

## ارتباط نمایه توده بدنی با اختلال عملکرد جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی قم، سال ۱۳۸۹

مرضیه ربیسی<sup>۱</sup>، هدی احمری طهران<sup>۱\*</sup>، عصمت جعفریگلوی<sup>۱</sup>، اشرف خرمی راد<sup>۲</sup>، مهدی نوروزی<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** عملکرد جنسی مطلوب، عامل مهمی در تحکیم خانواده محسوب می شود و منشأ بسیاری از تحولات در زندگی انسان است که می تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد. چاقی نیز به عنوان یک اپیدمی جدید، جمعیت جهانی را تحت تأثیر قرار داده است. تحقیقات نشان داده اند اختلال عملکرد جنسی در مردان با چاقی ارتباط دارد، اما این ارتباط در زنان هنوز مبهم است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین نمایه توده بدنی با اختلال عملکرد جنسی زنان انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه مورد - شاهدی از بین زنانی که برای مراقبت به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر قم مراجعه کرده بودند ۷۷ نفر دارای اختلال عملکرد جنسی (نمره کمتر یا مساوی ۲۸) با ۶۴ نفر زن سالم و بدون اختلال عملکرد جنسی (نمره بیشتر از ۲۸) با استفاده از پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی زنان مورد مقایسه قرار گرفتند. برای تعیین نمایه توده بدنی، قد و وزن و تعیین توزیع چربی در بدن؛ محیط دور کمر و دور باسن اندازه گیری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری تی تست، کای دو و رگرسیون چند متغیره، در سطح معنی داری ( $p < 0.05$ ) صورت گرفت.

**یافته ها:** نمایه توده بدنی در گروه مورد  $34.1 \pm 5.4$  و در گروه شاهد  $26 \pm 4.4$  بود، که در این رابطه آزمون آماری بین نمایه توده بدنی با اختلال عملکرد جنسی، ارتباط معنی داری را نشان داد ( $p < 0.05$ ). همچنین در گروه مورد، بیشترین اختلال در فاز برانگیختگی و در گروه شاهد در فاز درد جنسی مشاهده شد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** براساس نتایج این مطالعه، به نظر می رسد چاقی روی برخی از حیطه های عملکرد جنسی زنان تأثیر گذار است. بنابراین، انجام مطالعات مداخله ای کاهش وزن در زنان چاق دچار اختلال عملکرد جنسی ضروری است تا رابطه بین چاقی و اختلال عملکرد جنسی روشن تر بیان شود.

**کلید واژه ها:** نمایه توده بدنی؛ اختلال عملکرد جنسی؛ زنان؛ پرسشنامه عملکرد جنسی؛ چاقی.

<sup>۱</sup>مری مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

<sup>۲</sup>مری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

<sup>۳</sup>دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول مکاتبات:

هدی احمری طهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

ahmari9929@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۶/۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۲۵

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

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(5):53-59. [Full Text in Persian]

## مقدمه

غریزه جنسی و میل برگرفته از آن منشأ تحولات مهمی در ابعاد گوناگون زندگی انسانی است. این اثرگذاری تا اندازه‌ای است که برخی میل جنسی را فرمانروای گمنام همه ملت‌ها و جوامع دانسته‌اند. در نگاه اسلامی و شیعی، غریزه جنسی به‌عنوان یک موهبت الهی تلقی شده، و وسیله‌ای برای پاسخگویی به نیاز لذت‌طلبی انسان و بقای نوع انسانی است (۱). در نظام خانواده و چهارچوب ازدواج، ارضای غریزه فطری و جنسی، نه تنها مجاز؛ بلکه مستحب و گاه واجب شمرده شده و به زن و مرد اجازه و امکان تمتع و تفرج از این غریزه فطری و الهی و ارضای این نیاز واقعی روانی داده شده است. شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی طبیعی و غیرطبیعی انسان، یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشت عمومی، به‌ویژه بهداشت روان است که اغلب مردم با آن دست به‌گریبند و عدم شناخت انحرافات ناشی از آن، مخل سلامت تن و روان و مضر به حال جامعه بوده و از نیروی فعال می‌کاهد و شخصیت انسانها را تحت تأثیر و دگرگونی قرار می‌دهد (۲). طبق تعریفی که سازمان بهداشت جهانی در رابطه با بهداشت جنسی ارائه کرده است، بهداشت جنسی عبارت است از یک پارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقای شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود. لذا هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (۳). اختلال عملکرد جنسی به‌عنوان اختلال در میل، تحریک (برانگیختگی)، ارگاسم (اوج لذت جنسی) و درد جنسی تعریف می‌شود که ناشی از عوامل چندگانه آناتومیکی، فیزیولوژیکی طبی و روانشناختی است و می‌تواند سبب ناراحتی شدید در فرد شده و بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی تأثیرگذار باشد (۴). در جوامع امروزی، شیوع در زنان ۵۰-۳۰٪ ذکر شده است (۵). در ایران طبق بررسی ملی در سال ۱۳۸۴، ۳۱/۵٪ از زنان دارای اختلالات عملکرد جنسی بوده‌اند. این میزان هرچند نسبت به برخی کشورها پایین‌تر می‌باشد، اما گویای آن است که مشکلات جنسی به‌عنوان یک مشکل بهداشتی گسترده در زنان ایرانی مطرح است (۶).

اختلالات فعالیت جنسی به هر علتی ایجاد شود، دارای پیامدهای منفی بسیاری می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهند نارسایی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارند. چه بسا زوج‌هایی که دارای نارسایی جنسی بوده و خود از تأثیر آن نارسایی بر مشکلات زندگی زناشویی و نقش آن در ایجاد ارتباط ضعیف، اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافل بوده‌اند (۷،۴). براساس تحقیقات انجام‌شده ۶۰-۵۰٪ طلاق‌ها ریشه در مسایل جنسی دارد. در تحقیقی که توسط منصوره و مژگان امیریان‌زاده در شیراز انجام گرفت مشخص گردید میانگین رضایت جنسی در زنانی که در شرف طلاق هستند، از زنانی که قصد طلاق ندارند به مراتب کمتر است (۸). چاقی به‌عنوان یک اپیدمی جدید، جمعیت جهانی را تحت تأثیر قرار داده است. مردم چاق نسبت به بیماری‌های مختلفی از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و... آسیب‌پذیرترند، که این بیماری‌ها نه تنها امید به زندگی را کاهش می‌دهند؛ بلکه کیفیت زندگی را نیز تضعیف می‌کنند (۹). اخیراً در مطالعات، کاهش کیفیت زندگی جنسی به‌عنوان پیامد چاقی مطرح شده است (۱۰). تحقیقات نشان داده‌اند اختلال عملکرد جنسی در مردان، با چاقی ارتباط دارد، اما این ارتباط در زنان هنوز مبهم است که شاید علت آن را بتوان به استفاده از ابزار متفاوت در بررسی نسبت داد، دیگر اینکه مطالعات در این زمینه محدود بوده و انجام بررسی‌های بیشتر در این زمینه ضروری است (۱۱). اختلالات جنسی در زنان جامعه ایران به‌علت محدودیت‌های خاص اجتماعی و فرهنگی از مقولاتی است که کمتر به آن پرداخته شده و این درحالی است که این اختلال به‌عنوان یک عامل بسیار نگران‌کننده در سلامت عمومی افراد مطرح است. لذا جهت بالا بردن اطلاعات در مورد این اولویت مهم و نیز به‌علت افزایش شیوع چاقی در جامعه، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین نمایه توده بدنی با اختلال عملکرد جنسی زنان در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی قم انجام شد.

## روش بررسی

در این مطالعه مورد - شاهدی از بین زنانی که برای مراقبت به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر قم مراجعه کرده بودند،

جهت حصول پایایی پرسشنامه در این پژوهش از آزمون مجدد (test-retest) استفاده شد و آلفا کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. لازم به ذکر است که این افراد از نمونه پژوهش حذف شدند. در مورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سؤال‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست آمد. از آنجا که در پرسشنامه FSFI، تعداد سؤالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، بنابراین ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر، نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه با هم جمع و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌شود. نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال‌های ۱- حوزه میل (۵-۱)؛ ۲- حوزه برانگیختگی جنسی؛ ۳- رطوبت واژن؛ ۴- ارگاسم؛ ۵- درد (۵-۰) و ۶- رضایتمندی جنسی (۵-۱ یا ۰) است. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. با جمع کردن نمرات ۶ حوزه، نمره کل مقیاس به دست می‌آید. بدین ترتیب نمره گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر، مبین کارکرد بهتر جنسی است. براساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. حداقل نمره برای حوزه میل جنسی (۱/۲)، حوزه برانگیختگی جنسی، رطوبت واژن، ارگاسم، درد (۰)، حوزه رضایتمندی (۰/۸) و برای کل مقیاس، نمره برابر ۲ خواهد بود (۴).

برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از جدول فراوانی، فراوانی مطلق و نسبی و نیز از آزمون تی تست و کای دو برای مقایسه دو گروه استفاده شد. همچنین برای تعیین مدل نهایی تک متغیره‌ها، همزمان وارد مدل رگرسیون چندمتغیره شده و آنالیز آنها برای کنترل عوامل مخدوش کننده به صورت توأم انجام شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، ۷۷ نفر زن دارای اختلال عملکرد جنسی (گروه مورد) با ۶۴ نفر زن سالم (گروه شاهد) مورد مقایسه قرار گرفتند میانگین سنی در گروه مورد  $28/9 \pm 7/2$  و در گروه شاهد  $27/8 \pm 6/4$  سال، وزن در گروه مورد  $67/4 \pm 11/2$  و در گروه شاهد  $64/6 \pm 11/3$  kg، قد در گروه مورد  $1/57 \pm 0/07$  و در گروه شاهد  $1/57 \pm 0/05$  متر و میانگین نمایه توده بدنی در گروه

۷۷ نفر زن با اختلال عملکرد جنسی (گروه مورد) با ۶۴ نفر زن سالم (گروه شاهد)، براساس نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه (برای هر دو گروه) شامل: داشتن همسر و داشتن ارتباط جنسی با ثبات با وی بیش از ۶ ماه قبل از انجام مطالعه، عدم بارداری، گذشت حداقل ۶ ماه از زایمان، عدم مشکلات شناخته شده جنسی در خود و همسر (انزال زودرس، ناتوانی جنسی...) بود. معیارهای خروج از مطالعه (برای هر دو گروه) عبارت بودند از: دوری از همسر به دلایل مختلف، داشتن دو همسر، سابقه یا وجود تروما و تجاوز جنسی، سابقه یا وجود بیماری‌های اندوکرینی مؤثر بر عملکرد جنسی، هپاتیت، بیماری کلیه در ۶ ماه اخیر، عفونت‌های ادراری - تناسلی در ۱۲ ماه اخیر، کانسر سرویکس، میوم، واژینیسموس، سابقه یا وجود مشکلات روانی - عصبی، سابقه سکته قلبی در ۶ ماه اخیر (مشکلات قلبی - عروقی)، وجود بیماری سیستم عصبی مرکزی (CNS) در ۶ ماه اخیر، سابقه جراحی‌های لگنی و پستان و استفاده از داروهای ضد صرع، لیتیوم یا هر نوع درمان‌های گیاهی یا مکمل‌های رژیمی که با عملکرد جنسی در ۳ ماه اخیر مداخله داشت (۱۲). افراد دارای معیارهای ورود به مطالعه، پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی زنان (FSFI (Female Sexual Function Index) را از طریق مصاحبه حضوری و توسط پرسشگر تکمیل کردند. گروه مورد شامل زنانی بود که معیار FSFI غیرنرمال (نمره کمتر یا مساوی ۲۸) داشتند و گروه شاهد از همان جمعیت با معیار FSFI نرمال (نمره بیشتر از ۲۸) انتخاب شدند. سپس برای تعیین نمایه توده بدنی (Body Mass Index, BMI)، اندازه گیری قد و وزن شرکت کنندگان از متر و ترازوی استاندارد، با پوشش کم و بدون کفش استفاده شد.

همچنین محیط دور کمر و دور باسن برای تعیین نسبت دور کمر به دور باسن (Waist to Hip Ratio, WHR) یا تعیین توزیع چربی در بدن، با متر اندازه گیری شد. پرسشنامه عملکرد جنسی زنان FSFI، در مطالعات فراوانی در خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است و درجه بالایی از همسانی درونی و پایایی و از نظر اعتبار نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین نمرات گروه مورد و شاهد نشان داده است. در ایران نیز اعتبار آن توسط خدیجه محمدی و همکاران بررسی و مورد تأیید قرار گرفت (۴).

مورد  $۳۴/۱ \pm ۵/۴$  و در گروه شاهد  $۲۶ \pm ۴/۴$  بود. میانگین نسبت دور کمر به دور باسن (توزیع چربی در بدن) در گروه مورد  $۰/۸ \pm ۰/۰۶$  و در گروه شاهد  $۰/۷ \pm ۰/۰۵$  تعیین شد. در این رابطه فقط اختلاف متغیرهای وزن، نمایه توده بدنی و توزیع چربی، بین دو گروه مورد و شاهد معنی دار بود ( $p < ۰/۰۵$ ). همچنین با استفاده از آزمون‌های آماری مشخص گردید دو گروه از نظر نوع روش زایمان، میزان تحصیلات زن و همسر و نوع روش‌های پیشگیری از بارداری، اختلاف آماری معنی داری ندارند ( $p > ۰/۰۵$ ). اختلاف میل جنسی در گروه مورد  $۲/۹۰ \pm ۰/۷۵$  و در گروه شاهد  $۳/۷۱ \pm ۰/۶۵$ ، ارگاسم در گروه مورد  $۳/۶۸ \pm ۰/۹۳$  و در گروه شاهد  $۵/۰۲ \pm ۰/۶۹$ ، تحریک جنسی در گروه مورد  $۳/۲۸ \pm ۰/۷۵$  و در گروه شاهد  $۴/۳۷ \pm ۰/۷۴$  درد جنسی در گروه مورد

مورد  $۴/۵۷ \pm ۱/۰۴$  و در گروه شاهد  $۵/۲۳ \pm ۰/۷۸$ ، لغزندگی واژن در گروه مورد  $۴/۳۲ \pm ۰/۹۶$  و در گروه شاهد  $۵/۲۸ \pm ۰/۸۰$  رضایتمندی جنسی در گروه مورد  $۴/۵۱ \pm ۰/۹۸$  و در گروه شاهد  $۵/۴۴ \pm ۰/۷۱$  گزارش شد. آزمون تی تست اختلاف معنی داری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر اختلال میل جنسی، ارگاسم، تحریک جنسی و درد جنسی نشان داد ( $p < ۰/۰۵$ ). مقایسه شاخص توده بدنی دو گروه مورد و شاهد از نظر ابعاد عملکرد جنسی، اختلاف معنی داری را نشان داد، به طوری که اختلاف میانگین و انحراف معیار نمایه توده بدنی در دو گروه مورد و شاهد براساس ابعاد برانگیختگی جنسی، درد، میل جنسی و رضایتمندی، معنی دار بود ( $p < ۰/۰۵$ ) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد عملکرد جنسی در گروه مورد و شاهد براساس نمایه توده بدنی

F	pvalue	کل افراد	۳۰ و بالاتر	۲۵-۲۹/۹۹	۲۰-۲۴/۹۹	زیر ۲۰	شاخص توده بدن
							<b>ابعاد عملکرد جنسی</b>
							<b>میل جنسی</b>
۲/۴۲۸	۰/۰۲۴	۲/۹۰ ± ۰/۷۵	۲/۹۲ ± ۰/۶۳	۲/۸۸ ± ۰/۷۳	۲/۹۶ ± ۰/۸۳	۲/۷۰ ± ۱/۲۴	مورد
۰/۱۵۰	۰/۰۴۳	۳/۷۱ ± ۰/۶۵	۴/۰۵ ± ۰/۶۵	۳/۵۴ ± ۰/۶۱	۳/۶۸ ± ۰/۵۶	۳/۶۸ ± ۰/۸۷	شاهد
							<b>برانگیختگی جنسی</b>
۴/۸۷۹	۰/۰۰۴	۳/۲۸ ± ۰/۷۵	۳/۴۴ ± ۰/۸۷	۳/۰۲ ± ۰/۶۵	۳/۴۵ ± ۰/۷۳	۳/۴۵ ± ۰/۷۱	مورد
۱/۶۷۱	۰/۰۷۶	۴/۳۷ ± ۰/۷۴	۴/۲۸ ± ۰/۶۵	۴/۰۸ ± ۰/۷۹	۴/۶۶ ± ۰/۶۴	۴/۹۷ ± ۰/۴۱	شاهد
							<b>لغزندگی واژن</b>
۲/۷۶۷	۰/۴۷۹	۴/۳۲ ± ۰/۹۶	۳/۹۷ ± ۱/۰۶	۴/۴۵ ± ۰/۹۱	۴/۵۱ ± ۰/۶۶	۴/۰۵ ± ۱/۷۹	مورد
۰/۳۰۹	۰/۸۱۹	۵/۲۸ ± ۰/۸۰	۵/۱۰ ± ۰/۸۶	۵/۲۹ ± ۰/۹۵	۵/۲۷ ± ۰/۶۳	۵/۷۴ ± ۰/۲۶	شاهد
							<b>رضایتمندی جنسی</b>
۳/۰۷۸	۰/۰۳۳	۴/۵۱ ± ۰/۹۸	۴/۵۶ ± ۰/۹۴	۴/۳۰ ± ۱/۱۳	۴/۷۱ ± ۰/۷۸	۴/۷۰ ± ۱/۰۰	مورد
۰/۷۰۲	۰/۰۴۵	۵/۴۴ ± ۰/۷۱	۵/۰۸ ± ۰/۹۶	۵/۴۰ ± ۰/۶۲	۵/۷۲ ± ۰/۵۴	۵/۶۵ ± ۰/۴۸	شاهد
							<b>ارگاسم</b>
۱/۰۵۰	۰/۳۷۶	۳/۶۸ ± ۰/۹۳	۳/۷۸ ± ۰/۸۴	۳/۵۵ ± ۰/۹۳	۳/۷۲ ± ۱/۰۹	۳/۹۰ ± ۰/۶۸	مورد
۱/۲۷۸	۰/۰۸۲	۵/۰۲ ± ۰/۶۹	۴/۶۳ ± ۰/۷۳	۵/۰۴ ± ۰/۶۷	۵/۲۳ ± ۰/۶۱	۵/۲۰ ± ۰/۶۹	شاهد
							<b>درد جنسی</b>
۰/۰۹۷	۰/۰۳۶	۴/۵۷ ± ۱/۰۴	۴/۶۳ ± ۰/۹۲	۴/۶۴ ± ۱/۱۳	۴/۴۸ ± ۱/۱۸	۴/۴۰ ± ۰/۳۲	مورد
۰/۱۳۰	۰/۹۴۲	۵/۲۳ ± ۰/۷۸	۵/۲۴ ± ۰/۶۳	۵/۲۶ ± ۰/۹۶	۵/۱۶ ± ۰/۷۲	۵/۳۱ ± ۰/۵۹	شاهد

ارگاسم ( $t = ۰/۴$ ) و لغزندگی واژن ( $t = ۰/۴$ )، ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت ( $p > ۰/۰۵$ ) (جدول شماره ۲).

بین توزیع چربی با متغیرهای برانگیختگی جنسی ( $t = ۰/۰۳$ )، درد جنسی ( $t = ۰/۰۲$ ) و رضایتمندی ( $t = ۰/۰۱$ ) و میل جنسی ( $t = ۰/۰۳$ ) ارتباط وجود داشت ( $p < ۰/۰۵$ )، ولی بین توزیع چربی با متغیرهای

جدول شماره ۳: مقایسه ابعاد عملکرد جنسی در دو گروه مورد و شاهد براساس توزیع چربی

نتایج آزمون	توزیع چربی		ابعاد عملکرد جنسی
	مورد	شاهد	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
۰/۰۳	۰/۸ ± ۰/۰۸	۰/۷ ± ۰/۰۵	میل جنسی
۰/۴	۰/۷ ± ۰/۰۷	۰/۷ ± ۰/۰۴	ارگاسم
۰/۴	۰/۸ ± ۰/۰۱	۰/۷ ± ۰/۰۶	لغزندگی واژن
۰/۰۲	۰/۸ ± ۰/۰۸	۰/۷ ± ۰/۰۶	درد جنسی
۰/۰۱	۰/۸ ± ۰/۰۵	۰/۷ ± ۰/۰۴	رضایتمندی
۰/۰۳	۰/۸ ± ۰/۰۴	۰/۷ ± ۰/۰۲	برانگیختگی

هیپوتیروئید در مقایسه با گروه سالم کمتر است. یافته‌های این مطالعه نیز بیانگر افزایش اختلال عملکرد جنسی در زنان دیابتی، چاق و هیپوتیروئید بود (۱۶). همچنین Kolotkin Ronett و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که مشکلات جنسی از قبیل: (فقدان لذت جنسی، فقدان میل جنسی، انجام فعالیت جنسی با مشکل و اجتناب از مواجهه با فعالیت جنسی) در افراد چاق به علت وزن زیاد بیشتر است. طبق یافته‌های ایشان BMI بالاتر همراه با ناسازگاری نیز در کیفیت زندگی جنسی تأثیر گذار است. در همین راستا، زنان چاق نسبت به مردان چاق دارای مشکلات بیشتری در کیفیت زندگی جنسی خود هستند (۱۰). Ponholzer و همکاران نیز در پژوهشی بر روی زنان دچار سندرم متابولیک نشان دادند سندرم متابولیک مستقلاً شانس ابتلا به اختلال عملکرد جنسی را ۳/۳ برابر افزایش می‌دهد (۱۷). Abu Ali و همکاران در مطالعه خود مشاهده کردند زنان چاق بیشتر مبتلا به اختلال برانگیختگی و اختلال در ارگاسم هستند. طبق یافته‌های ایشان سن و نمایه توده بدنی تأثیر منفی بر عملکرد جنسی زنان دارد (۱۸). Assimakopoulos و همکاران نیز نشان دادند زنان چاق نسبت به گروه کنترل شاخص کلی عملکرد جنسی کمتری دارند، همچنین در حیطه‌های میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، لغزندگی و رضایت جنسی دارای امتیاز پایین تری هستند. نمایه توده بدنی با تمام حیطه‌های عملکرد جنسی بجز ارگاسم و درد جنسی، رابطه منفی داشت (۹). Mitul و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که بیماران چاق، تصور جسمی ضعیفی از خود و خودباوری کمی دارند؛ و چون عملکرد جنسی با این ویژگی‌ها رابطه دارد، لذا بدون شک زنان چاق از کیفیت جنسی خوبی برخوردار نیستند (۱۹). در برخی مطالعات بین اختلال عملکرد جنسی با نمایه توده بدنی، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. به طور مثال فاطمی و همکاران، رابطه آماری معنی داری بین امتیاز عملکرد جنسی و نمایه توده بدنی نیافتند (۲۰). Yaylali و همکاران در مطالعه خود نشان دادند امتیاز کل FSFI با نمایه توده بدنی و نسبت دور کمر به باسن (WHR)، ارتباطی ندارد، اما بین نمایه توده بدنی و ارگاسم، همچنین بین رضایتمندی با نمایه توده بدنی و وزن رابطه معنی دار معکوسی وجود دارد.

آزمون آماری رگرسیون چند متغیره، ارتباط آماری معنی داری را بین نمایه توده بدنی و توزیع چربی با اختلال عملکرد جنسی نشان داد ( $p < 0/05$ )، به طوری که هر کدام از این متغیرها احتمال وقوع اختلال جنسی را تا ۳ برابر افزایش دادند ( $p < 0/05$ ).

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین نمایه توده بدنی با اختلال عملکرد جنسی، ارتباط آماری معنی داری وجود دارد، که در این میان نمایه توده بدنی با چهار حیطه: میل جنسی، برانگیختگی، درد جنسی و رضایتمندی جنسی، رابطه آماری معنی دار داشت، ولی با دو حیطه ارگاسم و لغزندگی واژن، ارتباط آماری معنی داری نداشت. در این راستا، نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر با برخی از مطالعات همخوانی و با برخی همخوانی نداشت. Pace و همکاران مشاهده کردند نمایه توده بدنی بیشتر از ۳۰، مستقلاً با افزایش خطر اختلال عملکرد جنسی مرتبط است و از ۶ حیطه عملکرد جنسی؛ حیطه‌های برانگیختگی، ارگاسم، لغزندگی و رضایتمندی با نمایه توده بدنی رابطه معکوس دارند، ولی با حیطه درد و میل جنسی ارتباطی ندارند (۱۳). Esposito و همکاران نیز در یک مطالعه نشان دادند در زنان دارای اختلال عملکرد جنسی، نمایه توده بدنی با عملکرد جنسی ارتباط منفی دارد. اما بین عملکرد جنسی و نسبت دور کمر به باسن، ارتباطی وجود ندارد. در یک مطالعه دیگر نیز مشخص گردید از ۶ حیطه عملکرد جنسی؛ حیطه میل و درد با نمایه توده بدنی رابطه‌ای ندارد (۱۱). در تحقیق دیگری بر روی زنان دچار هیپرلیپیدمی مشاهده گردید نمایه توده بدنی مستقلاً با اختلال عملکرد جنسی مرتبط است و امتیاز حیطه‌های برانگیختگی، ارگاسم، لغزندگی و رضایتمندی نسبت به گروه بدون هیپرلیپیدمی کمتر می‌باشد (۱۴). همچنین مطالعه دیگری بر روی زنان دچار سندرم متابولیک (مجموعه‌ای از اختلالات شایع همراه با چاقی شکمی) مشاهده گردید نمره کلی عملکرد جنسی در زنان دارای این بیماری کمتر از گروه کنترل بوده است. همچنین امتیاز حیطه‌های برانگیختگی، ارگاسم، لغزندگی و رضایتمندی با کاهش معنی داری همراه بود (۱۵). Veronelli و همکاران در پژوهش خود مشاهده کردند امتیاز کل اختلال عملکرد جنسی (FSFI) در گروه دیابتی، چاق و

## نتیجه گیری

مسائل جنسی یک موضوع مهم و پیچیده در مطالعات است و بحث در مورد اختلالات جنسی در خیلی از جوامع تابو می باشد. عدم طرح مسائل مربوط به اختلالات جنسی، نشان دهنده عدم وجود آنها نیست؛ بلکه به دلیل نگاه گناه آلود به مسائل جنسی، به طور جدی در ایران روی این مسئله تحقیق صورت نگرفته است. از طرفی، این مشکلات اغلب داوطلبانه گزارش نمی شوند و اگر خانمی از مشکل جنسی رنج ببرد، ممکن است باعث مشکل خانوادگی، طلاق و یا اختلال در بارداری و تولیدمثل شود. براساس نتایج این پژوهش به نظر می رسد چاقی می تواند روی برخی از حیطه های عملکرد جنسی زنان تأثیر داشته باشد. لذا جهت بررسی دقیق تر ارتباط بین چاقی و اختلال عملکرد جنسی، انجام مطالعات مداخله ای جهت کاهش وزن در زنان چاق با اختلال عملکرد جنسی ضروری به نظر می رسد.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، در قالب طرح مصوب (۳۴/۱۳۵۴۰ پ) انجام گرفته است؛ که نهایت تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از همکاران مراکز بهداشتی درمانی قم و نیز از خانم صفری کارشناس مامایی سپاسگزاری می شود.

همچنین آنها به این نتیجه رسیدند که به نظر نمی رسد چاقی علت بزرگی برای اختلال عملکرد جنسی باشد، اما می تواند روی چندین حیطه از فعالیت جنسی تأثیر گذار باشد (۲۱). Huang و همکاران نشان دادند مداخلات پزشکی کاهش وزن و نمایه توده بدنی، به طور مستقل با فعالیت جنسی ارتباطی ندارند (۲۲). همچنین Larsen و همکاران در مطالعه خود رابطه ای بین چاقی و اختلال عملکرد جنسی نیافتند، اما مشاهده کردند بعد از کاهش وزن در مردان و در زنان، فعالیت جنسی افزایش می یابد (۲۳). در پژوهش Drosdzol و همکاران، تأثیر چاقی و نمایه توده بدنی روی کیفیت زندگی معنی دار نبود (۲۴). Yencilek و همکاران نیز در پژوهش خود ارتباطی بین نمایه توده بدنی و عملکرد جنسی نیافتند (۲۵). تفاوت های گزارش شده در مورد رابطه میان حیطه های مختلف عملکرد جنسی و نمایه توده بدنی می تواند ناشی از روش های محقق در زمینه عملکرد جنسی (پرسشنامه، مصاحبه، تلفنی، ایمیل....) و پیش زمینه های مختلف تحقیق و جمعیت های شرکت کننده باشد. با وجود ارائه نتایج محدود در این مطالعه، یافته های قبلی مبنی بر اینکه افراد چاق در مقایسه با افراد غیرچاق دچار مشکلات بیشتری در سلامت جسمی هستند تأیید شده است. از محدودیت های این طرح می توان به ویژگی های فردی، خصوصیات روحی و روانی، تفاوت های زندگی، فرهنگی و اجتماعی، شرم و حیای نمونه های مورد پژوهش که بر پاسخگویی به پرسشها و بر نتایج پژوهش تأثیر گذار بود، اشاره نمود. کنترل این عوامل از عهده پژوهشگر خارج بود.

## References:

1. Maarefi GHR, A study on sexual health of spouses along with ways of attaining it in shiite perspective based on the ahaadith of vasaaeloshshie book. *Daneshvar Med J* 2009;16(78):63-70. [Full Text in Persian]
2. Ohadi B. *Human Sexuality and Behaviors*. 2<sup>nd</sup> ed. Isfahan: Atropat; 2002. [Text in Persian]
3. Sattarzadeh N. Association of experience of sexuality in the postpartum women. *Tabriz Univ Med Sci J* 2007;29(3): 59-66. [Full Text in Persian]
4. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (fsfi): Validation of the Iranian version. *Payesh* 2008;7(3):269-78. [Full Text in Persian]
5. Nasiryamiry F, Hagyahmady M, Bakuei F. Assessment of sextual function during breastfeeding and its related factors in primiparous women referred to babol health centers (2005-2006). *Babol Univ Med Sci J* 2007;9(4):52-58. [Full Text in Persian]

6. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006;18(4):382-95.
7. Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar Kouchaksarei F, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *J Reprod fertil* 2008;9(3):271-82. [Full Text in Persian]
8. Amirianzadeh M. Association of sexual difficulties and divorce. Congress of family and sexual health. Tehran: 2008. [Text in Persian]
9. 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.
10. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring)* 2006 Mar; 14(3):472-9.
11. Esposito K, Ciotola M, Giuglione F. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res* 2007;19:353-7.
12. Irwin Golstein, Cindy M, Meston C, et al. *Womens sexual function and dysfunction*. London: Taylor & Francis; 2006. p. 615-616.
13. Pace G, Silvestri V, Gualá L, Vicentini C. Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: How they affect female post menopausal health. *Menopause* 2009;16(6):1188-92.
14. Esposito K, Ciotola M, Maiorino MI, Giugliano F, Autorino R, De Sio M, et al. Hyperlipidemia and sexual function in premenopausal women. *J Sex Med* 2009 Jun; 6(6):1696-703.
15. Esposito K, Ciotola M, Marfella R, Di Tommaso D, Cobellis L, Giugliano D. The metabolic syndrome: A cause of sexual dysfunction in women. *Int J Impot Res* 2005;17:224-6.
16. Veronelli A, Mauri C, Zecchini B, Peca MG, Turri O, Valitutti MT, et al. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J Sex Med* 2009;6(6):1561-8.
17. Ponholzer A, Temml C, Rauchenwald M, Marszalek M, Madersbacher S. Is the metabolic syndrome a risk factor for female sexual dysfunction in sexually active women? *Int J Impot Res* 2008;20(1):100-4.
18. AbuAli RM, AlHajeri RM, Khader YS, Ajlouni KM. Factors associated with sexual dysfunction in jordanian women and their sexual attitudes. *Ann Saudi Med* 2009;29(4):270-4.
19. Shah MB. Obesity and sexuality in women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009 Jun; 36(2):347-60.
20. Fatemi SS, Taghavi SM. Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diab Vasc Dis Res* 2009 Jan; 6(1):38-9.
21. Yaylali G, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int J Impot Res* 2010;22(4): 220-6.
22. Huang AJ, Stewart AL, Hernandez AL, Shen H, Subak LL. Program to reduce incontinence by diet and exercise. sexual function among overweight and obese women with urinary incontinence in a randomized controlled trial of an intensive behavioral weight loss intervention. *J Urol* 2009 May;181(5):2235-42.
23. Larsen SH, Wagner G, Heitmann BL. Sexual function and obesity. *Int J Obes (Lond)* 2007 Aug; 31(8):1189-98.
24. Drosdzol A, Skrzypulec V, Mazur B, Pawlińska-Chmara R. Quality of life and marital sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *Folia Histochem Cytobiol* 2007;45 (Suppl 1):S93-7.
25. Yencilek F, Attar R, Erol B, Narin R, Aydın H, Karateke A, et al. Factors affecting sexual function in premenopausal age women with type 2 diabetes: A comprehensive study. *Fertil Steril* 2010 Oct; 94(5):1840-3.