دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال بیست و پنجم، شماره ۲، صفحه ۱۲۹-۱۱۴ (خرداد و تیر ۱۴۰۱)

Iran South Med J 2022; 25(2): 114-129

شیوع اختلال عملکرد جنسی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سنین باروری

فاطمه احمدی (MSc)[۱*]، رحیم طهماسبی (PhD)[۲،۳]، آزیتا نوروزی (PhD)[۱ و ۳**]، فاطمه اکبری‌زاده (PhD)[۴]

[۱] گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۲] گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۳] مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[۴] گروه سلامت روان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱- پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۲/۱۲)

چکیده

زمینه: اختلال عملکرد جنسی بر کیفیت زندگی و بسیاری از مشکلات اجتماعی تأثیرگذار است، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع اختلال عملکرد جنسی و ارزیابی اثر پیشگویی کنندگی برخی عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن، در زنان سنین باروری شهر بوشهر انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، از نوع مقطعی است که بر روی ۵۴۸ زن متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال ساکن شهر بوشهر به صورت آنلاین انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی طبقه‌بندی متناسب از بین تمامی ده مرکز جامع سلامت شهر بوشهر بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات فردی و شاخص عملکرد جنسی زنان بود که عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه می‌سنجد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ با استفاده از آزمون‌های کای- دو و مدل رگرسیون لجستیک انجام گردید. سطح معنی‌داری برای تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵۴۸ نفر شرکت نمودند که از این تعداد ۲۶۷ نفر (۴۸/۷ درصد) اختلال عملکرد جنسی داشتند. از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، سطح تحصیلات ($p<0/001$)، سطح درآمد خانواده ($p=0/014$)، اختلاف با همسر ($p=0/001$)، سابقه اختلال عملکرد جنسی ($p<0/001$) و وضعیت عملکرد جنسی ($p<0/001$) عوامل پیشگویی کننده معنادار اختلال عملکرد جنسی بودند.

نتیجه‌گیری: شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان متأهل شهر بوشهر نسبتاً بالا می‌باشد. از آنجا که وضعیت عملکرد جنسی پیشگویی‌کنندگی قوی در بروز اختلال عملکرد جنسی است، می‌توان از این عامل جهت شناسایی افراد دارای اختلال عملکرد جنسی استفاده نمود. جهت پیشگیری از این اختلال، نیاز به بستر مناسب جهت تشخیص و درمان اختلالات جنسی در زنان است. طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای جهت بهبود عملکرد جنسی زنانی که با همسر خود اختلاف داشته و سطح درآمد ناکافی دارند، ضروریست.

واژگان کلیدی: اختلال عملکرد جنسی، زنان، سنین باروری، اختلال میل جنسی، اختلال برانگیختگی

** بوشهر، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

E.mail: azitanoroozi@yahoo.com
* ORCID: 0000-0001-8827-8151
** ORCID: 0000-0001-8881-1454

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

مقدمه

خواستگاه نیازهای جنسی از پایه‌ای‌ترین نیازها در یک ارتباط دو سویه است و نه تنها در گروه نیازهای طبیعی، بلکه در زمره نیازهای معنوی و عرفانی دیده شده است (۱). هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، اختلال در عملکرد جنسی را به همراه دارد (۲) که می‌تواند یک یا چندین مرحله از فرایند جنسی شامل تمایل[1]، تحریک جنسی[2]، برانگیختگی[3]، تهییج[4] و اوج لذت جنسی[5] را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳).

مطالعات بر روی اختلال عملکرد جنسی در سراسر دنیا شیوع بالای این اختلال در ۳۰ تا ۵۰ درصد زنان را نشان داده است (۹-۴). همچنین نتایج مطالعه‌ای مروری بین سال‌های ۱۹۶۹ تا ۲۰۰۸ شیوع اختلالات جنسی را در زنان حدود ۴۰ درصد گزارش نمود (۴). با این وجود شیوع اختلال جنسی در مناطق مختلف متفاوت است. به‌طوری که در آمریکای شمالی ۳۲ درصد (۵)، برزیل ۴۹ درصد (۶)، اردن ۴۵/۶ درصد (۷)، مصر ۶۸/۹ درصد (۸) و نیجریه ۷۱ درصد (۹) از زنان نوعی از اختلال عملکرد جنسی را تجربه کرده‌اند (۱۰). در مطالعه وحدانی‌نیا و همکاران، در کهگیلویه و بویر احمد، ۵۱ درصد از زنان بالای ۱۵ سال، حداقل یکی از انواع اختلالات جنسی را تجربه کرده بودند (۱۱). بر اساس مطالعه متاآنالیزی که در زمینه اختلال عملکرد جنسی بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۴ در چند استان ایران و از جمله بوشهر صورت گرفت؛ شیوع کلی اختلال عملکرد جنسی در زنان ۴۳/۹ درصد و در زنان بوشهری ۳۷/۷ درصد گزارش شد (۱۰).

در میان مراحل مختلف فرایند جنسی، اختلال در تمایل جنسی[6] از شایع‌ترین اختلالات جنسی است که ۱۰ درصد زنان قبل از منوپوز و ۲۵ درصد زنان بعد از منوپوز را تحت تأثیر قرار داده و به شدت با پیامدهای منفی در کیفیت زندگی همراه می‌باشد (۱۲).

عملکرد جنسی می‌تواند متأثر از عوامل زیست‌شناختی، تعارضات درون فردی یا بین فردی، مشکلات اجتماعی و یا ترکیبی از این عوامل باشد (۱۳). بنابراین فراوانی اختلالات جنسی تابع شرایط بیولوژیک از جمله سن، سلامت جسمی (۱۴ و ۱۵) و شرایط محیطی بوده و با گذر زمان و تغییر در شرایط اجتماعی، فراوانی این اختلالات در جوامع ممکن است تغییر نماید (۱، ۱۶ و ۱۷). از طرفی شواهد نشان داده که تشخیص، درمان و آموزش جنسی به زوجین، نه تنها مانع بروز بسیاری از مشکلات فوق می‌گردد، بلکه به بهبود کیفیت زندگی مشترک نیز می‌انجامد (۱۸ و ۱۹).

لذا با توجه به تأثیر اختلال عملکرد جنسی بر کیفیت زندگی، جدایی زوجین و بسیاری از مشکلات اجتماعی، ضروریست فراوانی اختلالات عملکرد جنسی در جوامع مختلف در شرایط زمانی گوناگون مورد سنجش قرار گرفته و افراد در معرض خطر این اختلالات شناسایی شوند تا با شناسایی فراوانی این مشکل و افراد در معرض خطر بتوان برنامه‌ریزی و مداخلات آموزشی مناسب انجام داد. با این وجود در اکثر مطالعات پیشین، اختلالات عملکرد جنسی در زنان سنین یائسگی (۱۲، ۲۰ و ۲۱) و یا بانوان دارای بیماری‌های مزمن (۲۴-۲۲) بررسی شده است، همچنین در مطالعه متا آنالیزی که بر روی مقالات منتشر شده تا فروردین سال ۱۳۹۶ در زمینه اختلال عملکرد جنسی در بانوان سنین باروری ایرانی انجام شده

[1] Desire
[2] Libido
[3] Arousal
[4] Excitement
[5] Orgasmic
[6] Hypoactive sexual desire disorder

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]
[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

است تنها ۷ مطالعه مورد تحلیل قرار گرفته و در این مطالعه ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این زمینه مورد تأکید قرار گرفته است (۲۵). لذا با توجه به اینکه مطالعات انجام شده در مورد اختلال عملکرد جنسی در بانوان سنین باروری بوشهر اندک و مربوط به بیش از ۵ سال گذشته می‌باشد ضروریست با تعیین فراوانی این اختلالات و شناسایی افراد در معرض خطر بتوان برنامه‌های آموزشی مناسبی برای گروه هدف طراحی و اجرا نمود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع اختلال عملکرد جنسی و شناسایی عوامل و متغیرهای جمعیت شناختی مؤثر بر آن در زنان سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) شهر بوشهر طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش زنان سنین باروری متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال ساکن شهر بوشهر می‌باشند. پس از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه با شماره ۰۴۶. ۱۳۹۹. IR.BPUMS.REC، با اخذ تأییدیه از معاونت پژوهشی دانشگاه، مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش دریافت گردید. حجم نمونه لازم در این مطالعه بر اساس شیوع گزارش شدهٔ اختلال عملکرد جنسی زنان (۳۱/۲ درصد) در بررسی ملی سال ۱۳۸۴ (۱۰)، و با در نظر گرفتن سطح خطای نوع اول α=۰/۰۵، توان ۸۰ درصد و دقت برآورد d=۰/۰۶، بر اساس فرمول $n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}+Z_{1-\beta})^2 P(1-P)}{d^2}$، ۴۶۸ نفر برآورد گردید، که با احتساب میزان ریزش ۱۰ درصد حداقل حجم نمونه نهایی ۵۱۵ نفر به‌دست آمد. معیارهای ورود در این مطالعه شامل تأهل و زندگی در کنار همسر، عدم ابتلا به بیماری قلبی- عروقی، صرع، اختلالات هورمونی و دیابت به گزارش خود فرد و یا ثبت شده در سامانه سیب، عدم بارداری و شیردهی (منظور داشتن فرزند زیر ۶ ماه که با شیر مادر تغذیه شود)، داشتن گوشی همراه هوشمند و اپلیکیشن واتساپ و تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه تکمیل ناقص پرسشنامه بود.

به منظور دسترسی به نمونه‌ها با مراجعه به هریک از ده مرکز خدمات جامع سلامت شهر بوشهر به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای شرکت کنندگان انتخاب شدند به این صورت که لیستی از زنان واجد شرایط از هر یک از مراکز دریافت و سهم هر مرکز با توجه به جمعیت زنان ۱۵ تا ۴۹ سال تحت پوشش هر مرکز مشخص شد، بدلیل حساسیت موضوعی مسئله مورد مطالعه و ساختار فرهنگی جامعه مورد مطالعه تخمین گردید که میزان مشارکت بسیار پایین باشد، به همین دلیل، از هر مرکز به میزان ۶ برابر سهم آن مرکز، به روش آسان از بین واجدین شرایط شرکت در مطالعه از سامانه سیب، نمونه انتخاب شد. بدین‌ترتیب با ۳۰۶۵ فرد واجد شرایط تماس حاصل گردید که از این تعداد ۱۲۰۰ نفر با تماس تلفنی موافقت اولیه خود را برای شرکت در مطالعه اعلام نمودند ولی علیرغم ارسال لینک به ۱۲۰۰ نفر، در نهایت ۵۴۸ نفر پرسشنامه را تکمیل نمودند.

تماس تلفنی طی چهار هفته (صبح تا شب) توسط دو کارشناس مامایی که آموزش‌های لازم جهت چگونگی برقراری ارتباط و ورود شرکت کنندگان به مطالعه را دریافت کرده بودند انجام شد. در این تماس اهداف پژوهش، روند و شیوه انجام کار به اطلاع شرکت کنندگان رسانده شد، و به سؤالات و ابهامات مطرح شده پاسخ داده شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات بصورت کاملاً محرمانه بوده و پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه ارسال شده توسط

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]
[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

لینک برای افراد کاملاً داوطلبانه و آزاد می‌باشد. از اینرو و بدلیل حساسیت مسئله مورد مطالعه، محققین میزان مشارکت افراد در مطالعه را کمتر از ۵۰ درصد تخمین زده و به همین منظور لینک پرسشنامه برای ۱۲۰۰ نفر که به تماس محقق پاسخ داده و رضایت شفاهی اولیهٔ خود برای شرکت در مطالعه اعلام نموده بودند، ارسال شد. لینک پرسشنامهٔ طراحی شده در سرویس پرس لاین در بستر اینترنت، برای این افراد (۱۲۰۰ نفر) از طریق پیام‌رسان واتساپ ارسال گردیده و از آن‌ها درخواست گردید در صورت تمایل با انتخاب لینک ارسالی و مراجعه به صفحه وب پرسشنامه به سؤالات پاسخ دهند. فرایند جمع‌آوری داده‌ها و تکمیل نمونه‌ها به مدت یک ماه بطول انجامید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه‌ای دو بخشی بود. در بخش اول اطلاعات و مشخصات فردی با ۲۴ سؤال شامل سن فرد و همسر، تحصیلات فرد و همسر، شغل فرد و همسر، دیدگاه فرد درباره وضعیت درآمد (کافی، نسبتاً کافی و ناکافی)، سال‌های گذشته از ازدواج، تعداد فرزندان، سابقه بیماری‌های مزمن مرتبط با اختلال جنسی (از جمله دیابت، بیماری قلبی- عروقی، صرع، عفونت لگنی، جراحی‌های لگنی به گزارش خود فرد)، سابقه طلاق در فرد و همسر، سابقه اختلاف با همسر، سابقه ابتلا به اختلالات جنسی، روش پیشگیری از بارداری، مصرف سیگار یا قلیان (مصرف یا عدم مصرف سیگار یا قلیان)، فعالیت بدنی (عدم فعالیت بدنی، فعالیت بدنی در قالب فعالیت روزانه، فعالیت بدنی سنگین، فعالیت بدنی سبک، فعالیت کششی) و غیره. مورد سنجش قرار گرفت. بخش دوم پرسشنامه اختلال عملکرد جنسی زنان[7] با ۱۹ سؤال بود که عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه شامل میل جنسی (با ۲ سؤال)، تحریک روانی (با ۴ سؤال)، رطوبت (با ۴ سؤال)، ارگاسم (با ۳ سؤال)، رضایتمندی (با ۳ سؤال) و دیسپارونیا (با ۳ سؤال) مورد سنجش قرار داد. در این پرسشنامه، بجز سؤالات میل جنسی و دو سؤال از ۳ سؤال مربوط به حوزه رضایتمندی که با طیف لیکرت ۵ سطحی ۱ تا ۵ نمره دهی می‌شوند، سایر سؤالات نمره‌ای بین ۰ تا ۵ دریافت می‌کنند، به‌طوری که نمره صفر در این پرسشنامه حاکی از عدم فعالیت جنسی فرد در طول ۴ هفته گذشته می‌باشد. در مورد نحوه نمره‌دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست آمد. تعداد سؤالات، عدد فاکتور (جهت همسان‌سازی بار نمرات هر یک از حوزه‌ها)، دامنهٔ قابل کسب و نقطه برش هر حوزه در جدول ۱ آورده شده است. نقطه برش برای کل ابزار و هر حوزه جهت تعیین اختلال عملکرد جنسی و کدگذاری افراد به عنوان مبتلا به اختلال یا عدم اختلال استفاده گردید. بدین منظور، جهت تشخیص اختلال عملکرد جنسی در کل کسب نمره کمتر از ۲۸ و برای تعیین اختلال در هریک از مراحل به‌ترتیب، برای میل جنسی نمره کمتر از ۳/۳، تحریک روانی، رطوبت و ارگاسم (اوج لذت) نمره کمتر از ۳/۴ و رضایتمندی و درد نمره کمتر از ۳/۸ گویای وجود اختلال برای آن فرد و بیشتر یا مساوی آن نقاط عدم وجود اختلال می‌باشد.

جدول ۱) مشخصات پرسشنامه اختلال عملکرد جنسی زنان

حوزه عملکرد	تعداد سؤال	عدد فاکتور	دامنه قابل کسب	نقطه برش
میل	۲ سؤال	۰/۶	۱/۲-۶	۳/۳
تحریک روانی	۴ سؤال	۰/۳	۰-۶	۳/۴
رطوبت	۴ سؤال	۰/۳	۰-۶	۳/۴
اوج لذت جنسی	۳ سؤال	۰/۴	۰-۶	۳/۴
رضایتمندی	۳ سؤال	۰/۴	۰/۸-۶	۳/۸
درد جنسی	۳ سؤال	۰/۴	۰-۶	۳/۸
کل ابزار	۱۹ سؤال	-	۲-۳۶	۲۸

[7] Female Sexual Function Index (FSFI)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

روایی و پایایی پرسشنامه عملکرد جنسی در پژوهش‌های متعدد مورد تأئید قرارگرفته (۱۰، ۱۳، ۱۴، ۲۵ و ۲۶) و در مطالعه حیدری و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۴). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برآورد گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، خروجی داده‌ها از سرویس پرس لاین دریافت و تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ با استفاده از آزمون‌های کای- دو و مدل رگرسیون لجستیک انجام گردید سطح معنی‌داری برای تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر حجم نمونه ۵۱۵ نفر برآورد گردید ولی بدلیل حساسیت افراد نسبت به مسئله مورد مطالعه و آنلاین بودن روش جمع‌آوری داده‌ها، لینک پرسشنامه برای بیش از دو برابر حجم نمونه لازم یعنی ۱۲۰۰ نفر ارسال و در نهایت ۵۴۸ نفر پرسشنامه را به‌صورت کامل تکمیل نمودند (میزان ریزش ۵۴/۴ درصد). میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان ۳۲/۸±۵/۲۷ بود. اکثر افراد (۳۰۶ نفر معادل ۷۲/۳ درصد) خانه‌دار بودند. همچنین اکثر شرکت کنندگان (۲۱۹ نفر معادل ۴۰ درصد) شغل همسر را کارمند دولتی گزارش نمودند. سطح تحصیلات بیشتر نمونه‌ها لیسانس و دیپلم بود (به‌ترتیب ۱۹۳ نفر معادل ۳۵/۲ درصد و ۱۶۸ نفر معادل ۳۰/۷ درصد) و در مورد تحصیلات همسر بیشتر افراد سطح تحصیلات همسر را دیپلم (۱۶۳ نفر معادل۲۹/۷ درصد) و لیسانس (۱۶۰ نفر معادل ۲۹/۲ درصد) گزارش نمودند. از نظر تعداد فرزند، ۲۲۱ نفر (۴۰/۳ درصد) تک فرزند بودند. تعداد ۳۴۸ نفر از افراد مورد مطالعه، پیشگیری از بارداری داشتند که بیشتر آن‌ها از روش سد کننده (۱۷۵ نفر معادل ۵۰/۲۸ درصد) استفاده می‌کردند. اکثر افراد (۴۹۶ نفر معادل ۹۰/۵ درصد) با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند. تقریباً نزدیک به نیمی از زنان شرکت کننده در این مطالعه (۲۴۶ نفر معادل ۴۴/۹ درصد) فعالیت بدنی نداشتند. عدم اختلاف با همسر توسط ۴۲۸ نفر (۷۸/۱ درصد) از شرکت کنندگان گزارش گردید. در این مطالعه ۹۴ نفر (۱۷/۲ درصد) سابقه اختلال عملکرد جنسی را در سال پیش گزارش نمودند. بیش از نیمی از افراد (۳۰۳ نفر معادل ۵۵/۳ د رصد) درآمد خانواده را نسبتاً کافی می‌دانستند. از نظر سابقه بیماری اکثر افراد (۴۲۹ نفر معادل ۷۸/۳ درصد) به بیماری خاصی مبتلا نبودند و عدم مصرف دخانیات در ۵۲۰ نفر (۹۴/۹ درصد) گزارش گردید. از کل زنان شرکت کننده در مطالعه ۱۲ نفر (۲/۲ درصد) سابقه جدایی از همسر را ذکر نمودند و ۲۸ نفر (۵/۱ درصد) از همسران زنان شرکت کننده در مطالعه، سابقه جدایی داشتند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد، که بطور کلی ۲۶۷ نفر (۴۸/۷ درصد) حداقل در یک یا چند مرحله از مراحل سیکل جنسی اختلال داشته‌اند. از بین این افراد که حداقل در یکی از مراحل دارای اختلال عملکرد جنسی بودند، ۱۴۶ نفر (۲۶/۶ درصد) در مرحله میل جنسی، ۱۵۷ نفر (۲۸/۶ درصد) در مرحله برانگیختگی، ۷۰ نفر (۱۲/۸ درصد) در مرحله رطوبت، ۱۰۳ نفر (۱۸/۸ درصد) در ارگاسم، ۴۳۰ نفر (۲۱/۵ درصد) در رضایت جنسی اختلال داشتند و تعداد ۹۰ نفر (۱۶/۴ درصد) درد حین نزدیکی (دیسپارونیا) را تجربه می‌کردند. بنابراین در این مطالعه بیشترین میزان اختلالات عملکرد جنسی به ترتیب مربوط به برانگیختگی و میل جنسی بود.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

جدول ۲) روابط بین ویژگیهای جمعیت شناختی کیفی با اختلال عملکرد جنسی و انواع شایع اختلال، در زنان سنین باروری شهر بوشهر

ویژگی جمعیت شناختی و سطوح آن		اختلال جنسی (کل) تعداد (درصد)		p-value	اختلال میل جنسی تعداد (درصد)		p-value	اختلال برانگیختگی تعداد (درصد)		p-value
		دارد	ندارد		دارد	ندارد		دارد	ندارد	
تحصیلات	زیر دیپلم	۴۵(۷۰/۳)	۱۹(۲۹/۷)	۰/۰۰۱	۲۷(۴۲/۲)	۳۷(۵۷/۸)	۰/۰۰۵	۲۵(۳۹/۱)	۳۹(۶۰/۹)	۰/۰۶۸
	دیپلم	۸۶(۵۱/۲)	۸۲(۴۸/۸)		۳۸(۲۲/۶)	۱۳۰(۷۷/۴)		۵۳(۳۱/۵)	۱۱۵(۶۸/۵)	
	فوق دیپلم	۳۳(۴۸/۵)	۳۵(۵۱/۵)		۱۷(۲۵)	۵۱(۷۵)		۲۰(۲۹/۴)	۴۸(۷۰/۶)	
	لیسانس	۷۵(۳۸/۹)	۱۱۸(۶۱/۱)		۴۳(۲۲/۳)	۱۵۰(۷۷/۷)		۴۲(۲۱/۸)	۱۵۱(۷۸/۲)	
	ارشد و بالاتر	۲۸(۵۰/۹)	۲۷(۴۹/۱)		۲۱(۳۸/۲)	۳۴(۶۱/۸)		۱۷(۳۰/۹)	۳۸(۶۹/۱)	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۴۸(۶۷/۶)	۲۳(۳۲/۴)	۰/۰۰۱	۲۹(۴۰/۸)	۴۲(۵۹/۲)	۰/۰۴۱	۳۳(۴۶/۵)	۳۸(۵۳/۵)	۰/۰۰۱
	دیپلم	۸۹(۵۴/۶)	۷۴(۴۵/۴)		۴۰(۲۴/۵)	۱۲۳(۷۵/۵)		۵۴(۳۳/۱)	۱۰۹(۶۶/۹)	
	فوق دیپلم	۲۹(۳۷/۷)	۴۸(۶۲/۳)		۱۷(۲۲/۱)	۶۰(۷۷/۹)		۱۴(۱۸/۲)	۶۳(۸۱/۸)	
	لیسانس	۶۸(۴۲/۵)	۹۲(۵۷/۵)		۳۷(۲۳/۱)	۱۲۳(۷۶/۹)		۳۹(۲۴/۴)	۱۲۱(۷۵/۶)	
	ارشد و بالاتر	۳۳(۴۲/۹)	۴۴(۵۷/۱)		۲۳(۹.۲۹)	۵۴(۷۰/۱)		۱۷(۲۲/۱)	۶۰(۷۷/۹)	
شغل همسر	بیکار	۳۶(۶۹./۲)	۱۶(۳۰/۸)	۰/۰۰۹	۱۶(۳۰/۸)	۳۶(۶۹/۲)	۰/۲۱۵	۲۳(۴۴/۲)	۲۹(۵۵/۸)	۰/۰۱۷
	خدماتی	۷۶(۵۲/۴)	۶۹(۴۷/۶)		۴۸(۳۳/۱)	۹۷(۶۶/۹)		۴۹(۳۳/۸)	۹۶(۶۶/۲)	
	کارمند دولت	۹۹(۴۵/۲)	۱۲۰(۵۴/۸)		۵۶(۲۵/۶)	۱۶۳(۷۴/۴)		۵۳(۲۴/۲)	۱۶۶(۷۵/۸)	
	بخش-خصوصی	۴۸(۴۱/۴)	۶۸(۵۸/۶)		۲۳(۱۹/۸)	۹۳(۸۰/۲)		۲۹(۲۵/۰)	۸۷(۷۵/۰)	
	دانشجو	۲(۲۸/۶)	۵(۷۱/۴)		۱(۱۴/۳)	۶(۸۵/۷)		۰ (۰/۰)	۷ (۱۰۰/۰)	
	چند شغلی	۶(۶۶/۷)	۳(۳۳/۳)		۲(۲۲/۲)	۷(۷۷/۸)		۳(۳۳/۳)	۶(۶۶/۷)	
روش پیشگیری	عدم پیشگیری	۱۱۰(۵۵/۰)	۹۰(۴۵/۰)	۰/۰۱۷	۵۴(۲۷/۰)	۱۴۶(۷۳/۰)	۰/۷۹۷	۶۸(۳۴/۰)	۱۳۲(۶۶/۰)	۰/۱۴۰
	کاندوم	۷۶(۴۳/۴)	۹۰(۵۶/۶)		۴۵(۲۵/۷)	۱۳۰(۷۴/۳)		۴۵(۲۵/۷)	۱۳۰(۷۴/۳)	
	قرص	۲۷(۵۷/۴)	۲۰(۴۲/۶)		۱۴(۲۹/۸)	۳۳(۷۰/۲)		۱۵(۳۱/۹)	۳۲(۶۸/۱)	
	IUD	۱۷(۵۸/۶)	۱۲(۴۱/۴)		۱۰(۳۴/۵)	۱۹(۶۵/۵)		۹(۳۱/۰)	۲۰(۶۹/۰)	
	منقطع	۳۷(۳۸/۱)	۶۰(۶۱/۹)		۲۳(۲۳/۷)	۷۴(۷۶/۳)		۲۰(۲۰/۶)	۷۷(۷۹/۴)	
قاعدگی	منظم	۱۷۴(۴۴/۷)	۲۱۵(۵۵/۳)	۰/۰۴۶	۹۳(۲۳/۹)	۲۹۶(۷۶/۱)	۰/۱۱۰	۱۰۳(۲۶/۵	۲۸۶(۷۳/۵)	۰/۳۱۶
	نامنظم	۷۴(۵۴/۸)	۶۱(۴۵/۲)		۴۲(۳۱/۱)	۹۳(۶۸/۹)		۴۲(۳۱/۱)	۹۳(۶۸/۹)	
درآمد	ناکافی	۸۱(۶۳/۸)	۴۵(۳۶/۲)	<۰/۰۰۱	۳۸(۲۹/۹)	۸۹(۷۰/۱)	۰/۳۳۶	۵۸(۴۵/۷)	۶۹(۵۴/۳)	<۰/۰۰۱
	نسبتاً کافی	۱۴۰(۴۶/۲)	۱۶۳(۵۳/۸)		۸۲(۲۷/۱)	۲۲۱ (۷۲/۹)		۷۵(۲۴/۸)	۲۲۸(۷۵/۲)	
	کافی	۴۶(۳۹/۰)	۷۲(۶۱/۰)		۲۶(۲۲/۰)	۹۲(۷۸/۰)		۲۴(۲۰/۳)	۹۴(۷۹/۷)	
بیماری	دارد	۷۴(۶۲/۲)	۴۵(۳۷/۸)	۰/۰۰۱	۳۶(۳۰/۳)	۸۳(۶۹/۷)	۰/۳۴۹	۴۵(۳۷/۸)	۷۴(۶۲/۲)	۰/۰۱۶
	ندارد	۱۹۳(۴۵/۰)	۲۳۶(۵۵/۰)		۱۱۰(۲۵/۶)	۳۱۹(۷۴/۴)		۱۱۲(۲۶/۱)	۳۱۷(۷۳/۹)	
اختلاف با همسر	بلی	۹۰(۷۵/۰)	۳۰(۲۵/۰)	<۰/۰۰۱	۴۸(۴۰/۰)	۷۲(۶۰/۰)	<۰/۰۰۱	۶۲(۵۱/۷)	۵۸(۴۸/۳)	<۰/۰۰۱
	خیر	۱۷۷(۴۱/۴)	۲۵۱(۵۸/۶)		۹۸(۲۲/۹)	۳۳۰(۷۷/۱)		۹۵(۲۲/۲)	۳۳۳(۷۷/۸)	
اختلال سابقه	بلی	۸۲(۸۷/۲)	۱۲(۱۲/۸)	<۰/۰۰۱	۴۶(۴۸/۹)	۴۸ (۵۱/۱)	<۰/۰۰۱	۶۵(۶۹/۱)	۲۹(۳۰/۹)	<۰/۰۰۱
	خیر	۱۸۵(۴۰/۷)	۲۶۹(۵۹/۳)		۱۰۰(۲۲/۰)	۳۵۴(۷۸/۰)		۹۲(۲۰/۳)	۳۶۲(۷۹/۷)	
فعالیت جنسی	یک بار در ماه	۲۹(۰۷/۹۶)	۱(۳/۳)	<۰/۰۰۱	۱۸(۶۰/۰)	۱۲(۴۰/۰)	<۰/۰۰۱	۲۶(۸۶/۷)	۴(۱۳/۳)	<۰/۰۰۱
	دوبار در ماه	۴۵(۸۱/۸	۱۰(۱۸/۲)		۲۷(۴۹/۱)	۲۸(۵۰/۹)		۲۷(۴۹/۱)	۲۸(۵۰/۹)	
	هفته ای ۱ بار	۷۴(۵۹/۲)	۵۰(۴۰/۸)		۴۴(۳۵/۲)	۸۱(۶۴/۸)		۴۴(۳۵/۲)	۸۱(۶۴/۸)	
	هفته ای دوبار	۷۶(۴۴/۲)	۹۶(۵۵/۸)		۴۰(۲۳/۳)	۱۳۲(۷۶/۷)		۳۸(۲۲/۱)	۱۳۴(۷۷/۹)	
	هفته ای سه بار	۳۲(۲۸/۳)	۸۱(۷۱/۷)		۱۳(۱۱/۵)	۱۰۰(۸۸/۵)		۱۸(۱۵/۹)	۹۵(۸۴/۱)	
	بیشتر از سه بار در هفته	۱۱(۲۰/۸)	۴۲(۷۹/۲)		۴(۷/۵)	۴۹(۹۲/۵)		۴(۷/۵)	۴۹(۹۲/۵)	

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

در این مطالعه، اختلال عملکرد جنسی با سطح تحصیلات فرد (p=۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات همسر (p=۰/۰۰۱)، روش پیشگیری (p=۰/۰۱۷)، شغل همسر (p=۰/۰۰۹)، سطح درآمد خانواده (p<۰/۰۰۱)، سابقه بیماری (p<۰/۰۰۱)، نظم قاعدگی (p=۰/۰۴۶)، اختلاف با همسر (p<۰/۰۰۱) و سابقه اختلال عملکرد جنسی (p<۰/۰۰۱) رابطه داشت. اطلاعات مربوط به روابط بین متغیرهای جمعیت شناختی کیفی با اختلال عملکرد جنسی و انواعی از اختلالات جنسی که در این مطالعه بیشترین فراوانی را داشته‌اند (برانگیختگی و میل جنسی) در جدول ۱ آورده شده است. از بین متغیرهای مورد مطالعه تحصیلات همسر، داشتن اختلاف با همسر و سابقه اختلال عملکرد جنسی با همهٔ انواع اختلالات (۶ نوع اختلال مورد بررسی) در ارتباط بودند به‌طوری که افرادی که سطح تحصیلات همسرشان زیر دیپلم بود، با همسرشان اختلاف داشتند و یا در گذشته اختلال عملکرد جنسی داشتند همهٔ انواع اختلالات را تجربه می‌کردند. سطح درآمد خانواده نیز با کلیهٔ انواع اختلالات بجز اختلال در میل جنسی (p=۰/۳۶۶) در ارتباط بود و افرادی که سطح درآمد خانواده را ناکافی می‌دانستند انواع بیشتری از اختلالات را تجربه می‌کردند. نظم قاعدگی و نوع روش پیشگیری مورد استفاده تنها با اختلال عملکرد جنسی (نمره کل) ارتباط داشتند و افرادی که قاعدگی نامنظم داشتند اختلال عملکرد جنسی را بیشتر تجربه می‌کردند و فراوانی اختلال به‌ترتیب در استفاده کنندگان از IUD، قرص‌های پیشگیری و افرادی که روشی برای پیشگیری نداشتند بیش از سایرین بود. عواملی از جمله تعداد فرزند، مصرف دخانیات و میزان فعالیت بدنی با اختلال عملکرد جنسی و هیچ‌یک از انواع آن در ارتباط نبود و سابقه جدایی تنها با رضایت از عملکرد جنسی در ارتباط بود (p=۰/۰۱۰) و افرادی که خودشان سابقه جدایی داشتند رضایت کمتری از عملکرد جنسی داشتند (جدول ۲).

از نظر روابط بین متغیرهای جمعیت شناختی کمی با اختلال عملکرد جنسی و انواع آن نتایج نشان داد که سن همسر با اختلال عملکرد و همهٔ انواع اختلال ارتباط آماری معنادار داشت و با افزایش سن همسر اختلال عملکرد جنسی افزایش می‌یافت. سن فرد تنها با اختلال در میل جنسی ارتباط آماری معنادار داشت (p=۰/۰۰۲) و با افزایش سن اختلال میل جنسی افزایش می‌یافت. روابط بین متغیرهای جمعیت شناختی کمی با اختلال عملکرد جنسی و انواعی از اختلالات جنسی که در این مطالعه بیشترین فراوانی را داشته‌اند در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳) روابط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کمی با اختلال عملکرد جنسی و انواع شایع اختلال در زنان سنین باروری شهر بوشهر

ویژگی جمعیت شناختی	اختلال جنسی (کل) میانگین± انحراف معیار		p-value	اختلال میل جنسی میانگین± انحراف معیار		p-value	اختلال برانگیختگی میانگین± انحراف معیار		p-value
	دارد	ندارد		دارد	ندارد		دارد	ندارد	
سن	۳۲/۵۰±۸/۲۷	۳۱/۳۷±۷/۱۰	۰/۰۸۷	۳۳/۷۴±۸/۵	۳۱/۲۷±۷/۲۹	۰/۰۰۲	۳۲/۹۳±۸/۱۸	۳۱/۵۲±۷/۴۸	۰/۰۶۴
سن همسر	۳۷/۷۶±۸/۷۹	۳۶/۱۹±۷/۱۰	۰/۰۲۲	۳۸/۶۳±۸/۶۲	±۷۳۵/۳۶/۶۸	۰/۰۰۵	۳۸/۲۹±۸/۱۱	۳۶/۴۲±۷/۹۰	۰/۰۱۳
مدت ازدواج	۱۰/۹۲±۷/۹۵	۹/۶۳±۶/۷۴	۰/۰۴۱	۱۱/۸±۸/۱۸	۹/۷۰±۶/۹۹	۰/۰۰۳	۱۱/۳۸±۷/۸۳	۹/۸۱±۷/۱۵	۰/۰۱۸
سن اولین فرزند	۲۴/۹±۷/۸۸	۸/۲۰±۶/۵۹	۰/۱۱۵	۱۰/۱۷±۸/۲۰	۸/۲۰±۶/۸۱	۰/۰۱۷	۹/۹۲±۷/۹۲	۸/۲۴±۶/۹۴	۰/۰۳۱
سن آخرین فرزند	۷/۴۶±۶/۶۳	۶/۰۰±۶/۵۲	۰/۰۶۹	۸/۵۷ ±۶/۸۳	۶/۰۷±۶/۴۱	۰/۰۰۷	۷/۶۴ ± ۶/۴۵	± ۶ /۶۵ ۶/۳۲	۰/۱۲۴

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

بین تعداد دفعات رابطه جنسی با داشتن اختلال عملکرد جنسی رابطه وجود داشت (p<۰/۰۰۱) و ۹۶/۷ درصد افرادی که یکبار در ماه رابطهٔ جنسی داشتند و ۸۱/۸ درصد افرادی که دوبار در ماه رابطهٔ جنسی داشتند، اختلال عملکرد جنسی داشتند. کمترین میزان اختلال جنسی (۲۵/۹ درصد) در افرادی دیده شد که ۳ بار یا بیشتر در هفته رابطه جنسی داشتند.

جهت تعیین متغیرهای پیشگوکنندهٔ اختلال عملکرد جنسی، از مدل رگرسیون لجستیک پیشرو با حضور تمام متغیرهایی که در تحلیل‌های اولیه با اختلال عملکرد جنسی رابطه داشتند شامل سطح تحصیلات فرد و همسر، سن همسر، طول مدت ازدواج، روش پیشگیری، شغل همسر، سطح درآمد خانواده، سابقه بیماری، نظم قاعدگی، اختلاف با همسر، وضعیت عملکرد جنسی و سابقه اختلال عملکرد جنسی وارد مدل شد. یافته‌های رگرسیون لجستیک پیشرو نشان داد که متغیرهای؛ درآمد خانواده (P=۰/۰۲۱)، اختلاف با همسر (P=۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات (P=۰/۰۱۳)، سابقه اختلال جنسی (p<۰/۰۰۱) و عملکرد جنسی (p<۰/۰۰۱) پیشگویی کننده اختلال عملکرد جنسی می‌باشند، به‌طوری که شانس اختلال عملکرد جنسی در افرادی که سه بار یا بیشتر فعالیت جنسی در هفته دارند نسبت به افرادی که در ماه تنها یکبار فعالیت جنسی دارند، ۹۸ درصد کمتر است (P<۰/۰۰۱، OR=۰/۰۲). بر اساس این یافته‌ها داشتن سابقهٔ اختلال عملکرد جنسی در گذشته شانس بروز اختلال را تقریباً ۶/۵ برابر می‌کند (P<۰/۰۰۱، OR=۶/۵۸). از نظر سطح تحصیلات با افزایش تحصیلات، اختلال عملکرد جنسی کاهش می‌یافت به‌طوری که افراد با تحصیلات لیسانس نسبت به افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم ۷۳ درصد شانس کمتری برای اختلال عملکرد جنسی داشتند (P<۰/۰۰۱، OR=۰/۲۷) با این وجود تجربهٔ اختلال عملکرد جنسی در افراد با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر نسبت به افراد با تحصیلات زیر دیپلم تفاوت معناداری نداشت (P=۰/۰۶۹، OR=۰/۴۳). همچنین افرادی که با همسر خود اختلاف داشتند، نسبت به افرادی که با همسر خود اختلاف نداشتند، ۲/۶ برابر شانس اختلال عملکرد جنسی داشتند (P=۰/۰۰۱، OR=۲/۶۰). داشتن درآمد ناکافی در خانواده نیز پیشگویی کنندهٔ بروز اختلال عملکرد جنسی بود. سایر یافته‌های مربوط به عوامل پیشگویی کننده اختلال عملکرد جنسی، در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴) ضرایب و شاخص‌های رگرسیونی مربوط به متغیرهای پیشگویی کنندهٔ اختلال عملکرد جنسی در زنان سنین باروری شهر بوشهر

متغیر و سطوح		ضریب رگرسیونی	شاخص والد	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪ نسبت شانس	P-value
درآمد خانواده	نسبتاً کافی نسبت به ناکافی	-۰/۶۸	۶/۳۸	۰/۵۱	۰/۳۰-۰/۸۶	۰/۰۱۲
	کافی نسبت به ناکافی	-۰/۸۰	۵/۹۶	۰/۴۵	۰/۲۴-۰/۸۵	۰/۰۱۵
داشتن اختلاف با همسر		۰/۹۵	۱۰/۷۹	۲/۶۰	۱/۴۷-۴/۵۹	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات	دیپلم نسبت به زیر دیپلم	-۱/۰۲	۷/۳۰	۰/۳۶	۰/۱۷-۰/۷۶	۰/۰۰۷
	فوق دیپلم نسبت به زیر دیپلم	-۰/۸۴	۳/۶۸	۰/۴۳	۰/۱۸-۱/۰۲	۰/۰۵۵
	لیسانس نسبت به زیر دیپلم	-۱/۳۰	۱۲/۳۲	۰/۲۷	۰/۱۳-۰/۵۶	<۰/۰۰۱
	فوق لیسانس و بالاتر به زیر دیپلم	-۰/۸۴	۳/۳۲	۰/۴۳	۰/۱۸-۱/۰۷	۰/۰۶۹
عملکرد جنسی	دوبار در ماه نسبت به یکبار در ماه	-۱/۴۴	۱/۶۷	۰/۲۴	۰/۰۳-۲/۱۱	۰/۱۹۷
	یکبار در هفته نسبت به یکبار در ماه	-۲/۳۸	۴/۹۷	۰/۰۹	۰/۰۱-۰/۷۵	۰/۰۲۶
	دوبار در هفته نسبت به یکبار در ماه	-۲/۹۹	۷/۹۳	۰/۰۵	۰/۰۰۶-۰/۴۰	۰/۰۰۵
	سه بار یا بیشتر در هفته نسبت به یکبار در ماه	-۳/۸۴	۱۳/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۰۳-۰/۱۷	<۰/۰۰۱
سابقه اختلال جنسی در گذشته		۱/۸۸	۲۶/۲۵	۶/۵۸	۳/۲۰ - ۱۳/۵۲	<۰/۰۰۱

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

بحث

نتایج این پژوهش که با هدف تعیین شیوع اختلال عملکرد جنسی و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در زنان سنین باروری انجام شد نشان داد که حدود نیمی از افرد مورد مطالعه (۴۸/۷ درصد) دچار اختلال در عملکرد جنسی بودند که بیشترین مشکل در مرحله میل جنسی و برانگیختگی بود. در این مطالعه، اختلال عملکرد جنسی با سطح تحصیلات فرد و همسر، سن همسر، روش پیشگیری، شغل همسر، سطح درآمد خانواده، سابقه بیماری، نظم قاعدگی، اختلاف با همسر، وضعیت عملکرد جنسی و سابقه اختلال عملکرد جنسی رابطه داشت. از بین متغیرهای مرتبط با اختلال عملکرد جنسی؛ متغیرهای سابقه اختلال عملکرد جنسی، وضعیت عملکرد جنسی، سطح تحصیلات فرد، اختلاف با همسر و درآمد خانواده پیشگویی کنندهٔ اختلال عملکرد جنسی بودند.

از نظر فراوانی اختلال عملکرد جنسی نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که فراوانی اختلال عملکرد جنسی در شهرها و مناطق مختلف بسیار متفاوت می‌باشد به‌طوری که افشاری و همکاران در اهواز اختلال عملکرد جنسی را در ۵۶/۸ درصد (۱۵)، بلوریان و همکاران در سبزوار در ۶۳/۲ درصد (۱۳)، مزینانی در تهران در ۳۱ درصد (۱۶)، باکویی در بابل در ۱۹/۲درصد (۱۷) این اختلال را گزارش نمودند. همچنین مطالعات انجام شده بر روی فراوانی اختلالات جنسی توسط اسلان (Aslan) در ترکیه و پاریش (Parish) در چین فراوانی این اختلال را به‌ترتیب ۲۹/۶ و ۳۵ درصد گزارش دادند (۱۸ و ۱۹). در این مطالعه بیشترین فراوانی اختلالات جنسی به‌ترتیب مربوط به مرحلهٔ برانگیختگی (۲۸/۶ درصد) و میل جنسی (۲۶/۶ درصد) بود. فراوانی اختلالات در مراحل سیکل جنسی در مطالعات متعدد به‌طور کاملاً متفاوتی گزارش شده است. در ایران در شهر ساری اختلال درد جنسی (۲۷)، در کهگیلویه و بویراحمد و سبزوار اختلال در میل جنسی (۲۸ و ۲۹)، همچنین در آلمان اختلال در میل و برانگیختگی جنسی (۳۰)، در استرالیا اختلال در مرحله ارگاسم و بر انگیختگی (۳۱) و در مالزی درد هنگام مقاربت یا دیسپارونیا (۳۲) به‌عنوان بیشترین اختلال جنسی در بین زنان مورد مطالعه گزارش شده است. این نتایج گویای این است که اختلال عمکلرد جنسی در مناطق مختلف متفاوت بوده و تابع شرایط خاص فرهنگی- اجتماعی، تفاوت جمعیتی و درک فرهنگی متفاوت از چگونگی مسائل جنسی می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شرایط خاص سنی در افراد مورد مطالعه و همسران آن‌ها با اختلال عملکرد جنسی رابطه معناداری دارد و با افزایش سن اختلال در میل جنسی افزایش می‌یابد. همچنین سن همسر با همه انواع اختلالات در ارتباط بود. مطالعات مشابه وریت (Verité) در کالیفرنیا (۳۳) و سایان (Cayan) و همکاران در ترکیه نیز مؤید یافته‌های این پژوهش است (۳۴)، همچنین در مطالعه افشاری و همکاران نیز مشخص گردید که افزایش سن همسر بر عملکرد جنسی زنان تأثیر معناداری دارد (۱۵). لذا به نظر می‌رسد افزایش سن عامل تهدید کننده‌ای در روابط زناشویی تلقی گردد چرا که با افزایش سن نیازهای جنسی تفاوت چشمگیری پیدا می‌کند و در نتیجه بر عملکرد جنسی تأثیرگذار است.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنانی که از سطح تحصیل کمتری برخوردار بودند بیشتر است و هر چه سطح

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

تحصیلات در افراد بالاتر می‌رفت، میزان اختلال عملکرد جنسی کاهش می‌یافت. نتایج مطالعه وحدانی‌نیا و محرابی و همکان نیز در راستای یافته‌های مطالعه حاضر است (۱۱ و ۳۵). با این وجود در افرادی که سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر داشتند اختلال عملکرد جنسی افزایش می‌یافت که این می‌تواند به دلیل درگیری‌ها و مشغله‌های فکری و شغلی ایشان باشد با این وجود مطالعه‌ای در این راستا یافت نشد که نیاز به مطالعات بیشتر جهت آسیب‌شناسی دارد.

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار اختلاف با همسر با اختلال عملکرد جنسی بود. میرغفوروند در مطالعه خود یکی از مهم‌ترین پیشگویی کننده‌های عملکرد جنسی را رضایت از همسر می‌داند (۳۶). یافته‌های مطالعات لو (Lou) و صفری‌نژاد و همکاران نیز همراستا با مطالعه حاضر است (۳۷) همچنین هارتمن (Hartmann) در مطالعه خود به طیف وسیعی از عوامل مؤثر بر کیفیت عملکرد جنسی از جمله چگونگی ارتباط بین زوجین و تجارب زندگی زناشویی اشاره دارد که تأئید کنندهٔ یافته‌های مطالعه حاضر است (۳۰).

سابقه اختلال عملکرد جنسی از دیگر پیشگویی کننده‌های اختلال عملکرد جنسی زنان مورد بررسی در این مطالعه بود. افرادی که سابقه‌ای از اختلالات جنسی در گذشته داشتند بیشتر دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. بدون شک افرادی که سابقه‌ای از اختلال عملکرد جنسی را تجربه کرده باشند با توجه به مسائل و محدودیت‌های تشخیص و درمان اختلالات جنسی زنان و عدم درمان به موقع و مناسب زمینه‌ای قوی برای بروز مجدد اختلال در مراحل بعد، به‌ویژه در سنین بالاتر را به همراه دارند. مطالعات لی هریت (P lehert) و نظرپور یافته‌های ما را در این مطالعه تأئید می‌کند (۳۸ و ۳۹).

در مطالعه بلوریان و افشاری سال‌های گذشته از ازدواج بر عملکرد جنسی زنان تأثیرگذار بود که با مطالعه حاضر همسو بود (۱۳ و ۱۵)، به‌طوری که با افزایش سال‌های ازدواج اختلال عملکرد جنسی و همچنین برانگیختگی و میل جنسی کاهش می‌یافت که این عامل می‌تواند به دلیل کاهش دفعات فعالیت جنسی باشد (۱۵)، در تأئید این ادعا، یافته‌های مطالعه فعلی نشان داد که بین تعداد دفعات فعالیت جنسی و اختلال عملکرد ارتباط وجود داشت و وضعیت عملکرد جنسی و تعداد دفعات رابطهٔ جنسی، پیشگویی کنندهٔ اختلال عملکرد جنسی می‌باشد که این یافته همراستا با یافته‌های مطالعه صفری‌نژاد و همچنین کلوزمن (Klusmann) است (۳۷ و ۴۰)، البته به دلیل مقطعی بودن مطالعه نمی‌توان رابطه علت معلولی را در این رابطه بیان نمود و این نیازمند مطالعات طولی می‌باشد.

یافته‌های این مطالعه ارتباط معناداری بین روش پیشگیری با اختلال عملکرد جنسی نشان داد به‌طوری که افراد دارای روش پیشگیری IUD و قرص‌های پیشگیری بیش از سایرین اختلال جنسی را تجربه می‌کردند. با این وجود روش پیشگیری پیشگویی کنندهٔ اختلال عملکرد جنسی نبود. یافته‌های مطالعه افشاری و ربیعی‌پور نیز هم راستا با یافته مطالعه حاضر بود. به طوری‌که در مطالعه ربیعی‌پور روش‌های هورمونی (آمپول‌های ترکیبی) با بیشترین اختلال همراه بوده است (۱۵). این در حالیست که روش‌های هورمونی به‌طور شناخته شده‌ای با اختلال عملکرد جنسی همراه هستند (۲۸) اما در مطالعه اسلان (۱۸) و حسینی و همکاران (۲۷) ارتباط معناداری بین

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

روش‌های پیشگیری از بارداری و اختلال جنسی گزارش نگردیده است که این تناقض را می‌توان به دلیل تفاوت در جامعه مورد پژوهش و فرهنگ حاکم بر جوامع دانست که علاوه بر تأثیر بر اختلال عملکرد جنسی، بر نوع و نحوهٔ استفاده از روش‌های پیشگیری تأثیرگذار می‌باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که سطح درآمد خانوار ارتباط معناداری با اختلال در تمام مراحل جنسی داشته و پیشگویی کنندهٔ اختلال عملکرد جنسی می‌باشد و هر چه سطح درآمد خانواده بالاتر بود اختلال عملکرد جنسی کمتری گزارش گردید که مطالعه شاهواری و همکاران نیز تأئید کنندهٔ یافته حاضر است (۴۱). به عبارتی نداشتن دغدغهٔ اقتصادی و آرامش خاطر عامل مهمی در کاهش اختلال عملکرد جنسی در تمامی مراحل فعالیت جنسی می‌باشد.

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری میان فعالیت بدنی و اختلال عملکرد جنسی مشاهده نشد که با مطالعه جلیلیان و همکاران در کرمانشاه همراستا بود (۴۲). اما در مطالعه کابرال (PUL Cabral) در برزیل فعالیت فیزیکی با بهبود عملکرد جنسی همراه بود (۴۳). همچنین مطالعه استنتون (Stanton) در آمریکا نشان‌دهندهٔ تأثیرات مثبت فعالیت بدنی بر عملکرد جنسی زنان بود. به طوری‌که مداخلات ورزشی برای بهبود نگرانی‌ها و مشکلات عملکرد جنسی پیشنهاد می‌شد (۴۴). علت این تناقض در یافته‌ها را می‌توان به دلیل کم بودن تعداد بانوانی که فعالیت بدنی مناسب دارند در مطالعه اخیر و در فرهنگ ایرانی دانست به طوری‌که بیش از نیمی از شرکت کنندگان در مطالعه کنونی فعالیت بدنی نداشته و یا تنها در قالب فعالیت‌های روزمره فعالیت داشتند. لذا جهت بررسی اثرات فعالیت بدنی بر اختلال عملکرد جنسی نیاز به مطالعات بیشتر می‌باشد.

در این مطالعه مصرف دخانیات نیز ارتباط معناداری با اختلال عملکرد جنسی نداشت، در حالی‌که در مطالعه اوکسوز (Oksuz) در ترکیه مصرف دخانیات از جمله عوامل تأثیرگذار بر عملکرد جنسی زنان گزارش گردید (۴۵) که این مغایرت می‌تواند به دلیل نوع و میزان مصرف دخانیات باشد ولی متأسفانه در این مطالعه به این جزئیات توجه نشد.

این مطالعه نیز همچون سایر مطالعات محدودیت‌هایی داشت، از جمله اینکه یافته‌های این مطالعه به صورت خودگزارشی جمع‌آوری شد که افراد می‌توانند مشکلات خود را بیش برآورد یا کم برآورد نمایند. همچنین به دلیل مقطعی بودن مطالعه نمی‌توان روابط علت و معلولی را تبیین نمود بعلاوه چون افراد فاقد گوشی هوشمند شانس شرکت در پژوهش را نداشتند و نیز نمونه‌گیری به شیوه در دسترس، تعمیم‌پذیری نتایج به کل جامعه هدف ضعیف می‌باشد. از نقاط قوت این مطالعه جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت آنلاین و با روش نمونه‌گیری تصادفی بود که به دلیل غیرحضوری بودن، افراد احساس راحتی بیشتری کرده و بهتر می‌توانستند مشکلات خود را در هنگام تکمیل پرسشنامه انعکاس نمایند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضرکه بیانگر شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در زنان مورد مطالعه است و همچنین با توجه به ارتباط بین برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با انواع اختلال عملکرد جنسی، که از جمله مهم‌ترین آن‌ها سابقه اختلال جنسی در گذشته، رضایت از همسر، وضعیت عملکرد جنسی و میزان درآمد خانواده است، می‌توان

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

نتیجه‌گیری کرد که با فرهنگ‌سازی و ایجاد بستر اجتماعی مناسب زمینهٔ تشخیص و درمان اختلالات جنسی زنان و درمان به موقع و مناسب ایشان را مهیا نمود، همچنین با توجه به اینکه دیدگاه بانوان از همسر خود عامل بسیار مهمی در بروز اختلالات جنسی است به‌طوری که زنانی که از همسرانشان ناراضی بوده و همسران ایشان وضعیت اقتصادی اجتماعی نامناسب دارند اعم از افرادی که شوهران بیکار یا با شغل‌های ترکیبی دارند و میزان درآمد خانواده ناکافی می‌باشد این اختلالات را بیشتر تجربه می‌نمایند، لذا با شناسایی این عوامل خطر، باید آموزش‌هایی جهت بهبود عملکرد جنسی این بانوان از طریق روش‌های معمول از جمله آموزش تکنیک‌های گذران وقت با همسر و تصویرسازی مطلوب حین روابط جنسی را به ایشان آموزش داد. همچنین با توجه به پیشگویی کنندگی قوی وضعیت عملکرد جنسی و سابقه اختلال عملکرد جنسی در بروز اختلال عملکرد جنسی می‌توان از این دو عامل جهت شناسایی افراد دارای اختلال عملکرد جنسی استفاده نمود.

سپاس و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت مصوب شورای پژوهشی و تحت حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر میباشد. لذا به این وسیله پژوهشگران از این معاونت و همچنین کلیه بانوان محترم شرکت کننده در این مطالعه که با دقت و حوصله فراوان در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری لازم را مبذول داشتند تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان مقاله بیان نشده است.

References:

1.Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2013;7(12):2877doi: 10.7860/JCDR/2013/6813.3822.

2.Lau J, Cheng Y, Wang Q, Yang X. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among young adult married women in rural China: A population-based study. International Journal of Impotence Research. 2006;18(1):89-97. doi.org/10.1038/sj.ijir.3901352

3.Lin C-Y, Broström A, Årestedt K, Mårtensson J, Steinke EE, Pakpour AH. Using extended theory of planned behavior to determine factors associated with help-seeking behavior of sexual problems in women with heart failure: a longitudinal study. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2020;41(1):54-61. doi.org/10.1080/0167482X.2019.1572743

4.Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. New England Journal of Medicine. 2007;357(8):762-74. DOI: 10.1056/NEJMoa067423

5.Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International journal of impotence research. 2005;17(1):39. /doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250

6.Abdo C, Oliveira Jr W. MoreiraJr. ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). Int J Impot Res. 2004;16(2):160-6. doi.org/10.1038/sj.ijir.3901198

7.Ali RMA, Al Hajeri RM, Khader YS, Shegem NS, Ajlouni KM. Sexual dysfunction in Jorda-

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

nian diabetic women. Diabetes care. 2008;31(8):1580-1. doi.org/10.2337/dc08-0081
8.Elnashar A, EL-Dien Ibrahim M, El-Desoky M, Ali O, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007;114(2):201-6. doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01106.x
9.Ojomu F, Thacher T, Obadofin M. Sexual problems among married Nigerian women. International journal of impotence research. 2007;19(3):310-6. doi.org/10.1038/sj.ijir.3901524
10.Ranjbaran M, Chizary M, Matory P. Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: Systematic review and Meta-analysis. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016;22(7):117-1125.
11.Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. BMC women's health. 2009;9(1):3. doi.org/10.1186/1472-6874-9-3
12.Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause. 2006;13(1):46-56. 01.gme.0000172596.76272.06
13.Bolourian Z, Ganjloo J. Evaluating Sexual Dysfunction And Some Related Factors In Women Attending Sabzevar Health Care Centers. J Reprod Fert. 2007; 8(2): 163-170. (Persian)
14.Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh (Health Monitor). 2008;7(3):0-.20.1001.1.16807626.1387.7.3.11.9
15.Afshary P, Nik Bina M, Najjar S. Determination of Factors Related to Sexual Function in Women; a Case Study. Health Research Journal. 2018;3(4):197-20310.29252/hrjbaq.3.4.197.
16.Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, et al. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. RJMS 2013;19(105):59-66.
17.Bakouei F, Omidvar S, Nasiri F. Prevalence of female sexual dysfunction in married women and its related factors (Babol 2006). Journal of Babol University of Medical Sciences. 2007;9(4):59-64.
18.Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. The Journal of Sexual Medicine. 2008;5(9):2044-52. doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x
19.Parish WL, Laumann EO, Pan S, Hao Y. EPIDEMIOLOGY: Sexual Dysfunctions in Urban China: A Population-Based National Survey of Men and Women. The journal of sexual medicine. 2007;4(6):1559-74. doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00596.x
20.Khalesi ZB, Jafarzadeh-Kenarsari F, Mobarrez YD, Abedinzade M. The impact of menopause on sexual function in women and their spouses. African Health Sciences. 2020;20(4):1979-84. 10.4314/ahs.v20i4.56
21.Brzozowska M, Lewiński A. Changes of androgens levels in menopausal women. Przegląd Menopauzalny= Menopause Review. 2020;19(4):151. 10.5114/pm.2020.101941
22.Dastoorpoor M, Zamanian M, Moradzadeh R, Nabavi SM, Kousari R. Prevalence of sexual dysfunction in men with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews. 2021;10(1):1-9. doi.org/10.1186/s13643-020-01560-x
23.Nascimento ER, Maia ACO, Pereira V, Soares-Filho G, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. Clinics. 2013;68(11):1462-8 DOI: 10.5455/jrmds.20186137.
24.Pontiroli AE, Cortelazzi D, Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: A systematic review and meta-analysis. The journal of sexual medicine. 2013;10(4):1044-51. doi.org/10.1186/s13098-019-0469-z
25.foroutan sk, jadid milani m. The Prevalence of Sexual Dysfunction among Divorce Requested. Daneshvar Medicine. 2009;16(78): 39-44.
26.Neijenhuijs KI, Hooghiemstra N, Holtmaat K, Aaronson NK, Groenvold M, Holzner B, et

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]
[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

al. The Female Sexual Function Index (FSFI)—a systematic review of measurement properties. The journal of sexual medicine. 2019;16(5):640-60. doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.001

27.Hoseini Tabaghdehi M, Hoseini F. The relative frequency of sexual dysfunction and some related factors in the women referred to the health centers of Sari city (2006). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;22(91):102-7.

28.Bakhtiari A, Basirat Z, Nasiri-Amiri F. Sexual Dysfunction in Women Undergoing Fertility Treatment in Iran: Prevalence and Associated Risk Factors. J Reprod Infertil. 2016; 17(1): 26–33.

29.Akrami R, Agah Z. Prevalence of Sexual Dysfunction and ralated psychological factors in women of Sabzevar. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2018;25(1):101-9.

30.Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Rüffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. Menopause. 2004;11(6 Part 2 of 2):726-40doi: 10.1097/01.GME.0000143705.42486.33

31.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(3):366-75doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.005.

32.Sidi H, Puteh SEW, Abdullah N, Midin M. Epidemiology: The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in malaysian women. The journal of sexual medicine. 2007;4(2):311-21. doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00319.x

33.Verit FF, Verit A, Billurcu N. Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. Maturitas. 2009;64(1):38-42. doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.07.002Get

34.Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urologia internationalis. 2004;72(1):52-7. doi.org/10.1159/000075273

35.Mehrabi S, Amirhasani S, Tahmouri F. The prevalence of female sexual dysfunctions in Fatemiyeh hospital, Hamedan, Iran during 1385. Journal of Research in Urology. 2016;1(1):18-23.

36.Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Asghari Jafarabadi M, Tavananezhad N, Karkhane M. Socio demographic predictors of marital satisfaction in women of reproductive age, Tabriz, Iran, 2013. the iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility. 2013;16(72):1-12. 10.22038/ijogi.2013.1945

37.Safarinejad M. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International journal of impotence research. 2006;18(4):382-95. https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901440

38.Dennerstein L, Lehert P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. Journal of Sex & Marital Therapy. 2004;30(3):173-83. doi.org/10.1080/00926230490262375

39.Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2016;55(4):480-7. doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.001Get

40.Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. Archives of sexual behavior. 2002;31(3):275-87.

41.Shahvary Z, Gholizade L, Hoseiny SM. Determination of some related factors on women sexual satisfaction Gachsaran (South-West of Iran). Journal of Gorgan university of medical sciences. 2010;11(4):51-109.

42.Jalilian Z. The relationship of physical activity with sexual function and sexual satisfaction in women of reproductive age who referring to health centers in Kermanshah [dissertation]. Tabriz University of Medical Sciences., School of Nursing and Midwifery: 2016. http://dspace.tbzmed.ac.ir/xmlui/handle/123456789/60034

43.Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAdC, Eleutério JJ, Giraldo PC, et al. hysical activity and sexual function in middle-aged women. Revista da Associação Médica

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

Brasileira. 2014;60:47-52. doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.01
44.Stanton AM, Handy AB, Meston CM. The effects of exercise on sexual function in women. Sexual medicine reviews. 2018;6(4):548-57. doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.02.004.
45.Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. The Journal of urology. 2006;175(2):654-8. doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00149-7

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]

Iran South Med J 2022; 25(2): 114-129

Original Article

Prevalence of and Factors Affecting Sexual Dysfunction in Women of Reproductive Age

***F. Ahmadi** (MSc)[1*]. **R. Tahmasebi** (PhD)[2,3], **A. Noroozi** (PhD)[1,3**], **F. Akbarizade** (PhD)[4]*

[1] *Department of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*
[2] *Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*
[3] *The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*
[4] *Mental health center, Vice chancellor of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*

(Received 22 Dec, 2021 Accepted 2 May, 2022)

Abstract

Background: Sexual dysfunction affects quality of life, and many social problems; therefore, the aim of this study was to determine the prevalence of sexual dysfunction and some related demographic factors in women of reproductive age in Bushehr.

Materials and Methods: The present study is a cross-sectional study that was conducted online on 548 married women aged 15 to 49 living in Bushehr. Sampling was based on random stratification among all ten health centers of Bushehr city. Data were collected using a demographics checklist and the Female Sexual Function Index for assessing the participants' sexual performance in six domains. Data analysis was done by SPSS software version 22 using Chi-square and logistic regression. The significance level for all tests was less than 0.05.

Results: In this study 267 persons of 548 participants (48.7%) experienced sexual dysfunction. The results showed that 48.7% of women. Among the demographic variables, level of education ($p<0.001$), level of family income ($p=0.014$), dissatisfaction with the spouse ($p=0.005$), history of sexual dysfunction ($p<0.001$) and sexual function status ($p<0.001$) were the predictors of sexual dysfunction.

Conclusion: Prevalence of sexual dysfunction in married women in Bushehr is relatively high. Since sexual function status is a strong predictor of sexual dysfunction, it can be used to identify people with sexual dysfunction. The diagnosis and treatment of female sexual disorders should be facilitated in order to prevent such disorders. It is necessary that interventions be designed and implemented to improve sexual function in women who have disputes with their husbands or have an insufficient income.

Keywords: Sexual function disorder, Women, Reproductive age, Desire disorder, Arousal disorder

©Iran South Med J.All right sreserved

Cite this article as: Ahmadi F. Tahmasebi R, Noroozi A, Akbarizade F. Prevalence of and Factors Affecting Sexual Dysfunction in Women of Reproductive Age. Iran South Med J 2022; 25(2): 114-129

**Address for correspondence*: Department of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. E.mail: azitanoroozi@yahoo.com
*ORCID: 0000-0001-8827-8151
**ORCID: 0000-0001-8881-1454

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2025-10-26]

[DOI: 10.52547/ismj.25.2.114]