

نقش تصور از بدن و باورهای وسواسی در پیش‌بینی عملکرد جنسی در زنان باردار

نجمه بلالی دهکردی^{۱*}، مرضیه سادات روح الامینی^۲

۱. کارشناس ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۶

خلاصه

مقدمه: دوران بارداری یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است که عملکرد جنسی آن‌ها با مشکلاتی همراه بوده و علت آن را می‌توان باورهای نادرست مانند تغییر تصور ذهنی فرد از بدن خویش، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین و سقط دانست. با توجه به نتایج گوناگونی که پژوهش‌ها از عمیق‌تر شدن و یا گسستگی روابط جنسی در این دوران گزارش کرده‌اند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش تصور از بدن و باورهای وسواسی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بر روی ۵۰ زن باردار که در مهر ماه سال ۱۳۹۴ جهت پیگیری مراقبت‌های دوران بارداری به مطب پزشکان متخصص زنان و زایمان شهرستان شهرکرد مراجعه کردند، انجام شد. ابزار پژوهش شامل: پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری تصور ذهنی از بدن که بیانگر میزان وخامت اوضاع فرد در انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی می‌باشد، افکار وسواسی که فهرستی از نگرش‌ها یا باورهایی را که گاهی افراد ابراز نمی‌کنند منعکس می‌کند و مقیاس عملکرد جنسی زناشویی که عملکرد جنسی فرد را در حیطه‌های مشارکت جنسی، ابراز جنسی، احساس جنسی، تمایل جنسی، تحقق جنسی، نگرش جنسی و آگاهی ارزیابی می‌کند، بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه بین تصور از بدن و عملکرد جنسی و همچنین بین باورهای وسواسی با عملکرد جنسی ارتباط منفی و معناداری وجود داشت ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه معنادار میان تصور از بدن و عملکرد جنسی می‌توان به زنان در خصوص افزایش جنبه‌های مختلف سلامت، باورها و ارزشیابی آموزش‌های لازم را به کار برد تا از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بیشتری برخوردار شوند و در نتیجه عملکرد فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی آنان افزایش یابد.

کلمات کلیدی: باورهای وسواسی، تصور از بدن، زنان باردار، عملکرد جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: نجمه بلالی دهکردی؛ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. تلفن: ۰۳۸-۳۳۳۳۳۸۷۱؛ پست الکترونیک: njbalali@gmail.com

مقدمه

دوران بارداری یک استثناء جالب در نظریه‌های تصور از بدن است که در آن تغییر ادراک‌ها سریع هستند و تغییرات جسمی چشمگیری در سراسر یک دوره ۴۰ هفته‌ای نسبتاً کوتاه وجود دارد که این تغییرات جسمی طبیعی، زنان را به سمت لاغری آرمانی سوق می‌دهد (۱-۶). تأثیری که این تغییرات جسمی چشمگیر در تصور از بدن در دوران بارداری به وجود می‌آورند به میزان تعامل آن با ایده‌آل‌ها بستگی دارد (۳). این دوره، یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است و روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات جسمانی و روان-شناختی دستخوش تغییر می‌شود (۷). یکی از این خصایص که تحت تأثیر قرار می‌گیرد، عملکرد جنسی است.

عملکرد جنسی یک پدیده چندبُعدی است که تحت تأثیر عوامل گوناگون زیستی-روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد (۸). این مؤلفه در دوران بارداری با نقص‌هایی همراه است که علت آن را می‌توان به دلایلی از قبیل باورهای نادرست شامل گناه شمردن روابط جنسی در دوران بارداری، تغییر تصور ذهنی فرد از بدن خویش، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین و سقط دانست (۷، ۹، ۱۰). پژوهش‌ها حاکی از آن است که تغییرات هورمونی و تغییر در حالات بدنی در زنان باردار می‌تواند منجر به ناراحتی در طول فعالیت جنسی و کاهش میل زنان به روابط جنسی شود (۱۱). اختلال در عملکرد جنسی زوجین می‌تواند آثار متعددی بر سایر جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی آنان بگذارد؛ به طوری که باعث آشفتگی‌های روانی، ناسازگاری‌ها و شکست‌های زندگی زناشویی شود (۱۲). این تغییرات در سه ماهه سوم از شدت بیشتری برخوردار است و در واقع با پیشرفت بارداری به سمت هفته‌های پایانی دوره، اختلال بیشتری در عملکرد جنسی مشاهده می‌شود (۹-۱۵). نعمت‌الله‌زاده و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود اذعان کردند که بارداری از یک‌سو می‌تواند باعث عمیق‌تر شدن و از طرف دیگر باعث گسستگی روابط زناشویی شود. روابط جنسی یکی از کشش‌های طبیعی در محیط خانواده است که پذیرش و

کسب رضایت از آن برای نگهداری سیستم خانواده ضروری است (۱۶). چگونگی عملکرد جنسی زوجین در رابطه می‌تواند بر تمامی جنبه‌های زندگی آن‌ها از جمله کیفیت روابط و تجارب جنسی و رضایت جنسی آن‌ها تأثیرگذار باشد (۱۱، ۱۵). با این حال، در این دوره تغییراتی در تصور فرد از بدن رخ داده و زن باردار احساس می‌کند که دارای بدنی نامناسب و ضعیف می‌باشد (۱۷).

تصور بدنی که به‌عنوان ادراک و تصور فرد نسبت به بدن خویش تعریف می‌شود، یکی از عواملی است که تحت تأثیر تغییرات جسمانی و روان‌شناختی در دوران بارداری تغییر می‌یابد (۱۸، ۱۹). نحوه ابراز تصور بدنی در زنان از طریق رسیدگی به لباس، نحوه آرایش مو و سایر جنبه‌های رسیدگی به ظاهر خود ابراز می‌شود (۲۰). پژوهش‌ها حاکی از نقش تصور بدنی در جنبه‌های گوناگون زندگی زنان باردار است. تصور بدنی با متغیرهای گوناگونی در ارتباط می‌باشد. در دوران بارداری، بدن زن به سرعت به سمت تغییرات فیزیکی گوناگونی در حرکت است. این تغییرات به‌خصوص در وزن و حالت بدنی وی مشهود می‌باشد. پژوهش‌های مختلف پاسخ‌های متفاوتی را در پاسخ به این تغییرات در میان زنان باردار گزارش کرده‌اند. برای برخی از زنان این امر بسیار نگران‌کننده و برای برخی دیگر بسیار خنثی و پذیرفته‌شده محسوب می‌شود (۲۱، ۲۲). از طرفی، مطالعات صورت گرفته در مورد رابطه بین نوع و میزان تصور از بدن در دوره بارداری و قبل از آن متناقض می‌باشد. در حالی که برخی پژوهش‌ها از نارضایتی فزاینده تصور از بدن در دوران بارداری و به‌ویژه دوره‌های خاصی از خطرات در اوایل بارداری، بارداری دیرهنگام و مراقبت‌های ویژه پس از بارداری خبر می‌دهند، تحقیقات دیگر از توجه فزاینده به بدن و برداشتهای متفاوت از آن در دوران بارداری نسبت به دوران پیش از بارداری حکایت دارند (۱، ۵، ۶، ۲۳-۲۶). این تناقض در نتایج بالا نشان‌دهنده شرایط طبیعی پیچیده و خاص دوره پری‌ناتال می‌باشد که می‌تواند به وسیله ابزارهای تشخیصی و کمک تشخیصی به‌کار گرفته شده، توصیف شود (۲۷). در برخی پژوهش‌ها نیز بر ارتباط میان شکم برآمده

ارجاع معانی تهدیدکننده به محرک‌های مبهم است (۳۶). تفاسیر ناسازگارانه این‌گونه احساسات منفی موجب گسترش برخی تلاش‌های خنثی‌کننده متناسب این احساسات همراه با رفتارهای جبرانی (مانند رژیم غذایی و پاک‌سازی در بی‌اشتهایی عصبی و چک کردن آینه‌وار و آرایش‌های افراطی در بدریخت‌انگاری بدن) و اجتناب از موقعیت‌های راه‌انداز (مانند محدودیت غذایی و موقعیت‌های اجتماعی) را به دنبال دارد (۳۲). مطالعه لاول و همکاران (۲۰۱۴) نیز از رابطه بین باورهای وسواسی (شامل اعتقادات حول محور اهمیت افکار و کنترل آن‌ها، عدم تحمل نقص در کمال‌گرایی و تخمین بیش از حد در حوادث و مسئولیت‌پذیری) با بدریخت‌انگاری بدن حکایت دارد (۳۷). علاوه بر ارزیابی‌های منفی، تصور می‌شود که باورهای ناکارآمد بنیادین، مسئول پدیدایی وسواس (به‌صورت عام کلمه) هستند. وجود خصایص وسواسی با اختلال در عملکرد جنسی در جوامع عادی نیز گزارش شده است (۳۸). این حالات وسواسی در زمان بارداری حائز اهمیت بیشتری است. زیرا فرد باردار دارای حساسیت‌پذیری بالایی بوده و این باورها می‌تواند بر ابعاد گوناگون جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی وی تأثیر منفی بگذارد.

در حالی که عملکرد جنسی مطلوب به عنوان عاملی برای تحکیم خانواده و بنیانی برای نیل به تثبیت فرهنگ به‌هنگار قلمداد می‌شود، پژوهش‌های گوناگونی از رابطه متغیرهای گوناگون با عملکرد جنسی در زوجین در زمان بارداری و تداخل در آن نسبت به قبل از دوره حکایت دارد و کیفیت عملکرد جنسی در دوران بارداری دستخوش تغییراتی است که این تغییرات حتی بر روی نوزاد، رسیدن به ارگاسم، میل جنسی و تعداد دفعات مقاربت در مردان نیز تأثیرگذار است (۹، ۳۹). این حالات می‌تواند با توجه به تفاوت شرایط جسمانی و روان‌شناختی زن نسبت به سایر دوره‌های زندگی قابل توجیه باشد. با توجه به نتایج گوناگونی که پژوهش‌ها از عمیق‌تر شدن و یا گسستگی روابط جنسی در این دوران گزارش کرده‌اند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش تصور از بدن و باورهای وسواسی در پیش‌بینی پذیرش عملکرد جنسی در میان زنان باردار انجام شد. بنابراین آنچه

ناشی از بارداری در تصور از بدن آرمانی با رضایت جسمی تأکید شده است (۵، ۲۸-۳۰). هارپر و همکار (۲۰۱۱) در مطالعه خود دریافتند زنان بارداری که از بدن خود احساس مطلوبی دارند، نسبت به زنانی که احساس نامناسب و نامساعدی دارند، از تغییرات بدن خود در زمان بارداری نیز لذت می‌برند (۳۱). هارت‌من و همکاران (۲۰۱۵) نیز در مطالعه خود از وجود رابطه مستقیم نارضایتی از بدن با اختلال‌های بی‌اشتهایی عصبی و بدریخت‌انگاری بدن پرده برداشتند (۳۲). این مطالعات نشان‌دهنده تأثیر تصور از بدن بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد و به‌ویژه روابط زناشویی است که عملکرد جنسی از جمله آن‌ها است.

یکی دیگر از مشکلات قابل بررسی در این زمینه، وجود باورهای وسواسی است. این باورها شامل فرض‌های عام، نسبتاً بادوام و پایداری است که مختص یک واقعه نبوده، بلکه در موقعیت‌های گوناگون باعث ارزیابی منفی از موقعیت می‌شود (۳۳، ۳۴). باورهای ناکارآمد دارای انواع گوناگونی می‌باشند. کارگروه شناخت‌های وسواس فکری-عملی (۲۰۰۵) سه بُعد از این افکار مرتبط با وسواس فکری-عملی را برشمرده است: ۱- مسئولیت افراطی/بیش‌برآورد تهدید: برآوردهای از احتمال و نتایج حوادث منفی باورهای افراطی درباره مسئولیت شخصی در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای نامطلوب و خطرناک مرتبط با این افکار مزاحم. ۲- کمال‌گرایی/اطمینان و تحمل‌ناپذیری عدم قطعیت: باورهای مبتنی بر کمال مطلق که به‌عنوان حالتی ضروری و به‌نوعی استبدادی از باید‌ها بروز می‌کند؛ باورهایی درباره ناتوانی در مقابله با عدم کمال و ابهام. ۳- اهمیت/کنترل افکار مزاحم: باورهایی مبنی بر اینکه هرآن چه که در مورد آن تفکر صورت می‌گیرد به صورت معنی‌دار وجود دارند و لذا کنترل کامل چنین افکاری ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش‌ها از وجود رابطه میان باورهای وسواسی با خودسرزنجشی، مرور ذهنی و ارزیابی مجدد خبر می‌دهد (۳۵). این ارزیابی‌ها به‌خودی‌خود ناسازگار نیستند، بلکه زمانی نامطلوب تشخیص داده می‌شوند که تفاسیر نادرستی را به دنبال داشته و به بیان دیگر دارای سوگیری در تفسیر باشند که در این حالت گرایش به

مطرح شد، فرضیه‌های این پژوهش عبارت‌اند از: ۱- بین تصور از بدن و عملکرد جنسی زنان باردار رابطه مستقیم دارد. ۲- بین باورهای وسواسی و عملکرد جنسی زنان باردار رابطه معکوس وجود دارد. ۳- تصور از بدن و باورهای وسواسی زنان باردار می‌تواند عملکرد جنسی زنان باردار را پیش‌بینی کنند.

روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بر روی ۵۰ زن باردار که در مهرماه سال ۱۳۹۴ جهت پیگیری مراقبت‌های دوران بارداری به مطب پزشکان متخصص زنان و زایمان شهرستان شهرکرد مراجعه کردند، انجام شد. افراد بر اساس جدول مورگان به عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. جدول کرجسی و مورگان مربوط به جوامع محدود است. در جدول مورگان با توجه به هر حجم جامعه‌ای، یک حجم نمونه ارائه شده است. پژوهشگر با مراجعه به پایگاه‌های بهداشت شهرکرد، حجم جامعه زنان باردار ساکن در شهرکرد را به دست آورد. تعداد به دست آمده برابر با ۲۵۲ نفر بود که این حجم را در جدول کرجسی و مورگان برابر با ۲۵۰ نفر در نظر گرفت. حجم نمونه این جامعه در جدول مورگان برابر با ۱۴۸ نفر می‌باشد و از آنجا که احتمال ریزش شرکت کنندگان در طی پاسخ به پرسشنامه‌ها وجود داشت و همچنین احتمال اینکه پرسشنامه‌ها به خوبی تکمیل نشوند، لذا پژوهشگر ۱۵۰ نفر از زنان باردار را به صورت در دسترس انتخاب نمود. جهت حضور در این پژوهش، از افراد خواسته شد تا به پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری تصور ذهنی از بدن (BI-AAQ)^۱، باورهای وسواسی (OBQ-44)^۲ و مقیاس عملکرد جنسی زناشویی (MSFS)^۳ پاسخ دهند که در این میان سه نفر تمایلی به پاسخ‌دهی کامل به پرسشنامه‌ها نداشتند و لذا از گروه نمونه حذف شدند. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان $28/75 \pm 4/30$ سال بود.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری تصور ذهنی از بدن (BI-AAQ): این پرسشنامه یک مقیاس غربالی مبتنی بر

خودگزارش‌دهی است که توسط ساندوز و همکاران (۲۰۱۳) طراحی و شامل ۴۶ سؤال می‌باشد. سؤالات آزمون بر اساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از نمره یک (اصلاً صحت ندارد) تا نمره ۷ (همیشه صحت دارد) تنظیم شده است. نمره کل هر فرد در دامنه‌ای بین ۸۴-۱۲ است. نمره بالا در این پرسشنامه بیانگر میزان وخامت اوضاع فرد در انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی است. ساندوز و همکاران (۲۰۱۳) پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در اجرای اول ۰/۸۰، اجرای دوم ۰/۶۸ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین روایی سازه آن را تأیید کرده‌اند (۰/۴۰). این پرسشنامه در ایران توسط ایزدی و همکاران (۱۳۹۲) بر روی ۳۵۴ دانشجوی هنجاریابی شد که روایی آن با پرسشنامه‌های رضایت از وزن، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۳۳، ۰/۴۵ و ۰/۳۷ محاسبه شد (این ضرایبی است که از هنجاریابی ایزدی و همکاران به دست آمده است. در واقع پژوهشگر به این مقاله استناد کرده است). همچنین پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب باز آزمون آن ۰/۷۲ به دست آمد و نیز الگوی تک عاملی پرسشنامه مذکور در جامعه ایرانی مناسب مورد تأیید قرار گرفت (۴۱).

پرسشنامه افکار وسواسی (OBQ-44): این پرسشنامه فهرستی از نگرش‌ها یا باورهایی را که گاهی افراد ابراز نمی‌کنند منعکس می‌نماید. این مقیاس دارای ۴۴ گویه است که از فرم اصلی این پرسشنامه یعنی OBQ-77 گرفته شده است. هر دو فرم این مقیاس توسط کارگروه شناخت‌های اختلال وسواس طراحی و ساخته شده است. پرسشنامه افکار وسواسی حیطه‌های اصلی شناخت در اختلال وسواس را در شش حوزه ۱- احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب ۲- ارزیابی خطر و تهدید ۳- کمال طلبی ۴- نیاز به برخورداری از اطمینان ۵- اهمیت دادن به افکار و ۶- کنترل افکار و در قالب سه خرده مقیاس احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب و ارزیابی خطر و تهدید (۱۶ گویه)، کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان (۱۶ گویه) و اهمیت و کنترل افکار (۱۲ گویه) می‌سنجد که بر اساس طیف ۷

¹ Body Image-Acceptance and Action Questionnaire

² Obsessive Beliefs Questionnaire

³ Marital Sexual Function Scale

تجربه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش ۲۴ نفر (۲۴٪) از شرکت‌کنندگان در رده سنی ۲۵-۲۱ سال، ۵۵ نفر (۵۵٪) در رده سنی ۳۰-۲۶ سال، ۹ نفر (۹٪) در رده سنی ۳۵-۳۱ و ۱۲ نفر (۱۲٪) در رده سنی ۴۰-۳۶ سال قرار داشتند.

بر اساس جدول ۱، قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون، فرض طبیعی بودن در هر چهار متغیر مورد مطالعه با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد و این آزمون با سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵، این مفروضه را در هر سه متغیر تأیید کرد. بر اساس جدول ۱ متغیر تصور از بدن با میانگین ۳۵/۱۶ و انحراف معیار ۱۴/۱۹، متغیر افکار وسواسی با میانگین ۱۷۵/۳۸ و انحراف معیار ۴۶/۳۸ و در نهایت عملکرد جنسی با میانگین ۱۹۲/۵۵ و انحراف معیار ۳۳/۱۶ بود.

درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) ارزش‌گذاری می‌شود. بویسان و همکاران (۲۰۱۰) در نسخه ترکیه‌ای آن ضریب همسانی درونی ۰/۹۵ و پایایی باز آزمایشی پس از یک ماه را ۰/۷۹ گزارش کردند (۴۲). این آزمون در ایران توسط شمس و همکاران (۲۰۰۶) هنجاریابی شد که به شرح زیر به دست آمد: آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب همبستگی به روش دو نیمه‌سازی ۰/۹۴، ضریب پایایی باز آزمایشی ۰/۸۲ و روایی آن با دو پرسشنامه وسواس فکری-عملی (OCI-R) ۰/۵۷ و وسواسی-جبری مادزلی (MOCI) ۰/۵۰ گزارش شد (۳۳).

مقیاس عملکرد جنسی زناشویی (MSFS): این مقیاس دارای ۶۰ ماده است که بر اساس طیف ۵ درجه-ای لیکرت از یک (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) ارزش‌گذاری می‌شود که عملکرد جنسی فرد را در حیطه‌های مشارکت جنسی، ابراز جنسی، احساس جنسی، تمایل جنسی، تحقق جنسی، نگرش جنسی و آگاهی ارزیابی می‌کند. سؤالات ۱، ۲، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۱، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۷-۴۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل هر فرد در دامنه‌ای بین ۳۰-۶۰ است. این آزمون در ایران توسط فرج‌نیا و همکاران (۲۰۱۴) هنجاریابی شد که همسانی درونی برای کل پرسشنامه ۰/۹۵ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی به فاصله ۵ هفته ۰/۸۵ و ضریب همبستگی آن با پرسشنامه رضایت جنسی لارسن ۰/۶۰ گزارش شد (۴۳).

جدول ۱- یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
تصور از بدن	۳۵/۱۶	۱۴/۱۹	۱۲	۸۴
افکار وسواسی	۱۷۵/۳۸	۴۶/۳۸	۷۹	۲۹۶
عملکرد جنسی	۱۹۲/۵۵	۳۳/۱۶	۹۰	۲۵۵

فرض پژوهشی تأیید و فرض صفر رد می‌شود ($p < 0/01$). همچنین این آزمون با ضریب همبستگی ۰/۴۴- و سطح معناداری ۰/۰۰۱ رابطه منفی و معناداری را در سطح ۹۹ درصد اطمینان بین دو متغیر نشان داد، در نتیجه فرض پژوهشی تأیید و فرض صفر رد می‌شود ($p < 0/01$).

بر اساس جدول ۲، از طریق ضریب همبستگی پیرسون به بررسی رابطه بین باورهای وسواسی و عملکرد جنسی و هم چنین رابطه بین تصور از بدن و عملکرد جنسی پرداخته شد که در نهایت با ضریب همبستگی ۰/۳۴- و سطح معناداری ۰/۰۰۱ رابطه منفی و معناداری را در سطح ۹۹٪ اطمینان بین دو متغیر نشان داد. در نتیجه

جدول ۲- نتایج ضریب همبستگی پیرسون

شاخص‌های آماری		متغیرها
Sig	R	
۰/۰۰۱**	-۰/۳۴	باورهای وسواسی- عملکرد جنسی
۰/۰۰۱**	-۰/۴۴	تصور از بدن- عملکرد جنسی

همبستگی در سطح ۱٪ معنی دار است.

متغیرهای پیش‌بینی کننده هستند نشان داده شده است. همچنین آماره‌های قدرت تحمل (بیشتر از ۰/۰۱ است) و واریانس تورم خطا (کمتر از ۱۰ است) نشان دادند که بین متغیرهای پژوهش هم خطی چندگانه وجود نداشت.

بر اساس جدول ۲، بین باورهای وسواسی و عملکرد جنسی و همچنین بین تصور از بدن و عملکرد جنسی زنان باردار رابطه منفی وجود داشت. در جدول ۳، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه که عملکرد جنسی به عنوان متغیر ملاک و تصور از بدن و افکار وسواسی به عنوان

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون و آزمون معناداری بین متغیرهای تصور از بدن و باورهای وسواسی با عملکرد جنسی

ضرایب رگرسیون B			Sig	F	R ²	R	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک
Sig	T	Beta						
۰/۰۰۱	-۴/۴۴	-۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۷/۵۰	۰/۲۶	۰/۵۱	تصور از بدن	عملکرد جنسی
۰/۰۰۵	-۲/۸۹	-۰/۲۵	۰/۰۱				افکار وسواسی	

یعنی هرچه زنان باردار در مؤلفه تصور از بدن امتیاز بیشتری را کسب نمایند، اختلال بیشتری در عملکرد جنسی دارند و در واقع نمره پایین در تصور از بدن، بیانگر عملکرد جنسی مطلوب‌تر است. بنابراین تصور از بدن در دوران بارداری به میزان زیادی تحت تأثیر شرایط بارداری قرار می‌گیرد. این نتیجه با نتایج مطالعه برکلند (۲۰۰۵) مبتنی بر رابطه مثبت میان افزایش وزن و اشتغالات ذهنی حوزه تصور از بدن در دوره بارداری و یافته‌های تحقیقاتی که بر رابطه بین تغییر در تصور از بدن آرمانی با تغییرات جسمی در دوران بارداری تأکید دارند همخوانی داشت (۵، ۲۸-۳۱، ۴۴-۴۸). همچنین تحقیقات دیگر از تصور از بدن فزاینده در دوران بارداری نسبت به دوران پیش از بارداری حکایت دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۲۵، ۲۶). این ابهام در نتایج بالا نشان‌دهنده شرایط طبیعی پیچیده و خاص دوره پری‌ناتال می‌باشد که می‌تواند به وسیله ابزارهای به کار گرفته شده توصیف شود (۴۹).

نتایج مطالعه نشان داد تصور از بدن در دوره پیش- تولدی (دوره‌ای که بارداری و سال اول زایمان را شامل می‌شود) دارای پیچیدگی‌های بسیاری است (۵۰). در این دوره زنان ممکن است تصورهایی از بدن خود را

بر اساس جدول ۳، بین باورهای وسواسی و تصور از بدن با عملکرد جنسی رابطه وجود داشت. همچنین ضریب همبستگی چندگانه برابر با ۰/۵۱ و ضریب تعیین به‌دست آمده برابر با ۰/۲۶ بود. این امر بیانگر این است که تصور از بدن و افکار وسواسی در کل حدود ۲۶٪ از واریانس مشترک متغیر عملکرد جنسی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین با توجه به سطح معناداری و بتا می‌توان پی برد، هر دو متغیر تصور از بدن و افکار وسواسی به‌صورت منفی و معنادار متغیر عملکرد جنسی را پیش‌بینی می‌کنند؛ یعنی هر چه قدر میزان تصور از بدن و افکار وسواسی در زنان باردار بیشتر است، میزان عملکرد جنسی در این زنان بدتر است. از بین دو متغیر پیش‌بین متغیر تصور از بدن با بتا (۰/۳۹) نسبت به متغیر افکار وسواسی (۰/۲۵) نقش بیشتری در پیش‌بینی متغیر عملکرد جنسی دارد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش تصور از بدن و باورهای وسواسی در پیش‌بینی پذیری عملکرد جنسی در میان زنان باردار انجام شد. نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان داد که بین تصور از بدن و عملکرد جنسی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)؛

انعکاس دهند. این ارزیابی‌های مجدد می‌تواند به صورت بالقوه به ارزش‌های ظاهری وابسته باشند. به عبارت دیگر، حالتی از انطباق آن‌ها را با تغییرات سریع بدنی نشان دهد (۲، ۲۷، ۵۱). زنان بارداری که این ارزیابی‌های مجدد را به سختی کسب می‌کنند به اشتغالات فزاینده‌ای در حوزه تصور از بدن مبتلا می‌شوند (۱، ۲۷، ۴۹). این حالات موجب می‌شود تجربه تغییرات جسمی سریع در بازه زمانی ۴۰ هفته‌ای از دوره آبستنی زنان مفهوم تر شود (۱-۳). لذا این تغییرات جسمانی طبیعی، زنان را هرچه بیشتر به سمت آنچه توصیف‌های فرهنگی-اجتماعی آن را چاقی آرمانی می‌نامند، سوق می‌دهد (۶-۴). این فقط یکی از راه‌هایی است که زنان باردار برای رسیدن به مقصود تصور از بدن آرمانی انتخاب می‌کنند که موجب بهبود تصور از بدن و احتمالاً همراه با افزایش پذیرش تغییرات تناسب و شکل بدن خویش می‌شود (۴۹).

همچنین در مطالعه حاضر بر اساس نتایج حاصل از ضریب همبستگی، میان خرده مقیاس‌های باورهای وسواسی با عملکرد جنسی همبستگی منفی و معناداری وجود داشت ($p < 0/01$)؛ به عبارت دیگر زنانی که نمرات بیشتری را در سه خرده مقیاس فوق کسب کردند، دارای عملکرد جنسی ناسازگار و نامطلوب بودند و برعکس، زنانی که نمرات کمتری را در سه خرده مقیاس فوق کسب نمودند، عملکرد جنسی بهتر و مناسب‌تری را تجربه کردند. این بدان معناست که باورهای وسواسی موجب بدریخت‌انگاری بدنی شده و این استنباط‌ها بر روی عملکرد جنسی فرد باردار تأثیر منفی می‌گذارند و موجب تداخل در فرایند و کارکرد به‌هنگار آن در زمان بارداری می‌شوند. این نتیجه با نتایج مطالعه لاول و همکاران (۲۰۱۴) که بر رابطه بین باورهای وسواسی با بدریخت‌انگاری بدن تکیه دارد، همخوانی داشت (۳۷). زنان تصور خود را از برخی ویژگی‌های جسمی و بدنیشان در دوران بارداری یا با شادی و یا با ناخشنودی ابراز نمودند. در تعدادی از مطالعات نگرانی در مورد افزایش وزن بسیار شایع بود و تعداد زیادی از زنان در مورد از دست دادن ریخت بدنی‌شان در دوران بارداری نسبت به زمان قبل از

قاعدگی پریشان خاطر بودند (۳۱، ۴۵، ۴۸). در واقع، تصور از بدن موجب مجموعه‌ای از تفکرات تکراری، ناسازگار و ناهمخوان شده که این افکار، باورهایی وسواس‌گونه را به وجود می‌آورد و در نهایت بر روی بسیاری از حوزه‌ها از جمله زندگی جنسی فرد تأثیر نامطلوبی خواهد داشت. زیرا همان‌گونه که پیش‌تر گفته شد، این باورها با سرزنش نمودن خویشتن، ارزیابی‌های متعدد و محدود کردن زندگی فرد، وی را به سمت کارهایی مانند ورزش مفراطی، رژیم‌های توان‌کاه و سخت سوق داده و فرجام این حالات، تداخل در زندگی فردی و اجتماعی خواهد بود. این شواهد در پژوهش‌های مختلفی بیان شده است که از میان آن‌ها می‌توان به مطالعه واحدی و همکاران (۲۰۱۳) که بر رابطه میان باورهای وسواسی با خودسرزنی، مرور ذهنی و ارزیابی مجدد و نیز مطالعه لاول و همکاران (۲۰۱۴) که به رابطه بین باورهای وسواسی (شامل اعتقادات حول محور اهمیت افکار و کنترل آن‌ها، عدم تحمل نقص در کمال‌گرایی و تخمین بیش از حد در حوادث و مسئولیت‌پذیری) با بدریخت‌انگاری بدن حکایت داشتند، اشاره کرد که با نتایج مطالعه حاضر قرابت بیشتری داشتند (۳۵، ۳۷).

در مطالعه حاضر در زمینه پیش‌بینی‌پذیری عملکرد جنسی از طریق تصور از بدن و باورهای وسواسی، آزمون آماری رگرسیون چندگانه نشان داد که دو متغیر تصور از بدن و باورهای وسواسی حدود ۵۱٪ واریانس عملکرد جنسی را تبیین می‌کنند. در این میان تصور از بدن با ۳۹٪ از توانایی بالاتری جهت پیش‌بینی عملکرد جنسی برخوردار است. نارضایتی از بدن در دوران بارداری از شدت بالایی برخوردار بوده و به صورت بالقوه با برخی از رفتارهای منفی مانند رژیم غذایی ناسالم همراه می‌باشد که پیامد این‌گونه بارداری‌های معیوب، تولد جنین سبک وزن است (۲۵، ۵۲). نارضایتی از بدن همچنین با برخی از علائم روان‌شناختی مانند نشانه‌های افسردگی در دوران بارداری و پس از آن همراه بوده که این حالات نگرانی‌هایی را به دنبال دارد (۶، ۵۳). همان‌گونه که پژوهش‌ها از رابطه بالای نارضایتی از بدن با نشانه‌های افسردگی حکایت دارد، بالاین‌حال

رابطه متقابل میان افسردگی و تصور از بدن مشخص نبوده و این حالت در بزرگسالان از وضوح کمتری برخوردار است (۵۴). بررسی این رابطه دوسویه حائز اهمیت است، زیرا خطر افسردگی برای مادر و جنین بالا است (۵۷-۵۵).

در مطالعه حاضر متغیرهای مزاحم بسیاری مانند سابقه بیماری جسمی و روانی، وضعیت عملکرد جنسی قبلی، اختلالات همراه با بارداری و ... وجود داشت که توسط پژوهشگر قابل کنترل نبود، لذا این امکان وجود دارد که نتایج پژوهش تحت تأثیر این متغیرها نیز قرار گرفته باشد.

بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان به دو دسته پیامد نظری و عملی در پژوهش حاضر اشاره کرد. در سطح عملی می‌توان با تهیه برنامه‌های آموزشی، مهارت‌های مرتبط با تصور از بدن و باورهای وسواسی ضمن روشن ساختن رابطه این سازه‌ها با انواع سطوح زندگی جنسی زنان باردار، جهت بالا بردن سطح مؤلفه زندگی جنسی آنان اقدام کرد. با توجه به رابطه معنادار میان تصور از بدن و عملکرد جنسی می‌توان به زنان در خصوص افزایش جنبه‌های مختلف سلامت، باورها، ارزشیابی، آموزش‌های لازم را به کار برد تا از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بیشتری برخوردار گردند و در نتیجه عملکرد فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی آنان افزایش یابد. تهیه این برنامه‌ها و کارگاه‌ها می‌تواند زنان را از دانش خود درباره جنبه‌های مختلف تصور از بدن خویش آگاه سازد و همچنین به آن‌ها جهت بازشناسی، پردازش و سازمان‌دهی اطلاعات

منابع

هیجانی‌شان کمک کند. در سطح نظری، پرداختن به رابطه باورهای وسواسی و عملکرد جنسی هنوز مورد توجه کافی قرار نگرفته است. به همین دلیل انجام این پژوهش می‌تواند به عنوان شروع، توجه پژوهشگران را به این متغیرها جلب نماید. پژوهش حاضر تنها به بررسی تصور از بدن و باورهای وسواسی در پیش‌بینی پذیری عملکرد جنسی در میان زنان باردار پرداخته است. لذا انجام پژوهش‌هایی که در زمینه متغیرهای دیگری که سازه عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، می‌تواند کاملاً مفید و راه‌گشا باشد. برای قضاوت دقیق‌تر پیرامون این نتایج و همچنین تعمیم نتایج، انجام پژوهش‌های جامع‌تر در نمونه‌های گسترده‌تر در سایر جمعیت‌ها نیز پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به رابطه معنادار میان تصور از بدن و عملکرد جنسی می‌توان به زنان در خصوص افزایش جنبه‌های مختلف سلامت، باورها و ارزشیابی آموزش‌های لازم را به کار برد تا از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بیشتری برخوردار شوند و در نتیجه عملکرد فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی آنان افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت دکتر امینیان، دکتر صفی‌خانی و خانم اکرم کرمی و مادران باردار شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image* 2005; 2(4):347-61.
2. Skouteris H. Body image issues in obstetrics and gynecology. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011. P. 342-9.
3. Tiggemann M. Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image* 2004, 1(1):29-41.
4. Grogan S. *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. 2nd ed. New York: Routledge; 2007.
5. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study. *J Health Psychol* 2009; 14(1):27-35.
6. Duncombe D, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L. How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? *J Health Psychol* 2008; 13(4):503-15.

7. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *BMJ* 2004; 392(7429):559-61.
8. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med* 2008; 29:89-106.
9. Bayrami R, Sattarzade N, Ranjbar Koochaksariie F, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *J Reprod Infertil* 2008; 9(3):271-82. (Persian).
10. 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(Suppl 4):124-9.
11. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Arch Sex Behav* 2012; 41(5):1241-51.
12. Shirvani M, Bagheri Nasami M. Sexual dysfunction and related factors among breast feeding women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(5):38-44. (Persian).
13. Jamali S, Mosallanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(6):479. (Persian).
14. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med* 2007; 4(5):1381-7.
15. Rahimi S, Seyyed RE. Sexual behavior during pregnancy: a descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran. *Payesh* 2004; 3(4):291-9. (Persian).
16. Pourakbaran E, Amin Yazdi SA. A study of sexual functioning and marital satisfaction in women with and without history of labor. *J Fundament Ment Health* 2015; 17(4):202-8. (Persian).
17. Dalfra MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A. Quality of life in pregnancy and postpartum: a study in diabetic patients. *Qual Life Res* 2012; 21(2):291-8.
18. Heider N, Spruyt A, De Houwer J. Implicit beliefs about ideal body image predict body image dissatisfaction. *Front Psychol* 2015; 6:1402.
19. Mehta UJ, Siega-Riz AM, Herring AH. Effect of body image on pregnancy weight gain. *Matern Child Health J* 2011; 15(3):324-32.
20. Brody CM, Trotman FK. *Psychotherapy and counseling with older women: cross-cultural, family, and end-of-life issues*. New York: Springer Publishing Company; 2001. P. 17-40.
21. Boscaglia N, Skouteris H, Wertheim EH. Changes in body image satisfaction during pregnancy: a comparison of high exercising and low exercising women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003; 43(1):41-5.
22. Devine CM, Bove CF, Olson CM. Continuity and change in women's weight orientations and lifestyle practices through pregnancy and the postpartum period: the influence of life course trajectories and transitional events. *Soc Sci Med* 2000; 50(4):567-82.
23. Goodwin A, Astbury J, McMeeken J. Body image and psychological well-being in pregnancy. A comparison of exercisers and non-exercisers. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000; 40(4):442-7.
24. Rallis S, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ. Predictors of body image during the first year postpartum: a prospective study. *Women Health* 2007; 45(1):87-104.
25. Loth KA, Bauer KW, Wall M, Berge J, Neumark-Sztainer D. Body satisfaction during pregnancy. *Body Image* 2011; 8(3):297-300.
26. Clark M, Ogden J. The impact of pregnancy on eating behavior and aspects of weight concern. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23(1):18-24.
27. Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, Watson B, Hill B. Body dissatisfaction during pregnancy: a systematic review of cross-sectional and prospective correlates. *J Health Psychol* 2013; 18(11):1411-21.
28. Johnson S, Burrows A, Williamson I. 'Does my bump look big in this?' The meaning of bodily changes for first-time mothers-to-be. *J Health Psychol* 2004; 9(3):361-74.
29. Earle S. 'Bumps and boobs': fatness and women's experiences of pregnancy. *Womens Stud Int Forum* 2003; 26(3):245-52.
30. Nash M. Weighty matters: negotiating 'fatness' and 'in-betweenness' in early pregnancy. *Femin Psychol* 2012; 22(3):307-23.
31. Harper EA, Rail G. Contesting "silhouettes of a pregnant belly": Young pregnant women's discursive constructions of the body. *Aporia* 2011; 3(1):5-14.
32. Hartmann AS, Thomas JJ, Greenberg JL, Elliott CM, Matheny NL, Wilhelm S. Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: a comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body Image* 2015; 14:77-84.
33. Shams G, Karam Ghadiri N, Esmaeli Torkanbou Y, Rahiminejad F, Ebrahimkhani N. Obsessional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders as compared to the control group. *Adv Cognitive Sci* 2006; 8(2):53-65. (Persian).

34. Babapoor KJ, Poursharifi H, Hashemi T, Ahmadi E. The relationship of meta-cognition and mindfulness components with obsessive beliefs in students. *J Sch Psychol* 2013; 1(4):23-38. (Persian).
35. Vahedi S, Hashemi T, Einipour J. Investigation of relationship among emotional control, cognitive emotional regulation and obsessive beliefs in high school girl students of Rasht. *Adv Cognitive Sci* 2013; 15(2):63-71. (Persian).
36. Beadel JR, Smyth FL, Teachman BA. Change processes during cognitive bias modification for obsessive compulsive beliefs. *J Cognitive Ther Res* 2014; 38(2):103-19.
37. Lavell CH, Farrell LJ, Zimmer-Gembeck MJ. Do obsessional belief domains relate to body dysmorphic concerns in undergraduate students? *J Obsessiv Compul Relat Dis* 2014; 3(4):354-8.
38. Raisi F, Ghassemzadeh H, Meysami A, Firoozikhojastefar R, Karamghadiri N, Sorayani M, et al. Sexual dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Tehran Univ Med J* 2015; 73(2):101-9. (Persian).
39. Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 76(2):219-23.
40. Sandoz EK, Wilson KG, Merwin RM, Kellum KK. Assessment of body image flexibility: the body image-acceptance and action questionnaire. *J Context Behav Sci* 2013; 2(1):39-48.
41. Izaadi A, Karimi J, Rahmani M. Psychometric Analysis of Persian Version of Body Image flexibility Questionnaire (BI-AAQ) among University students. *Hayat* 2013; 19(3):56-69. (Persian).
42. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atli A, Aydin A. The validity and reliability of the Turkish version of the obsessive beliefs questionnaire-44 (OBQ-44)/Obsesif inanışlar ölçeği-44'un (OIO-44) Turkece formunun Geçerlik ve Güvenirligi. *Arch Neuropsy* 2010; 47(3):216-23.
43. Farajnia S, Hoseinian S, Shahidi S, Sadeghi M. Codifying and examine psychometric properties of Marital Sexual Function Scale (MSFS). *Bi J App Counsel* 2014; 4(1):85-102. (Persian).
44. Birkeland R, Thompson JK, Phares V. Adolescent motherhood and postpartum depression. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34(2):292-300.
45. Mills A, Schmied VA, Dahlen HG. 'Get alongside us', women's experiences of being overweight and pregnant in Sydney, Australia. *Matern Child Nutr* 2013; 9(3):309-21.
46. Chang S, Kenney NJ, Chao YM. Transformation in self-identity amongst Taiwanese women in late pregnancy: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(1):60-6.
47. Chang SR, Chao YM, Kenney NJ. I am a woman and I'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth* 2006; 33(2):147-53.
48. Patel P, Lee J, Wheatcroft R, Barnes J, Stein A. Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *J Reprod Infant Psychol* 2005; 23(4):347-64.
49. Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, Watson B, Hill B. Body image during pregnancy: an evaluation of the suitability of the body attitudes questionnaire. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:91.
50. Watson B, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The meaning of body image experiences during the perinatal period: a systematic review of the qualitative literature. *Body Image* 2015; 14:102-13.
51. Skouteris H. Pregnancy: physical and body image changes. In: Cash TF, editor. *Encyclopaedia of body image and human appearance*. Boston: Elsevier/Academic Press; 2012. P. 664-8.
52. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998; 44(3-4):465-77.
53. Rauff EL, Downs DS. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. *Ann Behav Med* 2011; 42(3):381-90.
54. Downs DS, DiNallo JM, Kirner TL. Determinants of pregnancy and postpartum depression: prospective influences on depressive symptoms, body image satisfaction, and exercise behavior. *Ann Behav Med* 2008; 36(1):54-63.
55. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 2012; 23(1):123-38.
56. Cox JE, Buman M, Valenzuela J, Joseph NP, Mitchell A, Woods ER. Depression, parenting attributes, and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(5):275-81.
57. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Women Ment Health* 2003; 6(4):263-74.