● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره نهم، شمارهٔ ٤، مهر – آبان ١٣٨٦، صفحه ٥٩-٦٤
دریافت: ٨٦/١/٢٠، ارسال جهت اصلاح: ٨٦/٢/٢٦، پذیرش: ٨٦/٥/٣

تعیین فراوانی اختلال فعالیت جنسی در زنان متاهل و برخی عوامل مرتبط با آن در شهر بابل(۱۳۸۵)

فاطمه باکویی [*۱]، **شبنم امیدوار**[۱]، **فاطمه نصیری**[۱]
۱- عضو هیأت علمی گروه پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: اختلال فعالیت جنسی در زنان بسیار شایع و دارای اتیولوژی متعددی است که بطور وسیع بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی و ارتباط با همسر تاثیر می گذارد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی اختلال فعالیت جنسی زنان متاهل شهربابل و برخی فاکتورهای مرتبط با آن انجام گرفت.

مواد و روشها: مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۱۸ زن متاهل واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب از طریق پرسشنامه انجام شد. واحدهای مورد پژوهش بر اساس جمع کل نمرات پرسشنامه استاندارد FSI در سه گروه نرمال، اختلال خفیف و شدید قرار گرفتند.

یافته ها: متوسط سن زنان مورد مطالعه ۲۸ سال بود. ۸۰/۸٪ زنان مورد مطالعه در گروه نرمال, ۱۳/۲٪ در گروه اختلال فعالیت جنسی خفیف و ٦٪ در گروه اختلال شدید قرار داشتند. در واقع ۱۹/۲٪ از زنان دارای اختلال فعالیت جنسی(FSD) بودند. که بیشترین شیوع برحسب هر یک از موارد به ترتیب, اختلال در تمایل(٤٨/٤٪), اختلال در تحریک (٤٠/٣٪), درد حین نزدیکی (١٩/٨٪), اختلال در ارگاسم (١٨/٦٪), مشکل در خیس شدن واژن(١٢٪) و اختلال در رضایت جنسی (١١/٣٪) بود. یافته ها نشان دادند که اختلال فعالیت جنسی با تحصیلات زن، شغل همسر، وضعیت درآمد، تعداد فرزند، روش پیشگیری از بارداری، بیماری مزمن و تعداد فعالیت جنسی ارتباط معنی داری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع اختلال فعالیت جنسی در زنان و عوامل مرتبط با آن باید مراکز مشاوره و آموزشی برای شناسایی این زنان و نیازهای آنان برای افزایش ارتقاء کیفیت زندگی شان در نظر گرفته شود.

واژه های کلیدی: *اختلال فعالیت جنسی، زنان متاهل، فاکتورهای مرتبط.*

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره نهم، شماره ۴، مهر – آبان ۱۳۸۶، صفحه۵۹-۶۴

مقدمه

فعالیت جنسی در انسان در عین غریزی بودن، بسیار حیاتی است و مفاهیم و مضامین مذهبی، عرفانی، تاریخی و ... را در بطن خود جای داده است (۱). در طول تاریخ، انسان حداقل به منظور بقاء نسل ملزم و نیازمند به نزدیکی و آمیزش جنسی بوده است (۲). فعالیت جنسی یکی از مهمترین موضوعات زندگی برای زنان و مردان است. که در واقع یک فرایند فوق العاده پیچیده است. چرخه پاسخ جنسی در زنان به واسطه فعل و انفعالات پیچیده عوامل روحی، محیطی و فیزیولوژیکی است (۳). فعالیت جنسی تحت تاثیر خود فرد، روابط اولیه، خانواده، اجتماع و فرهنگ، پیچیدگی محیط، تاریخچه جنسی خود و همسر، ارتباطات گذشته، وضعیت سلامت روانی، مشکلات طبی اخیر و وضعیت هورمونی قرار می گیرد (۴). اختلال فعالیت جنسی در زنان بسیار شایع و در هر شرایط سنی، فرهنگی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بروز می کند و بطور وسیع بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی و ارتباط با همسر تاثیر می گذارد (۵-۷). اتیولوژی اختلالات جنسی متعدد است و ناشی از تعامل فاکتورهای بیولوژیکی، روانی و اجتماعی است(۸). مطالعات اپیدمیولوژیکی در ایالت متحده و سوئد نشان دادند که تقریبا ۴۰٪ زنان با سن ۳۵-۱۸ سال از زندگی جنسی خود شاکی

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۷۲۱۰۸۲٤٤۰ از اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی بابل تامین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.9.6]

می باشند (۹). شیوع اختلالات جنسی در زنان براساس داده ها ۵۵-۲۲٪ (متوسط۳۰٪) است (۱۰و۱۱). نتایج مطالعه انجام شده بر ۲۳۰ زن متاهل ۷۰-۱۸ ساله در مالزی نشان داد که شیوع FSD ۲۹/۶٪ بود که میزان اختلال در هر یک از حیطه ها به ترتیب ۶۷/۸٪ درد حین نزدیکی، ۶۰/۹٪ اختلال در تحریک، ۵۹/۱٪ اختلال در ارگاسم، ۵۲/۲٪ عدم رضایت، ۵۰/۴٪ اختلال در خیس شدن واژن بود (۱۲). تحقیق دیگری بر روی زنان ۸۰-۲۰ ساله استرالیایی با متوسط سن ۴۳ سال نیز شیوع FSD را در هر یک از حیطه ها، ۳۹٪ اختلال در ارگاسم، ۳۵٪ اختلال در تحریک، ۲۲٪ اختلال در تمایل و ۱۲/۸٪ درد حین نزدیکی گزارش کرد (۱۳). غیر از سن، ریسک فاکتورهای دیگری از جمله افزایش فشارخون، دیابت، هیپر لیپیدمی، بیماری قلبی و بی اختیاری ادراری نیز ارتباط قوی با اختلال جنسی دارد (۱۴-۱۶).

یافته ها همچنین نشان دادند که اختلالات جنسی با سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، بیماری مزمن، مولتی پاریتی و وضعیت منوپوز ارتباط معنی داری دارند (۱۷). علیرغم شیوع بالای اختلال جنسی در زنان، توجه کمی به آن شده است و عده کمی از این زنان برای درمان پزشکی آن مراجعه می کنند. فاکتورهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در مراجعه این افراد برای درمان دخیل است. بیماران دارای اختلالات جنسی معمولا این مسئله را پنهان می کنند و یا سعی در حل مشکل در منزل می نمایند، در نتیجه این طیف از علایم ناگفته می ماند و عدم درمان مناسب آن موجب مزمن شدن علایم، ایجاد اختلالات روانی و در نهایت سلب آرامش و آسایش از زوجین می گردد (۱۸). زنان مبتلا به اختلال فعالیت جنسی دچار علایم ناپایداری خلقی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، خویشتن گرایی و احساس گناه می شوند (۱۹). با توجه به مطالعات محدود در جامعه ما، این مطالعه با هدف بررسی شیوع اختلال فعالیت جنسی زنان و فاکتورهای مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روشها

مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۱۸ زن متاهل واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب برای دریافت خدمات بهداشتی انجام شد. افرادی که مبتلا به بیماری جسمی و روانی شناخته شده (بیماری قلبی، ریوی، دیابت...)، مصرف هر نوع داروی خاص که ممکن است بر روی فعالیت جنسی تاثیر گذارند مانند (روان گردان، ضد تشنج...)، دوری از همسر به دلایل مختلف و داشتن دو همسر وارد مطالعه نشدند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، پرسشنامه بود که براساس مطالعه کتب و مقالات متعدد و همچنین با توجه به پرسشنامه استاندارد شاخص فعالیت جنسی زنان (FSI) تدوین شد و اعتبار و روائی آن توسط چند تن از اعضا هیئت علمی مجرب در زمینه روانپزشکی، زنان و مامائی مورد تایید قرار گرفت. این پرسشنامه شامل دو بخش: ۱- سوالات مربوط به مشخصات پایه و عوامل مورد بررسی ۲- سوالات مربوط به اختلال فعالیت جنسی بود. نمرات هر یک از سوالات از صفر (عدم مشکل) تا ۴ (حداکثر مشکل) بود و جمع کل نمرات از صفر تا ۴۸ طراحی شده بود. واحدهای مورد پژوهش بر اساس جمع کل نمرات به سه گروه تقسیم شدند. زنان با نمرات ۲۴-۰ در گروه نرمال (بدون مشکل)، زنان با نمرات ۳۶-۲۵ در گروه حد مرزی (اختلال خفیف) و زنان با نمرات ۴۸-۳۷ در گروه اختلال شدید قرار گرفتند (۲۰). اطلاعات بدست آمده به صورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی تنظیم شد و با استفاده از نرم افزار SPSS و تست های آماری X^2 و T-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در این مطالعه ۳۱۸ زن ۵۳-۱۸ ساله با متوسط سن ۲۸ سال مورد بررسی قرار گرفتند. ۸۰/۸٪ زنان مورد مطالعه در گروه نرمال، ۱۳/۲٪ در گروه اختلال فعالیت جنسی خفیف و ۶٪ در گروه اختلال فعالیت جنسی شدید قرار گرفتند. در واقع ۱۹/۲٪ از زنان دارای اختلال فعالیت جنسی(FSD) بودند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب حیطه های مختلف فعالیت جنسی

گروه / فعالیت جنسی	نرمال تعداد(٪)	اختلال خفیف تعداد(٪)	اختلال شدید تعداد(٪)
تمایل	۱۶٤(۵۱/۶)	۱۵۳(٤۸/۱)	۱(۰/۳)
تحریک	۱۹۰(۵۹/۷)	۱۰۹(۳٤/۳)	۱۹(۶)
خیسی واژن	۲۸۰(۸۸/۱)	۲۰(۶/۳)	۱۸(۵/۷)
ارگاسم	۲۵۹(۸۱/٤)	٤۱(۱۲/۹)	۱۸(۵/۷)
درد حین نزدیکی	۲۵۵(۸۰/۲)	۲۵(۷/۹)	۳۸(۱۱/۹)
رضایت	۲۸۲(۸۸/۷)	۳۶(۱۱/۳)	-
جمع	۲۵۷(۸۰/۸)	٤۲(۱۳/۲)	۱۹(۶)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.9.6]

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلال فعالیت جنسی واحدهای مورد پژوهش برحسب متغیرهای مورد بررسی

متغیر	گروه	نرمال تعداد(٪)	اختلال خفیف تعداد(٪)	اختلال شدید تعداد(٪)
سن				
	<۲۰	(۸۸/۹)۸	(۱۱/۱)۱	–
	۲۰-۲۴	(۸۸/۲)۶۷	(۷/۹)۶	(۳/۹)۳
	۲۵-۲۹	(۷۵)۷۲	(۱۸/۸)۱۸	(۶/۳)۶
	۳۰-۳۴	(۸۲)۷۳	(۷/۹)۷	(۱۰/۱)۹
	>=۳۵	(۷۷/۱)۳۷	(۲۰/۸)۱۰	(۲/۱)۱
سطح تحصیلات				
	خواندن و نوشتن	(۸۴/۴)۲۷	(۹/۴)۳	(۶/۳)۲
	راهنمایی	(۷۲/۷)۵۶	(۱۶/۹)۱۳	(۱۰/۴)۸
	دیپلم	(۸۴/۳)۱۱۳	(۱۱/۹)۱۶	(۳/۷)۵
	فوق دیپلم	(۵۰)۷	(۵۰)۷	–
	لیسانس	(۸۸/۱)۵۲	(۵/۱)۳	(۶/۸)۴
تحصیلات همسر				
	راهنمایی	(۷۷/۳)۵۸	(۱۳/۳)۱۰	(۹/۳)۷
	دیپلم	(۸۱/۶)۸۰	(۱۴/۳)۱۴	(۴/۱)۴
	فوق دیپلم	(۸۰/۶)۲۵	(۱۶/۱)۵	(۳/۲)۱
	لیسانس	(۸۴/۱)۵۸	(۱۰/۱)۷	(۵/۸)۴
وضعیت اشتغال				
	بیکار	(۷۹/۷)۲۱۲	(۱۴/۷)۹	(۵/۶)۱۵
	شاغل	(۸۹/۴)۴۲	(۶/۴)۳	(۴/۳)۲
اشتغال همسر				
	بیکار	(۱۰۰)۸	–	–
	کارمند	(۸۶/۷)۷۲	(۷/۲)۶	(۶)۵
	کارگر	(۷۰/۵)۴۳	(۲۳)۱۴	(۶/۶)۴
	آزاد	(۷۹/۸)۱۱۸	(۱۴/۹)۲۲	(۵/۴)۸
درآمد				
	خوب	(۸۴/۷)۵۰	(۱۰/۲)۶	(۵/۱)۳
	متوسط	(۸۲/۶)۱۷۶	(۱۴/۱)۳۰	(۳/۳)۷
	ضعیف	(۶۳/۶)۲۱	(۹/۱)۳	(۲۷/۳)۹
مدت ازدواج(سال)				
	۵<	(۸۱/۱)۱۰۳	(۱۵)۱۹	(۳/۹)۵
	۵-۹	(۸۰/۳)۵۳	(۱۳/۶)۹	(۶/۱)۴
	۱۰>=	(۸۰/۸)۱۰۱	(۱۱/۲)۱۴	(۸)۱۰
تعداد فرزندان				
	۱-۲	(۸۱/۲)۱۹۴	(۱۴/۲)۳۴	(۴/۶)۱۱
	۳-۴	(۷۲/۳)۳۴	(۱۲/۸)۶	(۱۴/۹)۷
	۵>=	(۹۰/۶)۲۹	(۶/۳)۲	(۳/۱)۱
روش پیشگیری از بارداری				
	طبیعی	(۶۴/۲)۳۴	(۳۵/۸)۱۹	–
	قرص	(۷۷/۹)۶۷	(۲۲/۱)۱۹	–
	IUD	(۹۵/۲)۲۰	(۴/۸)۱	–
	کاندوم	(۹۷/۳)۱۰۹	(۲/۷)۳	–
	بستن لوله ها	(۶۰)۲۷	–	(۴۰)۱۸
ابتلا به بیماریهای خاص				
	واجد بیماری	(۹/۱)۲	(۴/۵)۱	(۸۶/۴)۱۹
	بدون بیماری	(۸۵/۸)۲۴۱	(۱۴/۲)۴۰	–
تعداد نزدیکی				
	۲-۱ بار	(۷۹/۳)۲۳۴	(۱۴/۲)۴۲	(۶/۴)۱۹

یافته ها نشان دادند که شیوع اختلالات جنسی با سطح تحصیلات فرد، وضعیت اشتغال همسر، در آمد، تعداد فرزندان، روشهای پیشگیری از بارداری، ابتلا به بیماری خاص و تعداد نزدیکی ارتباط داشته است. اما با سن و وضعیت اشتغال فرد، تحصیلات همسر و مدت ازدواج ارتباط معنی داری نداشت (جدول ۲).

بحث و نتیجه گیری

بیشترین شیوع مشکل فعالیت جنسی زنان برحسب هر یک از حیطه ها به ترتیب، اختلال در تمایل، اختلال در تحریک، درد حین نزدیکی، اختلال در ارگاسم، مشکل در خیس شدن واژن و اختلال در رضایت جنسی بود. در مطالعه ای بر روی زنان اتریشی میزان شیوع FSD برحسب هر یک از حیطه ها، ۲۳٪ اختلال در تمایل، ۳۵٪ اختلال در تحریک، ۳۹٪ اختلال در ارگاسم و ۱۲/۸٪ درد حین نزدیکی گزارش شد (۲۱). نتایج تحقیقی در ترکیه شیوع FSD را ۴۸/۳٪ نشان داد که ۴۸/۳٪ اختلال در تمایل, ۳۵/۹٪ اختلال در تحریک، ۴۰/۹٪ اختلال در لوبریکانت، ۴۲/۷٪ اختلال در ارگاسم، ۴۵٪ عدم رضایت جنسی و ۴۲/۹٪ درد حین نزدیکی بیان شد (۲۲). شیوع FSD در مطالعه ای در تهران نیز ۳۱/۵٪ گزارش شد. در این پژوهش و همچنین مطالعه ای دیگر در آمریکا بیشترین اختلال فعالیت جنسی، اختلال در حیطه تمایل و تحریک بود که مشابه نتیجه تحقیق ما می باشند (۲۳و۲۴).

نتایج بررسی حاضر نشان داد که شیوع اختلال فعالیت جنسی با افزایش سن، بیشتر می شود. در واقع در زنان زیر۲۵ سال کمترین شیوع اختلال دیده شد هرچند این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود، در حالیکه در سایر تحقیقات انجام شده در این زمینه، این ارتباط معنی دار گزارش شد (۲۱و۲۳-۲۵). Cayan و همکاران طی مطالعه ای در ترکیه بر روی ۱۷۹ زن گزارش کردند که شیوع FSD از ۲۲٪ در زنان ۲۷-۱۸ ساله به ۶۶٪ در زنان ۵۷-۴۸ ساله افزایش یافته است که این افزایش ممکن است به علت همراه بودن بیماریهای مزمن در سنین بالاتر و همچنین یائسگی باشد (۱۷). البته در مطالعه ما تعداد بسیار کمی از زنان مورد بررسی در سنین بالای ۴۵ سال بودند و همچنین تعداد زنان یائسه در این مطالعه محدود بود، که برای بررسی ارتباط سن و یائسگی با اختلال فعالیت جنسی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.9.6]

قابل ملاحظه نبود. در این مطالعه اختلال فعالیت جنسی با سطح تحصیلات زن ارتباط معنی داری بود، که مشابه تحقیقات صورت گرفته در سایر نقاط می باشد (١٧و٢٤و٢٦و٢٧)، اما با سطح تحصیلات همسر ارتباط معنی دار نبود. در رابطه با اختلال فعالیت جنسی با وضعیت اشتغال زنان اختلاف معنی دار نبود ولی بیشترین اختلال فعالیت جنسی در زنانی بود که همسرانشان کارگر بوده اند و از لحاظ آماری نیز معنی دار بود. در برخی از مطالعات به استرس شغلی، فعالیت فیزیکی و خستگی جسمی و روحی به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای کاهش لذت در فعالیت جنسی و FSD اشاره شده است (٢٦و٢٨). در مطالعه حاضر شیوع اختلال فعالیت جنسی در زنان با سطح درآمد ضعیف بطور معنی داری بیشتر می باشد. در یک بررسی اپیدمیولوژیکی دیگر نیز گزارش شد که میزان اختلال فعالیت جنسی در خانواده های با سطح درآمد پایین بیشتر می باشد (٢٦). در ارتباط با روش پیشگیری از بارداری، زنانی که از روش طبیعی استفاده می کردند دارای بیشترین اختلال فعالیت جنسی و زنانی که از IUD و کاندوم استفاده می کردند کمترین میزان اختلال دیده شد که این مشابه یافته های بدست آمده از مطالعات دیگر محققین می باشد (٢٤و٢٦و٢٩). شاید یکی از دلایل آن باشد که استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری موجب رهایی از ترس حامله شدن و در نتیجه افزایش رضایت جنسی گردد.

در این بررسی اختلال فعالیت جنسی در زنانی که از قرص ضدبارداری استفاده می کردند نسبت به روش کاندوم و IUD بیشتر بود که این امر می تواند به علت یکی از عوارض قرصهای پیشگیری از بارداری باشد که سبب کاهش تمایل جنسی می شود (٣). در این مطالعه حداکثر میزان اختلال فعالیت جنسی در زنانی بود که تحت توبکتومی قرار گرفتند. بررسی های دیگر نیز عنوان کردند که جراحی لگنی و جراحی واژینال نیز می تواند به علت اختلال آناتومی و نورووواسکولاری که ایجاد می نماید منجر به اختلال فعالیت جنسی شود (٢٨و٣٠). البته سفری نژاد به عدم چنین ارتباطی در تحقیق خود اشاره کرد (٢٤).

در مطالعه حاضر اختلال فعالیت جنسی در زنان واجد بیماری مزمن بطور معنی داری بیشتر بود، که می تواند ناشی از مشکلات فیزیکی و روانی همراه با بیماریهای مزمن باشد و بر ارتباط جنسی آنها با همسرشان اختلال ایجاد کند. مطالعه ای در امریکا نیز به بیماری قلبی و عروقی، دیابت، افسردگی و اختلال سیستم ادراری به عنوان ریسک فاکتورهای اختلال فعالیت جنسی اشاره کرده است (٣١). البته Hisasue و همکاران به عدم چنین ارتباطی اشاره کرده اند (٢١). در این تحقیق بیشترین اختلال فعالیت جنسی در زنانی بود که ٢–١ بار نزدیکی جنسی در هفته داشتند و شاید وجود اختلال فعالیت جنسی در آنها به علت نزدیکی جنسی کمتر آنها بوده است. مطالعات ذیگری نیز عنوان کردند که افراد مبتلا به اختلال فعالیت جنسی دارای مقاربت کمتری می باشند (٢١و٢٣).

با توجه به شیوع اختلال فعالیت جنسی در زنان وعوامل مرتبط با آن متاسفانه مراکز بسیار کمی برای بررسی و مشاوره زنان وجود دارد، لذا آموزش و مشاوره مسایل جنسی باید به عنوان یکی از مراقبتهای بهداشتی زنان محسوب گردد که این مسئله می تواند در ارتقاء کیفیت زندگی آنها نقش موثری ایفا نماید.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، همکاری کارشناسان محترم پژوهشی و همکاران محترم درمانگاههای منتخب تشکر و قدردانی می شود.

****

منابع

١. کهن زاد ش. پیرامون ناتوانی جنسی در مرد، چاپ اول، تهران، انتشارات دانش ١٣٧٣؛ ص: ٩.

2. Philips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. Am Fam Physician 2000; 62(1): 127-36, 141-2.

٣. برک ج. بیماریهای زنان نواک. بیگ وند ش، فریدیان د، ملک اعلایی م (مترجمین)، چاپ اول، انتشارات نسل فردا ١٣٨٢؛ص: ١٨٧و٢٠٥.

4. Fourcroy JL. Female sexual dysfunction: potential for pharmachotherapy. Drugs 2003; 63(14): 1445-57.

5. Morley JE, Kaiser FE. Female sexuality. Med Clin North Am 2003; 87(5): 1077-90.

6. Abarbanel J, Rabinerson D. Sexual dysfunction in women. Harefuah 2004; 143(6): 426-31, 461, 462.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.9.6]

7. Anastasiadis AG, Davis AR, Salomon L, Burchardt M, Shabsign R. Hormonal factors in female sexual dysfunction. Curr Opin Urol 2002; 12(6): 503-7.

8. Barton D, Joubert L. Psychosocial aspects of sexual disorders. Aust Fam Physician 2000; 29(6): 527-31.

9. Segraves RT. Emerging therapies for female sexual dysfunction. Expert Opin Emerg Drugs 2003; 8(2): 515-22.

10. Goldstein I. Female sexual arousal disorder: new insights. Int J Impot Res 2000; 12(4): 152-7.

11. Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. J Sex Res 2002; 39(1): 73-8.

12. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. The journal of sexual medicine 2007; 4(2): 311-21.

13. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. Eur Urol 2005; 47(3): 366-75.

14. Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women: a population based epidemiological study. Arch Women Ment Health 2002; 5(2): 59-63.

15. Salonia A, Munarriz RM, Naspro R, et al. Women sexual dysfunction: a pathophysiological review. BJU Int 2004; 93(8): 1156-64.

16. Davis SR. Androgens and female sexuality. J Gend Specif Med 2000; 3(1): 36-40.

17. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, et al. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int 2004; 72(1): 52-70.

۱۸.رحیم زاده آ، ناظمی ع، علیزاده ز. بررسی تاثیر هیسترکتومی در بروز اختلالات جنسی در بیماران جراحی شده در بیمارستان بعثت سنندج. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳۸۰؛ ۶(۲۲): ۴۱-۶.

19. Nicolosi A, Glasser DB, Kims G, et al. Sexual behavior and dysfunction and help-seeking pattern in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. BJU Int 2005; 95(4): 609-14.

20. Roodsari A, Khademi A, Akbari E, et al. Female sexual dysfunction in married medical students. MJM 2005; 8(2): 104-8.

21. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptom and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. Urology 2005; 65(1): 143-8.

22. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. J Urol 2006; 175(2): 654-8.

23. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.

24. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res 2006; 18(4): 382-95.

25. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. J Sex Marital Ther 1999; 25(3): 211-5.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.9.6]

26. Asghari Roodsari A, Khademi A, Akbari E, et al. Female sexual dysfunction in married medical students. MJM 2005; 8(2): 104-8.

27. Elnashar AM, El Dien Ibrahim M, El Desoky MM, Ali OM, El Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. BJOG 2007; 14(2): 201-6.

28. Bronner G. Female sexual function and chronic disease. Harefuah 2006; 145(2): 114-6, 165-6.

29. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. J Sex Med 2007; 4(2): 311-21.

30. Tunuguntla HS, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review. J Urol 2006; 175(2): 439-46.

31. Camacho ME, Reyes Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? Int J Impot Res 2005; 17(1): 52-6.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، گروه مامایی، تلفن: ٤-٢٢٢٩٥٩١-٠١١١.

bakouei2004@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1386.9.4.9.6]