



Semnan University of Medical Sciences

# KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

**Volume 20, Issue 2 (Spring 2018), 179-416 Social Determinants of Health Supplement**

**ISSN: 1608-7046**

**Full text of all articles indexed in:**

*Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase*

---

## مدل ارتباطی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت با عملکرد جنسی زنان در سنین

### باروری: تحلیل مسیر

نیره صابری<sup>۱</sup> (M.Sc)، صدیقه امیرعلی اکبری<sup>۲\*</sup> (Ph.D)، زهره محمودی<sup>۳</sup> (Ph.D)، ملیحه نصیری زاده<sup>۳</sup> (Ph.D)

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۳- گروه علوم پایه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۱۹

\* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۱۸۸۲۰۲۵۱۲ asa\_akbari@yahoo.com

### چکیده

هدف: انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدائی‌ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی او را تشکیل می‌دهد و در ارتباط با عوامل بسیاری می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر آزمون مدل ارتباطی تعیین‌کننده اجتماعی موثر بر سلامت با عملکرد جنسی زنان در سن باروری می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که بر روی ۴۰۰ زن در سنین باروری، مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران، در سال ۱۳۹۵ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی و چند مرحله‌ای بود. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه عملکرد جنسی، پرسش‌نامه دموگرافیک، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، حمایت اجتماعی درک شده، اضطراب اشیپیل برگر، افسردگی بک، خشونت خانگی و رفتارهای ناسالم جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره شاخص عملکرد جنسی زنان  $(68 \pm 16/6)$  بود. میانگین امتیاز افسردگی  $(12/7 \pm 10/3)$  و اکثریت زنان  $(44/8\%)$  از حمایت اجتماعی متوسط،  $75\%$  از اضطراب متوسط برخوردار بودند.  $70/3\%$  وضعیت اقتصادی مطلوب داشتند،  $50/5\%$  مورد خشونت خانگی قرار گرفته بودند. در تحلیل مسیر افسردگی به صورت مستقیم  $(\beta = -0/34)$ ، اضطراب به صورت مستقیم  $(\beta = -0/24)$  و حمایت اجتماعی به صورت مستقیم  $(\beta = 0/18)$  و غیرمستقیم  $(\beta = 0/578)$  بر عملکرد جنسی موثر بودند. همچنین وضعیت اجتماعی و اقتصادی به صورت غیرمستقیم  $(\beta = 0/176)$  و خشونت خانگی به صورت غیرمستقیم بر عملکرد جنسی  $(\beta = -0/025)$  موثر بودند. در مقایسه اثرات کل افسردگی بیش‌ترین اثر را بر عملکرد جنسی نشان داد. مدل پیشنهادی در تحقیق از برازش مناسبی برخوردار بود  $(P = 0/015, GFI = 1, RMSEA = 0/057)$ .

نتیجه‌گیری: وضعیت اجتماعی و اقتصادی، افسردگی، اضطراب، خشونت خانگی و حمایت اجتماعی با عملکرد جنسی زنان در سنین باروری ارتباط دارد، لزوم غربالگری از نظر عوامل مورد بررسی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: عملکرد جنسی، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، سنین باروری

گزینه جنسی یکی از قوی‌ترین غرایز انسان است که بر رفتار تاثیرگذار است [۳-۵]. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوی بشر بوده و تأثیر غیر قابل انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد [۶]. اختلال جنسی زنان

### مقدمه

عملکرد جنسی و رضایت حاصل از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد زندگی انسان شناخته شده است [۲، ۱]. در واقع

(FSD) یکی از رایج ترین مشکلاتی است که تقریباً حدود ۴۵-۴۰٪ از زنان از آن رنج می‌برند [۷-۹]. در ایران ۳۱/۵٪ زنان حداقل دارای یک اختلال در عمل‌کرد جنسی هستند [۱۰]. Pastor در سال ۲۰۱۱ گزارش نمود که کاهش تمایل جنسی در ۴۰٪ زنان وجود داشته و ۱۰ تا ۱۶٪ زنان در رابطه با کاهش تمایلات جنسی خود نگران بودند [۱۱]. نتایج پژوهش Valadares و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان داد که میزان شیوع کاهش تمایل جنسی ۶۰/۶٪، کاهش تحریک ۳۷٪ و کاهش عمل‌کرد ارگاسم ۳۱/۱٪ بوده است [۱۲].

عمل‌کرد جنسی که بخشی از سلامت زن محسوب می‌شود، از اجزای اساسی زندگی است و پدیده‌ای است چند بعدی که تحت تاثیر بسیاری از عواملی زیستی روانی قرار می‌گیرد [۱۳، ۳]. داروها، تاریخچه باروری و بارداری، سابقه ناباروری، پیشگیری از بارداری، بیمارهای آمیزشی، مشکلات ژنیکولوژیک، دیابت، مشکلات تیروئید، هیپر پرولاکتینمی، کمبود آندروژن‌ها، بیماری‌های مزمن، سرطان پستان، روماتوئید آرتریت، اختلالات خلق (افسردگی مازور، دوقطبی) اختلالات اضطرابی (فراگیر و موقعیتی)، بیماری‌های سایکوتیک بر عمل‌کرد جنسی تاثیرگذار است [۱۴].

سلامت نه تنها به معنای عاری بودن انسان از امراض گوناگون بلکه شامل رفاه احساسی، روانی و اجتماعی نیز می‌باشد. بر این اساس، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به شرایط اجتماعی که انسان‌ها در طول چرخه حیاتشان در آن زندگی و کار می‌کنند توجه دارد [۱۵]. به عبارت دیگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت یعنی شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار می‌کنند. این شرایط از عوامل کلیدی تساوی در زمینه سلامت محسوب می‌شود [۱۶].

بر طبق چارچوب مفهومی کمیسیون سازمان جهانی بهداشت، تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت عبارتند از: ۱- تعیین‌کننده‌های ساختاری که شامل دو زیر گروه می‌باشد: الف) ساختار اجتماعی اقتصادی و سیاسی که شامل نهادهای سیاسی و فرآیندهای اقتصادی، فرهنگ، عمل‌کرد نظام اجتماعی می‌باشند. ب) سایر تعیین‌کننده‌های ساختاری که

شامل: تحصیلات، جنسیت، درآمد، نژاد، قومیت و اشتغال می‌باشد و سبب به وجود آوردن گروه‌های مختلف از موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی نابرابر می‌شود که نهایتاً طبقه اجتماعی فرد را شکل می‌دهد. بخش دیگر این عوامل شامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی واسط می‌باشد. در حقیقت این عوامل نشانگر این موضوع است که تعیین‌کننده‌های ساختاری به‌طور مستقیم بر سلامت فرد تاثیر ندارد بلکه توسط تعیین‌کننده‌های واسط یا واسطه‌ای اثرات خود را اعمال می‌نماید. این عوامل واسطه‌ای تفاوت‌ها را در مواجهه و آسیب‌پذیری با شرایط خطرآفرین برای سلامتی تعیین می‌کنند که شامل شرایط زندگی، شرایط کار، دسترسی به مواد غذایی و خدمات بهداشتی، عوامل روانی - اجتماعی (مثل استرس‌های روانی - اجتماعی)، عوامل رفتاری (همانند مصرف دخانیات و الکل)، سبک زندگی و حمایت‌های اجتماعی، عادت‌های جامعه، موانع انتخاب روش زندگی سالم و خشونت می‌باشند [۱۶، ۱۵].

از دسته عوامل روان‌شناختی تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای، افسردگی است که از شایع‌ترین اختلالات سلامت روانی محسوب می‌گردد [۱۷]. افسردگی یکی از شایع‌ترین عوامل روان‌شناختی موثر در بروز اختلال جنسی است. در اکثر مطالعاتی که بر روی زنان افسرده انجام شده‌اند، اختلال تمایل جنسی گزارش شده است. در زنان افسرده در مقایسه با زنان غیر افسرده میزان بروز دشواری در رسیدن به مراحل انگیزش و ارگاسم در آنان در هنگام نزدیکی جنسی با همسر بیش‌تر است [۱۸]. زنان افسردگی را حدود دو برابر بیش‌تر از مردان تجربه می‌کنند. اختلالات افسردگی اغلب با میل جنسی اندک همراه می‌شوند و شروع افسردگی ممکن است مقدم بر این اختلال، هم‌زمان با آن، یا پیامد کمبود میل جنسی باشد [۱۹]. افسردگی منجر به زوال روابط بین فردی و اجتماعی می‌شود [۲۰، ۱۷]. در اکثر مطالعاتی که بر روی زنان افسرده انجام شده‌اند، اختلال تمایل جنسی گزارش شده است. در زنان افسرده ممکن است در مقایسه با زنان غیر افسرده میزان بروز دشواری در رسیدن به مراحل انگیزش و ارگاسم در آنان در

هنگام نزدیکی جنسی با همسر بیش‌تر باشد [۲۱]. زنان افسردگی را حدود دو برابر بیش‌تر از مردان تجربه می‌کنند. اختلالات افسردگی اغلب با میل جنسی اندک همراه می‌شوند و شروع افسردگی ممکن است مقدم بر این اختلال، هم‌زمان با آن، یا پیامد کمبود میل جنسی باشد [۲۲].

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی می‌باشد [۲۳] و شیوع ۱۲ ماهه آن‌ها حدود ۱۷٪ گزارش شده است [۲۴]. Brizendine اشاره می‌کند که زنان تحت استرس و اضطراب کم‌تر احساسات و تمایلات خود را بیان می‌کنند [۲۵]. مطالعه بر روی ۱۵۰۰ نمونه نشان داده است که رابطه بین اضطراب و روابط جنسی برای زنان منفی و برای مردان ناچیز است، ولی افراد دارای اضطراب در مقایسه با افراد بدون اضطراب اختلال عمل‌کرد جنسی را بیش‌تر تجربه می‌کنند [۲۶]. در مطالعه‌ای تاثیر اضطراب با برانگیختگی جنسی زنان نشان داد که یک ارتباط منحنی شکل بین اضطراب و برانگیختگی جنسی وجود دارد [۲۷].

از دیگر عوامل واسطه‌ای موثر بر سلامت، حمایت اجتماعی است که به صورت میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و دیگران مهم تعریف شده است [۲۸]. حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. این امر تأثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد. روابط حمایتی می‌تواند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردد. افرادی که حمایت اجتماعی کم‌تری دریافت می‌کنند، بیش‌تر در معرض مشکلات روانی و جسمی هستند [۲۹].

رفتارهای ناسالم از دیگر عوامل مرتبط با سلامت است و به رفتارهایی گفته می‌شود که نتایج مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد [۳۱، ۳۰]. مصرف مواد مخدر، دارو، الکل، تنباکو و مشتقات آن، رفتارهای غذایی ناسالم، مصرف رژیم غذایی فقیر، فعالیت فیزیکی ناکافی در گروه رفتارهای بهداشتی ناسالم قرار می‌گیرند. رفتارهای ناسالم به طور نزدیکی با وضعیت

اجتماعی و اقتصادی و پیامدهای سلامتی گره خورده است. استعمال سیگار به شدت به وضعیت اجتماعی و اقتصادی شامل تحصیلات، درآمد و وضعیت اشتغال وابسته است. استرس روانی - اجتماعی زیاد با مصرف مواد، داروها و الکل، مرتبط می‌باشد [۳۲]. بر اساس نتایج مطالعات مختلف شیوع سوء مصرف مواد مخدر در زنان در دو دهه اخیر به میزان قابل توجهی افزایش یافته که عمده این زنان در سنین باروری هستند که متأسفانه در کشورهای در حال توسعه نیز رو به افزایش است [۳۳]. برخی از زنان در ارتباط با مشکلات ارتباطی، افسردگی، سوء مصرف مواد دچار اختلال عمل‌کرد ارگاسم می‌شوند. هم‌چنین علاقه جنسی در این زنان کاهش یافته و این امر می‌تواند به مشکلات انگیزتی در هر دو جنس منجر شود [۳۴، ۲۱]. عامل دیگر مرتبط با سلامت خشونت خانگی است [۳۵]. خشونت خانگی بر ابعاد گوناگون زندگی فرد از جمله عمل‌کرد جنسی و روابط زوجین تأثیر می‌گذارد [۳۶]. شیوع خشونت در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و برآورد می‌شود که در بیش از نیمی از خانواده‌ها وجود داشته باشد. بر پایه برخی گزارشات، از هر چهار زن، یک نفر در معرض خشونت است [۳۷]. شیوع بدرفتاری نسبت به همسر در انگلستان ۳۹ تا ۶۰٪ [۳۸]. و آفریقای جنوبی ۶۹٪ گزارش شده است [۳۹] مطابق آمار ارائه شده، ۶۶٪ از زنان ایرانی از ابتدای زندگی مشترک خود، حداقل یک‌بار خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند [۴۰].

از طرفی مطالعات اخیر نشان داده است که این عوامل خود با یک‌دیگر مرتبط می‌باشند. در شرایط اقتصادی اجتماعی پایین زنان از آسیب‌پذیری بیش‌تری برخوردارند. مطالعات نشان‌دهنده این است که زنانی که فقر را تجربه می‌کنند در معرض خطرات آسیب‌های روانی می‌باشند. افسردگی در این زنان بیش‌تر گزارش شده است. هم‌چنین زنان با درآمد پایین و مشاغل سنگین استرس‌های بیش‌تری را تجربه می‌کنند. فقر می‌تواند منجر به جدایی و انزوای اجتماعی گردد میزان حمایت‌های اجتماعی که فرد از نظر عملی و عاطفی دریافت می‌کند بسته به موقعیت‌های اجتماعی و

بیماری پارکینسون) هم‌چنین این زنان در ۶ ماه گذشته زایمان نداشتند. پس از کسب رضایت این افراد و تمایل به شرکت در مطالعه نمونه‌گیری انجام شد. از پرسش‌نامه دموگرافیک جهت اطلاعات فردی استفاده شد. روایی آن با روش روایی محتوا سنجیده شد. جهت سنجش وضعیت اقتصادی و اجتماعی از پرسش‌نامه گرمارودی و همکاران (۱۳۸۹) استفاده شد. این ابزار شامل ۱۰ سوال می‌باشد که زیر بنای منزل، درآمد خانواده، وضعیت مسکن، تحصیلات زن، تحصیلات همسر، مساحت ریزبنای بر حسب فرد خانوار، قیمت هر متر مربع زمین، اتومبیل شخصی، رایانه شخصی و نوع بیمه را می‌سنجد. نقطه برش برای دسته‌بندی خانوارها به دو گروه شامل وضعیت اقتصادی و اجتماعی مطلوب و نامطلوب به وسیله شاخص خلاصه شده، ۱۶ تعیین شده است. حداکثر امتیاز در این پرسش‌نامه ۴۸ می‌باشد. در این پرسش‌نامه که اولین بار برای جامعه ایرانی ساخته و هنجاریابی و اعتبارسنجی شده است، همبستگی عوامل فوق‌الذکر با نمره کل ۰/۸۷ به دست آمده است [۴۴]. در این تحقیق این میزان ۰/۸۹ به دست آمد.

برای سنجش افسردگی از پرسش‌نامه "بک" استفاده شد. این پرسش‌نامه ۲۱ سؤال سه گزینه‌ای دارد؛ که پاسخ‌ها بر اساس لیکرت (صفر-۳) نمره‌گذاری شده است. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات مختلف ثابت شده است. در ایران هنجاریابی آن انجام شده است. پایایی درونی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تعیین شده است [۴۶، ۴۵]. ضریب آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر ۰/۸۶ به دست آمد. برای سنجش اضطراب از پرسش‌نامه اضطراب اشپیل برگر استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲ بخش می‌باشد که اضطراب آشکار و پنهان را به صورت مجزا می‌سنجد. هر بخش شامل ۲۰ سؤال است که امتیازات هر سؤال ۴-۱ می‌باشد و در مجموع نمرات هر فرد در هر بخش بین ۸۰-۲۰ خواهد بود. در ایران در مطالعه مهram در مشهد که به منظور هنجاریابی این پرسش‌نامه برای جامعه ایرانی انجام شد، آلفای کرونباخ در مورد مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱، مقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ و کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش کرد [۴۷]. آلفای کرونباخ

اقتصادی متفاوت می‌باشد. سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است [۴۱]. رفتار ناسالم مانند مصرف سیگار، عدم فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی فقیر و استفاده از مواد مخدر به طور نزدیکی با وضعیت اجتماعی و اقتصادی و پیامدهای سلامتی گره خورده است [۴۲]. احتمال ایجاد افسردگی به همراه اختلال استرسی بعد از تروما در زنانی که پی در پی خشونت را در زندگی خود تجربه کرده‌اند، افزایش می‌یابد [۴۳].

با توجه به این‌که عمل‌کرد جنسی تحت تاثیر عوامل متعددی قرار دارد، و در تحقیقات انجام شده عمدتاً محور توجه متغیرهای فیزیکی و طبی بوده و به عوامل غیر طبی کم‌تر توجه گردیده است، برای جبران این نقیصه و خلاء تحقیقاتی، در مطالعه حاضر به بررسی هم‌زمان و توأم و متقابل چندین متغیر از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بر عمل‌کرد جنسی، در یک شبکه علیتی با روش تحلیل مسیر پرداخته شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی - تحلیلی است که پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۵ انجام گردید. نمونه‌های پژوهش ۴۰۰ نفر زن در سنین باروری مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام گردید. بر اساس جمعیت تحت پوشش هر مرکز سهمیه‌ای تعلق گرفت. زنانی وارد مطالعه شدند که در سنین باروری ۴۵-۱۸ سال، ایرانی و با سواد بودند و در حال حاضر با همسر خود زندگی می‌کردند، باردار نبودند، به بیماری روانی شناخته شده مبتلا نبودند یا در حال حاضر از داروهای موثر بر روان استفاده نمی‌کردند (داروهای ضد افسردگی، لیتیوم، داروهای ضد سایکوز، بنزودیازپین‌ها، داروهای ضد تشنج). هم‌چنین ابتلا به بیماری‌های طبی که بر عمل‌کرد جنسی موثر است نبودند (اختلالات تنفسی و قلبی، مولتیپل اسکلروز، درد مزمن، بی‌اختیاری ادرار، آرتروز،

در تحقیق ما در دو مقیاس صفتی و حالتی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۳ به دست آمد.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده استفاده شد. این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد. دارای ۱۲ عبارت می‌باشد که حمایت دریافت شده افراد را از سه منبع خانواده (عبارت ۴)، دوستان (عبارت ۴)، و افراد مهم زندگی (عبارت ۴) می‌سنجد. دامنه نمرات حاصل از این مقیاس، ۱۲ تا ۸۴ می‌باشد [۴۸]. این پرسشنامه در ایران توسط ناصح و همکاران (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه شد و اعتبار و پایایی درونی آن مورد سنجش قرار گرفت که همسانی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه گردید [۴۹]. آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و پایایی آن از طریق بازآزمایی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است [۵۰، ۵۱]. پایایی درونی در این مطالعه ۰/۸۸ محاسبه شد.

برای سنجش رفتارهای ناسالم از نسخه ۱۵ سوالی خسرو راد که در سال ۱۳۹۲ طراحی و روان‌سنجی گردیده استفاده شد. که در مورد مصرف مواد مخدر و الکل و سیگار به صورت بله یا خیر و در صورت مصرف، میزان، نوع و مدت مصرف واحد پژوهش مورد سوال قرار می‌گرفت. پایایی درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۹ تعیین شده است [۵۲]. در این تحقیق این میزان ۰/۷۲ به دست آمد.

در این پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونت اعمال شده توسط همسر بود؛ که با استفاده از پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت بررسی شد. خشونت در سه حیطه آزار جسمی، عاطفی (کنترل، غفلت) و جنسی سنجیده شد. ۱۲ سوال خشونت جسمی، ۵ سوال خشونت جنسی، ۱۱ سوال خشونت عاطفی بررسی می‌کند. پرسشنامه خشونت خانگی بر اساس مقیاس ۵ حالت لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۳-۵ بار و بیش از ۵ بار) تنظیم گردیده است. این پرسشنامه توسط حاجیان و همکاران برای جامعه ایرانی هنجاریابی شد و در مطالعات متعدد از آن استفاده گردیده و دارای اعتبار و پایایی

مطلوب می‌باشد [۵۳، ۵۴]. پایایی این ابزار با روش بازآزمون محاسبه شد و میان ۰/۹۴ به دست آمد.

برای سنجش عملکرد جنسی از پرسشنامه بررسی عملکرد جنسی (FSFI) استفاده شد. این پرسشنامه استاندارد، شش بعد از عملکرد جنسی (میل جنسی ارگاسم، تحریک، درد جنسی، لوبریکاسیون و رضایت جنسی) را طی ۴ هفته اخیر می‌سنجد. امتیازات دارای طیف پاسخ از ۱ تا ۵ است و نمره بالاتر اشاره به عملکرد بهتر دارد. اعتبار و پایایی آن در پژوهش‌های متعدد ایرانی مانند تحقیق از گلی و همکاران (۱۳۸۶)، نصیری امیری و همکاران (۱۳۸۶) و بهرامی و همکاران (۱۳۹۰) تایید شده است. جهت تعیین پایایی پرسشنامه مذکور برای هر یک از ۶ حوزه و کل مقیاس برای گروه‌های مورد، کنترل و کل افراد، ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتیجه نشان داد همبستگی درونی سوالات در تمامی حوزه‌ها در زنان گروه مورد ۰/۶۱ و بالاتر و گروه کنترل ۰/۷۰ و بالاتر و برای کل افراد مورد مطالعه ۰/۷ و بالاتر در حد مورد قبول بود. همبستگی درونی سوالات کل مقیاس در گروه مورد، گروه کنترل و برای کل افراد نیز ۰/۸۵ و بالاتر حاکی از پایایی خوب ابزار است. بنابراین نسخه فارسی FSFI یک ابزار پایا جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان است [۵۵-۵۷]. پایایی این ابزار با روش بازآزمون ۰/۸۸ در این تحقیق محاسبه شد.

با توجه به تحلیل اطلاعات کسب شده در صورتی که در طول مطالعه، نمونه‌ها نیاز به درمان تخصصی یا ارجاع داشتند این امر انجام گردید.

جهت طراحی مدل بر اساس چارچوب مفهومی عوامل اجتماعی سلامت بر اساس مدل سازمان بهداشت جهانی، نیاز به مرور مقالات منتشر شده ایرانی (به زبان فارسی یا انگلیسی) و خارجی بود، لذا مقالات منتشره از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۴ و ۲۰۱۵-۱۹۹۰ در پایگاه‌های اطلاعاتی داخل کشور، شامل (Iranmedex)، (SID)، (Magiran)، (IranDoc)، و پایگاه‌های معتبر خارج از کشور شامل PubMed، موتور جستجو Google Scholar و نیز سایر سایت‌های معتبر دیگر مانند

عوامل اجتماعی موثر بر سلامت زنان در سنین باروری با عملکرد جنسی انجام گردید.

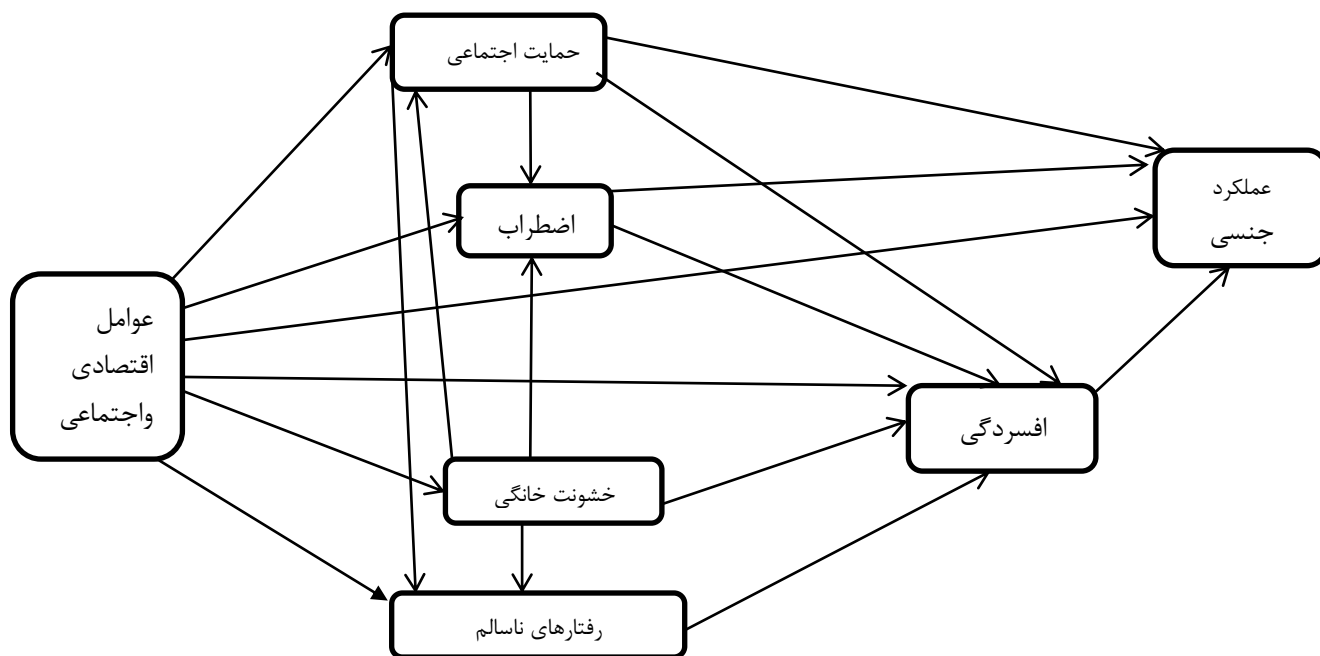
در مطالعه حاضر از شاخص‌های خطای ریشه مجذور میانگین تقریب RMSEA، نیکویی برازش GFI، برازش نرمال شده NFI و برازش مقیاس‌های CFI جهت تعیین برازندگی مدل استفاده گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کلموگروف اسمیرنوف، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS 21.0 استفاده شد و تحلیل مسیر با نرم‌افزار LISREL 8.8 انجام گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Science direct و Springer با استفاده از کلمات کلیدی عوامل اجتماعی سلامت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، اضطراب، افسردگی، حمایت اجتماعی، خشونت خانگی، رفتارهای ناسالم، عملکرد جنسی زنان و معادله‌های انگلیسی آن‌ها شامل:

Social Determinants of Health, Social health, Socioeconomic Status, Anxiety, Depression, Social Support, Unhealthy Behavior, Domestic Violence, Sexual Function

جستجو شدند. بدین منظور در ابتدا بر اساس عنوان و کلید واژه و سپس به ترتیب بر اساس چکیده و فول تکست، مقالات جستجو شده واجد شرایط جمع‌آوری شدند. با توجه بر مرور متون و مطالعات انجام شده طراحی مدل ارتباطی



شکل ۱. مدل مفهومی عوامل تعیین کننده اجتماعی موثر بر سلامت با عملکرد جنسی زنان

بودند. ارتباط معنادار بین نمره کل شاخص عملکرد جنسی با برخی از خصوصیات دموگرافیک وجود داشت (جدول ۲). از بین زنان مورد بررسی ۴۳/۲٪ آنان درجاتی از خفیف تا شدید افسردگی داشتند (۱۹/۳٪ افسردگی خفیف، ۱۵٪ افسردگی متوسط، ۹٪ افسردگی شدید) و ۴۴/۷٪ آنان از حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند. همچنین ۷۵٪ از اضطراب متوسط، ۷۰/۳٪ افراد از وضعیت اقتصادی و

## نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثریت زنان (۵۳/۸٪) و همسران آنان (۴۷/۱٪) سطح تحصیلات دانشگاهی داشتند. برخی از مشخصات زنان مورد بررسی در جدول ۱ مشخص گردیده است. میانگین نمره شاخص عملکرد جنسی زنان ۶۸±۱۶/۶ بود و ۶۱/۸٪ افراد دارای عملکرد جنسی خوب

در تحلیل مسیر یافته حمایت اجتماعی، اضطراب و افسردگی اثر مستقیم بر عملکرد جنسی نشان داد. همچنین حمایت اجتماعی از طریق افسردگی اثر غیرمستقیم بر عملکرد جنسی داشت. وضعیت اقتصادی و اجتماعی از طریق حمایت اجتماعی، اضطراب و افسردگی اثر غیرمستقیم، خشونت خانگی از طریق حمایت اجتماعی و افسردگی بر عملکرد جنسی اثر غیرمستقیم داشتند (جدول ۴).

در برازش مدل با به کارگیری شاخص‌ها مشخص شد که مدل پیشنهادی در تحقیق از برازش مناسبی برخوردار است (جدول ۵).

جدول ۴. ضریب استاندارد شده اثر مستقیم و غیرمستقیم تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت با نمره کل شاخص عملکرد جنسی زنان و اثر کل آنها

اثر کل	اثرات		متغیر
	مستقیم	غیر مستقیم	
۰/۲۳۷	۰/۱۸	۰/۰۵۷۸	حمایت اجتماعی
-۰/۲۴	-۰/۲۴	-	اضطراب
-۰/۳۴	-۰/۳۴	-	افسردگی
۰/۱۷۶	-	۰/۱۷۶	وضعیت اقتصادی و اجتماعی
-۰/۰۲۵	-	-۰/۰۲۵	خشونت خانگی

جدول ۵. شاخص های نیکویی برازش مدل عوامل اجتماعی موثر بر سلامت با عملکرد جنسی زنان در سنین باروری

مقادیر	شاخص ها
۰/۰۵۷	RMSEA
۰/۰۱۵	P value
۰/۹۹	CFI
۱	GFI
۰/۹۶	AGFI
۰/۹۲	NNFI
۴/۶۴	Chi Square
۲	df
۲/۳۲	Relative Chi square

اجتماعی مطلوب برخوردار بودند. ۵/۵۰٪ آنان مورد خشونت قرار گرفته بودند. با توجه به این که تنها ۲ نفر از زنان مورد بررسی رفتارهای ناسالم داشتند این متغیر از مدل خارج گردید. ارتباط متغیرهای مورد بررسی با عملکرد جنسی در جدول ۳ با bivariate analyses نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در زنان مراجعه کننده به درمانگاه های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	حد اکثر - حداقل
سن زن	۳۲/۴ $\pm$ ۶/۳	۱۸-۴۵
سن همسر	۳۶/۶ $\pm$ ۷/۱	۲۳-۵۶
سن ازدواج (سال)	۲۱/۹ $\pm$ ۴/۳	۱۴-۳۷
طول زندگی مشترک (سال)	۱۰/۲ $\pm$ ۶/۵	۰-۳۰
سن اولین بارداری (سال)	۲۴/۴ $\pm$ ۴/۶	۱۵-۴۰
مدت زمان داشتن اتاق خصوصی (سال)	۷/۴ $\pm$ ۱/۲	۰-۳۰

جدول ۲. ارتباط نمره کل شاخص عملکرد جنسی، برخی از خصوصیات دموگرافیک و مامایی زنان

مشخصه	نمره کل شاخص عملکرد جنسی	
	ضریب همبستگی	p-value
سن زن	-۰/۱۸۵	۰/۰۰۱
سن همسر	-۰/۱۳۳	۰/۰۰۸
تحصیلات زن*	-	۰/۸
تحصیلات همسر*	-	۰/۲۸
سن ازدواج	-۰/۰۸۸	۰/۰۸
طول زندگی مشترک	-۰/۱۲۰	۰/۰۱
سابقه ناباروری**	-	۰/۰۰۵
سن اولین بارداری	-۰/۱۰۴	۰/۰۴

※: آنالیز واریانس یک طرفه ※: تی مستقل سایر موارد ضریب همبستگی پیرسون

جدول ۳. ارتباط وضعیت اجتماعی-اقتصادی، افسردگی، حمایت اجتماعی، خشونت خانگی و اضطراب با عملکرد جنسی

وضعیت اجتماعی اقتصادی	افسردگی	حمایت اجتماعی	خشونت	اضطراب	عملکرد جنسی
۱	-۰/۲۲۶**	۰/۲۲۱**	-۰/۰۸۹	۰/۰۹۵	۰/۱۲۲*
	۱	-۰/۳۷۲**	۰/۳۶۲**	-۰/۰۴۷	-۰/۲۷۲**
		۱	-۰/۳۲۲**	-۰/۰۳۰	۰/۲۰۵**
			۱	-۰/۰۱۸	۰/۱۴۶**
				۱	-۰/۱۲۰*
					۱

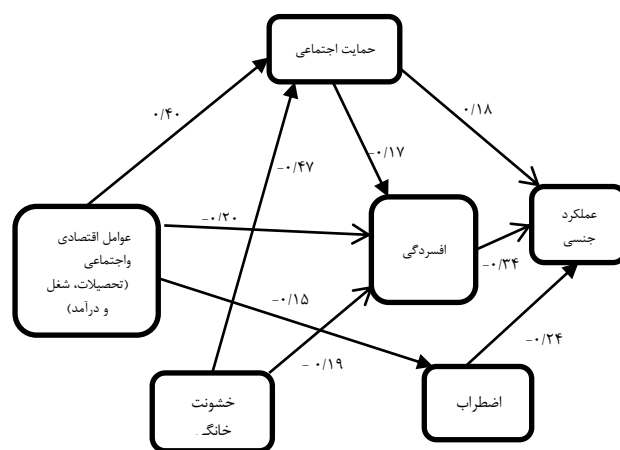


جنسی بوده است [۶۶،۵۷]. در حالی که در مطالعه Blüme و همکاران (۲۰۰۹) در هیچ‌گونه همبستگی معنی‌داری بین تحصیلات زن و عمل‌کرد جنسی وجود نداشت که با مطالعه ما همخوانی دارد [۶۲].

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و عمل‌کرد جنسی وجود داشت، در مطالعه مزده و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان داده شد که افسردگی با کاهش تمایلات جنسی و ارگاسم در زنان رابطه دارد [۶۷] و Lai و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان دادند که کاهش میل جنسی و کاهش ارگاسم از مشکلات شایع زنان افسرده است [۶۸]. مطالعه Chivers و همکاران در سال ۲۰۱۱ حاکی از آن بود که افسردگی با ارگاسم ارتباط دارد اما با تمایل جنسی ارتباط آماری ندارد [۶۹]. نتایج یافته‌های پژوهش پهماسبی که بررسی افسردگی در زنان ۲۰-۴۰ ساله بوده نشان می‌دهد، بیش از نیمی (۵۸/۷٪) زنان دچار افسردگی بوده و ارتباط معنی‌دار بین افسردگی و عمل‌کرد جنسی به دست آمد [۷۰].

پژوهش حاضر نشان داد بین اضطراب و عمل‌کرد جنسی ارتباط معنی‌داری وجود دارد که با مطالعه Hurtman و همکاران که نشان‌دهنده ارتباط بین اختلال عمل‌کرد جنسی با افسردگی و اضطراب بود همسو می‌باشد [۷۱]، و نیز با نتایج Kashdan و همکاران، McCabe و همکاران که با مطالعه روی ۱۵۷ نفر نقش اضطراب را در گسترش اختلال عمل‌کرد جنسی اساسی دانسته [۷۲،۲۴] و Bradfor و Meston که به ارتباط اضطراب و برانگیختگی جنسی اشاره کرده‌اند [۲۷] و مطالعه Brizendine و همکاران همسو می‌باشد [۲۵].

یافته‌های مطالعه ما ارتباط معنی‌داری بین عمل‌کرد جنسی با حمایت اجتماعی نشان داد. مطالعات در این زمینه بسیار اندک می‌باشد. مطالعه Cornman و همکاران، Bunting و McCauley نشان‌دهنده این است که حمایت اجتماعی از زنان بر سلامت روان آن‌ها موثر است. حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. این امر تأثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد. روابط حمایت می‌تواند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردد. افرادی که حمایت



شکل ۲. مدل نهایی عوامل تعیین‌کننده اجتماعی موثر بر سلامت با عملکرد جنسی زنان

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان دادند که حمایت اجتماعی، اضطراب و افسردگی از دسته عوامل واسطه‌ای اجتماعی موثر بر سلامت اثر مستقیم بر عمل‌کرد جنسی داشتند، حمایت اجتماعی از طریق افسردگی اثر غیر مستقیم، وضعیت اقتصادی و اجتماعی از دسته عوامل ساختاری از طریق حمایت اجتماعی، افسردگی و اضطراب اثر غیر مستقیم بر عمل‌کرد جنسی را نشان داد، همچنین خشونت خانگی از طریق حمایت اجتماعی و از طریق افسردگی بر عمل‌کرد جنسی اثر غیر مستقیم داشت. در مطالعه Park و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده شد که بین زنان دارای وضعیت اجتماعی متوسط، تعداد زنان با فعالیت جنسی رضایت‌بخش نسبت به زنان دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، بالاتر است [۵۸]. در خصوص وضعیت اقتصادی-اجتماعی برخی تحقیقات مشخص نمودند که ارتباط معنی‌داری بین وضعیت اقتصادی خانواده با اختلالات عمل‌کرد جنسی وجود دارد [۶۰،۵۹]. هم‌چنین در بررسی نظریور و همکاران (۱۳۹۴)، Blümel و همکاران (۲۰۰۹) نیز بین درآمد خانواده همبستگی معنی‌دار و معکوسی با عمل‌کرد جنسی وجود داشت [۶۲،۶۱]، اما در مطالعه Cabral و همکاران (۲۰۱۳)، محمد علیزاده چرن‌دایی و همکاران (۱۳۹۱) و فهامی (۱۳۸۴) این ارتباط مستقیم بود [۶۵،۶۳]. در زمینه تحصیلات تعدادی مطالعات نشان‌دهنده ارتباط مثبت بین سطح تحصیلات فرد و یا شریک جنسی با میزان عمل‌کرد

اجتماعی کم‌تری دریافت می‌کنند، بیش‌تر در معرض مشکلات روانی و جسمی هستند [۷۳، ۷۴].

ارتباط بین خشونت خانگی به عنوان تعیین‌کننده‌ی اجتماعی واسطه‌ای موثر بر سلامت با عمل‌کرد جنسی زنان در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که همبستگی معنی‌دار و غیر مستقیم وجود دارد. در مطالعه شایان و همکاران (۱۳۹۴) نیز چنین نتایجی به دست آمده است. خشونت خانگی بر ابعاد گوناگون زندگی فرد از جمله عمل‌کرد جنسی و روابط زوجین تأثیر می‌گذارد، از طرفی ناتوانی در برقراری رابطه جنسی مناسب منجر به تشدید اختلافات خانوادگی می‌شود. هم‌چنین اختلالات عمل‌کرد جنسی نقش غیر قابل انکاری بر سلامت روانی و زندگی زناشویی زوجین دارد، ناتوانی در برقراری یک ارتباط سالم و لذت‌بخش با شریک جنسی تبعات جسمی و روانی و حتی اجتماعی برای زن و همسر وی به دنبال خواهد داشت [۳۶].

در مطالعه حاضر عوامل اقتصادی و اجتماعی به‌طور معکوس و معنی‌داری بر افسردگی و اضطراب و هم‌چنین به‌طور مستقیم و معنی‌داری بر حمایت اجتماعی اثر می‌گذارد. رحمانی و همکاران نشان دادند که بین وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده و میزان تحصیلات با بروز افسردگی ارتباط وجود دارد [۷۵]، ولی خرم‌آبادی و همکاران ارتباطی به دست نیاوردند [۷۶]. با بهبود درآمد، پایگاه شغلی و وضعیت تحصیلی سرپرست خانوار از فشار روانی بر زنان کاسته می‌شود [۷۷، ۷۸].

Miech و Shanahan مشخص کردند که بین حمایت اجتماعی، میزان درآمد و وضعیت اجتماعی - اقتصادی و بروز افسردگی ارتباط وجود دارد [۷۸]. آیین‌پرست و همکاران عوامل پیشگویی‌کننده در بروز افسردگی را میزان درآمد خانوار، بیکاری همسر، استرس‌های زندگی و اضطراب مشخص کردند، زنان با درآمد کم استرس‌های بیش‌تری را تحمل می‌کنند و این امر می‌تواند عامل پیشگویی‌کننده برای سلامت روانی باشد [۷۹].

این پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی به‌طور معکوس و معنی‌داری بر افسردگی اثر می‌گذارد و از طریق افسردگی بر عمل‌کرد جنسی تأثیر می‌گذارد، بدین صورت که افزایش حمایت اجتماعی باعث کاهش افسردگی و در نهایت باعث افزایش عمل‌کرد جنسی می‌شود. مسعودنیا و همکاران نیز نشان دادند که بین بروز افسردگی در زنان با حمایت ادراک شده از سوی خانواده و افراد مهم در زندگی زنان و دوستان ارتباط وجود دارد [۸۰]. ولی عزتی و همکاران نیز فقط بین حمایت اجتماعی از سوی خانواده و بروز افسردگی ارتباط نشان دادند و در سایر حیطه‌های حمایت ارتباط به دست نیاوردند [۸۱].

هم‌چنین نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که خشونت خانگی به‌طور مستقیم و معنی‌داری بر افسردگی و بر حمایت اجتماعی به‌طور معکوس و معنی‌داری اثر می‌گذارد. تحقیق Teng و همکاران نشان می‌دهد ارتباط معنی‌داری بین خشونت و به‌دنبال آن فقدان حمایت اجتماعی با افسردگی وجود دارد [۸۲]. Lagdon و همکاران نشان دادند که زنانی که تحت خشونت شریک خود قرار می‌گیرند، بیش‌تر با مشکلات روانی از جمله افسردگی مواجه هستند [۸۳]. Kader Maideen و همکاران نشان دادند افرادی که تحت خشونت قرار گرفتند، ۷/۰۹ برابر نسبت به افراد خشونت ندیده دچار افسردگی می‌شوند [۸۴]. در مطالعه طاهرخانی و همکاران بین تجربه‌ی انواع مختلف خشونت با افسردگی ارتباط معنی‌دار دیده شد [۸۵]. هم‌چنین در مطالعه Tyrone و همکاران مشخص شد خشونت خانگی باعث مشکلات روانی مانند اختلال استرس بعد از تروما، افسردگی، اضطراب و ناامیدی در زنان می‌شود، که همه این تحقیقات با مطالعه ما همخوانی دارد [۸۶].

در این تحقیق هم تلاش شد که نگاه جامع‌تری به عمل‌کرد جنسی به عنوان پدیده چندعلیتی صورت گیرد و هم روابط بین متغیرها از جنس علیتی مورد توجه قرار بگیرد. از آنجایی که عوامل متعددی با عمل‌کرد جنسی ارتباط دارد در این تحقیق امکان بررسی همه عوامل وجود نداشت و تنها به بررسی روابط علیتی برخی از آنها پرداخته شد.

[9] Aslan G, Aslin D, kizilyar A, Spahi I, Esen A. A prospective analysis of Sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005; 17: 154-157.

[10] Ghavam M. Evaluation of the patients with sexual dysfunction referring to health clinic of Shahed University during the last 9 months of year 2004. Second Congress of Family and Sexual Problems Shahed University, Tehran 2005. (Persian).

[11] Pastor Z. Female sexual desire disorders prevalence, classification and treatment possibilities. *Ceska Gynecol* 2011; 76: 59-64.

[12] 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; 8: 2851-2858.

[13] Yiliz H. The relation between pregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther* 2015; 41: 49-59.

[14] Gahanfar SH, Molaenezhad M. Textbook of sexual disorders. 2nd ed. Tehran: Bizhan Salemi Public 2013; p: 354 (Persian).

[15] World Health Organisation. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinant of health: final report of the commission on social determinant of health. 2008.

[16] Marmot M, J. Allen R, Bell E, Bloomer P, Goldblatt. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 2012; 380: 10.

[17] Arsalani N, Nobahar M, Ghorbani R, Kia N S, Etemadi M. Nutrition status and its relationship with depression in elderly people. *Koomesh* 2017; 19: 401-411 (Persian)

[18] Hawton K, Slkovskis, Paul M, Keith Hawton. Cognitive behavioral therapy, practical help in the treatment of mental disorders. Oxford University Press, USA. 2002; Location: Oxford.

[19] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub 2000; 207-214.

[20] Sutter-Dallay AL, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 484-489.

[21] Novak E, Berek J, editors. Berek & Novak's gynecology. 15th ed. London: Lippincott Williams and Wilkins. California 2012; 1028-1040.

[22] Nikkhoo MR, Avadys H. Women's sexual lives: Introductions about Sexual behavior & methods of identifying & Treatment of sexual dysfunction in women. Sokhan Pub 2001. (Persian).

[23] Rashidi M, rashidypour A, ghorbani R, diyanat H, shahvaranian M. The comparison of aerobic and anaerobic exercise effects on depression and anxiety in students. *Koomesh* 2017; 19: 333-340 (Persian).

[24] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry 2010; Lippincott Williams & Wilkins.

[25] Brizendine L. Female brain. The female brain. New York 2006; Broadway Books.

[26] Kashdan TB, Adams L, Savostyanova A, Ferrisizidis P, Macknight PE, Nezlek JB. Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and quality of sexual activity: A daily process approach. *J Behav Res Theory* 2011; 49: 352-60.

با توجه به نتایج و مدل به دست آمده از داده‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که عمل‌کرد جنسی زنان یک فرآیند چندبعدی است و به نظر می‌رسد عواملی هم‌چون عوامل اقتصادی و اجتماعی، عوامل روانی از جمله افسردگی و اضطراب، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی به عنوان عوامل اجتماعی موثر بر سلامت سهم چشمگیری در زمینه عمل‌کرد جنسی زنان دارند. لذا توجه به این عوامل از طرف برنامه‌ریزان در امور سلامت زنان ضروری است.

## تشکر و قدردانی

این مقاله استخراج شده از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد خانم نیره صابری دانشجوی شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به راهنمایی خانم دکتر صدیقه امیر علی اکبری می‌باشد. نویسندگان از کلیه افرادی که در این تحقیق به آنان یاری دادند به‌ویژه از زنانی که در تحقیق شرکت نموده تشکر می‌کنند.

## منابع

[1] Zargar Shoushtari S, Afshari P, Tabesh H. The effect of face-to-face with telephon-based counseling on sexual satisfaction among reproductive a women in Iran. *J Sex Marital Ther* 2014; 41: 361-367.

[2] Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2006; 31: 409-422.

[3] Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: a qualitative study. *Sex Med* 2013; 1: 54-61.

[4] Citak N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, Celik C. Post partum sexual function of women and the early pelvic floor muscle exercises. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89: 817-822.

[5] Malek A, Abbasi Shokoohi H, Faghihi AN, Bina M, Shfiae-Kandijani A. A study on the sources of sexual knowledge acquisition among high school student in northwest Iran. *Arch Iran Med* 2010; 13: 537-542.

[6] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behaviora sciences/clinical psychiatry. 10th Ed. Philadelphia, PA, Lippincott: Williams & Wilkins. 2007.

[7] Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, Childbirth, and: Sexual Function perceptions and Fact. *Int Urogynecol J* 2014; 25: 5-14.

[8] Pomeroy N. American Academy of Clinical Sexologists. Thesis P.H.D. A Dissertation Submitted to the Faculty of Clinical Sexologists in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Doctor Of philosophy. 2014.

- [47] Mahram B. [Standardize of Speilberger test in Mashhad City]. Unpublished MSc Thesis, Alameh Tabatabaie Univercity, 1994. (Persian).
- [48] Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1990; 55: 610-617.
- [49] Nasseh M, Ghazinour M, Joghataei M, Nojomi M, Richter J. A Persian Version of the Social support Questionnaire (SSQ). *Social Welfare* 2011; 11: 251-266. (Persian).
- [50] Guan NC, Seng LH, Ann AYH, Hui KO. Factorial validity and reliability of the Malaysian simplified Chinese version of multidimensional scale of perceived social support (MSPSS-SCV) among a group of university students. *Asia Pac J Public Health* 2015; 27: 225-231.
- [51] Ng C, Siddiq AA, Aida S, Zainal N, Koh O. Validation of the Malay version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS-M) among a group of medical students in Faculty of Medicine, University Malaya. *Asian J Psychiatr* 2010; 3: 3-6.
- [52] Khosrorad T, Dolatian M, Riazi H, Mahmoodi Z, Alavimajd H, Shahsavri S, Bakhtiari M. Comparison of lifestyle in fertile and infertile couples in Kermanshah during 2013. *Iran Reprod Med* 2015; 13: 549-556.
- [53] Hajian S, Vakilian K, Mirzaii Najm-abadi K, Hajian P, Jalalian, M. Violence against Women by Their Intimate Partners in Shahroud in Northeastern Region of Iran. *Glob J Health Sci* 2014; 6: 117-130.
- [54] Farrookh Eslamlo HR, Boshehri B. Partner violence and some related factors in attending medical legal center in Urmia city 2004. *Urmia Medical J* 2007; 18: 554-561. (Persian).
- [55] Ozgoly G, Dolatian M, Sheykhan Z, Valai N. Study of sexual function and satisfaction in women with vaginal delivery and cesarean referring to Health Center of Shahid Beheshti Medical University-2008. *Pajoohande* 2011; 15: 257-263 (Persian).
- [56] Nasiri Amiri F, Haji Ahmadi M, Bakouei F. Assesment of sexual function during breastfeeding and its related factors in primiparous women referred to Babol health centers (2005-2006). *JBUMS* 2007; 9: 52-58. (Persian).
- [57] Bahrami N, Satarzadeh N, Ranjbar Kouchaksaraei F, Ghoujzadeh M. Comparing of depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couple. *J Reprod Infert* 2007; 8: 52-59.
- [58] Park YJ, Kim HS, Chang SO, Kang H C, Chun SH. Sexuality and related factors of postmenopausal Korean women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2003; 33: 457-463.
- [59] Yeke Fallah L, Goodarzi M. Prevalence of sexual dysfunction and related factors among married couples in Qazvin. *J Qazvin Univ Med Sci* 2009; 13: 49-55. (Persian).
- [60] Verit FF, Verit A, Billurcu N. Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas* 2009; 64: 38-42.
- [61] Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function during menopause: a review of the literature. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2016; 55: 480-487.
- [62] Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause* 2009; 16: 1139-1148.
- [63] Cabral PU, Canário AC, Spyrides MH, Uchôa SA, Eleutério J Jr, Gonçalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 120: 271-274.
- [27] Bradford A, Meston CM. The impact of anxiety on sexual arousal in women. *J Behav Res Theory* 2006; 44: 1067-1077.
- [28] Sarafino, Edward p. *Health Psychology*, Third Edition, New York, John Wiley & Son. 1998.
- [29] Wilkinson RG, Marmot MG. *Social determinants of health: the solid facts*: World Health Organization. 2003.
- [30] Babor TF, Sciamanna CN, Pronk NP. Assessing multiple risk behaviors in primary care: Screening issues and related concepts. *Am J Prev Med* 2004; 27: 42-53.
- [31] Eaton DKL, Kann S, Kinchen S, Shanklin J, Ross J, Hawkins WA, Harris R, Lowry T, McManus D, Chyen Youth risk. *behavior surveillance – united states* 2007. "MMWR Surveill
- [32] Center For Disease Control and Prevention. 12Jan 2012. <http://www.cdc.com>
- [33] Kuczowski K. Cocaine abuse in pregnancy— anesthetic implications. *Int J Obstet Anesth* 2002; 11: 204-210.
- [34] D'Souza MS, Karkada SN, Somayaji G, Venkatesaperumal R. Women's wellbeing and reproductive health in Indian mining community: need for empowerment. *Reprod Health* 2013; 10: 24.
- [35] Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health* 2006; 15: 599-611.
- [36] Shayan A, Masoumi SZ, Kaviani M. The relationship between wife abuse and mental health in women experiencing domestic violence referred to the forensic medical center of Shiraz. *JECH* 2015; 1: 51-57. (Persian).
- [37] Schmidt BF, Nice A. Challenging genderbased violence. *Sexual Health Exchange*. 2002.
- [38] Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *J Br Med* 2002; 324: 274.
- [39] Kim J, Motsei M. "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1243-1254.
- [40] Ghazi Tabatabaie M. Violence against women. the final report of national proposal regarding violence against women (in the national library). 2004.
- [41] Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E, Montazeri A, Hosseini M. The social determinants of health in association with women's health status of reproductive age: a population-based study. *Iran J Public Health* 2015; 44: 119-129.
- [42] WHO. *A conceptual framework for Action on the Social Determinants of Health*. 2011.
- [43] Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence PTSD and adverse health outcomes. *J Interpers Violence* 2006; 21: 955-968.
- [44] Gamaroudi Gh, Moradi A. Socio-economic status in Iran: A study of Measurement Index. *Payesh* 2010; 9: 137-144. (Persian).
- [45] Jakšić N, Ivezić E, Jokić-Begić N, Surányi Z, StojanovićŠpehar S. Factorial and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in Croatian primary health care. *J Clin Psychol Med Settings* 2013; 20: 311-322.
- [46] Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety* 2005; 21: 185-192.

- [76] Khorramirad A, Mousavi Lotfi M, Shoori Bidgoli A. Prevalence of postpartum depression and related Factors in Qom. *Pajoohandeh J* 2010; 15: 62-66. (Persian).
- [77] Seyyedani F. Multiplicity socio-economic status of women with mental disorders. *Women's studies (Sociological & Psychological)*. 2004; 2: 31-59. (Persian).
- [78] Miech RL, Shanahan MJ. Socio-economic status and depression over the life course. *JSHB* 2000; 41: 162-176.
- [79] Aeenparast A, Farzadi F, Maftoon F, Azin A, Omidvari S, Jahangiri K, Sadighi J. Depression among the general population in Iran: Iranian health perception survey. *Payesh* 2012; 11: 221-226. (Persian).
- [80] Masoudnia E. Relationship between perceived social support and risk of postpartum depression disorder. *IJN* 2011; 24: 8-18. (Persian).
- [81] Ezzati A, Nouri R, Hasani J. Structural relationship model between social support, coping strategies, stigma and depression in infertile women in Tehran, Iran. 2010. *IJOGI* 2013; 16: 20-28 (Persian).
- [82] Teng P, Hall BJ, Li L. The association between social resources and depression among female migrants affected by domestic violence. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5: 26528.
- [83] Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5: 24794.
- [84] Kader Maideen SF, Sidik SM, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of selangor, malaysia. *PLoS ONE* 2014; 9: e95395.
- [85] Taherkhani S, Mirmohammadali M, Kazemnejad A, Arbabi M. Association experience time and fear of domestic violence with the occurrence of depression in women. *IJFM* 2010; 16: 95-106 (Persian).
- [86] Cheng TC, Lo CC. Dometic violence and tretment seeking: a longituinal study of low-income women and mental healt/substance abuse care international. *Int J Health Serv* 2014; 44: 735-759.
- [64] Charandaby S, Rezai N, Hakimi S, Montazeri A, Khatami Sh, Karimi P. Sexual function in postmenopausal women and its predictive factors: A community based study in Ilam 2011. *IJOGI* 2012; 15: 1-9. (Persian).
- [65] Fahami F, Beygi M, Hasanzahrai R, Arman S. The relationship between socioeconomic status and sexual dysfunction in postmenopausal women. *J Nurs Midwifery Res* 2007; 27. (Persian).
- [66] Ponholzer A, Roehlich M, Racz U. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: Prevalence & risk factors. *Eur Urol* 2005; 47: 366-375.
- [67] Mojdeh F, Zeighami Mohamadi S. The Relationship between depression and sexual function index among married women. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2013; 21: 41-51. (Persian).
- [68] Lai CH. Major depressive disorder: gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31: 39-44.
- [69] 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: 792-799.
- [70] Tahmasebi H, Abasi L. Sexual function and its relation with depression in referring women to health centers affiliated to medical science university in Sari township. *J of Health Breeze* 2012; 1; 40-44 (Persian).
- [71] Hurtman U. Depression and sexual dysfunction. *J Men's health and gender* 2007; 4: 18-25.
- [72] McCabe M. The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *J Stress Manag* 2005; 12: 379-388.
- [73] Cornman JC. Social ties and perceived support. *J Aging Health* 2003; 15: 616-644.
- [74] Bunting L, McAuley C. Research review: Teenage pregnancy and parenthood: The role of fathers. *Child Fam Soc Work* 2004; 9: 295-303.
- [75] Rahmani F, Seyedfatemi N, Asadollahi M, Seyedrasooli A. Predisposing factors of postpartum depression. *IJN* 2011; 24: 78-87. (Persian).



## Model for the relationship between sexual function and social determinants of health: Path Analysis

Nayereh Saberi (M.Sc)<sup>1</sup>, Sedigheh Amir Ali Akbari (Ph.D)<sup>\*1</sup>, Zohreh Mahmoodi (Ph.D)<sup>2</sup>, Malihe Nasiri (Ph.D)<sup>3</sup>

1- Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

3- Dept. of Basic Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* Corresponding author. +98 2188202512 asa\_akbari@yahoo.com

Received: 24 Jun 2017; Accepted: 9 Jan 2018

**Introduction:** Sexual motivation and sexuality, like all other fundamental human motives, form an inseparable part of its biological, psychological, and social nature and is associated with many factors. The present study was conducted to test the model for the relationship between the social determinants of health and sexual function in women.

**Materials and Methods:** This sectional descriptive-analytic study was performed on 400 women referred to the medical centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences (Iran, 2016). The participants were selected through multi-stage random sampling. For collecting the data, demographic and socio-economic status, Spielberger's anxiety, perceived social support, domestic violence, unhealthy behaviors, Beck depression and sexual function questionnaires were used.

**Results:** The findings suggested a mean score of  $16.6 \pm 6.8$  for sexual function index in women. The mean score of depression was found to be  $12.7 \pm 10.3$  and most of the subjects (44.8%) received moderate social support and 75% moderate anxiety. A total of 70.3% of the subjects had favorable economic conditions, while 50.5% suffered violence. According to the path analysis, depression ( $\beta = -0.34$ ), anxiety ( $\beta = -0.24$ ) and social support ( $\beta = 0.18$ ) directly affect sexual function. Socioeconomic status and domestic violence were found to be indirectly associated with sexual function, and in the overall effect depression had the most effects on sexual function. The model proposed in the present study has a good fit (GFI = 1, RMSEA = 0.057, P value = 0.015).

**Conclusion:** Sexual function was found to be associated with depression, anxiety, social support, domestic violence and socioeconomic status. Screening is recommended to be performed for the study variables.

**Keywords:** Sexual Function, Social Determinants of Health, Reproductive Age.