

دانشور پژوهشی

بررسی ارتباط بین علائم اختلالات روانی و بدکارکردی‌های جنسی

نویسندگان: غلامحسین قاعدی^۱، مهدیه ساسانی نژاد*^۲، آزاد ثابتی^۳

۱- استادیار- دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد- روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد- مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

Email: mahdiah_sasani@yahoo.com

* نویسنده مسئول: مهدیه ساسانی نژاد

چکیده

مقدمه و هدف: نتایج مطالعات، نشان‌دهنده ارتباط میان اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی ارتباط میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی و تعیین نقش علائم اختلال‌های روانی در شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی بوده‌است.

مواد و روش‌ها: ۲۰۰ نفر (۱۱۵ زن و ۷۵ مرد) به‌صورت در دسترس از افراد مراجعه‌کننده به برخی کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی تهران و کرج در سال ۱۳۹۰ - ۱۳۹۱ انتخاب شدند. از افراد خواسته شد به پرسش‌نامه SCL90، پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) (برای زنان) و شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظ (IIEF) (برای مردان) پاسخ دهند. از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله‌مراتبی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که ارتباطی معنی‌دار میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی وجود دارد؛ به‌علاوه یافته‌های رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد که علائم اختلال‌های روانی (فوبی، افسردگی، وسواس فکری، اختلال‌های جسمانی شکل و علائم پارانوئیا) می‌توانند بدکارکردی‌های جنسی را به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی زنان و مردان ارتباطی معنی‌دار وجود دارد. علائم برخی از اختلال‌های روانی می‌توانند در تبیین بدکارکردی‌های جنسی نقش مؤثر داشته باشند. نتایج پژوهش حاضر با بسیاری از پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد.

واژگان کلیدی: بدکارکردی‌های جنسی، علائم اختلال‌های روانی، عوامل روان‌شناختی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد

سال بیستم - شماره ۱۰۴
اردیبهشت ۱۳۹۲

دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۴

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۲/۱/۲۶

پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۷

مقدمه

فعالیت جنسی، یکی از ابعاد مهم زندگی بزرگسالان است که کیفیت زندگی آنان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). بدکارکردی جنسی در تمام جوامع، اختلالی رایج محسوب می‌شود (۲)؛ شیوع این اختلال‌ها به این موضوع بستگی دارد که افراد، این مسائل را چگونه تعریف کرده، به چه شکل آنها را گزارش می‌دهند (۲). در یک مطالعه زمینه‌یابی، حدود ۴ هزار نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند، نتایج نشان دادند که حدود ۴۴ درصد مردان و ۳۶ درصد زنان از دست کم یک یا چند نوع اختلال جنسی رنج می‌برند (۲). شیوع اختلال جنسی گزارش شده در مطالعات گوناگون تحت تأثیر ملاک‌های تعریف شده برای بدکارکردی‌های جنسی، روش‌های تحقیق مورد استفاده و جمعیت‌های مطالعه شده با تفاوت‌های فرهنگی و جغرافیایی است (۳)؛ شیوع آن در ایالات متحده آمریکا ۵۲ درصد، انگلستان ۳۲ درصد، استرالیا ۳۴ درصد، ژاپن ۲۶ درصد، چین ۲۸ درصد و کره ۳۷ درصد (۳) است. شایع‌ترین بدکارکردی‌های جنسی مردان، بدکارکردی نعوظ و انزال زودرس با فراوانی ۳۵ تا ۴۰ درصد هستند (۴-۶). بدکارکردی جنسی در مردان، به کاهش عزت-نفس و کیفیت زندگی می‌انجامد و طیفی از این اختلال‌ها، زندگی حدود ۱۵۰ میلیون مرد را در سرتاسر دنیا تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷).

بدکارکردی‌های جنسی زنان، مشکلاتی پیچیده و چندبعدی بوده، اغلب، در عوامل روانی ریشه‌دارند (۲)، ۳، ۸، ۹ و ۱۰). شایع‌ترین بدکارکردی‌های جنسی در زنان، بی‌میلی جنسی و مشکل در رسیدن به ارگاسم با فراوانی ۲۰ تا ۳۶ درصد هستند (۳، ۵ و ۱۱).

بدکارکردی‌های جنسی، عمده‌ترین تأثیر منفی را روی کیفیت زندگی افراد می‌گذارند (۷). عواملی متعدد وجود دارند که ممکن است باعث شکل‌گیری اختلال‌های جنسی در مردان شوند؛ از آن جمله می‌توان عوامل

فیزیکی نظیر تنش بالا، استفاده از داروهای ضدتنش، مشکلات دیابتی، فشار خون و سیگارکشیدن را نام برد (۱۲)؛ علاوه بر عوامل فیزیکی، عوامل شناختی جنسی بدکارکرد (۱۳)، اضطراب و فرایندهای شناختی ثانویه آن (۱۴)، روان‌رنجورخویی (۱۵)، افسردگی (۱۶) و... نیز در شکل‌گیری اختلال‌های جنسی مردان مؤثرند.

مطالعاتی متعدد به بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد و شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی در مردان پرداخته‌اند. باید بیان کرد که شیوه مطالعه، متغیرهای مورد بررسی ابزارهای مورد استفاده در هر یک از این مطالعات با دیگری، متفاوت است که این مسئله به‌طور عمده روی نتایج حاصل از پژوهش‌ها تأثیرگذارده است.

کافل و همیمن^۱ (۱۶) از میان عوامل متعددی که می‌توانند عملکرد جنسی مردان و زنان را تحت تأثیر قرار دهند به افسردگی به‌عنوان اختلالی که پایه شناختی دارد، اشاره می‌کنند. بدکارکردی‌های جنسی و اختلال‌های خلقی، هر دو، شیوعی بسیار بالا دارند و همبودی^۲ میان آنها بسیار بالاست درصد بالایی از زنان مبتلا به اشکال خفیف تا شدید افسردگی، بدکارکردی جنسی را تجربه می‌کنند (۱۶).

به‌علاوه مطالعات نشان می‌دهند که درصد زیادی از مردان و زنان مبتلا به اختلال‌های خلقی خفیف، متوسط و شدید، بدکارکردی‌های جنسی را هم تجربه می‌کنند (۳ و ۱۷). زنان مبتلا به بی‌میلی جنسی، فعالیت جنسی‌شان به‌طور برجسته‌ای تحت تأثیر افسردگی قرار دارد (۱۷ و ۱۸). بک و بوزمن^۳ (۱۹) در پژوهشی به بررسی رابطه و تأثیر خشم و اضطراب در میل جنسی زنان و مردان پرداختند؛ این مطالعه نشان داد با افزایش سطح خشم، میل جنسی هم در زنان و هم در مردان کاهش می‌یابد. اضطراب و میل جنسی نیز با یکدیگر رابطه منفی داشتند به این معنا که با افزایش سطح اضطراب، میل جنسی هم

1. Kuffel & Heiman

2. comorbidity

3. Bozman

جنسی‌شان، تحریف‌های شناختی دارند و همین نگرش‌ها باعث افزایش اضطراب و کاهش عزت‌نفس می‌شوند. تیجنول^۵ و همکاران (۲۴) در مطالعه خود به بررسی فوبی اجتماعی در میان مردان با بدکارکردی جنسی و گروه کنترل پرداختند؛ نتایج حاکی از آن بودند که ۴۷ درصد آزمودنی‌های مبتلا به انزال زودرس در مقابل ۹ درصد گروه کنترل، فوبی اجتماعی داشتند. تحلیل‌های بعدی نشان‌دادند که انزال زودرس و فوبی اجتماعی، رابطه‌ای قوی با هم دارند.

توجه به آنچه بیان شد، نشان‌دهنده وجود ارتباط میان عوامل روان‌شناختی و بدکارکردی‌های جنسی است؛ با-این‌حال، همان‌طور که مشاهده می‌شود در هیچ مطالعه‌ای دامنه گسترده‌ای از علائم اختلال‌های روانی مورد بررسی قرارنگرفته‌اند. با توجه به این مسئله و اهمیت درک بهتر رابطه میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و درمانی، هدف از مطالعه حاضر را پاسخگویی به دو پرسش زیر قرار دادیم: (۱) آیا میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی ارتباط وجود دارد؟ و (۲) در صورت وجود ارتباط، آیا علائم اختلال‌های روانی می‌توانند بدکارکردی‌های جنسی را تبیین کنند؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است. نمونه مورد مطالعه به صورت در دسترس و از میان بیماران متأهل (با شکایت مشکلات جنسی) مراجعه‌کننده به چند کلینیک تخصصی روان‌شناسی در تهران و کرج در سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱ انتخاب شده‌اند. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۱۵ زن و ۷۵ نفر مرد (در مجموع ۲۰۰ نفر) بودند. دامنه سنی مردان میان ۲۵ تا ۵۵ سال و زنان نیز ۲۳ تا ۴۴ سال بود. ملاک‌های اصلی برای ورود به گروه نمونه شامل «تأهل (دست‌کم سه سال)، شکایت مشکلات

در زنان و هم در مردان کاهش می‌یابد. آیزنک^۱ (۱۵) معتقد بود افراد با روان‌رنجورخویی بالا، سیستم عصبی خودمختار ناپایداری داشته، در نتیجه در خصوص رفتار جنسی خود، بیشتر نگران می‌شوند، رفتاری مناسب با شریک جنسی خود نخواهند داشت و احتمال بیشتری می‌رود که بدکارکردی جنسی را تجربه-کنند؛ آیزنک، همچنین معتقد بود افراد برون‌گرا، آستانه‌های حسی بالاتری داشته، بنابراین در جستجوی محرک‌های حسی قوی‌تری خواهند بود و در نهایت، رفتارهای جنسی متنوع‌تری خواهند داشت؛ بنابراین، افرادی که نمره‌ای بالا در روان‌پیش‌خویی خواهند داشت، صمیمیت عاطفی کمتری را در روابط جنسی خود نشان خواهند داد و بنابراین روابط جنسی‌شان به سطح فیزیولوژیکی محدود خواهد شد؛ همچنین آیزنک (۲۰) بیان می‌کند روان‌رنجورخویی با داشتن تعارض و اضطراب در روابط جنسی رابطه دارد، برون‌گرایی نشان‌دهنده فعالیت جنسی بالا و روان-پیش‌خویی با رفتارهای خشن جنسی در ارتباط است. جانسون و همکاران^۲ (۲۱) به بررسی رابطه میان بی‌میلی جنسی و روان‌پریشی در زنان و مردان مبتلا به اسکیزوفرنی و روان‌پریشی عاطفی پرداختند. نتایج، نشان‌دهنده شیوع بالای بی‌میلی جنسی در این افراد بود که در نهایت به تقویت نظریه وجود ارتباط میان این اختلال‌ها انجامید. راجا و آزون^۳ (۲۲) در مطالعه‌ای که روی زنان ایتالیایی مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی انجام دادند، دریافتند زنان مبتلا به اسکیزوفرنی، بی‌میلی جنسی بیشتری نسبت به افرادی که دارای اختلال‌های دوقطبی یا اسکیزوافکتیو، هستند، دارند. روزن^۴ (۲۳) بیان کرد، مردانی که مشکلات نعوظی تکرارشونده دارند، در خصوص ماهیت فعالیت جنسی، توانایی جنسی و احساسات همسرشان درباره مشکلات

1. Eysenck

2. Johnson

3. Raja & Azzoni

4. Rosen

5. Tignol

می‌کند. مقیاس از حساسیتی بالا برای تمیز پاسخ‌های بدکارکرد جنسی و پاسخ‌های مناسب جنسی در زنان دارد. مطالعات روان‌سنجی، پایایی و روایی پرسش‌نامه را تأیید کرده‌اند (۱۳). پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله چهار هفته همبستگی معنادار و رضایت‌بخش بوده است (۰/۸۶ - ۰/۷۹؛ $r=$ ؛ آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ به دست آمد. در داخل کشور نیز محمدی و همکاران (۳۰) پایایی آزمون را ۰/۷۰ به دست آوردند که نشان‌دهنده اعتبار مناسب این آزمون است.

مقیاس تجدیدنظرشده SCL-90 (۳۱) این آزمون به ارزیابی شکایت جسمانی، وسواس اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی می‌پردازد. پایایی بازآزمون که ثبات آزمون را در طول زمان می‌سنجد، بیشتر ضرایب دارای همبستگی بالا میان ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بوده‌اند. در ایران، پایایی این آزمون در تمام زیرمقیاس‌ها به‌استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوئیا، بیشتر از ۰/۸۰ بوده است (۳۲).

نتایج

الف: یافته‌های توضیحی

آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و آلفای کرونباخ) زیرمقیاس‌های SCL90 و بدکارکردی‌های جنسی در زنان و مردان در جدول شماره ۱ آمده است. همسانی درونی مقیاس‌ها، بر مبنای آلفای کرونباخ ارائه شده است. از آنجاکه براساس یک قاعده کلی، اغلب، مقادیر آلفای بالاتر از ۰/۷، مقادیر آلفای قابل قبول و مطلوب محسوب می‌شوند، به‌طور تقریبی، تمام مقیاس‌های یادشده، همسانی درونی قابل-قبولی دارند.

جنسی، فقدان سابقه مشکلات پزشکی و تشخیص بدکارکردی جنسی از سوی روان‌پزشک و روان‌شناس» بودند. شیوه انتخاب نمونه‌ها به این صورت بود که پس از مراجعه فرد به کلینیک و تشکیل پرونده اولیه (تکمیل برگه ارزیابی اولیه کلینیک و چک‌لیست تاریخچه پزشکی ویز و همکاران (۲۵)، روان‌پزشک، مصاحبه را براساس DSM انجام می‌داد و سپس روان‌شناس برگه کوتاه مصاحبه نیمه‌ساختاریافته اسپراکو، ویزیرگ و بارلو (۲۶) را پرمی کرد و در صورت تشخیص بدکارکردی جنسی، اطلاعات کامل درخصوص پژوهش به وی داده می‌شد و با تکمیل برگه رضایت‌نامه، فرد به مطالعه وارد شده، به تکمیل پرسش‌نامه‌ها اقدام می‌کرد. لازم به اشاره است مراجع اختیارات داشت که در هر مرحله پژوهش از مطالعه خارج شود.

بعد از گردآوری اطلاعات، داده‌ها به نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) وارد شده، از همبستگی پیرسون و رگرسیون برای تحلیل نتایج استفاده شد.

ابزارهای سنجش در پژوهش حاضر، عبارت بودند از: شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظ روزن و همکاران (۲۷): این شاخص پنج حوزه فعالیت جنسی مردان «شامل نعوظ، ارگاسم، میل جنسی، لذت جنسی و رضایت کلی جنسی» را مورد بررسی قرار می‌دهد. پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله چهار هفته معنادار و رضایت‌بخش بوده است (۰/۸۴ - ۰/۶۴؛ $r=$). آلفای کرونباخ آن ۰/۷۳ به دست آمد. در ایران، مهربان و همکاران (۲۸) به اعتباریابی این آزمون پرداختند. نتایج حاصل از تحلیل نتایج نشان دادند که آزمون با حساسیت میان ۰/۸۸ تا ۰/۹۹ و ویژگی میان ۰/۷۷ تا ۰/۸۲، اعتباری مناسب دارد.

شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۹): این شاخص، دارای نوزده گزینه است و عملکرد جنسی زنان را در شش بعد (میل، انگیزندگی، لزج شدن واژن، ارگاسم، رضایتمندی و درد) ارزیابی و اندازه‌گیری-

ب: نتایج حاصل از تحلیل همبستگی

به منظور بررسی ارتباط میان متغیرهای مورد پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل همبستگی میان بدکارکردی‌های جنسی در مردان با زیرمقیاس‌های SCL-90 در جدول شماره ۲ و برای بدکارکردی‌های جنسی زنان در جدول شماره ۳ آمده است: نتایج همبستگی میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی در مردان به طور خلاصه به شرح زیرند: GSI با میل جنسی، ارگاسم، رضایتمندی جنسی و بدکارکردی نعوظ ارتباط داشت. خصومت، تنها با ارگاسم رابطه‌ای معنادار داشت؛ اضطراب با ارگاسم، میل جنسی، رضایت از آمیزش جنسی، بدکارکردی نعوظ و رضایت کلی از زندگی جنسی، رابطه معناداری داشت؛ وسواس با ارگاسم، میل جنسی، رضایت از آمیزش جنسی، بدکارکردی نعوظ و رضایت کلی از زندگی جنسی رابطه معناداری داشت؛ حساسیت در روابط بین فردی با بدکارکردی نعوظ، ارگاسم، میل جنسی و رضایت از آمیزش جنسی ارتباطی معنادار داشت؛ اختلال‌های جسمانی شکل با بدکارکردی نعوظ، ارگاسم، میل جنسی، رضایت از آمیزش جنسی و رضایت کلی از زندگی جنسی رابطه معناداری داشتند. علائم سایکوز با ارگاسم و میل جنسی ارتباطی معنادار داشت. علائم پارانوئیا با ارگاسم و میل جنسی رابطه‌ای معنادار داشت؛ افسردگی با بدکارکردی نعوظ، ارگاسم، میل جنسی و رضایت از آمیزش جنسی رابطه معناداری داشت و در نهایت، فوبیا با ارگاسم، میل جنسی و رضایت از آمیزش جنسی رابطه‌ای معنادار داشت.

نتایج همبستگی میان ابعاد اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی در زنان به شرح زیرند: GSI با لزج شدن واژن و رضایت جنسی رابطه معناداری داشت؛ اضطراب، تنها با لزج شدن واژن رابطه معناداری داشت؛ وسواس فکری با میل جنسی رابطه معناداری داشت؛ حساسیت بین فردی با لزج شدن واژن، ارگاسم و رضایت جنسی ارتباط معناداری داشت؛ اختلال‌های

جسمانی شکل با رضایت جنسی ارتباطی معنادار داشتند؛ علائم سایکوز با لزج شدن واژن و رضایت جنسی رابطه معنی‌داری داشت و افسردگی با لزج شدن واژن و رضایت جنسی ارتباطی معنادار داشت؛ سایر ابعاد اختلال‌های روانی با هیچ‌یک از ابعاد بدکارکردی‌های جنسی در زنان ارتباطی معنی‌دار نداشتند.

ج: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون

به منظور پاسخ به این پرسش که «آیا علائم اختلال‌های روانی می‌توانند بدکارکردی‌های جنسی را تبیین کنند؟»، از تحلیل رگرسیون (رگرسیون سلسله-مراتبی) استفاده شد. بررسی نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای بدکارکردی‌های جنسی مردان که خلاصه آن در جدول شماره ۴ آمده است، نشان می‌دهد بدکارکردی نعوظ توسط افسردگی ($\beta = -1/27$)، علائم سایکوز ($\beta = 1/64$) و وسواس فکری ($\beta = -0/80$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$ و $F = 65/58$) (۳ و ۲۲)؛ این ۳ زیرمقیاس، حدود ۹۳ درصد از واریانس نمرات بدکارکردی نعوظ را تبیین می‌کنند ($R^2 = 0/93$)؛ بنابراین می‌توان گفت افرادی که علائم افسردگی، وسواس فکری و علائم سایکوز بالاتری دارند، به احتمال، مشکلات بیشتری در خصوص نعوظ خواهند داشت و برعکس. ارگاسم توسط افسردگی ($\beta = -1/25$)، علائم سایکوز ($\beta = 0/80$) و فوبیا ($\beta = -0/40$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$ و $F = 54/88$) (۳ و ۱۴)؛ این سه زیرمقیاس، حدود ۹۳ درصد از واریانس نمرات ارگاسم را تبیین می‌کنند ($R^2 = 0/93$)؛ بنابراین افرادی که نمراتی بالاتر در افسردگی، سایکوز و فوبیا دارند، به احتمال، مشکلات بیشتری در خصوص انزال خواهند داشت. بی‌میلی جنسی توسط اختلال‌های جسمانی شکل ($\beta = -0/46$)، فوبیا ($\beta = -0/81$)، خصومت ($\beta = 0/23$)، پارانوئیا ($\beta = -0/40$) و حساسیت در روابط ($\beta = 0/54$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$ و $F = 38/82$) (۵ و ۲۷)؛ این پنج زیرمقیاس،

حدود ۸۹ درصد از واریانس نمرات میل جنسی را تبیین می‌کنند ($R^2=0/89$)؛ افرادی که در این ابعاد، نمراتی بالاتر می‌گیرند، به احتمال، مشکلات بیشتری در خصوص میل جنسی (بی میلی یا فقدان آن) خواهند داشت. رضایت از آمیزش جنسی توسط اضطراب ($\beta=-1/04$) و علائم سایکوز ($\beta=0/39$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$ و $F=23/47$) (۲ و ۲۶)؛ این دو زیرمقیاس، حدود ۶۶ درصد از واریانس نمرات رضایت از آمیزش را تبیین می‌کنند ($R^2=0/66$)؛ بنابراین سطح بالای اضطراب و علائم سایکوز نارضایتی از آمیزش را به دنبال خواهد داشت؛ رضایتمندی جنسی نیز توسط اختلال‌های جسمانی شکل ($\beta=-1/44$) و افسردگی ($\beta=1/00$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$ و $F=8/02$) (۱۷ و ۲). این دو زیرمقیاس، حدود ۵۲ درصد از واریانس نمرات رضایت جنسی را تبیین می‌کنند ($R^2=0/52$)؛ افرادی که نمراتی بالا در اختلال‌های جسمانی شکل و افسردگی دارند، از زندگی جنسی خود رضایت کمتری خواهند داشت.

بررسی نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برای بدکارکردی‌های جنسی زنان که خلاصه آن در جدول شماره ۵ آمده است، نشان می‌دهد که بی میلی جنسی با وسواس فکری ($\beta=-1/05$)، فوبیا ($\beta=0/51$) و خصومت ($\beta=0/43$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$) و ($F=5/73$) (۳ و ۳۱)؛ این سه زیرمقیاس، حدود ۳۸ درصد از واریانس نمرات میل جنسی را تبیین می‌کنند ($R^2=0/38$)؛ لذا باید گفت افرادی که دارای علائم وسواس فکری، فوبیا و خصومت هستند، به احتمال، مشکلات بیشتری در خصوص میل جنسی خواهند داشت.

برانگیختگی توسط فوبیا ($\beta=-0/54$) و خصومت ($\beta=-0/57$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$ و $F=9/64$) (۳ و ۴۵)؛ این دو زیرمقیاس، حدود ۴۱ درصد از واریانس نمرات برانگیختگی را تبیین می‌کنند ($R^2=0/41$)؛ بنابراین باید بیان کرد، افرادی که دارای علائم فوبیا و خصومت هستند، برانگیختگی جنسی پایینی‌تری دارند. لزج شدن واژن توسط افسردگی ($\beta=-0/93$) و علائم پارانوئا ($\beta=0/48$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$ و $F=14/89$) (۳ و ۳۶)؛ این دو زیرمقیاس، حدود ۴۷ درصد از واریانس نمرات لزج شدن واژن را تبیین می‌کنند ($R^2=0/47$)، وجود علائم افسردگی و پارانوئا می‌تواند باعث مشکل در لزج شدن واژن باشد. ارگاسم توسط حساسیت در روابط ($\beta=0/65$) و فوبیا ($\beta=0/49$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$ و $F=8/21$) (۲ و ۳۲). این دو زیرمقیاس، حدود ۳۵ درصد از واریانس نمرات ارگاسم را تبیین می‌کنند ($R^2=0/35$)؛ لذا باید گفت افرادی که نمره‌ای بالا در علائم فوبیا و حساسیت در روابط دارند، به احتمال در رسیدن به ارگاسم، مشکلات بیشتری گزارش خواهند داد. رضایت جنسی فقط توسط افسردگی ($\beta=-0/52$) پیش‌بینی می‌شود ($\rho < 0/001$) و ($F=13/57$) (۱ و ۳۸). این زیرمقیاس، حدود ۲۷ درصد از واریانس نمرات رضایت جنسی را تبیین می‌کنند ($R^2=0/27$)؛ لذا وجود علائم افسردگی باعث کاهش رضایت جنسی می‌شود.

شایان اشاره است که در تحلیل رگرسیون، هیچ یک از ابعاد اختلال‌های روانی نتوانستند متغیر درد را به شکلی معنادار تبیین کنند.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و آلفای متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	آلفا
زیرمقیاس های SCL-90	GSI	۱/۱۶	۰/۶۳	۰/۶۳	-۰/۲۲
	پرخاشگری (خصوصیت)	۷/۱	۴/۷۰	۱/۱۴	۱/۴
	اضطراب	۱۰/۲۴	۷/۷۳	۰/۴۹	-۰/۳۰
	وسواس فکری	۱۴/۲۸	۷/۷۰	۰/۴۹	-۰/۳۰
	حساسیت بین فردی	۱۰/۲۳	۵/۸۷	۰/۲۹	-۰/۹۰
	جسمانی شکل	۱۴/۹۷	۹/۸۳	۰/۶۹	-۰/۲۸
	سایکوتیک	۱۰/۰۵	۵/۹۳	۰/۶۹	-۰/۲۸
	پارانوئید	۸/۹۵	۴/۴۱	۰/۲۴	-۰/۶۳
	افسردگی	۱۵/۷۹	۱۰/۷۶	۰/۷۴	-۰/۰۲
	فوبیا	۴/۶۲	۴/۴۷	۱/۳۵	۱/۸۱
بدکارکردی های جنسی در زنان	میل جنسی	۳/۸۸	۰/۹۸	۰/۱۸	-۰/۸۲
	برانگیختگی	۴/۰۱	۱/۱۷	-۰/۴۴	-۰/۲۷
	لذت شدن واژن	۴/۸۰	۱/۰۷	-۰/۹۳	۰/۸۳
	ارگاسم	۴/۴۶	۱/۲۰	-۰/۶۶	-۰/۲۳
	رضایت جنسی	۴/۷۴	۱/۱۷	-۰/۷۰	-۰/۶۴
بدکارکردی های جنسی در مردان	درد	۴/۰۸	۱/۳۹	-۰/۴۰	-۰/۹۸
	عملکرد نعوظ	۲۵/۵۶	۴/۱۶	-۰/۹۴	۰/۱۱
	ارگاسم (عملکرد انزال)	۸/۴۱	۱/۵۸	-۰/۸۴	۰/۲۶
	میل جنسی	۷/۹۲	۱/۶۳	-۰/۷۳	۰/۵۰
	رضایت از آمیزش	۱۰/۱۰	۲/۴۴	-۰/۳۲	-۰/۱۰
رضایت از زندگی جنسی	۸/۳۵	۲/۰۴	-۰/۳۲	۱/۲۴	

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای زیرمقیاس های آزمون SCL90 و بدکارکردی های جنسی در مردان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
GSI	۱														
پرخاشگری (خصوصیت)	۰/۵۳**	۱													
اضطراب	۰/۹۲**	۰/۵۹**	۱												
وسواس فکری	۰/۹۲**	۰/۴۳**	۰/۸۷**	۱											
حساسیت بین فردی	۰/۸۴**	۰/۳۱**	۰/۷۰**	۰/۸۱**	۱										
جسمانی شکل	۰/۹۰**	۰/۴۸**	۰/۸۴**	۰/۷۷**	۰/۶۱**	۱									
سایکوتیک	۰/۸۸**	۰/۳۰**	۰/۷۲**	۰/۷۶**	۰/۷۷**	۰/۷۷**	۱								
پارانوئید	۰/۷۳**	۰/۴۰**	۰/۵۸**	۰/۶۳**	۰/۷۷**	۰/۵۶**	۰/۶۶**	۱							
افسردگی	۰/۹۳**	۰/۴۱**	۰/۸۱**	۰/۸۴**	۰/۷۵**	۰/۸۳**	۰/۶۳**	۰/۶۳**	۱						
فوبیا	۰/۷۶**	۰/۲۹*	۰/۷۳**	۰/۷۲**	۰/۵۸**	۰/۶۵**	۰/۶۵**	۰/۶۵**	۰/۶۵**	۱					
عملکرد نعوظ	-۰/۴۷*	-۰/۳۳	-۰/۵۸**	-۰/۵۵**	-۰/۴۴*	-۰/۴۵*	-۰/۱۱	-۰/۵۸	-۰/۶۱**	-۰/۲۵	۱				
ارگاسم (عملکرد انزال)	-۰/۸۲**	-۰/۵۴*	-۰/۸۷**	-۰/۸۵**	-۰/۶۴*	-۰/۶۸**	-۰/۵۹*	-۰/۵۶*	-۰/۹۰**	-۰/۷۴**	۰/۸۰**	۱			
میل جنسی	-۰/۸۳**	-۰/۱۲	-۰/۸۳**	-۰/۷۷**	-۰/۶۶**	-۰/۸۴**	-۰/۷۷**	-۰/۵۷**	-۰/۷۸**	-۰/۸۳**	۰/۶۴**	۰/۷۲**	۱		
رضایت از آمیزش	-۰/۶۷**	-۰/۱۹	-۰/۷۶**	-۰/۷۱**	-۰/۶۳**	-۰/۶۳**	-۰/۳۴	-۰/۳۰	-۰/۶۴**	-۰/۶۳**	۰/۷۳**	۰/۷۱**	۰/۴۶*	۱	
رضایت از زندگی جنسی	-۰/۴۵	-۰/۲۸	-۰/۴۷*	-۰/۵۲*	-۰/۳۸	-۰/۵۵*	-۰/۳۳	-۰/۳۵	-۰/۲۸	-۰/۴۵	-۰/۰۶	-۰/۰۶	۰/۵۷*	۰/۰۳	۱

** ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار قرار دارند.

** تمامی ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار قرار دارند.

جدول ۳. ضرایب همبستگی متغیرهای زیرمقیاس‌های آزمون SCL90 و بدکارکردی‌های جنسی در زنان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
GSI																
برخاستگری (خصوصیت)	۰/۷۷ ^{***}															
اضطراب	۰/۹۱ ^{***}	۰/۷۱ ^{***}														
وسواس فکری	۰/۸۸ ^{***}	۰/۶۴ ^{***}	۰/۷۶ ^{***}													
حساسیت بین فردی	۰/۸۳ ^{***}	۰/۶۹ ^{***}	۰/۷۱ ^{***}	۰/۷۴ ^{***}												
جسمانی شکل	۰/۸۰ ^{***}	۰/۴۷ ^{***}	۰/۷۴ ^{***}	۰/۶۷ ^{***}	۰/۴۷ ^{***}											
سایکوتیک	۰/۸۴ ^{***}	۰/۶۰ ^{***}	۰/۷۹ ^{***}	۰/۷۰ ^{***}	۰/۷۳ ^{***}	۰/۶۰ ^{***}										
پارانویید	۰/۷۸ ^{***}	۰/۶۳ ^{***}	۰/۶۳ ^{***}	۰/۶۵ ^{***}	۰/۷۱ ^{***}	۰/۶۰ ^{***}	۰/۵۵ ^{***}									
افسردگی	۰/۹۱ ^{***}	۰/۷۰ ^{***}	۰/۷۷ ^{***}	۰/۷۵ ^{***}	۰/۸۰ ^{***}	۰/۶۷ ^{***}	۰/۷۴ ^{***}	۰/۷۳ ^{***}								
فوبیا	۰/۷۰ ^{***}	۰/۴۷ ^{***}	۰/۶۳ ^{***}	۰/۶۵ ^{***}	۰/۵۴ ^{***}	۰/۴۸ ^{***}	۰/۴۶ ^{***}	۰/۵۷ ^{***}	۱							
درد	۰/۰۹	-۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۲	۰/۰۴	-۰/۰۸	۰/۲۷	۱						
میل جنسی	-۰/۲۳	۰/۰۱	-۰/۱۹	-۰/۳۷ ^{***}	-۰/۲۲	-۰/۲۳	-۰/۱۹	-۰/۰۴	-۰/۰۳	-۰/۲۰	۱					
پرانگیزشگی	-۰/۱۱	-۰/۲۱	-۰/۰۲	-۰/۱۶	-۰/۱۶	-۰/۱۲	-۰/۱۴	-۰/۱۴	۰/۲۲	-۰/۰۵	۰/۴۵ ^{***}	۱				
لذت نیدن	-۰/۳۹ [†]	-۰/۲۸	-۰/۲۸	-۰/۳۸ [†]	-۰/۲۶	-۰/۳۶ [†]	-۰/۴۱ [†]	-۰/۱۸	-۰/۶۰ ^{***}	۰/۴۱ [†]	۰/۶۵ ^{***}	۰/۴۱ [†]	۱			
ارگاسم	-۰/۰۴	۰/۱۶	-۰/۱۱	-۰/۰۲	-۰/۴۱ [†]	۰/۱۲	-۰/۱۱	-۰/۰۲	۰/۱۸	۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۵۰ ^{***}	۰/۳۸ [†]	۱		
رضایت جنسی	-۰/۴۴ ^{***}	-۰/۱۷	-۰/۲۶	-۰/۳۱	-۰/۴۶ ^{***}	۰/۵۲ ^{***}	-۰/۴۱ [†]	-۰/۳۱	-۰/۵۲ ^{***}	۰/۲۴	۰/۳۴ [†]	۰/۵۲ ^{***}	۰/۳۳ [†]	۰/۷۱ ^{***}	۱	

*** تمامی ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار قرار دارند.

†† ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار قرار دارند.

بحث

هدف از مطالعه حاضر، پاسخگویی به این پرسش‌ها بود که «آیا ارتباطی معنی‌دار میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی وجود دارد؟ و اگر چنین است آیا علائم اختلال‌های روانی می‌توانند به شکلی معنادار بدکارکردی‌های جنسی را در زنان و مردان تبیین کنند؟». نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل‌های آماری، نشان‌دهنده ارتباطی معنادار میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی در هر دو جنس بود. نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان‌داد که علائم اختلال‌های روانی با بدکارکردی‌های جنسی در زنان ارتباطی معنی‌دار دارد که در این میان، لذت‌شدن واژن، رضایت جنسی، میل و ارگاسم بیشترین ارتباط را با علائم اختلال‌های روانی داشتند. از میان علائم اختلال‌های روانی، «فوبیا، افسردگی، خصومت، وسواس فکری و حساسیت در روابط»، بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را درخصوص بدکارکردی‌های جنسی زنان داشتند. نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دادند میان علائم اختلال‌های روانی و بدکارکردی‌های جنسی در مردان نیز در بیشتر ابعاد، ارتباطی معنادار وجود دارد. از میان علائم اختلال‌های روانی، «افسردگی، فوبیا، وسواس فکری و

اختلال‌های جسمانی شکل» بیشترین میزان قدرت را در پیش‌بینی بدکارکردی‌های جنسی مردان داشتند؛ توجه به این نتایج نشان‌می‌دهد علائم اختلال‌های روانی می‌توانند در ایجاد یا بسط بدکارکردی‌های جنسی زنان و مردان مؤثر باشند؛ این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین، همخوانی بالایی را نشان‌داده‌اند (برای نمونه، محمدی و همکاران (۳۳)، جانسون و همکاران (۲۱)، نیکلاس^۱ و همکاران (۳۴)، هارتمن (۱۷)، استرن^۲ و همکاران (۳۵)، اکولت و الینگ^۳ (۳۶)، تیجنول^۴ و همکاران (۲۴)، واکلی (۲) و راجا و آزرونی (۲۲)؛ البته باید اذعان داشت به دلیل عدم وجود مطالعه‌ای مشابه در این زمینه، امکان مقایسه نتایج به‌طور دقیق، عملی نیست و تنها باید به مطالعاتی اندک که فقط، برخی از ابعاد را مورد بررسی قرار داده‌اند اکتفا کرد؛ بر این اساس علت وجود اختلافاتی در نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات پیشین می‌تواند استفاده از ابزارهای متفاوت در این مطالعات، گروه نمونه متفاوت، عدم صراحت در پاسخگویی به پرسش‌های

1. Nicolos
2. Strand
3. Okulate
4. Tignol

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان‌داد که ارتباطی معنی‌دار میان علائم اختلال‌های روان‌شناختی و بدکارکردی‌های جنسی وجود دارد و علائم اختلال‌های روانی می‌توانند به‌طور معنی‌داری، بدکارکردی‌های جنسی را پیش‌بینی کنند؛ با این حال، امکان بررسی کامل نتایج، به دلیل نبود پژوهش‌های مشابه، میسر نبود. بررسی دقیق و جامع این مسئله، مشروط به انجام پژوهش‌های آتی مجهز به ابزارهای دقیق‌تر، روش پژوهش مناسب‌تر، گروه‌های مختلف و خاص و اطلاع‌رسانی مناسب‌تر در گستره و بستر فرهنگی خاص جامعه است.

پژوهشی به دلایل خاص فرهنگی و شاید عدم آگاهی کافی از عملکرد هنجار و نابهنجار جنسی در گروه آزمودنی باشد؛ برای نمونه، محمدی و همکاران (۳۱) و هارتمن (۱۷) به تأثیر بیشتر افسردگی در ایجاد بدکارکردی‌های جنسی اشاره کرده‌اند درحالی‌که در مطالعه حاضر، افسردگی، تنها پیش‌بینی‌کننده رضایتمندی جنسی و لزج‌شدن واژن در زنان و نعوظ، ارگاسم و رضایتمندی در مردان بود. در این مطالعات، تنها افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته و مضاف بر آن، تنها از پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شده‌است؛ درحالی‌که در مطالعه حاضر از پرسش‌نامه SCL-90 استفاده شده و علائم اختلال‌های روانی دیگری نیز مورد مطالعه قرار گرفته‌اند؛ چنین تفاوت‌هایی در پژوهش‌ها ممکن است تبیین‌کننده نتایج به‌دست‌آمده باشد. درخصوص اختلال درد که با هیچ‌یک از عوامل روانی قابل تبیین نبود باید بیان شود که این اختلال، بیشتر از طریق عوامل زیستی و مشکلات فیزیولوژیکی قابل تبیین است تا مشکلات روان‌شناختی (۳، ۸ و ۹).

در پاسخ به پرسش دوم پژوهش، براساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون می‌توان بیان کرد که علائم اختلال‌های روانی می‌توانند بدکارکردی‌های جنسی را تا حدودی تبیین کنند و همان‌طور که گفته شد، مسائلی از قبیل نوع نمونه، جمعیت‌های خاص، ابزارهای متفاوت و نوع عوامل روان‌شناختی مورد بررسی بر نوع نتایج نیز تأثیرگذار بوده‌اند؛ با این حال و به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که وجود اختلال‌های روانی به‌ویژه افسردگی، فوبیا، وسواس فکری، اختلال‌های جسمانی‌شکل و علائم پارانوئیا می‌توانند زمینه‌های مناسب را برای شکل‌گیری بدکارکردی‌های جنسی فراهم کرده یا موجب تقویت آنها شوند.

منابع

1. Nobre P J, Gouveia J P, Gomes FA. Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2006; 32:173-182.
2. Wakley G. Sexual Dysfunction. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2005; 15: 38-45
3. Rowland DL, Incrocci L. *Handbook of Sexual and Gender Identity disorders*. New York: John Wiley & Sons, Inc; 2008.
4. NIH Consensus Conference on Impotence. *JAMA* 1993; 270:83-90.
5. Segraves R, Woodard T. Female hypoactive sexual desire disorder: History and current status. *J Sex Med*, 2006; 3: 408-418.
6. Araujo AB, Durante R, Feldman HA. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med*; 1998; 60: 458-65.
7. Montorsi P, Ravagnani P M, Galli S. Association between erectile dysfunction and coronary heart disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. *Euro Heart J*. 2006.
8. Balon R, Segraves R T. *Handbook of sexual dysfunction*. Taylor & Francis Books, Inc.; 2005.
9. Levine S B. *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*. Taylor & Francis Books, Inc.; 2003.
10. Raina R, Pahlajani G. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology and management". *Journal of Modern trends*, 2007; 61: 367-391.
11. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA*; 1999; 281:537-44
12. Joel JH. Management of erectile dysfunction. *American Family physician*. 2010; 81(3):305-312.
13. Nobre PJ, & Pinto-Gouveia, J. Sexual Modes Questionnaire: Measure to Assess the Interaction Among Cognitions, Emotions, and Sexual Response, *The Journal of Sex Research*, New York: 2003; 40(4): 368-375.
14. Barlow D H. "Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986; 54: 140- 148.
15. Eysenck H J. Hysterical personality and sexual adjustment, attitudes and behavior. *Journal of sex research*, 1971a; 7: 274-281.
16. Kuffel S W, Heiman J R. Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior*, 2006; 35:163-177.
17. Althof S E, Needle R B. Psychological factors associated with male sexual dysfunction: screening and treatment for the urologist. *Urol Clin North Am*. 2011; 38(2):141-6.
18. Hartmann U. Depression and sexual dysfunction. *JMHG*. 2007; 4(1): 18-25.
19. Beck J, Bozman GA. gender differences in sexual desire: the effects of anger and anxiety. *Arch sexual Behaviore*, 1996; 24(6), 595-612.
20. Eysenck HJ. Personalioity and sexual adjustment. *British Journal of Psychiatry*, 1971c; 118:593-608.
21. Johnson S D, Phelps D L, Cottler, L B. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 2004; 33(1), 55-63.
22. Raja M, Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry*, 2003; 18(2), 70-76.
23. Rosen R C. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Journal of fertility and sterility*, 2002; 77(4).
24. Tignol J M, Corinne A, Bruno G D, Auriacombe M. Social Phobia and Premature Ejaculation: A Case-Control Study, *Depression and Anxiety*, 2006; 23: 153-157.
25. Wincze J P, Carey M P. *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*, Second Ed. New York: The Guilford Press: 2001.
26. Sbrocco T, Weisberg R B, Barlow D H. *Sexual Dysfunction Inventory (SDI)*. Unpublished semi structured interview, Center for Anxiety and Related disorders at Boston University: 1992.
27. Rosen R C, Wagner A G, Osterloh I, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of Erectile Dysfunction (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Journal Of UROLOGY*. 1997; 49: 822-830.
28. Mehrban D, Shabaninia S H, Naderi G H, Esfajani, F. Farsi International Index of Erectile Dysfunction and Doppler Ultrasonography in the Evaluation of Male Impotence. *Journal of surgery*, 2006; 14(1). (Persian)
29. Rosen R, Brown C, Heiman J. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000; 26: 191-208.
30. Mohamadi K H, Heidari M, Faqiezadeh, S. Validating of the Female Sexual Function Index (FSFI) - Farsi Vesion. *Journal of Payesh*, 2008; 2: 269-278. (Persian)
31. Derogatis L R. *SCL-90-R Administration, Scoring & Procedures Manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research. 1983; 14-15.
32. Baqery Yazdi A, Bolhari J, Shamohamadi D. Epidemiology of psychological disorders in rural section of Maybod. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*; 2003; 1(1). (Persian)
33. Mohamadi A, Ghaedi G H, Jooyandeh S. The investigation of the relation between depression and dysfunctional sexual beliefs. 3th Congress of family and sexual health, Tehran, Iran, 2006. (Persian)
34. Nicolosia A, Edson D, Moreira J R, Villaa M, Glasserd D B. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *Journal of Affective Disorders*: 2004; 82: 235-243.
35. Strand J, Wise T N, Fagan P J, Chester W, Schmidt J R. Erectile Dysfunction and Depression: Category or Dimension?" *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2002; 28: 175-181
36. Okulate G, Olayinka O. Erectile dysfunction: prevalence and relationship to depression, alcohol abuse and panic disorder. *General Hospital Psychiatry*. 2003; 25: 209-213.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Twentieth Year,
No.104
April- May, 2013*

Received: 2013/2/23

Last revised: 2013/4/15

Accepted: 2013/4/27

Studying the connection between psychological disorders symptoms and sexual dysfunctions

Gholamhosein Ghaedi¹, Mahdieh Sasaninezhad^{2*}, Azad Sabeti³

1. Assistant Professor - Medical Faculty, Shahed University, Tehran, Iran.
2. MA in Clinical Psychology - Allame Tabatabaei University, Tehran. Iran.
3. MA in Counseling Psychology - Allame Tabatabaei University, Tehran, Iran.

E-mail: mahdieh_sasani@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Studies have shown that there is a connection between psychological disorders symptoms and sexual dysfunctions. The aim of this study was to examine the connection between psychological disorders symptoms and sexual dysfunction and also to determine the role of psychological disorders symptoms in the development of sexual dysfunctions.

Materials and Methods: In this study, 200 individuals (115 females and 75 males) who referred to psychological clinics in Tehran and Karaj (from 2011 till 2012) were included with a convenient sampling method. All individuals were asked to complete FSFI (for females), IIEF (for males) and SCL-90 scales. Correlation and hierarchical regression were used to analyze the data.

Results: The findings revealed that there is a significant correlation between psychological disorders symptoms and sexual dysfunctions. Hierarchical regression showed that psychological disorders symptoms (especially phobia, depression, OCD, somatic problems and paranoia symptoms) can remarkably predict sexual dysfunctions.

Conclusion: There is a significant relationship between psychological disorders symptoms and sexual dysfunctions. Symptoms of some of psychological disorders can explain sexual dysfunctions. Findings of this study are consistent with some other previous researches.

Key words: Sexual dysfunctions, Psychological disorders symptoms, Psychological factors.