Volume 25, Issue 2 (March- April 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Comparison of sexual function in married women with acute lumbar disc herniation versus those with a history of discectomy: A cross-sectional study

Zahra Moradi[1], Shadab Shahali[2*], Fazlollah Ahmadi[3], Ali Montazeri[4]

1. Department of Midwifery, School of Nursing, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran
2. Department of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares Univesity, Tehran, Iran
3. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
4. Health Metrics Research Center, Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Received: 18 July 2025
Accepted for publication: 17 May 2025
[EPub a head of print- 12 April 2026]
Payesh: 2026; 25(2): 239- 247

Abstract

Objective (s): Lumbar disc herniation is one of the most prevalent musculoskeletal disorders during reproductive age and can significantly affect not only physical functioning but also sexual health. Despite the notable prevalence of sexual dysfunction among this population, most previous studies have primarily focused on men and investigated changes in sexual function before and after discectomy surgery. This study aimed to compare sexual function in women with acute lumbar disc herniation without prior surgical history to those who had undergone discectomy.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in 2023 in Fasa, Iran. A total of 190 married women of reproductive age were enrolled using non-random convenience sampling based on predefined inclusion criteria. The participants were divided into two equal groups: 95 women with acute lumbar disc herniation and 95 with a history of discectomy surgery. Data were collected using a demographic questionnaire, Visual Analog Scale (VAS) for pain, and the Female Sexual Function Index (FSFI), and analyzed using SPSS software.

Results: The overall prevalence of sexual dysfunction in the study population was 87.4%. There were no statistically significant differences between the two groups in terms of total FSFI scores, prevalence of dysfunction across different sexual domains, frequency of monthly sexual intercourse, or intensity of low back pain. However, the discectomy group differed significantly in educational level, income, duration of illness, and severity of disc herniation compared to the non-surgical group.

Conclusion: The findings indicate that a history of discectomy surgery does not lead to improvements in sexual function among women with lumbar disc herniation. These results underscore the importance of a multidimensional approach to sexual health in the management of women with lumbar disc disease.

Keywords: Female sexual function, lumbar disc herniation, discectomy surgery, chronic pain

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]

* Corresponding author: Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares Univesity, Tehran, Iran
E-mail: shadab.shahali@modares.ac.ir

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

مقایسه عملکرد جنسی زنان متأهل مبتلا به فتق دیسک کمر حاد با عملکرد جنسی زنان با سابقه جراحی دیسکتومی: یک مطالعه مقطعی

زهرا مرادی[۱]، شاداب شاه علی[۲*]، فضل اله احمدی[۳]، علی منتظری[۴]

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
۲. گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۳ فروردین ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۲۴۷- ۲۳۹ :(۲)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: فتق دیسک کمر، به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات اسکلتی- عضلانی در سنین باروری، نه‌تنها عملکرد فیزیکی، بلکه ابعاد جنسی زندگی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. به رغم شیوع قابل توجه اختلال عملکرد جنسی در این گروه، اغلب مطالعات گذشته معطوف به مردان و تمرکز یافته بر تغییرات عملکرد جنسی پیش و پس از جراحی دیسکتومی بوده‌اند. این پژوهش با هدف مقایسه عملکرد جنسی زنان مبتلا به فتق دیسک حاد کمری بدون سابقه جراحی قبلی با زنانی که سابقه جراحی دیسکتومی داشته‌اند، طراحی شد.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۴۰۲ در شهر فسا انجام شد. ۱۹۰ زن متأهل در سنین باروری (۹۵ نفر با فتق دیسک کمری حاد و ۹۵ نفر با سابقه جراحی دیسکتومی) به‌صورت مبتنی بر معیارهای ورود و غیر تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی، شدت درد (VAS) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) گردآوری و با نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها: شیوع اختلال عملکرد جنسی در کل جمعیت مورد بررسی ۸۷/۴ درصد بود. هیچ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر نمره کلی عملکرد جنسی، فراوانی اختلال در ابعاد مختلف جنسی، دفعات رابطه جنسی ماهیانه و شدت کمردرد گزارش نشد. با این حال، گروه دارای سابقه جراحی دیسکتومی در متغیرهایی نظیر سطح تحصیلات، درآمد، مدت ابتلا، و شدت فتق دیسک با گروه بدون جراحی تفاوت معنادار داشتند.

نتیجه گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که سابقه جراحی دیسکتومی منجر به بهبود در عملکرد جنسی در زنان مبتلا به فتق دیسک کمری نمی‌شود. این مسئله لزوم توجه چندبعدی به سلامت جنسی در مدیریت بیماران مبتلا به دیسکوپاتی کمری، به‌ویژه در زنان، را مورد تأکید قرار می‌دهد.

کلیدواژه ها: عملکرد جنسی زنان، فتق دیسک کمر، عمل جراحی دیسکتومی، درد مزمن

کداخلاق: IR.MODARES.REC.1401.168

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه بهداشت باروری و مامایی
E-mail: shadab.shahali@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]

مقدمه

ستون فقرات کمری از پنج مهره و دیسک‌های بین‌مهره‌ای تشکیل شده که نقش کلیدی در پایداری و تحرک ناحیه پایین کمر ایفا می‌کنند. فتق دیسک زمانی رخ می‌دهد که لایه بیرونی دیسک بین‌مهره‌ای دچار پارگی شده و ماده ژل‌مانند درونی آن به بیرون نشت می‌کند. این فرآیند می‌تواند سبب فشردگی یا تحریک ریشه‌های عصبی مجاور گردد و به دنبال آن درد، بی‌حسی، ضعف عضلانی و اختلال در عملکرد فیزیکی ایجاد شود [۳-۱].

از جمله پیامدهای کمتر مورد توجه این اختلال، تأثیر آن بر عملکرد جنسی است که یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی افراد محسوب می‌شود [۳]. بروز علائم دردناک مانند کمردرد، درد اندام تحتانی، و همچنین عوارض دارویی ناشی از مصرف مُسکن‌ها می‌توانند عملکرد جنسی را مختل کنند [۴،۵]. شیوع این بیماری حدود ۵ تا ۲۰ مورد در هر ۱۰۰۰ نفر بزرگسال در سال است و عمدتاً در دهه سوم تا پنجم زندگی رخ می‌دهد؛ دوره‌ای که بسیاری از زوج‌ها از نظر جنسی فعال هستند[۶].

با وجود شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در افراد مبتلا به فتق دیسک کمری، تمرکز بیشتر مطالعات گذشته بر جمعیت مردان بوده و زنان کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند [۷]. به نظر می‌رسد که انتظارات فرهنگی و اجتماعی در مورد نقش جنسی مردان، در کنار ترجیحات بالینی، موجب شده تا مشکلات جنسی در زنان مبتلا کمتر شناسایی و مدیریت شوند، در حالی که شواهد حاکی از شیوع بالاتر اختلال عملکرد جنسی در میان زنان مبتلا به دیسکوپاتی است [۱،۸]. مطالعات نشان داده‌اند که زنان با فتق دیسک کمری در تمامی ابعاد عملکرد جنسی نمرات پایین‌تری کسب می‌کنند[۹] بیشتر پژوهش‌ها تاکنون بر مقایسه عملکرد جنسی قبل و بعد از جراحی دیسکتومی تمرکز داشته‌اند و نرخ اختلال عملکرد جنسی را در بازه‌ای بین ۲۶/۶ تا ۸۰ درصد گزارش کرده‌اند [۱۵-۹، ۱،۳،۴]. همچنین، برخی از مطالعات پیگیرانه بهبود عملکرد جنسی در بلندمدت پس از جراحی را ناکافی دانسته‌اند[۱۶]. با توجه به اینکه اختلال عملکرد جنسی در میان زنان مبتلا به دیسکوپاتی کمری نسبت به مردان شیوع بیشتری دارد [۱،۸] و از سوی دیگر پژوهشی که عملکرد جنسی زنان مبتلا به فتق دیسک کمری حاد را با زنان دارای سابقه جراحی دیسکتومی مقایسه کرده باشد تاکنون انجام نشده است، این مطالعه با هدف پر کردن این شکاف علمی طراحی شد. هدف آن، بررسی و مقایسه عملکرد جنسی زنان مبتلا به فتق دیسک کمری حاد با زنان دارای سابقه جراحی دیسکتومی است.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۴۰۲ در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام شد. این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران با کد اخلاق: IR.MODARES.REC.1401.168، تصویب شده است. نمونه ای از زنان در سن باروری که ابتلای آنها به فتق دیسک ستون فقرات کمری، به وسیله تصویربرداری رزونانس مغناطیسی تأیید شده بود، انتخاب شدند. به این ترتیب که محقق به مراکز تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) در فسا حضور یافت و لیستی از زنان در سن باروری که در سال گذشته MRI انجام داده بودند و ابتلا به فتق دیسک کمر آنها تایید شده بود، تهیه کرد. همین طور به دفتر مدارک پزشکی بیمارستان ولی عصر مراجعه شد و لیستی از زنانی که در طی ۵ سال اخیر عمل جراحی دیسکتومی انجام داده بودند تهیه گردید. سپس محقق با زنان تماس گرفت، توضیحات لازم را در مورد پژوهش و اهداف آن، به آنها ارائه داد. زنانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی وارد مطالعه شدند. بر اساس معیارهای ورود به مطالعه زنان متأهل با ملیت ایرانی، زنان با فتق دیسک کمری حاد که طی یک سال اخیر MRI انجام داده و تشخیص قطعی برای آنان ثبت شده بود، زنان با سابقه جراحی دیسکتومی در پنج سال گذشته (طبق اطلاعات پرونده‌های بیمارستانی) دارای توانایی خواندن و نوشتن، سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال، متأهل با داشتن رابطه جنسی در شش ماه گذشته، نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای مؤثر بر عملکرد جنسی طبق گزارش خود فرد، عدم مصرف هرگونه داروی مؤثر بر عملکرد جنسی، عدم ابتلا به ناتوانی جنسی همسر و عدم بارداری یا شیردهی در زمان مطالعه به مطالعه وارد شدند. در صورت عدم تکمیل پرسشنامه های مطالعه، زنان از مطالعه حذف شدند. همه زنان فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. با توجه به گزارش‌های موجود مبنی بر شیوع حدود ۶۶ درصدی[۱۲،۱۳،۱۶] اختلال عملکرد جنسی در میان زنان مبتلا به دیسک کمر، سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، و در نظر گرفتن ۱۰ درصد احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه نهایی برای هر گروه ۹۵ نفر برآورد شد (در مجموع ۱۹۰ نفر). این حجم نمونه برای مقایسه دو

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]

میانگین مستقل و آزمون فرضیه بر اساس توزیع نرمال تخمین زده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱-پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل: سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سوابق مامایی مانند مدت ازدواج، تعداد بارداری، تعداد زایمان و مواردی مربوط به ویژگی‌های فتق دیسک مانند مدت زمان ابتلا به فتق دیسک کمر، محل فتق دیسک و شدت فتق دیس و تعداد فتق دیسک.

۲-مقیاس دیداری سنجش درد (VAS) برای ارزیابی شدت کمردرد در یک ماه گذشته. این یک مقیاس ۱۰ امتیازی است که در آن ۰ نشان دهنده عدم وجود درد و ۱۰ نشان دهنده بالاترین سطح درد است [۱۷].

۳- شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI). این مقیاس عملکرد جنسی زنان در ماه گذشته را محاسبه می کند و شامل ۱۹ گویه می باشد که عملکرد جنسی زنان را در۶ حوزه میل (گویه های ۱و ۲)، برانگیختگی(گویه های ۶- ۳)، رطوبت(گویه های ۱۰-۷)، ارگاسم (گویه های ۱۳-۱۱)، رضایتمندی جنسی(گویه های ۱۶-۱۴) و درد جنسی (گویه های ۱۹-۱۷) می سنجد. ارزیابی از طریق طیف لیکرتی است. نمرات در نظر گرفته شده برای گویه های حوزه میل و رضایتمندی جنسی (۵-۱)، حوزه تهییج جنسی، رطوبت، ارگاسم و درد (۵-۰) است. نمره صفر به معنی عدم فعالیت جنسی در ۴ هفته گذشته است [۱۸]. حیطه میل جنسی شامل ۲ گویه است که نمرات آن از ۱/۲ تا ۶ متغیر است. حیطه برانگیختگی شامل ۴ گویه و نمرات آن از ۰ تا ۶ متغیر است. چهار گویه حیطه رطوبت را تشکیل می‌دهند که نمرات آن از ۰ تا ۶ متغیر است. حیطه ارگاسم شامل ۲ گویه است. نمرات این حیطه از ۰ تا ۶ متغیر است. حیطه رضایت شامل ۳ گویه است. نمرات این حیطه از ۰/۸تا ۶ است. حیطه درد شامل ۳ گویه است و نمرات این حیطه از ۰ تا ۶ متغیر است [۱۹]. جهت هم وزن کردن نمره حوزه ها با یکدیگر، نمرات حاصل از گویه های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد عامل ثابت ضرب می شود. نمره حیطه میل در عدد ۰/۶، نمره حیطه تهییج روانی و رطوبت در عدد ۰/۳ و نمره حیطه ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی در عدد ۰/۴ ضرب می شود. با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می آید. محدوده امتیاز کل بین ۳۶-۲ است [۱۸، ۲۰]. نقطه برش برای کل مقیاس و زیرمقیاس ها به شرح زیر است: کل مقیاس ۲۸، میل جنسی ۳/۳، برانگیختگی ۳/۴، روانکاری ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایت ۳/۸ و درد جنسی ۳/۸. به عبارت دیگر امتیاز FSFI≤۲۸ به عنوان اختلال عملکرد جنسی زنان تعریف می شود و نمرات بیشتر از نقطه برش مبین عملکرد خوب است. پایایی و روایی پرسشنامه قبلاً در مطالعه انجام شده در ایران تأیید شده است. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه عملکرد جنسی زنان و شش حیطه آن به شرح زیر است: میل جنسی ۰/۷۲، برانگیختگی جنسی ۰/۹۰، روانکاری جنسی ۰/۹۰، ارگاسم ۰/۹۱، رضایت جنسی ۰/۷۶، درد ۰/۸۸و کل مقیاس ۰/۹۲[۲۱].

تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند. از آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای بررسی داده‌ها استفاده شد. برای مقایسه تمام متغیرهای مستقل مورد مطالعه بین دو گروه با و بدون سابقه عمل جراحی دیسکتومی، از آزمون‌های t مستقل و کای‌دو استفاده شد.

یافته ها

دویست پرسشنامه توزیع شد که از این تعداد، ۱۰ نفر به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه عملکرد جنسی از مطالعه حذف شدند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان ۴۱/۲۱ (۶/۵۶) سال بود که از ۲۲ تا ۵۵ سال متغیر بود. میانگین (انحراف معیار) مدت ازدواج ۲۰/۳۲ (۸/۴۸) سال بود که از ۱ تا ۴۴ سال متغیر بود. شایع ترین محل فتق دیسک بین مهره های L4-L5 و پس از آن L5-S1 بود و بیشترین تعداد آسیب‌های چند مهره‌ای بین مهره‌های L4-L5-S1 بود. اکثر بیماران (۷۴/۷۳٪) فقط فتق یک دیسک داشتند. از نظر شدت دیسک، فتق دیسک شدید (۳۹/۵) بیشترین درصد را داشت. اکثر بیماران فتق دیسک کمری تحتانی (LLDH) (۷۰/۵۲٪) داشتند. در بین تمام مشارکت کنندگان که سابقه جراحی دیسکتومی داشتند، ۱۲ مورد بیش از یک عمل جراحی فتق دیسک ستون فقرات داشتند و بیشترین تعداد جراحی ۴ مورد بود و دو زن سابقه ۴ بار جراحی دیسکتومی داشتند. کمترین مدت زمان ابتلا به فتق دیسک ۱ سال و بیشترین مدت زمان ۲۸ سال بود. حداقل زمان سپری شده از جراحی ۱ سال و حداکثر زمان ۱۳ سال بود. میانگین (انحراف معیار) تعداد فعالیت های جنسی در ماه پس از فتق دیسک ۵/۵۸ (۴/۳۸) بود. شیوع اختلال عملکرد جنسی در جمعیت مورد مطالعه (۸۷/۴) درصد بود (جدول شماره ۱).

زنانی که عمل جراحی دیسکتومی کرده بودند نسبت به زنانی که عمل جراحی نکرده بودند، اکثراً سطح تحصیلات پایین تری داشته و از نظر درآمد خانوار هم درآمد پایین داشتند ($p <$ ۰/۰۰۱). از نظر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]

شدت فتق دیسک در زنان که عمل جراحی دیسکتومی انجام داده بودند، فتق دیسک شدید شایعتر بود در حالی که در زنان بدون عمل جراحی، فتق دیسک شدید کمترین شیوع را داشت (p<۰/۰۰۱). از نظر محل فتق دیسک (p= ۰/۳۶) و تعداد دیسک درگیر (p=۰/۵۰) دو گروه اختلاف معنی دار نداشتند. در زنان با سابقه عمل جراحی مدت ازدواج، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان زنده ، فاصله تا آخرین زایمان و طول مدت ابتلا به فتق دیسک به طور معنی دار بیشتر بود (p≤۰/۰۱). تعداد فعالیت جنسی در ماه در زنان با سابقه جراحی کمتر بود (p= ۰/۱). میانگین نمره کمردرد در ماه گذشته در زنان که عمل جراحی دیسکتومی کرده بودند کمتر از زنانی بود که عمل جراحی دیسکتومی نداشتند اما این اختلاف معنی دار نبود. هر چند شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان بدون سابقه جراحی دیسکتومی بالاتر بود اما اختلاف معنی دار نبود (p≥ ۰/۰۵) (جدول شماره ۱).

مقایسه میانگین نمره عملکرد جنسی زنان در حیطه های مختلف پرسشنامه سنجش عملکرد جنسی نشان داد زنان با سابقه عمل جراحی دیسکتومی در تمام حیطه و نمره کلی عملکرد جنسی نسبت به زنان بدون سابقه جراحی دیسکتومی، نمرات بالاتری داشتند اما این اختلاف معنی دار نبود (p>۰/۰۵) (جدول شماره ۲). مقایسه شیوع اختلال عملکرد در حیطه های مختلف عملکرد جنسی در زنان با و بدون سابقه جراحی دیسکتومی نشان داد هرچند اختلال عملکرد در تمام حیطه ها به جز درد، در زنان دارای سابقه جراحی دیسکتومی، شیوع کمتری داشت اما این اختلاف در هیچ کدام از حیطه ها معنی دار نبود (p>۰/۰۵) (جدول شماره ۳).

جدول ۱: مقایسه متغیرهای اجتماعی-جمعیت‌شناختی، مامایی و فتق دیسک در زنان با و بدون دیسکتومی (n =۱۹۰)

	کل (n =۱۹۰)	زنان با سابقه دیسکتومی (n =۹۵)	زنان بدون سابقه دیسکتومی (n =۹۵)	P*
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
تحصیلات				<۰/۰۰۱
ابتدایی	۵۲ (۲۷/۴)	۳۷ (۳۸/۹)	۱۵ (۱۵/۸)	
متوسطه	۸۰ (۴۲/۱)	۴۱ (۴۳/۲)	۳۹ (۴۱/۱)	
دانشگاهی	۵۸(۳۰/۵)	۱۷ (۱۷/۹)	۴۱ (۴۳/۲)	
اشتغال وضعیت				۰/۰۷
خانه دار	۱۳۲ (۶۹/۵)	۸۳ (۸۷/۴)	۳۱ (۳۲/۶)	
شاغل	۵۷ (۳۰/۵)	۱۲ (۱۲/۶)	۶۴ (۶۷/۴)	
درآمد				<۰/۰۰۱
کم	۶۸ (۳۵/۸)	۴۸ (۵۰/۵)	۲۰ (۲۱/۱)	
متوسط	۸۰ (۴۲/۱)	۳۱ (۳۲/۶)	۴۹ (۵۱/۶)	
خوب	۴۲ (۲۲/۱)	۱۶ (۱۶/۸)	۲۶ (۲۷/۴)	
نمایه توده بدنی				۰/۸۲
BMI≤ ۱۸/۵	۷ (۳/۷)	۳ (۳/۲)	۴ (۴/۲)	
۱۸/۵< BMI ≤ ۲۴/۹	۴۹ (۲۵/۸)	۲۴ (۲۵/۳)	۲۵ (۲۶/۳)	
۲۵<BMI ≤۲۹/۹	۸۴ (۴۴/۲)	۴۵ (۴۷/۴)	۳۹ (۴۱/۱)	
BMI ≥۳۰	۵۰(۲۶/۳)	۲۳ (۲۴/۲)	۲۷(۲۸/۴)	
اختلال عملکرد جنسی				۰/۰۸
بله	۱۶۶ (۸۷/۴)	۷۹ (۸۳/۲)	۸۷ (۹۱/۶)	
خیر	۲۴(۱۲/۶)	۱۶ (۱۶/۸)	۸ (۸/۴)	
شدت فتق دیسک				<۰/۰۰۱
خفیف	۵۲(۲۷/۴)	۱۸ (۱۸/۹)	۳۴ (۳۵/۸)	
متوسط	۶۳(۳۳/۲)	۲۴ (۲۵/۳)	۳۹ (۴۱/۱)	
شدید	۷۵(۳۹/۵)	۵۳ (۵۵/۸)	۲۲ (۲۳/۲)	
محل فتق دیسک				۰/۳۶
فتق دیسک فوقانی	۳۲(۱۶/۸۴)	۱۹ (۲۰)	۱۳ (۱۳/۶۸)	
فتق دیسک تحتانی	۱۳۴(۷۰/۵۲)	۶۴ (۶۷/۴)	۷۰ (۷۳/۶۸)	
فتق فوقانی و تحتانی	۲۴(۱۲/۶۴)	۱۲ (۱۲/۶)	۱۲ (۱۲/۶۴)	
تعداد فتق دیسک				۰/۵۰
یک دیسک	۱۴۲(۷۴/۷)	۶۹ (۷۲/۶)	۷۳ (۷۶/۸)	
بیش از یک دیسک	۴۸(۲۵/۳)	۲۶ (۲۷/۴)	۲۲ (۲۳/۲)	
	کل (n =۱۹۰)	زنان با سابقه دیسکتومی (n =۹۵)	زنان بدون سابقه دیسکتومی (n =۹۵)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]

	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P**
سن (سال)	۴۱/۲۱ (۶/۵۶)	۴۱/۹۰ (۶/۳۵)	۴۰/۵۲ (۶/۷۲)	۰/۱۴
مدت ازدواج (سال)	۲۰/۳۲ (۸/۴۸)	۲۲/۲۱ (۸/۳۰)	۱۸/۴۳ (۸/۲۸)	۰/۰۰۲
تعداد بارداری	۲/۸۷ (۱/۴۳)	۳/۱۵ (۱/۵۹)	۲/۵۸(۱/۱۸)	۰/۰۰۶
تعداد زایمان	۲/۲۵ (۰/۹۸)	۲/۴۴ (۰/۹۴)	۲/۰۷ (۰/۹۸)	۰/۰۱
تعداد فرزندان زنده	۲/۲۴ (۰/۹۸)	۲/۴۲ (۰/۹۴)	۲/۰۶ (۱/۰۰)	۰/۰۱
فاصله تا آخرین زایمان (سال)	۱۱/۲۷ (۷/۱۵)	۱۳/۱۲ (۷/۱۷)	۹/۴۲ (۶/۶۶)	<۰/۰۰۱
مدت ابتلا به فتق دیسک کمر	۷/۳۶ (۵/۳۳)	۸/۶۳ (۵/۲۲)	۶/۱۰ (۵/۱۶)	۰/۰۰۱
تعداد فعالیت جنسی در ماه	۵/۵۸ (۴/۳۸)	۵/۰۷(۳/۶۹)	۶/۰۹ (۴/۹۴)	۰/۱
نمره شدت کمر درد	۶/۳۲ (۲/۶۰)	۵/۹۸ (۲/۷۹)	۶/۶۶ (۲/۳۷)	۰/۰۷

*Chi-square, **t-test,

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره حیطه‌های عملکرد جنسی در زنان متأهل مبتلا به دیسکوپاتی در دو گروه با و بدون سابقه دیسکتومی (n =۱۹۰)

	زنان با سابقه دیسکتومی (n =۹۵)	زنان بدون سابقه دیسکتومی (n =۹۵)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P*
میل	۲/۷۵ (۱/۱۲)	۲/۶۰ (۰/۹۷)	۰/۳۰
برانگیختگی	۲/۹۱ (۱/۷۶)	۲/۶۵ (۱/۰۷)	۰/۲۹
رطوبت	۳/۳۹ (۲/۰۴)	۳/۴۲ (۲/۰۹)	۰/۹۱
ارگاسم	۳/۳۳ (۱/۹۹)	۳/۲۳ (۲/۰۱)	۰/۷۴
رضایت	۴/۱۶ (۱/۶۰)	۳/۹۸ (۱/۴۵)	۰/۴۲
درد	۳/۲۳ (۱/۹۸)	۲/۹۸ (۱/۹۳)	۰/۳۷
نمره کلی	۱۹/۷۹ (۹/۰۳)	۱۸/۹۰ (۹/۰۲)	۰/۴

t-tes*

جدول ۳: مقایسه شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان در دو گروه با و بدون سابقه دیسکتومی (n =۱۹۰)

	زنان با سابقه دیسکتومی (n =۹۵)	زنان بدون سابقه دیسکتومی (n =۹۵)	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	P*
اختلال میل جنسی			۰/۷۵
بله	۶۲ (۶۵/۳)	۶۴ (۶۷/۴)	
خیر	۳۳ (۳۴/۷)	۳۱ (۳۲/۶)	
اختلال برانگیختگی جنسی			۰/۲۴
بله	۵۰ (۵۲/۶)	۵۸ (۶۱/۱)	
خیر	۴۵ (۴۷/۴)	۳۷ (۳۸/۹)	
اختلال رطوبت جنسی			۰/۷۶
بله	۳۵ (۳۶/۸)	۳۷ (۳۸/۹)	
خیر	۶۰ (۶۳/۲)	۵۸ (۶۱/۱)	
اختلال ارگاسم			۱
بله	۳۸ (۴۰)	۳۸ (۴۰)	
خیر	۵۷ (۶۰)	۵۷ (۶۰)	
اختلال رضایت جنسی			۰/۶۵
بله	۳۸ (۴۰)	۴۱ (۴۳/۲)	
خیر	۵۷ (۶۰)	۵۴ (۵۶/۸)	
اختلال درد جنسی			
بله	۵۱ (۵۳/۷)	۳۸ (۴۰)	۰/۳۷
خیر	۴۴ (۴۶/۳)	۵۷ (۶۰)	

*Chi-square

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع اختلال عملکرد جنسی در میان زنان مبتلا به فتق دیسک کمری، صرف‌نظر از سابقه جراحی دیسکتومی، بسیار بالا بوده (۸۷/۴٪) و اختلاف آماری معنادار میان دو گروه از نظر نمره کلی عملکرد جنسی و ابعاد شش‌گانه آن مشاهده نشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که انجام جراحی دیسکتومی به تنهایی منجر به بهبود قابل توجهی در عملکرد جنسی این بیماران نمی‌شود، که این مسئله بیانگر اهمیت رویکردهای جامع‌نگر در مدیریت اختلالات عضلانی‌اسکلتی در زنان است. شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در مطالعه حاضر، با یافته‌های مطالعات قبلی هم‌راستا است. به‌عنوان مثال، پژوهش مرادی و همکاران در سال ۲۰۲۴ شیوع ۸۱/۱٪ را گزارش کرده‌اند [۲۲] و مطالعه گانرهان و همکاران نیز نشان داد که تمامی زنان مبتلا به فتق دیسک کمری پیش از جراحی دچار اختلال عملکرد جنسی بوده‌اند [۱۳]. مطالعه کانایاما و همکاران نیز نشان داد فتق دیسک کمر باعث کاهش میل جنسی در ۵۰ درصد و فراوانی فعالیت جنسی در ۵۹ درصد از بیماران شد. حدود ۶۷ درصد از مردان و ۸۱ درصد از زنان در حین فعالیت جنسی پس از فتق دیسک کمر احساس ناراحتی کردند. رضایت از فعالیت های جنسی نیز در ۲۸ درصد از مردان و ۴۱ درصد از زنان کاهش یافته بود[۲۳]. این هم‌راستایی نشان می‌دهد که تأثیر دیسکوپاتی بر عملکرد جنسی، از نظر بالینی قابل توجه است و نباید صرفاً به‌عنوان یک پیامد ثانویه نادیده گرفته شود. یافته مهم دیگر، عدم تفاوت معنادار در شدت درد بین گروه‌های دارای و فاقد سابقه جراحی بود، که نشان می‌دهد حتی پس از مداخله جراحی، درد باقی‌مانده می‌تواند به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر قوی در عملکرد جنسی ایفای نقش کند. این موضوع با نتایج مطالعه مرادی و همکاران نیز هم‌راستا است که نشان داد هر واحد افزایش در شدت کمردرد، با ۱۳٪ افزایش احتمال اختلال عملکرد جنسی همراه است[۲۲].

در بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، گروهی که سابقه دیسکتومی داشتند، مدت ابتلا به فتق دیسک، طول ازدواج، تعداد بارداری و زایمان بیشتری داشتند. این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده اثرات تجمعی بارداری و فشارهای مکانیکی ناشی از آن بر ساختار ستون فقرات باشد. یافته‌های گونگور و همکاران نیز حاکی از آن است که افزایش تعداد بارداری‌ها با درد مزمن و تخریب بیشتر دیسک‌های کمری همراه است[۲۴]. مکلین نیز نشان داد زنان جراحی‌شده معمولاً درد، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی بیشتری را پیش از جراحی تجربه می‌کنند و این موارد انگیزه بیشتری برای انجام جراحی ایجاد می‌کند [۲۵]. بنابراین، شدت فتق دیسک و علائم ناشی از آن، نقش تعیین‌کننده‌ای در تصمیم‌گیری برای انجام جراحی دیسکتومی دارد.

با وجود برخی شواهد متناقض در ادبیات علمی، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های اخیر هم‌راستا است که نشان داده‌اند بازگشت عملکرد جنسی به سطح قبل از بیماری پس از دیسکتومی کامل نیست. به‌عنوان مثال، در مطالعه شیماموورا و همکاران، بیش از ۹۰٪ بیماران پس از جراحی هنوز به سطح مطلوبی از میل جنسی، فعالیت جنسی یا رضایت جنسی بازنگشته بودند [۲۶]. این در حالی است که برخی مطالعات مانند پژوهش جمال‌الدین و همکاران [۲۷] بهبود قابل توجهی در عملکرد جنسی پس از جراحی گزارش کرده‌اند؛ که این ناهمگونی ممکن است ناشی از تفاوت در تکنیک جراحی، زمان پیگیری، یا عوامل روانی اجتماعی باشد.

از نظر تعداد فعالیت جنسی ماهیانه نیز تفاوت معنادار میان دو گروه مشاهده نشد. با توجه به اینکه درد مزمن یکی از عوامل اصلی محدودکننده فعالیت جنسی در زنان است [۲۸]، می‌توان چنین استنباط کرد که بقای درد، حتی پس از جراحی، مانع بازیابی روابط زناشویی فعال می‌شود.

از نقاط قوت این مطالعه می توان به حجم نمونه خوب آن اشاره کرد و همچنین اولین مطالعه ای است که به بررسی عملکرد جنسی افراد مبتلا به فتق دیسک کمر در ایران پرداخته است و از معدود مطالعاتی است که در کل دنیا فقط بر روی زنان انجام شده است. از سوی دیگر با توجه به اینکه مطالعات گذشته همه به مقایسه عملکرد جنسی قبل و بعد از عمل جراحی دیسکتومی پرداخته اند این مطالعه اولین مطالعه ای است که عملکرد جنسی افراد با و بدون عمل جراحی را با یکدیگر مقایسه کرده است. از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به طراحی مقطعی مطالعه اشاره کرد که امکان بررسی رابطه علی و تأثیرات طولی جراحی را فراهم نمی‌سازد. همچنین، عدم دسترسی به داده‌های عملکرد جنسی پیش از جراحی در گروه دیسکتومی مانعی برای تفسیر قطعی اثر جراحی محسوب می‌شود. عوامل روانی، فرهنگی و کیفیت ارتباط زناشویی نیز می‌توانند به‌عنوان عوامل مداخله‌گر بر عملکرد جنسی تأثیرگذار باشند که در این مطالعه کنترل نشدند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]

به فتق دیسک کمری بسیار شایع است و جراحی دیسکتومی به‌تنهایی نمی‌تواند عملکرد جنسی را به‌طور معنادار بهبود بخشد. بنابراین، لازم است برنامه‌های درمانی جامع‌تری شامل مدیریت درد مزمن، مشاوره جنسی، آموزش‌های روان‌جنسی و حمایت‌های زناشویی در کنار مداخلات طبی و جراحی در نظر گرفته شود.

سهم نویسندگان

زهرا مرادی: طراحی مطالعه، نمونه گیری، تفسیر یافته ها، نگارش نسخه اولیه مقاله، تأیید نسخه نهایی مقاله

شاداب شاه علی: طراحی مطالعه، تفسیر یافته ها، نگارش نسخه اولیه مقاله، تأیید نسخه نهایی مقاله

فضل اله احمدی: طراحی مطالعه، تفسیر یافته ها، تأیید نسخه نهایی مقاله

علی منتظری: طراحی مطالعه، تفسیر یافته ها، تأیید نسخه نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از نتایج رساله دکتری است و طرح مرتبط با آن در دانشگاه تربیت مدرس تصویب شده است. از دانشگاه علوم پزشکی فسا برای صدور مجوز انجام پژوهش در واحدهای تابعه این دانشگاه و تمامی زنان شرکت کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر به عمل می آید.

منابع

1. Panneerselvam K, Kanna RM, Shetty AP, Rajasekaran S. Impact of acute lumbar disk herniation on sexual function in male patients. Asian Spine Journal 2022;16:510–8

2. Abuelnour M, Mohammed M. Prevalence and distribution of the intervertebral disc herniation in sudanese. World Journal of Pharmaceutical and Medical Research 2017; 3: 1-5

3. Sahin C, Aydin M, Kalkisim S, Sahin H, Arslan, F.C. Comparison of preoperative and postoperative sexual dysfunction in male patients with lumbar disc herniation. Turkish Neurosurgery 2022;32:442–8

4. Elsharkawy A, Lange B, Caldas F, AlabbasiA H, Klassen P.D. Predictors and long-term outcome of sexual function after surgical treatment for single-level lumbar disk herniation among patients in a german spine center. Clinical Spine Surgery 2018; 31: 356–362

5. Saritas S, Karabulut N. The effect of planned education on sexual satisfaction of patients after lumbar disc surgery. International Journal of Caring Sciences 2018; 11: 1330–9

6. Fjeld OR, Grøvle L, Helgeland J, Småstuen MC, Solberg TK, Zwart JA, et al. Complications, reoperations, readmissions, and length of hospital stay in 34 639 surgical cases of lumbar disc herniation. The Bone & Joint Journal 2019;101-B:470-477

7. Korse NS, Nicolai MPJ, Both S, Vleggeert-Lankamp CLA, Elzevier HW. Discussing reproductive health in spinal care, part II: fertility issues. European Spine Journal 2016;25: 2945–51

8. Moscicki P, Bachmann GA. Characterization of Female Sexual Dysfunction Associated with Spinal Pathology and Surgery. Sexual Medicine Reviews 2022;10:493-498

9. Akkurt E, Yilmaz H, Yilmaz S, Ordahan B,Şen Z, Gürbüz C, et al. Sexual dysfunction in women with lumbosacral disc disease. Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 2017; 20: 24–30

10. Bazzazi AM, Ghasemi A.A, Mirsoltani R. Characteristics and neurological manifestations of patients with operated lumbar disc herniation. Advances in Bioscience and Clinical Medicine 2014;2: 31–5

11. Nakajima K, Nakamoto H, Nakarai H, Nagata K, Kato S, Doi T, et al. Risk factors for worsening sexual function after lumbar spine surgery and characteristics of non-responders to the questionnaire of sex life. European Spine Journal 2021;30:2661-2669

12.Holmberg ST, Vangen-Lønne V, Gulati AM, Nygaard ØP, Solberg TK, Salvesen ØO, et al. Pain During Sex Before and After Decompressive Surgery for Lumbar Spinal Stenosis: A Multicenter Observational Study. The Spine Journal 2021;46:1354-1361

13. Günerhan G, Aykanat C, Uçkun OM, Aslan Y, Divanlıoğlu D, Işıtan E, et al. Evaluation of sexual function in patients with lower lumbar disc herniation: a comparison of pre- and postoperative status. Journal of Neurological Surgery Part A: Central European Neurosurgery 2024;85:26–31

14. Horst PK, Khanna K, Racine L, Theologis A, Zhao W, Lurie J, et al. Sex Life and Impact of Operative Intervention on Sex Life-related Pain in Degenerative Spinal Conditions: An Analysis of the SPORT Study. The Spine Journal 2016; 41:1764-1771

15. Wottrich S, Kha S, Thompson N, Bakar D, Yee P, Melillo A, et al. The Effect of Cervical and Lumbar Decompression Surgery for Spinal Stenosis on

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]

Erectile Dysfunction. Global Spine Journal 2024;14:1193-1200
16. Kumar LV, Gaurav J, Cumar G.T, Kumar J.S, Lodha K, Kaushal Y, et al. Long term clinical outcome following decompressive surgery for cauda equina syndrome. a single centre experience from india. Romanian Neurosurgery 2021; 35: 162–73
17. McCaffery, M. Teaching your patient to use a pain rating scale. Nursing 2002; 32:17-23
18. Rosen, R. et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy 2000; 26: 191–208
19. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik C, Rosen RC. Scoring and interpretation of the FSFI: what can be learned from 20 years of use? The Journal of Sexual Medicine 2020;17:17–25
20. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. Journal of Sex & Marital Therapy 2005;31:1–20
21. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh 2008; 7: 269–78 [Persian]
22. Moradi Z, Shahali S, Ahmadi F, Montazeri A. Correlates of sexual function in women with acute lumbar disc herniation in Iran: a cross-sectional study. Scientific Reports 2024;14:6430
23. Kanayama M, Horio M, Umi Y, Yamaguchi A, Omata J, Togawa D, et al. How does surgery affect sexual desire and activities in patients with lumbar disc herniation? The Spine Journal 2010; 35:647-51
24. Güngör E, Karakuzu Güngör Z. Obstetric-related lower back pain: the effect of number of pregnancy on development of chronic lower back pain, worsening of lumbar disc degeneration and alteration of lumbar sagittal balanceJournal of Orthopaedic Surgery and Research 2024;19:174
25. MacLean MA, Charest-Morin R, Stratton A, Singh S, Kelly AM, Pickett GE, et al. Gender differences in spine surgery for degenerative lumbar disease: prospective cohort study. Journal of Neurosurgery: Spine 2024; 42:24-32
26. Shimamura Y, Kanayama M, Horio M, Yamaguchi A, Oha F, Tsujimoto T, et al. Posterior lumbar fusion surgery doesn't change sexual activities in patients with lumbar degenerative disease: an observational study. BMC Musculoskeletal Disorders. 2023; 24:724
27. GamalEl Din SF, Nabil N, Alaa M, Salam MAA, Raef A, Elhalaly RB, et al. Evaluation of the effect of cervical and lumbar disc herniations on female sexual function: a comparative prospective study. European Spine Journal 2024;33:1391-7
28. Ferrari S, Vanti C, Giagio S, Anesi M, Youssef S, Bortolami A, et al. Low back pain and sexual disability from the patient's perspective: a qualitative study. Disability and Rehabilitation 2022; 44:2011-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.66224/payesh.25.2.239]