

همه‌گیر شناسی اختلال‌های کژکاری جنسی در زنان شهرستان تهران

مهتاب دوستی*^۱

شهرام وزیری^۲

چکیده

در این پژوهش، همه‌گیر شناسی اختلال‌های کژکاری جنسی در زنان شهرستان تهران بررسی شده است. هدف بررسی درصد اختلال زنان به این کژکاری می‌باشد. بدین منظور ۵۰۰ مراجعان به سه بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب و با پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی در زنان FSFI مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در چرخه پاسخ جنسی اعم از میل جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم، اختلالات کارکردی وجود دارد. وجود شیوع بالای این اختلالات گویای این است که مشکلات جنسیبه‌عنوان یک مشکل بهداشتی گسترده در زنان مطرح می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: همه‌گیر شناسی، کژکاری جنسی، اختلال میل جنسی، اختلال انگیختگی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن *Email: mah.dousti@gmail.com

میل جنسی انگیزه نیرومندی است که نقش تعیین کننده‌ای در ادامه حیات یک جاندار ندارد اما ادامه حیات نوع جاندار را رقم می‌زند (اتکینسون و همکاران، ۲۰۰۱). انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادی آدمی (گرسنگی، تشنگی و غیره) بخش جدایی ناپذیر ماهیت زیستی- روانی- اجتماعی او را تشکیل می‌دهد و روشن است که کیفیت ارضای این انگیزه نقش مهمی در سلامت فرد و اجتماع و دستیابی به آرامش و آسایش ایفا می‌کند. برخی از مشکلات انسان امروزی حاصل عدم ارضای صحیح میل جنسی و ناآگاهی از ابعاد پیچیده این انگیزه بنیادین است. عدم شناخت صحیح انگیزه جنسی و شیوه درست و اخلاقی ارضای آن می‌تواند موجب بسیاری از ناخرسندی‌ها و کجروی‌هایی فردی و متعاقب آن موجب نابسامانی‌های اجتماعی شود (نیکخو، ۱۳۸۷).

تاریخ بیانگر این است که انسان حداقل به منظور بقای نسل، نیازمند بهره‌جویی از جنسیت و میل جنسی و انجام آمیزش جنسی بوده است. در اعصار گذشته انسان به جای این که اطلاعات دقیق، مستند و مؤثقی درباره احساسات، تمایلات، پاسخ‌ها و رفتارهای جنسی خود بر پایه دانش و اندیشه به‌دست آورد، تنها از گذر تخیل، جهل، ادبیات، باورهای ناقص و حتی غلط را در کنج ذهن خویش جای داده است، تا جنسیت و تمایلات جنسی به مثابه یک تابو در هاله‌ای از مسائل خرافی در آمیزد و صحبت در حدود آن معمولاً با احساس‌های منفی مثل شرم، خجالت، ترس همراه شود. از زمانی که الیس^۱ کینزی^۲ و بعد از آن مسترز^۳ و جانسون^۴ به مطالعه سیستماتیک رفتارهای جنسی انسان پرداختند، روشن شد که مشکلات و اختلال‌ها جنسی شایع‌تر از آن است که قبلاً تصور می‌شد. وجود مشکلاتی در زمینه مسائل جنسی مثل کمبود تمایلات جنسی؛ ناتوانی جنسی و غیره چه‌بسا که به‌خاطر ترس و اضطراب یا احساس بی‌کفایتی مخفی مانده و بیان نشده به‌صورت نهفته با علائم و عوارض دیگری مثل ناراحتی‌های جسمانی؛ افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی بروز کرده است (اوحدی، ۱۳۸۵).

موضوع کژکاری‌های جنسی بر حسب اختلال در میل جنسی و تغییرات روانی فیزیولوژیایی که مشخصه چرخه واکنش جنسی است مشخص و به پریشانی بارز و مشکلات بین فردی منجر می‌شود. داده‌های همه‌گیر شناختی منظم بسیار اندکی در مورد شیوع کژکاری‌های جنسی وجود دارد و این داده‌ها تغییرپذیری گسترده‌ای را نشان می‌دهد که شاید از تفاوت در روش‌های سنجش تعاریف مورد استفاده و ویژگی‌های جمعیت‌هایی است که نمونه از آن‌ها انتخاب شده‌اند. یکی از جامع‌ترین بررسی انجام شده که روی یک نمونه معرف از جمعیت آمریکا از سن ۱۸ تا ۵۹ سالگی انجام شده میزان شیوع کژکاری‌های جنسی زنان و مردان را ۳ درصد برای مقاربت دردناک در مردان، ۱۵ درصد برای مقاربت دردناک در زنان، ۱۰ درصد برای مشکلات اوج لذت جنسی در مردان، ۲۵ درصد برای مشکلات اوج

1- Ellis

2- Kinsey

3 Masters

4 Johnson

لذت جنسی در زنان، ۳۲ درصد برای میل جنسی کم‌کاری در زنان، ۲۷ درصد برای انزال زودرس، ۲۰ درصد برای مشکلات انگیزشی زنان، ۱۰ درصد برای مشکلات نعوظی مردان گزارش کرده است (DSM-IV-TR). نووی و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند تأثیر کژکاری جنسی بر باورهای مربوط به تصویر ذهنی در مورد بدنشان از نظر آماری معنادار است.

مشکلات مربوط به نمونه‌گیری، تعریف و گزارش در بیشتر بررسی‌های انجام شده درباره شیوع اختلال‌های جنسی وجود دارد. هر چند ممکن است انتظار نداشته باشیم که مردم کژکاری‌های جنسی خود را به راحتی بیان کنند ولی پژوهش‌هایی همچون پژوهش لوین و همکاران (۱۹۹۷) بیانگر آن است که بسیاری از مردم این علائم را اعلام می‌کنند. با این حال به گزارش انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ (۲۰۰۰) داده‌ای درباره شمار کسانی که کژکاری‌های جنسی را در سطح قابل تشخیص تجربه می‌کنند، نداریم. بسیاری از اشخاص مبتلا، مشکلاتی را در مراحل مختلف چرخه جنسی اعلام می‌کنند (سیگریوز و سیگریوز ۱۹۹۱) و گاهی این کژکاری‌ها شکل سیال دارند و از مرحله‌ای به مرحله دیگر منتقل می‌شوند (راواریت و کوت، ۱۹۹۲).

روش شناسی

جامعه پژوهشی این تحقیق زنان مراجعه‌کننده به بخش زنان بیمارستان‌های شهر تهران بودند. برای نمونه‌گیری از این جامعه ابتدا سه بیمارستان از بیمارستان‌های دارای بخش زنان در شهر تهران انتخاب و در فاصله زمانی ماه‌های آذر، دی و بهمن سال ۱۳۸۸، ۵۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های میرزا کوچک‌خان، آرش و ولی‌عصر به‌صورت تصادفی ساده مورد آزمون قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان FSFI استفاده شده که در مجله ازدواج و سکس درمانی شماره ۲۶ از صفحه ۱۹۱ تا ۲۰۸ چاپ شده است. این پرسشنامه توسط ریبین^۲ و روزن^۳ در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است که شامل ۱۹ سؤال و در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده‌سازی، ارگاسم، رضایت و درد را مورد بررسی قرار می‌دهد. پرسشنامه FSFI بر مبنای طبقه‌بندی لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده‌اند به‌گونه‌ای که در مقابل هر سؤال ۵ گزینه مشخص شده است. ضریب آلفای کرنباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس در تحقیقات روزن و همکاران ۰/۸۹ یا بالاتر به‌دست آمد و در تحقیقات متسون ۰/۷۴ به‌دست آمد.

1 American Psychiatric Association

2 Riben

3 Rosen

یافته‌ها

روش‌های مشخص‌سازی میانگین انحراف معیار و برآورد نسبت در سطح جامعه به‌عنوان روش تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌کار گرفته شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی بر حسب متغیر DE (تمایل به برقراری رابطه جنسی) در میان افراد نمونه

DE	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
اختلال شدید	۱۰	۲/۰	۲/۰
اختلال متوسط	۸۹	۱۷/۸	۱۹/۸
عملکرد نرمال	۴۰۱	۸۰/۲	۱۰۰/۰
تعداد کل	۵۰۰	۱۰۰/۰	

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد ۲/۸۰٪ از افراد نمونه دارای عملکرد نرمال در تمایل به برقراری رابطه جنسی هستند که بالاترین فراوانی (۴۰۱ نفر) در میان افراد نمونه است و حدود ۲۰٪ از آنان دارای اختلال هستند.

جدول ۲. توزیع فراوانی بر حسب متغیر AR (میزان برانگیختگی جنسی) در میان افراد نمونه

AR	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
اختلال شدید	۲۱	۴/۲	۴/۲
اختلال متوسط	۵۳	۱۰/۶	۱۴/۸
عملکرد نرمال	۴۲۶	۸۵/۲	۱۰۰/۰
تعداد کل	۵۰۰	۱۰۰/۰	

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد ۲/۸۵٪ از افراد نمونه دارای عملکرد نرمال در برانگیختگی جنسی هستند که بالاترین فراوانی (۴۲۶ نفر) در میان افراد نمونه است و حدود ۱۵٪ از آنان دارای اختلال هستند.

جدول توزیع فراوانی بر حسب متغیر LU (میزان لغزندگی مهبل) در میان افراد نمونه

LU	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
اختلال شدید	۲۳	۴/۶	۴/۶
اختلال متوسط	۲۵	۵/۰	۹/۶
عملکرد نرمال	۴۵۲	۹۰/۴	۱۰۰/۰
تعداد کل	۵۰۰	۱۰۰/۰	

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد ۴/۹۰٪ از افراد نمونه دارای عملکرد نرمال در میزان لغزندگی مهبل هستند که بالاترین فراوانی (۴۵۲ نفر) در میان افراد نمونه است و حدود ۱۰٪ از آنان دارای اختلال هستند.

جدول ۴ توزیع فراوانی بر حسب متغیر اوج لذت جنسی در میان افراد نمونه ORG

ORG	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
اختلال شدید	۲۱	۴/۲	۴/۲
اختلال متوسط	۵۵	۱۱/۰	۱۵/۲
عملکرد نرمال	۴۲۴	۸۴/۸	۱۰۰/۰
تعداد کل	۵۰۰	۱۰۰/۰	

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد ۸۴/۸٪ از افراد نمونه دارای عملکرد نرمال در اوج لذت جنسی هستند که بالاترین فراوانی (۴۲۴ نفر) در میان افراد نمونه است و حدود ۱۵٪ از آنان دارای اختلال هستند.

جدول ۵. توزیع فراوانی بر حسب متغیر SA (میزان رضایتمندی از رابطه جنسی) در میان افراد نمونه

SA	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
اختلال شدید	۲۹	۵/۸	۵/۸
اختلال متوسط	۴۶	۹/۲	۱۵/۰
عملکرد نرمال	۴۲۵	۸۵/۰	۱۰۰/۰
تعداد کل	۵۰۰	۱۰۰/۰	

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد ۸۵/۰٪ از افراد نمونه دارای عملکرد نرمال در رضایتمندی از رابطه جنسی هستند که بالاترین فراوانی (۴۲۵ نفر) در میان افراد نمونه است و حدود ۱۵٪ از آنان دارای اختلال هستند.

جدول ۶. توزیع فراوانی بر حسب متغیر PA (عدم درد در رابطه جنسی) در میان افراد نمونه

PA	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
اختلال شدید	۲۳	۴/۶	۴/۶
اختلال متوسط	۴۶	۹/۲	۱۳/۸
عملکرد نرمال	۴۳۱	۸۶/۲	۱۰۰/۰
تعداد کل	۵۰۰	۱۰۰/۰	

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد ۸۶/۲٪ از افراد نمونه دارای عملکرد نرمال در عدم درد در رابطه جنسی هستند که بالاترین فراوانی (۴۳۱ نفر) در میان افراد نمونه است و حدود ۱۴٪ از آنان دارای اختلال هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال عملکرد جنسی اثرات گوناگونی بر زندگی افراد مبتلا دارد و روابط بین فردی و زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال بر حسب اختلال در میل جنسی و تغییرات روانی-فیزیولوژیک که مشخص‌کننده چرخه واکنش جنسی هستند، عنوان می‌شود و پریشانی بارز و مشکلات بین فردی را به دنبال دارد (کینزل و همکاران، ۱۹۹۷). به‌طور کلی این دسته از اختلالات شامل: اختلال در میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و اختلال درد جنسی می‌باشد. عملکرد جنسی ممکن است تحت تأثیر هر نوع استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی رفتار جنسی قرار گیرد. اختلال عملکرد جنسی ممکن است تمام عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید. این دسته از اختلالات می‌توانند فراگیر یا موقعیتی، کلی یا جزئی باشند.

تحقیقات نشان می‌دهند که نارسایی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرایم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارد. هم‌چنین عصبی بودن، بروز دردهای زیر دل و کم‌دردها، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام امور روزمره نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضاء غریزه جنسی است؛ در حالی که عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه‌ای برای به‌دست آوردن و تثبیت فرهنگ استوار است (جهانفر و مولائی‌نژاد، ۲۰۰۲). لوپس و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود در همین رابطه نشان دادند که ۲۰ تا ۳۰٪ از مردان و ۴۰ تا ۴۵٪ زنان حداقل در یکی از مراحل سیکل جنسی خود دچار مشکل هستند. در ایران طبق بررسی ملی انجام شده در سال ۱۳۸۴، ۳۱٫۵ درصد از زنان دارای اختلال کارکرد جنسی هستند. این میزان هر چند نسبت به برخی از کشورها پایین‌تر است، اما گویای آن است که مشکلات جنسی به‌عنوان یک مشکل بهداشتی گسترده در زنان ایرانی نیز مطرح است. سن، ازدواج در سنین پایین، وابستگی مالی به همسر، سطح تحصیلات پایین، فعالیت فیزیکی کمتر و چندزایی جزء عوامل خطرسازی است که شیوع آن را افزایش می‌دهد (صفاری نژاد، ۲۰۰۶). با وجود شیوع بالای اختلالات عملکرد جنسی، در زمینه وضعیت روانی این افراد بررسی‌های کمی انجام شده است.

روزن و همکاران (۱۹۹۳) در انگلستان پژوهشی با عنوان "شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان" بر روی ۳۲۹ مراجعه‌کننده سرپایی به کلینیک زنان انجام دادند. در این بررسی یک پرسشنامه عملکرد جنسی استاندارد شده را بر روی زنان سالم در سنین ۱۸ تا ۷۳ سال به‌کار بردند و دریافتند که دامنه

وسیعی از مشکلات جنسی با کمترین رابطه جنسی در ۴۸,۵٪ موارد و فعالیت جنسی عادی در ۲۸,۵٪ موارد وجود دارد. بیشترین مشکلات جنسی گزارش شده عبارت بودند از: نگرانی از بارداری در هنگام نزدیکی (۳۸,۱٪)، لذت نبردن از نزدیکی (۱۶,۳٪)، مشکل در تجربه ارگاسم (۱۵,۴٪)، خشک بودن اندام جنسی زن (۱۳,۶٪) و درد در هنگام نزدیکی (۱۱,۳٪). این مشکلات در زنان پس از یائسگی شیوع بیشتری دارد. علی‌رغم این مشکلات ۶۸,۶٪ افراد مورد بررسی از رابطه جنسی اعلام رضایت داشتند.

در مطالعه حاضر که به بررسی میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در نمونه‌ای با ۵۰۰ زن پرداخته است، مشاهده شد که بیش از ۸۵٪ از افراد نمونه در رابطه جنسی رضایت‌مندی داشتند. اما با این حال، حدود ۱۵٪ از افراد نمونه در اختلال در عملکرد جنسی را نشان دادند ولی از آن جایی که بر اثر افزایش سن، تغییراتی در میل جنسی، شکل بدن و وضعیت سلامتی فرد ایجاد می‌شود، هر یک از این تغییرات به نوبه خود می‌توانند بر عملکرد جنسی اثرگذار باشند. پونهولزر و همکاران (۲۰۰۵) نیز در بررسی عوامل خطر و شیوع اختلال عملکرد جنسی در ۷۰۳ زن استرالیایی مورد مطالعه دریافتند که ۲۲٪ آنان دچار اختلالات میل جنسی، ۳۵٪ اختلالات برانگیختگی جنسی و ۳۹٪ مشکلات ارگاسمی داشتند، که تمامی این موارد با بالا رفتن سن به‌طور معناداری افزایش یافته بود.

یافته دیگر در مطالعه حاضر این است که بیش از ۸۰٪ افراد نمونه، عملکرد طبیعی در تمایل به برقراری رابطه جنسی داشتند؛ در حالی که فقط ۲۰٪ از این نمونه جمعیتی دارای اختلال بودند. هم‌چنین در مطالعه پیش‌رو مشاهده شد که بیش از ۸۰٪ افراد نمونه عملکرد طبیعی در تمایل به برقراری رابطه جنسی داشتند. هم‌چنین مشاهده شد که بیش از ۸۵٪ افراد نمونه عملکرد طبیعی در برانگیختگی جنسی داشتند و تنها حدود ۱۵٪ از افراد نمونه در این بعد، اختلال گزارش کردند. از دلایل اصلی شیوع بالای عملکرد طبیعی در تمایل و برانگیختگی جنسی می‌تواند تأثیر سابقه زندگی زناشویی افراد نمونه باشد. در مطالعه حاضر، به‌طور میانگین طول مدت ازدواج حدود ۱۱ سال است. در همین رابطه مطالعات متعددی نشان داده‌اند که افزایش طول مدت زندگی مشترک با کاهش میزان اختلالات عملکرد جنسی همراه است (حسنین و همکاران، ۲۰۰۹). به‌نظر می‌رسد خجالت از صحبت کردن درباره مسائل جنسی، عدم درک صحیح از چگونگی مسائل جنسی و نداشتن اطلاعات کافی در این زمینه از علل مؤثر در بروز مشکلات جنسی در تجربه‌های اولیه زندگی مشترک باشد (سان‌فیلیپو و همکاران، ۱۹۹۸).

سایان و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود بر روی ۱۷۹ زن با میانگین سنی ۱۸ تا ۶۶ سال نشان دادند که شیوع اختلالات جنسی با افزایش سن بیشتر شده و وجود عواملی از قبیل تحصیلات کم، وضعیت بیکاری، بیماری مزمن و زایمان‌های متعدد، ریسک فاکتورهای مهم در اختلالات عملکرد جنسی می‌باشد. مبتنی بر این یافته، شیوع پایین اختلالات عملکرد جنسی در مطالعه حاضر می‌تواند به این

علت باشد که میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در گروه فوق ۳۲ سال و بیش از ۴۶٪ افراد شرکت‌کننده دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند. در همین رابطه، در مطالعه‌ای در کویت، بین سطح تحصیلات پایین با شیوع بالای مشکلات جنسی همبستگی مثبتی نشان داده شده است (ال‌بوستان و همکاران، ۱۹۹۵). به‌طور کلی در مطالعات متنوع انجام‌شده تا به حال نتایج متفاوتی در مورد فراوانی اختلالات عملکرد جنسی ارائه شده است (مؤسسه تحقیقات مشکلات جنسی). مسائل فرهنگی هر جامعه، سطح توسعه یافتگی، سطح اقتصادی، سطح آگاهی عمومی در مورد مسائل جنسی و سایر عوامل بر فراوانی این اختلالات تاثیرگذار بوده و تغییرپذیری نتایج تحقیقات مختلف را توجیه می‌کند (کاپلان و همکاران، ۲۰۰۳).



منابع

- آزاد، حسین (۱۳۸۱). واژه‌نامه روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات نسل نیکان. چاپ اول.
- اوحدی، بهنام (۱۳۸۵). تمایلات و رفتارهای جنسی طبیعی و غیر طبیعی انسان. اصفهان: صادق هدایت.
- تریگول، پیتر (۱۳۸۸). کمک به درمان مشکلات جنسی. مترجمان: بهزاد قربانی، زهرا فضلی خلف، هومن صدری اردکانی. تهران: پژوهشگاه ابن‌سینا.
- حسین‌زاده خضری، رامش (۱۳۸۷). رابطه تصویرسازی ذهنی و خود کارآمدی جنسی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد عمومی، دانشگاه رودهن.
- سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت (۱۳۸۵). خلاصه روان‌پزشکی. مترجمان: حسن رفیعی، فرزین رضایی. تهران: ارجمند.
- شریفی، حسن پاشا؛ نجفی‌زند، جعفر (۱۳۸۲). روش‌های آماری در علوم رفتاری. تهران: سخن.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۸۷). واژه‌نامه جامع روان‌پزشکی و روان‌شناسی. مترجمان: محمد دهگانپور، خشایار بیگی، مهرداد فیروزبخت. تهران: بدر.
- محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه؛ فروتن، کاظم (۱۳۸۳). بررسی اعتباریابی پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI). کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، دانشگاه شاهد.
- نیکخو، محمدرضا؛ آوادیس یان و هامایاک (۱۳۸۷). زندگی جنسی زنان. تهران: سخن.
- Al Bustan MA., el Tomi NF., Faiwalla MF., & Manav V. (1995). Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Archives of Sexual Behavior*. 24(2):207-15.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, S1-S4.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003). The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 217-230.
- Berman, JR., & Berman, L. (2003). Female sexual dysfunction: New perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *EUA Update Series*, 1, 166-177.
- Byerly, M.J., & Nakonezny, P.A. (2006). Sexual dysfunction associated with second-generation antipsychotics in our patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: an empirical evaluation of olanzapine, risperidone, and quetiapine. *Journal of Schizophrenia Research*, 86, 244-250.
- Cayan S., Akbay E., Bozlu M., Canpolat B., Acar D., & Ulusoy E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish. *Urology International*, 72, 52-57.

- Cutler, A.J. (2003). Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. *Journal of Psychoneuroendocrinology*, 28, 69-82.
- Cyranowski, J. M., Bromberger, J., Youk, A., Matthews, K., Kravitz, D. O., & Powell, L. H. (2004). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 539-548.
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 144-148.
- Frohlich, P., & Meston, C. M. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*, 39, 321-325.
- Fujii A., Yasui-Furukori N., Sugawara N., Sato Y., Nakagami T., Saito M., & Kaneko S. (2010). Sexual dysfunction in Japanese patients with schizophrenia treated with antipsychotics, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 288-293.
- Harden C., (2008). Sexual dysfunction in women with epilepsy, *Seizure*, 17, 131-135.
- Hassanin, IMA., Helmy, YA., Fathalla, F., & Shahin, AY. (2009). Prevalence and characteristics of female sexual dysfunction in a sample of women from Upper Egypt, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*,
- Jha S., & Thakar R. (2010). Female sexual dysfunction, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 22, 124-130.
- Johnson, S. D., Phelps, D. L., & Cottler, L. B. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55-63.
- Kaplan, H. I; Sadock, B. J; Grebb, J. A. (2007). *Behavioral sciences clinical psychiatry* 10th ed. London. Williams & Wilkins.
- Kennedy, S.H., Dickens, S.E., Eisfeld, B.S., Bagby, R.M., (1999). Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of affective disorders*, 56, 201-208.
- Kinzel, JF., Mangweth, B., Traweger, C., & Bible, W. (1997). Sexual dysfunction in men and women: significance of a dysfunctional family climate and sexual abuse. *Journal of psychotherapy, psychosomatic medical psychology*, 17, 41-45.
- Laurent SM., Simons AD. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension, *Clinical Psychology Review*, 29, 573-585.
- Levine, Fb., & Rosenthal, M. (1997). Marital sexual dysfunction: female dysfunction. *Journal of Ann Intem Med.*, 86(5), 588-97.
- Lewis, RW., Fugel-Meyer KS, Lizza E, et al. (2004). Epidemiology/ risk factors of sexual dysfunction. *Journal of sexual medicine*, 2004, 1, 35-39.
- Low, W. Y., Khoo, E. M., Tan, H. M., Hew, F. L., & Teoh, S. H. (2006). Depression, hormonal status and erectile dysfunction in the aging male: Results from a community study in Malaysia. *Journal of Men's Health and Gender*, 3, 263-270.
- Modelska K., & Milián ML. (2004). Treatment of female sexual dysfunction in postmenopausal women—What is the evidence? *Reviews in Gynecological Practice*, 4(2), 121-132.

- Montgomery, S.A., Baldwin, D.S., & Riley, A., (2002). Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *Journal of affective disorders*, 69, 119-140.
- Murtagh J., (2010). Female Sexual Function, Dysfunction, and Pregnancy: Implications for Practice, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(5), 438-446.
- Novi, GM., & Book, NM. (2009). Sexual dysfunction in perimenopause a review. *Journal of Obstet Gynecol. Surv.* 64(9), 624-37
- O'Donohue W.T., & Swingen D.N. (1999). Psychotherapy for male Sexual dysfunction: a review, *Clinical Psychology Review*, 19, 591-630.
- Palacios S., Castano R., & Graziotin A. (2009). epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas* 63, 119-123.
- Ponholzer A., Roehlich M., Racz U., Temml C., & Madersbacher S. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *European Urology*. 47(3), 366-74.
- Raina R., Pahlajani G., Khan S., Gupta S., Agarwal A., & Zippe CD. (2007). Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management, *Fertility and Sterility*, 88(5), 1273-1284.
- Ravart, M., & Cote, H. (1992). Sexoanalysis: a new in sight-oriented treatment approach for sexual disorders. *Journal of Sex Marital Therapy*. 18(2): 128-40.
- Rizvi SJ., Yeung NW., & Kennedy SH. (2010). Instruments to measure sexual dysfunction in community and psychiatric populations, *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 190-196
- Rosen, RC., Taylor, JF., Leibum, SR., & Bachmann, GA. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of sex and marital therapy*, 19, 171-188.
- Rowland D. L., & Slob A.K. (1995). Understanding and diagnosing sexual dysfunction: recent progress through psycho physiological and psychophysical methods. *Neuroscience and Bio Behavioral Review*, 19, 201-209.

Epidemiology of sexual dysfunction in women in Tehran

Mahtab Dousti¹

Shahram Vaziri

Abstract

In this research, the epidemiology of sexual dysfunction has been investigated in women in Tehran. The aim of this study was to determine the percentage of women with this dysfunction. For this purpose, 500 patients were selected randomly in three hospitals and tested with FSFI women's gender index. The results showed that there are functional disorders in the sexual response cycle, including sexual desire, sexual arousal and orgasm. The high prevalence of these disorders suggests that sexual problems are a widespread health problem for women.

Keywords: Epidemiology, Sexual Throat, Sexual Dysfunction, Arousal Disorder.



¹*Email: mah.dousti@gmail.com