

بررسی اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن در زنان با خشونت خانگی ارجاع

شده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز

آرزو شایان^۱، معصومه کاویانی^{۲*}، دکتر سزانه حق پناه^۳، دکتر سعید غلامزاده^۴، دکتر محمد زارع نژاد^۵، دکتر سیده زهرا معصومی^۶

- ۱- مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۲- مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه(س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات هماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
- ۴- دکترای حرفه ای، مدیر کل پزشکی قانونی استان فارس، شیراز، ایران
- ۵- دکترای حرفه ای، عضو پیوسته مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، تهران، ایران
- ۶- مرکز تحقیقات مراقبتهای مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پذیرش: ۹۴/۵/۳

دریافت: ۹۴/۲/۱۸

چکیده:

مقدمه: اختلالات عملکرد جنسی سبب بروز مشکلات جدی در زندگی خانوادگی و کیفیت زندگی می گردد. فاکتورهای متعددی بر عملکرد جنسی اثر دارند. در این راستا، تحقیق حاضر نیز با هدف بررسی اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن در زنان با خشونت خانگی ارجاع شده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز انجام شده است.

روش کار: تحقیق حاضر، یک مطالعه توصیفی - مقطعی است، که از بین زنان با خشونت خانگی ارجاع شده به مرکز پزشکی قانونی، ۱۹۷ نفر به روش تصادفی ساده در مدت سه ماه در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت علیه زنان، پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ - ۲۸) و پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی (FSFI) بود، داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS/18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و از آزمون های آماری تی تست، مجذور کای، پیرسون گرسیون استفاده گردید.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار سنی زنان $30/42 \pm 6/72$ سال بود. از مجموع ۱۹۷ زن دچار خشونت خانگی، ۹۱/۹ درصد دارای اختلال عملکرد جنسی و ۸۵/۳ درصد دارای اختلال روانی بودند. ابعاد علائم جسمانی ($p=0/027$) و اضطراب و بی خوابی ($p=0/004$) و سلامت عمومی کل ($p=0/041$) با اختلال عملکرد جنسی کل، ارتباط معکوس داشتند. اختلال عملکرد جنسی با دخالت خانواده همسر و سن همسر رابطه معنادار و مستقیم داشت.

نتیجه نهایی: اختلالات عملکرد جنسی نقش غیرقابل انکاری بر سلامت روانی و زندگی زناشویی زوجین دارند و عوامل متعددی بر آن تأثیر می گذارد. بنابراین این توجه به این اختلالات از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

کلیدواژه ها: اختلال عملکرد جنسی / پزشکی قانونی / خشونت خانگی / سلامت عمومی

* نویسنده مسئول: معصومه کاویانی؛ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه(س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Email: kaviani.maasumeh@yahoo.com

مقدمه:

پایین، اضطراب زیاد، اختلال تغذیه، اختلال استرس پس از آسیب (*Post-traumatic stress Disorder*)، اختلالات جنسی (*Sexual dysfunction*) شود و بین همسر آزاری و اختلال عملکرد جنسی رابطه متقابل وجود دارد (۱۰-۱۲). عدم ارضای نیازهای جنسی عامل بزرگی برای اختلافات زن و شوهر است به گونه ای که اختلالات جنسی زنان می تواند بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و... اثر بگذارد و از طرفی رضایت در رابطه جنسی تحت تأثیر استرس های شغلی، سطح تحصیلات زوجین، کشمکش های خانواده و خشونت خانگی، مشکلات و بیماری های جسمی و روانی قرار دارد (۱۳). با شناسایی عوامل مؤثر و مرتبط با اختلالات جنسی زنان، تشخیص و پیشگیری و درمان این اختلالات به کاهش همسر آزاری کمک می کند. با توجه به مطالعات محدود در جامعه ما، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر اختلال عملکرد جنسی زنان با خشونت خانگی، انجام شد.

روش کار:

این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی، و با هدف بررسی اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن در زنان با خشونت خانگی ارجاع شده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز، طی سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان دچار خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز پزشک قانونی شهر شیراز (واحد غرب، واحد شرق) بود که با شکایت آزار و اذیت توسط همسرانشان و با دستور از مراجع قضایی به این مراکز معرفی شده بودند و حاضر به همکاری و تکمیل پرسشنامه های طرح بودند. حجم نمونه با در نظر گرفتن شیوع ۳۱،۵ درصد بر اساس مطالعات صورت گرفته (۱۴)، $\alpha = 0.05$ و دقت ۶/۵ درصد و با استفاده از نرم افزار آماری *Power SSC*، بر اساس فرمول $n = [Z^2 (1-\alpha/2) * P(1-P)] / d^2$ نفر تعیین شد که این تعداد با استفاده از روش تصادفی ساده، انتخاب شدند. نمونه گیری به مدت ۳ ماه، از ابتدای دی ماه تا اواخر اسفند ماه ۹۲، از بین زنان دچار خشونت خانگی ارجاع شده به مراکز پزشکی قانونی انجام شد. شرایط ورود به مطالعه داشتن معیارهای خشونت علیه زنان بود که شامل: کسب نمره ۱۶ یا بیشتر در حیطه خشونت روانی، نمره ۱۱ یا بیشتر در حیطه خشونت فیزیکی، نمره ۳ یا بیشتر در حیطه خشونت جنسی، نمره ۲ یا بیشتر در حیطه خشونت اقتصادی بود، رضایت افراد جهت شرکت در

فعالیت جنسی یک بخش مهم و جزء لازم در زندگی زنان می باشد (۱). اختلالات فعالیت جنسی در زنان به معنی اختلالات مداوم یا عود کننده در چهار حیطه تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد حین نزدیکی یا عدم توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی، تعریف شده است (۲). عوامل متعددی در پیشرفت و پیدایش اختلالات جنسی زنان دخیل است. بیماری های جسمی و باورهای اجتماعی - مذهبی، سن، عوامل روان شناختی فردی، الکل و داروهای غیر مجاز، افسردگی، فشارهای روحی، بیماری های مزمن، داروها، ناباروری، حاملگی و یا فقدان رابطه مناسب با همسر (۳)، مشخصات اجتماعی فرد، نحوه زندگی و خصوصیات ازدواج و یائسگی (۴) از عوامل مهم تأثیر گذار در عملکرد جنسی هستند (۵). روش های پیشگیری از بارداری نیز تأثیرات متفاوتی بر رضایت جنسی زنان دارند (۶). در مطالعات انجام شده در مورد عوامل مؤثر بر اختلالات جنسی، با افزایش سن زنان اختلالات جنسی افزایش یافته می یابد. شیوع این اختلالات در زنان بالا بوده و تأثیر شگرفی بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی، روابط همسری و فعالیتهای اجتماعی آنان می گذارد (۷). طبق نتایج مطالعات انجام شده، حدود ۴۰ درصد زنان از اختلالات جنسی رنج می برند (۸). در مطالعه ای در ایران، شیوع اختلالات ۳۱/۵ درصد برآورد شده است (۹). از آنجا که در کشور ما به دلایل فرهنگی و مذهبی بیان مشکلات جنسی راحت نیست، وجود این اختلالات به صورت پنهان، در رفتارهای روزانه افراد، به صورت درگیری های خانوادگی و اجتماعی و عصبانیت های بی مورد اتفاق می افتد و عدم درمان مناسب آن موجب مزمن شدن علائم، اضطراب، خویشتن گرایی و احساس گناه می گردد. بی توجهی به این موضوع به معضلات اجتماعی مانند طلاق، جرم، جنایت، اعتیاد به مواد مخدر و بیماری های مختلف روحی، روانی و جسمی منجر می شود، که سلامت جامعه را تهدید می نماید (۱۰). اهمیت سلامت و رضایت جنسی در ارتقای کیفیت و رضایت از زندگی زوجین نقش به سزا و مهمی دارد. همسر آزاری به عنوان یکی از جلوه های خشونت خانگی می تواند زندگی زوجین را از زوایای مختلف تحت تأثیر قرار دهد، از جمله می تواند موجب کاهش اعتماد به نفس زنان و در نتیجه اختلال در روابط بین فردی، عزت نفس

کل مقیاس حداقل نمره برابر ۲ بود. حداکثر نمره برای هر بخش برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ بود. بدیهی است نمره کلی از حاصل جمع نمرات ۶ بخش بدست می آید. نمره صفر هیچ گونه فعالیت جنسی در ماه گذشته نداشته است. پایایی این ابزار در مطالعات قبلی ۰/۸۷ برآورد شده است (۱۷). نمره برشکل مقیاس برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی ۲۸ یا کمتر تعیین گردید (۱۸).

د: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸): این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس بود: زیر مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی. مدت اجرای آزمون به طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه بود. وجود چهار زیر مقیاس براساس تحلیل آماری پاسخ ها (تحلیل عاملی) به دست آمده بود. زیر مقیاس (A) شامل مواردی درباره احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها می باشد و با نشانه های جسمانی همراه بود. مواد این زیر مقیاس در پرسشنامه در سؤال های ۱ تا ۷ مشخص شده بود. زیر مقیاس (B) شامل مواردی بود که با اضطراب و بی خوابی مرتبط هستند. هفت ماده مربوط به این زیر مقیاس در سؤال های ۸ تا ۱۴ مشخص شده بود. زیر مقیاس (C) گستره توانایی افراد را در مقابله به خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره می سنجید و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت های متداول زندگی، آشکار می کرد. هفت ماده مربوط به این زیر مقیاس در سؤال های ۱۵ تا ۲۱ آمده بود. زیر مقیاس (D) در برگزیده مواردی بود که با افسردگی و خیم و گرایش به خودکشی مرتبط بودند و هفت ماده متمایز کننده آن در پرسشنامه با سؤال های ۲۲ تا ۲۸ مشخص شده بود. هر سؤال شامل چهار گزینه می باشد و نمره دهی آن از یک تا چهار بود. کسانی که نمره آنان بیشتر از ۲۴ بود، در گروه مبتلا به مشکلات روانی قرار می گرفتند. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس های علائم جسمی ۸۵ درصد، اضطراب و بی خوابی ۷۸ درصد، اختلال عملکرد اجتماعی ۷۹ درصد، و افسردگی و خیم ۹۱ درصد و کل پرسشنامه ۷۸ درصد بدست آمد (۱۵).

روش کار به این صورت بود که ابتدا افراد با پرونده خشونت خانگی انتخاب می شدند و جهت اطمینان از این که نمونه ها مورد خشونت واقع شده اند،

مطالعه، سنین ۴۵-۱۶ سال، سواد خواندن و نوشتن، ساکن استان فارس، اثبات خشونت و همسرآزاری توسط مراجع ذیصلاح بود.

ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت علیه زنان، پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی (FSFI)، و پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ) بود.

الف: پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک

ب: پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت علیه زنان: که قبلاً توسط حاج یحیی در مطالعه ای با عنوان "خشونت خانگی تهدیدی علیه سلامت روانی" استفاده شده است، دارای ۴ دامنه و ۳۲ آیتام است. دامنه خشونت روانی (دارای ۱۶ آیتام)، که امتیاز دهی آن شامل هرگز، یک بار، دو بار، بیش از دو بار بود و نمره ۱ تا ۴ را شامل می شد و دارای حداکثر نمره ۶۴ و حداقل نمره ۱۶ بود، دامنه خشونت فیزیکی (دارای ۱۰ آیتام)، که امتیاز دهی آن شامل هرگز، یک بار، دوبار، بیش از دو بار بود و نمره ۱ تا ۴ را شامل می شد و دارای حداکثر نمره ۴۴ و حداقل نمره ۱۱ بود، دامنه خشونت جنسی (دارای ۳ آیتام)، که امتیاز دهی آن شامل هرگز، یک بار، دوبار، بیش از دو بار بود و نمره ۱ تا ۴ را شامل می شد و دارای حداکثر نمره ۱۲ و حداقل نمره ۳ بود، و دامنه خشونت اقتصادی (دارای ۲ آیتام)، امتیاز دهی آن شامل هرگز، یک بار، دوبار، بیش از دو بار بود و نمره ۱ تا ۴ را شامل می شد و دارای حداکثر نمره ۸ و حداقل نمره ۲ بود. در مطالعه ای که توسط سعادت انجام شده ضریب پایایی و آلفای کرونباخ بدست آمده برای دامنه خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و اقتصادی به ترتیب ۰/۹۳۱، ۰/۹۸۱، ۰/۹۰۳، ۰/۸۱۷، و ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۹۵۸ برآورد شده است (۱۵).

ج: پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی (FSFI): این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال می باشد. این پرسشنامه استاندارد، شش بعد از عملکرد جنسی (میل جنسی، ارگاسم، تحریک، درد جنسی، لوبریکاسیون و رضایت جنسی) را طی ۴ هفته اخیر می سنجد. دامنه نمرات بعد تمایلات جنسی بین ۱/۶ تا ۲ امتیاز و سایر ابعاد بین صفر تا ۶ می باشد (۱۶). در این مطالعه، حداقل نمره برای بعد میل جنسی (۱/۲)، تحریک جنسی، لوبریکاسیون، ارگاسم و درد (صفر) و نمره رضایت جنسی (۰/۸ یا صفر) و برای

تحریک جنسی (۱۹/۱ درصد، رضایت جنسی ۱۸/۳ درصد، ارگاسم ۱۷/۱ درصد، میل جنسی ۱۴/۲ درصد، لوبریکیشن ۱۲/۱ درصد، درد مقاربت ۱۱/۱ درصد) دارای اختلال بودند، بیشترین اختلال مربوط به بعد تحریک جنسی بود (جدول ۱). طبق آماره مجذور کای، بین متغیر اختلال عملکرد جنسی با متغیرهایی نظیر دخالت خانواده همسر ارتباط آماری معنا داری وجود داشت ($p=0/025$) (جدول ۲). براساس آزمون آماری تی تست (T -Test) همبستگی بین متغیرهایی مانند سن زن $p=0/961$ ، تعداد فرزندان $p=0/892$ و مدت ازدواج $p=0/418$ و اختلال عملکرد جنسی کل، معنادار نبود، ولی همبستگی بین اختلال عملکرد جنسی و سن همسر با آزمون پیرسون ($Pearson correlation test$)، به لحاظ آماری معنا دار بود و نوع رابطه نیز مستقیم و در حد خفیف برآورد شد ($r=0/168$ ، $p=0/018$). بدین معنا که با افزایش سن همسر، اختلال عملکرد جنسی زنان افزایش یافته بود. براساس نقطه برش، ۸۵/۳ درصد دچار مشکلات روانی بودند و جهت سنجش رابطه بین متغیرهای اختلال عملکرد جنسی زنان و سلامت عمومی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد، نتایج حاکی از آن است که همبستگی بین ابعاد علایم جسمانی ($p=0/027$)، اضطراب و بی خوابی ($p=0/004$) و سلامت عمومی کل ($p=0/041$) با متغیر اختلال عملکرد جنسی معنا دار و معکوس می باشد، بدین معنی که هر چه سلامت عمومی در بعد علایم جسمانی و سلامت عمومی کل، در سطح بالاتری قرار می گرفت اختلال عملکرد جنسی آنان کاهش می یافت، و همچنین هرچه از نظر اضطراب و بی خوابی از سلامت عمومی بالاتری برخوردار بودند اختلال عملکرد جنسی آنها کمتر شده بود (جدول ۳).

پرسشنامه سنجش خشونت علیه زنان در اختیار نمونه های مورد پژوهش قرار گرفت. در صورتی که در یکی از حیطه های خشونت، دارای امتیاز کافی (کسب حداقل امتیاز در یکی از حیطه ها) بودند، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و عملکرد جنسی و سلامت عمومی توسط افراد تکمیل می شد و تا کامل شدن تعداد نمونه ها این روند ادامه یافت. معیار تعیین اختلال عملکرد جنسی و اختلالات روانی براساس نقطه برش های تعیین شده بود. نقطه برش جهت تعیین اختلالات جنسی، نمره ۲۸ یا کمتر و برای اختلالات روانی نمره ۲۴ یا بیشتر در نظر گرفته شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری $SPSS/18$ و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون کای دو، تی تست، تست پیرسون و رگرسیون خطی، تحلیل گردید. سطح معنی داری در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

یافته های پژوهش نشان داد، میانگین و انحراف معیار سنی زنان $30/42 \pm 6/72$ و همسرانشان $35/15 \pm 8/65$ سال بود، اکثریت افراد دارای تحصیلات دیپلم بودند (۴۳/۷ درصد). از نظر وضعیت اقتصادی، اکثریت افراد درحد متوسط (۵۹/۴ درصد) و (۶۵/۵ درصد) از دخالت خانواده شاکی بودند. همچنین شغل اکثریت این زنان (۸۳/۲ درصد) خانه دار بود. طبق نتایج، میانگین و انحراف معیار حاصل برای ابعاد شش گانه اختلال عملکرد جنسی مشتمل بر میل جنسی ($2/81 \pm 1/20$)، تحریک جنسی ($2/15 \pm 1/73$)، لوبریکیشن ($2/97 \pm 2/16$)، ارگاسم ($2/52 \pm 1/95$)، رضایت جنسی ($2/26 \pm 1/56$)، درد مقاربت ($3/06 \pm 2/38$) بود و برای اختلال عملکرد جنسی کل ($15/80 \pm 9/77$) بدست آمد. همچنین ۹۱/۹ درصد (۱۸۱ نفر) دارای اختلال عملکرد جنسی بودند که در بعد

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد عملکرد جنسی زنان دچار خشونت خانگی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	حد اکثر	حد اقل
میل جنسی	۲/۸۱	۱/۲۰	۶	۱/۲۰
تحریک جنسی	۲/۱۵	۱/۷۳	۶	۰
لوبریکیشن	۲/۹۷	۲/۱۶	۶	۰
ارگاسم	۲/۵۲	۱/۹۵	۶	۰
رضایت جنسی	۲/۲۶	۱/۵۶	۶	۰/۸۰
درد مقاربت	۳/۰۶	۲/۳۸	۶	۰
عملکرد جنسی کل	۱۵/۸۰	۹/۷۷	۳۶	۲

جدول ۲: ارتباط نمره شاخص عملکرد جنسی کل، با خصوصیات دموگرافیک زنان دچار خشونت خانگی

P-value	عملکرد جنسی		متغیر	
	جمع کل	بدون اختلال		
تحصیلات زن				
.۴۷۷		(/۱۸/۸)۳	(/۲۹/۸)۵۴	۱- بی سواد، ابتدایی، سیکل
		(/۵۰)۸	(/۵۱/۴)۹۳	۲- دیپلم و فوق دیپلم
		(/۳۱/۳)۵	(/۱۸/۸)۳۴	۳- لیسانس و بالاتر از لیسانس
		(/۱۰۰)۱۶	(/۱۰۰)۱۸۱	جمع
شغل زن				
.۶۶۷		(/۷۵)۱۲	(/۸۴/۵)۱۵۳	خانه دار
		(/۱۲/۵)۲	(/۷/۳)۱۳	کارمند دولت
		(/۱۲/۵)۲	(/۸/۳)۱۵	کارمند غیر دولت
		(/۱۰۰)۱۶	(/۱۰۰)۱۸۱	جمع
وضعیت اقتصادی خانواده				
.۵۰۷		(/۱۲/۵)۲	(/۲۴/۳)۴۴	ضعیف
		۹/۶۳/۵)۱۰	(/۵۹/۱)۱۰۷	متوسط
		(/۲۵)۴	(/۱۶/۶)۳۰	خوب
		(/۱۰۰)۱۶	(/۱۰۰)۱۸۱	جمع
مصرف دخانیات توسط زن				
.۷۰۳		(/۶/۳)۱	(/۱۴/۴)۲۶	بلی
		(/۹۳/۸)۱۵	(/۸۵/۶)۱۵۵	خیر
		(/۱۰۰)۱۶	(/۱۰۰)۱۸۱	جمع
پیشگیری از بارداری				
.۶۱۰		(/۱۰۰)۱۶	(/۹۲/۳)۱۶۷	بلی
		(/۰)۰	(/۷/۷)۱۴	خیر
		(/۱۰۰)۱۶	(/۱۰۰)۱۸۱	جمع
اولین ازدواج				
۱		(/۹۳/۸)۱۵	(/۸۹)۱۶۱	بلی
		(/۶/۳)۱	(/۱۱)۲۰	خیر
		(/۱۰۰)۱۶	(/۱۰۰)۱۸۱	جمع
دخالت خانواده همسر				
.۰۲۵		(/۳۷/۵)۶	(/۶۸)۱۲۳	بلی
		(/۶۲/۵)۱۰	(/۳۳)۵۸	خیر
		(/۱۰۰)۱۶	(/۱۰۰)۱۸۱	جمع

نسبی هر متغیر مستقل را در پیش بینی متغیر وابسته (اختلال عملکرد جنسی) مشخص می کند. در پژوهش حاضر نیز، چون بتای استاندارد بدست آمده برای متغیر اضطراب (۲۰۹-)، بیشتر از سایر متغیرها بوده است، در نتیجه این متغیر بیشترین سهم را در پیش بینی متغیر وابسته داشته است. کمیت F نشان می دهد آیا متغیرهای مستقل قادرند به خوبی تغییرات متغیر وابسته را توضیح دهند یا خیر (جدول ۴). در بین متغیرهای مستقل، تأثیر اضطراب و بی خوابی بر اختلال عملکرد جنسی بیشتر از تأثیر بقیه متغیرهای مستقل بوده است، متغیرهای اضطراب و بی خوابی، علائم جسمانی، سن همسر، تأثیر معکوس و معنی داری بر اختلال عملکرد جنسی داشته اند ولی متغیر دخالت خانواده همسر ارتباط مستقیم و معنادار با اختلال عملکرد داشته است.

جدول ۳: ارتباط اختلال عملکرد جنسی کل و سلامت عمومی زنان دچار خشونت خانگی

سلامت عمومی و ابعاد آن	ضریب همبستگی	P-value
علائم جسمانی (A)	-/۱۵۷	/۰۲۷
اضطراب و بی خوابی (B)	-/۲۰۵	/۰۰۴
اختلال در عملکرد اجتماعی (C)	-/۰۸۵	/۲۲۷
افسردگی (D)	-/۰۱۹	/۷۸۷
سلامت روانی کل	-/۱۴۴	/۰۴۱

جهت سنجش تأثیر متغیرهای مستقل در سطح سنجش فاصله ای بر متغیر وابسته اختلال عملکرد جنسی از تحلیل رگرسیون استفاده گردید، هدف اصلی از این تحلیل، تبیین واریانس یا همان تغییرات متغیر وابسته اختلال عملکرد جنسی می باشد ضریب بتا استاندارد سهم

جدول (۴): آمارهای تحلیل رگرسیونی چند گانه اختلال عملکرد جنسی زنان دچار خشونت خانگی

آنالیز واریانس		p-value	بتا	متغیر
p-value	کمیت F			
		/۰۷۳	-/۲۰۹	اضطراب و بی خوابی
		/۸۵۹	-/۰۲۱	علائم جسمانی
/۰۰۹	۳/۵۰۱	/۰۲۲	-/۱۶۷	سن همسر
		/۵۷۷	/۰۴۱	دخالت خانواده همسر

بحث:

سن زن، تعداد فرزندان، طول مدت ازدواج، سابقه اعتیاد زن و همسر، محل سکونت، همسر چندم، سطح طبقه اقتصادی خانواده زن و همسر، سابقه استعمال دخانیات) رابطه معناداری وجود نداشت. لیکن همبستگی بین متغیرهای دخالت خانواده همسر و سن همسر با اختلال عملکرد جنسی، معنادار و مستقیم بود و با افزایش دخالت خانواده همسر و افزایش سن همسر اختلالات جنسی زنان افزایش یافته بود. نتایج تحقیقات سی دی و همکاران (۲۰)، فرمند و همکاران (۱۴)، اعتصامی پور و همکاران (۲۱)، بخشایش (۲۲)، گشتاسبی و همکاران (۲۳) و بلوریان (۲۴)، منطبق و همسو با نتیجه پژوهش حاضر بوده و مؤید آن می باشد. نتایج مطالعه باکویی و همکاران نشان داد که

در این مطالعه، نتایج نشان دادند که اکثریت زنان مورد مطالعه (۹۱/۹ درصد) دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. نتایج مطالعه یکه فلاح (۲۰۰۹) نشان داد ۹۳/۱ درصد زنان شهر قزوین از اختلال عملکرد جنسی رنج می بردند و فقط ۲۱/۵ درصد زنان از فعالیت جنسی خود راضی بودند (۱۹)، که با مطالعه ما همخوانی دارد. بیشترین میزان اختلالات زنان در زمینه تحریک جنسی گزارش شد که می تواند ناشی از پدیده همسرآزاری و نابسامان بودن شرایط روحی و خانوادگی آنها باشد. در مطالعه حاضر بین متغیر وابسته اختلال عملکرد جنسی با متغیرهای (تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر، نسبت فامیلی،

اختلال عملکرد جنسی با متغیر روش پیشگیری از بارداری و نوع آن و مدت استفاده از آن ارتباط آماری معنا داری وجود نداشت. روش های پیشگیری از بارداری نیز تأثیرات متفاوتی بر رضایت جنسی زنان دارند (۶). نتایج مطالعه حسینی طبقدهی، بین اختلال عملکرد جنسی و تعداد حاملگی، فاصله بین دو قاعدگی، و روش پیشگیری از بارداری ارتباط معنا داری نشان نداد، که منطبق و همسو با نتیجه پژوهش حاضر بوده و مؤید آن می باشد (۳۰). در مطالعه حاضر اگرچه ۹۱/۳ درصد دارای اختلال جنسی و از روش پیشگیری استفاده می کردند، ولی تفاوت آماری معناداری بین این دو متغیر دیده نشد. بنابراین بررسی ارتباط این دو متغیر نیاز به حجم نمونه بیشتر، بررسی بیشتر مسائل جنسی دریافت کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و ... دارد، همچنین بین اختلالات جنسی زنان و سابقه نازایی ارتباط آماری معناداری دیده نشد، زیرا از بین افراد جامعه پژوهش حاضر تنها ۰/۵ درصد (۱ نفر) سابقه نازایی داشت. در مطالعه حاضر ۸۵/۳ درصد دچار اختلالات روانی بودند. نتایج گویای آن است که همبستگی بین ابعاد علایم جسمانی، اضطراب و بی خوابی و سلامت عمومی کل، با متغیر اختلال عملکرد جنسی کل نیز منفی و معکوس می باشد، بدین معنی که هر چه سلامت عمومی در ابعاد علائم جسمانی و سلامت عمومی کل افراد در سطح بالاتری قرار گیرد اختلال عملکرد جنسی آنان کاهش می یابد، همچنین هرچه اضطراب و بی خوابی در افراد کمتر باشد و زنان در این بعد سلامت، سالم تر باشند اختلالات جنسیشان کمتر می شود. عکس موضوع نیز مورد تأیید می باشد، همچنین رابطه خطی بین سایر ابعاد سلامت عمومی (عملکرد اجتماعی و افسردگی) و اختلال عملکرد جنسی معنی دار نبوده و مورد تأیید واقع نشده است، یافته های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه کاشدن و همکاران (۳۱) و هارتمن همسو می باشد (۳۲). کاپلان در میان عوامل متعدد، سلامت روانی را مد نظر قرار داده و معتقد است درصد بالایی از زنان دچار اختلالات جنسی و روانی به دلیل پایین بودن سطح سلامت روان از این معضل و آسیب رنج می برند (۷). از آنجا که باور های اجتماعی در زمینه مسائل جنسی اغلب منفی و در اذهان اکثریت افراد به عنوان یک تابو مطرح است، اولاً تنها از بیماران زن در نمونه گیری استفاده شد که این خود مانع از تعمیم نتایج پژوهش به بیماران مرد می شود، ثانیاً طرح

افزایش سن و تحصیلات زنان، شغل همسر، درآمد پایین همسر و تعداد فرزندان ارتباط معنی داری با اختلالات جنسی زنان داشت، که دلیل این تفاوت با نتایج تحقیق حاضر می تواند عوامل فرهنگی حاکم بر جامعه، محدودیت سنی افراد مورد پژوهش، باشد از طرفی همین مطالعه بین وضعیت اشتغال زن و تحصیلات همسر و مدت ازدواج ارتباط معناداری نشان نداد که همسو با مطالعه حاضر می باشد (۱۵). در مطالعه حاضر بین شغل زنان و اختلال عملکرد جنسی رابطه معناداری دیده نشد، ولی در برخی از مطالعات به استرس شغلی، فعالیت فیزیکی و خستگی جسمی و روحی به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای کاهش لذت در فعالیت جنسی و اختلال عملکرد جنسی اشاره شده است (۲۵، ۲۶). در پژوهش حاضر، ارتباط معناداری بین اختلال عملکرد جنسی و سن همسر دیده شد، مطالعه سلمانی و همکاران، به منظور بررسی عوامل مرتبط با اختلالات ارگاسم در زنان، نشان داد که ارتباط معناداری بین اختلالات ارگاسم زنان با افزایش سن همسر وجود دارد بطوری که با افزایش سن همسر اختلالات ارگاسم افزایش یافته بود (۲۷). در مطالعات دیگری مشاهده شد که افزایش سن در مردان، سبب کاهش تمایلات جنسی و افزایش اختلالات مربوط به نعوظ در مردان می شود (۲۰). لومن (*Lumen*) معتقد است افزایش سن در مردان، موجب اختلالات جنسی و روانشناختی در آنها و همسرانشان می شود (۲۸). رابطه اختلال عملکرد جنسی و دخالت خانواده همسر معنادار و مستقیم بود، مطابق با نظریه بات (*Elyzabetbatt*)، هر چه دخالت خویشاوندان در زندگی خصوصی و زناشویی افراد بیشتر باشد، باعث کمرنگ شدن حضور افکار و توافق زوجین در رسیدن به توافق در بسیاری از مسائل زناشویی شده و زندگی جو صمیمی خود را از دست می دهد و کم کم به سردی و بروز اختلافات تبدیل می شود، در نتیجه زمینه برای بروز انواع اختلالات روانی، جسمی و جنسی فراهم می گردد (۲۹). همچنین نتایج تحقیق سعادتی (۱۶)، گشتاسبی و همکاران (۲۳)، بلوریان (۲۴)، حاکی از آن است که بین دخالت خویشاوندان همسر و اختلالات روانی و جنسی رابطه معنی داری وجود دارد، و نتیجه تحقیقات مذکور، منطبق و همسو با نتیجه پژوهش حاضر می باشد. نظریه شبکه بات بر روابط زوجین و شبکه خویشاوندی تأکید دارد (۲۹). در مطالعه حاضر بین متغیر

و لذت بخش با شریک جنسی تبعات جسمی و روانی و حتی اجتماعی برای زن و همسر وی به دنبال خواهد داشت. با توجه به نتایج مطالعات متعددی که شیوع نسبتاً بالایی از این اختلالات را گزارش کرده اند، این اختلالات باید فارغ از تعصبات غیر منطقی و به شکل علمی و نیز سازگار با فرهنگ و پذیرش بیماران مورد توجه پزشکان، پرستاران، ماماها و سایر پرسنل بهداشتی قرارگیرند و با آموزش مناسب بتوانند از این معضل اجتماعی جلوگیری کنند.

سپاسگزاری:

این پژوهش حاصل طرح پایان نامه ای مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد که با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه به شماره ۶۹۲۳-۹۲ در تاریخ ۱۳۹۲/۱۲/۲۰ تصویب و در سال ۹۲-۶۹۲۳ اجرا شده است. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، سازمان پزشکی قانونی شیراز و اعضای محترم این سازمان، دانشکده پرستاری و مامایی شیراز و کلیه اساتید گرامی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

References

1. Berek JS, Novak E. *Berek and Novak's-Gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.*
2. Pinto AC. *Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. J Thorac Dis 2013; 5(1): 81-86.*
3. Hopkinson JB, Fenlon DR, Okamoto I, Wright DN, Scott I, Addington-Hall JM, et al. *The deliverability, acceptability, and perceived effect of the Macmillan approach to weight loss and eating difficulties: a phase II, cluster-randomized, exploratory trial of a psychosocial intervention for weight-and eating-related distress in people with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2010; 40(5):684-695.*
4. Nappi RE, Albani F, Vaccaro P, Gardella B, Salonia A, Chiovato L, et al. *Use of the Italian translation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in routine gynecological practice. Gynecol Endocrinol 2008; 24(4):214-219.*
5. Anderson JL. *Acknowledging Female Sexual Dysfunction in Women With Cancer. Clin J Oncol Nurs 2013; 17(3):233-235.*
6. Zahumensky J, Zverina J, Sotter O, Zmrhalov-

مشکلات جنسی بیماران در حضور همسران مشکل می باشد و همچنین ویژگی ها و تفاوت های فردی، خصوصیات روحی و روانی، شرم و حیای نمونه های پژوهش بر نحوه پاسخگویی به پرسش ها و نتایج پژوهش نیز مؤثر است، که از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد و کنترل این عوامل از عهده پژوهشگر خارج بود، همچنین زنان دچار همسر آزاری بدلیل مشکلات روحی و خانوادگی دچار اختلالات جنسی بیشتری می شوند، جهت دسترسی آسان به زنان مبتلا به اختلالات جنسی، نمونه ها از بین زنان دچار همسر آزاری انتخاب شدند که پیشنهاد می شود پژوهشی در این زمینه در بین زنان سالم، و در هر دو جامعه شهری و روستایی انجام شود.

نتیجه نهایی:

خشونت خانگی بر ابعاد گوناگون زندگی فرد از جمله عملکرد جنسی و روابط زوجین تأثیر می گذارد، از طرفی ناتوانی در برقراری رابطه جنسی مناسب منجر به تشدید اختلافات خانوادگی می شود. از آنجاکه اختلالات عملکرد جنسی نقش غیرقابل انکاری بر سلامت روانی و زندگی زناشویی زوجین دارد، ناتوانی در برقراری یک ارتباط سالم

aB, Driak D, Brtnicka H, et al. Compar-ison of labor course and womens sexuality in planned and unplanned pregnancy. Journal Psychosomatic ObstetricsGynaecology 2008; 29: 157-163.

7. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock,s synopsis of psychiatry. Philade-lphia, USALippincott Williams & Wilkins; 2007.

8. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics. CA Cancer J Clin 2010; 60(5):277-300.

9. Matulonis UA, Kornblith A, Lee H, Bryan J, Gibson C, Wells C, et al. Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. Int J Gynecol Cancer 2008; 18(6):1183-1193.

10. Allen CT, Swan SC, Raghavan C. Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. Journal of interpersonal violence 2009; 24(11): 34-1816.

11. Cobb AR, Tedeschi RG, Calhoun LG, Cann A. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. Journal of Traumatic Stress 2006; 19(6):903-895.

12. Bakouei F, Omodval SH, Nasiri Amiri F. [Prevalence of female sexual dysfunction in married women and related factors (Babol; 2006)].

J Babol Univ Med Sci 2007; 9(4):59-64. (Persian)

13. Pastor Z. Female sexual desire disorders-prevalence, classification and treatment possibilities. *Ceska Gynekol* 2011;76(1):59-64.

14. Farahmand M, et al. [Sexual dysfunction and its risk factors: population-based study among women living in urban areas in four Provinces]. *Quarterly monitoring* 1391; 6: 875-869. (Persian)

15. Saadati M. [Domestic violence, mental health threat]. *Social Security Studies* 2010;(24):61-90. (Persian)

16. Safarinejad MR. [Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors]. *Int J Impot Res* 2006 Jul-Aug;18(4):382-95. (Persian)

17. Vaziri SH, Lotfi Kashani F, Hosseinian S, Bahram Ghafari S. [Sexual efficacy and marital satisfaction]. *Andishe Va Raftar (Applied Psychology)* 2010; 4(16):75-81. (Persian)

18. Ramazani F, et al. [Sexual dysfunction and its influencing factors: population-based study among women living in urban areas, four Provinces]. *Payesh* 2012; 11(6):869-875. (Persian)

19. Yekeh fallah I, Goodarz M. [Prevalence of sexual dysfunction and related factors among married couples in Qazvin]. *JQUMS* 2009; 13(1):20-25. (Persian)

20. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *The journal of sexual medicine* 2007; 4(2): 21-311.

21. Etesami Pour R, Banihashemian K. [Comparison of sex disorders and couple abuse among fertile and infertile women]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2011; 18(1): 7-10. (Persian)

22. Bakhshayesh AR, Mortazavi M. [The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples]. *Journal of Applied Psychology* 2010; 3(4): 85-73. (Persian)

23. Goshtasbi A, Vahdanynya R, Rahmani Z. [Monitoring of psychiatric disorders in women and its relation Baknsh Boyer-Ahmad Province]. *niversity Yasuo* 1387: 67-73. (Persian)

24. Bolurian Z, Ganjloo J. [Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care centers]. *Journal of Reproduction and Infertility* 2007;2(31):163-170. (Persian)

25. Anderson JL. Acknowledging Female Sexual Dysfunction in Women With Cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2013;17(3):233-235.

26. Bronner G. Female sexual function and chronic disease. *Harefuah* 2006; 145(2): 114-6, 165-166.

27. Salmani Z, Tadayon M. [Relative frequency of orgasm and its influencing factors in women]. *Journal of Medical Sciences, Kermanshah* 2010;4(1). (Persian)

28. Nickbakht M. *Sexual disorders in men and women*. Tehran: University of Medical Sciences; 1382.

29. Riahi M. [Sociological analysis of trends in divorce (Case Study: Kermanshah city)]. *Journal of Women* 1386; 5(3):109-140. (Persian)

30. Hosseini tabaghdehi M, Haji kazemi E, Hosseini F. [The prevalence of sexual dysfunction and some related factors in women referred to health centers in Sari]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 1385; 22(91):102-107. (Persian)

31. Kashdan TB, Adams L, Savostyanova A, Ferssizidis P, Macknight PE, Nezelek JB. Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and quality of sexual activity: A daily process approach. *J Behav Res Theory* 2011; 49(5): 352-360

32. Hurtman U. Depression and sexual dysfunction. *J Men's health and gender* 2007; 4(1): 18-25.

Original Article

Evaluation of Sexual Dysfunctions and its Related Factors in Women Experiencing Domestic Violence Had Been Referred to Forensic Medicine Center of Shiraz

A. Shayan¹; M. Kaviani^{2*}; S. Haghpanah, Ph.D.³; S. Gholamzadeh, Ph.D.⁴; M. Zarenezhad, Ph.D.⁵; S. Z. Masoumi, Ph.D.⁶

1-Instructor, Faculty of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2-Instructor, Faculty of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

3-Hematology research Center, Shiraz university of Medical Science, Shiraz, Iran.

4-Professional Ph.D., Director of Forensic Medicine, Shiraz, Iran.

5-Professional Ph.D., Associate Forensic Research Center, Tehran, Iran.

6-Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 8.5.2015

Accepted: 25.7.2015

Abstract

Background: Sexual dysfunction caused serious problems in family life and the quality of life. Many factors effect on sexual function. In this context, the present study was to Evaluation of sexual dysfunctions and its related factors in women experiencing domestic violence had been referred to Forensic Medicine Center of Shiraz written.

Methods: This cross-sectional, descriptive study was conducted on victims of domestic violence had referred to Forensic Medicine Center of Shiraz with a three month period, 197 patients randomly selected in 2014. The study data were collected using demographic information questionnaire, a questionnaire assessing violence against women, General Health Questionnaire (GHQ-28), and Female Sexual Function Index (FSFI). The data were entered into the SPSS/18 statistical software and analyzed using T-test, chi-square test, Pearson's correlation coefficient and regression analysis.

Result: Mean age was 30.42 ± 6.72 and mean score of sexual function in women 77.9 ± 80.15 mean general health of the 07.18 ± 31.43 were reported. A total of 197 women suffering from domestic violence, 91.9% impaired sexual function, and 85, 3% with mental disorders. Physical symptoms ($p=0.027$), anxiety and insomnia ($p=0.004$) and total public health ($p=0.041$) with the dependent variable of sexual dysfunction in women, and the relationship was significant Also reverse the negative findings indicate that sexual dysfunction is a direct relationship with family involvement and Age of husband.

Conclusion: Sexual dysfunction have the undeniable role on mental health and marital life and Several factors affect on it. consideration these disorders is particular importance.

Keywords: Domestic Violence /Forensic Medicine / General Health / Sexual Dysfunction

*Corresponding Author: M. Kaviani; Instructor, Faculty of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. Email: kavianimaasumeh@yahoo.com