

عملکرد جنسی زنان یائسه و برخی عوامل پیشگویی کننده آن:

مطالعه ای مبتنی بر جامعه در شهر ایلام ۱۳۹۰

دکتر سکینه محمد علیزاده چرندابی^۱، نازنین رضائی^{۲*}، دکتر سویل حکیمی^۳،دکتر علی منتظری^۴، دکتر شیوا خاتمی^۵، دکتر پرویز کریمی^۶

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استاد گروه اپیدمیولوژی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی تهران، تهران، ایران.
۵. دانشجوی دکترای تخصصی سازماندهی و تغییر، دانشگاه دولتی کلرادو، کلرادو، آمریکا.
۶. متخصص کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱۱

خلاصه

مقدمه: مطالعاتی در زمینه عملکرد جنسی زنان یائسه انجام گرفته است. علی رغم اهمیت تعیین عوامل پیشگویی کننده عملکرد جنسی در کمک به انجام برنامه ریزی و مداخلات لازم در راستای ارتقاء سطح سلامت جنسی، مطالعات در این زمینه بسیار محدود است. مطالعه حاضر با هدف تعیین عملکرد جنسی زنان یائسه و عوامل پیشگویی کننده آن در ایلام انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی-همبستگی در تیر ۱۳۹۰ در شهر ایلام بر روی ۴۰۰ زن یائسه همسر دار با محدوده سنی ۵۹-۵۰ سال که حداقل ۱۲ ماه و حداکثر ۱۰ سال از قطع قاعدگی آنان گذشته بود، در ۸۰ خوشه انتخاب شده به صورت تصادفی، انجام شد. عملکرد جنسی زنان از طریق مصاحبه در منزل توسط یک پرسشگر زن با استفاده از پرسشنامه مک کوی مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای فردی و باروری با عملکرد جنسی از آزمون های تی دانشجویی و رگرسیون خطی در نرم افزار SPSS (نسخه ۱۸) استفاده شد. p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: ۷۷ (۱۹٪) اظهار داشتند رابطه جنسی در یک ماه گذشته نداشتند. میانگین \pm انحراف معیار امتیاز کلی عملکرد جنسی 29 ± 53 از محدوده امتیاز قابل کسب ۱۰-۰ و امتیاز ابعاد علاقه مندی جنسی، رضایتمندی، لیز شدن، ارگاسم و موارد مرتبط با همسر به ترتیب 27 ± 43 ، 26 ± 50 ، 33 ± 52 ، 39 ± 50 و 29 ± 69 بود. بر اساس نتایج رگرسیون خطی میانگین امتیاز کلی عملکرد جنسی افراد دارای علائم وازوموتور ($p < 0/01$)، بی اختیاری ادرار ($p < 0/01$)، بیماری های مزمن ($p = 0/01$)، گروه سنی ۵۵-۵۹ سال ($p = 0/01$)، دارای سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی ($p = 0/04$) و افراد دارای درآمد خانوار ناکافی ($p = 0/01$) به طور معنی داری پایین تر بود. علائم وازوموتور و بی اختیاری ادراری و بالا بودن سن با کلیه پنج بعد و سایر عوامل با ۳-۴ بعد از ابعاد عملکرد جنسی همبستگی معنی داری داشتند ($p < 0/05$). مدت زمان از شروع قطع قاعدگی، تحصیلات و شغل زن با هیچکدام از ابعاد عملکرد جنسی همبستگی معنی داری نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: مشکلات جنسی از جمله نبود روابط جنسی شایع بود. وجود علائم وازوموتور، ابتلاء به بیماری های مزمن، بی اختیاری ادراری، وجود سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی و عدم برخورداری از درآمد کافی خانوار از عوامل پیشگویی کننده ضعف عملکرد جنسی زنان یائسه می باشند.

کلمات کلیدی: عملکرد جنسی، یائسگی، عوامل پیشگویی کننده، مک کوی

* نویسنده مسئول مکاتبات: نازنین رضائی؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۸۸۴۲۳۱۵۳؛ پست الکترونیک: rezaei_nazanin30@yahoo.com

مقدمه

یائسگی یک واقعه طبیعی در زندگی زنان است که به عنوان یکی از مسائل بهداشتی در طیف بهداشت باروری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این دوران به دلیل ایجاد تغییرات جسمی و روانی، مرحله پیچیده‌ای از زندگی زنان را تشکیل می‌دهد (۱). برخی از زنان در این مرحله از زندگی خود دچار کاهش عملکرد جنسی شده (۲، ۳) و یکی از نگرانی‌های دوران یائسگی برای آنان کاهش عملکرد جنسی است (۴) در حالی که برخی دیگر از زنان یائسه به دلیل عدم ترس از بارداری و افزایش مدت زمان زندگی مشترک، احساس آرامش بیشتری داشته و از لحاظ فعالیت جنسی، این دوران را بهترین دوران زندگی خود می‌دانند (۴، ۵). در سال‌های اخیر دست اندرکاران سلامت، اقداماتی را در راستای ارتقاء سطح سلامت زنان میانسال انجام داده‌اند، اما به دلایلی نظیر همزمانی بروز مشکلات جنسی این گروه با برخی بیماری‌های شایع در این سنین و توجه بیشتر به غربالگری و درمان این بیماری‌ها (۴، ۶-۸)، زندگی جنسی زنان یائسه از نظر دور مانده و کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بسیاری از زنان نیز به دلیل کم‌رویی و خجالت، در هنگام مراجعه به پزشک از بیان مشکلات مربوط به مسائل جنسی خود امتناع می‌کنند (۹).

سیکل پاسخ‌های جنسی در زنان که شامل فازهای انگیزش، ثبات، علاقه مندی، ارگاسم و تحلیل می‌باشد (۸)، تحت تأثیر عوامل متعدد روحی-روانی، محیطی و فیزیولوژیک (عوامل هورمونی، عروقی، عضلانی و عصبی) قرار دارد و هر یک از مراحل آن می‌تواند تحت تأثیر سن، بیماری، مصرف دارو، الکل، مواد مخدر، فرهنگ جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند و کیفیت روابط زناشویی تغییر کند (۱۰). اختلال در هر یک از فازهای انگیزش، ثبات، علاقه مندی، ارگاسم و تحلیل می‌تواند منجر به بروز اختلالات جنسی در فرد شود (۸).

مطالعات متعددی در زمینه بررسی عملکرد جنسی زنان یائسه در برخی کشورهای دنیا از جمله در ۲۹ کشور در مناطقی از قاره‌های آسیا و اروپا (۱۱)، ماریلند (۱۲) و انگلستان (۱۳) انجام شده است. در ایران نیز مطالعاتی در این زمینه در برخی از شهرهای کشور از جمله تهران

(۱۴، ۱۵)، اصفهان (۱۶، ۱۷) و سبزوار (۱۸) که از نظر موقعیت فرهنگی و اقتصادی-اجتماعی نسبت به جامعه مورد پژوهش در این مطالعه که شهری مرزی و با آداب و رسوم سنتی است، از شرایط متفاوتی برخوردارند، انجام شده است. با این حال بر اساس بررسی متون، علی‌رغم اهمیت تعیین عوامل پیشگویی کننده عملکرد جنسی در کمک به انجام برنامه ریزی و مداخلات لازم در راستای ارتقاء سطح سلامت جنسی، به دلیل ارتباط مستقیمی که بین عملکرد جنسی و کیفیت زندگی این گروه از افراد جامعه وجود دارد (۹، ۱۱، ۱۹)، مطالعه‌ای در این زمینه بر روی زنان یائسه در ایران یافت نشد. بنابراین، با توجه به محدود بودن مطالعات انجام شده در این زمینه و همچنین پایین تر بودن سن یائسگی در ایلام (۴۷/۷ سالگی) (۲۰) نسبت به مناطقی مانند تهران (۴۹ سالگی) (۲۱) و جهان (۵۱ سالگی) (۷، ۲۲) و نیز تأثیرپذیر بودن عملکرد جنسی از فرهنگ جامعه (۲)، مطالعه حاضر با هدف تعیین عملکرد جنسی زنان یائسه و عوامل مرتبط با آن در سطح شهر ایلام انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-همبستگی در تیر ماه سال ۱۳۹۰ در شهر ایلام بر روی ۴۰۰ زن یائسه همسر دار با محدوده سنی ۵۹-۵۰ سال که حداقل ۱۲ ماه و حداکثر ۱۰ سال از قطع قاعدگی آنان گذشته بود، انجام شد. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل: افرادی که طی ۳ ماه گذشته تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، بروز یائسگی در افراد به دنبال جراحی (هیستروکتومی)، سابقه ابتلاء به بیماری‌های مزمن (به جز بیماری‌های قلبی، بی‌اختیاری ادراری، کمردرد)، سابقه سکته قلبی یا مغزی عارضه دار، ابتلاء به هر نوع بیماری روانی و همچنین سابقه هر نوع استرس شدید روانی مانند وقوع حادثه یا از دست دادن اعضاء درجه یک در طول ۳ ماه گذشته بود. گزارش حاضر منتج از قسمتی از مطالعه‌ای می‌باشد که در آن علاوه بر عملکرد جنسی، کیفیت زندگی زنان یائسه نیز مورد مطالعه قرار گرفته بود. با توجه به پراکندگی بیشتر امتیازات کیفیت زندگی نسبت به عملکرد جنسی، با در نظر گرفتن میانگین = ۷۵/۱، انحراف

مکاتبات لازم با موسسه تراست (Trust)^۳ دریافت شد (شماره ۲۱۱۱۷ مورخه ۲۰۱۱/۳/۴). پس از ترجمه نسخه اصلی انگلیسی این پرسشنامه به فارسی و برگرداندن مجدد نسخه فارسی ترجمه شده به انگلیسی^۴، نسخه انگلیسی برگردانده شده از فارسی با نسخه اصلی انگلیسی توسط فرد سومی که مسلط به زبان انگلیسی بود تطبیق داده شد، همانگونه که در دستورالعمل توصیه شده این مؤسسه (۲۴) نیز تأکید شده بود. پس از انجام مراحل فوق، علاوه بر انجام اعتبار صوری، پرسشنامه جهت انجام روایی با استفاده از اعتبار محتوا در اختیار ۱۰ نفر از افراد صاحب نظر و اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شامل اساتید گروه مامایی، سایکولوژیست و اورولوژیست قرار گرفت و پس از جمع آوری نظرات و انجام اصلاحات لازم، جهت مطالعه مورد استفاده قرار گرفت.

در این مطالعه ثبات بیرونی پرسشنامه با استفاده از آزمون مجدد تعیین شد. به این صورت که حدود ۳۰ پرسشنامه برای افراد گروه هدف تکمیل و پس از ۱۰ روز جهت اطمینان از اینکه پرسشنامه ها به دقت تکمیل شده یا خیر، مجدداً برای همان افراد، پرسشنامه ها تکمیل شد. ثبات درونی ابعاد مختلف عملکرد جنسی که با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد بین ۰/۸۱-۰/۹۲ بود.

این ابزار که عملکرد جنسی زنان را در طول یک ماه گذشته مورد بررسی قرار می داد، پس از ترجمه و تأیید نهایی، از طریق مصاحبه با کلیه زنان یائسه حائز شرایط شرکت کننده در مطالعه، تکمیل شد. پرسشنامه بررسی عملکرد جنسی زنان مک کوی شامل ۲ بخش و ۱۷ سؤال بود و در کل به بررسی ۵ جزء عملکرد جنسی شامل: علاقه مندی جنسی (۴ سؤال)، رضایت مندی (۳ سؤال)، لیز شدن واژن (۳ سؤال)، ارگاسم (۴ سؤال) و موارد مرتبط با همسر (بعدهی از عملکرد جنسی است که میزان امتیاز کسب شده در این بعد به وضعیت عملکرد جنسی همسر و عدم وجود مشکل جنسی یا عوامل مربوط به آن در همسر بستگی دارد) (۳ سؤال) می پرداخت. هر سؤال شامل ۵ تا ۷ پاسخ و مانند امتیازدهی

معیار=۲۲/۴ و خطای معیار = ۱/۴ مربوط به بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی برگرفته از مطالعه منتظری و همکاران (۲۳) و اثر طرح = ۱/۵، تعداد نمونه مورد نیاز در این مطالعه ۴۰۰ نفر برآورد شد. میزان اثر طرح با توجه به انتخاب ۵ نفر از هر خوشه و ضریب ارتباط بین خوشه ای (ICC)^۱ = ۰/۱۲ (برآورد شده از مطالعه پایلوت) برآورد شد.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (شماره ۵/۴/۲۵۳۶ مورخه ۱۳۹۰/۰۳/۳۰)، نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای انجام شد. بدین ترتیب که با همکاری مرکز آمار ایران، از بین زنانی که در زمان سرشماری سال ۱۳۸۵، سن ۴۵-۵۴ سال داشته و در حال حاضر مقیم شهر ایلام بودند، ۸۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. آدرس پستی این افراد به عنوان سرخوشه در نظر گرفته شد و در هر خوشه، نمونه گیری از سرخوشه شروع و از سمت راست آن تا زمان دسترسی به ۵ زن یائسه حائز شرایط ادامه یافت.

داده ها از طریق مصاحبه با استفاده از پرسشنامه استاندارد، توسط یک پرسشگر زن گردآوری شد. پرسشگر به درب منازل افراد مراجعه و پس از کسب اطمینان از دارا بودن افراد از معیارهای ورود به مطالعه، به آنان توضیح می داد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و آنان در صورت عدم تمایل می توانند از مطالعه خارج شوند و پس از کسب رضایتنامه کتبی از آنان، اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمود. در صورت عدم حضور فرد مورد مطالعه در منزل، پرسشگر پس از دو بار مراجعه مکرر در ساعتی که احتمال حضور فرد مورد مطالعه در منزل وجود داشت، اقدام به تکمیل پرسشنامه فرد بعدی از همان خوشه نمود. پرسشنامه های افراد بدون نام و شامل بخش اطلاعات فردی و بخش مربوط به ارزیابی عملکرد جنسی زنان مک کوی (MFSQ)^۲ بود.

اجازه نامه استفاده از پرسشنامه عملکرد جنسی زنان، که برای اولین بار در ایران استفاده شد، از طریق انجام

³ Mapi Research Trust Education Information Dissemination

⁴ Forward- Backward translation

¹ Intraclass correlation coefficient

² McCoy female sexuality questionnaire

لیکرت از ۱ (اصلاً، خیلی کم) تا ۷ (بی نهایت زیاد) تقسیم بندی شده بود. برخی سؤالات شامل گزینه "موردی ندارد (NA)^۱" بود و بدین معنا بود که فرد در طول این مدت، فعالیت جنسی (شامل خود ارضایی، نوازش، معاشقه، نزدیکی و امثال آن) نداشت، که در چنین مواردی در هنگام آنالیز، نمره ۱ در نظر گرفته شد. در صورت پاسخ ندادن به هر سؤال، به جای آن از میانگین مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد استفاده شد. در نهایت، امتیاز کلی عملکرد جنسی با جمع نمرات کسب شده در ابعاد پنج گانه به دست آمد. سپس امتیاز افراد در هر بعد و در کل در محدوده ۱۰۰-۰ محاسبه شد. امتیاز بیشتر، نشان دهنده عملکرد جنسی بهتر بود.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) انجام شد. جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای فردی و باروری با عملکرد جنسی ابتدا از آزمون تی دانشجویی استفاده شد و سپس متغیرهایی که ارتباط معنی داری با عملکرد جنسی داشتند یا نزدیک به مرز معنی داری بودند، در آزمون رگرسیون خطی وارد شدند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

۲۵ زن یائسه حائز شرایط، تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند، بنابراین به جای آنها نفرات بعدی در هر خوشه جایگزین شدند.

میانگین \pm انحراف معیار سنی زنان مورد مطالعه $2/8 \pm$ سال بود. ۵۴/۲ نفر (۵۷٪) از افراد بی سواد و تنها ۹ نفر (۲/۲٪) از آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. اکثر افراد (۹۴/۷٪) خانه دار بوده و حدود نیمی از آنان (۴۹/۵٪) درآمد خانوار خود را ناکافی ارزیابی کردند و بیش از دو سوم آنان (۷۲٪) از علائم وازوموتور مربوط به یائسگی شکایت داشتند. ۲۰۳ نفر (۵۱٪) مبتلا به بیماری های مزمن (قلبی، دیابت و فشار خون) بوده و ۱۳۵ نفر (۳۳٪) بی اختیاری ادراری را گزارش کردند. ۲۱ نفر (۵٪) سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی را ذکر کردند. ۷۷ نفر (۱۹/۳٪) از زنان مورد مطالعه، طی یک ماه گذشته رابطه جنسی نداشتند. ۳۰ نفر (۷/۵٪) از آنها یک بار، ۱۲۲ نفر (۳۰/۵٪) حدود ۷-۸ بار در ماه و تنها ۴ نفر (۱٪) از افراد بالاترین تعداد دفعات رابطه جنسی یعنی ۴ یا ۵ بار در هفته را گزارش کردند (جدول ۱).

جدول ۱- تعداد دفعات رابطه جنسی (تعداد = ۴۰۰ نفر)

دفعات رابطه جنسی (در ماه)	تعداد	درصد
اصلاً	۷۷	۱۹/۳
یک بار	۳۰	۷/۴
۲-۳ بار	۶۵	۱۶/۳
۴-۶ بار	۶۹	۱۷/۳
۷-۸ بار	۱۲۲	۳۰/۴
۹-۱۲ بار	۳۳	۸/۳
۱۳-۱۶ بار	۴	۱/۰

میانگین نمره کلی عملکرد جنسی ۵۳/۳، میانه آن ۶۱/۳ و امتیاز کسب شده آن بر اساس صدک (۷۵٪-۲۵٪) در محدوده (۲۵/۷-۷۹/۴) بود. با در نظر گرفتن میانگین و میانه، بالاترین امتیاز کسب شده در ابعاد عملکرد جنسی مربوط به "موارد مرتبط با همسر" (به ترتیب ۶۹/۵ و

۷۷/۸) و پایین ترین آن مربوط به علاقه مندی جنسی (به ترتیب ۴۳/۳ و ۴۵/۸) از محدوده امتیاز قابل کسب ۱۰۰-۰ بود. شاخص های دیگر نمره کلی عملکرد جنسی و ابعاد آن در جدول ۲ ارائه شده است.

^۱Not Applicable

جدول ۲- امتیاز عملکرد جنسی زنان یائسه بر حسب ابعاد مختلف از محدوده امتیاز قابل کسب ۱۰۰-۰ (تعداد = ۴۰۰ نفر)

ابعاد عملکرد جنسی	میانگین \pm انحراف معیار	میانۀ (۷۵٪-۲۵٪)	محدوده امتیاز کسب شده
علاقه مندی جنسی	۴۳/۳ \pm ۲۷/۲	۴۵/۸ (۱۶/۷-۶۶/۷)	۰- ۹۱/۷
ارگاسم (اوج لذت جنسی)	۵۰/۶ \pm ۳۸/۸	۶۲/۵ (۴۲-۸۷/۵)	۰- ۱۰۰
رضایتمندی جنسی	۵۰/۳ \pm ۲۶/۰	۶۱/۱ (۳۳/۳-۷۲/۲)	۰-۸۸/۹
لیز شدن	۵۲/۸ \pm ۳۳/۴	۶۶/۷ (۲۲/۲-۸۳/۳)	۰- ۱۰۰
موارد مرتبط با همسر	۶۹/۵ \pm ۲۹/۱	۷۷/۸ (۴۵/۸-۹۴/۴)	۰- ۱۰۰
نمره کلی عملکرد جنسی	۵۳/۳ \pm ۲۹/۳	۶۱/۳ (۲۵/۷-۷۹/۴)	۰- ۸۹/۲

بدون گزارش بی اختیاری ادراری، غیر مبتلا به بیماری های مزمن، با درآمد تا حدودی کافی یا کافی، عدم گزارش سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی و دارای سن ۵۴-۵۰ سال بود، که علائم وازوموتور، بالاتر بودن سن و بی اختیاری با کلیه پنج بعد و بقیه عوامل با ۳-۴ بعد از ابعاد عملکرد جنسی همبستگی معنی داری داشتند ($P < 0.05$) ولی همبستگی معنی داری بین مدت زمان از قطع قاعدگی با هیچ یک از ابعاد عملکرد جنسی وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۳).

بر اساس آزمون تک متغیره ارتباط معنی داری بین شغل و سطح تحصیلات با امتیاز هیچ یک از ابعاد عملکرد جنسی وجود نداشت ($P > 0.05$). بنابراین این متغیرها در مدل رگرسیون وارد نشدند. آنالیز رگرسیون خطی نشان داد میانگین امتیاز کلی عملکرد جنسی زنان دارای علائم وازوموتور ($P < 0.001$)، بی اختیاری ادراری ($P < 0.001$)، مبتلا به بیماری های مزمن ($P = 0.01$) با درآمد ناکافی خانوار ($P = 0.01$)، سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی ($P = 0.04$) و دارای سن ۵۵-۵۹ سال ($P = 0.01$)، به ترتیب به طور معنی داری کمتر از زنان بدون علائم وازوموتور،

جدول ۳- عوامل پیشگویی کننده بالا بودن امتیاز ابعاد مختلف عملکرد جنسی زنان یائسه (تعداد = ۴۰۰ نفر)

مشخصات	ابعاد عملکرد جنسی					
	علاقه مندی جنسی	رضایتمندی	لیز شدن	موارد مرتبط با همسر	ارگاسم	جنسی
سن ۵۴-۵۰ سال (مرجع: ۵۹-۵۵)	۸/۸ (۲/۶ تا ۱۵/۱)	۷/۴ (۱/۲ تا ۱۳/۷)	۱۲/۹ (۵/۱ تا ۲۰/۷)	۷/۲ (۵/۱ تا ۲۰/۱)	۱۱/۱ (۲/۲ تا ۲۰/۰)	۹/۵ (۲/۸ تا ۱۶/۳)
سطح معنی داری	۰/۰۰۶	۰/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۵	۰/۰۰۶
عدم ابتلاء به بیماری مزمن (مرجع: ابتلاء به بیماری مزمن)	۷/۱ (۲/۱ تا ۱۱/۹)	۵/۵ (۰/۶ تا ۱۰/۴)	۴/۸ (-۱/۳ تا ۱۰/۹)	۶/۲ (۰/۸ تا ۱۱/۵)	۹/۹ (۲/۹ تا ۱۶/۹)	۶/۹ (۱/۶ تا ۱۲/۲)
سطح معنی داری	۰/۰۰۵	۰/۰۲۷	۰/۱۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۰۶	۰/۰۱۱
نبود علائم وازوموتور (مرجع: وجود علائم وازوموتور)	۱۳/۹ (۸/۴ تا ۱۹/۴)	۱۰/۰ (۴/۵ تا ۱۵/۴)	۱۴/۵ (۷/۷ تا ۲۱/۴)	۱۰/۸ (۴/۸ تا ۱۶/۷)	۱۹/۶ (۱۱/۸ تا ۲۷/۴)	۱۴/۱ (۸/۲ تا ۲۰/۰)
سطح معنی داری	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001
عدم ابتلاء به بی اختیاری ادراری (مرجع: ابتلاء به بی اختیاری ادراری)	۱۰/۵ (۵/۲ تا ۱۵/۸)	۵/۵ (۰/۲ تا ۱۰/۸)	۱۴/۱ (۷/۶ تا ۲۰/۷)	۱۰/۷ (۴/۹ تا ۱۶/۴)	۱۴/۲ (۶/۷ تا ۲۱/۷)	۱۱/۲ (۵/۴ تا ۱۶/۸)
سطح معنی داری	< 0.001	۰/۰۴۱	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001
درآمد خانوار تاحدودی کافی و کافی (مرجع: ناکافی)	۵/۹ (۱/۰ تا ۱۰/۸)	۴/۴ (-۰/۵ تا ۹/۳)	۵/۷ (۰/۴ تا ۱۱/۸)	۷/۳ (۲/۰ تا ۱۲/۷)	۱۰/۳ (۳/۳ تا ۱۷/۲)	۶/۹ (۱/۶ تا ۱۲/۲)
سطح معنی داری	۰/۰۱۸	۰/۰۷۶	۰/۰۶۹	۰/۰۰۷	۰/۰۰۴	۰/۰۱۱
نداشتن سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی (مرجع: سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی)	۱۲/۳ (۱/۲ تا ۲۳/۴)	۱۱/۶ (-۰/۵ تا ۲۲/۷)	۱۱/۳ (-۲/۵ تا ۲۵/۲)	۱۲/۱ (۰/۰ تا ۲۴/۲)	۱۵/۵ (-۰/۲ تا ۳۱/۳)	۱۲/۷ (۰/۸ تا ۲۴/۷)
سطح معنی داری	۰/۰۳۰	۰/۰۴۰	۰/۱۰۸	۰/۰۵۰	۰/۰۵۴	۰/۰۳۷
گذشت مدت زمان کمتر از ۵ سال از قطع قاعدگی (مرجع: گذشت مدت زمت ≥ 5 سال از قطع قاعدگی)	۰/۲ (-۶/۴ تا ۶/۰)	۱/۱ (-۵/۵ تا ۷/۳)	۰/۲ (۷/۶ تا ۸/۱)	۲/۳ (-۴/۵ تا ۹/۱)	۳/۴ (-۵/۵ تا ۱۲/۲)	۱/۴ (-۵/۳ تا ۸/۱)
سطح معنی داری	۰/۹۵۴	۰/۷۳۴	۰/۹۵۶	۰/۵۱۱	۰/۴۵۵	۰/۶۸۷
Adjusted R ²	۰/۱۸	۰/۱۰	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۸	۰/۱۸

مهمترین عامل پیشگویی کننده کاهش عملکرد جنسی، وجود علائم ازوموتور بود که بیشترین تأثیر را روی ارگاسم [۲۷/۴ تا ۱۱/۸ CI ۹۵٪] β :۱۹/۶، و پس از آن به ترتیب روی لیز شدن [۲۱/۴ تا ۷/۷ CI ۹۵٪] β :۱۴/۵ و علاقه مندی جنسی [۱۹/۴ تا ۸/۴ CI ۹۵٪] β :۱۳/۹ داشت.

بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون خطی، کلیه متغیرهای تأثیرگذار بر عملکرد جنسی به طور کلی می‌توانند حدود ۱۸٪ از واریانس ایجاد شده در امتیاز کلی عملکرد جنسی، ۱۸٪ امتیاز بعد علاقه مندی جنسی، ۱۸٪ امتیاز بعد ارگاسم، ۱۰٪ امتیاز بعد رضایتمندی، ۱۵٪ امتیاز لیز شدن و ۱۵٪ امتیاز بعد موارد مرتبط با همسر عملکرد جنسی زنان یائسه را توضیح دهند (جدول ۳).

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، حدود یک پنجم زنان مورد پژوهش عدم وجود رابطه جنسی را گزارش نمودند. میانگین امتیاز کلی عملکرد جنسی زنان یائسه کمی بیش از نصف امتیاز قابل کسب (۵۳/۳) بود. به جز بعد موارد مرتبط با همسر (۶۹/۵) و بعد علاقه مندی جنسی (۴۳/۳) که به ترتیب بالاترین و کمترین میانگین امتیاز کسب شده را در بین ابعاد عملکرد جنسی داشتند، امتیاز سه بعد دیگر (ارگاسم، رضایتمندی و لیز شدن) تقریباً مشابه (حدود ۵۰) بود. وجود علائم ازوموتور مربوط به یائسگی، بی‌اختیاری ادراری و بالاتر بودن سن در همه ابعاد و ابتلاء به بیماری‌های مزمن، عدم کفایت درآمد خانوار و داشتن سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی در ۳-۴ بعد از عوامل پیشگویی کننده پایین بودن امتیاز عملکرد جنسی در زنان یائسه بودند.

در یک بررسی جهانی بر روی زنان ۸۰-۴۰ ساله با میانگین سنی ۵۴ سال (۱۱)، همچنین در بررسی‌های انجام گرفته در اصفهان (۱۶ و ۱۷) و یک مطالعه در تهران (۱۴) نیز شایع‌ترین مشکل جنسی مربوط به بعد علاقه مندی جنسی گزارش شد که با نتایج مطالعه حاضر در زمینه پایین بودن امتیاز علاقه مندی جنسی نسبت به چهار بعد دیگر عملکرد جنسی همخوانی داشت. سیلوالارا و همکاران طی یک مطالعه مروری

مشخص کردند که ۷۲٪ از زنان یائسه صرفاً به دلیل جلب رضایت همسر در فعالیت‌های جنسی شرکت داشتند و خود تمایلی به شرکت در این فعالیت‌ها نداشتند (۲). این در حالی است که در مطالعه لیبوم و همکار (۱۹۸۵) در آمریکا، ۶۲٪ از زنان معتقد بودند که تمایلات جنسی پس از یائسگی افزایش می‌یابد (۲۵). نیسار و همکار (۲۰۱۰) اظهار داشتند که زنان یائسه متعلق به جوامع سنتی اغلب تمایل دارند که در این دوران به مراقبت از فرزندان، نوه‌ها و انجام فرائض مذهبی و دینی بپردازند و شرکت در فعالیت‌های جنسی برای آنان در اولویت‌های بعدی قرار دارد (۲۶)، که این نتایج با نتایج به دست آمده از برخی جوامع پیشرفته متفاوت بود (۱۳، ۲۷).

در مطالعه حاضر بالاترین امتیاز کسب شده مربوط به بعد موارد مرتبط با همسر بود که این نتیجه مشابه نتایج مطالعه بر روی ۴۰۰ زن استرالیایی ۴۵-۵۵ ساله (۵) بود ولی با نتایج مطالعه گاتبریو و همکاران (۲۸) در استرالیا همخوانی نداشت. در این مطالعه کمترین امتیاز کسب شده، مربوط به بعد موارد مرتبط با همسر بود، به گونه‌ای که اختلال در این بعد بیش از ۵۰٪ کاهش امتیاز عملکرد جنسی دوران یائسگی را به خود اختصاص داد.

مطالعه حاضر نشان دهنده پایین بودن عملکرد جنسی در افراد ۵۵-۵۹ ساله در مقایسه با ۵۴-۵۰ ساله بود که این نتیجه با نتایج اغلب مطالعات در این زمینه همسو می‌باشد (۲، ۳، ۵، ۱۲، ۱۳). مطالعه مروری پالاسیوس و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که عملکرد جنسی به شدت تحت تأثیر افزایش سن قرار دارد، به گونه‌ای که میزان اختلالات جنسی از ۱۰٪ در زنان ۴۹ ساله به ۲۲٪ در زنان ۶۵-۵۰ ساله افزایش یافت (۳). مطالعه سیلوالارا و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که در زنان ۳۰ ساله در مقایسه با زنان ۶۰ ساله اختلال در بعد علاقه مندی جنسی از ۵/۲٪ به ۳۲/۲٪، اختلال در بعد لیز شدن از ۱۲/۵٪ به ۵۱/۲٪، موارد مرتبط با همسر از ۲۹/۷٪ به ۳۲/۲٪ و ارگاسم از ۲۷/۷٪ به ۵۷/۹٪ افزایش یافت. با افزایش سن، پاسخ‌های جنسی و علاقه مندی جنسی، همچنین تعداد دفعات انجام مقاربت در دوران یائسگی کاهش می‌یابد، در نتیجه عملکرد جنسی زنان دچار

کاهش عملکرد جنسی محسوب نمی شود (۱۲). در حالی که نتایج مطالعه بلومل و همکاران (۲۰۰۰) نشان دهنده وجود علائم وازوموتور به عنوان یکی از عوامل مهم پیشگویی کننده پایین بودن عملکرد جنسی در زنان یائسه بود (۱۹). بروز علائم وازوموتور احتمالاً با تأثیر بر کیفیت خواب و ایجاد ترس ناشی از بروز این علائم در زمان برقراری رابطه جنسی می تواند باعث کاهش عملکرد جنسی در زنان یائسه شود (۶).

ابتلاء به بیماری های مزمن (بیماری های قلبی، دیابت و فشارخون) و همچنین بی اختیاری ادراری (به علت شیوع بالای آن به طور مجزا از سایر بیماری ها وارد مدل رگرسیون شد) به عنوان عوامل مهم پیشگویی کننده کاهش عملکرد جنسی در این مطالعه مشخص شدند. نتایج برخی دیگر از مطالعات نیز چنین ارتباطی را نشان می دهند (۳، ۱۸، ۳۱). نتایج مطالعه مروری پلاسیوس و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که ۴۲/۱٪ از زنان مبتلا به فشارخون از مشکلات مربوط به عملکرد جنسی رنج می برند، در حالی که این میزان در زنان سالم و طبیعی تنها ۱۹/۴٪ بود. این شاخص در مورد افراد مبتلا به دیابت ۷۵٪ در مقابل ۳۰/۶٪ در زنان سالم بود. ابتلاء به بیماری قلبی نیز می تواند به دلیل ایجاد تشویش و اضطراب، درد، تنگی نفس و ترس از مرگ، کاهش عملکرد جنسی را به دنبال داشته باشد (۳). علت احتمالی کاهش عملکرد جنسی در موارد بی اختیاری ادراری هم ممکن است این باشد که زنانی از مشکلات ناشی از شل شدن ارگان های لگنی رنج می برند و دارای عضلات ضعیفی هستند به دلیل ترس از خروج ادرار به سختی می توانند ارگاسم را تحمل نمایند (۳۲، ۳۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی یکی از عوامل پیشگویی کننده پایین بودن عملکرد جنسی در ابعاد علاقه مندی، رضایتمندی و موارد مرتبط با همسر بود. لوکاز و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که سابقه طلاق با کاهش عملکرد جنسی در بعد رضایتمندی همراه است (۳۳).

در مطالعه حاضر، علی رغم بالاتر بودن امتیاز عملکرد جنسی زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار، بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون، شغل زنان یائسه

اختلال می شود که همین امر می تواند عامل مهمی در جهت کاهش عملکرد جنسی در زنان یائسه باشد (۲۹).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، امتیاز عملکرد جنسی در زنانی که ۵ سال یا بیشتر از زمان قطع قاعدگی آنان می گذشت، به طور معنی داری پایین تر از سایر زنان بود، اما در آنالیز رگرسیون تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. این نتایج با نتایج مطالعه بیگی و همکاران در اصفهان (۱۷) همخوانی داشت. همچنین در مطالعه گاتبری و همکاران (۲۰۰۴) که ۹ سال به طول انجامید، مشخص شد که با دور شدن از زمان شروع یائسگی، احتمالاً به دلیل تشدید کاهش هورمون های جنسی، اختلالات جنسی از ۴۲٪ به ۸۸٪ افزایش می یابد (۲۸). نتایج یک مطالعه مروری (۲۰۰۹) نیز نشان داد که عملکرد کلی جنسی از ۸۸٪ در سال اول پس از یائسگی به ۳۴٪ پس از گذشت ۸ سال از شروع یائسگی کاهش می یابد (۲). اما مطالعه بلومل و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که با گذشت ۵ سال از آغاز یائسگی، عملکرد جنسی افزایش می یابد و علت آن را کاهش شدت علائم و دور شدن از شرایط حاد دوران بروز یائسگی بیان کردند (۱۹). علت این تناقض ممکن است ناشی از نگرش مثبتی باشد که زنان در برخی از جوامع با دور شدن از زمان قطع قاعدگی نسبت به یائسگی به دست می آورند (۳۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد زنانی که از سطح درآمد خانوار کافی برخوردار بودند، امتیاز عملکرد جنسی در آنان به طور معنی داری بالاتر بود که با نتایج مطالعه آدیس و همکاران (۲۰۰۶) و بیگی و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۱۳). اما در مطالعه تامیک و همکاران (۲۰۰۶) در ماریلند آمریکا، سطح درآمد خانوار از عوامل پیشگویی کننده عملکرد جنسی در زنان میانسال نبود (۱۲).

نتایج حاصل از آنالیز خطی مطالعه حاضر نشان داد که وجود علائم وازوموتور مربوط به یائسگی، مهمترین عامل پیشگویی کننده کاهش عملکرد جنسی در زنان یائسه است. از نظر تامیک و همکاران (۲۰۰۶)، وجود علائم وازوموتور، یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی است اما به عنوان یکی از عوامل پیشگویی کننده

درج نام افراد در پرسشنامه این محدودیت تا حدود زیادی کنترل شود. از نقاط قوت این مطالعه حجم نمونه مناسب، استفاده از پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی مک کوی برای اولین بار در ایران و انجام مطالعه در سطح شهری با ویژگی های بیان شده (برخوردار از سطح اقتصادی اجتماعی نسبتاً پایین) بود که تاکنون چنین مطالعه ای نه تنها در ایلام، بلکه در شهری با شرایط مشابه نیز انجام نشده بود.

نتیجه گیری

مشکلات جنسی از جمله نداشتن روابط جنسی در زنان میانسال ۵۹-۵۰ ساله همسر دار نسبتاً شایع می باشد. وجود علائم وازوموتور، ابتلاء به بیماری های مزمن، بی اختیاری ادراری، وجود سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی، عدم برخوردار از درآمد کافی خانوار و بالا بودن سن از عوامل پیشگویی کننده ضعف عملکرد کلی جنسی زنان یائسه می باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی خانم نازنین رضایی می باشد. بدینوسیله از دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر تصویب علمی و اخلاقی طرح و تأمین هزینه های مالی آن، مسئولین حوزه معاونت بهداشتی استان ایلام به خاطر همکاری و هماهنگی لازم و کلیه زوجینی که در این مطالعه شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

از عوامل پیشگویی کننده عملکرد جنسی به شمار نمی رفت. نتایج به دست آمده از مطالعه ای بر روی ۸۴۶ زن ۶۰-۴۰ ساله در ایالت ماریلند آمریکا (۱۲)، همچنین مطالعه ای بر روی ۲۱۰۹ زن ۶۹-۴۰ ساله انگلیسی (۱۳) نیز تأیید کننده نتایج مطالعه حاضر بود.

علی رغم اینکه زنان باسواد امتیاز عملکرد جنسی بالاتری را نسبت به زنان بی سواد کسب کردند، اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$). نتایج دو مطالعه در انگلستان (۱۳، ۳۴) و مطالعه ای در آمریکا (۱۲) نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات عملکرد جنسی زنان کاهش می یابد، اما نتایج مطالعه ای در اصفهان نشان دهنده ارتباط مستقیم میان سطح تحصیلات و عملکرد جنسی بود (۱۷). علت تفاوت در نتایج به دست آمده احتمالاً به دلیل وجود تفاوت در سطح تحصیلی افراد مورد مطالعه بوده باشد. در مطالعه حاضر سطح تحصیلات دو سوم افراد باسواد تنها در سطح ابتدایی بود. در این مطالعه انجام بررسی های تخصصی جهت مشخص نمودن وجود بیماری ها به ویژه بیماری های روانی امکان پذیر نبود و برای مشخص نمودن آنها تنها به گزارش خود شرکت کنندگان اکتفا شد. ممکن است برخی بیماری ها به ویژه اختلالات شخصیتی از این طریق قابل شناسایی نباشد. در ضمن حساسیت موضوع مورد بررسی و مجبور بودن به تکمیل پرسشنامه ها از طریق مصاحبه به دلیل بی سواد یا کم سواد بودن اغلب شرکت کنندگان ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیرگذار بوده باشد. سعی شد با انجام مصاحبه در محیط خصوصی و مطمئن نمودن افراد از محرمانه نگهداشتن داده های جمع آوری شده و عدم

منابع

1. Berek JS. Menopause. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2007. p. 1325-40.
2. Silva Lara LA, Useche B, Rosa-Silva JC, Ferriani RA, Reis RM, de Sa MF, et al. Sexuality during the climacteric period. *Maturitas* 2009 Feb;62(2):127-33.
3. Palacios S, Castano R, Graziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas* 2009 Jun 20;63(2):119-23.
4. Youngkin EQ, Davis MS. The climacteric, menopause, and the process of aging Women's health- a primary care clinical guide. 2nd ed. Virginia: Appleton & Lange, Stamford, Connecticut; 1998. p. 402-23.
5. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril* 2001 Sep;76(3):456-60.
6. Yang H, Toy EC, Baker B. Sexual dysfunction in the elderly patient. *Prim Care Update Obstet Gynecol* 2000 Nov 1;7(6):269-74.
7. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

8. Seftel AD, Padma-Nathan H, McMahan CG, Giuliano F, Aithof SE. Male and female sexual dysfunction. *Edinburgh: Mosby; 2004*;3-25,258-78.
9. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas 2009 Jun*;63(2):138-41.
10. Jahanfar S, Molaeinejad M. [Physiology of sexual function-sexual function in later years. Sexual dysfunction]. 3rd ed. *Tehran: Nashre Salemi; 2007*:15-25,64-70. [in Persian].
11. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C, et al. Sexual behavior and sexual dysfunction after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology 2004 Nov*;64(5):991-7.
12. Tomic D, Gallicchio L, Whiteman MK, Lewis LM, Langenberg P, Flaws JA. Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women. *Maturitas 2006 Jan 20*;53(2):144-57.
13. Addis IB, Van Den Eden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol 2006 Apr*;107(4):755-64.
14. Shohani M, Rasuli F, Hajiamiri P, Hassanpoor-Dehkordi A, Mahmoodi M. [Genitourinary problems in postmenopausal women referred to health centers in the city of Ilam] [Article in Persian]. *Hormozgan Med J 2009*;13(3):189-96.
15. Jamshidi-Manesh M, Juibari L, Pairavi H, Sanagu A. [Quality of sexual life in menopause and it's problem] [Article in Persian]. *J Qom Univ Med Sci 2009*;3(2):1-6.
16. Sorur A, Fahami F, Zahraei RH. [Comparison of sexual dysfunction in women after menopause] [Article in Persian]. *J Arak Univ Med Sci 2005*;8(3):1-6.
17. Beigi M, Fahami F, Hassan-Zahraei R, Arman S. [Sexual dysfunction in menopause] [Article in Persian]. *J Isfahan Med Sch. 2008*;26(90):294-300.
18. Blurian Z, Ganjlu J. [Sexual dysfunction and some related factors in women referred to health centers of Sabzevar] [Article in Persian]. *Fertil Infertil J 2007*:163-70.
19. Blumel JE, Castelo-Baranco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas 2000 Jan 15*;34(1):17-23.
20. Shohani M, Rasuli F, Hajiamiri P, Hassanpoor-Dehkordi A, Mahmoodi M. [Genitourinary problems in postmenopausal women referred to health centers in the city of Ilam] [Article in Persian]. *Hormozgan Med J 2009*;13(3):189-96.
21. Khaledian Z. [Quality of life in terms of different stages of menopause among women in Tehran. Tehran: Teran University of Medical Sciences; 2001. [in Persian]
22. Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow A, Nicolaidis C, et al. Management of menopause-related symptoms. *Evid Rep Technol Assess (Summ) 2005 Mar*;120:1-6. Review.
23. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res 2005 Apr*;14(3):875-82.
24. Mapi Research Trust Education Information Dissemination. McCoy N. Department of psychology San Francisco state university. 1600 Holloway Ave. San Francisco, CA 94132. McCoy female sexuality questionnaire & Brief sexualfunction inventory. 2008.
25. Leiblum SR, Swartzman LC. Women's attitudes toward the menopause: an update. *Maturitas 1985 Mar*;8(1):47-56.
26. Nisar N, Ahmed-Sohoo N. Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of menopause: a community base survey from rural Sindh, Pakistan *IJCRIMPH 2010*;2(5):118-30.
27. Dennerstein L, Dudley E, Guthrie J. Empty nest or revolving door? A prospective study of women's quality of life in midlife during the phase of children leaving and re-entering the home. *Psychol Med 2002 Apr*;32(3):545-50.
28. Gutbrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric 2004 Dec*;7(4):375-89.
29. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMA Media Inc. 2005*;172(10):1327-33.
30. Huei_Cheng M, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Attitude towards menopause among middle-aged women: a community survey in an Island of Taiwan. *Maturitas. 2005*;52:348-55.
31. Pitkin J. Sexuality and the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2009 Feb*;23(1):33-52.
32. Ghodratalahi E, Nasiriani K, Dehghani H, Poorhassan S. Effect of Kegel exercise on the sexual function The 2th congress on family and sexual function health 2004 22-23 November. *Negaresh; 2004*.p. 291. (In Persian)
33. Lukacz ES, Whitcomb EL, Lawrence JM, Nager CW, Contreras R, Lubner KM. Are sexual activity and satisfaction affected by pelvic floor disorder? Analysis of a community-based survey. *Am J Obstet Gynecol. 2007*;197:88.e1-e6.
34. Addis IB, Ireland CC, Vittinghoff E, Lin F, Stuenkel CA, Hulley S. Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstetrics & Gynecology. 2005*;106(1):121-7.