

اختلال عملکرد جنسی زوجین و برخی عوامل مرتبط با آن در دوران بارداری

رقیه بایرامی (M.Sc.)^۱، نیلوفر ستارزاده (M.Sc.)^۲، فاطمه رنجبرکوچکسرای (M.D.)^۳، محمد زکریا پزشکی (M.D.)^۴

۱- بیمارستان قمر بنی هاشم، خوی، ایران

۲- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز، تبریز، ایران

۳- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز، تبریز، ایران

۴- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بارداری یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است و روابط جنسی و زناشویی زوجین در اثر تغییرات فیزیکی و روانشناختی متعدد این دوره دستخوش تغییر می‌شود؛ لذا توجه ناکافی به امور جنسی در دوران بارداری می‌تواند باعث بروز اختلال در عملکرد جنسی هر یک از زوجین شود. این پژوهش با هدف تعیین اختلال عملکرد جنسی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار و همسران آنها انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در ۳۵۰ زوج در دوران بارداری مورد بررسی قرار گرفت. زوجین شرکت کننده در این مطالعه به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی- اجتماعی، نگرش واحدهای مورد پژوهش نسبت به فعالیت جنسی در دوران بارداری و پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا‌ی مربوط به زن و مرد انجام گرفت. از آزمون مجذور کای و مدل رگرسیون لجستیک برای تحلیل داده‌ها استفاده و مقادیر p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج: در این مطالعه ۱۲/۵٪ از زوجین در سه ماهه اول، ۱۱/۳٪ در سه ماهه دوم و ۲۱٪ در سه ماهه سوم بارداری اختلال عملکرد جنسی داشتند. در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری اختلال میل جنسی در زنان و عدم رضایتمندی جنسی و نیز عدم رسیدن به ارگاسم شایعترین اختلال عملکرد جنسی در مردان بود. در سه ماهه سوم بارداری بین اختلال عملکرد جنسی مردان با ترس از صدمه به جنین ($p=۰/۰۹$) و احساس گناه ($p<۰/۰۰۱$) ارتباط آماری وجود داشت. از طرف دیگر ترس از صدمه به جنین ناشی از فعالیت جنسی ($OR=۱/۵$)، احساس کاهش جذابیت جنسی ($OR=۱/۴۲$)، عدم رضایت از درآمد خانوادگی ($OR=۲/۱۷$)، ناخواسته بودن بارداری ($OR=۴/۰۵$) و سطح تحصیلات پایین ($OR=۲/۴۹$) با اختلال جنسی در زنان ارتباط معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه آگاهی، عقاید و نگرش در مورد فعالیت جنسی در بارداری، عملکرد جنسی زوجین را تحت تاثیر قرار می‌دهد ارائه آموزش و مشاوره‌های لازم در این زمینه توصیه می‌شود.

کلید واژگان: اختلال عملکرد جنسی، بارداری، تمایلات جنسی، چرخه پاسخ جنسی، رضایت، رفتار جنسی، روانشناختی، زوجین، نگرش.

مسئول مکاتبه: رقیه بایرامی، بیمارستان قمر بنی هاشم، خوی، ایران.

پست الکترونیکی: rozabayami@yahoo.com

دریافت: ۸۶/۱۱/۱۰ پذیرش: ۸۷/۵/۲۹

زمینه و هدف

اختلال عملکرد جنسی ممکن است ناشی از عوامل روانشناختی و جسمانی باشد؛ در مواردیکه علت جسمانی برای مشکلات جنسی وجود دارد عوامل روانشناختی ممکن است نقش ثانویه‌ای در پیچیده کردن موقعیت داشته باشند و می‌توانند موجب اشکال در پاسخ جنسی و اختلال‌های کنشی جنسی گردند (۱). تحقیقات نشان می‌دهد نارسایی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرایم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارد. همچنین عصبی بودن، بروز دردهای زیر دل و کمردردها، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام امور روزمره نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضاء غریزه جنسی است؛ در حالیکه عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه‌ای برای بدست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است (۲). چه بسا زوجینی که دارای نارسایی جنسی بوده و خود از تأثیر آن بر زندگی زناشویی و نقش آن در ایجاد ارتباط ضعیف، اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافل بوده‌اند (۲).

براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی-روانی^۱، اختلال عملکرد جنسی به عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام رابطه جنسی تعریف شده است و به هفت طبقه عمده تقسیم می‌شود (۳). Lewis در مطالعه خود نشان داد که ۳۰-۲۰٪ از مردان و ۴۵-۴۰٪ از زنان حداقل در یکی از مراحل سیکل پاسخ جنسی خود مشکل دارند (۴).

بارداری یکی از حساسترین دوره‌های زندگی زنان است و روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات فیزیکی و روانشناختی متعدد دوران بارداری دستخوش تغییر می‌شود. عواملی نظیر تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زن باردار، کنار گذاردن فعالیت جنسی و

احساس گناه در مورد روابط جنسی در بارداری، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدن خود، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین، ترس از سقط و زایمان زودرس و غیره می‌توانند روی پاسخ جنسی فرد و در نهایت ارتباط زوجین تأثیر منفی گذاشته، اضطراب و عدم اعتماد به نفس زوجین را سبب شود و در نهایت بهداشت روانی خانواده را بر هم زند (۵).

در طول بارداری میل جنسی و فعالیت جنسی زنان باردار و همسر آنها غیر قابل پیش‌بینی بوده، ممکن است افزایش یا کاهش یابد یا بدون تغییر بماند (۶). بارداری می‌تواند هم باعث عمیق‌تر شدن روابط زناشویی و هم باعث گسستگی آن شود (۲). نتایج پژوهش Lee تحت عنوان «مفهوم رضایت جنسی» در زنان باردار که به روش پدیدارشناسی انجام گرفته است، نشان داد که ادامه فعالیت جنسی در طول بارداری باعث افزایش شناخت خود، افزایش قدرت در ارتباط جنسی، استحکام روابط زناشویی و استحکام بخشیدن به حقیقت فعالیت جنسی می‌شود (۷). در متاآنالیز ۵۹ مطالعه نشان داده شد که اگر زوجین در طول بارداری فعالیت جنسی داشته باشند و از آن لذت ببرند، ارتباطات، ملاحظت و نرمی رفتار در چهار ماه بعد از زایمان و سه سال بعد از آن بهتر می‌شود و روابط بین زوجین با ثبات و مستحکم شده و کمتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۸). از طرف دیگر خشونت در روابط اغلب در بارداری شروع شده یا بدتر می‌شود؛ زیرا زنان در این دوره از نزدیکی جنسی^۲ خودداری می‌کنند (۹). مردان اولین ارتباط جنسی خارج از محدوده خانواده را در دوره بارداری همسر تجربه می‌کنند (۱۰، ۱۱).

اگرچه برقراری رابطه جنسی در بارداری بدون رعایت اصول صحیح، عوارضی را برای مادر و جنین در پی دارد (۱۲)، با این وجود علم طب هیچ محدودیتی

2- Coitus

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

فعلی را بدون عوارضی از قبیل جفت سر راهی، تهدید به سقط، فشار خون بارداری و زایمان زودرس سپری کرده و سابقه مصرف الکل، سیگار، داروهای موثر بر میل جنسی مانند داروهای ضد افسردگی و فشار خون و بیماری‌های روانی و جسمی نداشتند. در صورت سابقه ابتلاء هر کدام از زوجین مورد پژوهش به اختلال جنسی درمان نشده از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بود. پرسشنامه مشتمل بر سه قسمت مشخصات فردی-اجتماعی، نگرش واحدهای مورد پژوهش نسبت به فعالیت جنسی در طول بارداری، منابع اطلاعاتی آنها و پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا (ASEX)^۲ (۱۵) مربوط به زن و مرد بود.

پرسشنامه ASEX که توسط یکی از اساتید روانپزشکی دانشگاه آریزونا ارائه شده است (۱۵) با داشتن فقط ۵ سؤال می‌تواند در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه جهت غربالگری اختلال عملکرد جنسی به کار رود. پنج عنصر عملکرد جنسی شامل میل جنسی، تحریک، لغزندگی واژن در زن، حفظ نعوظ در مرد، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم می‌باشد که براساس مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است. در پرسشنامه به جواب فوق‌العاده آسان نمره ۱، جواب خیلی آسان نمره ۲، بعضی وقتها زیاد نمره ۳، بعضی وقتها ضعیف نمره ۴، خیلی ضعیف یا خیلی مشکل نمره ۵ و هرگز نمره ۶ تعلق گرفت. اگر نمره کل بیشتر از ۱۸ و یا نمره یکی از سئوالات ۵ یا بیشتر از ۵ بود فرد دارای اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شد.

پرسشنامه پس از جلب اعتماد و کسب رضایت آگاهانه زوجین، در مورد زنان به‌طریق مصاحبه و در محیط خلوت تکمیل شد. همچنین در صورت حضور فیزیکی مردان به هنگام مراجعه همسرشان برای دریافت خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی، پرسشنامه

برای انجام فعالیت جنسی در یک بارداری طبیعی قایل نشده و می‌توان رابطه جنسی متعادل را به غیر از گروه پرخطر در طول بارداری ادامه داد (۱۲،۱۳).

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره (۱۹۹۹) دستیابی به بالاترین استاندارد از اطلاعات و بهداشت جنسی را حق همه انسانها می‌داند. همچنین آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی و رسیدگی به مشکلات جنسی زوجین از اجزاء اساسی و استاندارد مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد (۱۲،۱۴).

با توجه به اینکه عوامل اجتماعی-اقتصادی، قومی و فرهنگی در برداشت فرد و جامعه از تمایلات و رفتارهای جنسی موثر است و توجه به اهمیت موضوع و سعی در بالا بردن اطلاعات در مورد این اولویت مهم بهداشت روانی انگیزه‌ای برای انجام تحقیقی با عنوان تغییرات عملکرد جنسی زوجین و برخی عوامل مرتبط با آن در دوره بارداری در شهر تبریز شده است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود که به منظور بررسی اختلال عملکرد جنسی زوجین و برخی عوامل مرتبط با آن در دوره بارداری در تابستان سال ۱۳۸۴ در تبریز انجام گرفت. جامعه پژوهش را کلیه زنان باردار دارای پرونده بهداشتی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز جهت دریافت خدمات و مراقبت‌های دوران بارداری به همراه همسر هر فرد تشکیل می‌دادند. پس از مطالعه پیش‌پیمانه^۱ با تعداد پنجاه زوج نمونه، ۸۰ زوج از سه ماه اول بارداری، ۱۵۰ زوج از سه ماه دوم و ۱۲۰ زوج از سه ماه سوم (در مجموع ۳۵۰ زوج) به طور تصادفی و به نسبت مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز و به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند.

افراد مورد پژوهش ساکن شهر تبریز بودند و بارداری

2- Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)

1- Pilot study

لجستیک چندگانه با استفاده از نرم افزار Epi-info 2000 تجزیه و تحلیل گردید. در این مطالعه $p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی در زنان شرکت کننده در مطالعه $(26/1 \pm 5/7)$ (دامنه ۴۵-۱۷ سال) و در همسران آنها $(30/1 \pm 6/1)$ (دامنه ۴۵-۱۷ سال) بود. اکثر زنان شرکت کننده در مطالعه خانه‌دار $(94/6\%)$ و دارای تحصیلات متوسطه $(55/4\%)$ بودند و شغل اکثر شوهران آنها $(44/6\%)$ آزاد و دارای تحصیلات متوسطه $(56/3\%)$ گزارش گردید. نوبت بارداری اکثر شرکت کنندگان $(45/1\%)$ اولین بارداری بود. بارداری در اکثر نمونه‌های مطالعه $(80/3\%)$ خواسته و برنامه‌ریزی شده بود.

نتایج نشان داد $12/5\%$ از زوجین در سه ماهه اول، $11/3\%$ در سه ماهه دوم و 21% در سه ماهه سوم بارداری، دارای اختلال عملکرد جنسی همزمان بودند. در سه ماهه اول، دوم و سوم به ترتیب در $62/5\%$ ، 48% و $56/7\%$ از افراد مورد پژوهش، در یکی از زوجین اختلال عملکردی جنسی وجود داشت. به‌طور جداگانه، $66/3\%$ زنان سه ماهه اول، $50/7\%$ در زنان سه ماهه دوم و $69/2\%$ در زنان سه ماهه سوم و تنها $21/3\%$ مردان در سه ماهه اول، $19/3\%$ در سه ماهه دوم و $28/3\%$ در سه ماهه سوم بارداری همسر اختلال عملکرد جنسی داشتند. در هر سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری، اختلال میل جنسی در زنان و عدم رضایتمندی جنسی و همچنین عدم رسیدن به ارگاسم شایعترین اختلال عملکرد جنسی در مردان بود. فراوانی مربوط به اختلال هر کدام از مراحل سیکل پاسخ جنسی زنان در سه ماهه سوم بارداری در مقایسه با سه ماهه‌های دیگر بیشتر بود (جدول ۱).

به طریق مصاحبه توسط پرسشگر مرد آموزش دیده تکمیل می‌شد. در صورت عدم حضور فیزیکی شوهر شماره تلفن منزل یا محل کار همسر از خانم باردار گرفته شده و پرسشنامه توسط پرسشگر مرد پس از هماهنگی طی مصاحبه تلفنی تکمیل شد.

شایان ذکر است McGahuey ثابت کرده ابزار ASEX روایی خوبی داشته و گزینه‌های آن ارتباط نسبتاً خوبی با گزینه‌های سایر ابزارها مانند شاخص عملکرد جنسی کاهش یافته^۱ دارد. همچنین نشان داده که این ابزار از استحکام درونی و پایایی با آلفا کرونباخ $0/905$ و پایایی آزمون مجدد برخوردار است (16) . پایایی روایی سازه پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا توسط پزشکی و نویسنده اول این مقاله، نیز قبلاً ثابت شده است (17) .

در این مطالعه جهت روایی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوی استفاده گردید؛ بدین ترتیب که نظر ۱۰ نفر از اساتید محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد سئوالات اعمال گردید. جهت برآورد پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد برای سئوالات مربوط به تجارب جنسی استفاده شد. به این ترتیب که با ۳۰ زوج واجد شرایط مصاحبه به عمل آمد و مجدداً ۱۰ روز بعد، با همان ۳۰ نفر مصاحبه شد که ضریب همبستگی پیرسون برای سئوالات مربوط به مشکلات جنسی زنان باردار $r = 0/872$ بدست آمد.

پایایی درونی ابزار ASEX با پنج آیت در سه ماهه اول با آلفا کرونباخ $0/733$ و در سه ماهه دوم و سوم بارداری $0/836$ و ضریب همبستگی پیرسون برای سئوالات مربوط به مشکلات جنسی مردان $r = 0/832$ بدست آمد. برای تعیین ارتباط اختلال عملکرد جنسی با متغیرهای مستقل، از آزمون مجذور کای با استفاده از نرم افزار SPSS 11 استفاده شد. تحلیل چند متغیره عوامل مرتبط با اختلال با استفاده از روش رگرسیون

1- Brief index of sexual function

جدول ۱- توزیع فراوانی مشکلات مربوط به مراحل سیکل پاسخ جنسی زنان باردار و همسران آنها در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری در مراکز بهداشتی-درمانی تبریز، ۱۳۸۴

مشکل مربوط به مراحل چرخه پاسخ جنسی	زنان				مردان			
	سه ماهه اول		سه ماهه دوم		سه ماهه اول		سه ماهه دوم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
میل جنسی	۳۰	۳۷/۵	۰	۲۶/۶	۵	۶/۲	۱۱	۷/۳
تحریک جنسی	۲۰	۲۵	۳۷	۲۴/۶	۴۰	۳۳/۳	۴	۹/۱
رطوبت واژینال	۱۹	۲۳/۷	۲۷	۱۸	۲۹/۱	۳۵	---	---
ارگاسم	۲۳	۲۸/۷	۳۷	۲۴/۶	۴۲	۳۵	۱۰	۱۲/۵
رضایت از ارگاسم	۱۵	۱۸/۷	۲۴	۱۶	۲۰	۳۵/۸	۱۶	۹/۳
حفظ نعوظ	---	---	---	---	---	---	۷	۸/۷

اکثر واحدهای مورد پژوهش (حدود نیمی از زنان باردار و مردان) باور داشتند که رابطه جنسی در بارداری باعث صدمه به جنین می‌شود. بیش از ۵۰٪ زنان و ۳۵٪ مردان باور داشتند که رابطه جنسی در بارداری باعث عفونت می‌شود. بین سئوالات نگرش در زمینه ارتباط جنسی در بارداری، به جز سئوال مربوط به احساس جذابیت، در گروه زنان و مردان ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت (جدول ۲).

بررسیها نشان داد بیشترین اختلال در زنان در سه ماهه سوم^۱ وجود داشته است (p=۰/۰۰۴). جنین ارتباطی در همسران آنها مشاهده نشد.

در سه ماهه اول بارداری بین اختلال عملکرد جنسی زنان و ترس از صدمه به جنین (p=۰/۰۵)، احساس کاهش جذابیت جنسی (p=۰/۰۰۲) و احساس گناه (p=۰/۰۰۳) در سه ماهه دوم بین اختلال عملکرد جنسی

زنان و ترس از صدمه به جنین (p=۰/۰۱)، احساس کاهش جذابیت جنسی (p=۰/۰۰۲)، احساس گناه (p=۰/۰۰۱) و ترس از عفونت جنین (p=۰/۰۰۱) و در نهایت در سه ماهه سوم بین اختلال عملکرد جنسی و ترس از صدمه به جنین (p=۰/۰۰۲)، ترس از سقط (p<۰/۰۰۱) و احساس گناه از رابطه جنسی (p<۰/۰۰۱) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. در مردان فقط در سه ماهه سوم بارداری بین اختلال عملکرد جنسی با ترس از صدمه به جنین (p=۰/۰۰۹) و احساس گناه از رابطه جنسی (p<۰/۰۰۱) ارتباط آماری وجود داشت.

بین اختلال عملکرد جنسی زوجین و تعداد فرزندان رضایت از درآمد و نوع بارداری ارتباط آماری وجود نداشت در صورتیکه بین اختلال عملکرد جنسی زنان و نوع بارداری ارتباط آماری وجود داشت (p<۰/۰۰۱)، به طوریکه اختلال جنسی در زنان با بارداری ناخواسته

جدول ۲- توزیع فراوانی نوع نگرش زنان باردار و همسران آنها نسبت به رابطه جنسی در بارداری در مراکز بهداشتی-درمانی تبریز، ۱۳۸۴

p-value	مردان				زنان				سئوالات نگرش				
	نظری ندارم		خیر		نظری ندارم		خیر						
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد					
p<۰/۰۰۱	۲۴/۳	۸۵	۲۹/۱	۱۰۲	۴۶/۶	۱۶۳	۲۵/۴	۸۹	۲۲/۳	۷۸	۵۲/۳	۱۸۳	مقایرت باعث صدمه به جنین می‌شود
p<۰/۰۰۱	۳۳/۷	۱۱۸	۳۷/۴	۱۳۱	۲۸/۹	۱۰۱	۳۳/۱	۱۱۶	۲۳/۴	۸۲	۴۳/۴	۱۵۲	مقایرت باعث زایمان زودرس می‌شود
p<۰/۰۰۱	۳۵/۷	۱۲۵	۳۱/۴	۱۱۰	۳۲/۹	۱۱۵	۲۶/۶	۹۳	۲۴/۳	۸۵	۴۹/۱	۱۷۲	مقایرت باعث سقط می‌شود
p=۰/۰۰۱	۳۸۶/۹	۱۳۶	۲۶/۳	۹۲	۳۴/۹	۱۲۲	۲۶	۹۱	۱۶/۶	۵۸	۵۷/۴	۲۰۱	مقایرت باعث عفونت جنین می‌شود
معنی‌دار نبود	---	---	---	---	---	---	۱۲/۳	۴۳	۵۱/۱	۱۷۹	۳۶/۶	۱۲۸	جذابیت جنسی ام کاهش یافته است
p<۰/۰۰۱	۱۴/۳	۵۰	۵۴/۹	۱۹۲	۳۰/۹	۱۰۸	۱۱/۴	۴۰	۵۱/۴	۱۸۰	۳۷/۱	۱۳۰	مقایرت در طول بارداری گناه است
معنی‌دار نبود	۴۲/۹	۱۵۰	۳۹/۴	۳۸	۱۷/۷	۶۲	---	---	---	---	---	---	جذابیت جنسی همسر کم کاهش یافته است

1- Trimester

جدول ۳- نتایج مدل رگرسیون چندگانه برای تعیین عوامل مرتبط با اختلال جنسی زنان در دوره بارداری

متغیر	نسبت شانس (OR)	حدود اطمینان 95%	P- valu
ترس از صدمه به جنین در اثر رابطه جنسی	۱/۵	۱/۱۲-۲	۰/۰۰۷
احساس کاهش جذابیت جنسی	۱/۴۳	۱/۰۸-۱/۸۹	۰/۰۰۶
عدم رضایت از درآمد	۲/۶۷	۱/۴۹-۴/۷۸	۰/۰۰۱
تحصیلات کم	۲/۴۹	۱/۵۳-۴/۵۸	۰/۰۰۲
ناخواسته بودن بارداری	۴/۰۵	۲/۰۳-۸/۰۸	<۰/۰۰۱

بیشتر بود. از بین متغیرهای فردی- اجتماعی زنان، سطح تحصیلات ($p=۰/۰۰۱$) و رضایت یا عدم رضایت از درآمد خانوادگی ($p<۰/۰۰۱$) با اختلال جنسی ارتباط آماری معنی دار داشت؛ به طوریکه اختلال جنسی در بین زنان باردار با تحصیلات بالا و راضی از درآمد خانواده کمتر بود. بین مشخصات فردی- اجتماعی مردان و اختلال جنسی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. به منظور بررسی دقیقتر روابط بین متغیرهای مستقل و اختلال جنسی در زنان از آنالیز رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که داشتن ترس از صدمه به جنین در فعالیت جنسی ($OR=۱/۵$)، احساس کاهش جذابیت جنسی ($OR=۱/۴۳$) عدم رضایت از درآمد خانوادگی ($OR=۲/۶۷$)، ناخواسته بودن بارداری ($OR=۴/۰۵$) و سطح تحصیلات پایین ($OR=۲/۴۹$) با اختلال جنسی در زنان ارتباط معنی دار وجود داشت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ناخواسته بودن بارداری بیش از سایر متغیرها می تواند در بروز اختلال عملکرد جنسی زنان باردار نقش داشته باشد (جدول ۳).

اکثر زنان در سه ماهه دوم (۷۶٪) و سوم (۵۳/۳٪) بارداری وضعیت خوابیده به پشت^۱ را در هنگام نزدیکی داشتند. منبع اطلاعاتی اکثر واحدهای پژوهش (۳۳/۱٪) کتاب بود. ۱۶٪ زنان بیان داشتند که مراقبین بهداشتی در مورد رابطه جنسی در طی مراقبت های بارداری با آنها صحبت کرده بودند و طی سوال بازی که از موضوع مورد گفتگوی کارکنان بهداشتی پرسیده شد،

در ۷۴٪ موارد کارکنان بهداشتی توصیه های محدود کننده برای نزدیکی به خصوص در قبل از سه ماهگی و بعد از هفت ماهگی داده بودند. در طول بارداری ۲۰/۳٪ از واحدهای پژوهش هیچگونه اطلاعی در مورد مسایل جنسی دریافت نکرده بودند. ۷۵٪ از زنان و حدود ۶۲٪ مردان به لزوم ارائه آموزش های جنسی توسط کارکنان بهداشتی اشاره داشتند.

بحث

روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات فیزیکی و روانی متعدد دوران بارداری تغییر می یابد. در پژوهش حاضر نشان داده شد که اختلال عملکرد جنسی زوجین و اختلال مربوط به هر کدام از مراحل سیکل پاسخ جنسی زنان و مردان در سه ماهه دوم بارداری کمتر و در سه ماهه سوم از بیشترین درصد برخوردار بود. مشابه با نتایج مطالعه فعلی Erol و همکاران کاهش نمره عملکرد جنسی زنان باردار را در سه ماهه سوم بارداری در مقایسه با سه ماهه اول و دوم را نشان داد (۱۸). در مطالعه رحیمی و همکارش در تبریز نیز مشکل میل جنسی زنان باردار با پیشرفت بارداری بیشتر شده بود (۱۹). حیدری و همکاران در مطالعه خود در تهران کاهش میل جنسی، رضایتمندی جنسی و توانایی در رسیدن به ارگاسم زنان باردار را نسبت به قبل از بارداری نشان داده اند به طوریکه میل جنسی در ۵۸/۹٪ و رضایت جنسی در ۴۷/۶٪ آنها نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود که در زمینه مشکل میل جنسی نتایج با مطالعه فعلی مطابقت دارد (۲۰). مشابه با نتایج مطالعه حاضر در یک متاآنالیز نیز اختلال در ارگاسم و عدم رضایت از رسیدن به ارگاسم در سه ماهه سوم بارداری بیشتر بود (۸).

به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی که در سه ماهه دوم بارداری رخ می دهد انجام فعالیت جنسی در این دوره برای اکثر زنان راحت تر است. به طوریکه

باورها و افکار غیرمنطقی در اختلال کنشی جنسی تاکید نموده‌اند (۱).

در مطالعه‌ای که در تایوان انجام گرفته ۸۰٪ از زنان نگران آسیب به جنین در روابط جنسی خود بودند (۲۵) که این درصد در مقایسه با نتایج پژوهش ما قابل ملاحظه است.

حیدری و همکاران در مطالعه خود بر روی زنان باردار شهر تهران (۲۳)، رحیمی و همکاران در مطالعه خود در تبریز (۱۹) و پاشا و همکاران در مطالعه خود در بابل (۲۶) ترس از صدمه به جنین، ترس از سقط، ترس از زایمان زودرس و ترس از عفونت را در بیش از نیمی از زنان مورد پژوهش خود را نشان داده‌اند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. بطوریکه رحیمی (۱۹) در مطالعه خود ارتباط کاهش میل جنسی را با ترس از عفونت، صدمه به زن، احساس گناه از رابطه جنسی را نشان داده است. در مطالعه حسن زهرایی (۲۷) در اصفهان شیوع اختلال روابط زناشویی در بین زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری ۶۸/۱٪ بود که با نتایج مطالعه فعلی یکسان است. در مطالعه مذکور ارتباط ترس از صدمه به مادر و جنین، احساس جنین به عنوان فرد سوم در روابط جنسی، اعتقادات مربوط به رابطه جنسی در بارداری و رضایت از تصویر بدنی را با اختلال روابط جنسی نشان داده است (۲۷). که در مورد ارتباط اختلال در رابطه زناشویی با ترس از صدمه به جنین با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. پاشا و همکاران نیز ارتباط ترس از صدمه به جنین و کاهش دفعات رابطه جنسی در سه ماهه اول بارداری را نشان داده‌اند (۲۶). همچنین در مطالعه دیگری ارتباط بین ترس از صدمه به جنین و روابط جنسی نشان داده شده است (۲۸).

نتایج مطالعه شجاع که به روش کیفی و به صورت مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۵۱ زن باردار در گرگان انجام گرفته حاکی از این است که زنان باردار به دلیل

Kolman & Kolman می‌نویسد: زنان در سه ماهه دوم بارداری افکار جنسی بیشتری داشته، رویا، خواب و خیال‌های جنسی را تجربه کرده و رفتارهای جنسی را شروع می‌کنند (۲۱). همچنین احتقان عروقی اعضای تناسلی در طول فاز تهییج در سه ماهه اول و دوم بارداری شدیدتر می‌باشد؛ به‌خصوص اینکه در سه ماهه دوم بارداری زنان ارگاسم‌های شدیدتر و معمولاً چندین ارگاسم را برای اولین بار تجربه می‌کنند که دلیل آن افزایش آندروژن توتال سرم و افزایش احتقان لگن و احساس راحتی بیشتر در این دوره می‌باشد (۸).

در مطالعه حاضر مشکل میل جنسی و حفظ نعوظ و ارگاسم در مردان با پیشرفت بارداری زن افزایش یافته بود. در مطالعه Onah نیز به ترتیب ۳۶/۶٪ و ۳۲/۲٪ از مردان در دوره بارداری همسر خود در حفظ نعوظ آلت تناسلی و رسیدن به ارگاسم مشکل داشتند همچنین میل جنسی در ۴۱/۹٪ و دفعات مقاربت جنسی در ۷۴/۲٪ از این مردان کاهش یافته بود که دو عامل اعتقاد به لزوم کاهش رابطه جنسی در دوره بارداری و ترس از بروز سقط جنین در اثر رابطه جنسی عامل کاهنده دفعات نزدیکی جنسی در مردان بود (۲۲). در مطالعه حیدری ۴۳٪ از شوهران زنان باردار کاهش میل جنسی در طول بارداری همسرشان داشتند که علل این کاهش در ۶۵/۲٪ ترس از صدمه به جنین ۷۵/۹٪ رعایت حال همسر و ۲۳/۲٪ به هم خوردن اندام همسر عنوان شده است (۲۳). در مطالعه ستارزاده و همکارش بر اساس سئوالی که به‌طور غیر مستقیم از زنان باردار در مورد مشکلات شوهرشان پرسیده شده بود، ترس و احتمال آسیب به مادر و جنین سبب کاهش روابط جنسی مردان در اواخر بارداری شده بود (۲۴).

در پژوهش حاضر ترس از آسیب به جنین، ناخواسته بودن بارداری احساس کاهش جذابیت جنسی، متغیرهای روانی پیش‌گویی کننده اختلال جنسی زنان در بارداری بودند. محرابی و همکاران نیز بر نقش

ترس از صدمه به جنین و احساس گناه و همچنین راحتی خود از رابطه جنسی در دوران بارداری خودداری می‌کنند. همچنین ۹۴٪ از زنان اظهار کرده بودند که شروع روابط جنسی همواره از جانب همسر بوده و بی‌میلی و عدم همراهی همسر باعث کشمکش بین آنها شده است (۲۹).

مطالعه حاضر تاثیر احساس کاهش جذابیت جنسی بر بروز اختلال عملکرد جنسی زنان را نشان داد. مطالعات متعددی تاثیر تغییرات آناتومیکی، تغییر تصویر ذهنی فرد، احساس کاهش جذابیت جنسی برای همسر بر روی پاسخ جنسی فرد در بارداری را نشان داده‌اند (۵، ۲۷، ۳۰).

با توجه به مقایسه نتایج مطالعات انجام گرفته در جوامع مختلف و با فرهنگ‌های گوناگون در کشور به نظر می‌رسد در اکثر مطالعات بیشترین مشکلات جنسی در دوره بارداری ناشی از باورها و تصورات غلط، نگرش منفی و عدم فهم صحیح از تغییرات جسمانی و هیجانی زوجین در دوران بارداری می‌باشد. سایر یافته‌ها نیز نشان می‌دهد که ترس از جمله عواملی است که بر میل جنسی و در نتیجه روابط جنسی تاثیر می‌گذارد (۳۱) همین طور ازگلی در پژوهش خود در تهران نشان داد که دو سوم زنان باردار نسبت به مسائل جنسی در بارداری آگاهی خوب نداشتند و ۶۸٪ از آنها نگرش منفی نسبت به روابط جنسی در بارداری داشتند (۳۲). در این مورد لزوم آموزش و مشاوره روابط جنسی در دوران بارداری و قبل از بارداری در ارائه اطلاعات و آگاهی و نگرش مثبت و رفتار در خصوص جنس و هویت جنسی، نحوه ارتباط، اعتماد به نفس در برابر جنس مخالف اهمیت پیدا می‌کند (۳۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد ناخواسته بودن بارداری چهار برابر بیشتر از سایر متغیرها می‌تواند در بروز اختلال عملکرد جنسی زنان باردار نقش داشته باشد. حسن زهرایی نیز ارتباط اختلال روابط زناشویی را با

بارداری ناخواسته نشان داده است (۲۷) Nichols، Andrews و جهانفر نیز معتقدند ناخواسته بودن بارداری بر روابط جنسی در دوران بارداری تاثیر می‌گذارد و باعث بروز مشکلات جنسی در این دوره می‌شود (۱۲، ۲۰، ۲۹) که این موضوع اهمیت و توجه مسولین را در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی در جهت کاهش بارداری‌های ناخواسته و پیامدهای روانی ناشی از آن را نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر از بین متغیرهای فردی اجتماعی، داشتن تحصیلات پایین ($OR = 2/49$) و عدم رضایت از درآمد خانوادگی ($OR = 2/67$) با اختلال جنسی ارتباط آماری معنی‌دار داشت در صورتیکه چنین ارتباطی بین شوهران آنها وجود نداشت. در مطالعه پاشا ارتباط میل جنسی با میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی زنان (۲۶) و در مطالعه‌ای در کویت ارتباط بین سطح تحصیلات پایین با روابط جنسی نشان داده شده است (۳۴). حسن زهرایی نیز در مطالعه خود ارتباط روابط زناشویی با میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، محل سکونت، سن زن، تعداد فرزند را نشان داده است (۲۷) در صورتیکه Sydow ارتباطی بین متغیرهای جنسی و مشخصات دموگرافیک در بارداری و بعد از زایمان مانند تحصیلات، ملیت، وضعیت مالی، مدت ارتباط، شغل و طبقه اجتماعی و رضایت شغلی پیدا نکرد (۸). دلیل این مغایرت را می‌توان اختلافات فرهنگی و اقتصادی-اجتماعی موجود در دو جامعه ذکر کرد. به نظر می‌رسد که ارائه اطلاعات صحیح در مورد روابط جنسی قابل انتظار در بارداری و تغییرات مرتبط با آن به خصوص در رده‌های تحصیلی پایین‌تر می‌تواند عقاید نادرست مربوط به روابط جنسی را برطرف و رفتارهای جنسی بهینه را جایگزین نماید.

Sydow به این نتیجه رسید زنانی که اغلب در مورد مسائل جنسی از پزشک و کارکنان بهداشتی سؤال نمی‌کنند در مقایسه با افرادی که سؤال می‌کنند میل

وجود این در این پژوهش بیش از نیمی از زنان به هنگام رابطه جنسی وضعیت خوابیده به پشت داشتند که ممکن است این وضعیت بدنی ترس از صدمه به جنین را در زوجین سبب شود. در مطالعه رحیمی نیز اکثریت قابل توجهی از زنان باردار در سه ماهه دوم و سوم بارداری چنین موقعیت‌های بدنی را داشتند (۱۹). نتایج مطالعات نقص آموزش اصول صحیح فعالیت جنسی در دوران بارداری از طرف مراقبین بهداشتی را نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر با توجه به فرهنگ جامعه برای جلوگیری از اینکه واحدهای مورد پژوهش احساس واقعی خود را نسبت به مسائل جنسی بیان نکنند با توضیح اینکه محتوای پرسشنامه کاملاً محرمانه بوده و لازم به ذکر نام و نام خانوادگی نیست و همچنین استفاده از پرسشگر مرد برای شوهران این مسئله تا حدودی کنترل شد. اما با توجه به اینکه روابط جنسی از خصوصی‌ترین مسائل زندگی زنانشویی محسوب می‌شود و نیز به دلیل محدودیت‌های فرهنگی و مذهبی در جامعه ما ممکن است افراد به راحتی قادر به صحبت در مورد مسائل جنسی خود نباشند، بنابراین عدم صداقت احتمالی بعضی افراد در بیان صریح مسائل خود از محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگر در این مطالعه بود.

نتیجه گیری

از مجموع یافته‌های پژوهش چنین نتیجه گیری می‌شود که اختلال عملکرد جنسی زوجین در بارداری بسیار شایع است و باورها و عقاید نادرست در مورد فعالیت جنسی در بارداری در بروز مشکل جنسی زوجین نقش دارد. پیشنهاد می‌شود در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، ادغام مشاوره جنسی با مراقبت‌های دوران بارداری و ارتقاء دانش جنسی پرسنل بهداشتی از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی

جنسی بیشتری دارند؛ چون پزشک یا کارکنان بهداشتی آنها را از فعالیت جنسی در بارداری نهی می‌کنند (۸). ازگلی نیز از پژوهش خود چنین نتیجه گیری کرد در افرادی که نگرش منفی نسبت به روابط جنسی در بارداری دارند دادن آگاهی توسط منابع اطلاعاتی بیشتر سبب نگرش منفی و اضطراب و ترس می‌شود که این امر ناشی از دادن آگاهی ناکافی یا سطحی در زنان باردار است (۲۸) لذا جهت اصلاح نگرش و افزایش آگاهی احتیاج به برنامه‌های آموزش بهداشت جنسی عمیق و پایه‌ریزی شده طولانی مدت، از زمان کودکی تا سنین باروری می‌باشد.

در پژوهش حاضر نیز اکثریت زنان (۷۴٪) تنها مطلب آموزشی جنسی که از مراقبین بهداشتی دریافت کرده بودند اجتناب از مقاربت جنسی برای دوره‌هایی در بارداری بود. این امر می‌تواند نشانگر دانش کم کارکنان بهداشتی نسبت به مسائل جنسی در دوران بارداری باشد و لزوم توجه به این موضوع در جهت برقراری آموزش‌های ضمن خدمت در این خصوص برای کارکنان بهداشتی را نشان می‌دهد.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین اختلال جنسی و منبع اطلاعاتی مورد استفاده به نفع افرادی که از دوستان و اقوام در زمینه مسائل جنسی پرس و جو کرده بودند وجود داشت ($p=0/03$). با توجه به اینکه احتمال بیشتری وجود دارد که افراد اطلاعات غلط و نادرستی را از دوستان و اقوام خود دریافت دارند که در نتیجه روابط جنسی آنها را در دوره بارداری تحت تاثیر قرار دهد لزوم آموزش فعالیت‌های جنسی توسط پرسنل بهداشتی از جمله ماماها را نشان می‌دهد.

طبق مطالعه Matteson اغلب زوجین از فعالیت جنسی پرهیز می‌کنند. چون امکان تغییر موقعیت بدن به هنگام مقاربت برای جلوگیری از وارد کردن فشار به جنین را نمی‌دانند؛ در نتیجه ممکن است مردان به دلیل ترس از آسیب به جنین از فعالیت جنسی اجتناب کنند (۳۵). با

مطالعات طولی با پیگیری زوجین در دوره قبل از بارداری، بارداری و پس از زایمان و همچنین مطالعات مداخله‌ای جهت بررسی تاثیر مشاوره‌های جنسی بر عملکرد جنسی زوجین در طول بارداری انجام بگیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز است که بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی آن دانشگاه که حمایت مالی طرح را بر عهده گرفتند صمیمانه قدردانی می‌شود. همچنین از جناب آقای اصغر محمد پور اصل مربی اپیدمیولوژی که آنالیز رگرسیون چندگانه داده‌ها را انجام دادند و از جناب آقای موسی الرضایی که مصاحبه تلفنی با نمونه‌ها را انجام دادند صمیمانه تشکر می‌شود.

ضمن خدمت در زمینه مسائل جنسی انجام گیرد. به‌طور کلی، مراقبین بهداشتی در مشاوره جنسی با زنان باردار باید عقاید و اطلاعات نادرست در مورد فعالیت‌های جنسی را رد نمایند، تغییرات طبیعی ایجاد شده در بارداری را به زوجین آموزش دهند و رفتارهای جنسی متناسب جداگانه‌ای برای آنها توصیه و پیشنهاد نمایند. در نهایت توجه به بهداشت جنسی زوجین و تشخیص نگرانی‌های آنها و کمک به رفع این نگرانیها و بهبود عملکرد جنسی باید از محورهای اصلی مراقبت‌های دوران بارداری قرار بگیرد.

بدلیل وجود محدودیت‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که جهت نتیجه‌گیری دقیق‌تر در مورد عملکرد جنسی در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن،

References

- Mehrabi F, Dadfar M. [The role of psychological factors in sexual functional disorders]. Iran J Psychiat Clin psychol. 2003;9(1(33)):4-11. Persian.
- Jahanfar SH, Molaenezhad. [Text book of sexual disorders]. Salemi & bizhe publication, Tehran. 2002;p. 11-61. Persian.
- Gelder M, Magou R, Geddes J. [Oxford core texts psychiatry]. Translated by Pourafkary N. 2nd Edition. Golban medical publication. 2003;p.209. Persian.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. J Sex Med. 2004;1(1):35-9.
- Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. BMJ. 2004;392:587-9.
- Murrage SS, Corrie T. Foundation of maternal newborn nursing. 3rd Edition. WB sunders company, Philadelphia. 2002;p.164-6.
- Lee JT. The meaning of sexual satisfaction. J Midwifery Womens Health. 2002;47(4):278-86.
- Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after child birth: A meta content analysis of 59 studies of psychosomatic research. J Psychosomat Res. 1999;47(1):27-49.
- Smith MA, Shimp LA. 20 common problem in women's health care. McGraw-Hill, New York.2000;136-48.
- Nichols FH, Humenick SS. Child birth education, 2nd Edition. WB sunders company, Philadelphia. 2000;p. 49-63.
- Lawoyin TO, Larsen U. Male sexual behaviour during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo State. Nigeria. J Biosoc Sci. 2002;34(1):51-63.
- Andrews G. Womens sexual health. 2nd Edition. Bailliere tindal. Edinburgh. 2001;p.161-72.
- Sanfilippo JS, Smith RP. Primery care in obstetrics and gynecology. Springer press, New york. 1998;p. 510-2.
- Lowdermik DI, Perry SE, Bobak IM. Maternity & Womens Health Care. 7th Edition. Mosby company, London. 2000;p.418-20.
- Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in mental health. 2nd Edition. Lexicomp. 2003;p.372-3.
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther. 2000;26(1):25-40.
- Pezeshki MZ, Bayrami R. [Reliability and construct validity of Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) among pregnant women referred to Tabriz urban health centers, 2004]. 2nd National congress on family and sexual problems. Tehran, October 25-26. 2005;p.131. Persian.

- 18- 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.
- 19- Rahimi S, Seyyed Rasooly E. [Sexual behavior during pregnancy: A descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran]. *Payesh J.* 2004;3(4):291-9. Persian.
- 20- Heydari M, Mohammadi Kh, Faghihzadeh S. [The Study of Sexuality Changes during Pregnancy]. *Bi-monthly J Med Daneshvar.* 2005;13(61):32-7. Persian.
- 21- Nichols FH, Humenick SS. *Child birth education.* 2nd Edition. WB sunders company. Philadelphia. 2000;p. 49-63.
- 22- Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy, *Int J Gynecol Obstet.* 2002;76:219-23.
- 23- Heidari M, Kiani Asiabar A, Faghih Zadeh S. [Couples knowledge and attitude about sexuality in pregnancy]. *Tehran University Med J (TUMJ).* 2006; 64(9):83-9. Persian.
- 24- Sattarzadeh N, Yavari kya P. [sexual activity changes during pregnancy]. congress on family and sexual problems. Tehran, Shahed University. October 15-16, 2003;p.73. Persian.
- 25- Senkumwong N, Chaovisitsaree S, Rudpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai.* 2006;89(14):124-9.
- 26- Pasha H, Haj Ahmadi M. [Evaluation of Sexual behaviors in pregnant women and some related factors, Babol, Iran]. 2004. *Med J Hormozgan University.* 2007;10(4):343-8. Persian.
- 27- Hassan Zahraee R, Shafie K, Bashardoost N, Reihani M, Jaberi P. [Study of the related factors in couple' sexual relationship during pregnancy]. *J Qazvin University Med Sci.* Winter 2002;(20):62-7. Persian.
- 28- Oruc S, Esen A, Lacin S, Adiguzel H, Uyar Y and Koyuncu F sexual behavior during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 1999;39(1):48-50.
- 29- Shojaa M, Joybari L, Sanagoo A. [Current believes about sexual intercourse during pregnancy among pregnant women]. *Iran J Psychiat Clin Psychol. Letter to the editor.* Summer 2008;14(2):220-1. Persian.
- 30- Reamy KJ, Whites SE. Sexuality in the puerperium: a review. *Arch Sex Behav.* 1987;16:165-86.
- 31- OZgoli G, Khoushabi K, Valaie N, Dolatian M, Tarverdi M. [Surveying the knowledge and attitude toward sexual relation and its relivant factors in pregnant women referring to primary health care centers in Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, 2004]. *Pejouhandeh J.* 2006;2(6):137-47. Persian.
- 32- Boyd M. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice.* 2nd Edition. Lipincott company, phyladelphia. 2001;p. 173.
- 33- Bayrami R, Haghghi moghaddam Y. [Sexuality during pregnancy]. *Mehr e Amirmomenin Publication, Ghom.* 2006;p.69-80. Persian.
- 34- Al Bustan MA, el Tomi NF, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Arch Sex Behav.* 1995;24(2):207-15.
- 35- Matteson P SH. *Women's health during child bearing years: A community- based approach.* Mosby, St. louis. 2001;p.425-8.