

بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان در سنین باروری و عوامل مرتبط با آن

نصرت بهرامی^{۱*}، سیما علیزاده^۲، سمیه بهرامی^۳

۱. کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

۲. کارشناس مامایی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی دزفول، دزفول، ایران

۳. کارشناس آمار، دزفول، ایران

چکیده

زمینه و هدف: عملکرد جنسی تحت تاثیر فاکتورهای روحی-روانی، فرهنگی و فردی می باشد. سازمان بهداشت جهانی معتقد است که بهداشت جنسی، تجربه احساس خوب بودن فیزیکی، روانی و فرهنگی - اجتماعی وابسته به مسائل جنسی است. اختلالات عملکرد جنسی در بین زنان شایع هستند و توجه به مسائل جنسی یک جزء اساسی از استانداردهای مراقبتهای بهداشتی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان در سنین باروری و عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۸۷ انجام شد. **مواد و روش ها:** این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی انجام شد. روش نمونه گیری بصورت آسان بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سوالات شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بودند که توسط ۲۵۰ زن تکمیل شدند. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوا و جهت اعتماد از روش آزمون مجدد استفاده شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار آماری اس پی اس اس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد میانگین نمره کلی عملکرد جنسی $27/4 \pm 7/3$ بود. نتایج تحقیق نشان داد که $64/6$ درصد از واحدهای پژوهش در روابط زناشویی خود دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. بین میانگین نمرات رضایت از روابط جنسی و عملکرد جنسی نتایج آماری معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). در این مطالعه اکثریت واحدهای مورد پژوهش ($78/6$ درصد) رضایت جنسی خوبی داشتند. حیطة میل جنسی و عملکرد جنسی با سن فرد، سن ازدواج و تحصیلات همبستگی آماری معنی داری داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعات متعدد، ناتوانی در برقراری یک ارتباط سالم و لذت بخش با شریک جنسی، تبعات جسمی و روانی و اجتماعی برای زن و همسر وی به دنبال خواهد داشت. آموزش زوج های جوان در شناخت صحیح از روابط جنسی می تواند از محورهای اصلی در مشاوره قبل از ازدواج باشد. همچنین بعلت به شیوع بالای اختلالات عملکرد جنسی، بررسی همزمان مسائل جنسی در همسران با یکدیگر ضروری است

کلید واژه ها: عملکرد جنسی، اختلالات عملکرد جنسی، رضایت جنسی.

مقدمه

مسائل بهداشت عمومی و به ویژه بهداشت روان است (اوحدی ۱۳۸۰). در حقیقت، کشف و رفع اختلالات جنسی، تشخیص نگرانی‌ها و کمک به زوجین برای بهبود کیفیت روابط زناشویی، تأثیر به سزایی بر افزایش رضایت جنسی دارد و نقش قابل توجهی در پیشگیری از اختلافات خانوادگی و پیامدهای ناشی از آن خواهد داشت (بلوریان و گنجلو ۱۳۸۶). سازمان بهداشت جهانی، بهداشت جنسی را یکپارچگی و

توجه به مسائل جنسی یک جزء اساسی از استانداردهای مراقبتهای بهداشتی است (رضا سلطانی و پارسای، ۱۳۸۴) و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی انسان یکی از مهمترین

نویسنده مسئول مکاتبات: نصرت بهرامی، دزفول، انتهای بلوار آزادگان، جنب اداره راهنمایی رانندگی، معاونت آموزشی
آدرس پست الکترونیک: Fatemeh_d_d@yahoo.com

همه‌انگهی میان ذهن، احساس و جسم می‌داند که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود. لذا هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (جهانفر و مولایی نژاد ۱۳۸۴). زن طبیعی در مقابل تحریک جنسی یکسری واکنش‌های فیزیولوژیک نشان می‌دهد که براساس چهارمین راهنمای تشخیص و آمار اختلالات روانی به چهار مرحله میل جنسی، انگیزش جنسی، ارگاسم (Orgasm) و مرحله فرونشینی تقسیم می‌شود (Kaplan and Sadock ۱۹۹۶).

اختلالات عملکرد جنسی (Sexual Function Disorders) به عنوان کاهش پایدار یا عود کننده تمایل جنسی، کاهش پایدار یا عود کننده تحریک جنسی، درد هنگام نزدیکی و وجود مشکل یا ناتوانی در رسیدن به اوج لذت جنسی تعریف شده است (Basson و همکاران، ۲۰۰۰). رفتارهای جنسی، پیچیده و متنوع بوده و تحت تأثیر روابط بین فردی، شرایط زندگی و فرهنگی قرار دارند. این رفتار با ساختار زیست شناختی و احساس کلی فرد نسبت به خودش به عنوان یک مرد یا یک زن و تجارب و تحول شخص در رابطه با مسائل جنسی، نزدیکی تنگاتنگ دارد (آذر و نوحی ۱۳۷۹). این اختلالات در زنان عارضه‌ای وابسته به سن، پیشرونده و شایع بوده و در مطالعات مختلف جمعیتی شیوع ابتلا به این اختلالات را بین ۶۳-۲۵ درصد گزارش کرده‌اند (جهانفر و مولایی نژاد ۱۳۸۴). بلوریان و گنجلو (۱۳۸۶) اختلال عملکرد جنسی در زنان شهر سبزوار را ۶۳/۲ درصد گزارش کردند. Elnashar و همکاران (۲۰۰۷) شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان را در مصر ۶۹ درصد گزارش کردند. در مطالعه Aslan و همکاران در ترکیه و Parish و همکاران در چین شیوع اختلال عملکرد جنسی به ترتیب ۲۹/۶ و ۳۵ درصد بود.

از عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی می‌توان از سن، فرهنگ، مذهب، بیماری‌ها، جراحی، حاملگی، شیوه زندگی، حوادث دوران کودکی، پیام‌های فرهنگی، تجربیات جنسی قبلی، مشکلات عاطفی مرتبط با تنش عصبی، سلامت فیزیکی، سابقه ترومای جنسی، وخامت و وضعیت اقتصادی نامبرد (اوحدی ۱۳۸۰؛ جهانفر و مولایی نژاد ۱۳۸۴؛ آذر و نوحی، ۱۳۷۹). مطالعات نشان داده‌اند که این اختلالات به عنوان عاملی اثرگذار بر کیفیت زندگی در افراد شناخته شده و در واقع بررسی عملکرد جنسی، نقش مهمی را در مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی ایفا می‌کند (Dawies&Walson ۱۹۹۷؛ Daker-

Donovan&White ۲۰۰۲، Hisasue؛ همکاران، ۲۰۰۵). بطور کلی عوامل فیزیکی، فیزیولوژیکی، فرهنگی، مذهبی، عوامل بین فردی، عوامل فردی نظیر پذیرش هویت جنسی و سن را بر روی رضایتمندی جنس موثر دانسته‌اند (Lwarance and Byer، ۱۹۹۵؛ Peck، ۲۰۰۱). رضایت جنسی در رضایت ازدواج مهم می‌باشد و بسیاری از طلاقیها می‌تواند ناشی از نارضایتی جنسی باشد (Simkin، ۲۰۰۰) اختلالات عملکرد جنسی به عنوان عاملی اثرگذار بر کیفیت زندگی در افراد شناخته شده است. لذا با توجه به اهمیت مبحث اختلالات عملکرد جنسی در زنان، پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان در سنین باروری و عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در زنان سنین باروری در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی- مقطعی انجام شد. شرکت کنندگان در پژوهش ۲۵۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول، دارای معیار ورود به مطالعه بودند. معیار ورود به مطالعه شامل زنان ایرانی باسواد، سن ۵۵-۲۰ سال، عدم سابقه بیماری طبی و روحی شناخته شده، ازدواج اول، عدم مصرف داروی خاص، نداشتن اختلالات جنسی شناخته شده در خود یا همسر نظیر واژینیسم، عدم سابقه تجربیات ناخوشایند جنسی و نداشتن اعتیاد می‌باشد.

وجود بیماری طبی، سابقه نازایی، وجود افسردگی، مصرف دارو و داشتن استرس یا مشکلات خانوادگی معیارهای خروج از مطالعه بودند. روش نمونه‌گیری بصورت در دسترس بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، سوالات عملکرد جنسی بودند.

اطلاعات دموگرافیک شامل ۱۵ سوال مربوط به مشخصات دموگرافیک، ۱۹ سؤال مربوط به بخش عملکرد جنسی از نسخه فارسی پرسشنامه FSFI (Femal sexual function) index بودند. سوالات عملکرد جنسی در رابطه با شش بخش میل جنسی، انگیزش، لغزندگی واژن، ارگاسم، درد و رضایت جنسی می‌باشد. بخش میل جنسی حاوی ۲ سؤال، بخش انگیزش جنسی و لغزندگی واژن هر کدام به طور جداگانه دارای ۴ سؤال، بخش ارگاسم، درد، رضایت جنسی هر کدام جداگانه دارای ۳ سؤال می‌باشد. نمره فرد در هر بخش با جمع زدن نمرات سوالات مربوط به آن بخش و ضرب کردن

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی عملکرد جنسی و اختلالات آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول

انحراف معیار	میانگین	حیطه های عملکرد جنسی
۱/۱۴	۴/۰۱	میل جنسی
۱/۰۲	۴/۲۲	تحریک جنسی
۲/۳	۴/۶۱	لوبریکاسیون
۱/۱	۴/۴۳	اوج لذت جنسی
۱/۲۴	۴/۹	رضایت جنسی
۰/۵	۵/۲۳	مقاربت دردناک
۷/۳	۲۷/۴	عملکرد جنسی کلی

نتایج مطالعه نشان داد متغیر سن با عملکرد جنسی کلی، میل جنسی، تحریک جنسی و لوبریکاسیون ارتباط معنی داری دارد ($P < 0/001$). بطوریکه یافته ها بیانگر این بود که در ۴۸ درصد از نمونه های گروه سنی زیر ۲۵ سال و در ۸۷ درصد از نمونه های گروه سنی بالای ۴۰ سال اختلال عملکرد جنسی داشتند. متغیر سن با سایر حیطه های عملکرد جنسی ارتباط معنی داری نداشتند.

در این مطالعه اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۸/۶ درصد) رضایت جنسی خوبی داشتند. در این پژوهش بین حیطه های میل جنسی، رضایت جنسی و مقاربت دردناک با سطح تحصیلات و مدت ازدواج همبستگی آماری معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). بین میانگین نمرات رضایت از روابط جنسی و عملکرد جنسی نیز نتایج آماری معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه میانگین نمره کلی عملکرد جنسی $27/4 \pm 7/3$ بود و نتایج تحقیق نشان داد که $64/6$ درصد از واحدهای پژوهش در روابط زناشویی خود دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. بیشترین و کمترین میانگین نمرات در بین حیطه های مختلف عملکرد جنسی به ترتیب مربوط به دیسپارونیا و میل جنسی بودند. بلوریان و گنجلو در بررسی اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان شهر سبزوار، اختلال عملکرد جنسی را در $63/2$ درصد گزارش کردند و همچنین در مطالعه ای انجام شده در مصر شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان را 69 درصد (Elmashar, 2007) و در مطالعه ای در نیجریه شیوع اختلال عملکرد جنسی را $63/7$ درصد بیان نمودند (Fajewonyomi و همکاران، 2007)، که نتایج این مطالعات در راستای پژوهش حاضر می باشد.

حاصل جمع نمرات در ضریب هر بخش محاسبه می گردد. نمره کل فرد از حاصل جمع نمرات شش بخش بدست می آید که عملکرد جنسی هر فرد را مشخص می کند. نمره کلی کمتر از ۲۶ به عنوان اختلال عملکرد جنسی محسوب می شود.

سوالات بخش عملکرد جنسی از نسخه فارسی پرسشنامه FSFI تنظیم شد (Meston, 2003). جهت تعیین اعتبار ابزار این پژوهش از روش اعتبار محتوا استفاده شد که با استفاده از اندکس محتوا اعتبار ابزار مورد تأیید قرار گرفت. پایایی ابزار با محاسبه ضریب آلفا بر رسی شد که ضریب پایایی آلفای کرونباخ $0/87$ بدست آمد. علاوه بر این با استفاده از آزمون مجدد ضریب همبستگی اسپیرمن $0/93$ و مقدار p در آزمون قبل و بعد ویلکاکسون $0/31$ بود که اختلاف معنی داری بین نتایج دو بار تکمیل پرسشنامه دیده نشد و بدین ترتیب ثبات پرسشنامه تأیید شد.

پرسشنامه ها به روش مصاحبه منظم در محیطی خصوصی و پس از کسب رضایت از واحدهای پژوهش و همسرانشان تکمیل شدند. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۱۵ تجزیه و تحلیل شدند. کلیه موافقت نامه های اخلاقی و قانونی پژوهش کسب شد و از تمام شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی گرفته شد.

یافته ها

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد میانگین سنی زنان $34/7 \pm 6/4$ بود. شغل اکثریت زنان خانه دار ($86/7$ درصد) و شغل بیشتر همسران آنها ($58/8$ درصد) آزاد بود. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی در مقطع دبیرستان ($35/6$) به دست آمد.

در این مطالعه میانگین نمره کلی عملکرد جنسی $27/4 \pm 7/3$ بود. نتایج تحقیق نشان داد که $64/6$ درصد از واحدهای پژوهش در روابط زناشویی خود دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. بیشترین و کمترین میانگین نمرات در بین حیطه های مختلف عملکرد جنسی به ترتیب مربوط به دیسپارونیا و میل جنسی بودند. امتیازات حیطه های مختلف عملکرد جنسی در جدول ۱ نشان داده شده است.

باشد. در مطالعه Cayan و همکاران در سال ۲۰۰۴ شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان با افزایش سن بیشتر شده بود. نتایج این مطالعه در راستای مطالعه Chen و همکاران در سال ۲۰۰۹ و Veritl و همکاران در سال ۲۰۰۹ بود. ولی Singh و همکاران در سال ۲۰۰۹ چنین نتایجی بدست نیاوردند.

بین میانگین نمرات رضایت از روابط جنسی و عملکرد جنسی ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. بلوریان و گنجولو نیز در بررسی اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان شهر سبزوار به نتایج مشابهی در سال ۱۳۸۶ رسیدند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر امکان عدم پاسخگویی صحیح به سوالات بعثت شرم و حیای زنان بود که سعی شد با ارتباط مناسب و توضیحات کافی برای افراد مورد پژوهش، این محدودیت تا حد زیادی کنترل شود.

در مجموع، از آنجا که اختلالات عملکرد جنسی نقش غیر قابل انکاری بر کیفیت زندگی و اعتماد به نفس در زندگی زناشویی زوج‌ها دارد، ناتوانی در برقراری یک ارتباط سالم و لذت بخش با شریک جنسی، تبعات جسمی و روانی و اجتماعی برای زن و همسر وی به دنبال خواهد داشت. با توجه به نتایج مطالعات متعدد اهمیت بررسی همزمان مسائل جنسی در همسران و تمرکز بر آموزش و مشاوره‌های جنسی ضروری است.

تشکر و قدر دانی

از کلیه نمونه‌های پژوهش که وقت گرانبه‌ای خود را در اختیار پژوهشگر نهاده، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از پرسنل محترم مرکز بهداشت دزفول که همکاری لازم را با اینجانب داشته، کمال تشکر را دارم.

اما در مطالعات انجام شده توسط اسلان و همکاران در ترکیه و Parish و همکاران در چین شیوع اختلال عملکرد جنسی به ترتیب ۲۹/۶ و ۳۵ درصد بود که بسیار کمتر از میزان آن در بررسی حاضر است. دلایل این تفاوت با نتایج پژوهش حاضر ممکن است بعثت خجالت و شرم زنان از صحبت کردن درباره مسائل جنسی، عدم درک صحیح و اصولی از چگونگی مسائل جنسی و نداشتن اطلاعات کافی در این زمینه از علل مؤثر در بروز مشکلات جنسی در تجربه‌های اولیه زندگی مشترک باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که متغیر سن با عملکرد جنسی کلی، میل جنسی، تحریک جنسی و لوپریکاسیون ارتباط معنی داری دارد و یافته‌ها بیانگر این بود که در ۴۸ درصد از نمونه‌های در گروه سنی زیر ۲۵ سال و در ۸۷ درصد از نمونه‌های در گروه سنی بالای ۴۰ سال اختلال عملکرد جنسی در روابط جنسی آنها بود. متغیر سن با سایر حیطه‌های عملکرد جنسی ارتباط معنی داری نداشتند. علت اختلال عملکرد جنسی در گروه سنی زیر ۲۵ سال، احتمالاً به دلیل تجربه کم یا تصورات نامطلوب در مورد مسائل جنسی می‌باشد. مشابه با نتایج این مطالعه در تحقیقی که توسط Veritl و همکارانش در کالیفرنیا در سال ۲۰۰۹ انجام شد، بیانگر شیوع اختلال عملکرد جنسی به ویژه تمایل جنسی کم با افزایش سن بود که علت اختلال عملکرد جنسی در گروه سنی بالای ۴۰ سال می‌باشد.

بر طبق نتایج این مطالعه اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۸/۶ درصد) رضایت جنسی خوبی داشتند. که مشابه با نتایج مطالعات Philippsohn and Hartmann در سال ۲۰۰۹ و Huang در سال ۲۰۰۹ می‌باشند. علیرغم شیوع بالای اختلالات عملکرد جنسی در این مطالعه، میزان رضایت جنسی در بین زنان مورد پژوهش امتیاز بالایی داشت، که ممکن است تحت تأثیر برخی عوامل فرهنگی و اعتقادات دینی در جامعه ما در زمینه تمکین زن برای همسر و راضی بودن زنان به رضایت جنسی همسر، در نتیجه این باور باشد. این یافته نشان دهنده اهمیت بررسی همزمان مسائل جنسی در همسران و تمرکز همزمان آموزش و مشاوره‌های جنسی آنها است.

در این پژوهش بین حیطه‌های میل جنسی، رضایت جنسی و مقاربت دردناک با سطح تحصیلات و مدت ازدواج همبستگی آماری معنی داری مشاهده شد. بین مدت ازدواج (زندگی زناشویی) و اختلالات عملکرد جنسی زوجین نیز رابطه آماری معنی دار مشاهده شد. به طوریکه با افزایش مدت زندگی مشترک، مشکلات کمتری در روابط جنسی گزارش شد که مشابه با نتایج تحقیق Veritl و همکارانش در کالیفرنیا می

REFERENCES

- Aslan E et al (2008) Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*. 5(9) 2044-52.
- Azar M Nuhi S (2000) [TextBooks of Psychology]. 1st editinon. Tehran. Arjomand Publication. (Persian).
- Basson R et al (2000) Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *The Journal of Urology*. 163(3) 888-893.
- Bolurian Z Ganjloo J (2007) [Sexual function disorder and the factors associated with this in women of reproductive age referring to Sabzevar health centers]. *Journal of Fertility and Infertility*. 86(2) 163-170. (Persian).
- Cayan S et al (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*. 72 (1) 52-57.
- Chen KC et al (2009) Age, gender, depression, and sexual dysfunction in Taiwan. *The Journal of Sexual Medicine*. 6 (11) 3056-62.
- Daker-White G Donovan J (2002) Sexual satisfaction, quality of life and the transaction of intimacy in hospital patients' accounts of their (hetero) sexual relationships. *Sociology of Health and Illness*. 24(1) 89-113.
- Elnashar AM et al (2007) Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 114 (2) 201-6.
- Fajewonyomi BA Orji EO Adeyemo AO (2007) Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 25(1) 101-6.
- Hisasue S, et al (2005) Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: A Japanese female cohort study. *Urology*. 65 (1) 143-8.
- Huang AJ et al (2009) Sexual function and aging in racially and ethnically diverse women. *Journal of The American Geriatrics Society*. 57 (8) 1362-8.
- Jahanfar Sh Molaenezhad M (1384) [TextBook of Sexual Disorders]. 2nd edition. Tehran. Beezhe and Salemi Publication. (Persian).
- Kaplan HI Sadock BJ (1996) *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. 2nd edition. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins.
- Lawrance K Byers Es (1995) Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationship: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*. 2(4) 267-285.
- Meston CM (2003) Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 29(1) 39-46.
- Ouhadi B (2001)[Sexual Behaviors and Desires]. 2nd edition. Isfahan. Moalef Publication. (Persian).
- Parish WL et al (2007) Sexual dysfunctions in urban China: A population-based national survey of men and women. *The Journal of Sexual Medicine*. 4(6) 1559-74.
- Peck SA (2001) The Importance of the sexual health history in the primary care setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 30(3) 269-674.
- Philipsohn S, Hartmann U (2009) Determinants of sexual satisfaction in a sample of German women. *The Journal of Sexual Medicine*. 6 (4) 1001-10.
- Rezasoltani P, Parsaee S (2005) [Mother and Baby Health]. 2nd edition. Tehran. Sanjesh Publication. (Persian).
- Sadock BJ, Sadock VA (2008). *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Third editinon. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins.
- Simkin P (2000) The meaning of labor pain. *Birth*. 27(4) 254-5.
- Singh JC et al (2009) Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate Medicine*. 55(2)113-20.
- Verit FF Verit A Billurcu N (2009). Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas*. 64 (1) 38-42.
- Watson JP Davies T (1997). *ABC of mental health. Psychosexual problems*. *British Medical Journal*. 315 (7102) 239-42.

Sexual dysfunctions and associated factors in women of Reproductive age

Nosrat Bahrami¹, Sima Alizadeh², Somayeh Bahrami³

1. MSM, Faculty member Department of Midwifery, Dezful faculty of Medical Sciences, Dezful, Iran
2. BSM Department of Midwifery, Islamic Azad University, Dezful, Iran.
3. Statistician, Dezful, Iran.

Abstract:

Background and aim: Sexual function is associated with emotional-physiological, cultural and personal factors. World Health Organization recently defined sexual health as "the experience of the ongoing process of physical, psychological and sociocultural well-being related to sexuality. Sexual dysfunctions are particularly prevalent among women seeking routine gynecological care. Addressing sexual problems is an essential part of health care standards. The Aim of this study was to determine sexual satisfaction, sexual function disorders and associated factors in women of reproductive age who attended to Dezful health centers, Iran in 1387.

Material and Method: A descriptive-cross-sectional design was used. The sample of the study consisted of 250 women of reproductive age who attended to health centers in Dezful, Iran. Data were collected by demographic questionnaire, and sexual function questionnaire. The validity of questionnaire was determined by content validity. Reliability was confirmed by test re-test.

Findings: Mean score of total sexual function was $27/4 \pm 7/3$. The study findings showed that 64/6% of respondents had sexual dysfunction. There was also a significant correlation between sexual satisfaction and sexual function ($p < 0.001$). The results of this study indicated that the majority of participations (78/6%) experienced good sexual satisfaction. Domain of sexual desire and sexual function indicated significant correlation with age, marriage age and educational level ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings of this study indicated that inability at induce a healthy communication and pleasure with sexual partner can result in physical, psychological and social problems. Young couple education can improve their recognition of sexual relation and should be a part of pre marriage consultation. The findings of this study indicated that sexual dysfunction is prevalent.

Keyword: Sexual function, Sexual dysfunction Female sexual disorders.

Corresponding author: Nosrat Bahrami Department of midwifery, Dezful Faculty of Medical Sciences, Azadegan Blv, Dezful, Iran.

E-mail: FATEMEH_D_D@yahoo.com

