

شیوع اختلالات عملکرد جنسی در دانشجویان متأهل

مائه فرشی جلالی^{۱*}، افشین صلاحیان^۲، هومن نامور^۳

(۱) کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

(۲) استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

(۳) استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

*نویسنده مسئول: maede.jalali1996@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله ۹۹/۰۹/۱۰

تاریخ دریافت مقاله ۹۹/۰۳/۱۵

چکیده

اختلال کارکرد جنسی از مشکلات شایع جنسی است که سبب بروز مشکلات جدی در کیفیت زندگی فردی و اجتماعی می‌گردد. با توجه به اهمیت سلامت جنسی، هدف پژوهش حاضر تعیین شیوع اختلالات عملکرد جنسی در دانشجویان متأهل بود. پژوهش حاضر از نوع توصیفی (زمینه یابی) بود. به همین منظور ۶۰۸ نفر از دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال به روش دردسترس و داوطلبانه بررسی شدند. از پرسشنامه های اختلال عملکرد جنسی زنان (FSFI) و مردان (IIEF) برای گردآوری داده ها استفاده گردید. داده ها به روش آنالیز واریانس یکطرفه و با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. میانگین رابطه جنسی و تعداد ارگاسم در ماه، در مردان بالاتر از زنان بود و پایین ترین میانگین مربوط به زیرمقیاس تمایل در زنان و مردان بود. شیوع اختلال عملکردی تمایل ۴۸٪ در مردان، اختلال عملکردی تحریک ۲۰٪ در مردان، اختلال عملکردی رطوبت ۹٪ در مردان، اختلال عملکردی ارگاسم ۱۶٪ در مردان، اختلال عملکردی رضایت ۱۷٪ در مردان، اختلال عملکردی درد ۱۵٪ در مردان و در کل شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان ۴۲٪ درصد بود. همچنین نتایج نشان داد شیوع کلی اختلال عملکردی در مردان ۵۷٪ درصد محاسبه شد. با توجه به آن که اختلالات کارکرد جنسی زمینه ساز بسیاری از مشکلات اجتماعی بوده و کارکرد جنسی مطلوب نقش انکارناپذیری بر جنبه های مختلف زندگی دارد، برنامه ریزی مناسب آموزشی و درمانی از جمله مشاوره های قبل از ازدواج، آموزش مسائل جنسی، زوج درمانی و سکس تراپی با تکیه بر فرهنگ جامعه توصیه می شود.

کلید واژگان: اختلالات عملکرد جنسی، سلامت جنسی، ارگاسم

بدون شک بین رضایت جنسی و رضایت از کل زندگی زناشویی رابطه مثبت و بالایی وجود دارد عوامل بسیاری هستند که در زندگی مشترک روی رضایت جنسی زناشویی و کیفیت روابط جنسی آنها تأثیر می گذارند (جیانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). به عنوان مثال کژکاری های جنسی می تواند باعث کاهش کیفیت روابط جنسی و عدم رضایت جنسی زوجین باشد. تشخیص کژکاری جنسی

مقدمه

سلامت افراد در تمام مقاطع زندگی از قبل از تولد تا پیری تحت تأثیر عوامل زیادی قرار می گیرد. بطور مثال یکی از عوامل مهم در بهزیستی و سلامت روان برطرف کردن و ارضای نیاز جنسی می باشد. برای اکثر انسان ها فعالیت جنسی یک فرآیند مثبت و شادی بخش است. رابطه جنسی یکی از اجزای اصلی رابطه زناشویی است.

^۱. Jiang

نعوظ، میل و برانگیختگی وارگاسم می‌باشد (ناصحی و همکاران، ۱۳۹۶). کژکاری‌های جنسی می‌تواند سبب ایجاد مشکلات جدی در زمینه‌های فردی و اجتماعی و فرهنگی شود. تحقیقات نشان می‌دهند که نارسایی‌های جنسی در زمینه‌ی فردی باعث بروز دردهای زیر دل و کمردردها، عصبی و کلافه شدن افراد، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام امور روزمره می‌شود و همچنین این مشکلات در سطح نهاد خانواده نیز باعث بروز تعارض‌هایی می‌شود که نه تنها گریبان‌گیر تمام اعضای آن خانواده است بلکه خویشان و نزدیکان را هم تحت تاثیر قرار می‌دهد. این تعارضات می‌تواند منجر به ضعیف شدن روابط زناشویی، ضعیف شدن سازگاری کودکان و احتمال افزایش تعارضات بین والدین و فرزندان شود (منصوریان و فخرایی، ۱۳۸۶).

اختلالات جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی نیز دارد، زیرا ناسازگاری زناشویی موجب بروز اختلال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی می‌شود. جرایم، تجاوزات جنسی و در نهایت بیماری‌های روانی و طلاق می‌تواند عواقب و پیامدهای ناشی از آن باشد. نارسایی‌های جنسی که عبارت است از مهار شدن یک یا چند مرحله از مراحل و پاسخ‌های فیزیولوژیکی در زمینه شیوع و بروز می‌تواند در جوامع مختلف متفاوت باشد (خادمی و همکاران، ۲۰۰۶). به عنوان مثال در ایالات متحده امریکا حدود نیمی از جمعیت دچار نوعی از کژکاری جنسی^{۱۱} می‌باشند و اگرچه شیوع آن در زنان بیشتر گزارش شده ولی درصد زیادی از مردان نیز به آن مبتلا هستند (لامن، پیک و روزن^{۱۲}، ۱۹۹۹). پژوهش‌های انجام شده در کشور ما در این مورد، محدود است و در برخی از موارد، اختصاص به افراد دارای بیماری جسمانی یا روانپزشکی یا دارای شرایط خاص دارد.

متأسفانه پژوهش‌های انجام شده در این زمینه معرف خوبی برای کل جامعه نبوده و دارای سوگیری آماری هستند که برآورد درستی از میزان شیوع این اختلالات در

هنگامی مطرح می‌شود که اختلال بخش مهمی از تظاهر بالینی فرد باشد که ممکن است به صورت مادام‌العمر، اکتسابی، فراگیر و موقعیتی باشد و متأثر از عوامل روانی، فیزیولوژیک، طبی یا مجموعه‌ای از آنها باشد. کژکاری جنسی به ندرت جدا از سایر اختلالات روانپزشکی مشاهده می‌شود و می‌تواند علت یا معلول مشکلات ارتباطی باشد و افراد مبتلا به آن همواره به ترس فزاینده‌ای از شکست و خودآگاهی از مختل بودن کارکرد جنسی خود دچارند که این امر می‌تواند مشکلاتی از قبیل افسردگی واضطراب را به همراه داشته باشد (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۵؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). ناتوانی افراد در شرکت در رابطه جنسی دلخواه می‌تواند منشا زیستی یا روانی داشته باشد که طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم^۲ کژکاری‌های جنسی به سه طبقه اصلی: ۱- اختلالات میل یا برانگیختگی^۳ که عبارت است از سطح خیلی پایینی از میل و فعالیت‌های جنسی، ۲- اختلالات ارگاسمی^۴ که عبارت است از تاخیر ناراحت کننده و ناتوانی در رسیدن به ارگاسم و در آخر، ۳- اختلالات درد جنسی که تجربه مشکل در رابطه جنسی به علت احساسات دردناک در اندام‌های تناسلی ناشی از آمیزش جنسی می‌باشد، طبقه‌بندی می‌کند. هر طبقه اصلی نیز دارای زیر مجموعه‌های مربوط به خود است که به ترتیب عبارتند از مجموعه اختلال میل جنسی کم کارکرد^۵ در مردان، اختلال میل و برانگیختگی جنسی در زنان، اختلال نعوظی^۶، مجموعه اختلال ارگاسمی در زنان، انزال دیررس^۷، انزال زودرس^۸ و اختلالات درد و دخول تناسلی - لگنی^۹ (هالجن و ویتبورن^{۱۰}، ۲۰۱۳). همچنین یافته‌ها حاکی بر آنند که بیشترین اختلالات در زمینه‌های

1. Kaplan & Sadock

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th

3. Sexual Interest/Arousal Disorder

4. Orgasm Disorder

5. Hypoactive Sexual Desire Disorder

6. Erectile disorder

7. Delayed Ejaculation

8. Premature (early) Ejaculation

9. Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (Vaginismus)

10. Halgin & Whitbourne

11. Sexual Dysfunction

12. Laumann, Paik & Rosen

پژوهش کلیه دانشجویان متاهل دانشگاه‌های آزاد تهران می‌باشد. در این پژوهش ۶۰۸ نفر از دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد واحد تهران شمال به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه شرکت کردند. از پرسشنامه‌های پرسشنامه اختلال کارکرد جنسی زنان، پرسشنامه اختلال کارکرد جنسی مردان استفاده شد. ملاک‌های ورود دانشجویان بالای ۱۸ سال مشغول به تحصیل، تاهل، عدم سابقه مصرف هرگونه داروهای روان‌پزشکی و فقدان هر گونه سابقه‌ی بیماری‌های روانشناسی و روان‌پزشکی بود. در این پژوهش از افراد خواسته شد تا پرسشنامه‌های مربوط را پر کنند و این اطمینان به آنها داده شد که اطلاعات آنها بصورت کاملاً محرمانه بدون هیچگونه قضاوتی بصورت غیرفردی بررسی خواهد شد. این پژوهش در بخش توصیفی از آماره‌هایی مانند میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد استفاده شد.

پرسشنامه اختلال کارکرد جنسی زنان^۳ (FSFI):

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ توسط روزن و همکاران^۴ برای سنجش کارکرد جنسی^۵ زنان را در ۶ حوزه مستقل؛ میل^۶، انگیزتگی^۷، رطوبت^۸، ارگاسم^۹، رضایتمندی^{۱۰} و درد جنسی^{۱۱} طراحی و تدوین شد. این مقیاس دارای ۱۹ سوال است که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از تقریباً هیچ=۱ تا تقریباً همیشه=۵) اندازه‌گیری می‌شود و دامنه نمره آن حداقل ۱۹ تا حداکثر ۹۵ می‌باشد که نمرات بالاتر مبین کارکرد جنسی بهتر است. ماتئوآروم^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۱) نسخه ترجمه شده این مقیاس را در اسپانیا روانسنجی نموده و پایایی و روایی آن را تأیید کردند؛ میزان ضریب کاپا در پایایی یابی به روش آزمون-بازآزمون بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شد. روایی و پایایی

جامعه نیست (مزینانی، ۲۰۱۳). همچنین بررسی اصولی در مورد شیوع اختلالات جنسی به این نتیجه رسید که ناهمگونی در روش شناسی، طراحی مطالعه و تعاریف موردی، تعیین یک تخمین کلی قابل اعتماد از اختلالات جنسی را دشوار کرده است (دان^۱ و همکاران، ۲۰۰۲) و بررسی شیوع اختلالات جنسی دارای مشکلاتی مربوط به نمونه‌گیری، تعریف و گزارش نیز می‌باشد از طرفی هم انتظار می‌رود افراد کژکاری‌های جنسی خود را نتوانند به راحتی بیان کنند. اما خوشبختانه طی نتایج حاصل از تحقیقات مشخص شد که درصد خیلی بالایی از مردم این علائم را بیان می‌کنند (لوین و رزنت هال^۲، ۱۹۹۷). در نهایت همانطور که بیان شد نارسایی‌های جنسی از مشکلات فردی شروع شده و به مشکلاتی در سطح جامعه می‌رسد و از آنجایی که قشر زیادی از جامعه را دانشجویان تشکیل داده‌اند و این قشر، قشر تاثیر گذار جامعه محسوب می‌شوند. اختلال در عملکرد جنسی در دانشجویان می‌تواند در نهایت سطحی از جامعه را تحت تاثیر خود قرار دهد و باعث بروز مشکلاتی در سطح کشور شود. از این رو هدف پژوهش حاضر به منظور تعیین میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در گستره‌های جامع‌تر از جمله دانشگاه‌ها بود، انتظار می‌رود بتواند معرف مناسب‌تری برای جامعه باشد تا بدین وسیله برآورد کلی‌تر و کامل‌تری از طیف اختلالات عملکرد جنسی فراهم شود که در نهایت با مداخلاتی مانند آموزش و درمان، بتوان رضایت از زندگی زناشویی و بهزیستی روانی را در افراد افزایش داد. سوال پژوهش حاضر این است که شیوع اختلالات عملکرد جنسی در دانشجویان متاهل چه میزان است؟

روش شناسی

روش تحقیق توصیفی از نوع پیمایشی (زمینه‌یابی) بود که میزان شیوع اختلالات عملکرد جنسی را در دانشجویان متاهل ایران می‌سنجد. جامعه آماری در این

³ Female Sexual Function Index

⁴ Rosen

⁵ Sexual Function

⁶ Desire

⁷ Arousal

⁸ Lubrication

⁹ Orgasm

¹⁰ Satisfaction

¹¹ Pain

¹² Mateu Arroma

¹ Dunn

² Levin & Rosenthal

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد بررسی از جمله تحصیلات، درآمد، بیماری و مصرف سیگار به تفکیک جنسیت در جدول ۱ ارائه شده است.

نسخه فارسی این مقیاس در ایران در مطالعه باباخانیان و همکاران (۱۳۹۷) مورد بررسی قرار گرفت و میزان پایایی به روش آزمون-بازآزمون بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۴ و میزان انسجام درونی به روش آلفا کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شد و به تأیید رسید (باباخانیان و همکاران، ۱۳۹۷).

پرسشنامه اختلال کارکرد جنسی مردان^۱ (IIEF):

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط روزن و همکاران برای سنجش کارکرد جنسی مردان را در ۵ حوزه مستقل؛ میل جنسی^۲، عملکرد ارگاسمیک^۳، عملکرد نعوظی^۴، رضایت از مقاربت^۵ و رضایت کلی^۶ طراحی و تدوین شد. این مقیاس دارای ۱۵ سوال است که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از تقریباً هیچ=۱ تا تقریباً همیشه=۵) اندازه‌گیری می‌شود و دامنه نمره آن حداقل ۱۵ تا حداکثر ۷۵ می‌باشد که نمرات بالاتر مبین کارکرد جنسی بهتر است. نیجنهویجز^۷ و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای سیستماتیک ۴۰ مقاله را که به روانسنجی مقیاس کارکرد جنسی مردان اختصاص داشت، بررسی کرده و پایایی آن را به روش آزمون-بازآزمون، انسجام درونی آن را به روش آلفا کرونباخ و روایی آن را به روش تحلیل عاملی گزارش و تأیید کردند. روایی و پایایی نسخه فارسی این مقیاس در ایران در مطالعه بابازاده و همکاران (۱۳۹۹) مورد بررسی قرار گرفت و میزان ضریب پایایی آلفا کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۸ گزارش شد و به تأیید رسید. همچنین روایی همگرا را از طریق محاسبه ضریب همبستگی شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی با مقیاس عملکرد جنسی در حد مطلوب محاسبه و تأیید شد (بابازاده و همکاران، ۱۳۹۹).

¹. International Index of Erectile Function

². Erectile Function

³. Orgasmic Function

⁴. Sexual Desire

⁵. Intercourse Satisfaction

⁶. Overall Satisfaction

⁷. Neijenhuijs

جدول ۱. اطلاعات توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی به تفکیک جنسیت

متغیر	زیرمقیاس		مرد		زن	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
تحصیلات	زیردیپلم	۳	۱/۹	۲	۰/۴	
	دیپلم	۶	۳/۸	۲۶	۸/۵	
	لیسانس	۸۰	۵۱/۳	۲۰۹	۲/۴۶	
	کارشناسی ارشد	۵۲	۳۳/۳	۱۸۸	۴۱/۶	
	دکتری	۱۵	۹/۶	۲۷	۶	
درآمد	۳ میلیون و کمتر	۵۱	۳۲/۷	۲۶۶	۵۸/۸	
	بین ۳ تا ۱۰ میلیون	۸۱	۵۱/۹	۱۵۱	۳۳/۴	
	بالای ۱۰ میلیون	۲۴	۱۵/۴	۳۵	۷/۷	
بیماری	قلبی عروقی	۳	۱/۹	۰	۰	
	سرطان	۰	۰	۶	۱/۳	
	دیابت	۳	۱/۹	۲	۰/۴	
	کلیوی	۹	۵/۸	۰	۰	
	افسردگی	۹	۵/۸	۵۸	۱۲/۸	
	هیچکدام	۱۳۲	۸۴/۶	۳۳۷	۷۴/۶	
	سایر	۰	۰	۴۹	۱۰/۸	
	بله	۳۴	۲۱/۸	۶۷	۱۴/۸	
خیر	۱۲۲	۷۸/۲	۳۸۵	۲/۸۵		

نتایج حاکی از آن است که پایین‌ترین میانگین مربوط به زیرمقیاس تمایل در زنان و مردان است.

میانگین و انحراف معیار عملکرد جنسی نمونه مورد بررسی به تفکیک جنسیت در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. وضعیت عملکرد جنسی نمونه مورد بررسی به تفکیک جنسیت

جنسیت	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
زنان	تمایل	۲۲/۴	۱/۰۵
	تحریک	۴/۳۳	۱/۲۸
	رطوبت	۴/۶۴	۱/۱۹
	ارگاسم	۴/۵۷	۱/۴۷
	رضایتمندی	۴/۸۷	۱/۴۴
	درد	۴/۸۴	۱/۳۳
	نمره کل	۲۷/۴۷	۶/۳۱
مردان	کارکرد نعوظ	۲۵/۶۴	۳/۸۶
	اوج لذت جنسی	۹/۲۶	۱/۱۳
	میل جنسی	۶/۶۹	۱/۷۴
	رضایتمندی از تماس جنسی	۱۲/۲۱	۲/۶۲
	رضایتمندی همه جانبه	۸/۰۶	۱/۸۶
	نمره کل	۶۱/۸۵	۱/۵۹

شیوع اختلال عملکرد جنسی در مردان در جدول ۳ و بررسی شده است.
شیوع اختلال عملکرد جنسی در مردان در جدول ۴

جدول ۳. شیوع اختلالات عملکردی در زنان

متغیر	نمره برش	وضعیت	
		سالم	بیمار
		درصد	فراوانی
تمایل	۳/۳	۸۵/۱۸	۶۷
تحریک	۳/۴	۷۹/۲	۹۴
رطوبت	۳/۴	۹۰/۲۷	۴۴
ارگاسم	۳/۴	۸۳/۸۵	۷۳
رضایتمندی	۳/۸	۸۲/۵۲	۷۹
درد	۳/۸	۸۱/۴۲	۸۴
نمره کل عملکرد	۲۸	۵۷/۳	۱۹۳

عملکردی رضایت ۱۷/۴۸ درصد، اختلال عملکردی درد ۱۷/۵۸ درصد و در کل نیز ۴۲/۷ درصد بود. در واقع طبق نتایج، شایع ترین اختلال عملکردی مربوط به عملکرد میل در زنان بود.

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می شود شیوع اختلال عملکردی تمایل ۱۴/۸۲ درصد، اختلال عملکردی تحریک ۲۰/۸ درصد، اختلال عملکردی رطوبت ۹/۷۳ درصد، اختلال عملکردی ارگاسم ۱۶/۱۵، اختلال

جدول ۴. شیوع اختلالات عملکردی در مردان

متغیر	نمره برش	وضعیت	
		سالم	بیمار
		درصد	فراوانی
کارکرد نعوظ	۱۵	۹۸/۰۸	۳
اوج لذت جنسی	۵	۱۰۰	۰
میل جنسی	۵	۹۱/۶۷	۱۳
رضایتمندی از تماس جنسی	۷/۵	۹۴/۲۳	۹
رضایتمندی همه جانبه	۵	۹۶/۱۵	۶
نمره کل عملکرد	۳۷/۵	۱۰۰	۹

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته ها شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان ۴۲/۷ درصد و شیوع کلی اختلال عملکردی در مردان ۵/۷۷ درصد محاسبه شد. این یافته با نتایج ناصحی و همکاران (۱۳۹۶) ناهمسو بود. ناصحی و همکاران (۲۰۱۷) با هدف بررسی شیوع عملکرد جنسی در عموم

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می شود شیوع اختلال عملکردی نعوظ در مردان به ترتیب در زیرمقیاس نعوظ ۱/۹۲ درصد، در ارگاسم ۰ درصد، در میل جنسی ۸/۳۳ درصد، رضایت تماس جنسی ۵/۷۷، در رضایتمندی همه جانبه ۳/۸۵ درصد بود. همچنین شیوع کلی اختلال عملکردی در مردان ۵/۷۷ درصد محاسبه شد.

۱۰ ساعت تفاوت معناداری وجود داشته است. همچنین مردان نیز بیشترین میزان میانگین مربوط به افراد با میزان ورزش ۵ تا ۶ ساعت در هفته بوده و بین افراد بدون فعالیت ورزشی با تمامی سایر گروه‌ها به غیر از ۳ تا ۴ ساعت دارای تفاوت معنادار می‌باشد. با بررسی‌های انجام شده در این تحقیق می‌توان به این نتیجه رسید که درصد نسبتاً زیادی از افراد دچار این اختلالات هستند که این اختلالات می‌تواند تاثیر به‌سزایی در کیفیت زندگی زناشویی بگذارد. به عقیده آلبرت ایس افراد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی در مورد مشکلات عملکردی جزئی خود مثلاً مشکلات نعوظی یا بی‌میلی ناراحت می‌شوند و دلیل این ناراحتی و افسردگی و اضطراب آنها گره زدن مردانگی با ارزشمندی است که همه این‌ها ریشه در باورهای غلط آنها دارد. هرچند که بسیاری از مشکلات جنسی منعکس کننده یک مشکل رابطه‌ای است و ناراحتی در زندگی زناشویی خود تاثیر زیادی در کاهش عملکرد جنسی دارد. همچنین این باورهای غلط می‌تواند در عملکرد افراد تاثیر بسزایی بگذارد و تغییر این باورها کمک بسیار زیادی به عملکرد افراد می‌کند. بطور مثال در افرادی که دارای مشکلات جنسی هستند از جمله مشکلات نعوظی یا واژینیسموس این باور را پرورش دهیم که لذت یک رابطه فقط در مقاربت آلتی - مهبل‌ی نیست بلکه می‌توان به طرق مختلف نیز از یک رابطه جنسی لذت برد. به عبارت دیگر فرد مبتلا می‌تواند راه‌حل‌های متعددی را برای مشکل خویش بیابد و از میان آنها کاملترین را انتخاب نماید. این رویکرد تاکید دارد دانش‌ها و نگرش‌ها درباره بدن، میل جنسی، عملکرد جنسی و مشکلات جنسی، تاثیر به‌سزایی بر سازگاری جنسی آدم‌ها می‌گذارد. همانگونه که احساس گناه و شرم و عدم تایید اجتماع و خانواده در امور جنسی می‌تواند در مشکلات جنسی تاثیرگذار باشد به همان اندازه نیز عقاید خود تحقیرکننده در مورد بدن و بی‌کفایتی عملکرد هم می‌تواند تاثیرگذار باشد. ایس معتقد است همه اختلالات روانی در نتیجه عقاید غیرعقلانی به وجود می‌آیند. در

ایرانیان با استفاده از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان، شاخص مختصر عملکرد جنسی زنان^۱، پرسشنامه عملکرد جنسی^۲، مقیاس رضایت جنسی زنان^۳ و پرسشنامه طراحی شده توسط محقق روی ۲۶۲۶ نفر از جامعه ایرانی بررسی شد که نتایج به دست آمده حاکی از آنند که شیوع اختلال درد، اختلال ارگاسم زن و نارضایتی جنسی به ترتیب ۰/۹۵٪، ۰/۷۶٪، ۰/۷۸٪ می‌باشد. شیوع کمتر اختلالات نمونه حاضر شاید به علت دانشجو بودن و سطح تحصیلات بالای شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر باشد. طبق یافته‌ها شیوع اختلال عملکرد زنان از مردان بیشتر بود و این یافته با نتایج ناصحی و همکاران (۱۳۹۶) همسو بود. همچنین مشاهده شد که بیشترین اختلال عملکرد در زنان مربوط به اختلال تحریک با شیوع ۲۰/۸٪ و بیشترین اختلال در مردان اختلال میل با شیوع ۸/۳۳٪ می‌باشد. می‌توان طبق عقیده فروید پایین بودن میل جنسی را ناشی از حل نشدن تعارض‌های ادیپی در مرحله فالیک رشد روانی جنسی دانست. به عقیده او چنین مردانی به طور ناخودآگاه از تماس با دستگاه تناسلی زن می‌پرهیزند. به همین ترتیب زنان هم ممکن است دچار تعارضات رشدی حل نشده در این مرحله و مهار میل جنسی باشند. طبق بررسی تفاوت متغیرهای جمعیت‌شناختی در اختلالات عملکرد جنسی زنان و مردان، بین سطوح مختلف بیماری‌های زمینه‌ای در متغیر اختلال عملکرد جنسی تفاوت معناداری وجود دارد و بیشترین میزان میانگین، مربوط به افراد دارای بیماری دیابت بوده است. برای متغیر ورزش، با توجه به سطح معناداری که پایین تر از ۰/۰۵ است، در بین سطوح مختلف ورزش هفتگی در متغیر اختلال عملکرد جنسی زنان تفاوت وجود دارد و مشاهده می‌شود بیشترین میزان میانگین مربوط به افراد با میزان ورزش ۷ تا ۱۰ ساعت در هفته بوده است. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین افراد بدون ورزش روزانه با گروه‌های ۳ تا ۴ ساعت، ۵ تا ۶ ساعت و ۷ تا

1. Brief Index of Sexual Function for Women (BISF_W)

2. Sexual Function Questionnaire (SFQ)

3. Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS_W)

واقع افراد از نظر سطح عقلانیت با یکدیگر متفاوت هستند و همین مسئله باعث آسیب پذیری متفاوت افراد در برابر اختلالات روانی می شود.

برخی از روانشناسان، روابط جنسی را عامل اصلی بروز تعارضات زناشویی عنوان نموده اند و معتقدند ریشه تمام مشکلات زناشویی، بروز مشکل در روابط جنسی است. رفتار و روابط جنسی، مثل خوردن و آشامیدن، جزئی از نیازهای زندگی همه انسانها است و به عبارتی لازمه یک زندگی سالم است. هرگونه مشکل یا اختلالی که در فرآیند چرخه پاسخ جنسی رخ دهد که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه آن، عدم رضایت از رابطه جنسی شود می تواند اختلال در عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (دراگاتیس و بارنت، ۲۰۰۸). بروز مشکل در عملکرد جنسی اثرهای گوناگونی بر زندگی افراد دارد و روابط فردی و زندگی زناشویی را تحت تاثیر قرار می دهد. این مشکل بر حسب اختلال در میل جنسی و تغییرات روانی فیزیولوژیکی که مشخص کننده چرخه واکنش جنسی هستند عنوان می شوند و پریشانی بارز و مشکلات بین فردی را به دنبال دارد (دراگاتیس و بارنت، ۲۰۰۸). اسپنس^۲ (۱۹۹۱) عوامل سبب شناختی در اختلال های کنشی جنسی (عملکرد جنسی) را به دو دسته تقسیم کرده است: ۱- عواملی که مربوط به ویژگی های شخصی خود فرد می باشد. مانند آسیب شناسی روانی در فرد، احساس خستگی، کمی دانش جنسی، باورها و نگرش های نادرست فرد به مسائل جنسی. ۲- عوامل بیرونی و محیطی از جمله رخدادهای زندگی مانند ضربه های جسمی و روانی، واکنش همسر به اختلال کنشی جنسی و کیفیت کلی ارتباط زناشویی (علی اکبردهکردی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج یافته ها گویای شیوع اختلال کارکرد جنسی در دانشجویان بود. با توجه به آن که اختلالات کارکرد جنسی

زمینه ساز بسیاری از مشکلات اجتماعی بوده و کارکرد جنسی مطلوب نقش انکارناپذیری بر جنبه های مختلف زندگی دارد، برنامه ریزی مناسب آموزشی و درمانی از جمله مشاوره های قبل از ازدواج، آموزش مسائل جنسی، زوج درمانی و سکس تراپی با تکیه بر فرهنگ جامعه توصیه می شود. محدودیت های پژوهش حاضر این بود که به دلیل شیوع ویروس کرونا و بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس و آنلاین، باید در تعمیم نتایج پژوهش به کل دانشجویان احتیاط شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی می شود. همچنین نویسندگان اعلام می دارند که تضاد منافی بین آنها وجود ندارد و نیز با توجه به آن که مقاله تحت حمایت سازمان یا نهاد خاصی انجام نشده، تضاد منافی بین نویسندگان با سازمان حامی وجود ندارد.

منابع

بابازاده، شیدا؛ حبیبی، مجتبی؛ صادقی فیروزآبادی، وحید و گوهری درخشنده، ندا. (۱۳۹۹). بررسی ویژگی های روان سنجی شاخص بین المللی عملکرد نعوظی (IIEF) در مردان وابسته به مواد. روان شناسی کاربردی. ۱۴(۴) (پیاپی ۵۶)، ۴۳۵-۴۵۷.

علی اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۸۸). رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی. علوم رفتاری، ۴ (۳)، ۸۹-۱۹۹.

هالچین، ریچارد و کراس ویتبورن، سوزان. (۲۰۱۳). آسیب شناسی روانی: دیدگاه های بالینی درباره ی اختلالات روانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۵). تهران: روان.

Aliakbari, M., Heydarinasab, L., & Ghobadi, S. H. (2013). Surveying the relation between sexual performance and marital

¹. Derogates & Burnett

². Spence

Sexual Function Index in the Spanish population. *BMC Women's Health*, 21(1), 1-8.

Mazinani, R., AKBARI, M. M., Kaskian, A., & Kashanian, M. (2012). Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women." *Razi Journal of Medical Sciences*, 19(105): 59-66.

Mohammadi KH., Heidari M, Faghihzadeh S.(2008). The Female Sexual Function Index (FSFI): Validatio of The Iranian Version. *Payesh*, 7(3); 269-278.

Nasehi, A. A., Raisi, F., Ghaeli, P., Amini, M., Yahyavi, S. T., Arabkheradmand, J., ... & Abdi, F. (2017). Prevalence of sexual dysfunction among general population of Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(4).

Neijenhuijs, K. I., Hooghiemstra, N., Holtmaat, K., Aaronson, N. K., Groenvold, M., Holzner, B., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). The Female Sexual Function Index (FSFI)—a systematic review of measurement properties. *The journal of sexual medicine*, 16(5), 640-660.

Pakpour, A. H., Zeidi, I. M., Yekaninejad, M. S., & Burri, A. (2014). Validation of a translated and culturally adapted Iranian version of the International Index of Erectile Function. *Journal of sex & marital therapy*, 40(6), 541-551.

Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of counseling & Development*, 82(1), 58-68.

Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). B. J. Sadock, & V. A.

Sadock (Eds.). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins.

Sadock, B.J. Kaplan, HI. Sadock VA. (2005) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Ed10, Lippincott Williams & Wilkins.

Spence, J. T. (1991). Do the BSRI and PAQ measure the same or different concepts?. *Psychology of Women Quarterly*, 15(1), 141-165.

compatibility in married women. *Clinical Psychology and Personality*, 11(1), 87-98.

Babakhanian, M., Ghazanfarpour, M., Najafi, M. N., Dizavandi, F. R., Khadivzadeh, T., Safaei, M., & Nooghabi, M. J. (2018). Psychometric properties of the Persian language version of the Female Sexual Function index among postmenopausal women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 19(4), 187.

DeRogatis, L. R., & Burnett, A. L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*, 5(2), 289-300.

Dunn, K. M., Jordan, K., Croft, P. R., & Assendelft, W. J. J. (2002). Systematic review of sexual problems: epidemiology and methodology. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(5), 399-422.

Fakhri, A., Pakpour Haji Agha, A., Morshedi, H., Mohammadjafari, R., & Ghalambor Dezzfuli, F. (2011). Psychometric properties of Iranian version of female sexual function index. *Scientific Medical Journal*, 10(4).

Jiang, H., Wang, L., Zhang, Q., Liu, D. X., Ding, J., Lei, Z., ... & Pan, F. (2015). Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses. *Stress and Health*, 31(2), 166-174.

Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M., & Ghaemi, M. (2008). Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *The journal of sexual medicine*, 5(6), 1402-1410.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.

Levin, R. J., Both, S., Georgiadis, J., Kukkonen, T., Park, K., & Yang, C. C. (2016). The physiology of female sexual function and the pathophysiology of female sexual dysfunction (Committee 13A). *The journal of sexual medicine*, 13(5), 733-759.

Mansourian, S. M. K., & Fakhraei, S, S. (2008). Sociological analysis of spousal conflicts within families in Shiraz, The Journal of Women's Studies, The Journal of Women's Studies, 2(1), 75-113.

Mateu Arrom, L., Girabent-Farrés, M., González, M., Palou, J., Errando-Smet, C., & Ramírez-García, I. (2021). Development and validation of a short version of the Female



Prevalence of sexual dysfunction disorders in married students

Maedeh Farshi jalali^{1*}, Afshin Salahian², Hooman Namvar³

1) M.A. Department of Psychology, Science and Research Branch Islamic Azad University, Tehran, Iran

2) Assistant prof. Department of Psychology, Payame Noor, Tehran, Iran

3) Assistant prof, Department of Psychology, Saveh Branch Islamic Azad University, Saveh, Iran

Abstract

Sexual dysfunction is a common sexual problem that causes serious problems in the quality of individual and social life. Given the importance of sexual health, the aim of the present study was to determine the prevalence of sexual dysfunction in married students. The present study was descriptive (field finding). For this purpose, 608 married students of Islamic Azad University, North Tehran Branch, were surveyed using an accessible and voluntary method. The questionnaires for sexual dysfunction in women (FSFI) and men (IIEF) were used to collect data. The data were analyzed using one-way analysis of variance and SPSS version 26 software. The average number of sexual intercourses and the number of orgasms per month were higher in men than in women, and the lowest average was related to the desire subscale in both women and men. The prevalence of desire dysfunction was 14.82%, arousal dysfunction was 20.8%, wetness dysfunction was 73.9%, orgasm dysfunction was 15.16%, satisfaction dysfunction was 48.17%, pain dysfunction was 58.15%, and the overall prevalence of female sexual dysfunction was 7.42%. The results also showed that the overall prevalence of dysfunction in men was 77.5%. Considering that sexual dysfunction is the basis of many social problems and that desirable sexual function has an undeniable role in various aspects of life, appropriate educational and therapeutic planning, including premarital counseling, sexual education, couples therapy, and sex therapy, is recommended based on the culture of the community.

Keywords: Sexual dysfunction, sexual health, orgasm
