

## ارتباط مذهب با عملکرد جنسی زنان سنین باروری

زهرا کامیابی نیا<sup>۱</sup>، صدیقه اظهري<sup>۲\*</sup>، سید رضا مظلوم<sup>۳</sup>،دکتر نگار اصغری پور<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۰۹

## خلاصه

**مقدمه:** عملکرد و رضایت جنسی سالم نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی زنان دارد. مذهب یکی از این موارد است که می‌تواند بر عملکرد جنسی تأثیرگذار باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط مذهب با عملکرد جنسی زنان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مورد-شاهدی در سال ۱۳۹۴ بر ۲۸۴ زن (۱۴۲ نفر در گروه با اختلال عملکرد جنسی و ۱۴۲ نفر در گروه بدون اختلال عملکرد جنسی) سنین باروری مراجعه کننده به مراکز پنج‌گانه سلامت شهر مشهد انجام شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)، سلامت مذهبی الیسون، مقیاس تعیین استرس، اضطراب و افسردگی (DASS21)، همراه با پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی گردآوری شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزاری آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های من‌ویتنی، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چندگانه انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بین سلامت مذهبی و عملکرد جنسی ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) و مؤلفه‌های میل جنسی ( $p < ۰/۰۰۵$ )، تهیج جنسی ( $p < ۰/۰۰۰۱$ )، لوبریکاسیون ( $p < ۰/۰۰۵$ )، ارگاسم جنسی ( $p < ۰/۰۰۵$ ) و رضایت جنسی ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) در گروه با اختلال عملکرد جنسی با گروه بدون اختلال عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری وجود داشت، اما بین سلامت مذهبی و مؤلفه درد در رابطه جنسی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ( $p > ۰/۰۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** بین مذهب و عملکرد جنسی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد، بدین معنا که افراد با عملکرد جنسی مطلوب، نمره سلامت مذهبی بالاتری دارند. با توجه به تأثیر مذهب بر عملکرد جنسی زنان، پیشنهاد می‌شود در درمان بیماران با اختلال عملکرد جنسی به بُعد مذهب علی‌رغم بُعد روانی افراد توجه شود.

**کلمات کلیدی:** زنان، عملکرد جنسی، مذهب

\* نویسنده مسئول مکاتبات: صدیقه اظهري؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: azharis@mums.ac.ir

## مقدمه

در طول تاریخ انسان‌ها حداقل به منظور تولید مثل و تداوم نسل خود نیازمند برقراری آمیزش جنسی بوده‌اند، از این‌رو فعالیت جنسی به یکی از ابعاد مهم زندگی افراد تبدیل شده است (۱). از مهم‌ترین فلسفه‌های تشکیل زندگی مشترک، آرامش یافتن زن و شوهر در کنار یکدیگر است. این آرامش به عواملی وابسته است که یکی از بارزترین آن‌ها، رابطه جنسی سالم است (۲). عملکرد جنسی، جنبه مهمی از کیفیت زندگی زناشویی و یک تجربه روانی- فیزیولوژیک واقعی و یک چرخه پاسخ چهار مرحله‌ای اعم از میل جنسی، برانگیختگی، اوج لذت جنسی و فرونشینی می‌باشد (۳). هرگونه اختلال در یکی از این مراحل ممکن است با عملکرد جنسی فرد تداخل کرده و منجر به ایجاد اختلالات جنسی شود (۴). در مطالعه فروتن و همکاران (۲۰۰۹) که به بررسی اختلال عملکرد جنسی زوجین متقاضی طلاق پرداختند نیز ۷۷٪ زنان دچار نارسایی جنسی بودند، بنابراین حتی در افراد موفق از نظر جنسی ممکن است مشکلاتی وجود داشته باشد (۵). در مطالعه لایومن و همکاران (۱۹۹۹) در ایالات متحده آمریکا، ۴۳٪ زنان و ۳۱٪ مردان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی بودند (۶). در مطالعه میشل و همکار (۲۰۱۳) اختلال عملکرد جنسی در زنان ۵۱/۲٪ و در مردان ۴۱/۶٪ گزارش شد (۷). در مطالعه رضانی و همکاران (۲۰۱۲) شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی ۶۴٪ و بیشترین فراوانی مربوط به مؤلفه درد با شیوع ۳۷٪ و رضایت‌مندی جنسی با شیوع ۲۰٪ بود (۸). در بروز اختلالات عملکرد جنسی، عوامل بسیاری تأثیرگذار هستند (۹، ۱۰). امور جنسی علاوه بر زندگی فرد، بر رابطه شریک جنسی و همه افراد حاضر در اجتماع تأثیرگذار می‌باشد (۱۱، ۱۲). همچنین روابط جنسی عاملی اثرگذار بر کیفیت زندگی افراد نیز شناخته شده است (۱۳).

روابط جنسی، یکی از اجزای اساسی زندگی هر زن و جزء مهمی از سلامت وی در طول زندگی محسوب می‌شود (۱۲). برای درک بهتر از امور جنسی و تکامل آن در انسان نیز ناگزیر باید مجموعه وجودی انسان را

که شامل اجزاء جسمی مانند ژنتیک، هورمون‌ها، روانی (مانند احساس فرد نسبت به خود و دیگران)، اجتماعی (مانند ارتباط بین خود و دیگران)، فطری و معنوی (مانند مذهب، ارزش‌ها، باورها) می‌باشد را در نظر گرفت (۱۴). الیسون در این زمینه بیان می‌دارد که بُعد مذهبی به عنوان یکی از ابعاد معنویت ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند (۱۵). سلامت مذهبی بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی آنان، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است. سلامت مذهبی نیز به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر اطلاق می‌شود (۱۶). توجه به خدمات مذهبی در کمترین زمان، اثر محافظتی در برابر افسردگی حاد و شدید دارد. مذهب به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم یافته، از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه لحظه‌های زندگی فراهم کند و در شرایط خاص نیز با فراهم سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (۱۶، ۱۷). در مطالعه سیستماتیک سنچز و همکاران (۲۰۱۴) رضایت جنسی با متغیرهای دموگرافی، فردی- اجتماعی، سلامت جسمی و روانی، متغیرهای حمایت اجتماعی و روابط خانوادگی و عقاید و ارزش‌های فرهنگی مانند مذهب مرتبط بود (۱۸). نتایج مطالعه کیلی و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد بین مذهب و نگرش و رفتار جنسی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۹). پیتل و همکاران (۲۰۰۹) نیز طی مطالعه‌ای دریافتند که دیدگاه مذهبی بر عملکرد جنسی بیماران مبتلا به افسردگی و اسکیزوفرنی و حتی افراد سالم بدون ابتلاء به افسردگی و اسکیزوفرنی تأثیر می‌گذارد (۲۰). حسینی نسب و همکاران (۲۰۰۹) نقش مذهب را بر روابط زناشویی و عملکرد جنسی، مثبت ارزیابی کردند (۲۱). در مطالعه نامنی و همکاران (۲۰۱۴) آموزش جنسی توأم با آموزه‌های دینی بر عملکرد جنسی و مؤلفه میل و رضایت جنسی تأثیرگذار بود (۲۲). از سوی دیگر در مطالعه تیبسی و همکاران (۲۰۱۲) بین معنویت و رضایت جنسی زنان و مردان ارتباط وجود داشت، اما با عملکرد

## روش کار

این مطالعه مورد-شاهدی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۸۴ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد که جهت انجام واکسیناسیون و مراقبت از کودکان، مشاوره تنظیم خانواده، مشاوره قبل از بارداری و ویزیت پزشک به مراکز مربوطه مراجعه کردند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، انجام شد. روش نمونه‌گیری این مطالعه بدین صورت بود که پژوهشگر در مراکز سلامت شهر مشهد به صورت تصادفی با توجه به روش مورد و شاهدی مطالعه و بر اساس پرسشنامه های مذکور، ۱۴۲ نفر از افرادی که اختلال داشتند و ۱۴۲ نفر از کسانی که اختلال عملکرد جنسی نداشتند را انتخاب کرد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مسلمان و ایرانی بودن، ساکن شهر مشهد و حومه آن، متأهل و زندگی با همسر خود، داشتن نزدیکی جنسی طی چهار هفته گذشته، تکمیل فرم رضایت نامه کتبی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اعتیاد به مواد مخدر<sup>۱</sup>، عدم ابتلاء به بیماری تأثیرگذار بر فعالیت جنسی در زن و همسر<sup>۲</sup> و اختلال جنسی در همسر، نداشتن سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس طی یک سال گذشته، عدم مصرف دارو و یا بستری در بیمارستان به دلیل بیماری روانی، نداشتن نواقص فیزیکی شدید در زن و همسر، نداشتن بحران روحی شدید<sup>۳</sup> و خستگی مزمن<sup>۴</sup> طی یک ماه گذشته، عدم مصرف داروی تأثیرگذار بر فعالیت جنسی<sup>۵</sup> توسط زن و همسر، نداشتن همسر دیگری از سوی شوهر، نبودن در دوران یائسگی، حاملگی و ۲ ماه پس از زایمان، نداشتن سابقه‌ای از تجاوز جنسی، نداشتن سابقه عمل جراحی بر

جنسی ارتباطی مشاهده نشد (۲۳). در مطالعه دیودسون و همکاران (۲۰۱۲) مذهبی بودن با نگرش و رفتار جنسی زنان مانند نگرش منفی به فعالیت جنسی و داشتن نزدیکی جنسی کمتر مرتبط بود، اما با رضایت‌مندی جنسی، جسمی و روانی ارتباطی یافت نشد (۲۴). در مطالعه دانش و همکار (۲۰۱۱)، تعدادی از افراد مذهبی به دلیل عدم آگاهی یا برداشت سوء از منابع دینی در مورد عملکرد جنسی، عملکرد جنسی نامناسبی داشتند (۲۵). در مطالعه عبدالصالحی و همکار (۲۰۱۳) زنان مسلمان با شرم جنسی بالا، سطح پایین‌تری از رضایت زندگی جنسی را گزارش کردند (۲۶). ارضای نیازهای جنسی و رضایت حاصل از آن، از عوامل مؤثر در بهداشت جسم و روان افراد است و بر دوام و استحکام بنیان خانواده نیز می‌افزاید. اختلال عملکرد جنسی، یک مشکل رایج در تمام سنین در زنان است که تأثیرات منفی نه تنها بر کیفیت زندگی آنان، بلکه بر عملکرد جنسی و کیفیت زندگی همسرانشان و حتی اجتماع نیز خواهد گذاشت. در نظر گرفتن ماهیت چند بُعدی اختلال عملکرد جنسی و پیامدهای منفی آن، این نیاز را ایجاد می‌کند که این مشکل در مراحل اولیه قبل از اینکه تأثیرات خود را در آینده بگذارد، شناسایی و درمان شود و درمانگران طبی و روانی در درمان مراجعین با شکایت اختلال عملکرد جنسی، بایستی تأثیرات فاکتورهای حساس و پیچیده جسمی، روانی، اجتماعی و مذهبی را برای ارزیابی و درمان زنان و همسرانشان مدنظر داشته باشند. گردآوری یک مدل کلی، پارادایمی جامع و منسجم برای درک بهتر و ارزیابی و درمان کامل‌تر توسط درمانگر اختلالات جنسی فراهم می‌آورد.

با توجه به بافت مذهبی جامعه ایران و اهمیت عملکرد جنسی در زندگی زوجین و تأثیرپذیری آن از عوامل متعددی از قبیل فرهنگی، مذهبی، اجتماعی و ... و به دلیل توجه ناکافی به امور جنسی در کشور ما، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط مذهب با عملکرد جنسی زنان برای ارتقاء سلامت زنان به خصوص سلامت جنسی زنان انجام شد.

<sup>۱</sup> مواد روان گردان و محرک، مشروبات الکلی، سیگار، قلیان

<sup>۲</sup> بیماری طبی شدید مانند بیماری قلبی عروقی، ریوی (آسم)، فشارخون، صرع، دیابت، مشکلات اعصاب و روان مانند اسکیزوفرنی و افسردگی شدید، بیماری‌هایی دیگر مانند بیماری‌های منتقله جنسی و ایدز، اختلال در فعالیت جنسی که جهت درمان آن به پزشک مراجعه کرده باشید.

<sup>۳</sup> مانند مرگ یکی از بستگان نزدیک، ورشکستگی همسر

<sup>۴</sup> احساس خستگی در فعالیت های روزانه بیش از سه ماه

<sup>۵</sup> نظیر داروهای روانگردان و آنتی هیستامین‌ها که آثار منفی بر روابط جنسی دارند و داروهایی چون دانازول و آمفتامین‌ها که به نظر می‌رسد محرک جنسی باشند و داروهای گیاهی محرک جنسی

لگن و پستان<sup>۱</sup>، نداشتن سابقه سقط مکرر، مرده‌زایی و نازایی و نداشتن سابقه رابطه عاطفی تأثیرگذار بر روابط عاطفی - جنسی کنونی با همسر<sup>۲</sup>، نداشتن تمایلات غیرمعمول<sup>۳</sup> و اینکه علت مراجعه آنان به مرکز، یک شکایت جنسی نباشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: انصراف افراد شرکت کننده به هر دلیلی از ادامه شرکت در مطالعه بود. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت چند مرحله‌ای، خوشه‌ای و تصادفی بود. در این مطالعه، پژوهشگر پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق در مورخه ۹۴/۰۲/۱۹ به شماره ۹۰۱۱۹۳ از دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دریافت معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری - مامایی، با مراجعه به مرکز سلامت استان، فهرست کاملی از مراکز سلامت پنج منطقه سلامت جامعه شهر مشهد (شماره یک، دو، سه، ثامن و پنج) را تهیه کرد و از همه مناطق به صورت خوشه‌ای تعدادی از مراکز به طور تصادفی و از طریق قرعه‌کشی انتخاب شدند که تقریباً تمام نواحی شهر را در برمی‌گرفت. پس از مشورت با استاد محترم آمار، از هر یک از مناطق پنج‌گانه، دو مرکز پرجمعیت و دو مرکز کم جمعیت به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی انتخاب شدند. مراکز انتخاب شده از پنج منطقه سلامت، شامل ۲۰ مرکز بود. روزهای مراجعه به این مراکز منتخب بر اساس قرعه‌کشی تعیین شد. تعداد واحدهای پژوهش انتخاب شده از هر مرکز متناسب با تعداد مراجعین و حجم نمونه تعیین شده بود. فرآیند گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که ابتدا پژوهشگر در شیفت‌های صبح به مراکز سلامت منتخب مراجعه کرده و از زنانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، جهت همکاری در طرح دعوت می‌کرد. از افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و در ابتدا پرسشنامه مشخصات فردی و سپس پرسشنامه عملکرد جنسی، پرسشنامه سلامت مذهبی الیسون و در انتها پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی توسط زنان و در حضور پژوهشگر تکمیل می‌شد. زمان پاسخگویی

واحدهای پژوهش برای این مرحله به طور متوسط ۳۰ دقیقه تعیین شده بود. در مورد شاخص عملکرد جنسی، ابتدا دستور کار ضمیمه به پرسشنامه حاوی تعریف تعدادی واژه مانند فعالیت جنسی و هیجان جنسی به پاسخگو داده می‌شد که با دقت آن را مطالعه کرده و سپس به سؤالات پاسخ دهد. در انتهای نمونه‌گیری، ۳۲۵ پرسشنامه از واحدهای پژوهش تکمیل شد که برای تناسب حجم نمونه در دو گروه مورد و شاهد بر حسب متغیر وابسته (عملکرد جنسی) و بر اساس صلاح‌دید استاد محترم آمار و راهنما، حجم نمونه بر اساس مطالعه پایلوت و فرمول تعیین حجم نمونه (۲۷) از نسبت با ضریب احتمال ۰.۹۵ و توان آزمون ۰.۸۰، ۲۸۴ نفر و به طور کلی ۱۴۲ نفر برای گروه مورد (مبتلا به اختلال عملکرد جنسی) و ۱۴۲ نفر نیز برای گروه شاهد (بدون اختلال عملکرد جنسی) در نظر گرفته شد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل: پرسشنامه مشخصات فردی و زناشویی، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)<sup>۴</sup>، پرسشنامه سلامت مذهبی الیسون و پرسشنامه تعیین هم‌زمان استرس، اضطراب و افسردگی (DASS21) بود.

**پرسشنامه مشخصات فردی و زناشویی:** این پرسشنامه شامل ۹ سؤال برای بررسی مشخصات فردی، ۷ سؤال برای بررسی مشخصات ازدواج و مامایی، ۵ سؤال برای بررسی اطلاعات مربوط به روابط جنسی و زناشویی و ۵ سؤال در خصوص خشونت خانگی بود. فرم مشخصات فردی و دموگرافیک نیاز به پایایی نداشت، زیرا سؤالات آن مکرر در تحقیقات مختلف استفاده شده است.

**پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI):** این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال با ۶ مؤلفه مستقل ۱- میل، ۲- تهیج جنسی، ۳- رطوبت، ۴- ارگاسم، ۵- رضایت جنسی و ۶- احساس درد در رابطه جنسی است. کل عملکرد جنسی نیز نمره‌ای دریافت می‌کند. این پرسشنامه جهت ارزیابی اختلال عملکرد جنسی زنان استفاده شد؛ بدین ترتیب که افراد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی با نمره کمتر از ۲۸ و افراد بدون اختلال عملکرد جنسی با نمره ۲۸ و یا بالاتر از آن توسط

<sup>۱</sup> مانند برداشتن رحم، توبکتومی و برداشتن یک یا هر دو پستان

<sup>۲</sup> مانند ازدواج قبلی یا نامزدی

<sup>۳</sup> مانند سادیسم، مازوخیسم، سکس دهانی، سکس مقعدی و ...

<sup>۴</sup> Female Sexual Function Index

پرسشنامه FSFI شناسایی شدند. این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۷)، با روایی سازه به روش همسانی درونی در ایران تأیید شده است (۲۸). در این مطالعه روایی محتوایی به روش محتوا و تأیید نهایی ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی انجام و پایایی آن در مطالعه حاضر به روش آلفای کرونباخ و با ضریب ۰/۹۵ تأیید شد.

**پرسشنامه سلامت مذهبی الیسون:** این پرسشنامه حاوی ۱۰ سؤال است. امتیاز ۲۰-۱۰ معادل سلامت مذهبی کم، امتیاز ۴۹-۲۱ سلامت مذهبی متوسط و امتیاز ۶۰-۵۰ معادل سلامت مذهبی بالا است. در مطالعه الهبخشیان و همکاران (۲۰۱۰) روایی پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوا مورد تأیید قرار گرفت (۲۹). همچنین در مطالعه حاضر، پرسشنامه مربوطه زیر نظر اساتید راهنما و مشاور جهت بررسی و تصحیح در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرار گرفت و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ با ضریب ۰/۸۶ تأیید شد.

همچنین در مطالعه حاضر جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر از پرسشنامه تعیین هم‌زمان استرس، اضطراب و افسردگی (DASS21) که شامل ۲۱ سؤال در سه حیطه استرس، اضطراب و افسردگی است، استفاده شد. سؤالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ مربوط به حیطه استرس، سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ مربوط به اضطراب؛ و سؤالات ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ مربوط به حیطه افسردگی می‌باشند. سؤالات بر اساس نمره-بندی لیکرت (۳-۰) نمره‌گذاری و سپس سؤالات مربوط به هر حیطه جمع و در انتها ضربدر ۲ می‌شود. روایی آن به روش روایی محتوا و در ایران توسط صاحبی و همکاران (۲۰۰۵) با روایی تحلیل عاملی و اعتبار ملاک با اجرای هم‌زمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و تنیدگی ادراک شده مورد تأیید قرار گرفت (۳۰) و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ با ضریب (۰/۸۳) تأیید شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزاری آماری SPSS (نسخه ۲۰) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های مناسب استفاده شد. در تحلیل داده‌ها ابتدا نرمال بودن متغیر-

های کمی توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف و شاپیرو ویلک<sup>۱</sup> تعیین شد. جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون من‌ویتنی و همبستگی اسپیرمن و جهت کنترل متغیرهای مخدوشگر از آزمون‌های مناسبی مانند رگرسیون چندگانه استفاده شد. در انجام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سن زنان در گروه مورد  $32/5 \pm 7/9$  و در گروه شاهد  $31/1 \pm 7/2$  سال و سن همسرانشان به ترتیب در گروه مورد  $36/9 \pm 8/7$  و در گروه شاهد  $35/7 \pm 8/0$  سال بود که بر اساس آزمون آماری من‌ویتنی، تفاوت معنی‌داری در میانگین سنی دو گروه به ترتیب سن زنان و سن همسرانشان وجود نداشت ( $p=0/1176$ ،  $p=0/301$ )، یعنی دو گروه از نظر سن همگن بودند.

از لحاظ سطح تحصیلات زنان در گروه مورد، ۲ نفر (۰/۱۴) در حد خواندن و نوشتن، ۲۴ نفر (۰/۱۶/۹) ابتدایی، ۱۸ نفر (۰/۱۲/۷) راهنمایی، ۶۹ نفر (۰/۴۸/۶) دبیرستان، ۲۹ نفر (۰/۲۰/۴) دانشگاهی و در گروه شاهد، ۱ نفر (۰/۰۷) در حد خواندن و نوشتن، ۴ نفر (۰/۲/۸) ابتدایی، ۲۳ نفر (۰/۱۶/۲) راهنمایی، ۷۰ نفر (۰/۴۹/۳) دبیرستان و ۴۴ نفر (۰/۳۱/۰) دانشگاهی بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال اکثر واحدهای پژوهش در گروه مورد (۰/۸۵/۹) و شاهد (۰/۷۷/۵) را افراد خانه‌دار و همسرانشان در گروه مورد (۰/۶۲/۷) و شاهد (۰/۶۴/۸) را افراد با شغل آزاد تشکیل می‌دادند. از لحاظ وضعیت مسکن اکثر واحدهای پژوهش در گروه مورد (۰/۵۱/۰) در منزل استیجاری و در گروه شاهد (۰/۴۸/۶) در منزل شخصی زندگی می‌کردند. بر اساس آزمون دقیق کای دو، فراوانی تحصیلات زنان و همسرانشان در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ( $p=0/001$ )، یعنی دو گروه از نظر تحصیلات همگن نبودند، ولی از نظر فراوانی شغل زنان و همسرانشان و وضعیت مسکونی در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p>0/05$ )، یعنی دو گروه از نظر وضعیت مسکونی همگن بودند.

<sup>1</sup> Shapiro wilk

اکثر واحدهای پژوهش در گروه مورد (۶۶/۹٪) را افراد با اختلال در تهیج جنسی و نیز در گروه شاهد (۷/۰٪) را افراد با اختلال در میل جنسی تشکیل می‌دادند. بر اساس آزمون کای اسکوئر، فراوانی اختلال عملکرد در

جدول ۱- توزیع فراوانی زنان سنین باروری مراجعه کننده به مراکز سلامت مشهد برحسب اختلال عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه

	گروه شاهد		گروه مورد		مؤلفه های عملکرد جنسی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	اختلال دارد	اختلال ندارد
میل جنسی	۷/۰	۱۰	۶۰/۶	۸۶	اختلال دارد	اختلال ندارد
	۹۳/۰	۱۳۲	۳۹/۴	۵۶		
تهیج جنسی	۲/۱	۳	۶۶/۹	۹۵	اختلال دارد	اختلال ندارد
	۹۷/۹	۱۳۹	۳۳/۱	۴۷		
لوبریکاسیون	۰/۷	۱	۴۱/۵	۵۹	اختلال دارد	اختلال ندارد
	۹۹/۳	۱۴۱	۵۸/۵	۸۳		
ارگاسم	۰/۷	۱	۳۵/۲	۵۰	اختلال دارد	اختلال ندارد
	۹۹/۳	۱۴۱	۶۴/۸	۹۲		
درد در رابطه جنسی	۴/۲	۶	۱۷/۶	۲۵	اختلال دارد	اختلال ندارد
	۹۵/۸	۱۳۶	۸۲/۴	۱۱۷		

در گروه مورد بین تمام مؤلفه‌های عملکرد جنسی (میل، تهیج، رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد) همبستگی وجود داشت. بیشترین همبستگی مثبت در گروه مورد و شاهد بین مؤلفه رضایت جنسی با ارگاسم و تهیج جنسی

( $r=0/46$ ) و کمترین همبستگی در گروه مورد بین مؤلفه رضایت جنسی و مؤلفه درد در رابطه جنسی ( $r=-0/02$ ) مشاهده شد (جدول ۲).

جدول ۲- همبستگی بین مؤلفه‌های مختلف عملکرد جنسی زنان سنین باروری مراجعه کننده به مراکز سلامت مشهد به تفکیک گروه

گروه	میل	تهیج	رطوبت	ارگاسم	رضایت	درد
گروه مورد	میل	-				
	تهیج	**۰/۴۷	-			
	رطوبت	**۰/۲۲	**۰/۳۷	-		
	ارگاسم	**۰/۳۱	**۰/۴۳	**۰/۴۱	-	
	رضایت	**۰/۴۵	**۰/۴۶	**۰/۲۹	**۰/۴۶	-
	درد	-۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۱۶	**۰/۳۳	۰/۱۶
گروه شاهد	میل	-				
	تهیج	**۰/۴۰	-			
	رطوبت	**۰/۲۵	**۰/۴۳	-		
	ارگاسم	۰/۱۵	**۰/۴۶	**۰/۳۶	-	
	رضایت	*۰/۲۰	**۰/۲۴	۰/۰۷	**۰/۳۵	-
	درد	۰/۰۳	۰/۰۲	**۰/۲۴	۰/۱۶	۰/۰۱

\*\* $p<0/001$ ، \* $p<0/05$

ضریب همبستگی اسپیرمن، بین مذهب و عملکرد جنسی ( $r=0/439$ ,  $p<0/001$ ) رابطه خطی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. همچنین بر اساس آزمون من‌ویتنی، تفاوت معنی‌داری در میانگین سلامت مذهبی در دو گروه وجود داشت ( $p<0/001$ )، یعنی دو گروه از نظر میزان سلامت مذهبی اختلاف معنی‌داری داشتند (جدول ۳).

بر اساس آزمون کولموگروف و شاپرویلک، سلامت مذهبی واحدهای پژوهش از توزیع غیر نرمال برخوردار بود ( $p<0/05$ ). از نظر فراوانی سلامت مذهبی، در گروه مورد اکثر واحدهای پژوهش ( $51/4\%$ ) از سلامت مذهبی در حد متوسط و در گروه شاهد ( $81/7\%$ ) از میزان سلامت مذهبی بالایی برخوردار بودند. بر اساس نتایج آزمون

جدول ۳- توزیع فراوانی زنان سنین باروری مراجعه کننده به مراکز سلامت مشهد برحسب سلامت مذهبی به تفکیک گروه

سطح معنی داری*	گروه شاهد		گروه مورد			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
$p<0/001$	۱۱۶	۸۱/۷	۶۹	۴۸/۶	بالا	سلامت مذهبی
	۲۶	۱۸/۳	۷۳	۵۱/۴	متوسط	
	۰	۰/۰	۰	۰/۰	پایین	
	۱۴۲	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰	کل	

\* آزمون من ویتنی

(جدول ۴) ( $p=0/001$ ). همچنین بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن، بیشترین اختلاف معنی‌دار بین مؤلفه رضایت جنسی و سلامت مذهبی ( $p=0/45$ ) و کمترین اختلاف معنی‌دار بین مؤلفه درد در رابطه جنسی و سلامت مذهبی ( $p=0/22$ ) وجود داشت.

نمرات میانگین سلامت مذهبی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد پایین‌تر بود. بین سلامت مذهبی و تمام مؤلفه‌های عملکرد جنسی (میل جنسی، تهیج جنسی، لوبریکاسیون، ارگاسم و رضایت جنسی) به جز مؤلفه درد در رابطه جنسی ارتباط معنی‌داری وجود داشت

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی در دو گروه مطالعه در زنان سنین باروری مراجعه کننده به مراکز سلامت

مشهد بر حسب مؤلفه‌های عملکرد جنسی به تفکیک گروه

سلامت مذهبی	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری*
میل جنسی	۲/۵۵	۰/۵۰	$p<0/05$
	۲/۷۰	۰/۴۶	
تهیج جنسی	۲/۵۱	۰/۵۰	$p<0/001$
	۲/۷۲	۰/۴۵	
لوبریکاسیون	۲/۴۸	۰/۵۰	$p<0/05$
	۲/۶۹	۰/۴۶	
ارگاسم	۲/۵۰	۰/۵۰	$p<0/05$
	۲/۶۸	۰/۴۷	
رضایت جنسی	۲/۴۸	۰/۵۰	$p<0/001$
	۲/۸۱	۰/۳۹	
درد در رابطه جنسی	۲/۵۴	۰/۵۰	$p>0/05$
	۲/۶۶	۰/۴۷	

\* آزمون من ویتنی

درآمد ماهیانه، وضعیت مسکونی، تنظیم خانواده و روش زایمان همبستگی معنی‌داری وجود داشت ( $F=4/649$ ,  $df=16$ ,  $r=0/480$ ,  $p<0/0001$ ). در بین متغیرهای مستقل وارد شده به آزمون، تنها متغیر مذهب ( $\beta=0/241$ )

به منظور کنترل متغیرهای مخدوش‌گر از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد که بر اساس این آزمون بین متغیر مذهب و عملکرد جنسی، سن، سن همسر، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، شغل زن، شغل همسر،

( $p < 0/0001$ ) و شغل زن (کارمند) ( $\beta = 0/265$ ,  $p = 0/003$ ) باقی ماندند. همچنین قابل ذکر است که بر اساس نتایج آزمون رگرسیون چندگانه، متغیر استرس، اضطراب و افسردگی، بر ارتباط مذهب و عملکرد جنسی اثر مخدوش‌گری نداشت ( $p > 0/05$ ).

## بحث

در این مطالعه بر اساس آزمون من‌ویتنی و اسپیرمن، بین سلامت مذهبی و عملکرد جنسی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود داشت؛ بدین معنا که در افرادی که سلامت مذهبی بالاتری داشتند، نمره عملکرد جنسی و نمرات تمام زیرگروه‌های آن به طور معنی‌داری بیشتر بود. همچنین این ارتباط معنی‌دار قوی در بُعد سلامت مذهبی فقط در مؤلفه رضایت و تهیج جنسی مشاهده شد. همچنین بین مؤلفه درد در رابطه جنسی و سلامت مذهبی ارتباطی وجود نداشت. این موضوع را می‌توان اینگونه تبیین نمود که مؤلفه رضایت و تهیج جنسی بیشتر از سایر مؤلفه‌ها از عوامل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی تأثیر می‌پذیرد و از سوی دیگر مؤلفه درد، مؤلفه جسمی و روانی است و به ندرت از فاکتورهای اجتماعی و مذهبی تأثیر می‌گیرد. مارش و همکار (۲۰۰۱) معتقد بودند اعتقادات مذهبی به صورت کاهش تنش‌های عصبی و رفتارهای انعطاف‌پذیر در درگیری‌های خانوادگی خود را نشان می‌دهد و ارتباط با خدا، خلاء برخی از نیازهایی که زوجین نمی‌توانند برای یکدیگر انجام دهند را پر می‌کند. در مطالعه آنان واکنش اشخاص در زمان عصبانیت متفاوت بود. زنان در این زمان با منحرف کردن فکر خود به سمت خداوند، احساس آرامش می‌کردند و مردان از درگیری و بیان کلماتی که باعث تشدید دعوا و درگیری می‌شود، اجتناب می‌کردند (۳۱). همچنین در مطالعه سیستماتیک شاه حسینی و همکاران (۲۰۱۴)، یکی از فاکتورهای مؤثر بر رضایت جنسی را مذهب دانستند (۳۲). دانش و همکار (۲۰۱۱) نیز نشان دادند برای حل تعارضات خانوادگی، مذهب از طریق باورهای معنوی و ارزش‌های مذهبی، اختلاف نظر بین زن و شوهر را تعدیل کرده و باعث حل تعارضات زناشویی می‌شود

(۲۵). مذهب نقش بسزایی در پیامدهای جنسی و سلامت جنسی افراد در طول زندگی‌شان دارد. مطالعه اهلرد و همکار (۲۰۱۰) نشان داد زنان بر عکس مردان، مذهب درونی، پیش‌بینی کننده فانتزی و خیال پردازی‌های جنسی برای آنان است (۳۳). نتیجه مطالعه مروری سنچز و همکاران (۲۰۱۴)، از ۱۹۷ مقاله از سال ۱۹۷۹ تا ۲۰۱۲ نشان داد رضایت جنسی می‌تواند تحت تأثیر بسیاری از فاکتورها قرار بگیرد که تمام این فاکتورها به ۴ طبقه از جمله فاکتورهای میکروسیستم، مزوسیستم، اگزوسیستم و ماکروسیستم دسته بندی شدند که در این میان مذهب، معنویت و تضادهای فرهنگی، جزء فاکتورهای ماکروسیستم نام‌گذاری شدند (۱۸). نتایج مطالعات نشان دهنده این است که مذهب بر رضایت جنسی تأثیر می‌گذارد. در مطالعه نامنی و همکاران (۲۰۱۴)، میانگین نمره عملکرد جنسی قبل از آموزش جنسی در زنان  $25/9 \pm 5/3$  و بعد از آموزش جنسی توأم با آموزه‌های مذهبی  $27/3 \pm 5/0$  بود. یافته‌های مطالعه مذکور نشان داد، بین آموزش‌های جنسی توأم با آموزه‌های مذهبی و نمره کل عملکرد جنسی و از میان زیرگروه آن فقط شاخص رضایت جنسی و میل جنسی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۲). در مطالعه لندر و همکاران (۲۰۱۱)، بین مذهب و رفتار پرخطر جنسی ارتباط منفی و معنی‌داری مشاهده شد. مذهبی بودن والدین، باعث کاهش مشارکت نوجوانان در رفتارهای پرخطر جنسی (شروع زود هنگام رابطه جنسی، داشتن چند شریک جنسی و استفاده نکردن از کاندوم) می‌شود (۳۴). از آنجا عملکرد جنسی مطلوب در ثبات زناشویی نقش مؤثر و مهمی دارد، می‌توان نتیجه گرفت نتایج مطالعات فوق با مطالعه حاضر همسو می‌باشند. از سوی دیگر در مطالعه پرز و همکاران (۲۰۰۶) بین افراد بالای ۴۴ سال و افرادی که در فعالیت‌های مذهبی مشارکت داشتند، با نمره عملکرد جنسی آنان و تمام حیطه‌های آن از جمله میل جنسی، برانگیختگی جنسی، رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت (۳۵). در مطالعه اوجاما و همکاران (۲۰۰۶)، یکی از ریسک فاکتورهای اختلال میل جنسی و ارگاسم، معتقد بودن



مطالعه ویت و همکار (۲۰۰۳) نشان داد زوجینی که با هم عبادت می‌کردند، خشنودی و رضایت بیشتر از زندگی جنسی خود گزارش کردند. همچنین یکی از مزایای ازدواج، داشتن رابطه جنسی سالم است و زمانی که شکل‌گیری ازدواج بر مبنای مذهب استوار باشد، رضایت جنسی و خشنودی زناشویی افزایش می‌یابد (۳۸). افراد مذهبی و کسانی که عقیده آنان از علم باطنی و فطرت درونی نشأت گرفته، نسبت به همسر و خانواده خود رفتاری منصفانه و توأم با گذشت و فداکاری دارند. برای بهبود و تقویت و تحکیم روابط همسرمداری و رضایت همسر تلاش می‌کنند و به دلیل اینکه جهت‌گیری مذهبی بر تمامی ابعاد زندگی مؤثر است، افراد مذهبی، سازگاری زناشویی بیشتری دارند. در حالی که بین ابعاد سازگاری زناشویی با دینداری، کمترین اضطراب و افسردگی رخ می‌دهد و احساس امنیت را برای افراد فراهم می‌کند، در حوزه‌های رفتاری، رفتارهای مذهبی مانند دعا، نیایش، عبادت، اثرات آسیب‌زای استرس را از طریق ایجاد شبکه‌های حمایتی و ارتقای رفتارهای سلامت تعدیل می‌کنند. همچنین باورهای مذهبی مقابله با مشکلات و استرس را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی‌های روان‌شناختی یا رنج‌های زندگی تسهیل می‌کنند و یک احساس کنترل و موقعیت را برای افراد فراهم می‌سازد. این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد به خدا راحت‌تر سپری می‌کنند، کمتر دچار استرس و اضطراب می‌شوند و نسبت به آینده امیدوارترند. باورهای دینی بر سلامت و سازگاری روانی بهتر همراه است. فرهنگ و عقاید مذهبی به واسطه تأثیر بر روان، بر اختلال عملکرد جنسی زنان نیز مؤثر است. از آنجا که سلامت روان بر عملکرد جنسی تأثیرگذار می‌باشد، می‌توان در درمان و مشاوره اختلال عملکرد جنسی زنان، به بُعد مذهب نیز توجه داشت.

در مطالعه حاضر تمام کد و پارامترهای اخلاقی رعایت شد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر تفاوت‌های فردی و تأثیر وضعیت روانی واحدهای پژوهش بر نحوه پاسخگویی آنان به پرسشنامه بود که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بود. پژوهشگر تلاش نمود با فراهم کردن محیط آرام و جلب اعتماد افراد و حذف افرادی که

به دین اسلام و مسلمان بودن افراد گزارش شد (۳۶) که نتایج مطالعات مذکور، با مطالعه حاضر مغایرت داشت. این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت در جامعه آماری، نوع مطالعه و ابزار مطالعه سلامت مذهبی باشد. در مطالعه تیزی و همکاران (۲۰۱۲) بین عملکرد جنسی و معنویت درونی افراد مورد پژوهش ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۲۳). نتایج این مطالعه از نظر متغیر عملکرد جنسی با مطالعه حاضر همخوانی نداشت که احتمالاً این تفاوت ناشی از جامعه پژوهش مطالعه تیزی (که از افراد مبتلا به کانسر رکتوم بودند)، و تفاوت در ابزار سنجش معنویت و عملکرد جنسی واحدهای پژوهش بود. اسمیت و همکار (۲۰۰۸) طی مطالعه‌ای گزارش کردند افرادی که در دوران طفولیت در خانواده‌ای غیر مذهبی رشد یافته باشند، در بزرگسالی رضایت از رابطه جنسی بیشتری خواهند داشت (۳۷). در مطالعه دیویدسون و همکاران (۲۰۱۲) بین افرادی که در کلیسا و مراسم مذهبی حضور داشتند و افرادی که حضور کمتری داشتند، تفاوت معنی‌داری بین رضایت‌مندی جنسی آنان وجود نداشت (۲۴). تفاوت در نتایج مطالعه فوق را می‌توان در تفاوت فرهنگی، نژادی و مذهبی، جامعه پژوهش و تفاوت در ابزار سلامت مذهبی و عملکرد جنسی دانست. همچنین در مطالعه دانش و همکاران (۲۰۱۱) سازگاری زناشویی (در حیطه روابط جنسی) در بین افراد با نگرش مذهبی بالا، پایین‌تر از افراد با نگرش مذهبی پایین و یا متوسط بود. در مجموع سه بُعد از سازگاری زناشویی (روابط جنسی، مدیریت مالی و شیوه‌های حل تعارض) پایین‌ترین رابطه همبستگی را با تقیدات دینی داشتند (۲۵). نتایج مطالعه مذکور با مطالعه حاضر همخوانی نداشت که ممکن است ناشی از تفاوت در نوع مطالعه، ابزار و جامعه پژوهش باشد. در این مطالعه جمعیت مورد پژوهش، از بین دبیران متأهل انتخاب شده بود و دیگر اینکه همواره در محیط آموزش و پرورش صحبت در امور جنسی به عنوان یک امر ممنوع و تابوی فرهنگی تلقی می‌شود. تأثیر این تفکر منفی افراد در مورد مسائل و همچنین تفاوت در ابزار و پرسشنامه‌ها می‌تواند یکی از دلایل احتمالی این تفاوت باشد.

این طریق بتوان در جهت بهبود عملکرد جنسی کمک شایانی نمود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته قسمتی از پایان نامه دانشجویی ارشد مامایی مصوب معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد طرح ۹۳۱۱۹۰ در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل همکاری‌های لازم، تأمین هزینه‌های پژوهش و همچنین از پرسنل مراکز سلامت و واحدهای پژوهش به جهت همکاری بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌شود.

استرس و یا اضطراب آشکار دارند، این موضوع را تا حدی کنترل کند. در رابطه با اخذ داده‌ها در موردی چون سابقه ابتلاء به بیماری طبی و یا مشکلات روحی و روانی، صحت اظهارات واحدهای پژوهش ملاک قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود اختلال عملکرد جنسی به صورت پارادایم کل‌نگر بررسی و مطالعات بیشتری در این خصوص انجام گیرد.

### نتیجه‌گیری

اختلال عملکرد جنسی در میان زنان ایرانی شیوع بالایی دارد و با توجه به اینکه مذهب و سلامت مذهبی با عملکرد جنسی زنان ارتباط مستقیم و معنی‌داری دارد، تقویت بعد سلامت مذهبی و ارتقاء آن در زنان می‌تواند به عنوان یک راهکار درمانی قرار بگیرد تا از

### منابع

1. Philips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2000; 62(1):127-36.
2. Husseinzadeh A. The manners and functions of legitimate sexual relations in Islam, and psychological damages. *Islamic Educ Res* 2011; 3(1):77-104. (Persian).
3. Kavyani M. Health psychology. Tehran: Tehran University; 1999.
4. Paul P. What to expect in sexual therapy. Canada: The University of Toronto; 1998.
5. Foroutan SK, Jadid MM. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. *Daneshvar Med* 2009; 16(78):37-42. (Persian).
6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281(6):537-44.
7. Mitchell RK, Mercer HC, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382(9907):1817-29.
8. Ramezani N, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak Med Univ J* 2012; 14(6):57-65. (Persian).
9. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163(3):888-93.
10. Mirtaki M. Exploring the relationship between orgasm experience and marital satisfaction in the women referring to health-care centers. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2004. (Persian).
11. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18(3):423-33.
12. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav* 2002; 31(5):445-50.
13. Nusbaum M, Rosenfeld JA. Sexual health across the lifecycle: a practical guide for clinicians: Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004.
14. Refaie Shirpak K, Chinichian M, Eftekhari Ardebili H, Pourreza AG, Ramezankhani A. Need assessment: sexual health education in family planning centers, Tehran. *Iran J Payesh* 2010; 9:251-60. (Persian).
15. Safayi Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M. The relationship between spiritual well-being and mental health of university students. *Q J Sabzevar Univ Med Sci* 2010; 17(4):274-80. (Persian).
16. Rahnama M, Khoshknab MF, Maddah SS, Ahmadi F. Iranian cancer patients' perception of spirituality: a qualitative content analysis study. *BMC Nurs* 2012; 11(1):19.

17. Omidvari S. Spiritual health; concepts and challenges. *Spec Quran Interdiscipl Res* 2008; 1(1):6-17. (Persian).
18. Sánchez-Fuentes M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *Int J Clin Health Psychol*. 2014; 14(1):67-75.
19. Kelly M, al. e. Spirituality, Religiosity, Shame and guilt as Predictors GA. Spirituality, Religiosity, Shame. *J Psychol Theol* 2007; 35(3):222-34.
20. Peitl MV, Peitl V, Pavlovic E. Influence of religion on sexual self-perception and sexual satisfaction in patients suffering from schizophrenia and depression. *Int J Psychiatry Med* 2009; 39(2):155-67.
21. Hosseni ND, Nosratabadi HT, Fotuhi BS. Effectiveness of couples therapy, treatment, analysis of the interaction between self-incompatible couples. *Tabriz J Psychol Res* 2009; 4(14):82-95. (Persian).
22. Nameni F, Yousefzadeh S, Golmakani N, Najaf Najafi M, Ebrahimi M, Modares Gharavi M. Evaluating the effect of religious-based sex education on sexual function of married women. *Evide Based Care* 2014; 4(2):53-62. (Persian).
23. Au TY, Zauszniewski JA, King TM. Health-seeking behaviors and sexuality in rectal cancer survivors in Taiwan: associations with spirituality and resourcefulness. *Oncol Nurs Forum* 2012; 39(5):E390-7.
24. Davidson JK, Moore NB, Ullstrup KM. Religiosity and sexual responsibility: relationships of choice. *Am J Health Behav* 2004; 28(4):335-46.
25. Kermani Z, Danesh E. The impact of religious attitudes and sensation seeking on marital adjustment of married teachers in Pakdasht city. *Psychol Stud* 2011; 2(3):129-54.
26. Abdolsalehi-Najafi E, Beckman LJ. Sex guilt and life satisfaction in Iranian-american women. *Arch Sex Behav* 2013; 42(6):1063-71.
27. Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian J Psychol Med* 2013; 35(2):121-6.
28. Mohammadi kh, Heydari M, Faghihzade S. The Female Sexual Function Index(FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh Journal*. 2008 July, 7(3). 269 -78. [persian]
29. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan J Res Med Sci* 2010; 12(3):29-33. (Persian).
30. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian. population. *Iran Psychol* 2005; 4(1):299-313.
31. Marsh R, Dallos R. Roman Catholic couples: wrath and religion. *Fam Process* 2001; 40(3):343-60.
32. Shahhosseini Z, Gardeshi ZH, Pourasghar M, Salehi F. A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Mater Sociomed* 2014; 26(6):378-81.
33. Ahrold TK, Meston CM. Ethnic differences in sexual attitudes of US college students: gender, acculturation, and religiosity factors. *Arch Sex Behav* 2010; 39(1):190-202.
34. Landor A, Simons LG, Simons RL, Brody GH, Gibbons FX. The role of religiosity in the relationship between parents, peers, and adolescent risky sexual behavior. *J Youth Adolesc* 2011; 40(3):296-309.
35. Artilés Perez V, Gutiérrez Sigler MD, Sanfélix Genovés J. Female sexual function and related factors. *Aten Primaria* 2006; 38(6):339-44.
36. OjomuF, ThacherT, ObadofinM. Sexual problems among married Nigerian women. *Int J Impot Res* 2007; 19(3):310-6.
37. Smith BL, Home SG. What's faith got to do with it? The role of spirituality and religion in lesbian and bisexual women's sexual satisfaction. *Women Ther* 2008; 31(1):73-87.
38. Waite LJ, Lehrer EL. The benefits from marriage and religion in the United States: a comparative analysis. *Popul Dev Rev* 2003; 29(2):255-76.