مقاله تحقیقاتی

بررسی مقایسه کارکرد جنسی زنان پرستار و زنان خانه‌دار

عزیزه علیزاده[1]، فاطمه سلیمانی[2]، حدیث براتی[3]، * مریم عزیزی[4]

چکیده

مقدمه: کارکرد جنسی، بخشی از رفتار و زندگی انسان است و اختلال در آن می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد به‌ویژه زنان که از اقشار حساس جامعه هستند، تأثیرگذار باشد. هدف از این پژوهش بررسی مقایسه‌ای کارکرد جنسی زنان پرستار و خانه‌دار است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش علی – مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان منتخب و نیز زنان خانه‌دار شمال شهر تهران در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس بود و حجم نمونه برای هر گروه ۵۰ نفر و در نظر گرفته شد. جهت بررسی کارکرد جنسی از ابزار شاخص کارکرد جنسی زنان استفاده شد. برای مقایسه تفاوت میانگین‌ها از آزمون t مستقل استفاده شد و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین کارکرد جنسی دو گروه پرستاران شاغل (۶۴/۵۴ ± ۱۸/۸۳) و زنان خانه‌دار (۶۵/۸۹ ± ۱۴/۳۴) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. (t= ۰/۷ , p= ۰/۳۸).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، کارکرد جنسی زنان تحت تأثیر عوامل متعددی است که گاهی به‌صورت متقابل عمل می‌کنند؛ بنابراین، در این پژوهش، محیط مشاغل پر استرس پرستاران عامل تفاوت کارکرد جنسی آنان با گروه زنان خانه‌دار نبوده است.

کلمات کلیدی: پرستاران، زنان خانه‌دار، کارکرد جنسی.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال دوم ■ شماره ۲ ■ تابستان ۱۳۹۴ ■ شماره مسلسل ۴ ■ صفحات ۱۱۵-۱۱۹

مقدمه

عملکرد جنسی، بخشی از رفتار و زندگی انسان است که همواره مورد توجه او بوده و تأثیر غیرقابل انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد بدین منظور کارکردهای جنسی به عنوان یک اختلال طبقه بندی شده در محور یک اختلالات روان‌پزشکی مورد توجه قرار گرفته است (۱).

کارکرد جنسی تحت تأثیر عوامل بسیار متعددی من جمله عوامل فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، فرهنگی و روابط بین فردی است (۲). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت جنسی حالت بهزیستی جسمی، هیجانی، روانی و اجتماعی مرتبط با مسائل جنسی و نیز دارا بودن دیدگاهی مثبت در خصوص مسائل و پاسخ‌های جنسی مانند تجربه جنسی امن و لذت‌بخش، بدون تهدید، تبعیض و خشونت می‌باشد (۳).

از آنجایی که نیمی از جامعه‌ی کشور را زنان تشکیل می‌دهند، مشکلات جسمی و روانی ناشی از اختلال در کارکرد جنسی می‌تواند بر عزت نفس، روابط بین فردی، فعالیت‌های اجتماعی شخصی و زناشویی آنان تأثیر گذارد (۴). در بررسی‌های صورت گرفته در جامعه‌ی زنان، شیوع اختلالات کارکرد جنسی را نشان می‌دهد (۵) در مطالعه‌ی دیگری در زنان ژاپنی، شیوع اختلالات جنسی را با کیفیت زندگی آنان مرتبط دانست (۶).

۱ـ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، ایران، تهران، بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ۵۰۵ نزاجا
۲ ـ کارشناس مدارک پزشکی، ایران، تهران، بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ۵۰۵ نزاجا
۳ ـ دانشجوی کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، ایران، یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، گروه اپیدمیولوژی و آمار
۴ ـ کارشناس ارشد پرستاری، مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه روان پرستاری

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.115]

در ایران نیز مطالعه‌ی مزینانی و همکاران در زمینه‌ی کارکرد جنسی نشان داد که شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی در زنان ۳۱٪ می‌باشد (۷). از سویی کار کردن زنان در مشاغلی که دارای استرس بالایی است می‌تواند در عملکرد جنسی آنان اختلالاتی ایجاد نماید. در خصوص حرفه‌های مربوط به حوزه سلامت و بهداشت، به‌ویژه پرستاران، در مقایسه با دیگر کارکنان مراقبت سلامت به سبب ماهیت استرس‌زای این حرفه، از درجات بالای فرسودگی برخوردار می‌باشند (۸). چنانچه بررسی‌ها در زمینه‌ی اختلالات کارکرد جنسی در پرستاران متأهل حاکی از اختلال در کارکرد جنسی در زنان پرستار می‌باشد (۹).

با توجه به عوامل استرس‌زای حرفه پرستاری و نیز نظر به اینکه مطالعات کمی به بررسی کارکرد جنسی زنان پرستار به‌صورت مقایسه‌ای و توصیفی انجام شده و همچنین، با توجه به اهمیت کارکرد جنسی در حفظ زندگی زناشویی، این مطالعه با هدف بررسی مقایسه‌ای کارکرد جنسی زنان پرستار و زنان خانه‌دار انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش علی-مقایسه‌ای است که کارکرد جنسی دو گروه زنان خانه‌دار و زنان پرستار را مقایسه نموده است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب و نیز زنان خانه‌دار شمال شهر تهران در سال ۱۳۹۳ است. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*power انتخاب شد. این نرم افراز مقایسه دو گروه مستقل را با سطح اطمینان ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۹۵ برای هر گروه ۵۰ نفر تعیین کرد. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد.

۲۵ نفر از پرستاران دو بیمارستان دولتی در شمال شهر تهران به پرسشنامه کارکرد جنسی پاسخ دادند. همچنین، جهت همگنی نمونه، دو شهرک در شمال تهران جهت نمونه‌گیری زنان خانه‌دار انتخاب شدند و از هر شهرک ۲۵ نفر از زنان واجد شرایط در نمونه‌گیری شرکت کردند. توضیحات لازم در خصوص پرسشنامه‌ها و محرمانه بودن پاسخ‌ها داده شد و پرسشنامه‌ها در پاکت، بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. جهت از بین بردن اثر تحصیلات بر کارکرد جنسی، سطح تحصیلات گروه زنان پرستار لیسانس پرستاری و تحصیلات زنان خانه‌دار، کارشناسی در نظر گرفته شد ابزار پژوهش شاخص کارکرد جنسی زنان Female Sexual Function Index (FSFI) بود این شاخص توسط روزن و همکارانش در سال ۲۰۰۰ ساخته شد و با ۱۹ سؤال کارکرد جنسی زنان را در حوزه‌های میل، برانگیختگی روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد می‌سنجد. اعتبار این ابزار در ایران توسط محمدی و حیدری و فقیه زاده، ۱۳۸۷، مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی شاخص برای هر یک از ۶ حوزه و کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. روایی آن از طریق روایی محتوا مورد تائید قرار گرفت (۱۰). برای بررسی تفاوت میانگین‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل گردید.

یافته‌ها

گروه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۲ تا ۵۴ سال بود. میانگین سنی و انحراف استاندارد در گروه پرستاران به ترتیب ۳۲/۷۵ و ۷/۴۹ و در گروه زنان خانه‌دار ۲۹/۹۸ و ۶/۵۵ بود. پرستاران حداقل سه سال سابقه کار داشتند. شرکت‌کنندگان دارای یک یا بیش از یک فرزند بودند.

در بررسی تفاوت سنی نتایج آزمون t مستقل نشان داد که این دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر سنی ندارند. میانگین و انحراف استاندارد گروه زنان پرستاران در نمرات کارکرد جنسی به ترتیب، ۶۴/۵۴±۱۸/۸۳ محاسبه گردید. میانگین و انحراف استاندارد گروه زنان خانه‌دار در نمرات کارکرد جنسی نیز مقادیر ۶۵/۸۹±۱۴/۳۴ بود.

نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها نشان داد که مقدار معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است (P=۰/۰۶)؛ بنابراین از مفروضه برابری واریانس‌ها تخطی نشده است. نتایج تحلیل آزمون t کارکرد جنسی دو گروه (جدول ۱) نشان داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی مقایسه‌ای کارکرد جنسی زنان پرستار و زنان خانه‌دار بود. با توجه به ماهیت پراسترس شغل پرستاران پژوهش‌گران با فرض اختلال بیشتر کارکرد جنسی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.115]

جدول ۱- نتایج تحلیل آزمون t کارکرد جنسی دو گروه

	T	Df	معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت انحراف استاندارد	حد پایین	حد بالا
کارکرد جنسی	۳/۸۶	۹۸	۰/۷	-۱/۳۴	۳/۴۹	-۲/۲۸	۵/۵۹

بررسی نتایج آزمون t نمونه‌های مستقل نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نمرات مقیاس کارکرد جنسی وجود ندارد (۳۸/ ۰= t و ۰/۷= P).

پرستاران نسبت به زنان خانه‌دار وارد پژوهش شدند که پس از تحلیل داده‌ها، نتایج نشان داد که بین دو گروه در کارکرد جنسی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. مطالعات انجام شده در زمینه کارکرد جنسی پرستاران بسیار محدود است، در این زمینه نتایج مطالعه‌ی لین (Lin) و همکاران حاکی از اختلال کارکرد جنسی زنان پرستار است (۹). پژوهش‌گر علت تفاوت نتایج مطالعه مذکور با این مطالعه را در مشخص نکردن شیفت کاری پرستاران در پژوهش خود می‌داند. به‌طوری که پژوهشی در تایوان نشان داد که ۵۱/۹ درصد پرستاران شب‌کار اختلال در میل جنسی، ۱۰/۹ درصد اختلال در رضایت جنسی و ۶۸/۵ در صد، بیش از یک اختلال در کارکرد جنسی را تجربه می‌کنند (۹). همچنین مطالعات نشان داده است که شیفت‌های کاری، سن، BMI از عواملی است که می‌تواند به اختلال جنسی پرستاران زن منجر شود (۱۱). همچنین در تبیین معنادار نبودن کارکرد جنسی در دو گروه می‌توان بیان نمود که کارکرد جنسی تحت تأثیر عوامل متعددی است. در رویکرد استرس پذیری (Stress diatheses)، این عوامل به‌صورت متقابل عمل می‌کنند. از جمله این عوامل نگرش‌های جنسی فرد می‌باشد (۲). شناخت یا باور می‌تواند بر هیجان و رفتار تأثیرگذار و در شکل‌گیری بسیاری از اختلالات و مشکلات روانی - جنسی نقش داشته باشد (۱۲, ۱۳). در مدل شناختی- رفتاری بارلو (Barlow)، ارتباط بین باورها و کارکرد برانگیختگی جنسی (Sexual Arousal Function) قابل درک‌تر است. در این مدل، نمود اصلی مشکلات جنسی، اضطراب انتظار (Anticipatory) در نظر گرفته شده است که محصول انتظار منفی (Negative- Expectation) است. این اضطراب، تحریک فیزیولوژیکی را در فرد کاهش می‌دهد و با تغییر توجه از مسائل جنسی، برانگیختگی لازم را در فعالیت جنسی کاهش می‌دهد. در واقع، چرخه معیوب انتظار منفی – اضطراب انتظار – حواس‌پرتی، در کارکرد و رضایت جنسی مشکلاتی ایجاد می‌کند (۱۴). از دیگر عوامل مؤثر بر کارکرد جنسی زنان، طرحواره‌های جنسی (Sexual Self - Schema) است. اندرسن و سیروانوسکی (Andersen و Cyranowski)، طرحواره‌های جنسی را به عنوان باورهای اساسی و هسته‌ای ابعاد جنسی فرد تعریف کرده‌اند که از تجارب گذشته نشأت گرفته، در تجربه‌های حال نمود پیدا می‌کنند همچنین در پردازش اطلاعات جنسی افراد تأثیر گذاشته و رفتار جنسی را هدایت می‌کند (۱۳). نتایج پژوهش‌ها نشان داده که راهبردهای مؤثر بر کارکرد جنسی سالم، درک صحیح از نقش‌های پیچیده، نگرش‌های جنسی- اجتماعی و نگرش‌های مذهبی را در برمی‌گیرد (۱۵). همچنین، مدل عدم هماهنگی تلاش-پاداش (Effort-Reward Imbalance (ERI، به این نکته اشاره دارد که تلاش زیاد و پاداش کم می‌تواند به برانگیختن علائم بیماری و هیجانات منفی منجر شود. احساس نومیدی و عدم قدردانی با واکنش‌های موروثی سیستم عصبی خودمختار همراه شده و به شروع افسردگی و دیگر بدکارکردی‌های روان‌شناختی منجر می‌شود (۱۰).

با توجه به یافته‌های این مطالعه، کارکرد جنسی زنان پرستار تحت تأثیر عوامل مهم‌تر دیگری مانند افکار، تجربیات گذشته، عوامل اجتماعی و مذهب قرار دارد. لذا پیشنهاد می‌شود تا ارتباط این موارد با کارکرد جنسی بیشتر مورد مطالعه قرار گیرد.

در پایان پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران متغیرهای رضایت زناشویی و نوع ازدواج را نیز در نظر بگیرند و برای کاهش بازداری‌ها و محدودیت‌های مربوط به ماهیت کارکرد جنسی، از روش مصاحبه‌های کیفی نیز در کنار پرسشنامه استفاده نمایند.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.115]

References

1- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2- Cyranowski J, Arestad S, Andersen B. The role of sexual self-schema in a diatheses-stress -self – scheme and sexual funcetion amongng.model of sexual dysfunction. NIH public Access 1999;8 (3): 217-28.
3- Hensel D, Fortenberry J. A Multidimensional Model of Sexual Health and Sexual and Prevention Behavior Among Adolescent Women. J Adolesc Health. 2013;52 (2): 219–27.
4- Ramazanee M, Dolateyan M, Shams G, Alavee M. Self-esteem, sexual dysfunction and satisfaction in women. Proceedings of the 5th Congress on Family and Sexual HealthTehran: Shahed University; 2011: 13.
5- Palacios S, Castaco R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. Maturitas. 2009;63 (2): 119-23.
6- Hisasue S-i, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. Urology. 2005;65 (1): 143-8.
7- Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of Prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. Razi Journal of Medical Sciences. 2013;19 (105): 59-66.
8- Khamisa N, Peltzer K, Brian O. Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2013;10 (6): 2214-40.
9- Lin M. Effects of rotating-shift work on female sexual function in nurse- twohospitals study. Master Thesis. In University TM, editor. Graduate Institute of Public Health Taipei, Taiwan; 2008.
10- Mohammadi K, Rahnama P, Mohseni SM, Sahraian MA, Montazeri A. Determinants of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. BMC neurology. 2013;13 (1): 83.
11- Lee H, Lung F, Lee P, Kao W, Lee Y. The relationship between sex life satisfaction and job stress of married nurses. BMC Research Notes. 2012;5 (445): 3-5.
12- Beck A. Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. Front Cognit Ther NY 1996 (1-25).
13- Andersen B, Cyranowski J. Women sexual – self – schema. J Personal Soc Psychol. 1994;67 (6): 1079 -100.
14- Latha k, Hedge S, Bath S, Sharma P, pooji R. Body image, Self-Esteem and depression in female adolescent College. J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health. 2006;2 (3): 78-84.
15- Aalsma M, Woodrome S, al e. Developmental Trajectories of Religiosity, Sexual Conservatism and Sexual Behavior among Female Adolescents. J Adolesc. 2013;36 (6): 1193–204.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.115]

The assessment of sexual function in female nurses and housewives

Alizadeh. A[1], Soleimani. F[2], Barati. H[3], *Azizi. M[4]

Abstract

Introduction: Sexual function is part of human's behavior and life which it's Disorder can affect various aspects of people life, especially women who are sensitive sectors of society, so the purpose of this study was to evaluate and compare the sexual function in female nurses and housewives.

Material and Methods: This is a Causal comparison study. The sample included all nurses working in hospitals and housewives in north of Tehran in 2014.The sample size for each group was 50. Women's sexual function index was used to study the sexual function. Independent t-tests were used. Data were analyzed using SPSS version 18.software.

Results: The results showed there were not significant differences between sexual function in nurses (64.54 ± 18.83) and Housewives (65.89±14.34) groups.

Discussion & Conclusion: Based on the results of this study. Sexual function is influenced by several factors that sometimes interact. So in this study, Stressful environment of nurses was not the reason of women sexual function with housewives.

Keywords: Housewives, Nurses, Sexual function

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.115]

1- Master of Sciences in Clinical Psychology, Iran, Tehran, 505 Psychiatry Hospital, Clinical Psychology Department.
2- Bachelor of Sciences, Health Information Technology Iran, Tehran, 505 Psychiatry Hospital, Clinical Psychology Department
3- Student of Master of Sciences in Epidemiology, Iran, Yazd, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Biostatic & Epidemiology Department
4- (*Corresponding Author) Master of Sciences, Instructor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Psychiatric Nursing Department.