

بررسی تأثیر ختنه بر عملکرد جنسی، کیفیت زندگی جنسی و رضایت جنسی در زنان باردار

سهیلا ربیعی پور^۱، زینب احمدی^۲، الهام رضائی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ختنه‌ی زنان می‌تواند پیامدهای جسمی، روانی، اجتماعی و جنسی همراه داشته باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر ختنه و عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی آن بر عملکرد جنسی، کیفیت زندگی جنسی و رضایت جنسی در زنان ختنه شده اجرا گردید.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بود که با مشارکت ۳۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به بخش زایمان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. اطلاعات از طریق پرسشنامه و مصاحبه تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ی ۴ بخشی که شامل پرسشنامه‌ی محقق ساخته و پرسشنامه‌های جنسی و کیفیت زندگی جنسی بود. پس از جمع‌آوری داده‌ها، با آزمون ANCOVA، رگرسیون خطی ساده و چندگانه تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی رضایت جنسی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی در دو گروه (زنان ختنه شده و نشده) اختلاف آماری معنی‌دار نشان داد ($P < 0/001$). همچنین میانگین نمره در کلیه ابعاد عملکرد جنسی نیز در دو گروه معنی‌دار بود (به ترتیب میل ($P < 0/001$)، تحریک ($P < 0/001$)، رطوبت ($P < 0/001$)، ارگاسم ($P = 0/002$)). رضایتمندی ($P < 0/001$)، درد ($P = 0/049$)، میزان اختلال عملکرد جنسی در زنان ختنه شده ۸۳/۹ درصد و ختنه نشده ۷۱/۶ درصد بود. بر طبق ضریب تأثیر در تحلیل کوواریانس به ترتیب ۵، ۷ و ۱۳ درصد تغییرات رضایت جنسی، کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی وابسته به ختنه در زنان بود. همچنین سن ختنه، بیشترین میزان تأثیر و پیش‌بینی‌کننده‌ی معنی‌دار رضایت جنسی ($P = 0/018$; $\beta: 1/51$)، $P = 0/077$ تا $0/26$ (CI95%: $0/27$; $\beta: 1/09$) و کیفیت زندگی جنسی ($P = 0/027$; $\beta: 2/06$ تا $0/12$ (CI95%: $0/12$ تا $0/06$)) بود. درجه‌ی ختنه ۲ نسبت به ۱ بیشترین میزان تأثیر و پیش‌بینی‌کننده را بر روی نمره‌ی کلی عملکرد جنسی ($P = 0/018$; $\beta: -2/87$) تا $0/22$ (CI95%: $-5/52$ تا $0/06$) و ابعاد آن داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نمایانگر کاهش نمره‌ی رضایت، کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی در زنان ختنه شده بود و سعی در آگاه‌سازی مراقبان سلامت در خصوص مشاوره و تغییر دیدگاه‌های خانواده‌ها در جهت ارتقای سلامت جنسی زنان داشت.

واژگان کلیدی: ختنه؛ زنان؛ اختلال عملکرد جنسی

ارجاع: ربیعی پور سهیلا، احمدی زینب، رضائی الهام. بررسی تأثیر ختنه بر عملکرد جنسی، کیفیت زندگی جنسی و رضایت جنسی در زنان باردار.

مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۳؛ ۴۲ (۷۹۱): ۹۹۵-۱۰۰۳.

مقدمه

طبق تعریف یونیسکف، ختنه‌ی زنان شامل برداشت یا آسیب به بخشی یا تمام قسمت‌های دستگاه تناسلی خارجی زنان بدون دلیل پزشکی است. معمولاً ختنه توسط زنان سالخورده، ماماها و حتی آرایشگران انجام می‌شود (۱). شیوع ختنه در نقاط مختلف جهان متفاوت است. اما شایع‌ترین آنها مناطق غربی، شرقی و شمال شرقی آفریقا، برخی از کشورهای آسیای، خاورمیانه و در میان برخی از جوامع مهاجر در آمریکای شمالی و اروپا است (۲). اما بیشترین شیوع در سومالی (۹۸

درصد)، گینه (۹۷ درصد)، جیبوتی (۹۳ درصد)، یمن (۲۱ درصد)، کنیا (۱۹ درصد) و تانزانیا (۱۵ درصد) گزارش شده است (۱). میزان شیوع ختنه در ایران بین ۷۰-۲۰ درصد در مطالعات و مناطق مختلف گزارش شده است (۳). همچنین در مطالعه مروری در ایران میزان شیوع ختنه زنان ۶۱ درصد گزارش شد (۴).
ختنه زنان با پیامدهای منفی سلامتی از جمله پیامدهای جسمی، روانی، اجتماعی و جنسی همراه است. شدت پیامدهای مربوط به سلامت ختنه زنان به میزان قابل توجهی مختلف بوده و به وسعت

۱- استاد، گروه مامائی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، انیستیتو تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲- کارشناسی ارشد مشاوره در مامائی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، انیستیتو تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۳- استادیار، گروه مامائی، دانشکده‌ی پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: الهام رضائی؛ استادیار، گروه مامائی، دانشکده‌ی پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر ختنه و عواهل پیش‌بینی کننده‌ی آن بر روی عملکرد جنسی، کیفیت زندگی جنسی و رضایت جنسی زنان در شهر پیرانشهر طراحی شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) و بخشی از رساله کارشناسی ارشد است که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در بخش زایمان شهرستان پیرانشهر از توابع استان آذربایجان غربی انجام شد. در تعیین حجم نمونه از مقایسه‌ی دو نسبت بر اساس مطالعه‌ی Gebremicheal و همکاران (۱۶) و در نظر گرفتن سطح خطای پنج درصد، توان ۸۰ درصد، حداقل حجم نمونه در هر گروه با استفاده از فرمول زیر ۱۵۷ نفر محاسبه شد که ۱۶۰ نفر در هر گروه و جمعاً ۳۲۰ نفر نمونه‌گیری شد.

بعد از اخذ مجوز کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (کد IR.UMSU.REC.1398.080)، رضایت مسؤولان بیمارستان و زنان مراجعه‌کننده، اهداف پژوهش به طور شفاف به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، از آنها رضایت‌نامه‌ی کتبی اخذ گردید. به زنان اطمینان داده شد که در تمامی مراحل از ثبت تا انتشار داده‌ها، اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و حق دارند هر زمان بخواهند از ادامه همکاری با مطالعه انصراف دهند.

افراد با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه (ختنه شده و نشده) بعد از همسان‌سازی از نظر داشتن سابقه‌ی اپی‌زیاتومی در زایمان‌های قبلی انتخاب شدند. هر دو گروه از بخش زایمان (در بخش زایمان پرینه کاملاً قابل معاینه و مشاهده می‌باشد و تشخیص وضعیت ختنه توسط پژوهشگر به راحتی انجام شد) بیمارستانی که در آن روزانه حدود ۱۰-۳ زایمان انجام می‌شود انتخاب شدند. در زمان پذیرش فرد در بخش زایمان در ابتدای کار برای اینکه اطمینان حاصل کنیم که آیا زنان ختنه شده‌اند یا نه؟ یک معاینه‌ی ژنیتال توسط پژوهشگر (کارشناسی ارشد مامایی) انجام می‌گرفت. سپس بر اساس طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی سطح ختنه مشخص و ثبت شد. یک گروه از بین مادرانی که ختنه شده‌اند و گروه دیگر نیز از مادرانی که ختنه نشده‌اند انتخاب شدند. انتخاب شرکت‌کنندگان به صورت مستمر تا دستیابی به تعداد نمونه‌ی قابل قبول ادامه داشت و اطلاعات از طریق پرسشنامه (دموگرافیک، رضایت، عملکرد و کیفیت زندگی جنسی) و مصاحبه تکمیل گردید و شاخص توده‌ی بدنی مادر نیز از روی دفترچه‌ی مراقبت مادر و نوزاد ثبت شد.

شرایط ورود به مطالعه (خانم‌های باردار با حاملگی تک قلوئی، افرادی که منتخب سزارین الکتیو نباشند یا سابقه‌ی سزارین نداشته باشند و نمایش سفالیک بودند) و معیار عدم ورود به پژوهش (استفاده از داروهای اعصاب و روان قبل و در دوران بارداری و عدم تمایل به

بافت برداشته شده بستگی دارد (۵). پیامدهای جسمی ختنه در برخی از مطالعات، با عوارض و پیامدهای کوتاه‌مدت به شکل خونریزی حاد، عفونت موضعی، و تأخیر یا نقص در ترمیم زخم و عوارض دراز مدت این عمل به صورت اسکار، زخم ژنیتال، دیس پارونی، کاهش کیفیت رابطه‌ی جنسی، درد مزمن پایین شکم است (۶).

از لحاظ پیامدهای روانی-اجتماعی، مشکلات روانشناختی (شامل ترس، نگرانی یا خجالت)، عوارض مرتبط به روانپزشکی (مانند اختلال استرسی بعد از حادثه) و اختلالات عاطفی ذکر شده است (۷). همچنین در مطالعه‌ی که روی پیامدهای جنسی ختنه انجام شد گزارش گردید که تمام جنبه‌های عملکرد جنسی زن یعنی میل، تحریک، ارگاسم، رضایتمندی و درد می‌تواند به علت ختنه آسیب ببیند (۸).

مطالعات اپیدمیولوژیکی و شواهد در رابطه با وجود ارتباط علیتی بین ختنه و عملکرد جنسی محدود هستند، اما شواهد نشان داد که بین زنان ختنه شده و نشده در عملکرد جنسی تفاوت وجود دارد و ختنه می‌تواند منجر به اختلال در میل جنسی، تحریک‌پذیری و ارگاسم، مقاربت دردناک، کاهش رضایت‌مندی و همچنین افزایش میزان ترس از برقراری رابطه‌ی جنسی و کاهش تقاضای رابطه‌ی جنسی از طرف زنان و در نهایت باعث عوارض جانبی بر کیفیت زندگی و اختلالات روانی شود (۶، ۹) زیرا تمایلات جنسی زنان، تعامل پیچیده از ساز و کارهای عصبی، روانی، فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی است که تحت تأثیر مسائل مختلف مانند شرایط روانی، فیزیولوژیکی و فرهنگی است (۱۰).

یک مطالعه‌ی فراتحلیل نشان داد زنان ختنه شده در مقایسه با زنان بدون ختنه تمایل جنسی و رضایت جنسی کمتری را گزارش کردند (۱۱). همچنین میل جنسی و صمیمیت جنسی در زنان ختنه شده کمتر از زنان ختنه نشده است (۱۲) و مطالعات دیگر نشان دادند تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمره حساسیت جنسی، درد و عملکرد جنسی در زنان ختنه نشده در مقایسه با زنان ختنه شده وجود ندارد (۱۳، ۱۴).

با توجه به ناهمگونی نتایج مطالعات موجود در این رابطه (۱۵) (وجود پیامدهای معکوس جنسی در زنان متعاقب ختنه در یکسری مطالعات و اینکه با بالا رفتن درجه عمل، زنان از مشکلات بیشتری در حین مراحل فعالیت جنسی خود شکایت دارند و از طرفی گزارش عدم تأثیر ختنه بر عملکرد جنسی زنان در مطالعات دیگر)، پیامدهای مختلف روانی، جسمی، اجتماعی ختنه زنان، تأثیر آن بر روابط جنسی و عاطفی زوجین و به تبع آن بر کارکردهای مختلف خانواده، عدم انجام پژوهش‌های داخلی کافی پیرامون این موضوع و مشکلات پیش روی آن در کشور ایران، نیز وجود و تداوم وقوع و شیوع ختنه‌ی زنان در شهرستان پیرانشهر ضرورت و اهمیت انجام این تحقیق پیش از پیش احساس شد. لذا مطالعه حاضر در تلاش بود تا به مطالعه بخش پیامدهای جنسی این عمل که کمتر به آن پرداخته شده بود بپردازد.

میل ۳/۳، تحریک روانی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایتمندی ۳/۸ و درد جنسی ۳/۸.

۳) پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی جنسی (The Sexual Quality of Life) توسط Maasoumi و همکاران ترجمه و روانسنجی شده و شامل ۱۸ گویه می‌باشد. با توجه به طیف لیکرت پرسشنامه، هر گویه از صفر تا پنج نمره‌گذاری شد. گویه‌های ۱۸، ۱۳، ۱۰، ۵، ۱، باید به طور معکوس نمره‌گذاری شود. نمره‌ی کل پرسشنامه بین ۹۰ تا ۰ است. در مطالعه‌ی Maasoumi و همکاران، روایی محتوا به روش $CVI = 0/091$ و $CVR = 0/084$ و ضریب آلفای ۰/۸۹۵ برای پایایی پرسشنامه به دست آمد (۲۱).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ (version 26, IBM Corporation, Armonk, NY) شدند. جهت مقایسه‌ی متغیرهای کمی بین دو گروه و به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از چولگی و کشیدگی استفاده گردید. بدلیل نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون ANCOVA جهت مقایسه‌ی دو گروه استفاده گردید.

یافته‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی (توصیفی-تحلیلی) از تیرماه ۱۳۹۹ تا فروردین‌ماه سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. از بین ۴۸۰ نفر از زنان که در این مقطع زمانی جهت زایمان مراجعه نموده بودند با توجه به معیارهای ورود، تمایل به شرکت زنان در پژوهش ۳۲۰ نفر انتخاب شدند که در دو گروه شامل ۱۶۰ نفر از زنان ختنه شده و ۱۶۰ نفر ختنه نشده بررسی گردیدند. میانگین (انحراف معیار) سنی زنان ختنه شده ۲۸/۸ (۶/۲۶) و زنان ختنه نشده ۲۵/۵۴ (۴/۷۳) بود. مشخصات جمعیت‌شناسی، تاریخچه‌ی مامائی و وضعیت ختنه در جدول ۱ گردآوری گردید.

بالاترین میزان تحصیلات در زنان ختنه شده مقطع ابتدایی (فراوانی (درصد)) ۵۷ (۳۵/۶) و در زنان ختنه نشده مقطع راهنمایی ۸۳ (۵۱/۹) بود. در هر دو گروه شغل اکثر زنان خانه داری بود. در زنان ختنه شده محل تولد اکثر زنان در روستا ۸۱ (۵۰/۶) و در زنان ختنه نشده در شهر ۱۲۹ (۸۰/۶) بود. سن ختنه در زنان ختنه شده ۴/۳۹ (۲/۳۵)، درجه ختنه در اکثر زنان ۱۳۴ (۸۵/۴) درجه یک و فقط ۱۴/۶ درصد درجه ۲ بود. علت اکثر موارد ختنه مذهبی ۸۷ (۵۵/۴) بود. همچنین در اکثر زنان ۱۰۴ (۶۶/۲) فرد متخبی از روستا ختنه را انجام داده بود که شایع‌ترین پیامد آن کاهش میل جنسی ۱۰۵ (۶۶/۹) گزارش شد. همچنین ۸۸/۸ درصد زنان ختنه شده و ۹۷/۵ درصد زنان ختنه نشده مخالفت خود را نسبت به عمل ختنه زنان اعلام نمودند. در این مطالعه ۵۱/۹ درصد (۸۳ نفر) زنان در گروه ختنه شده

ادامه همکاری در هر مرحله شرکت در پژوهش) مدنظر قرار داده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ی ۴ بخشی که شامل پرسشنامه‌ی محقق ساخته (اطلاعات دموگرافیک، تاریخچه‌ی مامائی، سؤالاتی در مورد ختنه) و پرسشنامه‌های جنسی بود.

پرسشنامه‌ی محقق ساخته شامل: اطلاعات دموگرافیک زنان (سن، شغل، محل تولد، تحصیلات فرد، محل سکونت)، تاریخچه‌ی مامائی (سن حاملگی، پاریته، شاخص توده‌ی بدنی، سن اولین رابطه‌ی جنسی) و سؤالاتی در مورد وضعیت ختنه (از طریق مشاهده‌ی دستگاه تناسلی از نظر تأیید انجام یا عدم انجام ختنه و درجات آن) بود. این پرسشنامه با بررسی ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی گروه مامائی دانشکده از نظر روایی محتوا و صوری بررسی و تأیید گردید.

پرسشنامه‌های جنسی شامل: ۱) پرسشنامه‌ی استاندارد رضایت جنسی Hudson و همکاران ۱۹۸۱ (۱۷)، دارای ۲۵ گویه می‌باشد و جزء پرسشنامه‌های خودگزارش دهی محسوب می‌شود. پاسخ آزمودنی در سطح یک مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰ تا ۶ مشخص می‌شود. پاره‌ای از سؤالات، نمره‌گذاری معکوس (شامل سؤالات ۲۵، ۲۴، ۲۰، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۱، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴) دارد. در مجموع نمره‌ی آزمودنی‌ها در کل آزمون بین ۱۵۰ تا ۲۵ است. نمره بین ۵۰ تا ۲۵ نشان‌دهنده‌ی رضایت جنسی کم، نمره‌ی بین ۱۰۰ تا ۵۰ متوسط و نمره‌ی بالاتر از ۱۰۰ نمایانگر رضایت جنسی زیاد است. پایایی در این مطالعه روایی ابزار به وسیله‌ی روش اعتبار محتوا (پلنل متخصصین) با آلفای کرونباخ (۰/۹۱) و پایایی آن با روش باز آزمایی (با فاصله‌ی یک هفته) محاسبه گردید (۰/۹۳). همچنین روایی این مقیاس از طریق همبستگی آن با خرده مقیاس رضایت جنسی پرسشنامه انریچ نیز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۷۴ به دست آمد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ی ایرانی تأیید شده است (۱۸).

۲) شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index) FSFI که با ۱۹ گویه، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه شامل: میل (Desire)، تحریک روانی، رطوبت (Lubrication)، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد (۸). در مطالعات متعدد در ایران استفاده و روانسنجی گردیده است (۱۹، ۲۰). با جمع کردن نمرات ۶ حوزه باهم، نمره‌ی کل مقیاس به دست می‌آید. به این ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره‌ی بیشتر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. نمره‌ی صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته‌ی گذشته فعالیت جنسی نداشته است. نقطه‌ی برش برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها به ترتیب عبارت هستند از: کل مقیاس ۲۸ (نمره‌ی مساوی و کمتر از ۲۸ دارای اختلال عملکرد و نمره‌ی بالاتر از ۲۸ بدون اختلال عملکرد جنسی تقسیم‌بندی شد)،

جدول ۱. مقایسه‌ی مشخصات دو گروه زنان ختنه شده و ختنه نشده

متغیرها	زنان ختنه شده ۱۶۰ نفر	زنان ختنه نشده ۱۶۰ نفر
سن	۲۸/۸ ± ۶/۲۶	۲۵/۵۴ ± ۴/۷۳
بی سواد	۴۱ (۲۵/۶)	۸ (۵/۸)
تحصیلات	ابتدایی	ابتدایی
	راهنمایی	راهنمایی
	دانشگاهی	دانشگاهی
جمعیت‌شناسی	خانه دار	خانه دار
	شاغل	شاغل
	دانشجو	دانشجو
محل تولد	شهر	شهر
	روستا	روستا
محل سکونت	شهر	شهر
	روستا	روستا
شاخص توده بدنی (kg/m ²)	۵/۰۹ ± ۲۷/۳۲	۴/۱۳ ± ۲۵/۹۵
تاریخچه مامایی	سن بارداری (سال)	سن بارداری (سال)
	تعداد زایمان	تعداد زایمان
	درجه ۱	درجه ۱
	درجه ۲	درجه ۲
	سن ختنه	سن ختنه
	مذهبی	مذهبی
	پاکیزگی	پاکیزگی
	علت ختنه	علت ختنه
	کاهش میل جنسی	کاهش میل جنسی
وضعیت ختنه	نمی دانم	نمی دانم
	فرد منتخب روستایی	فرد منتخب روستایی
	فامیل	فامیل
	همسایه	همسایه
	نمی دانم	نمی دانم
	موافق	موافق
	مخالف	مخالف
	نظر نسبت به ختنه	نظر نسبت به ختنه

متغیرهای کمی: میانگین ± انحراف معیار؛ متغیرهای کیفی: فراوانی (درصد)

رضایت جنسی زیاد (بالای ۱۰۰) و ۴۸/۱ درصد (۷۷ نفر) رضایت جنسی متوسط (۵۱-۱۰۰) را گزارش نمودند در صورتی که در زنان ختنه نشده به ترتیب ۵۴/۱ (۸۷ نفر) و ۴۵/۹ (۷۳ نفر) بود. همچنین اختلال عملکرد جنسی (نمره‌ی مساوی یا کمتر از ۲۸) در گروه ختنه شده ۸۳/۹ درصد و در گروه ختنه نشده ۷۱/۶ درصد گزارش شد.

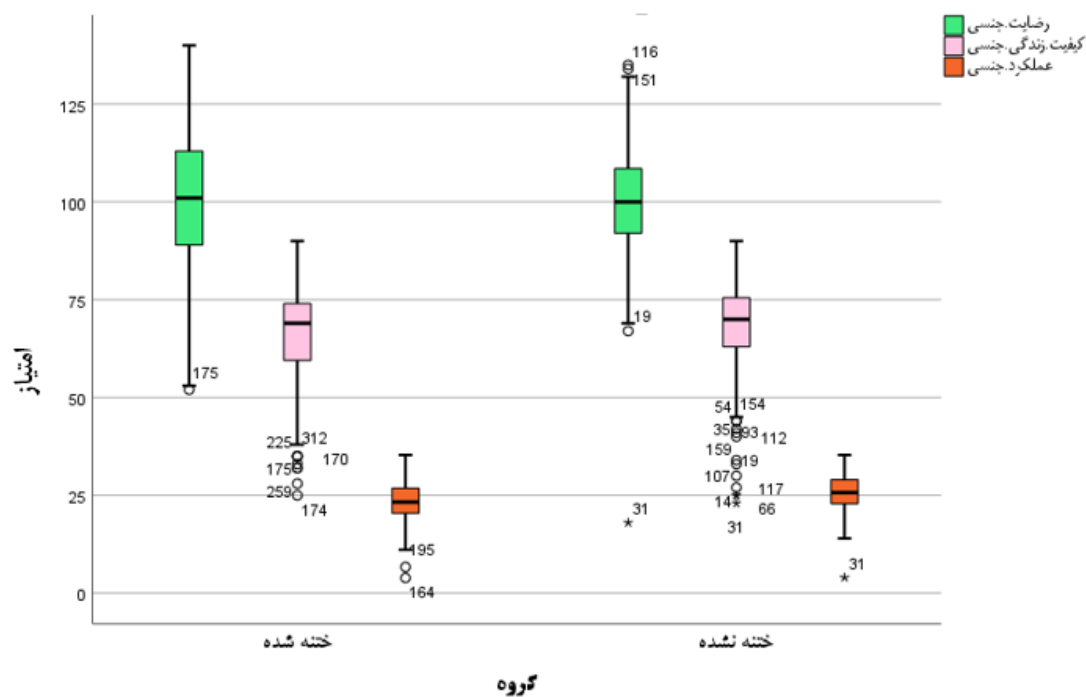
طبق جدول ۲ و شکل ۱، دو گروه از نظر رضایت جنسی، کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی بعد از کنترل متغیرهایی که ممکن بود نقش مخدوش‌کنندگی داشته باشند (سن زنان $P = ۰/۰۰۸$ ، سن در اولین رابطه جنسی $P = ۰/۰۴۵$)، تعداد زایمان‌های قبلی $P = ۰/۰۴$

رضایت جنسی زیاد (بالای ۱۰۰) و ۴۸/۱ درصد (۷۷ نفر) رضایت جنسی متوسط (۵۱-۱۰۰) را گزارش نمودند در صورتی که در زنان ختنه نشده به ترتیب ۵۴/۱ (۸۷ نفر) و ۴۵/۹ (۷۳ نفر) بود. همچنین اختلال عملکرد جنسی (نمره‌ی مساوی یا کمتر از ۲۸) در گروه ختنه شده ۸۳/۹ درصد و در گروه ختنه نشده ۷۱/۶ درصد گزارش شد.

طبق جدول ۲ و شکل ۱، دو گروه از نظر رضایت جنسی، کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی بعد از کنترل متغیرهایی که ممکن بود نقش مخدوش‌کنندگی داشته باشند (سن زنان $P = ۰/۰۰۸$ ، سن در اولین رابطه جنسی $P = ۰/۰۴۵$)، تعداد زایمان‌های قبلی $P = ۰/۰۴$

جدول ۲. تحلیل کواریانس تأثیر ختنه بر رضایت، عملکرد و کیفیت زندگی جنسی

متغیرها	زنان ختنه شده		زنان ختنه نشده		کشیده گی	چولگی	درجه آزادی	مربع میانگین*	F	P	اثر ضریب تا**
	میانگین (انحراف معیار)	حدافل-حداکثر	میانگین (انحراف معیار)	حدافل-حداکثر							
رضایت جنسی (۱۵۰-۲۵)	۱۰۰/۳۵ (۱۷/۷۶)	۱۰۰/۴۳ (۱۴/۷۵)	۶۷/۵۹ (۱۲/۹۵)	۶۴-۱۳۵	-۱/۸۱۱	-۰/۴۴۶	۱۴۴۰/۸۷	۵/۶۵	</۰۰۱	۰/۰۵۱	
کیفیت زندگی جنسی (۹۰-۰)	۶۵/۸۱ (۱۳/۹۷)	۶۷/۵۹ (۱۲/۹۵)	۲۳-۹۰	۲۵-۹۰	۱/۱۳۶	-۱/۰۲۶	۱۴۵۹/۲۹	۸/۶۰	</۰۰۱	۰/۰۷۵	
میل (Desire)	۳/۶۵ (۱/۰۱)	۴/۱۳ (۰/۹۷)	۱/۲-۶	۱/۲-۶	۰/۰۲۱	-۰/۲۱۶	۱۱/۰۸	۱۱/۷۶	</۰۰۱	۰/۱۰۰	
تحریک روانی (Arousal)	۳/۶۸ (۱/۲۱)	۴/۳۶ (۱/۰۷)	۱/۲-۶	۰/۳-۶	۰/۴۸۳	-۰/۲۶۳	۱۶/۸۵	۱۳/۶۵	</۰۰۱	۰/۱۴۸	
رطوبت (Lubrication)	۴/۰۳ (۱/۰۵)	۴/۲۲ (۰/۸۸)	۰-۶	۰-۶	۲/۵۲۱	-۰/۵۷۵	۸/۲۸	۹/۲۹	</۰۰۱	۰/۰۸۱	
ارگاسم (Orgasm)	۳/۹۲ (۱/۰۱)	۴/۲۹ (۱/۰۱)	۰-۶	۰-۶	۱/۱۱۹	-۰/۴۴۷	۵/۹۰	۵/۲۳	۰/۰۰۲	۰/۰۴۷	
رضایتمندی (Satisfaction)	۴/۰۳ (۱/۱۲)	۴/۴۷ (۱/۰۱)	۰-۶	۱/۶-۶	۰/۲۰۶	-۰/۵۹۸	۱۶/۶۹	۱۶/۷۲	</۰۰۱	۰/۱۳۷	
درد جنسی (Pain)	۴/۱۳ (۱/۲۶)	۴/۳۹ (۱/۰۱)	۰-۶	۰-۶	۱/۵۹۳	-۰/۰۱۷	۵/۱۰	۳/۹۰	۰/۰۴۹	۰/۰۱۲	
نمره ی کل عملکرد جنسی (۳۶-۶)	۲۳/۴۷ (۵/۳۵)	۲۵/۸۸ (۴/۵۸)	۳/۹-۳۵	۴-۳۵/۳	۱/۳۲۱	-۰/۵۴۹	۲۸۱/۰۱	۱۲/۲۰	</۰۰۱	۰/۱۳۴	



شکل ۱. مقایسه رضایت، عملکرد و کیفیت زندگی جنسی در دو گروه زنان ختنه شده و نشده

جدول ۳. عوامل پیش‌بینی‌کننده رضایت، کیفیت و عملکرد جنسی زنان ختنه شده بر طبق رگرسیون خطی ساده و چندگانه

متغیرها	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده ضریب تعیین		P	t
	خطای معیار	بتا (β)	بتا (Beta)	(R2)		
رضایت جنسی	۰/۶۳	۱/۵۱	۰/۱۹	۰/۰۹۲	۰/۰۱۸	۲/۳۹
کیفیت زندگی جنسی	۰/۴۹	۱/۰۹	۰/۱۸	۰/۰۸۱	۰/۰۲۷	۲/۲۳
نمره‌ی کل عملکرد جنسی درجه ختنه (درجه ۲)	۱/۳۴	-۲/۸۷	-۰/۱۹	۰/۰۷۳	۰/۰۳۴	-۲/۱۴
بعد تحریک روانی	۰/۲۹	-۰/۷۳	-۰/۲۱	۰/۰۹۵	۰/۰۱۴	-۲/۴۹
بعد ارگاسم	۰/۰۱	-۰/۰۴	-۰/۱۶	۰/۰۹۵	۰/۰۴	-۲/۰۷
عملکرد جنسی	۰/۱۸	-۰/۶۲	-۰/۱۹	۰/۰۹۹	۰/۰۲۵	-۲/۲۶
بعد رضایتمندی	۰/۴۰	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۱۱۷	۰/۰۳۴	۲/۱۳
بعد درد	۰/۰۸	-۰/۰۴	-۰/۱۹	۰/۰۴۹	۰/۰۱۴	۲/۴۷
	-۰/۷۹	-۰/۲۷	-۰/۲۲		۰/۰۱۸	-۲/۳۸
					۰/۰۰۵	-۲/۸۴

متغیرهای مجازی: درجه ختنه (درجه ۱) (رفرنس) و (۲)؛ محل تولد (شهر (رفرنس) و روستا)

۱/۰۹ واحد نمره‌ی کیفیت زندگی جنسی افزایش می‌یابد. همچنین سن ختنه قادر بود ۹ درصد از تغییرات رضایت جنسی (۰/۰۹۲ = R2) و ۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی جنسی را پیش‌بینی نماید (R2 = ۰/۰۸۱). درجه ختنه ۲ نسبت به ۱ بیشترین میزان تأثیر و پیش‌بینی‌کننده را بر روی نمره‌ی کلی عملکرد جنسی (P = ۰/۰۱۸; β = - ۲/۸۷) و ابعاد آن داشت، به این معنی که به ازای یک واحد افزایش درجه‌ی ختنه، ۲/۸۷ واحد نمره‌ی کل عملکرد جنسی کاهش می‌یابد. کاهش به این شکل در کلیه ابعاد عملکرد جنسی بجز بعد رضایتمندی اثبات گردید و درجه‌ی ختنه قادر بود ۷ درصد از تغییرات عملکرد جنسی را پیش‌بینی نماید (R2 = ۰/۰۷۳).

بحث

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، میزان اختلال عملکرد جنسی در زنان ختنه شده ۸۳/۹ درصد (و ختنه نشده ۷۱/۶ درصد) گزارش شد که فراتر از میزان گزارش شده (شیوع اختلال جنسی در زنان) طبق مطالعات (۲۰-۷۰ درصد) در ایران بود (۶، ۷)، اما تقریباً همسوی با میزان اختلال عملکرد جنسی در کشورهای چون سومالی، گینه و جیبوتی بود (۱). در این مطالعه بیشتر موارد ختنه در زنان توسط فرد روستایی (۶۶/۲ درصد) و در سنین زیر ۵ سال انجام گرفته بود. نتایج پژوهش حاضر تقریباً همسوی با نتایج مطالعه‌ی Pashaei و همکاران بود که اکثر موارد ختنه در مطالعه‌ی آنها نیز توسط فرد روستایی (۸۵/۷ درصد) و در سنین کمتر از ۷ سال انجام می‌گرفت (۲۲). مطالعه‌ی توسط Rianga و همکاران در خصوص پیامدهای سلامتی ختنه زنان انجام گرفت که تا حدودی همسوی با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان دادند، ختنه‌ی زنان، باعث افزایش مشکلات

تأثیر در تحلیل کوواریانس به ترتیب ۱۰، ۱۴، ۸، ۷، ۱۳ و ۱ درصد تغییرات میل، تحریک، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد وابسته به ختنه در زنان بود.

جهت تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده رضایت، کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان در گروه ختنه شده از تحلیل رگرسیون خطی ساده و چندگانه استفاده گردید. قبل از انجام این آزمون پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی استقلال خطاها از آزمون Durbin-Watson استفاده گردید که مقدار آن برای رضایت جنسی ۱/۷۰، عملکرد جنسی ۱/۷۸ و برای کیفیت زندگی جنسی ۲/۰۱ به دست آمد که در محدوده‌ی ۲/۵-۱/۵ قرار داشته و به معنی عدم همبستگی بین خطاها بود.

همچنین فقدان هم‌خطی برای متغیرهای پیش‌بین براساس مقادیر تورم واریانس (Variance inflation factor) کمتر از ۲/۵ اثبات گردید. نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته نیز با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی تأیید گردید. جهت ورود متغیرهای پیش‌بین (سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سن ختنه، درجه ختنه، شاخص توده بدنی، محل تولد) از روش همزمان که کلیه متغیرهای وارد شده در یک مرحله در تعیین رگرسیون وارد شدند استفاده گردید و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده‌ی معنی‌دار با رضایت، کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان در جدول ۳ گزارش گردیدند.

در روش همزمان بر طبق ضرایب جدول رگرسیونی در زنان ختنه شده (جدول ۳)، سن ختنه، بیشترین میزان تأثیر و پیش‌بینی‌کننده‌ی معنی‌دار رضایت جنسی (P = ۰/۰۱۸; β = ۱/۵۱) و کیفیت زندگی جنسی (P = ۰/۰۲۷; β = ۱/۰۹) بود. به این معنی که به ازای یک واحد افزایش در سن ختنه، به اندازه‌ی ۱/۵۱ واحد نمره‌ی رضایت جنسی و

ایجاد تمایز بین ختنه‌ی زنان و جراحی‌های زیبایی تناسلی، مشکل‌ساز است. برخی هر دو را موضوعی انتخابی شخصی تلقی کنند، در حالی که در عین حال هر دو توسط جامعه و فرهنگ برانگیخته می‌شوند با این تفاوت که ختنه‌ی زنان عملی تحمیلی و تحت تأثیر فشار فرهنگی و جراحی زیبایی تناسلی عملی انتخابی تحت تأثیر هنجارهای فرهنگی و تمایلات جنسی زنان می‌باشد البته جراحی‌های زیبایی تناسلی انتخابی برخلاف ختنه تحمیلی (۲۸)، در بهبود عملکرد جنسی زنان و کاهش قلیل توجه در شاخص‌های اضطرابی زنان در روابط جنسی آنها بوده است (۲۹).

در این پژوهش با توجه به فرهنگ کشور ایران و شیوع ۶۱ درصدی ختنه در آن (۴) در خصوص مسائل جنسی و ختنه‌ی زنان، فقط از بخش زایمان جهت انجام پژوهش و بررسی زنان استفاده شد. نقاط قوت این مطالعه بررسی و تأکید بر آثار منفی ختنه‌ی زنان به عنوان یک مشکل سلامت زنان بود (که متأسفانه هنوز هم در تعدادی مناطق در حال انجام می‌باشد) تا بتوان به تغییر دیدگاه‌ها و ارتقای سلامت باروری و جنسی زنان با توجه به نگرانی‌های بهداشت عمومی در زمینه‌ی ختنه‌ی زنان دست یابیم.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، ختنه‌ی زنان بر رضایت جنسی، کیفیت زندگی جنسی و کلیه‌ی ابعاد عملکرد جنسی زنان اثرگذار بوده و ۸۸ درصد زنان ختنه شده و ۹۷ درصد زنان ختنه نشده، مخالفت خود را نسبت به عمل ختنه‌ی زنان اعلام نمودند. این مطالعه سعی در آگاه‌سازی مراقبان سلامت در خصوص مشاوره‌ی سلامت جنسی و تغییر دیدگاه‌های خانواده‌ها در جهت ارتقای سلامت جنسی زنان داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مامائی با کد (۸۱۳۴) در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بود و در بیمارستان شهرستان پیرانشهر از توابع استان آذربایجان غربی به اجرا در آمد. بدین وسیله از مسئولان دانشکده‌ی پرستاری و مامائی ارومیه، رؤسا و مسئولین بیمارستان پیرانشهر، کلیه‌ی زنانی که در مطالعه شرکت نموده‌اند و همچنین واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکر و قدردانی می‌شود.

جنسی، میزان خونریزی، درد، مشکلات روانی و عوارض زایمانی (سقط و مرده‌زایی) بود (۲۳). برخلاف نتایج مطالعه‌ی حاضر، مطالعه‌ی Shafaati Laleh و همکاران در ایران اختلاف معنی‌دار در زنان ختنه شده و ختنه نشده از نظر میل، تحریک روانی و ارگاسم نشان نداد. در این مطالعه فقط نمره‌ی رطوبت و رضایتمندی جنسی به عنوان ابعاد عملکرد جنسی در زنان ختنه شده کمتر از ختنه نشده بود که همسو با مطالعه‌ی حاضر بود (۲۴).

در این مطالعه، ارتباط معنی‌دار بین رضایت جنسی و کیفیت زندگی جنسی با سن ختنه زنان مشاهده شد. سن ختنه، پیش‌بینی‌کننده‌ی ۶ درصد میزان رضایت جنسی و ۴ درصد کیفیت زندگی جنسی بود که با افزایش سن ختنه، نمره‌ی رضایت جنسی و کیفیت زندگی جنسی افزایش نشان داد. شاید دلیل این امر را در تکامل جسمی بیشتر زنان با افزایش سن می‌توان دانست که به دلیل نابالغ بودن دستگاه تناسلی در سن کودکی ختنه در این سن آثار مخرب بیشتری بر رضایت جنسی و کیفیت زندگی جنسی داشته باشد. چنانچه نتایج مطالعه‌ی El-Naser و همکاران نیز مؤید این مطلب می‌باشد و با کاهش سن ختنه‌ی نمره‌ی رضایت و کیفیت زندگی جنسی کاهش نشان داده بود (۱۴).

مطالعه‌ی پدیدارشناسی Martínez-Linares و همکاران در خصوص تجربه‌ی زنان ختنه شده از ختنه، نشان داد کلیه‌ی زنان آن را یک رویداد بسیار تهاجمی، خشن و آسیب‌زا گزارش کردند که باعث ایجاد احساسات منفی قابل توجهی در آنها می‌شود و در تمام عمر باقی می‌ماند. اما کلیه‌ی زنان مجبور به پذیرفتن این عمل، بخاطر فشارهای اجتماعی می‌شوند (۲۵)، نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بود که در آن ۸۸/۸ درصد زنان ختنه شده مخالفت خود را به انجام ختنه زنان اعلام نمودند. همچنین مطالعه‌ی Wulfes و همکاران نشان داد ۵۵/۴ درصد زنان ختنه شده اختلال استرس (PTSD (Post-traumatic stress disorder) بعد از ختنه را تجربه نموده و نیاز به حمایت‌های شناختی عاطفی پیدا کرده‌اند (۲۶).

مطالعه‌ی دیگری توسط Adelekan و همکاران در نیجریه در خصوص ارتباط ختنه زنان و رفتارهای جنسی انجام گرفت و نمایانگر آن بود که ختنه با پیامدهای رفتاری جنسی مثبتی (تأخیر در اولین رابطه‌ی جنسی و وفاداری زناشویی) همراه نبود. لذا این محققان نیز به ارتقای سلامت جنسی و باروری زنان با حذف ختنه در سطح ملی و جهانی توجه و تأکید نمودند (۲۷).

References

1. UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a global concern. [February 3, 2016] Available from: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern/>.
2. Fund UNCs, Gupta GR. Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. UNICEF, United Nations Children's Fund; 2013. p. 184-90.

3. Daneshkhah F, Allahverdipour H, Jahangiri L, Andreeva T. Sexual function, mental well-being and quality of life among Kurdish circumcised women in Iran. *Iran J Public Health* 2017; 46(9): 1265-74.
4. Abdoli S, Masoumi SZ, Jenabi E. Investigation of prevalence and complications of female genital circumcision: a systematic and meta-analytic review study. *Curr Pediatr Rev* 2021; 17(2): 145-60.
5. Mulongo P, Hollins Martin C, McAndrew S. The psychological impact of female genital mutilation/cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *J Reprod Infant Psychol* 2014; 32(5): 469-85.
6. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, et al. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *Int J Womens Health* 2013; 5: 323.
7. Vloeberghs E, Van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethn Health* 2012; 17(6): 677-95.
8. Rouzi AA, Berg RC, Sahly N, Alkafy S, Alzaban F, Abduljabbar H. Effects of Female Genital Mutilation/Cutting on the Sexual Function of Sudanese Women: A Cross-Sectional Study. *Obstet Gynecology Survey* 2018; 73(1): 20-1.
9. Bjälkander O, Grant DS, Berggren V, Bathija H, Almroth L. Female genital mutilation in Sierra Leone: forms, reliability of reported status, and accuracy of related demographic and health survey questions. *Obstet Gynecol Int* 2013; 2013: 680926.
10. Biglu M-H, Farnam A, Abotalebi P, Biglu S, Ghavami M. Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions. *Sex Reprod Healthc* 2016; 10: 3-8.
11. Berg RC, Denison E. A tradition in transition: factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation/cutting (FGM/C) summarized in a systematic review. *Health Care Women Int* 2013; 34(10): 837-59.
12. Ibrahim ZM, Ahmed MR, Mostafa RM. Psychosexual impact of female genital mutilation/cutting among Egyptian women. *Human Androl* 2012; 2(2): 36-41.
13. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril* 2010; 93(3): 722-4.
14. El-Naser T, Farouk A, El-Nashar A, Mostafa T. Sexual side effects of female genital mutilation/cutting may be type dependent: a hospital-based study KAJOG Kasr Al-Aini. *J Obstet Gynecol* 2010; 1(2): 65-74.
15. Ismail SA, Abbas AM, Habib D, Morsy H, Saleh MA, Bahloul M. Effect of female genital mutilation/cutting; types I and II on sexual function: case-controlled study. *Reprod Health* 2017; 14(1): 1-6.
16. Gebremicheal K, Alemseged F, Ewunetu H, Tolossa D, Ma'alin A, Yewondwessen M, et al. Sequela of female genital mutilation on birth outcomes in Jijiga town, Ethiopian Somali region: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18(1): 305.
17. Hudson WW, Harrison DF, Crosscup PC. A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *J Sex Res* 1981; 17(2): 157-74.
18. Talayizadeh F, Bakhtiyarpour S. The relationship between marital satisfaction and sexual satisfaction with couple mental health [in Persian]. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2016; 10(40): 37-47.
19. Asadi L, Ziaei T, Koochak HE, Montazeri A, Rezaei E, Moghadam ZB, et al. Effect of counseling based on PLISSIT model on sexual function of HIV-positive married women. *HIV & AIDS Review International Journal of HIV-Related Problems* 2018; 17(3): 169-75.
20. Moghadam ZB, Rezaei E, Faezi ST, Zareian A, Ibrahim FM, Ibrahim MM. Prevalence of sexual dysfunction in women with systemic lupus erythematosus and its related factors. *Reumatologia/Rheumatology* 2019; 57(1): 19-26.
21. Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reprod Health* 2013; 10: 25.
22. Pashaei T, Rahimi A, Ardalani A, Felah A, Majlessi F. Related factors of female genital mutilation (FGM) in Ravansar (Iran). *J Women's Health Care*. 2012; 1(2): 108.
23. Rianga RM, Mutiso MM. Knowledge, Experiences and Perceptions of Abagusii Community of Kisii County, Kenya on the Health Consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *International Journal of Research in Humanities and Social Studies* 2022; 9(2): 19-30.
24. Shafaati Laleh S, Maleki A, Samiei V, Roshanaei G, Soltani F. The comparison of sexual function in women with or without experience of female genital circumcision: A case-control study in a Kurdish region of Iran. *Health Care Women Int* 2022; 43(1-3): 194-206.
25. Martínez-Linares JM, López-Entrambasaguas OM, Fernández-Medina IM, Berthe-Kone O, Fernández-Sola C, Jiménez-Lasserrotte MdM, et al. Lived experiences and opinions of women of sub-Saharan origin on female genital mutilation: A phenomenological study. *J Clin Nurs* 2023; 32(11-12): 2547-58.
26. Wulfes N, von Fritschen U, Strunz C, Kröhl N, Scherer R, Kröger C. Cognitive-Emotional Aspects of Post-Traumatic Stress Disorder in the Context of Female Genital Mutilation. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(9): 4993.
27. Adelekan B, Kareem YO, Abubakar Z, Bungudu K, Aderemi A, Goldson E, et al. Female genital mutilation and sexual behaviour by marital status among a nationally representative sample of Nigerian women. *Reprod Health* 2022; 19(1): 1-9.
28. Kakal T, Hidayana I, Kassegne AB, Gitau T, Kok M, van der Kwaak A. What makes a woman? Understanding the reasons for and circumstances of female genital mutilation/cutting in Indonesia, Ethiopia and Kenya. *Cult Health Sex* 2023; 25(7): 897-913.
29. Aglamis SO, Asfuroglu A, Koudonas A. The impact of vaginoplasty on female and male sexual function and satisfaction. *Aesthet Surg J* 2024; 44(12): NP892-NP897.

The Survey of Circumcision's Effect on Sexual Function, Sexual Satisfaction and Quality of Sexual Life in Pregnant Women

Soheila Rabiepoor¹, Zeynab Ahmadi², Elham Rezaei³

Original Article

Abstract

Background: Female circumcision can be associated with unfavorable health outcomes, including physical, psychological, social, and sexual consequences. The present study was conducted to investigate the effect of circumcision and its predictor factors on sexual performance, life, and satisfaction of women.

Methods: The present study was a cross-sectional (descriptive-analytical) study of 320 women referred to the childbirth ward in 2019-2020. It was done using the available sampling method. Information was collected through questionnaires and interviews. The data collection tool was a 4-part questionnaire that included a researcher-made questionnaire, sexual questionnaires, and sexual quality of life. After collecting the data, they were analyzed using ANCOVA, a simple and multiple linear regression.

Findings: The mean score of sexual satisfaction, sexual function, and quality of sexual life in two groups (circumcised and uncircumcised women) showed a statistically significant difference ($P < 0.001$). Also, the mean score in all dimensions of sexual function was significant in two groups (desire ($P < 0.001$), stimulation ($P < 0.001$), humidity ($P < 0.001$), orgasm ($P = 0.002$), satisfaction ($P < 0.001$), pain ($P = 0.049$), respectively). The rate of sexual dysfunction in circumcised women was 83.9%, and in uncircumcised women was 71.6%. According to the coefficient effect in covariance analysis, 5, 7, and 13% changes in sexual satisfaction, sexual quality of life, and sexual function in women were related to circumcision, respectively. Also, the age of circumcision has the most outstanding effect and is a significant predictor of sexual satisfaction ($\beta: 1.51$; $P: 0.018$; $CI95\%: 2.77$ to 0.26) and quality of sexual life ($P: 0.027$; $CI95\%: 0.12$ to 2.06). The degree of circumcision 2 compared to 1 has the most distinguished effect and predictor on the overall sexual function score ($\beta: 2.87$; $P: 0.018$; $CI95\%: -0.22$ to -5.52) and its dimensions.

Conclusion: The findings of the present study showed a decrease in the sexual satisfaction action and quality of life scores in circumcised women, and by emphasizing the negative consequences of circumcised women's sexual health, it tried to inform healthcare providers about counseling to change the views of families to improve women's sexual health.

Keywords: Circumcision; Women; Sexual dysfunction

Citation: Rabiepoor S, Ahmadi Z, Rezaei E. **The Survey of Circumcision's Effect on Sexual Function, Sexual Satisfaction and Quality of Sexual Life in Pregnant Women.** J Isfahan Med Sch 2025; 42(791): 995-1003.

1- Professor, Department of Midwifery, Reproductive Health Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

2- MSc of Consultation on Midwifery, Reproductive Health Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

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

Corresponding Author: Elham Rezaei, Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran; Email: rezai520@yahoo.com