایر مراجعه کردند. تعداد ۴۰ در گروه مداخله مشاوره‌ای به مدت ۴ جلسه ۴۵-۹۰ دقیقه‌ای و ۴۰ نفر در گروه کنترل بودند. نمونه‌گیری به روش تصادفی انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه رضایت زناشویی ۴۷ سوالی (Enriching, Relationship, Issues, Communication, and Happiness (ENRICH) در پایان آنالیز داده‌ها با نرم افزار SPSS22 انجام شد.

یافته‌ها: رضایت زناشویی در گروه آزمون، تفاوت معنی‌داری در قبل، دو و چهار هفته بعد از مشاوره را نشان داد. (به ترتیب ۰/۰۰۱، ۰/۰۰۱، $P < ۰/۰۰۱$) همچنین رضایت زناشویی در گروه کنترل نشان داد که اختلاف معنی‌داری میان قبل و دو هفته بعد از مداخله وجود داشت ($P = ۰/۰۳۴$) ولی قبل و چهار هفته بعد از مداخله معنی‌دار نبود ($P = ۰/۵۹۳$)

نتیجه‌گیری: با ارائه مشاوره در خصوص مسائل جنسی زوجین می‌توان زوجین را برای روبرو شدن با تغییرات دوران بارداری و سازگاری با آن‌ها آماده ساخت و بدین ترتیب از بروز تنش‌ها و مشاجرات زوج‌ها در این دوران پیشگیری نمود.

مقدمه

زن یا شوهر، زمانی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند، تعریف می‌کند. رضایت یک متغیر نگرشی است و خصوصیت فردی زن و شوهر محسوب می‌شود [۲]. روابط زناشویی رضایتمند باعث رشد شایستگی، توانایی سازگاری و سازش افراد شده و این افراد عموماً عمر طولانی‌تر، تغذیه سالم و دلخواه داشته، دچار افسردگی و مشکلات روانشناختی کمتری شده و کودکان سازگارتر با وضعیت تحصیلی بهتری دارند [۳]. رضایت جنسی برای بیشتر زوجین مهم بوده و یک موضوع فردی تلقی می‌گردد. رضایت از رابطه جنسی، یکی

رابطه زناشویی به عنوان مهمترین و اساسی‌ترین رابطه انسان توصیف شده است، زیرا ساختار اولیه را برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده فراهم می‌سازد [۱]. به نظر Silliman، رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از یکدیگر و از ازدواجشان دارند. یکی از بهترین تعاریف رضایت زناشویی توسط هاکنیز ارائه شده است؛ او رضایت زناشویی را احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط

می‌دهند و فرآیندی است که به رشد جنسی سالم، بهداشت زناشویی، روابط بین فردی، عاطفه، نزدیکی، تصور بدنی و نقش‌های جنسیتی کمک می‌کند [۲۳]. برنامه‌های مشاوره و آموزشی بهداشت جنسی می‌توانند باعث بهبود رضایت جنسی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی زناشویی شوند [۲۴]. از آنجا که مشاوره مامایی باعث پیشگیری از آسیب‌های روانی - جنسی از طریق ارائه اطلاعات، توصیه‌ها و آگاهی‌ها و دادن به زوجین می‌شود، به زوجین برای شناخت مشکل، بررسی و تجزیه و تحلیل آن و همچنین تصمیم‌گیری و انتخاب راه حل مناسب کمک می‌کنند. [۲۵]. با توجه به اینکه مطالعات محدودی در حمایت از تأثیر مشاوره جنسی بر رضایت زناشویی زنان باردار انجام شده است؛ مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر مشاوره جنسی بر رضایت زناشویی زنان باردار صورت گرفته است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی همراه با گروه کنترل می‌باشد که در سال ۱۳۹۴ در شهرستان ملایر بر روی ۸۰ زن باردار (۴۰ نفر گروه آزمون و ۴۰ نفر گروه کنترل)، بر اساس نمونه‌گیری تصادفی و بصورت قرعه‌کشی، با در نظر گرفتن پنهان‌سازی زنان به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. با این روش از اختصاص افراد مورد مطالعه به صورت سلیقه‌ای به گروه‌های آزمون و کنترل پیشگیری شد. همچنین حجم نمونه در این مطالعه بر اساس معلومات $\alpha = 0/05$ ، $\beta = 0/2$ می‌باشد؛ با توجه به اینکه ۵ مرکز شهری در شهرستان ملایر وجود دارد به طور تصادفی ۴ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شد. که ۲ مرکز رابه گروه کنترل و ۲ مرکز را به گروه آزمون اختصاص داده شد (مرکز بهداشتی درمانی شماره یک، دو، سه و پنج شهری) و افراد مراجعه کننده به هر مرکز هم بر اساس جداول تصادفی انتخاب شدند، که در دو مرحله پیش آزمون قبل از مشاوره، پس آزمون ۲ و ۴ هفته بعد از صورت گرفت. معیار ورود شامل: سن بارداری ۲۴-۲۶ هفته، گستره سنی ۱۸-۳۵ سال، گذشت حداقل یکسال از زندگی زناشویی، عدم اعتیاد خود و همسر به مواد مخدر و مشروبات الکلی، نداشتن بیماری روانی حاد و ناتوان کننده خود و همسر، نداشتن اختلال هویت جنسی خود و همسر و عدم استفاده از داروهای خواب‌آور بوده است. معیار خروج شامل: بروز هر گونه مشکل بارداری در طی مطالعه (سقط، دکولمان، وضعیت غیرطبیعی جنین، پرولاپس بند ناف، خونریزی، دیابت، فشارخون، زایمان زودرس و...)، الگوهای غیرطبیعی قلب جنین و یا کاهش حرکات جنین به گونه‌ای

از عوامل مهم رضایت از زندگی زناشویی است که بر سلامتی و کیفیت زندگی زوجین مؤثر است [۴]. اگر رابطه جنسی بین زوجین قانع کننده نباشد، می‌تواند منجر به احساس ناکامی، محرومیت، عدم احساس امنیت و کاهش سلامت روان و در نتیجه کاهش خشنودی زناشویی زوجین و از هم پاشیدن خانواده شود [۵، ۶]. از طرف دیگر، روابط جنسی شکل دهنده بخشی از ادراکات مهم زوجین از یکدیگر است که تداوم بخش ازدواج هستند [۷]. تعریف رضایت جنسی به قضاوت و تحلیل هرفرد از رفتار جنسی خویش که آن را لذت بخش تصور می‌کند، اطلاق می‌شود. سطوح بالایی از رضایت جنسی منجر به افزایش کیفیت زناشویی شده که این امر منجر به کاهش بی‌ثباتی در طی زندگی زناشویی می‌گردد [۸، ۹]. رضایت از رابطه جنسی یکی از عوامل مهم رضایت از زندگی زناشویی است و کسانی که رضایت جنسی بیشتری دارند به طور قابل ملاحظه‌ای کیفیت زندگی بهتری را نسبت به آنهایی که رضایت جنسی ندارند، گزارش می‌دهند [۸، ۱۰]. در مطالعات، رابطه مستقیمی بین رضایت جنسی و رضایت زناشویی دیده شد، طوری که رضایت جنسی بیشتر، خشنودی زناشویی بیشتری رابه دنبال دارد [۱۰-۱۲]. براساس نتایج گزارشات در ایران، بسیاری از زوجین از عدم رضایت در روابط جنسی رنج می‌برند و ۵۰ تا ۶۰ درصد طلاقها و ۴۰ درصد از خیانتها و معاشرتهای پنهانی نیز به همین دلیل است [۱۳-۱۶]. در طی بارداری رضایت جنسی ممکن است بدون تغییر بماند، افزایش، و یا کاهش یابد. هر کدام از این تغییرات می‌تواند منجر به بروز آثار منفی طولانی مدت در مسائل جنسی و سلامت روانی مادر شود [۱۷]. اطلاعات ناکافی زوجین در زمینه رابطه جنسی در دوران بارداری و وجود نگرش منفی و حتی خرافات نسبت به مسائل جنسی در این دوران، باعث بروز مشکلاتی می‌شود، به طوریکه کم شدن ارتباط جنسی و یا قطع بدون دلیل آن می‌تواند باعث کم شدن ارتباط عاطفی و محبت آمیز از سوی همسر شده و باعث اضطراب و عدم اعتماد به نفس در مادر گردد [۱۸-۲۰]. این مسئله سبب می‌شود درست در زمانی که زوجها نیاز دارند بیش از هر زمان دیگری به هم نزدیک باشند، دچار سردرگمی و اختلاف شوند [۲۱]. کول (۱۹۹۹) می‌گوید مشاوره زناشویی به زوجین می‌آموزد که چگونه در شرایط بحرانی با همسرشان همدلی نشان دهند و سوء تعبیرها را به حداقل برسانند و رضایت از رابطه زناشویی را ارتقاء بخشند [۲۲]. مشاوره جنسی یک فرآیند طولانی است که از طریق آن افراد اطلاعات و دانش لازم در مورد مسائل جنسی را کسب می‌کنند و نگرشها، عقاید و ارزش‌های خود را تشکیل

و کنترل در تمامی متغیرهای کیفی، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P < 0/05$). بنابراین زنان باردار در دو گروه آزمون و کنترل همسان بودند. همچنین آزمون تی تست بین گروه آزمون و کنترل در تمامی متغیرهای کمی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P < 0/05$)؛ بنابراین میانگین متغیرها در دو گروه آزمون و کنترل همسان بود. بر اساس نتایج به دست آمده در مورد متغیرهای کیفی؛ نتایج مطالعه نشان داد، در گروه آزمون و کنترل ۱۵ درصد شاغل بودند. بیشترین فراوانی در مقاطع تحصیلی مربوط به زنان باردار؛ تحصیلات دبیرستانی بوده که ۴۲/۵ درصد (۱۷ نفر) بوده است، ۳۵ درصد از همسران ایشان (۱۴ نفر) تحصیلات دبیرستان و ۳۵ درصد (۱۴ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در مورد خواسته بودن حاملگی در افراد مورد مطالعه نتایج بدین صورت بود که ۷۷/۵ درصد (۳۱ نفر) بارداری خواسته داشتند. ۹۰ درصد (۳۶ نفر) افراد رضایت جنسی در قبل از بارداری را ذکر کردند و ۵۲/۵ درصد (۲۱ نفر) از بی‌خطر بودن نزدیکی در دوران بارداری این اظهار بی‌اطلاعی کردند. همچنین میانگین سن مادران در گروه آزمون $26/32 \pm 3/92$ سال و در گروه کنترل $27/10 \pm 4/77$ سال بود. همان‌طور که در جدول یک نشان داده شده است، در متغیرهای کمی مطالعه تفاوت معنی‌داری میان دو گروه مشاهده نشد ($P > 0/05$). سایر متغیرهای کمی مطالعه بر اساس میانگین و انحراف معیار در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۱: مراحل و جلسات مشاوره
مدت زمان مشاوره ۹۰-۴۵ دقیقه
جلسه اول
- شامل شرح و بررسی آناتومی و فیزیولوژی مادر در دوران بارداری
- تشریح مراحل ۴ گانه سیکل پاسخ جنسی و تفاوت‌های جسمی و روانی زن و مرد در هر یک از مراحل چرخه جنسی
جلسه دوم
- بررسی و تشریح حیطه‌های عملکرد جنسی و تغییرات آن در دوران بارداری
- اصلاح باورهای غلط در مورد روابط جنسیدر دوران بارداری
جلسه سوم
تشریح و بررسی الگوی تغییرات جنسی در دوران بارداری
جلسه چهارم
- تشریح پوزیشن‌های مختلف نزدیکی در دوران بارداری با توجه به محدودیت‌های این دوران
- رعایت نکات لازم بهداشتی در هنگام نزدیکی در دوران بارداری
- عوامل مؤثر بر رضایت جنسی و بدنبال آن رضایت زناشویی در بارداری

که نیاز به مداخله پزشکی داشته باشد در پژوهش حاضر به منظور اندازه‌گیری رضایت زناشویی، از پرسشنامه فرم کوتاه ۴۷ سوالی رضایت زناشویی انریچ استفاده شده است. این پرسشنامه به وسیله اولسن و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شده که بمنظور تعیین حیطه‌های کاری و نقاط قوت روابط زناشویی بکار می‌رود [۲۶]. همچنین از این پرسشنامه برای تشخیص زوج‌هایی استفاده می‌شود که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند. کرامت و همکاران اعتبار این پرسشنامه را با ضریب الفا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند [۱۰]. در فرم ۴۷ سؤالی نمره‌گذاری بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای است (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق نه مخالف، مخالفم، کاملاً مخالفم). حداکثر نمره آزمودنی ۱۰۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده رضایت زناشویی بیشتر است. نمره کمتر از ۳۰ نشان دهنده نارضایتی شدید همسران، نمره بین ۳۰ تا ۴۰ نشانگر عدم رضایت از روابط زناشویی، نمره‌های بین ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی همسران، نمره‌های بین ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت زیاد و نمره‌های بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق‌العاده از روابط زناشویی بین همسران است [۲۷]. در ابتدا تمامی زنان باردار ۲۶-۲۴ هفته با داشتن شرایط وارد طرح شدند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. در ابتدا هر دو گروه قبل از مداخله پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ را تکمیل کردند. گروه کنترل در یک ماه فقط مشاوره روتین از مامای درمانگاه را دریافت می‌کردند، در حالی که گروه آزمون علاوه بر مراقبت روتین، از مشاوره جنسی به صورت هفتگی توسط مامای دوره دیده بهره‌مند می‌شدند. جلسات به صورت هفتگی طی ۴ جلسه ۹۰-۴۵ دقیقه‌ای صورت می‌گرفت. پژوهشگر جهت بررسی و تقویت رضایت زناشویی گروه آزمون، تماس تلفنی هفتگی با آنان داشت. جهت انجام پس‌آزمون هر دو گروه مجدداً پرسشنامه را ۲ هفته و ۴ هفته بعد از اتمام مشاوره تکمیل نموده و سپس نتایج پژوهش مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. تحلیل اماراتی داده‌ها با نرم افزار SPSS22 و نتایج با آزمون‌های تی، کای دو، من ویتنی و ویلکاکسون مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۸۰ نفر زن باردار معیار ورود به مطالعه را داشتند که در دو گروه آزمون (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) مورد ارزیابی قرار گرفتند. بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف متغیرها دارای توزیع نرمال می‌باشند. ($P > 0/05$) همچنین براساس آزمون کای دو بین گروه آزمون

معصومی و همکاران

مشخصات متغیرهای کمی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری	روش آماری
سن	۲۶/۳۲	۳/۹۲	۲۷/۱۰	۴/۷۷	۰/۴۳	آزمون تی مستقل
درآمد	۱۲۱۷۵۰۰	۱/۱۵	۹۲۷۵۰۰	۴/۹۶	۰/۱۴	آزمون تی مستقل
سن بارداری	۲۴/۷۷	۰/۸۳	۲۴/۷۷	۰/۸۰	۱/۰۰	آزمون تی مستقل
تعداد حاملگی	۱/۶۲	۰/۷۰	۱/۹۷	۱/۰۴	۰/۰۸	آزمون تی مستقل
تعداد فرزندان زنده	۰/۵۵	۰/۵۹	۰/۷۲	۰/۹۳	۰/۳۲	آزمون تی مستقل
تعداد سقط	۰/۱۰	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۶۰	۰/۰۶	آزمون تی مستقل
تعداد فرزندان فوت شده	۰/۰۵	۰/۲۲	۰	۰	۰/۱۶	آزمون تی مستقل

گروه آزمون		گروه کنترل		P-Value	
قبل از مداخله	دوهفته بعد از مداخله	چهار هفته بعد از مداخله	پنج هفته بعد از مداخله	آماره آزمون	P-Value
رضایت زناشویی	۵۱/۲۰ (۸/۰۵)	۵۴/۵۲ (۷/۷۶)	۴۷/۷۵ (۱۱/۰۵)	۴۶/۳۰ (۱۰/۰۲)	*۰/۰۱

مقادیر در جدول بصورت میانگین (انحراف معیار) بیان شده اند.

قبل و دوهفته بعد از مداخله		قبل و چهار هفته بعد از مداخله		دوهفته بعد و چهار هفته بعد از مداخله	
آماره آزمون	P-Value	آماره آزمون	P-Value	آماره آزمون	P-Value
رضایت زناشویی	*۰/۰۰۱	۳/۳۲	*۰/۰۰۱	۴/۶۷	*۰/۰۰۱

با استفاده از آنالیز واریانس داده‌های تکراری به مقایسه متغیر رضایت زناشویی در سه مقطع زمانی قبل از مداخله، بعد از مداخله و چهار هفته بعد از مداخله در هر یک از گروه‌های آزمون و کنترل پرداخته شد. بر اساس این آزمون که در جدول ۳ آورده شده است، میان میانگین نمرات در سه مقطع در گروه آزمون اختلاف معنی داری وجود داشت ($P > 0/05$)، بنابراین با استفاده از روش LSD به مقایسه دو به دو متغیر رضایت جنسی پرداخته شد.

نتایج این آزمون در جدول ۴ نشان داد بین میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه آزمون قبل و دو هفته بعد از مداخله، قبل و چهار هفته بعد از مداخله، همچنین دو هفته و چهار هفته بعد از مداخله اختلاف معنی داری وجود داشت ($P > 0/05$). به طوری که امتیاز رضایت مندی زناشویی از $51/20 \pm 8/05$ در قبل از مداخله، به $54/52 \pm 7/76$ در دو هفته و $59/20 \pm 6/48$ در چهار هفته بعد افزایش یافت. میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در گروه کنترل قبل از مداخله، دوهفته بعد از مداخله و چهار هفته بعد از مداخله به ترتیب $47/75 \pm 11/05$ ، $46/30 \pm 10/02$ و $45/67 \pm 10/10$ بود (جدول ۳).

همان طور که در جدول ۵ نشان داده شده است در گروه آزمون، چهار هفته بعد از مداخله درصد افرادی که در سطح رضایت زیاد بودند افزایش یافته است. همچنین مشاهده می‌شود در گروه آزمون در قبل از مداخله بیشتر افراد (۷۵ درصد) رضایت نسبی و متوسط را ذکر کردند، که در دو هفته بعد از مداخله نیز همچنان بیشترین آمار مربوط به رضایت نسبی و متوسط بوده (۷۵ درصد)، همچنین چهار هفته بعد از مداخله نیز بیشترین افراد رضایت نسبی و متوسط را ذکر می‌کنند (۴۷/۵) و این درحالیست که در چهار هفته بعد از مداخله ۲/۵ درصد افراد عدم رضایت، ۴۵ درصد رضایت زیاد و بالاتر و ۵ درصد افراد رضایت فوق العاده داشتند. میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در گروه کنترل قبل از مداخله، دو هفته بعد از مداخله و چهار هفته بعد از مداخله به ترتیب $47/75 \pm 11/05$ ، $46/30 \pm 10/02$ و $45/67 \pm 10/10$ بود (جدول ۳).

جدول ۵: فراوانی مطلق و نسبی رضایت زناشویی در گروه آزمون و کنترل						
گروه کنترل		گروه آزمون				
چهار هفته بعد از مداخله	دو هفته بعد از مداخله	قبل از مداخله	چهار هفته بعد از مداخله	دو هفته بعد از مداخله	قبل از مداخله	
۱۳ (۳۲/۵)	۱۲ (۳۰/۰)	۱۰ (۲۵/۰)	۱ (۲/۵)	۲ (۵/۰)	۴ (۱۰/۰)	عدم رضایت
۲۲ (۵۵/۰)	۲۱ (۵۲/۵)	۲۵ (۶۲/۵)	۱۹ (۴۷/۵)	۳۰ (۷۵/۰)	۳۰ (۷۵/۰)	رضایت نسبی و متوسط
۵ (۱۲/۵)	۶ (۱۵/۰)	۳ (۷/۵)	۱۸ (۴۵/۰)	۷ (۱۷/۵)	۵ (۱۲/۵)	رضایت زیاد و بالاتر
۰	۱ (۲/۵)	۲ (۵/۰)	۲ (۵/۰)	۱ (۲/۵)	۱ (۲/۵)	رضایت فوق العاده

بحث

زناشویی زوجین را قبل و بعد از آموزش مورد بررسی قرار داد و تأثیر آموزش را مثبت اعلام کرد [۳۲]. (Avery) نیز نشان داد که پس از مشاوره، نمره در پس آزمون و در پیگیری ۶ ماه بعد نسبت به نمره پیش آزمونیه مراتب بالاتر بوده است. نتایج تحقیق حاضر نیز مشابه یافته‌های فوق است و بیانگر آن است که مشاوره جنسی، رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد؛ بطوریکه آزمون آماری، اختلاف معناداری در هر مرحله نسبت به مرحله قبل نشان می‌دهد ($P < 0/001$) [۳۳]. جهانفر و همکارانش معتقدند که با ارائه مشاوره مناسب در زمینه مسائل جنسی به تدریج مشکلات موجود در روابط جنسی زوجین از بین رفته و نا آگاهی‌ها جای خود را به دانش و آگاهی کامل می‌دهد [۳۴]. مطالعه حاضر نشان داد عدم مشاوره جنسی و مداخله در گروه کنترل در افزایش میانگین و انحراف معیار این افراد هیچ گونه تغییری بوجود نیآورده بطوری که آزمون آماری، اختلاف معناداری در هر مرحله نسبت به مرحله قبل نشان نمی‌دهد. به ترتیب دو و چهار هفته نسبت به قبل از مداخله، ($P = 0/034$)، ($P = 0/593$)، پژوهش حاضر با مطالعه بابازاده و همکاران با عنوان بررسی تأثیر آموزش بر تغییرات فعالیت جنسی در بارداری همخوانی داشته و در آن اختلاف معناداری بین رضایت از روابط جنسی زنان در گروه مداخله، قبل و ۲ ماه بعد از آموزش وجود داشت؛ در حالیکه در گروه کنترل اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P = 0/83$) [۳۵]. در مقایسه دو گروه آزمون و کنترل، پژوهش حاضر گویای آن است که بعد از مداخله بین گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی‌دار بوده که با مطالعه پاک گوهر و همکاران همخوانی داشته است. و با مداخله در گروه آزمون رضایت زناشویی نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است و این اختلاف معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$) مطالعه حاضر با مطالعه Cooper و همکاران (۱۹۸۷) در مورد مقایسه دو گروه آزمون و کنترل همخوانی دارد؛ این مطالعه به مقایسه برنامه بهبود جنسی

بر اساس نتایج مطالعه، میزان نمره رضایت زناشویی در گروه آزمون در قبل از مداخله از $8/05 \pm 51/20$ در قبل از مشاوره، به $7/76 \pm 54/52$ در دو هفته و $6/48 \pm 59/20$ در چهار هفته بعد افزایش یافت، که اختلاف معنی داری در این گروه وجود داشت (به ترتیب $P < 0/001$ ، $P < 0/001$) و می‌توان ادعا نمود که مشاوره جنسی در دوران بارداری توانسته در افزایش رضایتمندی زناشویی زنان باردار مؤثر باشد. مطالعه حاضر با مطالعه منگلی و همکاران، که در آن مداخله به صورت ارائه یک پمفلت آموزشی بود و رضایت زناشویی قبل و یک ماه بعد از مداخله گردآوری شد همخوانی دارد، چنانکه امتیاز بندی رضایت زناشویی از $28 \pm 168/8$ در قبل از آموزش به $18/2 \pm 187/3$ در بعد از آموزش افزایش یافت و به این نتیجه دست یافتند که با ارائه آموزش‌هایی در خصوص ویژگی‌ها و تغییرات دوران بارداری و بعد از زایمان، می‌توان رضایت زناشویی را افزایش داد [۲۸]. همچنین پژوهش حاضر با مطالعه Schulz (۲۰۰۶) و Zimmermann (۱۹۹۴) در رابطه با افزایش تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی و زناشویی همخوانی دارد [۲۸-۳۰].

مطالعه حاضر همچنین با مطالعات پاک گوهر و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی داشت. در مطالعه پاک گوهر مشاوره جنسی برای زنان نابارور در دو مرحله قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله صورت گرفت که نشان داد اختلاف معناداری بین میانگین رضایت جنسی و زناشویی زوجین وجود دارد ($P < 0/0001$) [۵]. (Byrne و Baron (۲۰۰۶) در نتایج مطالعات خود بیان کردند که آموزش جنسی یا مشاوره زناشویی در سلامت خانواده، کاهش خشونت‌های جنسی در خانواده، جلوگیری از بیماری‌های مقاربتی، نگرش مثبت نسبت به روابط جنسی، لذت جنسی، کاهش ناسازگاری در خانواده، کسب تجربه لذت بخش جنسی و رضایت جنسی زوجین در نتیجه رضایت زناشویی زوجین نقش مهمی را ایفا می‌کند [۳۱]. رهنما در سال ۱۳۸۱ با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه انریچ، رضایت

نتیجه گیری

با ارائه مشاوره در خصوص مسائل جنسی زوجین می‌توان زوجین را برای روبرو شدن با تغییرات دوران بارداری و سازگاری با آنها آماده ساخت و بدین ترتیب از بروز تنشها و مشاجرات زوجها در این دوران پیشگیری نمود. حصول چنین نتیجه‌ای ضرورت ارائه خدمات آموزشی بهداشت روانی و مشاوره زوجین در دوران بارداری و برطرف ساختن نیازهای آموزشی آنان را مطرح می‌سازد.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان (IR.UMSHA.REC.1394.225) در سال ۱۳۹۴ انجام شده و در پایگاه ثبت کارازماییهای بالینی وزارت بهداشت به شماره (IRCT2015070713405N11) به ثبت رسیده است. این مقاله حاصل پایان نامه ارشد مشاوره در مامایی بهنام نجاتی به راهنمایی سرکار خانم دکتر معصومی می‌باشد. همچنین مراتب تشکر و سپاس خود را نسبت به کلیه عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند و کارکنان مراکز بهداشتی (شماره یک، دو، سه و پنج) شهرستان ملایر بخصوص سرکارخانم دکتر گلفام و پرایلی اعلام می‌داریم.

REFERENCES

- Larson JH, Holman TB. Premarital Predictors of Marital Quality and Stability. *Fam Relat.* 1994;43(2):228. DOI: 10.2307/585327
- Aliakbari Dehkordi M. [Relationship between women sexual function and marital adjustment]. *J Behav Sci.* 2010;4(3):11-2.
- Waghey Y, Miri M, Ghasemipour M. A survey about effective factors on the marital satisfaction in employees of two Birjand universities. *J Birjand Univ Med Sci.* 2009;16(4):43-50.
- 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]. 2011.
- Pakgohar M, Vizheh M, Babaee G, Ramezanzadeh F, Abedininia N. [Effect of counseling on sexual satisfaction among infertile women referred to Tehran fertility center]. *J Hayat.* 2008;14(1):21-30.
- Mirghaforvand M, Alizadeh S, Asghari M, Tavananezhad N, Karkhaneh M. [Individual-Social predictor of marital satisfaction in women of reproductive age in Tabriz]. *Iranian J Obstet Gynecol Infert.* 2013;16(72):1-12.
- Corsini RJ. Understanding and similarity in marriage. *J Abnorm Psychol.* 1956;52(3):327-32. PMID: 13318838
- Young M, Denny G, Young T, Luquis R. Sexual satisfaction among married woman. *Am J Health Studies.* 2000;16(2):34-43.
- Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav.* 2001;30(2):177-219. PMID: 11329727
- Keramat A, Masoomi SZ, Mousavi SA, Poorolajal J, Shobeiri F, Hazavhei SM. Quality of life and its related factors in infertile couples. *J Res Health Sci.* 2014;14(1):57-63. PMID: 24402852
- Breznyak M, Whisman MA. Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. *J Sex Marital Ther.* 2004;30(3):199-217. DOI: 10.1080/00926230490262393 PMID: 15205075
- Guo B, Huang J. Marital and sexual satisfaction in Chinese families: exploring the moderating effects. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):21-9. DOI: 10.1080/00926230590475224 PMID: 15841703
- Rahmani A, Safavi S, Jafarpoor M, Merghati-Khoei EA. [The relation of sexual satisfaction and demographic factors]. *Iran J Nurs.* 2010;23(66):14-22.
- Sharyati M, Ghamarani A, Solati Dehkordi S, Abbasi Molid H. [The study of relationship between alexithymia and sexual satisfaction among female married students in Tabriz University]. *J Fam Res.* 2010;6(1):59-70.
- Shafi Abadi A, Honarparvaran N, Tabrizi M, Navabi Nezhad S. [Efficacy of emotion-focused couple therapy training with regard to increasing sexual satisfaction among couples]. *Thought Behav Clin Psychol.* 2010;4(15):59-70.
- Rahnama P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Oakley D, Montazeri A. Why Iranian married women use withdrawal instead of oral contraceptives? A qualitative study from Iran. *BMC Public Health.* 2010;10:289. DOI: 10.1186/1471-2458-10-289 PMID: 20509885
- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M, Zayeri F. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril.* 2006;85(1):139-43. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2005.07.1285 PMID: 16412744
- Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG.* 2000;107(8):964-8. PMID: 10955426
- DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexu-

- ality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res.* 2002;39(2):94-103. DOI: [10.1080/00224490209552128](https://doi.org/10.1080/00224490209552128) PMID: [12476241](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12476241/)
20. Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. [Sexuality of pregnant women]. *Ginekol Pol.* 2006;77(9):733-9. PMID: [17219804](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17219804/)
 21. Moin Z. [Mental health in pregnancy period]. Tehran: Central Rehabilitation Organization; 2002.
 22. Cole CL, Cole AL. Marriage Enrichment and Prevention Really Works: Interpersonal Competence Training to Maintain and Enhance Relationships. *Fam Relat.* 1999;48(3):273. DOI: [10.2307/585637](https://doi.org/10.2307/585637)
 23. Shams MZ, Shahsiah M, Mohebi S, Tabaraee Y. [The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz city]. *J Health Sys Res.* 2010;6(3):417-24.
 24. Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahmani N. [The effect of sexual health education on sexual satisfaction author]. *IJOGI.* 2013;15(42):23-30.
 25. Rostamkhani F, Ozgoli G, Khoei E, Jafari F, Majd H. [Effectiveness of the PLISSIT-based Counseling on sexual function of women]. *J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwifery.* 2012;22(76).
 26. Olson DHL. Families, what makes them work. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
 27. Khanabadi M. [Combined efficacy analysis of TA-CT on marital satisfaction]. Tehran, Iran: Allameh tabatabaee University; 2010.
 28. Mange li M, Gholami M, editors. [Marital satisfaction and related factors in pregnant women]. 1st conference on hygiene and health; 2007; Tehran.
 29. Schulz MS, Cowan CP, Cowan PA. Promoting healthy beginnings: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(1):20-31. DOI: [10.1037/0022-006X.74.1.20](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.20) PMID: [16551140](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16551140/)
 30. Zimmermann-Tansella C, Bertagni P, Siani R, Micciolo R. Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. *Soc Sci Med.* 1994;38(4):559-64. PMID: [8184318](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8184318/)
 31. Baron R, Byrne D, Branscombe N. *Social Psychology* 11/e. Boston: Pearson Education; 2012.
 32. Rahnema A. [Effects of marriage on marital satisfaction of a group of couples covered by Imam Khomeini Relief Committee]. *Daneshvar.* 2002;10(43):73-80.
 33. Sayers S, Kohn C, Heavey C. Prevention of marital dysfunction Behavioral approaches and beyond. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(6):713-44. DOI: [10.1016/s0272-7358\(98\)00026-9](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00026-9)
 34. Jahanfar S, Molaeezhad M. [Textbook of sexual disorders]. Tehran: Bijeh 2001.
 35. Babazadeh R, Mirzae Najmabadi K, Masumi Z. [Investigating effect of teaching on sexual activity changes during pregnancy]. *Iranian J Obstet Gynecol Infert.* 2012;12(25):18-26.
 36. Cooper A, Stoltenberg CD. Comparison of a sexual enhancement and a communication training program on sexual and marital satisfaction. *J Couns Psychol.* 1987;34(3):309-14. DOI: [10.1037/0022-0167.34.3.309](https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.3.309)
 37. Nouranipour R, Beshart M, Yousefi E. [An investigation of the correlation between sexual knowledge and attitude with marital satisfaction among married couples inhabiting in married students dormitory at shahid Beheshti University]. *Couns Res Dev.* 2008;6(24):27-39.
 38. Byers ES. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *J Sex Res.* 2005;42(2):113-8. DOI: [10.1080/00224490509552264](https://doi.org/10.1080/00224490509552264) PMID: [16123841](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16123841/)

Investigating the Effects of Sexual Consultation on Marital Satisfaction Among Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial

Seyedeh Zahra Masoomi¹, Behnaz Nejati², Azra Mortazavi³, Parisa Parsa^{4,*}, Manoochehr Karami⁵

¹ Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² MSc, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Psychologist, Emam Hossein Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Malayer, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Mother and child health, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁵ Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center and Department of Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Parisa Parsa, Associate Professor, Department of Mother and Child Health, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran. E-mail: pparsa2003@yahoo.com

DOI: 10.21859/nmj-24046

Received: 06.06.2016

Accepted: 06.08.2016

Keywords:

Marital Satisfaction
Sexual Satisfaction
Sexual Consultation
Pregnancy

How to Cite this Article:

Masoomi S Z, Nejati B, Mortazavi A, Parsa P, Karami M. Investigating the Effects of Sexual Consultation on Marital Satisfaction Among Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(4):256-263. DOI: 10.21859/nmj-24046

© 2016 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Marital satisfaction may be reduced during pregnancy due to the outbreak of some sexual problems. Sexual consultation with pregnant females may decrease the side effects of pregnancy. The present study was designed to investigate the effect of sexual consultation on marital satisfaction of pregnant females.

Methods: The present study was a randomized clinical trial with a control group; the participants were 80 pregnant females, who had attended the medical centers of Malayer City. Forty females were allocated to the consultation group for four 45- to 90-minute sessions and forty females were allocated to the control group. Sampling was done randomly. The questionnaires included a demographic questionnaire and marital satisfaction questionnaire, Enriching, Relationship, Issues, Communication and Happiness (ENRICH), which had 47 questions. Statistical analysis of the data was done using the SPSS 22 software.

Results: The mean marital satisfaction scores in the experimental group revealed significant differences between the week before and two and four weeks after the consultation ($P < 0.001$ and $P < 0.001$, respectively). Marital satisfaction in the control group also showed a significant change between the week before and two weeks after the consultation ($P = 0.03$), yet this difference was not significant before and four weeks after the intervention ($P = 0.593$).

Conclusions: By providing sexual consultation for partners, we can prepare them to deal and cope with pregnancy changes, and in this way we can prevent tension and arguments during this period.