

مقایسه اختلالات جنسی زنان در زمان بارداری با قبل از آن

عباسعلی ابراهیمیان^{۱*}، مریم حیدری^۲، دکتر محمد باقر صابری زفرقندی^۳

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ایران

۲. مربی گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، ایران

۳. استادیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۷/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۸

خلاصه

مقدمه: شیوع اختلالات جنسی در زنان و مردان بسیار بالا است. بارداری یکی از عوامل دخیل در پیدایش اختلالات جنسی است که می‌تواند با ایجاد متغیرهای گوناگون جسمی و روانی در ایجاد این‌گونه اختلالات دخیل باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه اختلالات جنسی زنان در زمان بارداری با قبل از آن انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی واحدهای پژوهش به صورت تصادفی از مناطق مختلف شهر سمنان در سال ۸۵ به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ۱۰۰ زن باردار یا دارای سابقه زایمان اخیر مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات به کمک پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته جهت سنجش اختلالات جنسی قبل و حین بارداری، جمع‌آوری و با روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی و استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۷۸٪ زنان قبل و ۸۰٪ آنان حین بارداری حداقل یکی از اختلالات جنسی را تجربه کرده بودند. این اختلالات به ترتیب اهمیت شامل: کاهش تمایل به برقراری ارتباط جنسی، نرسیدن به اوج لذت جنسی، درد، تنفر از برقراری ارتباط جنسی، اضطراب، خستگی و خودارضایی بود. در این مطالعه بین اختلالات جنسی ذکر شده در قبل و حین بارداری رابطه معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به افزایش اختلالات جنسی در زمان بارداری پیشنهاد می‌شود که اطلاعات عمومی در این زمینه افزایش یابد و با مدیریت صحیح سطح سلامت جنسی جامعه افزایش داده شود.

کلمات کلیدی: زنان؛ بارداری؛ اختلالات جنسی

* نویسنده مسؤول مکاتبات: عباسعلی ابراهیمیان؛ سمنان، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، مجتمع آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان؛
تلفن: ۰۲۳۱) ۳۳۵۴۱۹۰؛ پست الکترونیک: abbas2ali2000@yahoo.com

مقدمه

امروزه پرداختن به مسائل و مشکلات مربوط به امور جنسی به علت وجود دیدگاه‌های خاصی که در ارتباط با آن وجود دارد امری دشوار است. با این وجود پرداختن به آن امری ضروری به نظر می‌رسد، زیرا پیچیدگی مسئله به قدری هست که بتواند علت بررسی و تحقیق در ابعاد مختلف آن را توجیه کند. آمارها نشان دهنده فراوانی و گستردگی اختلالات جنسی در بین زنان و مردان سراسر جهان است و ناتوانی نسبی محققین در کنترل این‌گونه اختلالات و نوسان نه چندان زیاد شیوع و فراوانی آن در طی سال‌های مختلف، علی‌رغم تلاش‌ها، تحقیقات و اقدامات انجام شده نشان دهنده بزرگی و اهمیت مسئله است (۱-۴).

برخی طبقه‌بندی‌ها اختلالات جنسی را به چهار دسته ارگانیک، سایکولوژیک، مخلوط و ناشناخته تقسیم‌بندی می‌کنند (۵). بارداری یکی از مواردی است که با ایجاد تغییرات ارگانیک و سایکولوژیک در زنان می‌تواند بعنوان یک عامل جدی در پیدایش یا تشدید اختلالات جنسی تلقی شود. همچنین بارداری می‌تواند در پاسخهای جنسی مردان در این دوران تأثیر گذاشته و باعث وخامت اختلالات جنسی زنان و پیدایش یا تشدید اختلالات جنسی در مردان شود. تحقیقات نشان می‌دهند که در طی دوران بارداری و حتی تا ماه‌ها پس از زایمان، تمایل به برقراری روابط جنسی کاهش یافته و میزان اختلالات جنسی نسبت به قبل از بارداری افزایش می‌یابد (۶،۷) که این موضوع می‌تواند باعث پیدایش نابسامانی‌های قابل توجهی در روابط همسران شود (۱۱،۱۳). مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند که برخی از مردان از روابط جنسی با فرد دیگر برای ارضاء نیازهای جنسی خود در دوران بارداری همسرانشان استفاده کرده و برخی دیگر نیز دچار انحراف جنسی بصورت سکس دهانی، استمناء، مقاربت آنال و غیره شده‌اند (۸،۹). در کشور ما آمار دقیقی از وضعیت اختلالات جنسی که حداقل بتواند میزان شیوع و بروز آن را در اقوام و فرهنگ‌های و یا شرایط و دوران‌های مختلف زندگی افراد بیان کند، به‌وضوح وجود ندارد. ولی تحقیقات نسبتاً اندکی که به‌صورت پراکنده صورت گرفته است حکایت از شیوع بالای این اختلالات در

رده‌های مختلف سنی و شرایط مختلف دارد (۱۰-۱۲). بنابراین با توجه به اینکه کتمان مشکلات و عدم شناسایی آنها به بهانه عدم وجود مشکل کمکی به حل آنها نمی‌کند و مشکلات غیر قابل حل نیز می‌توانند پس از مدتی خود را بصورت بحران نشان دهند، پرداختن به موضوع اختلالات جنسی، بویژه اختلالات جنسی حین بارداری و پس از آن ضروری به نظر می‌رسد زیرا شرایط در مقایسه با زمان قبل از بارداری به علت پیدایش فرد سوم، پیچیده‌تر شده و تجزیه و تحلیل آن مشکل‌تر می‌شود.

با توجه به اهمیت مسئله و ناکافی بودن تحقیقات داخلی در این زمینه مطالعه‌ی حاضر با هدف شناسایی و مقایسه اختلالات جنسی قبل و حین بارداری انجام شد. امید است نتایج حاصل از این پژوهش و پژوهش‌های مشابه بتواند باعث افزایش آگاهی جامعه، متصدیان امور بهداشتی، روانشناسان و مشاوران شده و در جهت بهبود روابط زناشویی و تحکیم خانواده مورد استفاده مفید قرار گیرد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. به این منظور در سال ۱۳۸۵ هر کدام از مناطق شهر سمنان به عنوان یک خوشه انتخاب شدند. از بین مناطقی که در موقعیت جغرافیایی یکسان قرار داشتند، یک منطقه به قید قرعه انتخاب شد. سپس کوچه‌های موجود در این مناطق به عنوان خوشه‌های کوچکتر در نظر گرفته شده و از میان کوچه‌های یک منطقه، یک کوچه به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های تهیه شده در اختیار خانواده‌هایی که زنان آن باردار بوده یا سابقه زایمان اخیر داشتند، قرار داده شد. پرسشنامه مورد استفاده یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل دو بخش بود. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک از قبیل سن، میزان تحصیلات، تعداد دفعات بارداری و بخش دوم شامل سؤالاتی برای بررسی اختلالات جنسی شایع زنان بود. پرسش‌های قسمت دوم بر اساس مقیاس

لیکرت طراحی شده شامل سؤالاتی در ارتباط با نوع و شدت اختلالات جنسی بود که با استفاده از روش زیر استاندارد شد. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی، قبل از جمع آوری داده ها استفاده شد. به این منظور، جهت تهیه هر یک از پرسش ها به کتب و نشریات علمی مراجعه گردید. پس از تنظیم ابزار و حذف موارد اضافه و جایگزینی عبارات لازم، ابزار در اختیار اساتید و صاحب نظران قرار گرفت تا مناسبت ابزار را با اهداف پژوهش ارزیابی نمایند. پس از برطرف کردن موارد اشکال، ابزار جهت اجرای آزمون مورد استفاده قرار گرفت.

جهت گردآوری داده ها و تکمیل پرسشنامه های تهیه شده، پرسشنامه ها بطور تصادفی در اختیار نمونه ها قرار گرفت. به منظور رعایت مسائل اخلاقی و حفظ شأن و منزلت افراد، پرسشنامه ها به همراه یک برگ توضیحات مربوط به چگونگی تکمیل آنها در پاکت های مخصوص پستی قرار گرفته و در اختیار نمونه ها قرار داده شد، و از آنان درخواست شد که پس از مطالعه پرسشنامه ها، آن را تکمیل و به آدرس پستی که روی پاکت ها از قبل نوشته شده و نیازی به الصاق تمبر نداشت، ارسال کنند. همچنین یک شماره تلفن جهت رفع ابهامات احتمالی پاسخ دهندگان، در اختیارشان قرار داده شد و از آنان خواسته شد در صورتی که سواد ندارند یا مطالب پرسشنامه را نمی فهمند از پژوهشگر یا فرد باسوادی که مورد اعتماد آنان است، کمک بگیرند. با این روش ۲۰۰ پرسشنامه بین نمونه های پژوهش تقسیم شد. از این تعداد ۱۲۴ پرسشنامه عودت داده شد که ۲۴ پرسشنامه به دلیل نقص حذف شد و ۱۰۰ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱) استفاده شد. از شاخص های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین) برای توصیف نمونه های مورد پژوهش و

از شاخص های آمار استنباطی (آزمون مجذور کای) برای تعیین ارتباط بین اختلالات جنسی در زنان و بارداری کمک گرفته شد. پژوهش از نظر عدم امکان ملاقات واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از تکمیل پرسشنامه ها محدودیت داشت.

نتایج

میانگین سن زنان شرکت کننده در پژوهش $32/38 \pm 8/62$ سال بود. ۴۸٪ زنان شرکت کننده یک بار، ۲۴٪ دو بار، ۲۰٪ سه بار و ۸٪ چهار بار سابقه بارداری شدن داشتند. همچنین ۲٪ آنان بی سواد، ۸٪ دارای سواد ابتدایی، ۴۰٪ دیپلمه، ۱۰٪ فوق دیپلم، ۲۴٪ لیسانس و ۱۶٪ فوق لیسانس داشتند. نتایج نشان داد که به طور کلی ۷۴٪ از کل نمونه ها دچار یک یا چند اختلال جنسی هستند که شیوع این اختلالات قبل از بارداری ۷۸٪ و حین بارداری ۸۰٪ بود.

شایع ترین اختلال جنسی در زنان قبل از بارداری عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی (۸۸٪) و پس از آن نرسیدن به ارگاسم (۸۴٪) بود. بروز درد به هنگام برقراری ارتباط جنسی (۵۲٪)، اضطراب (۴۰٪)، خستگی (۳۶٪)، نرسیدن به اوج لذت جنسی (۳۲٪)، تنفر از برقراری ارتباط جنسی (۳۰٪) و خودارضایی (۲۲٪) در اولویت های بعدی قرار گرفتند. همچنین، شایع ترین اختلال جنسی حین بارداری عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی (۸۰٪) و نرسیدن به ارگاسم (۷۶٪) بود و پس از آن اضطراب (۶۴٪)، خستگی (۶۰٪)، درد (۵۲٪)، نرسیدن به اوج لذت جنسی (۴۲٪)، تنفر از رابطه جنسی (۴۰٪) و خودارضایی (۲۲٪) در اولویت های بعدی قرار گرفتند. آزمون آماری مجذور کای نیز نشان داد که در تمامی موارد مذکور تفاوت معنی دار بین زنان باردار نسبت به قبل از بارداری وجود داشت ($p=0/00$) (جدول ۱).

جدول ۱- فراوانی اختلالات جنسی در زنان قبل و حین بارداری و ارتباط این اختلالات با یکدیگر

p Value	بدون پاسخ		هیچوقت		بندرت		گاهی اوقات		اغلب		همیشه		شدت اختلال	نوع اختلال
	قبل از بارداری	حین بارداری	قبل از بارداری	حین بارداری	قبل از بارداری	حین بارداری	قبل از بارداری	حین بارداری	قبل از بارداری	حین بارداری	قبل از بارداری	حین بارداری		
۰/۰۰	۰	۰	۰	۱۲	۲۰	۱۲	۳۲	۲۲	۴۰	۳۲	۸	۳۴	تمایل به برقراری ارتباط جنسی	
۰/۰۰	۰	۰	۱۶	۳۴	۲۰	۳۴	۳۰	۲۶	۳۰	۶	۴	۸	اضطراب به هنگام برقراری ارتباط جنسی	
۰/۰۰	۰	۰	۳۰	۴۴	۳۰	۴۴	۲۰	۸	۱۲	۱۰	۸	۱۲	تنفر از برقراری ارتباط جنسی	
۰/۰۰	۰	۰	۸	۴۸	۳۲	۴۸	۳۰	۲۸	۱۴	۴	۱۶	۴	خستگی در طی فعالیت جنسی	
۰/۰۲	۰	۰	۰	۸	۲۴	۸	۳۰	۳۲	۳۴	۳۲	۱۲	۲۲	وجود تغییرات لازم در دستگاه تناسلی	
۰/۰۰	۰	۰	۲	۳۰	۴۶	۳۰	۱۸	۱۸	۱۸	۲۲	۱۶	۱۲	درد به هنگام برقراری ارتباط جنسی	
۰/۰۰	۰	۰	۶۴	۱۴	۱۴	۱۴	۲۲	۲۲	۰	۰	۰	۰	خود ارضایی	
۰/۰۰	۲۰	۱۸	۲۸	۳۰	۲۴	۳۰	۲۸	۲۶	۰	۱۲	۰	۱۴	رسیدن به اوج لذت جنسی در حین خود ارضایی	
۰/۰۰	۰	۴	۸	۲۴	۳۴	۲۴	۳۲	۳۶	۲۰	۱۸	۶	۱۴	رسیدن به اوج لذت جنسی بعد از ازدواج	

اختلالات جنسی زنان در زمان بارداری با قبل از آن

بحث

نتایج نشان داد که شیوع اختلالات جنسی در واحدهای مورد پژوهش هم قبل از بارداری و هم در حین بارداری بالا بوده است که با نتایج مطالعه‌ای که در زنان متأهل شهر قزوین (۸۹٪) انجام شده بود همخوانی دارد (۱۳). همچنین مطالعه‌ای در لندن نشان داده که ۵۳/۸٪ زنان طی ماه اول پس از برقراری ارتباط جنسی دچار یکی از اختلالات جنسی شده بودند (۱۴). شیوع اختلالات جنسی در زنان اروپا و آمریکا نیز بین ۲۵٪ تا ۶۳٪ گزارش شده است (۱۵، ۱۶).

همچنین نتایج نشان داد که ۷۸٪ زنان قبل از بارداری دچار یک یا چند نوع اختلال جنسی بودند. در این بین ۳۴٪ زنان شرکت کننده، گاهی اوقات و بندرت تمایل به برقراری ارتباط جنسی قبل از بارداری داشتند ولی ۶۶٪ همیشه یا اغلب اوقات تمایل به برقراری ارتباط جنسی را در خود احساس می‌کردند. مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی را از تمایل به برقراری ارتباط جنسی در زنان نشان می‌دهند (۱۳، ۱۴، ۱۷). در مطالعه‌ای محقق علت کاهش میل جنسی را این‌گونه بیان کرده است که معمولاً یک فرد پرمشغله تمایلات جنسی کمی دارد و انسان خسته و بی حوصله میل جنسی ندارد (۱۸). بر اساس این یافته می‌توان چنین گفت که یکی از علل

مهم کاهش میل جنسی زنان در دوران قبل از بارداری، مسائل و مشکلاتی است که جوانان در ابتدای زندگی با آن مواجه می‌شوند. مشکلات متعدد اقتصادی و تلاش گسترده همسران برای رفع آنها، تضاد فرهنگی یا وجود اختلافات فرهنگی و عقیدتی همسران، و برخوردهای نامناسب اطرافیان از جمله عواملی هستند که زندگی زوج‌های جوان را پر مشغله ساخته است. علت مهم دیگری که می‌تواند در این موضوع دخیل باشد مربوط به آموزش‌های ناکافی جوانان در دوران قبل از ازدواج است. برخی افراد قبل از برقراری رابطه جنسی آگاهی و شناخت مناسب و خوبی از آن ندارند و ممکن است قبل از ازدواج تمایل زیادی به انجام فعالیت جنسی از خود نشان دهند ولی با وقوع ازدواج، تا حد زیادی شناخت ناقص آنها از روابط جنسی کامل شده و چون غالباً رویای ارتباط جنسی با به فعلیت در آمدن آن تفاوت زیادی دارد، می‌تواند در کاهش میل جنسی مؤثر باشد.

اضطراب، خستگی، تنفر، درد، نرسیدن به اوج لذت جنسی دیگر مشکلاتی هستند که در نمونه‌های مورد پژوهش هم قبل و هم حین بارداری به حد قابل ملاحظه‌ای وجود داشت. سایر مطالعات نیز وجود این مشکلات را تأیید می‌کنند (۱۹، ۲۰). مجموعه اختلالات ذکر شده می‌تواند لذت بخش بودن روابط جنسی برای

زن را تحت الشعاع قرار داده و لطمه‌های زیادی به روابط زن و شوهر وارد نماید. ایرادگیری از همسر، ابراز ناراضی از زندگی، قهرهای طولانی، سرکوب دیگری، تهدید به جدایی، تعارض و غیره می‌توانند از پیامدهای منفی وجود اختلالات جنسی همسران باشد.

همچنین نتایج نشان داد که ۲۲٪ از زنان گاهی دست به انجام خودارضایی جنسی می‌زدند و در بین افرادی که اقدام به خودارضایی جنسی کرده بودند، ۲۶٪ در حین خودارضایی همیشه یا اغلب اوقات به اوج لذت جنسی می‌رسیدند. مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داد که ۲۹/۶٪ زنان متأهل اقدام به خودارضایی جنسی می‌کنند و در این بین ۳۰/۴٪ از افرادی که خودارضایی جنسی داشتند از تعداد مقاربت‌های خود در هفته راضی بودند (۲۱). زنانی که اقدام به خودارضایی می‌نمایند به احتمال زیاد در حین فعالیت جنسی به اوج لذت جنسی نرسیده و یا درجاتی از درد و خستگی را در روابط جنسی خود تجربه می‌کنند. بنابراین حتی اگر تعداد دفعات ارتباط جنسی نیز به اندازه کافی و یا حتی زیاد باشد، نخواهد توانست آنان را از لحاظ جنسی ارضاء کند. ممکن است برخی افراد هم وجود داشته باشند که فعالیت جنسی آنها از لحاظ کیفیت و کمیت در حد مناسبی باشد ولی برحسب عادت و تجارب گذشته اقدام به خودارضایی جنسی نمایند که این افراد بیشتر به لحاظ روانی نسبت به خودارضایی احساس نیاز می‌کنند و مشکل چندان از لحاظ ارضاء جسمی ندارند.

همچنین نتایج نشان دهنده تفاوت معنی دار آماری بین تمایل به برقراری ارتباط جنسی، اضطراب به هنگام برقراری ارتباط جنسی، تنفر از برقراری ارتباط جنسی، خستگی در طی فعالیت جنسی، ارگاسم، درد، خودارضایی و نرسیدن به اوج لذت جنسی در حین خودارضایی یا به دنبال ارتباط جنسی طبیعی و عادی قبل از بارداری نسبت به دوران پس از بارداری بود و تمامی اختلالات جنسی مورد پژوهش با وجود این‌که در دوران قبل از بارداری نیز وجود داشتند در دوران بارداری، تغییرات قابل ملاحظه‌ای یافته بودند. مطالعات دیگر نیز نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. مطالعه - ای روی زنان متأهل شهر یزد نشان دادند که ۲۸/۷٪ زنان میل جنسی کاهش یافته داشتند، ۱۷/۳٪ اختلال

در تحریک شدن، ۲۷/۳٪ اختلال در ارگاسم و ۴۷/۴٪ نیز دیس پارونی داشتند (۲۱). پژوهشی نیز که به بررسی روند فعالیت جنسی در دوران بارداری زنان باردار شهرستان رشت پرداخته بود نشان داد که میانگین فعالیت جنسی از ۷/۹۶ بار در ماه، قبل از بارداری به ۱/۳۵ بار در ماه حین بارداری کاهش یافته و ارتباط جنسی در دوران بارداری نسبت به قبل از آن کاهش نشان داده است (۲۲).

عواملی که باعث کاهش میزان تمایل زنان باردار به برقراری ارتباط جنسی در دوران بارداری و افزایش عوامل ناراضی جنسی زنان در این دوران می‌شود شامل ترس از آسیب به جنین، ترس از سقط، راحت نبودن به هنگام برقراری رابطه جنسی، باورها و تصورات غلط همسران در بارداری، احساس شرم و گناه در برابر جنین، نرسیدن به ارگاسم، ناراحتی‌های جسمانی و نگرانی‌هایی در مورد زایمان می‌باشد (۲۴-۲۲). استرس‌های فیزیکی، هیجانی و اقتصادی حین بارداری، اغلب روی ارتباط جنسی و رابطه زناشویی زوجها تأثیر می‌گذارد. همچنین نظرات و رفتار جنسی در طی بارداری تحت تأثیر سیستم ارزش گذاری جنسی، آداب و رسوم سنتی (ممنوعیت‌ها)، عقاید مذهبی، تغییرات فیزیکی و محدودیت‌های سختگیرانه پزشکی است (۲۵) که گاهی اوقات باعث پیدایش خشونت می‌شود. محققین معتقدند که خشونت در روابط اغلب در بارداری شروع شده یا بدتر می‌شود زیرا زنان باردار از نزدیکی خودداری می‌کنند (۲۶). بنابراین بارداری می‌تواند هم باعث عمیق‌تر شدن روابط و هم از سوی دیگر باعث گسستگی روابط زناشویی شود (۲۷).

به‌علت فرهنگ خاص حاکم بر جامعه گفتگو در مورد مسایل جنسی برای همسران مشکل است. همچنین موضوع فعالیت جنسی در طول بارداری و بعد از زایمان از طرف کارکنان بهداشتی کمتر مورد توجه واقع می‌شود و همسران نیز علی‌رغم نیاز به اطلاعات از بیان تجارب ناخوشایند جنسی خودداری می‌کنند و در بیشتر مواقع موضوعات مطرح شده در این زمینه ناقص، متناقض و غیر علمی بوده و با ابراز نگرانی گفته می‌شود (۲۸).

پیشنهاد می‌شود با توجه به متفاوت بودن نوع و شدت اختلالات جنسی در دوران‌های مختلف زندگی زناشویی

جدی تلقی شود، چرا که تنها گذاشتن همسران با اختلالات ذکر شده و عدم کمک‌رسانی علمی و به موقع می‌تواند کانون زندگی آنان را نابود کند.

تشکر و قدردانی

از همکاری معاون محترم پژوهشی و اعضاء محترم شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان که در انجام این مطالعه صمیمانه نویسندگان را یاری کردند سپاسگزاری می‌شود. لازم به ذکر است که کلیه هزینه‌های مطالعه حاضر توسط این دانشگاه تأمین شده است.

که می‌تواند بر روند زندگی زوجها تأثیر بسزایی داشته باشد، آموزش‌های مداوم و متناسب با شرایط و وضعیت افراد صورت‌گیرد و زوجها به استفاده از مشاوره ماماها و متخصصین زنان، روانشناسان، روانپزشکان و سایر افراد مطلع تشویق شوند.

نتیجه‌گیری

مشکلات جنسی زنان قبل از بارداری و در طی دوران بارداری دچار تغییرات اساسی می‌شود و اختلالات جنسی در دوران بارداری افزایش می‌یابند، بنابراین نباید به انجام مشاوره ازدواج قبل از بارداری اکتفا نموده و باید آموزش ارتباط جنسی برای همسران در تمامی مراحل ذکر شده

منابع

1. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep* 2000 Jun;2(3):189-95.
2. Bancroft J. The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Arch Sex Behav* 2002 Oct;31(5):451-5.
3. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer K. Sexual disabilities: problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scan J Sex* 1999;2:79-105.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 Feb; 281(6):537-44.
5. Roose SP, Glassman AH, Walsh BT, Cullen K. Reversible loss of nocturnal penile tumescence during depression: a preliminary report. *Neuropsychobiology* 1982;8(6):284-8.
6. Grenier G, Byers ES. Rapid ejaculation: a review of conceptual, etiological and treatment issues. *Arch Sex Behav* 1995 Aug ;24(4):447-72.
7. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987 Sep 26;295(6601):749-51.
8. Barclay LM, McDonald P, O'Loughlin JA. Sexuality and pregnancy. An interview study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1994 Feb;34(1):1-7.
9. Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2002 Feb;76(2):219-23.
10. Satarzadeh N, Zamanzadeh V, Zonuzi A. [Experienced physical changes in women's sexual relationship after childbirth: the phenomenological study]. [Article in Persian]. *Tabriz Nurs Midwif J* 2007;2(2): 37-44 .
11. Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikravesh M, Jamshidi R. [Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran]. [Article in Persian]. *Iran Univ Med Sci J* 2006;13(50):189-95.
12. Pasha H, Hadj Ahmadi M. [Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors, babol, Iran, 2004]. [Article in Persian]. *Q J Hormozgan Univ Med Sci* 2006;10(4):343-8.
13. Yekeh Fallah L. [Prevalence and related factors of sexual dysfunction in womens of Qazvin]. [Article in Persian]. *Int Congr Obstet Gynecol* 2005 Nov 25:219.
14. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 2003 Aug 23;327(7412):426-7.
15. Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res* 2002 Feb ;39(1):73-8.
16. Sandfort TG, Ehrhardt A. Sexual health: a useful public health paradigm or a moral imperative?. *Arch Sex Behav* 2004 Jun;33(3):181-7.

17. Jahanfar SH, [Molaeenezhad M. Sexual Disorders]. [in Persian]. Tehran:Salemi Publisher;2001:15-70.
18. William ES. Sexuality and activity in pregnancy. J Med Assoc Thai 2004;87(Suppl 3):23-34.
19. Forootan K, Jadid Milani M, Ghavam M. [Prevalence of sexual dysfunction in women's applicants divorce family referred to the judicial complex]. [Article in Persian]. Congr Fam Sex Probl 2005 Nov 23:113.
20. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999 Feb 10;281(6):537-44.
21. Salari M, Akhavan Karbasi T, Yasini M, [Bashardoost N. Prevalence of sexual dysfunction in married women's of Yazd City]. [Article in Persian]. Congr Fam Sex Probl 2005 Nov:143.
22. Rezasoltani P, Moosavi S. [Evaluation of sexual activity in pregnant womens referred to the alzahra educational and treatment center in rasht city]. [Article in Persian]. Congr Fam Sex probl 2005 Nov 23:161.
23. Torkestani F, Hadavand SH, Zafarghandi N, karimi Z. [Evaluation of sexual activity in pregnancy]. [Article in Persian]. Congr Fam Sex probl 2005 Nov 23:147.
24. Abbasalizadeh F, Abbasalizadeh SH, Abbasalizadeh S. [Evaluation of sexual activity in end month of pregnancy]. [Article in Persian]. Congr Fam Sex probl 2005 Nov 23:142.
25. - Berek JS. Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & wilkins;2002:295- 309.
26. Smith MA, Shimp LA. 20 common problem in women's health care. New York:McGraw-Hill;2000:136-48.
27. Andrews G. Women's sexual health. 2nd ed. Edinburgh:Bailliere Tindal;2001:161-72.
28. Pezeshki M, Birami R. [Male sexual dysfunctions during wife pregnancy]. [Article in Persian]. Congr Fam Sex probl 2005 Nov 23:176.