

بررسی ارتباط شاخص توده بدنی با عملکرد جنسی زنان

حسنى فریدی^۱، شهناز نجار^۲، دکتر مژگان جوادنوری^{۳*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، واحد بین الملل اروند، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. استادیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات ارتقاء بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۱۵

خلاصه

مقدمه: عملکرد جنسی سالم، یکی از مهمترین عوامل مداخله گر در احساس تندرستی و کیفیت زندگی زنان است. عوامل مختلفی در برقراری رابطه جنسی مطلوب مؤثرند. در سال های اخیر مسئله چاقی و تأثیر شاخص توده بدنی بر عملکرد جنسی زنان مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین شاخص توده بدنی با عملکرد جنسی زنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۳۳۰ زن ۱۵-۴۵ ساله شهر اهواز انجام شد. افراد به روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه فردی و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) جمع آوری شدند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون های کولموگروف - اسمیرنوف، کای اسکوتر، آنوا و آزمون رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین امتیاز کل عملکرد جنسی در افراد مورد مطالعه $4/45 \pm 26/60$ بود. میانگین شاخص توده بدنی در زنان مورد مطالعه $26/41 \pm 4/45$ کیلوگرم بر متر مربع بود. میانگین نمره کل عملکرد جنسی در گروه با شاخص توده بدنی طبیعی $26/38 \pm 5/51$ ، در گروه اضافه وزن $26/76 \pm 3/49$ و در گروه چاق $26/72 \pm 3/47$ بود. ارتباط آماری معنی داری بین سه گروه شاخص توده بدنی با نمره کل عملکرد جنسی و حوزه های آن وجود نداشت ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: میان شاخص توده بدنی و حوزه های عملکرد جنسی زنان، ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد. هر چند نتیجه گیری قطعی در این زمینه نیازمند انجام مطالعات وسیع تری در این زمینه می باشد.

کلمات کلیدی: اضافه وزن، چاقی، شاخص توده بدنی، عملکرد جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مژگان جوادنوری؛ مرکز تحقیقات ارتقاء بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن ۰۹۱۶۳۰۸۲۰۴۸؛ پست الکترونیک: mozhganjavadnouri@yahoo.com

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت زنان را به عنوان یکی از شاخص های توسعه یافتگی کشورها معرفی کرده است (۱). زنان برخوردار از سلامت کامل جسمی، روانی و عاطفی، پایه های مستحکم زندگی خانوادگی سالم هستند (۲). در حال حاضر سلامت جنسی به عنوان یک جزء مهم در جهت تأمین تندرستی و سلامت افراد و نیز بهداشت عمومی مطرح است (۳، ۴). در واقع یکی از مهمترین عوامل سعادت در زندگی زناشویی، داشتن روابط لذت بخش جنسی است؛ چرا که رضایت بخش نبودن آن باعث ایجاد محرومیت، ناکامی و عدم احساس امنیت در زوجین می شود (۵).

عملکرد جنسی زنان شامل سه مرحله میل جنسی، برانگیختگی و ارگاسم است. هر گونه اختلال در هر یک از مراحل ممکن است با عملکرد جنسی فرد تداخل کرده و منجر به ایجاد اختلالات جنسی شود (۶). بر اساس مطالعات انجام شده، ۴۰ درصد زنان اختلالات جنسی را در دوران زندگی زناشویی خود تجربه می کنند (۷) که یک سوم آنان از فقدان یا کمبود تمایل جنسی و یک چهارم، از عدم تجربه ارگاسم رنج می برند (۸). مطالعه رضانی و همکاران (۲۰۱۲) در ایران نشان داد که شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان ۶۴ درصد است که بیشترین فراوانی، مربوط به حیطة درد جنسی (۳۷٪) است (۹). بر اساس بررسی ملی انجام شده در سال ۱۳۸۴، ۳۱/۵ درصد زنان دارای اختلال عملکرد جنسی هستند که به تفکیک شیوع اختلالات شامل: کمبود میل جنسی (۳۵٪)، عدم برانگیختگی جنسی (۳۰٪)، نرسیدن به ارگاسم (۳۷٪) و درد حین مقاربت (۲۶٪) گزارش شده است (۱۰). اختلال عملکرد جنسی به هر دلیلی که ایجاد شود، باعث پایین آمدن کیفیت زندگی و نارضایتی از روابط با دیگران می شود. به علاوه عدم رضایت از روابط جنسی ممکن است باعث ایجاد مشکلاتی نظیر افسردگی برای فرد شده و در نهایت منجر به ایجاد جدایی زن و شوهر و طلاق شود (۱۱). دژکام (۲۰۰۰) در گزارش خود اظهار می دارد که ۴۰ درصد طلاق ها به دلیل عدم رضایت از روابط جنسی صورت می گیرد (۱۲).

عوامل مختلفی به عنوان علل اختلالات جنسی شناسایی شده اند که از جمله آنها می توان به عامل سن، ازدواج در سن پایین، فعالیت فیزیکی کم و زایمان های متعدد اشاره کرد (۱۰). برخی مطالعات نشان داده اند که وزن بدن نیز می تواند بر عملکرد و رفتار جنسی تأثیرگذار باشد (۱۳). اضافه وزن و چاقی به عنوان عوامل خطر اختلالات جنسی در مردان شناسایی شده اند (۱۴)، اما رابطه بین میزان چاقی و توزیع چربی بدن با اختلالات جنسی در زنان، همچنان مبهم است (۱۵، ۱۶).

در حال حاضر ۳۰-۱۰ درصد تمام افراد در کشورهای در حال توسعه چاق هستند، به علاوه یک تا دو سوم افراد، به اضافه وزن مبتلا هستند (۱۷). ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، شاهد تجربه اپیدمی چاقی و عوارض ناشی از آن است (۱۸)؛ به گونه ای که شیوع چاقی در ایران در گروه سنی ۱۵ سال به بالا، ۲۴/۹ درصد در مردان و ۲۶/۵۳ درصد در زنان برآورد شده است (۱۹). چاقی علاوه بر اینکه عامل خطری برای بیماری های مختلف است، به اندازه عملکرد روانی - اجتماعی، بر سلامت عاطفی نیز مؤثر است (۶). برای تعیین چاقی و عوامل خطر ساز مربوط به آن روش های مختلفی وجود دارد که از جمله معتبرترین آنها، شاخص توده بدنی است که شاخص مهمی برای تعیین اضافه وزن و چاقی می باشد و عبارت است از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر (۲۰). مطالعه کانشیرو و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که بین سه گروه شاخص توده بدنی طبیعی، اضافه وزن و چاق از نظر داشتن رابطه جنسی با جنس مخالف تفاوت معناداری وجود دارد، به گونه ای که زنان چاق یا مبتلا به اضافه وزن، کمتر از زنان با وزن طبیعی رابطه جنسی با جنس مخالف را گزارش کردند (۲۱).

تأثیر چاقی بر تمایلات جنسی، یک پدیده چندوجهی است که شامل: عوامل زیستی، اجتماعی و روانی است. سه مکانیسم که از طریق آنها ممکن است افراد چاق از اختلالات جنسی رنج ببرند شامل: مقاومت به انسولین در افراد چاق و تغییرات هورمونی مرتبط با آن، دیس لیپیدمی و داروهای آن و مشکلات روانی ناشی از چاقی می باشد (۲۲). در مطالعه اسپوزیتو و همکاران (۲۰۰۶)

که در مورد رابطه بین افزایش وزن و بروز اختلالات جنسی انجام شد، شمار زیاد فاکتورهای خونی تولید شده توسط سلول های بافت چربی به عنوان عامل مؤثر در ایجاد اختلال جنسی ذکر شد (۲۳).

مطالعاتی که در مورد ارتباط بین شاخص توده بدنی و عملکرد جنسی انجام شده است، نتایج متناقضی را گزارش کرده اند؛ به گونه ای که چندین مطالعه، وجود رابطه مثبت بین شاخص توده بدنی و مشکلات جنسی را مطرح کرده اند (۱۶، ۲۴، ۲۵). در حالی که سایر مطالعات هیچ رابطه ای را بین چاقی و اختلالات جنسی گزارش نکردند (۲۸-۲۶). مطالعه کلوکین و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که شاخص توده بدنی بالاتر با ناتوانی بیشتری در روابط و کیفیت زندگی جنسی همراه است؛ به گونه ای که گروه زنان با چاقی درجه III، مشکلات بیشتری را در انجام مقاربت ذکر کردند (۲۹). در مطالعه لومن و همکاران (۱۹۹۹) که بر روی افراد چاق خواهان درمان کاهش وزن انجام شد، میزان شیوع اختلالات جنسی در زنان مورد مطالعه ۲۲-۷ درصد بود که شامل درد جنسی و اختلال در تهیج و میل جنسی بود (۳۰). در حالی که در مطالعه باژوس و همکاران (۲۰۱۰) که بر روی ۱۲۳۶۴ نفر انجام شد، هیچ تفاوتی بین اختلال میل جنسی، تهیج و مقاربت دردناک بین زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی با زنان دارای شاخص توده بدنی طبیعی وجود نداشت (۳۱). مطالعه ساتیسکی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بین درک فرد از ظاهر خود و شاخص توده بدنی ارتباط معکوس و آماري وجود دارد، در حالی که بین شاخص توده بدنی و عملکرد جنسی افراد ارتباط معنی داری وجود ندارد (۳۲). در مطالعه اربیل (۲۰۱۲) که بر روی ۱۹۳ زن انجام شد، بین شاخص توده بدنی افراد دو گروه مورد مطالعه (شامل گروه کم وزن و وزن طبیعی و گروه دارای اضافه وزن و چاق) با عملکرد جنسی زنان ارتباط معنی داری وجود نداشت (۱۵). با توجه به نتایج متناقض در مطالعات موجود، همچنان ارتباط بین این اختلال و شاخص توده بدنی مبهم باقی مانده است. سطح شاخص توده بدنی در حال افزایش است و افراد دارای اضافه وزن و چاق، درصد زیادی از جامعه، علی الخصوص زنان را در بر می گیرند.

لذا با توجه به نکات یاد شده و با در نظر گرفتن نقش پررنگ مسائل جنسی در زندگی زناشویی، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط شاخص توده بدنی با عملکرد جنسی زنان انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی از خرداد تا مهر ماه سال ۱۳۹۲ بر روی ۳۳۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، متأهل بودن، داشتن روابط جنسی پایدار با همسر در طول ۶ ماه گذشته، تک همسر بودن و سن ۴۵-۱۵ سال بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: یائسگی، بارداری، نازایی، زنان شیرده ای که کمتر از ۸ هفته از زایمان آنها گذشته بود، وجود هرگونه سابقه بیماری هایی مانند: دیابت ملیتوس، مولتیپل اسکلروزیس، نئوپلاسم، بیماری قلبی عروقی، اعمال جراحی زنان مانند هیستروکتومی، ترمیم واژن، علائم عفونت مجاری اداری تحتانی، سندرم تخمدان پلی کیستیک، عملکرد غیر طبیعی تیروئید، استفاده از هرگونه داروی تأثیرگذار بر عملکرد جنسی، سابقه عمل جراحی برای درمان چاقی، سابقه مشکلات روانی و شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸/۵ کیلوگرم بر متر مربع بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها و با در نظر گرفتن حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، ۲۹۷ نفر برآورد شد که با توجه به ریزش احتمالی نمونه های مطالعه، ۱۰٪ افزایش حجم در نظر گرفته شد و حجم نمونه به ۳۲۷ نفر افزایش یافت. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای تصادفی بود. ابتدا مراکز بهداشتی درمانی شهری شرق و غرب اهواز لیست شدند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، به طور تصادفی ۲ مرکز بهداشتی درمانی شماره ۳ و ۱۰ از بین ۱۳ مرکز ناحیه شرق اهواز و مراکز ۵ و ۸ از بین ۹ مرکز بهداشتی درمانی غرب اهواز (مجموعاً ۴ مرکز) انتخاب شدند. سپس نمونه های مورد نظر به صورت نمونه گیری غیر احتمالی و در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها از دو پرسشنامه استفاده شد، پرسشنامه اطلاعات زمینه ای افراد که متشکل از ۱۶

محاسبه و افراد بر حسب شاخص توده بدنی در سه گروه طبیعی ($BMI \geq 18.5$)، اضافه وزن ($BMI \geq 25$) و چاق ($BMI \leq 30$) قرار گرفتند. به منظور حذف خطای فردی، همه اندازه گیری ها توسط خود پژوهشگر انجام شد. روایی و پایایی پرسشنامه عملکرد جنسی زنان در سال ۱۳۸۳، توسط محمدی و همکاران در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۳۳). داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون های آماری کای دو، آتوا و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. این مطالعه در تاریخ ۹۱/۱/۳۱ به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز رسید.

یافته ها

میانگین سن زنان مورد مطالعه 30.08 ± 6.04 سال و متوسط سن همسران آنها 34.57 ± 6.69 سال بود. بالاترین سطح تحصیلات زنان (38.5%) و همسران آنها (40.3%)، تحصیلات دانشگاهی بود. شغل اکثر زنان مورد مطالعه (81.5%) خانه دار و شغل همسر اکثر آنها (50.6%) آزاد بود. میانگین سن آخرین فرزند $2/88 \pm 3/33$ سال بود. شایع ترین روش زایمان در بین افراد مورد مطالعه، سزارین بود ($66/14\%$) و میانگین تعداد فرزندان افراد مورد مطالعه $1/62 \pm 0/86$ بود. شایع ترین روش پیشگیری از بارداری در بین زنان مورد مطالعه ($43/6\%$) کاندوم بود. اکثر افراد ($46/4\%$) دارای منزل شخصی بودند و میانگین درآمد خانواده $1/090/212$ تومان بود. ۲۴۰ نفر ($72/7\%$) از زنان مورد بررسی دارای اتاق خواب اختصاصی با همسر بودند و اکثر آنها (80%) ارتباط عاطفی خوب با همسر را ذکر کردند. بر اساس نتایج آزمون کای دو و آنوا، افراد سه گروه مورد مطالعه از نظر سطح تحصیلات ($p=0/314$)، سطح تحصیلات همسر ($p=0/746$)، شغل همسر ($p=0/907$)، نوع مسکن ($p=0/654$) و میزان درآمد ماهیانه ($p=0/412$) روش پیشگیری از بارداری ($p=0/217$)، سن زمان ازدواج ($p=0/128$)، تعداد فرزندان ($p=0/113$)، ارتباط عاطفی با همسر ($p=0/159$) و دارا بودن اتاق

سؤال و شامل: سن زنان، قد، وزن، سطح تحصیلات، شغل، سن اولین مقاربت جنسی، مدت ازدواج، تاریخ آخرین زایمان، نوع زایمان های قبلی، تعداد فرزندان، محل اقامت، نوع مسکن، سن همسر، سطح تحصیلات همسر و شغل همسر و ارتباط عاطفی با همسر بود. پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۱ که شامل ۱۹ سؤال در ۶ حیطه مختلف شامل میل جنسی، برانگیختگی، رطوبت مهبل، ارگاسم، درد حین مقاربت و رضایت جنسی بود که هر سؤال ۵ گزینه پاسخ در مقیاس لیکرت شامل اصلاً، کمی، متوسط، بسیار و بی نهایت داشت. نمرات هر حیطه از ۰ تا ۵ بود که نمرات هر حیطه از مجموع امتیاز سؤالات آن و ضرب عدد مجموع در ضریب فاکتور آن حیطه به دست آمده و در نهایت امتیاز کل از مجموع ۶ حیطه به دست می آمد. پژوهشگر جهت گردآوری داده ها به مراکز بهداشتی درمانی منتخب مراجعه و پس از ورود زنان به مراکز بهداشتی درمانی، ضمن معرفی خود و توضیح در مورد اهداف و روش مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از زنان واجد شرایط، از افراد درخواست می کرد که پرسشنامه اطلاعات زمینه ای را تکمیل کنند. جهت ارزیابی عملکرد جنسی، مراحل عملکرد جنسی به ترتیب برای نمونه های پژوهش توضیح داده شد و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان با تذکر این مطلب که پرسشنامه ها بدون اسم و کاملاً محرمانه خواهند بود، توسط خود افراد تکمیل شد. همچنین به واحدهای پژوهش، اجازه انصراف در هر مرحله از انجام مطالعه داده شد. جهت محاسبه شاخص توده بدنی، وزن افراد با لباس سبک و بدون کفش به وسیله ترازوی شاهین دار با دقت ۰/۵ کیلوگرم که در مراحل معینی از کار دقت ترازو با وزنه ۵۰۰ گرمی چک می شد، اندازه گیری شد. قد افراد با استفاده از متر نواری با دقت ۰/۱ سانتی متر که بر روی دیوار نصب شده بود، اندازه گیری شد؛ بدین ترتیب که افراد کفش خود را درآورده، پاها به هم چسبیده و پاشنه ها، باسن و شانه ها و سر با دیوار در تماس بود. سپس با استفاده از فرمول شاخص توده بدنی که از تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد به دست می آید، شاخص توده بدنی افراد

¹ Female Sexual Function Index

اختصاصی ($p=0/275$) اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱- برخی مشخصات فردی زنان مورد مطالعه در سه گروه شاخص توده بدنی

| سطح معنی داری | شاخص توده بدنی | | | گروه | متغیر |
|---------------|---------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------|
| | چاق تعداد (درصد) | اضافه وزن تعداد (درصد) | طبیعی تعداد (درصد) | | |
| ۰/۰۰۰ | ۱۳ (۱۹/۱) | ۲۰ (۱۶/۵) | ۴۵ (۳۱/۹) | ۱۵-۲۵ | سن زن (سال) |
| | ۳۶ (۵۲/۹) | ۷۵ (۶۲) | ۷۹ (۵۶) | ۲۶-۳۵ | |
| | ۱۹ (۲۷/۹) | ۲۶ (۲۱/۵) | ۱۷ (۱۲/۱) | ۳۶-۴۵ | |
| | ۳۱/۲۹ (۶/۲۵) | ۳۱/۳۳ (۶/۰۲) | ۲۸/۴۲ (۵/۵۶) | میانگین (انحراف معیار) | |
| ۰/۳۱۴ | ۲۲ (۳۲/۴) | ۲۹ (۲۴) | ۲۸ (۱۹/۹) | زیر دیپلم | سطح تحصیلات زن |
| | ۲۴ (۳۵/۳) | ۴۲ (۳۴/۷) | ۵۸ (۴۱/۱) | دیپلم | |
| | ۲۲ (۳۲/۴) | ۵۰ (۴۱/۳) | ۵۵ (۳۹) | دانشگاه | |
| ۰/۰۲۳ | ۶۱ (۸۹/۷) | ۹۰ (۷۴/۴) | ۱۱۸ (۸۳/۷) | خانه دار | شغل زن |
| | ۷ (۱۰/۳) | ۳۱ (۲۵/۶) | ۲۳ (۱۶/۳) | شاغل | |
| ۰/۷۴۶ | ۱ (۱/۵) | ۰ (۰) | ۱ (۰/۷) | بی سواد | سطح تحصیلات همسر |
| | ۱۶ (۲۳/۵) | ۲۵ (۲۰/۷) | ۳۸ (۲۷) | زیر دیپلم | |
| | ۲۵ (۳۶/۸) | ۴۵ (۳۷/۲) | ۴۶ (۳۲/۶) | دیپلم | |
| | ۲۶ (۳۸/۲) | ۵۱ (۴۲/۱) | ۵۶ (۳۹/۷) | دانشگاه | |
| ۰/۹۰۷ | ۳۲ (۴۷/۱) | ۶۰ (۴۹/۶) | ۷۵ (۵۳/۲) | آزاد | شغل همسر |
| | ۳۵ (۵۱/۵) | ۵۹ (۴۸/۸) | ۶۳ (۴۴/۷) | کارمند | |
| | ۱ (۱/۵) | ۲ (۱/۷) | ۳ (۲/۱) | بیکار | |
| ۰/۶۵۴ | ۳۵ (۵۱/۵) | ۵۳ (۴۳/۸) | ۶۵ (۴۶/۱) | شخصی | نوع مسکن |
| | ۳۰ (۴۴/۱) | ۵۷ (۴۷/۱) | ۶۲ (۴۴) | اجاره ای | |
| | ۳ (۴/۴) | ۱۱ (۹/۱) | ۱۴ (۹/۹) | همراه با خانواده | |
| ۰/۴۱۲ | ۱۵ (۲۲/۱) | ۲۶ (۲۱/۵) | ۲۵ (۱۷/۷) | کمتر از ۶۰۰ | میزان درآمد ماهیانه (هزار تومان) |
| | ۵۳ (۷۷/۹) | ۹۵ (۷۸/۵) | ۱۱۶ (۸۲/۳) | ۶۰۰ و بیشتر | |

*آزمون کای دو و آنوا

اما مقایسه سه گروه مورد مطالعه از نظر سن ($p=0/000$)، شغل زن ($p=0/023$)، طول مدت ازدواج ($p=0/001$)، تاریخ آخرین زایمان ($p=0/016$) و روش زایمان قبلی ($p=0/000$) اختلاف آماری معنی داری را نشان داد. جهت بررسی اثر این متغیرها بر نتایج مطالعه از آزمون رگرسیون استفاده شد که اختلاف معنی داری بین گروه های مورد مطالعه از نظر متغیرهای نامبرده وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲- نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی اثر مشخصات فردی بر نتایج مطالعه

| متغیر | ضریب بتا | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|-----------------------------|----------|----------------|---------------|
| مدت زمان سپری شده از ازدواج | -۰/۰۸۹ | ۰/۰۶۷ | ۰/۳۱۸ |
| تاریخ آخرین زایمان | -۰/۰۶۹ | ۰/۰۴۷ | ۰/۲۳۰ |
| روش زایمان | -۰/۰۰۲ | ۰/۵۳۸ | ۰/۹۷۵ |
| شغل | -۰/۰۸۷ | ۰/۶۳۱ | ۰/۶۴۲ |
| سن | -۰/۰۶۲ | ۰/۰۶۵ | ۰/۴۸۲ |

گروه چاق $26/72 \pm 3/47$ بود. جهت مقایسه میانگین و انحراف معیار حوزه های عملکرد جنسی افراد مورد مطالعه در بین سه گروه مورد بررسی از آزمون آنوا استفاده شد که نتایج آن نشان دهنده عدم اختلاف آماری معنی دار بین افراد سه گروه چاق، اضافه وزن و افراد دارای وزن طبیعی بود ($P > 0/05$) (جدول ۳).

میانگین امتیاز کل عملکرد جنسی $26/60 \pm 4/45$ و میانگین شاخص توده بدنی افراد مورد مطالعه $26/41 \pm 4/45$ بود. ۶۸ نفر ($20/60\%$) از زنان چاق، ۱۱۸ نفر ($35/76\%$) دارای اضافه وزن و ۱۴۴ نفر ($43/64\%$) دارای وزن طبیعی بودند. میانگین نمره کل عملکرد جنسی در گروه با شاخص توده بدنی طبیعی $26/38 \pm 5/51$ ، در گروه اضافه وزن $26/76 \pm 3/49$ و در

جدول ۳- حیطة های عملکرد جنسی زنان مورد مطالعه در سه گروه مورد مطالعه

| متغیر | میانگین \pm انحراف میانگین (گروه وزن طبیعی) | میانگین \pm انحراف (گروه اضافه وزن) | میانگین \pm انحراف (گروه چاق) | سطح معنی داری |
|-----------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------|
| تمایل جنسی | $3/72 \pm 0/91$ | $3/61 \pm 0/76$ | $3/67 \pm 0/78$ | ۰/۵۴۶ |
| تهیج | $4/04 \pm 1/31$ | $4/19 \pm 0/78$ | $4/12 \pm 0/92$ | ۰/۵۴۵ |
| لوبریکاسیون | $4/95 \pm 1/41$ | $5/06 \pm 0/82$ | $4/93 \pm 1/11$ | ۰/۶۸۷ |
| اوج لذت جنسی | $4/30 \pm 1/47$ | $4/47 \pm 0/99$ | $4/33 \pm 1/09$ | ۰/۴۹۶ |
| رضایت از رابطه جنسی | $4/29 \pm 1/18$ | $4/16 \pm 1/16$ | $4/36 \pm 1$ | ۰/۴۵۰ |
| درد حین رابطه جنسی | $5/07 \pm 1/09$ | $5/28 \pm 0/88$ | $5/31 \pm 0/70$ | ۰/۱۱۳ |
| میانگین نمره کل عملکرد جنسی | $26/38 \pm 5/51$ | $26/76 \pm 3/49$ | $26/72 \pm 3/47$ | ۰/۷۵۶ |

*آزمون آنوا

بحث

در مطالعه حاضر ارتباط بین شاخص توده بدنی با عملکرد جنسی زنان مورد بررسی قرار گرفت و شاخص توده بدنی با عملکرد جنسی زنان ارتباط معنی داری نداشت. در مطالعه کادیوگلو و همکاران (۲۰۱۰)، بین گروه های مختلف شاخص توده بدنی از نظر نمره کل عملکرد جنسی و حیطة های آن تفاوت معنی داری وجود نداشت (۲۶). مطالعه مقطعی مبتنی بر جمعیت آدولفسون و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بین افزایش شاخص توده بدنی با اختلالات جنسی ارتباط معنی داری وجود ندارد. در این مطالعه، ارتباط معنی داری بین افزایش شاخص توده بدنی با اختلال رضایت جنسی در میان مردان مورد بررسی مشاهده شد اما این تفاوت در بین زنان مشاهده نشد (۳۴). آنها نتیجه گرفتند که این عدم ارتباط می تواند به دلیل انتظارات شخصی زنان از آنچه که برای رضایت از رابطه جنسی مورد نیاز است، باشد. به نظر می رسد که این انتظارات در افراد چاق و دارای اضافه وزن نسبت به افراد با وزن طبیعی، پایین تر است. دلایل این موضوع می تواند برخوردها و تفکرات

انتقادی نسبت به افراد چاق در جامعه باشد که این موضوع می تواند باعث ایجاد خود محدودیتی در این افراد در مورد جنبه های مهم زندگی مانند لذت از رابطه جنسی و رضایت جنسی شود. اما در مطالعه اسپوزیتو و همکاران (۲۰۰۷) که به مقایسه ۵۲ زن دچار اختلال عملکرد جنسی با ۶۶ زن بدون اختلال عملکرد جنسی پرداختند، میانگین نمره عملکرد جنسی زنان با شاخص توده بدنی مرتبط بود؛ به گونه ای که امتیاز حوزه های تهیج جنسی، مرطوب شدن واژن، ارگاسم و رضایت جنسی در افراد گروه چاق و اضافه وزن به طور معنی داری پایین تر از افراد دارای وزن طبیعی بود (۱۶). البته در مطالعه مذکور این ارتباط تنها در بین گروه مبتلا به اختلال عملکرد جنسی مشاهده شد اما در گروه شاهد که شامل جمعیت عمومی زنان بود، ارتباطی مشاهده نشد. لذا به نظر می رسد که وجود اختلال عملکرد جنسی، مقدم بر چاقی باشد. اسپوزیتو معتقد است که اثر افزایش وزن بعد از ایجاد اختلالات جنسی ظاهر می شود، بنابراین می توان گفت که وزن به تنهایی عامل مؤثری برای ایجاد اختلال عملکرد جنسی نیست. باید توجه داشت که اختلالات عملکرد جنسی مرتبط با

چاقی، یک وضعیت پیچیده و متشکل از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. مطالعه اسیماکوپولوس و همکاران (۲۰۰۶) که بر روی زنان چاق خواهان عمل جراحی کاهش وزن انجام شد، نشان داد که افراد چاق، به اختلالاتی در عملکرد جنسی از جمله اختلال میل جنسی، مرطوب شدن واژن، ارگاسم و رضایت جنسی دچار هستند (۲۴). تناقض در نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر می تواند ناشی از تفاوت در نمونه های مورد مطالعه باشد که در مطالعه مذکور، افراد با شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۵ کیلوگرم بر متر مربع در زمان قبل از جراحی کاهش وزن مورد مطالعه قرار گرفتند که بر اساس تحقیقات، این افراد از مشکلات روانی و دارویی بیشتری نسبت به جمعیت معمول چاق رنج می برند (۳۵). بنابراین ممکن است نتایج مطالعه مذکور قابل تعمیم به کل جمعیت زنان از جمله افراد چاق معمولی نباشد. نتایج مطالعه حاضر می تواند بیانگر این موضوع باشد که تأکید بر عوامل بیولوژیک (از جمله وزن بدن) باعث غفلت از عوامل مهم مؤثر بر رضایت مندی و عملکرد جنسی زنان از قبیل صمیمیت، صداقت، آرامش، ارتباط و احترام متقابل، عواطف و رضایت ناشی از صمیمیت خواهد شد (۳۶). پاسخ جنسی زنان، بیشتر تحت تأثیر عوامل غیر جسمی و بیولوژیک ایجاد می شود. عامل اصلی در پاسخ جنسی زن، اشتیاق و خرسندی وی از شریک جنسی است، تا میل به تحریک جسمی - جنسی (۳۷، ۳۸). با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می رسد که عوامل روانشناختی و بین فردی، بیش از شاخص توده بدنی (به عنوان یک عامل جسمی) عملکرد جنسی زنان را تحت تأثیر قرار می دهد. نتایج مشابه سایر مطالعات نیز مبین این موضوع است (۱۵، ۲۶-۲۸، ۳۱، ۳۲، ۳۴).

همچنین از آنجایی که افراد چاق بارها تبعیض، انگ زنی های اجتماعی و پیش داوری افراد جامعه را تجربه می کنند، ممکن است برای بحث در مورد مسائل حساس زندگی مانند روابط جنسی حتی با پزشک خانوادگی خود مردد باشند، بنابراین لازم است که متخصصین سلامت از

جمله پزشک و ماما، جو مناسبی برای صحبت کردن در این زمینه را فراهم کرده و با پرسیدن سؤالات باز، فرصت توضیح دلخواه و گویا در مورد این مسائل را ایجاد و در بیان و حل این مشکلات مؤثر باشد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که زنان یائسه وارد مطالعه حاضر نشدند، در نتیجه عوامل هورمونی و روانی ناشی از سنین یائسگی که بر عملکرد جنسی تأثیرگذار هستند در مطالعه حاضر مداخله گر نبودند. به علاوه مطالعه حاضر سعی در بررسی تأثیر عامل وزن بدن بدون وجود بیماری های تأثیرگذار بر عملکرد جنسی از قبیل دیابت، سندرم متابولیک و بیماری های روانی مانند افسردگی داشت. از محدودیت های این مطالعه، احتمال تفاوت در ویژگی ها و خصوصیات فردی و روانی افراد مطالعه در زمان پاسخگویی بود، به علاوه در این مطالعه تنها زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار گرفتند؛ بنابراین شاید نتایج حاصل در مورد کل جمعیت زنان صادق نباشد.

نتیجه گیری

بین شاخص توده بدنی و حیطة های عملکرد جنسی زنان، ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد. با توجه به عوامل مختلف جسمی و روانی تأثیرگذار بر رابطه جنسی، به نظر می رسد که وزن به تنهایی عامل مؤثری برای ایجاد اختلال عملکرد جنسی در زنان نباشد، هر چند نتیجه گیری قطعی نیازمند انجام مطالعات وسیع تری در این زمینه می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اهواز واحد بین الملل آبادان می باشد. بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی دانشگاه و تمام عزیزانی که ما را در اتمام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

1. Babanazari L, Kafi SM. [Comparative study of mental health and its relative demographic factors in different periodsof pregnancy] [Article in Persian]. *Res Psycholl Health* 2007;1 (2):44-52.
2. Bolourian Z, Ganjloo J. [Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2007 Jul-Sep;8(2):Summer:164-70.
3. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones and the menopausaltransition. *Maturitas* 1997 Mar;26(2):83-93.
4. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 2000 Sep-Oct;7(5):297-309.
5. Foroutan SK, Jadid Milani M. [The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested] [Article in Persian]. *Daneshvar Med* 2008 Dec;16(78):37-42.
6. Miller HB, Hunt JS. Female sexual dysfunction: review of the disorder and evidence for available treatment alternatives. *J Pharm Pract* 2003;16(3):200-8.
7. Margolis S. Sexual dysfunction. 2003. Available at: <http://www.healthtoz.com/healthtoz/Atoz/dc/caz/repr/sexi/spandex.html>.
8. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000 Mar;163(3):888-93.
9. Ramezani M, Dolatian M, Shams J, Alavi H. [The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women] [Article in Persian]. *Arak Med Univ J* 2012;14(6):57-65.
10. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in population based study in Iran: prevalence and associated risk factors . *Int J Import Res* 2006 Jul-Aug;18(4):382-95.
11. Young M, Denny G, Luquis R, Young T. Correlates of sexual satisfaction in marriage. *Can J Hum Sex* 1998;7(2):115-8.
12. Dezhkam M. [Marriage psychology]. Tehran:Mansha –Danesh;2000:68. [in Persian].
13. Halpern CT, King RB, Oslak SG, Udry JR. Body mass index, dieting, romance, and sexual activity in adolescent girls: relationships over time. *J Res Adolesc* 2005;15(4):535-59.
14. Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *Int J Impot Res* 2005 Sep-Oct;17(5):391-8. Review.
15. Erbil N. The relationships between sexual function, body image, and body mass index among women. *Sex Disabil* 2013;31(1)1-8.
16. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res* 2007 Jul-Aug;19(4):353-7.
17. Larsen SH, Wagner G, Heitmann BL. Sexual function and obesity. *Int J Obes (Lond)* 2007 Aug;31(8):1189-98.
18. Esmailzadeh A, Mirmiran P, Azizi F. Evaluation of waist circumference to predict cardiovascular risk factors in overweight Tehranian population: findings from Tehran Lipid and Glucose study. *Int J VitamNutr Res* 2005 Sep;75(5):347-56.
19. Mazloom Z, Kazemi F, Tabatabaei SHR. [Comparison of the effect of low-glycemic index versus low-Fat diet on the body weight and plasma lipid profile in obesese women] [Article in Persian]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009 Jan;18(68):40-7.
20. Woo J, Ho SC, Yu AL, Sham A. Is waist circumference a useful measure in predicting health outcomes in the elderly? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002 Oct;26(10):1349-55.
21. Kaneshiro B, Jensen JT, Carlson NE, Harvey SM, Nichols MD, Edelman AB. Body mass index and sexual behavior. *Obstet Gynecol* 2008 Oct;112(3):586-92.
22. Trischitta V. Relationship between obesity-related metabolic abnormalities and sexual function. *J Endocrinol Invest* 2003;26(3 Suppl):62-4.
23. Esposito K, Giugliano G, Scuderi N, Giugliano D. Role of adipokines in the obesity-inflammation relationship: the effect of fat removal. *Plast Reconstr Surg* 2006 Sep 15;118(4):1048-57.
24. Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K, et al. Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery. *Obes Surg* 2006 Aug;16(8):1087-91.
25. Bond DS, Vithiananthan S, Leahey TM, Thomas JG, Sax HC, Pohl D, et al. Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2009 Nov-Dec;5(6):698-704.
26. Kadioglu P, Yetkin DO, Sanli O, Yalin AS, Onem K, Kadioglu A. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU Int* 2010 Nov;106(9):1357-61.
27. Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care* 2002 Apr;25(4):672-7.
28. Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int J Impot Res* 2010 Jul-Aug;22(4):220-6.
29. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Ostbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring)* 2006 Mar;14(3):472-9.
30. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 Feb 10;281(6):537-44.

31. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ* 2010 Jun 15;340:c2573.
32. Satinsky S, Reece M, Dennis B, Sanders S, Bardzell S. An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image* 2012 Jan;9(1):137-44.
33. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. [The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version] [Article in Persian]. *Payesh J* 2008 Jul;7(3):269-78.
34. Adolfsson B, Elofsson S, Rossner S, Unden AL. Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. *Obes Res* 2004 Oct;12(10):1702-9.
35. Larsen JK, Geenen R, van Ramshorst B, Brands N, de Wit P, Stroebe W, et al. Psychosocial functioning before and after laparoscopic adjustable gastric banding: a cross-sectional study. *Obes Surg* 2003 Aug;13(4):629-36.
36. Yadav J, Gennarelli LA, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunction: evaluation and management in a primary care setting. *Prim Care Obstet Gynecol* 2001 Jan-Feb;8(2):5-11.
37. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther* 2001 Jan-Feb;27(1):33-43.
38. Nusbaum M, Rosenfeild JA. Sexual health across the life cycle. Cambridge: Cambridge University Press; 2004:69-75.

