

Determination of Factors Related to Sexual Function in Women; a Case Study

Poorandokht Afshari ¹, Maryam Nik Bina ^{2*}, Shahnaz Najjar ¹

¹ Faculty of Nursing and Midwifery, Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

² Research Center for Reproductive Health Promotion, Faculty of Nursing and Midwifery, Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran

* **Corresponding Author:** Maryam Nik Bina, MSc of Midwifery, Research Center for Reproductive Health Promotion, Faculty of Nursing and Midwifery, Jundishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran. Tel: +989376176747, E-mail: Maryam.nikbina@yahoo.com

Received: 2018/06/20

Accepted: 2018/09/30

Online published: 2018/10/31

Abstract

Introduction: Recognizing and studying sexual tendencies and behaviors is one of the most important issues in public health, especially mental health. Sexual function is part of human life and behavior and is so intertwined with personality that it is impossible to speak of it as an independent phenomenon. Therefore, the present study aimed to determine some of the factors related to sexual function in women.

Materials and Methods: The present study was a descriptive-analytic cross-sectional study. A randomized sampling method was used which was conducted on 685 women referring to health centers in Ahwaz who were eligible to enter the study. The data collection tool was a Female Sexual Function Index. Finally, the obtained data were analyzed using descriptive statistics and chi square test in SPSS software (version 22).

Results: Sixty-eight percent of male subjects had functional impairment and 43.2% of subjects with no sexual dysfunction. The results of the analysis showed that sexual function was significantly associated with all demographic characteristics and contraceptive methods.

Conclusion: According to the findings of the study, the relationship between demographic characteristics and contraceptives with sexual function, the detection and elimination of sexual dysfunctions in improving the quality of marital affairs has an important role in preventing family disputes and their consequences in the society.

Keywords: Sexual Function, Contraceptive Methods, Sexual Health

تعیین عوامل مرتبط با عملکرد جنسی در زنان؛ یک مطالعه موردی

پوران‌دخت افشاری^۱، مریم نیک‌بینا^{۲*}، شهناز نجار^۱^۱ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران^۲ مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران*** نویسنده مسئول:** مریم نیک‌بینا؛ کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده

پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز. تلفن: ۰۹۸۹۳۷۶۱۷۶۷۴۷؛ ایمیل:

Maryam.nikbina@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۸/۹

پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۸

دریافت: ۱۳۹۷/۳/۳۰

چکیده

مقدمه: شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و به‌ویژه بهداشت روان است. عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسان است و چنان‌باشخصیت فرد درهم‌آمیخته که صحبت از آن به‌عنوان پدیده‌ای مستقل، غیرممکن به نظر می‌رسد؛ بنابراین مطالعه حاضر باهدف تعیین برخی از عوامل مرتبط با عملکرد جنسی در زنان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. روش نمونه‌گیری به شکل تصادفی در دسترس بود که بر روی ۶۸۵ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه عملکرد جنسی (Female Sexual Function Index) بود. درنهایت داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و مربع کای دو در نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۵۶/۸ درصد از افراد مرد بررسی دارای اختلال عملکرد و ۴۳/۲ درصد از افراد بدون اختلال عملکرد جنسی بودند. نتایج تحلیل نشان دادند که عملکرد جنسی با تمام ویژگی‌های دموگرافیک و روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط کاملاً معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه مبنی بر وجود ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک و وسایل پیشگیری از بارداری با عملکرد جنسی، کشف و رفع اختلالات جنسی در بهبود بخشیدن به کیفیت روابط زناشویی تأثیر بسزایی داشته که این خود، اقدام مهمی در جهت پیشگیری از اختلافات خانوادگی و پیامدهای ناشی از آن در جامعه می‌باشد.

کلمات کلیدی: عملکرد جنسی، پیشگیری از بارداری، بهداشت جنسی.

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافل بوده‌اند [۱۴]. با وجود اینکه تمایلات جنسی، ذاتی و غیر ارادی می‌باشند، نگرش و رفتارهای جنسی آموختنی هستند. بنابراین فعالیت‌های جنسی مشابه، می‌تواند برای افراد مختلف، معانی متفاوتی داشته باشد و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر یابد. از آنجاکه در دهه گذشته، نگرش اجتماعی در مورد سلامت و بهداشت جنسی تغییر کرده است، با افزایش آگاهی، فرد قادر خواهد بود به سوی سلامت بیشتر مسائل و روابط جنسی حرکت کند [۱۵]. با توجه به اثرات منفی اختلال عملکرد جنسی در زنان و عوارض ناشی از آن بر خانواده و جامعه، پیشگیری و درمان آن از وظایف اعضای تیم بهداشتی به‌ویژه پزشکان و ماماها بوده و آنان باید از فراوانی مشکل و عوامل مؤثر بر آن در جامعه‌ای که ارائه خدمت می‌کنند آگاه باشند تا بتوانند با به‌کارگیری تدابیری مناسب نسبت به رفع یا کاهش مشکل زنان و خانواده در این زمینه اقدام کنند، با توجه به مطالعات محدود در جامعه ما، این مطالعه باهدف تعیین میزان عملکرد جنسی و برخی از عوامل مرتبط با آن در شهر اهواز انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که بر روی ۶۸۵ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان متأهل همسر دار، زنان با محدوده سنی ۴۵-۱۸ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تک‌همسری، گذشتن حداقل یک سال از زمان ازدواج آن‌ها و معیارهای خروج از مطالعه شامل: هرگونه بیماری طبی و روانی شناخته شده، داشتن هرگونه حادثه بحرانی در ۶ ماه گذشته، بارداری، ذکر سوءاستفاده یا آزار جنسی قبل از ازدواج، اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی در خانم و آقا، سابقه مصرف داروهای آرام‌بخش در خانم و آقا و نازایی بود. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی در دسترس بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه دوقسمتی شامل بخش الف) مشخصات فردی شامل سن فرد، سال‌های گذشته از ازدواج، تعداد فرزندان، سن کوچک‌ترین فرزند، سن همسر و روش پیشگیری از بارداری و ب) پرسشنامه عملکرد جنسی (Female Sexual Function Index (FSFI)) بود. جهت تأمین اعتبار علمی (روایی) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک از اعتبار محتوی استفاده شد. به این صورت که پس از مطالعه جدیدترین کتب و مقالات، پرسشنامه و چک‌لیست تهیه شد و جهت مطالعه و اصلاح به ۱۰ نفر از اعضای کادر هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی اهواز داده شد و پس از انجام اصلاحات لازم طبق نظر ایشان نسخه نهایی تدوین شد. پرسشنامه عملکرد جنسی دارای ۱۹ سؤال است که عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل جنسی، تهییج جنسی، رطوبت واژینال، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد. در مورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سؤال‌های

تمایلات و فعالیت‌های جنسی، امری واقع‌بینانه محسوب می‌شود و منشأ بسیاری از تحولات در زندگی انسان می‌باشد [۱]. نیاز جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان مانند تشنگی، گرسنگی و نیاز به هوا و خواب، بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی چون نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود. شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و به‌ویژه بهداشت روان است [۲]. عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان با شخصیت فرد درهم آمیخته که صحبت از آن به‌عنوان پدیده‌ای مستقل، غیرممکن به نظر می‌رسد [۳]. عملکرد جنسی بخشی از سلامت جنسی زن محسوب می‌شود [۴]. در این راستا سازمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی را نوعی هماهنگی ذهن، احساس و جسم فرد دانسته که منجر به تکمیل شخصیت، ارتباط و عشق می‌گردد [۵]. 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 [۶]. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی-روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)، اختلال عملکرد جنسی به‌عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد هنگام رابطه جنسی تعریف می‌شود. دهمین تجدیدنظر طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی، اختلال عملکرد جنسی را ناتوانی فرد برای شرکت در رابطه جنسی دلخواه می‌داند و معتقد است که این اختلالات ممکن است نشانه‌ای از مشکلاتی با منشأ زیست‌شناختی، تعارضات درون روانی یا بین فردی و یا ترکیبی از این عوامل باشد [۷]. فعالیت جنسی تحت تأثیر 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 می‌گیرد [۸]. اختلال در عملکرد جنسی ممکن است در تمام طول عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی، پدید آید. این اختلال می‌تواند فراگیر، موقعیتی، کلی یا جزئی باشد [۹]. اختلالات عملکرد جنسی از مشکلات شایع و قابل درمانی است که در جوامع مدرن امروزی شیوع آن را در زنان ۳۰ تا ۵۰ درصد ذکر می‌کنند [۱۰]. نتایج مطالعه انجام شده بر روی ۱۶۳ زن متأهل ۶۵-۱۸ ساله در مالزی نشان داد که شیوع اختلال عملکرد جنسی ۲۵/۸ درصد بوده است [۱۱]. تحقیق دیگری بر روی ۵۰۴ خانم ۲۵-۱۸ ساله کره‌ای انجام شد که شیوع اختلال عملکرد جنسی ۴۳/۱ درصد گزارش شد [۱۲]. مطالعات مختلف جمعیتی در ایران شیوع ابتلا به این اختلالات را بین ۶۳-۲۵ درصد گزارش کرده‌اند [۱۳]. تحقیقات نشان می‌دهد نارسایی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارد در حالی که عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه‌ای برای به دست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است. چه بسا زوجینی که دارای نارسایی جنسی بوده و خود از تأثیر آن بر زندگی زناشویی و نقش آن در ایجاد ارتباط ضعیف،

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سنی زنان در پژوهش ۳۳/۹۸ با انحراف معیار ۵/۷۵ سال و میانگین مدت‌زمان گذشته از ازدواج ۱۰/۵۷ با انحراف معیار ۶/۶۲ سال بود. ۱۴/۷ درصد از واحدهای پژوهش بدون فرزند، ۳۴/۳ درصد دارای یک فرزند، ۳۲/۱ درصد دو فرزند، ۱۴/۷ درصد سه فرزند و ۴/۱ درصد دارای چهار فرزند بودند. سن کوچک‌ترین فرزند ۵۹/۴ از واحدهای پژوهش ۱-۸ ساله، ۲۲/۶ درصد ۹-۱۶ ساله و ۳/۲ درصد ۱۶-۹ ساله بود. سن همسر ۱۱/۸ درصد از واحدهای پژوهش در محدوده سنی ۳۰-۲۰ سال، ۴۷/۷ درصد در محدوده سنی ۴۰-۳۱ سال، ۳۶/۲ درصد در محدوده سنی ۵۰-۴۱ سال و ۴/۲ درصد در محدوده سنی ۶۰-۵۱ سال بود. همچنین لازم به ذکر است ۸۹/۹ درصد از واحدهای پژوهش روش پیشگیری از بارداری داشته که ۳۹/۶ درصد از کاندوم، ۲۷/۲ درصد از کنتراستپوهای خوراکی، ۱۲ درصد از IUD، ۳/۹ درصد بستن لوله و ۱/۸ درصد از روش‌های تزریقی استفاده می‌کردند. فراوانی عملکرد جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر اهواز در **جدول ۱** نشان داده شده است. ۵۶/۸ درصد از افراد اختلال عملکرد و ۴۳/۲ درصد از افراد بدون اختلال عملکرد جنسی بودند (**جدول ۱**).

نگاهی به نتایج مندرج در **جدول ۲** نشان می‌دهد که عملکرد جنسی با تمام ویژگی‌های دموگرافیک و روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط معنی‌داری دارد ($P < 0.05$). بین سن و عملکرد جنسی ارتباط منفی وجود داشت و با افزایش سن عملکرد جنسی مطلوب کاهش و اختلال عملکرد افزایش می‌یابد. بین مدت‌زمان ازدواج و عملکرد جنسی نیز رابطه منفی وجود دارد بطوریکه با افزایش سال‌های گذشته از ازدواج عملکرد جنسی مطلوب کاهش می‌یابد. نتایج نیز نشان داد که بین تعداد فرزندان و عملکرد جنسی رابطه منفی وجود دارد و افراد بدون فرزند دارای بیشترین فراوانی عملکرد جنسی مطلوب بودند. همچنین بین سن کوچک‌ترین فرزند و سن همسر با عملکرد جنسی نیز رابطه منفی وجود داشت. عملکرد جنسی مطلوب در افرادی که از آمپول جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند از سایر روش‌ها کمتر و اختلال عملکرد در این گروه نیز از سایر روش‌ها بیشتر بود. همچنین بیشترین فراوانی عملکرد جنسی مطلوب و کمترین فراوانی اختلال عملکرد مربوط به افرادی بود که از یا کاندوم جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند یا پیشگیری از بارداری نداشتند. از همه کمتر و در افرادی که از کاندوم جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند از همه بیشتر بود (**جدول ۲**).

هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست می‌آید (از آنجاکه در این پرسشنامه، تعداد سؤالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم‌وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه باهم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌گردد). نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال‌های ۱- حوزه میل جنسی (۵-۱) و ۲- حوزه تهییج جنسی، ۳- رطوبت مهبل، ۴- ارگاسم، ۵- درد (۵-۰) و ۶- رضایتمندی جنسی (۵-۱ یا ۰) است. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. با جمع کردن نمرات شش حوزه باهم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به این ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. بر همین اساس هم‌وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. حداقل نمره برای حوزه میل جنسی (۱/۲)، حوزه تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و درد (۰) و حوزه رضایتمندی (۰/۸) و برای کل مقیاس حداقل نمره برابر ۲ خواهد بود. نمره کلی کمتر یا مساوی ۲۶/۵۵ دارای اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شود. اعتبار و پایایی پرسشنامه عملکرد جنسی در پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است، در مطالعه محمدی و همکاران نمرات حاصل از مقیاس، خرده مقیاس‌ها و تشخیص روان‌پزشک با استفاده از منحنی راک تحلیل شد، نمره برش مناسب مقیاس برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی ۲۶ تعیین گردید که بر اساس آن ۸۳ درصد زنان دارای اختلال و ۸۲ درصد زنان بدون اختلال به درستی طبقه‌بندی شدند. شاخص ارزیابی مقیاس و خرده مقیاس و تشخیص اختلالات عملکرد جنسی میزان سطح زیر منحنی راک است. میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس‌ها از طریق آلفای کرون باخ بزرگ‌تر از ۷۰ درصد محاسبه شد که نشانگر پایایی خوب این ابزار است [۱۶]. پرسشنامه‌ها پس از هماهنگی با مسئولین مربوطه و گرفتن رضایت‌نامه کتبی و شفاهی از واحدهای پژوهش در محیطی خصوصی توسط نمونه‌ها تکمیل شد. به منظور محرمانه بودن اطلاعات، در برگه‌های پرسشنامه نام افراد ذکر نگردید. به نمونه‌های پژوهش اجازه داده شد در هر زمانی از پژوهش که عدم تمایل به ادامه شرکت در تحقیق را داشتند از مطالعه خارج شوند. پژوهشگر با حضور در محل، جوابگوی سؤالات احتمالی نمونه‌های پژوهش در مورد سؤالات پرسشنامه‌ها بود. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و روش‌های آمار توصیفی و مربع کای دو تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد عملکرد جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی

عملکرد جنسی	تعداد (درصد)
اختلال عملکرد	۳۸۹ (۵۶/۸)
بدون اختلال	۲۹۶ (۴۳/۲)

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد عملکرد جنسی زنان بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک

عملکرد جنسی			
P-value	بدون اختلال تعداد (درصد)	اختلال عملکردتعداد (درصد)	مشخصات دموگرافیک
۰/۰۰۱			سن فرد
	۱۰۵(۶۱)	۶۷(۳۹)	۱۹-۲۹
	۱۵۵(۴۱/۳)	۲۲۰(۵۸/۷)	۳۰-۳۹
	۳۶(۲۶/۱)	۱۰۲(۷۳/۹)	۴۰-۴۹
<۰/۰۰۱			سال‌های گذشته از ازدواج
	۲۱۲(۵۵/۴)	۱۷۱(۴۴/۶)	۱-۱۰
	۷۷(۳۱/۳)	۱۶۹(۶۸/۷)	۱۱-۲۰
	۷(۱۲/۵)	۴۹(۸۷/۵)	۲۱-۳۰
<۰/۰۰۱			تعداد فرزندان
	۶۲(۶۱/۴)	۳۹(۳۸/۶)	بدون فرزند
	۱۳۲(۵۶/۲)	۱۰۳(۴۳/۸)	یک فرزند
	۷۹(۳۵/۹)	۱۴۱(۶۴/۱)	دو فرزند
	۲۲(۲۱/۸)	۷۹(۷۸/۲)	سه فرزند
	۱(۳/۶)	۲۷(۹۶/۴)	چهار فرزند
<۰/۰۰۱			سن کوچک‌ترین فرزند
	۱۸۶(۴۵/۷)	۲۲۱(۵۴/۳)	۱-۸
	۴۳(۲۷/۷)	۱۱۲(۷۲/۳)	۹-۱۶
	۵(۲۲/۷)	۱۷(۷۷/۳)	۱۷-۲۴
	۵۶(۶۹/۱)	۲۵(۳۰/۹)	۲۰-۳۰
<۰/۰۰۱			سن همسر
	۱۶۰(۴۸/۹)	۱۶۷(۵۱/۱)	۳۱-۴۰
	۷۶(۳۰/۶)	۱۷۲(۶۹/۴)	۴۱-۵۰
	۴(۱۳/۸)	۲۵(۸۶/۲)	۵۱-۶۰
			روش پیشگیری از بارداری
	۸۲(۴۴/۱)	۱۰۴(۵۵/۹)	قرص
<۰/۰۰۱	۱(۸/۳)	۱۱(۹۱/۷)	آمپول
	۲۴(۲۹/۳)	۵۸(۷۰/۷)	IUD
	۱۴۰(۵۱/۷)	۱۳۱(۴۸/۳)	کاندوم
	۳۶(۵۱/۴)	۳۴(۴۸/۶)	بدون پیشگیری
	۱۳(۲۰/۳)	۵۱(۷۹/۷)	بستن لوله

بحث

پژوهش حاضر ممکن است به علت 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 باشد. این مطالعه نیز نشان داد که فراوانی عملکرد جنسی مطلوب در افراد با سن ۱۹-۲۹ سال بیشتر و در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال کمتر بود و همچنین با افزایش سن اختلال عملکرد جنسی به طور معناداری افزایش می‌یابد ($P < ۰/۰۵$). مشابه با نتایج این مطالعه در تحقیقی که در کالیفرنیا انجام شد بود که بیانگر شیوع اختلال عملکرد جنسی با افزایش سن بود [۲۱]. در مطالعه سایان و همکاران نیز اختلال عملکرد جنسی با افزایش سن بیشتر شده بود [۲۲]. نتایج این مطالعه نشان داد که مدت‌زمان ازدواج با عملکرد جنسی به طور معناداری در ارتباط است، بطوریکه با افزایش سال‌های گذشته از ازدواج عملکرد جنسی مطلوب کاهش و اختلال عملکرد افزایش می‌یابد ($P < ۰/۰۵$). بلوریان و همکاران

نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۶/۸ درصد از واحدهای پژوهش در روابط زناشویی خود دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. بلوریان و همکاران در بررسی اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان شهر سبزوار، اختلال عملکرد جنسی را ۶۳/۲ درصد گزارش کردند [۱۷]. مطالعات انجام‌شده در نیجریه شیوع اختلال عملکرد جنسی را ۶۳/۷ درصد گزارش نمودند که نتایج این مطالعات نزدیک به نتایج پژوهش حاضر است [۱۸]. اما در مطالعات انجام‌شده توسط اسلان و همکاران در ترکیه فراوانی اختلال عملکرد جنسی ۲۹/۶ درصد بود [۱۹]. همچنین مطالعه دیگری در چین توسط پاریش و همکاران انجام شد که فراوانی اختلال عملکرد جنسی ۳۵ درصد بود که بسیار کمتر از میزان آن در بررسی حاضر است [۲۰]. دلایل این تفاوت با نتایج

می‌شود [۲۸]. به نظر می‌رسد که اختلاف سنی می‌تواند عامل مهمی در تفاهم در زمینه‌های گوناگون و نیز در مسائل جنسی بین زوجین باشد. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین روش پیشگیری از بارداری و عملکرد جنسی وجود داشت ($P < 0/05$) ولی عملکرد جنسی مطلوب و اختلال عملکرد زنان برحسب نوع روش پیشگیری متفاوت بود. مصرف‌کنندگان کاندوم و افرادی که پیشگیری از بارداری نداشتند بیشترین کمترین فراوانی اختلال عملکرد جنسی و مصرف‌کنندگان آمپول بیشترین فراوانی اختلال عملکرد جنسی را گزارش کردند. مطالعه حسینی و همکاران هیچ‌گونه ارتباط معناداری بین روش‌های پیشگیری از بارداری و عملکرد جنسی نشان نداد. در همین راستا انجمن اورولوژی ترکیه ارتباط معنی‌داری بین دو متغیر عملکرد جنسی و روش‌های پیشگیری از بارداری نیافتند. مطالعه اصغری و همکاران نیز هیچ رابطه معناداری بین عملکرد جنسی و روش‌های پیشگیری از بارداری نشان نداد [۲۹]. درحالی‌که در مطالعه اسلان و همکاران بین عملکرد جنسی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط معناداری وجود داشت [۳۰].

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه مبنی وجود ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک و سبیل پیشگیری از بارداری با عملکرد جنسی کشف و رفع اختلافات جنسی در بهبود بخشیدن به کیفیت روابط زناشویی تأثیر بسزایی داشته که این خود، اقدام مهمی در جهت پیشگیری از اختلافات خانوادگی و پیامدهای ناشی از آن می‌باشد. با توجه به اینکه افراد متأهل، رفتارها و الگوهای جنسی متعددی دارند، می‌توان با آموزش زوجین، افزایش دانش جنسی و اصلاح باورها و نگرش، موجب تغییرات شناختی شد. در نهایت اینکه بهداشت جنسی به معنی مراقبت از سلامت جنسی زنان، تشخیص نگرانی‌ها و کمک به آن‌ها برای بهبود عملکرد باید از محورهای اصلی دانش خانواده سالم در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی با شماره ۹۳۱۸- RHPRC و کد اخلاق ۴۱۷ مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ریاست محترم معاونت بهداشتی و درمانی استان خوزستان تشکر و تقدیر می‌شود.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

بین مدت‌زمان زندگی مشترک و اختلال عملکرد جنسی رابطه معناداری یافتند بطوریکه با افزایش سال‌های زندگی مشترک، مشکلات کمتری در روابط جنسی گزارش شد که با مطالعه حاضر غیرهمسوس [۲۳]. شاید با افزایش مدت‌زمان ازدواج مشکلات زندگی و نیز مشکلات روحی ناشی از آن مشهودتر شده و یک احساس ناراضی‌ت کاذب در زوجین ایجاد شود. پژوهشگر معتقد است رضایت جنسی در اوایل ازدواج که احساسات زن و مرد قوی‌تر است در بالاترین حد خود قرار دارد، اما به تدریج با گذشت زمان و افزایش سن زن و مرد میل جنسی کم شده و در نتیجه مسائل جنسی کمرنگ‌تر می‌شود. طبق نتایج مطالعه حاضر عملکرد جنسی با تعداد فرزندان در ارتباط است، بطوریکه با افزایش تعداد فرزندان عملکرد جنسی مطلوب کاهش و اختلال عملکرد افزایش می‌یابد ($P < 0/05$). در واقع می‌توان چنین گفت که دفعات فعالیت جنسی یکی از فاکتورهای مهم پیشگویی‌کننده رضایت جنسی در زوجین است [۲۴]. که با گذشت زمان، دفعات فعالیت جنسی کاهش می‌یابد [۲۵]، که این کاهش می‌تواند به علت حاملگی، کاهش جذابیت فرد از نظر شریک جنسی به دلیل زایمان، مراقبت از کودکان و مشغله‌های ذهنی... باشد. به نظر می‌رسد با کاهش دفعات فعالیت جنسی با طول مدت بیشتر از زندگی زناشویی، رضایت جنسی و در نتیجه عملکرد جنسی نیز کاهش می‌یابد. در مطالعه صفری نژاد و همکاران تعداد بارداری‌ها ارتباط معناداری با عملکرد جنسی داشت [۲۶]. در این مطالعه سن کوچک‌ترین فرزند با عملکرد جنسی در ارتباط است، بطوریکه با افزایش سن فرزند عملکرد جنسی مطلوب کاهش و اختلال عملکرد افزایش می‌یابد ($P < 0/05$). در واقع می‌توان چنین گفت که با افزایش سن فرزند مسئولیت‌های مربوط افزایش یافته و همین‌طور سن والدین نیز افزایش می‌یابد و در نتیجه اختلال عملکرد جنسی افزایش می‌یابد. در مطالعه حاضر سن همسر با رضایت جنسی زنان ارتباط معناداری دارد، بطوریکه با افزایش سن همسر عملکرد جنسی مطلوب کاهش می‌یابد ($P < 0/05$). بنابراین عدم وجود اختلاف سنی زوجین می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در ایجاد عملکرد جنسی مطلوب باشد. زن و مردی که تفاوت سنی کمی دارند، یکدیگر را بیشتر درک کرده و علائق و نیازهای یکسانی دارند و به همین علت در همه مسائل زندگی تفاهم بیشتری دارند که مسائل جنسی هم جزئی از زندگی محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده که به‌طور منظم با افزایش فاصله سنی همسران، خانواده در معرض تهدید قرار می‌گیرد. بهترین فاصله سنی صفر تا ۱۰ سال است. در آستانه سنی ۲۰ سال نیمی از خانواده‌ها اقدام به طلاق می‌کنند [۲۷]. رضانی و همکارانش به این نتیجه رسیدند که اختلاف سنی زیاد میان زوجین باعث غیر همسانی نیازهای جنسی و در نتیجه اختلال عملکرد جنسی

References

- Ahmadshirvani M, Baghri M. Sexual dysfunctions and its related factors in lactating women. Iranian Journal of Obstetrics and Infertility a midwife. 2012;14(5):36-42.
- Oohadi B. Desire and sexual behavior. Esfahan: Moalef; 2001. 16-30 p.
- Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. Razi Journal of Medical Sciences. 2013;19(105).
- Ozgly G, Torczahrai S, Khooshabi K, Valai N. Satisfaction and conception relation with sexual contacts in women refer to health center has connection with medical sciences university. Shaheed Beheshti University of medical sciences. 2004;8(2):122-31.

5. Organization WH. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva: World Health Organization; 2006.
6. Lau J, Cheng Y, Wang Q, Yang X. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among young adult married women in rural China: A population-based study. *International Journal of Impotence Research*. 2006;18(1):89.
7. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
8. Fourcroy JL. Female sexual dysfunction: potential for pharmacotherapy. *Drugs*. 2003;63(14):1445-57. DOI: [10.2165/00003495-200363140-00002](https://doi.org/10.2165/00003495-200363140-00002) PMID: [12834363](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12834363/)
9. Bogart LM, Suttrop MJ, Elliott MN, Clemens JQ, Berry SH. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Urology*. 2011;77(3):576-80. DOI: [10.1016/j.urology.2010.10.016](https://doi.org/10.1016/j.urology.2010.10.016) PMID: [21215432](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21215432/)
10. Bernhardt LA. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol*. 2002;45(4):1089-98. PMID: [12438887](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12438887/)
11. Ishak IH, Low WY, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *J Sex Med*. 2010;7(9):3080-7. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2010.01848.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01848.x) PMID: [20584130](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20584130/)
12. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick JS, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young Korean women: an internet-based survey. *J Sex Med*. 2008;5(7):1694-701. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2008.00840.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00840.x) PMID: [18422495](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18422495/)
13. Jahanfar SM. *Sexual Disorders*. Tehran: Beezhe and Salemi; 2001.
14. Bayrami R, Sattarzadeh N, Koochaksariie FR, Pezeshki MZ. Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2008;9(3).
15. Asadifard F. *View on disorders of sexual activity*. Tehran: Bersat; 2001. 4 p.
16. Mohammadi K, Heidary M, Faghihzadeh S. Female sexual function index (FSFI): Persian translation and cultural adaptation. *J Payesh*. 2008;7(3):269-78.
17. Bolurian Z, Ganjloo J. Sexual function disorder and the factors associated with this in women of reproductive age referring to Sabzevar health centers. *J Fertilit Inferti*. 2007;86(2):163-70.
18. Fajewonyomi BA, Orji EO, Adeyemo AO. Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. *J health, populat, nutrit*. 2007;25(1):101.
19. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. 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. *J Sex Med*. 2008; 5(9):2044-52. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x) PMID: [18564155](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18564155/)
20. Parish WL, Laumann EO, Pan S, Hao Y. Sexual dysfunctions in urban China: a population-based national survey of men and women. *J Sex Med*. 2007;4(6):1559-74. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2007.00596.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00596.x) PMID: [17888072](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17888072/)
21. 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(1):38-42. DOI: [10.1016/j.maturitas.2009.07.002](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.07.002) PMID: [19632073](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19632073/)
22. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*. 2004;72(1):52-7. DOI: [10.1159/000075273](https://doi.org/10.1159/000075273) PMID: [14730166](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14730166/)
23. Bolorian Z, Ganjloo J. [Sexual dysfunction and associated factors in women referred to health centers of sabzevar]. *JRI*. 2007;8(2):163-70.
24. Gerhardstein G. Sex and marital satisfaction. Retrieved September. 1997;26:2005.
25. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav*. 2002;31(3):275-87. PMID: [12049023](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12049023/)
26. 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. DOI: [10.1038/sj.ijir.3901440](https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901440) PMID: [16395324](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16395324/)
27. Sarukhni B. *Divorce a study in its reality and causes*. 2nd ed. Tehran: Tehran University; 1993. 48-82 p.
28. Ramezani tehrani F, Farahmand M, Mehrabi Y. Sexual dysfunction and its related factors: population-based study among women living in urban areas of four provinces. *Payesh*. 2012;11(6):869.
29. HoseiniTabaghdehi M, Hoseini F. The relative frequency of sexual dysfunction and some related factors in the women referred to the health centers of Sari city (2006). *J Mazandaran Unive Med Scie*. 2012;22(91):102-7.
30. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. 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*. 2008;5(9):2044-52.