

بررسی ارتباط عملکرد جنسی با چاقی در زنان

ملیحه درمحمدی^۱، فرزانه جعفرنژاد^{۲*}، دکتر منور افضل آقایی^۳، بی بی حلیمه کاظمینی^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۷

خلاصه

مقدمه: مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه یک زندگی زناشویی قرار دارند و اختلال در عملکرد جنسی یکی از مشکلات شایع و قابل درمان است که به عنوان یکی از علل تنش های عاطفی و مشکلات زناشویی می باشد. مطالعات اخیر به نقش شاخص توده بدنی بر عملکرد جنسی اشاره کرده اند. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط عملکرد جنسی با چاقی در زنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۸۶ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر مشهد که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد. پژوهشگر در مراکز بهداشتی درمانی منتخب جهت نمونه گیری، مستقر و به دنبال مراجعه مادران به مرکز بهداشتی درمانی و در صورتی که فرد واجد شرایط ورود به مطالعه بود، مورد مصاحبه قرار گرفت. جهت گردآوری داده ها از فرم های مشاهده و مصاحبه استفاده شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴/۵) و با کمک آزمون های توصیفی، کای دو، من ویتنی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: دو گروه از نظر تصویر ذهنی از خود ($p=۰/۰۰۰$) و کیفیت زندگی ($p=۰/۳۴$) اختلاف آماری معنی داری داشتند. همچنین دو گروه از نظر متغیرهای اصلی عملکرد جنسی شامل میل جنسی ($p<۰/۰۰۰$)، تحریک ($p<۰/۰۰۰$)، لوبریکاسیون ($p<۰/۰۰۰$)، ارگاسم ($p<۰/۰۰۰$)، رضایت جنسی ($p<۰/۰۰۰$) و درد ($p=۰/۰۱۸$) اختلاف آماری معنی داری داشتند. تصویر ذهنی مثبت از خود بر ارگاسم، تحریک، لوبریکاسیون و رضایت جنسی تأثیرگذار بود و از عوامل مؤثر بر میل جنسی، سن همسر و از عوامل مؤثر بر رضایت جنسی، سن فرد بود.

نتیجه گیری: چاقی در زنان با اختلال در عملکرد جنسی همراه است و همچنین چاقی منجر به اختلال در تصویر ذهنی مثبت از خود و کاهش کیفیت زندگی نیز می شود. بنابراین جهت ارتقاء عملکرد جنسی، بهبود کیفیت زندگی و تصویر ذهنی از بدن در زنان چاق، کاهش وزن پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: چاقی، زنان، عملکرد جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: فرزانه جعفرنژاد؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۶۰۲۴۵۶۲
پست الکترونیک: jaafarnejadf@mums.ac.ir

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، بهداشت جنسی را نوعی هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم می داند که می تواند جنبه های عقلانی و اجتماعی انسان را در مسیر رشد شخصیت او سوق دهد (۱). یکی از بزرگترین مسائلی که بیش از هر چیز، زندگی فردی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می دهد، تمایلات جنسی است و ارضاء این تمایلات به نحو مطلوب در تکوین شخصیت انسان نقش قاطعی داشته و جدایی این تمایلات از رفتار هر انسانی اجتناب ناپذیر است. مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زندگی زناشویی قرار دارند و سازگاری در روابط جنسی و تناسب و تعادل در آن در بین زوجین از مهمترین علل خوشبختی و موفقیت زندگی زناشویی است (۲).

اختلال در عملکرد جنسی یکی از مشکلات شایع و قابل درمان است که به طور قابل توجهی بر روی اعتماد به نفس و کیفیت زندگی افراد تأثیر می گذارد و به عنوان یکی از دلایل تنش های عاطفی و مشکلات زناشویی می باشد. مطالعات قبلی نشان داده اند که میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در بین زنان ۶۳-۲۵٪ می باشد (۳). بلوریان در مطالعه خود شیوع اختلالات جنسی را ۶۳/۲٪ برآورد کرد و بیزاری جنسی را شایع ترین اختلال عملکرد جنسی بیان کرد (۴). گشتاسی و همکاران (۲۰۰۷) شیوع آنورگاسمی (عدم ارگاسم) را در زنان ۳۴/۵٪، کمبود میل جنسی را ۳۵/۱٪ و عدم تحریک جنسی را ۳۱/۶٪ بیان کردند (۵).

روابط لذت بخش، یکی از مهمترین عوامل خوشبختی زندگی زناشویی است، به گونه ای که مطالعات نشان داده اند یکی از علل جدایی و طلاق، اختلالات جنسی می باشد. فروتن و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه ای تحت عنوان "بررسی شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق" که بر روی ۴۰۰ متقاضی طلاق مراجعه کننده به مجتمع های قضایی انجام دادند، نشان دادند که ۶۱/۴٪ زنان از زندگی جنسی با همسرانشان راضی نبودند (۶). دو دسته از عوامل در ایجاد اختلالات جنسی مؤثر هستند که دسته اول، عوامل سایکولوژیک و عوامل

فرهنگی اجتماعی و دسته دوم عوامل بیوفیزیکی و مشکلات مربوط به سلامت جسمی می باشند (۷).

بر اساس نتایج مطالعات، عواملی نظیر سن، سن ازدواج، عمل جراحی لگنی، روش پیشگیری از بارداری، چندزایی، وضعیت یائسگی، بی اختیاری ادرار، درد لگن، هیستریکتومی و بیماری های مزمن مانند دیابت و افزایش فشار خون بر روی عملکرد جنسی تأثیرگذار هستند (۵، ۸-۱۰). همچنین مطالعات اخیر به نقش شاخص توده بدنی بر عملکرد جنسی اشاره کرده اند (۳، ۱۱، ۱۲).

در مطالعه اسپوسیتو و همکاران (۲۰۰۷) که بر روی ۱۰۸ نفر انجام شد، ۵۲ نفر از افراد مورد مطالعه اختلال عملکرد جنسی داشتند و در این افراد ارتباط معنی داری بین شاخص توده بدنی و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۲ مشاهده شد ($p=0/001$). بر اساس نتایج این مطالعه، شاخص توده بدنی بالاتر با نمره شاخص عملکرد جنسی زنان پایین تر همراه بود، همچنین بین شاخص توده بدنی و اختلال در فازهای تحریک ($p=0/001$)، لغزندگی ($p=0/001$)، ارگاسم ($p=0/001$) و رضایت ($p=0/001$) ارتباط معنی داری وجود داشت (۱۱).

مطالعه ابوعلی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد، زنان چاق دچار اختلال در تحریک و ارگاسم می شوند ($p=0/036$ ، $p=0/005$) (۳) و در مطالعه شاه (۲۰۰۹)، درمان چاقی تأثیر مثبتی بر روی بهداشت جنسی زنان داشت (۱۲). کامپس و همکاران (۱۹۹۶) مطالعه ای بر روی افرادی که به علت چاقی تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، انجام دادند و به نتیجه رسیدند بعد از عمل جراحی، بهبود معناداری در تصویر ذهنی از بدن و مقاربت جنسی افراد حاصل شد. بر اساس نتایج این مطالعه، بعد از عمل جراحی، مشکلات در مقاربت جنسی به دلیل کاهش محیط دور شکم به دنبال عمل جراحی، از بین رفت (۱۳).

اما سایر مطالعات نتایج ضد و نقیضی را بیان کردند، به گونه ای که مک کوک و همکار (۲۰۰۲) در مطالعه ای که بر روی زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک انجام دادند، نشان دادند زنان با وزن طبیعی و زنان بسیار چاق (شاخص توده بدنی بیشتر از ۴۵) رضایت جنسی

² Femal Sexual Function Index

بیشتری از روابط جنسی خود داشتند (۱۴)، همچنین در مطالعه انزلین و همکاران (۲۰۰۲) ارتباط آماری معنی داری بین اختلال عملکرد جنسی و شاخص توده بدنی مشاهده نشد ($p=0/13$) (۱۵).

در مطالعه هانگ (۲۰۰۹)، شدت اختلال عملکرد جنسی ارتباط مستقیمی با شدت چاقی نداشت، به طوری که رفتارهای مداخله ای ویژه جهت کاهش وزن در طی ۶ ماه نشان داد، عملکرد جنسی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری نداشت (۱۶).

بر اساس نتایج مطالعات طی ۱۰ سال اخیر، مسأله چاقی یکی از مهمترین مشکلات سلامت می باشد که به وسیله سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است. چاقی طی دو دهه گذشته روندی رو به رشد در کشورهای صنعتی و غیرصنعتی داشته و برخی مطالعات گزارش هایی مبنی بر شیوع بیش از ۵۰٪ چاقی و اضافه وزن نزد بزرگسالان بیان کرده اند (۱۷). انجمن بین المللی چاقی تخمین زده است، در حال حاضر ۱/۱ بلیون بزرگسال در جهان اضافه وزن دارند که از این مقدار ۳۱۲ میلیون نفر چاق هستند (۱۲).

بنابراین با در نظر گرفتن نکات فوق و با توجه به اهمیت مسائل جنسی در زندگی زناشویی و همچنین افزایش روز افزون چاقی در جوامع و از آنجایی که مطالعات انجام شده بر روی نقش چاقی بر عملکرد جنسی نتایج ضد و نقیضی را نشان داده اند، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط عملکرد جنسی با چاقی انجام شد به امید آنکه بتوان گامی مؤثر در جهت ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی برداشت.

روش کار

این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۸۶ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر مشهد که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه در دو گروه شامل ملیت ایرانی، سکونت در شهر مشهد، رضایت جهت شرکت در مطالعه، حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، زندگی با همسر و تک همسره بودن و معیارهای خروج از مطالعه در دو گروه شامل: یائسگی، بارداری، نازایی، بی اختیاری

ادرار، احساس خروج توده از واژن، سابقه هیستریکتومی و ترمیم واژن، ابتلاء به انزال زودرس در همسر، بحث و جدال خانوادگی شدید طی یک هفته اخیر، تجربه رویداد استرس زای شدید در طی ۳ ماه گذشته، کسب آموزش رسمی در مورد مسائل جنسی در هر یک از زوجین، مشکلات روانی تشخیص داده شده در هر یک از زوجین، مصرف دارو برای افزایش میل جنسی در هر یک از زوجین، تحت درمان بودن جهت مشکلات جنسی در هر یک از زوجین، اعتیاد در هر یک از زوجین، نواقص فیزیکی شدید در هر یک از زوجین، ابتلاء به بیماری های مزمن مانند دیابت، بیماری قلبی عروقی و افزایش فشار خون در هر یک از زوجین، مصرف داروی مهملی در ۴ هفته اخیر، ابتلاء به عفونت های لگنی در ۴ هفته اخیر و ابتلاء به افسردگی شدید بود. معیار ورود در گروه غیر چاق، شاخص توده بدنی کمتر از ۲۹/۹ و در گروه چاق شاخص توده بدنی بیشتر یا مساوی ۳۰ بود.

جهت تعیین حجم نمونه، ابتدا مطالعه ای پایلوت بر روی ۶۰ نفر از افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انجام شد، سپس حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها و بر اساس میانگین نمره عملکرد جنسی در هر حیطة (میل جنسی، تحریک، لوبریکاسیون، ارگاسم، درد و رضایت جنسی)، ۲۸۶ نفر برآورد شد.

نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد، بدین ترتیب که ابتدا یک مرکز بهداشتی درمانی از هر یک از مراکز سه گانه سطح شهر مشهد به صورت تصادفی انتخاب و سپس در آنجا نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد. روش کار بدین صورت بود که پژوهشگر در مراکز بهداشتی درمانی منتخب جهت گردآوری اطلاعات و نمونه گیری، مستقر و به دنبال مراجعه مادران به مرکز بهداشتی درمانی، ضمن معرفی خود و توضیح در مورد اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، وی را از نظر معیارهای ورود به مطالعه بررسی و در صورتی که فرد دارای معیارهای ورود به مطالعه بود، فرم مصاحبه شماره ۲ و پرسشنامه نمایه عملکرد جنسی زنان را برای وی تکمیل می کرد، سپس وزن او را در حالی که لباس های سبک به تن داشت و بدون کفش بود، با ترازوی دیجیتال اندازه گیری کرد و قد بیمار با قدسنج

روایی فرم های مصاحبه به روش روایی محتوا و روایی پرسشنامه نمایه عملکرد جنسی زنان در سال ۱۳۸۷ توسط محمدی و همکاران با روایی سازه و به روش همسانی درونی در ایران تأیید شد (۱۹).

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴/۵) و با کمک آزمون های آماری توصیفی، کای دو، من ویتنی، رگرسیون و با ضریب اطمینان ۹۵٪ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسید.

یافته ها

بر اساس نتایج این مطالعه، بیش از نیمی از افراد دارای تحصیلات دیپلم (۶۰/۱٪) و خانه دار (۸۸/۱٪) بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات فردی واحدهای پژوهش در دو گروه مورد بررسی ارتباط عملکرد جنسی

متغیر	نرمال (درصد)	چاق (درصد)	سطح معنی داری*	متغیر	نرمال (درصد)	چاق (درصد)	سطح معنی داری
زیردیپلم	۲۵/۷	۵۵/۷	$p < 0/001$	تحصیلات	۴۰/۶	۳۲/۲	$p < 0/001$
دیپلم	۷۰/۸	۴۴/۳		همسر	۲۳/۵	۸/۷	
عالی	۳/۵	۰		شغل	۲۲/۲	۱۳	$p = 0/062$
خانه	۸۴/۲	۹۳/۹	$p = 0/015$	همسر	۷۷/۸	۸۷	
شاغل	۱۵/۸	۶/۱					

*آزمون کای دو

پدر و مادر می خوابیدند (۷۱/۷٪) ولی با این وجود احساس امنیت در اتاق خواب می کردند (۸۸/۱٪). اکثر واحدهای پژوهش، الگوهای قاعدگی منظم (۷۲/۷٪)، فاقد دیسمنوره (۵۴/۲٪) و فاقد خونریزی عادت ماهیانه بیشتر از ۸۰ سی سی (منوراژی) (۸۵/۳٪) بودند. بر اساس نتایج آزمون کای دو، افراد دو گروه از نظر شغل همسر ($p = 0/062$)، مرتبه ازدواج ($p = 0/492$)، نوع زایمان ($p = 0/66$)، نوع روش پیشگیری از بارداری ($p = 0/134$)، منظم بودن الگوی قاعدگی ($p = 0/486$)، دیسمنوره ($p = 0/447$)، میزان خونریزی قاعدگی ($p = 0/161$)، عارضه هنگام نزدیکی جنسی ($p = 0/338$)، وجود توالد در اتاق خواب فرزندان ($p = 0/717$) و اتاق خواب مجزا برای فرزندان ($p = 1$) اختلاف آماری معنی داری نداشتند، اما دو گروه از نظر سطح تحصیلات

اندازه گیری شد و شاخص توده بدنی را محاسبه کرد و در فرم ثبت شاخص توده بدنی ثبت کرد. در صورتی که فرد شاخص توده بدنی بیشتر یا مساوی ۳۰ داشت، چاق و در صورتی که شاخص توده بدنی کمتر از ۲۹/۹ داشت، لاغر در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده ها شامل فرم های مصاحبه (فرم انتخاب واحد پژوهش اطلاعات فردی و باروری)، پرسشنامه نمایه عملکرد جنسی زنان، فرم ثبت شاخص توده بدنی، ترازوی عقربه ای و متر نواری و آزمون سنجش افسردگی بک بود. پرسشنامه عملکرد جنسی زنان شامل ۱۹ سؤال در حیطه های مختلف میل جنسی، تهیج جنسی، لوبریکاسیون، ارگاسم، رضایت جنسی و درد بود و امتیازبندی آن از نمره صفر تا ۵ بود. حداکثر امتیاز کسب شده ۹۵ و حداقل امتیاز صفر بود.

۲۷۷ نفر (۹۶/۹٪) از افراد مورد مطالعه یک بار ازدواج کرده بودند، ۱۵۱ نفر (۵۲/۸٪) از افراد به روش زایمان واژینال وضع حمل کرده بودند و همه آنها ترمیم پرینه شده بودند. اکثر افراد مورد مطالعه (۴۵/۱٪) از کاندوم برای پیشگیری از بارداری استفاده می کردند. ۲۵۵ نفر (۸۹/۲٪) از افراد هیچگونه عارضه ای را در هنگام رابطه جنسی ذکر نکردند. درصد کمی از افراد از کیفیت زندگی خود ناراضی بودند (۲/۱٪) و ۱۶۵ نفر (۵۷/۷٪) از افراد تصویر ذهنی خوبی از بدن^۳ خود داشتند. اکثر افراد مورد مطالعه، محل سکونت غیر استیجاری داشته (۵۳/۵٪)، توالد در اتاق خواب نداشتند (۶۸/۴٪)، فرزندان در اتاق

³ Body Image

($p=0/000$)، تحصیلات همسر ($p=0/000$)، شغل ($p=0/015$)، اپیزیوتومی ($p=0/036$)، سابقه نازایی ($p=0/006$)، محل سکونت شخصی ($p=0/029$)، کیفیت زندگی ($p=0/034$)، امنیت در اتاق خواب ($p=0/002$) و تصویر ذهنی از بدن ($p=0/000$) اختلاف آماری معنی داری داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی و مقایسه تصویر ذهنی از بدن واحدهای پژوهش در دو گروه مورد بررسی ارتباط عملکرد جنسی

سطح معنی داری*	گروه		تصویر ذهنی مثبت از بدن خود
	نرمال	چاق	
$p<0/001$	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	بله
	۱۲۸ (۷۴/۹)	۳۷ (۳۲/۲)	خیر
	۴۲ (۲۴/۶)	۷۸ (۶۷/۸)	

*آزمون کای دو

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $30/47 \pm 6/8$ سال بود و به طور متوسط $10/6 \pm 7/07$ سال از ازدواج آنها می گذشت.

توزیع متغیرهای سن، سن همسر، تعداد بارداری، تعداد زایمان و تعداد دفعات نزدیکی در ماه، در دو گروه غیر

جدول ۳- توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات فردی واحدهای پژوهش در دو گروه مورد بررسی ارتباط عملکرد جنسی

سطح معنی داری*	گروه		ویژگی
	چاق	نرمال	
$p<0/001$	$33 \pm 7/1$	$28/77 \pm 6/05$	سن
$p<0/001$	$38/4 \pm 8/09$	$33/44 \pm 7/52$	سن همسر
$p<0/001$	$2/62 \pm 1/64$	$1/06 \pm 0/99$	تعداد بارداری
$p<0/001$	$2/42 \pm 1/49$	$1/4 \pm 0/81$	تعداد زایمان
$p<0/001$	$2/30 \pm 1/2$	$1/49 \pm 0/78$	تعداد فرزندان
$p=0/071$	$7/63 \pm 4/35$	$8/67 \pm 4/7$	تعداد دفعات نزدیکی در ماه

*آزمون من ویتنی

گروه چاق و غیر چاق تفاوت داشتند به عنوان متغیر غیر وابسته و حیطة عملکرد جنسی به عنوان متغیر وابسته در مدل وارد شده است. بر اساس نتایج آزمون رگرسیون، دو گروه از نظر متغیرهای اصلی عملکرد جنسی شامل میل جنسی، تحریک، لوبریکاسیون، ارگاسم، رضایت جنسی و درد اختلاف آماری معنی داری داشتند (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه میل جنسی، تحریک، لوبریکاسیون، ارگاسم، درد و رضایت جنسی در دو گروه مورد بررسی ارتباط عملکرد جنسی

متغیر	انحراف معیار	ضریب رگرسیون	سطح معنی داری*
میل جنسی	۰/۶۲۴	۷/۳۱۸	$p<0/001$
تحریک	۱/۴۲۳	۱۶/۹۳۸	$p<0/001$
لوبریکاسیون	۱/۳۰۹	۱۸/۶۱۲	$p<0/001$
ارگاسم	۰/۷۶۹	۸/۸۰۲	$p<0/001$
درد	۲/۰۹۸	۵	$p=0/018$
رضایت جنسی	۱/۴۸۱	۲۲/۳۷۵	$p<0/001$

همکاران (۲۰۰۹)، وقتی از واحدهای پژوهش در مورد عواملی که در پس اختلال عملکرد جنسی آنها وجود داشت، سؤال شد، ۲۳٪ موارد نبودن توالیت، ۲۴٪ نبودن امنیت در اتاق خواب و ۳۶/۴٪ بیدار بودن کودکان در شب هنگام خواب را از مهمترین عوامل مؤثر دانستند (۳).

در مطالعه حاضر میزان میل جنسی، تحریک، لغزندگی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد در دو گروه اختلاف آماری معنی داری داشت. در مطالعه ابوعلی و همکاران (۲۰۰۹)، شاخص توده بدنی اثر منفی بر روی عملکرد جنسی داشت و زنان چاق دچار اختلال در تحریک و توانایی رسیدن به ارگاسم بودند (۳). روهبورن و همکاران (۲۰۰۶) نیز ناتوانی جنسی و فقدان میل جنسی را با شاخص توده بدنی مرتبط دانستند (۲۲). مطالعه گوزین و همکاران (۲۰۰۹) و هانگ (۲۰۰۹) نشان داد که اضافه وزن و چاقی باعث کاهش میل جنسی و رضایت جنسی می شود (۱۶، ۱۸) و هانگ بیان کرد، بیشتر از نیمی از افراد دارای اضافه وزن و چاق، دچار اختلال در تحریک، لوبریکاسیون و ارگاسم هستند (۱۶).

در مطالعه میتوال (۲۰۰۹)، پیس و همکاران (۲۰۰۹) و اسپوسیو و همکاران (۲۰۰۷) ارتباط آماری منفی معنی داری بین شاخص توده بدنی و تحریک، ارگاسم، لوبریکاسیون و رضایت جنسی وجود داشت، ولی شاخص توده بدنی با درد و میل جنسی ارتباطی نداشت (۱۰-۱۲) ولی در مطالعه انزلین و همکاران (۲۰۰۲) ارتباطی بین شاخص توده بدنی و عملکرد جنسی وجود نداشت (۱۵).

پاسخ جنسی زنان به طور غالب وابسته به عوامل فیزیولوژیک و شخصی می باشد. چاقی با کاهش تصویر ذهنی از بدن، اعتماد به نفس و کاهش کیفیت زندگی همراه است که تمام این موارد می توانند منجر به اختلال در عملکرد جنسی شوند (۱۲).

میزان سطح گردش هورمون های جنسی بر پاسخ جنسی افراد تأثیرگذار است. گوزین و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان دادند که میزان گلوبولین متصل شونده به هورمون های جنسی^۴ و هورمون تستوسترون در افراد چاق نسبت به گروه نرمال کمتر است که این خود می تواند باعث اختلال در عملکرد جنسی شود (۱۸).

نتایج آزمون رگرسیون نشان داد، تصویر ذهنی مثبت از ظاهر خود بر ارگاسم ($p=0/034$)، تحریک ($p=0/001$)، لوبریکاسیون ($p=0/001$) و رضایت جنسی ($p=0/000$) تأثیرگذار است و از عوامل مؤثر بر میل جنسی، سن همسر ($p=0/004$) و از عوامل مؤثر بر رضایت جنسی، سن فرد ($p=0/000$) می باشد.

بحث

مطالعات اخیر به نقش شاخص توده بدنی بر عملکرد جنسی اشاره کرده اند، به طوری که افزایش شاخص توده بدنی را عامل خطری برای عملکرد جنسی دانسته اند، به همین منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط عملکرد جنسی با چاقی در زنان انجام شد.

چاقی از طریق چند مکانیسم بالقوه باعث اختلال در عملکرد جنسی می شود که شامل تشدید مشکلات طبی، تغییر در سطح گردش هورمون های مؤثر بر پاسخ و میل جنسی و تغییر در تصویر ذهنی از بدن می باشد (۲۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه در گروه مورد، تصویر ذهنی منفی از بدن خود داشتند و بر اساس این متغیر، دو گروه اختلاف آماری معنی داری داشتند ($p=0/000$). مطالعه ناتاشا و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد زنان چاق در مقایسه با گروه نرمال، ناراضی و استرس بیشتری از ظاهر خود داشتند (۲۱). میتوال (۲۰۰۹) نیز کاهش تصویر ذهنی از بدن را با چاقی مرتبط دانست (۱۲).

تصویر ذهنی منفی از بدن می تواند منجر به عوارض نامطلوب روانی-اجتماعی شامل بی اشتها یا پرخوری عصبی، افسردگی، اضطراب اجتماعی، اختلال در عملکرد جنسی و کاهش اعتماد به نفس شود. یکی از مهمترین عواملی که در افراد چاق باعث افزایش ناراضی آنها از ظاهر خود می شود، نگاه های تحقیرآمیز و فرق گذاشتن بین آنها و دیگران است که آنها در زندگی روزمره خود تجربه می کنند (۲۱).

در مطالعه حاضر در بیشتر از دو سوم موارد، توالیت در اتاق خواب وجود نداشت و فرزندان در اتاق خواب با والدین می خوابیدند و در ۲۲٪ موارد، والدین در اتاق خواب احساس امنیت نمی کردند. در مطالعه ابوعلی و

⁴ SHBG

تئوری دیگر در مورد چاقی این است که چاقی می تواند به عنوان یک مانع فیزیکی برای نزدیکی جنسی عمل کند. اگر زن به لحاظ فیزیکی قادر به انجام نزدیکی نباشد، قطعاً به دنبال آن اختلال در عملکرد جنسی به وجود می آید (۱۲). کامپس و همکاران (۱۹۹۶) شرایط سختی از جمله ابعاد دور شکم و وضعیت نامناسب در هنگام نزدیکی را از مشکلات مهم در زنان چاق بیان کردند (۱۳).

بر اساس نتایج این مطالعه، مهمترین عوامل مؤثر بر رضایت جنسی، تصویر ذهنی از بدن و سن فرد می باشد. صلاحیتین و همکاران (۲۰۰۴) نیز بیان کردند، اختلال در عملکرد جنسی ارتباط آماری معنی داری با سن بالا دارد (۸). ابوعلی و همکاران (۲۰۰۹)، سن را عاملی مؤثر بر عملکرد جنسی دانستند و نشان دادند، با افزایش سن، میل جنسی، تحریک، لغزندگی و ارگاسم کاهش می یابد (۳) ولی در مطالعه انزلین و همکاران (۲۰۰۲) ارتباطی بین سن و عملکرد جنسی وجود نداشت (۱۵).

نتایج این مطالعه نشان داد، مهمترین عوامل مؤثر بر ارگاسم، تحریک، لغزندگی، رضایت جنسی و تصویر ذهنی از بدن می باشد. ساتینسکی و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند، تصویر ذهنی مثبت از بدن بر روی تحریک، ارگاسم و رضایت جنسی تأثیر دارد (۲۳). بررسی ها نشان می دهد کسانی که تصویر ذهنی منفی از بدن خود دارند، تمایل بیشتری برای کناره گیری از فعالیت جنسی دارند (۲۴). چندین جنبه از تصویر ذهنی از بدن شامل اهمیت داشتن وزن، وضعیت جسمانی، جذابیت جنسی و حتی فکر کردن در مورد وضعیت بدن در طی فعالیت جنسی، بر روی رضایت جنسی تأثیرگذار است (۲۵). داشتن یک تصویر ذهنی

مثبت با زندگی جنسی اطمینان بخشی همراه است. رضایت از وضعیت جسمی باعث افزایش اطمینان فرد در زمان تماس جنسی با پارتنر خود می شود (۲۶). در این مطالعه کیفیت زندگی دو گروه به طور معنی داری متفاوت بود ($p=0/034$). میتوال در مطالعه خود نشان داد، چاقی با اختلال در کیفیت زندگی همراه است (۱۲) همچنین ناتاشا و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه ای مشابه بیان کردند، کیفیت زندگی زنان چاق در مقایسه با دیگران کمتر است (۲۱).

از محدودیت های این مطالعه می توان به تفاوت در وضعیت روحی و روانی و تفاوت های فردی افراد در هنگام انجام مصاحبه، میزان دقت واحدها در پاسخگویی به سؤالات و صحت و سقم پاسخ های افراد مورد مطالعه اشاره کرد.

نتیجه گیری

چاقی در زنان با اختلال در عملکرد جنسی همراه است و همچنین چاقی منجر به اختلال در تصویر ذهنی مثبت از خود و کاهش کیفیت زندگی نیز می شود. بنابراین جهت ارتقاء عملکرد جنسی، بهبود کیفیت زندگی و تصویر ذهنی از بدن در زنان چاق، کاهش وزن پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی کد ۸۸۷۱۵ مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد، بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و همچنین از سرکار خانم امینی، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Nasiri Amiri F, Haji Ahmadi M, Bakouei F. [Assessment of sexual function during breastfeeding and its related factors in primiparous women referred to babol health centers, 2005-2006] [Article in Persian]. J Babol Univ Med Sci 1386;9(4):52-8.
2. Jonaidy E, Noorani Sadodin Sh, Mokhber N, Shakeri MT. [Comparing the marital satisfaction and sexual satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad in 2006-2007] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University of Medical Science, Nursing Midwifery Collage of mashhad; 2007.
3. Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Ajlouni KM. Factor associated with sexual dysfunction in Jordanian woman and their sexual attitudes. Ann Saudi Med 2009 Jul-Aug;29(4):270-4.
4. Bolourian Z. [Sexual dysfunction in Sabzevar women] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2007 Summer:164-70.

5. Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi Foroushani A, Mohammadi A. [Reproductive correlates of female sexual dysfunctions in Kohgilouyeh-Boyerahmad Province: a population-based study] [Article in Persian]. *Payesh J* 2007;7(1):67-73.
6. Foroutan SK, Jadid Milani M. [The Prevalence of sexual dysfunction among divorce requested] [Article in Persian]. *J Shahed Univ* 2008;6(78):37-42.
7. Ghavam M, Tasbihsazan R. [Prevalence and diversity of sexual disorders among male and female patients in a family health care clinic, Tehran, Iran] [Article in Persian]. *J Uromiyeh Univ Med Sci* 2007;18(4):634-9.
8. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004;72:52-7.
9. Palacios S, Castano R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas* 2009 Jun;63(2):119-23.
10. Pace G, Silvestri V, Gualá L, Vicentini C. Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: how they affect female postmenopausal health. *Menopause* 2009 Nov-Dec;16(6):1188-92.
11. Esposito K, Ciotola M, Giuglione 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.
12. Shah MB. Obesity and sexuality in women. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009 Jun;36(2):347-60.
13. Camps MA, Zeruos E, Goode S, Rosemurgy AS. Impact of bariatric surgery on body image perception and sexuality in morbidly obese patients and their partners. *Obes Surg* 1996 Aug;6(4):356-60.
14. McCook JG, Thatcher SS. The influence of hyperandrogenism obesity and infertility on the sexual and relationship satisfaction of women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2002 Sep;78.
15. 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.
16. Huang AJ, Stewart AL, Hernandez AL, Shen H, Subak LL. 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.
17. Khabbaz Khob M, Fotohi A, Hashemi H. [Obesity and overweight in the population of Tehran] [Article in Persian]. *Iran J Diabet Lipids* 2008;7(3):315-24.
18. Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in women with obesity. *Endoc Abstr* 2009;20:469.
19. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version] [Article in Persian]. *Payesh J* 2008;7(2):269-78.
20. Huang AJ, Stewart AL, Hernandez AL, Shen H, Subak LL. 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.
21. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image* 2004 May;1(2):155-67.
22. Roehrborn CG, Marberger M, Wolford E, Wilson TH. The effects of BMI, alcohol and smoking on measures of sexual dysfunction: baseline data from dutasteride studies involving a total of 18,966 subjects. *Urol* 2006;68(Supplement 5A).
23. 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.
24. La Rocque CL, Cioe J. An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance. *J Sex Res* 2011 Jul;48(4):397-408.
25. Pujols Y, Seal BN, Mesto CM. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med* 2010 Feb;7(2 Pt 2):905-16.
26. Woertman L, van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res* 2012;49(2-3):184-211.