Pajouhan Scientific Journal Volume 18, Issue 2, Winter 2020, Pages: 20-29

Original Article

doi: 10.52547/psj.18.2.20

The Relationship between Attitudes and Sexual Function in Pregnant Women Referred to Health Centers - Medical City of Hamadan

Arezoo Shayan (Mc.S)[1], Raheleh Khodabandeloo (Mc.S)[2], Farzaneh Solatani (PhD)[1], Kowsar Esfandeh (Mc.S)[3], Seyedeh Zahra Masoumi (PhD)[4,*], Younes Mohammadi (PhD)[5], Soraya Dargahi (Mc.S)[2], Mehri Esmaili (Mc.S)[2]

[1] *Department of Midwifery, Mother and Child Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
[2] *MSc in Midwifery Counseling, Student Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
[3] *MSc in Speech Therapy, Department of Speech Therapy,Faculty of rehabilitation Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
[4] *Department of Midwifery, Student Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
[5] *Department of Statistics and Epidemiology, Modeling of Non-communicable Diseases Research Center, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*

**** Corresponding Author:*** *Seyadeh Zahra Masoumi, Associate Professor, Department of Midwifery, Student Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: zahramid2001@yahoo.com*

Received: 29/10/2019
Accepted: 02/12/2019

How to Cite this Article:
Shayan A, Khodabandeloo R, Solatani F, Esfandeh K, Masoumi SZ, Mohammadi Y, Dargahi S, Esmaili M. The Relationship between Attitudes and Sexual Function in Pregnant Women Referred to Health Centers - Medical City of Hamadan. *Pajouhan Scientific Journal*. 2020; 18(2): 20-29. DOI: 10.52547/psj.18.2.20

Abstract

Background and Objective: Pregnancy is one of the most sensitive stages of human life and can affect various aspects of one's life, including sex.The purpose of this study was to investigate the relationship between attitude and sexual function of pregnant women referring to comprehensive health centers in Hamadan city in 2017.

Materials and Methods: This is a descriptive cross-sectional study. 260 eligible pregnant women were selected randomly from Hamadan comprehensive health centers. Data collection tools included questionnaires of women's attitude and sexual function during pregnancy**,** It consisted of 5 questions of personal information, 12 questions of sexual attitude and 19 questions of sexual function during pregnancy**.** Data were analyzed by SPSS software version 21 using descriptive and inferential statistical tests at the significant level of 0.05.

Results: Most respondents were in the age group of 26-35 years. Most sexual beliefs in pregnancy were related to fear of harm to the fetus as a result of activity (63.1%) and fear of abortion (51.2%). The Pearson correlation test showed a significant correlation between the two variables of sexual beliefs and sexual function of women during pregnancy ($p < 0.001$). There was a significant relationship between desire for pregnancy and sexual attitude as well as age and duration of cohabitation and sexual function during pregnancy ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results, sexual attitudes in pregnancy are not appropriate due to misconceptions and therefore it is recommended to educate pregnant women in health centers as well as in clinics.

Keywords: Sexual Attitude; Sexual Function; Pregnancy; Pregnant Women

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

Copyright © 2020 Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مقاله پژوهشی

doi: 10.52547/psj.18.2.20

ارتباط نگرش و عملکرد جنسی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان همدان

آرزو شایان[۱]، راحله خدابنده لو[۲]، دکتر فرزانه سلطانی[۱]، کوثر اسفنده[۳]، دکتر سیده زهرا معصومی[۴،*]، یونس محمدی[۵]، ثریا درگاهی[۲]، مهری اسماعیلی[۲]

[۱] گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۲] کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۳] کارشناسی ارشد گفتاردرمانی، گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

[۴] گروه مامایی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۵] گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیر واگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* **نویسنده مسئول:** سیده زهرا معصومی، دانشیار، گروه مامایی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: Zahramid2001@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۰۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۱۱

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: دوران بارداری از مراحل حساس زندگی انسان است و می تواند جنبه های گوناگون زندگی افراد از جمله اعمال جنسی را تحت تاثیر قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین نگرش و عملکرد جنسی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان همدان در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود. تعداد ۲۶۰ نفر از زنان باردار واجد شرایط برای ورود به مطالعه به صورت تصادفی از مراکز جامع سلامت شهر همدان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه‌های نگرش و عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری بود که مشتمل بر ۵ سوال اطلاعات فردی، ۱۲ سوال نگرش جنسی و ۱۹ سوال عملکرد جنسی در دوران بارداری بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS21 و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی و در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیشترین رده سنی پاسخگویان در رده‌ی ۳۵-۲۶ سال بوده است. بیشترین نگرش جنسی افراد در بارداری مربوط به ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت (۶۳/۱ درصد) و ترس از سقط جنین (۲/ ۵۱درصد) بوده است. با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، بین دو متغیر نگرش جنسی و عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری همبستگی معنی داری مشاهده شد (P<۰.۰۰۱). بین سن و مدت زمان زندگی مشترک و عملکرد جنسی در دوران بارداری رابطه معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده نگرش جنسی افراد در بارداری به علت تصورات نادرست مناسب نبوده و بنابراین پیشنهاد می شود در مراکز بهداشتی درمانی و همچنین کلینیک ها، آموزش مسائل جنسی به زنان باردار داده شود.

واژگان کلیدی: نگرش جنسی؛ عملکرد جنسی؛ بارداری؛ زنان باردار

مقدمه

روابط زناشویی از جمله آداب اجتماعی است که در تمام جوامع بشری تا به امروز متداول بوده و این خود دلیلی است بر اینکه یک سنت فطری می‌باشد. در واقع رابطه جنسی کششی طبیعی در فضای مناسب خانواده بوده و پذیرش و احساس رضایت از آن در حفظ نظام خانوادگی موثر است. در واقع عملکرد جنسی موضوع قابل توجهی است و سرکوب آن بصورت دراز مدت باعث تاثیر منفی بر روی زندگی فرد می‌شود و عملکرد جنسی پایه‌ای جهت ثبات یک فرهنگ می‌باشد [۱]. در

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

دوران بارداری، بعلت عدم وجود آگاهی در زمینه فیزیولوژی بارداری و همچنین انجام فعالیت جنسی در این دوران، همچنین اعتقادات و باورهای غلطی که ممکن است از محیط اطراف به مادران منتقل شود، نگرش و عملکرد جنسی آنها می تواند تحت تاثیر قرار گیرد و به علت ترس از صدمه به جنین و یا از دست رفتن حاملگی یا عواقب ناشی از آن، فعالیت جنسی برخی زنان طی بارداری متوقف می شود و به دنبال آن تبعات زیادی برای زنان و همسرانشان به بار می آورد [۲]. در اولویت قرار دادن تمایلات جنسی امری واقع‌بینانه است، چرا که مشکل جنسی می‌تواند اثرات مختلف در دیگر جنبه‌های زندگی شخصی و اجتماعی داشته باشد؛ به طوری که برخی از اختلالات و درگیری ذهنی، عزت نفس پایین، شکست و شرایط دیگر زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۳].

علی‌رغم اینکه تمایلات جنسی (ذاتی و غیر ارادی) می‌باشند، نگرش و رفتارهای جنسی آموختنی هستند؛ بنابراین فعالیت‌های جنسی مشابه می‌تواند برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشد و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر کند. بنابراین هرگونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد. علی‌رغم اینکه تمایلات جنسی (ذاتی و غیر ارادی) می‌باشند، نگرش و رفتارهای جنسی آموختنی هستند؛ بنابراین فعالیت‌های جنسی مشابه می‌تواند برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشد و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر کند. بنابراین هرگونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و درنتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد. نگرش افراد نسبت به ارزش‌ها در اَعمال جنسی باعث درک فرد از زمینه‌های فرهنگی- اجتماعی آن‌ها می‌شود و از راه شناخت نگرش افراد می‌توان ابعاد متناقض تمایلات جنسی آن‌ها را شناخت. بارداری تغییرات وسیعی در نگرش زنان از روابط جنسی را به همراه دارد. از طرف دیگر در دوران بارداری احساس شوهر نسبت به زن عمیق‌تر و محبتش نسبت به او بیشتر می‌شود، زیرا اینک او نه تنها همسر، بلکه مادر فرزندش نیز می‌باشد [۱،۴].

با توجه به اهمیت روابط جنسی در زندگی زناشویی و تغییراتی که در دوران بارداری ایجاد شده و بر روابط جنسی تاثیر می‌گذارند و با توجه به اینکه نگرش افراد بر چگونگی رفتار آن‌ها موثر است و برای ایجاد تغییر در رفتار یا بروز رفتارهای صحیح، نخست باید در نگرش آن‌ها تغییر ایجاد کرد، به همین جهت بررسی‌هایی در زمینه نگرش افراد در دوران بارداری و روابط زناشویی صورت گرفته است. عملکرد نامطلوب جنسی زنان یک مشکل رایج است که اثرات زیان بخشی بر کیفیت زندگی آنان دارد و ممکن است تحت تأثیر منفی هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد وفیزیولوژی رفتار جنسی قرار گیرد. اختلال در عملکرد جنسی ممکن است در تمام طول عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید. این اختلال میتواند فراگیر، موقعیتی، کلی یا جزئی باشد [۵].

فعالیت جنسی طی بارداری تحت تأثیرتغییرات فیزیکی و هیجانی و همچنین عقاید و باورها در این رابطه قرار می‌گیرد، اما بیشتر مشکلات جنسی این دوران ناشی از باورها و تصورات غلط و عدم درک صحیح ازتغییرات فیزیکی و هیجانی طی حاملگی است [۷،۶].

به طور کلی تاثیر بارداری برروی روابط زناشویی را می‌توان به دو صورت تفسیرنمود: ۱- این دوران می‌تواند منجر به عمیق‌تر شدن روابط زوجین گردد و یا ۲- منجر به از هم گسیختگی آن شود [۸]. نتایج پژوهش Lee نشانگر افزایش شناخت خود، افزایش توانایی در برقراری ارتباط جنسی و استحکام روابط زناشویی در پی فعالیت جنسی در دوران بارداری بود [۹]. همچنین در متاآنالیز انجام شده بر روی ۵۹ مطالعه در زمینه فعالیت جنسی در دوران بارداری نشان داد که اگر زوجین در دوران بارداری فعالیت جنسی لذت بخش داشته باشند، روابط خانوادگی آن‌ها تا سه سال و چهار ماه بعد از زایمان بهبود می‌یابد و روابط بین آن‌ها نیز از ثبات بیشتری برخوردار خواهد بود [۱۰]. اگر چه برقراری رابطه جنسی بدون رعایت اصول صحیح در دوران بارداری، ممکن است عوارضی را برای مادر و جنین در پی داشته باشد، با این وجود، علم پزشکی هیچ محدودیتی برای انجام فعالیت جنسی اصولی و سالم در یک بارداری طبیعی وبدون عارضه قائل نشده است و زنان باردار سالم می‌توانند در دوران بارداری رابطه جنسی متعادلی داشته باشند [۱۱،۱۲].

علیرغم وجود مطالعات متعدد به ویژه در کشورهای توسعه یافته، پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و در حوزه بهداشت جنسی دوران بارداری با رویکرد ویژه به مسائل و ارزش‌های اعتقادی، بافت فرهنگی، ویژگی‌ها و ساختارهای قومیتی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و موارد مشابه محدود می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به لزوم مشاوره زنان باردار توسط ماماها در دوران بارداری در خصوص مسائل جنسی، هدف از این پژوهش تعیین ارتباط نگرش و عملکرد جنسی زنان باردار بود تا بر اساس نتایج بدست آمده ماماها بتوانند مشاوره مناسبی را در این خصوص ارائه دهند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود که بر روی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت در سال ۹۷-۹۶ انجام شد. پس از کسب مجوز از مرکز بهداشت همدان و کمیته اخلاق در پژوهش و انجام هماهنگی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

های لازم با تقسیم شهر به چهار منطقه جغرافیای (شمال، جنوب، غرب و شرق همدان) و بر اساس لیست مراکز جامع خدمات سلامت همدان و انتخاب تصادفی یک مرکز از هر منطقه، تعداد چهار مرکز (درمانگاه‌های امام حسین و دکتر سمیعی ۱۰ و امام خمینی "ره" و امام حسین) در نظر گرفته شد. سپس با استفاده از شماره پرونده زنان باردار واجد شرایط ورود به مطالعه تعداد ۶۶ نفر به صورت تصادفی و در دسترس از هر مرکز انتخاب گردید. پس از انجام هماهنگی هلای لازم با زنان باردار و کسب رضایت کتبی، پرسشنامه در اختیار آن ها داده شد و پس از تکمیل پرسشنامه، داده ها بر اساس اهداف مطالعه تجزیه و تحلیل گردید.

طبق مطالعه بلالی دهکردی [۱۳] و با در نظر گرفتن آلفای ۵ درصد و توان ۸۰ درصد و ضریب همبستگی ۵۰ درصد به تعداد ۲۶۲ نفر برای مطالعه در نظر گرفته شد.

$$n = \left[\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{|z'_{r0} - z'_{r1}|}\right]^2 + 3$$

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد نگرش و عملکرد جنسی در دوران بارداری مشتمل بر۱۲ سوال نگرش جنسی در دوران بارداری و ۱۹ سوال در ارتباط با عوامل موثر بر فعالیت جنسی و تغییرات الگوی فعالیت جنسی در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری (میل جنسی، دفعات فعالیت جنسی، وضعیت فعالیت جنسی و ناراحتی حین و بعد از فعالیت جنسی) بود که بصورت بی نام و با رعایت حریم افراد توسط خود نمونه ها تکمیل گردید. در پرسشنامه نگرش جنسی در دوران بارداری (۱۲ سؤالی)پاسخ ها بصورت بلی-خیر و نمره ۰-۱ بود. بدین ترتیب دامنه نمرات بین صفر تا ۱۲ متغیر می باشد. کسب نمره بالاتر نشان دهنده داشتن باورهای غلط بیشتر نسبت به فعالیت جنسی در بارداری است و پرسشنامه عملکرد جنسی در دوران بارداری (۱۹ سؤالی)، پاسخ ها بصورت طیف لیکرتی ۵ درجه ای با نمره دهی ۰-۴ بود. بدین ترتیب دامنه نمرات بین صفر تا ۷۶ متغیر بود. کسب نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد جنسی بهتر در بارداری است.

در صورت عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰ درصد سوالات پرسشنامه، نمونه مذکور حذف و فرد دیگری جایگزین شد. جهت تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفته و نظرات بیان شده ایشان اعمال گردید. پایایی پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۰) تعیین گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون‌های آماری مانند آنالیز واریانس، ضریب همبستگی و آمار های توصیفی و تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

بیشترین رده سنی پاسخگویان در رده‌ی ۲۶-۳۵ سال با فراوانی ۱۴۴ نفر و کمترین در رده‌ی ۳۶-۴۵ بود، بیشترین رده شغلی پاسخگویان در رده‌ی خانه‌دار(۲۳۸ نفر،۹۱/۵٪) و کمترین در رده‌ی شغلی آزاد (۶ نفر، ۲/۳٪) بود. ۷۵٪ از زنان (۱۹۵نفر) بارداری خواسته گزارش کردند.

بعد باورهای جنسی ۱۲ سوال را توصیف کرده است. تعداد پاسخگویان در این بعد از پرسشنامه ۲۶۰ نفر که کمترین نمره پاسخگو صفر و بیشترین نمره پاسخگو ۱۲ می‌باشد. بیشترین باور افراد در رابطه با عملکرد جنسی در بارداری مربوط به ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت (۶۳/۱ درصد) و ترس از سقط جنین (۵۱/۲درصد) بود (جدل ۱).

میانگین و انحراف معیار کلی در بعد عملکرد جنسی ۲۷/۱۲(۹/۴۳) نشان داده است. اکثر پاسخ افراد در زمینه

جدول ۱: فراوانی و درصد پاسخ زنان باردار در بعد باورهای جنسی

سوالات	بله		خیر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱-ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت جنسی	۱۶۴	۶۳/۱	۹۶	۳۶/۹
۲- ترس از صدمه به خود در نتیجه فعالیت جنسی	۷۲	۲۷/۷	۱۸۸	۷۲/۳
۳-ترس از ایجاد عفونت در نتیجه فعالیت جنسی	۱۲۵	۴۸/۱	۱۳۵	۵۱/۹
۴-ترس از سقط جنین در نتیجه فعالیت جنسی	۱۳۳	۵۱/۲	۱۲۷	۴۸/۸
۵-ترس از زایمان زودرس در نتیجه فعالیت جنسی	۱۱۵	۴۴/۲	۱۴۵	۵۵/۸
۶-اعتقاد همسر نسبت به گناه بودن فعالیت جنسی در دوران بارداری	۵۱	۱۹/۶	۲۰۹	۸۰/۴
۷-اعتقاد زن نسبت به گناه بودن فعالیت جنسی در دوران بارداری	۵۷	۲۱/۹	۲۰۳	۷۸/۱
۸-کاهش توجه زن نسبت به همسر در نتیجه توجه به جنین	۶۴	۲۴/۶	۱۹۶	۷۵/۴
۹-کاهش توجه همسر نسبت به زن در نتیجه توجه به جنین	۳۹	۱۵/۰	۲۲۱	۸۵/۰
۱۰-اعتقاد زن بر کاهش جذبه جنسی در نتیجه بارداری	۱۱۱	۴۲/۷	۱۴۹	۵۷/۳
۱۱-نگرانی از سرانجام بارداری و کاهش آرامش در نتیجه آن	۱۱۸	۴۵/۴	۱۴۲	۵۴/۶
۱۲-اعتقاد بر مانع بودن بارداری در برابر تامین نیازهای جنسی همسر	۸۴	۳۲/۳	۱۷۶	۶۷/۷

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

جدول ۲: فراوانی و درصد پاسخ زنان باردار در بعد عملکرد جنسی

سوالات	خیلی کم		کم		متوسط		زیاد		خیلی زیاد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱-تعداد دفعات تخیلات جنسی در دوران بارداری	۷۵	۲۸/۸	۸۹	۳۴/۲	۸۶	۳۳/۱	۷	۲/۷	۳	۱/۲
۲-سطح تخیلات جنسی در دوران بارداری	۷۱	۲۷/۳	۹۵	۳۶/۵	۸۴	۳۲/۳	۷	۲/۷	۳	۱/۲
۳-تعداد دفعات میل جنسی در دوران بارداری	۵۰	۱۹/۲	۸۶	۳۳/۱	۱۱۱	۴۲/۷	۱۱	۴/۲	۲	۰/۸
۴-سطح میل جنسی در دوران بارداری	۵۷	۲۱/۹	۸۴	۳۲/۳	۱۰۳	۳۹/۶	۱۲	۴/۶	۴	۱/۵
۵-تعداد دفعات تحریک جنسی در دوران بارداری	۶۲	۲۳/۸	۸۴	۳۲/۳	۱۰۱	۳۸/۸	۹	۳/۵	۴	۱/۵
۶-سطح تحریک جنسی در دوران بارداری	۴۹	۱۸/۸	۹۳	۳۵/۸	۱۰۳	۳۹/۶	۱۲	۴/۶	۳	۱/۲
۷-رضایت از تحریک جنسی در دوران بارداری	۴۲	۱۶/۲	۵۹	۲۲/۷	۱۲۸	۴۹/۲	۲۷	۱۰/۴	۴	۱/۵
۸-تعداد دفعات اوج لذت جنسی در دوران بارداری	۶۱	۲۳/۵	۷۳	۲۸/۱	۱۰۹	۴۱/۹	۱۴	۵/۴	۳	۱/۲
۹-تعداد دفعات مشکل در اوج لذت جنسی در دوران بارداری	۸۰	۳۰/۸	۹۵	۳۶/۵	۶۴	۲۴/۶	۱۴	۵/۴	۷	۲/۷
۱۰-تعداد دفعات احساس ناخوشایند پس از نزدیکی در دوران بارداری	۸۲	۳۱/۵	۹۷	۳۷/۳	۴۷	۱۸/۱	۲۶	۱۰/۰	۸	۳/۱
۱۱-سطح احساس ناخوشایند پس از نزدیکی در دوران بارداری	۸۷	۳۳/۵	۹۲	۳۵/۴	۵۳	۲۰/۴	۲۲	۸/۵	۶	۲/۳
۱۲-میزان پایداری تخیلات جنسی در دوران بارداری	۵۶	۲۱/۵	۱۰۰	۳۸/۵	۸۶	۳۳/۱	۱۵	۵/۸	۳	۱/۲
۱۳-میزان پایداری، کشش و میل جنسی در دوران بارداری	۴۴	۱۶/۹	۸۹	۳۴/۲	۱۰۸	۴۱/۵	۱۵	۵/۸	۴	۱/۵
۱۴-میزان پایداری تحریک جنسی در دوران بارداری	۳۷	۱۴/۲	۸۶	۳۳/۱	۱۱۶	۴۴/۶	۱۶	۶/۲	۵	۱/۹
۱۵-میزان پایداری در رسیدن به اوج لذت جنسی در دوران بارداری	۵۳	۲۰/۴	۶۳	۲۴/۲	۱۱۷	۴۵/۰	۲۱	۸/۱	۶	۲/۳
۱۶-میزان پایداری احساس خوشایند پس از نزدیکی در دوران بارداری	۳۴	۱۳/۱	۷۰	۲۶/۹	۱۱۲	۴۳/۱	۴۰	۱۵/۴	۴	۱/۵
۱۷-میزان رضایت از نزدیکی عاطفی با همسر در دوران بارداری	۱۵	۵/۸	۳۵	۱۳/۵	۱۰۱	۳۸/۸	۷۸	۳۰/۰	۳۱	۱۱/۹
۱۸-میزان رضایت از نزدیکی جنسی در دوران بارداری	۲۷	۱۰/۴	۶۴	۱۷/۷	۱۲۱	۴۶/۵	۵۳	۲۰/۴	۱۳	۵/۰
۱۹-میزان رضایت از رسیدن به اوج لذت جنسی در دوران بارداری	۳۳	۱۲/۷	۵۴	۲۰/۸	۱۱۹	۴۵/۸	۴۳	۱۶/۵	۱۱	۴/۲

عملکرد جنسی به میزان کم یا متوسط بود (جدول ۲).

از آزمون همبستگی پیرسون جهت آزمون رابطه بین دو متغیر باورها و عملکرد استفاده شد که بین این دو متغیر باورهای جنسی و عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری همبستگی معنی دار و مستقیم مشاهده شد (P> ۰/۰۰۱ p- و n= ۲۶۰ و r=۰/۲۹۳) (جدول شماره ۳).

بیشترین فراوانی زنان باردار در رده‌ی سنی ۲۶-۳۵ سال و کمترین در رده‌ی ۳۶-۴۵ سال بود. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین رده سنی ۱۵-۲۵ و ۲۶-۳۵، ۲۶-۳۵ و ۳۶-۴۵ در عملکرد جنسیشان، تفاوت معنی داری دیده شد، ولی رده‌های دیگر سنی زنان باردار دارای میانگین نمرات متفاوتی نسبت به هم هستند (جدول ۴). بدین معنا که با افزایش سن میانگین نمره عملکرد جنسی کاهش یافته بود.

بیشترین فراوانی زنان باردار در رده‌ی مدت زمان زندگی مشترک، ۵-۱ سال و کمترین در رده‌ی ۲۰ سال به بالا، بود. بین رده‌های مدت زمان زندگی مشترک تفاوت معنی‌داری وجود داشت. با توجه به نتایج آزمون تعقیبی توکی در مدت زمان زندگی مشترک زنان باردار در رده‌های ۲۰ به بالا با ۱-۵ و۶-۱۰ دارای میانگین نمرات متفاوتی هستند. در رده‌های دیگر این تفاوت میانگین‌ها از جنبه آماری هم معنی‌دار نبود

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

جدول ۳: بررسی ارتباط بین باورهای جنسی و عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری

متغیر	تعداد	میانگین و انحراف معیار	ضریب پیرسون R	معنا داری
باورها	۲۶۰	۷/۶۴(۲/۶۵)	۰/۲۹۳	< ۰/۰۰۱
عملکرد	۲۶۰	۲۷/۱۲(۹/۴۳)		

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه در بررسی میانگین نمرات عملکرد جنسی زنان باردار برحسب سن

سن	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون F	معناداری
۱۵-۲۵	۸۷	۲۷/۴۴	۹/۶۲۰	۵/۱۰۵	۰/۰۰۷
۲۶-۳۵	۱۴۴	۲۷/۹۶	۸/۴۴۱		
۳۶-۴۵	۲۹	۲۱/۹۷	۱۱/۹۶۹		
کل	۲۶۰	۲۷/۱۲	۹/۴۳۲		

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه در بررسی میانگین نمرات عملکرد جنسی زنان باردار برحسب مدت زندگی مشترک (برحسب سال)

رده	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون F	معناداری
۱-۵	۱۱۹	۲۷/۹۹	۹/۲۰	۴/۶۶۵	۰/۰۰۳
۶-۱۰	۹۴	۲۷/۷۹	۸/۹۱		
۱۱-۲۰	۴۳	۲۴/۵۱	۹/۹۷		
۲۰به بالا	۴	۱۳/۲۵	۱۰/۰۵		
کل	۲۶۰	۲۷/۱۲	۹/۴۳۲		

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

(جدول ۵). بدین معنا که با افزایش مدت زندگی مشترک میانگین نمره عملکرد جنسی کاهش یافته بود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین نگرش و عملکرد جنسی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان همدان در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نتایج نشان داد که بیشترین پاسخ مثبت افراد به ترتیب مربوط به ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت جنسی(۶۳/۱ درصد) و ترس از سقط جنین در نتیجه فعالیت جنسی (۵۱/۲ درصد) بود. همچنین در زمینه تعیین عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری" به ترتیب فراوانی پاسخ به ابعاد جنسی شامل: دفعات تخیلات جنسی در دوران بارداری (کم)، سطح تخیلات جنسی (کم)، دفعات میل جنسی (متوسط)، سطح میل جنسی (متوسط)، دفعات تحریک جنسی (متوسط)، سطح تحریک جنسی (متوسط)، رضایت از تحریک جنسی (متوسط)، دفعات اوج لذت جنسی در دوران بارداری (متوسط)، دفعات مشکل در اوج لذت جنسی (متوسط)، دفعات احساس ناخوشایند پس از نزدیکی (کم)، سطح احساس ناخوشایند پس از نزدیکی (کم)، میزان پایداری تخیلات جنسی (کم)، میزان پایداری، کشش و میل جنسی (متوسط)، پایداری تحریک جنسی (متوسط)، پایداری در رسیدن به اوج لذت جنسی (متوسط)، میزان رضایت از نزدیکی عاطفی با همسر (متوسط) و میزان رضایت از نزدیکی جنسی (متوسط) بود.

نتایج نشان داد بیشترین درصد پاسخ افراد در زمینه عملکرد جنسی در دوران بارداری به میزان متوسط یا کم بود، به این معنا که کیفیت عملکرد جنسی آنان اندکی تحت تاثیر قرار گرفته و کاهش یافته بود. در بین دو متغیر باورهای جنسی و عملکرد جنسی زنان در دوران بارداری همبستگی معنی داری و مستقیم مشاهده شد. بدین معنا که نگرش جنسی و باور افراد باردار می تواند عمکرد جنسی آنها را تحت تاثیر قرار دهد و در صورتی که این باور و نگرش مثبت باشد عملکرد جنسی افراد بهبود می یابد و دفعات آن افزایش می یابد و در صورتی که نگرش جنسی افراد منفی یا غلط باشد، عملکرد جنسی کاهش یافته و کیفیت آن تحت تاثیر قرار می گیرد. در مطالعات متعددی تاثیر تغییرات آناتومیکی، تغییر تصویر ذهنی فرد و کاهش جذابیت جنسی برای همسر بر روی اختلال عملکرد جنسی مورد تایید واقع شده است. در مطالعه نعمت الله زاده، کاهش جذابیت جنسی و ترس از بروز زایمان زودرس از جمله عوامل مرتبط با بروز اختلال عملکرد جنسی بود [۱۴]. نتایج حاصل از مطالعه‌ای در تایوان نشان دهنده نگرانی ۸۰ درصد باردار در زمینه صدمه دیدن جنین به دنبال رابطه جنسی بود. همچنین در نتایج مطالعاتی نشان داد، ترس از آسیب دیدن جنین، بروز سقط، وقوع زایمان زودرس و عفونت جنین از سوی بیش از نیمی از زنان باردار مورد بررسی گزارش شده است [۲۱-۱۵].

فعالیت جنسی طی بارداری تحت تاثیر تغییرات فیزیکی و

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

هم هیجانی و همچنین عقاید و باورها در این رابطه قرار می گیرد، اما بیشتر مشکلات جنسی این دوران ناشی از باورها و تصورات غلط و عدم درک صحیح از تغییرات فیزیکی و هیجانی طی حاملگی است. با توجه به اینکه بارداری مرحله مهمی در زندگی می باشد و در این دوران زن احتیاج به حمایت عاطفی بیشتری دارد، با این حال اطلاعات ناکافی زوجین در زمینه رابطه جنسی در دوران بارداری و وجود نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی در طی این دوران، باعث بروز مشکلاتی می شود به طوری که کم شدن ارتباط جنسی و یا قطع بدون دلیل آن می تواند باعث کم شدن ارتباط عاطفی و محبت آمیز از سوی همسر شده و باعث اضطراب و عدم اعتماد به نفس در مادر گردد [۷].

در تحقیق Tolor نشان داده شده که ۸۰ درصد زنان باردار نگرش مثبت به روابط جنسی در دوران بارداری داشتند [۲۲]. برخی مطالعات نشان دادند زنان باردار هیچ آگاهی در رابطه با چگونگی فعالیت جنسی در دوران بارداری نداشتند و تمایل داشتند مشاوره در این زمینه دریافت کنند [۲۴-۲۲].

بستانی خالصی و همکاران در سال ۹۰-۸۸ مطالعه ای در خصوص ارزیابی عملکرد جنسی زنان طی نخستین بارداری انجام دادند. مطالعه توصیفی- تحلیلی و به صورت طولی بود 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.۵/۴۸ 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 [۱۲].

Erbil در سال ۲۰۱۷ مطالعه ای تحت عنوان عملکرد جنسی در سه ماهه سوم بارداری در استانی در شمال ترکیه انجام داد. این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۱۲۵ زن باردار متاهل، سالم و داوطلب مراجعه کننده به درمانگاه‌های مورد پژوهش صورت گرفت. نتایج نشان داد که ۹۲ درصد شرکت کنندگان اختلال عملکرد جنسی دارند که کمترین تغییر در حیطه میل جنسی بود. لذا مراقبین سلامت بایستی تفاوت های جنسی در زنان باردار را ارزیابی و جهت حل مشکلات راه حل های لازم را ارائه دهند [۱۵].

بارداری یکی از حساسترین دوره های زندگی زنان است و روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات فیزیکی و روانشناختی متعدد دوران بارداری دستخوش تغییر می‌شود. عواملی نظیر تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زن باردار، کنار گذاردن فعالیت جنسی و احساس گناه در مورد روابط جنسی در بارداری، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدن خود، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین، ترس از سقط و زایمان زودرس و غیره می‌توانند روی پاسخ جنسی فرد و در نهایت ارتباط زوجین تاثیر منفی گذاشته، اضطراب و عدم اعتماد به نفس زوجین را سبب شود و در نهایت بهداشت روانی خانواده را بر هم زند. در طول بارداری میل جنسی و فعالیت جنسی زنان باردار و همسر آنها غیر قابل پیش بینی بوده، ممکن است افزایش یا کاهش یابد یا بدون تغییر بماند. بارداری می‌تواند هم باعث عمیق‌تر شدن روابط زناشویی و هم باعث گسستگی آن شود [۲۶،۲۵].

در مطالعه Onah نیز به ترتیب ۳۶/۶ درصد و ۳۲/۲ درصد از مردان در دوره بارداری همسر خود در حفظ نعوظ آلت تناسلی و رسیدن به ارگاسم مشکل داشتند و میل جنسی در ۴۱/۹ درصد و دفعات مقاربت جنسی در ۷۴/۲ درصد مردان کاهش یافته بود [۲۷]. همچنین در مطالعه بایرامی و همکاران، ۱۲/۵درصد از زوجین در سه ماهه اول، ۱۱/۳درصد در سه ماهه دوم و ۲۱ درصد در سه ماهه سوم بارداری اختلال عملکرد جنسی داشتند. در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری اختلال میل جنسی در زنان و عدم رضایتمندی جنسی و نیز عدم رسیدن به ارگاسم شایعترین اختلال عملکرد جنسی در مردان بود [۳].

Pauls و همکاران در سال ۲۰۰۸ مطالعه ای تحت عنوان تاثیر بارداری بر عملکرد جنسی و تصویر بدنی انجام دادند. این مطالعه آینده نگر در زنان در سه ماهه اول و سوم حاملگی و ۶ ماه پس از زایمان انجام شد. نتیجه این بود که عملکرد جنسی در بارداری کاهش می یابد و تا پس از زایمان هم بهبود نمی یابد. گرچه تصویر بدنی در بارداری تغییر چشمگیری نداشت اما در دوره پس از زایمان کاهش یافته بود. در ابتدای بارداری کاهش عملکرد جنسی به تضعیف تصور بدنی مربوط است اما در دوره پس از زایمان با علایم ادراری مرتبط می باشد [۱۶]. بلالی دهکردی و همکارش در سال ۹۴ به بررسی نقش تصور از بدن و باورهای وسواسی در پیش بینی عملکرد جنسی در زنان باردار پرداختند. در این مطالعه بین تصور از بدن و عملکرد جنسی و همچنین بین باورهای وسواسی با عملکرد جنسی ارتباط منفی و معناداری وجود داشت [۱۳].

در مطالعه حیدری ۴۳ درصد از شوهران زنان باردار کاهش میل جنسی در طول بارداری همسرشان داشتند که علل این کاهش در۶۵/۲ درصد ترس از صدمه به جنین، ۷۵/۹ درصد رعایت حال همسر و۲۳/۲ درصد به هم خوردن اندام همسر عنوان شده است [۷]. در مطالعه ستارزاده و همکارش بر اساس سئوالی که به طور غیر مستقیم از زنان باردار در مورد مشکلات شوهرشان پرسیده شده بود، ترس و احتمال آسیب به مادر و جنین سبب کاهش روابط جنسی مردان در اواخر بارداری شده بود [۲۸].

برخی باورها و نگرش‌های زوجین نیز می‌توانند منجر به اجتناب زن و یا مرد از مقاربت در حین بارداری شوند. این

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

اعتقاد وجود دارد که اجتناب از فعالیت جنسی در طی دوران بارداری بیشتر حاصل یک نگرش اجتماعی، اعتقادی است. تحریم فعالیت جنسی و احساس گناه در مورد روابط جنسی در دوران بارداری ترس از کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدنش، سقط و زایمان زودرس و دردناک بودن نزدیکی، ترس از آسیب به جنین از جمله نگرش‌های منفی در این رابطه هستند. مطالعات نشان داده که برخی مردان از روابط جنسی با فرد دیگری برای ارضاء نیازهای جنسی خود در دوران بارداری همسرانشان استفاده کرده و برخی دیگر دچار روابط جنسی نامتعارف بصورت سکس دهانی، مقاربت آنال و غیره شده‌اند [۲۹،۳۰].

در پژوهش حاضر، ولی بین مدت زمان زندگی مشترک و سن زنان با عملکرد جنسی، ارتباط معنادار و مستقیمی دیده شد. شاید از دلایل آن این باشد که با بالا رفتن سن و مدت زمان زندگی مشترک، سطح آگاهی و تجربه افراد بالاتر رفته و همچنین درک افراد از یکدیگر و زندگی مشترک بالاتر میرود و این می تواند بر بهبود عملکرد جنسیشان مؤثر باشد. همچنین با تجاربی که فرد از بارداری های قبلی کسب می کند بسیاری از ابهامات و خرافات های ذهنی برطرف شده و این نیز می تواند بر روی رفتارهای جنسی در دوران بارداری بعدی اثر گذار باشد. از طرفی در مطالعه، Hisasue و همکاران [۳۱]،Berman و همکاران [۳۲] و Ponholzer و همکاران [۳۳]، نیز افزایش سن زنان را در افزایش انواع اختلال عملکرد جنسی تأیید کردند.

قوام‌ترین سن شیوع ۲۵-۲۹ اختلال جنسی را در سنین سال دانست [۳۴]. کرباسی و همکاران بین اختلالات عملکرد جنسی و سن رابطه معناداری نیافتند [۳۵]. دلایل مغایرت برخی نتایج فوق با پژوهش حاضر می تواند تعداد نمونه ها و اعتقادات فرهنگی حاکم بر جامعه پژوهش باشد. در برخی مطالعات با افزایش سنوات زندگی مشترک، مشکلات جنسی کمتری گزارش شد [۳۶] که این نتایج هم راستا و تایید کننده نتایج پژوهش حاضر بود.

با توجه به محدودیتهای موجود در این پژوهش از جمله محدودیت زمانی و نیز انجام مطالعه به صورت مقطعی، پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی بصورت طولی، چند مرکزی و نیز در سه مقطع قبل از بارداری، حین بارداری و پس از زایمان انجام گیرد تا روند تغییرات دقیقتر مورد بحث قرار گیرد. همچنین با توجه به شیوع نسبتا بالای اختلالات جنسی در دوران بارداری انجام مطالعات مداخله ای با هدف بررسی نقش مداخلات مشاوره ای و درمانی در این حوزه نیز توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین نگرش جنسی افراد در دوران بارداری مربوط به ترس از صدمه به جنین در نتیجه فعالیت جنسی و ترس از سقط جنین در نتیجه فعالیت جنسی بود. بین نگرش جنسی و عملکرد جنسی و همچنین بین افزایش سن و مدت زمان زندگی مشترک با عملکرد جنسی رابطه معنادار و مستقیمی دیده شد. بنابراین پیشنهاد می شود در مراکز بهداشتی درمانی و همچنین کلینیک ها، آموزش مسائل جنسی به زنان باردار داده شود تا آگاهی افراد بالا رفته و با تغییر نگرش مادران، تصورات و باورها غلط آنان از بین رفته و از بسیاری از معضلات و مشکلات در این دوران کاسته شود.

تشکر و قدردانی

این طرح با کد اخلاقی با شناسه اختصاصی IR.UMSHA.REC.1397.66 در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان تصویب گردید. بدین وسیله از معاونت پژوهشی و مرکز پژوهش دانشجویان این دانشگاه و مادران شرکت کننده در پژوهش و پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی و معاونت بهداشتی، که در انجام این تحقیق به ما یاری رساندند، کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی گزارش نکرده اند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت موازین اخلاقی انجام شده است.

سهم نویسندگان

آرزو شایان، پژوهشگر اصلی، طراحی و اجرای طرح را انجام داده است.

راحله خدابنده لو، مجری طرح، طراحی پروپوزال را انجام داده است.

دکتر فرزانه سلطانی، پژوهشگر اصلی، طراحی و اجرای طرح را انجام داده است.

کوثر اسفنده، نگارش مقاله را انجام داده است.

دکتر سیده زهرا معصومی، مجری اصلی طرح، طراحی و اجرای طرح را انجام داده است.

دکتر یونس محمدی، همکار پژوهشی طرح، آنالیز داده ها را انجام داده است.

مهری اسماعیلی و ثریا درگاهی، نگارش پروپوزال را انجام داده اند.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

REFERENCES

1. Masoomi S Z, Nejati B, Mortazavi A, Parsa P, Karami M. Investigating the effects of sexual consultation on marital satisfaction among the pregnant women coming to the health centers in the city of Malayer in the year 1394. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2016; 24 (4) :256-263
2. Arman S, Hasan Zahraee R. A comparative Study on women's sexual functioning disorders before and after menopause. Arak Medical University Journal. 2006;8(3):1-7.
3. Bayrami R, Sattarzadeh N, Koochaksariie FR, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. Journal of Reproduction & Infertility. 2008;9(3).
4. Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn A. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. Acta Neurologica Scandinavica. 2010;121(5):289-301.
5. Bogart LM, Suttorp MJ, Elliott MN, Clemens JQ, Berry SH. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Urology. 2011;77(3): 576-80.
6. Gałązka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. The journal of sexual medicine. 2015;12(2):445-54.
7. Heydari M. Couples' knowledge and attitude about sexuality in pregnancy. Tehran University Medical Journal TUMS Publications. 2006;64(9):83-9.
8. Murray S, McKinney E, Gorrie T. Physiologic adaptations to pregnancy. Foundations of Maternal-Newborn Nursing. 2002:119-61.
9. Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. Journal of Midwifery & Women's Health. 2002;47(4):278-86.
10. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic research. 1999;47(1): 27-49.
11. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2000;107(8):964-8.
12. Bostani Khalesi Z, Ghanbari Khanghah A. Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: A content analysis study. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015; 18(172):7-17.
13. Balali Dehkordi N, Sadat Rouholamini M. The role of body image and obsessive believes in prediction of sexual function among pregnant women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;19(16):7-16.
14. Nematollahzade M, Maasoumi R, Lamyian M, Asghari jafarabadi M. Study of women's attitude and sexual function during pregnancy. J Ardabil Univ Med Sci. 2010; 10 (3) :241-249
15. Erbil N. Sexual function of pregnant women in the third trimester. Alexandria Journal of Medicine. 2017.
16. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. The journal of sexual medicine. 2008;5(8):1915-22.
17. Shalani B, Siyahkamari R. Correlation of Sexual Knowledge and Attitude with Sexual Function in Female Nurses. Qom Univ Med Sci J. 2018; 12 (9): 66-74
18. Reamy Kj, Whites SE. Sexuality in the puerperium: A review. Arch Sex Behav. 1987; 16: 165-86.
19. Senkum WN, Chaovisitsaree S, Ruggpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thai. 2006; 89 (4): S124-9.
20. Pasha H, Haj Ahmadi M. Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors in Babol, 2004. Medical Journal of Hormozgan. 2007; 10(4): 343-8.
21. Zahraee H, Shafie K, Bashardoost N, Reihani M, Jaberi P. Study of the related factors in couple sexual relationship during pregnancy. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2002; 5(20): 62-7.
22. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and postpartum period. Bratisl Lek Listy. 2009; 110 (7): 427-31.
23. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity during pregnancy. BIOG 2000; 107: 964-8.
24. Erylmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affection sexual life during pregnancy in eastern Turkey. Gynecol Obstet Invest 2004; 57: 103-8.
25. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and agening. BMJ. 2004;392:587-9 .
26. Murrage SS, Corrie T. Foundation of maternal newborn nursing. 3rd Edition. WB sunders company, Filadelphia. 2002;p.164-6.
27. Onah HE, Iloabachie GC,Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy, Int J Gynecol Obstet. 2002;76:219-23.
28. Sattarzadeh N, Yavari kya P. [sexual activity changes during pregnancy]. congress on family and sexual problems. Tehran, Shahed University. October 15-16, 2003;p.73. Persian.
29. Jahanfar S, Molaei nezhad M. sexual dysfunction textbook bizheh; 2015.
30. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. Arch Sex Behav 2012;41(5): 1241-51.
31. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms & its relationship to quality of life: A Japanese female cohort study. Urology. 2005;65:143-8.
32. Berman JB, Berman LA, Kanaly KA. Female sexual dysfunction: New perspectives on Anatomy, physiology, evaluation & treatment. EAU Update series. 2003;1:166-77.
33. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: Prevalence & risk factors. EAU Update series. 2005;47: 366-75
34. Ghavam M. Evaluation of the patients with sexual dysfunction referring to health clinic of Shahed University during the last 9 months of year 1383.; Second Congress Of Family And Sexual Problems,(1384) Shahed University, Tehran. Persian.
35. Karbasi M. Evaluation of the prevalence of sexual dysfunction in women of reproductive age of Jahrom, 1384; Second Congress of Family and Sexual

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]

Family and Sexual Problems, Shahed University, Tehran.

Problems, Shahed University, Tehran. Persian
36. Bolourian Z, Akelechi M. Sexual dysfunction in women and related factors, 1384. Second Congress of

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.52547/psj.18.2.20]