

## اختلال کارکرد جنسی زنان و برخی عوامل مرتبط با آن در شهرستان ارومیه

دکتر فیروزه سپهریان<sup>۱</sup>، لیلا حسینی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: 90/11/28 تاریخ پذیرش: 91/1/20

## چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال کارکرد جنسی زنان می‌تواند توسط دامنه‌ای از عوامل که از فردی به فردی دیگر متفاوت است، به وجود آید. خستگی، مسئولیت‌های روزمره، نقش‌های جنسی متعدد، مشکلات روان‌شناختی فردی از جمله افسردگی و اضطراب می‌توانند عملکرد جنسی زن را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین هدف مطالعه حاضر بررسی ارتباط کژکارکردی جنسی زنان با افسردگی، اضطراب و استرس است.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر در قالب یک طرح همبستگی است. شرکت کنندگان ۳۳۰ نفر زن بودند که به طور تصادفی از میان بیمارانی که به کلینیک‌های خصوصی زنان و زایمان مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های شاخص عملکرد جنسی زنان و مقیاس استرس، افسردگی و اضطراب لویندا استفاده شد. بعد از بررسی آلفای کرانباخ، تحلیل اکتشافی و تأییدی آزمون‌ها، داده‌های به دست آمده به وسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی از جمله میانگین، انحراف استاندارد و درصد فراوانی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین کژکارکردی جنسی زنان، استرس، افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌دار وجود دارد. افسردگی و اضطراب، قوی‌ترین پیش‌گویی کننده کژکارکردی عملکرد جنسی زنان است ( $P=0/000$ ).

**نتیجه‌گیری:** افسردگی، اضطراب و استرس عامل تأثیرگذار بر اختلال عملکرد جنسی زنان می‌باشند. بنابراین در درمان اختلالات جنسی زنان مشاوره‌های روانی توصیه می‌شود. همچنین گزارشات و ارزیابی‌های علمی از جمله تحقیقات طولی مورد نیاز است.

**واژگان کلیدی:** کژکارکردی جنسی زنان، افسردگی، اضطراب، استرس

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره دوم، ص ۱۵۴-۱۴۸، خرداد و تیر ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان والفجر ۲، دانشکده ادبیات، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۱۴۵۱۸۸۹

Email: f\_sepehrian@yahoo.com

## مقدمه

کردند که میان مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و فیزیولوژی پاسخ‌های جنسی رابطه وجود دارد.

در متن بازبینی شده چهارمین کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی کژکاری‌های جنسی به عنوان یکی از اختلالات محور یک طبقه بندی شده و به چهار مقوله تقسیم می‌شود. اختلال‌های میل جنسی، انگیختگی جنسی، ارگاسمی و درد جنسی. کژکاری باید مزمن و عود کننده باشد و رنجوری یا مشکلات بین شخصی قابل توجه ایجاد کند. اگر کژکاری ناشی از بیماری پزشکی مانند دیابت یا ناشی از اختلال دیگری در محور یک باشد، تشخیص کژکاری جنسی داده نمی‌شود (۴).

تمایلات جنسی از جمله شخصی‌ترین حوزه زندگی فرد است که عوامل مختلفی از جمله عوامل تشریحی، فیزیولوژیکی، روانی، فرهنگی، روابط بین فردی و تجارب رشدی دوران کودکی در تعیین آن نقش دارند و چنان با کل شخصیت فرد در هم آمیخته که صحبت از تمایلات جنسی به عنوان پدیده‌ای مستقل در واقع غیر ممکن است (۱). سازمان بهداشت جهانی، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم می‌داند که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود (۲). رولاند و اسلویپ<sup>۳</sup> با جمع بندی سه دهه تحقیقات در این زمینه، اظهار

<sup>۱</sup> استادیار روانشناسی دانشگاه ارومیه (نویسنده مسئول)<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه ارومیه<sup>۳</sup> Rowland & slop

دوطرفه است ولی بیشتر توسط اثرات جانبی درمان جنسی با داروهای ضد افسردگی پیچیده می‌شود و بهبود در عملکرد جنسی به بهبودی بیشتر نشانه‌های افسردگی وابسته است.

پالاس و گورزالکا<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۰) بر این باورند که اضطراب می‌تواند باعث اختلال در عملکرد جنسی زنان گردد. برزندان (۱۲) اشاره می‌کند که زنان تحت استرس، کم‌تر احساسات و تمایلات خود را بیان می‌کنند زیرا کورتیزول موجب جلوگیری از عملکرد اکسی توسین در مغز زنانه شده و مانع تمایل زنانه به روابط جنسی و فیزیکی می‌گردد. کاشدن<sup>۱۱</sup>، آدامز<sup>۱۲</sup>، ساووستیانوا<sup>۱۳</sup>، فرسیزیادی<sup>۱۴</sup>، ماکنایت<sup>۱۵</sup> و نزل<sup>۱۶</sup> (۱۳) با مطالعه بر روی ۱۵۰۰ نمونه مورد مطالعه دریافتند که رابطه بین اضطراب اجتماعی و روابط جنسی برای زنان منفی و برای مردان ناچیز است. آن‌ها اظهار کردند که افراد دارای اضطراب در مقایسه با افراد بدون اضطراب کژکاری عملکرد جنسی را تجربه می‌کنند. مککای<sup>۱۷</sup> (۴) با مطالعه بر روی ۱۵۷ مرد (۱۴ ناتوان و ۴۳ توانمند) و ۱۸۶ زن (۴ ناتوان و ۱۰۲ توانمند) نشان داد که اضطراب نقش مرکزی در گسترش یا حفظ کژکاری جنسی در بین زنان و مردان دارد. برادفورد و مستون<sup>۱۸</sup> (۵) تأثیر اضطراب حالت و صفت را بر برانگیختگی جنسی زنان در یک نمونه غیر بالینی مورد مطالعه قرار دادند، نتایج بررسی آنان یک ارتباط منحنی شکل بین اضطراب صفت و برانگیختگی جنسی را نشان داد. کلایتون و هامیلتون<sup>۱۹</sup> (۱۶) اظهار می‌کنند که مشکلات جنسی در هر مرحله از دوره پاسخ جنسی اتفاق می‌افتد و کیفیت زندگی بسیاری از زنان را تقلیل می‌دهد، آن‌ها پریشانی‌های روانی متعدد را نشانه کافی برای تشخیص مشکلات جنسی می‌دانند.

طبق بررسی ملی انجام شده در ایران، ۳۱/۵ درصد از زنان در سال ۱۳۸۴ دارای اختلال کارکرد جنسی بودند (۱۷). سلمانی (۱۸) اختلالات ارگاسمی را در زنان شهرستان کرج ۲۶/۵ درصد گزارش کرد. با توجه به مسائل فرهنگی که بسیاری از زنان تمایلی به صحبت در مورد مشکلات جنسی خود ندارد، لذا پیش بینی می‌شود که آمار به دست آمده بسیار کم‌تر از آمار واقعی باشد. بنابراین مشکلات جنسی به عنوان یک مشکل بهداشتی گسترده در زنان ایرانی نیز مطرح است.

اختلال عملکرد جنسی ممکن است تمام عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید، این اختلال می‌تواند فراگیر یا موقعیتی و کلی یا جزئی باشد (۵). اختلالات میل جنسی به دو گروه، اختلال کمبود میل جنسی و اختلال انزجار جنسی تقسیم می‌شود. که اختلال دسته دوم شایع‌تر است و در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود (۱).

علل زیستی کژکاری‌های جنسی می‌تواند ناشی از بیماری‌های دستگاه رگی مانند آرتروسکلروز، بیماری‌های تأثیر گذار بر دستگاه عصبی (مانند دیابت، اسکروز چندگانه، آسیب دیدگی نخاع شوکی، سطح پایین تستسترون یا استروژن، مصرف شدید الکل قبل از آمیزش و مصرف شدید سیگار) باشد (۶). وریت و وریت (۷) با مطالعه بر روی ۱۸۰ زن ۱۹ تا ۶۰ ساله، گزارش کردند که گروه یائسه در مقایسه با گروه پیش یائسه کژکاری عملکرد جنسی معنی داری نشان دادند.

برخی داروهای کنترل بارداری و آرام‌بخش‌ها می‌توانند سطح لیبیدو را کاهش دهند. از جمله عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی مانند پکسل<sup>۱</sup>، پروزاک و زولوفت<sup>۲</sup> نیز کاهش میل جنسی در زنان هست.

راندولف<sup>۳</sup>، گمبل<sup>۴</sup> و بوسمی<sup>۵</sup> (۸) در مطالعه خود بر اساس نظرسنجی از بانوان آمریکای لاتین گزارش کردند که بین تاریخچه خشونت و صمیمیت با همسر و تمایلات جنسی زنان رابطه قوی وجود دارد. لیدام<sup>۶</sup>، فلدمن<sup>۷</sup>، پروسی<sup>۸</sup> و زیدل<sup>۹</sup> (۹) در بخش تغذیه و دیابت مرکز طبی Lucc-usc لوس آنجلس گزارش کردند که کاهش عملکرد جنسی در زنان دیابتی بیش از مردان است و رابطه قوی بین اختلال عملکرد و افسردگی در زنان وجود دارد.

افسردگی از جمله شایع‌ترین مشکل روان‌شناختی است که میزان شیوع آن در بین زنان تقریباً دو برابر مردان است (۱۰). افسردگی از متغیرهای مورد بررسی در اختلال عملکرد جنسی است. آذر، ایرانپور و نوحی (۵) با مطالعه بر روی ۱۶۵ بیمار سرپایی مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی تفاوت معنی داری در اختلال‌های میل و ارگاسم بین گروه بیماران افسرده و گروه کنترل یافتند ( $t=1/21, P<0/001$ ). هارتمن (۱۱) اظهار می‌کند که درصد بالایی از زنان و مردان که از افسردگی خفیف تا شدید رنج می‌برند، کژکاری جنسی را تجربه می‌کنند و اگرچه این رابطه

10. Palace & Gorzalka

11. Kashdan

12. Adams

13. Savostyanova

14. Ferssizidis

15. Macknight

16. Nezelek

17. McCabe

18. Bradford & Meston

19. Clayton & Hamilton

1. Paxil

2. Prozac & Zolofit

3. Randolph

4. Gamble

5. Buscemi

6. Leedom

7. Feldman

8. Procci

9. Zeidler

ابتدا از طریق آلفای کرانباخ، تحلیل تأییدی، تحلیل اکتشافی شاخص‌ها و ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون‌ها محاسبه گردید، سپس برای تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آماری از جمله، میانگین، انحراف استاندارد، درصد فراوانی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری، استفاده شد.

#### ابزار اندازه‌گیری

۱- شاخص عملکرد جنسی زنان<sup>۳</sup>: این مقیاس توسط روزن و همکارانش (۲۰۰۰) تهیه شد و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی شد. این ابزار دارای ۱۹ سؤال است که عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه (میل<sup>۴</sup>، تحریک روانی<sup>۵</sup>، رطوبت<sup>۶</sup>، ارگاسم<sup>۷</sup>، رضایتمندی<sup>۸</sup> و درد جنسی<sup>۹</sup>) می‌سنجد. این مقیاس در ایران توسط محمدی، حیدری و فزاده (۲۱) هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل ۰/۷۰ و خرده مقیاس‌ها ۰/۸۰ گزارش کردند.

پاسخ دهندگان حداقل باید پایه پنجم ابتدایی داشته باشند در غیر این صورت پرسش‌نامه باید با کمک یک خانم متأهل یا روان درمانگر هم جنس تکمیل گردد. نقطه برش برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها به ترتیب عبارتند از: کل مقیاس ۲۸، میل ۳/۳، تحریک روانی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایتمندی ۳/۸، درد جنسی ۳/۸.

در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرانباخ برای نمره کل عملکرد جنسی زنان ۰/۹۵۰ به دست آمد و این ضریب برای زیر مقیاس میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۸۸، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۹۳، ۰/۹۰ محاسبه شد. در مطالعه حاضر با توجه به داشتن شرایط محاسبه (معنی‌دار شدن بارتلت و  $KMO=0/902$ ) تحلیل اکتشافی و تأییدی محاسبه گردید و شاخص‌ها  $GFI=0/78$ ،  $AGFI=0/70$ ،  $SMSEA=0/08$ ،  $CFI=0/87$  (برازندگی کامل مدل را نشان داد)

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا: این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لویندا ساخته شده، ۲۱ ماده دارد و هر آزمودنی به هر آیتیم به صورت هر گز (۰)، کم (۱)، زیاد (۲) و خیلی زیاد (۳) پاسخ می‌دهد. صاحبی، میر عبدالمهدی و سالاری (۲۲) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس را در یک نمونه‌ی هنجاری ۷۱۷ نفری به ترتیب: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و

زنان نیمی از جمعیت کشور ما را تشکیل می‌دهند، مشکلات جسمی و روانی ناشی از اختلالات جنسی می‌توانند بر عزت نفس (۱۹) و روابط بین فردی زنان صدمه زده و عامل بازدارنده در فعالیت‌های اجتماعی، شخصی و سازگاری زناشویی (۲۰) برای آنان باشد.

بنابراین با توجه به ماهیت تأثیر گذار اختلالات کارکرد جنسی زنان بر ابعاد مختلف زندگی آنان، از جمله روابط زناشویی، تشخیص علل و عوامل تأثیر گذار بر آن لازم و ضروری به نظر می‌رسد و مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط افسردگی، اضطراب و استرس و تعامل آن‌ها به عنوان پیش بینی کننده‌های مشترک اختلال عملکرد جنسی، طرح ریزی شده است. جهت دست یافتن به این اهداف فرضیه‌های زیر تدوین و مورد آزمون قرار گرفت.

#### فرضیه‌های پژوهش

بین افسردگی و اختلال عملکرد جنسی زنان ارتباط مستقیم وجود دارد.

بین اضطراب و اختلال عملکرد جنسی زنان ارتباط مستقیم وجود دارد.

بین میزان استرس و اختلال عملکرد جنسی زنان ارتباط مستقیم وجود دارد.

افسردگی، استرس و اضطراب می‌توانند اختلال عملکرد جنسی در زنان را به طور معنی‌داری پیش بینی کنند.

## مواد و روش کار

### جامعه آماری، نمونه، روش اجرای پژوهش

طرح کلی این پژوهش از منظر شیوه گرد آوری داده‌ها جزء مطالعات توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بانوان بیمار سرپایی مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی زنان و زایمان و همراهان آنان در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۰ بودند که ۳۳۰ نفر از آنان به شیوه کاملاً تصادفی به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند و به طور همزمان به دو آزمون شاخص عملکرد جنسی زنان و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۱</sup> لویندا<sup>۲</sup> پاسخ دادند. همچنین از آزمودنی‌ها سؤال شد که که تا کنون برای رفع مشکل جنسی اقداماتی انجام داده‌اند یا نه؟ تقریباً زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی هیچ اقدامی برای رفع مشکل خود انجام ندادند بودند.

کم‌ترین سن نمونه مورد مطالعه ۱۶ سال و بیشترین سن آن‌ها ۵۰ سال  $X=28/44$ ،  $SD=7/58$  بود که از مدت ازدواج آن‌ها یک تا ۳۲ سال  $X=7/68$ ،  $SD=7/51$  می‌گذشت.

<sup>3</sup>. Female sexual dysfunction index

<sup>4</sup>. Desire

<sup>5</sup>. Arousal

<sup>6</sup>. Lubrication

<sup>7</sup>. Orgasm

<sup>8</sup>. satisfaction

<sup>9</sup>. pain

<sup>1</sup>. Depression, Anxiety and Stress Scale

<sup>2</sup>. Lewinda

تأییدی محاسبه گردید و شاخص‌ها  $GFI=0/96$ ،  $AGFI=0/90$ ،  $SMSEA=0/09$  برازندگی کامل مدل را نشان داد.

استرس  $0/81$  در یک نمونه جمعیت عمومی ۴۰۰ نفری در شهر مشهد به ترتیب، افسردگی  $0/70$ ، اضطراب  $0/66$  و استرس  $0/76$  گزارش کردند.

### یافته‌ها

جدول شماره ۱ شاخص‌های مرکزی آزمودنی‌ها را در مورد نمره‌های عملکرد جنسی و زیر مقیاس‌های آن، افسردگی، اضطراب و استرس نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرانباخ برای نمونه مورد مطالعه در زیر مقیاس استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب  $0/73$ ،  $0/62$  و  $0/74$  به دست آمد. با توجه به داشتن شرایط محاسبه (معنی‌دار شدن بارتلت و  $KMO = 0/742$ ) تحلیل اکتشافی و

**جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار نمره‌های عملکرد جنسی و زیر مقیاس‌های آن، افسردگی، اضطراب و استرس (N=330)**

مؤلفه	عملکرد جنسی	میل جنسی	تحریک روانی	رطوبت	ارگاسم	رضایتمندی جنسی	درد جنسی	استرس	افسردگی	اضطراب
میانگین	۲۱/۱۵۵	۳/۵۲	۳/۵۷	۴/۰۲	۴/۲۱	۴/۶۸	۱/۱۲	۷/۱۳۶	۵/۴۵	۵/۵۴
انحراف معیار	۵/۵۷	۰/۵۲	۱/۲۹	۱/۴۲	۱/۳۹	۱/۲۸	۰/۷۷	۴/۱۴	۳/۹۵	۳/۷۶
بیشترین	۳۰/۴۰	۶	۶	۶	۶	۶	۳/۶۰	۲۰	۱۷	۱۷
کم‌ترین	۳/۱۰	۱/۲۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰

برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش، ضرایب همبستگی متغیرهای مورد پژوهش محاسبه شد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

**جدول شماره (۲): خلاصه نتایج میزان همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه (N=330)**

مؤلفه	عملکرد جنسی	میل جنسی	تحریک روانی	رطوبت	ارگاسم	رضایتمندی	درد جنسی
افسردگی	** -0/32	** -0/38	** -0/33	** -0/25	** -0/37	** -0/41	** -0/50
اضطراب	** -0/31	** -0/29	** -0/24	** -0/44	** -0/29	** -0/41	** -0/51
استرس	** -0/15	** -0/16	** -0/16	** -0/25	** -0/19	** -0/28	** -0/66

\*\*کم‌تر از 0/01

با توجه به جدول ۲ بین متغیرهای استرس، افسردگی و اضطراب با عملکرد جنسی و ۵ زیر مقیاس آن رابطه منفی و با زیر مقیاس درد جنسی رابطه مستقیم مثبت وجود دارند و این رابطه در تمام زیر مقیاس‌ها معنی‌دار است.

برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه شماره چهار پژوهش، مبنی بر بررسی توان پیش بینی کژکاری عملکرد جنسی توسط متغیرهای پیش بینی کننده افسردگی، اضطراب و استرس از آزمون رگرسیون چند متغیره با روش هم زمان استفاده شد، نتایج حاصل در جدول ۳ خلاصه شده است.

**جدول شماره (۳): خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری متغیرهای مورد پژوهش بر عملکرد جنسی**

مدل	SS	df	MS	F	P	R	R2	SE
همزمان رگرسیون	۱۸۹۵/۲۹۷	۳	۶۳۱/۷۶۶	۲۱/۲۹۱	۰/۰۰۰	۰/۴۸۷	۰/۲۳۷	۴/۳۸۰
باقیمانده	۷۹۹۷/۳۹۳	۳۲۱	۱۹/۱۸۹					

**جدول شماره (۴):** نتایج تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره برای یک مجموعه پیش بینی کننده

متغیر پیش بین	B	SE	Beta	T	P
نمره افسردگی	-.۴۷۲	۰/۰۸۰	-.۳۷۷	-۱۵۲/۸۸	۰/۰۰۰
نمره اضطراب	-.۵۱۰	۰/۰۸۲	-.۳۸۸	-۶/۲۲۸	۰/۰۰۰
نمره استرس	۰/۳۵۲	۰/۰۸۶	۰/۲۹۲	۴/۰۸۹	۰/۰۰۰

که عوامل دیگری نیز در پیش بینی کژکاری عملکرد جنسی نقش دارند که در این مطالعه بررسی نشده است.

جهت بررسی رابطه دو سویه کژکارکردی جنسی با افسردگی و اضطراب، رگرسیون چند متغیری بین متغیرهای پیش گفته با زیر مقیاس‌های عملکرد جنسی بررسی شد. نتایج نشان داد که از شش زیر مقیاس عملکرد جنسی تنها درد جنسی ( $t=۸/۹۹, p=۰/۰۰۰$ ) می‌تواند افسردگی را پیش بینی کند و نیز رطوبت ( $p=۰/۰۰۰$ )،  $t=-۴/۰۲۴$  و رضایت ( $p=۰/۰۰۰, t=-۳/۰۹$ ) و درد جنسی ( $p=۰/۰۰۰, t=۶/۷۷$ ) پیش بینی کننده اضطراب می‌باشند.

جدول شماره ۵ عملکرد آزمودنی‌ها را در زیر مقیاس‌های شاخص عملکرد جنسی زنان نشان می‌دهد. نمرات بالای نقطه برش نشان دهنده عملکرد خوب است.

**جدول شماره (۵):** نمایش عملکرد آزمودنی‌ها با توجه به نقطه برش آزمون برای هر یک از زیر مقیاس‌ها

عملکرد در آزمون زیر مقیاس	میل جنسی	تحریک روانی	رطوبت	ارگاسم	رضایتمندی	درد جنسی
بالای نقطه برش	۸۷	۷۵	۱۰۲	۱۰۴	۱۰۰	۶۸
درصد افراد بالای نقطه برش	۶۶/۹	۵۷/۷	۷۵/۵	۸۰/۰	۷۶/۹	۵۲/۳
پایین نقطه برش	۴۳	۵۵	۲۸	۲۶	۳۰	۶۲
درصد افراد پایین نقطه برش	۳۳/۱	۴۲/۳	۲۱/۵	۲۰/۰	۲۳/۱	۴۷/۷

و ۲۳ درصد افراد از روابط زناشویی خود رضایت نداشتند. یافته دیگر مطالعه حاضر ارتباط بین میزان تمایلات جنسی و مشکلات جنسی بود (جدول ۶).

از آنجایی که تمامی متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک ارتباط دارد و با توجه به نتایج جدول ( $P=۰/۰۰۰, R^2=۳۱/۲۹$ ) و  $F_{3, ۳۲۱}$  ترکیب خطی به طور معنی‌داری با کژکاری عملکرد جنسی مرتبط بود. ضریب همبستگی چندگانه نمونه تقریباً برابر با  $۰/۴۸۷$  نشان می‌دهد که تقریباً ۲۴ درصد از واریانس کژکاری عملکرد جنسی با ترکیب خطی متغیرهای پیش بین توضیح داده می‌شود، ( $R=۰/۴۸۷$  و  $R^2=۰/۲۳۷$ ) مجذور  $R$ ). جدول شماره ۴ توانایی نسبی هر پیش بینی کننده را نشان می‌دهد که در هر سه شاخص معنی‌دار است. بر اساس این تحلیل می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی قوی‌ترین پیش بینی کننده کژکاری عملکرد جنسی در گروه نمونه است. تبیین ۲۴ درصد واریانس کژکاری عملکرد جنسی توسط افسردگی، اضطراب و استرس نشان دهنده آن است

نتایج تحقیق نشان داد که ۹۷ نفر نمره کم‌تر از ۲۸ (نقطه برش) به دست آوردند یعنی ۷۴/۶ درصد از نمونه‌های مورد مطالعه دارای مشکلات مختلف در روابط جنسی خود بودند، مهم‌ترین این یافته‌ها شامل مقابرت دردناک ( $۴۷/۷$ ) و تحریک روانی ( $۴۲/۳$ ) بود

**جدول شماره (۶):** ارتباط بین میزان میل و رضایتمندی جنسی با مشکلات جنسی در نمونه مورد مطالعه

متغیرها	میل جنسی	تحریک روانی	رطوبت	ارگاسم	رضایتمندی	درد
ضریب همبستگی						
میل جنسی	۰/۷۴**	-	۰/۶۷**	۰/۵۹**	۰/۶۸**	۰/۱۹*
رضایتمندی	۰/۱۸۷**	۰/۱۶۶**	۰/۷۳**	۰/۷۳**	۰/۸۰**	۰/۳۶**

بین رضایت از روابط جنسی و میل جنسی با اختلال عملکرد جنسی نیز نتایج آماری نشان دهنده وجود ارتباط معنی‌دار بود.

## بحث و نتیجه گیری

عملکرد جنسی بسیار پیچیده بوده و تحت تأثیر عوامل متعدد از جمله شرایط زندگی فرد، روابط بین فردی او و شرایط فرهنگی قرار دارد. همراه با تغییرات فرهنگی در مورد موضوع عملکرد جنسی پژوهش‌های علمی در مورد فیزیولوژی و اختلالات کنشی جنسی نیز وسعت یافته است (۱). در مطالعه حاضر سعی شد عملکرد جنسی زنان و عوامل مرتبط با آن در بانوان شهرستان ارومیه بررسی شود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد افسردگی و اضطراب قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده اختلال عملکرد جنسی زنان بود و زیر مقیاس‌های درد جنسی، رضایت و رطوبت پیش‌بینی‌کننده اضطراب و درد جنسی پیش‌بینی‌کننده افسردگی بود. این یافته با نتایج هارتمن (۱۱) که بر رابطه دوسویه بین افسردگی و اختلال عملکرد جنسی تأکید داشت، همسو است.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه پالاس و گورزالکا (به نقل از آذر و همکاران، ۵) همسو می‌باشد و نیز نتایج کاشدن و همکاران (۱۳)، مککابی (۱۴) که با مطالعه روی ۱۵۷ نفر نقش اضطراب را در گسترش و نگهداری اختلال عملکرد جنسی اساسی دانست، و برادفورد و مستون (۱۵) که به ارتباط اضطراب صفت و برانگیختگی جنسی اشاره کردند. همچنین اظهارات برزندان (۱۲) را نیز تأیید می‌کند.

این نکته حائز اهمیت است که ۷۴/۶ درصد زنان مورد مطالعه به نوعی از مشکلات جنسی رنج می‌بردند، ولی تقریباً زنان مبتلا به

اختلال عملکرد جنسی هیچ اقدامی برای رفع مشکل خود انجام نداده بودند. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بین عملکرد جنسی با رضایتمندی جنسی (۰/۸۷) و میل جنسی (۰/۷۴) همبستگی بالایی دارد. یافته دیگر پژوهش نشان داد که یک رابطه دو سویه کژکارکردی جنسی با افسردگی و اضطراب وجود دارد. از آنجایی که رضایتمندی جنسی بر رضایت از زندگی زناشویی (۲۰) تأثیر می‌گذارد. بنابراین اهمیت فراهم کردن اطلاعات لازم در چهارچوب ارزش‌های فرهنگی و خانوادگی برای زنان و دختران در شرف ازدواج آشکار می‌گردد.

در مورد محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت که این تحقیق صرفاً در شهرستان ارومیه اجرا شد. عدم همکاری در پرس کردن پرسش‌نامه از مشکلات دیگر مطالعه حاضر بود. خجالت از صحبت کردن در باره مسائل جنسی موجب می‌شد که بسیاری از بانوان از قبول همکاری در پاسخ دادن به سؤالات پرسش‌نامه، خودداری کنند. مشکلات دسترسی به منابع موجود از طریق اینترنت از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر بود. علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده، با عنایت به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود که با توجه به این مسئله که افراد متأهل، رفتارها و الگوهای جنسی متعددی دارند، می‌توان با آموزش زوجین، افزایش بهداشت جنسی زنان به آن‌ها کمک کرد تا در پی رفع این اختلال قدم بر دارند. می‌توان پیشنهاد کرد که در جلسات درمان به وضعیت روحی زنان از جمله به اضطراب‌ها و افسردگی آنان توجه شود.

## References:

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, PA, Lippincott: Williams & Wilkins; 2007.
2. Bluryan Z, Gangelu G. Sexual dysfunction and some related factors in women referred to health centers Sabzevar. J Reprod Fert 2007; 8(2): 163-170. (Persian)
3. Rowland DL, Slop AK. Understanding and diagnosing sexual dysfunction: recent progress through psychophysiological and psychophysical methods. J Neurosci Biobehav Rev 1995;19(2): 201-9.
4. Kring MA, Davison GC, Neals JM, Johnson SL. Abnormal psychology. 10<sup>th</sup> Ed. New York: Wiley. 2007.
5. Azar M, Iranpur H, Noohy S. Female sexual dysfunction and mental status of females. J Think Behav 2003; 9(2): 2-29 (Persian)
6. Bach AK, Wincze JP, Barlow DH. Sexual dysfunction. In: Barlow DH, Editor. Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford; 2001. P.562-608.
7. Verit FF, Verit A. Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. J Maturitas 2009; 64: 38-42.
8. Randolph ME, Gamble HL, Buscemi J. The influence of trauma history and relationship power

- on latinás' sexual risk for HIV/STIs. *Int J Sex Health* 2011; 3(2): 11-119.
9. Leedom L, Feldman M, Procci W, Zeidler A. Symptoms of sexual dysfunction and depression in diabetic women. *J Diabet Comp* 1991; 5 (1):38-41.
  10. Hawton, K Silkovskis, Paul M Keith Hawton. Cognitive behavioral therapy, practical help in the treatment of mental disorders. Oxford University Press, USA; Location: Oxford; 2002.
  11. Hurtman U. Depression and sexual dysfunction. *J Men's health and gender*. 2007; 4(1): 18-25.
  12. Brizendine L. Female brain. The female brain. New York: Broadway Books; 2006.
  13. Kashdan TB, Adams L, Savostyanova A, Ferssizidis P, Macknight PE, Nezlek 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): 352-60.
  14. McCabe M. The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *J Stress Manag* 2005;12(4): 379-88.
  15. Bradford A, Meston CM. The impact of anxiety on sexual arousal in women. *J Behav Res Theory* 2006; 44(8):1067-77.
  16. Clayton AH, Hamilton DV. Female sexual dysfunction. *J Obstetr Gynecol Clin North Am* 2009; 36(4): 861-76.
  17. Meston CM. Female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2003; 29:39-46.
  18. Salmane Z. Female and orgasm. Proceedings of the 5<sup>th</sup> congress on family and sexual health. Tehran: Shahed University; 2011. (Persian)
  19. Ramazanee M, Dolateyan M, Shams G, Alavee M. Self-esteem, sexual dysfunction and satisfaction in women. Proceedings of the 5<sup>th</sup> Congress on Family and Sexual Health. Tehran: Shahed University; 2011. P. 13 (Persian)
  20. Korbany A, Saadatmand S, Sepehrian F. The relationship between sexual functioning and marital adjustment among women. Proceedings of the 5<sup>th</sup> congress on family and sexual health. Tehran: Shahed University; 2011. P. 69. (Persian)
  21. Mohammady KH, Heydary M, Fgehzadeh S. Validity of the Persian version of sexual function in women as female sexual function index. *J Payesh* 2008; 7(3): 269-78. (Persian)
  22. Van J, Park S, Jones P. Neuroticism, life events and mental health. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 72-7.
  23. Kaplan H, Sadock BJ. Sexual disorders and psychiatric conditions. In: Kaplan HI, Sadock BJ. In: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Williams, Wilkins; 2000. (Persian)