

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

سوسن بلیر*

زهره جهان‌بخشی**، امیرحسین جهانگیر***

چکیده

رفتار جنسی موضوعی کاملاً مشخص و خصوصی است که بخش مهمی از زندگی انسان‌ها را در برمی‌گیرد و با سلامت روان و روابط اجتماعی رابطه مستقیمی دارد. بنابراین، 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 همه زنان یائسه، نابارور، و معتاد همدان و کرمانشاه بود که از میان افراد جامعه ۳۴ زن یائسه، ۳۴ زن نابارور، و ۳۴ زن مبتلا به مصرف مواد مخدر انتخاب شدند. ابزار نمونه‌گیری شامل پرسش‌نامه بدعملکردی جنسی زنان (۲۰۰۱) و مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس لایونوند (Lovibond and Lovibond, 1995) بود. نتایج با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری 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 خرده‌مقیاس‌های سلامت روان وجود دارد و می‌توان گفت، زنانی که احساس حمله به طرف مقابل خود دارند، احساس

* 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 طباطبایی
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

لذت را از خود به صورت ناخواسته می‌گیرند و سلامت روان پایین‌تری 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، زنان نابارور، زنان معتاد.

۱. مقدمه

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. طی سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ پوشش رسانه‌های عمومی درباره فعالیت‌های تفریحی باعث شد که علاقه به فعالیت‌های جنسی افزایش یابد. هم‌چنین، داروهای ضدباروری مؤثر و درمان‌های جدید برای بیماری‌های مقاربتی کمک کردند تا قیدوبندهای جنسی کم‌تر شود (Ganji and Ganji, 2014: 224).

علاوه بر این‌ها، تغییر در قوانین سانسور جنسی نیز اجازه داد تا رسانه‌های عمومی به شیوه واضح‌تری مسائل جنسی را مطرح کنند. همه این مسائل باعث شد که به فعالیت جنسی، به‌طور عام، و به رضایت جنسی، به‌طور خاص، اهمیت بیش‌تری داده شود. در واقع، فعالیت جنسی از ابعاد مهم زندگی افراد است که می‌تواند متأثر از ویژگی‌های خود فرد، روابط بین‌فردی، اوضاع خانوادگی و 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: برانگیختگی اولیه، برانگیختگی کامل، ارگاسم، و بعد از ارگاسم (Sadock, 2012).

به‌طور 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، در روابط او با همسرش تأثیر بگذارد، و مستمر و مکرر باشد (Sadock, 2008). در بسیاری موارد، ناراحتی و استرس ناشی از مشکلات جنسی

به این علت به وجود می آید که با اختلالات خلقی یا اضطرابی ارتباط دارد و مشکلات جنسی می تواند آن ها را تشدید کند (Ganji and Ganji, 2014).

سلامت روان را می توان براساس تعریف کلی و وسیع تر تن درستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تن درستی به طور گسترده ای تغییر یافته است. عمر طولانی تر از متوسط، نجات زندگی انسان از ابتلا به بیماری های مهلک با کشف آنتی بیوتیک ها، و پیش رفت های علمی و فناوری در تشخیص و درمان مفهوم کنونی تن درستی را به دست داد که نه تنها بیان گر نبود بیماری است، بلکه توان دست یابی به سطح بالای تن درستی را نیز معنی می دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در همه 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 تأثیر می گیرد و در آن ها تأثیر می گذارد (Zamani et al., 2015).

بنابراین سلامت روان نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می کند که فرد با خود و سبک زندگی اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور بر این است که فرد باید بر زندگی اش کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می توان آن قسمت هایی را که درباره خود یا زندگی اش مسئله ساز است تغییر دهد (Barlow and Durand, 2011).

هر فردی در زمان و موقعیت خاص آستانه تحمل معینی در مقابل استرس دارد. وقتی فشار از حد توان شخص بگذرد ناچار اختلال های روانی و هیجانی نشان خواهد داد (Hakimjavadi et al., 2010). اضطراب مؤلفه دیگری است که به دنبال استرس های زیاد بروز می کند (Jordan, 1992).

علاوه بر این، افسردگی نیز از شایع ترین اختلالات روانی است و شیوع آن در زنان ۷-۲۱ درصد برآورده شده است (Kessler et al., 2009). پژوهش ها نشان داده است که بین وقوع استرس های منفی و شروع افسردگی رابطه مثبتی وجود دارد و حدود ۲۰-۵۰ درصد افرادی که استرس های شدیدی تجربه می کنند دچار افسردگی می شوند (Barlow, 2002).

افسردگی غالباً از وضعیتی شروع می شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می افتد و شخص ناگزیر می شود که از افراد مهم یا از مسائل مهم و مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و زندگی صرف نظر کند (Zamani et al., 2014: 8).

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

۲. سوالات تحقیق

۱.۲ سؤال اصلی تحقیق

آیا بدعملکردی جنسی در سلامت روان تأثیر دارد؟

۲.۲ سوالات فرعی تحقیق

- آیا بدعملکردی جنسی در استرس زنان یائسه تأثیر دارد؟
- آیا بدعملکردی جنسی در استرس زنان نابارور تأثیر دارد؟
- آیا بدعملکردی جنسی در استرس زنان معتاد تأثیر دارد؟
- آیا بدعملکردی جنسی در اضطراب زنان یائسه تأثیر دارد؟
- آیا بدعملکردی جنسی در اضطراب زنان نابارور تأثیر دارد؟
- آیا بدعملکردی جنسی در اضطراب زنان معتاد تأثیر دارد؟
- آیا بدعملکردی جنسی در افسردگی زنان یائسه تأثیر دارد؟
- آیا بدعملکردی جنسی در افسردگی زنان نابارور تأثیر دارد؟
- آیا بدعملکردی جنسی در افسردگی زنان معتاد تأثیر دارد؟

۳. پیشینه پژوهش

نتایج حاکی از آن است که میزان رضایت از روابط جنسی و توانایی فرد در ایجاد لذت دوطرفه با رضایت جنسی رابطه دارد (Young et al., 2000) و این لذت و رضایت جنسی سختی‌های زندگی و مشکلات بین زوجین را قابل تحمل می‌کند (Asghari, 2002). به عبارتی دیگر، استحکام روابط زناشویی بدون داشتن روابط جنسی رضایت‌بخش به‌خطر می‌افتد و بسیاری از زوج‌ها بالقوه و پنهانی تعارضاتی دربارهٔ مسائل جنسی دارند، اما آن را به‌مثابهٔ راز تلقی و از بیان آن اجتناب می‌کنند (Larson, 1998; Espuaten, 1996).

تحقیقات انجام‌شده در سال‌های پیش آماری ارائه داد که باعث حیرت‌زدگی امریکاییان شد و آنان فهمیدند که فعالیت‌های جنسی بسیار گسترده‌تر 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 (pre marital sex) داشته‌اند (American Psychiatric Association, 2013).

۴. روش تحقیق

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

۱.۴ نمونه تحقیق و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه زنان یائسه، نابارور، و معتاد شهرستان کرمانشاه و همدان در زمستان ۱۳۹۳ بود. دامنه سنی افراد شرکت‌کننده در گروه یائسه ۴۵-۵۳ سال، گروه نابارور ۳۹-۴۴ سال، و در گروه معتاد ۴۱-۴۸ سال بودند. حجم نمونه پژوهش شامل ۱۰۲ نفر در ۳ گروه ۳۴ نفره بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری دردسترس از بیماران مراجعه‌کننده به مطب مامایی مهرانگیز زمانی در همدان و سوسن بلیر در کرمانشاه استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص متخصص زنان برای یائسگی و ناباروری و تشخیص اختلالات مواد براساس طبقه‌بندی اختلالات اعتیادی انجمن روان‌شناسی امریکا (ibid).

۲.۴ ابزارهای پژوهش

مقیاس افسردگی، اضطراب، و استرس (DASS) مجموعه‌ای از دو مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب، و استرس است (Lovibond and Lovibond, 1995).

آنتونی و همکاران (Antony et al., 1998) به تحلیل عاملی مقیاس مذکور پرداختند که نتایج پژوهش آنان حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب، و استرس بود. ضریب آلفا برای عوامل افسردگی، اضطراب، و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، و ۰/۹۵ بود. هم‌چنین نتایج محاسبه هم‌بستگی بین عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (ibid) حاکی از ضریب هم‌بستگی ۰/۴۸ بین دو عامل افسردگی و استرس، ضریب هم‌بستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و استرس، و ضریب هم‌بستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران را سامانی و جوکار (Samani and Jokar, 2007: 125) بررسی کردند که اعتبار بازمیابی را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶، و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۱،

۶ بررسی بدعملکردی جنسی و سلامت روان (افسردگی، اضطراب، و استرس) ...

۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. هریک از خرده‌مقیاس‌های آزمون شامل هفت سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید.

۱.۲.۴ پرسش‌نامه اختلال بدعملکردی جنسی زنان (FSFI)

این پرسش‌نامه اختلال بدعملکردی جنسی زنان را می‌سنجد و دارای زیرمقیاس‌های اختلال میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد جنسی، و رطوبت مهبل است و اعتبار آن را محمدی و همکاران (۱۳۸۷) برآورده کرده‌اند که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس‌های بدعملکردی جنسی (اختلال میل جنسی، اختلال انگیختگی جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال درد جنسی، و رطوبت مهبل) به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند.

۳.۴ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از ضرایب هم‌بستگی و مدل رگرسیون خطی بررسی شدند.

۴.۴ یافته‌ها

۱.۴.۴ خصوصیات جمعیتی پاسخ‌گویان

میانگین سنی نمونه مورد بررسی در سه گروه زنان یائسه، زنان نابارور، و زنان معتاد به ترتیب برابر با ۴۹/۷۳، ۴۲، و ۴۲/۳۷ سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد بدعملکردی جنسی و زیرمقیاس‌های آن در گروه‌های 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	۸۷/۲۳
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

سوسن بلیر و دیگران ۷

نتایج جدول ۱ نشان داد بدعملکردی جنسی در هر سه گروه زنان معتاد، یائسه، و نابارور بالاترین نمره است که در گروه زنان یائسه بیشترین (۸۸/۲۳ درصد افراد) اختلال را میل جنسی، در گروه زنان معتاد و نابارور بیشترین اختلال را اختلال انگیزتگی جنسی با ۸۲/۳۵ درصد و ۷۳/۵۲ درصد تشکیل داده‌اند.

جدول ۲. ضرایب هم‌بستگی بین بدعملکردی جنسی و زیرمقیاس‌های 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 انگیزتگی جنسی	۳۴	-۰/۴۸	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال ارگاسمی	۳۴	-۰/۵۸	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال درد جنسی	۳۴	-۰/۴۱	۳۳	۰/۰۰۵

با توجه به نتایج جدول ۲ بین بدعملکردی جنسی و زیرمقیاس‌های آن با سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

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

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

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی براساس مؤلفه استرس در سلامت روان وارد معادله شد و در متغیر استرس $0/5776$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=0/5776$)؛ در متغیر اضطراب $0/3844$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=0/3844$)؛ و در متغیر افسردگی $0/5041$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=0/5041$).

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

متغیرها	تعداد	ضریب هم‌بستگی	درجه آزادی	سطح معناداری
بدعملکردی جنسی	۳۴	-۰/۶۶	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال میل جنسی	۳۴	-۰/۶۵	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال انگیزتگی جنسی	۳۴	-۰/۶۸	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال ارگاسمی	۳۴	-۰/۶۳	۳۳	۰/۰۰۵
اختلال درد جنسی	۳۴	-۰/۳۸	۳۳	۰/۰۰۵

۸ بررسی بدعملکردی جنسی و سلامت روان (افسردگی، اضطراب، و استرس) ...

با توجه به نتایج جدول ۴ بین بدعملکردی جنسی و زیرمقیاس‌های آن با سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

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

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

با توجه به جدول ۵، مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی براساس مؤلفه استرس در سلامت روان وارد معادله شد و در متغیر استرس $۰/۳۹۶۹$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=۰/۳۹۶۹$)؛ در متغیر اضطراب $۰/۳۳۶۴$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=۰/۳۳۶۴$)؛ و در متغیر افسردگی $۰/۵۷۷۶$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=۰/۵۷۷۶$).

جدول ۶. ضرایب هم‌بستگی بین بدعملکردی جنسی و زیرمقیاس‌های 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 انگیزندگی جنسی	۳۴	-۰/۴۶	۳۳	۰/۰۵
اختلال ارگاسمی	۳۴	-۰/۵۳	۳۳	۰/۰۵
اختلال درد جنسی	۳۴	-۰/۳۹	۳۳	۰/۰۵

با توجه به نتایج جدول ۶ بین بدعملکردی جنسی و زیرمقیاس‌های آن با سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

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

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

نتایج جدول ۷ نشان داد، مدل رگرسیون خطی بدعملکردی جنسی براساس مؤلفه استرس در سلامت روان وارد معادله شد و در متغیر استرس $0/4900$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=0/4900$)؛ در متغیر اضطراب $0/5476$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=0/5476$)؛ و در متغیر افسردگی $0/3844$ واریانس بدعملکردی را پیش‌بینی می‌کند ($R^2=0/3844$).

۵. بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه بدعملکردی جنسی و سلامت روان در زنان یائسه، نابارور، معتاد 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 معتاد، و زنان نابارور از بیش‌ترین تا کم‌ترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند و تفاوت معناداری بین این سه گروه بوده است.

طبق پژوهش‌های کاروالهرا و لیل (Carvalho and Leal, 2008) و دونا و همکاران (Dunn et al., 2000) عوامل خطر برای اختلالات جنسی معمولاً عواملی مرتبط با جنسیت‌اند، یعنی اکثر آن‌ها مانند اختلال میل جنسی و اختلال برانگیختگی جنسی فقط در زنان وجود دارد و مختص زنان است و 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 و نابارور) یا هیجانی (معتاد) ضعیف دارند بیش‌تر است (Ganji and Ganji, 2014: 278).

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 گرفته‌اند با خطر بیش‌تری مواجه‌اند (Litzinger and Gordon, 2005). نتایج پژوهش‌های انجام‌شده مبنی بر این که در گروه زنان یائسه خرده‌مقیاس‌های بدعملکردی جنسی به ترتیب در اختلال میل جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال انگیزتگی جنسی، و اختلال درد جنسی از بیش‌ترین تا کم‌ترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند با نتایج این پژوهش هم‌خوان است.

مشکلات میان‌فردی یکی از مهم‌ترین معیارها برای همه اختلالات جنسی است، چراکه رابطه جنسی رابطه‌ای میان‌فردی و اختلالات جنسی معلول روابط میان‌فردی

است. در روابط میان فردی احساسات منفی مثل خصومت، خشم، انزجار، بی‌اعتمادی، و افسردگی در روابط جنسی تأثیر می‌گذارند؛ به این صورت که کاهش یا نابودی احساسات مثبت و مورد نیاز برای میل جنسی و تحریک جنسی را موجب می‌شوند (Hainsworth et al., 2011).

تجربه‌های خوشایند جنسی معمولاً در گرو این‌اند که افراد تا چه اندازه آماده پذیرش هیجان‌های مثبت و لذت‌بخش‌اند و تا چه حد به محرک‌هایی توجه می‌کنند که طی رابطه جنسی باعث تحریک و لذت می‌شوند. به‌همین علت، هیجان‌ات منفی مانند استرس، اضطراب، و افسردگی می‌توانند در عملکرد جنسی شدیداً تأثیر بگذارند (Zamani et al., 2016). مطالعات نشان می‌دهد که ۶۲ درصد افراد افسرده اختلال جنسی نیز دارند، در حالی که فقط ۲۶ درصد افراد غیرافسرده اختلال جنسی نشان می‌دهند (Ganji and Ganji, 2014). عارضه‌های افسردگی باعث می‌شوند که زنان، از نظر میل جنسی، رؤیایپردازی جنسی، برانگیختگی جنسی، و ارگاسم نقص نشان دهند (Barlow and Durand, 2011). 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 مؤلفه‌های سلامت روان در زنان یائسه رابطه وجود دارد. زنان یائسه ۰/۷۶ درصد دچار استرس، ۰/۷۱ درصد دچار اختلال افسردگی، و ۰/۶۲ درصد دچار اختلال اضطراب‌اند که در بدعملکردی جنسی آنان تأثیر گذاشته است و این با نتایج پژوهش‌های قبلی که در بالا توضیح داده شد هم‌خوانی دارد.

باروری همواره یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به‌شمار می‌رود. هنگامی که مرد و زن درمی‌یابند ممکن است هرگز بچه‌دار نشوند، دچار بحران ناشی از ناباروری می‌شوند و این وضعیت می‌تواند در همه ابعاد زندگی آنان به‌خصوص رابطه جنسی تأثیر منفی بگذارد. به علت این مسائل اختلال‌هایی در عملکرد جنسی زوجین به‌وجود می‌آید و زندگی جنسی آنان مختل می‌شود (بخشایش و مرتضوی، ۱۳۸۸). هم‌چنین ناباروری در حکم شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون پیش‌گیری یکی از تلخ‌ترین تجربه‌های زندگی توصیف شده است که با مرگ یکی از بستگان درجه یک که واکنش سوگ را به دنبال دارد مقایسه‌شدنی است (کاظمی، ۱۳۸۴).

زنان نابارور به‌علت مشکلات هیجانی ناشی از نقص جسمانی احساس حمله به شخصیت و نقص خود را دارند و در شاخص بدعملکردی جنسی اختلال انگیزتگی جنسی بیش‌ترین و اختلال درد جنسی کم‌ترین فراوانی را به خود اختصاص دادند.

ناباروری، در جایگاه یکی از بحران‌های زندگی، استرس زیادی بر زوج‌ها وارد می‌کند و می‌تواند به طرق گوناگون سلامت روانی آنان را تهدید کند و باعث اختلال در کیفیت زناشویی، کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه رابطه زناشویی، درماندگی، گاهی تظاهرات افسردگی بالینی، و دیگر اختلالات روانی شود. تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که در تعداد زیادی از زوج‌ها ناباروری با بدکنشی‌های روانی - جنسی نیز همراه است. تحقیقات حاکی از آن است که ناباروری نه تنها تغییرات روان‌شناختی مهمی در فرد به وجود می‌آورد، بلکه در اغلب موارد در روابط جنسی زوجین تأثیر عمیقی می‌گذارد و می‌تواند مانند ضربه‌ای پرقدرت علیه استحکام ازدواج عمل کند (Ardakani, 2001).

طبق نتایج پژوهش انجام‌شده، بین بدعملکردی جنسی و مؤلفه‌های سلامت روان زنان نابارور رابطه وجود دارد و زنان نابارور ۰/۶۳ درصد دچار استرس، ۰/۷۶ درصد دچار اختلال افسردگی، و ۰/۵۸ درصد دچار اختلال اضطراب‌اند که در بدعملکردی جنسی آن‌ها تأثیر گذاشته است.

آندروز و همکاران (Andrews et al., 1992) زوجین نابارور را با زوجین بارور مقایسه کردند و دریافتند که استرس صرف‌نظر از منبع آن (خواه ناباروری باشد یا استرس ناشی از دیگر منابع) در عملکرد زناشویی، جنسی، و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را کاهش می‌دهد. به‌طور کلی زنان بیش‌تر تحت تأثیر هر استرسی قرار می‌گیرند و احساس رضایت از زندگی زناشویی و سلامتی‌شان بیش‌تر تأثیر می‌پذیرد.

بر طبق نتایج پژوهش اودیو (Audu, 2002) افراد نابارور دچار اختلالات روان‌شناختی، نارضایتی زناشویی، احساس فشار از سرنوشت ازدواج، و خشم دارای خُلق منفی می‌شوند.

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 کم‌ترین فراوانی را داشتند.

طبق نتایج پژوهش انجام‌شده بین بدعملکردی جنسی و مؤلفه‌های سلامت روان زنان معتاد رابطه وجود دارد و در زنان معتاد ۰/۷۰ درصد افراد دچار استرس، ۰/۶۲ درصد افراد دچار اختلال افسردگی، و ۰/۷۴ درصد افراد دچار اختلال اضطراب‌اند که در بدعملکردی جنسی آن‌ها تأثیر گذاشته است. این نتایج با پژوهش‌های انجام‌شده 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) زنان یائسه، نابارور، و معتاد به دست داد. انتخاب این سه گروه به این دلیل بود که سلامت بدنی و روانی افراد دچار رنج‌های هیجانی بیش‌تر از دیگر افراد است و افراد معتاد، یائسه، و نابارور دچار دردهای هیجانی بالایی‌اند. از آن‌جا که اختلال بین این افراد مزمن و گاهی حاد است بیش‌تر دردهای هیجانی منجر به رنج هیجانی می‌شود و فرد نمی‌تواند خود را با اوضاع 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. در گروه زنان یائسه خرده‌مقیاس‌های بدعملکردی جنسی به ترتیب در اختلال میل جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال انگیختگی جنسی، و اختلال درد جنسی از بیش‌ترین تا کم‌ترین درصد را گرفته‌اند و در زنان یائسه ۰/۷۶ درصد دچار استرس، ۰/۷۱ درصد دچار اختلال افسردگی، و ۰/۶۲ درصد افراد دچار اختلال اضطراب‌اند که در بدعملکردی جنسی آن‌ها تأثیر گذاشته است.

بین بدعملکردی جنسی و مؤلفه‌های سلامت روان زنان نابارور رابطه وجود دارد و در زنان نابارور ۰/۶۳ درصد افراد دچار استرس، ۰/۷۶ درصد افراد دچار اختلال افسردگی، و ۰/۵۸ درصد افراد دچار اختلال اضطراب‌اند که در بدعملکردی جنسی آن‌ها تأثیر گذاشته است.

طبق نتایج پژوهش انجام شده بین بدعملکردی جنسی و مؤلفه‌های سلامت روان زنان معتاد رابطه وجود دارد و در زنان معتاد ۰/۷۰ درصد افراد دچار استرس، ۰/۶۲ درصد افراد دچار اختلال افسردگی، و ۰/۷۴ درصد افراد دچار اختلال اضطراب‌اند که در بدعملکردی جنسی آن‌ها تأثیر گذاشته است. این نتایج با پژوهش‌های قبلی که در بالا توضیح داده شد هم‌خوانی دارد. در مجموع، براساس نتایج این پژوهش، پیش‌نهاد می‌شود که به بیماری‌های جسمانی و اختلالات هیجانی بیش‌تر توجه شود تا کیفیت زندگی بالا رود و در تحقیقات دنباله‌رو نشان داده شد بین بدعملکردی جنسی با سلامت روان رابطه معکوسی وجود دارد.

در پایان نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاس‌گزاری را داشته باشند. در ضمن، نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را بیان نکرده‌اند.

کتابنامه

بخشایش، علیرضا و مهناز مرتضوی (۱۳۸۸). «رابطه رضایت جنسی، سلامت عمومی و رضایت زناشویی در زوجین»، نشریه روان‌شناسی کاربردی، دوره سوم، ش ۴.
کاظمی، مهرانگیز (۱۳۸۴). «خانواده و آسیب‌های روانی موجود در آن»، مجله معرفت، ش ۹۴.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic Criteria from DsM-iv-tr*, American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*, American Psychiatric Pub.
- Andrews, F. M., A. Abbey, and L. J. Halman (1992). 'Is Fertility-problem Stress Different? The Dynamics of Stress in Fertile and Infertile Couples', *Fertility and Sterility*, 57 (6).
- Antony, M. M. et al. (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).
- Asghari, H. (2002). *The Role of Mental Health on Marriage and Divorce*, Tehran: Goftego Publications.
- Audu, B. (2002). 'Sexual Dysfunction among Infertile Nigerian Women', *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(6).
- Backshayash, A. and S. Rezahi (1388). 'Women Infertility and Dysfunction Disorder Sexual', 4th Congress of Sexual Health, Tehran Shahed University.
- Barlow, D. H. and V. M. Durand (2011). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*, Toronto: Nelson Education.
- Carvalho, A. and I. Leal (2008). 'T09-O-04 Determinant Factors of Female Sexual Satisfaction', *Sexologies*, No. 17.
- Dunn, K. M., P. Craft, and G. I. Hackett (2000). 'Satisfaction in the Sex Life of a General Population Sample', *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2).
- Fourcroy, J. L. (2003). 'Female Sexual Dysfunction', *Drugs*, 63(14).
- Ganji, M. and H. Ganji (2014). *Abnormal Psychology Based on DSM-5*, Tehran: Savalan.
- Hainsworth, J. D. 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).
- Jordan, B. K. 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).
- Karbasi, M. (1388). 'The Study Range of Sexual Disorder in Women', 4th Congress of Sexual Health, Tehran Shahed University.

- Kessler, R. C. 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).
- Litzinger, S. and K. C. Gordon (2005). 'Exploring Relationships among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction', *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(5).
- Lovibond, P. F. and S. H. Lovibond (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).
- Mohammadi, K., M. Heydarzadeh, S. Heydari (1387). 'The Study of Frequency of Sexual Dysfunction Factors of Infertile', *Journal of Palayesh*.
- Sadock, B. J., V. A. Sadock, and Z. E. Levin (2007). *Kaplan and Sadock's Study Guide and Self-examination Review in Psychiatry*, U S: Lippincott Williams and Wilkins.
- Samani, S. and B. Jokar (2007). 'Reliability and Validity of Depression, Anxiety, and Stress Scale-DASS', *Journal of Social Science and Mumanistics*, 26 (3).
- ShoaaKazemi, M. (1384). 'Comparative Infertility/ Fertilitie Problem in Women', 3th Congress of Sexual Health, Shiraz University.
- Young, M. et al. (2000). 'Sexual Satisfaction among Married Women', *American Journal of Health Studies*, 16 (2).
- Zamani, N. et al. (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).
- Zamani, N., M. Habibi, and M. Darvishi (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)*, No. 18.
- Zamani, N., S. Zamani, and M. Habibi (2016). 'Comparison Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on Emotion Regulation in the Mother of Children with Neurodevelopmental Disorder', *Journal of Research and Health Social Development and Health Promotion Research Center*, In Press.