

Modeling of socio-demographic predictors of sexual function in women of reproductive age

Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi¹,
Mojgan Mirghafourvand²,
Mohammad Asghari-Jafarabadi³,
Nikta Tavananezhad⁴,
Mahsa Karkhaneh⁴

¹ Assistant Professor, Research Center of Health Effective Social Factors, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ PhD, Assistant Professor, Traffic Injury Prevention Research Center, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ MSc Student in Midwifery, Students Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

(Received July 17, 2013; Accepted January 5, 2014)

Abstract

Background and purpose: Sexual health is a state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality. This study aimed to determine the status of sexual function, its dimensions, and its socio-demographic predictors in women of reproductive age in Tabriz, Iran, in 2013.

Materials and methods: Data were collected by Female Sexual Function Index (FSFI) scale and socio-demographic questionnaire. General liner model analysis was used for modeling of socio-demographic predictors of sexual function.

Results: The mean score of sexual function was 65.9 ± 15.8 of the possible range of 0-100. Prevalence of sexual dysfunction was 66%. Sufficiency of household income for expenses and the level of satisfaction of spouse were predictors of sexual function in women.

Conclusion: With attention to significant impact of the sexual function on health of women and their families, determining the effective factors on sexual satisfaction can assist strengthening of families.

Keywords: Sexual function, women, reproductive age, socio-demographic predictors

J Mazand Univ Med Sci 2014; 23(110): 238-42 (Persian).

مدل سازی پیش‌گویی کننده‌های فردی-اجتماعی عملکرد جنسی

در زنان سنین باروری

سکینه محمد علیزاده چرنابی^۱مژگان میرغفوروند^۲محمد اصغری جعفرآبادی^۳نیکتا توانانژاد^۴مهسا کارخانه^۴

چکیده

سابقه و هدف: سلامت جنسی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در رابطه جنسی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت عملکرد جنسی و ابعاد آن و همچنین پیش‌گویی کننده‌های فردی-اجتماعی آن بر روی ۵۳۲ زن همسر دار سنین باروری در شهر تبریز در سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها: داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه فردی-اجتماعی و پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) یا Female sexual function index جمع‌آوری شد. جهت مدل‌سازی پیش‌گویی کننده‌های فردی-اجتماعی عملکرد جنسی، از مدل خطی عمومی استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین \pm انحراف معیار نمره عملکرد جنسی زنان مورد مطالعه، $65/9 \pm 15/8$ از محدوده نمره قابل کسب ۱۰۰-۰ بود. شیوع اختلال عملکرد جنسی در این مطالعه، ۶۶ درصد بود. متغیرهای کفایت درآمد خانوار برای هزینه‌های زندگی و رضایت از همسر، از پیش‌گویی کننده‌های عملکرد جنسی بودند.

استنتاج: از آن‌جا که عملکرد جنسی بر سلامت زنان و خانواده‌های آنان تأثیرگذار است، شناسایی عوامل مؤثر بر رضایتمندی جنسی می‌تواند به استحکام بیشتر خانواده‌ها کمک کند.

واژه‌های کلیدی: عملکرد جنسی، زنان سنین باروری، پیش‌گویی کننده‌های فردی-اجتماعی

مقدمه

فرهنگ، مذهب و ارزش‌های شخصی و همه آن‌چه که یک شخص به عنوان رابطه جنسی خود بیان می‌کند، مشکل است (۲). سازمان بهداشت جهانی، اختلال عملکرد جنسی را این چنین تعریف می‌کند: «شیوه‌های مختلف که در آن شخص قادر به شرکت در یک رابطه جنسی آن‌گونه که آرزو دارد، نباشد» (۳). اختلال عملکرد جنسی یک نگرانی مهم برای سلامت عمومی افراد است و عوامل متعددی مانند مشکلات

سلامت جنسی، رفاه فیزیکی، احساسی، روانی و اجتماعی در رابطه جنسی است؛ نه صرفاً فقدان بیماری، اختلال یا معلولیت. نیازهای سلامت جنسی شامل رویکرد احترام‌آمیز و مثبت به تمایلات و روابط جنسی و همچنین داشتن تجربیات جنسی لذت‌بخش و ایمن، آزاد از اجبار، تبعیض و خشونت است (۱). تعریف سلامت جنسی به دلیل تأثیرپذیری از

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره ۹۱۲۰۳ می‌باشد که با حمایت مالی این دانشگاه اجرا گردید.

E-mail: mkarkhane55@yahoo.com

مؤلف مسئول: مهسا کارخانه - تبریز: دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری-مامایی، گروه مامایی.

۱. استادیار، مرکز تحقیقات علوم اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه مامایی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات پیشگیری از مصادومیت‌های ترافیکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۰۷/۲۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۱۰/۱۵

از ۶ ماه، یائسه بودن و عدم تمایل به شرکت در مطالعه بودند. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسش‌نامه فردی-اجتماعی و پرسش‌نامه عملکرد جنسی (Female sexual function index یا FSFI) بود (۱۰).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ (version 13, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد. برای توصیف مشخصات فردی-اجتماعی و عملکرد جنسی از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تعیین ارتباط نمره عملکرد جنسی با مشخصات فردی-اجتماعی، با استفاده از آزمون‌های دو متغیره مانند t و آنالیز واریانس یک طرفه، ارتباط بین عملکرد جنسی با هر یک از مشخصات فردی-اجتماعی سنجیده شد. سپس برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل (مشخصات فردی-اجتماعی) بر روی متغیر وابسته (عملکرد جنسی)، آن دسته از متغیرهایی که معنی‌داری آن‌ها در آزمون دو متغیره تأیید شده بود ($P < 0/05$)، با همدیگر (Adjusted) وارد مدل خطی عمومی (General linear model) شدند. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها و بحث

نزدیک به نیمی از زنان در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال قرار داشتند. میانگین \pm انحراف معیار سن زنان شرکت کننده در مطالعه $30/9 \pm 7/1$ سال بود. سن حدود نیمی از همسران زنان شرکت کننده ۳۵ سال و بالاتر (با میانگین \pm انحراف معیار $35/1 \pm 7/7$ سال) بود. حدود یک سوم از زنان و یک چهارم از همسران آن‌ها تحصیلات دیپلم داشتند. بیش از سه چهارم زنان خانه‌دار بودند. حدود یک سوم از همسران زنان، کارگر بودند. بیشتر زنان از روش‌های مدرن جلوگیری از بارداری استفاده می‌کردند. بیش از نیمی از زنان، اظهار داشتند که درآمد ماهیانه خانوار تا حدودی برای هزینه‌های زندگی کفایت می‌کند. حدود دو سوم از همسر خود رضایت داشتند و بیش از سه چهارم نیز خودشان همسرشان را برای ازدواج انتخاب کرده بودند. حدود نیمی از زنان به روش طبیعی زایمان

عاطفی، وضعیت تأهل، سبک زندگی، افزایش سن و ... می‌توانند بر آن تأثیرگذار باشند (۴).

در ایران مطالعات محدودی به بررسی شیوع اختلال عملکرد جنسی پرداخته‌اند. در این مطالعات بیشترین شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان سنین باروری شهر اراک (۵) و شهر سبزوار (۶) به ترتیب ۶۴ درصد و ۶۳/۲ درصد گزارش شده است و کمترین شیوع اختلال عملکرد در بابل (۷) و کهگیلویه و بویراحمد (۸) به ترتیب ۱۹/۲ درصد و ۸/۵ درصد گزارش شده است. طبق بررسی‌های انجام یافته، مطالعه‌ای که به بررسی عملکرد جنسی، ابعاد و پیش‌گویی کننده‌های آن در زنان سنین باروری در ایران و تبریز پردازد، انجام نشده است. از جمعیت مؤنث ایرانی، بیست و یک میلیون نفر در گروه جنسی ۴۹-۱۵ سال (زنان سنین باروری) قرار دارند. سلامتی زنان یکی از اولویت‌های سازمان بهداشت جهانی است و باورها در نشست‌های این سازمان بر این موضوع تأکید شده است (۹). با توجه به اهمیت موضوع و وجود نگرش‌ها، مذاهب و قومیت‌های مختلف در ایران و میزان بالای زنان سنین باروری در هرم جمعیتی کشور و لزوم توجه به ارتقای رضایت جنسی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر بسیاری از جنبه‌های زندگی زنان و نبود اطلاعاتی دقیق در این زمینه که بتواند در برنامه‌ریزی‌های سلامتی زنان کارگر باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت عملکرد جنسی و ابعاد آن و همچنین پیش‌گویی کننده‌های فردی-اجتماعی آن‌ها در زنان سنین باروری انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه بر روی ۵۳۲ نفر از زنان ۴۹-۱۵ سال همسردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز در سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای (Two stage cluster sampling)، به صورت تصادفی و سهمیه‌ای انجام شد. معیارهای ورود شامل سن ۴۹-۱۵ سال، زندگی با همسر، داشتن سطح سواد راهنمایی و بالاتر بودند. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل بارداری، شیردهی (کمتر

رابطه و میل جنسی در تمامی جوامع و مذاهب یک تابو است که در هاله‌ای از عقاید خرافی پیچیده شده است و صحبت درباره آن با احساسی از شرم و گناه همراه است و شاید این تفاوت‌های فرهنگی، قومی، مذهبی و نژادی در بیان، ابراز و برخورد با تمایلات جنسی در هر کشور و حتی در مناطق مختلف ایران و استفاده از ابزار و مقیاس‌های سنجش متفاوت و بومی نشده، از دلایل تفاوت در آمارها باشد.

بر اساس آزمون خطی عمومی، متغیرهای کفایت درآمد ماهیانه خانوار برای هزینه‌های زندگی ($P = 0/049$) و رضایت از همسر ($P = 0/001$) با تعدیل سایر متغیرها با نمره کلی عملکرد جنسی ارتباط معنی‌دار داشتند. در مدل خطی نمره عملکرد جنسی برابر است با $22/7 + 15/0$ (داشتن رضایت کامل از همسر) + 10 (داشتن رضایت نسبی از همسر) + $1/6$ (کفایت کامل درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی) + $0/84$ (کفایت نسبی درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی).

در این مطالعه، اختلال عملکرد جنسی در افراد با درآمد پایین، بیشتر از افراد با درآمد متوسط و بالا بود. Addis و همکاران، در مطالعه خود به ارتباط مثبت و معنی‌داری بین سطح درآمد بالا، افزایش فعالیت جنسی و رضایت از فعالیت جنسی دست یافت (۱۷). مهدوی و نسیمی نیز در پژوهش خود بیان کردند که با افزایش سطح اقتصادی خانوار، رضایت جنسی نیز در افراد افزایش می‌یابد (۱۸). احتمال می‌رود افزایش سطح اقتصادی خانوار سبب بهبود و ارتقای سطح زندگی زنان شود. این زنان به احتمال زیاد آرامش و رضایت بیشتری را در زندگی زناشویی خود تجربه می‌کنند که می‌تواند بر بسیاری از جنبه‌های زندگی از جمله عملکرد جنسی آنان تأثیرگذار باشد. از دیگر عوامل پیش‌گویی‌کننده عملکرد جنسی در مطالعه حاضر رضایت از همسر بود. رضایت از همسر ابعادی همچون رضایت از اخلاق، گفتار، تفکرات و ... در تمام جنبه‌های زندگی زناشویی از همسر را در بر دارد. در مطالعات، عواملی همچون انتظارات و باورهای غیر منطقی و نادرست، رفتارها و تفکرات خشک و مستبدانه شریک جنسی و همسر را از علل ایجاد ناکامی و شکست در تعاملات زناشویی و رضایت

کرده بودند. نزدیک به دو سوم از زنان رفتار همسرشان را آرام و خونسرد عنوان کرده بودند. تنها ۱۱ نفر از زنان ۳ یا بیش از ۳ فرزند داشتند. کمتر از نیمی از زنان شاخص توده بدنی (BMI) یا (Body mass index) طبیعی داشتند. کمتر از ۸ درصد زنان سابقه افسردگی داشتند و سه چهارم زنان در زمان انجام مطالعه به هیچ بیماری مزمن مبتلا نبودند.

میانگین \pm انحراف معیار نمره کلی عملکرد جنسی در زنان $15/8 \pm 65/9$ بود. بیشترین امتیاز در مقیاس درد جنسی ($23/2 \pm 72/6$) و کمترین امتیاز مربوط به مقیاس تمایل ($19/9 \pm 49/6$) بود. شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان مورد مطالعه ۶۶ درصد بود. در مطالعه‌ای که بر روی ۲۶۲۶ زن در سنین ۶۰-۲۰ سال در چهار استان کشور انجام شد، شیوع اختلالات جنسی ۳۱/۵ درصد گزارش شد (۱۱). همچنین شیوع این اختلال در زنان سنین ۳۵-۱۸ ساله شهر اراک ۶۴ درصد (۵)، در زنان ۵۳-۱۶ ساله شهر ساری ۴۵/۲ درصد (۱۲)، در زنان سنین باروری در همدان ۳۸ درصد (۱۳) بود. شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان ۵۹-۱۸ ساله آمریکایی ۴۳ درصد (۴) و در زنان ۴۸-۲۴ ساله برزیلی ۴۹ درصد (۱۴) گزارش شد.

در مطالعه حاضر بیشترین شیوع اختلال در ابعاد برانگیختگی ۴۴ درصد، تمایل ۳۷ درصد و رضایتمندی ۳۱ درصد و کمترین شیوع اختلال در ابعاد درد جنسی ۳۰ درصد، رطوبت ۲۸ درصد و ارگاسم ۲۵ درصد بود. در مطالعه اصغری رودسری و همکاران (۱۵)، بیشترین اختلال در بعد برانگیختگی و کمترین شیوع در بعد درد جنسی گزارش شده است. در مطالعه Laumann و همکاران (۴) ابعاد تمایل و برانگیختگی بیشترین شیوع و ارگاسم و درد جنسی کمترین شیوع اختلال را داشت. در مطالعه بیگی و همکاران نیز بیشترین شدت اختلال در فاز تمایل و کمترین شیوع در فاز ارگاسم بود (۱۳) که یافته‌های این مطالعات، از یافته‌های مطالعه حاضر حمایت می‌کنند. اما در مطالعه شکراللهی و همکاران بعد برانگیختگی کمترین شیوع را داشت (۱۶) و در مطالعه صفری نژاد نیز بیشترین شیوع اختلال در بعد ارگاسم و رطوبت و کمترین شیوع اختلال در بعد برانگیختگی بود (۱۱)، که با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد.

میانگین نمره عملکرد جنسی در حد متوسط بود. متغیرهای کفایت در آمد ماهیانه خانوار برای هزینه‌های زندگی و رضایت از همسر از پیش‌گویی کننده‌های عملکرد جنسی بودند. از آن جا که عملکرد جنسی بر بسیاری از جنبه‌های سلامت زنان و خانواده‌های آنان تأثیرگذار است، شناسایی عوامل مرتبط با عملکرد جنسی می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها برای افزایش رضایتمندی جنسی در زنان مورد استفاده قرار گیرد و به استحکام بیشتر خانواده‌ها کمک کند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت بهداشتی، کلیه پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز و کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Collumbien M, Bussa J, Cleland J, Campbell O. Social science methods for research on sexual and reproductive health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012. p. 1-12.
2. Nosek MA, Rintala DH, Young ME, Howland CA, Foley CC, Rossi D, et al. Sexual functioning among women with physical disabilities. Arch Phys Med Rehabil 1996; 77(2): 107-15.
3. Douma S, Doumas M, Tsakiris A, Zamboulis C. Male and female sexual dysfunction: is hypertension an innocent bystander or a major contributor? Rev Bras Hipertens 2007; 14(3): 139-47.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999; 281(6): 537-44.
5. Ramezani N, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. J Arak Univ Med Sci 2012; 14(6): 57-65. (Persian).
6. Bolourian Z, Ganjloo J. Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers. J Reprod Fertil 2007; 8(2): 163-70. (Persian).
7. Bakouei F, Omidvar Sh, Nasiri F. Prevalence of female sexual dysfunction in married women and its related factors (Babol; 2006). J Babol Univ Med Sci 2007; 9(4): 59-64. (Persian).
8. Gashtasbi A, Vahdani Nia M, Rahimi Forooshani A, Mohamadi A. Sexual dysfunction and its association with reproductive variables in the Kohkiluyeh & Boyer-Ahmad province. Payesh Health Monit 2007; 7(1): 67-73. (Persian).

زناشویی گزارش کرده‌اند (۲۱-۱۹، ۱۷). رحمانی و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که رضایت جنسی، نقش مهمی در سازگاری و رضایت زناشویی زنان ایرانی بازی می‌کند (۲۲). رضایتی که همسران از یکدیگر در زندگی تجربه می‌کنند، جنبه اساسی یک نظام زناشویی است. از آن جا که رضایت، خشنودی همراه با آگاهی درک شده نسبت به ارضای نیازها و تمایلات درونی است، اغلب می‌تواند با ارضای بعضی تمایلات خاص همچون نیازهای جنسی و عاطفی در فرد همراه باشد. به دلیل مقطعی بودن مطالعه حاضر، ارتباط‌های نشان داده شده بین عملکرد جنسی و مشخصات فردی-اجتماعی به طور حتم، بیانگر رابطه علیتی نمی‌باشد. مطالعه حاضر، عملکرد جنسی و عوامل پیش‌گویی کننده آن را در زنان سنین باروری شهر تبریز مورد بررسی قرار داد.

9. World Bank. World Development Indicators. Washington, DC: World Bank Publications; 2003.
10. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.
11. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res 2006; 18(4): 382-95.
12. Hoseini Tabaghdehi M, Haji kazemi E, Hoseini F. The relative frequency of sexual dysfunction and some related factors in the women referred to the health centers of sari city (2006). J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 22(91): 102-7. (Persian).
13. Beigi M, Javanmardi Z, Abdolahi M. A Study on Women's Sexual Functioning Disorders before and after Menopause. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac 2008; 16(2): 37-42. (Persian).
14. Abdo CH, Oliveira WM, Jr., Moreira ED, Jr., Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). Int J Impot Res 2004; 16(2): 160-6.
15. Asghari Roodsari A, Khademi A, Akbari Hamed E, Tabatabaiefar SL, Alleyassin A. Female Sexual Dysfunction in Married Medical Students. McGill Journal of Medicine 2005; 8(2): 104-8.
16. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in

- women seeking services at family planning centers in Tehran. *J Sex Marital Ther* 1999; 25(3): 211-5.
17. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 2006; 107(4): 755-64.
 18. Mahdavi SMS, Nassimi M. A Sociological survey on women's satisfaction about marital relations. *Social Sciences Bulletin* 2008; 2(3): 5-26. (Persian).
 19. Epstein N, Baucom DH, Rankin LA. Treatment of marital conflict: a cognitive-behavioral approach. *Clinical Psychology Review* 1993; 13(1): 45-57.
 20. Kayser K, Himle D. Dysfunctional beliefs about intimacy. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1994; 8(2): 127-40.
 21. DiGiuseppe R, Zee C. A rational-emotive theory of marital dysfunction and marital therapy. *Journal of Rational Emotive Therapy* 1986; 4(1): 22-37.
 22. Rahmani A, Merghati Khoei E, Alah Gholi L. Sexual satisfaction and its relation to marital happiness in iranians. *Iran J Public Health* 2009; 38(4): 77-82.