

مثلث حقوق جنس، بارداری و افسردگی

محسن یوسفی

محمد پرنیان راد

محمد منصوری

سرشناسه	: یوسفی، محسن، ۱۳۶۳-
عنوان و نام پدیدآور	: مثلث حقوق جنسی، بارداری و افسردگی / محسن یوسفی، محمد پرنیان‌زاده محمد منصوری.
مشخصات نشر	: فیض‌آباد مه ولات: انتشارات جالیز، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: ۱۰۹ ص.
شابک	: ۱۵۰۰۰ ریال : ۷۶-۹۹۲۷-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیا
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: زن‌آشویی - ارتباط: Communication in marriage / زن‌آشویی - مسائل جنسی: Sex in marriage / امور روانی جنسی - اختلالات - درمان: Psychosexual disorders - Treatment / روابط زن و مرد: Man-woman relationships
موضوع	: زن‌آشویی - ارتباط - جنبه‌های روان‌شناسی: Communication in marriage - Psychological aspects
شناسه افزودن	: نیان‌زاده محمد، ۱۳۵۷- / منصوری، محمد ۱۳۶۴-
رده‌بندی کنگره	: HC ۹۲۰۹۷
رده‌بندی دیوپی	: ۱/۳۰۶
شماره کتابشناسی، ملی	: ۵۳۹۸۶۸۹



مثلت حقوق جنسی، بارداری و انزومردم

مؤلفان: محسن یوسفی، محمد پرریان راد، محمد نصیری

ناشر: نشر جالیز

چاپ: اول، پاییز ۱۳۹۷ / ۱۰۰۰ نسخه

قطع : وزیرى / تعداد صفحه : ۱۰۹

قیمت : ۱۵۰,۰۰۰ ریال

شماره: ۹۷۸-۶۰۰-۹۹۲۷-۷۶-۰

طراح جلد : صالح مقدم

صفحہ آرائی : محمد قرانی

حقی چاپ محفوظ است

آدرس: خراسان رضوی مه ولات، مدرسه ۴ پ ۱۰ تلفن تماس: ۰۵۱۵۶۷۲۸۷۹۷-۰۹۱۵۹۳۰۹۹۶۳

دفتر بخش: مشهد، پیروزی ۱۷ بلاک ۱۵ واحد ۳ تلفن تماس: ۰۹۱۵۸۳۱۹۵۳۵

پیشگفتار

زنان رکن اصلی خانواده را تشکیل می دهند و سلامت جسم و روان آنها بر سلامت جسم و روان خانواده و تربیت فرزندان آنها اثر مستقیم دارد. سازمان بهداشت جهانی سلامت زنان را از شاخص های رشد یافتگی کشورها معرفی نموده است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی دارد و تغییر در هر یک از این ابعاد موجب تاثیر بر سایر ابعاد می شود. یکی از جنبه های مهم مفهوم سلامت، سلامت روان است و در این میان سلامت جنسی از نشانه ای از سلامت روانی است، بلکه اختلال در آن سلامت بدنی را نیز به شدت تحت تاثیر قرار می دهد (رضایی و حجازی، ۱۳۸۸ به نقل از نعمت الله زاده، ۱۳۸۹). لذت جنسی آدمیان بر سه محور معنوی، جسمانی و روانی استوار است تا بدن، افسردگی، خشم، اضطراب و ترس می توانند در توانایی لذت بردن از فعالیت جنسی مداخله نمایند (لی، ۲۰۰۱). افراد افسرده احساس بی حسی پایدار، ناامیدی، درماندگی، بی انگیزشی و گناه می کنند و عموماً تعلق خاطر خود را نسبت به زندگی، شغل و سایر فعالیت هایی که قبلاً از آنها لذت بخش بوده، از جمله فعالیت های جنسی از دست می دهند (محمدی، ۱۳۷۶). علی رغم سیوع و گسترش لال عملکرد جنسی در زنان، بسیاری از آنان به دلایل برخی مسائل فرهنگی و مذهبی مشکلات جسمی و روانی را بیان نمی کنند و یا به دنبال راهکارهای پزشکی جهت رفع آن بر نمی آیند. این در حالی است که اختلال عملکرد جنسی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان تاثیر منفی می گذارد (برزکار، ۱۳۹۴).

زنان در طول زندگی خود تجارب منحصر به فردی را کسب می نمایند که حاملگی و زایمان از آن جمله اند. این دو واقعه بر روی کلیه ابعاد زندگی زن و نیز کیفیت زندگی زوجین

تاثیر شگرفی دارد (برتنیکا؛^۱ ۲۰۰۹). حاملگی با تغییرات پیچیده فیزیولوژیکی و روان شناختی همراه است که ماحصل آن تحت تاثیر قرار گرفتن زندگی زوجین از جمله روابط جنسی و زناشویی آنها می باشد (استوکی و لینچ؛^۲ ۲۰۰۹). دگرگونی های فیزیولوژیکی و آناتومیک زن باردار، احساس گناه از داشتن رابطه جنسی در دوران بارداری و اجتناب از آن، تغییر تصویر ذهنی زن از بدن خود، احساس کاهش جذابیت برای همسر و ترس از عواقب رابطه جنسی بر روی پیامد بارداری نظیر سقط، آسیب دیدن جنین و زایمان زودرس از این جمله اند. این عوامل ممکن است بر روی پاسخ جنسی فرد و رابطه زوجین تاثیر منفی گذاشته، منجر به اضطراب و کاهش اعتدال به نفس زوجین و متعاقب آن اختلال در بهداشت روانی خانواده گردد (سایل و ساویتز؛^۳ ۲۰۰۲).

در دوران بارداری میل و عملکرد جنسی زن باردار و همسر وی تا حدود زیادی غیر قابل پیش بینی است. طیف تغییرات این دو شاخص در دوران بارداری از کاهش تا عدم تغییر و یا افزایش میل و عملکرد جنسی متغیر می باشد (جهانفر و ملائی؛^۴ ۲۰۰۲). به طور کلی تاثیر بارداری بر روی روابط زناشویی را می توان به دو صورت تفسیر نمود - این دوران می تواند منجر به عمیق تر شدن روابط زوجین گردد و یا ۲- منجر به از هم افتایی و ییحتگی آن شود (موریج،^۵ ۲۰۰۲). نتایج پژوهش لی، نشانگر افزایش شناخت خود، افزایش توانایی در برقراری ارتباط جنسی و استحکام روابط زناشویی در پی فعالیت جنسی در دوران بارداری بود (لی،^۶ ۲۰۰۲) همچنین در متآنالیز انجام شده بر روی ۵۹ مطالعه در زمینه فعالیت جنسی در

^۱Brtnicka

^۲Stocky & Lynch.

^۳Sayle & Savitz

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 می یابد و روابط بین آنها نیز از ثبات بیشتری برخوردار خواهد بود (سیدو، ۱۹۹۹).

عوامل متعددی موجب بروز اختلال جنسی در زنان می گردد. اضطراب نقش مرکزی در گسترش یا حفظ اختلال عملکرد جنسی دارد. سپهریان و حسینی (۱۳۹۱) معتقدند که اضطراب واسترس بر عملکرد جنسی زنان تاثیرگذار است. بنابراین اضطراب یک فاکتور مهم در کاهش میل جنسی زنان در دوران بارداری است. اضطراب واسترس در دوران بارداری می تواند باعث ایجاد اثرات سوء در مادر و جنین قبیل زایمان زودرس، سقط خود به خودی و حتی اختلالات عاطفی کودک در آینده شود (اصحاب بیگی، ۱۳۹۲).

افسردگی یکی دیگر از شایع ترین عوامل روانشناختی موثر در بروز اختلال جنسی است (مهرابی و دادفر، ۱۳۸۲). امروزه افسردگی رایج ترین اختلال روانی شناخته شده که به دلیل گستردگی و شیوع فراوانی که دارد، سرماخوردگی روان برشکی نامیده می شود (نظیری و همکاران، ۱۳۹۰). زنان بیشتر از مردان در معرض خطر افسردگی قرار دارند (سپهرمنش، ۱۳۸۸). مطالعه آذر در سال ۱۳۸۲ نشان داد که اختلال عملکرد جنسی در بیماران افسرده بیشتر از غیر افسرده است. وزیری (۱۳۸۹) می نویسد افرادی که مشکلات جنسی دارند اغلب اعتماد به نفس پایینی داشته دچار افسردگی یا اضطراب هستند و روابط جنسی آن ها تحت پیش بینی شکست آنها قرار می گیرد. بهرامی در سال ۱۳۸۶ معتقد است که افراد افسرده احساس بی حسی پایدار، ناامیدی، درماندگی، بی ارزشی و گناه می کنند و عموماً تعلق خاطر خود را

نسبت به زندگی، شغل و سایر فعالیت هایی که قبلاً برایشان لذت بخش بوده است از دست می دهند که از جمله آن فعالیت جنسی است و کاهش میل جنسی یکی از نشانه های بارز افسردگی است .

احساس گناه در مورد روابط جنسی در دوران بارداری نیز می تواند روی پاسخ جنسی فرد و در نهایت ارتباط زوجین، تاثیر منفی گذاشته و سبب اضطراب و عدم اعتماد به نفس زوجین شود و در نهایت بهداشت روانی خانواده را برهم خواهد زد.

www.ketab.ir

فهرست مطالب

۱	مقدمه
۱۰	فصل اول
۱۰	عملکرد جنسی
۱۱	روابط زناشویی
۱۴	نگرش ها به رفتار جنسی در بستر تاریخ
۲۰	عملکرد جنسی
۲۲	دلایل اختلال عملکرد جنسی بر اساس تحقیقات انجام شده
۲۴	نظریه های رشد جنسی
۳۹	نظریه های عملکرد جنسی
۴۱	فصل دوم
۴۱	اضطراب
۴۲	تعریف اضطراب
۴۳	علل بروز و ریشه های اضطراب
۴۴	آثار و علائم اضطراب
۴۸	انواع اضطراب
۵۰	نقش اضطراب
۵۱	توس و اضطراب
۵۲	رابطه اضطراب با جنس
۵۴	دیدگاههای نظری درباره اضطراب
۵۷	تفکیک توس از اضطراب
۵۸	تظاهرات محیطی اضطراب
۵۹	علائم اضطراب
۶۱	فصل سوم
۶۱	افسردگی
۶۲	تاریخچه افسردگی
۶۳	افسردگی چیست ؟
۶۵	تفاوت بین اندوه سالم و افسردگی چیست ؟
۶۶	تعریف افسردگی
۶۷	افسردگی چه کسانی را تهدید می کند ؟

دیدگاه‌های نظری درباره افسردگی	۶۹
الگوهای روانکاوی	۷۱
الگوی درمانی آموخته شده افسردگی	۷۷
علائم افسردگی در طول بارداری	۷۸
فصل چهارم	۸۰
احساس گناه	۸۰
تعریف شرم و گناه	۸۲
روبردهای نظری در حوزه شرم و گناه	۸۲
رویکرد روان‌شناختی	۸۳
رابطه شرم و خشم در رابطه بین فردی	۸۴



مقدمه

عملکرد جنسی یک پدیده چند بعدی است که تحت تاثیر بسیاری عوامل زیستی، روانی و اجتماعی قرار می گیرد. اهمیت به تمایلات جنسی امری واقع بینانه است زیرا مشکلات جنسی می تواند آثار متعددی بر سایر جنبه های زندگی فردی و اجتماعی بگذارد. بطوری که عامل برخی از آشفتگی های روانی، ناسازگاریها و شکستهای زندگی زناشویی می باشد (سازمان بهداشتی، ۲۰۰۰). عملکرد جنسی انسان روندی است که ترکیبی از ارگانهای مختلف را درگیر می کند و مستلزم هماهنگی بین سیستم های نورولوژیک، عروقی و اندوکرین می باشد. عملکرد جنسی زنان حالتی از توانایی برای رسیدن به تهییج جنسی، لوبریکاسیون، ارگاسم و سایتهای می باشد که منجر به تندرستی و رسیدن به سطحی از سلامتی همراه با کیفیت زندگی خوب می شود. امروزه شواهد زیادی در حمایت از اهمیت سلامت جنسی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی وجود دارد (آلساندر^۱، ۲۰۰۹ به نقل از اصلان بیگی، ۱۳۹۲). اختلال عملکرد جنسی یک مشکل مهم بهداشت عمومی می باشد که در زنان بیش از مردان شیوع دارد. اختلال عملکرد زنان^۲ به صورت اختلالاتی در لیبیدو، تهییج، ارگاسم، و نیز درد جنسی به سبب دیسترس در فرد و مشکلات بین فردی می شود، تعریف می شود.

^۱Alessandra

^۲Female Sexual Dysfunction



بارداری نقش مهمی در عملکرد و رفتار جنسی زنان ایفا می کند (مارکوس^۱، ۲۰۱۰). بارداری دورانی است که با تغییرات متعدد بیولوژیکی، عملکردی، سایکولوژیک و تغییرات اجتماعی همراه است که ممکن است بر عملکرد جنسی تاثیر گذارند (روسن^۲، ۲۰۰۰).

در ۸۶ درصد تا ۱۰۰ درصد زوجین فعالیت جنسی را در دوران بارداری ادامه می دهند، اکثر زنان کاهشی را در دفعات مقاربت و میل جنسی مخصوصاً در سه ماهه سوم بارداری، نشان می دهند. مشکلات عملکرد جنسی در زنان باردار به دفعات گزارش می شود (آلساندر، ۲۰۰۹). شروع کاهش میل جنسی در دوران بارداری بین ۵۷ درصد تا ۷۵ درصد گزارش شده است. نظرات در مورد متغیرهایی که قطعاً با اختلال عملکرد جنسی در بارداری همراه هستند، بحث انگیز است. برخی گزارش ها حاکی از آنست که دفعات رابطه جنسی با افزایش سن مادر کاهش می یابد، درحالیکه سایر محققین چنین ارتباطی را نیافته اند. نتایج در مورد پاریته سن بارداری و نمایه توده بدنی هنوز مورد ابهام است (روسن، ۲۰۰۰).

بر اساس اصول بهداشت جسمی و روانی، کلیه ابعاد سلاسه زندگی به ویژه سلامت جسمی، روانی و حتی اجتماعی متأثر از عملکرد جنسی و روابط بین زوجین است و از سویی عملکرد جنسی نیز خود از تغییرات جسمی و روانی دوران زندگی زن بخصوص دوران بارداری تاثیر می پذیرد. از این رو حفظ و ارتقای سلامت عمومی و جنسی زوجین و در نهایت تحکیم بنیان خانواده از ضرورتی انکارناپذیر برخوردار است.

^۱Markus^۲Rosen

بارداری یکی از حساس ترین دوره های زندگی زنان است و روابط جنسی و زناشویی در اثر تغییرات فیزیکی و روان شناختی متعدد دوران بارداری دستخوش تغییر می شود، عواملی نظیر تغییرات فیزیولوژیکی و آناتومیکی در زن باردار، کنار گذاردن فعالیت جنسی و احساس گناه درباره روابط جنسی در بارداری، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدن خود، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر و غیره می توانند روی پاسخ جنسی فرد و در نهایت ارتباط زوجین تأثیر منفی گذاشته، اضطراب و عدم اعتماد به نفس زوجین را سبب شود و در نهایت بهداشت روانی خانواده را برهم زند (د، ۲۰۰۴).

یکی از عواملی که می تواند عملکرد جنسی زنان را در دوران بارداری تحت تأثیر قرار دهد اضطراب است. اضطراب می تواند سبب کاهش اعتماد به نفس زوجین و متعاقب آن اختلال در بهداشت روانی خانواده گردد.

اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که خبر از خطری ناگهانی و قریب الوقوع می دهد و شخص را بران میخیزد با تهدید آماده می سازد (کاپلان و سادوک^۲ به نقل از پورافکاری، ۱۳۸۱) و نیز عبارت از یک ناراحتی دردناک ذهنی درباره پیش بینی یک تهدید و ناخوشایندی در آینده است (نوابی نژاد، ۱۳۸۱).

اضطراب نقش مرکزی در گسترش یا حفظ اختلال عملکرد جنسی دارد. سپهریان و حسینی (۱۳۹۱) معتقدند که اضطراب و استرس بر عملکرد جنسی زنان تأثیرگذار است. بنابراین اضطراب یک فاکتور مهم در کاهش میل جنسی زنان در دوران بارداری

^۱Read

^۲Kaplan & Sadok



است. اضطراب واسترس در دوران بارداری می تواند باعث ایجاد اثرات سوء در مادر و جنین از قبیل زایمان زودرس، سقط خود به خودی و حتی اختلالات عاطفی کودک در آینده شود (اصلان بیگی، ۱۳۹۲).

از عوامل دیگر در این زمینه افسردگی است. اختلال افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی، با شیوع ۲۵٪ - ۱۵٪ در طول عمر به شمار می رود (جودا، ۹۴). افسردگی نه تنها در بسیاری از پژوهش ها، رایج ترین اختلال روانی گزارش شده، بلکه، شاید ر قدیمی ترین نشانگان روانی باشد که در متون پزشکی بدان پرداخته شده است (یانتر، ۲، ۲۰۰۰، نقل از بلوریان و گنجلو، ۱۳۸۶).

ابتلا به افسردگی به ویژه افسردگی یک قطبی، افسردگی مربوط به اختلال های عاطفی فصلی در بین زن ها بسیار شایع تر از مرد ها است. در مجموع حوادث مربوط به سیکل باروری تا حد زیادی زمینه ساز مشکلات عاطفی زنان شناخته شده است. برای مثال می توان از افسردگی همراه با داروهایی ضد حاملگی، افسردگی مربوط به قاعدگی، افسردگی پس از زایمان و افسردگی دوران یائسگی (نمازی ۱۳۷۹). در چند دهه گذشته نشانگان افسردگی دوران بارداری مورد توجه بسیاری از متخصصان علوم پزشکی و روان شناسی قرار گرفته است. افزایش پژوهش در این زمینه دلایل گوناگونی دارد. یک دلیل آن است که اگر چه تولد نوزاد در مقطعی از زمان برای بسیاری از خانواده ها اتفاق می افتد، ولی بسیاری از مادران در این دوره یک تغییر و تحول جسمی و روانی را نشان می دهند. ماه های آستانه زنی، حساس ترین دوره

زندگی هر خانواده است، زیرا از یک سو وضعیت جسمی و روانی و عاطفی زن آستن در شرایط ویژه ای قرار دارد که نیاز به مراقبت در تمام وضعیت های مذکور را دارد و از سوی دیگر موجودیت جسمی - روانی یک انسان دیگر (جنین) در بطن وجود مادر آستن در حال شکل گیری است. جنین نیاز به مادری دارد که از نظر جسمی و بهداشتی سالم باشد و از نظر روانی - اجتماعی ایمن باشد. در صورت مساعد بودن وضعیت مادر، ظرفیت های ژنتیک تخمک بارور شده در طی ۹ ماه بارداری بالفعل می گردد. پس از دو سال بارداری، دوران نوزادی و سال های اولیه کودکی نیز برای رشد و تحول جسمی - روانی سالم، نیاز به مادر واجد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دارد (مهری نژاد، ۱۳۸۱).

افسردگی ظرفیت افراد را در ارتباط با انجام کنترل بارداری و مراقبت از سلامت فردی تحت تاثیر قرار می دهد. افسردگی ارزشهای فردی را دگرگون می کند. مادر حامله ارزش های فردی خود را از دست داده و نسبت به توانایی خود در مادر شدن و یا نگهداری از نوزاد تردید پیدا می کند. عارضه مهم دیگر افسردگی، تمایل به خودکشی و حتی اقدام به خودکشی است. باید توجه داشت که خودکشی عامل هر چند اندک، اما ممانعت کننده از خودکشی است و باید توجه داشت که خودکشی کامل در طی بارداری شایع نیست. درباره افسردگی در طی دوران بارداری مطالعات خاصی انجام گرفته است، اما مشکلات عدیده ای نیز در این مطالعات وجود دارد و رابطه علت و معلولی مشخص نشده است. مثلاً ارتباط مشخصی بین افسردگی و مصرف سیگار دیده می شود. این مصرف سیگار می تواند علت افسردگی باشد و یا



ممکن است ریسک فاکتوری باشد که فرد را مستعد افسردگی می کند. بنابراین وقتی افسردگی با مصرف نیکوتین همراه می شود اثرات غیر مستقیم بر روی حاملگی می گذارد (کاوردیل، لورنس، مک لوگ و فرانک، ۱۹۹۶).

افسردگی در حاملگی سبب IUGR^۲ و تاخیر رشد داخل رحمی جنین و همین طور ایمان زودرس می شود. یک تحقیق بر روی ۷۹ زن باردار پاکستانی نشان داده که افسردگی در دوران بارداری با عواقبی مانند جنین زودرس و یا تولد نوزادان کم وزن همراه است. در این مطالعه محیط اجتماعی زنان باردار از عمده ترین فاکتورهای افسردگی محسوب می شود. زنان باید اشخاصی مطیع و تابع باشند و طی تحقیقات انجام شده در یکی از مناطق روستایی پاکستانی معلوم شد که ۲۵٪ زنان در طی دوران بارداری و ۳۸٪ پس از زایمان از افسردگی رنج می بردند (آمبرن کازی^۳ و همکاران ۲۰۰۶).

در یک مطالعه مهم بر روی ۱۰۱۴ زن فقیر و ضعیف، دیده شد که یک ارتباط مهم بین علائم افسردگی و سطح سلامت پایین از جمله عدم افزایش وزن مناسب دیده می شود. چندین مکانیسم سبب اثرات مستقیم افسردگی بر روی رشد جنین می شود. اختلال در خلق سبب اختلال در محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال شده و سبب عدم و یا کاهش اضافه وزن در طی حاملگی می شود. عدم اضافه وزن مادر سبب کندی رشد جنین می شود، به طوری که در یک مطالعه مشاهده شده

^۱Coverdale, Laurence, Mecullough, Frank

^۲Intra Uterin Growth Retardation

^۳Ambreen Kazi



است که یک کیلوگرم اضافه وزن مادر به طور مشخصی سبب افزایش وزن جنین می شود (ساگاوارا^۱ و همکاران، ۱۹۹۷ به نقل از آمبرن کازی^۲ و همکاران، ۲۰۰۶).

تمایلات و فعالیت های جنسی، امری واقع بینانه محسوب می شود و منشاء بسیاری از تحولات در زندگی انسان می باشد؛ چرا که مانند سایر امیال فطری انسان از آغاز تولد کودک وجود داشته و متناسب با رشد او متحول و شکوفا می شود (بورریان و کونگلو^۳، ۲۰۰۸). عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان باشخص فرد درهم آمیخته که صحبت از آن به عنوان پدیده ای مستقل، غیرممکن به نظر می رسد. عملکرد جنسی بخشی از سلامت جنسی زن محسوب می شود در این راستا، بارمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی را نوعی هماهنگی ذهن، احساس و جسم فرد، بسته که متجر به تکمیل شخصیت، ارتباط و عشق می گردد (مزینانی، اکبری، کاشانیان^۴، ۲۰۰۸).

روابط جنسی سالم یکی از مهم ترین خوشبختی های زندگی زناشویی می باشد و اگر زوجین در روابط جنسی به ارضاء کامل نرسند، تعارض زناشویی و روانی آنان مختل خواهد شد (بورریان، ۲۰۰۸). اختلال در عملکرد جنسی ریسایت بندی جنسی به هر علتی که ایجاد شود، پیامدهای متفاوتی به دنبال دارد و ممکن است موجب مشکلاتی از قبیل عصبانیت و خشونت شود همچنین اختلال عملکرد جنسی موجب جدایی، طلاق و افسردگی می شود، بنابراین، مشکلات

^۱Sagawara

^۲Ambreen Kazi

^۳Boloriyan & Kongelo

^۴Mazinani, Akbari, Kashanian

جنسی با توجه به عامل تنش زایی خود در بروز افسردگی سهیم هستند (مزینانی و همکاران، ۲۰۱۳).

در طول بارداری میل جنسی و فعالیت جنسی زنان باردار و همسر آنها غیر قابل پیش‌بینی بوده، ممکن است افزایش یا کاهش یابد یا بدون تغییر بماند (موریج، ۲۰۰۲). بارداری می‌تواند هم باعث عمیق‌تر شدن روابط زناشویی و هم باعث گسستگی آن شود (جهانفر، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش لی^۲ تحت عنوان مفهوم رضایت جنسی در زنان باردار که روش پدیدارشناسی انجام گرفته است، 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 می‌شود (لی، ۲۰۰۲). در متاآنالیز ۵۹ مطالعه نشان داده شد که اگر زوجین در طول بارداری فعالیت جنسی داشته باشند و از آن لذت ببرند، ارتباطات، ملاحت و نرمی رفتار در چهار ماه بعد از زایمان و سه سال بعد از آن بهتر می‌شود و روابط بین‌روبین با ثبات و مستحکم شده و کمتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (سیدو، ۱۹۹۹). از طرف دیگر خدمت در روابط اغلب در بارداری شروع شده یا بدتر می‌شود؛ زیرا زنان در این دوره از نزدیکی جنسی خودداری می‌کنند (اسمیت و شیمپ، ۲۰۰۴).

فعالیت جنسی طی بارداری تحت تأثیر تغییرات فیزیکی و هیجانی و همچنین عقاید و باورها قرار می‌گیرد، اما بیشتر مشکلات جنسی این دوران

^۱Murrag

^۲Lee

^۳Sydow

^۴Smith & Shimp



ناشی از باورها و تصورات غلط و عدم درک صحیح از تغییرات فیزیکی و هیجانی طی حاملگی است. 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 (آندروز، ۲۰۰۱).

www.ketab.ir