اختلالات عملکرد جنسی و ارتباط آنها با متغیرهای باروری در استان کهگیلویه و بویراحمد

دکتر آزیتا گشتاسبی: * استادیار پژوهش، گروه پژوهشی بهداشت خانواده، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مریم سادات وحدانی نیا: مربی پژوهشیار، گروه پژوهشی پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر عباس رحیمی فروشانی: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علی محمدی: استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره اول زمستان ۱۳۸۶ صص ۷۳-۶۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۶/۳

چکیده

اختلالات عملکرد جنسی در زنان وابسته به سن، پیشرونده، شایع و مؤثر بر کیفیت زندگی هستند. این مطالعه به بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی و ارتباط آن با متغیرهای زمینه‌ای و باروری در زنان متأهل مناطق شهری استان کهگیلویه و بویراحمد پرداخته است.

با توجه به پوشش مطلوب خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی ـ درمانی استان، زنان تحت نظارت این مراکز به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای تصادفی انتخاب و مصاحبه شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌ای محقق ساخت (با تأیید روایی و پایایی توسط صاحب‌نظران) شامل متغیرهای جمعیتی - باروری و اختلالات عملکرد جنسی (بر اساس طبقه‌بندی DSM-IV) جمع آوری شدند. بانک داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ ایجاد و ارتباط اختلالات عملکرد جنسی با متغیرهای مورد مطالعه در مدل رگرسیون لجستیک بررسی شد.

در مجموع ۱۵۴۰ نفر از زنان متأهل مناطق شهری استان مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی زنان ۹/۴ ± ۳۳/۲ بوده و بیشتر آنها خانه‌دار بودند (۸۴/۵ درصد). ترتیب شیوع اختلالات عملکرد جنسی عبارت بود از: کمبود میل جنسی (۳۵/۱ درصد)، درد هنگام نزدیکی (۳۴/۹ درصد)، نرسیدن به اوج لذت جنسی (۳۴/۵ درصد) و عدم تحریک جنسی (۳۱/۶ درصد).

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد متغیرهای ذیل بر اختلالات عملکرد جنسی مؤثر بوده اند: تجربه کمبود میل جنسی: «سن» [(۵/۹۹-۱/۵۸)۳/۰۷=OR : ۴۶≥ سال]، «عمل جراحی لگنی» [(۲/۱۸– ۱/۱۳)۱/۵۷=OR : سزارین]، تجربه عدم تحریک جنسی: «سن» [(۳/۷۹-۱/۲۷)۲/۲۰=OR :۴۵-۳۶ سال]، «روش پیشگیری از بارداری» [(۲/۸۵–۱/۱۵)۱/۸۱=OR :آمپول پروژسترونی/کاشتنی/انزال منقطع]، تجربه نرسیدن به اوج لذت جنسی: «سن ازدواج» [(۶/۴۲-۱/۳۳)۲/۹۳=OR :۱۵–۷ سال]، «روش پیشگیری از بارداری» [(۲/۴۹–۱/۰۶)۱/۶۲=OR :آمپول پروژسترونی/کاشتنی/انزال منقطع]، تجربه درد هنگام نزدیکی: «سن» [(۰/۷۷– ۰/۲۹)۰/۴۸=OR :۳۵–۳۱ سال]، «تحصیلات» [(۳/۰۷–۱/۱۰)۱/۸۴=OR :دبیرستان]، «روش پیشگیری از بارداری» [(۳/۱۸-۱/۰۲)۱/۸۰=OR :کاندوم].

نتایج مطالعه بیانگر شیوع بالای اختلالات عملکرد جنسی در زنان مورد مطالعه است. در نظر داشتن متغیرهای زمینه‌ای و باروری مؤثر بر بروز این اختلالات، در شناسایی و درمان مبتلایان کمک کننده است.

کلیدواژه‌ها: اختلالات عملکرد جنسی، زنان، عوامل خطر، کهگیلویه و بویراحمد

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان وحید نظری، پلاک ۵۱
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: agoshtasebi@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.8.8]

مقدمه

اختلالات عملکرد جنسی به عنوان کاهش پایدار یا عود کننده تمایل جنسی،کاهش پایدار یا عودکننده تحریک جنسی، درد هنگام نزدیکی و وجود مشکل یا ناتوانی در رسیدن به اوج لذت جنسی تعریف شده است[۱]. این اختلالات در زنان عارضه‌ای وابسته به سن، پیشرونده و شایع بوده و مطالعات مختلف جمعیتی شیوع ابتلا به این اختلالات را بین ۵۰-۲۵ درصد تخمین می‌زنند[۵-۲].

بر اساس نتایج مطالعات، در بروز اختلالات عملکرد جنسی عواملی نظیر نازایی، حاملگی و سالمندی [۶] و انجام جراحی‌های زنان در ناحیه لگنی [۷]، سوء استفاده جنسی در کودکی [۸]، عوامل روانشناختی ـ اجتماعی و ابتلا به بیماری‌های مزمن [۹] و نیز ناتوانایی‌هایی نظیر معلولیت‌های مادرزادی یا حین تولد [۱۰] اثرگذار هستند.

نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهد که بسیاری از مبتلایان به این اختلالات در زمان مراجعه به کلینیک‌های پزشکی، ابراز تمایل نموده‌اند که با پزشکان خود ارتباط برقرار ساخته و در این خصوص صحبت نمایند[۳].

در مجموع، بررسی‌های مناسب آتی برای اداره و درمان بیمار به تاریخچه وی بستگی داشته و در صورت وجود هر یک از عوامل جسمی یا روانشناختی رویکردهای مناسب درمانی از نظر ارجاع به متخصص بالینی یا مشاوره‌های روان‌درمانی توصیه می‌گردند. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که این اختلالات به عنوان عاملی اثرگذار بر کیفیت زندگی در افراد شناخته شده و در واقع بررسی عملکرد جنسی، نقش مهمی را در مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی ایفا می‌کند[۹، ۱۱، ۱۲].

نظر بر اهمیت مبحث اختلالات عملکرد جنسی در زنان، مطالعه‌ای به منظور بررسی شیوع این اختلالات و عوامل خطر آن در زنان متأهل شهری استان کهگیلویه و بویر احمد طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی در زمستان سال ۱۳۸۴ در سطح مناطق شهری استان کهگیلویه و بویراحمد انجام شد. نمونه پژوهش زنان مناطق شهری که سابقه حداقل یک ازدواج در تاریخچه فردی داشتند در نظر گرفته شد. حجم نمونه لازم با در نظر گرفتن P=۰/۱۵ و d=۰/۰۲، ۱۳۰۰ نفر محاسبه شده و بر اساس جمعیت شهرستان‌های اصلی استان (بویراحمد، گچساران، کهگیلویه و دنا) تعداد نمونه اختصاص یافته به هر شهرستان پس از تسهیم به نسبت، تعیین شد.

به دلیل پوشش مطلوب (تقریباً ۱۰۰ درصد) مراکز بهداشتی ـ درمانی در سطح استان، نمونه‌های پژوهش از فهرست زنان تحت پوشش هر مرکز بر اساس تعداد افراد تحت پوشش مراکز انتخاب شد. نمونه اختصاص یافته به هر مرکز، به خوشه‌های ۲۰ نفری تقسیم شده و انتخاب سرخوشه‌ها به صورت تصادفی از فهرست خانوارهای تحت پوشش صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای محقق ساخت بر اساس بررسی متون و با تأیید روایی محتوا توسط متخصصین علوم روانپزشکی - روانشناسی و بهداشت مادر و کودک بوده و در بررسی عوامل خطر مشخصات جمعیتی و متغیرهای زمینه‌ای و باروری شامل سن ازدواج، سن اولین بارداری، تعداد بارداری‌ها، روش به کار برده شده پیشگیری از بارداری، نوع عمل جراحی زنان و هورمون درمانی را در بر داشت.

اندازه‌گیری اختلالات عملکرد جنسی بر اساس دسته بندی بین‌المللی DSM-IV با چهار واژه «کمبود میل جنسی، عدم تحریک جنسی، نرسیدن به اوج لذت جنسی و درد هنگام نزدیکی» به صورت سؤالاتی منفرد و تجربه این اختلالات، طی سه ماه اخیر از زمان انجام مطالعه تعریف و در نظر گرفته شد.

رابطین بهداشتی مراکز پس از دریافت آموزش‌های لازم در خصوص سلامت جنسی، اختلالات عملکرد جنسی و عوامل مؤثر بر آن با مراجعه به درب منازل و انجام مصاحبه با زنان اطلاعات را جمع آوری نمودند. لازم به ذکر است انجام مصاحبه‌ها پس از جلب رضایت افراد انجام شده و در صورت عدم تمایل، نمونه دیگری جایگزین می‌گردید.

اطلاعات جمع‌آوری شده در برنامه نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ وارد شده و جهت بررسی روابط تحلیلی آزمون χ^2 و رگرسیون لجستیک دوتایی (در سطح معناداری ۰/۰۵) به کار برده شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۱۵۴۰ نفر از زنان متأهل مناطق شهری استان کهگیلویه و بویراحمد در زمستان سال ۱۳۸۴ مورد مطالعه قرار گرفتند. میزان مشارکت افراد جهت شرکت در مطالعه و همکاری با پرسشگران رضایت بخش بود (میزان پاسخگویی۹۲ درصد). میانگین سنی زنان مورد مطالعه (۹/۴) ۳۳/۲ بوده و از نظر سطح تحصیلات،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.8.8]

بیشترین فراوانی در مقطع ابتدایی به دست آمد (۲۹/۱ درصد). بیشتر زنان خانه‌دار بوده (۸۴/۵ درصد) و فراوانی موارد شغلی در گروه سایر شامل موارد «کارگر، آزاد، کشاورز یا دامپرور و بازنشسته» بود. مشخصات جمعیتی نمونه پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

توزیع فراوانی اختلالات عملکرد جنسی در نمونه پژوهش در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. شیوع اختلالات عملکرد جنسی به طور کلی در نمونه پژوهش در ۱۰۳ نفر (۸/۵ درصد) گزارش شد. تجربه اختلالات عملکرد جنسی در حد شدید در مورد متغیرهای «عدم تحریک جنسی» و «کمبود میل جنسی» به ترتیب از کمترین و بیشترین فراوانی برخوردار بودند (۶ و ۷/۷ درصد). ارتباط متغیرهای زمینه‌ای و باروری با اختلالات عملکرد جنسی با انجام آزمون χ^2 بررسی شده و نتایج در متن مورد اشاره قرار گرفته است.

نتایج نشان داد متغیر «گروه‌های سنی» (P=۰/۰۴) بر تجربه کمبود میل جنسی دارای اثر بوده و زنان در گروه‌های سنی بالاتر به میزان بیشتری این علامت را تجربه نموده‌اند. هیچیک از متغیرهای زمینه‌ای و باروری مورد مطالعه ارتباط آماری معناداری را با متغیر «عدم تحریک جنسی» نشان نداد.

همچنین تحلیل آماری نشان داد متغیر «روش به‌کار برده شده تنظیم خانواده» (P=۰/۰۳) با تجربه «نرسیدن به اوج لذت جنسی» دارای ارتباط آماری معناداری بوده و در استفاده کنندگان از IUD بیشترین فراوانی را نشان داد.

در بررسی روابط تحلیلی، تجربه «درد هنگام نزدیکی» نیز با متغیرهای گروه‌های سنی (P=۰/۰۰۱، شدت بیشتر علامت در گروه های سنی پایین‌تر)، سطح تحصیلات (P=۰/۰۰۱، شدت کمتر علامت در زنان مقطع دانشگاهی)، شغل (P=۰/۰۲، شدت بیشتر علامت در زنان خانه دار)، سن ازدواج (P=۰/۰۲، افزایش تجربه علامت در حد خفیف با افزایش سن ازدواج)، تعداد بارداری (P=۰/۰۰۱، تجربه شدیدتر علامت در زنان با بارداری بیشتر) و سن اولین حاملگی (P=۰/۰۱، تجربه شدیدتر علامت در زنان با سن حاملگی پایین‌تر) از ارتباطات آماری معناداری برخوردار بود.

بررسی اثر تعاملی متغیرهای زمینه‌ای و باروری مورد مطالعه بر اختلالات عملکرد جنسی در مدل رگرسیون لجستیک دوتایی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل رگرسیونی متغیرهای زمینه‌ای بر تجربه اختلالات عملکرد جنسی در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

نتایج این تحلیل نشان داد متغیرهای: گروه‌های سنی و نوع عمل جراحی زنان بر احتمال این که یک زن مورد مطالعه کمبود میل جنسی را تجربه کرده باشد اثر گذار بودند. به عنوان مثال نسبت شانس تجربه کمبود میل جنسی در زنانی که عمل جراحی سزارین داشته‌اند، ۱/۵۷ برابر همان شانس در زنان بدون اعمال جراحی بوده است (P=۰/۰۰۶).

در خصوص تجربه «عدم تحریک جنسی»، بر اساس نتایج، متغیرهای« گروه‌های سنی و نوع روش پیشگیری از بارداری» بر احتمال تجربه عدم تحریک جنسی در زنان اثر گذار بوده‌اند. در گروه سنی ۴۵-۳۶ سال، نسبت شانس تجربه عدم تحریک جنسی ۲/۲۰ برابر همان شانس در سنین ۲۵ سال و کمتر بوده است(P=۰/۰۰۴). در خصوص تجربه نرسیدن به اوج لذت جنسی، نتایج بیانگر آن بود که متغیرهای سن ازدواج و روش پیشگیری از بارداری بر احتمال تجربه نرسیدن به اوج لذت جنسی اثر گذار بوده‌اند. زنانی که در سنین ۱۵-۷ سالگی ازدواج کرده‌اند، ۲/۹۳ برابر بیش از زنان سنین ۲۶ سال و بالاتر نسبت شانس تجربه نرسیدن به اوج لذت جنسی را داشته‌اند(P=۰/۰۰۷).

در خصوص تجربه درد هنگام نزدیکی، نتایج نشان داد متغیرهای گروه‌های سنی، سطح تحصیلات و روش پیشگیری از بارداری بر احتمال تجربه این علامت دارای اثر بودند. به عنوان مثال، در زنان گروه سنی ۴۶ سال و بالاتر نسبت شانس درد هنگام نزدیکی ۰/۵۱ برابر نسبت شانس زنان گروه مرجع کاهش نشان داده است(P=۰/۰۴).

بحث و نتیجه گیری

در مجموع ۱۵۴۰ نفر از زنان متأهل ساکن مناطق شهری استان کهگیلویه و بویراحمد با میانگین سنی(SD=۹/۴) ۳۳/۲ سال مورد مطالعه قرار گرفتند.

مقایسه متغیرهای مرتبط با باروری در این نمونه و اطلاعات موجود از طرح سلامت و بیماری۱۳۷۹ [۱۳] روشن ساخت که نمونه مورد مطالعه از نظر میانگین سنی و شاخص‌های باروری شامل سن اولین قاعدگی، سن اولین ازدواج، سن اولین حاملگی و تعداد حاملگی‌ها بسیار مشابه به اطلاعات حاصل از طرح سلامت و بیماری است و می‌توان چنین ادعا نمود که نمونه حاضر معرف خوبی از جمعیت مورد نظر است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.8.8]

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی نمونه پژوهش

	تعداد	درصد
گروه‌های سنی (سال)(n=۱۵۴۰)		
≤۲۵	۳۴۴	۲۲/۳
۲۶-۳۰	۳۳۷	۲۱/۹
۳۱-۳۵	۳۲۵	۲۱/۱
۳۶-۴۵	۳۸۱	۲۴/۷
≥۴۶	۱۵۳	۱۰/۰
میانگین (انحراف معیار)	**۳۳/۲ (۹/۴)**	
سطح تحصیلات (n=۱۴۷۰)		
بدون سواد	۲۳۶	۱۶/۱
ابتدایی	۴۲۸	۲۹/۱
راهنمایی	۲۷۱	۱۸/۴
دبیرستان	۳۷۸	۲۵/۷
دانشگاهی	۱۵۷	۱۰/۷
وضعیت شغلی (n=۱۵۴۰)		
خانه دار	۱۳۰۱	۸۴/۵
سایر	۲۳۹	۱۵/۵
سن ازدواج (سال)(n=۱۵۲۴)		
۷-۱۵	۴۷۷	۳۱/۳
۱۶-۲۰	۷۲۰	۴۷/۲
۲۱-۲۵	۲۶۲	۱۷/۲
≥۲۶	۶۵	۴/۳

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی اختلالات عملکرد جنسی در نمونه پژوهش

	خیر		خفیف		متوسط		شدید	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمبود میل جنسی (n=۱۳۹۷)	۹۰۷	۶۴/۹	۲۲۲	۱۵/۹	۱۶۰	۱۱/۵	۱۰۸	۷/۷
عدم تحریک جنسی(n=۱۴۰۳)	۹۶۰	۶۸/۴	۱۸۲	۱۳/۰	۱۷۷	۱۲/۶	۸۴	۶/۰
نرسیدن به اوج لذت جنسی(n=۱۳۹۶)	۹۱۵	۶۵/۵	۱۸۲	۱۳/۰	۱۹۵	۱۴/۰	۱۰۴	۷/۴
درد هنگام نزدیکی (n=۱۳۶۴)	۸۸۸	۶۵/۱	۲۲۶	۱۶/۶	۱۴۶	۱۰/۷	۱۰۴	۷/۶

جدول شماره ۳- نتایج رگرسیون لجستیک در مورد اثر متغیرهای باروری و زمینه‌ای بر اختلالات عملکرد جنسی

	کمبود میل جنسی (n=۱۳۲۷)	عدم تحریک جنسی (n=۱۳۳۲)	نرسیدن به اوج لذت جنسی (n=۱۳۲۵)	درد هنگام نزدیکی (n=۱۲۸۷)
	(فاصله اطمینان ۹۵٪) میزان بخت Ψ	(فاصله اطمینان ۹۵٪) میزان بخت Ψ	(فاصله اطمینان ۹۵٪) میزان بخت Ψ	(فاصله اطمینان ۹۵٪) میزان بخت Ψ
گروه‌های سنی (سال)				
≤۲۵	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)
۲۶-۳۰	۱/۱۴(۰/۷۷-۱/۶۹)	۱/۷۰(۱/۱۳-۲/۵۶) * *	۱/۴۵(۰/۹۸-۲/۱۳)	۰/۶۹(۰/۴۸-۱/۰۱)
۳۱-۳۵	۱/۳۹(۰/۸۷-۲/۲۴)	۱/۷۲(۱/۰۵-۲/۸۲) *	۱/۵۶(۰/۹۷-۲/۴۹)	۰/۴۸(۰/۲۹-۰/۷۷) * *
۳۶-۴۵	۱/۷۱(۱/۰۱-۲/۹۱)*	۲/۲۰(۱/۲۷-۳/۷۹) * *	۱/۶۰(۰/۹۴-۲/۷۱)	۰/۴۸(۰/۲۸-۰/۸۱) * *
≥۴۶	۳/۰۷(۱/۵۸-۵/۹۹) ***	۱/۷۱(۰/۸۴-۳/۴۴)	۱/۵۱(۰/۷۷-۲/۹۷)	۰/۴۹(۰/۲۴-۰/۹۹) *

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.8.8]

ادامه جدول شماره ۳- نتایج رگرسیون لجستیک در مورد اثر متغیرهای باروری و زمینه‌ای بر اختلالات عملکرد جنسی

	کمبود میل جنسی (n=۱۳۲۷)	عدم تحریک جنسی (n=۱۳۳۲)	نرسیدن به اوج لذت جنسی (n=۱۳۲۵)	درد هنگام نزدیکی (n=۱۲۸۷)
	(فاصله اطمینان ۹۵٪) میزان بختΨ	(فاصله اطمینان ۹۵٪) میزان بختΨ	(فاصله اطمینان ۹۵٪) میزان بختΨ	(فاصله اطمینان ۹۵٪) میزان بختΨ
تحصیلات				
دانشگاهی	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)
دبیرستان	۰/۹۴(۰/۵۶-۱/۵۸)	۱/۰۲(۰/۶۱-۱/۷۲)	۱/۰۱(۰/۶۱-۱/۷۰)	۱/۸۴(۱/۱۰-۳/۰۷) *
راهنمایی	۰/۹۵(۰/۵۲-۱/۷۳)	۰/۷۴(۰/۴۰-۱/۳۷)	۰/۹۶(۰/۵۳-۱/۷۴)	۱/۴۴(۰/۷۸-۲/۶۲)
ابتدایی	۱/۱۷(۰/۶۶-۲/۰۸)	۱/۰۱(۰/۵۶-۱/۸۱)	۱/۴۰(۰/۷۹-۲/۴۷)	۱/۶۷(۰/۹۳-۲/۹۸)
بی‌سواد	۰/۸۳(۰/۴۳-۱/۶۲)	۰/۷۰(۰/۳۵-۱/۴۰)	۰/۹۵(۰/۴۹-۱/۸۵)	۱/۰۱(۰/۵۰-۲/۰۴)
شغل				
خانه دار	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰ (Ref)	۱/۰ (Ref)
سایر	۰/۹۰(۰/۵۸-۱/۳۹)	۱/۰۸(۰/۶۹-۱/۶۷)	۰/۸۷(۰/۵۷-۱/۳۴)	۱/۳۱(۰/۸۶-۲/۰۱)
سن ازدواج (سال)				
≥۲۶	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰ (Ref)	۱/۰ (Ref)
۲۱-۲۵	۰/۹۶(۰/۴۷-۱/۹۴)	۱/۳۹(۰/۶۸-۲/۸۵)	۱/۸۱(۰/۸۹-۳/۶۹)	۰/۵۹(۰/۲۸-۱/۲۲)
۱۶-۲۰	۰/۸۸(۰/۴۳-۱/۸۲)	۱/۷۲(۰/۸۲-۳/۵۹)	۲/۳۱(۱/۱۱-۴/۸۲) *	۰/۶۲(۰/۲۹-۱/۳۳)
۷-۱۵	۱/۰۹(۰/۵۰-۲/۳۷)	۲/۰۸(۰/۹۵-۴/۵۶)	-۶/۴۲) * * ۲/۹۳(۱/۳۳	۱/۰۱(۰/۴۵-۲/۲۶)
سن اولین بارداری (سال)				
نداشتن بارداری	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰ (Ref)	۱/۰ (Ref)
۱۰-۱۵	۱/۰۰(۰/۴۰-۲/۴۷)	۰/۵۵(۰/۲۱-۱/۴۰)	۰/۷۵(۰/۳۱-۱/۸۳)	۰/۸۸(۰/۳۵-۲/۲۰)
۱۶-۲۰	۱/۰۹(۰/۴۹-۲/۴۳)	۰/۵۳(۰/۲۳-۱/۲۲)	۰/۷۴(۰/۳۴-۱/۶۱)	۰/۹۸(۰/۴۴-۲/۱۷)
۲۱-۲۵	۰/۸۹(۰/۴۰-۱/۹۶)	۰/۵۸(۰/۲۵-۱/۳۰)	۰/۸۷(۰/۴۱-۱/۸۷)	۱/۲۶(۰/۵۷-۲/۷۶)
≥۲۶	۰/۶۴(۰/۲۶-۱/۵۶)	۰/۶۱(۰/۲۴-۱/۵۴)	۱/۲۲(۰/۵۱-۲/۹۰)	۰/۹۰(۰/۳۵-۲/۲۷)
تعداد بارداری‌ها				
نداشتن بارداری	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)
۱-۲	۰/۶۵(۰/۲۹-۱/۴۵)	۰/۸۶(۰/۳۸-۱/۹۴)	۰/۷۶(۰/۳۵-۱/۶۶)	۰/۷۲(۰/۳۲-۱/۵۸)
۳-۴	۰/۵۹(۰/۲۴-۱/۴۲)	۰/۸۴(۰/۳۴-۲/۰۷)	۰/۵۰(۰/۲۱-۱/۱۸)	۰/۶۸(۰/۲۸-۱/۶۲)
≥۵	۰/۴۹(۰/۱۹-۱/۲۵)	۰/۹۶(۰/۳۷-۲/۴۷)	۰/۶۳(۰/۲۵-۱/۵۵)	۰/۶۷(۰/۲۷-۱/۶۹)
روش پیشگیری از بارداری				
عدم استفاده	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)
قرص خوراکی پیشگیری از بارداری	۱/۰۲(۰/۷۱-۱/۴۷)	۱/۱۹(۰/۸۰-۱/۷۶)	۰/۷۷(۰/۵۳-۱/۱۲)	۱/۳۱(۰/۸۹-۱/۹۳)
IUD	۱/۰۸(۰/۵۴-۲/۱۶)	۱/۳۸(۰/۶۸-۲/۷۹)	۱/۳۵(۰/۶۹-۲/۶۵)	۱/۰۵(۰/۵۱-۲/۱۶)
کاندوم	۰/۹۷(۰/۵۴-۱/۷۲)	۱/۵۰(۰/۸۴-۲/۶۷)	۱/۴۸(۰/۸۵-۲/۵۷)	۱/۸۰(۱/۰۲-۳/۱۸)
بستن لوله مرد/زن	۱/۴۶(۰/۷۰-۳/۰۶)	۱/۹۸(۰/۴۴-۲/۱۴)	۱/۰۷(۰/۵۰-۲/۲۹)	۱/۱۷(۰/۵۰-۲/۷۱)
آمپول پروژسترونی/ کاشتنی/ انزال منقطع	۱/۳۵(۰/۸۷-۲/۰۹)	۱/۸۱(۱/۱۵-۲/۸۵) * *	۱/۶۲(۱/۰۶-۲/۴۹) *	۱/۰۷(۰/۶۷-۱/۶۹)
جراحی				
نداشتن جراحی	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)
بستن لوله رحمی	۰/۶۸(۰/۳۱-۱/۵۲)	۱/۳۳(۰/۵۷-۳/۰۷)	۱/۰۶(۰/۴۷-۲/۳۹)	۱/۲۹(۰/۵۳-۳/۱۷)
سزارین	۱/۵۷(۱/۱۳-۲/۱۸) * *	۱/۳۱(۰/۹۳-۱/۸۴)	۱/۲۹(۰/۹۳-۱/۸۱)	۰/۸۵(۰/۶۰-۱/۲۰)
برداشتن رحم	۱/۱۳(۰/۴۲-۲/۹۹)	۱/۵۵(۰/۵۶-۴/۲۳)	۰/۶۵(۰/۲۲-۱/۹۰)	۰/۹۸(۰/۳۳-۲/۹۲)
جراحی لگنی	۱/۲۶(۰/۶۵-۲/۴۲)	۱/۱۰(۰/۵۶-۲/۱۳)	۱/۲۲(۰/۶۲-۲/۴۰)	۱/۲۳(۰/۶۲-۲/۴۵)
سایر	۱/۴۰(۰/۶۶-۲/۹۷)	۱/۷۰(۰/۷۸-۳/۷۲)	۱/۵۵(۰/۷۲-۳/۳۲)	۱/۵۹(۰/۶۹-۳/۶۵)
هورمون‌درمانی				
بلی	۱/۰(Ref)	۱/۰(Ref)	۱/۰ (Ref)	۱/۰ (Ref)
خیر	۱/۰۱(۰/۶۶-۱/۵۵)	۰/۷۰(۰/۴۶-۱/۰۷)	۰/۸۲(۰/۵۴-۱/۲۶)	۰/۷۸(۰/۵۱-۱/۲۰)

ΨOdds Ratio * P.Value ≤ ۰/۰۵ ** P.Value ≤ ۰/۰۱ *** P.Value ≤ ۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.8.8]

فراوانی اختلالات عملکرد جنسی به طور کلی در چهار بعد به شرح زیر به دست آمد:

کمبود میل جنسی (Loss of desire): ۳۵/۳ درصد، عدم تحریک جنسی (Loss of arousal): ۳۱/۶ درصد، نرسیدن به اوج لذت جنسی (Anorgasmia): ۳۴/۴ درصد، درد هنگام نزدیکی (Dispareunia): ۳۴/۸ درصد.

مطالعه آقای دکتر صفری نژاد نیز که در زنان سنین ۶۰-۲۰ سال استان های کشور انجام شده است، شیوع اختلالات عملکرد جنسی را به تفکیک در مورد کمبود میل جنسی ۳۵ درصد، در مورد عدم تحریک جنسی ۳۰ درصد، در مورد نرسیدن به اوج لذت جنسی ۳۷ درصد و در مورد درد هنگام نزدیکی ۲۶ درصد به دست داده است[۱۴]. همانطور که مشاهده می‌شود در مطالعه حاضر درد در هنگام نزدیکی شیوع بیشتری نسبت به مطالعه آقای دکتر صفری نژاد دارد که قابل بررسی است.

مقایسه یافته‌های این مطالعه با تحقیق‌های دیگر در ایران و جهان بیانگر شیوع بیشتر این اختلالات در مطالعه حاضر است[۲، ۴، ۱۴]. البته به دلیل تفاوت در روش نمونه‌گیری و نحوه اندازه‌گیری این اختلالات، شاید مقایسه این نتایج منطقی نباشد. اما نتایج تمامی این مطالعات بیانگر شیوع نسبتاً بالای این اختلالات هستند. در مجموع مطالعات محدودی به بررسی عوامل خطر اختلالات عملکرد جنسی پرداخته‌اند. هنگامی که تأثیر شناخته شده این اختلالات را بر سلامتی یک زن به خصوص در بعد روانی درک کنیم، اهمیت توجه به آنها کاملاً روشن و بدیهی می‌نماید. بر اساس یافته‌های مطالعه، ۲۴/۴ درصد پاسخ دهندگان حداقل از یک اختلالات و ۳۹/۳ درصد از دو یا بیشتر از دو اختلالات رنج می‌بردند. شیوع تمامی اختلالات در ۸/۵ درصد از نمونه مورد مطالعه گزارش شده است. در مطالعه Abdo در برزیل (البته با میانگین سنی بالاتر) تعداد زنان دارای حداقل یک اختلالات، تقریباً دو برابر اما شیوع هر یک از زیر گروه‌های اختلالات عملکرد جنسی همگی کمتر از مطالعه حاضر بود[۱۵]. در مطالعه خانم اصغری رودسری نیز که بر روی ۳۰ دانشجوی زن پزشکی با میانگین سنی ۲۴/۳ (۱/۲۹) سال انجام شده است، حداقل ۴۰ درصد افراد مورد مطالعه یک اختلالات عملکرد جنسی داشته‌اند[۱۶].

در مطالعه حاضر افزایش سن سبب افزایش تجربه کمبود میل جنسی و کاهش تجربه درد در هنگام نزدیکی شده است و بر روی عدم تحریک جنسی و نرسیدن به اوج لذت جنسی اثری نشان نداده است. در مطالعه آقای دکتر صفری نژاد نیز بالا رفتن سن سبب افزایش تجربه کمبود میل جنسی گردیده است[۱۴]. در مطالعه Abdo نیز بیشتر شدن سن عامل خطری برای تجربه کاهش میل جنسی و نرسیدن به اوج لذت جنسی محسوب شده است و تحصیلات کمتر عامل خطر کاهش میل جنسی ـ نرسیدن به اوج لذت جنسی و درد هنگام نزدیکی گزارش شده است[۱۵].

در این خصوص که چرا در مطالعه حاضر با بالا رفتن سن درد در هنگام نزدیکی کمتر شده است، نقش سایر عوامل مؤثر در این مورد نظیر تحصیلات و وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی و ... مطرح می‌گردد. سایر متغیرهای زمینه‌ای مثل شغل، تحصیلات، سن ازدواج، سن اولین بارداری و تعداد بارداری‌ها بیشترین اثر را بر درد هنگام نزدیکی نشان داده‌اند که متفاوت از سایر مطالعات است[۱۴، ۱۵]. استفاده از یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری در مجموع تأثیری بر تجربه اختلالات عملکرد جنسی نداشت. این امر در مطالعات دیگر نیز مشاهده شده است [۱۴، ۱۶] و می‌تواند بیانگر تأثیر مهم عوامل غیر بیولوژیک بر سلامت و رضایت از زندگی جنسی یک زن باشد. اما نوع روش پیشگیری از بارداری به‌کار رفته در جمعیت مورد مطالعه بیشترین اثر را بر نرسیدن به اوج لذت جنسی داشته است. بیشترین شیوع در مصرف‌کنندگان قرص‌های پیشگیری از بارداری مشاهده شد که با توجه به اثر هورمونی این قرص‌ها قابل توجیه است.

در مطالعه اصغری رودسری، هیچیک از عوامل جمعیتی و باروری مورد مطالعه نظیر سن و روش پیشگیری از بارداری ارتباطی با زیر گروه‌های اختلالات عملکرد جنسی نشان نداده‌اند[۱۶].

بررسی اثر تعاملی متغیرهای مورد مطالعه بر روی تجربه اختلالات عملکرد جنسی نشان داد که سن و نوع عمل جراحی بر تجربه کمبود میل جنسی، سن و روش پیشگیری از بارداری بر تجربه عدم تحریک جنسی، سن ازدواج و روش پیشگیری از بارداری بر تجربه نرسیدن به اوج لذت جنسی، سن، تحصیلات و روش پیشگیری از بارداری بر تجربه درد هنگام نزدیکی مؤثر بوده‌اند. همچنین در گروه سنی ۴۵-۳۶ سال میزان بخت تجربه عدم تحریک جنسی ۲/۲ برابر گروه سنی ۲۵≥ سال به دست آمده است. این امر می‌تواند بیانگر نقش سایر عوامل نظیر عوامل اقتصادی، روانشناختی، تحصیلات و ... بوده و بررسی دقیق‌تر این روابط را در مطالعات آتی مطرح می‌سازد.

مطالعه دکتر صفری نژاد نیز تأثیر سن را در همه زیر گروه‌های اختلالات عملکرد جنسی نشان داد و همانند مطالعه حاضر نیز اثر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.8.8]

حفاظتی بر روی تجربه درد هنگام نزدیکی داشت[۱۴]. در مطالعه ایشان متغیرهای تحصیلات، شغل، تعداد بارداری‌ها و سن ازدواج بر تجربه کمبود میل جنسی، متغیر تحصیلات وسن ازدواج بر تجربه عدم تحریک جنسی، متغیرهای تحصیلات، شغل، تعداد بارداری‌ها و سن ازدواج بر تجربه نرسیدن به اوج لذت جنسی و متغیرهای تحصیلات و سن ازدواج بر درد هنگام نزدیکی مؤثر بودند. در مجموع، از آنجا که اختلالات عملکرد جنسی نقش غیر قابل انکاری بر کیفیت زندگی و اعتماد به نفس در زندگی زناشویی زوج‌ها دارد، ناتوانی در برقراری یک ارتباط سالم و لذت بخش با شریک جنسی تبعات جسمی و روانی وحتی اجتماعی برای زن و همسر وی به دنبال خواهد داشت. با توجه به نتایج مطالعات متعددی که شیوع نسبتاً بالایی از این اختلالات را گزارش کرده‌اند، این اختلالات باید فارغ از تعصبات غیر منطقی و به شکل علمی و نیز سازگار با فرهنگ وپذیرش بیماران مورد توجه پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی قرار گیرند.

منابع

1- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. Journal of Urology 2000; 163: 888-93

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

3- Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross- sectional study. British Medical Journal 2003; 327: 423-8

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

5- Kadri N, McHichi Alami KH, McHakara Tahiri S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. Archive of Women Mental Health 2002; 5: 59-63

6- Read J. ABC of sexual health: sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. British Medical Journal 1999; 318: 587-9

7- deMarquiegui A, Huish M. ABC of sexual health: a woman's sexual life after an operation. British Medical Journal 1999; 318: 178-81

8- Leonard LM, Follette VM. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. Annual Review of Sex Research 2002; 13: 346-88

9- Walson JP, Dawies T. ABC of mental health: psychosexual problems. British Medical Journal 1997; 315: 239-42

10- Glass C, Bahulesh S. ABC of sexual health: sexual problems of disabled patients. British Medical Journal 1999; 318: 518-21

11- Daker–White G, Donovan J. Sexual satisfaction, quality of life and the transaction of intimacy in hospital patients' accounts of their (hetero) sexual relationships. Sociology of Health & Illness 2002; 24: 89-113

12- Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, Kobayashi K, et al. Prevalence of female sexual dysfunction sympotoms and it's relationships to quality of life: a Japanese female cohort study. Urology 2005; 65: 143-8

۱۳- محمد کاظم، نوربالا احمدعلی، بررسی سلامت و بیماری در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۹

14- Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research 2006; 18: 382-92

15- Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipalda JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). International Journal of Impotence Research 2004; 16: 160-66

16- Asghari Roodsari A, Khademi A, Akbari Hamed E, Tabatabaiifar SL, Alleyassin A. Female sexual dysfunction in married medical students. McGill Journal of Medicine 2005; 8: 104-8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.8.8]