

Research Paper

Investigating the Sexual Quality of Life of Deaf and Hard-of-Hearing Married Women: A Cross-sectional Study

Erfaneh Talebi¹, Soheila Rabiepoor², Zohreh Shahhosseini³, *Monirolsodate Hosseini Tabaghdehi⁴

1. Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
3. Department of Midwifery and Reproductive Health, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
4. Department of Midwifery, Health Reproductive Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.



Citation Talebi E, Rabiepoor S, Shahhosseini Z, Hosseini Tabaghdehi M. [Investigating the Sexual Quality of Life of Deaf and Hard-of-Hearing Married Women: A Cross-sectional Study (Persian)]. *Current Psychosomatic Research*. 2022; 1(1):116-129. <https://doi.org/10.32598/cpr.1.1.79.1>

<https://doi.org/10.32598/cpr.1.1.79.1>

**ABSTRACT**

Background and Objective Hearing impairment is a vital health issue and harms people's lives. This study aimed to examine the sexual quality of life (QoL) of deaf and hard-of-hearing married women living in Mazandaran Province, Sari City, Iran.

Materials & Method The present cross-sectional descriptive study was conducted on 132 deaf and hard-of-hearing women referred to the Deaf Center in Mazandaran Province, Sari City, Iran, in 2021. Sampling was done using the convenience method among all married women with hearing impairment referred to that center from July to November 2021. Information was collected with demographic form and Simonds' sexual quality of life questionnaire. The obtained data were analyzed with t test and analysis of variance. The significance level was considered 0.05 in all tests.

Results The Mean age of the participants in this study was 36.45±7.17 years, and their Mean score of the quality of sexual life was 16.67±83.86. In this study, a significant relationship was observed between the sexual QoL of the participants and their participation in the reproductive health virtual groups. No significant relationship was observed with other variables, such as education, wife's education, husband's hearing status, participant's hearing status, use of hearing aids, number of pregnancies, type of delivery, and history of abortion.

Conclusion According to the results of this study, appropriate methods should be used, including peer-based training and sign language interpreters in sexual health issues.

Keywords Sexual quality of life, Deaf, Hard-of-hearing

Received: 30 Jul 2022

Accepted: 13 Sep 2022

Available Online: 01 Oct 2022

English Version**Introduction**

Hearing impairment is the most common chronic sensory disorder in adults worldwide [1]. This impairment has important

consequences on people's quality of life (QoL). Approximately 3.5% of the world's population (360 million people) suffers from disabling hard-of-hearing most people with this problem live in low- or middle-income countries [2]. Many deaf people manage to start a family like normal people. Family can be a place for their further growth and having their children. Based on proper family rela-

* **Corresponding Author:**

Monirolsodate Hosseini Tabaghdehi, Assistant Professor.

Address: Department of Midwifery, Health Reproductive Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Tel: +98 (911) 2566730

E-Mail: mhosseinit53@gmail.com

tions, couples' intimacy and marriage can affect happiness or marital conflicts [3]. Performing husband duties to support a wife helps maintain family relations and failure to perform them leads to the disintegration of the family [4].

One of the crucial physical and mental dimensions of women's QoL is the dimension of their sexual life, which is influenced by many individual factors and has a decisive role in women's life and health [5]. Women's sexual QoL is one of the key issues in the field of sexual health and reproduction [6]. It includes people's evaluation of the positive and negative aspects of sexual relations and responses to these evaluations [7, 8]. The sexual QoL is a tool to examine the relationship between sexual problems and QoL [9]. In other words, the sexual QoL is a measure of success and marital performance that predicts the continuity and stability of marriage and is one of the main issues in sexual health and productivity [10]. Therefore, measuring the sexual QoL is a critical issue in evaluating the short-term and long-term consequences of sexual problems [1]. Loss or decrease in sexual satisfaction can lead to symptoms of depression, marital conflicts, separation, and divorce. Chronic stress caused by marital conflicts can also cause heart disease, diabetes, and cancer [11]. Impaired sexual health and reduced quality of sexual life harm people's self-esteem and satisfaction [12]. Holmberg et al. found that the quality of sexual life is a significant predictor of mental and sexual health [13].

The international community and governments are trying to reduce the negative consequences of poor sexual health and reproduction. The international conference on population and development (ICPD) in Cairo in 1994 called on developing measures to raise awareness of disability issues and advocated for improved access to education, training, and rehabilitation services for people with disabilities. In addition, he called on governments to eradicate all forms of discrimination faced by persons with disabilities so that they can use their sexual and reproductive rights [14].

However, negative perceptions of disability and a lack of societal understanding of their concerns have hindered efforts to improve access to sexual and reproductive health services. The traditional view of disability as a medical condition or defect perpetuates negative perceptions of the abilities of people with disabilities. This representation of disability has affected the access of people with disabilities to social and economic opportunities [15]. In terms of gender and sexuality, people with disabilities are not considered sexually active as a result of their disability and often excluded from programs related to sexual health issues. Therefore, people with disabilities prob-

ably have sexual health and reproductive problems, even worse than people without disabilities, while they often receive inadequate services [16].

Deafness may cause communication problems with significant consequences for the cognitive, social, and emotional well-being of affected people. Considering the importance of the above issues, little information is available about the sexual QoL of deaf and hard-of-hearing people, especially women in our country, which can be used to design special interventions related to health. Therefore, this study examines the sexual QoL of deaf and hard of hearing married women in Mazandaran Province, Sari City, Iran.

Materials and Method

The current cross-sectional descriptive study was conducted on 132 deaf, and hard-of-hearing women referred to the Deaf Center in Mazandaran Province, Sari City, Iran, from July to November 2021. Sampling was done using the convenience method among all married women with hearing impairment referred to that center. The inclusion criteria were as follows: having a hearing impairment, being married, and having a husband alive. In this study, all participants could withdraw from filling out the questionnaire whenever they wanted, and they were informed that their information would only be available to the senior researcher. They completed the informed consent form to participate in the research.

Study tools

The research tools were the demographic form and the questionnaires on the sexual QoL-female. The questionnaires were completed by an inexperienced interviewer familiar with the sign language of the deaf in a quiet space.

Demographic form

This form collects information on the participant's age, education, job, husband's employment status, the hearing status of self and husband, duration of the marriage, menstrual status, type of contraceptive method, history of breastfeeding, number of pregnancies, abortion, type of childbirth and participation in virtual groups of reproductive health.

The sexual QoL-female questionnaire

This questionnaire is a self-report measure to evaluate the effect of sexual disorders on the QoL of women. It measures the quality of women's sexual life in 4 areas: sexual, psychological feeling, sexual satisfaction, self-worthlessness, and sexual suppression. This tool was presented for

the first time in 1998 and was reviewed and validated in 2005 by Simmonds and colleagues. It consists of 18 questions. The first field includes 7 questions (2, 3, 7, 8, 10, 16, and 17), the second field 5 questions (1, 5, 9, 13, and 18), the third field 3 questions (4, 6, and 15) and the fourth field 3 questions (11, 12, and 14). Each item is scored on a 6-point Likert scale (strongly agree to strongly disagree). Answers are graded from 1 to 6. The total score is obtained from 18 to 108, and a higher score indicates a more favorable sexual QoL [17]. The validity and reliability of this tool for Iranian women were validated by Masoumi et al. and the internal consistency of this tool was confirmed with an alpha index of 95% [18].

In this study, mean and standard deviation were used to describe quantitative variables, and number and percentage to describe qualitative variables under SPSS software, version 24. Also, to examine the relationship between variables, the univariate analysis included a 2-independent t test and 1-way analysis of variance (ANOVA) were used. A significance level of less than 0.05 was considered.

Results

According to the study findings, the Mean±SD of the participant's age was 36.45±7.17 years, their husbands' was 39.52±7.45 years, and their marriage durations' was 21.87±5.40. In this study, 27 people (20.7%) participated in reproductive health virtual groups. Table 1 presents other demographic and reproductive characteristics of the participants.

The average score of the sexual QoL of deaf and hard-of-hearing women obtained in this study was 86.83±16.67 (minimum 35 and maximum 108) (Table 2). A significant relationship was observed between the sexual QoL of the samples and participating in reproductive health virtual groups ($t=-2.290$, $P=0.024$). No significant relationship was observed about other variables, such as education, husband's education, husband's hearing status, participants' hearing status, use of hearing aids, number of pregnancies, type of pregnancy, type of childbirth, and history of abortion (Table 3).

Table 1. Demographic and reproductive characteristics of deaf and hard-of-hearing women under study

Variables	Levels	No.(%)
Wife's occupation	Housewife	90(68.2)
	Employed	42(31.8)
Husband's occupation	Unemployed	10(7.6)
	Staff	42(31.8)
	Free	80(60.6)
Reproductive status	Reproductive	121(91.7)
	Menopause	11(8.3)
The type of prevention method used in reproductive women (121 people)	Hormonal	19(14.4)
	Condom	46(34.8)
	IUD	9(6.8)
	Tubal ligation in women	8(6.1)
	Normal	22(16.7)
Breastfeeding history	Yes	106(79.1)
	No	16(20.9)

Table 2. Distribution of the scores of the sexual quality of life dimensions of deaf and hard of hearing women

Quality of Life	Mean±SD	Minimum	Maximum
Sexual Quality of Life	86.83±16.67	35	108
Psycho-Sexual Feelings	33.52±7.86	9	42
Satisfaction With Intercourse and Sexual Activity	23.41±5.10	9	30
Feeling of Worthlessness	15.25±3.13	3	18
Sexual Repression	14.63±3.59	3	18

Current Psychosomatic Research

Table 3. The relationship between the score of the sexual quality of life of the participants and the demographic characteristics

Variables	Levels	No. (%)	Mean±SD	P
Hearing status of women	Hard of hearing	70(53)	85.5±15.5	0.328
	Deaf	60(45.5)	88.4±17.5	
	No response	2(1.5)	-	
Use of hearing aids	Yes	61(46.2)	87.9±16.1	0.491
	No	71(53.8)	85.9±17.1	
Participation in reproductive health virtual groups	Yes	27(20.5)	80.6±16.6	0.024
	No	97(73.5)	89.1±16.7	
	No response	8(1.3)	-	
Abortion	Yes	18(13.7)	79.9±20.7	0.204
	No	84(63.6)	86.3±17.4	
	No response	30(22.7)	-	
Type of delivery	Vaginal	65(49.2)	86.2±17.9	0.781
	Cesarean section	42(31.8)	88.7±13.4	
	No response	25(18.9)	-	
Education	Under diploma	21(15.9)	85.6±3.4	0.580
	Diploma	42(31.8)	85.1±2.4	
	Academic	69(52.3)	88.2±2.09	
Husband's education	Under diploma	25(18.9)	88.5±2.3	0.848
	Diploma	50(37.9)	86.6±2.4	
	Academic	57(43.2)	86.2±2	
Hearing status of husband	Hard of hearing	36(27.3)	85.1±2.6	0.195
	Deaf	66(50)	89.5±2.0	
	Healthy	30(22.7)	83.1±3.4	
Number of pregnancies	0	8(6.1)	92.6±7.5	0.794
	1	53(40.2)	87.0±2.2	
	2	53(40.2)	86.1±2.3	
	3≤	18(13.6)	85.9±4.6	

Current Psychosomatic Research

Discussion

In this study, the average sexual QoL of deaf women is 83.86. In Masoumi et al.'s study on 100 married women, the average sexual quality of women's life was 86.4 [18]. Comparing the average sexual QoL of deaf people with normal people shows that other sensory factors, such as the sense of sight play a more effective role concerning the desired sexual performance. It is suggested to use visual and other methods to improve the sexual QoL of deaf women. In this regard, Koenberg et al. study showed that providing powerful and visually accessible communication through sign language is an integral approach to health promotion [19]. In this study, although the average score is higher than the median, due to the small number of studies in this field, it is required to study more with women with different disabilities and compare their results.

According to the present study, about 21% of the samples participated in reproductive health virtual groups and had a lower sexual QoL. Contrary to the above findings, Kuenberg showed that the use of communication technologies had an effective role in improving the health of deaf women [19]. From the above results, one of the possible reasons for to decrease in the sexual QoL in these women can be the creation of unrealistic expectations in women. As a result, their husbands do not understand their needs well that ends in a disturbance in the understanding and satisfaction of their sexual activity.

The present study also showed that the quality of sexual life of deaf people had no significant relationship with women's education, husband's education, type of delivery, abortion, and the number of women's pregnancies. Although no study has been conducted in this regard, the results of studies related to the QoL of deaf people showed that the consequences of hearing loss are different from one person to another and harm the QoL, especially from the psychological aspect, social functioning and general health [20].

In this study, the descriptive results of variables, such as the use of contraceptive methods and breastfeeding status, which reflect the reproductive and sexual health status of deaf and hard-of-hearing women, show that the current situation is far from the ideal situation. This situation requires a study in the field of identifying obstacles to deaf women's access to health services in our country. Consistent with this issue, a review study was conducted by Komori, in which education, interpersonal relations, cultural, social, and economic factors were mentioned as barriers to deaf women's access to health services [21]. Since sexual function is one of the crucial dimensions

of human life and is influenced by many factors, such as individual characteristics, interpersonal relationships, family, social, cultural, mental, and hormonal health conditions, it is recommended to conduct studies with more samples and diverse conditions.

This study also had some limitations. In this research, due to the sexual topic of the research, the shyness of women in expressing personal issues in life, the possibility of non-response or wrong answer to the options was not far from expected. Another limitation that could cause non-response or incorrect answers was the limited vocabulary in sign language. So, it is recommended that a special questionnaire be designed for the deaf to understand the questions in future studies better. Among other limitations, few studies have been conducted in the field of investigating the variables related to the quality of sexual life in deaf women. Therefore, the authors of this article were forced to compare the quality of sexual life with normal women to compare with previous research studies.

According to the study results, and the lack of providing health information in sign language for deaf people, health policies should consider and support peer-based education and the training of sign language interpreters to promote sexual and reproductive health.

Conclusion

According to the study results, and the lack of providing health information in sign language for deaf people, health policies should consider and support peer-based education and the training of sign language interpreters to promote sexual and reproductive health.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Information was obtained from the samples after receiving informed written consent, explaining the design and its objectives, and ensuring confidentiality. The code of ethics was obtained from [Mazandaran University of Medical Sciences](#) (IR.MAZUMS..REC.1399.403).

Funding

This project (No.: 7700) was carried out with the full support and funding of [Mazandaran University of Medical Sciences](#) and the Sexual Health and Fertility Research Center of [Mazandaran University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization and Supervision: Erfaneh Talebi and Zohreh Shahhosseini; Methodology: Zohreh Shahhosseini and Soheila Rabiepoor; Data collection: Erfaneh Talebi and Zohreh Shahhosseini; Data analysis: Zohreh Shahhosseini and Moniolsadate Hosseini-Tabaghdehi; Funding acquisition and Resources: Erfaneh Talebi and Zohreh Shahhosseini. Investigation, Writing–original draft, and Writing–review & editing: All authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We express our gratitude to [Mazandaran University of Medical Sciences](#) for the financial support of this project (project number 7700) and all the participants who helped us conduct the research.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

بررسی کیفیت زندگی جنسی زنان ناشنوا و کم‌شنوای متأهل: یک مطالعه مقطعی

عرفانه طالبی^۱، سهیلا ربیعی‌پور^۲، زهره شاه‌حسینی^۳، منیرالسادات حسینی طبغدهی^۴

۱. مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲. مرکز تحقیقات سلامت جنسی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

۳. گروه سلامت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۴. گروه مامایی، مرکز تحقیقات باروری سالم، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Use your device to scan
and read the article online



Citation Talebi E, Rabieepoor S, Shahhosseini Z, Hosseini Tabaghdehi M. [Investigating the Sexual Quality of Life of Deaf and Hard-of-Hearing Married Women: A Cross-sectional Study (Persian)]. *Current Psychosomatic Research*. 2022; 1(1):116-129. <https://doi.org/10.32598/cpr.1.1.79.1>

<https://doi.org/10.32598/cpr.1.1.79.1>

چکیده



زمینه و هدف: اختلال شنوایی یک موضوع مهم سلامتی است و تأثیر منفی بر زندگی افراد دارد. این مطالعه کیفیت زندگی جنسی زنان متأهل ناشنوا و کم‌شنوا را در استان مازندران، شهرستان ساری بررسی کرده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت توصیفی مقطعی بر روی ۱۳۲ زن ناشنوا و کم‌شنوای مراجعه‌کننده به کانون ناشنوایان استان مازندران شهرستان ساری در سال ۱۴۰۰ انجام شد. نمونه‌گیری به روش دردسترس از بین تمامی زنان متأهل دارای نقص شنوایی مراجعه‌کننده به آن کانون از تاریخ تیر تا آبان ۱۴۰۰ انجام شد. اطلاعات با فرم جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی سیموندز ۲۰۰۵ جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری تی تست و تحلیل واریانس انجام شد. سطح معناداری در کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن مشارکت‌کنندگان در این مطالعه $36/45 \pm 7/17$ و میانگین امتیاز کسب‌شده کیفیت زندگی جنسی $86/83 \pm 16/67$ است. در این مطالعه بین کیفیت زندگی جنسی مشارکت‌کنندگان و شرکت در گروه‌های مجازی سلامت باروری ارتباط معناداری نشان داد. در ارتباط با سایر متغیرها مانند تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت شنوایی همسر، وضعیت شنوایی مشارکت‌کنندگان، استفاده از ابزارهای کمک شنوایی، تعداد بارداری، نوع زایمان و سابقه سقط ارتباط معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج این مطالعه باید از روش‌های مناسب، از جمله آموزش مبتنی بر هم‌تایان و همچنین آموزش مترجمان زبان اشاره در موضوعات سلامت جنسی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی جنسی، ناشنوا، کم‌شنوا

تاریخ دریافت: ۰۸ مرداد ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۲ شهریور ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۱

مقدمه

تقریباً ۵/۳ درصد از جمعیت جهان (۳۶۰ میلیون نفر) از کم‌شنوایی ناتوان‌کننده رنج می‌برند. اکثر افراد مبتلا به کم‌شنوایی ناتوان‌کننده در کشورهای با درآمد کم یا متوسط زندگی می‌کنند [۱]. بسیاری از ناشنوایان همچون سایر افراد عادی موفق به تشکیل خانواده می‌شوند. خانواده برای آنان و فرزندانشان می‌تواند موجب رشد بیشتر

نقص شنوایی شایع‌ترین اختلال حسی مزمن در بزرگسالان سراسر جهان است [۱]. اختلال شنوایی یک اختلال در وضعیت سلامتی است که پیامدهای مهمی بر کیفیت زندگی افراد دارد.

* نویسنده مسئول:

منیرالسادات حسینی طبغدهی

نشانی: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مرکز تحقیقات باروری سالم، گروه مامایی.

تلفن: (۰۹۱۱) ۲۵۶۶۷۳۰ +۹۸

رایانامه: mhosseinit53@gmail.com

تأثیر گذاشته است [۱۵]. از نظر جنسیت و تمایلات جنسی، افراد دارای معلولیت در نتیجه ناتوانی، از نظر جنسی فعال در نظر گرفته نشدند و اغلب از برنامه‌های مربوط به مسائل مربوط به سلامت جنسی حذف می‌شوند. بنابراین در حالی که افراد دارای معلولیت احتمالاً مشکلات سلامت جنسی و باروری مشابه یا حتی بدتری نسبت به افراد بدون معلولیت دارند، آن‌ها اغلب خدمات ناکافی دریافت می‌کنند [۱۶]. در نتیجه ناشنوایی باعث ایجاد مشکلات ارتباطی با پیامدهای قابل توجهی در بهزیستی شناختی، اجتماعی و عاطفی افراد مبتلا می‌شود. با توجه به اهمیت موضوعات مذکور، اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی جنسی افراد ناشنوا و کم‌شنوا، به‌ویژه زنان در کشورمان که می‌تواند برای طراحی مداخلات ویژه مرتبط با سلامت مورد استفاده قرار گیرد، نادر است. بنابراین این مطالعه کیفیت زندگی جنسی زنان متأهل ناشنوا و کم‌شنوا در استان مازندران، شهرستان ساری را بررسی کرده است.

مواد و روش

مطالعه حاضر به صورت توصیفی مقطعی بر روی ۱۳۲ زن ناشنوا و کم‌شنوای مراجعه‌کننده به کانون ناشنویان استان مازندران شهرستان ساری از تاریخ تیر تا آبان سال ۱۴۰۰ صورت گرفت. نمونه‌گیری به روش در دسترس از بین تمامی زنان متأهل دارای نقص شنوایی مراجعه‌کننده به آن کانون انجام شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل داشتن نقص شنوایی، متأهل بودن و در قید حیات بودن همسر بود. در این مطالعه تمامی خانم‌ها این امکان را داشتند که هر وقت می‌خواهند از پرسش‌نامه انصراف دهند و نسبت به اینکه اطلاعاتشان تنها در اختیار پژوهشگر ارشد قرار می‌گیرد، آگاه شده بودند. نمونه‌ها پس از ورود به پژوهش و تبیین اهداف پژوهش توسط محقق، فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند.

ابزارهای مورد استفاده

ابزار این پژوهش فرم جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی جنسی زنان بوده است. پرسش‌نامه‌ها را پرسشگر دوره‌دیده و آشنا به زبان اشاره ناشنویان، در یک فضای آرام که از قبل تعبیه شده بود، تکمیل کرد.

فرم جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت اشتغال همسر، وضعیت شنیداری خود و همسر، مدت ازدواج، وضعیت قاعدگی، نوع روش پیشگیری از بارداری، سابقه شیردهی، تعداد حاملگی، سقط، نوع زایمان و شرکت در گروه‌های مجازی سلامت باروری است.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی زنان یک معیار خود گزارش‌دهنده برای ارزیابی اثر اختلال جنسی بر کیفیت زندگی زنان است و ۴ حیطه (احساس روان‌شناختی جنسی و رضایت جنسی، خود بی‌ارزش بودن، سرکوب جنسی) کیفیت زندگی

باشد. برقراری روابط مناسب خانوادگی، صمیمیت زوجین و زناشویی می‌تواند خشنودی یا تعارضات زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد [۲]. همواره انجام وظایف مرتبط با همسر در قالب همسرداری به حفظ روابط خانوادگی کمک کرده و قصور در انجام آن‌ها به از هم پاشیدن خانواده منجر شده است [۴].

یکی از ابعاد مهم جسمی و روانی کیفیت زندگی زنان، کیفیت زندگی جنسی آنان است که تحت تأثیر عوامل فردی بسیاری قرار می‌گیرد و نقش تعیین‌کننده‌ای در زندگی و سلامت زنان دارد [۵]. کیفیت زندگی جنسی زنان یکی از موضوعات کلیدی در زمینه سلامت جنسی و باروری است [۶] که شامل ارزیابی افراد از جنبه‌های مثبت و منفی روابط جنسی و پاسخ به این ارزیابی‌ها می‌شود [۷، ۸]. در واقع کیفیت زندگی جنسی ابزاری برای بررسی رابطه مشکلات جنسی و کیفیت زندگی است [۹]. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی جنسی معیاری برای موفقیت و عملکرد زناشویی است که تداوم و پایداری ازدواج را پیش‌بینی می‌کند و یکی از موضوعات اصلی در سلامت جنسی و باروری است [۱۰]. بنابراین سنجش کیفیت زندگی جنسی موضوع مهمی برای ارزیابی پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت ناشی از مشکلات جنسی است [۱]. از دست دادن یا کاهش رضایت جنسی می‌تواند به علائم افسردگی، تعارضات زناشویی، جدایی و طلاق منجر شود. استرس‌های مزمن ناشی از درگیری‌های زناشویی همچنین می‌تواند باعث بیماری‌های قلبی، دیابت و سرطان شود [۱۱]. اختلال در سلامت جنسی و کاهش کیفیت زندگی جنسی بر عزت نفس افراد تأثیر منفی می‌گذارد و رضایت آن‌ها را کاهش می‌دهد [۱۲]. در مطالعه هولمبرگ و همکاران مشخص شد که کیفیت زندگی جنسی پیش‌بینی‌کننده قابل توجهی برای سلامت روانی و جنسی است [۱۳].

جامعه بین‌المللی و دولت‌ها تلاش می‌کنند تا پیامدهای منفی ناشی از سلامت جنسی و باروری ضعیف را کاهش دهند. در کنفرانس جمعیت و توسعه^۱ در قاهره در سال ۱۹۹۴، آن‌ها خواستار اقداماتی برای ایجاد آگاهی در مورد مسائل معلولیت شدند و از بهبود دسترسی به تحصیلات، آموزش و خدمات توان‌بخشی برای افراد دارای معلولیت حمایت کردند. به علاوه، از دولت‌ها خواسته شد تمامی اشکال تبعیض را که افراد دارای معلولیت با آن مواجه می‌شوند ریشه‌کن کنند تا بتوانند از حقوق جنسی و باروری خود استفاده کنند [۱۴]. باین حال تصورات منفی در مورد ناتوانی و عدم درک اجتماعی از نگرانی‌های آن‌ها، تلاش‌ها برای بهبود دسترسی به خدمات سلامت جنسی و باروری را متوقف کرده است. دیدگاه سنتی به ناتوانی که آن را به‌عنوان یک وضعیت یا نقص پزشکی می‌داند، تصورات منفی در مورد توانایی‌های افراد دارای معلولیت را تداوم می‌بخشد. این بازنمایی از معلولیت بر دسترسی افراد دارای معلولیت به فرصت‌های اجتماعی و اقتصادی

1. International Conference on Population and Development (ICPD)

یافته‌ها

براساس یافته‌های این مطالعه، میانگین و انحراف معیار سن مشارکت‌کنندگان $36/45 \pm 7/17$ ، میانگین سن همسرانشان $39/52 \pm 7/45$ و میانگین سن ازدواج $21/87 \pm 5/40$ بود. همچنین در این مطالعه ۲۷ نفر (۲۰٪ درصد) در گروه‌های مجازی سلامت باروری شرکت داشتند. سایر ویژگی‌های جمعیتی و باروری مشارکت‌کنندگان در **جدول شماره ۱** نشان داده شده است.

میانگین امتیاز کسب‌شده کیفیت زندگی جنسی زنان ناشنوا و سخت‌شنوا در این مطالعه $86/83 \pm 16/67$ (حداقل ۳۵ و حداکثر ۱۰۸) است (جدول شماره ۲). در این مطالعه بین کیفیت زندگی جنسی مشارکت‌کنندگان و شرکت در گروه‌های مجازی سلامت باروری ارتباط معناداری وجود داشت ($P=0/024$, $T=-2/290$). در ارتباط با سایر متغیرها مانند تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت شنوایی همسر، وضعیت شنوایی مشارکت‌کنندگان، استفاده از ابزارهای کمک‌شنوایی، تعداد بارداری، نوع زایمان و سابقه سقط ارتباط معناداری وجود نداشت (جدول شماره ۳).

جنسی زنان را می‌سنجد. این ابزار برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ ارائه شد و در سال ۲۰۰۵، سیموندز و همکاران بازبینی و اعتباریابی کردند. این پرسش‌نامه از ۱۸ سؤال تشکیل شده است. حیطه اول شامل ۷ سؤال (۲، ۳، ۷، ۸، ۱۰، ۱۶ و ۱۷)، حیطه دوم شامل ۵ سؤال (۱، ۵، ۹، ۱۳ و ۱۸)، حیطه سوم شامل ۳ سؤال (۴، ۶ و ۱۵) و حیطه چهارم شامل ۳ سؤال (۱۱، ۱۲ و ۱۴) است و هر گزینه یک پاسخ ۶ قسمتی در مقیاس لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) را رتبه‌بندی می‌کند. دسته‌بندی پاسخ‌ها به صورت ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل از ۱۸ تا ۱۰۸ به دست می‌آید. نمره بالاتر سطح مطلوب‌تر کیفیت زندگی جنسی را نشان می‌دهد [۱۷]. روایی و پایایی این ابزار برای زنان ایرانی را معصومی و همکاران اعتباریابی کردند و همسانی درونی این ابزار با شاخص آلفای ۹۵ درصد تأیید شد [۱۸].

در این مطالعه برای توصیف متغیرهای کمی از شاخص آماری میانگین و انحراف معیار و برای توصیف متغیرهای کیفی از شاخص‌های آماری تعداد و درصد تحت نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. همچنین برای بررسی ارتباط بین متغیرها از تحلیل‌های تک متغیره شامل آزمون تی زوج مستقل^۲ و آنوای یک‌طرفه^۳ استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

2. two-independent t- test
3. One-way ANOVA

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیتی و باروری زنان کم‌شنوا و ناشنوا تحت مطالعه

متغیر	سطوح	تعداد (درصد)
شغل خانم	خانه‌دار	۹۰ (۶۸٪)
	شاغل	۴۲ (۳۱٪)
شغل همسر	بیکار	۱۰ (۷٪)
	کارمند	۴۲ (۳۱٪)
	آزاد	۸۰ (۶۰٪)
وضعیت باروری	بارور	۱۲۱ (۹۱٪)
	یائسه	۱۱ (۸٪)
	هورمونی	۱۹ (۱۴٪)
نوع روش پیشگیری مورد استفاده در زنان بارور (۱۲۱ نفر)	کاندوم	۴۶ (۳۴٪)
	آی یو دی	۹ (۶٪)
	بستن لوله در زنان	۸ (۶٪)
	طبیعی	۲۲ (۱۶٪)
سابقه شیردهی	بلی	۱۰۶ (۷۹٪)
	خیر	۱۶ (۱۲٪)

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

جدول ۲. توزیع نمرات ابعاد کیفیت زندگی جنسی زنان کم‌شنوا و ناشنوا

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین \pm انحراف معیار	حداقل	حداکثر
کیفیت زندگی جنسی	۸۶/۸۳ \pm ۱۶/۶۷	۲۵	۱۰۸
احساسات روانی جنسی	۳۳/۵۲ \pm ۷/۸۶	۹	۴۲
رضایت از رابطه و عمل جنسی	۲۳/۴۱ \pm ۵/۱۰	۹	۳۰
احساس خودبی‌ارزشی	۱۵/۲۵ \pm ۳/۱۳	۳	۱۸
سرکوب جنسی	۱۴/۶۳ \pm ۳/۵۹	۳	۱۸

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

در این زمینه، نیاز به مطالعه بیشتر با زنان دارای معلولیت‌های متفاوت و مقایسه نتایج آنان است.

باتوجه به مطالعه حاضر، حدود ۲۱ درصد افراد در گروه‌های مجازی سلامت باروری شرکت داشتند و از کیفیت زندگی جنسی کمتری برخوردار بودند. بر خلاف یافته‌های مذکور، کوئمبرگ نشان داد استفاده از فناوری‌های ارتباطی نقش مؤثری در بهبود سلامت زنان ناشنوا دارد [۱۹]. از نتایج مذکور می‌توان نتیجه گرفت یکی از دلایل احتمالی کاهش کیفیت زندگی جنسی در این زنان می‌تواند ناشی از ایجاد انتظارات غیرواقعی بینانه در زنان باشد، اینکه همسران آن‌ها به‌خوبی نیازهای آنان را درک نمی‌کنند و این به اختلال در درک و رضایت از فعالیت جنسی آنان منجر می‌شود.

بحث

در این مطالعه نشان داده شد میانگین کیفیت زندگی جنسی زنان ناشنوا ۸۶/۸۳ است. در مطالعه معصومی و همکاران بر روی ۱۰۰ زن متأهل میانگین کیفیت زندگی جنسی زنان ۸۶/۴ بود [۱۸]. مقایسه میانگین کیفیت زندگی جنسی افراد ناشنوا با افراد عادی نشان‌دهنده این است که عوامل حسی دیگر، از جمله حس بینایی و غیره نقش مؤثرتری در رابطه با عملکرد جنسی مطلوب دارند. پیشنهاد می‌شود برای ارتقای کیفیت زندگی جنسی زنان ناشنوا از روش‌های بصری و غیره استفاده شود. در این راستا نتایج مطالعه کوئمبرگ و همکاران فراهم کردن ارتباطات قدرتمند و قابل دسترسی بصری از طریق استفاده از زبان اشاره را رویکرد مهمی در ارتقای سلامت نشان داد [۱۹]. در این مطالعه گرچه میانگین نمره بیشتر از حد میانه است، باتوجه به تعداد کم مطالعات

جدول ۳. ارتباط بین نمره کیفیت زندگی جنسی مشارکت‌کنندگان با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیرها	سطوح	تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار	P
وضعیت شنیداری زنان	کم‌شنوا	۷۰ (۵۳)	۸۵/۵ \pm ۱۵/۵	۰/۳۲۸
	ناشنوا	۶۰ (۴۵/۵)	۸۸/۴ \pm ۱۷/۵	
	بدون پاسخ	۲ (۱/۵)	-	
استفاده از ابزار کمک شنوایی	بلی	۶۱ (۴۶/۲)	۸۷/۹ \pm ۱۶/۱	۰/۴۹۱
	خیر	۷۱ (۵۳/۸)	۸۵/۹ \pm ۱۷/۱	
	بدون پاسخ	۸ (۱/۳)	-	
شرکت در گروه‌های مجازی سلامت باروری	بلی	۲۷ (۲۰/۵)	۸۰/۶ \pm ۱۶/۶	۰/۰۲۴
	خیر	۹۷ (۷۳/۵)	۸۹/۱ \pm ۱۶/۷	
	بدون پاسخ	۸ (۱/۳)	-	
سقط	بلی	۱۸ (۱۳/۷)	۷۹/۹ \pm ۲۰/۷	۰/۲۰۴
	خیر	۸۴ (۶۳/۶)	۸۶/۳ \pm ۱۷/۴	
	بدون پاسخ	۳۰ (۲۲/۷)	-	

متغیرها	سطوح	تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار	P
نوع زایمان	واژینال	۶۵(۳۹/۲)	۸۶/۲ \pm ۱۷/۹	۰/۷۸۱
	سزارین	۴۲(۳۱/۸)	۸۸/۷ \pm ۱۲/۴	
	بدون پاسخ	۲۵(۱۸/۹)	-	
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۱(۱۵/۹)	۸۵/۶ \pm ۲/۴	۰/۵۸۰
	دیپلم	۴۲(۳۱/۸)	۸۵/۱ \pm ۲/۴	
	دانشگاهی	۶۹(۵۲/۳)	۸۸/۲ \pm ۲/۰۹	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۲۵(۱۸/۹)	۸۷/۵ \pm ۲/۳	۰/۸۴۸
	دیپلم	۵۰(۳۷/۹)	۸۶/۶ \pm ۲/۴	
	دانشگاهی	۵۷(۴۳/۲)	۸۶/۲ \pm ۲/۱	
وضعیت شنیداری همسر	کم‌شنوا	۳۶(۲۷/۳)	۸۵/۱ \pm ۲/۶	۰/۱۹۵
	ناشنوا	۶۶(۵۰)	۸۹/۵ \pm ۲/۰	
	سالم	۳۰(۲۲/۷)	۸۳/۱ \pm ۲/۴	
تعداد حاملگی	۰	۸(۶/۱)	۹۲/۶ \pm ۷/۵	۰/۷۹۴
	۱	۵۳(۴۰/۲)	۸۷/۰ \pm ۲/۲	
	۲	۵۳(۴۰/۲)	۸۶/۱ \pm ۲/۳	
	≤ 3	۱۸(۱۳/۶)	۸۵/۹ \pm ۴/۶	

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

عنوان کردند [۲۱]. از آنجایی که عملکرد جنسی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم زندگی بشر است، تحت تأثیر فاکتورهای زیادی از جمله ویژگی‌های فردی، روابط بین‌فردی، شرایط خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، سلامت روانی و هورمونی است. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات با نمونه بیشتر و شرایط متنوع‌تری صورت گیرد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. در این پژوهش با توجه به موضوع جنسی پژوهش، خجالتی بودن زنان در بیان مسائل خصوصی در زندگی، احتمال عدم پاسخ‌گویی یا پاسخ نادرست به گزینه‌ها دور از انتظار نبوده است. محدودیتی دیگر که می‌توانست باعث عدم پاسخ‌گویی یا پاسخ نادرست بشود، محدود بودن دایره لغات در زبان اشاره بود که توصیه می‌شود جهت تفهیم بهتر سؤالات در پژوهش‌های آتی پرسش‌نامه اختصاصی برای ناشنویان طراحی شود. از محدودیت‌های دیگر، مطالعات اندک در زمینه بررسی متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی جنسی در زنان ناشنوا بود. بنابراین نویسندگان این مقاله در مواردی برای مقایسه با مطالعات قبلی و پژوهشی مجبور به مقایسه کیفیت زندگی جنسی با زنان عادی شدند.

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد کیفیت زندگی جنسی افراد ناشنوا با تحصیلات، تحصیلات همسر، نوع زایمان، سقط و تعداد بارداری زنان ارتباط معناداری نداشته است. اگرچه مطالعه‌ای در این رابطه صورت نگرفته، نتایج مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی افراد ناشنوا نشان داد پیامدهای کاهش شنوایی از فردی به فرد دیگر متفاوت است و تأثیر منفی بر روی کیفیت زندگی به‌ویژه از جنبه روانی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی دارد [۲۰].

در این مطالعه نتایج توصیفی متغیرهایی، از جمله استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و وضعیت شیردهی که منعکس‌کننده وضعیت سلامت باروری و جنسی زنان ناشنوا و کم‌شنوا است، نشان می‌دهد وضعیت موجود با وضعیت مطلوب فاصله داشته که نیازمند مطالعه در زمینه شناسایی موانع دسترسی زنان ناشنوا به خدمات بهداشتی در کشورمان است. در راستای این موضوع مطالعه‌ای مروری توسط کوموری انجام شد که در این مطالعه آموزش، روابط بین‌فردی، عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را موانع دسترسی زنان ناشنوا به خدمات بهداشتی

نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج این مطالعه و عدم ارائه اطلاعات بهداشتی با زبان اشاره برای افراد ناشنوا، در راستای ارتقای سلامت جنسی و باروری، باید به آموزش مبتنی بر همتایان و همچنین آموزش مترجمان زبان اشاره در سیاست‌های بهداشتی مورد توجه و حمایت قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.MAZUMS.. REC.1399.403) گرفته شد. اطلاعات پس از دریافت رضایت کتبی آگاهانه، توضیح در مورد طرح و اهداف آن و اطمینان از حفظ محرمانگی از نمونه‌ها گرفته شد.

حامی مالی

این طرح (به شماره طرح ۷۷۰۰) با حمایت کامل و تأمین مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و نظارت: عرفانه طالبی و زهره شاه‌حسینی؛ روش‌شناسی: زهره شاه‌حسینی و سهیلا ربیعی‌پور؛ گردآوری اطلاعات: عرفانه طالبی و زهره شاه‌حسینی؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها: زهره شاه‌حسینی و منیرالسادات حسینی طبقه‌دهی، تأمین مالی و منابع: عرفانه طالبی و زهره شاه‌حسینی؛ بررسی، نگارش پیش‌نویس اصلی و ویرایش: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مطالعه تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از دانشگاه علوم پزشکی مازندران به دلیل حمایت مالی از این طرح و کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش که در انجام پژوهش ما را یاری کردند، تشکر می‌کنند.

References

- [1] Panahi R, Kheiri M, Daronkolaei ZA, Arjeini Z, Taherpour M, Dehghankar L, et al. The effect of sexual health literacy on the sexual life quality of women referring to healthcare centers in Qazvin, Iran. *J Educ Health Promot*. 2021; 10:1-8. [DOI:10.4103/jehp.jehp_1484_20] [PMID] [PMCID]
- [2] Nash SD, Cruickshanks KJ, Klein R, Klein BE, Nieto FJ, Huang GH, et al. The prevalence of hearing impairment and associated risk factors: The Beaver Dam offspring study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011; 137(5):432-9. [DOI:10.1001/archoto.2011.15] [PMID] [PMCID]
- [3] Parvandi A, Arefi M, Moradi A. [The role of family functioning and couples communication patterns in marital satisfaction (Persian)]. *Fam Pathol Couns Enrichment J*. 2016; 2(1):54-65. [Link]
- [4] Gilbert P. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Abingdon: Routledge; 2004. [Link]
- [5] Nejat S. [Quality of life and its measurement (Persian)]. *Iran J Epidemiol*. 2008; 4(2):57-62. [Link]
- [6] Lamyian M, Zarei F, Montazeri A, Hajizadeh E, Maasoumi R. [Exploring the factors affecting Iranian women's quality of sexual life (Persian)]. *Hayat*. 2016; 22(2):185-200. [Link]
- [7] Stephenson KR, Meston CM. Differentiating components of sexual well-being in women: Are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *J Sex Med*. 2010; 7(7):2458-68. [DOI:10.1111/j.1743-6109.2010.01836.x] [PMID]
- [8] Dogan T, Tugut N, Golbasi Z. The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. *Sex Disabil*. 2013; 31:239-47. [DOI:10.1007/s11195-013-9302-z]
- [9] Roshan Chesli R, Soleimani Z, Erfan T, Mantashlou S, Hashemi A. [Evaluate the psychometric properties of sexual quality of life questionnaire (SQOL-F) (Persian)]. *Clin Psychol*. 2020; 17(1):213-24. [DOI:10.22070/CPAP.2020.2898]
- [10] Ayles C. *Biographical determinates of marital quality*. London: One Plus One; 2004. [Link]
- [11] Fincham FD, Beach SR. Marriage in the new millennium: A decade in review. *J Marriage Fam*. 2010; 72(3):630-49. [DOI:10.1111/j.1741-3737.2010.00722.x]
- [12] Hisli Şahin N, Durak Batgün A, Alkan Pazvantoğlu E. [The role of interpersonal style, self perception and anger in sexual dysfunction (Turkish)]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2012; 23(1):18-25. [PMID]
- [13] Holmberg D, Blair KL, Phillips M. Women's sexual satisfaction as a predictor of well-being in same-sex versus mixed-sex relationships. *J Sex Res*. 2010; 47(1):1-11. [DOI:10.1080/00224490902898710] [PMID]
- [14] Kwadwo W, Anafi P, Sekyere FO. Does disability matter? Disability in sexual and reproductive health policies and research in Ghana. *Community Health Equity Research & Policy*. 2014; 35(1):21-35. [DOI:10.2190/IQ.35.1.c]
- [15] World Health Organization. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. Geneva: World Health Organization; 2009. [Link]
- [16] Groce NE. Adolescents and youth with disability: Issues and challenges. *Asia Pac Disabil Rehabil J*. 2004; 15(2):13-32. [Link]
- [17] Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther*. 2005; 31(5):385-97. [DOI:10.1080/00926230591006502] [PMID]
- [18] Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: Translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reprod Health*. 2013; 10:25. [DOI:10.1186/1742-4755-10-25] [PMID] [PMCID]
- [19] Kuenburg A, Fellingner P, Fellingner J. Health care access among deaf people. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2016; 21(1):1-10. [DOI:10.1093/deafed/env042] [PMID]
- [20] Tsimpida D, Kaitelidou D, Galanis P. Determinants of health-related quality of life (HRQoL) among deaf and hard of hearing adults in Greece: A cross-sectional study. *Arch Public Health*. 2018; 76:65. [DOI:10.1186/s13690-018-0304-2] [PMID] [PMCID]
- [21] Ganle JK, Baatiema L, Quansah R, Danso-Appiah A. Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Plos One*. 2020; 15(10):e0238585. [DOI:10.1371/journal.pone.0238585] [PMID] [PMCID]