

ارزیابی عملکرد جنسی زنان طی نخستین بارداری

زهرا بستانی خالصی^{۱*}، سیده مرضیه راهبی^۲، دکتر ماندانا منصور قناعی^۳

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۳. دکتری تخصصی زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۶

خلاصه

مقدمه: بارداری با تغییرات فیزیکی و روانی در زندگی زنان همراه است. مطالعه حاضر با هدف تعیین روند تغییرات عملکرد جنسی زنان نخست باردار در دوران بارداری انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و به صورت طولی است که در سال ۹۰-۱۳۸۸ بر روی ۱۴۳ زن نخست باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت جهت دریافت مراقبت های معمول بارداری انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم مصاحبه و فرم معاینه و مشاهده در مورد معیارهای ورود و خروج، فرم مشخصات فردی و بارداری و پرسشنامه تجربه جنسی آریزونا (ASEX) بود. پرسشنامه (ASEX) در هر سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری و مجموعاً سه بار در اختیار هر فرد قرار گرفت. اطلاعات پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری آنوای یک طرفه، post Hoc، کای اسکوتر و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۴۸/۲۵ درصد از افراد در سه ماهه اول، ۲۶/۵۷ درصد در سه ماهه دوم و ۷۲/۰۲ درصد در سه ماهه سوم بارداری دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. بیشترین اختلال عملکرد جنسی در سه ماهه سوم بارداری مشاهده شد ($p < 0/05$). شایع ترین اختلال در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری کاهش میل جنسی بود ($p < 0/05$). نتیجه گیری: اختلال در عملکرد جنسی در زنان باردار با شیوع بیشتر در سه ماهه سوم بارداری وجود دارد.

کلمات کلیدی: اختلال جنسی، بارداری، عملکرد جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا بستانی خالصی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران. تلفن: ۵۶-۵۵۵۵-۱۳۱؛ پست الکترونیک: z_bostani@yahoo.com

مقدمه

تمایلات جنسی در عین غریزی بودن، بسیار انسانی است و شامل مضامین و مفاهیم تاریخی و مذهبی می باشد (۱) که اهمیت دادن به آن امری واقع بینانه و نادیده انگاشتن آن غیر ممکن می باشد (۲). بارداری یکی از حساس ترین دوره های زندگی زنان است که به دلیل تغییرات فیزیکی و روانی می تواند منجر به تغییرات زیادی در روابط جنسی زوجین شود. هرچند برخی از این تغییرات ناشی از باورهای نادرستی است که در بین زنان باردار رواج دارد و می توانند بر پاسخ جنسی فرد تأثیر قابل ملاحظه ای داشته و سلامت جنسی زنان باردار را به مخاطره اندازد. برخی از این باورهای نادرست شامل: گناه شمردن روابط جنسی در دوران بارداری، تغییر تصور ذهنی فرد از بدنش، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین و سقط می باشد (۳). اختلال در عملکرد جنسی می تواند متأثر از عوامل روانشناختی و جسمانی باشد (۴) در مواردی که مشکلات جنسی ناشی از علل جسمانی باشد، عوامل روانشناختی ممکن است نقش ثانویه ای در پیچیده کردن موقعیت داشته و باعث اشکال در پاسخ جنسی شود. عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه ای برای به دست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است (۵). بارداری هم می تواند باعث عمیق تر شدن روابط زناشویی و هم باعث گسستگی آن شود (۶). نتایج مطالعه لی (۲۰۰۲) تحت عنوان "مفهوم رضایت جنسی" در زنان باردار که به روش پدیدارشناسی انجام شد، 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 می شود (۷). به طور کلی میل و عملکرد جنسی زنان باردار در دوران بارداری غیر قابل پیش بینی است، به گونه ای که ممکن است در سه ماهه اول بارداری میل جنسی به دلیل نوسانات هورمونی، خستگی یا تهوع، کاهش داشته و طی سه ماه دوم بارداری به دلیل افزایش جریان خون در اندام تناسلی و سینه ها، تمایل برای مقاربت افزایش داشته و مجدداً در سه ماه سوم به دلیل افزایش وزن، درد کمر و سایر علائم بار

دیگر کاهش یابد (۸). اگر چه برقراری رابطه جنسی در دوران بارداری بدون رعایت اصول صحیح، عوارضی را برای مادر و جنین او به دنبال دارد، با این وجود علم طب هیچ محدودیتی را برای انجام فعالیت جنسی در یک بارداری طبیعی قایل نشده و می توان رابطه جنسی متعادل را به جز در موارد بارداری پر خطر در طول بارداری ادامه داد (۹، ۱۰). علی رغم وجود مطالعات متعدد به ویژه در کشورهای توسعه یافته، انجام تحقیقات جنسی در ایران به دلیل عقاید مذهبی و ارزش های اعتقادی خاص با دشواری هایی همراه بوده و از طرفی در تمام مطالعات انجام شده، تنها عملکرد جنسی زنان باردار در یکی از دوره های بارداری مورد بررسی قرار گرفته لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین روند تغییرات عملکرد جنسی در کل دوره بارداری در زنان نخست باردار انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و طولی است که در آن ۲۲۸ زن نخست باردار که جهت دریافت مراقبت های معمول بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت طی سال های ۹۰-۱۳۸۸ مراجعه کرده بودند، شرکت داشتند. در نهایت ۸۵ نفر (۱۶ نفر به دلیل عدم مراجعه به موقع به مرکز بهداشت مربوطه، ۲۴ نفر به دلیل زایمان زودرس، ۸ نفر سرویکس نارسا، ۷ نفر ابتلاء به پره اکلامپسی، ۸ نفر تهدید به سقط، ۱۱ نفر به دلیل سقط، ۱ نفر به دلیل جفت سر راهی، ۱ نفر به دلیل تهوع و استفراغ شدید و ۹ نفر به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری) از مطالعه خارج شدند و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۱۴۳ نمونه انجام شد. محدوده سنی زنان ۴۵-۱۵ سال بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: بارداری اول، سلامت جسمی و روانی مادر، اولین مراجعه طی هفته ۱۰-۶ بارداری و معیارهای خروج از مطالعه شامل سابقه ابتلاء به بیماری طبی، نازایی و سقط، تهدید به سقط، فشار خون بالا، سرویکس نارسا، زایمان زودرس، استعمال دخانیات، جدا شدن زودرس جفت، پارگی زودرس کیسه آب، جفت سر راهی، مصرف داروهای ضد افسردگی و آرامبخش، مشکلات

یافته ها

میانگین سنی زنان شرکت کننده در مطالعه $1/7 \pm$ ۲۵/۴ سال با دامنه سنی ۱۹-۳۶ سال بود. ۶۷/۸۳ درصد از زنان خانه دار و ۴۶/۱۵ درصد از آنان دارای تحصیلات در سطح متوسطه بودند. بارداری ۶۲/۲۳ درصد از افراد خواسته و به صورت برنامه ریزی شده بود. منبع اطلاعاتی ۴۷ درصد از افراد مورد مطالعه دوستان و آشنایان بود. فقط ۱۷ درصد از زنان در زمینه روابط جنسی در طی مراقبت های بارداری از مراقبین بهداشتی اطلاعاتی دریافت کرده بودند. در اکثر موارد، کارکنان بهداشتی توصیه های محدود کننده ای برای نزدیکی داده بودند و در طول بارداری از واحدهای پژوهش هیچگونه اطلاعی در مورد عملکرد جنسی دریافت نکرده بودند.

بین سطح تحصیلات، سابقه زندگی زناشویی و رضایت یا عدم رضایت از درآمد خانوادگی با اختلال جنسی زنان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/002$)؛ به گونه ای که میزان اختلال جنسی در زنان باردار با تحصیلات بالا و راضی از درآمد خانواده کمتر بود.

به منظور بررسی دقیق تر ارتباط بین متغیرهای مستقل و اختلال جنسی در زنان از آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین سطح تحصیلات پایین ($p<0/002$)، ترس از صدمه به جنین در طی فعالیت جنسی ($p<0/007$)، احساس کاهش جذابیت جنسی ($p<0/005$)، عدم رضایت از درآمد خانوادگی ($p<0/003$) و ناخواسته بودن بارداری ($p<0/001$) با اختلال جنسی در زنان ارتباط معناداری وجود دارد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ناخواسته بودن بارداری بیش از سایر متغیرها در بروز اختلال عملکرد جنسی زنان باردار نقش داشت (جدول ۱).

روانی و هیجانات روحی شدید بود. نمونه گیری به شیوه در دسترس انجام شد. بدین صورت که پژوهشگر و کمک پژوهشگر پس از ارائه توضیحاتی در مورد اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، پرسشنامه را در خلوت و با حفظ حریم خصوصی شخص در اختیار افراد قرار می دادند. مطالعه حاضر پس از تأیید کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم مشخصات فردی و بارداری و پرسشنامه تجربه جنسی آریزونا (ASEX) بود. پرسشنامه ASEX شامل ۵ سؤال در ۵ حیطه عملکرد جنسی: میل جنسی، انگیزش جنسی، لغزندگی واژن در زن، توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی و رضایت از اوج لذت جنسی و بر اساس مقیاس ۶ گزینه ای لیکرت بود (۱۱، ۱۲). این پرسشنامه در هر سه ماهه (اول، دوم و سوم بارداری) یک بار و مجموعاً ۳ بار در اختیار هر فرد قرار گرفت و توسط آنان تکمیل شد. نحوه نمره دهی به پاسخ ها بدین صورت بود: نمره ۱ به عملکرد جنسی طبیعی، و به همین ترتیب نمره ۶ به اختلال شدید عملکرد جنسی تعلق می گرفت. پایایی پرسشنامه ASEX با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۵ تعیین شد و بر اساس مطالعه مک گوی (۱۳)، پرسشنامه از روایی خوبی برخوردار بود. پایایی و روایی این پرسشنامه توسط پزشکی (۱۱) و بایرامی (۱۴) ثابت شده است. اطلاعات پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری آنالیز واریانس یک طرفه، کای اسکوئر و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- نتایج مدل رگرسیون چندگانه برای تعیین عوامل مرتبط با اختلال جنسی زنان در دوره بارداری

متغیر	نسبت شانس (OR)	سطح اطمینان ۹۵٪	p<۰/۰۵ آنالیز واریانس
ترس از صدمه به جنین در اثر رابطه جنسی	۱/۳	۲ - ۱/۱	۰/۰۰۷
سابقه زندگی زناشویی	۱/۶	۲/۱ - ۱/۴	۰/۰۰۶
احساس کاهش جذابیت جنسی	۱/۷	۲/۳ - ۱/۳	۰/۰۰۵
عدم رضایت از درآمد	۲/۱	۲/۹۸ - ۱/۰۴	۰/۰۰۳
تحصیلات کم	۲/۹	۴/۵۱ - ۱/۶۷	۰/۰۰۲
ناخواسته بودن بارداری	۳/۶	۷/۲۴ - ۳/۱	۰/۰۰۱

نسبت به سه ماهه دوم بود ($p < 0.05$). به طور کلی فراوانی مربوط به هر اختلال عملکرد جنسی در سه ماهه سوم بارداری در مقایسه با سه ماهه های دیگر بیشتر بود ($p < 0.05$). در مقایسه بین سه ماهه ها، فراوانی اختلال عملکرد جنسی بین سه ماهه دوم و سه ماهه سوم اختلاف آماری معناداری داشت ($p < 0.05$). به گونه ای که اختلال عملکرد جنسی در سه ماهه دوم بارداری نسبت به سه ماهه اول و سوم بارداری کاهش داشت ($p < 0.05$). شایع ترین اختلال در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری کاهش میل جنسی بود ($p < 0.001$). کمترین فراوانی اختلال عملکرد جنسی در هر سه ماهه، کاهش رطوبت واژینال گزارش شد ($p < 0.05$). تفاوت فراوانی اختلال در رطوبت واژینال در بین هر سه ماهه بارداری معنی دار نبود.

فراوانی مربوط به اختلال جنسی در هر یک از مراحل سیکل بر اساس داده های حاصل از تکمیل پرسشنامه ASEX بیانگر آن بود که ۴۸/۲۵ درصد از زنان در سه ماهه اول، ۲۶/۵۷ درصد از زنان در سه ماهه دوم و ۷۲/۰۲ درصد از زنان در سه ماهه سوم بارداری دارای اختلال در عملکرد جنسی بودند (بر اساس پرسشنامه آریزونا، ۵ آیت مورد بررسی قرار گرفت، بنابراین نمرات کسب شده بین ۵ تا ۳۰ قرار گرفتند، به گونه ای که هر چه عدد حاصل بزرگتر می شد، نشانه اختلال عملکرد جنسی بیشتر بود. برای مقایسه سه دوره مختلف بارداری از میانگین اعداد به دست آمده جهت آنالیز استفاده شد، اما در جدول ۲ از درصد فراوانی برای بهتر نشان دادن اختلافات استفاده شد. این فراوانی نشان دهنده افزایش میزان اختلال عملکرد جنسی در سه ماهه سوم بارداری

جدول ۲- توزیع فراوانی اختلال مربوط به مراحل سیکل پاسخ جنسی زنان نخست باردار در هر سه ماهه

اختلال عملکرد جنسی	اول، دوم و سوم بارداری					
	سه ماهه اول	سه ماهه دوم		سه ماهه سوم		p<۰/۰۵ آنالیز واریانس
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
میل جنسی	۵۶	۳۹/۱۶	۳۵	۲۴/۴۷	۸۵	۵۹/۴۴
تحریک جنسی	۳۲	۲۲/۳۷	۱۹	۱۳/۲۸	۶۷	۴۶/۸۵
رطوبت واژینال	۱۷	۱۱/۸۸	۱۴	۹/۷۹	۱۸	۱۲/۵۸
ارگاسم	۳۸	۲۶/۵۷	۲۲	۱۵/۳۸	۵۲	۳۶/۳۶
رضایت از ارگاسم	۳۲	۲۲/۳۷	۳۴	۲۳/۷۷	۳۷	۲۵/۸۷

انتخاب شد. از طرف دیگر در هیچ یک از مطالعات گذشته، روند تغییرات عملکرد جنسی یک گروه در طول بارداری بررسی نشده بود بلکه به بررسی گروه های مختلف در هر سه ماهه بارداری پرداخته شده بود که به نظر می رسد با توجه به نقش مؤثر خصوصیات فردی

بحث

تاکنون در هیچ از مطالعات انجام شده در ایران، نخست باردار یا چندزا بودن به عنوان عامل تأثیرگذار بر عملکرد جنسی لحاظ نشد (۳، ۵، ۹). به همین دلیل در مطالعه حاضر، نمونه های مورد مطالعه فقط از زنان نخست باردار

(شخصیتی - روانی) بر عملکرد جنسی، نتایج این چنین مطالعات کامل نمی باشد (۱، ۳). بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه بین سطح تحصیلات پایین، داشتن ترس از صدمه به جنین، احساس کاهش جذابیت جنسی، عدم رضایت از درآمد و ناخواسته بودن بارداری با اختلال عملکرد جنسی در زنان ارتباط معناداری وجود داشت. در مطالعه پاشا و همکاران (۲۰۰۴) میل جنسی زنان با میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی آنان ارتباط معنی داری داشت (۱۵). در مطالعه زهرایی و همکاران نیز بین روابط زناشویی با میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، محل سکونت، سن زن و تعداد فرزند ارتباط معنی داری وجود داشت (۱۶).

حیدری و همکاران (۲۰۰۵) طی مطالعه ای که بر روی زنان باردار شهر تهران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ترس از صدمه به جنین، سقط، زایمان زودرس و عفونت در بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه وجود دارد (۱۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. مطالعه رحیمی و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که میل جنسی افراد با ترس از ابتلاء به عفونت، صدمه به زن و احساس گناه از رابطه جنسی کاهش یافته بود و اختلال عملکرد جنسی در ۷۸ درصد نمونه ها مشاهده شد (۱۸). در مطالعه زهرایی و همکاران در اصفهان، شیوع اختلال روابط زناشویی در بین زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری ۶۸ درصد بود (۱۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۵) در تهران نشان داد که کاهش میل جنسی، رضایت مندی جنسی و توانایی زنان در رسیدن به ارگاسم در طی بارداری کاهش یافته است. شایع ترین اختلال عملکرد جنسی زنان در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری، کاهش میل جنسی بود (۱۷). یکی از دلایل کاهش تمایل جنسی زنان در دوران بارداری، تغییرات هورمونی است (۱۹). البته عوامل غیر هورمونی نیز نقش مؤثری ایفا می کنند. تغییرات بدنی و روانی مانند حالت تهوع، کمردرد، درد سینه و افسردگی، تحریک پذیری و سایر اختلالات خلقی و فیزیکی می توانند باعث کاهش تمایل برای ارتباط جنسی شوند (۵). همانگونه که ملاحظه می شود دوران بارداری تغییراتی را در روابط جنسی زنان

ایجاد می کند که گاه این تغییرات باعث نابسامانی های قابل توجه در روابط زوجین می شود، به طوری که عملکرد غیر طبیعی رفتار جنسی در دوران بارداری باعث پریشانی زن و شوهر و عدم هماهنگی در روابط جنسی زناشویی آنها می شود (۲۱). بر اساس نتایج این مطالعه، اختلال عملکرد جنسی زنان در سه ماهه دوم بارداری نسبت به سه ماهه های دیگر کمتر بود که می تواند ناشی از تغییرات فیزیولوژیکی سه ماهه دوم بارداری باشد که انجام فعالیت جنسی را در این دوره برای اکثر زنان راحت تر می سازد (۲۰). مطالعه ارول و همکاران (۲۰۰۹) کاهش نمره عملکرد جنسی زنان باردار را در سه ماهه سوم بارداری در مقایسه با سه ماهه اول و دوم نشان داد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱). بیشترین فراوانی اختلال عملکرد جنسی، مربوط به سه ماهه سوم بود که با توجه به بررسی سایر مطالعات انجام شده در جوامع مختلف و با فرهنگ های گوناگون در کشور به نظر می رسد ناشی از باورها و تصورات غلط، نگرش منفی و عدم فهم صحیح از تغییرات جسمانی و هیجانی زوجین در دوران بارداری باشد. فراوانی اختلال عملکرد جنسی در سه ماهه اول نسبت به سه ماهه دوم بیشتر بود که احتمالاً به دلیل نوسانات هورمونی، خستگی یا تهوع یا تصورات نامطلوب در مورد مسائل جنسی می باشد (۵، ۱۹، ۲۰). در این مطالعه بررسی تأثیر سابقه زندگی زناشویی نشان داد که افزایش مدت زندگی مشترک با کاهش میزان اختلالات عملکرد جنسی ارتباط دارد؛ به گونه ای که میانگین مدت زندگی زناشویی در افراد بدون اختلال عملکرد جنسی در مقایسه با نمونه های دارای اختلال عملکرد، بیشتر بود که این یافته با نتایج مطالعه بورتینیکا و همکاران که تجربه ارگاسم با مدت زندگی زناشویی ارتباط معنی داری داشت، همخوانی دارد (۱۲). در مطالعه حاضر اکثر زنان تنها مطلب آموزشی جنسی که از مراقبین بهداشتی دریافت کرده بودند، اجتناب از مقاربت جنسی برای دوره هایی از بارداری بود. این امر می تواند نشان دهنده دانش کم کارکنان بهداشتی نسبت به مسائل جنسی در دوران بارداری باشد که لزوم توجه به این موضوع در جهت برقراری آموزش های ضمن خدمت در این خصوص

خصوص جنس و هویت جنسی، نحوه ارتباط، اعتماد به نفس در برابر جنس مخالف اهمیت پیدا می‌کند.

نتیجه گیری

بارداری بر عملکرد و به خصوص میل جنسی زن باردار تأثیر گذاشته و او را در برقراری روابط جنسی دچار مشکل کند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی مادران عزیزی که در طول این مطالعه طولانی صبر و حوصله به خرج داده و ما را تا پایان همراهی نمودند و همچنین از کارکنان مراکز بهداشتی که در تسهیل امر نمونه گیری این مطالعه ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

را برای کارکنان بهداشتی نشان می‌دهد. 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 تأثیر قرار دهد لزوم آموزش فعالیت‌های جنسی توسط پرسنل بهداشتی را نشان می‌دهد. مطالعه ازگلی و همکاران (۲۰۰۶) (۲۲) در تهران نشان داد که دو سوم زنان باردار نسبت به مسائل جنسی در بارداری آگاهی کافی نداشتند و ۶۸/۲ درصد از آنها نگرش منفی نسبت به روابط جنسی در بارداری داشتند 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

منابع

- Jahanfar SH, Molaeezhad. [Text book of sexual disorders]. Tehran:Salemi & Bizhe Publication;2002:11-61. [in Persian].
- Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. J Sex Med. 2011 Oct;8(10):2859-67.
- Senkumwong N, Chaovitsaree S, Ruggpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thai 2006 Oct;89(Suppl 4):S124-9.
- Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. Adv Psychosom Med 2008;29:89-106. Review.
- Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med 2010 Aug;7(8):2782-90.
- Andrews G. Womens sexual health. 2nd ed. Edinburgh:Bailliere ;2001:161-72.
- Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. J Midwifery Womens Health 2002 Jul-Aug;47(4):278-86.
- Ribeiro MC, Nakamura MU, Scanavino Mde T, Torloni MR, Mattar R. Female sexual function and gestational diabetes. J Sex Med 2012 Mar;9(3):786-92.
- Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med 2010 Jan;7(1 Pt 1):136-42.
- 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. 2005:131.
- Montejo AL, Rico-Villademoros F. Psychometric properties of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQSALSEX) in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. J Sex Marital Ther 2008;34(3):227-39.
- Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and postpartum period. Bratisl Lek Listy 2009;110(7):427-31.
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, Manber R. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther. 2000 Jan-Mar; 26(1):25-40.
- Bayrami R, Haghghi Moghadam Y. [Sexuality during pregnancy. Mehre]. Ghom:Amiralmomenin Publications;2006:69-80. [in Persian].
- Pasha H, Haj Ahmadi M. [Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors in Babol, 2004] [Article in Persian] J Hormozgan Uni Med Sci 2007 Winter;10(4):343-8.
- Hassan Zahraee R, Shafie K, Bashardoost N, Reihani M, Jaber P. [Study of the related factors in couple sexual relationship during pregnancy] [Article in Persian]. J Qazvin Uni Med Sci. 2002 Winter;20:62-7.
- Heydari M, Mohammadi Kh, Faghihzadeh S. [The Study of sexuality changes during pregnancy] [Article in Persian]. Daneshvar 2005;13(61):32-7.
- Rahimi S, Seyyed Rasooly E. [Sexual behavior during pregnancy: a descriptive study of pregnant women in Tabriz, Iran] [Article in Persian]. Payesh 2004;3(4):291-9.

19. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med* 2012 Jul;9(7):1897-903.
20. Azar M, Nohi S. [Main points of psychological textbooks]. Tehran:Arjmand Publications;2000:125. [in Persian]
21. 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 Sep;4(5):1381-7.
22. Ozgoli G, Khoushabi K, Valaie N, Dolatian M, Tar-verdi M. [Surveying the knowledge and attitude toward sexual relation and its relevant factors in pregnant women referring to primary health care centers in Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, 2004] [Article in Persian]. *Pejouhandeh* 2006;2(6):137-47.