



اختلال عملکرد جنسی و وضعیت روانی در زنان

دکتر ماهیار آذر^{*}، جنکیز ایرانپور^{**}، دکتر سیما نوحی^{***}

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین اختلال عملکرد جنسی و وضعیت روانی مراجعه‌کنندگان به کلینیک روانپزشکی بوده است.

روش: این بررسی از نوع مورد-شاهد می‌باشد. گروه مورد را ۱۶۵ نفر از بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به کلینیک روانپزشکی تشکیل دادند که دارای تشخیص‌های افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، پرخاشگری و شکایت‌های جسمانی بودند (از هر اختلال ۳۳ نفر). گروه شاهد ۳۳ نفر از کسانی که هیچ سابقه مراجعه به روانپزشک نداشتند و داروهای عصبی مصرف نمی‌کردند و از میان همراهان و ملاقات‌کنندگان بیماران انتخاب شدند. این افراد به روش غیرتصادفی و به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها روش مصاحبه و پرسش‌نامه به کار برده شد. ابزار سنجش این بررسی شامل یک پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه اختلال عملکرد جنسی و فهرست علامت‌های ۹۰ سوالی بوده است.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که بین توزیع اختلال عملکرد جنسی در گروه‌های مورد و شاهد تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین این تفاوت بین بیماران افسرده و گروه شاهد، بیماران دچار پرخاشگری و گروه شاهد و بیماران با شکایت‌های جسمانی و گروه شاهد دیده شد و نیز نشان داد که بین دو گروه مورد و شاهد در اختلال‌های میل و ارگاسم تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه: اختلال‌های جنسی در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های روانپزشکی بیشتر از جمعیت عادی است.

کلیدواژه: اختلال عملکرد جنسی زنان، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، پرخاشگری، شکایت‌های جسمانی

مورد بررسی به طور کلی از رابطه جنسی اعلام رضایت داشتند.

آکرمن (۱۹۹۵) به این امر اشاره دارد که مشکلات بحرانی جنسی نشان دهنده‌ی کمبود مداخله‌های پزشکی برای اختلال‌های جنسی است. در چهارمین کتاب تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۷، اختلال‌های عملکرد جنسی شامل اختلال‌های میل جنسی، اختلال‌های برانگیختگی جنسی، اختلال‌های ارگاسمی و هم‌چنین اختلال‌های درد جنسی دانسته شده است. ترودل^۸، راورت^۹ و مات^{۱۰} (۱۹۹۳) در بررسی خود گزارش نمودند که اختلال کمی میل جنسی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های جنسی است.

افسردگی یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در اختلال عملکرد جنسی به‌ویژه اختلال در میل جنسی می‌باشد. الکساندر^{۱۱} (۱۹۹۳) کاهش لیبیدو را عمومی‌ترین موضوع مورد بحث بیماران با پزشکان معالج گزارش نمود. علت‌های کاهش لیبیدو، پیچیده و چندعاملی است، با وجود این، توجه دقیق به تاریخچه اختلال و ریشه اصلی آن ضروری است. هر چند در بیماران افسرده عدم رضایت در رابطه‌ها یا ازدواج عمومی‌ترین عامل می‌باشد، عامل جسمانی نیز باید مورد تأکید قرار گیرد.

چاندرایه^{۱۲}، لیونسون^{۱۳} و کالینز^{۱۴} (۱۹۹۱) جنبه‌های اختلال‌های روانپزشکی و ناسازگاری اجتماعی را در ۴۳ زن مراجعه‌کننده به کلینیک نشانگان پیش از

اختلال عملکرد جنسی^۱ اثرهای گوناگونی بر زندگی افراد مبتلا دارد و روابط بین‌فردی و زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال برحسب اختلال در میل جنسی و تغییرات روانی- فیزیولوژیک که مشخص‌کننده چرخه واکنش جنسی هستند عنوان می‌شود و پریشانی بارز و مشکلات بین‌فردی را به دنبال دارد (هالورسن^۲ و متز^۳، ۱۹۹۲ا؛ آکرمن^۴، ۱۹۹۵؛ کینزل^۵، مانگوت^۶، تراوگر^۷ و بیبل^۸، ۱۹۹۷).

این اختلال شامل اختلال در میل جنسی^۹، برانگیختگی جنسی^{۱۰} و ارگاسم^{۱۱} و اختلال درد جنسی می‌گردد. عملکرد جنسی ممکن است تحت تأثیر منفی هر نوع استرس، اختلال هیجانی، یا ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی رفتار جنسی قرار گیرد. 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.

با وجود شیوع زیاد اختلال عملکرد جنسی، در زمینه وضعیت روانی این افراد بررسی‌های کمی انجام شده است. روزن^{۱۲}، تیلور^{۱۳}، لیلیوم^{۱۴} و باخمن^{۱۵} (۱۹۹۳) در انگلستان پژوهشی با عنوان «شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان» بر روی ۳۲۹ مراجعه‌کننده سرپایی به کلینیک زنان انجام دادند. در این بررسی یک پرسش‌نامه عملکرد جنسی استاندارد شده را بر روی زنان سالم در سنین ۱۸-۷۳ سال به کار بردند و دریافتند که دامنه وسیعی از مشکلات جنسی با کمترین رابطه جنسی در ۴۸/۵٪ موردها و فعالیت جنسی عادی در ۲۸/۵٪ موردها وجود دارد. بیشترین مشکلات جنسی گزارش شده عبارت بودند از: نگرانی از بارداری در هنگام نزدیکی^{۱۶} (۳۸/۱٪)، لذت نبردن از نزدیکی (۱۶/۳٪)، مشکل رسیدن به ارگاسم (۱۵/۴٪)، خشک بودن اندام جنسی زن (۱۳/۶٪) و درد در هنگام نزدیکی (۱۱/۳٪). این مشکلات در زنان پس از یائسگی شیوع بیشتری داشت. علی‌رغم این مشکلات ۶۸/۶٪ افراد

- | | |
|--|--------------------|
| 1- sexual dysfunction | 2- Hallvorsen |
| 3- Metz | 4- Ackerman |
| 5- Kinzl | 6- Mangweth |
| 7- Traweger | 8- Bibl |
| 9- sexual desire | 10- sexual arousal |
| 11- orgasm | 12- Rosen |
| 13- Taylor | 14- Leiblum |
| 15- Bachmann | |
| 16- sexual intercourse | |
| 17- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th edition (DSM-IV) | |
| 18- Trudel | 19- Ravart |
| 20- Matte | 21- Alexander |
| 22- Chandraiah | 23- Leevenson |
| 24- Collins | |

گرفته‌اند و ۳۲/۶٪ آنان نیز یک زمینه خانوادگی آسیب‌رسان را گزارش نموده‌اند و درصد بیشتری از این افراد در زمینه ارگاسم و میل جنسی مشکل داشته‌اند.

پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط بین اختلال عملکرد جنسی و وضعیت روانی مراجعه‌کنندگان به کلینیک روانپزشکی و هدف‌های اختصاصی زیر اجرا شد:

- ۱- تعیین میزان اختلال کلی عملکرد جنسی در گروه‌های مورد و گواه و مقایسه آن‌ها.
 - ۲- تعیین میزان اختلال کلی عملکرد جنسی در بیماران افسرده و گروه گواه و مقایسه آن‌ها.
- هم‌چنین اهداف اختصاصی مشابه در مورد سایر اختلال‌ها یعنی اضطراب، ترس مرضی، پرخاشگری و جسمانی کردن مورد نظر بوده است.

روش

این پژوهش از نوع موردی-شاهدی می‌باشد. آزمودنی‌های گروه مورد را ۱۶۵ نفر مراجعین سرپایی کلینیک روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) و یک کلینیک روانپزشکی خصوصی تشکیل داده‌اند (یعنی برای هر یک از اختلال‌های پنج‌گانه افسردگی، پرخاشگری، ترس مرضی، اضطراب و شکایت‌های جسمانی، ۳۳ نفر). این افراد نخست توسط روانپزشک و روانشناس مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و با توجه به معیارهای موردنظر پژوهش، انتخاب شدند و پیشنهاد مشارکت در پژوهش به آنان داده می‌شد. در صورتی که بیماران پیشنهاد همکاری به‌عنوان آزمودنی را می‌پذیرفتند به پرسش‌نامه‌ها پاسخ می‌دادند. آزمودنی‌های گروه گواه را بازدیدکنندگان و همراهان بیماران بدنی بستری در بیمارستان امام حسین (ع) و همراهان مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های جسمانی مجاور

قاعدگی^۱ مورد پژوهش قرار دادند و برای ارزیابی میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی و سازگاری اجتماعی جدول مصاحبه تشخیصی، فهرست علائم ۹۰ سؤال و مقیاس سازگاری اجتماعی ویسمن را به‌کار بردند. یافته‌ها نشان داد که ۵۰٪ آنها اختلال‌های عاطفی عمده (افسردگی اولیه)، ۵۳٪ اختلال اضطرابی (هراس اولیه یا اختلال اضطراب منتشر) و ۴۰٪ اختلال روانی-جنسی (میل جنسی بازداری شده) داشتند. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که گروه پژوهشی، افسردگی، افسرده‌خیزی^۲، و سایر اختلال‌های روانپزشکی را بیشتر از زنان عادی داشته و میزان ناسازگاری اجتماعی در گروه روانپزشکی به‌طور معنی‌داری بالاتر از جمعیت عادی و مراجعان سرپایی روانپزشکی بوده است (چاندرایه و همکاران، ۱۹۹۱).

پالاس^۳ و گورزالکا^۴ (۱۹۹۰) براین باورند که اضطراب می‌تواند باعث اختلال در عملکرد جنسی زنان گردد.

در مورد درمان اختلال عملکرد جنسی، هالورسن و منز (۱۹۹۲b)، رفتار درمسانی شناختی، آموزش آرمیدگی، هیپنوتیزم و راهنمایی ذهنی و گروه درمانی را به‌عنوان درمان‌های موفق و روش‌های ویژه مانند خودانگیزی مستقیم^۵، روش شروع-توقف^۶، و حساسیت‌زدایی منظم را بیان کرده‌اند. در زنان این شیوه‌ها در درمان واژینیسم^۷، آمیزش جنسی دردناک و اختلال در ارگاسم نتیجه‌هایی رضایت‌بخش اما در مورد اختلال میل جنسی کمترین میزان موفقیت را داشته است.

برخی از پژوهشگران عملکرد بد خسانواده و سوءرفتار جنسی در دوران کودکی را در اختلال‌های جنسی دوران بزرگسالی مؤثر می‌دانند (کینزل و تراوگر، ۱۹۹۵؛ کینزل و همکاران، ۱۹۹۷).

کینزل و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی ۲۰۳ دانشجوی زن را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که ۲۱/۸٪ زنان مورد بررسی مورد سوءاستفاده جنسی قرار

1- premenstrual syndrome 2- dysthymia
3- Palace 4- Gorzalka
5- self-stimulation 6- start-stop
7- vaginism

یافته‌ها

شاخص‌های آماری مربوط به سن آزمودنی‌های گروه‌های مورد و گواه در جدول ۱ دیده می‌شود. آزمون آماری t بین دو گروه از نظر سن تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن در گروه‌های مورد و گواه

گروه‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	نمره	سطح معنی‌داری
مورد	۱۶۵	۳۴/۹	۷/۰۱	۱/۲۱	N.S.
گواه	۳۳	۳۳/۳	۶/۴۷		

تحلیل یافته‌های مربوط به توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی در دو گروه مورد و گواه به کمک آزمون آماری χ^2 دو نشان داد که بین دو گروه از نظر فراوانی اختلال عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). این یافته بیانگر فراوانی بیشتر اختلال عملکرد جنسی در گروه مورد نسبت به گروه گواه می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی در گروه‌های مورد و گواه

گروه	اختلال عملکرد جنسی		
	دارد	ندارد	جمع
مورد	۱۵۱	۱۴	۱۶۵
درصد	۹۱/۵	۸/۵	۱۰۰
گواه	۲۲	۱۱	۳۳
درصد	۶۶/۷	۳۳/۳	۱۰۰

کلینیک روانپزشکی مورد بررسی تشکیل دادند. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفته است:

الف) پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، که گردآوری داده‌های جمعیت‌شناختی به کمک آن انجام شد.

ب) فهرست علایم نود سؤالی^۱ دارای ۹۰ پرسش در زمینه علامت‌های اختلال روانی است که به وسیله‌ی آزمودنی گزارش می‌شود (دروگاتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶، به نقل از باقری‌یزدی، بوالهروی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۳). پاسخ‌های ارائه‌شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، به شدت) نشان داده می‌شود. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد از اختلال‌ها را می‌سنجد که ۵ مقیاس افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، پرخاشگری و شکایت‌های جسمانی در بررسی حاضر مورد ارزیابی قرار گرفت. پایایی این آزمون در آمریکا از ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ (نانالی، ۱۹۷۰، به نقل از باقری‌یزدی و همکاران، ۱۳۷۳) گزارش شده و در ایران نیز میرزایی (۱۳۵۹) یافته‌های مشابهی به دست آورده است. پایایی تمام مقیاس‌ها به جز ترس مرضی، افکار پارانویید و پرخاشگری بیشتر از ۰/۸۰ بوده است. هم‌چنین باقری‌یزدی و همکاران (۱۳۷۳) ضریب پایایی این آزمون را با روش آزمون-باز آزمون^۲ ۰/۹۷ محاسبه نمودند.

ج) پرسش‌نامه اختلال عملکرد جنسی، که بر پایه ملاک‌های DSM-IV برای تعیین این اختلال به صورت پرسش‌هایی با چهار گزینه تدوین و با روش لیکرت^۳ نمره‌گذاری شد. پایایی این پرسش‌نامه با روش دوتیمه‌کردن^۴ ۰/۸۴ به دست آمد.

همین اقدام‌ها برای گروه گواه نیز اجرا شد.

اجرای این بررسی از آبان‌ماه ۱۳۷۹ آغاز شد و در خرداد سال ۱۳۸۰ به پایان رسید. داده‌ها به کمک آزمون آماری χ^2 دو و آزمون t تحلیل گردید.

1- Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R)

2- test-retest

3- Likert

4- splite half method

در جدول ۳، توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی در زیرگروه افسرده‌ها آمده است. برپایه یافته‌های ارائه شده در این جدول، بین زیرگروه افسردگی و گروه گواه از نظر توزیع اختلال عملکرد جنسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$) و در افراد افسرده اختلال عملکرد جنسی بیشتر از افراد گروه گواه است. یافته‌های مربوط به توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی در بیماران اضطرابی و گروه گواه و مقایسه آن‌ها به کمک آزمون خی‌دو (جدول ۳)، تفاوت معنی‌داری از نظر آماری بین دو گروه نشان نداد.

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، در زمینه توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی در بیماران دارای ترس مرضی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری دیده نشد. آزمون خی‌دو تفاوت معنی‌داری در زمینه فراوانی اختلال عملکرد جنسی در گروه پرخاشگر و گروه گواه نشان داد ($P < 0/05$).

توزیع فراوانی انواع اختلال عملکرد جنسی در گروه‌های مورد و گواه و هم‌چنین مقایسه دو گروه به کمک آزمون فیشر (جدول ۴) نشان داد که دو گروه مورد و گواه در زمینه اختلال مربوط به میل جنسی ($P < 0/01$) و ارگاسم ($P < 0/01$) با هم تفاوت معنی‌داری دارند. اما در اختلال برانگیختگی و درد با این که تفاوت وجود دارد، این تفاوت معنی‌دار نیست. همان‌طور که در جدول یادشده دیده می‌شود در گروه مورد، اختلال ارگاسم با $74/3\%$ بیشترین میزان و پس از آن اختلال هر میل جنسی $69/7\%$ ، اختلال در برانگیختگی جنسی $27/9\%$ و اختلال درد 17% بوده است. هم‌چنین در گروه گواه اختلال ارگاسم و اختلال میل هر کدام با $45/5\%$ بالاترین میزان را داشتند و اختلال در برانگیختگی در $39/4\%$ و اختلال درد در $24/2\%$ موردها دیده شد.

جدول ۴- توزیع فراوانی انواع اختلال عملکرد جنسی در گروه‌های مورد و گواه

گروه	میل	برانگیختگی	ارگاسم	درد
فراوانی مورد	۱۱۵	۴۶	۱۲۱	۲۸
درصد	۶۹/۷	۲۷/۹	۷۴/۳	۱۷/۰
فراوانی گواه	۱۵	۱۳	۱۵	۸
درصد	۴۵/۵	۳۹/۴	۴۵/۵	۲۴/۲

توزیع فراوانی انواع اختلال عملکرد جنسی برحسب مقیاس‌های SCL-90-R در جدول ۵ ارائه شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بالاترین درصد اختلال میل در بیماران دارای شکایت‌های جسمانی ($81/8\%$)، بیشترین درصد اختلال برانگیختگی در افسرده‌ها ($78/8\%$)، بیشترین فراوانی اختلال ارگاسم در افسراد دارای ترس مرضی و شکایت‌های جسمانی ($78/8\%$) و بالاترین درصد اختلال درد نیز در افراد با شکایت‌های جسمانی ($30/3\%$) وجود دارد.

جدول ۳- توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی در زیرگروه‌های مورد و سطح معنی‌داری تفاوت زیرگروه‌های مورد و گروه گواه از نظر فراوانی اختلال عملکرد جنسی

زیرگروه	اختلال عملکرد جنسی		
	سطح معنی‌داری	دارد فراوانی (%)	ندارد فراوانی (%)
افسردگی	$P < 0/05$	۳۱ (۹۳/۹)	۲ (۶/۱)
اضطراب	N.S.	۲۹ (۸۷/۹)	۴ (۱۲/۱)
ترس مرضی	N.S.	۲۹ (۸۷/۹)	۴ (۱۲/۱)
پرخاشگری	$P < 0/05$	۳۰ (۹۰/۹)	۳ (۹/۱)
شکایت‌های جسمانی	$P < 0/05$	۳۱ (۹۳/۹)	۲ (۶/۱)

هم‌چنین آزمون خی‌دو تفاوت توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی در بیماران دارای شکایت‌های جسمانی و گروه گواه را معنی‌دار نشان داد ($P < 0/05$).

جدول ۵- توزیع فراوانی انواع اختلال عملکرد جنسی برحسب مقیاس های SCL-90-R

اختلال جنسی	مقیاس روانی	افسردگی	اضطرابی	ترس مرضی	پرخاشگری	شکایت های جسمانی
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
میل	۲۶ (۷۸/۸)	۲۳ (۶۹/۷)	۲۱ (۶۳/۶)	۲۳ (۶۹/۷)	۲۷ (۸۱/۸)	
برانگیختگی	۲۶ (۷۸/۸)	۱۳ (۳۹/۴)	۲۰ (۶۰/۶)	۲۳ (۶۹/۷)	۲۰ (۶۰/۶)	
ارگاسم	۲۵ (۷۵/۸)	۲۱ (۶۳/۶)	۲۶ (۷۸/۸)	۲۳ (۶۹/۷)	۲۶ (۷۸/۸)	
درد	۴ (۱۲/۱)	۳ (۹/۱)	۵ (۱۵/۲)	۵ (۱۵/۲)	۱۰ (۳۰/۳)	
بدون اختلال	۲ (۶/۱)	۳ (۹/۱)	۲ (۶/۱)	۲ (۶/۱)	۴ (۱۲/۱)	

بحث

مورد بررسی باشد که بیان شدت اختلال عملکرد جنسی سبب افزایش اضطراب این افراد شده و به همین دلیل ممکن است شدت کمتری از اختلال را گزارش کرده باشند. یافته های این پژوهش در مورد توزیع اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به ترس مرضی، با نتایج مربوط به پژوهش های سانچز و لیورکا (۱۹۹۲)، چاندرایه و همکاران (۱۹۹۱) و روزن و همکاران (۱۹۹۳) متفاوت می باشد. بررسی حاضر، اختلال عملکرد جنسی در افراد مبتلا به ترس مرضی و گروه گواه را یکسان نشان می دهد. این یافته با آنچه در سایر پژوهش ها گزارش شده همخوانی ندارد، که احتمال دارد ناشی از محدود بودن جامعه پژوهش حاضر، محدود بودن ابزار و مشخص نبودن نوع ترس مرضی در گروه مورد بررسی باشد. ضمن اینکه زمینه فرهنگی در این مورد نیز ممکن است نقش داشته باشد.

یافته های این پژوهش نشان داد که اختلال عملکرد جنسی در افراد پرخاشگر بیشتر از افراد گروه گواه است. این یافته با آنچه که روزن و همکاران (۱۹۹۳)، کینزل و تراوگر (۱۹۹۵) و کینزل و همکاران (۱۹۹۷) گزارش کرده اند همسو می باشد. با توجه به این که پرخاشگری در بیشتر اختلال های روانی ممکن است وجود داشته باشد، این نتیجه با یافته های بسیاری از بررسی های انجام شده همسو است.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر اختلال عملکرد جنسی بیشتری را در گروه مورد نسبت به گروه گواه نشان داد که با نتایج به دست آمده توسط روزن و همکاران (۱۹۹۳)، سانچز^۱ و لیورکا^۲ (۱۹۹۲)، الکساندر (۱۹۹۳)، چاندرایه و همکاران (۱۹۹۱) و پالاس، گورزالکسا (۱۹۹۰) همخوانی دارد و بیسانگر ارتباط اختلال در عملکرد جنسی با وضعیت روانی افراد می باشد. به بیان دیگر افرادی که از نظر سلامت روانی دچار مشکل هستند اختلال عملکرد جنسی بیشتری نیز دارند.

این بررسی نشان داد که در بیماران افسرده، اختلال عملکرد جنسی بیشتر از گروه گواه است. این یافته با یافته های الکساندر (۱۹۹۳)، آکرمین (۱۹۹۵)، کینزل و تراوگر (۱۹۹۵) و چاندرایه و همکاران (۱۹۹۱) همخوانی دارد. از انواع اختلال عملکرد جنسی، اختلال میل بیشترین میزان را در بیماران افسرده دارد (کاپلان^۳ و سادوک^۴، ۱۹۹۸).

یافته های مربوط به میزان اختلال عملکرد جنسی در بیماران اضطرابی در این پژوهش با یافته های کینزل و تراوگر (۱۹۹۵)، روزن و همکاران (۱۹۹۳)، سانچز و لیورکا (۱۹۹۲) و پالاس و گورزالکسا (۱۹۹۰) همسو نمی باشد. برخلاف بررسی های یاد شده، در این پژوهش میزان اختلال عملکرد جنسی در بیماران اضطرابی و گروه گواه تفاوت معنی داری نداشت. این یافته پژوهش می تواند ناشی از عوامل فرهنگی جامعه

هم چنین تجزیه و تحلیل مربوط به توزیع اختلال عملکرد جنسی در گروه شکایت‌های جسمانی نیز با یافته‌های هالورسن و متز (۱۹۹۲b)، کینزل و همکاران (۱۹۹۷) و آکرمن (۱۹۹۵) همخوانی دارد و بیسانگر وجود میزان بالاتر اختلال عملکرد جنسی در گروه یادشده می باشد.

این بررسی هم چنین نشان داد که مقایسه انواع اختلال عملکرد جنسی در گروه‌های مورد و گواه با یافته‌های گزارش شده توسط ترودل و همکاران (۱۹۹۳)، الکساندر (۱۹۹۳) و هالورسن و متز (۱۹۹۲a) همسو می باشد. یعنی اختلال میل و ارگاسم بیشتر در افرادی دیده شده است که مبتلا به اختلال‌های روانی بوده‌اند و اختلال درد کمتر با دو مشکل یادشده همراه بوده است. این یافته با سایر بررسی‌های انجام شده در این زمینه همخوانی دارد. تجارب نگارنده نیز در طی سال‌ها کار با افراد مبتلا به اختلال‌های جنسی مؤید وجود بیشتر اختلال میل و ارگاسم در افراد مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی می باشد.

هم چنین پژوهشگرانی که به بررسی فراوانی اختلال عملکرد جنسی در انواع اختلال‌های روانی پرداخته‌اند بالاترین میزان اختلال میل را در گروه با شکایت‌های جسمانی و افسرده‌ها و کمترین میزان آن را در افراد مبتلا به ترس مرضی گزارش کرده‌اند. در واقع یافته‌های پژوهش حاضر در این مورد با یافته‌های الکساندر (۱۹۹۳)، کینزل و تراوگر (۱۹۹۵) کینزل و همکاران (۱۹۹۷)، آکرمن (۱۹۹۵) و چاندرایه و همکاران (۱۹۹۱) همسویی دارد.

یافته‌های مربوط به اختلال برانگیختگی، بالاترین میزان را در افسرده‌ها نشان داد، که با تحقیقات کینزل و تراوگر (۱۹۹۵)، الکساندر (۱۹۹۳) و آکرمن (۱۹۹۵) همخوانی دارد و کمترین میزان آن نیز در افراد دچار اضطراب می باشد.

اختلال ارگاسم نیز بالاترین میزان را در افراد مبتلا به ترس مرضی نشان داد، که با یافته‌های سانچز و

لیورکا (۱۹۹۲)، و چاندرایه و همکاران (۱۹۹۱) همسو می باشد و کمترین میزان در افراد مبتلا به اضطراب گزارش شده است که با بررسی‌های سانچز و لیورکا (۱۹۹۲) در یک راستا می باشد.

بالاترین میزان درد در افراد با شکایت‌های جسمانی گزارش گردید که با یافته‌های هالورسن و متز (۱۹۹۲b)، کینزل و همکاران (۱۹۹۷) و آکرمن (۱۹۹۵) همسو است. در افراد مبتلا به اضطراب کمترین میزان درد گزارش شد که با بسیاری از بررسی‌های انجام شده همخوان نمی باشد.

به طور کلی یافته‌های به دست آمده نشان می دهد که اختلال عملکرد جنسی در مراجعه کنندگان روانپزشکی بیشتر است و این تفاوت معنی دار است. هم چنین در بین مراجعه کنندگان روانپزشکی، بیماران افسرده، بیماران دارای شکایت‌های جسمانی و افراد پرخاشگر به طور معنی دار اختلال عملکرد جنسی بیشتری دارند.

در بررسی حاضر به دلیل عامل‌های فرهنگی جامعه، آزمودنی‌ها به راحتی در مورد موضوع مورد بررسی همکاری نکرده و کمتر درباره مشکل سخن گفته‌اند. به ویژه این مشکل در مورد گروه گواه بیشتر محسوس بوده است. کم بودن شمار آزمودنی‌ها، محدود بودن منابع مالی، عدم شکایت اولیه بیماران از اختلال‌های جنسی از محدودیت‌های پژوهش به شمار می رود. از این رو توجه به اختلال عملکرد جنسی و درمان تخصصی تر آن، بررسی جنبه‌های دیگری از اختلال عملکرد جنسی به ویژه واژینیسیم، انجام پژوهش در جامعه‌ای گسترده تر و با نمونه بزرگ تر پیشنهاد می شود.

سپاسگزاری

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی به دلیل حمایت‌های مالی از طرح پژوهشی حاضر و همه کسانی که در اجرای پژوهش همکاری داشته‌اند به ویژه آزمودنی‌های پژوهش و آزمونگرانی که درگردآوری

Kinzi, J.F., Traweger, C.W. (1995). Sexual dysfunction: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse and Neglect*, 19, 785-792.

Kinzi, J.F., Mangweth, B., Traweger, C., & Bibl, W. (1997). Sexual dysfunction in men and women: Significance of a dysfunctional family climate and Sexual abuse. *Journal of Psychotherapy, Psychosomatic Medical Psychology*, 17, 41-45.

Palace, E.M., Gorzalka, B.B. (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 403-411.

Rosen, R.C., Taylor, J.F., Leiblum, S.R., & Bachmann, G.A. (1993). Prevalence of Sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 171-188.

Sanchez, I.S., & Liorca, R.G. (1992). Psychophysiological and psychopathologic aspects associated with sexual dysfunction. *Actas-Luso-Esp-Neurol-Psiquiatr-Ciene-Afines*, 20, 2737.

Trudel, G., Ravart, M., & Matte, B. (1993). The use of the multiaxial diagnostic system for sexual dysfunctions on the assessment of hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 123-130.

داده‌ها شرکت نمودند، هم‌چنین سرکار خانم ملایری و خانم فروغ‌السادات کوثر، کارکنان بیمارستان امام حسین (ع) صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

منابع

باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره اول، ۴۱-۳۲.

میرزایی، رفیه (۱۳۵۹). *اوزیابی اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم رفتاری دانشگاه تهران.

Ackerman, M.D. (1995). Introduction to the special section on contemporary issues in human sexuality: research and practice. *Journal of consulting clinical and psychology*, 63, 859-861.

Alexander, B. (1993). Disorders of Sexual desire: diagnosis and treatment of decreased libido. *American Family Physician*, 47, 832-838.

Chandraiah, S., Levenson, J.L., & Collins, J.B. (1991). Sexual dysfunction social maladjustment in a premenstrual syndrome clinic. *International Journal of Psychiatric and Medicine*, 21, 189-204.

Hallvorsen, J.G., & Metz, M.F. (1992a). Sexual dysfunction, part II: Diagnostic, management, and prognostic. *Journal of American Board of Family Practice*, 5, 177-199.

Hallvorsen, J.G., & Metz, M.E. (1992b). Sexual dysfunction, part I: classification etiology, and pathogenesis. *Journal of American Board of Family Practice*, 5, 51-61.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry, behavioral science/clinical psychiatry* (8th ed.) Baltimore: Williams & Wilkins, (p.p.685-699).