

کند و یا موجب طلاق و جدایی زن و شوهر شود (۸، ۹).
با توجه به اثرات منفی اختلال عملکرد جنسی در زنان و عوارض ناشی از آن بر خانواده و جامعه، پیشگیری و درمان آن از وظایف اعضای تیم بهداشتی به ویژه پزشکان و ماماها بوده و آنان باید از فراوانی مشکل در جامعه‌ای که ارائه خدمت می‌کنند آگاه باشند تا بتوانند با به‌کارگیری تدابیری مناسب نسبت به رفع یا کاهش مشکل زنان و خانواده در این زمینه اقدام کنند، با توجه به مطالعات محدود در جامعه ما، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی اختلال عملکرد جنسی زنان و عوامل باروری مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بود تعداد نمونه در این پژوهش با توجه به شیوع اختلال عملکرد جنسی ۴۰ درصد (استخراج شده از مطالعات لومن و همکاران در آمریکا و شکرالهی در شهر تهران) ۸۶۴ نفر برآورد شد که در عمل تعداد به ۸۹۹ نفر رسید (۱۰، ۱۱). روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای صورت گرفته است بدین صورت که طبق تقسیمات شهرداری ساری به چهار قسمت تقسیم شده که شامل قسمت شمالی، جنوبی، شرقی و غربی می‌باشد. در قسمت شمالی مراکز بهداشتی درمانی شماره ۲، ۱۱، ۱۲ و در قسمت جنوبی مراکز بهداشتی درمانی شماره ۸، ۷، ۳، ۵ و در قسمت شرقی مراکز بهداشتی شماره ۱۰، ۶، ۴ و در قسمت غربی مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱۳، ۹، ۱ واقع شده است و شامل چهار پایگاه می‌باشد که پایگاه شماره ۱ مربوط به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۷ و پایگاه شماره ۲ مربوط به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۴ و پایگاه شماره ۳ مربوط به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۵ و پایگاه شماره ۴ مربوط به مرکز بهداشت شماره ۱۰ می‌باشد. از هر ناحیه به صورت قرعه‌کشی یک مرکز بهداشتی درمانی که مجموعاً چهار مرکز انتخاب گردید و از هر مرکز ۲۲۵ نمونه جمع‌آوری شد

برخوردار است به‌طوری که ۵۰-۳۰ درصد زنان کشورهای توسعه یافته از آن رنج می‌برند و رابطه زناشویی آن‌ها تحت تأثیر این مسئله مهم قرار می‌گیرد (۲). فعالیت جنسی تحت تأثیر خود فرد، روابط اولیه، خانواده، اجتماع و فرهنگ، پیچیدگی محیط، تاریخچه جنسی خود و همسر، ارتباطات گذشته، وضعیت سلامت روانی، مشکلات طبی اخیر و وضعیت هورمونی قرار می‌گیرد (۳). اختلال فعالیت جنسی در زنان بسیار شایع و در هر شرایط سنی، فرهنگی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بروز می‌کند و به‌طور وسیع بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی و ارتباط با همسر تأثیر می‌گذارد (۴). نتایج مطالعه انجام شده بر روی ۱۶۳ زن متأهل ۶۵-۱۸ ساله در مالزی نشان داد که شیوع اختلال عملکرد جنسی ۲۵/۸ درصد بوده است که میزان اختلال در میل جنسی ۳/۳۹، اختلال تحریک ۸/۲۵ درصد، اختلال در لوبریکاسیون ۵/۲۱ درصد، اختلال در ارگاسم ۶/۱۶ درصد و درد جنسی ۶/۱۶ درصد بود (۵).
تحقیق دیگری بر روی ۵۰۴ خانم ۵۲-۱۸ ساله کره‌ای انجام شد شیوع اختلال عملکرد جنسی ۱/۴۳ درصد گزارش کرد که اختلال در میل جنسی ۴۴ درصد، اختلال در تحریک ۴۹ درصد، اختلال در لوبریکاسیون ۳۷ درصد، اختلال در ارگاسم ۳۲ درصد و درد جنسی ۶/۳۴ درصد بوده است که در این مطالعه اختلال عملکرد جنسی با سن، افسردگی و سابقه سوء استفاده جنسی ارتباط داشته است (۶).

در مطالعه‌ای که توسط باکویی و همکاران سال ۱۳۸۵ روی ۳۱۸ زن متأهل شهرستان بابل انجام دادند اختلال در تمایل (۴/۴۸ درصد)، اختلال تحریک (۳/۴۰ درصد)، درد حین نزدیکی (۸/۱۹ درصد)، اختلال در ارگاسم (۶/۱۸ درصد) و مشکل در خیس شدن (۲/۱۲ درصد) بود (۷). اختلال عملکرد جنسی به هر علتی که ایجاد شود موجب پایین آمدن کیفیت زندگی و نارضایتی از روابط با دیگران می‌شود عدم رضایت از رابطه جنسی ممکن است مشکلاتی از قبیل افسردگی برای فرد ایجاد

و نمونه‌گیری در مراکز یاد شده در تمام روزهای هفته به‌جز جمعه به‌صورت مستمر انجام شد. مدت نمونه‌گیری به مدت چهار ماه از بهمن ۱۳۸۴ تا پایان اردیبهشت ۱۳۸۵ به‌طول انجامید. در این پژوهش افرادی که مبتلا به بیماری جسمی و روانی شناخته شده، مصرف هر نوع داروی خاص که ممکن است بر روی فعالیت جنسی تاثیر بگذارد، سابقه جراحی زنان، زنانی که کمتر از ۲ ماه از تاریخ زایمان آن‌ها گذشته بود، دوری از همسر به دلایل مختلف و داشتن دو همسر وارد مطالعه نشدند. روش گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه و ابزار پرسشنامه بود. پرسشنامه شامل دو قسمت که قسمت اول شامل مشخصات زمینه‌ای و عوامل مورد بررسی و قسمت دوم آن شامل پرسشنامه استاندارد FSFI (Femal Sexual Function Index) بود (۱۲). این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال بوده که سوال ۱-۲ در مورد میل جنسی، سوال ۳-۵ در مورد تحریک، سوال ۶-۸ در مورد لوبریکاسیون، سوال ۹-۱۱ در مورد ارگاسم و سوال ۱۲-۱۳ در مورد رضایت جنسی بود و سوال ۱۴ در زمینه رضایت از زندگی خانوادگی و سوالات ۱۵-۱۷ در رابطه با درد جنسی بوده است. کلیه سوالات این پرسشنامه چند گزینه‌ای بوده و نمره کلی به‌دست آمده از مجموع سوالات مربوط به عملکرد جنسی (میل جنسی، تحریک، لوبریکاسیون، ارگاسم) و درد جنسی (حداقل نمره ۲ و حداکثر ۷۰) بود و حد میانه ۵۹ به‌دست آمد. نمره مساوی و بالاتر از ۵۹ بدون اختلال عملکرد و نمره کمتر از ۵۹ دارای اختلال عملکرد جنسی تقسیم‌بندی شد. برای هر یک از مراحل جنسی نیز جداگانه حد میانه محاسبه شد حد میانه میل جنسی نمره ۷ بود و (حداقل نمره ۲ و حداکثر نمره ۱۰). نمره پایین‌تر از ۷ دارای اختلال میل جنسی محسوب شد. حد میانه اختلال تحریک نمره ۱۳ بود (حداقل نمره ۰ و حداکثر ۱۵). نمره پایین‌تر از ۱۳ دارای اختلال تحریک محسوب شد. حد میانه لوبریکاسیون نمره ۱۵ بود (حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۵). نمره پایین‌تر از ۱۵

دارای اختلال لوبریکاسیون محسوب شد. حد میانه ارگاسم نمره ۱۳ بود (حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۵). نمره پایین‌تر از ۱۳ دارای اختلال ارگاسم محسوب شد. حد میانه درد جنسی نمره ۱۵ بود (حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۵). نمره پایین‌تر از ۱۵ دارای درد جنسی محسوب شد. برای تعیین میزان رضایت جنسی اگر فرد نمره ۳-۱ کسب کرده ناراضی، ۶-۴ بی‌نظر و ۹-۷ راضی محسوب شد. این پرسشنامه در ایران در مطالعات گوناگون توسط محققینی از جمله شکرالهی و همکاران (۱۳۷۸) و باکویی و همکاران (۱۳۸۵) استفاده شد (۱۱،۷) برای هر یک از نمونه اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد و آن‌ها در رد یا قبول مشارکت در مطالعه آزاد بودند. با توجه به اهداف پژوهش برای کسب اعتماد علمی از روش آزمون مجدد که ضریب همبستگی آن ۰/۸ درصد بوده است و جهت اعتبار آن توسط چند تن از اعضای هیئت علمی مجرب در زمینه روانپزشکی زنان و مامایی بررسی و اصلاحات جزئی با توجه به نظرات آنان داده شد. اطلاعات به دست آمده به صورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی تنظیم شد و با استفاده از نرم افزار SPSS و تست‌های آماری کای دو و t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۸۹۹ زن متاهل ۳۵-۱۶ ساله شرکت کردند که میانگین سنی آن‌ها $61/06 \pm 28/37$ و میانگین سنی همسرانشان $66/69 \pm 32/7$ بوده است که از بین این زنان ۷۸/۳ درصد خانه دار و بقیه شاغل بودند. در این مطالعه ۴۰۶ (۴۵/۲ درصد) دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. که بیشترین شیوع برحسب هر یک از موارد به ترتیب، اختلال درد جنسی (۴۷/۳ درصد)، اختلال ارگاسم (۴۲/۷ درصد)، اختلال لوبریکاسیون (۳۹/۸ درصد)، اختلال میل جنسی (۳۹/۶ درصد) و اختلال تحریک (۳۵/۵ درصد) بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی اختلال عملکرد جنسی بر حسب اجزاء عملکرد جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساری

اختلال عملکرد جنسی	اجزاء عملکرد جنسی	میل جنسی	تحریک	لوپریکاسیون	ارگاسم	درد جنسی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بلی	۳۵۶ (۳۹/۶)	۳۱۹ (۳۵/۵)	۳۵۸ (۳۹/۸)	۳۸۴ (۴۲/۷)	۴۲۵ (۴۷/۳)	
خیر	۵۴۳ (۶۰/۴)	۵۸ (۶۴/۵)	۵۴۱ (۶۰/۲)	۵۱۵ (۵۷/۳)	۴۷۴ (۵۲/۷)	
جمع	۸۹۹ (۱۰۰)	۸۹۹ (۱۰۰)	۸۹۹ (۱۰۰)	۸۹۹ (۱۰۰)	۸۹۹ (۱۰۰)	
سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	

اختلال در تحریک، ۵۹/۱ درصد اختلال در ارگاسم، ۵۰/۴ درصد اختلال در خیس شدن واژن بود (۱۴).

بنابر آنچه که ذکر شد مشخص می گردد که اختلال عملکرد جنسی در زنان در جوامع مختلف بالا بوده و این امر نیازمند توجه به این مهم می باشد زیرا که

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلال عملکرد جنسی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای مورد بررسی

متغیر	اختلال عملکرد جنسی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	سطح معنی داری
سن اولین قاعدگی				
≤ ۱۳		۳۲۵ (۵۹/۹)	۲۱۸ (۴۰/۱)	*، ۰/۰۰۱
≥ ۱۴		۱۶۸ (۳۷/۲)	۱۸۸ (۵۲/۸)	
تعداد حاملگی				
۰		۱۷ (۵۱/۵)	۱۶ (۴۸/۵)	
۱		۲۴۵ (۵۷/۵)	۱۸۱ (۴۲/۵)	۰/۳۲۴
۲		۳۵ (۵۲/۷)	۲۱ (۳۷/۳)	
۳		۶۱ (۵۰/۴)	۶۰ (۴۹/۶)	
≥ ۴		۳۵ (۵۵/۶)	۲۸ (۴۴/۴)	
فاصله بین دو قاعدگی				
≤ ۲۰		۱ (۲۵/۱)	۳ (۷۵/۳)	۰/۹۷۷
۲۱-۳۵		۴۴۶ (۵۵/۵)	۳۵۸ (۴۴/۵)	
≥ ۳۶		۴۶ (۵۰/۵)	۴۵ (۴۹/۵)	
طول مدت خونریزی قاعدگی				
≤ ۲		۱ (۵۰/۱)	۱ (۵۰/۱)	۰/۰۶
۳-۷		۴۶۱ (۵۵/۶)	۳۶۸ (۴۴/۴)	
≥ ۸		۳۱ (۴۵/۶)	۳۷ (۵۴/۴)	
روش جلوگیری از بارداری				
طبیعی		۱۶۵ (۵۹/۱)	۱۱۴ (۴۰/۹)	
کاندوم		۱۴۸ (۵۵/۱)	۱۲۱ (۴۵/۱)	
قرص جلوگیری		۱۰۴ (۵۰/۷)	۱۰۱ (۴۹/۳)	
بستن لوله در زن		۲۴ (۴۸/۱)	۲۶ (۵۲/۲)	۰/۵۱۳
بستن لوله در مرد		۲ (۵۰/۵)	۲ (۵۰/۲)	
قرص شیردهی		۱۰ (۵۲/۶)	۹ (۴۷/۴)	
آمپول		۴ (۳۳/۳)	۸ (۶۶/۷)	
IUD		۲۸ (۵۸/۳)	۲۰ (۴۱/۷)	
بدون جلوگیری		۱ (۶۱/۵)	۵ (۳۸/۵)	
ترس از حاملگی				
بلی		۱۶۴ (۴۹/۷)	۱۶۶ (۵۰/۳)	*، ۰/۰۰۱
خیر		۳۲۹ (۵۷/۸)	۲۴۰ (۴۲/۲)	

* تفاوت معنی دار است.

در این مطالعه اکثریت زنان (۸۹/۸ درصد) اظهار داشتند که از زندگی جنسی خود راضی و ۲/۴ درصد ناراضی و ۷/۸ درصد بی نظر بودند. رضایت جنسی نقش مهمی در تداوم زندگی زناشویی دارد و هم چنین ۹۲/۴ از زندگی مشترک خودشان راضی بوده و ۷/۶ درصد ناراضی بودند.

یافته‌ها نشان دادند که فراوانی اختلالات جنسی با سن اولین قاعدگی و ترس از حاملگی ارتباط معنی دار داشته است اما با تعداد حاملگی، فاصله بین دو قاعدگی، طول مدت خونریزی و روش پیشگیری از بارداری ارتباط معنی داری نداشته است (جدول شماره ۲).

بحث

فراوانی اختلال عملکرد جنسی در جمعیت مورد مطالعه ۴۵/۲ درصد بوده است که بر حسب هر یک از حیطه‌ها به ترتیب اختلال درد جنسی ۴۷/۳ درصد، اختلال ارگاسم ۴۲/۷ درصد، اختلال لوپریکاسیون ۳۹/۸ درصد، اختلال میل جنسی ۳۹/۶ درصد و اختلال تحریک ۳۵/۵ درصد بوده است. نتایج مطالعه‌ای در ترکیه شیوع اختلال عملکرد جنسی را ۴۸/۳ درصد نشان داد که ۴۸/۳ درصد اختلال در تمایل، ۳۵/۹ درصد اختلال در تحریک، ۴۰/۹ درصد اختلال در لوپریکاسیون ۴۲/۷ درصد اختلال در ارگاسم و ۴۲/۹ درصد درد حین نزدیکی بیان شد (۱۳). همچنین نتایج مطالعه انجام شده بر ۲۳۰ زن متأهل ۷۰-۱۸ ساله در مالزی نشان داد که شیوع اختلال عملکرد جنسی ۶۲/۹ درصد بود که میزان اختلال در هر یک از حیطه‌ها به ترتیب ۶۷/۸ درصد درد حین نزدیکی، ۶۰/۹ درصد

تداوم اختلال عملکرد جنسی خانواده را با خطرات جدی جسمی - روانی مواجهه نمود. در مطالعه حاضر اختلال عملکرد جنسی با سن اولین قاعدگی ارتباط معنی داری داشته است به طوری که بیشترین درصد اختلال (۵۲/۸ درصد) در افرادی که سن اولین قاعدگی آن‌ها بیشتر و مساوی ۱۴ سال بوده می‌باشد. در زنانی که سن اولین قاعدگی آن‌ها بالا بوده مشکلات قاعدگی در آنان بیشتر بوده که علت آن مشکلات هورمونی می‌باشد که این مشکلات در ایجاد اختلال عملکرد جنسی هم نقش مؤثر داشته است. در بررسی ارتباط وجود اختلال عملکرد جنسی فاصله بین دو قاعدگی یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین فراوانی اختلال (۷۵ درصد) مربوط به زنانی است که فاصله بین دو قاعدگی آن‌ها کمتر و مساوی ۲۰ روز بوده و میانگین فاصله بین دو قاعدگی در افراد بدون اختلال ۲۹/۷۲ و در افراد دارای اختلال ۲۹/۷۳ روز بود و نتایج آزمون آماری تی ارتباط معنی داری را بین دو متغیر نشان نداد مطابق با یافته‌های فوق اصغری رودسری و دیگران (۲۰۰۵) ارتباط معنی داری بین طرح الگوی قاعدگی و اختلال عملکرد جنسی نیافته‌اند (۱۵). نتایج بررسی ارتباط وجود اختلال عملکرد جنسی و طول مدت خونریزی نشان داد که بیشترین فراوانی اختلال (۵۴/۴ درصد) مربوط به گروهی که طول مدت خونریزی آن‌ها بیشتر و مساوی ۸ روز بوده، می‌باشد میانگین طول مدت خونریزی در افراد بدون اختلال ۶/۵۱ و در افراد دارای اختلال ۶/۳۳ روز بوده است نتایج آماری ارتباط معنی داری را بین این دو متغیر نشان نداد. یافته‌ها در بررسی ارتباط وجود اختلال عملکرد جنسی و تعداد حاملگی ارتباط معنی داری را نشان نداد. به طوری که بیشترین درصد اختلال (۴۹/۶ درصد) در گروهی که حاملگی سه یا بیشتر داشتند بوده و میانگین تعداد حاملگی در افراد بدون اختلال ۱/۷۴ و در افراد دارای اختلال ۱/۸۲ بوده است. برخلاف یافته فوق انجمن اورولوژی دانشگاه مرسین ترکیه ارتباط معنی داری بین اختلال عملکرد جنسی و تعداد حاملگی یافته است (۱۶). یافته‌ها در رابطه

با ارتباط بین اختلال عملکرد جنسی و روش جلوگیری از بارداری ارتباط معنی داری را نشان نداد. در همین راستا انجمن اورولوژی دانشگاه مرسین ترکیه و اصغری رودسری ارتباط معنی داری بین این دو متغیر نیافته‌اند. در مطالعه دیگری در ترکیه انجام شد بین اختلال عملکرد جنسی و استفاده از روش پیشگیری از بارداری ارتباط مهمی وجود داشته است (۱۷). شاید یکی از دلایل آن باشد که استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری موجب رهایی از ترس حامله شدن و در نتیجه افزایش رضایت جنسی گردد. یافته‌ها در بررسی ارتباط وجود اختلال عملکرد جنسی و ترس از حاملگی به هنگام نزدیکی نشان داد که بیشترین درصد اختلال (۵۰/۳ درصد) مربوط به گروهی که به هنگام نزدیکی ترس از حاملگی دارند بوده است. نتایج آزمون آماری کای دو، ارتباط معنی داری را بین این دو متغیر نشان داد. به طوری که ترس از بارداری باعث ایجاد مشکلاتی در مراحل زناشویی و هماهنگی روابط جنسی می‌شود و بیشتر خانم‌ها از رابطه جنسی دوری می‌کنند. به طوری که والوینز یکی از عوامل مهم مشکلات جنسی در زنان را نگرانی از بارداری هنگام نزدیکی عنوان کرده است (۱۸). استرس می‌تواند بر علاقه فرد به فعالیت جنسی تأثیر گذاشته و اختلالاتی را موجب شود که اگر زنان در دوران باروری در مورد سیکل قاعدگی و زمان تخمک گذاری و هم چنین روش‌های مناسب برای پیشگیری از بارداری آگاه باشند از رابطه جنسی با همسرانشان امتناع نکرده و مشکلی هم در زندگی زناشویی آن‌ها پیش نخواهد آمد این مسئله اهمیت فراهم کردن اطلاعات لازم برای زنان در مورد فعالیت جنسی را آشکار می‌سازد. با توجه به نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌شود که مشاوره و آموزش مسائل جنسی باید به عنوان یکی از مراقبت‌های بهداشتی زنان محسوب گردد تا زوجین با مراجعه به چنین مراکزی قبل از شروع زندگی مشترک در زمینه انتخاب صحیح، توسعه روابط بین فردی زوجین و گسترش تعاملات و مهارت‌های زندگی مورد مشاوره و آموزش قرار گیرند.

سیاسگزاری

علوم پزشکی مازندران و کلیه کارکنان مراکز بهداشتی
درمانی شهر ساری سیاسگزاری می شود.

در انتها از کلیه همکارانی که در انجام این پژوهش
مساعدت نمودند خصوصاً معاون پژوهشی دانشگاه

References

- Kadri, N, Mchichi Alami, K. H, Mchakra Tahiri, S, (2002). Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study, Archives of women's mental health, 5, 5963.
- Wells, Dian et al, 2000, Caring for sexual: try in health and illness. 1th ed, Edinburg, charchill Livingston, 195.
- Fourcroy JL. Female sexual dysfunction: potential for pharmacotherapy. Drugs 2003; 63(14): 1445-57.
- Abarbanel J, Rabinerson D. sexual dysfunction in women. Harefuah 2004; 143(6): 426-31, 461, 462.
- Ishak IH, low wy, Othman S. prevalenc, Risk factors and predictors of female sexual Dysfunction in a primary care setting: A survey finding. J sex med 2010: 25.
- Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick Js, Sonh. The prevalence and risk factors of sexual dysfunction in young Korean women: an internet-based survey. J sex me 2008; 5(7): 1694-701.
- Bakoei F, Omidvar SH, Nasiri F. Married Female sexual dysfunction and relative factors in Babol city (1385). Babol medical science journal 1386; 9 (4): 59-64.
- Bovyd M. Psychiatric Nursing, conternporary practice 2th ed, NewYork: lippincott, 2002.
- Young M et al. correlates of sexual satisfaction in marriage canadiany of Human sexuality. 1998; 7, 115-118.
- Lauman, E.O, Anthony Paik, Rosen, R. Sexual dysfunction in the united states. JAMA 1999; 281(6): 537-544.
- Shokrollahi M, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei Gh. prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. Journal of sex & marital therapy, 1999, 25, 211 – 215.
- Kian A et al. 1386. Denforths gynecology. Tehran. Golban. 1st, 892-894.
- Oksuz E, Malhan S. prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. Juro 2006; 175(2): 654-8.
- Sidi H, puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. The Journal of sexual medicin 2001; 4(2): 311-21.
- Asghari Roodsari A, Khademi A, Akbari Hamed E, Tabatabaiifar L, Alleyassin A, Female sexual dysfunction in married medical students. MJM, 2005, 8(2), 104-8.
- Department of urology, university of mersin school of medicine, Mersin. Turkey. the prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int. 72, 1, 52-70.
- Aslan E, Bejink, Gungor I, Kadioglu A, Dikoncik BK. Prevalence and risk factors for lowsexual function in women a study of 1009 women in a outpatient clinic of a university hospital in Stanbul. J sex med, 2008; 5(12): 2:73-4.

18. Wallwiener CW, Walwiener, Lm, seeger H, Muck Ao, Bitzery, wallwiener M. prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female german medical students. J sex Med 2019 7(6): 2139-48.

Archive of SID