

مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط عملکرد جنسی با افسردگی و اضطراب در زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۵

مینو صفایی^۱، سمیه علیرضایی^{۲*}، سمیرا رجب‌زاده^۳

^۱ کارشناس ارشد مامایی، مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
^۲ دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ دانشجوی کارشناسی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۰۳

چکیده

مقدمه: امروزه سلامت زنان یائسه مورد توجه و اهمیت قرار گرفته است. عملکرد جنسی بخش مهمی از زندگی زنان بوده و تغییر در آن که به‌ویژه و بیشتر در دوران یائسگی اتفاق می‌افتد، می‌تواند تأثیر زیادی بر سلامت آن‌ها بگذارد. از سوی دیگر، یائسگی خود با تغییرات سلامتی متعددی همچون اضطراب، افسردگی، تغییرات میل جنسی، خشکی واژن و غیره همراه می‌باشد. در این ارتباط، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط عملکرد جنسی با افسردگی و اضطراب در زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد که در آن ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان تربت حیدریه به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها عبارت بودند از: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI: Female Sexual Function Index) و پرسشنامه افسردگی و اضطراب (Snaith و Zigmond) (HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale).

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که ۷۲/۵ درصد از زنان یائسه شرکت‌کننده در پژوهش عملکرد جنسی مطلوبی نداشتند. از سوی دیگر بین عملکرد جنسی و اضطراب و افسردگی ارتباط آماری معناداری وجود داشت؛ به‌طوری که هرچه میزان افسردگی و اضطراب بیشتر بود، عملکرد جنسی نامطلوب‌تر می‌گشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج مشاهده شد که کمتر از نیمی از زنان عملکرد جنسی مطلوبی داشتند. همچنین مشخص گردید که افسردگی و اضطراب رابطه مستقیمی با اختلالات عملکرد جنسی دارند؛ در نتیجه یک برنامه‌ریزی منسجم در جهت ارتقای کیفیت و سلامت زندگی زنان یائسه مورد نیاز می‌باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب، افسردگی، عملکرد جنسی، یائسگی

مقدمه

یائسگی بخشی طبیعی از چرخه زندگی زنان است که در اواسط و یا اواخر میان‌سالی اتفاق می‌افتد (۱). سازمان جهانی بهداشت، یائسگی را قطع واقعی قاعدگی به مدت ۱۲ ماه به دلیل از دست رفتن فعالیت فولیکول‌های تخمدان می‌داند. میانگین سنی یائسگی در حدود ۵۲-۵۰ سالگی تخمین زده شده است (۲). دوران یائسگی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی هر انسان در مسیر رشد و تکامل می‌باشد که گذشته از جنبه‌های مفید و ارزشمند آن، مجموعه‌ای از تغییرات را نیز ایجاد می‌کند (۳) که شامل: گرگرفتگی، تعریق و خشکی واژن است که همگی آن‌ها به شکل مستقیم بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان تأثیر می‌گذارند (۴). افراد یائسه از مشکلات بی‌شمار روانی از جمله افسردگی، اضطراب، استرس، کاهش تمرکز، تحریک‌پذیری و خستگی مفرط و پیش‌رونده که منجر به تأخیر در عملکرد فعالیت‌های روزانه می‌شود شکایت دارند (۵). نشانه‌های یائسگی ارتباط تنگاتنگی با کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی داشته و چه به لحاظ فیزیولوژیکی و چه به لحاظ روانی و اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهند (۶).

افسردگی یک بیماری روانی عودکننده است که سبب بروز ناتوانی جسمی شده و وقوع مرگ و میر را افزایش می‌دهد. افسردگی و اضطراب از جمله اختلالات شایع دوران یائسگی هستند. مطابق با گزارشی حدود ۴۵ درصد از زنان یائسه مبتلا به افسردگی می‌باشند و ۸۰ درصد از آن‌ها در دوره‌ای از زندگی خود افسردگی را تجربه کرده‌اند (۷). در پژوهشی بیان گردید که ۵۱ درصد از زنان در دوران یائسگی و طی کمتر از شش ماه دچار افسردگی شدند و ۲۲ درصد از آن‌ها افسردگی را به‌عنوان یک مشکل جدی مطرح نمودند؛ بنابراین افسردگی صرف‌نظر از عامل ایجادکننده آن، یکی از مشکلات شاخص سلامتی زنان در

دوران یائسگی می‌باشد و احتمالاً دیگر علائم روانی همانند اضطراب توسط خلق و خوی افسرده تشدید می‌شوند (۸). شیوع اضطراب در جمعیت زنان بین ۵ تا ۱۵ درصد بیان شده است. بین وقوع اضطراب و شروع افسردگی در دوران یائسگی رابطه مثبتی وجود دارد؛ بدین‌معنا که حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد از افرادی که اضطراب‌های شدیدی را در این دوران تجربه می‌کنند دچار افسردگی می‌شوند (۹)؛ اما دلایل این اختلالات خلقی را نمی‌توان تنها به خود وضعیت یائسگی نسبت داد. در واقع، این اختلالات می‌توانند به‌طور ثانویه به نشانه‌های دیگری چون آشفتگی خواب، بی‌اختیاری ادرار، تغییرات شناختی، شکایت‌های بدنی، کاهش کیفیت زندگی و اختلالات جنسی مربوط شوند (۱۰). اختلالات روحی و روانی تأثیر زیادی بر عملکرد جنسی دارند و پژوهش‌های زیادی ارتباط معنادار بین اختلال عملکرد جنسی و افسردگی و اضطراب را نشان داده‌اند (۱۱). سازمان جهانی بهداشت اختلال عملکرد جنسی را هر شکلی از اختلال که در آن فرد نتواند در یک رابطه جنسی مورد دلخواه خود شرکت کند در نظر می‌گیرد (۱۲). تمایل، تهییج، ارگاسم و احساس رضایت و راحتی که به دنبال آن می‌آید، چهار مرحله تشکیل‌دهنده عملکرد جنسی هستند و بر همین اساس اختلال در عملکرد جنسی شامل: اختلال در میل جنسی، اختلال در تهییج جنسی، اختلال در ارگاسم و درد حین نزدیکی می‌باشد (۱۳).

مطالعات بسیاری در مورد شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان انجام شده است. در سال ۲۰۰۹ Laurent اعلام کرد که شیوع اختلال عملکرد جنسی در ایالت متحده حدود ۴۳/۱ درصد می‌باشد (۱۴). در ایران نیز در پژوهشی که در ارتباط با ۲۶۲۶ زن ۲۰ تا ۶۰ سال انجام شد، اختلال در ارگاسم ۳۷ درصد، اختلال در میل جنسی

بهداشتی- درمانی شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۵ انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی- مقطعی حاضر طی مدت ۱۲ ماه در سال ۱۳۹۵ در شهرستان تربت حیدریه انجام شد. با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه و با توجه به مطالعات پیشین (۱۵) و نسبت افراد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی در بین زنان یائسه و احتمال خطای ۰/۰۵، حجم نمونه معادل ۲۰۰ نفر محاسبه گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن رضایت کتبی، ملیت ایرانی، وجود یائسگی طبیعی (قطع قاعدگی به مدت یک سال)، داشتن همسر و روابط جنسی با او بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: یائسگی زودرس (یائسگی در سن کمتر از ۴۰ سال)، یائسگی ناشی از جراحی، ابتلا به بیماری‌هایی نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی- عروقی، هایپرلیپیدمی، مشکلات تنفسی، انواع سرطان‌ها یا ناهنجاری‌ها و یا صدمات ناحیه تناسلی. داده‌ها توسط ابزارهای فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستان Zigmond و Snaith و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) جمع‌آوری شدند. پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی زنان شامل ۱۹ سؤال است که شش بخش از عملکرد جنسی (میل، برانگیختگی، لغزندگی، ارگاسم، رضایتمندی و درد حین مقاربت) را طی چهار هفته اخیر ارزیابی می‌کند. نمره برش مناسب کل مقیاس برای تشخیص عملکرد جنسی ۲۸ تعیین شده است (۷). حداقل نمره این پرسشنامه ۲ و حداکثر نمره آن ۳۶ می‌باشد. پرسشنامه اضطراب و افسردگی Zigmond و Snaith نیز شامل ۱۴ سؤال است که آیت‌های فرد میزان اضطراب و آیت‌های زوج میزان افسردگی را می‌سنجند. در این پرسشنامه به سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۲ و ۱۴ از گزینه‌های

۳۵ درصد و درد حین نزدیکی ۲۶/۷ درصد گزارش گردید (۱۵). در یکی از بزرگترین مطالعات مربوط به فعالیت جنسی زنان، کاهش میل جنسی به‌عنوان مشکل اصلی در زنان ۱۸ تا ۸۱ سال معرفی شد و زنان ۴۵ تا ۶۴ سال نسبت به زنان جوان‌تر یا مسن‌تر مشکلات جنسی بیشتری داشتند (۱۶).

در بسیاری از مطالعات بیان شده است که مشکلات جنسی به‌ویژه کاهش میل جنسی با افزایش سن بیشتر می‌شود. البته افزایش سن و تغییرات هورمونی تنها علت بروز مشکلات جنسی نبوده و عواملی چون وضعیت سلامت عمومی، روانی و ذهنی و افسردگی و اضطراب نیز بر عملکرد جنسی مربوط به افزایش سن و یائسگی اثرگذار می‌باشند (۱۷). در این راستا در مطالعه‌ای که در تایوان با هدف بررسی رابطه بین افسردگی و اضطراب با اختلال عملکرد جنسی انجام شد، گزارش گردید که زنان مضطرب و افسرده، اختلال عملکرد جنسی شدیدی دارند (۱۷). همچنین، عنوان شده است که درصد زیادی از زنانی که از افسردگی متوسط تا شدید رنج می‌برند و یا مضطرب هستند، عملکرد جنسی نامطلوبی دارند (۱۸). با وجود شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه، بسیاری از آن‌ها به دلایل برخی از مسائل فرهنگی و مذهبی مشکلات جنسی خود را بیان نمی‌کنند و یا به دنبال راه‌کارهای پزشکی جهت رفع آن‌ها بر نمی‌آیند؛ این درحالی است که اختلال در عملکرد جنسی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و عملکرد جنسی آن‌ها تأثیرگذار می‌باشد. از آنجایی که دوران یائسگی بخش مهمی از زندگی زنان را تشکیل می‌دهد و با افزایش امید به زندگی و سال‌های زنده‌ماندن، تقریباً یک‌سوم از زندگی زنان در دوران یائسگی و پس از آن سپری می‌شود، بر آن شدید تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین ارتباط بین عملکرد جنسی با افسردگی و اضطراب در زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز

درصد) از واحدهای پژوهش نیز در حد کفاف گزارش شد. علاوه بر این، بررسی پرسشنامه عملکرد جنسی (FSFI) مشخص کرد که میانگین نمره کل عملکرد جنسی $22/53 \pm 5/91$ (در دامنه ۱۴/۴۰ تا ۳۵/۶۰) می باشد (جدول ۱). شایان ذکر است که در بین حیطه‌ها پایین‌ترین نمره متعلق به حیطه تمایل جنسی بود ($2/96 \pm 1/11$) و بالاترین نمره به حیطه رضایت جنسی ($4/40 \pm 1/05$) تعلق داشت. نمرات سایر حیطه‌ها عبارت بودند از: نمره برانگیختگی جنسی ($3/25 \pm 1/35$)، حیطه لغزندگی ($4/03 \pm 1/29$)، حیطه ارگاسم ($3/85 \pm 1/26$) و حیطه درد ($4/02 \pm 1/36$) (جدول ۲).

بر اساس بررسی نمره افسردگی، میانگین نمره کلی برابر با $17/35 \pm 2/17$ و میانگین نمره کلی اضطراب معادل $17/26 \pm 2/26$ به دست آمد. مطابق با نتایج، ۱۵۹ نفر (۷۹/۵ درصد) از اضطراب شدید و ۴۱ نفر (۲۰/۵ درصد) از اضطراب متوسط رنج می‌بردند؛ در حالی که حدود ۱۶۶ نفر (۸۳ درصد) افسردگی شدید، ۳۳ نفر (۱۶/۵۵ درصد) افسردگی متوسط و ۱ نفر (۰/۵۵ درصد) افسردگی در حد مرزی داشتند (جدول ۳). باید خاطرنشان ساخت که در بررسی ارتباط بین عملکرد جنسی با افسردگی و اضطراب ارتباط مثبت و معناداری به دست آمد. با انجام آزمون تی مستقل نیز مشخص گردید که دو گروه مطلوب و نامطلوب عملکرد جنسی متفاوت و معناداری از نظر ابتلا به افسردگی و اضطراب ($P=0/004$, $P=0/001$) دارند که این نمرات در افراد با اختلال عملکرد جنسی بیشتر است (جدول ۴).

جدول ۱: فراوانی عملکرد جنسی زنان یائسه

| عملکرد جنسی | تعداد (درصد) |
|-------------|-----------------|
| مطلوب | ۵۵ (۲۷/۵ درصد) |
| نامطلوب | ۱۴۵ (۷۲/۵ درصد) |
| کل | ۲۰۰ (۱۰۰ درصد) |

۳،۲،۱ و ۴ به ترتیب ۰ تا ۳ و به سؤالات ۱،۳،۵،۸،۶،۱۰،۱۱ و ۱۳ از گزینه‌های ۳،۲،۱ و ۴ به ترتیب ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد که نمرات ۰ تا ۷ نرمال، ۷ تا ۱۱ مرزی، ۱۱ تا ۱۵ متوسط و نمرات بالاتر از ۱۵ شدید می‌باشند. جهت تعیین روایی پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش از روش روایی محتوا استفاده شد و پایایی آن‌ها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/82$) تعیین گردید. پس از تأیید پژوهش توسط کمیته اخلاق با دریافت معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و پس از کسب اجازه از مسئولان مراکز بهداشتی-درمانی، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و پس از تکمیل رضایت کتبی از زنان یائسه‌ای که بر اساس معیارهای ورود به مطالعه واجد شرایط بوده و جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی به مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه کرده بودند انجام شد. لازم به ذکر می‌باشد که به تمامی افراد واجد شرایط اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و در دسترس دیگران قرار داده نمی‌شود و نتایج به صورت کلی بیان می‌گردد. در ادامه، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و روش‌های آماری توصیفی شامل: فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های تحلیلی شامل: آزمون تی مستقل تحلیل شدند. سطح معناداری نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مطالعه حاضر ۲۰۰ زن یائسه با میانگین سنی $57/18 \pm 7/93$ سال و محدوده سنی ۴۵ تا ۸۵ سال شرکت نمودند. بیشترین توزیع سنی در محدوده ۵۱ تا ۵۵ سال ($53/7$ درصد) بود. میانگین طول مدت یائسگی نیز $7/80 \pm 7/00$ سال به دست آمد. بر مبنای نتایج ۱۷۶ نفر (۸۹ درصد) خانه‌دار بودند و ۱۶۷ نفر (۸۳/۵ درصد) تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند. درآمد ۱۴۵ نفر (۷۲/۵

جدول ۲: فراوانی حیطة‌های عملکرد جنسی زنان یائسه

| حیطة عملکرد جنسی | مطلوب | نامطلوب |
|------------------|----------------|-----------------|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |
| تمایل | ۱۷ (۸/۵ درصد) | ۱۸۳ (۹۱/۵ درصد) |
| برانگیختگی | ۲۰ (۱۰ درصد) | ۱۸۰ (۹۰ درصد) |
| لغزندگی | ۱۴ (۷ درصد) | ۱۸۶ (۹۳ درصد) |
| ارگاسم | ۴۰ (۲۰ درصد) | ۱۶۵ (۸۰ درصد) |
| رضایت | ۵۵ (۲۷/۵ درصد) | ۱۴۵ (۷۲/۵ درصد) |

جدول ۳: فراوانی وضعیت افسردگی و اضطراب در زنان یائسه

| فراوانی وضعیت | افسردگی | اضطراب |
|---------------|----------------|-----------------|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |
| نرمال | ۰ | ۰ |
| مرزی | ۱ (۰/۵ درصد) | ۰ |
| متوسط | ۳۳ (۱۶/۵ درصد) | ۴۱ (۲۱/۵ درصد) |
| شدید | ۱۶۶ (۸۳ درصد) | ۱۵۹ (۷۹/۵ درصد) |
| کل | ۲۰۰ (۱۰۰ درصد) | ۲۰۰ (۱۰۰ درصد) |

جدول ۴: ارتباط بین عملکرد جنسی با افسردگی و اضطراب زنان یائسه

| عملکرد جنسی | مطلوب | | سطح معناداری |
|-------------|----------------------------|------------------------------------|--------------|
| | میانگین \pm انحراف معیار | نامطلوب میانگین \pm انحراف معیار | |
| افسردگی | ۳/۸۹ \pm ۰/۳۱ | ۳/۸۰ \pm ۰/۴۱ | ۰/۰۰۲ |
| اضطراب | ۳/۹۰ \pm ۰/۲۹ | ۳/۸۹ \pm ۰/۴۳ | ۰/۰۰۰ |

آزمون تی مستقل

بحث

باشند (۱۹). در این ارتباط، Yazdanpanahi و همکاران در پژوهشی نشان دادند که افسردگی با کاهش عملکرد جنسی و بروز اختلال در آن همراه است (۱۶). افسردگی، اضطراب و هیجانات منفی منجر به اختلالات جنسی می‌شوند و بین اختلال عملکرد جنسی و مؤلفه‌های سلامت روان در زنان یائسه رابطه وجود دارد و به ترتیب ۷۱ و ۶۲ درصد از زنان یائسه دچار افسردگی و اضطراب می‌باشند (۲۰). در این زمینه در مطالعه‌ای که با هدف بررسی همبستگی بین اختلال عملکرد جنسی با افسردگی و اضطراب انجام شد، ارتباط بین اختلال

مطالعه حاضر نشان داد که بین عملکرد جنسی و افسردگی و اضطراب در زنان یائسه ارتباط وجود دارد؛ به طوری که زنان یائسه دارای عملکرد جنسی پایین به طور معناداری افسردگی و اضطراب بیشتری دارند. یکی از عوارض مهم دوران یائسگی، اختلال در عملکرد جنسی است. در یک مطالعه کیفی مشخص گردید که زنان یائسه احساس پیری، تغییر تصویر ذهنی نسبت به ظاهر خود، احساس پایان زنانگی، احساس ناتوانی و ناامیدی و افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند که تمامی این تجربیات می‌توانند بر عملکرد جنسی تأثیر منفی داشته

ارتباطی بین اختلال عملکرد جنسی زنان میانسال و یائسه با افسردگی مشاهده شد (۲۶). همچنین در پژوهش Chivers و همکاران از جمله ریسک فاکتورهای مهم در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی در زنان از اضطراب و افسردگی نام برده شد (۲۷).

از آنجایی که از جمله مهم‌ترین فاکتورهای مداخلاتی مؤثر بر اختلال عملکرد جنسی در دوران یائسگی، افسردگی و اضطراب است و در یک سیکل معیوب وجود اختلال عملکرد جنسی خود نیز افزایش‌دهنده میزان افسردگی و اضطراب در زنان یائسه می‌باشد؛ به همین دلیل شناسایی این زنان و ارجاع آن‌ها به روان‌پزشک و مشاوران جهت انجام مداخلات لازم به‌منظور رفع افسردگی و اضطراب و بهبود عملکرد جنسی و کیفیت زندگی آن‌ها امری ضروری محسوب می‌شود (۲۴).

در ارتباط با محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام مطالعه تنها در مراکز بهداشتی- درمانی دولتی شهرستان تربت حیدریه و ازدست‌رفتن نمونه‌ها در مراکز خصوصی و مطب‌ها و یا عدم مقایسه نتایج با زنان یائسه سالم و یا مبتلا به سایر بیماری‌های سالمندی که زندگی جنسی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند دانست. همچنین، عدم بررسی رابطه علی و پیشگویی‌کننده‌های عملکرد جنسی در زنان یائسه از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌باشد؛ از این رو توصیه می‌شود در مطالعات آتی به این موارد پرداخته شود تا درک بهتری از عملکرد جنسی در زنان یائسه و ارتباط آن با اختلالات روحی و روانی آن‌ها مانند افسردگی و اضطراب به‌دست آید.

نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج، کمتر از نیمی از زنان یائسه عملکرد جنسی مطلوبی داشتند. از سوی دیگر، افسردگی و

عملکرد جنسی و افسردگی و اضطراب مشخص گردید (۲۱).

در مطالعه حاضر علاوه‌براینکه تمام حیطة‌های عملکرد جنسی شامل: تمایل، برانگیختگی، لغزندگی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد دچار اختلال بودند، بین آن‌ها با افسردگی و اضطراب ارتباط معناداری به‌دست آمد. در مطالعه حاضر بیشترین اختلال همراه با افسردگی و اضطراب، اختلال در لغزندگی یا لوبریکاسیون واژن و بیشترین اختلال گزارش‌شده، اختلال در تمایل جنسی بود. در پژوهشی که توسط کبودی در سال ۲۰۰۳ انجام شد، اختلالات پاسخ‌های جنسی "درد" و فاز "تمایل و برانگیختگی" در ۱۴۱ زن یائسه ۷۰ درصد (۲۱) و در آمریکا ۳۰ درصد (۲۲) گزارش گردید. تفاوت قابل ملاحظه بین ارقام به‌دست‌آمده از کشور ما با کشورهای دیگر می‌تواند متأثر از عوامل نژادی، مذهبی، فرهنگی و نگرشی باشد. در این راستا، در مطالعه تاری‌وردی بین میانگین نمره افسردگی و کاهش میل جنسی رابطه معناداری مشاهده گردید (۲۳).

در پژوهش Biler و همکاران در سال ۲۰۱۷ نیز نشان داده شد که زنان یائسه در خرده‌مقیاس‌های بدعملکردی جنسی به‌ترتیب در اختلال میل جنسی، اختلال ارگاسمی، اختلال انگیختگی جنسی و اختلال درد جنسی، بیشترین تا کمترین درصد را به خود اختصاص دادند (۲۰). علاوه‌براین، Cabral و همکاران در مطالعه‌ای گزارش کردند که افسردگی و اضطراب اثر منفی بر عملکرد جنسی دارند (۲۴). نتایج پژوهش مؤده و همکاران نیز نشان داد که بین افسردگی و کاهش تمایلات جنسی و ارگاسم در زنان ارتباط وجود دارد که این مهم با نتایج مطالعه Lai در سال ۲۰۱۱ مبنی بر اینکه کاهش میل جنسی و ارگاسم از مشکلات شایع زنان افسرده می‌باشد، همسویی دارد (۲۵). در مطالعه Holguin و همکاران نیز

محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها ارائه گردیده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی با یکدیگر ندارند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی با کد IR.THUMS.REC.1395.5 دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شده است. بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم پژوهشی و بهداشتی و همچنین از کادر مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان و واحدهای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

اضطراب در زنان یائسه رابطه مستقیمی با اختلالات عملکرد جنسی داشت؛ در نتیجه یک برنامه‌ریزی منسجم در جهت ارتقای کیفیت و سلامت زندگی زنان یائسه مورد نیاز می‌باشد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

کلیه اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است. شایان ذکر می‌باشد که فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گشته و توضیحات کافی مبنی بر

References

1. Im EO, Lee B, Chee W, Dormire S, Brown A. A national multiethnic online forum study on menopausal symptom experience. *Nurs Res*. 2010; 59(1):26-33.
2. Sarrel P. Women, work, and menopause. *Menopause*. 2012; 19(3):250-2.
3. Jafary F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging Ment Health*. 2011; 15(5):630-7.
4. Barlow DH, Durand VM. *Abnormal psychology: an integrative approach*. Toronto: Nelson Education; 2011.
5. Smith JF, Breyer BN, Eisenberg ML, Sharlip ID, Shindel AW. Sexual function and depressive symptoms among male North American medical students. *J Sex Med*. 2010; 7(12):3909-17.
6. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
7. Safarinejad M. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res*. 2006; 18(4):382-95.
8. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord*. 1999; 56(2-3):201-8.
9. Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi J Med Sci*. 2013; 19(105):60-8.
10. Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *Am J Med*. 2012; 125(1):37-43.
11. Lin CF, Juang YY, Wen JK, Liu CY, Hung CI. Correlations between sexual dysfunction, depression, anxiety, and somatic symptoms among patients with major depressive disorder. *Chang Gung Med J*. 2012; 35(4):323-31.
12. Schnatz PF, Whitehurst SK, O'Sullivan DM. Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *J Womens Health*. 2010; 19(10):1843-9.
13. Asgari K, Hashmi B. Comparing the performance of five brain systems and mood changes (Anxiety and Depression) with the level of estrogen in postmenopausal and premenopausal. *Armaghane Danesh*. 2017; 13:617-29. [in Persian]
14. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29(7):573-85.

15. Afghari A, Ganji J, Ahmad Shirvani M. Psycho-emotional changes in menopause: a qualitative study. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2012; 22(93):28-37. [in Persian]
16. Yazdanpanahi Z, Beygi Z, Akbarzadeh M, Zare N. To investigate the relationship between stress, anxiety and depression with sexual function and its domains in women of reproductive age. *Int J Med Res Health Sci.* 2016; 5(10):223-31.
17. Zhou B, Sun X, Zhang M, Deng Y, Hu J. The symptomatology of climacteric syndrome: whether associated with the physical factors or psychological disorder in perimenopausal/postmenopausal patients with anxiety-depression disorder. *Arch Gynecol Obstet.* 2012; 285(5):1345-52.
18. Jonusiene G, Zilaitiene B, Adomaitiene V, Aniliene R, Bancroft J. Sexual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. *Climacteric.* 2013; 16(1):185-93.
19. Ziagham S, Sayhi M, Azimi M, Akbari M, Dehkordi ND, Bastami A. The relationship between menopausal symptoms, menopausal age and body mass index with depression in menopausal women of Ahvaz in 2012. *Jundishapur J Chronic Dis Care.* 2015; 4(4):41-6.
20. Biler S, Jahanbakhsh Z, Jahangir AM. Studying sexual malfunctioning, mental health, depression, anxiety, and stress in menopausal, unproductive, and addict women. *Womens Stud.* 2017; 7(17):1-15. [in Persian]
21. Kaboudi M. The study of over 35 women's knowledge and interaction against menopause. *Proceeding 1st congress of family and sexual disorders.* Shahed University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 2003.
22. Eslapik R, Lorna G. Everything about menopause. *Trans: Boghairi F.* Tehran: Gohbarg Publication; 2009.
23. Gracia C, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(4):831-40.
24. Cabral PU, Canario AC, Spyrides MH, Uchoa SA, Eleuterio J Jr, Amaral RL, et al. Influence of menopausal symptoms on sexual function in middle-aged women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(7):329-34.
25. Mojdeh F, Mohamadi SZ. The relationship between depression and sexual function index among married women. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul.* 2013; 21(1):41-51. [in Persian]
26. Mezones-Holguin E, Córdova-Marcelo W, Lau-Chu-Fon F, Aguilar-Silva C, Morales-Cabrera J, Bolaños-Díaz R, et al. Association between sexual function and depression in sexually active, mid-aged Peruvian women. *Climacteric.* 2011; 14(6):654-60.
27. 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.

Original Article

Relationship between Sexual Function with Depression and Anxiety in Postmenopausal Women Referring to the Health Centers of Torbat Heydarieh, Iran in 2016

Minoosafaei¹, Somayeh Alirezaei^{2*}, Samira Rajabzadeh³

¹ MSc in Midwifery, Lecturer in School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydarieh University of Medical Sciences, Torbat Heydarieh, Iran

² PhD Student of Reproductive Health, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ BSc in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydarieh University of Medical Sciences, Torbat Heydarieh, Iran

Received: 23 April 2018

Accepted: 18 May 2018

Abstract

Introduction: Nowadays, health of women following menopause is considered as a critical issue. Sexual function is an important part of life and the relevant changes in women that occur mostly during menopause can have a huge impact on their health. However, menopause is associated with several symptoms, including anxiety, depression, alterations in libido, and dryness of vagina. Therefore, the present study aimed to investigate the relationship between sexual function with depression and anxiety in postmenopausal women, who referred to the health centers of Torbat Heydarieh, Iran in 2016.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on 200 women, who referred to the health centers of Torbat Heydarieh. The participants were selected through convenience sampling method. The data collection tools included questionnaires for the demographic data, Female Sexual Function Index (FSFI), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) by Zigmond and Snaith.

Results: The findings of this study showed that 72.5% of the subjects did not have a satisfactory sexual performance. Moreover, there was a significant relationship between the sexual function with depression and anxiety. It was found that the greater the degree of depression and anxiety, the sexual performance was more unfavorable ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results of present study, only less than half of the women had optimal sexual performance. On the other hand, a direct relationship was shown between anxiety and depression with sexual dysfunctions. Consequently, a coherent plan seems to be required for improving the health and quality of life in women post-menopause.

Keywords: Anxiety, Depression, Menopause, Sexual function

* **Corresponding Author:** Somayeh Alirezaei, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Tel : 09153225865; Email: somayea67@gmail.com