

## ارتباط بین افسردگی و شاخص عملکرد جنسی در زنان متأهل

فاطمه مزده<sup>۱</sup>، شراره ضیغمی محمدی<sup>۲\*</sup>

۱- کارشناس ارشد مامایی، سوپروایزر آموزشی بیمارستان حضرت علی کرج

۲- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

دریافت: ۹۱/۸/۷، پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۷

### چکیده:

**مقدمه:** اختلال عملکرد جنسی مشکل شایعی در زنان است که بر کیفیت زندگی اثر منفی می‌گذارد. فاکتورهای متعددی بر عملکرد جنسی اثر دارند. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط بین افسردگی با شاخص عملکرد جنسی در زنان متأهل بود. **روش کار:** این یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که بر روی ۲۰۰ زن در درمانگاه زنان بیمارستان حضرت علی شهر کرج، در سال ۱۳۸۸ انجام شد. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود. اطلاعات به روش مصاحبه جمع‌آوری شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم مشخصات دموگرافیک، مقیاس افسردگی مربوط به مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک و شاخص عملکرد جنسی زنان بود. اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی، تی تست، آنالیز واریانس یکطرفه و رگرسیون لجستیک تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره شاخص عملکرد جنسی زنان  $20/59 \pm 5/10$  (دامنه ۲ تا ۳۶) و میانگین نمره افسردگی  $11/63 \pm 11/61$  (۶۰ تا ۶۰) بود.  $31/5\%$  افسردگی خفیف تا متوسط و  $98/5\%$  زنان اختلال جنسی داشتند. بیشترین مشکلات جنسی اختلال در برانگیختگی جنسی ( $36\%$ )، نارضایتی جنسی ( $20\%$ ) و اختلال در ارگاسم ( $16/5\%$ ) بود. افسردگی با میل جنسی ( $16/07 - 1/06$ ، CI  $1/95$ ، OR:  $1/4$ ) و ارگاسم ( $0/02 - 0/72$ ، CI  $0/95$ ، OR:  $1/96$ ) ارتباط آماری معناداری داشت. **نتیجه نهایی:** عملکرد جنسی با وضعیت روانی فرد رابطه دارد، بنابراین توجه به مشکلات جنسی بیماران افسرده و همچنین شناسایی و درمان افسردگی در بیماران مبتلا اختلالات جنسی توصیه می‌گردد.

**کلید واژه‌ها:** اختلالات جنسی / افسردگی / زنان / عمل جنسی

### مقدمه:

نیاز انسان به محبت و نوازش از جانب همنوع بسیار ژرف تر و حاد تر از احتیاج او به غذا است و ضرورت آن برای بقا و پایداری انسان امری غیر قابل انکار است (۵). تمایلات جنسی درونی ترین احساسات و عمیقترین آرزوهای قلبی انسانها در معنابخشیدن به یک ارتباط است (۶). در یک ازدواج سالم، وجود یک رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تامین رضایت طرفین شود، نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد. روابط جنسی شکل دهنده بخشی از ادراکات مهم زوجین از یکدیگر است که تداوم بخش ازدواج است (۷). اختلال فعالیت جنسی در زنان شایع است و در هر سنی، فرهنگی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی

زنان رکن اصلی خانواده را تشکیل می‌دهند و سلامت جسم و روان آنها بر سلامت جسم و روان خانواده و تربیت فرزندان آنها اثر مستقیم دارد (۱). سازمان بهداشت جهانی سلامت زنان را از شاخص‌های رشد یافتگی کشورها معرفی نموده است (۲). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی دارد و تغییر در هر یک از این ابعاد موجب تاثیر بر سایر ابعاد می‌شود (۳). یکی از جنبه‌های مهم مفهوم سلامت، سلامت روان است (۲) و در این میان سلامت جنسی نه تنها نشانه‌ای از سلامت روانی است، بلکه اختلال در آن سلامت بدنی را نیز به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴).

\* نویسنده مسئول: شراره ضیغمی محمدی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (zeighami@kiaui.ac.ir)

بروز اختلال جنسی است (۱۵). امروزه افسردگی رایجترین اختلال روانی شناخته شده که به دلیل گستردگی و شیوع فراوانی که دارد، سرماخوردگی روان پزشکی نامیده می شود (۱۶). زنان بیشتر از مردان در معرض خطر افسردگی قرار دارند (۱۷). در مطالعه هادی (۱۳۸۲) ۲۱/۵٪ زنان افسرده بودند (۱۸). مطالعه آذر در سال ۱۳۸۲ نشان داد که اختلال عملکرد جنسی در بیماران افسرده بیشتر از غیر افسرده است (۱۹). وزیری (۱۳۸۹) می نویسد افرادی که مشکلات جنسی دارند اغلب اعتماد به نفس پایینی داشته دچار افسردگی یا اضطراب هستند و روابط جنسی آنها تحت پیش بینی شکست آنها قرار میگیرد (۲۰). بهرامی در سال ۱۳۸۶ معتقد است که افراد افسرده احساس بی حسی پایدار، ناامیدی، درماندگی، بی ارزشی و گناه میکنند و عموماً تعلق خاطر خود را نسبت به زندگی، شغل و سایر فعالیتهایی که قبلاً برایشان لذت بخش بوده است از دست می دهند که از جمله آن فعالیت جنسی است و کاهش میل جنسی یکی از نشانه های بارز افسردگی است (۲۱).

علی رغم شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در زنان، بسیاری از آنان به دلایل برخی مسائل فرهنگی و مذهبی مشکلات جنسی خود را بیان نمی کنند و یا به دنبال راهکارهای پزشکی جهت رفع آن بر نمی آیند. این در حالی است که اختلال عملکرد جنسی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان تاثیر منفی می گذارد. عوامل مختلفی بر عملکرد جنسی زنان تاثیر می گذارد که یکی از این عوامل مسائل روحی و روانی افراد است. از آنجایی که افسردگی شایعترین اختلالات روانی شناخته شده در زنان است، این مطالعه با هدف تعیین رابطه افسردگی با ابعاد مختلف عملکرد جنسی در زنان انجام شد.

### روش کار:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود. جامعه پژوهش، کلیه زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان حضرت علی (ع) شهر کرج در سال ۱۳۸۸ بود. نمونه ها بر اساس فرم انتخاب نمونه و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه به روش نمونه گیری تصادفی

بروز می کند و بطور وسیع بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی و ارتباط با همسر اثر می گذارد (۸). مطالعات مختلفی در ارتباط با شیوع و نوع اختلالات جنسی زنان انجام گرفته است. پاستور در سال ۲۰۱۱ گزارش نمود که کاهش تمایل جنسی در ۴۰ درصد زنان وجود داشته و ۱۰ تا ۱۶ درصد زنان در رابطه با کاهش تمایلات جنسی خود نگران بودند (۹). نتایج پژوهش والادارس در سال ۲۰۱۱ نشان داد که میزان شیوع کاهش تمایل جنسی ۶۰/۶٪، کاهش تحریک ۳۷٪ و کاهش عملکرد ارگاسمی ۳۱/۱٪ بوده است (۱۰). بررسی گرشاسبی در سال ۱۳۸۶ در استان کهگیلویه و بویر احمد نشان داد که شایعترین اختلال جنسی در زنان سنین باروری کمبود میل جنسی ۳۵/۱٪، درد هنگام نزدیکی ۳۴/۹٪، نرسیدن به ارگاسم ۳۴/۵٪ و عدم تحریک جنسی ۳۱/۶٪ بود (۱۱). در مطالعه یکه فلاح در سال ۱۳۸۵ ۹۳/۱٪ زنان شهر قزوین حداقل از یک اختلال جنسی رنج می برند و شایعترین اختلال جنسی کاهش میل جنسی ۶۲/۴٪، خشکی واژن ۵۶/۵٪، عدم رسیدن به ارگاسم ۵۴/۳٪، مقاربت دردناک ۴۶/۸٪، سفتی عضلات واژن ۳۹/۷٪ احساس سوء استفاده جنسی ۱۴/۶٪ بود و فقط ۲۱/۵ درصد زنان از فعالیت جنسی خود راضی بودند (۵).

مسائل جنسی بر جسم، روان، ذهن و رفتارهای اجتماعی افراد تاثیرگذار است و به خطر افتادن رفتارهای جنسی، موجب اختلال در عواطف مربوط به عملکرد جنسی، شخصیت، عملکرد اجتماعی، عاطفی و دوستی می شوند. تحقیقات نشان می دهند که نارضایتی از عملکرد جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی یا بیماری های روانی و طلاق دارد (۱۲).

عوامل متعددی موجب بروز اختلال جنسی در زنان می گردد. بعضی از این عوامل عبارتند از وضعیت سلامت عمومی فرد، اختلالات روانشناختی، ابتلا به بیماریهای مزمن (۱۳) فاکتورهای بین فردی و مسائل اجتماعی (۱۴). افسردگی یکی از شایعترین عوامل روانشناختی موثر در

قسمت با جمع نمرات سئولات مربوط به آن بخش و ضرب کردن حاصل جمع نمرات در ضریب هر بخش "ضریب تمایلات جنسی (۰/۶)، برانگیختگی جنسی (۰/۳)، رطوبت مهبل (۰/۳)، ارگاسم (۰/۳)، رضایت جنسی (۰/۴)، درد (۰/۴)" محاسبه گردید. دامنه نمرات بعد تمایلات جنسی بین ۱/۲ تا ۶ امتیاز و سایر ابعاد صفر تا ۶ امتیاز می باشد. دامنه نمره کل اختلال عملکرد جنسی بین ۱/۲ تا ۳۶ امتیاز می باشد. کسب نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی واحد پژوهش است. نقاط برش برای تمایلات جنسی (۲/۱)، برانگیختگی جنسی (۲/۸)، رطوبت مهبل (۲/۸)، ارگاسم (۲/۶)، رضایت جنسی (۳)، درد (۳) و برای نمره کل شاخص عملکرد جنسی (۲۸) بود (۲۳). پایایی شاخص عملکرد جنسی زنان در ایران توسط محمدی (۱۳۸۷) و در خارج از کشور توسط روزن در سال ۲۰۰۰ مورد تایید قرار گرفت (۲۳، ۲۴). در مطالعه حاضر به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه ها از روش باز آزمایی مجدد استفاده گردید که به این منظور پرسشنامه ها در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز در اختیار ۱۰ زن قرار داده شد و همبستگی حاصل از دو آزمون برآورد گردید که برای پرسشنامه افسردگی ( $r=0/79$ ) و برای شاخص عملکرد جنسی زنان ( $r=0/81$ ) بدست آمد. ملاحظات اخلاقی در مطالعه حاضر لحاظ گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی، تی تست، آنالیز واریانس یکطرفه و رگرسیون لجستیک تحلیل گردید. سطح معنی دار در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته ها:

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سنی زنان مورد مطالعه  $39/95 \pm 25/78$  با دامنه ۱۹ تا ۳۹ سال بود. بیشتر زنان دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم (۶/۶۵) و خانه دار (۹۰٪) بودند. اغلب واحدهای پژوهش سابقه یکبار بارداری (۵۵/۵٪) و یک فرزند (۶۱٪) داشتند. میانگین درآمد خانواده  $111/602 \pm 359/575$  با دامنه ۷۰۰/۰۰۰ تا ۱۰۰۰/۰۰۰ و میانگین شاخص توده بدنی  $25/62 \pm 3/82$  با دامنه  $35/06$  تا  $16/61$  کیلوگرم بر متر مربع بود.

ساده (بر اساس قرعه کشی شماره ها) از جامعه پژوهش انتخاب شدند. شرط ورود به مطالعه تاهل، دارا بودن حداقل یک فرزند، عدم سابقه ابتلا به نازایی، یائسگی، بارداری، بیماریهای جسمی (دیابت، قلبی، تنفسی، سرطان و...) و روحی روانی (مانند تشخیص افسردگی و سایر اختلالات روانی و تحت درمان با داروهای ضد افسردگی و سایر داروهای موثر بر روان) شناخته شده و ناهنجاری یا صدمات ناحیه تناسلی و تمایل داشتن به شرکت در مطالعه بود. زنان مجرد، مطلقه و بیوه، نازا، باردار، یائسه و مبتلا به بیماریهای جسمی و روانی از مطالعه خارج شدند. داده ها به روش مصاحبه فردی به جمع آوری شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی مربوط به مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک و شاخص عملکرد جنسی زنان بود.

الف: پرسشنامه افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) دارای ۲۰ سؤال بود که به هر سؤال ۰ تا ۳ امتیاز تعلق میگیرد (۰=به ندرت یا هیچوقت (کمتر از ۱ روز)، ۱= کمی (۱-۲ روز)، ۲= گاهی اوقات (۳ تا ۴ روز)، ۳= بیشتر اوقات (۵ تا ۷ روز) و کل دامنه امتیاز بین ۰ تا ۶۰ می باشد. کسب نمره بالاتر به معنی میزان افسردگی بیشتر می باشد. براساس این ابزار نمره کمتر از ۱۵ نرمال، ۱۵ تا ۲۱ افسردگی خفیف تا متوسط، نمره بالای ۲۱ افسردگی شدید می باشد. در مطالعه Clark در سال ۲۰۰۲ قابلیت اعتبار این پرسشنامه ۰/۸۵ بود (۲۲).

ب- شاخص عملکرد جنسی زنان Female Sexual Function Index: این یک پرسشنامه شش بعدی است که عملکرد جنسی زنان را توسط ۱۹ سؤال در ابعاد تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد مورد بررسی قرار می دهد. نمرات در نظر گرفته شده برای هر سؤال بعد میل جنسی (۱ تا ۵ امتیاز) و برای ابعاد تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد (صفر تا ۵ امتیاز) می باشد. نمره فرد در هر قسمت با جمع نمرات سئولات مربوط به آن بخش و

نمره کل شاخص عملکرد جنسی زنان همبستگی مستقیم و معناداری با میزان درآمد داشت ( $p=0/000$ ) اما با سن و شاخص توده بدنی همبستگی معناداری نداشت ( $p>0/05$ ). میانگین نمره شاخص عملکرد جنسی بر تحصیلات ( $p=0/036$ ) و تعداد حاملگی ( $p=0/008$ ) اختلاف آماری معناداری نشان داد، اما بر حسب شغل، نوع زایمان و تعداد فرزندان تفاوتی نشان نداد ( $p>0/05$ ). نمره افسردگی همبستگی مستقیم و معناداری با شاخص توده بدنی داشت ( $p=0/002$ )، اما با سن و درآمد همبستگی معناداری نشان نداد ( $p>0/05$ ). اختلاف آماری معناداری در میانگین نمره افسردگی بر حسب تحصیلات، شغل، تعداد حاملگی و تعداد فرزندان مشاهده نشد ( $p>0/05$ ).

### بحث:

مطالعه حاضر نشان داد افسردگی با کاهش تمایلات جنسی و ارگاسم در زنان رابطه دارد. این یافته همسو با نتایج مطالعه لای در سال ۲۰۱۱ بود که نشان داد کاهش میل جنسی و کاهش ارگاسم از مشکلات شایع زنان افسرده است (۲۵). مطالعه چپورس در سال ۲۰۱۱ حاکی از آن بود که افسردگی با ارگاسم ارتباط دارد اما با تمایل جنسی ارتباط آماری ندارد (۲۶). افراد افسرده احساس بی حسی پایدار، ناامیدی، درماندگی، بی ارزشی و گناه میکنند و عموماً تعلق خاطر خود را نسبت به زندگی، شغل و سایر فعالیتهایی که قبلاً برایشان لذت بخش بوده است حتی مسائل جنسی از دست می دهند (۲۱). کنترل علائم افسردگی می تواند رضایت و عملکرد جنسی فرد را ارتقاء دهد (۲۸، ۲۷). به نظر می رسد این یافته اهمیت مسائل روانشناختی در بروز اختلالات جنسی را مورد حمایت قرار می دهد.

میانگین و انحراف محور ابعاد مختلف شاخص عملکرد جنسی زنان و افسردگی در جدول ۱ آورده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف عملکرد جنسی و افسردگی در زنان متاهل مورد مطالعه

عملکرد جنسی	انحراف معیار $\pm$ میانگین	حداکثر	حداقل
میل جنسی	$3/22 \pm 0/87$	۵/۴۰	۰/۶۰
برانگیختگی جنسی	$3 \pm 0/97$	۵/۴۰	۰
لغزنده سازی واژن	$3/40 \pm 1/05$	۵/۴۰	۰
ارگاسم یا اوج لذت جنسی	$3/07 \pm 0/95$	۴/۵۰	۰
رضایت جنسی	$3/83 \pm 0/94$	۵/۲۰	۰/۴۰
درد	$4/09 \pm 1/34$	۶	۰
کل نمره عملکرد جنسی	$20/59 \pm 5/10$	۲۹/۵۰	۱/۶۰
افسردگی	$17/61 \pm 1/63$	۵۷	۰

بر اساس نقاط برش  $98/5\%$  زنان نمره شاخص عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ داشتند، در بررسی ابعاد مختلف عملکرد جنسی نیز بر اساس نقاط برش ( $12/5\%$ ) اختلال تمایلات جنسی، ( $36\%$ ) اختلال در برانگیختگی جنسی، ( $14\%$ ) اختلال در رطوبت مهبل، ( $16/5\%$ ) ناتوانی در دستیابی به ارگاسم، ( $20\%$ ) نارضایتی جنسی و ( $12/5\%$ ) درد در حین مقاربت داشتند. طبقه بندی نمرات افسردگی زنان متاهل نیز نشان داد که ( $31/5\%$ ) افسردگی خفیف تا متوسط، ( $24\%$ ) افسردگی شدید و ( $44/5\%$ ) نرمال بودند.

بر اساس نتایج آزمون رگرسیون لجستیک افسردگی با میل جنسی ( $OR 1/4$ ،  $95\% CI 1/06-16/07$ ) و ارگاسم ( $OR 1/96$ ،  $95\% CI 0/02-0/72$ ) ارتباط آماری معناداری داشت، اما با برانگیختگی جنسی، لغزنده سازی واژن، رضایت جنسی، درد و کل نمره اختلال جنسی رابطه آماری معناداری نشان نداد (جدول ۲).

جدول ۲: آنالیز رگرسیون لجستیک جهت بررسی رابطه بین افسردگی و ابعاد مختلف عملکرد جنسی زنان متاهل مورد مطالعه

افسردگی	ضریب رگرسیونی (B)	خطای معیار	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای نسبت شانس	سطح معنی دار
میل جنسی	۴/۱۳	۰/۶۹	۱/۴۱	۱/۰۶-۱۶/۰۷	۰/۰۴۱
برانگیختگی جنسی	۰/۸۳	۰/۳۸	۰/۱۸	۰/۳۹-۱/۷۵	۰/۶۳۰
لغزنده سازی واژن	۰/۶۳	۰/۵۵	۰/۴۵	۰/۲۱-۱/۸۹	۰/۴۱۶
ارگاسم یا اوج لذت جنسی	۰/۱۴	۰/۸۳	۱/۹۶	۰/۰۲-۰/۷۲	۰/۰۱۹
رضایت جنسی	۱/۳۹	۰/۶۳	۰/۳۳	۰/۴۰-۴/۸۰	۰/۵۹
درد	۰/۴۱	۰/۵۶	-۰/۸۷	۰/۱۳-۱/۲۵	۰/۱۲۰
کل نمره عملکرد جنسی	۰/۰۰۰	۲۳۲۰۵/۴۹	-۲۱/۱۵	-	۰/۹۹۹

مواردی باشد که در عدم دسترسی به ارگاسم و کاهش برانگیختگی جنسی در زنان دخالت داشته باشد. کاهش میل جنسی در مطالعه حاضر سومین اختلال جنسی شایع در زنان بود اما این اختلال به عنوان اولین و شایعترین شکایت جنسی زنان در اکثر مطالعات معرفی شده است (۱۱-۸، ۵). کاهش میل جنسی در مطالعه پاستور (۲۰۱۱) ۴۰٪ زنان، والادارس (۲۰۱۱) ۶۰/۶٪، گرشاسبی (۱۳۸۶) ۳۵/۱٪، یکه فلاح (۱۳۸۵) ۶۲/۴٪ و باکوویی (۱۳۸۶) ۴۸/۴٪، شایعترین اختلال جنسی زنان بود (۱۱-۸، ۵).

در مطالعه حاضر نزدیک به یک سوم از زنان افسردگی خفیف تا متوسط داشتند. این در حالی است که در مطالعه هادی در سال ۱۳۸۲ ۲۱/۵٪ زنان افسرده بودند (۱۸). نتایج بررسی قربانی نیز نشان داد که ۳۸/۵٪ زنان از سلامت روانی مطلوبی برخوردار نبودند و ۷۵٪ این اختلالات مربوط به زنان متاهل بود (۱). به نظر می رسد زنان متاهل در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی هستند. چالشهای مختلف در زمینه های اقتصادی، مسائل و روابط زناشویی، نگرانی و تربیت فرزندان، نداشتن منبع درآمد مستقل برای خود، عدم تشویق، بستر مناسبی برای شیوع اختلالات روانی خصوصاً افسردگی در زنان متاهل را فراهم می آورد.

### نتیجه نهایی:

یکی از عوامل موثر بر زندگی شاد و خوشبختی در زندگی زناشویی، روابط لذت بخش جنسی است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میل جنسی و ارگاسم در زنان با وضعیت روانی فرد رابطه دارد، بنابراین توجه به مشکلات جنسی بیماران افسرده و همچنین شناسایی و درمان افسردگی در بیماران مبتلا اختلالات جنسی توصیه می گردد. از محدودیتهای مطالعه حاضر جمع آوری اطلاعات از یک مرکز بهداشتی بود که تعمیم داده ها به کل جامعه را مشکل می کند. توصیه می شود مطالعات دیگری در ارتباط با تعیین تاثیر درمانهای دارویی و غیر دارویی افسردگی بر عملکرد جنسی زنان انجام شود.

### سپاسگزاری:

این عنوان تحقیقاتی با موافقت ریاست محترم بیمارستان

در مطالعه حاضر تنها ۱۸٪ زنان عملکرد جنسی مطلوب داشتند و مابقی آنها به درجات مختلفی از اختلال جنسی شکایت داشتند. این یافته همسو با نتایج مطالعه یکه فلاح در سال ۱۳۸۵ بود که نشان داد ۹۳/۱٪ زنان شهر قزوین حداقل از یک اختلال جنسی رنج می برند و فقط ۲۱/۵ درصد زنان از فعالیت جنسی خود راضی بودند (۵). اما این یافته با نتایج بررسی باکوویی در سال ۱۳۸۶ مشابهت نداشت که نشان داد که تنها ۱۹/۲٪ زنان اختلال جنسی داشتند (۸). در مطالعات دیگری که توسط پالاسیوس در سال ۲۰۰۹ در اسپانیا و ژانگ در سال ۲۰۱۱ در چین انجام شد شیوع اختلال جنسی زنان به ترتیب ۴۰٪ و ۵۶/۸٪ گزارش شد (۲۹، ۳۰). به نظر می رسد شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان بالا است. اما تفاوت مشاهده شده در میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان در بین مقالات مختلف می تواند ناشی ویژگی های جمعیت شناختی جامعه مورد بررسی، ابزار مورد استفاده و شرم و حیای زنان مورد مطالعه در بیان مشکلات جنسی باشد.

در مطالعه حاضر سه اختلال عملکرد جنسی شایع در زنان متاهل مربوط به مشکل در برانگیختگی جنسی، نارضایتی جنسی و عدم دستیابی به ارگاسم بود. در اکثر مطالعات اولین و شایعترین اختلال جنسی کاهش تمایل جنسی بود (۱۱-۸، ۵). شیوع اختلال برانگیختگی جنسی زنان در مطالعه والادارس (۲۰۱۱) ۳۷٪، گرشاسبی (۱۳۸۶) ۳۱/۶٪، باکوویی (۱۳۸۶) ۴۰/۳٪ گزارش شده بود (۱۱، ۱۰، ۹، ۸). نارضایتی جنسی دومین مشکل شایع زنان مطالعه حاضر بود که این یافته همسو با نتایج مطالعه باکوویی در سال ۱۳۸۶ بود که نشان داد ۱۱/۳٪ زنان اختلال در رضایت جنسی داشتند (۸). در مطالعه حاضر سومین اختلال شایع جنسی در زنان ناتوانی در دستیابی به ارگاسم بود. این اختلال در مطالعه (۲۰۱۱) ۳۱/۱٪، گرشاسبی (۱۳۸۶) ۳۴/۵٪، یکه فلاح (۱۳۸۵) ۵۴/۳٪ و باکوویی (۱۳۸۶) ۱۸/۶٪ گزارش شد (۱۱، ۱۰، ۹، ۵). شاید عواملی چون تصور به گناه بودن فعالیت جنسی، شرم و حیا، نزدیکی دردناک و سابقه سوء استفاده جنسی از

12. Anisi B, Taavoni S, Ahmadi F. [Sexual function changes in primipara women and detection of the related factors during 3-6 months after delivery]. *Iranian J Nurs Midwif* 2005; 18(41):69-76. (Persian).

13. Salehzadeh M, Kajbaf MB, Molavi H, Zolfaghari M. [Effectiveness of cognitive – behavior therapy on sexual dysfunction in women]. *Psychological Studies*. 2011; 7(1):11-31. (Persian).

14. Bitzer J, Alder J. Female sexual dysfunction. *Ther Umsch*. 2010; 67(3):105-16.

15. Mehrabi F, Dadfar M. [The role of psychological factors in sexual function disorders. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol* 2003; 9(1):4-11. (Persian).

16. Naziri G, Gaderi Z, Zaree F. The effectiveness of narrative therapy approach in reducing women's depression a case study of Marvdasht Women. *Quarter J Soc Women* 2010; 1(2):65-78. (Persian).

17. Sepehrmanesh Z. [Mental health and its related factors in young women in Kashan City]. *Iranian J Obstet, Gynecol Infert* 2009; 12(1):31-41. (Persian).

18. Salari H, Basiri Moghadam K. [The survey of young middle age women health status of Gonabad city center]. *Ofogh-E-Danesh* (2003). 2004; 9(2):104-10. (Persian).

19. Azar M, Iranipoor CH, Noori S. Sexual dysfunction relationship with psychiatric disorders in women. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol* 2003; 9(2):22-9. (Persian).

20. Vaziri SH, Lotfi Kashani F, Hosseinian S, Bahram Ghafari S. [Sexual efficacy and marital satisfaction. *Andishe Va Raftar (Applied Psychology)*. 2010; 4(16):75-81. (Persian).

21. Bahrami N, Satarzadeh N, Ranjbar Kouchaksaraei F, Ghoujzadeh M. [Comparing of depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couple]. *J Reprod Infertil* 2007; 8(1):52-9. (Persian).

22. Clark CM, Mahoney JS, Clark DJ, Eriksen LR. Screening for depression in Hepatitis C population: the reliability and validity of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). *J Adv Nurs* 2002; 40(3):361-9.

23. Mohammadi KH, Heidari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): Validation of The Iranian Version, *Payesh* 2008; 7(3):269-78. (Persian).

24. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multi-dimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:191-208.

25. Lai CH. Major depressive disorder: gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. *J Clin Psychopharmacol*. 2011; 31(1):

بیمارستان و همکاری دفتر پرستاری بیمارستان حضرت علی (ع) به شماره نامه ۵۸۵۹/۱ مورخ ۱۳۸۸/۹/۱۴ انجام شد. بدین وسیله از همکاری ریاست محترم بیمارستان حضرت علی (ع)، سرپرست محترم درمانگاه حضرت علی (ع) و کلیه بانوانی که در این پژوهش با ما همکاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

#### منابع:

- Ghorbania A, Golchin M. [Investigating The mental health status of women in Qazvin province (2008)]. *J Qazvin Univ Med Sci* 2011; 15(1):55-61. (Persian).
- Baba Nazari L, Kafi SM. [Comparative study of mental health and its relative demographic factors in different periods of pregnancy]. *Res Psychol Health* 2007; 1(2):44-52. (Persian).
- Rezaei R, Hejazi SH, Shahnazarian J, Mahmoudi M, Seyedi Andi SJ. [To compare the patient's body image under hemodialysis treatment with patients renal transplantation]. *Payash* 2009; 8(3): 279-87. (Persian).
- Zonouzi A, Satarzadeh N, Zamanzadeh V. [Recognition of experienced psychological varieties in women sexual relationship after childbirth]. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008; 12(3):38-44. (Persian).
- Yeke Fallah L, Goodarzi M. [Prevalence of sexual dysfunction and related factors among married couples in Qazvin]. *J Qazvin Univ Med Sci* 2009; 13(1):49-55. (Persian).
- Bolourian Z, Ganjloo J. [Evaluation of sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar health care centers]. *J Reprod Infertil* 2007; 8(2):163-170. (Persian)
- Aliakbari Dehkordi M. [Relationship between women sexual function and marital adjustment]. *J Behav Sci* 2010; 4(3):199-206. (Persian)
- Bakouei F, Omodval SH, Nasiri Amiri F. [Prevalence of female sexual dysfunction in married women and related factors (Babol ; 2006)]. *J Babol Univ Med Sci* 2007; 9(4):59-64. (Persian).
- Pastor Z. Female sexual desire disorders-prevalence, classification and treatment possibilities. *Ceska Gynekol*. 2011; 76(1):59-64.
- 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.
- Goshtasbi A, Vahdaninia MAS, Rahimi Foroushani A, Mohammadi A. [Reproductive correlates of female sexual dysfunction in Kohgiluyeh- Boyerahmad Province. *Payesh* 2008; 7(1):67-73. (Persian).

- 39-44.
26. Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L, Ross LE. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: a pilot study. *J Sex Med* 2011;8(3):792-9.
27. Zajecka J, Dunner DL, Gelenberg AJ, Hirschfeld RM, Kornstein SG, Ninan PT, et al. Sexual function and satisfaction in the treatment of chronic major depression with nefazodone, psychotherapy, and their combination. *J Clin Psychiatr* 2002;63(8):709-16.
28. Baldwin D, Bridgman K, Buis C. Resolution of sexual dysfunction during double-blind treatment of major depression with reboxetine or paroxetine. *J Psychopharmacol* 2006;20(1):91-6.
29. Palacios S, Castaño R, Graziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas*. 2009 20;63(2):119-23.
30. Zhang AX, Pan LJ, Chen XY, Pan F, Kan YJ. An investigation on female sexual dysfunction among urban Chinese women in Nanjing. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2011;17(6):488-91.

*Original Article*

## The Relationship between Depression and Sexual Function Index among Married Women

F. Mojdeh, M.Sc.<sup>1</sup>; S. Zeighami Mohamadi, M.Sc.<sup>2\*</sup>

1- M.Sc. in Midwifery, Educational Supervisor, Hazrat-Ali Hospital, Karaj, Iran

2- M.Sc. in Nursing , Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing & Midwifery Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran

Received: 28.10.2012

Accepted: 17.3.2013

### Abstract

**Background:** Sexual dysfunction is a common problem in women and has negative effects on their quality of life. Several factors affect sexual function. The aim of this study was to determine the relationship between depression and sexual function index among married women.

**Methods:** This is a descriptive- analytical study that was conducted on 200 women referred to the health clinic of Hazrat Ali hospital in Karaj on 2009. Samples were selected based on simple randomized method. Data was collected by interview. The used instruments included demographic data form, depression scale of the Center for Epidemiologic Studies (CES-D) and Female Sexual Function Index (FSFI). Data was analyzed by SPSS software, using descriptive statistics, t-test, ANOVA and logistic regression.

**Results:** The findings indicated that the mean score of female Sexual Function Index was  $20.59 \pm 5.10$  (1.2-36 range) and their mean score of depression was  $17.61 \pm 11.63$  (0-60 range). Among the studied women 31.5% had mild to moderate depression and 98.5% had sexual dysfunction. The most common sexual problems were sexual arousal disorder 36%, sexual dissatisfaction 20% and orgasm disorder 16.5%. There were found significant associations between depression and sexual desire (OR 1.4, 95% CI 1.6-16.07) and depression and orgasm (OR 1.96, 95% CI 0.02-0.72).

**Conclusion:** Sexual function is associated with one's mental status, so paying attention to sexual problems in depressed patients and also assessing and treating depression in patients with sexual disorders are recommended.

**Keywords:** Depression / Sexual Function / Sex Disorders / Women