

میزان شیوع اختلالات عملکرد جنسی و عوامل روانی مرتبط در زنان سبزوار

اعظم برآبادی^۱، ژیلایا آگاه^۲، مریم قسامی^۳، زهرا رحیمی^۴، رحیم اکرمی^{۵*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تحقیقات بالینی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۲. استادیار گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، سوپروایزر آموزشی بیمارستان واسعی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۵. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۶/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۲۰

اهداف: اختلال عملکرد جنسی زنان بر اثر دامنه‌ای از عوامل متفاوت به وجود می‌آید. هدف مطالعه حاضر، بررسی شیوع اختلالات جنسی زنان و عوامل روانی مرتبط با آن است.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی روی ۳۲۲ زن شهر سبزوار در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه‌گیری به روش احتمالی و از نوع طبقه‌ای بود. گردآوری داده‌ها به صورت خودگزارش دهی انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش مقیاس عملکرد جنسی زنان (FSFI) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس بود. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار Stata 12 و روش‌های آمار توصیفی و مدل رگرسیون لجستیک تحلیل شد.

یافته‌ها: بیشتر افراد مورد مطالعه ۱۸۶ نفر و در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بودند. میانگین سن افراد ۲۹/۶۴ و انحراف معیار ۶/۶۰ بود. شیوع اختلال عملکرد جنسی در ۱۲۷ نفر ۴۰/۱۹ درصد برآورد شده است. بیشترین کمترین شیوع اختلال به ترتیب در زیرمقیاس‌های میل جنسی ۴۶/۷۳ درصد و نارضایتی جنسی ۸/۱۸ درصد است. شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مورد مطالعه به ترتیب ۴۸/۹، ۶۰/۶۳ و ۵۴/۶۶ درصد است. عملکرد جنسی با متغیر استرس با نسبت شانس تطبیق داده شده ۲/۰۱ فاصله اطمینان ۱/۰۴-۳/۱۸ و متغیر افسردگی با نسبت شانس‌های تطبیق داده شده بالاتر از ۲ در زیرگروه‌های مختلف رابطه معناداری دارد.

نتیجه‌گیری: اضطراب و افسردگی عامل تأثیرگذاری بر اختلالات عملکرد جنسی زنان است. بنابراین، در درمان اختلالات عملکرد جنسی بهتر است به این متغیرها توجه بیشتری شود.

کلیدواژه‌ها:

اختلالات عملکرد جنسی، اضطراب، افسردگی.

مقدمه

اختلالات روانی (DSM-5)). اختلالات عملکرد جنسی مشکل رایجی در بین زنان است. میزان شیوع آن در مطالعات مختلف از ۶۳ درصد تا ۱۲ درصد گزارش شده است [۱، ۲]. مطالعات انجام شده در ایران نیز به طور متوسط شیوع

اختلالات جنسی در زنان شامل اختلال میل جنسی، برانگیختگی، اختلال ارگاسم، اختلال درد ناحیه تناسلی ناشی از دخول است (پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری

* نویسنده مسئول: رحیم اکرمی

نشانی: سبزوار. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

تلفن: ۰۹۱۲۴۷۰۵۳۰۲، ۰۵۱۴۴۲۶۴۴۶۲، دورنگار: ????

رایانه: akrami.rahim@gmail.com

شناسه ORCID: ???

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۵، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۷، ص ۱۰۹-۱۰۱.

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

متأهل و معیارهای خروج عبارت است از افراد منوپوز، افراد با عمل کلیورافی و هیستریکتومی، و افراد در دوران عقد. محققان این مطالعه بعد از دادن توضیحات در مورد هدف پژوهش و کسب رضایت از افراد مورد مطالعه پرسشنامه‌ها را برای پاسخگویی در اختیار آن‌ها قرار دادند.

به منظور گردآوری اطلاعات از دو پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی زنان (FSFI) و مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی (DASS) استفاده شد. مقیاس عملکرد جنسی زنان (FSFI) را روزن و همکاران [۱۰] در ارزیابی ابعاد اصلی عملکرد جنسی زنان ساخته‌اند و زنان دچار ناکارآمدی جنسی را از زنان دارای عملکرد جنسی بهنجار جدا می‌کند. FSFI دارای نوزده عبارت است و عملکرد جنسی را طی چهار هفته گذشته در گستره‌های میل جنسی، برانگیختگی، لیزشدگی، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه را محمدی و همکاران در ایران هنجاریابی کردند [۱۱]. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۷۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۰ گزارش شد. نقطه برش برای کل مقیاس ۲۸، میل جنسی ۳/۳، برانگیختگی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایت‌مندی ۳/۸ و درد جنسی ۳/۸ است.

فرم کوتاه مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس از ۲۱ عبارت مرتبط با علایم عواطف منفی تشکیل شده است [۱۲]. آزمودنی باید فراوانی علامت مطرح‌شده در عبارت مذکور را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است با استفاده از مقیاسی چهار درجه‌ای (بین ۰ تا ۳) درجه‌بندی کند. در مطالعه‌ای با جمعیت عمومی، ضرایب همسانی درونی سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش شد [۱۳].

در آنالیز داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی) مناسب استفاده شد. در آنالیزهای تحلیلی متغیر وابسته وضعیت عملکرد جنسی بود که با نقطه برش نمره ۲۸ به دو گروه دارای اختلال و بدون اختلال تقسیم شده است. متغیرهای مستقل مهم اضطراب، استرس و افسردگی بود. در آنالیزهای تحلیلی از مدل‌های رگرسیونی (لجستیک تطبیق‌داده‌شده) استفاده شد. برای تحلیل داده‌های این پژوهش نرم‌افزار Stata ۱۲ به کار گرفته شد. سطح معناداری در همه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مطالعه ۲۹/۶۴ و انحراف استاندارد ۶/۶۰ و دامنه سنی ۱۷ تا ۵۴ سال بود.

بین ۳۰ تا ۸۰ درصد را گزارش کرده‌اند [۴،۳]. در مطالعه‌ای در کرج، ارومیه و سبزوار، میزان شیوع اختلالات جنسی به ترتیب ۶۳/۲ درصد، ۷۴/۶ درصد و ۹۸/۵ درصد گزارش شد. احتمالاً دلیل برآورد شیوع بالا در این مطالعات نمونه‌گیری غیراحتمالی و ابزار نامعتبر است [۳،۷،۹].

در میان عواطف منفی، به نظر می‌رسد اضطراب و افسردگی نقش مهمی در اختلالات عملکرد جنسی بازی می‌کند. زنان تحت استرس کمتر احساسات و تمایلات خود را بیان می‌کنند [۵]. افراد افسرده نیز عموماً تعلق خاطر خود را نسبت به زندگی، شغل و سایر فعالیت‌هایی که قبلاً برایشان لذت‌بخش بوده از دست می‌دهند که فعالیت جنسی از جمله آن‌هاست [۶]. در اکثر مطالعاتی که در ایران انجام شده ارتباط معناداری بین اضطراب، استرس و افسردگی با اختلالات عملکرد جنسی مشاهده شده است.

در مطالعه‌ای در شهرستان ارومیه روی اختلالات عملکرد جنسی و عوامل روانی مرتبط با آن، بین اختلالات عملکرد جنسی و اضطراب، استرس و افسردگی در سطح $P=0/00$ ارتباط معناداری دیده شد [۷]. همچنین، در مطالعه‌ای در بررسی عملکرد جنسی و ارتباط آن با افسردگی در شهر ساری، بین اختلال عملکرد جنسی و افسردگی در سطح $P=0/01$ ارتباط معناداری دیده شد [۸].

با توجه به ماهیت تأثیرگذار اختلالات کارکرد جنسی زنان بر ابعاد روانی آن‌ها و با توجه به خلأ ناشی از انجام مطالعه‌ای معتبر در برآورد شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان سبزوار، محققان این مطالعه قصد دارند با استفاده از ابزار معتبر و نمونه‌گیری مناسب میزان شیوع اختلالات عملکرد جنسی و شدت عوامل روانی مرتبط شامل اضطراب، استرس و افسردگی را در زنان شهرستان سبزوار مطالعه کنند.

مواد و روش‌شناسی

این پژوهش به صورت مقطعی (توصیفی-تحلیلی) با حجم نمونه ۳۲۲ نفر از زنان مراجعه‌کننده به تمامی مراکز بهداشتی-درمانی شهر سبزوار در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. کل شهر سبزوار تحت پوشش شش مرکز است. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای از این شش مرکز شهر متناسب با جمعیت تحت پوشش انجام شد. افراد مراجعه‌کننده به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای در هر مرکز وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه عبارت بود از افراد مؤنث بین ۱۵ تا ۵۵ سال و داده‌های این بخش حاصل ره‌ایش کوانتایی میانجی عصبی گابا A از پایانه‌های پیش‌سیناپسی در شرایط پایه یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سنی زنان نمونه مورد

جدول ۱. مشخصات دموگرافیکی افراد تحت مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
سن (سال)		
کمتر از ۲۰	۱۹	۵/۹۰
۲۰ تا ۳۰	۱۸۶	۵۷/۷۶
کمتر از ۳۰	۱۱۷	۳۶/۳۴
درآمد (هزار تومان)		
زیر ۵۰۰	۶۹	۲۱/۶۰
۱۰۰۰ تا ۵۰۰	۱۲۹	۴۰/۱۹
۱۵۰۰ تا ۱۰۰۰	۵۴	۱۶/۸۲
کمتر از ۱۵۰۰	۶۹	۲۱/۵۰
تحصیلات		
زیر دیپلم	۱۸۶	۵۷/۷۶
بالای دیپلم	۱۳۶	۲۴/۴۲
شغل		
خانه‌دار	۲۱۱	۶۵/۵۳
کارمند دولتی	۷۹	۲۴/۵۳
کارمند شرکت خصوصی	۲۰	۹۶/۲۷
شغل آزاد	۱۲	۳/۷۳
نوع زایمان		
بدون بچه	۷۲	۲۲/۸
طبیعی	۱۴۷	۴۵/۶۵
سزارین	۱۰۱	۳۱/۳۷
هر دو نوع زایمان	۲	۰/۹
تعداد بچه		
بدون بچه	۷۲	۲۲/۳۶
یک عدد	۱۵۰	۴۶/۵۸
کدو عدد	۱۰۰	۳۱/۶۰

بیشترین افراد نمونه در گروه سنی ۲۰-۳۰ (۵۷/۷۶ درصد)، دارای درآمد ۵۰۰ هزار تومان تا ۱ میلیون تومان (۴۰/۶۰ درصد)، تحصیلات دیپلم (۳۶/۹۶ درصد)، شغل خانه‌داری (۶۵/۵۳ درصد)، دارای زایمان طبیعی (۴۵/۶۵ درصد) و تک‌فرزندی (۴۶/۵۸ درصد) است (جدول ۱).

شیوع اختلال در عملکرد جنسی در جمعیت مورد مطالعه ۴۰ درصد بود، به طوری که شیوع اختلال در هر کدام از زیرمقیاس‌ها به ترتیب میل جنسی ۴۶/۷۳، برانگیختگی ۴۲/۳۷، رطوبت ۲۳/۶۸، ارگاسم ۲۵/۸۶، رضایت ۸/۱۸ و درد جنسی ۴۲/۸۶ است. از طرفی، شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مورد مطالعه به ترتیب ۴۸/۹، ۶۰/۶۳ و ۵۴/۶۶ است.

جدول ۲. مقایسه ارتباط متغیرهای دموگرافیکی و عملکرد جنسی

متغیر	اختلال عملکرد جنسی (فراوانی، درصد)		نسبت شانس خام (فاصله اطمینان)
	ندارد	دارد	
سن			
کمتر از ۲۰	(۵۷/۸۹)۱۱	(۴۲/۱۱)۸	-
۲۰ تا ۳۰	(۵۷/۶۹)۱۰۵	(۴۲/۳۱)۷۷	۱. (۰/۳۸-۲/۶۲)

۰/۷۹ (۰/۲۹-۲/۱۲)	۰/۶	(۶۳/۴۸)۷۳	(۵۲/۳۶)۴۲	بیش از ۳۰
				درآمد (هزار تومان)
-	-	(۵۹/۷۰)۴۰	(۴۰/۳۰)۲۷	زیر ۵۰۰
۰/۹۸ (۰/۵۳-۱/۷۹)	۰/۹	(۶۰/۱۶)۷۷	(۳۹/۸۴)۵۱	۱۰۰۰ تا ۵۰۰
۱/۴۲ (۰/۶۸-۲/۹۶)	۰/۳	(۵۰/۹۸)۲۶	(۴۹/۰۲)۲۵	۱۵۰۰ تا ۱۰۰۰
۰/۷۹ (۰/۳۹-۱/۵۸)	۰/۵	(۶۲/۲۲)۴۵	(۳۴/۷۸)۲۴	بیش از ۱۵۰۰
				مقطع تحصیلی
		(۵۸/۷۹)۱۰۷	(۴۲/۲۱)۷۵	زیر دیپلم
۰/۹۰ (۰/۵۷-۱/۴۲)	۰/۶	(۶۱/۱۹)۸۲	(۳۸/۸۱)۵۲	بالای دیپلم
				شغل
-		(۵۵/۳۴)۱۱۴	(۴۴/۶۶)۹۲	خانه‌دار
۰/۵۰ (۲/۲۹-۰/۸۸)	۰/۱	(۶۰/۸۹)۶۶	(۲۹/۱۱)۲۳	کارمند دولتی
۰/۷۲ (۰/۲۷-۱/۱۹)	۰/۵	(۶۳/۱۶)۱۲	(۳۶/۸۴)۷	کارمند شرکت خصوصی
۰/۸۸ (۰/۳۷-۲/۸۸)	۰/۸	(۵۸/۳۳)۷	(۴۱/۶۷)۵	شغل آزاد
				نوع زایمان
۰/۹۸ (۰/۵۴-۱/۷۶)	۰/۹	(۶۰/۰۰)۴۲	(۴۰/۰۰)۲۸	بدون بچه
۱/۰۶ (۰/۵۶-۱/۹۷)	۰/۸	(۶۰/۴۲)۸۷	(۳۹/۵۸)۵۷	طبیعی
۰/۷۵ (۰/۶۴-۸/۶۷)	۰/۸	(۵۹/۵۸)۵۸	(۴۱/۴۱)۴۱	سزارین
				تعداد بچه
	-	(۵۹/۱۶)۴۲	(۴۰/۸۶)۲۹	بدون بچه
۱/۰۲ (۰/۵۷-۱/۸۲)	۰/۹	(۵۸/۵۰)۸۶	(۴۱/۵۰)۶۱	یک عدد
۰/۸۷ (۰/۴۷-۱/۶۴)	۰/۶	(۶۲/۲۴)۶۱	(۳۷/۷۶)۳۷	بیش از دو عدد

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اختلال در عملکرد جنسی با هیچ‌یک از متغیرهای دموگرافیکی رابطه معناداری ندارد.

جدول ۳. مقایسه ارتباط بین عوامل روانی (افسردگی، استرس، اضطراب) و عملکرد جنسی

متغیر	اختلال عملکرد جنسی (فراوانی، درصد)		p-Value	نسبت شانس خام (فاصله اطمینان)	نسبت شانس تطبیق داده شده (فاصله اطمینان)
	ندارد	دارد			
افسردگی					
۰-۹ عادی	۹۹ (۶۹/۲۳)	۴۴ (۲۰/۷۷)		-	
۱۰-۱۳ خفیف	۳۳ (۷۱/۷۴)	۱۳ (۲۸/۲۶)	۰/۷	۰/۸۸ (۰/۴۲-۱/۱۸)	۰/۰۸۲ (۰/۳۸-۱/۷۷)
۱۴-۲۰ متوسط	۳۵ (۵۰/۰)	۳۶ (۵۰/۰)	۰/۰۰۷	۲/۲۵ (۱/۲-۴/۰۵)	۲/۲۳ (۱/۲۰-۴/۱۲)
۲۱-۲۷ شدید	۱۶ (۴۳/۲۴)	۲۱ (۵۶/۷۶)	۰/۰۰۴	۲/۹۵ (۱/۴۰-۶/۱)	۲/۹۸ (۱/۳۸-۶/۴۵)
>۲۸ بسیار شدید	۶ (۳۰/۰)	۱۴ (۷۰/۰)	۰/۰۰۱	۵/۲۵ (۱/۸-۱۴/۵)	۵/۹۸ (۲/۰۵-۱۷/۴۱)
استرس					
۰-۱۴ عادی	۱۰۰ (۶۲/۸۹)	۵۹ (۳۷/۱۱)		-	
۱۵-۱۸ خفیف	۲۳ (۴۵/۱۰)	۲۳ (۵۴/۹۰)	۰/۰۲	۲/۰۶ (۱/۰۸-۳/۹)	۲/۰۱ (۱/۰۴-۳/۱۸)
۱۹-۲۵ متوسط	۳۶ (۶۶/۴۵)	۱۹ (۳۴/۵۵)	۰/۷	۰/۸۹ (۰/۴۷-۱/۷)	۰/۸ (۰/۴۱-۱/۵۵)
۲۶-۳۳ شدید	۲۲ (۶۲/۸۶)	۱۳ (۳۷/۱۴)	۰/۹	۱/۰۰۱ (۰/۴۶-۲/۱۳)	۰/۹۲ (۰/۴۲-۲/۰۱)
>۳۴ بسیار شدید	۵ (۳۸/۴۶)	۸ (۶۱/۵۴)	۰/۹۰	۲/۷۱ (۰/۸۴-۸/۶۷)	۲/۷۱ (۰/۸۱-۹/۰۵)
اضطراب					
۰-۷ عادی	۸۵ (۶۸/۵۵)	۳۹ (۳۱/۴۵)			
۸-۹ خفیف	۱۶ (۵۹/۲۶)	۱۱ (۴۰/۷۴)	۰/۳	۱/۴۹ (۰/۶۳-۳/۵۲)	۱/۲۵ (۰/۵۲-۳/۲۰)
۱۰-۱۴ متوسط	۳۵ (۵۳/۰۳)	۳۱ (۴۶/۹۷)	۰/۳۰	۱/۹۳ (۱/۰۴-۳/۵۶)	۱/۹۵ (۱/۰۴-۳/۶۸)
۱۵-۱۹ شدید	۲۲ (۶۲/۸۶)	۱۳ (۳۷/۱۴)	۰/۵	۱/۲۸ (۰/۵۸-۲/۸۱)	۱/۱۸ (۰/۵۲-۲/۶۷)
>۲۰ بسیار شدید	۳۰ (۴۷/۶۲)	۳۳ (۵۲/۳۸)	۰/۶۰	۲/۳۹ (۱/۲۸-۴/۴)	۲/۲۰ (۱/۱۵-۴/۲۰)

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، اختلال در عملکرد جنسی با افسردگی، اضطراب و استرس در سطح ۰/۰۵ رابطه معناداری دارد. بیشترین میزان ارتباط نیز بین اختلالات جنسی و افسردگی مشاهده شد.

جدول ۴. ارتباط زیرمقیاس های عملکرد جنسی و عوامل روانی (افسردگی، اضطراب و استرس)

زیرمقیاس ها	متغیر	معناداری	نسبت شانس	متغیر	معنی داری	نسبت شانس	متغیر	معناداری	نسبت شانس
-------------	-------	----------	-----------	-------	-----------	-----------	-------	----------	-----------

خام (فاصله اطمینان)			خام (فاصله اطمینان)		خام (فاصله اطمینان)				
۱/۰۵ (۱/۰۲-۱/۰۷)	۰/۰۰	استر س	۱/۰۵ (۱/۰۲-۱/۰۸)	۰/۰۰	اضطراب	۱/۰۶ (۱/۰۳-۱/۰۸)	۰/۰۰	افسردگی	میل
۱/۰۱ (۰/۰۹-۱/۰۴)	۰/۱۹		۱/۰۲ (۱/۰۰-۰۵۰۱)	۰/۰۳		۱/۰۵ (۱/۰۲-۱/۰۸)	۰/۰۰		برانگیختگی
۱/۰۴ (۱/۰۰-۱/۰۹)	۰/۰۲		۱/۰۴ (۱/۰۰-۱/۰۹)	۰/۰۲		۱/۰۵ (۱/۰۱-۱/۱۰)	۰/۰۰۷		رضایت
۱/۰۰ (۰/۹۸-۱/۰۳)	۰/۴۹		۱/۰۲ (۰/۹۹-۱/۰۵)	۰/۰۹		۱/۰۳ (۱/۰۱-۱/۰۶)	۰/۰۰۷		رطوبت
۱/۰۲ (۰/۹۹-۱/۰۵)	۰/۰۶		۱/۰۳ (۱/۰۰-۱/۰۶)	۰/۰۱		۱/۰۶ (۱/۰۳-۱/۰۹)	۰/۰۰		ارگاسم
۱/۰۱ (۰/۹۹-۱/۰۴)	۰/۱۴		۱/۰۳ (۱/۰۰-۱/۰۵)	۰/۰۲		۱/۰۳ (۱/۰۱-۱/۰۶)	۰/۰۰۴		درد

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تمامی زیرمقیاس‌های عملکرد جنسی با اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری دارد. اما فقط زیرمقیاس میل جنسی، رضایت جنسی و ارگاسم با استرس رابطه معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

مقاربت دردناک دومین اختلال شایع زنان مطالعه حاضر بود. این یافته همسو با مطالعه سپهریان [۲۷] و روهینا [۲۳] است. میزان شیوع مقاربت دردناک در این مطالعات به ترتیب ۴۷/۷ و ۳۷/۱ درصد گزارش شد. اما، در مطالعه چین جیهوا [۱۵] و بهرامی [۶] میزان شیوع مقاربت دردناک به ترتیب ۲۱/۸ و ۵/۲۳ درصد بود.

اختلال در برانگیختگی سومین اختلال شایع در زنان مطالعه حاضر و همسو با مطالعه سپهریان [۱۷]، روهینا [۱۶] و مزده [۳] است. در این مطالعات، میزان شیوع اختلال در برانگیختگی به ترتیب ۴۲/۳، ۳۵ و ۳۶ گزارش شد. شاید عواملی چون تصور گناه‌بودن فعالیت جنسی، شرم‌وحیا، نزدیکی دردناک و سابقه سوءاستفاده جنسی، افسردگی و اضطراب از مواردی باشد که در کاهش برانگیختگی و میل جنسی در زنان دخالت داشته باشد. از سویی دیگر، به‌نظر می‌رسد شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان بالاست. اما تفاوت مشاهده شده در میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان در بین مقالات مختلف ممکن است ناشی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعه مورد بررسی، ابزار مورد استفاده و شرم‌وحیای زنان مورد مطالعه در بیان مشکلات جنسی باشد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین متغیرهای دموگرافیکی و عملکرد جنسی رابطه معناداری وجود ندارد، در صورتی که یافته‌های مطالعات فراوانی نشان داده است که بین

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر شیوع اختلال در عملکرد جنسی در گروه نمونه ۴۰ درصد است، به‌طوری که بیشترین شیوع اختلال در زیرمقیاس میل جنسی و کمترین شیوع اختلال در زیرمقیاس رضایت‌مندی جنسی مشاهده شد. در بررسی‌های تحلیلی بین اضطراب و افسردگی با تمام زیرمقیاس‌های عملکرد جنسی رابطه معناداری مشاهده شد. میزان شیوع در این مطالعه تقریباً شبیه به مطالعاتی است که ژانگ در سال ۲۰۱۱ در چین و روهینا ۲۰۱۳ در هند انجام دادند. در این مطالعات شیوع اختلال جنسی زنان به ترتیب ۴۰ و ۴۶/۳۵ درصد گزارش شد [۱۶، ۱۴]. اما، میزان شیوع با یافته‌های مطالعه دیگر که در کرج ۱۳۹۲ و تهران ۱۳۹۱ انجام شد بسیار متفاوت است. در این مطالعات شیوع اختلال جنسی به ترتیب ۸۲ و ۳۱ درصد گزارش شد [۳، ۴]. سه اختلال عملکرد جنسی شایع در زنان متأهل این مطالعه مربوط به مشکل در میل جنسی، درد هنگام مقاربت، و برانگیختگی بود. شیوع اختلال در میل جنسی در این مطالعه تقریباً همسو با مطالعه روهینا [۱۶] و والادوراس [۱۷] بود که در آن میزان شیوع کاهش میل جنسی به ترتیب ۴۰ و ۶۰/۶ درصد گزارش شد و بیشترین میزان شیوع را در بین زیرمقیاس‌ها داشت. در مطالعه چین جیهوا [۱۵]، شیوع کاهش میل جنسی (۲۳ درصد) و در مطالعه مزده [۳] ۱۲/۵ درصد گزارش شد. این نتایج به مطالعه حاضر شبیه نیست.

جنسی نشان می‌دهند [۲۶،۲۷].

اضطراب و افسردگی ممکن است منجر به اختلال در کارکرد جنسی شوند و برعکس، اختلال در کارکرد جنسی ممکن است نشانه‌های اضطراب و افسردگی را ایجاد کند و این روابط به‌طور هم‌زمان اتفاق می‌افتد. نشانه‌های اختلال در کارکرد جنسی و عاطفی از فرایندهای زیربنایی یکسانی ناشی می‌شود؛ به این معنا که در مواجهه با عامل استرس‌زا، احتمالاً زنان درجاتی از نشانه‌های افسردگی یا اضطراب را تجربه می‌کنند. این فرایندهای نورولوژیکی، فیزیولوژیکی و شناختی باعث ایجاد تغییر در ابراز حالات عاطفی می‌شود که تغییرات مشابهی در توانایی فرد برای پاسخ‌دهی جنسی ایجاد می‌کند [۲۶].

از محدودیت‌های مطالعه خجالت از صحبت کردن در مورد مشکلات جنسی به دلیل مسائل فرهنگی بود که موجب شد بعضی بانوان از قبول همکاری در پاسخ‌دادن به سؤال‌ها خودداری کنند. از نقاط قوت این مطالعه اندازه مناسب نمونه و نمونه‌گیری طبقه‌ای آن و معرف زنان شهر سبزوار است. ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه‌های معتبر است. لذا پژوهش حاضر در جمعیت زنان صورت گرفته است، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده بررسی عملکرد جنسی در مردان و ارتباط آن با عواطف منفی مانند اضطراب و افسردگی نیز انجام شود تا از نتایج آن در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و درمانی استفاده شود.

نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای اختلالات جنسی در زنان جامعه، پیشنهاد می‌شود مدیران سلامت سیاستگذاری‌های مناسب و لازم را در کاهش میزان اختلالات جنسی از طریق افزایش آگاهی و برنامه‌های پیشگیری و درمان به‌موقع اعمال کنند. همچنین، با توجه به ارتباط شدید بین افسردگی و اضطراب با اختلالات عملکرد جنسی، بهتر است در جلسات درمانی اختلالات جنسی به وضعیت روحی زنان از جمله اضطراب و افسردگی آنان توجه بیشتری کرد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی سبزوار به دلیل حمایت‌های مالی از طرح پژوهشی حاضر به شماره ۳۹۳۰۱۰۱۱۱۶ و کد اخلاق medsab.Rec.93.85 و همه همکارانی که در مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار در اجرا و گردآوری داده‌های پژوهش همکاری داشتند صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

سن و عملکرد جنسی ارتباط معناداری وجود دارد. به‌عبارتی، با افزایش سن اختلال در عملکرد جنسی افزایش می‌یابد. در مطالعه‌ای در مکزیک در سال ۲۰۱۴ بین سن و عملکرد جنسی ارتباط معناداری مشاهده شد [۱۸]. یکی از دلایل تفاوت یافته پژوهش حاضر با مطالعات دیگر ممکن است ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، محیطی و جمعیتی باشد. از سویی، اکثر افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال قرار دارند. احتمال دارد به دلیل اینکه تعداد کمی از افراد مطالعه در گروه‌های سنی بالاتر قرار داشتند، ارتباط معناداری بین سن و اختلال در عملکرد جنسی مشاهده نشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین اضطراب و افسردگی و همه زیرمقیاس‌های کارکرد جنسی رابطه معناداری وجود دارد. ارتباط بین ناکارآمدی جنسی زنان و پریشانی‌های روان‌شناختی مثل افسردگی و اضطراب در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است [۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳]. در فرمول‌بندی اولیه روان‌پویایی در مورد اختلالات جنسی، بر نقش محوری اضطراب در شکل‌گیری مشکلات جنسی تأکید شده است [۱۹]. همچنین، در مدل‌های شناختی بارلو نیز اضطراب مؤلفه اصلی در اختلالات جنسی مطرح است. بارلو معتقد است زنان دچار ناکارآمدی جنسی در موقعیت‌های جنسی دچار نگرانی و اضطراب می‌شوند که با تشدید برانگیختگی خودمختار، عاطفه منفی، انتظار شکست و جابه‌جایی توجه از موضوع جنسی به نشانه‌های اضطرابی برخاسته از درون و شناخت‌های خودارزیابی منفی مشخص می‌شود. انتظار شکست، نگرانی راجع به ارزیابی منفی شریک جنسی و نگرانی‌های مربوط به پاسخ جنسی ممکن است موجب فراخوانی حالت‌های نگرانی و اضطراب در زن شود. افزایش عاطفه منفی و انحراف از نشانه‌های شهوانی به ایجاد مشکلاتی در پاسخ‌دهی جنسی می‌انجامد. تجربه مکرر اشکال در پاسخ جنسی منجر به انتظار شکست بیشتر می‌شود و ممکن است باعث اجتناب از موقعیت جنسی شود [۲۴].

تحقیقات نشان می‌دهد افراد افسرده احساس بی‌حسی پایدار، درماندگی، بی‌ارزشی و گناه می‌کنند و عملکرد جنسی آنها تحت تأثیر پیش‌بینی شکست آن‌ها قرار می‌گیرد. این افراد عموماً تعلق خاطر خود را نسبت به زندگی، شغل و سایر فعالیت‌هایی که قبلاً برایشان لذت‌بخش بوده از دست می‌دهند، از جمله فعالیت جنسی [۲۵].

بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد افسردگی و میل جنسی ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارد و به‌طور هم‌زمان اتفاق می‌افتد. وقتی زنان انگیزتگی پایین و احساس اشتیاق و شادی کمتری داشته باشند، تمایل کمتری برای فعالیت

References

- [1] Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA*. 1999; 281(6): 537-44.
- [2] Shiffren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *ObstetGynecol*. 2008; 112(5): 970-8.
- [3] Mojdeh F, ZeighamiMohamadi S. The relationship between depression and sexual function index among married women. *Scientific Journal of Hamedan Nursing & Midwifery Faculty*. 2014; 3(0); 21(1): 41-51. [in Persian]
- [4] Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *RJMS. Razi Journal of Medical Science*. 2013; 19(105): 59-66. [in Persian]
- [5] Brizendine L. *Female brain. The female brain*. New York: Broadway Books. 2006.
- [6] Bahrami N, Satarzadeh N, RanjbarKouchaksaraei F, Ghoujzadeh M. Comparing of depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couple. *J ReprodInfertil*. 2007; 8(1): 52. [in Persian]
- [7] Sepehrian F, Hosseinpoor. Female sexual dysfunction and its related factors in Urmia. *J Urmia Medical Journal*. 2012; 23(2): 148-154. [in Persian]
- [8] Tahmasbi H, Abasi A. Sexual function and its relation with depression in referring women to health centers affiliated to Medical Science University in Sari Township. *J Health Breeze*. 2012; 1(3): 40-44.
- [9] Bolurian Z, Ganjloo J. Sexual function disorder and the factors associated with this in women of reproductive age referring to Sabzevar health centers. *Journal of Fertility and Infertility*. 2007; 86(2): 163-170. [in Persian]
- [10] Rosen, RC. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26: 191-208.
- [11] 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. [in Persian]
- [12] Antony MM, Barlow DH. *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York, Guilford Press. 2002.
- [13] Lovibond SH, Lovibond, PF. *Manual for the depression anxiety stress scales*. 2nd Ed., Sydney: Psychology Foundation, 1995.
- [14] Zhang AX, Pan LJ, Chen XY, Pan F, Kan YJ. An investigation on female sexual dysfunction among urban Chinese women in Nanjing. *J Zhonghua Nan KeXue*. 2011; 17(6): 488-91.
- [15] Ma J, Pan L, Lei Y, Zhang A, Kan Y. Prevalence of female sexual dysfunction in urban Chinese women based on cutoff scores of the Chinese version of the female sexual function index: a preliminary study. *J Sexual Medicine*. 2014; 11: 909-919.
- [16] Aggarwal Rs, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. *J Middle East Fertility Society*. 2013; 18: 187-190
- [17] Valadares AL, Pinto-Neto AM, de Souza MH, Osis MJ, da Costa Paiva LH. The prevalence of the components of low sexual function and associated factors in middle-aged women. *J Sex Med*. 2011; 2.
- [18] Sandoval CH, Calao-Pérez M, González AE, Gonzalez-Cuenca E, Saavedra R, Sotomayor M, Castillejos Molina R. Orgasmic dysfunction: prevalence and risk factors from a cohort of young females in Mexico. *J Sexual Medicine*. 2014; 11(6): 1505-1511.
- [19] Eraslan D, Yalınay Dikmen P, Aydınlar E, İncesu C. The relation of sexual function to migraine-related disability, depression and anxiety in patients with migraine. *J Headache Pain*. 2014; 15(1): 32.
- [20] Fabre LF, Smith LC. The effect of major depression on sexualfunction in women. *J Sex Med*. 2012; 9: 231-9.
- [21] Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review andmeta-analysis. *J Sex Med*. 2012; 9: 1497-507.
- [22] Kalmbach DA, Ciesla JA, Janata JW, Kingsberg SA. Specificity of an hedonic depression and anxious arousal with sexual problems among sexually healthy young adults. *J Sex Med*. 2012; 9: 505-13.
- [23] Kalmbach DA, Pillai V, Kingsberg SA, Ciesla JA. The transaction between depression and anxiety symptoms and sexual functioning: A prospective study of premenopausal, healthy women. *Arch Sex Behav*. 2014.
- [24] Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *J. Consult. Clin. Psychol*. 1986; 54: 140-148.
- [25] Vaziri SH, LotfiKashani F, Hosseinian S, BahramGhafari S. Sexual efficacy and marital satisfaction. *J Andishe Va Raftar*. 2010; 4(16): 75-81. [in Persian]
- [26] Kalmbach DA, Kingsberg SA, Ciesla JA. How changes in depression and anxiety symptoms correspond to variations in female sexual response in a nonclinical sample of young women: a daily diary study. *J Sex Med*. 2014 Dec; 11(12): 2915-27.
- [27] Kalmbach DA, Pillai V. Daily affect and female sexual function. *J Sex Med*. 2014.

Prevalence of sexual dysfunction and related psychological factors in women of Sabzevar

Azam Barabadi¹, Jilla Agah², Maryam Ghasami³, Zahra Rahimi⁴, Rahim Akrami^{5*}

1. M.Sc. in Clinical Psychology, Research Expert, Unit of Clinical Research, Vice Chancellor of Research and Technology, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. Assistant Professor, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
3. Ph.D. Student of Psychology, Esfahan University, Esfahan, Iran
4. M.S. Student of Nursing, Training Supervisor in Vasee Hospital, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
5. M.Sc. in Epidemiology, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Abstract

Background: The female sexual dysfunction can be caused by a range of different factors. The aim of the present study is to assess the prevalence of female sexual dysfunction and its association with related psychological factors.

Materials and Methods: This is a descriptive-analytical research on 322 women in Sabzevar during 2015 year. The sampling was stratified random. The instrument which has been used in research is Female Sexual Function Index (FSFI), Depression Anxiety Stress Scales (DASS). The descriptive statistics and regression was analyzed by STATA 12 software.

Results: Most of the subjects were between 20 to 30 years old (N=186). The mean and standard deviation of the subjects were respectively M (29.64), SD (6.60). The prevalence of sexual dysfunction was 40%, so that the highest and lowest prevalence was in subscales of sexual desire 46.73 and dissatisfaction 8.18, respectively. The prevalence of depression, anxiety and stress was 48.9, 60.63 and 54.66, respectively. Statistical analysis showed that there is a significant relationship between sexual function with variable stress with adjusted odds ratios (01.2) and confidence interval (18.3-04.1) and depression variable in different sub-groups with adjusted odds ratio higher than two.

Conclusion: Anxiety and depression can effect on female sexual dysfunction. Therefore, in treatment of sexual dysfunction is better to pay more attention to these variables.

Received: 2017/07/22

Accepted: 2017/09/11

Keywords: anxiety, depression, sexual dysfunction.