

بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه همدان

ساسان محرابی^۱، شهریار امیرحسینی^{۱*}، فرید طهموری^۱

۱ مرکز تحقیقات اورولوژی و نفلولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

نویسنده مسئول: شهریار امیرحسینی، مرکز تحقیقات اورولوژی و نفلولوژی، دانشگاه علوم پزشکی، همدان، ایران. تلفن: ۰۹۱۸۸۱۲۷۷۲۱ ایمیل: shahriar_amirhasani@yahoo.com

DOI: 10.20286/ruj-01015

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۲۰۱۶/۰۲/۰۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۲۰۱۶/۰۳/۰۲

واژگان کلیدی:

اختلال

عملکرد جنسی

تمایل جنسی

برانگیختگی جنسی

ارگاسمیک جنسی

درد جنسی

رضایت جنسی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه: جنسیت و رضایت عملکرد جنسی از جنبه‌های مهم سلامت کلی زنان و احساس خوب بودن می‌باشد. بررسی‌های مراقبت‌های اولیه پزشکی نشان داده است که کمتر از ۵۰ درصد پزشکان از بیماران خود در مورد فعالیت‌های جنسی و نگرانی‌های مرتبط سوال می‌کنند. درک درست از پاسخ‌های نرمال سکسوال و ارزیابی و درمان اختلال عملکرد جنسی ملزم به ایجاد مراقبت‌های ژنیکولوژیک جامع می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین شیوع اختلالات عملکرد جنسی (شامل اختلال تمایل-برانگیختگی-ارگاسمیک-درد جنسی-رضایت جنسی) در زنان مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی بر روی ۱۳۴ زن مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه در محدوده سنی ۱۶ تا ۵۳ سال که از نظر جنسی فعال بودند طی سال ۱۳۸۵ انجام گرفت. داده های پس از جمع آوری و ثبت در پرسشنامه IV-FSFI با نرم افزار SPSS ویرایش شانزدهم تجزیه و تحلیل آماری گردید.

نتایج: فراوانی کلی اختلالات عملکرد جنسی در زنان مورد مطالعه بدین ترتیب بود: فراوانی اختلال تمایل جنسی ۸۳/۶٪ اختلال برانگیختگی جنسی ۸۸/۸٪ اختلال ارگاسمیک ۷۹/۱٪ اختلال درد جنسی ۵۸/۲٪ و کاهش رضایت جنسی ۵۱/۵٪ می‌باشد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته ها به نظر می رسد جنبه های مختلف اختلال عملکرد جنسی در کشور ما بسیار شایع است.

مقدمه

تستوسترون، استروژن، پرولاکتین و تیروکسین در این اختلال موثرند. در معاینه باید به وضعیت استروژن، ژنتیالیای خارجی و درجه حساسیت ولووتون عضلات توجه شود. داروهای آنتی هیستامین و آنتی کولینرژیک لوبریکاسیون را کاهش می‌دهند [۱].

اختلال ارگاسمیک Orgasmic Disorder: یک مشکل دائمی یا عودکننده در تأخیر یا فقدان رسیدن به ارگاسم متعاقب تحریک و برانگیختگی جنسی است. تاریخچه ای از مصرف الکل و دارو و نسخه‌های دارویی فرد باید مورد توجه قرار گیرد و تون عضلات و آناتومی کلیتوریس بیمار ارزیابی گردد [۱]. عوامل روانی بی‌شماری در اختلال ارگاسمی زنان دخیل‌اند: ترس از حاملگی، طرد شدن از سوی شریک جنسی، صدمه به واژن، خصومت نسبت به مردان و احساس گناه در مورد تکانه‌های جنسی [۲].

اختلالات درد Pain Disorder: شامل دیسپارونی، واژینیسموس و درد جنسی است که درد تناسلی مداوم و تکرارشونده همراه نزدیکی جنسی است و ممکن است در نتیجه تحریک جنسی یا تلاش جهت اینترکورس باشد یا بلافاصله پس از تحریک رخ دهد. اندومتروز، وستیبولیت، هیپواستروژنیسم، چسبندگی

سکسوال دیسفانکشن (Sexual Dysfunction) یک اختلال مولتی فاکتوریال است. ریسک فاکتورهای متعددی شناخته شده است که منجر به اختلال عملکرد جنسی می‌شوند که شامل مشکلات عاطفی یا وابسته به استرس، بدتر شدن شرایط اقتصادی، تاریخچه ترومای جنسی و سطوح پایین تحصیلات می‌باشند. این اختلالات شامل کمبود میل جنسی، انزجار جنسی، اختلال برانگیختگی جنسی، دیسپارونی، واژینیسموس و اختلال ارگاسمیک می‌باشد [۱].

کمبود میل جنسی Desire Disorder: فقدان یا کمبود مداوم یا مکرر افکار و تخیلات جنسی یا تمایل برای فعالیت جنسی است، که تحت تأثیر شرایط مختلفی مانند داروها، تغییرات هورمونی، بیماری‌ها و مشکلات بین فردی است. این افراد مکرراً با مشکل برانگیختگی و رسیدن به ارگاسم مواجه‌اند.

اختلال برانگیختگی Arousal Disorder: ناتوانی مداوم یا عودکننده جهت رسیدن یا حفظ کافی هیجان جنسی است که باعث آزار فردی می‌شود که ممکن است به صورت فقدان هیجان فردی یا پاسخ ژنتیال ناکافی (لوبریکاسیون و تورم) یا سایر پاسخ‌های سوماتیک بیان شود. تغییرات سطح

سکسوال شامل ۵ بخش تمایل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، درد جنسی و رضایت جنسی در ۲ ماه گذشته بود. امتیاز هر سؤال به صورت رتبه ای (امتیاز ۵ = تقریباً همیشه، ۴ = بیشتر وقت‌ها یا بیشتر از نصف اوقات، ۳ = بعضی وقت‌ها (نصف اوقات)، ۲ = خیلی کم (کمتر از نصف اوقات)، ۱ = تقریباً هیچ وقت) منظور گردید.

بیشترین نمره (score) طبق پرسشنامه ۲۵ می‌باشد که نشان‌دهنده سطح مطلوب فعالیت جنسی و بدون اختلال می‌باشد و کمترین امتیاز ۵ می‌باشد که نامطلوب‌ترین سطح فعالیت جنسی است که نیاز به بررسی‌های بیشتر و تکمیلی را می‌طلبد.

در کل پس از امتیازبندی پرسشنامه بدین‌صورت تجزیه و تحلیل گردید:

- ۵ تا ۱۰ نشانه فعالیت جنسی بسیار ضعیف
- ۱۰ تا ۱۵ نشانه فعالیت جنسی ضعیف
- ۱۵ تا ۲۰ نشانه فعالیت جنسی متوسط
- ۲۰ تا ۲۵ نشانه فعالیت مطلوب

سپس اطلاعات حاصله وارد کامپیوتر شده و با نرم‌افزار SPSS ویرایش شانزدهم تجزیه و تحلیل آماری شد.

زنانی که بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای مثل بیماری کلیوی- آرتروز- صدفی- نارسایی قلبی- فشار خون- بیماری‌های نرولوژیک مثل MS، دیابت و آسیب اسپینال کورد داشتند و افرادی که دارویی مثل بنزودیازپین- ضدبارداری خوراکی (ocp)- دیگوکسین- کلونیدین بتابلوکر، سه حلقه‌ای و آنتی‌سایکوتیک مصرف می‌کردند از مطالعه خارج شدند (به علت اثر نامطلوب آنها بر فعالیت جنسی). افراد بی‌سواد نیز از مطالعه خارج شدند.

نتایج:

در این مطالعه ۱۳۴ زن مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه همدان وارد مطالعه شدند که در محدوده سنی ۱۶ تا ۵۳ سال بودند، میانگین ۲۸/۵۷ سال داشتند و از نظر جنسی فعال بودند که از بین آنها ۶۱ نفر (۴۵/۵%) سطح تحصیلات ابتدایی، ۶۶ نفر (۴۹/۳%) دیپلم و ۷ نفر (۵/۷%) لیسانس و بالاتر بودند. ۱۲۱ نفر (۹/۳%) خانه‌دار بودند. فراوانی کلی اختلال عملکرد جنسی در زنان مورد مطالعه بدین‌صورت بود: ۱۲ نفر (۹%) فعالیت جنسی در حد مطلوب با امتیاز ۲۵-۲۰، ۵۴ نفر (۴۰/۳%) فعالیت جنسی در حد متوسط با امتیاز ۱۹-۱۵، ۴۷ نفر (۳۵/۱%) فعالیت جنسی در حد ضعیف با امتیاز ۱۴-۱۰ و ۲۱ نفر (۱۵/۷%) فعالیت جنسی در حد بسیار ضعیف با امتیاز ۹-۵ داشتند (جدول ۱).

در گروه مطلوب میانگین سنی ۲۶ سال، در گروه متوسط

تخمدان، عفونت‌های ادراری یا لگنی از فاکتورهای اتیولوژیک هستند [۱].

همکاری نروژنیک، عضلات، هورمونال، وازوژنیک و فاکتورهای سایکولوژیک باعث پاسخ جنسی نرمال و گسیختگی این اجزا باعث SD می‌شود. تغییرات نروژنیک مانند ترومای اسپینال کورد دیابت باعث اختلال در برانگیختگی و توانایی رسیدن به ارگاسم می‌شود. تغییرات هورمونی به دنبال منوپوز، نارسایی تخمدان، استفاده از ضدبارداری‌های هورمونال و اختلال محور هیپوفیز-هیپوتالاموس در شرایط پس از زایمان ممکن است نوسانات چشمگیری پیدا کند و ایجاد خشکی واژن، اختلال برانگیختگی و کاهش میل جنسی کند [۳].

تغییرات واسکولار مثل فشار خون، سیگار، کلسترول بالا و بیماری‌های قلبی و آترواسکلروتیک باعث اختلال در برانگیختگی جنسی می‌شود. اختلالات عضلات کف لگن مثل هیپرتونی عضلات لواتورانی باعث واژینیسموس، دیسپارونی و اختلال درد جنسی می‌شود و هیپوتونی عضلات باعث بی‌اختیاری و آنورگاسمیا می‌گردد. SSRI ها همراه با کاهش برانگیختگی، کاهش حس ژنیتالیا و آنورگاسمیا می‌باشند. دیازپام ثانویه به فعالیت آنتی‌دوپامینرژیک ثانویه به فعالیت آنتی‌دوپامینرژیک از فعالیت سکسوال جلوگیری می‌کند [۱]. درمان شامل مشاوره روانپزشکی و فارماکولوژیک است. جایگزینی با استروژن و تستوسترون در دوره منوپوز باعث بهبود میل جنسی می‌شود. سیلدنافیل مهارکننده انتخابی فسفودی استراز ۵ می‌باشد که در درمان تأخیر ارگاسم یا آنورگاسمیا مفید است که این عمل به وسیله تسهیل لوبریکاسیون، احتقان و پرفیوژن کلیتوریس و تورم و احتقان ژنیتالیا ی زنان انجام می‌گیرد [۱]. درمان‌های رایج برای اختلال درد شامل شناخت درمانی، رفتاردرمانی، بیوفیدبک و وستیبولکتومی است.

روش کار:

واحد آماری در این شامل زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه همدان با شکایت‌های مختلف در مورد عملکرد جنسی که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و ضمن توضیح در مورد اهداف طرح رضایت‌نامبردگان جهت مشارکت در طرح جلب و پرسشنامه در اختیارشان قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه IV-FSFI بود که این پرسشنامه توسط فخری و همکاران ترجمه و روائی و پایایی آن مورد ارزیابی قرار گرفته است [۴].

قسمت اول پرسشنامه مربوط به ثبت مشخصات فردی مانند سن، شغل، سطح تحصیلات، سابقه مصرف سیگار، سابقه بیماری خاص یا مصرف دارو بوده و قسمت دوم سوالات

میانگین سنی ۲۸/۵۶ سال، در گروه ضعیف میانگین ۳۰/۶۴ سال و بالاتر، در گروه بسیار ضعیف با میانگین سنی ۲۵/۴۸ سال بود (جدول ۲). همچنین فراوانی اختلال عملکرد جنسی براساس سطح تحصیلات نیز مورد بررسی قرار گرفت که از ۱۲ نفر با فعالیت جنسی در حد مطلوب ۴ نفر (۳۳/۳%) تحصیلات ابتدایی، ۷ نفر (۵۸/۳%) دیپلم و ۱ نفر (۸/۳%) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از بین ۵۴ زن با فعالیت جنسی متوسط ۲۳ نفر (۴۲/۶%) ابتدایی، ۲۹ نفر (۵۲/۷%) دیپلم، ۲ نفر (۳/۷%) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از بین ۴۷ زن با فعالیت جنسی ضعیف ۲۵ نفر (۵۳/۲%) ابتدایی، ۱۹ نفر (۴۰/۴%) دیپلم، ۳ نفر (۶/۴%) تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۳).

بحث:

تاکنون مطالعات اندکی در مورد شیوع اختلال عملکرد جنسی و ریسک فاکتورهای وابسته انجام شده است. در کشور ما نیز مطالعات مشابه بسیار اندک بوده است. طبق نتایج حاصل از مطالعات ما پس از بررسی ۱۳۴ زن داوطلب که پرسشنامه راپر کرده بودند در کل ۴۹/۳% فعالیت جنسی در حد مطلوب

جدول ۱: فراوانی کلی اختلال عملکرد جنسی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه همدان

سطح فعالیت جنسی	امتیاز (طبق پرسشنامه)	تعداد	درصد
فعالیت جنسی مطلوب	۲۰-۲۵	۱۲	۹
فعالیت جنسی متوسط	۱۵-۱۹	۵۴	۴۰/۳
فعالیت جنسی ضعیف	۱۰-۱۴	۴۷	۳۵/۱
فعالیت جنسی بسیار ضعیف	۵-۹	۲۱	۱۵/۷

جدول ۲: مقایسه سطوح عملکرد جنسی براساس سن در زنان مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه همدان

مطلوب	متوسط	ضعیف	بسیار ضعیف
۲۶	۲۸/۵۶	۳۰/۶۴	۲۰/۴۸
۲۴	۲۷	۲۸	۲۲
۸/۴۰	۸/۲۹	۹/۷۱	۴/۲۷

جدول ۳: فراوانی اختلال عملکرد جنسی براساس سطح تحصیلات در زنان مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه همدان

مطلوب	ابتدایی		دیپلم		تحصیلات دانشگاهی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۴	۴	۶/۵۵	۷	۱۰/۶۰	۱	۱۴/۲۸
۲۳	۲۳	۳۷/۷۰	۲۹	۴۳/۹۳	۲	۲۸/۵۷
۲۵	۲۵	۴۰/۹۸	۱۹	۲۸/۷۸	۳	۴۲/۸۵
۹	۹	۱۴/۵۷	۱۱	۱۶/۶۶	۱	۱۴/۲۸
۶۱	۶۱	۱۰۰	۶۶	۱۰۰	۷	۱۰۰

نیز درک پایین از کیفیت زندگی و سطح تحصیلات پایین به عنوان یک ریسک فاکتور برای ایجاد SD شناخته شده بود [۸]. همچنین در مطالعه Yanez نیز تحصیلات به عنوان یک فاکتور برای کاهش خطر SD عنوان شد که در مطالعه ما نیز به چنین نتایجی رسیدیم [۶]. همچنین در این مطالعه فراوانی اجزای مختلف SD نیز به تفکیک مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاصله اینچنین بود:

اختلال برانگیختگی ۸۸/۸٪، اختلال تمایل جنسی ۸۳/۶٪، اختلال ارگاسمیک ۷۹/۱٪، اختلال درد جنسی ۵۸/۲٪ و اختلال رضایت از فعالیت جنسی ۵۱/۵٪. که نتیجه کلی اینکه بیشترین اختلال موجود در زنان مورد مطالعه به ترتیب اختلال برانگیختگی و تمایل جنسی، اختلال ارگاسمیک، اختلال درد جنسی و کمبود رضایت از فعالیت جنسی بوده است. که در مقایسه با نتایج حاصل از مطالعه در کشورهای دیگر اختلاف چشمگیری وجود نداشت.

مثلا در مطالعه Yanez اختلال تمایل جنسی شایع ترین اختلال (۶۲/۶٪) گزارش شده بود. (۶) در مطالعه Nusbaum و همکارانش نیز فقدان جذابیت (۸۷/۲٪)، اشکال ارگاسم (۸۳/۳٪) و اختلال برانگیختگی (۷۴/۴٪) به عنوان شایع ترین اختلال گزارش شده بود [۸].

و یا در مطالعه Rosen نیز شایع ترین اختلالات گزارش شده به ترتیب اختلال تمایل جنسی، رضایت جنسی، اشکال در رسیدن به ارگاسم، فقدان لوبریکاسیون کافی و اختلال درد جنسی بوده است [۸]. از آنجا که ۹۰/۳٪ زنان مورد مطالعه را زنان خانه دار تشکیل می دادند بررسی ارتباط بین اختلال عملکرد جنسی و شغل در این مطالعه امکان پذیر نبود.

نتیجه گیری

اختلال عملکرد جنسی یک بیماری شایع و رو به پیشرفت می باشد که در کشور ما نیز بسیار شایع است و با افزایش سن شیوع SD افزایش می یابد. در زنان با سطح تحصیلات پایین تر شایع تر است و شایع ترین اختلالات گزارش شده در این مطالعه به ترتیب شامل اختلال برانگیختگی و تمایل جنسی، اختلال ارگاسمیک، اختلال درد جنسی و کمبود رضایت از فعالیت جنسی بوده است.

REFERENCES

- Gibbs RS, Danforth DN. Danforth's Obstetrics and Gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Wolters Kluwer Health; 2012.
- Nappi RE, Wawra K, Schmitt S. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol.* 2006;22(6):318-23. DOI: 10.1080/09513590600762265 PMID: 16785156
- Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sex-

و متوسط داشتند و ۵۰/۷٪ از زنان سطح عملکرد جنسی ضعیف تا بسیار ضعیف داشتند. نتایج مطالعات قبلی آمارهای مختلفی در مورد شیوع اختلال عملکرد جنسی گزارش کردند، مثلا در مطالعه Laumann شیوع SD، ۴۳٪ در مطالعه Yanez ۷۸/۴٪ گزارش شده بود [۵، ۶].

مقایسه سنی سطوح عملکرد جنسی در این مطالعه نشان داد که میانگین سنی در گروه مطلوب ۲۶ سال، در گروه متوسط ۲۸/۵۶ سال و در گروه ضعیف ۳۰/۶۴ سال در گروه بسیار ضعیف ۲۵/۴۸ سال بوده است که اگر گروه بسیار ضعیف را از مطالعه کنار بگذاریم به نظر می رسد با افزایش سن عملکرد جنسی افت می کند و درجاتی از اختلال عملکرد جنسی ظاهر می شود. این اختلال در نتیجه ی مطالعه می تواند به این دلیل باشد که محدوده سنی افراد مورد مطالعه وسیع نبوده است و میانگین سنی آنها پایین (۲۸/۵۷) بوده است و زنان مسن تر در این مطالعه شرکت نکرده بودند که بیشتر به دلیل بی سوادگی و عدم توانایی پاسخگویی به سوالات پرسشنامه بوده است.

در مطالعه ای که توسط محققان ژاپنی انجام شد میانگین سنی افراد مطالعه ۴۸ سال بوده و به این نتیجه رسیده بودند که زنان در سن ۳۰ سالگی در مقایسه با ۶۰ سالگی شیوع اختلال عملکرد جنسی کمتری دارند [۷]. همچنین در مطالعه Yanz نیز بروز SD از ۷۱/۶٪ در گروه ۴۴-۴۰ ساله تا ۹۲/۳٪ در گروه ۶۴-۶۰ ساله گزارش شده است [۶].

در مطالعه دیگری که توسط Rosen انجام شد سن بالای ۴۴ سال به عنوان ریسک فاکتور برای SD شناخته شده بود [۸]. در مورد ارتباط سطح عملکرد جنسی با سطح تحصیلات در این مطالعه نشان داد که از کل ۶۱ زن با تحصیلات ابتدایی ۲۵ مورد سطح عملکرد جنسی ضعیف و ۹ مورد بسیار ضعیف داشتند و از بین ۷۳ زن با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی ۳۴ زن سطح عملکرد جنسی ضعیف و بسیار ضعیف داشتند که در نتیجه ۵۵/۷٪ از زنان ابتدایی و ۴۶/۵۷٪ از زنان با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی اختلال عملکرد جنسی داشتند که نشان می دهد شیوع SD در زنان با سطح تحصیلات پایین تر بیشتر است.

در مورد مطالعه ای که توسط Perez و همکارانش انجام شد

- ual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *J Sex Med.* 2012;9(2):514-23. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02553.x PMID: 22146084
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44. PMID: 10022110
- Yanez D, Castelo-Branco C, Hidalgo LA, Chedraui PA. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26(7):682-6. DOI:

-
7. [10.1080/01443610600914021](https://doi.org/10.1080/01443610600914021) PMID: [17071440](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17071440/)
Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*. 2005;**65**(1):143-8. DOI: [10.1016/j.jurology.2004.08.003](https://doi.org/10.1016/j.jurology.2004.08.003) PMID: [15667880](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15667880/)
8. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther*. 1993;**19**(3):171-88. DOI: [10.1080/00926239308404902](https://doi.org/10.1080/00926239308404902) PMID: [8246273](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8246273/)

The Prevalence of Female Sexual Dysfunctions in Fatemiyeh Hospital, Hamedan, Iran During 1385

Sasan Mehrabi (MD)¹, Shahriar Amirhasani (MD)^{1,*}, Farbod Tahmouri (MD)¹

1 Urology and Nephrology Research Center, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.

** Corresponding author: Shahriar Amirhasani, Urology and Nephrology Research Center, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran. Tel: +98-9188127721, E-mail: shahriar_amirhasani@yahoo.com*

DOI: 10.20286/ruj-01015

Received: 07.02.2016

Accepted: 02.03.2016

Keywords:

Sexual Behavior
Female
Prevalence

How to Cite this Article:

Mehrabi S, Amirhasani S, Tahmouri F. The Prevalence of Female Sexual Dysfunctions in Fatemiyeh Hospital, Hamedan, Iran During 1385. *Res Urol J.* 2016;1(1):18-23. DOI: 10.20286/ruj-01015

© 2016 Research in Urology Journal

Abstract

Introduction: Gender and sexual satisfaction are important aspects of female health and well-being. Reviews from the primary medical care suggest that less than %50 of physicians ask questions about sexual behavior and sexual disorder from their patients. A true understanding of normal responses related to sexual relationship, evaluation and treatment of sexual dysfunctions requires providing General Gynecological. The main aim of this study was to evaluate the prevalence of FSD (desire, arousal, orgasm, and satisfaction and pain problems) in female who referred to Hamadan Fatemiye Hospital.

Methods: This cross sectional study consisted of 134 sexual active women between the ages of 16 and 53 years who referred to Fatemiye Hospital in 1385. We collected and recorded data in IV_FSFI questionnaire and analyzed them with SPSS16.

Results: the frequency of sexual dysfunction was detected in details as follows: frequency of Sexual desire disorder in %83.6 of women, arousal problem in %88.8, orgasm problem in %79.1, satisfaction problem in %51.5, and pain problem in %58.2.

Conclusions: On the basis of this study, it seems that the aspects of female sexual dysfunction are common in our country.