

## بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان در ایران: مرور ساختاریافته و متاآنالیز

مهدی رنجبران<sup>۱\*</sup>، مینا چیدری<sup>۲</sup>، پگاه مطوری پور<sup>۳</sup>

۱ مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳ مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

\* نشانی نویسنده مسئول: اراک، خیابان دانشگاه، کوی گلستان، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی، مهدی رنجبران

E-mail: ranjbaran@arakmu.ac.ir

وصول: ۹۴/۶/۱۳، اصلاح: ۹۴/۸/۲۵، پذیرش: ۹۴/۹/۱۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال عملکرد جنسی در زنان بسیار شایع بوده و یکی از عوامل طلاق و پاشیدگی بنیان خانواده ها می باشد. هدف این مطالعه تعیین شیوع انواع اختلالات عملکرد جنسی در ایران بر اساس یک مطالعه متاآنالیز می باشد.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه متاآنالیز بانک های اطلاعاتی PubMed، ISI Web of Knowledge، Science Direct، Google Scholar، Scopus، همچنین بانک های اطلاعاتی داخلی از سال ۱۳۸۰ تا آبان ۱۳۹۴ مورد بازبینی قرار گرفت. از بین مطالعات انجام شده با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج تعداد ۱۱ مطالعه انتخاب شدند. از آزمون Q و شاخص I<sup>2</sup> جهت بررسی عدم تجانس استفاده شد. جهت بررسی اثرات عوامل بالقوه مؤثر در ناهمگونی از متارگرسیون استفاده گردید.

**یافته ها:** تعداد کل نمونه در ۱۱ مطالعه بررسی شده ۸۲۴۸ نفر بود. آزمون کوکران و شاخص I<sup>2</sup> نشان دهنده عدم تجانس بین نمونه های مورد مطالعه بود (P < ۰/۰۰۱، Q = ۵۵۲/۷۰، I<sup>2</sup> = ۹۸/۴ درصد). شیوع کلی اختلالات عملکرد جنسی زنان در ایران بر اساس مدل تصادفی به روش معکوس واریانس ۴۳/۹ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۵۲/۸ - ۳۵/۰٪) و به تفکیک در بعد میل جنسی، بعد تحریک روانی، رطوبت جنسی، ارگاسم، رضایت جنسی، درد هنگام رابطه، به ترتیب برابر ۴۲/۷ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۵۳/۴ - ۳۲/۰٪)، ۳۸/۵ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۴۹/۵ - ۲۷/۶)، ۳۰/۶ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳۹/۲ - ۲۲/۰)، ۲۹/۲ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳۴/۳ - ۲۴/۱)، ۲۱/۶ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳۱/۸ - ۱۱/۵) و ۴۰/۱٪ (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۴۸/۳ - ۳۱/۸) برآورد گردید.

**نتیجه گیری:** متاآنالیز حاضر، یک دید جامع در خصوص وضعیت عملکرد جنسی زنان در ایران ارائه داد. طبق نتایج این مطالعه شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان ایرانی بالا می باشد. هرچند در مقایسه با برخی کشورهای در حال توسعه وضعیت مطلوبی دارد. نیاز به مطالعات اپیدمیولوژیکی بیشتر به منظور شناسایی عوامل مهم تاثیر گذار بر این پیامد بهداشتی و اقدامات مداخله ای و پیشگیرانه ضروری به نظر می رسد.

**کلمات کلیدی:** اختلالات جنسی، شیوع، متاآنالیز، ایران

**مقدمه**

فعالیت جنسی در انسان در عین غریزی بودن بسیار حیاتی است. در طول تاریخ انسان حداقل به منظور بقای نسل ملزم و نیازمند به نزدیکی و آمیزش جنسی بوده است (۱). فعالیت جنسی تحت تاثیر خود فرد، روابط اولیه، خانواده، اجتماع و فرهنگ، پیچیدگی محیط، تاریخچه جنسی خود و همسر، ارتباطات گذشته، وضعیت سلامت روانی، مشکلات طبی اخیر و وضعیت هورمونی قرار می‌گیرد (۲، ۳). نیازهای جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان مانند تشنگی، گرسنگی و نیاز به هوا و خواب بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی چون نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود. تمایلات جنسی درونی ترین احساسات و عمیق ترین آرزوهای قلبی انسانها در معنا بخشیدن به یک ارتباط است (۴، ۵).

اختلال فعالیت جنسی در زنان بسیار شایع بوده و در هر شرایط سنی، فرهنگی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بروز می‌کند و به طور وسیع بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی و ارتباط با همسر تاثیر می‌گذارد (۶-۸). زنان برخوردار از سلامت کامل جسمی، روانی و عاطفی پایه های مستحکم زندگی خانوادگی سالم و توام با سعادت هستند. سرکوب نیازهای طبیعی و خدادادی زنان آثار نامطلوبی بر صمیمیت و نشاط اعضای خانواده بر جای خواهد گذاشت (۴، ۵). اتیولوژی اختلالات جنسی متعدد بوده و ناشی از تعامل فاکتورهای بیولوژیکی، اجتماعی و بخصوص روانی می باشد (۹). متأسفانه علی رغم شیوع بالای اختلالات جنسی در زنان توجه کمی به آن شده است و عده کمی از این زنان برای درمان پزشکی آن مراجعه می کنند. فاکتورهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در مراجعه این افراد برای درمان دخیل است بیماران دارای اختلالات جنسی معمولاً این مسئله را پنهان می‌کنند یا سعی در حل مشکل در منزل می‌نمایند در نتیجه این طیف از علایم ناگفته می‌ماند و

عدم درمان مناسب آن موجب مزمن شدن علایم، ایجاد اختلالات روانی و در نهایت سلب آرامش و آسایش زوجین می گردد (۱۰). زنان مبتلا به اختلالات فعالیت جنسی دچار علایم ناپایداری خلق، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، خویشتن گرایی و احساس گناه می‌شوند (۱۱). موانع اجتماعی و فرهنگی وجود تابوها و کج فهمی ها برآورد دقیق شیوع اختلالات جنسی را دشوار می‌سازد اما به نظر می‌رسد که شیوع این اختلالات در زنان بسیار بالاست (۸). بر آورد می‌گردد که حدود ۶۳-۲۵ درصد زنان از اختلالات جنسی رنج می‌برند و تفاوت‌های نژادی، قومی، فرهنگی و سنت‌های حاکم بر جامعه از عوامل تفاوت در شیوع اختلالات جنسی عنوان شده در بین کشورها محسوب می‌گردد (۱۲).

در مطالعه ای که تحت عنوان بررسی رابطه نارضایتی جنسی و طلاق در ایران صورت گرفته بود نتایج نشان دادند که ۶۷ درصد علت طلاق به دلیل مشکلات جنسی بوده است (۱۳). در تحقیق بر روی ۱۲۰ زن متقاضی طلاق مراجعه کننده به دادگاه خانواده شهر شیراز مشخص گردید که ۵۹/۱ درصد زنان احساس عصبانیت پس از فعالیت جنسی داشتند، ۶۳/۹ درصد بعد از روابط جنسی محبت نمی‌دیدند و ۶۶/۸ درصد زنان از معاشقه لذت نمی‌بردند و به طور کلی میانگین رضایت جنسی در زنانی که در شرف طلاق بودند از زنانی که قصد طلاق نداشتند به مراتب کمتر بوده است (۱۴).

با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت اختلالات جنسی به عنوان یکی از عوامل طلاق و پاشیدگی بنیان خانواده و با عنایت به این نکته که اطلاع از آخرین آمار مطالعات کشور می‌تواند در طراحی برنامه‌ها و دستورالعمل‌ها در جهت اقدام برای کاهش و کنترل این مشکل کمک کند و از طرفی با توجه به این که متآنالیز می‌تواند با افزایش حجم نمونه ناشی از ترکیب مطالعات مختلف و افزایش توان آماری، نتایج مطالعات را به صورت کمی خلاصه کند (۱۵، ۱۶)، لذا هدف این مطالعه

بارداری، یا پس از زایمان و مطالعاتی که در زنان مبتلا به انواع بیماری‌های جسمی یا روانی انجام شده بود، از این پژوهش خارج شدند.

ارزیابی کیفی مقالات با در نظر گرفتن مهمترین موضوعات در مطالعات توصیفی از قبیل روش نمونه‌گیری، حجم نمونه و اعتبار اندازه‌ها توسط دو محقق به طور مستقل انجام گردید.

**تجزیه و تحلیل آماری:** ورود و تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار Stata نسخه ۱۱ انجام گرفت. با توجه به این که شاخص مورد بررسی در این مطالعه، اندازه شیوع بود، خطای معیار آن برای هر یک از مطالعات با استفاده از توزیع دو جمله‌ای محاسبه گردید. عدم تجانس (هتروژنیتی) با کمک آزمون  $Q$  بر اساس کای دو در سطح معنی‌داری  $0/1$  و شاخص  $I^2$  بررسی شد. جهت برآورد نسبت اشتراکی بر اساس رد فرضیه تجانس نمونه‌ها از مدل تصادفی (Random Effect) به روش معکوس واریانس استفاده شد. از نمودار Forest برای نمایش نتایج استفاده شد. همچنین جهت بررسی اثرات عوامل بالقوه مؤثر در ناهمگونی در شیوع اختلال عملکرد جنسی از متارگرسیون با روش گشتاورایی (Moment base) استفاده گردید.

### یافته‌ها

در مرحله اول جستجو از پایگاه‌های اطلاعاتی نامبرده تعداد ۳۶۷ مطالعه یافت شد. در مرحله دوم با بررسی عنوان و چکیده، ۲۱ مطالعه که واجد شرایط بودند، استخراج گردید. در مرحله آخر پس از ارزیابی کیفی مقالات و در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج تعداد ۱۱ مطالعه جهت انجام متا آنالیز انتخاب شدند (شکل ۱ و جدول ۱).

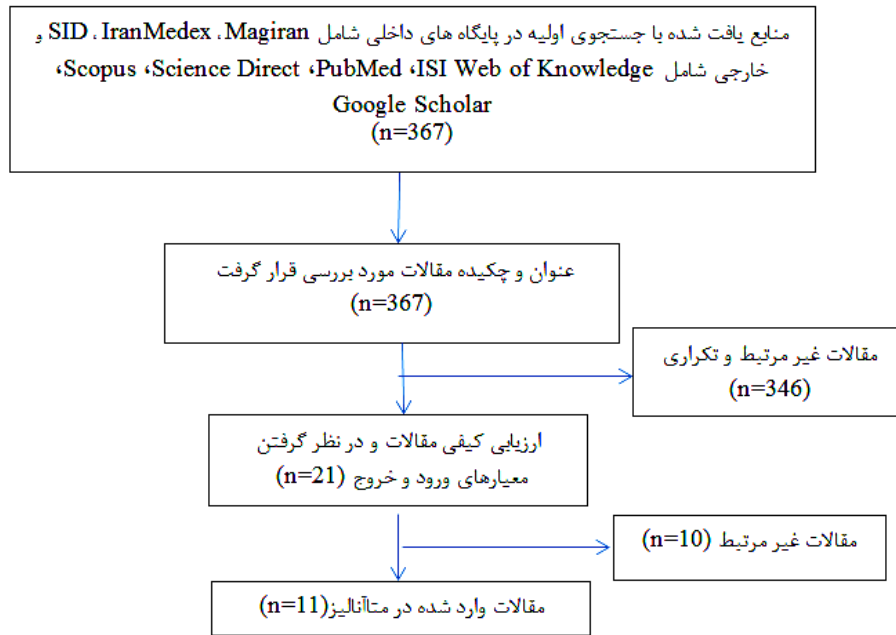
تعداد کل نمونه در ۱۱ مطالعه بررسی شده ۸۲۴۸ نفر بود. مشخصات مطالعات وارد شده در متاآنالیز در جدول ۱ قابل مشاهده است. بیشترین شیوع اختلال

تعیین شیوع انواع اختلالات عملکرد جنسی در ایران بر اساس یک مطالعه متاآنالیز می‌باشد تا بتواند به عنوان یک معیار نهایی راهنمای سیاست‌گذاران در این زمینه باشد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع متاآنالیز می‌باشد که بر روی مقالات موجود در خصوص اختلالات عملکرد جنسی زنان در ایران انجام گرفت. برای یافتن مطالعات انجام شده، بانک‌های اطلاعاتی PubMed، ISI Web of Knowledge، Scopus و Google Scholar، همچنین بانک‌های اطلاعاتی داخلی شامل Scientific Information Database، Magiran، Iranmedex از سال ۱۳۸۰ تا آبان ماه ۱۳۹۴ مورد بازبینی قرار گرفت. جستجوی مقالات به طور عمده با استفاده از جستجوی سیستماتیک کلید واژه‌های فارسی "اختلالات عملکرد جنسی" و "اختلال جنسی"، "اختلال عملکرد جنسی" یا کلید واژه‌های انگلیسی شامل: Female Sexual Dysfunction، Iran، با همه ترکیبات احتمالی انجام گرفت.

**انتخاب مطالعات:** معیار ورود در این مطالعه شامل همه مطالعات مقطعی به زبان فارسی و انگلیسی بود که در آنها اندازه شیوع هر یک از اختلالات عملکرد جنسی تا آبان ماه ۱۳۹۴ گزارش شده باشد. همچنین با توجه به اینکه مهمترین ابزار سنجش اختلالات عملکرد جنسی زنان پرسشنامه Female Sexual Function Index-FSFI می‌باشد (۱۷، ۱۸)، در این پژوهش نیز فقط نتایج مطالعاتی که از این پرسشنامه استفاده کرده بودند وارد گردید. معیار خروج شامل انجام مطالعه به صورت مداخله‌ای، همگروهی یا مورد-شاهدی و مطالعات مقطعی که صرفاً به بررسی ارتباط عوامل مختلف با عملکرد جنسی پرداخته بودند و در آن مقدار شیوع گزارش نشده بود و مطالعاتی که فقط نمرات اختلالات را به صورت کمی گزارش کرده و طبقه‌بندی صورت نگرفته بود. همچنین مطالعاتی که در دوره‌های خاص از قبیل یائسگی،



شکل ۱: فلوجارت مراحل بررسی و ورود مقالات به مرورسیستماتیک و متآنالیز

جدول ۱: مشخصات مطالعات انجام شده در خصوص شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان در نقاط مختلف ایران

شماره رفرنس	مکان مطالعه	زمان مطالعه	حجم نمونه	شیوع کلی (درصد)	میل جنسی	تحریک روانی	رطوبت جنسی	ارکاسم	رضایت جنسی	درد
(۳)	۴ استان*	۱۳۸۹	۷۸۴	۲۷/۳	۳۵/۶	۳۹/۹	۱۸/۹	۲۷/۳	۱۵/۲	۵۶/۱
(۱۹)	بابل	۱۳۸۵	۳۱۸	۱۹/۲	۴۸/۴	۴۰/۳	۱۲	۱۸/۶	۱۱/۳	۱۹/۸
(۲۰)	دزفول	۱۳۸۷	۲۵۰	۶۴/۶	-	-	-	-	۲۱/۴	-
(۲۱)	ساری	۱۳۸۵	۸۹۹	۴۵/۲	۳۹/۶	۳۵/۵	۳۹/۸	۴۲/۷	۲/۴	۴۷/۳
(۲۲)	تهران	۱۳۹۰	۱۲۰	۶۴	-	-	-	۱۶/۷	۲۰/۸	۳۶/۷
(۲۳)	تهران	۱۳۹۱	۴۸۰	۳۱	۳۳	۱۶/۵	-	۲۵	-	۴۵/۵
(۵)	ارومیه	۱۳۸۰	۳۳۰	۷۴/۶	۳۳/۱	۴۲/۳	۲۱/۵	۲۰/۰	۲۳/۱	۴۷/۷
(۴)	ایلام	۱۳۸۹	۴۰۰	۴۶/۲	۴۵/۳	۳۷/۵	۴۱/۲	۴۲/۰	۴۴/۵	۴۲/۵
(۱۲)	ایران**	۱۳۸۵	۲۴۰۹	۳۱/۵	۳۵	۳۰	۳۳/۷	۳۷	۳۱/۵	۲۶/۷
(۱۰)	بوشهر	۱۳۸۹	۱۰۵۸	۳۷/۷	۷۱/۷	۶۶/۴	۳۸	۳۴/۸	۲۴/۹	۳۸/۴
(۲۴)	کرج	۱۳۸۶	۱۲۰۰	-	-	-	-	۲۶/۳	-	-

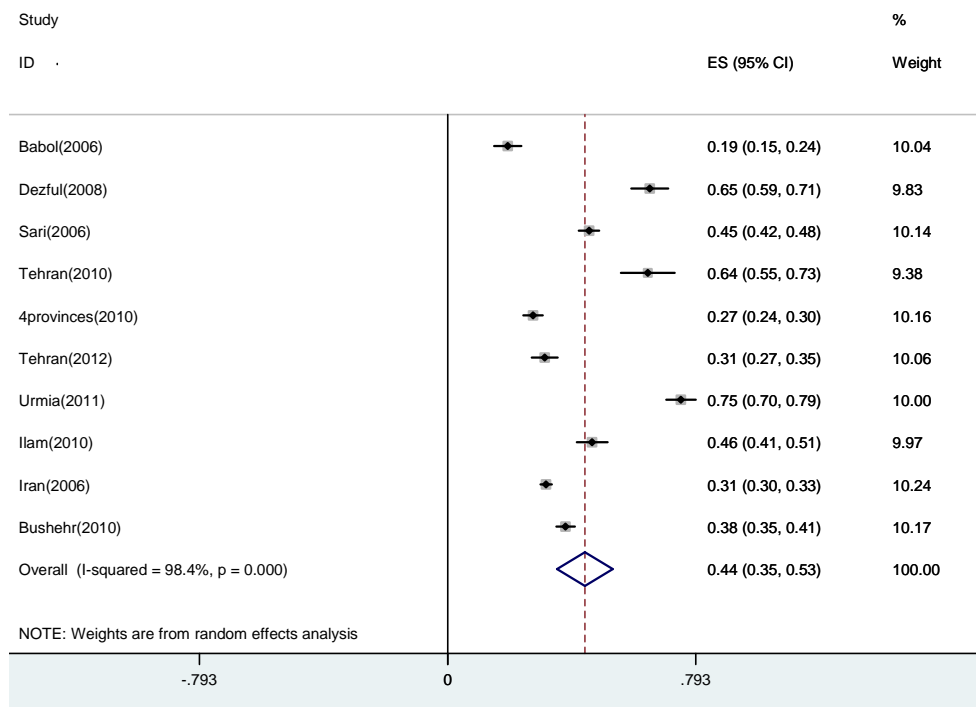
\*قزوین، کرمانشاه، گلستان و هرمزگان \*\* ۲۸ استان کشور

شیوع کلی اختلالات عملکرد جنسی زنان در ایران بر اساس این مدل ۴۳/۹ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد؛ ۵۲/۸ - ۳۵/۰ درصد) برآورد گردید.

به منظور بررسی اثر عوامل مظنون به ناهمگونی شامل حجم نمونه و سال انجام مطالعات از متارگرسیون استفاده شد (جدول ۲). نتایج نشان داد در مدل تک متغیره با افزایش حجم نمونه، شیوع اختلالات کلی عملکرد جنسی زنان کاهش می یابد اما از نظر آماری معنادار نبود ( $P=0/26$ ). همچنین نتایج نشان داد شیوع اختلالات با گذشت زمان در حال افزایش است اما از نظر آماری

عملکرد جنسی مربوط به مطالعه سپهریان و حسینی در ارومیه برابر ۷۴/۶ درصد و کمترین شیوع هم مربوط به مطالعه باکویی و همکاران در بابل برابر ۱۹/۲ درصد بود. زمان انجام مطالعات از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۱ بود.

نتایج بررسی هتروژنیستی بین مطالعات با کمک آزمون کوکران و شاخص  $I^2$  نشان دهنده عدم تجانس بین نمونه‌های مورد مطالعه بود ( $P<0/001, Q=552/70$ ) و ۹۸/۴ درصد ( $I^2=$ )، بنابراین از مدل تصادفی جهت برآورد اشتراکی استفاده گردید. نمودار انباشت (Forest Plot) بر اساس مدل تصادفی در نمودار ۱ قابل مشاهده است.



نمودار ۱: شیوع و فاصله اطمینان ۹۵ درصد اختلالات عملکرد جنسی در زنان در ایران به تفکیک سال و مکان مطالعه. در این نمودار شیوع و فاصله اطمینان ۹۵٪ و همچنین وزن اختصاص داده شده به هر مطالعه ارائه شده است. اندازه مربع نشان دهنده وزن هر مطالعه و خطوط اطراف آن فاصله اطمینان ۹۵ درصد است.

جدول ۲: اثرات خام و تطبیق یافته عوامل احتمالی مؤثر در ایجاد ناهمگونی در شیوع اختلال عملکرد جنسی

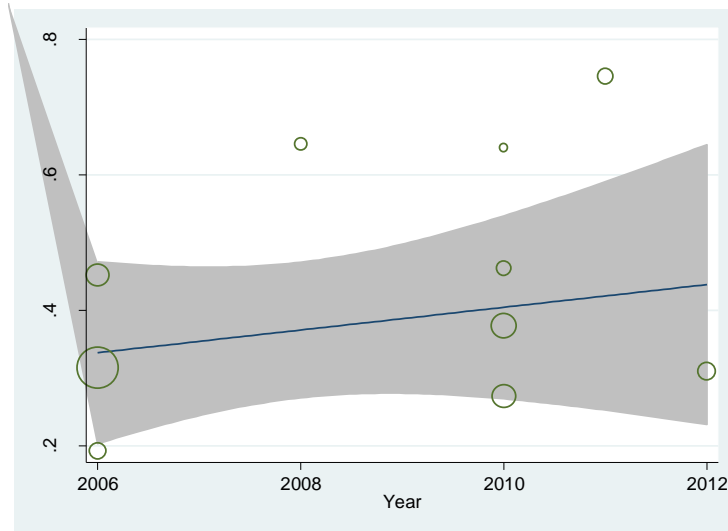
مدل تطبیق شده			مدل خام			عوامل مشکوک به عدم تجانس
P-value	SE	Coefficient	P-value	SE	Coefficient	
۰/۴۲	۰/۰۰۰۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶	۰/۰۰۰۰۸	-۰/۰۰۰۱	حجم نمونه
۰/۷۱	۰/۰۳۱	۰/۰۱۲	۰/۴۱	۰/۰۲۸	-۰/۰۲۴	سال انجام مطالعه

۲۹/۲ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد؛ ۳۴/۳ - ۲۴/۱)، در بعد رضایت جنسی ۲۱/۶ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد؛ ۳۱/۸ - ۱۱/۵) و در بعد درد هنگام رابطه ۴۰/۱ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد؛ ۴۸/۳ - ۳۱/۸)، برآورد گردید.

## بحث

در مطالعه حاضر شیوع کلی اختلالات عملکرد جنسی زنان در ایران ۴۳/۹ درصد و به تفکیک در بعد میل جنسی ۴۲/۷ درصد، تحریک روانی ۳۸/۵ درصد، در بعد رطوبت جنسی ۳۰/۶ درصد، در بعد ارگاسم ۲۹/۲ درصد، در بعد رضایت جنسی ۲۱/۶ درصد و در بعد درد ۴۰/۱ درصد، برآورد گردید. با توجه به اینکه متآنالیز از حجم نمونه همه مطالعات موجود استفاده می‌کند برآورد

معنادار نیست ( $P=۰/۴۱$ )، (جدول ۲ و نمودار ۲). در مدل تطبیق شده نیز هیچ کدام از متغیرهای یاد شده تأثیری در عدم تجانس بین یافته‌های مطالعات نداشت ( $P > ۰/۰۵$ ). همچنین در این مطالعه، شیوع اختلالات جنسی در زنان به تفکیک ابعاد شامل: میل جنسی (Desire)، تحریک روانی (Arousal)، رطوبت جنسی (Lubrication)، ارگاسم (Orgasm)، رضایت جنسی (Satisfaction) و درد هنگام رابطه (Pain) بر اساس مطالعات موجود برآورد گردید. طبق نتایج، شیوع کلی اختلال در بعد میل جنسی ۴۲/۷ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد؛ ۵۳/۴ - ۳۲/۰)، در بعد تحریک روانی ۳۸/۵ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد؛ ۴۹/۵ - ۲۷/۶)، در بعد رطوبت جنسی ۳۰/۶ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد؛ ۳۹/۲ - ۲۲/۰)، در بعد ارگاسم



نمودار ۲: نمودار متارگرسیون شیوع اختلالات عملکرد جنسی برحسب سال انجام مطالعه. اندازه دایره نشان‌دهنده وزن هر یک از مطالعات می باشد. هرچه دایره بزرگتر باشد اندازه نمونه بزرگتر است و برعکس

تحت تاثیر سن قرار دارد به طوری که با افزایش سن شیوع آن افزایش می یابد (۳۳).

در این مطالعه شیوع اختلال ارگاسم ۲۹/۲ درصد برآورد گردید. در مطالعه برزیل این اختلال در زنان ۱۸ ساله و بالاتر ۲۱ درصد و کمتر از مطالعه ما بود (۲۶) و در مطالعه ای در نیجریه نیز برابر ۵۵ درصد و بسیار بالاتر از مطالعه ما بود (۲۹). قابل ذکر است که یکی از اختلالات شایع جنسی خانمها آنورگاسمیا می باشد. ارگاسم اوج لذت جنسی در مرد و زن است. فعالیت جنسی بدون تجربه ارگاسم زمینه عدم لذت از روابط جنسی خواهد شد و باعث سرد مزاجی قطعی زن می شود ارگاسم یکی از تاثیر گذارترین و مطلوب ترین تجربه های بشری است و طبق تعریف کینزی ارگاسم اوج هدف رفتار جنسی است و تنها یک پدیده ژنیتال نمی باشد بلکه مانند خواب یک معمای فیزیولوژیکی روانشناختی است. ارگاسم موجب کاهش فشار ناشی از مرحله هیجان جنسی می شود و هرگونه اختلال در آن موجب بروز پیامدهایی برای فرد می گردد (۳۴).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر با افزایش اندازه نمونه شیوع اختلال عملکرد جنسی کاهش نشان داد هر چند از نظر آماری معنادار نبود. این یافته بیانگر آن است که مطالعات با حجم نمونه پایین به نوعی دچار تورش نمونه‌گیری می شود. بنابراین حجم نمونه و روش نمونه-

بهتری از شاخص مورد نظر ارائه می دهد (۱۵)، بنابراین این شاخص کلی بهتر می تواند در برنامه ریزی و سیاست گذاری های کشوری مورد استفاده قرار گیرد.

شیوع کلی اختلالات عملکرد جنسی زنان در ایران ۴۳/۹ درصد برآورد شد که با نتایج مطالعات موجود در جهان همخوانی دارد، به طوری که طبق نتایج یک مطالعه مروری بین سالهای ۱۹۶۹ تا ۲۰۰۸ پژوهشگران نتیجه گیری کردند شیوع اختلالات جنسی زنان بالا بوده و حدود ۴۰ درصد از زنان نوعی از مشکلات جنسی را تجربه می کنند (۲۵). نتایج مطالعه ای در برزیل نیز نشان داد ۴۹ درصد از زنان حداقل دچار یک نوع از اختلال عملکرد جنسی می باشند (۲۶). در کشورهای در حال توسعه نیز در مقایسه با مطالعه حاضر، شیوع اختلال جنسی بالاتر گزارش شده است. به عنوان نمونه در مطالعه ای در اردن اختلال عملکرد جنسی ۴۵/۶ درصد (۲۷) و در مصر ۶۸/۹ درصد برآورد گردید (۲۸). این نسبت در مطالعه ای در نیجریه ۷۱ درصد مشاهده شد (۲۹).

در مطالعه حاضر از بین ابعاد اختلال عملکرد جنسی؛ اختلال در بعد میل جنسی بالاترین شیوع را داشت. این اختلال در آمریکای شمالی و اروپا نیز شایع ترین اختلال بوده است (۲۵، ۳۰، ۳۱)، به طوری که در مطالعه Laumann و همکاران ۳۲ درصد از زنان در آمریکا دچار اختلال میل جنسی بودند (۳۲). این اختلال به شدت

جامع از وضعیت عملکرد جنسی زنان در کشور ارائه داد. شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان ایرانی بالا می‌باشد هرچند در مقایسه با برخی کشورهای در حال توسعه وضعیت مطلوبی دارد. نیاز به مطالعات اپیدمیولوژیکی بیشتر به منظور شناسایی عوامل مهم تاثیر گذار بر این پیامد بهداشتی و اقدامات مداخله ای ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و تقدیر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد طرح ۲۴۱۹ و کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1394.262 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک به دلیل حمایت مالی طرح تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

گیری مناسب در این مطالعات باید مد نظر قرار گیرد. همچنین با گذشت زمان شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان با شیب ملایمی در حال افزایش بود ولی از نظر آماری معنادار نبود. این افزایش ممکن است به دلیل افزایش واقعی اختلال و یا بهتر شدن کیفیت جمع آوری اطلاعات و یا ابراز بهتر این اختلالات از سوی زنان باشد. از مهمترین نقاط قوت این مطالعه بالا بودن توان آماری به دلیل حجم نمونه بالای حاصل از ادغام مطالعات مختلف می‌باشد. مهمترین محدودیت هم عدم ورود برخی مطالعات انجام شده در کشور می‌باشد که ممکن است در بازه زمانی مد نظر باشد ولی هنوز در پایگاه های جستجو شده نمایه نشده است.

### نتیجه گیری

در نهایت می‌توان گفت متآنالیز حاضر با بررسی منظم و جمع بندی نتایج مطالعات گذشته یک تصویر

### References

1. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *American Family Physician*. 2000;62(1):127-48.
2. Fourcroy JL. Female sexual dysfunction. *Drugs*. 2003;63(14):1445-57.
3. Tehrani FR, Farahmand M, Simbar M, Afzali HM. Factors Associated with Sexual Dysfunction; A Population Based Study in Iranian Reproductive Age Women. *Archives of Iranian medicine*. 2014;17(10):679.
4. 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):2877.
5. Sepehrian F, Hosseinpoor. Female sexual dysfunction and its related factors in urmia. *Urmia medical journal*. 2012;23(2):148-54.
6. Morley JE, Kaiser FE. Female sexuality. *Medical Clinics of North America*. 2003;87(5):1077-90.
7. Abarbanel J, Rabinerson D. [Sexual dysfunction in women]. *Harefuah*. 2004;143(6):426-31, 62, 61.
8. Anastasiadis AG, Davis AR, Salomon L, Burchardt M, Shabsigh R. Hormonal factors in female sexual dysfunction. *Current opinion in urology*. 2002;12(6):503-7.
9. Goldstein I. Female sexual arousal disorder: new insights. *International journal of impotence research*. 2000;12:S152-7.
10. Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Gharibi T, Akaberian S, Mirzaei K, Kamali F, et al. Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehrian women of Iran. *Sexuality and Disability*. 2010;28(1):39-49.
11. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. *BJU international*. 2005;95(4):609-14.
12. 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.
13. Movahed M, Azizi T. A study on the relationship between the sexual satisfaction of women in a married life and conflicts between spouses, among married women in Shiraz. *Women in development and politics*. 2011;9(2):181-206.
14. Amirian-zadeh M, Amirian-zadeh M, Yazdani Z. The relationship between divorce and sexual problems. *2nd National Congress on Family and Sexual Problems 2005*.

15. Cohn LD, Becker BJ. How meta-analysis increases statistical power. *Psychological methods*. 2003;8(3):243.
16. Noble Jr JH. Meta-analysis: methods, strengths, weaknesses, and political uses. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*. 2006;147(1):7-20.
17. Rosen CB, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, 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(2):191-208.
18. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(2):514-23.
19. Bakouei F, Omidvar S, Nasiri F. Prevalence of female sexual dysfunction in married women and its related factors. *Journal of Babol University Of Medical Sciences*. 2007;9(4):59-64.
20. Bahrami N, Alizadeh S, Bahrami S. Sexual dysfunctions and associated factors in women of reproductive age. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2012;21(75).
21. HoseiniTabaghdehi M, haji kazemi E, 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.
22. Ramezani N, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2012;14(6):57-65.
23. Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of Prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;19(105):59-66.
24. Najafabady MT, Salmani Z, Abedi P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. *Clinics*. 2011;66(1):83-6.
25. Palacios S, Castaño R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas*. 2009;63(2):119-23.
26. Abdo CHN, Oliveira W, Moreira E, Fittipaldi 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(2):160-6.
27. Ali RMA, Al Hajeri RM, Khader YS, Shegem NS, Ajlouni KM. Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women. *Diabetes Care*. 2008;31(8):1580-1.
28. 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.
29. Ojomu F, Thacher T, Obadofin M. Sexual problems among married Nigerian women. *International journal of impotence research*. 2007;19(3):310-6.
30. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*. 1999;281(6):537-44.
31. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *The journal of sexual medicine*. 2006;3(2):212-22.
32. 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):39-57.
33. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2004;1(1):35-9.
34. Walters AS, Williamson GM. Sexual satisfaction predicts quality of life: a study of adult amputees. *Sexuality and Disability*. 1998;16(2):103-15.



# Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: Systematic review and Meta-analysis

**\*Mehdi Ranjbaran**

M.Sc of Epidemiology, Lecturer, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

**Mina Chizary**

M.Sc Student of Counseling in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

**Pegah Matory**

Lecturer, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received:04/09/2015, Revised:16/11/2015, Accepted:10/12/2015

## Corresponding Author:

Mehdi Ranjbaran,  
Department of Epidemiology,  
Faculty of Health, Golestan St.,  
Daneshgah Ave., Arak, Iran  
E-mail: ranjbaran@arakmu.ac.ir

## Abstract

**Background:** Sexual dysfunction in women is common and is one of the factors of divorce and disintegration in families. The aim of this study was to determine the prevalence of female sexual dysfunction in Iran using a descriptive meta-analysis study.

**Materials and Methods:** In this meta-analysis study, the databases of ISI Web of Knowledge, PubMed, Scopus, Google Scholar and interior databases were searched during 2001 to 2015. Between the studies with regard to the inclusion and exclusion criteria, 11 studies were selected. Heterogeneity assessed by Cochran's Q statistic and  $I^2$  index. Cause of heterogeneity was evaluated using meta-regression model.

**Results:** Total samples size in the 11 studies were 8248. Cochran's Q statistic and  $I^2$  index revealed observable heterogeneity between studies ( $Q=552.70$ ,  $P$ -value  $<0.001$  and  $I^2=98.4$ ). Overall prevalence of female sexual dysfunction based on the random effect model (Inverse Variance Method) was obtained 43.9% (95% CI: 35.0 – 52.8). Prevalence of desire, arousal, lubricating, orgasmic, satisfaction and pain disorders were 42.7 % (32.0-53.4), 38.5% (27.6-49.5), 30.6% (22.0-39.2), 29.2% (24.1-34.3), 21.6% (11.5-31.8) and 40.1% (31.8-48.3), respectively.

**Conclusion:** This meta-analysis showed a comprehensive view about female sexual function in Iran. However, compared with other developing countries, Iran has a favorable situation. Considering the high prevalence of female sexual dysfunction, more epidemiological research for detection of affecting factors, intervention and preventive actions seem essential.

**Keywords:** Sexual dysfunction, Prevalence, Meta-analysis, Iran