

بررسی بدعملکردی جنسی و سلامت روان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان یائسه، نابارور، و معتاد

سوسن بیلر*

زهره جهان‌بخشی**، امیرحسین جهانگیر***

چکیده

رفتار جنسی یک موضوع کاملاً مشخص و خصوصی است که بخش مهمی از زندگی انسان‌ها را دربرمیگیرد و با سلامت روان و روابط اجتماعی رابطه مستقیمی دارد لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی بدعملکردی جنسی و سلامت روان در زنان یائسه، نابارور و معتاد انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی از نوع مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان یائسه، نابارور و معتاد همدان و کرمانشاه بودند که از میان افراد جامعه ۳۴ زن یائسه، ۳۴ زن نابارور و ۳۴ زن مبتلا به مصرف مواد انتخاب شدند. ابزار نمونه‌گیری شامل پرسشنامه بدعملکردی جنسی زنان (۲۰۰۱) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایویوند (۱۹۹۵) بود. نتایج با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد تفاوت معنی‌داری بین سه گروه نمونه در بدعملکردی جنسی، اختلال میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد جنسی و در خرده مقیاس‌های سلامت روان وجود دارد و میتوان گفت، زنانی که احساس حمله به طرف خود دارند، احساس لذت را از خود به صورت ناخواسته میگیرند و سلامت روان

* کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان (نویسنده مسئول)،

Hack.Iran19@yahoo.com

** دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی،

N.zamai1367@yahoo.com

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شهید

بهشتی، amirhoseinjahangir@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۳۰، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱/۱

۲ بررسی بدعملکردی جنسی و سلامت روان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان یائسه، نابارور و معتاد

پایبندی دارند. به این معنا که در متغیر بدعملکردی جنسی به ترتیب گروه زنان یائسه، زنان معتاد و زنان نابارور از بیشترین تا کمترین درصد را به خود اختصاص دادند.

کلیدواژه‌ها: بدعملکردی جنسی، سلامت روان، زنان یائسه، نابارور و معتاد.

۱. مقدمه و طرح مسئله

در زندگی انسان‌ها، رفتار جنسی نقش اساسی دارد. این رفتار کاملاً شخصی و خصوصی است که افراد به ندرت آن را با دیگران در میان می‌گذارند. در طول سالهای ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ پوشش رسانه‌های عمومی درباره فعالیت‌های تفریحی باعث شد که علاقه به فعالیت‌های جنسی افزایش یابد. همچنین، داروهای ضدباروری موثر و درمان‌های جدید برای بیماری‌های مقاربتی کمک کردند تا قید و بندهای جنسی کمتر شوند (گنجی، ۲۰۱۴، ۲۲۴).

علاوه بر اینها، تغییر در قوانین سانسور جنسی نیز اجازه داد تا رسانه‌های عمومی به شیوه واضح تری مسائل جنسی را مطرح کنند. همه این مسائل باعث شد که به فعالیت جنسی، به طور عام، و به رضایت جنسی، به طور خاص اهمیت بیشتری داده شود. در واقع، فعالیت جنسی از ابعاد مهم زندگی افراد است که می‌تواند متاثر از ویژگی‌های خود فرد، روابط بین فردی، شرایط خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، محیط، سوابق فعالیت‌های جنسی وی و همسر، سلامت جسمی و روانی و وضعیت هورمونی فرد قرار گیرد (Fourcroy, 2003).

فعالیت جنسی عادی به چهار مرحله متمایز تقسیم می‌شود که اختلالات جنسی می‌توانند در هر یک از آنها روی دهند. ۱- برانگیختگی اولیه؛ ۲- برانگیختگی کامل؛ ۳- ارگاسم و بعد از ارگاسم (Sadock, 2012).

به طور کلی، ویژگی اصلی اختلالات جنسی، اختلال در فرایندهایی است که جزو مراحل عادی آمیزش جنسی به حساب می‌آیند، یا دردی است که به هنگام آمیزش جنسی روی می‌دهد. برای هر یک از این اختلالات، که در مراحل چهارگانه فعالیت جنسی روی می‌دهند، معیارهای تشخیصی خاصی وجود دارد. مشکل مورد نظر باید باعث رنج و ناراحتی فرد شود، بر روابط او با همسرش تاثیر بگذارد و مستمر و مکرر باشد (Sadock, 2008). در بسیاری موارد، ناراحتی و استرس مشکلات جنسی به این

دلیل به وجود میاید که با اختلالات خلقی یا اضطرابی ارتباط دارد و مشکلات جنسی میتوانند آنها را تشدید کنند (گنجی، ۲۰۱۴).

سلامت روانی را می‌توان براساس تعریف کلی و وسیع تر تندرستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تندرستی به طور گسترده ای تغییر یافته است. عمر طولانی تر از متوسط، نجات زندگی انسان از ابتلاء به بیماری‌های مهلک با کشف آنتی بیوتیک‌ها و پیشرفتهای علمی و تکنیکی در تشخیص و درمان، مفهوم کنونی تندرستی را به دست داده که نه تنها بیانگر نبود بیماری است بلکه توان دستیابی به سطح بالای تندرستی را نیز معنی می‌دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی، شغلی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند، به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تاثیر می‌گیرد و بر آنها تاثیر می‌گذارد (زمانی، حبیبی و درویشی، ۲۰۱۵).

بنابراین سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می‌کند که فرد با خود و سبک زندگی اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور براین است که فرد باید بر زندگی اش کنترل داشته باشد فقط در چنین حالتی است که می‌توان آن قسمت‌هایی را که در باره ی خود یا زندگی اش مساله ساز است تغییر دهد (David, Barlow, Mark, 2012).

هر فردی در زمان و شرایط خاص دارای آستانه‌ی تحمل معینی در مقابل استرس می‌باشد. وقتی فشار از حد توان شخص بگذرد ناچار اختلالهای روانی و هیجانی نشان خواهد داد (Hakimjavadi, Lavasani, Haghghatgi, Zebardast, 2010). اضطراب مولفه دیگری است که به دنبال استرس‌های زیاد بروز می‌کند (Jordan, 1992).

علاوه بر این، افسردگی نیز از شایعترین اختلالات روانی است و شیوع آن در زنان ۷ تا ۲۱ درصد برآورده شده است (Kessler, Mcgonagle, ZHuv, 2009). پژوهش‌ها نشان داده است که بین وقوع استرس‌های منفی و شروع افسردگی رابطه مثبتی وجود دارد و حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد افرادی که استرس‌های شدیدی تجربه میکنند دچار افسردگی میشوند (Barlow, 2002).

افسردگی غالباً از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد و شخص ناگزیر می‌گردد که از افرادی مهم یا از مسائلی مهم و مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و کاشانه صرف نظر کند (زمانی و حبیبی، ۲۰۱۴، ۸).

۴ بررسی بدعملکردی جنسی و سلامت روان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان یائسه، نابارور و معتاد

از این رو هدف اصلی این پژوهش، بررسی بدعملکردی جنسی و سلامت روان (استرس، اضطراب و افسردگی) در زنان یائسه، نابارور و معتاد می باشد و لذا سؤالات تحقیق به ترتیب زیر می باشد:

۲. سؤالات تحقیق

۱.۲ سؤال اصلی تحقیق

بدعملکردی جنسی در سلامت روان تاثیر دارد؟

۲.۲ سؤالات فرعی تحقیق

بدعملکردی جنسی در استرس زنان یائسه تاثیر دارد؟

بدعملکردی جنسی در استرس زنان نابارور تاثیر دارد؟

بدعملکردی جنسی در استرس زنان معتاد تاثیر دارد؟

بدعملکردی جنسی در اضطراب زنان یائسه تاثیر دارد؟

بدعملکردی جنسی در اضطراب زنان نابارور تاثیر دارد؟

بدعملکردی جنسی در اضطراب زنان معتاد تاثیر دارد؟

بدعملکردی جنسی در افسردگی زنان یائسه تاثیر دارد؟

بدعملکردی جنسی در افسردگی ترس زنان نابارور تاثیر دارد؟

بدعملکردی جنسی در افسردگی رس زنان معتاد تاثیر دارد؟

۳. پیشینه پژوهش

نتایج حاکی از آن است میزان رضایت از روابط جنسی و توانایی فرد در ایجاد لذت دو طرفه را رضایت جنسی رابطه دارد (Young, Denny, Young, Luqui, 2000) و این لذت رضایت جنسی سختی‌های زندگی و مشکلات بین زوجین را قابل تحمل می‌نماید (اصغری، ۲۰۰۲). به عبارتی دیگر، استحکام روابط زناشویی بدون داشتن روابط جنسی رضایت‌بخش به خطر می‌افتد و بسیاری از زوجها بالقوه و پنهانی تعارضاتی

پیرامون مسائل جنسی دارند اما آن را به عنوان یک راز تلقی کرده و از بیان آن اجتناب می نمایند (Esputen, 1996؛ Larson, 1998).

تحقیقات انجام شده در آن سالها آماری ارائه داد که باعث حیرت زدگی آمریکائیان شد و آنها فهمیدند که فعالیتهای مختلف جنسی بسیار گسترده تر از آن است که فکر میکردند. این تحقیقات نشان داد که ۹۰ درصد مردان خودارضایی دارند و روابط جنسی مقعدی یک فعالیت جنسی رایج است. علاوه بر آن، مطالعات نشان داده است که حدود ۸۰ درصد مردان و ۵۰ درصد زنان، روابط جنسی قبل از ازدواج (پری ماریتال سکس) داشتند (American Psychiatric Association, 2013).

۴. روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است که در مقوله روش‌های توصیفی قرار دارد. لذا از روش کمی (عددی) استفاده شد و داده‌ها از طریق پرسشنامه گردآوری شد.

۱.۴ نمونه تحقیق و شیوه نمونه‌گیری

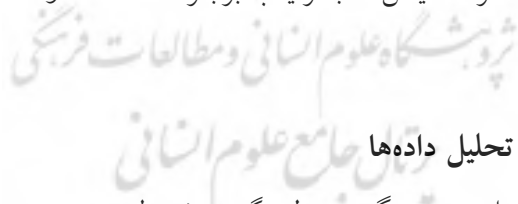
جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان یائسه، نابارور و زنان معتاد شهرستان کرمانشاه و همدان در زمستان ۱۳۹۳ بودند. دامنه سنی افراد شرکت کننده در گروه یائسه ۴۵-۵۳ سال، گروه نابارور ۳۹-۴۴ سال و در گروه معتاد زنان با سن ۴۱-۴۸ سال بودند. حجم نمونه پژوهش شامل ۱۰۲ نفر در ۳ گروه ۳۴ نفره بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس از بیماران مراجعه کننده به مطب مامایی خانم زمانی در همدان، خانم بلیر در کرمانشاه استفاده شد. ملاکهای ورود به پژوهش عبارت بود از تشخیص متخصص زنان برای یائسگی و ناباروری و تشخیص اختلالات مواد براساس طبقه‌بندی اختلالات اعتیادی انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۳) صورت گرفت.

۲.۴ ابزارهای پژوهش

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS، لایبوند و لایبوند) مجموعه‌ای از ۲ مقیاس خودگزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است (Lovibond, 1995).

آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. ضریب آلفا برای عوامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (Antony, Bieling, Cox, Enns, 1998) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۲۰۰۷، ۱۲۵) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازمایی را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و الفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۷۴، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ گزارش نموده اند. هر یک از خرده مقیاس های آزمون شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوالهای مربوط به آن به دست میاید.

پرسشنامه اختلال بد عملکردی جنسی زنان (FSFI)، این پرسشنامه اختلال بدعملکردی جنسی زنان را می سنجد و دارای زیر مقیاس های اختلال میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد جنسی و رطوبت مهبل است و اعتبار آن توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۷) برآورده شده است که اعتبار بازمایی را برای مقیاس های بدعملکردی جنسی (اختلال میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد جنسی و رطوبت مهبل) به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۸۱ و الفای کرونباخ را برای خرده مقیاس ها به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۸ گزارش نموده اند.



۳.۴ روش تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها با استفاده از ضرایب همبستگی و مدل رگرسیون خطی مورد بررسی قرار گرفت.

۴.۴ یافته ها

۱.۴.۴ خصوصیات جمعیتی پاسخگویان

میانگین سنی نمونه مورد بررسی در سه گروه زنان یائسه، زنان نابارور و معتاد به ترتیب برابر

سوسن بیلر و دیگران ۷

با ۴۹/۷۳، ۴۲ و ۴۲/۳۷ سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد بدعملکردی جنسی و زیر مقیاسهای آن در گروه های مورد بررسی

متغیرها	گروه زنان یائسه		گروه زنان نابارور		گروه زنان معتاد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بدعملکردی جنسی	۳۱	۹۱/۱۸	۲۸	۸۲/۳۵	۳۰	۸۸/۲۳
اختلال میل جنسی	۳۰	۸۸/۲۳	۲۳	۶۷/۶۴	۲۴	۷۰/۵۸
اختلال انگیختگی جنسی	۲۷	۷۹/۴۱	۲۵	۷۳/۵۲	۲۸	۸۲/۳۵
اختلال ارگاسمی	۲۹	۸۵/۲۹	۲۲	۶۴/۷۰	۲۵	۷۳/۵۲
اختلال درد جنسی	۲۱	۶۱/۷۶	۱۸	۵۲/۹۴	۲۰	۵۸/۸۲

نتایج جدول ۱ نشان داد بدعملکردی جنسی در گروه زنان معتاد و یائسه با ۱ نمره اختلاف بالاترین نمره است که در گروه زنان معتاد بیشتر افراد (۷۳/۰۱ درصد) از اختلال میل جنسی، در گروه زنان یائسه و نابارور بیشترین اختلال را اختلال میل جنسی با ۷۸ درصد و ۵۶/۱۹ درصد تشکیل دادند.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس‌های آن با سلامت روان گروه زنان یائسه

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی	درجه آزادی	سطح معناداری
بدعملکردی جنسی	۳۴	-۰/۶۱	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال میل جنسی	۳۴	-۰/۶۳	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال انگیختگی جنسی	۳۴	-۰/۴۸	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال ارگاسمی	۳۴	-۰/۵۸	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال درد جنسی	۳۴	-۰/۴۱	۳۳	۰/۰۰۵

باتوجه به نتایج جدول شماره ۲ بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس‌های آن با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۳. رگرسیون چندگانه پیش‌بینی بدعملکردی جنسی براساس مؤلفه‌های سلامت روان گروه زنان یائسه

مؤلفه‌های پیش‌بینی کننده	R	R2	df	f	P
استرس	۰/۷۶	۰/۵۷۷۶	۳۳	۱۲/۳۱	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۶۲	۰/۳۸۴۴	۳۳	۱۱/۶۵	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۷۱	۰/۵۰۴۱	۳۳	۱۰/۱۹	۰/۰۰۱

۸ بررسی بدعملکردی جنسی و سلامت روان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان یائسه، نابارور و معتاد

همانطور که در جدول شماره ۳ دیده میشود، مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی بر اساس مؤلفه استرس در سلامت روان وارد معادله شد و در متغیر استرس $0/5776$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند ($R2=0/5776$). در متغیر اضطراب $0/3844$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند ($R2=0/3844$). و در متغیر افسردگی $0/5041$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند ($R2=0/5041$).

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس‌های آن با سلامت روان گروه زنان نابارور

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی	درجه آزادی	سطح معناداری
بدعملکردی جنسی	۳۴	-۰/۶۶	۳۳	۰/۰۵
اختلال میل جنسی	۳۴	-۰/۶۵	۳۳	۰/۰۵
اختلال انگیختگی جنسی	۳۴	-۰/۶۸	۳۳	۰/۰۵
اختلال ارگاسمی	۳۴	-۰/۶۳	۳۳	۰/۰۵
اختلال درد جنسی	۳۴	-۰/۳۸	۳۳	۰/۰۵

باتوجه به نتایج جدول ۴ بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاس‌های آن با سلامت روان رابطه معنیداری وجود دارد.

جدول ۵. رگرسیون چندگانه پیش‌بینی بدعملکردی جنسی بر اساس مؤلفه‌های سلامت روان گروه زنان نابارور

مؤلفه‌های پیش‌بینی کننده	R	R2	df	f	P
استرس	۰/۶۳	۰/۳۹۶۹	۳۳	۱۰/۱۶	۰/۰۰۱
بدعملکردی جنسی	۰/۵۸	۰/۳۳۶۴	۳۳	۸/۶۵	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۷۶	۰/۵۷۷۶	۳۳	۱۱/۳۷	۰/۰۰۱
افسردگی					

با توجه به جدول شماره ۵، مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی بر اساس مؤلفه استرس در سلامت روان وارد معادله شد و در متغیر استرس $0/3969$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند. ($R2=0/3969$). در متغیر اضطراب $0/3364$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند ($R2=0/3364$). و در متغیر افسردگی $0/5776$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند ($R2=0/5776$).

جدول ۶. ضرایب همبستگی بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاسهای آن با سلامت روان گروه زنان معنادار

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی	درجه آزادی	سطح معناداری
بدعملکردی جنسی	۳۴	-۰/۵۰	۳۳	۰/۰۵
اختلال میل جنسی	۳۴	-۰/۴۹	۳۳	۰/۰۵
اختلال انگیزتگی جنسی	۳۴	-۰/۴۶	۳۳	۰/۰۵
اختلال ارگاسمی	۳۴	-۰/۵۳	۳۳	۰/۰۵
اختلال درد جنسی	۳۴	-۰/۳۹	۳۳	۰/۰۵

باتوجه به نتایج جدول شماره ۶ بین بدعملکردی جنسی و زیر مقیاسهای آن با سلامت روان رابطه معنیداری وجود دارد.

جدول ۷. رگرسیون چندگانه پیش‌بینی بدعملکردی جنسی براساس مؤلفه های سلامت روان گروه زنان معنادار

مؤلفه‌های پیش‌بینی کننده	R	R2	Df	f	P
استرس	۰/۷۰	۰/۴۹۰۰	۳۳	۱۲/۱۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۷۴	۰/۵۴۷۶	۳۳	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۶۲	۰/۳۸۴۴	۳۳	۹/۸۷	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۷ نشان داد، مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی بر اساس مؤلفه استرس در سلامت روان وارد معادله شد و در متغیر استرس $0/4900$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند ($R2=0/4900$). در متغیر اضطراب $0/5476$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند ($R2=0/5476$). و در متغیر افسردگی $0/3844$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی میکند ($R2=0/3844$).

۵. بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه بدعملکردی جنسی و سلامت روان در زنان یائسه، نابارور و معنادار انجام شده است. یافته‌های این پژوهش حاکی از تفاوت معنی‌دار میان سه گروه در بدعملکردی جنسی و سلامت روان (استرس، اضطراب و افسردگی) است. به این معنا که در متغیر بدعملکردی جنسی به ترتیب گروه زنان یائسه، زنان معنادار و زنان نابارور از بیشترین تا کمترین درصد را به خود اختصاص دادند و تفاوت معناداری بین این سه گروه به ترتیب بوده است.

طبق پژوهش‌های کالورهررا و لیبیل (۲۰۰۸) و دونای و کرفت (۲۰۰۰) عوامل خطر برای اختلالات جنسی معمولاً عواملی مرتبط با جنسیت هستند، یعنی اکثر آنها مانند اختلال میل/برانگیختگی جنسی، اختلال برانگیختگی جنسی زنانه فقط در زنان وجود دارد و مختص زنان است. مشکلات جنسی در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (به ترتیب، ۴۳ و ۳۱ درصد) و احتمال آن در کسانی که سلامت فیزیکی (زنان یائسه، نابارور) یا هیجانی ضعیف (معتاد) دارند بیشتر است (گنجی، ۲۰۱۴، ۲۷۸).

یائسگی یک عامل خطر مهم برای میل/برانگیختگی جنسی زنان است و زنانی که تحت عمل هیستروکتومی (زنانی که رحم آنها با عمل جراحی برداشته شده است) قرار گرفته اند با خطر بیشتری مواجه هستند (Litzinger, Gordon, 2005). نتایج پژوهش صورت گرفته مبنی بر اینکه در گروه زنان یائسه خرده مقیاس‌های بدعملکردی جنسی به ترتیب در اختلال میل جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال انگیختگی جنسی و اختلال درد جنسی از بیشترین تا کمترین درصد را گرفتند همخوان است.

مشکلات میان فردی یکی از مهمترین معیارها برای همه اختلالات جنسی است، چرا که رابطه جنسی یک رابطه میان فردی و اختلالات جنسی معلول روابط میان فردی است. در روابط میانفردی، احساسات منفی مثل خصومت، خشم، انزجار، عدم اعتماد و افسردگی در روابط جنسی تاثیر می‌گذارند، به این صورت که کاهش یا نابودی احساسات مثبت و مورد نیاز برای میل جنسی و تحریک جنسی را موجب می‌شوند (Hainsworth, Spigel, Greco, 2008; Shipley, Peyton, Rubin, Stipanov, Meluch).

تجربه‌های خوشایند جنسی معمولاً در گروه این هستند که افراد تا چه اندازه آماده پذیرش هیجانهای مثبت و لذت بخش هستند و تا چه حد نسبت به محرکهایی که در طول رابطه جنسی باعث تحریک و لذت می‌شوند توجه می‌کنند. به همین علت، هیجانهای منفی مانند استرس، اضطراب و افسردگی، میتوانند در عملکرد جنسی شدیداً تاثیر بگذارند (زمانی، ۲۰۱۵). مطالعات نشان می‌دهد که ۶۲ درصد افراد افسرده اختلال جنسی نیز دارند، در حالیکه فقط ۲۶ درصد افراد غیرافسرده اختلال جنسی نشان می‌دهند (گنجی، ۲۰۱۴). عارضه‌های افسردگی باعث می‌شوند که زنان، از نظر میل جنسی، رویاپردازی جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگزم نقص نشان دهند (David, Barlow, Mark, 2007). شدت افسردگی با شدت بدعملکردی جنسی رابطه مستقیمی دارد.

طبق نتایج پژوهش، افسردگی و اضطراب و هیجانات منفی باعث اختلالات جنسی میشوند و بین بدعملکردی جنسی و مولفه های سلامت روان در زنان یائسه رابطه وجود دارد و در زنان یائسه ۰/۷۶ دچار استرس، ۰/۷۱ دچار اختلال افسردگی و ۰/۶۲ درصد افراد دچار اختلال اضطراب هستند که در بدعملکردی جنسی آنها تاثیر گذاشته است که نتایج با پژوهش های صورت گرفته قبلی که در بالا توضیح داده شد همخوانی دارد.

باروری همواره یکی از مهمترین کارکردهای خانواده به شمار میرود. هنگامی که مرد و زن درمی یابند ممکن است هرگز بچه دار نشوند، دچار بحران ناشی از ناباروری میشوند و این وضعیت میتواند بر تمام ابعاد زندگی آنها به خصوص رابطه جنسی اثر منفی بگذارد. به دلیل این مسائل اختلال هایی در عملکرد جنسی زوجین به وجود می آید و زندگی جنسی آنان مختل میشود (بخشایش، ۱۳۸۸)، همچنین ناباروری به عنوان شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری و یکی از تلخ ترین تجربه های زندگی توصیف شده است که قابل مقایسه با مرگ یکی از بستگان درجه یک که واکنش سوگ را به دنبال دارد، می باشد (کاظمی، ۱۳۸۴).

زنان نابارور به علت مشکلات هیجانی ناشی از نقص جسمانی که دارند احساس حمله به شخصیت و نقص خود دارند و در بدعملکردی جنسی اختلال انگیزندگی جنسی بیشترین و اختلال درد جنسی کمترین فراوانی را گرفتند.

ناباروری به عنوان یکی از بحرانهای زندگی استرس زیادی بر زوج ها وارد می کند و میتواند به طرق مختلف سلامت روانی آنها را تهدید نماید و باعث اختلال در کیفیت زناشویی و کاهش صمیمیت و ترس از خاتمه رابطه زناشویی، درماندگی و گاهی تظاهرات افسردگی بالینی و سایر اختلالات روانی شود. تحقیقات متعدد نشان میدهد که در تعداد زیادی از زوجها ناباروری همراه با بدکنش وریه های روانی -جنسی نیز می باشد. تحقیقات حاکی از آن است که ناباروری نه تنها تغییرات روانشناختی مهمی در فرد بوجود می آورد، بلکه در اغلب موارد بر روابط جنسی زوجین تأثیر عمیقی میگذارد و میتواند مانند یک ضربه پر قدرت علیه استحکام ازدواج عمل نماید (Ardakani, 2001).

طبق نتایج پژوهش صورت گرفته بین بدعملکردی جنسی و مولفه های سلامت روان زنان نابارور رابطه وجود دارد و در زنان نابارور ۰/۶۳ افراد دچار استرس، ۰/۷۶ افراد دچار اختلال افسردگی و ۰/۵۸ درصد افراد دچار اختلال اضطراب هستند که در بدعملکردی جنسی آنها تاثیر گذاشته است.

پژوهش آندروز و همکاران (۱۹۹۳) زوجین نابارور را با زوجین بارور مقایسه نمودند و دریافتند که استرس صرفنظر از منبع آن (خواه ناباروری باشد یا استرس ناشی از دیگر منابع) بر عملکرد زناشویی، جنسی و کیفیت زندگی تأثیر میگذارد و آنها را کاهش میدهد. به طور کلی زنان بیشتر تحت تأثیر هر استرسی قرار میگیرند و احساس رضایت از زندگی زناشویی و سلامتیشان بیشتر تأثیری پذیرد.

نتایج با پژوهش های صورت گرفته اودیو (۲۰۰۶) افراد نابارور دچار اختلالات روانشناختی، نارضایتی زناشویی، احساس فشار از سرنوشت ازدواج و خشم دارای خلُق منفی میباشند.

زنان معتاد با وجود داشتن درد و رنج هیجانی ناشی از این اختلال مانند زنان نابارور در اختلال انگیزختگی جنسی بیشترین فراوانی و در اختلال درد جنسی فراوانی را داشتند. طبق نتایج پژوهش صورت گرفته بین بدعملکردی جنسی و مولفه های سلامت روان زنان معتاد رابطه وجود دارد و در زنان معتاد، ۰/۷۰ افراد دچار استرس، ۰/۶۲ افراد دچار اختلال افسردگی و ۰/۷۴ درصد افراد دچار اختلال اضطراب هستند که در بدعملکردی جنسی آنها تأثیر گذاشته است که نتایج با پژوهش های صورت گرفته قبلی که در بالا توضیح داده شد همخوانی دارد.

۶. نتیجه گیری

نتایج این پژوهش اطلاعات مهمی در زمینه بدعملکردی جنسی و سلامت روان (استرس، اضطراب و افسردگی) در زنان یائسه، نابارور و معتاد بدست داد و انتخاب این سه گروه به این دلیل بود سلامت بدنی و روانی افراد دچار رنج های هیجانی بیشتر از سایر افراد است و افراد معتاد، یائسه و نابارور دچار دردهای هیجانی بالاتری هستند و از آنجا که اختلال در بین این افراد مزمن و گاهی حاد است بیشتر دردهای هیجانی منجر به رنج هیجانی میگردد و فرد نمیتواند خود را با شرایط جدید تطبیق دهد.

نتایج نشان داد در متغیر بدعملکردی جنسی رابطه معناداری بین افراد وجود دارد و به ترتیب گروه زنان یائسه، زنان معتاد و زنان نابارور از بیشترین تا کمترین درصد را به خود اختصاص دادند و در گروه زنان یائسه خرده مقیاسهای بدعملکردی جنسی به ترتیب در اختلال میل جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال انگیزختگی جنسی و اختلال درد جنسی از بیشترین تا کمترین درصد را گرفتند همخوان است و در زنان یائسه ۰/۷۶ دچار استرس،

۰/۷۱ دچار اختلال افسردگی و ۰/۶۲ درصد افراد دچار اختلال اضطراب هستند که در بدعملکردی جنسی آنها تاثیر گذاشته است.

بین بدعملکردی جنسی و مولفه های سلامت روان زنان نابارور رابطه وجود دارد و در زنان نابارور ۰/۶۳ افراد دچار استرس، ۰/۷۶ افراد دچار اختلال افسردگی و ۰/۵۸ درصد افراد دچار اختلال اضطراب هستند که در بدعملکردی جنسی آنها تاثیر گذاشته است.

زنان معتاد با وجود داشتن درد و رنج هیجانی ناشی از این اختلال مانند زنان نابارور در اختلالانگیختگیجنسی بیشترین فراوانی و در اختلال درد جنسی فراوانی را داشتند.

طبق نتایج پژوهش صورت گرفته بین بدعملکردی جنسی و مولفه های سلامت روان زنان معتاد رابطه وجود دارد و در زنان معتاد، ۰/۷۰ افراد دچار استرس، ۰/۶۲ افراد دچار اختلال افسردگی و ۰/۷۴ درصد افراد دچار اختلال اضطراب هستند که در بدعملکردی جنسی آنها تاثیر گذاشته است که نتایج با پژوهش های صورت گرفته قبلی که در بالا توضیح داده شد همخوانی دارد و بر اساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می شود که به اهمیت بیماری جسمانی و اختلالات هیجانی بیشتر توجه شود تا کیفیت زندگی بالا رود و در تحقیقات دنباله رو، نشان داده شد بین بدعملکردی جنسی با سلامت روان رابطه معکوسی وجود دارد.

۷. تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش، کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

۸. تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

کتابنامه

- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1992). Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and sterility*, 57(6), 1247-1253.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in

- clinical groups and a community sample. [doi:10.1037/1040-3590.10.2.176]. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181.
- Asghari, H. (2002). The role of mental health on marriage and divorce. *Tehran: Goftego Publications*. [In Persian]
- Association, A. P. (2000). *Diagnostic criteria from dsM-iV-tr*: American Psychiatric Pub.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Audu, B. (2002). Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(6), 655-657.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*: Nelson Education.
- Backshayash, A., Rezahi, S. (1388). women Infertility & dysfunction disorder sexual. 4th congress of sexual health. Tehran shahed university. 135.
- Carvalho, A., & Leal, I. (2008). T09-O-04 Determinant factors of female sexual satisfaction. *Sexologies*, 17, S117.
- Fourcroy, J. L. (2003). Female Sexual Dysfunction. [journal article]. *Drugs*, 63(14), 1445-1457.
- Ganji, M., Ganji, H. (1392) Abnormal Psychology Based on DSM-5. Tehran, Savalan pub. [In Persian]
- Hainsworth, J. D., Spigel, D. R., Greco, F. A., Shipley, D. L., Peyton, J., Rubin, M., et al. (2011). Combined modality treatment with chemotherapy, radiation therapy, bevacizumab, and erlotinib in patients with locally advanced squamous carcinoma of the head and neck: a phase II trial of the Sarah Cannon oncology research consortium. *The Cancer Journal*, 17(5), 267-272.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. [doi:10.1037/0022-006X.60.6.916]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 916-926.
- Karbasi, M. (1388). The study range of sexual disorder in women. 4 thcongress of sexual health. Tehran shahed university. 124. [In Persian]
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III—R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. [doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002]. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 31(5), 409-424.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- M. Dunn, P. R. C., Geoffrey I. Hackett, Kate. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 141-151.

- Mohammadi, K., Heydarzadeh, M., Heydari, S. (1387). The study of frequency of sexual dysfunction factors of infertile. *Journal of palayesh*. [In Persian]
- Mansour, H. J., Gholamali, M., Haghighatgo, M., & Zebardast, O. (2010). The Relationship Among Depression, Anxiety, Stress And Personality In Veteran Children. [In Persian]
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Levin, Z. e. (2007). *Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Samani, S., Jokar, B. (2007). Reliability and validity of depression, anxiety, and stress scale-DASS. *Journal of social science and mumanistics* 26(3):65-75. [In Persian]
- ShoaaKazemi, M. (1384). Comparative infertility/ fertilit problem in women. 3th congress of sexual health. Shiraz university. 78[In Persian]
- Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*, 16(2), 73.
- Zamani, N., Ahmadi, V., Ataaei Moghanloo, V., & Mirshekar, S. (2014). Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *www. sjimu. medilam. ac. ir*, 22(5), 45-54. [In Persian]
- Zamani, N., Habibi, M., & Darvishi, M. (2015). Compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in Reducing Depression in Mothers of Children with Disabilities. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*, 18, 32-42. [In Persian]
- Zamani, N., Zamani, S., Habibi, M. (2016). Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on emotion regulation in the mother of Children with neurodevelopmental disorder. Accept in *Journal of Research & Health Social Development & Health Promotion Research Center*. [In Persian]