اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه مبتنی بر جمعیت در بین زنان ساکن مناطق شهری چهار استان کشور

فهیمه رمضانی تهرانی[*1]، مریم فرهمند[1]، یداله محرابی[1]، حسین ملک افضلی[2]، مهراندخت عابدینی[3]

۱. مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۲. دانشکده بهداشت متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تهران
۳. اداره سلامت میانسالان، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۸۷۵-۸۶۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۳/۳۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۲۳ مهر ۹۱]

چکیده

سلامت جنسی حاصل تعامل عوامل عروقی، عصبی و هورمونی بوده و تحت تأثیر عوامل فردی، روابط بین فردی، سنت‌های حاکم بر خانواده و اجتماع، فرهنگ و مذهب قرار می‌گیرد؛ این اختلالات جنسی در جوامع مختلف شیوع متفاوتی دارد به علاوه نوع مطالعه، نحوه انتخاب نمونه، باورهای قومیتی در زمینه مسائل جنسی و روش انجام مطالعه می‌تواند تأثیر شگرفی بر برآورد شیوع این اختلالات داشته باشد. لذا ما بر آن شدیم که در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت به برآورد شیوع این اختلالات و عوامل مؤثر بر آن در میان زنان سنین باروری بپردازیم. دراین مطالعه ۷۸۴ زن متأهل ساکن نواحی شهری استان‌های قزوین، گلستان، کرمانشاه و هرمزگان که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی شده سهمیه‌ای انتخاب شده بودند با استفاده از پرسشنامه استاندارد بومی شده در زمینه اختلالات عملکرد جنسی مورد پرسشگری قرار گرفتند. در این مطالعه۲۷/۳ درصد زنان درجات مختلفی از اختلالات جنسی، ازجمله ۰/۸ درصد اختلال شدید، ۲۰/۲ درصد اختلال متوسط و ۶/۳ درصد اختلال خفیف داشتند. ۳۵/۶ درصد اختلال در تمایلات جنسی، ۳۹/۹ درصد در تحریک جنسی، ۱۸/۹ درصد در مرطوب شدن، ۲۷/۳ درصد در ارگاسم، ۱۵/۲درصد در رضایت از فعالیت جنسی و ۵۶/۱ درصد درد حین نزدیکی داشتند. نتایج این مطالعه مبین آن بودکه این اختلالات با طول مدت ازدواج، میزان جذابیت در منظر همسر، وضعیت کلی زندگی زناشویی و توان بیان تمایلات جنسی به همسر ارتباط دارد. اختلالات جنسی در بین زنان ایرانی شیوع قابل توجهی دارد لذا آموزش و ارائه خدمات مشاوره‌ای جنسی از اولویت‌های حوزه سلامت زنان محسوب می‌گردد.

کلیدواژه: اختلال عملکرد جنسی زنان، شیوع، عوامل مؤثر، مطالعه مبتنی بر جامعه

[*] نویسنده پاسخگو: ولنجک، خیابان یمن، خیابان پروانه، پلاک ۲۴
تلفن: ۲۲۴۳۲۵۰۰
پست الکترونیکی: Ramezani@endoctorine.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.13.5]

مقدمه

سلامت جنسی به معنای هماهنگی و سازگاری جنبه‌های جسمی، عاطفی، عقلانی و اجتماعی انسان است که منجر به ارتقای شخصیت، روابط و عشق در او می‌گردد[۱]؛ و در این صورت روابط جنسی نه تنها لذت بخش است بلکه ارتباطات و روابط بین فردی را نیز تقویت می‌کند. این روابط یک فرآیند پیچیده، حاصل تعامل عوامل عروقی، عصبی و هورمونی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند ویژگی‌های زیست شناختی فرد، روابط بین فردی، سنت‌های حاکم بر خانواده و اجتماع، فرهنگ و مذهب قرار می‌گیرد[۲]. اختلالات فعالیت جنسی در زنان به معنی اختلالات مداوم یا عودکننده در چهار حیطه تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد حین نزدیکی یا عدم توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی است. موانع اجتماعی و فرهنگی، وجود تابوها و کج فهمی‌ها برآورد دقیق شیوع این اختلالات را دشوار می‌نماید؛ اما به نظر می‌رسد که شیوع این اختلالات در زنان بالا بوده و تأثیر شگرفی بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی، روابط همسری و فعالیت‌های اجتماعی آنان می‌گذارد[۵-۳]. برآورد می‌گردد که حدود ۶۳-۲۵ درصد زنان از اختلالات جنسی رنج می‌برند[۸-۶] و تفاوت‌های نژادی، قومی، فرهنگی و سنت‌های حاکم برجامعه از عوامل تفاوت در شیوع اختلالات جنسی عنوان شده در بین کشورها محسوب می‌گردد. مطالعات محدودی در رابطه با اختلالات جنسی در بین زنان ایرانی انجام شده که نتایج متفاوتی را ارائه نموده است. صفری‌نژاد در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت شیوع این اختلالات را در بین ۲۶۲۶ زن ۶۰-۲۰ ساله ایرانی ۳۱/۵درصد گزارش نموده[۶] و در مطالعات دیگری شیوع این اختلالات در زنان استان کهکیلویه و بویر احمد ۸/۵ درصد و در بابل ۱۹/۲ درصد گزارش گردید[۱۰، ۹]. نوع مطالعه، نحوه انتخاب نمونه، باورهای قومیتی در زمینه مسائل جنسی و روش انجام مطالعه می‌تواند تاثیر شگرفی بر برآورد شیوع این اختلالات داشته باشد. لذا ما بر آن شدیم که در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت به برآورد شیوع این اختلالات و عوامل مؤثر بر آن در زنان غیر یائسه ۱۸تا ۴۵ ساله ساکن مناطق شهری ۴ استان کشور که بطور تصادفی از چهار منطقه جغرافیایی کشور انتخاب شده بودند (قزوین در مرکز، کرمانشاه در غرب، گلستان در شمال و هرمزگان در جنوب) بپردازیم.

مواد و روش کار

این مطالعه، مطالعه‌ای توصیفی مبتنی بر جمعیت بود که در فاصله سالهای ۱۳۸۹-۱۳۸۷ انجام پذیرفته و جمعیت مورد مطالعه آن به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی شده سهمیه‌ای، بر مبنای سهم متناسب با جمعیت انتخاب شد. حجم نمونه بر اساس فرمول مطالعات توصیفی و با استفاده از فرمول تخمین فراوانی (نسبت) و بعد از اعمال ضریب ۲ به منظور رفع تورش ناشی از استفاده از این روش نمونه‌گیری، و افزایش ۱۰درصد (عدم پاسخدهی به سئوالات) ۹۰۰ نفر در نظر گرفته شد. ۴ استان کشور (قزوین در مرکز، کرمانشاه در غرب، گلستان در شمال و هرمزگان از جنوب) به شکل تصادفی از چهار منطقه جغرافیایی انتخاب شد. نمونه‌های پژوهش از میان زنان متأهل ۴۵-۱۸ ساله ساکن در نقاط شهری استانهای مذکور انتخاب گردید. ابتدا لیست خانوارهای هر استان از مرکز بهداشت گرفته شد و پس از تعیین تعداد نمونه مورد نیاز از هر استان به تناسب جمعیت آن استان، تعداد خوشه‌های هفت نفری هر استان تعیین شد. سپس فاصله نمونه‌گیری(k) با تقسیم تعداد کل خانوارها بر تعداد خوشه‌های مورد نیاز در هر استان بدست آمده و بر مبنای لیست خانوار موجود، شماره اولین خانوار انتخابی$k-1$ در نظر گرفته شد. هر خوشه از هفت خانوار تشکیل می‌گردید (بر اساس برآورد زمان لازم جهت جمع‌آوری اطلاعات در یکروز). سرخوشه بعدی بوسیله اضافه کردن k به عدد اولین خانه انتخاب می‌گردید. اگر بیشتر از یک خانم در هر خانه واجد شرایط مطالعه بودند؛ فقط یک نفر از آنها که ابتدای نامش در فهرست الفبایی جلوتر بود؛ انتخاب گردید. این فرآیند تا انتخاب ۷ زن واجد شرایط در هر خوشه ادامه می‌یافت. پرسنل بهداشتی دوره دیده با مراجعه به درب منازل ضمن معرفی خود و بیان اهداف مطالعه از زنان واجد شرایط دعوت می‌کردند و پس از کسب موافقت کتبی تمایل به همکاری در طرح، پرسشنامه استاندارد بی‌نام به آنان داده شد تا خود به سئوالات پاسخ دهند و پرسشگری زنان بیسواد یا کم سواد توسط یک مامای دوره دیده در هر مرکز انجام گرفت. جهت تعیین اختلالات فعالیت جنسی از پرسشنامه استاندارد شده با نام پرسشنامه اختلالات جنسی زنان که شامل ۱۹ سؤال می‌باشد؛ در این زمینه استفاده گردید و جهت تعیین میزان این اختلالات نیز از روش استاندارد شده محاسبه این اختلالات استفاده گردید. جدول ۱ نحوه محاسبه کفایت فعالیت جنسی بانوان در هر حیطه را نشان می‌دهد[۱۱]. با توجه به این جدول حیطه‌های گوناگون شامل سؤالاتی می‌شوند که هر کدام امتیازات مشخصی داشته و حداکثر امتیاز بدست آمده بر طبق جدول شماره ۱، ۳۶ امتیاز است. افرادی که امتیازشان کمتر از ۶۵ درصد ماکزیمم امتیاز دریافتی در هر حیطه بود، دارای اختلال در آن زمینه به حساب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.13.5]

آمدند. بنابراین اگر امتیاز بدست آمده کمتر از ۶۵ درصد امتیاز کل در هر حیطه بود؛ فرد مورد مطالعه در آن حیطه دچار اختلال شمرده می‌شد. همچنین امتیاز کلی بدست آمده در حیطه‌های مختلف برای هر زن مورد مطالعه محاسبه شده و افراد در چهار گروه قرار گرفتند. نمره تخصیص یافته در حیطه نرمال بیشتر از ۲۳ نمره در اختلال خفیف ۲۳-۱۸ نمره در اختلال متوسط ۱۷-۱۱ نمره و در اختلال شدید کمتر از ۱۱ بود[۶]. در این پژوهش برای کسب اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. با استفاده از آزمون آلفاکرونباخ، درجه اعتماد علمی ابزار تعیین گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، جهت تنظیم جداول فراوانی و تعیین درصد و انحراف معیار، از آمار توصیفی و جهت مقایسه داده‌ها از آمار استنباطی به کمک آزمونهای اسپیرمن و رگرسیون لوجستیک، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۵ تحت win استفاده شد. تأیید کمیته اخلاقی وزارت بهداشت قبل از انجام پروژه اخذ گردید. اجازه نامه آگاهانه نیز قبل از انجام پژوهش از نمونه‌های پژوهش اخذ شد.

یافته‌ها

نمونه‌های این پژوهش از بین ۱۰۰۰ نفر زن گزینش شده بر مبنای نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۱۹۰ زن که در زمان مطالعه یائسه، حامله و یا فاقد همسر بودند؛ در پرسشگری اولیه کنار گذاشته شدند. سپس از بین ۸۱۰ زن باقی مانده، ۷۸۴ نفر پرسشنامه اختصاصی اختلالات جنسی را پر کردند. بین خصوصیات دموگرافیک و تاریخچه باروری زنانی که این پرسشنامه را پر نمودند و آنان که از پر کردن آن اجتناب ورزیدند؛ اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت. خصوصیات دموگرافیک و تاریخچه باروری نمونه‌های پژوهش در جدول۲ آمده است. این افراد در محدوده سنی ۴۵-۱۸ سال بوده، سن ازدواج و سن اولین بارداری آنان به ترتیب در محدوده سنی ۴۲-۱۴ و ۳۹-۱۴ سال عنوان گردید. روابط والدین در۸۵/۶ درصد نمونه‌های تحت پژوهش صمیمی و محبت‌آمیز توصیف گردید ۱۷/۵ درصد از زنان در این پژوهش شاغل بوده و ۵۳/۵ درصد آنان از شرایط شغلی خود رضایت نسبی داشتند. سابقه سوء استفاده جنسی در ۵/۱ درصد افراد این مطالعه گزارش شد. ۹۱/۶ درصد زنان شرکت‌کننده در این پژوهش به همسرشان علاقه مند بوده و ۸/۴ درصد نسبت به همسرشان بی‌تفاوت بوده و یا هیچگونه علاقه‌ای به همسرشان نداشتند. در ارزیابی از وضعیت کلی ازدواج، ۷۲/۹ درصد از زنان شرکت‌کننده در این پژوهش، این رابطه را به طور کامل یا نسبی شاد و مسرت بخش توصیف نمودند و ۲۷/۱ درصد از زنان روابط خود را تا حدودی یا کاملاً غمگین اظهار نمودند. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۹/۶ درصد از زنان، رضایت بیشتری از روابط جنسی‌شان در مقام مقایسه با سایر روابط زندگی زناشویی از قبیل روابط فکری و اعتقادی یا هماهنگی در تربیت فرزندان داشتند. ۶۵/۹ درصد از زنان اظهار داشتند که می‌توانند تمایلات جنسی خود را به همسرشان بیان کنند و مرجع پاسخگویی به سؤالات در زمینه مسائل جنسی زنان به ترتیب شامل همسران، اقوام، دوستان و همسایگان و والدین به ترتیب با فراوانی ۶۶/۹ درصد،۱۴/۲درصد، ۱۰/۵ درصد و ۸/۴ درصد بود. بر طبق نتایج بدست آمده به ترتیب، علل خستگی یا عدم داشتن وقت کافی و عدم وجود عشق و صمیمیت در زندگی، بیشترین درصد علل مشکلات جنسی زنان و علل دایم‌الخمر یا معتاد بودن همسر و انتظارات غیرمعقول جنسی همسر از زن، کمترین درصد این علل را تشکیل دادند. نمودار ۱ تعداد دفعات نیاز به رابطه جنسی را از دیدگاه زنان و همسرانشان نشان می‌دهد. با استفاده از آزمون آماری اسپیرمن نشان داده شد که بین نیاز به رابطه جنسی زنان و همسرانشان رابطه آماری مستقیم معنی‌دار وجود دارد (P=۰/۰۰۱). ارزیابی کفایت جنسی بر مبنای مجموعه امتیازات محاسبه شده نشان داد که ۵۷۰ نفر (۷۲/۷ درصد) در این مطالعه فعالیت جنسیشان طبیعی بوده و در سایر افراد درجات مختلفی از اختلال جنسی مشاهده گردید (۶/۴ درصد اختلال خفیف، ۲۰/۲درصد اختلال متوسط و ۰/۸ درصد اختلال شدید). نتایج مطالعه نشان داد که ۳۵/۶ درصد از زنان اختلال در تمایلات جنسی، ۳۹/۹ درصد اختلال در تحریک جنسی ۱۸/۹ درصد اختلال در مرطوب شدن هنگام روابط جنسی، ۲۷/۳ درصد اختلال در ارگاسم، ۱۵/۲ درصد اختلال در رضایت از فعالیت جنسی و ۵۶/۱ درصد مشکل درد حین نزدیکی را داشتند. نتایج آزمون آماری رگرسیون لجستیک نشان داد که وضعیت کلی ازدواج و نوع روابط والدین، طول مدت ازدواج (پس از تعدیل در مدل ۲)، توانایی بیان تمایلات جنسی به همسر و تصور ذهنی زنان از میزان جذابیت در نظر همسر قابلیت پیشگویی اختلالات جنسی را داشته است. لازم به ذکر است که این متغیرها پس از تعدیل جهت متغیر دفعات نیاز به فعالیت جنسی، سه متغیر وضعیت ازدواج، میزان جذابیت در نظر همسر و توانایی بیان تمایلات جنسی به همسر در مدل باقی می‌ماند. این مدل نشان داد،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.13.5]

افرادی که زندگی خود را غمگین توصیف نموده بودند، ۲/۳ برابر سایر زنان، خطر ابتلا به اختلالات جنسی را داشتند. زنانی که از منظر جذابیت برای همسرانشان خود را فاقد جذابیت می‌دانستند، ۱/۹ برابر زنان با احساس جذابیت همیشگی در معرض خطر ابتلا به این عوارض بوده و آنان که توانایی بیان تمایلات جنسی خود را به همسرانشان نداشتند ۲ برابر سایر زنان احتمال اختلال جنسی داشتند. تعدیل همزمان نتایج بر اساس دو متغیر دفعات نیاز به فعالیت جنسی و سن نمونه های پژوهش، منجر به باقی ماندن متغیر طول مدت ازدواج (علاوه بر سه متغیر مدل ۱)گردید، بدین‌معنی که با افزایش طول مدت ازدواج اختلالات جنسی رو به کاهش داشت (جدول شماره ۳).

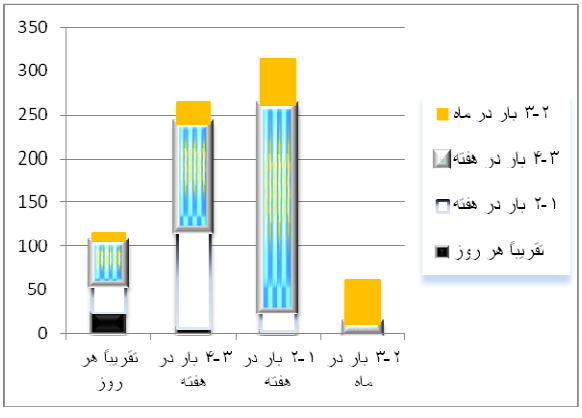
جدول شماره ۱: مبنای امتیازدهی فعالیت جنسی زنان

	سؤالات	محدوده امتیاز	ضریب تصحیح	کمترین امتیاز	بیشترین امتیاز
میل داشتن	۲،۱	۱-۵	۰/۶	۱/۲	۶/۰
تحریک شدن	۳،۴،۶،۵	۰-۵	۰/۳	۰	۶/۰
مرطوب شدن	۷،۸،۹،۱۰	۰-۵	۰/۳	۰	۶/۰
تجربه اوج لذت جنسی	۱۱،۱۲،۱۳	۰-۵	۰/۴	۰	۶/۰
رضایت داشتن	۱۴،۱۵،۱۶	۵-۱ یا ۰	۰/۴	۰ یا ۰/۸	۶/۰
مقاربت دردناک	۱۷،۱۸،۱۹	۰-۵	۰/۴	۰	۶/۰
جمع امتیاز				۲	۳۶

جدول شماره ۲: خصوصیات دموگرافیک و تاریخچه باروری زنان ساکن مناطق شهری چهار استان سال ۱۳۸۸

	میانگین (انحراف معیار)
سن	۳۳/۵۵(۶/۹۴)
تحصیلات (سال)	۸/۳(۴/۴)
سن ازدواج (سال)	۱۹/۹(۳/۳)
سن اولین بارداری	۲۰/۷(۳/۴)
تعداد زایمان‌ها	۲/۵(۱/۵)
طول مدت ازدواج	۱۳/۴(۷/۶)

نمودار ۱: توزیع فراوانی میزان نیاز به فعالیت جنسی همسران زنان شرکت‌کننده در این مطالعه به تفکیک میزان نیاز خود زنان



جدول شماره ۳: براورد خطر نسبی اختلالات جنسی بر مبنای متغیرهای زمینه‌ای و روابط زناشویی با استفاده از انالیز رگرسیون لجستیک در زنان ساکن مناطق شهری چهار استان کشور سال ۱۳۸۸

	OR (95%CI)	P
مدل ۱		
سن	۰/۹۹(۰/۹۶-۱/۹۵)	۰/۳
طول مدت ازدواج	۱/۰۱(۰/۹۸-۱/۰۴)	۰/۵
وضعیت زندگی زناشویی		
شاد و مسرت بخش	۱(ref.)	
غمگین	۲/۳(۱/۵-۳/۴)	<۰/۰۰۱
توانایی بیان تمایلات جنسی به همسر		
دارد	۱(ref.)	
ندارد	۲(۱/۴-۲/۹)	<۰/۰۰۱
علاقه به همسر		
علاقمند	۱(ref.)	
بی تفاوت	۱/۱۹(۰/۴۵-۱/۴۶)	۰/۵
بی علاقه	۱/۳۳(۰/۳۶-۱/۷۸)	۰/۱
جذابیت در نظر همسر		
تقریباً همیشه	۱(ref.)	
برخی اوقات	۱/۷(۱/۳-۶/۴)	۰/۰۰۷
به هیچ وجه	۱/۹ (۰/۹۱-۲/۷۷)	۰/۸
نوع روابط والدین		
صمیمی و محبت‌آمیز	۱(ref.)	
بدون صمیمت	۱/۳۴(۱/۱۹-۳/۴۲)	۰/۰۳
مدل ۲		
طول مدت ازدواج	۱/۴(۱/۰۱-۱/۸)	<۰/۰۰۱
وضعیت زندگی زناشویی		
شاد و مسرت بخش	۱(ref.)	
غمگین	۲/۳(۱/۵-۳/۵)	<۰/۰۰۱
علاقه به همسر		
علاقمند	۱(ref.)	
بی تفاوت	۱/۳(۰/۷۱-۱/۶۸)	۰/۵
بی علاقه	۱/۴(۰/۷۶-۱/۷۲	۰/۱
جذابیت در نظر همسر		
تقریبا همیشه	۱(ref.)	
برخی اوقات	۱/۸(۱/۲-۲/۹)	۰/۰۰۸
به هیچ وجه	۱/۹(۱/۰۱-۳/۲)	۰/۰۵
نوع روابط والدین		
صمیمی و محبت آمیز	۱(ref.)	
بدون صمیمیت	۱/۴۴(۰/۸۵-۱/۴۸)	۰/۲
توانایی بیان تمایلات جنسی به همسر		
دارد	۱(ref.)	
ندارد	۲/۰(۱/۳-۲/۹)	<۰/۰۰۱

الگوی ۱: پس ازتعدیل تعداد دفعات نیاز به فعالیت جنسی زنان

الگوی ۲: پس از تعدیل تعداد دفعات نیاز به فعالیت جنسی زنان و سن نمونه های پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حدود یک سوم (۲۷/۳ درصد) از زنان سنین باروری مبتلا به اختلالات جنسی بوده و احتمال ابتلا به این اختلالات در زنانی که ارتباط مناسبی با همسرانشان نداشته و یا در بیان نیازهای جنسی خود به همسرانشان ناتوان بوده‌اند بیشتر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.13.5]

است. به علاوه نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زنانی که خود را فاقد جذابیت از نگاه همسرانشان ارزیابی می‌کنند حدود دو برابر بیش از سایر زنان به این اختلالات مبتلا می‌گردند. این اختلالات می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان اثر گذاشته و رضایت‌مندی کلی آنان را از زندگی مشترک بکاهد. در این مطالعه درد هنگام نزدیکی شایع‌ترین اختلال جنسی عنوان شده بود که توسط بیش از نیمی (۵۶/۱ درصد) از مبتلایان عنوان گردید. بعد از این مشکل، به ترتیب اختلال در تحریک (۳۹/۹ درصد)، اختلال در تمایل (۳۵/۶ درصد)، اختلال در ارگاسم (۲۷/۳ درصد)، اختلال در مرطوب شدن واژن (۱۸/۹درصد) و در نهایت اختلال در رضایت از فعالیت جنسی (۱۵/۲درصد) توسط مبتلایان به اختلال جنسی بیان شد. نتایج مطالعه‌ای که توسط صفری نژاد ارایه شده و شیوع اختلالات جنسی را در زنان بطور کل ۳۱/۵ درصد (به تفکیک شامل ۳۷ درصد اختلالات ارگاسم، ۳۵ درصد اختلالات میل جنسی، ۳۰ درصد اختلالات تحریک جنسی و ۲۶/۷ درصد درد حین نزدیکی) گزارش شده است[۶]. در مطالعه دیگری که در بابل به انجام رسیده شیوع کلی اختلال فعالیت جنسی ۱۹/۲درصد بوده که بیشترین شیوع بر حسب هریک از موارد به ترتیب، اختلال در تمایل ۴۸/۴ درصد، اختلال در تحریک ۴۰/۳ درصد، درد حین نزدیکی ۱۹/۸درصد، اختلال در ارگاسم ۱۸/۶، اختلال در مرطوب شدن واژن ۱۲درصد و در نهایت اختلال در رضایت از فعالیت جنسی ۱۱/۳ درصد گزارش گردیده است[۱۳]. اختلالات فعالیت جنسی در زنان کشورهای مختلف شیوع مختلفی داشته و برآورد می‌گردد که حدود ۵۰-۱۹ درصد کل زنان از این اختلالات رنج ببرند[۱۴،۱۵]. همانند نتایج این مطالعه، مطالعه‌ای در مالزی نیز نشان داد که درد هنگام نزدیکی بالاترین شیوع را در بین اختلالات جنسی زنان دارد در این مطالعه شیوع اختلالات جنسی در زنان بطورکل حدود ۲۹/۶ درصد بوده که به تفکیک شامل ۶۷/۸ درصد درد هنگام نزدیکی، ۶۰/۹ درصد اختلالات تحریک جنسی، ۵۹/۱ درصد اختلالات ارگاسم، ۵۲/۲ درصد عدم رضایت جنسی و ۵۰/۴ درصد عدم رطوبت مناسب در هنگام نزدیکی بوده است[۱۶]. مطالعه‌ای بر روی زنان ۸۰-۲۰ ساله استرالیایی با متوسط سن ۴۳ سال نیز شیوع این اختلالات را به تفکیک ۳۹ درصد در ارگاسم، ۳۵ درصد در تحریک، ۲۲ درصد در تمایل و ۱۲/۸ درصد درد حین نزدیکی گزارش داد[۱۷]. شیوع کلی اختلالات فعالیت جنسی در پژوهشی بین ۷۲۸ زن موروکویی ۲۷ درصد گزارش شده که به تفکیک شامل اختلال در میل جنسی(۲۷ درصد)، اختلال در رسیدن به اوج لذت جنسی (۱۸ درصد)، اختلال در تحریک جنسی(۱۲درصد) و در نهایت درد حین نزدیکی (۸ درصد) گزارش شده است[۱]. به نظر می‌رسد که عوامل فرهنگی، اقتصادی ـ اجتماعی و خصوصیات نژادی می‌تواند تا حدودی اختلاف مشاهده شده در شیوع این اختلالات را تفسیر کند[۱۹-۱۷]. شیوع اختلالات جنسی در زنان بیش از مردان است[۱۸،۲۰]. به علاوه زنان به شیوه‌های مختلفی این اختلالات را بیان می‌نمایند و تابوهای فرهنگی و باورهای غلط در رابطه با فعالیت جنسی زنان می‌تواند به تفاوت در برآورد شیوع این اختلالات بینجامد[۱۸]. در جوامع مردسالار و جوامعی که نگرش جنسیتی دارند صحبت از تمایلات جنسی و رضایت‌مندی جنسی امری ناپسندیده بوده و زنان در یک باور تربیتی برای خود نقشی را در جهت تأمین نیاز جنسی قائل نیستند[۲۱،۲۲]. موقعیت اجتماعی زن نقش مهمی را در عملکرد جنسی وی بازی می‌کند و مطالبی را که زن درباره عشق، مسایل جنسی و رابطه جنسی در خانواده و مذهب و فرهنگش آموخته، اغلب محدوده درجه خشنودی قابل قبول از روابط جنسی را برای او تعیین می‌کند. تفاوت در ابزارها و روش‌های سنجش اختلالات جنسی نیز می‌تواند از قابلیت مقایسه نتایج مطالعات گوناگون کاسته و تفاوت شیوع این اختلالات را تا حدودی تبیین کند[۶]. بدین منظور باید پرسشنامه‌های استاندارد برآورد این اختلالات به تناسب شرایط فرهنگی اجتماعی هر جمعیت بومی شده و روایی و پایایی آن بدرستی سنجیده شده باشد. بر طبق نتایج مطالعه حاضر زنانی که مدت بیشتری از زمان ازدواجشان می‌گذشت کمتر دچار اختلالات فعالیت جنسی بودند. به نظر می‌رسد که افزایش طول دوره زندگی مشترک با بهبود همسانی نیازهای جنسی و هم چنین ارتقای روابط عاطفی می‌تواند از بار این اختلالات بکاهد به علاوه زنان به مرور تجارب جنسی بیشتری کسب نموده و مطالعات نشان داده است که زنانی با تجربه جنسی بیشتر به میزان کمتری دچار اختلالات جنسی می‌گردند[۲۳]. نتایج این مطالعه در راستای سایر مطالعات نشان داد که عدم همسانی شدت نیازهای جنسی زوجین می‌تواند زمینه ساز بروز اختلالات جنسی در بین آنان گردد[۶]. روابط جنسی جزیی از روابط کلی زوجین بوده و سایر جنبه‌های عاطفی و روانی این روابط تأثیر به سزایی بر کیفیت آن دارد. علاقه‌مندی به زندگی مشترک و رضایت از شرایط زندگی و اطمینان داشتن به مطلوبیت ظاهری از جانب همسر می‌تواند مانع بروز اختلالات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.13.5]

جنسی گردد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد زنانی که در نظر همسرشان جذاب به نظر می‌رسند کمتر با مشکل اختلالات جنسی مواجه هستند. جهانفر معتقد است که نوع رفتار شریک جنسی، عامل مهمی در برقراری ارتباط عمیق عاطفی با او بوده و کفایت جنسی، لازمه کسب تجربه کامل فیزیکی عشق است[۲۴]. تنها در سایه این عمق از ارتباط است که زن به راحتی قادر به بیان تمایلات جنسی خود بوده و این ابراز تمایل، از بروز اختلالات جنسی می‌کاهد. در میان عوامل مؤثر دیگر بر روی میزان اختلالات جنسی در زنان وضعیت زندگی زناشویی آنان بود. زنان برخوردار از زندگی و روابط شاد و مسرت بخش با همسر، کمتر تجربه اختلالات فعالیت جنسی را داشتند. مطالعات متعدد در این زمینه نشان داده است که زنان افسرده، مضطرب و درکل دارای بیماری روحی، در ایجاد روابط زناشویی صحیح، دچار اختلالات عمده‌ای هستند. از سوی دیگر مطالعاتی نیز نشانگر آن است که وجود اختلال در فعالیت‌های جنسی در زنان باعث ایجاد بیماری‌های روحی روانی مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات خلقی می‌گردد[۲۶، ۲۵، ۶]. لذا به نظر می‌رسد که رابطه اختلالات جنسی با مشکلات روحی و روانی رابطه‌ای دوسویه است. مهمترین نقاط قوت این مطالعه نوع مطالعه و نحوه انتخاب نمونه، تنوع مناطق جغرافیایی و حجم نمونه مناسب آن می‌باشد، لذا می‌تواند برآورد نسبی از شیوع اختلالات جنسی در جمعیت ایرانی ارائه دهد. از محدودیت‌های این مطالعه آن است که نمونه‌های پژوهش تنها از زنان شهری انتخاب شده‌اند، لذا نتایج این مطالعه قابلیت تعمیم به مناطق روستایی را ندارد. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه پرکردن پرسشنامه توسط خود افراد است که با توجه به حساسیت موضوع، علیرغم آمادگی پرسنل مجرب، جهت پاسخگویی به سئوالات احتمالی، برآورد میزان درک افراد کم سواد از مفاهیم ارائه شده امکان پذیر نبود. اختلالات جنسی در بین زنان ایرانی شیوع قابل توجهی دارد. مطالعات عمیق کیفی به منظور تبیین رفتارهای جنسی و به دنبال آن ارائه تسهیلات در زمینه سلامت جنسی می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان تأثیر به سزایی داشته باشد و از اولویت‌های حوزه سلامت زنان است.

سهم نویسندگان

فهیمه رمضانی تهرانی: طراحی، اجرا، تجزیه و تحلیل و نگارش
مریم فرهمند: تجزیه و تحلیل، مروری بر متون و نگارش
یداله محرابی: طراحی، تجزیه و تحلیل
حسین ملک افضلی: طراحی، اجرا
مهراندخت عابدینی: طراحی، اجرا

تشکر و قدردانی

از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش که انجام این مطالعه جز با همکاری و مساعدت آنان ممکن نبود؛ کمال تشکر را دارد. نویسندگان این مقاله مراتب سپاس خود را از اداره سلامت زنان معاونت سلامت وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی استان‌های قزوین، کرمانشاه، گلستان و هرمزگان و همچنین رابطین محترم استان‌ها سرکار خانم‌ها؛ فرهادی، شاطر آبادی و مرادی که در اجرای پروژه همکاری صمیمانه‌ای داشته‌اند ابراز می‌دارند. شایان ذکر است که این مطالعه در قالب پروژه بند "د" ماده ۱۴۵ قانون برنامه توسعه چهارم کشور و به سفارش اداره بهداشت خانواده معاونت سلامت وزارت متبوع تأمین اعتبار گردید.

منابع

1. Kadri, N, McHichi Alami K, McHakra TahiriS. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. Archives of Women's Mental Health 2002; 5: 59-63
2. Fourcroy J, Female sexual dysfunction: potential for pharmacotherapy. Drugs 2003;63 :1445-57
3. Abarbanel J. Rabinerson D. Sexual dysfunction in women. Harefuah 2004; 143: 426-31
4. AnastasiadisA, et al. Hormonal factors in female sexual dysfunction. Current Opinion Urology 2002; 12: 503-7
5. Morley J, Kaiser, F. Female sexuality. Medical Clinics of North America 2003; 87: 1077-90
6. 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
7. Rosen, R, Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA, Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. Journal of Sex & Marital Therapy 1993; 19: 171-88

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.13.5]

8. Goldmeier, D., A. Judd, and K. Schroeder, Prevalence of sexual dysfunction in new heterosexual attenders at a central London genitourinary medicine clinic in 1998. Sexually Transmitted Infections 2000; 76: 208-9

9. Gashtasbi A, Rahimi Forooshani A, Mohamadi A, Sexual dysfunction and its association with reproductive variables in the Kohgiluye& Boyer Ahmad province. Payesh 2008; 7: 67-73[Persian]

10. Bakuee F, Nasiri F, Prevalence of sexual dysfunction in married women and some related factors in Babol. Babol University of Medical Sciences, 2007;9:59-64

11. Rosen R,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

12. Nasiri Amiri F, Haji Ahmadi M, Bakouei F, Assesment of sexual function during breastfeeding and its related factors in primiparous women referred to Babol health centers (2005-2006) Journal of Babol University Medical Sciences (JBUMS) 2007; 9: 52-58

13. Bachmann G, Leiblum S, Grill J, Brief sexual inquiry in gynecologic practice. Obstetrics & Gynecology 1989; 73: 425-7

14. Laumann E, Michael R, Gagnon J, A political history of the national sex survey of adults. Family Planning Perspectives 1994; 24:34-8

15. 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. Journal of sexual medicine 2007; 4: 311-21

16. Ponholzer A, Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S, Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. European Urology 2005; 47: 366-74

17. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M, Female sexual dysfunction in Lower Egypt. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2007; 114: 201-618

18. Oksuz E, Malhan S, Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. Journal of Urology 2006; 175: 654-8

19. Heiman J, Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. Journal of Sex Research 2002; 39: 73-8

20. Bem D, Bem S. Sex role attitudes and cultural change. 3th Edition, Springer: Monterey,1982

21. Malek Ahmadi A, Schema restructuring impact on the education of sex discrimination. Daneshvar 2001; 11: 15-24[Persian]

22. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. Journal of American Medicine Association 1999; 281: 537-44

23. Gahanfar S, In dietetics of sexual dysfunction, 1st Edition, Salemi: Tehran, 2002

24. Bonierbale M, Lancon C, Tignol J, The elixir study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. Current Medical Research and Opinion 2003; 19: 114-24

25. Baldwin D, Depression and sexual dysfunction. British Medical Bulletin 2001; 57: 81-99

26. Mohamadi Kh, Heidari M, Faghihzade S. Persian linguistic validity protocol for Female Sexual Function Index-FSFI. Payesh 2008; 7: 269-78[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.13.5]