

مقایسه اختلالات جنسی در مردان قبل و حین بارداری همسرانشان

عباسعلی ابراهیمیان^۱، مریم حیدری^{۲*}، دکتر محمد باقر صابری زفرقندی^۳، سمیه دلاوری^۴

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران.
۳. استادیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۳

خلاصه

مقدمه: شیوع اختلالات جنسی در زنان و مردان نسبتاً بالا می باشد. بارداری، یکی از دلایل پیدایش اختلالات جنسی است که با ایجاد تغییرات گوناگون جسمی و روانی، می تواند باعث ایجاد اینگونه اختلالات در زنان و مردان شود. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اختلالات جنسی مردان در زمان بارداری با قبل از بارداری همسرانشان انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی و گذشته‌نگر است که در آن، ۱۰۰ مردی که همسران آنها سابقه زایمان اخیر داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. جهت نمونه‌گیری از روش چند مرحله‌ای استفاده شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته که اختلالات جنسی قبل و حین بارداری زنان را در مردان می‌سنجید، انجام شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۱ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: تعداد قابل توجهی از مردان، قبل از بارداری و در زمان بارداری همسرانشان حداقل یکی از اختلالات جنسی را تجربه کرده بودند. این اختلالات به ترتیب شامل انزال زودرس، ارضاء جنسی در خواب، خود ارضائی جنسی، نعوظ ناکامل، عدم توانایی در حفظ نعوظ در زمان فعالیت جنسی، عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی و نرسیدن به اوج لذت جنسی بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون آماری ویلکاکسون، بین عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی، نرسیدن به اوج لذت جنسی و انزال زودرس مردان قبل و حین بارداری همسرانشان ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: شدت برخی اختلالات جنسی مردان در زمان بارداری همسرانشان افزایش می‌یابد. بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش در ارتباط با مسائل جنسی برای زوجین در تمام مراحل پس از ازدواج و به خصوص برای مردان در دوران بارداری همسرانشان، جدی تلقی شود.

کلمات کلیدی: اختلالات جنسی، بارداری، مرد

* نویسنده مسئول مکاتبات: مریم حیدری؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران. تلفن: ۰۲۳۱-۳۳۵۴۱۹۰.

پست الکترونیک: Hydari86_maryam@yahoo.com

مقدمه

اختلال جنسی، هر گونه اختلالی است که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود و نارضایتی در رفتار جنسی را به همراه داشته باشد (۱). اختلالات جنسی بر اساس عوامل به وجود آورنده آن، به چهار دسته عضوی، روانی، مخلوط و ناشناخته تقسیم می‌شوند (۲). بارداری می‌تواند در پاسخ های جنسی مردان در این دوران تأثیر گذاشته و باعث پیدایش یا تشدید اختلالات جنسی در مردان شود. مطالعات نشان داده اند که در طول بارداری و حتی ماه ها پس از زایمان، تمایل به برقراری روابط جنسی کاهش یافته و میزان اختلالات جنسی نسبت به قبل از بارداری افزایش می‌یابد (۳، ۴) که این موضوع می‌تواند باعث پیدایش نابسامانی‌های قابل توجهی در روابط زوجین شود (۵، ۶). سایر مطالعات نشان داده اند که برخی مردان از روابط جنسی با فرد دیگری برای ارضاء نیازهای جنسی خود در دوران بارداری همسرانشان استفاده کرده و برخی دیگر نیز دچار انحراف جنسی به صورت سکس دهانی، استمناء، مقاربت آنال و غیره شده‌اند (۷، ۸). شیوع اختلالات جنسی در جهان و ایران بالا بوده و مطالعات مختلف نشان دهنده شیوه ۲۰ تا ۴۰ درصدی آن در ایران و شیوع ۲۵ تا ۶۵ آن در اروپا و آمریکا می‌باشد (۶، ۹، ۱۰). از جمله مواردی که می‌توانند در رضایت جنسی مردان و زنان تأثیرگذار باشند، عوامل بیوفیزیکی، مشکلات و بیماری‌های جسمی، تروما به ستون فقرات و اختلال استرس پس از تروما می‌باشد (۱۱-۱۵).

امروزه جامعه‌شناسان و روانشناسان، حفظ و سلامت جامعه را در گرو سلامت خانواده و تعامل‌های سازنده در آن می‌دانند و از طرفی کتمان مشکلات و عدم شناسایی آنها به بهانه عدم وجود مشکل، کمکی به حل آنها نمی‌کند و مشکلات لاینحل می‌تواند پس از مدتی به صورت بحران خود را نشان دهد. یکی از مشکلاتی که به دلیل ذات آن، اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند، اختلالات جنسی می‌باشد زیرا هم فرهنگ جامعه و هم خود اشخاص، تمایل فراوانی برای نپرداختن به آن و کتمان آن دارند. در این میان، اختلالات جنسی مردان در حین بارداری همسرانشان و پس از آن حادثر به نظر می‌رسد، زیرا

شرایط قبل از بارداری، به علت پیدایش فرد سوم، پیچیده‌تر شده و تجزیه و تحلیل آن مشکل‌تر می‌شود. در ایران چندین مطالعه در ارتباط با اختلالات جنسی در زنان باردار انجام شده است (۹، ۱۶)، اما مطالعه‌ای در ارتباط با وضعیت اختلالات جنسی در مردانی که همسران آنها باردار هستند، انجام نشده، لذا با توجه به اهمیت مسأله و ناکافی بودن مطالعات داخلی در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اختلالات جنسی مردان قبل و حین بارداری همسرانشان انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی و گذشته‌نگر می‌باشد. در این مطالعه، تعیین حجم نمونه مبتنی بر هدف بود و نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای انجام شد. به این منظور در سال ۱۳۸۵ هر کدام از محله‌های شهر سمنان به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شدند. از بین محله‌هایی که موقعیت‌های جغرافیایی یکسان داشتند، یک محله به قید قرعه انتخاب شد. سپس کوچه‌های این محله‌ها به عنوان خوشه‌های کوچکتر در نظر گرفته شدند و از بین کوچه‌های یک محله، یک کوچه به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های تهیه شده در اختیار مردانی که زنان آنها باردار بوده یا سابقه زایمان اخیر (حداکثر یک ماه پس از زایمان) داشتند، قرار داده شد. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات فردی نظیر سن، سطح تحصیلات، تعداد بارداری یا بارداری های همسران و بخش دوم شامل سؤالاتی جهت بررسی اختلالات جنسی شایع مردان بود. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی، قبل از گردآوری داده‌ها استفاده شد. بدین منظور، جهت تهیه هر یک از پرسش‌ها، به کتب و نشریات علمی مراجعه شد. پس از تنظیم ابزار و حذف موارد اضافه و جایگزینی عبارات لازم، پرسشنامه در اختیار اساتید و صاحب‌نظران قرار گرفت تا مناسبت آن را با اهداف مطالعه ارزیابی کنند. پس از برطرف کردن موارد اشکال، ابزار جهت اجرای آزمون مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه به فاصله یک ماه، ۲ بار

یافته‌ها

میانگین سن مردان شرکت کننده در مطالعه $8/45 \pm$ سال بود. کم سن‌ترین فرد شرکت کننده ۲۲ سال و مسن‌ترین آنها ۵۸ ساله بود. زنان ۴۸ نفر از مردان شرکت کننده یک بار، ۲۴ نفر از زنان ۲ بار، ۲۰ نفر ۳ بار و ۸ نفر از زنان، ۴ بار سابقه بارداری داشتند. همچنین ۲ نفر از مردان بی سواد، ۱۶ نفر سواد ابتدایی، ۲۲ نفر دیپلمه، ۱۲ نفر فوق دیپلم، ۲۲ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس بودند. نتایج نشان داد که ۸۶ نفر از افراد مورد مطالعه قبل از بارداری همسرانشان و ۸۲ نفر از آنها در زمان بارداری همسرانشان حداقل یک اختلال جنسی را تجربه کرده بودند.

شایع ترین اختلال جنسی در مردان قبل از بارداری همسرانشان، انزال زودرس (۴۶٪) بود. پس از آن، ارضاء جنسی در خواب (۴۲٪)، خودارضائی جنسی (۳۰٪)، نعوظ ناکامل (۲۶٪)، عدم توانایی در حفظ نعوظ در زمان فعالیت جنسی (۱۶٪)، عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی (۱۴٪) و نرسیدن به اوج لذت جنسی (۱۲٪) به ترتیب در اولویت های بعدی اختلالات قرار گرفتند. همچنین، شایع ترین اختلال جنسی مردان در زمان بارداری همسرانشان انزال زودرس (۷۶٪) بود. پس از آن ارضاء جنسی در خواب (۵۲٪)، خودارضائی جنسی (۳۶٪)، نرسیدن به اوج لذت جنسی (۳۶٪)، عدم توانایی در حفظ نعوظ در زمان فعالیت جنسی (۲۸٪)، نعوظ ناکامل (۲۶٪) و عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی (۱۶٪) به ترتیب در اولویت‌های بعدی اختلالات قرار گرفتند. بر اساس آزمون آماری ویلکاکسون، بین عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی، نرسیدن به اوج لذت جنسی و انزال زودرس مردان در قبل و حین بارداری همسرانشان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$). اما بین خودارضائی، ارضاء جنسی در خواب، نعوظ لازم دستگاه تناسلی و حفظ نعوظ طی فعالیت جنسی مردان در قبل و حین بارداری همسرانشان تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$) (جدول ۱).

در اختیار ۱۰ نفر از افراد جامعه پژوهش قرار داده شد و سپس ارتباط بین نتایج حاصل از دو آزمون با استفاده از ضریب همبستگی مورد ارزیابی قرار گرفت. ضریب همبستگی به دست آمده در این روش ۰/۸۸ بود.

جهت گردآوری داده‌ها و تکمیل پرسشنامه‌های تهیه شده، پرسشنامه‌ها به طور تصادفی در اختیار افراد قرار گرفت. جهت رعایت مسائل اخلاقی و حفظ شأن و منزلت افراد، پرسشنامه‌ها به همراه یک برگ توضیحات مربوط به چگونگی تکمیل آنها در پاکت‌های مخصوص پستی قرار گرفت و در اختیار افراد قرار داده شد و از آنان درخواست شد که پس از مطالعه پرسشنامه‌ها، آن را تکمیل و به آدرس پستی که روی پاکت‌ها از قبل نوشته شده و نیازی به الصاق تمبر نداشت، ارسال کنند. همچنین یک شماره تلفن جهت رفع سؤالات احتمالی افراد، در اختیار آنها قرار داده شد و از آنها خواسته شد در صورتی که سواد ندارند یا مطالب پرسشنامه را نمی‌فهمند، از پژوهشگر یا فرد باسوادی که مورد اعتماد آنان است، کمک بگیرند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: وجود سابقه زایمان اخیر (کمتر از یک ماه) در همسر فرد شرکت کننده، تک همسری و عدم سابقه بیماری‌های روانی و زمینه‌ای در زوجین و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل افراد به ادامه همکاری با پژوهشگران و تکمیل ناقص پرسشنامه بود. با این روش، ۲۰۰ پرسشنامه بین افراد مورد مطالعه تقسیم شد. از این تعداد، ۱۲۴ پرسشنامه عودت داده شد که ۲۴ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن، حذف شد و ۱۰۰ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین) و آمار تحلیلی (آزمون ویلکاکسون) و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۱ معنی دار در نظر گرفته شد.

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

شدت اختلال نوع اختلال	همیشه		اغلب		گاهی اوقات		به ندرت		هیچوقت		بدون پاسخ سطح معنی
	قبل	حین	قبل	حین	قبل	حین	قبل	حین	قبل	حین	
تمایل به برقراری ارتباط جنسی	۷۰	۳۶	۱۶	۴۸	۱۰	۱۶	۴	۰	۰	۰	<۰/۰۱*
رسیدن به اوج لذت جنسی	۴۲	۲۰	۴۶	۴۴	۱۲	۳۰	۰	۶	۰	۰	<۰/۰۱*
خودارضایی	۲	۴	۶	۲	۲۲	۳۰	۴۴	۳۲	۲۶	۳۲	>۰/۰۵
ارضاء جنسی در خواب	۱۴	۰	۰	۱۲	۲۸	۴۰	۳۲	۲۸	۲۶	۲۰	>۰/۰۵
انزال زودرس	۳۰	۰	۲۴	۲۴	۱۶	۲۸	۱۰	۳۰	۲۰	۱۸	<۰/۰۱*
نعوظ لازم دستگاه تناسلی	۳۰	۳۲	۴۲	۴۰	۲۰	۱۸	۶	۸	۰	۰	>۰/۰۵
حفظ نعوظ طی فعالیت جنسی	۲۶	۲۲	۵۶	۴۸	۱۰	۲۸	۶	۰	۰	۰	<۰/۰۵

* بر اساس آزمون آماری ویلکاکسون، بین عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی، نرسیدن به اوج لذت جنسی و انزال زودرس مردان در قبل و حین بارداری همسرانشان ارتباط معناداری وجود داشت.

بحث

زوجین، ترس ناخودآگاه در مورد عمل جنسی و حل نشدن تعارضات خودشیفتگی کودکی (که شخص را در ایجاد رابطه جنسی، ارضاء شریک جنسی و تشریک مساعی در رابطه با عشق‌ورزی ناتوان می‌سازد) می‌باشد (۲۱). اما به عقیده پژوهشگر، از جمله دلایل مهم پیدایش بیش از حد اینگونه اختلالات در دوران قبل از بارداری همسران در جامعه مورد مطالعه، آموزش ناکافی زوجین درباره حل و فصل خردمندانه مسائل و مشکلاتی است که ممکن است در ابتدای زندگی هر زوجی به وجود آید.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، شدت برخی اختلالات جنسی مردان در زمان بارداری همسرانشان افزایش یافت. حیدری به نقل از مسترز و جانسون می‌نویسد: برخی شوهران زنان باردار علاقه جنسی خود را به همسرانشان از دست می‌دهند و خودداری مردان از آمیزش جنسی در اواخر سه ماهه دوم یا اوایل سه ماهه سوم بارداری زنان شروع می‌شود. علت این امر وضوح بیشتر بارداری و تغییر ظاهر فیزیکی زنان در این دوران، راحتی شخصی زنان و ترس از آسیب رسیدن به جنین می‌باشد (۲۲). علت دیگر این موضوع، شیوع بالای اختلالات جنسی در زنان باردار است که می‌تواند به طور چشمگیری بر بروز اختلالات جنسی در همسر آنها مؤثر

بر اساس نتایج این مطالعه، شیوع اختلالات جنسی در مردان حتی قبل از بارداری همسرانشان بالا بود. منابع دیگر نیز این مطلب را تأیید می‌کنند. از جمله مطالعه کاترین و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که ۳۴/۸٪ از مردان در طی اولین ماه برقراری ارتباط جنسی دچار یکی از اختلالات جنسی شدند (۱۷). همچنین شیوع اختلالات جنسی در مردان اروپا و آمریکا نیز بین ۱۰ تا ۵۲٪ گزارش شده است (۱۸). برخی مطالعات نشان داده اند که مردان در مقایسه با زنان از وضعیت سلامت جسمی پایین‌تری برخوردار هستند (۱۹، ۲۰)، و شاید بالا بودن شیوع اختلالات جنسی در مردان ناشی از توجه ناکافی و فراگیر مردان نسبت به امر سلامت خود در تمام زمینه‌ها باشد که این امر می‌تواند به طور مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت جنسی آنان تأثیر بگذارد. موضوع قابل توجه دیگر، بالاتر بودن میزان شیوع این اختلالات در واحدهای پژوهش نسبت به مطالعات دیگر و میزان طبیعی جهانی است. مطالعات نشان داده اند که قسمت عمده اختلالات جنسی در مردان قبل از بارداری همسرانشان (اوایل زندگی زناشویی) مربوط به اضطراب، سابقه تماس جنسی با زنان بی‌بندوبار، دغدغه‌های مربوط به ارضاء شریک جنسی، شرایط فرهنگی متفاوت بین

خود ارضائی جنسی نیز از دیگر اختلالات واحدهای پژوهش بود که علی‌رغم شیوع آن در دو مرحله نمونه-گیری، تفاوت معنی‌داری در قبل و بعد از بارداری همسران مشارکت‌کنندگان نداشت. تقریباً تمام مردان و سه چهارم زنان در طول زندگی خود اقدام به خود ارضائی می‌کنند (۲۵). خودارضایی یک انحراف جنسی است که علل متعددی دارد (۱)، اما دلیل عدم تفاوت آماری این اختلال در قبل و بعد از بارداری همسران مشارکت‌کنندگان را می‌توان در ناتوانی مرد در کنترل نیروهای شهوانی خود، داشتن سابقه انجام این عمل در گذشته و به ویژه در دوران تجرد، عدم دسترسی و یا ناتوانی در یافتن شریک جنسی جایگزین مناسب و از همه مهمتر ناآگاهی از انجام رفتار درست در این شرایط به علت آموزش ناکافی در این زمینه دانست که باعث شده فرد حتی پس از ازدواج و بارداری همسرش نیز به انجام آن مبادرت ورزد.

نرسیدن به اوج لذت جنسی نیز از دیگر اختلالاتی بود که بین زمان قبل از بارداری همسران واحدهای پژوهش و در زمان بارداری آنها تفاوت معنی‌داری داشت. سایر مطالعات نیز نشان دهنده شیوع این اختلال در جوامع داخل و خارج می‌باشد (۶، ۲۶). بیماری‌های شریانی، هورمونی، سیستمیک، روحی - روانی و اشکال در روابط خانوادگی از مهمترین دلایل بروز این اختلالات در مردان می‌باشند (۱). اما به نظر می‌رسد مهمترین علت افزایش شیوع این اختلالات در واحدهای پژوهش مربوط به مشکلات به وجود آمده در روابط زوجین به علت بارداری باشد.

در مطالعه حاضر یکی دیگر از اختلالاتی که در واحدهای پژوهش وجود داشت ولی از شیوع کمتری نسبت به سایر مطالعات برخوردار بود (۶، ۱۶)، عدم تمایل به برقراری ارتباط جنسی بود. برخی منابع نیز بیان کرده‌اند که در طول بارداری، میل جنسی و فعالیت جنسی زنان باردار و همسران آنها غیر قابل پیش بینی بوده و ممکن است افزایش یا کاهش یافته و یا بدون تغییر بماند (۲۷) که این موضوع از نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر حمایت می‌کند. همچنین نتایج نشان دهنده تفاوت آماری معنی‌دار بین میل جنسی مردان در زمان قبل از

باشد. مطالعات گوناگون نیز شیوع اختلالات جنسی در زنان باردار را بالا گزارش کرده‌اند (۶، ۹). بنابراین رسیدگی به وضعیت سلامت جنسی در زنان باردار می‌تواند به نحو مؤثری باعث کاهش اختلالات جنسی در همسران آنها شود.

همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر، شایع‌ترین اختلال جنسی مردان قبل از بارداری و در زمان بارداری همسرانشان، انزال زودرس بود. یک فلاح نیز نشان داد که شایع‌ترین اختلال جنسی در مردان؛ انزال زودرس می‌باشد (۲۳). در کشور آمریکا نیز عمده‌ترین مشکل جنسی در مردان، انزال زودرس گزارش شد (۲۴). کاپلان و همکار (۲۰۰۳) نیز شیوع اختلال انزال زودرس را ۳۵ تا ۴۰ درصد گزارش کردند (۲۵). بنابراین شیوع بالای انزال زودرس در واحدهای پژوهش ناشی از شیوع بالای این اختلال در مردان جوامع مختلف می‌باشد. اما نتایج مطالعه بیانگر تفاوت آماری معنی‌دار بین شیوع انزال زودرس در مردان قبل و حین بارداری همسران آنها بود. به نظر می‌رسد علت افزایش شیوع انزال زودرس در واحدهای پژوهش، تعجیل در انزال به دلیل عدم علاقه شریک جنسی، شتاب و از همه مهمتر اضطراب (۱) به دلیل ترس از آسیب رسیدن به جنین باشد. همچنین ممکن است کاهش تعداد مقاربت در زمان بارداری زن باعث شود تا در دفعات محدود مقاربت، مرد قادر به کنترل و به تأخیر انداختن زمان انزال خود نباشد.

در مطالعه حاضر نعوظ ناکامل، عدم توانایی در حفظ نعوظ در زمان فعالیت جنسی و ارضاء جنسی در خواب، مشکلات دیگری بودند که در واحدهای پژوهش هم قبل و هم در زمان بارداری همسران آنها از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار بود. آزمون آماری نیز تفاوت معنی‌داری را بین شیوع این اختلالات در قبل و زمان بارداری همسران واحدهای پژوهش نشان نداد. این نتایج نشان می‌دهد که علی‌رغم اینکه میل جنسی زنان در زمان بارداری کاهش می‌یابد (۹)، بارداری و مسائل مربوط به آن نمی‌توانند به عنوان عوامل تشدید کننده و یا کاهنده برای ارضاء جنسی مردان در خواب، عدم توانایی در حفظ نعوظ در زمان فعالیت جنسی و نعوظ ناکامل مطرح باشند.

نتیجه‌گیری

شدت برخی از اختلالات جنسی مردان در طول بارداری همسران آنها افزایش می‌یابد. مجموعه این اختلالات می‌توانند لذت‌بخش بودن روابط جنسی زوجین را تحت الشعاع قرار داده و لطمه‌های زیادی به روابط آنها وارد نماید. بنابراین پیشنهاد می‌شود، آموزش ارتباط جنسی برای مردانی که همسران آنها باردار هستند، جدی تلقی شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی و اعضاء محترم شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند و ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

بارداری با زمان بارداری همسران آنها بود. علت پیدایش این نتیجه در مطالعه حاضر، جوان و میانسال بودن نمونه‌های پژوهش بود. به طوری که ۴۸٪ از واحدهای پژوهش اولین بارداری همسرانشان را تجربه کرده بودند. بنابراین میل جنسی فراوان در این افراد و در ابتدای زندگی مشترک باعث شده است تا در مطالعه حاضر، شیوع این اختلال کمتر از سایر اختلالات باشد. با توجه به گذشته‌نگر بودن مطالعه، ممکن است مشارکت‌کنندگان در به یاد آوردن رفتارهای جنسی خود در زمان قبل از بارداری همسرانشان با مشکل مواجه شده باشند و مطالعه از این نظر با محدودیت مواجه است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی محققین از مطالعات آینده‌نگر برای بررسی اختلالات جنسی زوجین استفاده نمایند.

منابع

- Jahanfar SH, Molaeezhad M. [Sexual Disorders]. Tehran:Salemi Publishers;2001. [in Persian]
- 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.
- Grenier G, Byers ES. Rapid ejaculation: a review of conceptual, etiological and treatment issues. *Arch Sex Behav* 1995 Aug;24(4):447-72. Review.
- 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.
- Nikpour S, Javaheri I, Yadavar Nikraves M, Jamshidi R. [Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west of Tehran] [Article in Persian]. *J Iran Univ Med Sci* 2006;13(50):189-95.
- Yekeh Fallah L. [Prevalence and related factors of sexual dysfunction in womens of Qazvin] *Int Congr Obstet Gynecol* 2005 Nov 25:219. [in Persian].
- 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.
- 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.
- Ebrahimian A, Heydari M, Saberi Zafarghandi MB. [Comparison of female sexual dysfunctions before and during pregnancy] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010;13(5):30-6.
- Forootan K. 20 to 40 percent of peopelsufeer from sexual disorders. *Biomed Engin* 2009;105:28.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998 Dec;15(6):519-24.
- Kariman NS, Tarverdi M, Azar M, Alavi-Majd H. The effects of colporrhaphy on the sexual satisfaction of women. *J Reprod Infertil* 2005;3(23):254-60.
- Cobb AR, Tedeschi RG, Calhoun LG, Cann A. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *J Trauma Stress* 2006 Dec;19(6):895-903.
- Doemann DJ. *Sexual dysfunction*. New York:Gale Group;2002.
- Belen RA, Garcia Salord J, Fiallos L. [Prevalence of male sexual dysfunctions] [Article in Spanish]. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2000;57:239-47.
- Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar-Koocheksarai F, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its elated factors duriong pregnancy. *J Reprod Infertil* 2008;29(3):271-83.
- 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.
- Sandfort TG, Ehrhardt AA. Sexual health: a useful public health paradigm or a moral imperative? *Arch Sex Behav* 2004 Jun;33(3):181-7.
- Lynsey JB, Bond MJ. An examination of the influences on health-protective b behaviours among Australian men. *Int J Men Health* 2008;7(3):274-87.

20. Cheng ST, Chan AC. Social support and self-rated health revisited: is there a gender difference in later life? Soc Sci Med 2006 Jul;63(1):118-22.
21. Mortazavi H, Kamkar M. [Premature Ejaculation]. Congr Fam Sex Probl 2005 Nov 23:19. [in Persian].
22. Heydari M, Kiani Asiabar A, Faghihzade S. [Couples' knowledge and attitude about sexuality in pregnancy] [Article in Persian]. J Tehran Univ Med Sci 2006;64(9):83-9.
23. Yekeh Fallah L. [Prevalence and related factors of sexual dysfunction in marriatal mans and womens of Qazvin]. Congr Fam Sex Probl 2005 Nov 23:219. [in Persian].
24. Robert W. physical and psychological causes of women's. psychological services center wwwpscuedu. 2004.
25. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadoch's synopsis of psychatry: behavioral science / clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2003.
26. Rosen RC, Fitzpatrick JM. Ejaculatory dysfunction in men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. BJU Int 2009 Oct;104(7):974-83.
27. Murray SS, McKinney ES. Foundation of maternal newborn nursing. 3rd ed. Philadelphia:Sunders;2002.