



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 20, Issue 2 (Spring 2018), 179-416 Social Determinants of Health Supplement

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

بررسی شیوع و برخی عوامل مرتبط با اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی مراجعه کننده به خانه‌های بهداشت روستایی شهرستان نیشابور

خوشه خالقی نژاد^۱ (Ph.D Student)، نورالسادات کریمان^{۲*} (Ph.D)، فاطمه ناهیدی^۱ (Ph.D)، عباس عبادی^۳ (Ph.D)، ملیحه نصیری^۴ (Ph.D)

۱- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

۴- گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۱۹

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۱۸۸۲۰۲۵۱۲ n_kariman@sbm.ac.ir

چکیده

هدف: اختلال در عملکرد جنسی یکی از مشکلات شایع جنسی است، از طرفی زنان روستایی یکی از محروم‌ترین اقشار از برنامه‌های سلامت جنسی هستند. به این منظور این مطالعه به بررسی میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی و فاکتورهای زمینه‌ای دخیل در آن می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که بر روی ۴۰۵ نفر از زنان روستایی مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت روستایی شهرستان نیشابور، استان خراسان رضوی از دی ۱۳۹۵ تا فروردین ۱۳۹۶ به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انجام شده است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و نسخه فارسی روان‌سنجی شده پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان استفاده شد. پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان دارای شش حیطه تمایلات جنسی، برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد می‌باشد. نمره کل کم‌تر از ۲۸ نشان‌دهنده عملکرد جنسی نامطلوب می‌باشد.

یافته‌ها: میانگین نمره عملکرد جنسی زنان روستایی $24/0 \pm 5/0$ (CI: $23/5 - 24/5$)، 95% و با در نظر گرفتن نقطه برش استاندارد، شیوع اختلال عملکرد جنسی $83/5\%$ درصد بود. بیش‌ترین و کم‌ترین میزان اختلال به ترتیب مربوط به حیطه‌های تحریک جنسی و رطوبت مهبل بود. وجود اختلال عملکرد جنسی با متغیرهای سطح تحصیلات زن داشت. زنان خانه‌دار که خود و همسرشان دارای تحصیلات پایین بودند، بیش‌تر در معرض خطر قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: میزان اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی بسیار بالاست، لذا طراحی برنامه‌های خاص آموزش جنسی باید در نظر گرفته شود. همچنین سرمایه‌گذاری در زمینه آموزش در مدارس روستاها علاوه بر مزایای فراوان در ابعاد مختلف اقتصادی و اجتماعی می‌تواند در بهبود عملکرد جنسی افراد نیز موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت باروری، اختلال عملکرد جنسی، جمعیت روستایی

مقدمه

جنسی است که فقط با نبود بیماری، اختلال عملکرد یا ناتوانی کسب نمی‌شود. سلامت جنسی نیازمند یک رویکرد مثبت و محترمانه نسبت به روابط جنسی است و هم‌چنین امکان تجارب جنسی لذت‌بخش و بی‌خطر، بدون اجبار، تبعیض و خشونت. برای رسیدن به سلامت جنسی و حفظ آن، حقوق

سلامت جنسی یک مفهوم گسترده است که مشکلات و چالش‌های زیادی را در درون خود شامل می‌شود. بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی شامل «حالتی از رفاه جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی مرتبط با تمایلات

جنسی همه افراد باید مورد احترام قرار گرفته، محافظت شده و برآورده شود [۱].

رضایت زناشویی از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت از زندگی است [۲]، از طرفی ناراضی‌تی از عملکرد جنسی ارتباط نزدیکی با بروز مشکلات اجتماعی دارد که به‌ویژه در زنان از اولویت خاصی برخوردار است [۳]. در ایران نیز این مساله اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعه‌ای که حسینی و همکاران (۲۰۱۶) به منظور متاآنالیز شیوع اختلال عملکرد جنسی در ایران انجام دادند. کم‌ترین میزان شیوع ۳۱ درصد و بیش‌ترین میزان شیوع ۶۴/۶ درصد گزارش شده بود. شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی در ایران ۴۸ درصد گزارش شده است [۴]. هم‌چنین در مطالعه رضانی تهرانی (۲۰۱۴) میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی ۲۷/۳ درصد گزارش شد که شامل ۸ درصد موارد شدید، ۲۰/۳ درصد متوسط و ۶/۳ درصد اختلال عملکرد جنسی خفیف بود [۵]. از طرفی، می‌شرا و همکارانش (۲۰۱۶) میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی (FSD) را ۵۵/۶ درصد در بین زنان ۲۰ تا ۴۷ ساله هندی نشان دادند. بیش‌ترین میزان شیوع مربوط به گروه زنان ۲۶-۳۰ ساله و با طول ازدواج بیش‌تر از ۱۶ سال بود [۶]. مطالعات نشان داده که زنان بیش از مردان دچار اختلال در عملکرد جنسی می‌شوند و شیوع آن در میان زنان گروه‌های مختلف نژادی متفاوت است [۴]. رابطه جنسی در انسان حاصل ساختار بیولوژیکی، تجربیات زندگی، دانش، رفتار و نگرش است که توسط عوامل جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۷]. در مطالعات گذشته، ارتباط عملکرد جنسی با برخی عوامل از جمله سن، سطح تحصیلات، سن ازدواج، تعداد زایمان [۵،۸]، نوع زایمان [۹]، شیردهی [۱۰]، افسردگی [۱۱]، دیابت [۱۲،۱۳] و شاخص توده بدنی [۱۴] مورد بررسی قرار گرفته است ولی در برخورد با این مشکل باید جنبه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی را نیز مدنظر داشت.

زنان روستایی یک چهارم جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند [۱۵] ولی به دلیل مواجهه با مشکلات فراوانی همچون

کار زیاد در بخش کشاورزی و دامداری علاوه بر کار خانه، آزادی عمل محدود، ضعف مهارت‌های ارتباطی، محرومیت از دریافت خدمات آموزشی، پایین بودن سطح بهداشت و سایر موارد، به شدت مستعد کاهش کیفیت زندگی به ویژه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شده‌اند [۱۶]. در کشور ایران نیز نزدیک به یک سوم جمعیت ۳۹ میلیونی زنان را زنان روستایی تشکیل می‌دهند [۱۷] که با زندگی در جوامع روستایی جنبه‌های متفاوتی از تبعیض و محرومیت را تجربه می‌کنند [۱۸]. هم‌چنین مطالعات نشان‌دهنده سطح پایین‌تر دانش بهداشت باروری در زنان روستایی نسبت به زنان شهری است [۱۹]. به‌طوری‌که، اعتصامی‌پور (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان داد که رضایتمندی جنسی در زنان شهری بیش‌تر از زنان روستایی بود. این مطالعه بیان می‌کند که اعتقادات فرهنگی در کارکرد جنسی به‌نجار موثر بوده و می‌تواند باعث اختلال عملکرد جنسی شود [۲۰].

استان خراسان رضوی، دومین استان ایران از نظر جمعیت محسوب می‌شود و شهرستان نیشابور پس از مشهد بزرگ‌ترین شهر استان خراسان رضوی است [۱۷]. این استان در مطالعه روشنائی و همکاران (۱۳۹۴) که به‌منظور رتبه‌بندی و خوشه‌بندی استان‌های کشور بر اساس شاخص‌های زیج حیاتی مناطق روستایی انجام شد، در رتبه چهاردهم از نظر شاخص‌های باروری و جمعیتی و در رتبه پنجم از نظر شاخص‌های مرگ و میر و در رتبه بیست و نهم از نظر شاخص‌های عملکردی قرار گرفت [۲۱]. از آن‌جایی‌که شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی به‌طور خاص مورد بررسی قرار نگرفته است و از طرفی جهت ارائه راه‌کار مناسب برای حل یک مشکل ابتدا نیاز به تعیین شیوع آن مشکل در جامعه است، این مطالعه به بررسی شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی شهرستان نیشابور در استان خراسان رضوی پرداخته است تا با تعیین شیوع این اختلال در زنان روستایی و مطالعه عوامل تأثیرگذار در این جمعیت خاص، پایه اطلاعاتی مناسب جهت برنامه‌ریزی‌های سلامت جنسی برای جمعیت روستایی را فراهم کند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه زنان روستایی مراجعه‌کننده به ۳۶ خانه بهداشت روستایی شهرستان نیشابور استان خراسان رضوی از دی ۱۳۹۵ تا فروردین ۱۳۹۶ بودند. شهرستان نیشابور دارای ۳۵ درصد (۱۵۷۹۹۳ نفر) جمعیت روستایی است که نسبت به متوسط کشوری (۲۵/۹ درصد) بالاتر است و شامل چهار بخش (مرکزی، زبرخان، سرولایت و میان جلگه) می‌باشد [۱۷]. در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. بدین ترتیب که تعداد نمونه‌ها بر اساس جمعیت هر یک از چهار بخش شهرستان تعیین شد؛ و با توجه به جمعیت هر بخش تعداد روستاها تعیین شده و انتخاب روستاها در هر بخش به طور تصادفی انجام شد. در روستاهای منتخب، نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان روستایی در سنین باروری (۱۵-۴۹ ساله)، ازدواج اول، سابقه سکونت در روستا بیش از یک سال گذشته و به طور مداوم، تمایل فرد برای شرکت در مطالعه و دارا نبودن بیماری جسمی و روانی شناخته شده بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود. این پرسش‌نامه دارای شش بخش است که عملکرد جنسی زنان طی ۴ هفته گذشته را توسط ۱۹ سؤال در ابعاد تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد می‌سنجد. امتیازبندی آن از نمره صفر تا ۵ است. نمره فرد در هر قسمت با جمع نمرات سئوالات مربوط به آن بخش و ضرب کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر قسمت به دست می‌آید. با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید و نمره بیش‌تر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. نقطه برش برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها به ترتیب عبارت هستند از: کل مقیاس ۲۸، ۳/۳، تحریک روانی، رطوبت و ارگاسم ۳/۴، رضایت‌مندی و درد ۳/۸. به عبارت دیگر نمرات بالاتر از نقطه برش نشانه عملکرد خوب است. روایی و پایایی پرسش‌نامه

عملکرد جنسی زنان در سال ۱۳۸۷، توسط محمدی و همکاران در ایران مورد تأیید قرار گرفته است. به این منظور از تکنیک ترجمه و ترجمه مجدد از زبان مبدأ (انگلیسی) به زبان فارسی استفاده شده بود. میزان پایایی مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل افراد ≤ 0.70 محاسبه شده بود که نشانگر پایایی خوب این ابزار است [۲۲]. به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و در صورت تمایل نتایج مطالعه در اختیارشان قرار می‌گیرد. پرسش‌نامه‌ها به روش مصاحبه فردی و توسط پژوهشگر در یک محیط آرام و خصوصی تکمیل می‌شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ و آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون مجذور کای و رگرسیون لجستیک) استفاده شد. در تمام آزمون‌های به‌کارگرفته شده، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج این مطالعه نشان داد: میانگین سنی زنان 31.0 ± 6.6 سال و میانگین سنی همسرانشان 35.6 ± 6.7 سال بود. ۳۳/۶ درصد زنان تحصیلات ابتدایی و ۳۳/۱ درصد همسرانشان تحصیلات راهنمایی داشتند. ۸۳/۷ درصد زنان خانه‌دار و ۳۸/۸ درصد همسرانشان کارگر ساده و ۳۶/۵ درصد همسرانشان نیز به مشاغل کشاورزی (دارای زمین کشاورزی یا دام) مشغول بودند. متوسط سن زنان در زمان ازدواج 18.0 ± 3.7 سال و مردان 22.6 ± 4.2 سال بود. میانگین طول مدت ازدواج 13.0 ± 6.6 سال بود و ۷۶ درصد از وضعیت مالی خانواده ناراضی بودند. در این مطالعه میانگین نمره عملکرد جنسی 24.0 ± 5.0 ($24.5 - 23.5$, CI: ۹۵٪) بود که با در نظر گرفتن نقطه برش استاندارد، ۸۳/۵ درصد ($0.8 - 0.9$, CI: ۹۵٪) زنان روستایی دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. بیش‌ترین و کم‌ترین میزان اختلال در بین حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی با توجه به نقطه برش استاندارد هر حیطه به ترتیب مربوط به تحریک

طول مدت ازدواج ($P=0/89$) با شاخص عملکرد جنسی زنان ارتباطی دیده نشد، ولی نتایج نشان داد که متغیرهای سطح تحصیلات زن ($P<0/05$, $OR=0/5$)، سطح تحصیلات مرد ($P<0/001$, $OR=0/3$) و شغل زن ($P<0/05$, $OR=0/5$) می‌توانند با ایجاد اختلال عملکرد جنسی ارتباط داشته و در پیش‌بینی آن موثر باشند (جدول ۳). بدین ترتیب شانس داشتن اختلال عملکرد جنسی در زنان شاغل نسبت به خانه‌دار، زنان دارای تحصیلات متوسطه و دانشگاهی نسبت به زنان بی‌سواد و کم‌سواد و زنانی که همسرانشان تحصیلات متوسطه و دانشگاهی دارند نسبت به زنانی که همسرانشان بی‌سواد و کم‌سواد هستند، کم‌تر است.

جنسی و رطوبت مهبل بود (جدول ۱). در تحلیل تک متغیره نیز ارتباط معنی‌داری بین اختلال عملکرد جنسی با سطح تحصیلات زن ($p=0/002$)، سطح تحصیلات مرد ($p<0/001$) و شغل زن ($p<0/001$) دیده شد (جدول ۲).

آزمون رگرسیون لجستیک (روش Backward Stepwise Conditional) برای شناسایی موثرترین عوامل پیشگویی‌کننده شاخص عملکرد جنسی از میان عوامل بالقوه مشکلات جنسی انجام شد. وجود اختلال عملکرد جنسی به عنوان متغیر وابسته و سن زن، سن مرد، سن زن در زمان ازدواج، طول مدت ازدواج، شغل زن و میزان تحصیلات زن و مرد به عنوان عامل مستقل منظور گردید. بین متغیرهای سن زن ($P=0/64$)، سن مرد ($P=0/21$)، سن زن در زمان ازدواج ($P=0/19$) و

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵٪ نمرات حیطه‌های مختلف عملکرد جنسی و درصد افراد مبتلا به اختلال در هر یک از حیطه‌های عملکرد جنسی

نام حیطه	میانگین نمره (انحراف معیار)	فاصله اطمینان ۹۵٪	درصد افراد مبتلا به اختلال عملکرد با توجه به نقطه برش استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪
تمایل	۳/۵ (۱/۰)	۳/۴ - ۳/۶	۳۵/۸	۳۱/۴ - ۴۰/۵
تحریک	۳/۵ (۱/۱)	۳/۴ - ۳/۷	۴۲/۰	۳۷/۳ - ۴۶/۹
رطوبت مهبل	۴/۴ (۱/۱)	۴/۲ - ۴/۵	۱۴/۳	۱۱/۱ - ۱۷/۸
ارگاسم	۳/۷ (۰/۹)	۳/۶ - ۳/۷	۳۰/۱	۲۵/۹ - ۳۴/۶
رضایت جنسی	۴/۴ (۱/۲)	۴/۳ - ۴/۵	۲۹/۶	۲۴/۹ - ۳۴/۱
درد حین نزدیکی	۴/۵ (۱/۲)	۴/۴ - ۴/۶	۲۲/۵	۱۸/۵ - ۲۶/۲
*نمره کل اختلال عملکرد جنسی	۲۴/۰ (۵/۰)	۲۳/۵ - ۲۴/۵	۸۳/۵	۷۹/۵ - ۸۶/۹

* بر اساس پرسشنامه شاخص اختلال عملکرد جنسی در زنان (FSFI)

جدول ۲. مقایسه مشخصات زنان با و بدون اختلال عملکرد جنسی

p-value	اختلال عملکرد جنسی		عوامل خطر بالقوه	
	خیر (n=۶۵)	بلی (n=۳۴۰)		
*0/002	۱۶ (۹/۰)	۱۶۲ (۹۱/۰)	بیسواد و تحصیلات ابتدایی	
	۴۳ (۲۰/۶)	۱۶۶ (۷۹/۴)	تحصیلات متوسطه	
	۵ (۲۹/۴)	۱۲ (۷۰/۶)	تحصیلات دانشگاهی	
<0/001	۱۲ (۸/۲)	۱۳۴ (۹۱/۸)	بیسواد و تحصیلات ابتدایی	
	۴۱ (۱۷/۵)	۱۹۴ (۸۲/۵)	تحصیلات متوسطه	
	۱۲ (۴۷/۸)	۱۲ (۵۲/۲)	تحصیلات دانشگاهی	
<0/001	۴۳ (۱۲/۸)	۲۹۵ (۸۷/۲)	خانه دار	
	۸ (۲۵/۸)	۲۳ (۷۴/۲)	شاغل در بخش کشاورزی و دامداری	
	۱۳ (۳۸/۲)	۲۱ (۶۱/۸)	سایر مشاغل	
*0/86	۶ (۱۶/۲)	۳۱ (۸۳/۸)	بیکار	
	۲۳ (۱۵/۵)	۱۲۵ (۸۴/۵)	شاغل در بخش کشاورزی و دامداری (تملیکی)	
	۲۳ (۱۴/۶)	۱۳۴ (۸۵/۴)	کارگر ساده	

p-value	اختلال عملکرد جنسی		عوامل خطر بالقوه
	خیر (n=۶۵)	بلی (n=۳۴۰)	
	۱۲ (۱۹/۴)	۵۰ (۸۰/۶)	سایر مشاغل
۰/۲۱*	۴۵ (۱۷/۶)	۲۱۱ (۸۲/۴)	<۳
	۱۹ (۱۲/۸)	۱۲۹ (۸۷/۲)	≥۳
۰/۱۰*	۲۰ (۲۱/۳)	۷۴ (۷۸/۷)	بله
	۴۴ (۱۴/۲)	۲۶۶ (۸۵/۸)	خیر

χ²*

جدول ۳- بررسی ارتباط برخی متغیرهای زمینه ای با شاخص عملکرد جنسی زنان روستایی

P-value	(95%) CI**	OR*	متغیرها
-	-	۱	خانه دار (رفرنس)
۰/۰۰۱<	۰/۱۵-۰/۵۴	۰/۲۹	شاغل
-	-	۱	بیسواد یا تحصیلات ابتدایی (رفرنس)
۰/۰۳۶	۰/۲۵-۰/۹۵	۰/۴۹	تحصیلات متوسطه و دانشگاهی
-	-	۱	بیسواد یا تحصیلات ابتدایی (رفرنس)
۰/۰۳۷	۰/۲۲-۰/۹۵	۰/۴۶	تحصیلات متوسطه و دانشگاهی

*OR: Odds Ratio

**CI: Confidence Interval

بیان تمایلات جنسی شان به همسرشان نبوده‌اند بیش‌تر با اختلال عملکرد جنسی روبرو می‌شدند [۵]، از آنجائی‌که ارتباطات سنتی زن و شوهر در روستاها رواج بیش‌تری دارد و فاکتور فرهنگی به‌شدت در این زمینه تأثیرگذار است، به‌نظر می‌رسد زنان روستایی از این نظر بیش‌تر در معرض خطر باشند. در مطالعه دیگری که توسط بهرامی (۱۳۹۰) بر روی ۲۵۰ زن در دزفول انجام شد، میزان اختلال عملکرد جنسی ۶۴/۶ درصد (با میانگین نمره ۲۷/۴±۷/۳) گزارش شد و بیش‌ترین و کم‌ترین اختلال به ترتیب در زمینه دیس پارونی و میل جنسی بود. در این مطالعه نقطه برش عدد ۲۶ در نظر گرفته شده بود [۲۴]. تشابهاتی در جمعیت نمونه مانند محرومیت‌های اجتماعی، اقتصادی و آموزشی و هم‌چنین فاکتورهای فرهنگی در این مطالعه با مطالعه حاضر وجود دارد. اگر در مطالعه حاضر نیز نقطه برش را عدد ۲۶ فرض کنیم میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی مشابه مطالعه بهرامی خواهد بود ولی میانگین نمره حاصل از پرسش‌نامه متفاوت است. به هر جهت نمیتوان این نکته را نادیده گرفت که میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی به‌دست آمده در این مطالعه نسبت به سایر مطالعات بالاست، که به‌نظر می‌رسد دلیل عمده آن جمعیت خاص زنان روستایی باشد. یکی از مهم‌ترین

بحث و نتیجه‌گیری

شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی در بین زنان روستایی ۸۳/۵ برآورد شد و بیش‌ترین و کم‌ترین میزان اختلال در بین حیظه‌های مختلف مربوط به تحریک جنسی و رطوبت مهبل بود. در صورتی‌که، شیوع کلی اختلال عمل‌کرد جنسی در مطالعه سپهریان (۱۳۹۱) ۷۴/۶ درصد (با میانگین نمره ۲۱/۲±۵/۶) ذکر شده بود [۲۳]. هم‌چنین در مطالعه رضانی تهرانی و همکاران (۲۰۱۴) که در ۴ منطقه جغرافیایی ایران (قزوین، کرمانشاه، گلستان و هرمزگان) انجام شد، میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی با استفاده از پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) ۲۷/۳ درصد برآورد شد. علت تفاوت در نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر در جمعیت نمونه است که در مطالعات ذکر شده زنان شهری مورد مطالعه قرار گرفتند در حالی‌که در مطالعه حاضر جمعیت روستایی مورد بررسی قرار گرفتند. هم‌چنین نقطه برش در مطالعه رضانی تهرانی، توسط محققین عدد ۲۳ در نظر گرفته شده بود و نمره بالاتر از ۲۳ به‌عنوان وضعیت عملکرد جنسی مناسب تلقی می‌شد، با این رویکرد در مطالعه ما میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی ۳۴/۷ درصد برآورد خواهد شد. رضانی در مطالعه خود نشان داد که کسانی‌که قادر به

عملکرد جنسی در زنان رابطه منفی دارد [۸] ولی در مطالعه حاضر این موضوع دیده نشد.

علی‌رغم درصد بالای اختلال عملکرد جنسی، نتایج مطالعه نشان داد که بیش از ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان دارای رضایت جنسی بودند که می‌تواند ناشی از عوامل فرهنگی و مذهبی حاکم بر جامعه باشد. اعتقاد به تمکین زن نسبت به شوهر و احساس وظیفه زن برای راضی کردن مرد باعث می‌شود که رضایت جنسی زن در گرو میزان راضی کردن مرد باشد که خود این مسئله یک فاکتور استرس‌آور برای زن محسوب شده و می‌تواند در ایجاد شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در این گروه موثر باشد. از طرفی سایر مطالعات نشان داده‌اند که زنان با سطح اجتماعی اقتصادی پایین میزان اختلال عملکرد جنسی بیش‌تری دارند [۲۵]، در مطالعه حاضر نیز ۷۶ درصد زنان از وضعیت مالی خانواده خود رضایت نداشتند.

از محدودیت‌های این مطالعه بافت متفاوت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در روستاهای مختلف شهرستان بود که سعی شد با گسترده‌گی روستاهای وارد شده به مطالعه و انتخاب نمونه به صورت چند مرحله‌ای و در عین حال تناسب نمونه‌ها با جمعیت بخش‌ها، نمونه مناسب و کافی از هر زیرگروه جمعیتی وجود داشته باشد. محدودیت دیگر مطالعه، محدود بودن مشارکت‌کنندگان به مراجعین به خانه‌های بهداشت روستایی به دلیل فراهم کردن محیط مناسب مصاحبه بود، که در این زمینه با کمک بهورزان مراکز سعی در جلب مشارکت بیش‌تر زنان روستایی شد. هم‌چنین، عدم بررسی سایر فاکتورها مانند تعداد زایمان، نوع زایمان و شاخص توده بدنی در این پژوهش از جمله محدودیت‌های مطالعه بود. به هر حال، به دلیل تأثیرگذاری فراوان عوامل فرهنگی اجتماعی بر زنان روستایی مطالعات کیفی عمیق‌تر جهت ریشه‌یابی این مشکل در زنان روستایی توصیه می‌شود.

یافته‌ها نشان داد میزان اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی بسیار بالا بوده و با فاکتورهایی مانند سطح تحصیلات زن و مرد و شغل زن در ارتباط می‌باشد. با توجه به این‌که اختلالات عملکرد جنسی تأثیر زیادی بر کیفیت

عوامل تاثیرگذار در این زمینه می‌تواند عوامل فرهنگی اجتماعی باشد، که در انجام برنامه‌ریزی‌های میدانی بیش‌تر باید مورد توجه قرار گیرد. شایان ذکر است که در این مطالعه افرادی مورد بررسی قرار گرفته‌اند که به خانه‌های بهداشتی مراجعه می‌کردند و ممکن است بررسی جمعیتی که به دلایل مختلف به مراکز بهداشتی مراجعه نداشتند، نتایج متفاوت را ارائه دهد.

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که یکی از علل اصلی تفاوت موجود در میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در مطالعات مختلف در ایران ناشی از جمعیت‌های متفاوت مورد بررسی و کاربرد پرسش‌نامه‌های متفاوت در این زمینه می‌باشد. در مطالعاتی نیز که از پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) استفاده شده است، گاهی نقاط برش متفاوت با میزان استاندارد در نظر گرفته شده است. هم‌چنین میزان‌های متفاوت گزارش شده اختلال عملکرد جنسی در زنان نشان از وجود عوامل تاثیرگذار متفاوت در این زمینه دارد. به طوری که نتایج سایر مطالعات نشان‌دهنده ارتباط اختلال عملکرد جنسی با سن زوجین هستند [۸، ۲۴] ولی در مطالعه حاضر این ارتباط دیده نشد. هم‌چنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که میزان اختلال عملکرد جنسی با افزایش سطح تحصیلات در زنان و مردان کاهش می‌یابد که با یافته‌های سایر مطالعات در این زمینه همخوانی دارد [۸]. در بیش‌تر مطالعات، اختلال عملکرد جنسی با طول مدت ازدواج رابطه معکوس داشت [۵، ۲۵] ولی بهرامی (۱۳۹۰) در مطالعه خود گزارش کرده بود که بین میل جنسی، رضایت جنسی و دیس پارونی با سطح تحصیلات و مدت ازدواج همبستگی آماری معنی‌داری مشاهده شد، به طوری که با افزایش مدت زندگی مشترک، مشکلات کم‌تری در روابط جنسی گزارش شده بود [۲۴]. البته در این مطالعه رابطه‌ای بین اختلال عملکرد جنسی با طول مدت ازدواج دیده نشد. در زمینه ارتباط اختلال عملکرد جنسی و تعداد فرزندان نیز جعفرپور در مطالعه خود گزارش کرد که تعداد فرزندان با شاخص

pathophysiologies of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005; 2: 4-25. (Abstract)

[8] Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res* 2013; 7: 2877-2880.

[9] Baghdari N, Khosravi Anbaran Z, Mazlom SR, Golmakani N. Comparison of women's sexual function after natural childbirth and cesarean section in women referring to the healthcare centers of Mashhad. *IJOGI* 2012; 15: 8-14. (Persian).

[10] Tork Zahrani SH, Banaei M, Ozgoli G, Azad M. Investigation of the postpartum female sexual dysfunction in breastfeeding women referring to healthcare centers of Bandar Abbas. *IJOGI* 2016; 19: 1-12. (Persian).

[11] Mojdeh F, Zeighami Mohamadi S. The relationship between depression and sexual function index among married women. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2013; 21: 41-51. (Persian).

[12] Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2014; 7: 95-105.

[13] Pontiroli A.E, Cortelazzi D, Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* April 2013; 10: 1044-1051.

[14] Raisi M, Ahmari Tehran H, Jafarbegloo E, Khoramirad A, Noroozi M. Association of body mass index with sexual dysfunction in women referred to health centers of Qom city, 2010, iran. *Qom Univ Med Sci J* 2013; 7: 53-59. (Persian).

[15] United Nations. International Day of Rural Women: 15 October. 2016 [cited 2016.10.22]; Available from: <http://www.un.org/en/events/ruralwomensday/>

[16] Rezaei R, Norozi S, Mojaradi G, Safa L. Affecting Factors on the quality of life of rural women (Case Study: West Islam Abad city). *JWDP* 2016; 14: 181-202. (Persian).

[17] Statistical Center of Iran. The Findings of Iran's census of peoples and housing 2016. 2016 [2017; 04: 09] Available from: <https://www.amar.org.ir/Portals/0/result%20951221.pdf>.

[18] Moshiri S, Mahdavi M, Oliaei M. The impact of literacy and labour of women in the rural households' income (A Case Study: The Divandareh Town, Kordestan Province). *GDIJ* 2009; 7: 69- 82. (Persian).

[19] Haque M, Hossain S, Rumana Ahmed K, Sultana T, Chowdhury HA, Akter J. A comparative study on knowledge about reproductive health among Urban and rural women of Bangladesh. *JFRH* 2015; 9: 35-40.

[20] Etesamipour R. Comparison of spouse abuse, low self-esteem and sexual disorders in married women in city and village. *JRH* 2012; 2: 191-199. (Persian).

[21] Roshanaei G, Safari M, Faradmal J, Karami M, Kouselo Z. Ranking and clustering Iranian provinces based on important health indicators of vital horoscope in rural areas by using multivariate methods. *Koomesh* 2016; 17: 277-287. (Persian).

[22] Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh J* 2008; 7: 269-278. (Persian).

[23] Sepehrian F, Hosseinpoor L. Female sexual dysfunction and its related factors in urmia. *J Urmia Univ Med Sci* 2012; 23: 148-154. (Persian).

[24] Bahrami N, Alizadeh S, Bahrami S. Sexual dysfunctions and associated factors in women of Reproductive age. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2011; 21: 8-13. (Persian).

ارتباطی زوجین دارد، مطالعه بیش تر عوامل موثر بر آن توصیه می شود. همچنین راه کارهایی مانند آموزش در مورد مسایل جنسی در قالب جلسات بهداشتی یا مذهبی به زنان روستایی به خصوص زنان خانه دار که خود و همسرشان دارای تحصیلات پایین هستند، در کاهش این اختلالات می تواند موثر واقع شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دکترای بهداشت باروری دانشگاه شهید بهشتی تهران است که در کمیته اخلاق دانشگاه شهید بهشتی تهران با شماره IR.SBMU.RETECH.REC.1395.588 مطرح و مورد تصویب قرار گرفته است. بدین وسیله از معاونت بهداشتی شهرستان نیشابور، بهورزان شاغل در خانه های بهداشت این شهرستان و کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- [1] World health organization. Sexual and reproductive health (Programmes). 2006 [cited 2017 April 11]; Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- [2] Nourani Sh, Jonaidy E, Shakeri MT, N. M. Sexual Satisfaction in Fertile and Infertile Women Attending State Clinics in Mashad. *J Reprod Infertil* 2010; 10: 269-277. (Persian).
- [3] Hezbiiyan Z, Khodakarami B, Parsa P, J. FM. The effect of postnatal counseling on sexual function in women referred to health centers in Hamedan in 1392. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2016; 24: 272-280. (Persian).
- [4] Hosseini Tabaghdehi M, Keramat A, Khosravi A. Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: A Meta-Analysis Study. *IJHS* 2016; 2: 10-13.
- [5] Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Simbar M, Malek Afzali H. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. *Arch Iran Med* 2014; 17: 679-684.
- [6] Mishra V, Nanda S, Vyas B, Aggarwal R, Choudhary S, Saini SR. Prevalence of female sexual dysfunction among Indian fertile females. *J Midlife Health* 2016; 7.
- [7] Nappi R, Salonia A, Traish AM, van Lunsen RH, Vardi Y, Kodiglu A, Goldstein I. Clinical biologic

Prevalence of sexual dysfunction and some related factors among Iranian rural women

Khosheh Khaleghinezhad (Ph.D Student)¹, Nourossadat Kariman (Ph.D)^{*2}, Fatemeh Nahidi (Ph.D)¹, Abbas Ebadi (Ph.D)⁴, Malihe Nasiri (Ph.D)⁵

1- Dept. of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Dept. of Midwifery and Reproductive Health, Midwifery and Reproductive health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Behavioral Sciences Research Center (BSRC), School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Dept. of Biostatistics, School of Paramedic, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* Corresponding author. +98 21 88202512 n_kariman@sbm.ac.ir

Received: 12 Jun 2017; Accepted: 10 Dec 2017

Introduction: Sexual dysfunction is a common health problem. Rural women are largely deprived of sexual health services. Regarding this, the present study aimed to investigate the prevalence of sexual dysfunction among the rural women and the underlying factors associated with this problem.

Materials and Methods: This descriptive, cross-sectional study was conducted on 405 rural women referring to the healthcare centers of Neyshabur, Razavi Khorasan, Iran, during Jan 2017 to April 2017. The study population was selected through multistage random sampling. The data were collected using a demographic form and the Persian version of the Female Sexual Function Index (FSFI). The FSFI covers six domains, including libido, sexual arousal, vaginal moisture, orgasm, sexual satisfaction, and pain. In this index a total score of less than 28 indicates an undesirable sexual function.

Results: According to the results, the mean sexual function of the rural women was 24.0 ± 5.0 (95% CI: 23.5-24.5). Considering the standard cut-off point, the prevalence rate of sexual dysfunction was 83.5 among the participants. Furthermore, the most and least frequent dysfunctions were sexual arousal and vaginal moisture, respectively. The results showed that the sexual dysfunction had a significant relationship with the males' education level ($P < 0.05$, OR=0.5), females' education level ($P < 0.05$, OR=0.5) and females' occupation ($P < 0.001$, OR=0.3). Housewives, who themselves and their spouses had lower education, were more at risk.

Conclusion: As the findings of the present study indicated, the rural women had a high level of sexual dysfunction. Therefore, planning for specific sex education programs should be taken into consideration. The presentation of these kinds of trainings in the rural schools not only bears economic and social benefits, but also facilitates the improvement of sexual performance.

Keywords: Reproductive Health, Sexual Dysfunction, Rural Population.