

بررسی همبستگی عزت نفس با اختلال عملکرد و رضایتمندی جنسی در زنان

معصومه رضائی^۱، ماهرخ دولتیان^{۲*}، جمال شمس^۳، حمید علوی مجد^۴

۱- دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار، روانپزشک، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- دانشیار، دکتری آمار، گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۰/۲۶ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال عملکرد جنسی در زنان، عارضه‌ای وابسته به سن، پیشرونده و شایع است که بر کیفیت زندگی، کیفیت روابط جنسی و روابط بین فردی اثر می‌گذارد. هدف از این مطالعه بررسی همبستگی عزت نفس با اختلال عملکرد و رضایتمندی جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهید بهشتی است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، جمعیت مورد مطالعه شامل ۱۲۰ نفر از زنان واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چهار پرسش‌نامه دموگرافیک، سلامت عمومی (GHQ-28)، عزت نفس کوپر اسمیت و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی ۶۴ درصد و بیشترین فراوانی مربوط به حیطة درد (۳۷ درصد) و رضایتمندی جنسی (۲۰ درصد) بود. همچنین ۹۰ درصد افراد دارای عزت نفس بالا و ۱۰ درصد دارای عزت نفس پایین بودند. بین عزت نفس و رضایتمندی جنسی و اختلال عملکرد ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه بیانگر ارتباط عزت نفس با رضایتمندی جنسی و اختلال عملکرد جنسی بود به ویژه در افراد با عزت نفس پایین که اختلالات عملکرد و رضایتمندی جنسی افزایش نشان داد.

واژگان کلیدی: رضایتمندی، اختلال عملکرد دجنسی، عزت نفس

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی

Email: mhdolatian@yahoo.com

مقدمه

اختلال عملکرد جنسی به عنوان اختلال میل، تحریک، ارگاسم و درد جنسی تعریف می‌شود (۱). این اختلالات در زنان عارضه‌ای وابسته به سن، پیشرونده و شایع بوده و مطالعات مختلف جمعیتی شیوع آن را بین ۵۰-۲۵ درصد تخمین می‌زنند (۲). در ایران نیز با استفاده از پرسش‌نامه شاخص اختلال عملکرد جنسی (Female Sexual Function Index-FSFI) ۳۱/۵ درصد زنان حداقل دارای یک اختلال جنسی می‌باشند (۳). در بروز اختلالات عملکرد جنسی عواملی نظیر سلامت روانی، رابطه جنسی، عملکرد جنسی شریک جنسی، عوامل مربوط به شخصیت فرد، ناباروری، داروها، بیماری‌های مزمن، جراحی‌های زنان در ناحیه لگن، بیماری‌های ژنیکولوژی و بدخیمی‌ها، دیابت، بارداری و دوران پس از زایمان اثرگذار هستند (۴).

اختلالات عملکرد جنسی در تمام جوامع وجود دارد و بر روی کیفیت روابط جنسی افراد متأهل اثر می‌گذارد (۳). هم‌چنین عاملی اثرگذار بر کیفیت زندگی افراد شناخته شده است (۲) و می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده و بر ارتباطات بین فردی نیز اثر بگذارد (۱). در حال حاضر، برای درمان این نوع اختلالات، عوامل جسمی، جنسی روانی و ساختار چرخه واکنش جنسی زن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۴). هم‌چنین از درمان‌های دارویی، جراحی و وسایل مکانیکی به منظور درمان موارد خاصی از اختلالات جنسی استفاده می‌شود. بعضی عوامل دروایی ممکن است در ابتدا کارکرد جنسی را افزایش دهند ولی مصرف طولانی مدت آنها می‌تواند سبب مختل شدن کارکرد جنسی گردد. نشان دادن کارایی روان‌درمانی سنتی و سرپایی همان‌گونه که به طور کلی مشکل است در مورد مشکلات جنسی نیز ساده نیست (۵). درمان‌های هورمونی نیز می‌تواند با سندرم متابولیک، سرطان پستان و افزایش موهای صورت همراه باشد (۴).

افراد دارای اختلالات جنسی معمولاً این مساله را پنهان می‌کنند و عدم درمان مناسب آن موجب مزمن شدن علائم، اضطراب، خویش‌گرایی و احساس گناه

می‌گردد (۶). این مساله که فرد خود را از نظر خصوصیات جنسی چگونه می‌بیند به عزت نفس بستگی دارد (۷). براساس دیدگاه مازلو هر فردی برای رسیدن به حد مطلوب سلامتی و تندرستی نیازهایی دارد که باید برآورده شود. طبق نظر مازلو عزت نفس یکی از نیازهای اساسی بشر است که در بعد عاطفی قرار دارد (۸) افراد با عزت نفس پایین توانایی خود برای ابراز تمایلات جنسی را سرکوب می‌کنند (۷) اما در صورت داشتن عزت نفس بالا رفتار سالم جنسی ایجاد می‌شود (۳).

در شخص دارای عزت نفس بالا بین اخطار و تمایلات، وحدت و هماهنگی وجود دارد (۹). شاکل فورد در مطالعه خود در مورد ابعاد عزت نفس نشان داد زنان نسبت به مردان، در همه ابعاد (عزت نفس کلی، جسمی، اجتماعی و ذهنی) امتیاز کمتری کسب کرده‌اند (۱۰) اما مک کپ و همکاران، در مورد عزت نفس و رضایتمندی جنسی در مطالعه خود نشان دادند عزت نفس و رضایتمندی جنسی در زنان بیش از مردان بوده است (۱۱). به علاوه یافته‌های بررسی گودسان و همکاران مشخص نمود ارتباطی بین اهداف، نگرش‌ها و رفتارهای جنسی نوجوانان با عزت نفس وجود ندارد (۱۲) در عین حال در پژوهش موهر و همکاران مشخص شد بین عزت نفس و اختلال عملکرد جنسی همبستگی منفی وجود دارد به این معنی که عزت نفس پایین سبب افزایش اختلال عملکرد جنسی می‌شود (۱۳). با توجه به یافته‌های متفاوت در پژوهش‌های دیگران و اینکه تاکنون تحقیقی در رابطه با همبستگی عزت نفس با اختلال عملکرد جنسی در زنان انجام نشده این پژوهش با هدف همبستگی عزت نفس و اختلال عملکرد و رضایتمندی جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) ۱۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی که جهت معاینات دوره‌ای یا سایر خدمات مراجعه می‌کردند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه سن زنان ۱۸ تا ۳۵ سال، دارای

دارای عزت نفس بالا و زیر ۲۵ دارای عزت نفس پایین بودند.

بخش آخر پرسشنامه نسخه فارسی FSFI بود که عملکرد، اختلال و رضایتمندی جنسی را می‌سنجید و شامل ۱۹ سوال ۵ گزینه‌ای بود که وضعیت میل جنسی برانگیختگی، ارگاسم، درد جنسی، رطوبت مهلی و رضایتمندی جنسی را ارزیابی می‌کند. هر سوال ۵ امتیاز دارد که در فاکتور آن حوزه ضرب شده و با جمع کردن امتیاز شش حوزه امتیاز کل به دست می‌آید. امتیاز کمتر از ۲۸ اختلال عملکرد جنسی و امتیاز کمتر از ۳/۶ اختلال در رضایتمندی محسوب می‌شود.

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه دموگرافیک از اعتبار محتوی یا نظر اصلاحیه ۱۰ تن از اساتید دانشگاه استفاده گردید و اعتماد آن از طریق روش بازآزمایی سنجیده شد. جهت اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی از پژوهش نور بالا و همکاران (۱۴) که اعتبار این پرسشنامه را با آزمون Symptom Checklist-90-Revised SCL-90-R سنجیده بودند، استفاده گردید که هر دو پرسشنامه از اعتبار بالایی برخوردار بود و جهت تعیین اعتماد علمی آن از روش بازآزمایی استفاده شد که میزان همبستگی $r=0/85$ بود. جهت اعتبار پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت از پژوهش ثابت که در سال ۱۳۷۵ اعتبار همزمان - روایی همگرایی آن را با $r=0/85$ سنجیده بود، استفاده شد و جهت تعیین اعتماد پرسشنامه مذکور از پژوهش رسولی که در سال ۱۳۸۷ با روش دو نیمه کردن ضریب آلفای کرونباخ را $0/893$ و ضریب پایایی مجدد را $r=0/60$ استخراج کرده بود استفاده گردید.

تمام اطلاعات کسب شده در این مطالعه کاملاً محرمانه بوده و به شرکت کنندگان، این اطمینان داده می‌شد که اطلاعات کاملاً محرمانه و بدون نام می‌باشد در ضمن پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه با کد اخلاق ۱۱۶/۱۷۶۷ مورخ ۸۹/۶/۳۱ مورد تایید قرار گرفته است.

اعتبار پرسشنامه FSFI با استفاده از پژوهش محمدی و همکاران (۱) تعیین گردید که با توجه به سطح

سواد خواندن و نوشتن، ملیت ایرانی، متاهل و در حال زندگی مشترک با همسر، سابقه حداقل یک سال ازدواج، عدم سقط یا زایمان اخیر، عدم ابتلا به اختلالات روانی، جسمی، بدخیمی‌های ژنیکولوژیک یا سایر قسمت‌های بدن که شناخته شده باشد و معیارهای خروج شامل نمونه‌هایی بود که نمره کسب شده آنها از پرسشنامه سلامت عمومی بیشتر از ۲۳ باشد، هم چنین نمونه‌هایی که از ۸ سوال دروغ‌سنج پرسشنامه کوپر اسمیت ۴ نمره کسب کنند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت تصادفی چند مرحله‌ای بود. ابتدا هر یک از مناطق تحت پوشش دانشگاه شامل مناطق شمیرانات، شمال و شرق به سه طبقه تقسیم شد و با توجه به نسبت جمعیت تحت پوشش در هر یک از این طبقه‌ها به صورت سهمیه‌ای تعداد کل نمونه مورد نیاز در بین طبقات سه‌گانه توزیع گردید در مرحله بعد در هر یک از این سه طبقه طبق لیست مراکز درمانی تحت پوشش تعدادی از مراکز به صورت تصادفی انتخاب و در مرحله آخر، نمونه لازم به تعداد مورد نیاز به صورت نمونه‌گیری غیراحتمالی و در دسترس انتخاب گردید.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از چهار پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات شخصی نمونه‌ها، پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire- GHQ-28) دارای ۲۸ سوال در چهار مقیاس (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید) و هر مقیاس دارای ۷ سوال بود. گزینه‌ها از صفر تا ۳ نمره به خود اختصاص می‌داد. افرادی که نمره ۲۴ و بالاتر کسب کنند مشکوک به بیماری یا اختلال و از مطالعه کنار گذاشته شدند و کسانی که نمره ۲۳ و کمتر به دست‌آوردند به عنوان فرد سالم شناخته شده بخش سوم پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت که شامل ۵۸ سوال بود در ۱۹ سوال پاسخ‌های بلی ۱ نمره و در ۳۱ سوال دیگر پاسخ‌های خیر ۱ نمره داشت و ۸ سوال نیز مربوط به دروغ‌سنجی بود. زنانی که ۴ نمره از ۸ نمره دروغ‌سنجی کسب کردند کنار گذاشته شدند. در محاسبه امتیازات عزت نفس زنانی که نمره ۲۵ به بالا کسب کردند

معنی داری میانگین نمرات کل مقیاس با هر یک از حوزه در گروه‌ها از اعتبار بالایی برخوردار بود و میزان پایایی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌ها با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد ۷۰ درصد بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های مجذور کای دو، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و من-ویتنی استفاده گردید و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج این مطالعه میانگین سنی نمونه‌های مورد بررسی $30/29 \pm 4/33$ سال و میانگین سنی همسران آنها $37/12 \pm 8/11$ سال بود. بالاترین سطح تحصیلات آزمودنی‌ها (۴۰ درصد) و همسران آنها (۳۵/۸ درصد) دیپلم بود. شغل اکثر آزمودنی‌ها (۶۸/۴ درصد) خانه‌دار و شغل همسر در اکثر آنها (۵۸/۳ درصد) آزاد بود، اکثر نمونه‌ها (۶۰ درصد) فاقد درآمد و درآمد همسر در اکثر آنها (۳۷/۵ درصد) بین ۵۰۰-۷۰۰ هزار تومان بود. اکثر آزمودنی‌ها (۴۴/۲ درصد) دارای منزل شخصی یا استیجاری بودند و بیشترین متراژ منزل اکثر آنها (۴۰/۸ درصد) بین ۶۰ تا ۱۰۰ متر مربع بود. میانگین طول مدت ازدواج و میانگین سن آخرین فرزند $10/9 \pm 5/5$ سال بود. روش پیشگیری از بارداری در اکثر نمونه‌ها (۶۵ درصد) طبیعی بود. طول دوره قاعدگی اکثر نمونه‌ها (۵۹/۸ درصد) بیش از ۶ روز و فاصله بین دو قاعدگی اکثر آنها (۵۵/۸ درصد) بین ۲۱/۳۵ روز بود. تعداد دفعات نزدیکی اکثر نمونه‌ها (۳۵ درصد) یک‌بار در هفته بود. میانگین تعداد سقط $0/37 \pm 0/68$ و تعداد بارداری $1/82 \pm 1/19$ بود. میانگین تعداد زایمان $1/5 \pm 0/83$ و میانگین تعداد فرزندان $1/5 \pm 0/83$ بود.

بر اساس نتایج، ۶۴/۲ درصد نمونه‌ها دارای اختلال عملکرد جنسی و در حیطه‌ها، بیشترین اختلال (۳۶/۷ درصد) اختلال درد جنسی و کمترین اختلال (۱۶/۷ درصد) ارگاسم بود. از نظر رضایتمندی ۲۰/۸ درصد نمونه‌ها اختلال در رضایتمندی داشتند. اکثر نمونه‌ها (۹۰ درصد) دارای عزت نفس بالا و تنها ۱۰ درصد با عزت نفس پایین بودند. آزمون مجذور کای دو نشان داد بین اختلال عملکرد جنسی با سطح

تحصیلات و مالکیت منزل رابطه معنی داری وجود دارد ($p=0/002$). آزمون من ویتنی نشان داد بین اختلال عملکرد جنسی و درآمد همسر، تعداد زایمان و تعداد فرزندان رابطه معنی داری وجود دارد ($p=0/004$). آزمون تی مستقل نشان داد بین اختلال عملکرد جنسی با طول مدت ازدواج رابطه معنی داری وجود دارد ($p=0/004$).

جدول ۱ نشان می‌دهد ۶۶/۷ درصد افراد با عزت نفس پایین و ۱۵/۷ درصد افراد با عزت نفس بالا در رضایتمندی اختلال داشتند. آزمون فیشر نشان داد بین عزت نفس و رضایتمندی رابطه معنی داری وجود دارد ($p<0/001$). هم‌چنین ۹۱/۷ درصد افراد با عزت نفس پایین و ۶۱/۱ درصد افراد با عزت نفس بالا در عملکرد جنسی اختلال داشتند. آزمون دقیق فیشر نشان داد بین عزت نفس و اختلال عملکرد جنسی رابطه معنی داری وجود دارد ($p=0/03$).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی عزت نفس واحدهای پژوهش بر حسب حیطه‌های عملکرد جنسی

p	عزت نفس		اختلال عملکرد
	پایین تعداد(درصد)	بالا تعداد(درصد)	
۰/۰۰۹	۰	۳۷(۳/۳)	میل اختلال دارد
	۱۲(۶۰)	۷۱(۶۵/۷)	اختلال ندارد
۰/۲۰	۵(۴۱/۷)	۲۸(۲۵/۹)	رطوبت اختلال دارد
	۷(۵۸/۳)	۸۰(۷۴/۱)	اختلال ندارد
۰/۰۰۱	۸(۶۶/۷)	۱۷(۱۵/۷)	رضایت اختلال دارد
	۴(۲۹/۳)	۹۱(۸۴/۳)	مندی اختلال ندارد
۰/۱۱	۳(۱۶/۷)	۴۲(۳۸/۹)	درد اختلال دارد
	۱۰(۸۳/۳)	۶۶(۶۱/۱)	اختلال ندارد
۰/۰۳	۱۱(۹۱/۷)	۶۶(۶۱/۱)	اختلال دارد
	۱(۸/۳)	۴۲(۳۸/۹)	عملکرد اختلال ندارد
			کلی

شیوع اختلال عملکرد جنسی ۰/۶۴ و در حیطه‌ها مقاربت دردناک ۰/۳۷ می‌باشد. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک با فاصله اطمینان ۹۵ درصد نشان داد شانس رخداد اختلال عملکرد در افراد با عزت نفس پایین ۷ برابر افراد با عزت نفس بالا بود. شانس رخداد اختلال عملکرد در افراد با درآمد پایین همسر ۳ برابر بیش از افراد با درآمد بالای همسر بود. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک با فاصله اطمینان

از کشور مطابقت دارد ولی رتبه‌بندی اختلالات برحسب حیطه‌ها و از نظر فراوانی یکسان نمی‌باشد چنانچه در بعضی از پژوهش‌ها آنورگاسمی و در برخی دیگر کمبود میل جنسی یا مقاربت دردناک از شیوع بالایی برخوردار است. فراوانی اختلالات درد جنسی در زنان ایرانی قابل اهمیت است. این اختلال احتمالا به دلیل مسائل سایکوزنیک و تاثیر رشد روانی - جنسی دوران کودکی و اثر اضطراب و ترس بر ارتباط جنسی در زمان ازدواج است (۳) از این رو لازم است در کلینیک‌های مامایی و زنان مشاهده و آموزش‌های مربوط به تشریح و فیزیولوژی دستگاه تناسلی زنان به دختران در شرف ازدواج ارائه شده تا بتواند از بروز بیشتر این اختلال جلوگیری گردد.

یافته‌های تحقیق حاضر به لحاظ شیوع اختلال در رضایتمندی جنسی مشابه تحقیق بخشی و همکاران (۱۷) اما متفاوت از تحقیق باکوئی و همکاران (۶) و آمیدو (۱۶) بود. خوشبختانه در این پژوهش درصد کمی از آزمودنی‌ها دارای اختلال در رضایتمندی بودند. میزان بالای اختلال عملکرد جنسی و نارضایتی در زنان ممکن است وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی آنان را به دلیل احساس خجالت و اشکال در عدم توانایی رضایت جنسی همسر به خطر اندازد و منجر به آنورگاسمی و عملکرد جنسی ضعیف گردد (۱۶). شاید مسائل فرهنگی، تربیتی و اجتماعی زنان ایرانی مانع از این باشد که به راحتی نارضایتی جنسی خود را مطرح نمایند و این مساله می‌تواند دلایل اختلاف آمار در اختلال رضایتمندی جنسی در ایران و سایر کشورها باشد.

براساس یافته‌های پژوهش اکثر واحدهای پژوهش دارای عزت نفس بالا بودند. این یافته مشابه تحقیقات دیگران در سایر کشورها می‌باشد. در تحقیق موه‌ر و همکاران (۱۳) مشخص شد میانگین امتیازات کلی عزت نفس جنسی $3/11 \pm 0/47$ می‌باشد که حاکی از میزان نسبتا بالای عزت نفس زنان در این مطالعه بوده است. یافته‌های پژوهش شاکل‌فورد (۱۰) نشان داد میانگین امتیاز عزت نفس زنان در همه ابعاد یعنی عزت نفس کلی $6/58 \pm 1/29$ ، عزت نفس فیزیکی $6/23 \pm 1/31$ ، عزت نفس اجتماعی $7/01 \pm 0/93$ و

۹۵ درصد در مورد رضایتمندی جنسی نشان داد شانس رخداد عدم رضایت در افراد با عزت نفس پایین تقریبا ۱۸ برابر افراد با عزت نفس بالا بوده است شانس رخداد عدم رضایت در افرادی که درآمد همسر آنها پایین است تقریبا ۱۰ برابر افرادی است که درآمد همسرشان بالاست (جدول ۲ و ۳).

جدول ۲. نتایج رگرسیون لجستیک در مورد اثر متغیرهای دموگرافیک بر اختلال عملکرد جنسی

متغیر	انحراف معیار	p	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵ درصد نسبت شانس
فاصله ازدواج	۰/۶۰	۰/۴	۱/۵۸	(۰/۴۵ - ۵/۱۰)
درآمد همسر	۰/۴۷	۰/۰۳	۲/۷۷	(۱/۱۰ - ۷/۲۰)
عزت نفس	۱/۰۶	۰/۰۵	۷	(۱/۸۷ - ۵۶/۲۲)
تعداد فرزندان	۰/۴۵	۰/۰۲	۰/۳۶	(۰/۱۵ - ۰/۸۷)

جدول ۳. نتایج رگرسیون لجستیک در مورد اثر متغیرهای دموگرافیک بر رضایتمندی جنسی

متغیر	انحراف معیار	p	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵ درصد نسبت شانس
درآمد همسر	۱/۳۴	۰/۰۸	۹/۹۴	(۰/۷۲ - ۱۳۷/۲۳)
عزت نفس	۱/۱۴	۰/۰۱	۱۷/۲۷	(۱/۸۴ - ۱۶۲/۴۹)
تحصیلات	۰/۸۶	۰/۰۵	۵/۵۷	(۱/۹۸ - ۳۱/۸۳)
مالکیت منزل	۰/۶۲	۰/۰۶	۳/۱۷	(۰/۹۴ - ۱۰/۶۷)

بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش بیش از نیمی از نمونه‌ها دارای اختلال عملکرد جنسی بودند و شیوع اختلال برحسب حیطه‌ها، اختلال درد شایع‌ترین و اختلال ارگاسم کمترین شیوع را داشت. در مطالعه باکوئی و همکاران (۶) بیشترین شیوع اختلال در تمایل، در مطالعه بلوریان و همکاران (۱۵) بیشترین شیوع مقاربت دردناک و در پژوهش آمیدو و همکاران (۱۶) شایع‌ترین اختلال در رضایتمندی جنسی ذکر گردیده است. این مطالعه از نظر رتبه‌بندی فراوانی اختلال عملکرد بر حسب حیطه‌ها با نتایج تحقیق بلوری و همکاران (۱۵) همسو می‌باشد. با توجه به یافته‌های اغلب پژوهش‌ها، تنوع اختلالات جنسی در این پژوهش با یافته‌های اکثر پژوهشگران در شهرهای دیگر ایران و خارج

عزت نفس هوشی $7/09 \pm 0/90$ بالا اما از همسرانشان کمتر بوده است. در پژوهش مک کیب و همکاران که در مورد عزت نفس زنان و مردان دچار ناتوانی بود مشخص گردید امتیاز عزت نفس جنسی در زنان $17/84 \pm 5/04$ یعنی بالا و نیز از همسرانشان بیشتر بوده است. عزت نفس یک فاکتور روانی مهمی است که در سلامت و کیفیت زندگی فرد دخالت دارد (۱۸). در این پژوهش علی‌رغم این که بیش از نیمی از نمونه‌ها دچار اختلال عملکرد جنسی بودند اما اکثریت از عزت نفس بالایی برخوردار بودند. در بررسی رابطه عزت نفس با اختلال عملکرد جنسی نیز مشاهده شد بیشترین درصد افرادی که عزت نفس پایین و نیز افرادی که عزت نفس بالا داشتند، در عملکرد جنسی اختلال دارند. اما این یافته گویای آن است که هر چه عزت نفس پایین‌تر باشد، اختلال عملکرد نیز بیشتر خواهد بود. این رابطه با آزمون فیشر اثبات گردید و رابطه معنی‌داری بین عزت نفس و عملکرد جنسی وجود داشت. این یافته مشابه تحقیق موهر و همکاران (۱۳) می باشد که علی‌رغم وجود اختلال عملکرد، نمونه‌ها از عزت نفس بالایی برخوردار بودند. چنین ارتباطی در پژوهش گینز و گالاسک (۱۹) نیز به دست آمد. این مساله مشخص می‌کند تنها عزت نفس پایین سبب بروز اختلال عملکرد نمی‌شود بلکه عوامل دیگر نیز به افزایش آن کمک می‌کنند. نتایج دگرسیون لجستیک نیز نشان داد شانس رخداد اختلال عملکرد در افراد با عزت نفس پایین بیشتر از افراد با عزت نفس بالاست.

عوامل دیگری شانس رخداد اختلال عملکرد را افزایش می‌داد از جمله مدت ازدواج که در این پژوهش عاملی تاثیرگذار بر اختلال عملکرد بود. یکی از عواملی که پاسخ جنسی را تحت تاثیر قرار می‌دهد طول مدت و کیفیت رابطه است (۲۰). در پژوهش بلوریان و همکاران (۱۵) نیز افزایش مدت زندگی مشترک با کاهش میزان اختلال عملکرد همراه بود. شاید کم بودن سال‌های مشترک زندگی به علت مطرح نکردن مسائل جنسی، عدم درک صحیح و اصولی از مسائل جنسی و عدم اطلاعات کافی بر عملکرد جنسی تاثیرگذار باشد. این یافته با پژوهش باکوئی و

همکاران (۶) مطابقت نداشت. شانس رخداد اختلال عملکرد در افراد با درآمد پایین همسر افزایش نشان داد. درآمد و مسائل اجتماعی و اقتصادی از عوامل مرتبط با مشکلات جنسی مطرح شده‌اند (۱۶). در مطالعه باکوئی و همکاران (۶) شیوع اختلال فعالیت جنسی در زنان با سطح درآمد ضعیف به طور معنی‌داری بیشتر بود. اما در پژوهش گینز و گالاسک (۱۹) میزان درآمد نمونه‌ها بالا بود. در پژوهش حاضر نمونه‌ها از وضعیت اقتصادی بالایی برخوردار نبودند.

یافته‌ها نشان داد اکثر افراد با عزت نفس پایین و یا افراد با عزت نفس بالا در رضایتمندی جنسی اختلال دارند و این ارتباط با آزمون فیشر ثابت گردید. این یافته با پژوهش شاکل فورد (۱۰) همسو می‌باشد که نشان داد بین رضایتمندی جنسی با تمامی ابعاد عزت نفس ارتباط معنی‌دار مشاهده می‌شود.

نتایج رگرسیون لجستیک نیز نشان می‌دهد شانس رخداد عدم رضایت در افراد با عزت نفس پایین بیشتر از افراد با عزت نفس بالاست. این بدان معنی است که هر چه عزت نفس پایین‌تر باشد رضایتمندی نیز کمتر است. رضایت جنسی یک زن احساسات او درباره خودش و در ارتباط با سایر جنبه‌ها مثل عملکرد و وظایف جسمی و جنسی است (۱۵). نتایج نشان می‌دهد که شانس رخداد عدم رضایت در افراد با درآمد پایین همسر بالا می‌باشد که نشان دهنده تاثیر وضعیت اقتصادی بر رضایت جنسی می‌باشد. همچنین شانس رخداد عدم رضایت در افراد فاقد تحصیلات عالی بالا بود. در مطالعات مختلف ارتباط بین اختلالات جنسی با سطح تحصیلات پایین مشخص شده است (۲۰) و محمدی و همکاران (۱) آن را جزو عوامل خطر افزایش اختلالات جنسی مطرح نموده‌اند. این یافته مشابه با پژوهش نویره و گوویا (۲۱) می‌باشد. شانس رخداد عدم رضایت در افراد فاقد منزل شخصی بالا بوده که می‌تواند تاثیر محیط و محل زندگی بر رضایت جنسی را نشان دهد. محیطی که رابطه جنسی در آن انجام می‌شود مهم می‌باشد به طوری که آن محیط باید به قدر کافی شهوانی، امن، خصوصی و دور از مزاحمت دیگران باشد (۴).

6. Bacooi F, Omidvar Sh, Nasiri F. Femal sexual dysfunction in married female & some related factors in Babol. Journal of Babol university of Medical sciences. 2007; 9(4): 59-64.
7. MC Kay M, Fanning P. Self – esteem. Translate by shararai mehrnaz. 1th ed. Tehran. Asim 2008.
8. Taylor C. Fundamental of Nursing: Translate by Mahdavis. Tehran Boshra 2008.
9. Pai A. How to develop self confidence. Tranlate by Azad Hossien. second ed. Tehran Besat 2009.
10. Shackelford TK. Self-esteem in marriage. Personality and Individual Differences. 2001;30(3):371-90.
11. McCabe MP, Taleporos G. Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. Archives of sexual behavior. 2003;32(4):359-69.
12. Goodson P, Buhi ER, Dunsmore SC. Self-esteem and adolescent sexual behaviors, attitudes, and intentions: a systematic review. Journal of Adolescent Health. 2006;38(3):310-9.
13. Muehrer RJ, Keller ML, Powwattana A, Pornchaikate A. Sexuality among women recipients of a pancreas and kidney transplant. Western Journal of Nursing Research. 2006;28(2):137-50.
14. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. The validation of General Health Questionnaire – 28 asa psychiatric screening tool. Hakim Research journal 2009; 11(4): 47-53.
15. Bloorian M. Female sexual dysfunction in sabzevar. Fertility & infertility journal. 2007; 164-170.
16. Amidu N, Owiredu Wk, Woode E, Addai Mensah O, Quaye L, Alhassan A. Incidence of sexual dysfunction: A prospective survey in Ghanaion Female. Reproductive Biology & endocrinology. 2010; 8:106-112.
17. Bakhshi H, Asadpour M, Khodadadizadeh A. Correlation between marital satisfaction and

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش فوق بیانگر ارتباط عزت نفس با رضایتمندی جنسی و اختلال عملکرد جنسی بود به ویژه در افراد با عزت نفس پایین که اختلالات عملکرد و رضایتمندی جنسی افزایش نشان داد. لذا با توجه به نتایج حاصل شده به مراکز بهداشتی درمانی و نیز کلینیک‌های مامایی و زنان توصیه می‌شود نسبت به آموزش مسائل جنسی و تقویت عزت نفس دختران و زنان جوان و ارجاع آنها نزد مشاور یا روانشناس تلاش کنند.

تشکر و قدردانی

از واحدهای پژوهش و مسئولین و مدیران محترم که در اجرای پژوهش با پژوهشگر همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد خانم معصومه رضوانی بوده و تمام هزینه‌های پژوهش در رابطه با گردآوری داده‌ها به عهده پژوهشگر بوده است.

منابع

1. Mohammadi K, Heidari M, Faqihzadeh S. The validation of female sexual function index (FSFI) in the women: Persian Version. Payesh journal. 2008;7(2):270-278.
 2. Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi A, Mohammadi A. Prevalence of female sexual dysfunction and it's relationship with infertility variable. payesh journal. 2007;7(1):67-73.
 3. Qavam M, Tasbihsazan R. Prevalence of married male & female sexual dysfunction to family heaith clinic. Journal of oromieh medical science. 2007; 18(4): 634-39.
 4. Gibbs RS, Danforth DN, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
 5. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- depression among couples in Rafsanjan. JQUMS. 2007;11(2):37-43.

18. Mann MM, Hosman CMH, Schaalma HP, De Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*. 2004;19(4):357-72.
19. Gates E, Galask R. Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2001;22(4):221-8.
20. Berek J. Berek & Novak's Gynecology. 14ed. Translate by ghazijahani B. Tehran. Golban 2007.
21. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*. 2006; 43(1): 68-75.

Archive of SID