

تعیین نقش جنسیت در رابطه میل جنسی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

پروانه محمدخانی^۱، کیت استفان دابسون^۲، *امید مساح چولابی^۳، شروین آثاری^۴

چکیده

هدف: تعیین نقش جنسیت در ارتباط بین میل جنسی و کیفیت زندگی در مبتلایان به افسردگی اساسی هدف این پژوهش بوده است. روش بررسی: در این مطالعه مقطعی مقایسه‌ای ۱۳۴ آزمودنی (۶۷ مرد و ۶۷ زن) مبتلا به افسردگی اساسی که با روش نمونه‌گیری تصادفی از چند مرکز سرپایی خدمات روانشناسی و روانپزشکی انتخاب شده بودند شرکت داده شدند. داده‌های میل جنسی با یک آیتم از پرسشنامه افسردگی بک نسخه دو و کیفیت زندگی با مقیاس سلامتی شما-فرم کوتاه (SF-۳۶) و پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌گیل جمع‌آوری شد. همبستگی‌های دو متغیری کیفیت زندگی و ابعاد آن با میل جنسی با استفاده از آزمون پیرسون برای زنان و مردان مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تفاوت معناداری بین میل جنسی زنان و مردان دیده نشد ($P=0/230$). مطابق فرم کوتاه مقیاس سلامتی شما بین میل جنسی و درد در مردان ($P<0/001$, $r=-0/456$) و زنان ($P=0/011$, $r=-0/308$) و همچنین بین میل جنسی و متغیرهای عملکرد جسمی ($P<0/001$, $r=-0/457$)، محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی ($P<0/001$, $r=-0/325$)، محدودیت نقش ثانویه بر مشکلات عاطفی ($P=0/007$, $r=-0/325$)، خستگی ($P<0/001$, $r=-0/294$)، سلامتی عاطفی ($P=0/016$, $r=-0/368$)، عملکرد اجتماعی ($P<0/001$, $r=-0/483$) و ادراک سلامتی عمومی ($P<0/001$, $r=-0/396$) همبستگی منفی و معنادار وجود داشت. پرسشنامه مک‌گیل نشان داد که همبستگی بین میل جنسی و سلامتی روانشناختی ($P=0/037$, $r=-0/255$)، سلامتی وجودی ($P=0/016$, $r=0/293$) و حمایت اجتماعی ($P<0/001$, $r=0/425$) در مردان معنادار بود.

نتیجه‌گیری: ارتباط بیشتر و گسترده‌تر بین میل جنسی و کیفیت زندگی در مردان مبتلا به افسردگی اساسی، نشان‌دهنده تأثیر بیشتر تغییرات میل جنسی ناشی از افسردگی بر کیفیت زندگی در مردان نسبت به زنان است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی اساسی، کیفیت زندگی، میل جنسی، جنسیت

۱- دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲- دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه کلگری، آلبرتا، کانادا
۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۴- پزشک عمومی، انسیتیتو پزشکی و ارتقاء سلامتی، گروه روانشناسی و روانپزشکی

دریافت مقاله: ۸۹/۳/۲۶
پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۱۷

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۱۸

*E-mail: omchomch@gmail.com

www.SID.ir



مقدمه

عملکرد سالم جنسی قسمت مهمی از تجربه زندگی انسان است. همینطور، توانایی تجربه لذت، فارغ از حالات خلقی اضطرابی و افسردگی، اهمیت حیاتی برای سلامتی و بهزیستی وی دارد. اگرچه به نظر نمی‌رسد که این سازه‌ها به یکدیگر مربوط باشند، ولی رابطه بین سلامتی روانی و بیماری با عملکرد جنسی در نوشته‌های پژوهشی، کاملاً به اثبات رسیده است (۱). همچنین رابطه بین اختلال میل جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم به عنوان اختلال همبود با افسردگی گزارش شده است (۲). اگرچه در نظام طبقه‌بندی اختلالات روانی توجه کمی به این همبودی شده، چرا که شاید در طبقه‌بندی‌ها بیشتر به طبقات جداگانه و خاص تا همبودی‌ها توجه شده است (۲).

افسردگی اساسی (M.D.D.) با اختلال عملکرد جنسی در هر دو جنس همراه است (۳). این اختلال مسئول دامنه وسیعی از اختلالات جنسی مانند از بین رفتن برانگیختگی جنسی و فاصله انزال شناخته شده (۴،۵) و با کاهش میل جنسی^۱ که بدکاری (بدکارکردی) جنسی^۲ شایعی است همراه است (۶). به هر حال داشتن یک زندگی جنسی فعال چیزی است که بیماران در جستجوی آن هستند (۷). رابطه بین کاهش میل جنسی و کیفیت زندگی قبلاً مورد مطالعه قرار گرفته است و این احتمال وجود دارد که این همبودی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دیده شود (۸،۹). از سوی دیگر در مبتلایانی که این رابطه به گونه دیگری است ممکن است متاثر از ادراک ذهنی سلامتی در هر دو جنس باشد (۱۰-۱۲)؛ در نتیجه ممکن است با تفاوت‌هایی در مبتلایان به افسردگی اساسی روبرو باشیم. مطالعات موجود تا این تاریخ، پژوهش‌های جامعی را برای این عدم شباهت با توجه به کارکرد جنسی و ادراک ذهنی سلامتی بین زنان و مردان مبتلا به افسردگی اساسی شامل نمی‌شوند. هدف مطالعه حاضر ارزیابی نقش جنسیت در ارتباط با میل جنسی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی بود.

روش بررسی

مطالعه مقطعی - مقایسه‌ای حاضر بر اساس داده‌های اولیه‌ای که طی یک کوشش بالینی تصادفی شده برای تعیین اثربخشی مداخلات روانشناختی بر پیشگیری از عود افسردگی در تهران در سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۸ از سوی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با همکاری دانشگاه کلگیری (آلبرتا - کانادا) جمع‌آوری شده بود، طرح‌ریزی و انجام شد.

داده‌های مورد استناد در این تحقیق مربوط به ۱۳۴ نفر (۶۷ زن و ۶۷ مرد) از مجموع ۳۵۴ شرکت‌کننده در آزمایش بالینی مذکور بود. علت شرکت دادن ۶۷ زن و ۶۷ مرد از ۳۵۴ شرکت‌کننده، محدود بودن تعداد کل مردان به همین عدد (۶۷) بود و بنابراین داده‌های همه مردان به‌طور تمام‌شمار و داده‌های ۶۷ نفر از زنان به‌طور تصادفی ساده برای اهداف این مطالعه مورد تحلیل قرار گرفت. ملاکهای ورود به پژوهش مبتلا به افسردگی اساسی، به‌سر بردن در دوره بهبودی نسبی حداقل برای ۱۴ روز (نداشتن بیش از ۴ نشانه از نشانگان افسردگی در زمان مطالعه) و بودن در دامنه سنی ۱۶ تا ۶۴ سال با حداقل ۸ کلاس سواد بود. معیارهای خروج از مطالعه مشخص شدن تجربه اختلال دوقطبی، عدم ابتلا به اختلالاتی مثل اختلال خوردن، وابستگی یا سوء مصرف مواد و تجربه داغدیدگی (حداقل ۴ ماه قبل از شروع مطالعه)، وجود افکار خودکشی، درد مزمن، داشتن نشانگان روانپریشی و بالاخره ابتلا به اختلال شخصیت مرزی بر اساس ملاکهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ (DSM-IV) بود. بنابراین آزمودنی‌ها با استفاده از بخش (A) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات^۵ (SCID for DSM-IV) و بر مبنای دستورالعمل این مصاحبه برای واری شرایط فعلی (به‌سر بردن در دوره بهبودی نسبی) و وضعیت آن‌ها در دوره‌ای که شرایط دریافت تشخیص افسردگی اساسی را داشته و تجربه یا تجارب قبلی افسردگی اساسی و همچنین بررسی ملاکهای ورود و خروج، مورد ارزیابی قرار گرفتند (۱۳).

مصاحبه‌کنندگان همگی کارشناس ارشد روانشناسی و یا مشاوره بوده و از آموزش‌های لازم برای انجام مصاحبه‌ها برخوردار شده بودند؛ ضمن اینکه مصاحبه‌کنندگان دیگری ارزیابی‌های جداگانه‌ای برای تأیید نتایج مصاحبه‌ها به‌عمل آوردند. در مطالعات قبلی پایایی بالایی برای SCID در بسیاری از اختلالات روانپزشکی گزارش شده است (۱۴). از ملاکهای محور پنج در DSM-IV برای تعیین نمره سازگاری کلی (GAF)^۶ در دو سطح دیسترس عاطفی و افت کارکرد اجتماعی، شغلی و خانوادگی استفاده شد. این مقیاس از درجه ۰ تا ۱۰۰ آزمودنی‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۵). پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم^۷ (BDI-II) که پرسشنامه‌ای ۲۱ آیتمی است، برای سنجش شدت افسردگی و میزان رنج آزمودنی‌ها بر اساس نشانگان جسمی، شناختی و عاطفی مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه افسردگی بک-۲ نشانگان بیماران افسرده را در دو هفته اخیر می‌سنجد و نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده رنج

1- Major Depression Disorder 2- Libido 3- Sexual Dysfunction

4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

5- Structure Clinical Interview for DSM-IV 6- General Adaptation of Functioning(GAF) 7- Beck Depression Inventory-second edition(BDI-II) www.SID.ir



۱۶ نفر (۲۳/۵٪) در حد متوسط و بالاخره ۲ نفر در حد شدید گزارش کردند؛ در حالی که در میان زنان ۳۵ نفر (۵۲٪) عدم تغییر و ۲۴ نفر (۳۵/۸٪) تغییر در حد کم، ۷ نفر (۱۰/۵٪) در حد متوسط و ۱ نفر (۱/۵٪) در حد شدید در میل جنسی را گزارش دادند (جدول ۲). تفاوت معناداری بین تغییرات میل جنسی در زنان و مردان مشاهده نشد ($P=0/230$).

ضرایب همبستگی نمرات پرسشنامه افسردگی بک-۲، سن، تعداد دفعات عود و طول مدت بهبودی نسبی با میل جنسی در جدول (۳) به نمایش درآمده است.

مطابق نتایج پرسشنامه SF-۳۶، بین میل جنسی و درد در مردان ($P<0/001$, $r=-0/456$) و زنان ($P=0/011$, $r=-0/308$) همبستگی وجود داشت. افزون بر این، نمرات SF-۳۶ نشان داد که همبستگی بین میل جنسی و عملکرد جسمی ($P<0/001$, $r=-0/457$)، محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی ($P=0/007$, $r=-0/325$) و یا عاطفی ($P=0/007$, $r=-0/325$)، خستگی ($P=0/016$, $r=-0/294$)، سلامتی یا بهزیستی عاطفی ($P=0/02$, $r=-0/368$) و عملکرد اجتماعی ($P<0/001$, $r=-0/483$) معنادار است (جدول ۲). همچنین مطابق نمرات پرسشنامه مک گیل همبستگی میل جنسی با سلامتی یا بهزیستی روانشناختی ($P=0/037$, $r=-0/255$)، سلامتی یا بهزیستی وجودی ($P=0/016$, $r=0/293$) و حمایت اجتماعی ($P<0/001$, $r=0/425$) در مردان معنادار و در زنان غیرمعنادار است. همبستگی میل جنسی با درجه بندی کلی سلامتی جسمی در مردان و زنان نیز معنادار نبود (جدول ۴).

بحث

نیمی از مبتلایان به افسردگی اساسی در این مطالعه کاهش یا از بین رفتن میل جنسی را گزارش دادند. SF-۳۶ ارتباط بین میل جنسی و ابعاد کیفیت زندگی مثل کارکرد جسمی، محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی، محدودیت نقش ثانوی بر مشکلات عاطفی، خستگی، سلامتی یا بهزیستی عاطفی و کارکرد اجتماعی را به طور عمده نشان داد. پرسشنامه مک گیل همبستگی معنادار بین میل جنسی با سلامتی روانشناختی، سلامتی وجودی و حمایت اجتماعی در مردان را نشان داد. رابطه بین کاهش میل جنسی با برخی ابعاد کیفیت زندگی (مثل درد) در هر دو جنس نیز نشان داده شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعاتی که از بین رفتن میل جنسی را در ۵۰٪ موارد در مبتلایان به افسردگی نشان

بیشتر و نشانه‌های بیشتر افسردگی است (۱۶). برای پرسشنامه افسردگی بک-۲ ثبات درونی بالایی (آلفای کرونباخ) گزارش شده است (۱۷). میل جنسی آزمودنی‌ها با استفاده از یک آیتم که مشتمل بر گزینه‌های مشکلی نداشته و یا کم، متوسط یا زیاد آسیب دیده‌اند، مورد ارزیابی قرار گرفت. این آیتم در مطالعه قبلی برای سنجش میل جنسی به کار گرفته شده بود (۱۸). کیفیت زندگی با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه بررسی سلامتی شما (SF-۳۶) مورد سنجش قرار گرفت. SF-۳۶ ابعادی از سلامتی یعنی کارکرد جسمانی، محدودیت ناشی از مشکل سلامتی جسمانی، محدودیت ثانوی بر مشکلات عاطفی، خستگی، سلامتی روانی، کارکرد اجتماعی، درد و ادراک فرد از سلامتی کلی را دربر می‌گیرد. نمره بالاتر در این آزمون بیانگر وضعیت بهتر سلامتی است (۱۹). SF-۳۶ قبلاً در مطالعات افسردگی به کار رفته است (۲۰). کیفیت زندگی همچنین با پرسشنامه کیفیت زندگی مک گیل (MQOL) مورد سنجش قرار گرفت (۲۱). پرسشنامه مک گیل و SF-۳۶ به فارسی برگردانده و ترجمه برگردان شد. مطالعات مقدماتی برای ارزیابی روایی محتوایی آنها برای استفاده در ایران پیشتر انجام شده است (۲۲، ۲۳). SF-۳۶ پرسشنامه‌ای جامع و چند بعدی است که کیفیت زندگی را در ابعاد جسمی، روانشناختی، عاطفی، وجودی^۵ و حمایتی می‌سنجد (۲۴). همه طبقات پاسخ‌ها بر اساس یک مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه‌ای است و نمره بالاتر نیز وضعیت بهتر کیفیت زندگی را نشان می‌دهد (۲۱). پایایی آزمون - بازآزمون کل پرسشنامه (ضریب همبستگی پیرسون=۰/۸۷) و همسانی درونی (به جز زیرمقیاس وجودی) آن بالا گزارش شده است (۲۱). همبستگی‌های بین میل جنسی و کیفیت زندگی با استفاده از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای زنان و مردان به طور جداگانه مورد محاسبه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر داده‌های مربوط به ۱۳۴ شرکت‌کننده، ۶۷ مرد (۵۰٪) و ۶۷ زن (۵۰٪) با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب $35/7 \pm 10/2$ و $33/5 \pm 10/6$ مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین نمرات افسردگی و سازگاری کلی در مردان و زنان در جدول (۱) ارائه شده است. در میان مردان ۳۲ نفر (۴۷/۷٪) گزارش دادند که میل جنسی آنها دست خوش تغییر نشده و ۱۷ نفر (۲۵/۴٪) تغییر را در حد کم،

1- Short Form of Well-being Questionnaire (SF-36) 2- Role Limitation Due to Physical Problems
3- Role Limitation Secondary to Emotional Problems 4- McGill Quality-of-Life Questionnaire (MQOL)
5- Existential Well-being



داده‌اند همسو بود (۷). باید توجه داشت که داروهای ضدافسردگی میل جنسی را کاسته و البته آسیب کارکرد جنسی در صورت عدم درمان نیز گزارش شده است (۱۷). به همین اندازه ضد افسردگی‌ها با چندین مولفه مربوط به پاسخ جنسی تداخل دارند (۲۵). به طور کلی بدکاری جنسی در کسانی که از افسردگی رنج می‌برند ممکن است هم به‌عنوان نشانگان اختلال افسردگی و هم اثر جانبی بسیاری از داروهای ضد افسردگی محسوب شود (۲۷، ۲۶، ۶، ۷). زمانی که بیماران اثر جانبی ضدافسردگی‌ها را تجربه می‌کنند، درمان را ناتمام رها می‌کنند و این شکست درمان را به دنبال دارد (۲۸). در پژوهشی ۶۵٪ مردان و ۴۸٪ زنان اختلال در میل جنسی را گزارش داده بودند (۲۶). در نوشته‌های پژوهشی غیرمرتبط با افسردگی نشان داده شده که میل جنسی کم در زنان معمول‌تر از مردان است (۲۹) و این موضوع ممکن است بیشتر بنابه دلایل زیستی باشد تا مربوط به ریشه‌های فرهنگی (۳۰). در نوشته‌های پژوهشی موجود، همراهی قویتر بین مشکلات جنسی و سلامتی جسمی در مردان گزارش شده است (۱۰). همبستگی بین فعالیت جسمی با کارکرد جنسی (۳۱) و همبستگی قویتر بین فعالیت جنسی و سلامتی جسمی در مردان از یافته‌های پژوهشی در این راستا حمایت می‌کنند (۳۲). معهذایافته‌های برخی مطالعات با گزارشات قبلی درباره همراهی مشکلات جنسی و سلامتی روانی (۱۱) و همبستگی بین بدکارکردی جنسی و ضعف میل جنسی (۳۳) در هر دو جنس کاملاً توافق ندارند. همین‌طور مطالعاتی میل جنسی در زنان را پائین‌تر برآورد کرده‌اند (۳۴). مثال دیگر همبستگی بین سلامتی روانشناختی و مشکلات جنسی مثل فقدان لذت جنسی، عدم توانایی در داشتن ارضای جنسی، احساس اضطراب و مشکلات عدم ابراز لذت^۱ در زنان و نه مردان است (۱۱). در برخی شرایط جسمانی‌سازی مزمن (یک زیرمقیاس از پرسشنامه کیفیت زندگی)، رابطه متفاوتی بین کارکرد جنسی و رضایت جنسی در مردان و زنان گزارش شده است (۱۲). در مطالعه‌ای نشان داده شده که جنسیت رابطه بین میل جنسی و کیفیت زندگی را تعدیل می‌کند (۳۵). در مطالعه حاضر نرخ از بین رفتن میل جنسی در آزمودنیهای زن و مرد مبتلا به افسردگی اساسی تفاوتی نشان نداد، اما روابط قویتری بین میل جنسی و برخی ابعاد کیفیت زندگی (برای مثال هر دو جنبه‌های روانی و جسمی) در آزمودنی‌های مرد در مقایسه با آزمودنی‌های زن به دست آمد. در نوشته‌های پژوهشی موجود شواهد قویتری همراهی و ارتباط بین مشکلات جنسی و سلامتی جسمی در مردان را در مقایسه با زنان تأیید می‌کند که در راستای نتایج این مطالعه است (۳۱).

الگوی متفاوت ارتباط بین میل جنسی و کیفیت زندگی در دو جنس، تعامل میل جنسی و سلامتی را به طور قوی‌تر در مردان تأکید می‌کند. در مقابل این یافته‌ها، لائو و همکاران، یک جمعیت بزرگ را در یک زمینه‌یابی دنبال کرده و نتیجه گرفتند که مشکلات جنسی در زنان در مقایسه با مردان ارتباط بیشتری با وضعیت سلامتی روانی آنان دارد. به عبارت دیگر مشکلات جنسی به‌عنوان پیامدهای بهداشتی، بیشتر گریبان زنان را می‌گیرد (۱۱). مطالعات بسیاری تفاوتی عمده بین الگوی وابسته به جنس در تعامل میل جنسی و ابعاد کیفیت زندگی را بررسی و اثبات کرده‌اند. این اختلاف ممکن است ناشی از تفاوت در جنبه‌های رفتاری و روانشناختی کارکرد جنسی بین دو جنس و میل جنسی مربوط به متغیرهای دو جنس باشد. از سوی دیگر زنان ممکن است به‌طور معناداری به سکس علاقه نداشته و اهمیت کمتری برای موضوعات جنسی قائل باشند (۱۱). افزون بر این اثرات جنسیت بر تجربه عواطف، چه در جنبه کنترل خود (۳۶) و چه شدت عواطف (۳۷) ممکن است تا حدودی تفاوتها را توجیه کند. تفاوت شناخته‌شده مربوط به جنس ممکن است قابل استناد به استراتژی‌های مقابله‌ای در زمانی باشد که افراد با مشکلات درگیر می‌شوند. برای روشن شدن این فرضیه‌ها به مطالعات بیشتری نیاز است. بهر حال ابراز کافی میل جنسی یکی از قسمتهای اساسی بسیاری از روابط انسانی و توسعه کیفیت زندگی در ابعاد اجتماعی، روانشناختی و جسمانی است (۲۵). میل جنسی پائین منتهی به زندگی نافع جنسی و کاهش رضایت از روابط و زندگی جنسی و رضایت از روابط زناشویی می‌شود (۴۰-۳۸). کاهش میل جنسی ممکن است به‌عنوان ضعف جنسی تلقی نشود، لیکن می‌تواند داده‌هایی در ارتباط با کیفیت کارکرد جنسی فراهم آورد. میل جنسی پائین‌تر ممکن است با ادراک کمتر لذت و رضایت کمتر از زندگی جنسی مربوط باشد (۴۱). از بین رفتن میل جنسی معمول‌ترین دلیل نافع‌الی جنسی است (۴۲) و معمولاً با انواع بدکاری جنسی همراه است (۳۳-۳۸). بالینگران و محققینی که در زمینه مشکلات جنسی کار می‌کنند، بیشتر تمایل دارند که به مطالعه اثر کارکرد جنسیت بر کیفیت زندگی در یک جنس بپردازند (۴۴، ۱۱)، با این حال بهتر است بدانیم این اثرات وابسته به جنس هستند (۴۵)، یعنی این که نتایج مربوط به تبعات مشکلات جنسی در یک جنس قابل استناد به جنس دیگر نیست.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود؛ از جمله این که میل جنسی فقط با یک سنججه تک‌آیتمی سنجیده شد و



بنابراین کارکرد جنسی و سایر جنبه‌های زندگی جنسی ارزیابی نشد. همچنین اختلال کم‌میلی جنسی آشفته‌گی‌هایی را برای افراد به‌همراه دارد (۴۱) که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار نگرفت. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی به هردو جنبه‌ها توجه شود.

تشکر و قدردانی

از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به‌ویژه سرکار خانم دکتر شه‌ربانو نخعی ریاست محترم دانشگاه که به حق همواره مشوق پژوهشگران بوده و رهگشای آنانند، جناب آقای دکتر محمدتقی جغتایی ریاست محترم وقت دانشگاه که هوشمندانه فرصت‌های پژوهشی را برای دانشگاه فراهم می‌ساختند و جناب آقای دکتر حسن شاکری معاونت محترم پژوهشی و جناب آقای دکتر آذری مدیر کل پژوهشی دانشگاه، همکاران طرح و شرکت‌کنندگان گرامی در مطالعه سپاسگزاری می‌شود.

نتیجه‌گیری

ارتباط بین میل جنسی و کیفیت زندگی در افسردگی اساسی در مردان اساسی‌تر از ارتباط این دو در زنان است. این یافته‌ها ممکن است بیانگر تأثیر منفی بیشتر کمبود میل جنسی مردان بر کیفیت زندگی آنها در مقایسه با زنان باشد. به‌عبارت دیگر در مردان کیفیت زندگی بیشتر از زنان تحت تأثیر کمبود میل جنسی

جدول ۱- متغیرهای کمی پایه در زنان و مردان

متغیر	مرد		زن	
	حد اکثر- حداقل	انحراف معیار \pm میانگین	حد اکثر- حداقل	انحراف معیار \pm میانگین
نمره سازگاری کلی	۵۰-۹۰	۶۹/۵ \pm ۱۰/۴	۴۸-۹۰	۶۹/۱ \pm ۱۰/۰
پرسشنامه افسردگی بک	۴-۵۰	۲۱/۰ \pm ۱۱/۵	۳-۴۸	۲۰/۲ \pm ۱۰/۹

جدول ۲- تغییرات میل جنسی به تفکیک جنسیت

میل جنسی	مرد		زن	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بدون تغییر	۳۲	۴۷/۷	۳۵	۵۲/۲
کم	۱۷	۲۵/۴	۲۴	۳۵/۸
متوسط	۱۶	۲۳/۹	۷	۱۰/۵
شدید	۲	۳/۰	۱	۱/۵

جدول ۳- ضرایب همبستگی بین میل جنسی و برخی متغیرهای اسمی (اسپیرمن)

متغیر	شاخص آماری	مرد	زن
نمره کل پرسشنامه افسردگی بک	ضرایب همبستگی	۰/۸۱	۰/۲۶۴
	معناداری (دو دامنه)	< ۰/۰۰۱	۰/۰۳۱
سن	ضرایب همبستگی	۰/۲۰۸	۰/۳۵۳
	معناداری (دو دامنه)	۰/۰۴۷	۰/۰۰۳
تعداد دفعات عود	ضرایب همبستگی	۰/۱۴۹	۰/۰۷۲
	معناداری (دو دامنه)	۰/۲۴۴	۰/۵۶۹
طول مدت بهبودی نسبی (ماه)	ضرایب همبستگی	۰/۳۰۶	۰/۱۷۰
	معناداری (دو دامنه)	۰/۰۱۵	۰/۱۷۵



جدول ۴- ضرایب همبستگی اسپیرمن بین میل جنسی و کیفیت زندگی و ابعاد آن

متغیر	شاخص آماری	مرد	زن
عملکرد جسمی	ضرایب همبستگی	-۰/۴۵۷	-۰/۱۷۱
	معناداری (دو دامنه)	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۶
محدودیت نقش ناشی از مشکلات سلامتی جسمی	ضرایب همبستگی	-۰/۳۲۵	-۰/۰۹۵
	معناداری (دو دامنه)	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
محدودیت نقش ناشی از مشکلات سلامتی عاطفی	ضرایب همبستگی	-۰/۳۲۵	-۰/۱۷۴
	معناداری (دو دامنه)	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۸
خستگی	ضرایب همبستگی	-۰/۲۹۴	-۰/۰۹۷
	معناداری (دو دامنه)	۰/۰۱۶	۰/۴۳۴
سلامتی روانی	ضرایب همبستگی	-۰/۳۶۸	-۰/۱۱۰
	معناداری (دو دامنه)	۰/۰۰۲	۰/۳۷۶
عملکرد اجتماعی	ضرایب همبستگی	-۰/۴۸۳	-۰/۰۰۲
	معناداری (دو دامنه)	<۰/۰۰۱	۰/۱۰۵
درد	ضرایب همبستگی	-۰/۴۵۶	-۰/۳۰۸
	معناداری (دو دامنه)	۰/۰۰۷	۰/۰۱۱
ادراک سلامتی عمومی یا کلی	ضرایب همبستگی	-۰/۳۹۶	-۰/۰۷۶
	معناداری (دو دامنه)	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
QOL درجه بندی کلی	ضرایب همبستگی	۰/۰۹۸	۰/۰۶۱
	معناداری (دو دامنه)	۰/۴۳۰	۰/۶۲۲
مشکلات	ضرایب همبستگی	۰/۰۳۵	-۰/۰۵۸
	معناداری (دو دامنه)	۰/۷۸۰	۰/۶۴۳
سلامتی یا بهزیستی جسمانی	ضرایب همبستگی	۰/۱۳۷	۰/۰۹۶
	معناداری (دو دامنه)	۰/۲۶۸	۰/۴۴
نشانه‌های روانشناختی	ضرایب همبستگی	۰/۲۵۵	۰/۰۱۵
	معناداری (دو دامنه)	۰/۰۳۷	۰/۹۰۶
سلامتی یا بهزیستی وجودی	ضرایب همبستگی	-۰/۲۹۳	-۰/۰۱۹
	معناداری (دو دامنه)	۰/۰۱۶	۰/۸۸۰
حمایت اجتماعی	ضرایب همبستگی	-۰/۴۲۵	-۰/۱۴۰
	معناداری (دو دامنه)	<۰/۰۰۱	-۰/۲۵۷
نمره کل	ضرایب همبستگی	۰/۱۷۸	-۰/۱۴۹
	معناداری (دو دامنه)	۰/۱۵۰	۰/۲۲۸

SF-۳۶

مک گیل

منابع:

- 1- Ace KJ. Mental health, mental illness and sexuality. In: Tepper MS, Owens AF. (Eds). Sexual health volume 1: Psychological foundation. Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group; 2007, pp: 301-329.
- 2- Laurent MS, Simons DA. Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. Clin Psychol Rev. 2009; 29: 573-585.
- 3- Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. J Consult Clin Psychol. 2004; 72(1): 31-40.
- 4- Boyarsky BK, Haque W, Rouleau MR, Hirschfeld RM. Sexual functioning in depressed outpatients taking mirtazapine. Depress Anxiety. 1999; 9(4): 175-9.
- 5- Landén M, Eriksson E, Agren H, Fahlén T. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. J Clin Psychopharmacol. 1999; 19(3): 268-71.
- 6- Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds CF, Frank E, Jennings JR, Garamoni GL, Fasiczka AL, Kupfer DJ. Sexual function in depressed men. Assessment by self-report, behavioral and nocturnal penile tumescence measures before and after treatment with cognitive behavior



- therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(1): 24-30.
- 7- Ferguson JM. The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 Suppl 3: 22-34.
- 8- Steele TE, Wuerth D, Finkelstein S, Juergensen D, Juergensen P, Kliger AS, Finkelstein FO. Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *J Am Soc Nephrol*. 1996; 7: 1165-8.
- 9- Nathorst-Böös J, Flöter A, Jarkander-Rolff M, Carlström K, Schoultz B. Treatment with percutaneous testosterone gel in postmenopausal women with decreased libido--effects on sexuality and psychological general well-being. *Maturitas* 2006; 53(1): 11-18.
- 10- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40-80 year: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Impot Res*. 2005; 17: 39-57.
- 11- Lau JT, Kim JH, Tsui HY. Prevalence of male and female sexual problems, perceptions related to sex and association with quality of life in a Chinese population: a population-based study. *Int J Impot Res*. 2005; 17: 494-505.
- 12- Tavallaii SA, Fathi-Ashtiani A, Nasiri M, Assari S, Maleki P, Einollahi B. Correlation between sexual function and postrenal transplant quality of life: does gender matter? *J Sex Med*. 2007; 4(6): 1610-8.
- 13- First MB, Spitzer RL, William JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV AXIS I Disorders (Clinician Version) SCID-I Administration Booklet. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997.
- 14- Sharifi V, Assadi SM Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID): Persian Translation and Cultural Adaptation. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2007; 1: 46-48.
- 15- APA; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). (Fourth edition). USA. Washington, DC. American Psychiatric Press; 1994.
- 16- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory. (Second edition). USA. San Antonio, Texas. The Psychological Corporation; 1996.
- 17- Dobson KS, Mohammadkhani P. [Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. persian]. *Journal of Rehabilitation*. 2007; 29: 82-89.
- 18- Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat*. 2002; 75(3): 241-8.
- 19- Ware JR, Kosinsky M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scores: A user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
- 20- Noohi S, Khaghani-Zadeh M, Javadipour M, Assari S, Najafi M, Ebrahimi M, et al. Anxiety and depression are correlated with higher morbidity after kidney transplantation. *Transplant Proc*. 2007 May; 39(4):1074-8.
- 21- Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill quality of life questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med*. 1995; 9(3): 207-19.
- 22- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14: 875-82.
- 23- Zargooshi J. Quality of life of Iranian kidney donors. *J Urol*. 2001; 166: 1790-9.
- 24- Shahidi J, Khodabakhshi R, Gohari MR, Yahyazadeh H, Shahidi N. McGill quality of life questionnaire: reliability and validity of the Persian version in Iranian patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2008; 11(4): 621-6.
- 25- Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull*. 2001; 57: 81-99.
- 26- 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 Psychiatry*. 2002; 63(8): 709-16.
- 27- Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol*. 1998; 13 Suppl 6: S1-4.
- 28- Segraves RT, Kavoussi R, Hughes AR, Batey SR, Johnston JA, Donahue R, et al. Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 2000; 20(2): 122-8.
- 29- Segraves KB, Segraves RT. Hypoactive sexual desire disorder: prevalence and comorbidity in 906 subjects. *J Sex Marital Ther*. 1991; 17(1): 55-8.
- 30- Baldwin JD, Baldwin JI. Gender differences in sexual interest. *Arch Sex Behav*. 1997; 26(2):181-210.
- 31- Moreira ED, Kim SC, Glasser D, Gingell C. Sexual activity, prevalence of sexual problems and associated help-seeking patterns in men and women aged 40-80 years in Korea: data from the global study of sexual attitudes and behaviors (GSSAB). *J Sex Med*. 2006; 3: 201-11.
- 32- Avis NE. Sexual function and aging in men and women: community and population-based studies. *J Gend Specif Med*. 2000; 3: 37-41.
- 33- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999; 281: 537-44.
- 34- Walfisch S, Maoz B, Antonovsky H. Sexual satisfaction among middle-aged couples: correlation with frequency of intercourse and health status. *Maturitas*. 1984; 6: 285-96.
- 35- Boelens W, Bloedjes GCM. Cognitieve gedragstherapie behandel protocol bij depressie. Nijmegen. Cure & Care Publishers; 2004.
- 36- Dahn JR, Penedo FJ, Gonzalez JS, Esquiabro M, Antoni MH, Roos BA, et al. Sexual functioning and quality of life after prostate cancer treatment: considering sexual desire. *Urology*. 2004; 63(2): 273-7.
- 37- Daniluk JC. Essential skills for working with infertile clients. American psychological association annual convention (continuing education workshop #116). Boston, MA; 1999.
- 38- Heinemann LA, Potthoff P, Heinemann K, Pauls A, Ahlers CJ, Saad F. Scale for quality of sexual function (QSF) as an outcome measure for both genders? *J Sex Med*. 2005; 2: 82-95.
- 39- Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the women's international study of health and sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006; 13(1): 46-56.
- 40- Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western european women. *J Sex Med*. 2006; 3(2): 212-22.
- 41- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther*. 2008; 34(4): 325-42.
- 42- Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med*. 2007; 4(5):1247-53.
- 43- Gralla O, Knoll N, Fenske S, Spivak I, Hoffmann M, Rönnebeck C, et al. Worry, desire and sexual satisfaction and their association with severity of ED and age. *J Sex Med*. 2008; 5(11):2646-55.
- 44- Goldberg D. Manual of the general health questionnaire. UK: NFER Nelson; Windsor, UK: 1978.
- 45- Mallis D, Moisidis K, Kirana PS, Papaharitou S, Simos G, Hatzichristou D. Moderate and severe erectile dysfunction equally affects life satisfaction. *J Sex Med*. 2006; 3: 442-9.