اختلال عملکرد جنسی و رفتارهای جستجوی کمک در زنان تازه ازدواج کرده شهر ساری: یک مطالعه مقطعی

زینت خاکی رستمی[1]، مژگان میرغفوروند[1*]، جمیله ملکوتی[1]، سکینه محمد علیزاده چرندابی[1]، محمد اصغری جعفر آبادی[1]، سولماز قنبری همائی[2]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۲
سال چهاردهم شماره ششم، آذر ـ دی ۱۳۹۴ صص ۶۸۶-۶۷۷
[انشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳ آذر ۹۴]

چکیده

فعالیت جنسی در تعامل با سلامت است و مشکلات جنسی ممکن است به طور معنی دار با سلامتی تداخل کند. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین وضعیت عملکرد جنسی و رفتارهای جستجوی کمک در زنان تازه ازدواج کرده شهر ساری در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. این مطالعه مقطعی برروی ۳۶۳ زن تازه ازدواج کرده انجام گرفت که به روش تصادفی ساده بر اساس دفاتر مشاوره قبل از ازدواج مرکز بهداشت شهرستان ساری انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های فردی-اجتماعی، عملکرد جنسی (ASEX) و رفتارهای جستجوی کمک برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. براساس نتایج میانگین(انحراف معیار) نمره عملکرد جنسی، (۴/۹) ۱۴/۵ از نمره قابل دستیابی ۳۰-۵ بود. ۲۱/۲٪ زنان اختلال عملکرد جنسی داشتند. بیشترین شیوع اختلال (۱۶٪) در بعد ارگاسم و کمترین شیوع (۳/۶٪) در بعد میل جنسی بود. بین متغیرهای انجام ورزش، کفایت درآمد ماهیانه و زندگی با خانواده با عملکرد جنسی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. تنها ۴۱٪ زنان برای درمان اختلال جنسی خود به دنبال دریافت کمک بودند و ۸۲٪ از آنها به متخصصان زنان مراجعه کرده بودند. بیشترین علت عدم دریافت کمک، عدم راحتی با پزشک بود. ۶۱٪ زنان تمایل به درمان شدن داشتند. یافته‌های مطالعه نشان داد که اختلال عملکرد جنسی در زنان نسبتاً شایع است و متأسفانه اکثر آن‌ها برای مشکل جنسی خود کمکی درخواست نمی‌کنند. از آنجایی که اختلالات جنسی می‌توانند اثر مخربی روی کیفیت زندگی و روابط زناشویی بگذارند؛ شناسایی علل عدم دریافت کمک در این خصوص ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه: اختلال عملکرد جنسی، رفتارهای جستجوی کمک، زنان تازه ازدواج کرده

[*] نویسنده پاسخگو: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی
تلفن: ۰۴۱۳۴۷۹۷۷۱۳
Email: mirghafourvandm@tbzmed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

مقدمه

فعالیت جنسی در تعامل با سلامت است و مشکلات جنسی ممکن است به طور معنی دار با سلامتی تداخل کند[۱]. تمایلات جنسی مانند سایر امیال غریزی از زمان تولد با انسان وجود داشته و متناسب با رشد او متحول و شکوفا می شود، بنابراین پرداختن به آن امری ضروری و نادیده گرفتن آن غیرممکن است[۲]. سلامت جنسی به عنوان رفاه فیزیکی، احساسی، روانی و اجتماعی در رابطه جنسی تعریف شده است[۳]. اختلال عملکرد جنسی زنان ، بصورت کاهش یا افزایش در تمایل جنسی یا برانگیختگی جنسی، دشواری یا ناتوانی در رسیدن به ارگاسم یا احساس درد در طی رابطه جنسی تعریف می‌گردد[۴]. اختلال عملکرد جنسی در بین زنان شایع‌تر از مردان بوده[۵] و یافته‌های مطالعه‌ای که روی مشکلات جنسی مردان و زنان در ۲۹ کشور انجام شده است، نشان داد که در بین زنانی که فعالیت جنسی داشتند، حدود نیمی از آنان حداقل یک مشکل جنسی را تجربه کرده‌اند[۶]. در ایران طبق بررسی ملی انجام شده درسال ۱۳۸۴، ۳۱/۵ درصد از زنان دارای اختلال عملکرد جنسی بودند[۷]. شیوع این اختلال ممکن است به متغیرهای زیستی، فرهنگی-اجتماعی، اقتصادی، طبی، روانشناختی، قومیت و وضعیت سلامتی در بین کشورها و روابط بین‌شخصی بستگی داشته باشد[۱۰-۸]. اختلال عملکرد جنسی اثر مخربی روی عزت‌نفس و کیفیت زندگی داشته و می‌تواند منجر به درماندگی هیجانی، مشکلات ارتباطی و ناباروری گردد[۱۴-۱۱]. ناباروری نیز به صورت چرخه‌ی معیوبی باعث ایجاد استرس شده و بدنبال این، مشکلات جنسی فردی یا زوجین را به وجود می‌آورد[۱۵]. اغلب این اختلال، از دید مراقبت بهداشتی اولیه پنهان می‌ماند[۱۱]. رفتارهای جستجوی کمک به عنوان رفتاری تعریف شده است که در آن فرد فعالانه از افراد دیگر جستجوی کمک می کند. آن ارتباط با دیگران برای دریافت کمک شامل توصیه و راهنمایی، اطلاعات، درمان و حمایت برای حل یک مشکل [۱۶]. مطالعه‌ای در انگلیس نشان داده‌است که افراد با اختلال جنسی به میزان کمی به دنبال جستجوی کمک بودند و دریافت کمک با مولفه‌هایی مثل شدت اختلال، احساس نیاز به مداخلات تخصصی، درک اهمیت موضوع توسط بیمار، اطلاع و آگاهی نسبت به در دسترس بودن مشاوره و درمان، همبستگی داشت[۱۷] و افرادی که اغلب در جستجوی کمک بودند با پزشکان عمومی مشاوره کرده بودند؛ اما با توجه به محدویت زمان و منابع در مطب پزشکان عمومی، ممکن است اولویت کمی به چنین مشکلاتی داده‌شود[۱۸]. بر اساس آمارهای موجود، درصد طلاق در زندگی‌های زیر یک سال از سال ۸۳ تاکنون با رشد ۹۰ درصدی همراه بوده است. همچنین در سال ۱۳۹۱، ۱۴/۱ درصد طلاق‌ها به ازدواج‌های با طول مدت زیر یکسال اختصاص داشته و نسبت به سال گذشته با رشد ۷ درصدی مواجه بوده است[۱۹]. با توجه به اینکه اختلال عملکرد جنسی یکی از عوامل موثر بر طلاق گزارش شده است[۲۰]؛ لذا تعیین وضعیت عملکرد جنسی و نحوه دریافت کمک در صورت وجود اختلال در افراد تازه ازدواج کرده ضروری به نظر می رسد. شناسایی عوامل موثر بر رفتارهای جستجوی کمک در افرادی که مشکلات جنسی دارند، می‌تواند در غلبه مراقبان بهداشتی بر موانع احتمالی، کمک-کننده باشد. لذا بدلیل نقش عملکرد جنسی در سلامت روان [۲۰]، بهبود کیفیت زندگی[۱۴] و عدم انجام مطالعه‌ای در زمینه عملکرد جنسی و رفتارهای جستجوی کمک در زنان تازه ازدواج کرده، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف تعیین میزان اختلال عملکرد جنسی و رفتارهای جستجوی کمک در زنان تازه ازدواج کرده شهر ساری در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام دهیم.

مواد و روش کار

این مطالعه از انواع مقطعی بود که بر روی ۳۶۳ زن تازه ازدواج کرده که از تاریخ رابطه جنسی با شریک جنسی‌شان حداقل سه ماه و حداکثر یک‌سال گذشته باشد، انجام گرفته است. حجم نمونه طبق مطالعه وحدانی‌نیا [۲۱] و با در نظر گرفتن خطای ۵٪ و دقت ۰/۰۵ و شیوع ۳۸٪ برای زیر دامنه اختلال ارگاسم، ۳۶۳ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری در مطالعه حاضر از نوع تصادفی بود که ابتدا بر اساس دفاتر ثبت مشاوره قبل ازدواج، آدرس و شماره تماس کلیه افرادی (۵۲۹۹ نفر) که در طی یک سال گذشته از زمان شروع اجرای طرح به مراکز مشاوره قبل از ازدواج مراجعه کرده بودند به دست آورده شد. سپس به صورت تصادفی تعداد ۳۶۳ زن انتخاب و با آنان تماس گرفته شد. معیارهای ورود شامل ملیت ایرانی، سن بالای ۱۸ سال، سطح تحصیلات بالای ابتدایی، زندگی در کنار شوهر، ازدواج اول، عدم حاملگی و شیردهی، نبود هرگونه اختلال جسمی ناشی از بیماری‌هایی نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی و بیماری مزمن، اختلالات هورمونی و بیماری‌های سرطانی بنابه اظهار خود فرد، عدم جراحی‌های لگن و سایر جراحی‌های اندامی و عضوی، عدم وجود بیماری‌های روحی-روانی مشخص نظیر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

افسردگی فعلی یا افسردگی در سه ماه اخیر، عدم وقوع واقعه ناگوار در سه ماه اخیر و تمایل به شرکت در مطالعه بودند. از افراد واجد شرایط دعوت شد که در روز تعیین شده توسط پژوهشگر به مرکز مشاوره قبل از ازدواج مراجعه نمایند. میزان پاسخ حدود ۸۵٪ بود و در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه، نفر بعدی که در لیست قرار داشت انتخاب می‌شد. در مراجعه حضوری به مرکز مشاوره، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ و ابزارهای گردآوری اطلاعات به شیوه خودتکمیلی پر شدند. افرادی که تمایل به مراجعه به مرکز مشاوره قبل از ازدواج را نداشته اما تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، پژوهشگر خود به درب منازل ایشان مراجعه کرد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های مشخصات فردی-اجتماعی، اختلال عملکرد جنسی ASEX (ASEX= Arizona Sexual Experience Scale) و رفتارهای جستجوی کمک بودند. پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی شامل: سن، طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات، شغل، نوع منزل، زندگی با خانواده (زندگی در کنار خانواده زن یا شوهر)، کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی، شاخص توده بدنی و انجام ورزش بود. پرسشنامه اختلال عملکرد جنسی (ASEX): این پرسشنامه توسط یکی از اساتید روانپزشکی دانشگاه Arizona طراحی شده است. این پرسشنامه ۵ سوال داشته و جهت غربالگری اختلالات عملکرد جنسی در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه استفاده می‌شود. پنج سوال عملکرد جنسی این پرسشنامه، شامل میل جنسی، تحریک، لغزندگی واژن در زن، توانائی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم است و بر اساس مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت محاسبه می‌شود. بدین ترتیب که به پاسخ فوق العاده آسان نمره ۱، خیلی آسان نمره ۲، بعضی وقت‌ها زیاد نمره ۳، بعضی وقت‌ها ضعیف نمره ۴، خیلی ضعیف یا خیلی مشکل نمره ۵ و هرگز نمره ۶ تعلق می‌گیرد. در صورت کسب نمره کل بیشتر از ۱۸ و ا در صورتیکه نمرهٔ یکی از سوالات ۵ یا بیشتر از ۵ باشد؛ فرد دارای اختلال عملکرد جنسی تشخیص داده می‌شوند. روایی محتوا و سازه و پایایی این پرسشنامه در ایران با آلفای کرونباخ ۰/۷ یا بالاتر تائید شده است[۲۳، ۲۲]. پرسشنامه رفتارهای جستجوی کمک توسط دو روانشناس و یک روانپزشک طراحی شده است[۱۲، ۱۱]. در ایران این پرسشنامه توسط وحدانی‌نیا و همکاران[۲۱] مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۵ گویه است و از مشارکت‌کنندگانی که حداقل یک مشکل جنسی را گزارش کرده‌اند، پرسیده می‌شود که آیا کمکی از منابع در دسترس شامل مراقبان بهداشتی، متخصصان زنان، پزشکان عمومی، روانپزشک یا سایر موارد دریافت کرده‌اند یا نه. در صورت جواب خیر از افراد خواسته می‌شود که دلایل عدم دریافت کمک را ذکر نمایند. با انجام آزمون - بازآزمون بر روی ۳۰ نفر، پایایی از دو بعد تکرارپذیری و انسجام درونی تعیین شد. همبستگی درون رده ای (فاصله اطمینان ۹۵٪) برای پرسشنامه عملکرد جنسی و رفتارهای جستجوی کمک به ترتیب ۰/۹۶ (۰/۹۸ تا ۰/۹۱) و ۰/۸۴ (۰/۹۵ تا ۰/۸۱) محاسبه گردید. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه عملکرد جنسی ۰/۸۶ محاسبه گردید. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مشخصات فردی-اجتماعی، عملکرد جنسی و رفتارهای جستجوی کمک از آمار توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) استفاده شد و برای تحلیل ارتباط مشخصات فردی-اجتماعی با عملکرد جنسی ابتدا از آزمون‌های تحلیل واریانس یکطرفه و تی‌مستقل ارتباط سنجیده شد و سپس برای بررسی رابطه تعدیل شده، متغیرهایی که واجد شرایط داشتند وارد مدل خطی عمومی شدند. همچنین برای تعیین ارتباط مشخصات فردی-اجتماعی با دریافت یا عدم دریافت کمک و بررسی رابطه‌های خام و تعدیل شده از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها

حدود نیمی از زنان مورد مطالعه (۴۴٪) در گروه سنی کمتر از ۲۴ سال قرار داشتند و میانگین (انحراف معیار) سن زنان شرکت‌کننده ۲۵/۷ (۴/۰) بود. مدت ازدواج حدود سه‌چهارم (۷۳٪) زنان تا ۱۰ ماه بود. حدود نیمی از شرکت کنندگان (۴۸٪) در منزل شخصی سکونت داشتند. بیش از نیمی از زنان (۵۳٪) اظهار داشتند که ورزش نمی‌کنند. نزدیک نیمی از زنان (۴۹٪) خانه‌دار بودند و حدود نیمی از شرکت کنندگان (۴۶٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. نزدیک سه‌چهارم زنان (۷۱٪) با خانواده زندگی نمی‌کردند و بیش از نیمی از زنان (۵۹٪) اظهار داشتند که درآمد ماهیانه تاحدودی برای هزینه‌های زندگی کفایت می‌کند. نزدیک به نیمی از زنان حاضر در این مطالعه (۴۸/۷٪) شاخص توده بدنی بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ داشتند. میانگین نمره عملکرد جنسی (۴/۹) ۱۴/۵ بود و بیش از یک پنجم زنان (۲۲/۳٪) اختلال عملکرد جنسی داشتند و در ابعاد عملکرد جنسی، شیوع اختلال به ترتیب در ابعاد ارگاسم (۱۶٪)، تحریک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

جنسی (۱۲/۷٪)، رضایت از ارگاسم (۱۱/۶٪)، لغزندگی واژن (۷/۷٪) و میل جنسی (۳/۶٪) بود (جدول۱). در مطالعه‌ی حاضر، نزدیک به نیمی از زنان (۴۱٪) که اختلال عملکرد جنسی داشتند برای درمان اختلال جنسی خود به دنبال دریافت کمک نبودند. از بین کسانی که دنبال دریافت کمک بودند، اکثریت زنان (۸۲/۵٪) برای درمان اختلال جنسی خود به متخصصان زنان، یک هشتم (۱۲/۵٪) به روانپزشک و ۲/۵٪ به پزشک عمومی برای درمان این اختلال مراجعه کرده بودند. از ۵۹ نفری که پاسخ منفی برای دریافت کمک داشتند، بیش از نیمی از آنان (۵۳/۵٪) دلیل عدم دریافت کمک را "راحت نیستم با پزشک صحبت کنم" و ۲۰/۷٪ "خود به خود رفع می‌شود" بیان کردند و هیچ کدام از زنان گزینه "در مورد مشکل جنسی‌ام در طی ملاقات روتین سوالی نشده بود" را ذکر نکردند. از بین زنانی که اختلال عملکرد جنسی داشتند، بیش از نیمی از آنها (۶۰/۸٪) اظهار داشتند که در حال حاضر تمایل به درمان شدن دارند. نزدیک سه‌چهارم (۷۰/۳٪) از ۴۱ زنی که کمک را دریافت کرده‌بودند، نحوه دریافت کمک را "پزشک با دقت به حرفهایم گوش داد"؛ ۱۶/۲٪ "پزشک دستگاه تناسلی مرا معاینه کرد" اظهار کردند و هیچ‌کدام از زنان گزینه‌های "پزشک علت مشکل من را تشخیص قطعی داد" و "پزشک برنامه درمانی معین برای من تجویز کرد" را ذکر نکردند (جدول ۲). بر اساس آزمون‌های تحلیل واریانس یکطرفه و تی‌مستقل ارتباط آماری معنی‌داری بین انجام ورزش، کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی و زندگی با خانواده با عملکرد جنسی وجود داشت (P<۰/۰۵). بر اساس الگو خطی عمومی چندمتغیره، متغیرهای زندگی با خانواده، انجام ورزش و کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های با تعدیل سایر متغیرها، پیش-گویی کننده نمره کلی عملکرد جنسی بودند (P<۰/۰۵) و توانستند ۴۰٪ از واریانس عملکرد جنسی را در زنان تازه ازدواج کرده پیشگویی کنند (جدول ۳). بر اساس رگرسیون لجستیک تک متغیره، ارتباط آماری معنی‌دار بین انجام ورزش و شاخص توده بدنی با دریافت کمک وجود داشت (P<۰/۰۵). همچنین بر اساس رگرسیون لجستیک چند متغیره انجام ورزش و شاخص توده بدنی پیش‌گویی کننده مستقل دریافت کمک بودند (P<۰/۰۵) (جدول ۴).

جدول۱: وضعیت عملکرد جنسی و ابعاد آن در زنان تازه ازدواج‌کرده (n=۳۶۳)

	میانگین (انحراف معیار)	فراوانی اختلال
		تعداد (درصد)
عملکرد جنسی	۱۴/۵ (۴/۹)	۸۱ (۲۲/۳)
میل جنسی	۲/۸ (۱/۱)	۱۳ (۳/۶)
تحریک جنسی	۳/۰ (۱/۲)	۴۶ (۱۲/۷)
لغزندگی واژن	۲/۷ (۱/۲)	۲۸ (۷/۷)
ارگاسم	۳/۱ (۱/۳)	۵۸ (۱۶/۰)
رضایت از ارگاسم	۲/۹ (۱/۴)	۴۲ (۱۱/۶)

جدول۲: رفتارهای جستجوی کمک در زنان دارای اختلال عملکرد جنسی

متغیر	تعداد (درصد، درصد معتبر)
دریافت کمک (n=۱۰۱)	
بلی	۴۱ (۴۰/۶، ۴۱/۰)
خیر	۵۹ (۵۸/۴، ۵۹/۰)
از چه کسی کمک دریافت کردید؟ (n=۴۱)	
متخصصین زنان	۳۳ (۳۲/۷، ۸۲/۵)
پزشک عمومی	۱ (۱/۰، ۲/۵)
روانپزشک	۵ (۵/۰، ۱۲/۵)
سایر موارد	۱ (۱/۰، ۲/۵)
دلایل عدم دریافت کمک (n=۵۹)	
راحت نیستم با پزشک صحبت کنم	۳۱ (۳۰/۴۷، ۵۳/)
پزشک نمی‌تواند کار زیادی انجام دهد	۱۱ (۱۰/۹، ۱۹/)
خود به خود رفع می‌شود	۱۲ (۱۱/۹، ۲۰/۷)
فکر نمی کنم مشکل پزشکی باشد	۴ (۴/۰، ۶/۹)
آیا در حال حاضر شما می‌خواهید که درمان شوید؟ (n=۱۰۱)	
بلی	۵۹ (۵۸/۴، ۶۰/۸)
خیر	۱۸ (۱۷/۸، ۱۸/۶)
مطمئن نیستم	۲۰ (۱۹/۸، ۲۰/۶)
اگر کمکی دریافت کرده‌اید، این کمک چگونه بوده است؟ (n=۴۱)	
پزشک با دقت به حرفهایم گوش داد	۲۶ (۲۵/۷، ۷۰/۳)
پزشک دستگاه تناسلی مرا معاینه کرد	۶ (۵/۹، ۱۶/۲)
پزشک تست های آزمایشگاهی درخواست کرد	۴ (۴/۰، ۱۰/۸)
پزشک در مورد کیفیت زندگی زناشوئی‌ام سوال کرد	۱ (۱/۰، ۲/۷)
پزشک علت مشکل من را تشخیص قطعی داد	۰ (۰)
پزشک برنامه درمانی معین برای من تجویز کرد	۰ (۰)

به علت وجود موارد پاسخ داده نشده در متغیرها، Valid percent گزارش شده است

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

جدول۳: ارتباط بین عملکرد جنسی با مشخصات فردی–اجتماعی در زنان تازه ازدواج‌کرده بر اساس آزمون مدل خطی عمومی (n=۳۶۳)

	تعداد	Unadjusted		Adjusted	
		β (CI 95%)*	p	β (CI 95%)*	p
کفایت درآمد ماهیانه (مرجع: اصلاً)	۸۸				
کاملاً	۶۱	۰/۳(-۱/۲ تا ۱/۹)	۰/۶۸۴	۰/۶ (-۰/۹ تا ۲/۲)	۰/۴۴۱
تا حدودی	۲۱۴	-۱/۴ (-۲/۶ تا -۰/۲)	۰/۰۲۱	-۱/۳(-۲/۵ تا -۰/۰۸)	۰/۰۳۶
زندگی با خانواده (مرجع: خیر)	۲۵۹				
بله	۱۰۴	۱/۳(۰/۱ تا ۲/۴)	۰/۰۲۱	۱/۱(۰/۰۵ تا ۲/۲)	۰/۰۴
انجام ورزش (مرجع: خیر)	۱۹۲				
بله	۱۷۱	-۱/۶ (-۲/۶ تا ۰/۶)	۰/۰۰۲	-۱/۴ (-۲/۴ تا -۰/۴)	۰/۰۰۴

Adjusted R^2=٪ ۴۰

* (95% confidence interval)

جدول۴. ارتباط بین مشخصات فردی–اجتماعی با دریافت یا عدم دریافت کمک در زنان تازه ازدواج‌کرده بر اساس رگرسیون لجستیک (n=۱۰۱)

متغیر	تعداد	Unadjusted		Adjusted	
		OR (CI 95%)*	p-value	OR (CI 95%)*	p-value
انجام ورزش (مرجع: خیر)	۳۶				
بله	۶۵	۲/۷(۱/۵ تا ۴/۸)	۰/۰۰۱	۲/۳(۱/۲ تا ۴/۵)	۰/۰۱۰
شاخص توده بدنی (مرجع: ۳۰ و بالاتر)	۷				
کمتر از ۱۸/۵	۶	۰/۸ (۰/۰ تا ۷/۸)	۰/۸۴۸	۰/۸ (۰/۱ تا ۸/۱)	۰/۸۵۶
۱۸/۵ تا ۲۴/۹	۴۹	۸ (۳/۱ تا ۲۰)	<۰/۰۰۱	۷/۶(۳ تا ۱۹/۳)	<۰/۰۰۱
۲۵ تا ۲۹/۹	۳۹	۱/۰۵(۰/۴ تا ۲/۶)	۰/۹۰۹	۱/۰۸(۰/۴ تا ۲/۷)	۰/۸۵۹

* odds ratio (95% confidence interval)

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به بررسی اختلال عملکرد جنسی و رفتارهای جستجوی کمک در زنان تازه ازدواج کرده پرداخت. در مطالعه حاضر، ۲۱٪ زنان اختلال عملکرد جنسی داشتند. در مطالعه‌ای که بر روی ۲۶۲۶ زن سنین ۲۰ تا ۶۰ سال در چهار استان کشور انجام شده، شیوع اختلالات جنسی ۳۱/۵٪ گزارش شده است[۲۴]. همچنین شیوع این اختلال در زنان سنین ۳۵-۱۸ ساله شهر اراک ۶۴٪ [۲۵]، در زنان سنین باروری شهر سبزوار ۶۳/۲٪ [۲۶]، در زنان ۵۳-۱۶ ساله شهر ساری ۴۵/۲٪ [۲۷]، در زنان سنین باروری در همدان ۳۸٪ [۲۸]، در زنان ۴۳-۲۳ ساله استان کهگیلویه و بویر احمد ۸/۵٪ [۲۹] و در زنان ۵۲-۱۶ ساله شهر تهران ۳۸٪ [۳۰] بود. شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان ۵۹-۱۸ ساله آمریکایی ۴۳٪ [۱۱]، در زنان ۶۶ تا ۱۸ سال ترکیه ۴۶/۹٪ [۳۱]، زنان ۴۵-۲۰ ساله شهر لندن ۴۰٪ [۳۲] و در زنان ۲۴ تا ۴۸ ساله برزیلی ۴۹٪ [۳۳] گزارش شده است. در مطالعه‌ی ما، بیشترین شیوع اختلالات به ترتیب در ابعاد ارگاسم، تحریک جنسی، رضایت از ارگاسم، لغزندگی واژن و میل جنسی بود. در مطالعه‌ی اصغری رودسری [۳۴] و مطالعه‌ی Ponholzera [۳۵]، بیشترین اختلال در بعد برانگیختگی جنسی گزارش شده است؛ که با نتایج مطالعه ما تاحدودی همخوانی دارد. در مطالعه‌ی Shifren [۹]، Laumann [۱۱]، Abdo [۳۳]، Kadri [۳۶] و مطالعه‌ی بیگی [۲۸]، ابعاد تمایل، برانگیختگی جنسی بیشترین شیوع و ارگاسم و درد جنسی کمترین شیوع اختلال را داشت که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد. در مطالعه‌ی صفری‌نژاد [۲۴] نیز بیشترین شیوع اختلال در بعد ارگاسم و لغزندگی واژن و کمترین شیوع اختلال در بعد برانگیختگی بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در تمامی مطالعات فوق‌الذکر شیوع اختلال عملکرد جنسی بسیار متفاوت گزارش شده است. رابطه و میل جنسی در تمامی جوامع و مذاهب یک تابو است که در هاله‌ای از عقاید خرافی پیچیده شده است و صحبت در باره‌ی آن با احساسی از شرم، خجالت، ترس و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

گناه همراه است و شاید این تفاوت‌های فرهنگی، قومی، مذهبی و نژادی در بیان، ابراز و برخورد با تمایلات جنسی در هر کشور و حتی در مناطق مختلف ایران از دلایل احتمالی این گوناگونی گزارش‌ها باشد. از دلایل احتمالی دیگر می‌توان به استفاده از ابزار و مقیاس‌های سنجش مختلف و بومی نشده، متفاوت بودن روش طراحی مطالعات و تفاوت در جمعیت مورد پژوهش اشاره کرد.

در پژوهش حاضر اختلال عملکرد جنسی در زنانی که درآمد ماهیانه‌شان تاحدودی برای هزینه‌های زندگی تاحدودی کفایت می‌کرد نسبت به آنانی که درآمدشان اصلا برای هزینه‌های زندگی کفایت نمی‌کرد، کمتر بود (P<۰/۰۵). Addis (۲۰۰۶)، در مطالعه خود به ارتباط مثبت و معنی‌دار بین سطح درآمد بالا، افزایش فعالیت جنسی و رضایت از فعالیت جنسی دست یافت [۳۷]. در مطالعه‌ی Laumann (۱۹۹۹) نیز نشان داده شد که عوامل و متغیرهای وضعیت اجتماعی اشخاص مانند موقعیت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی عملکرد جنسی را تحت تاثیر قرار می‌دهند [۱۱]. از دلایل احتمالی این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که مشغولیت‌های فکری و روحی تامین معاش خانواده، با ایجاد فشارهای روانی بر فرد ممکن است باعث ایجاد نوعی از هم گسیختگی عاطفی و روانی همسران شود که این امر می‌تواند خود را با نارضایتی و کاهش عملکرد جنسی نشان دهد. ورزش یکی دیگر از عوامل موثر بر عملکرد جنسی بود و در افرادی که ورزش می کردند وضعیت بهتری از عملکرد جنسی داشتند. برخی مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که فعالیت فیزیکی با عملکرد جنسی بهتر همراه است. مطالعه‌ای بر روی افراد سنین ۱۸ تا ۴۰ سال نشان داده‌است که سبک زندگی نشسته با افزایش اختلال عملکرد در نعوظ، ارگاسم، کاهش رضایت از نزدیکی جنسی می‌شود [۳۸]. بر همین اساس احتمالاً یکی از راهکارهای بهبود عملکرد جنسی، تشویق افراد به فعالیت فیزیکی و داشتن سبک زندگی فعال است. در مطالعه‌ی حاضر، ۴۱٪ زنان برای درمان اختلال جنسی خود به دنبال دریافت کمک بودند. در مطالعه‌ی سراسری روی رفتارها و نگرش جنسی (GSSAB= Global Study on Sexual Attitudes and Behaviors) [۶] که در ۲۹ کشور انجام شد، ۱۸/۸٪ و در مطالعه‌ی وحدانی‌نیا و همکاران [۲۱]، ۶۴/۲٪ زنان برای درمان این اختلال به دنبال کمک پزشکی بودند. در مطالعه انجام گرفته در برزیل، اکثر زنان (۷۰/۳٪) برای مشکلات جنسی خود از متخصصان مراقبت بهداشتی کمک دریافت کرده بودند [۳۹]. جستجوی کمک در مطالعات انجام شده متفاوت از هم گزارش شده است و مراجعه افراد برای درمان اختلالات جنسی به آگاهی از دسترسی به مشاوره و درمان برای این اختلالات وابسته بوده است [۴۰]. ۸۲/۵٪ زنان برای درمان اختلال جنسی خود به متخصصان زنان، ۱۲/۵٪ به روانپزشک و ۲/۵٪ به پزشک عمومی برای درمان این اختلال مراجعه کرده بودند. در مطالعه Moniz و همکاران (۳۸) ۵۳/۱٪ و ۴۴٪ زنان برای درمان مشکلات جنسی به ترتیب از متخصص سلامت و پزشک عمومی کمک دریافت کرده بودند [۴۱]. در مطالعه GSSAB [۶]، ۴۱/۲٪ زنان از شریک جنسی، ۱۹/۵٪ از پزشک، ۱۳/۶٪ از داروساز و ۸-۱٪ برای درمان اختلال جسمی به دنبال کمک‌های روانشناختی (روانپزشک، روانشناس، مشاوران ازدواج) بودند. همچنین در مطالعه‌ی وحدانی‌نیا و همکاران [۲۱]، اکثر زنان به متخصصان زنان مراجعه کرده بودند؛ که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. بیش از نیمی از زنان (۵۳/۵٪) دلیل عدم دریافت کمک را "راحت نیستم با پزشک صحبت کنم"؛ ۲۰/۷٪ "خود به خود رفع می‌شود" و هیچ کدام از زنان علت عدم دریافت کمک را "در مورد مشکل جنسی‌ام در طی ملاقات روتین سوالی نشده بود" ذکر نکردند. در مطالعه‌ی وحدانی‌نیا و همکاران (۲۱)، ۳۹/۱٪ زنان علت عدم دریافت کمک را محدودیت زمان و ۲۸/۵٪ "مشکلی برای من ایجاد نمی‌کند" و ۹/۶٪ "از پزشک خجالت می‌کشم" و ۹/۶٪ "پزشک نمی‌تواند کار زیادی انجام دهد" بیان داشتند. همچنین در مطالعه‌ای [۴۲]، ۷۵/۳٪ زنان مهمترین علت عدم دریافت کمک را "من با وجود این مشکل راحتم" را ذکر کرده بودند. در مطالعه Moniz و همکاران (۴۱)، مهمترین علت عدم دریافت کمک را به ترتیب "من با وجود این اختلال راحتم"؛ "فکر نمی‌کنم مشکل جدی باشد یا انتظار دارم خودبخود رفع شود"؛ "از صحبت کردن با پزشک احساس ناراحتی می‌کنم"؛ "فکر نمی‌کنم مشکل پزشکی باشد یا دکتر نمی‌تواند کاری بکند" و "به مراقبت‌های پزشکی دسترسی ندارم" را بیان کرده بودند؛ که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. پزشکان در اروپا و کشورهای دیگر در طی مراقبتهای رایج به ندرت درباره سلامت جنسی بیمارانشان حتی اگر خود بیماران راغب باشند، سوال می‌کنند [۴۳، ۴۱]. بی‌میلی برای شروع گفتگو در رابطه با سلامت جنسی می‌تواند مانع ایجاد ارتباط بین بیمار و پزشک شده و این می‌تواند به دلیل خجالت کشیدن، عدم آگاهی و معرفی غیرمستقیم بیماری باشد [۴۴] و پزشکان به دلیل عدم آموزش مناسب درباره اختلالات جنسی، به سختی از عهده‌ی اداره و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

درمان این اختلالات برمی‌آیند[۴۵]. در این مطالعه ۷۰/۳٪ اظهار داشتند که "پزشک با دقت به حرفهایم گوش داد"؛ ۱۶/۲٪ "پزشک دستگاه تناسلی مرا معاینه کرد" را ذکر کردند. در مطالعه‌ی وحدانی‌نیا و همکاران (۲۱)، ۸۱/۶٪ زنان با گزینه "پزشک با دقت به حرفهایم گوش داد" موافق بودند. بنظر می‌رسد که پزشکان خود را برای درمان اختلالات جنسی فاقد صلاحیت لازم می‌دانند. بنابراین آموزش بیمار و کسب صلاحیت بیشتر در این زمینه به اندازه مراقبتهای ثانویه لازم است[۴۶، ۴۴]. ۶۰/۸٪ زنان در این مطالعه تمایل به درمان شدن داشتند. در مطالعه‌ی وحدانی‌نیا و همکاران [۲۱]، ۵۶/۹٪ زنان تمایل به درمان داشتند؛ که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. انجام ورزش از پیشگویی کننده‌های دریافت کمک بود. فعالیت جسمانی به عنوان رفتار پیشگیری از بیماری‌ها و کنترل آنها و ارتقای سلامت در افراد و گروهها نقشی اساسی دارد [۴۷]. بنابراین شاید بتوان علت دریافت کمک برای اختلال جنسی در گروهی که ورزش می‌کنند این دانست که این افراد اهمیت بیشتری به رفتارهای پیشگیری می‌دهند. همچنین از دیگر پیشگویی کننده-های دریافت کمک، شاخص توده بدنی بود، بطوریکه بیشترین دریافت کمک در زنان با شاخص توده بدنی طبیعی بود. اما در مطالعه Hsiao و همکاران که به بررسی رفتارهای جستجوی کمک در زنان یائسه پرداخته است، ارتباط معنی‌دار بین رفتارهای جستجوی کمک با شاخص توده بدنی وجود نداشت [۳۸]. از علل احتمالی این تفاوت، می‌توان به تفاوت در گروه‌های مطالعه اشاره کرد. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، ماهیت مقطعی این مطالعه بود و در نتیجه ارتباط های نشان داده شده بین عملکرد جنسی، دریافت کمک و مشخصات فردی- اجتماعی الزاماً نشان دهنده رابطه علیتی نبود.

در این مطالعه اختلال عملکرد جنسی نسبتا شایع بود و اکثر زنان برای مشکل جنسی خود درخواست کمک نکرده بودند. شایع‌ترین علت عدم دریافت کمک، عدم راحتی با مراقب بود. از آنجایی که اختلالات جنسی می‌تواند اثر مخربی روی روابط زناشویی و کیفیت زندگی بگذارد؛ شناسایی علل عدم دریافت کمک در مناطق مختلف ایران ضروری بنظر می‌رسد. لذا با توجه به اهمیت و نقش بسزایی که زنان در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند، بهبود کیفیت زندگی آنان از طریق رفع اختلال عملکرد جنسی با رفع موانع دریافت کمک تشویق زنان به دریافت کمک در صورت وجود اختلال در عملکرد جنسی می‌تواند به داشتن خانواده و جامعه‌ای سالم و مستحکم کمک کند.

سهم نویسندگان

مژگان میرغفوروند: طراحی مطالعه، تفسیر داده‌ها، نظارت علمی در تدوین مقاله
زینب خاکی رستمی: طراحی اولیه مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها
جمیله ملکوتی: نظارت علمی بر مطالعه و تدوین مقاله
سکینه محمدعلیزاده چرندابی: نظارت علمی بر مطالعه و تدوین
محمد اصغری جعفرآبادی: مشاور آمار
سولماز قنبری همائی: نگارش اولیه مقاله

تشکر و قدردانی

این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تصویب و حمایت مالی شده است (شماره کد: ۹۱۲۳۱). بدین وسیله از معاونت بهداشتی، کلیه پرسنل مراکز مشاوره قبل از ازدواج ساری و کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

منابع

1.Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. BJU International 2005;95:609-14

2.Kajbaf, MB. Sexual Psycholog. 1st Edition, Tehran: Nashrrvan; 1999

3.Collumbien M, Bussa J, Cleland J, Campbell OF. Social Science Methods for Research on Sexual and Reproductive Health. WHO 2012:1-112

4.Bachman GA, Avci D. Evaluation and management of female sexual dysfunction. The Endocrinologist 2004;14:337-45

5.Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi-Foroshani A. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: An urban Iranian population-based study. The Journal of Sexual Medicine 2009;6:2988-96

6.Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behavior for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Clinical Practice 2005;59:6-16

7.Safarinejad MR. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in a population-based study in Iran. International Journal of Impotence Research 2003;246:15-52

8.Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Höglund M, et al. Evaluation of the female sexual function index in a population-based sample from Finland. Archives of sexual behavior 2008;37:912-24

9.Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women prevalence and correlates. Obstetrics & gynecology 2008;112:970-8

10. 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. TheJournal of Sexual Medicine 2008;5:1694-701

11. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors JAMA. 1999;281:537-44

12. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Current psychiatry reports 2000;2:189-95

13. Warnock JJ. Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology,diagnosis and treatment. CNS Drugs 2002;16:745-53

14. 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;143:65-8

15. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. BMJ 2004;329:559-61

16. Rickwood D, Thomas K, Bradford S. (Review of help-seeking measures in mental health: an Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute (http://www.saxinstitute.org.au) for beyondblue, 2012

17. Kell P. The provision of sexual dysfunction services by genitourinary medicine physicians in the UK. International journal of STD & AIDS 2001;12:395-7

18. Catherine HM, Kevin AF, Anne MJ, Kaye W, Wendy M, Sally M, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. BMJ 2003;327:426-7

19. The National Organization for Civil Registration. Vital Statistical Events. Available from http://www.sabteahval.ir/en/default-972.aspx

20. Jahanfar SH, Molaeenezhad M. Text book of sexual disorders. Tehran: Salemi & bizhe publication; 2002

21. Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. BMC Women's Health 2009;9:1-7

22. Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksariie F, Zakaria Pezeshki M. Sexual Dysfunction in Couples and its Related Factors during Pregnancy. J Reprod Infertil 2008;9:271-82.

23. Pezeshki MZ, Bayrami R. [Reliability and construct validity of Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) among pregnant women referred to Tabriz urban health centers, 2004]. 2nd National congress on family and sexual problems. Tehran, October 25-26. 2005; 131:1 [Persian]

24. Safarinejad M. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research 2006;18:382-95

25. Ramezani M, Dolatian M, Shams J, Alavi-Majd H. Correlation between self-esteem and sexual dysfunction in women. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2011;14:65-57 [Persian]

26. Bloorian Z. Female sexual dysfunction in sabzevar. Journal of reproduction & infertility 2007:164-70

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

27. HoseiniTabaghdehi M, haji-kazemi E, Hoseini F. The relative frequency of sexual dysfunction and some related factors in the women referred to the health centers of Sari city. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2012;22:102-7 [Persian]
28. Baegi M, Javanmardi Z, Abdollahi M. Sexual dysfunction in women before and after menopause. Journal of Hamdan University of Medical Sciences 2008;16:37-41 [Persian]
29. Gashtasbi A, Rahimi-Forooshani A, Mohamadi A. Sexual dysfunction and its association with reproductive variables in the Kohkiluye& Boyer Ahmad province. Payesh 2008;7:67-73 [Persian]
30. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. Journal of Sex Marital Therapy. 1999;25(3):211-5 [Persian]
31. 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. Urology International 2004;72:52-7
32. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. BMJ. 2003;327:423-29
33. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira JED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). International Journal of Impotence Research 2004;16:160-6
34. Asghari-roodsari A, Khademi A, Tabatabaiifar SL, Alleyassin A. Female sexual dysfunction in married medical students. McGill Journal of Medicine 2005;8:104
35. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. Urology International 2005;47:366-74
36. Kadri N, Mchichi-Alami KH, Mchakra TS. Women sexual dysfunction: a population-based epidemiological study. Archives of Women's Mental Health 2002;5:59-63
37. Addis IB, Van-Den-Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. Obstetrics & Gynecology 2006;107:755
38. Hsiao M, Chiang P, Liu C, Lin Y. Help-seeking behavior in Taiwanese woman with menopause-related mood symptoms. Chang Gung Medical Journal 2009;32:313-9
39. Duarte E, Junior M, Glasser D, Barbosa dos Santos D, Gingell C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Sao Paulo Medical Journal 2005;123:234-41
40. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM ,Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behavior in Britain: national probability sample survey. BMJ 2003;327:426-27
41. Moniz G, Cruz FO. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. São Paulo Medical Journal 2005;23:234-31
42. Mirone V, Gentile V, Zizzo G. Did men with erectile dysfunction discuss their condition with partner and physicians?A survey of men attending a free call information service. International Journal of Impotence Research 2002;14: 256-8
43. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duart FG, Gingell C. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. British Journal of Urology 2008;101:1005-11
44. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. Family practice 2001;18:516-18
45. Whitmore J. Problems with sexual function: training in psychosocial medicine is available for doctors. BMJ 2003;327:1109-10
46.Philips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. American Family Physician 2000;62:127-36
47. Wallace S, Buckworth J, Kirby T, Sherman WM. Characteristics of exercise behavior among college students application of social cognitive theory to predicating stage of change. Preventive Medicine 2000;31:494-505

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

ABSTRACT

Sexual dysfunction and help seeking behaviors in newly married women in Sari, Iran: a cross-sectional study

Khaki Rostami Zeinab [1], Mojgan Mirghafourvand [1*], Malakouti Jamileh [1] , Sakineh Mohammad-Alizadeh Charandabi [1], Mohammad Asghari Jafarabadi [1], Ghanbari Solmaz [2]

1. Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Traffic Injury Prevention Research Center, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Payesh 2015; 6: 677-686
Accepted for publication: 24 November 2014
[EPub a head of print-24 November 2015]

Objective (s): Sexual function has interaction with health and may significantly interfere with health. This study aimed to determine the status of sexual function and help seeking behaviors in newly married women in Sari, Iran
Methods: This cross-sectional study was conducted on 363 newly married women in year 2013-2014. A selected randomly selected attending health center of Sari entered into the study. The data were collected by Sexual Function (ASEX), help seeking behaviors and socio-demographic questionnaires. One way analysis of variance, general liner model and logistic regression were used for data analysis.
Results: The mean score of sexual function was 14.5 (SD: 4.9) of the attainable range score of 5-30. Prevalence of sexual dysfunction was 21.2%. The highest disorder (16%) was for orgasm and lowest (3.6%) for desire dimension. There was statistical significant relationship between exercise, income and living with family with sexual function in women ($p<0.05$). Only 41% of women had sought help and 82% of them had refereed to gynecologist. The most cause of not seeking help was "I am ashamed to speak about it". 61% of women desired for therapy.
Conclusion: The findings of this study show that the sexual dysfunction is almost prevalent in women and most do not request help. Indeed determining causes of not seeking help seems necessary.

Key Words: sexual dysfunction, help seeking behaviors, newly married women

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.6.5.8]

[*] Corresponding author: Tabriz University of Medical Sciences
Tel: 04134797713
E-mail: mirghafourvandm@tbzmed.ac.ir