

اختلالات عملکرد جنسی در یائسگی

مرجان بیگی*، فریبا فهامی**، روشنک حسن زهرائی**، دکتر سرور آرمان***

* کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

** مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

*** دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۸۷/۵/۱۳

چکیده

مقدمه: با توجه به اثرات سوء اختلالات عملکرد جنسی بر بهداشت روان زنان منوپوز و خانواده‌ی آنها، اهمیت شناسایی عوامل مرتبط با اختلالات عملکرد جنسی در این دوره ضروری به نظر می‌رسد.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مقطعی بوده است. در این مطالعه ۱۷۴ زن یائسه‌ی همسر دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار گرفتند. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت پرسش‌نامه (تست افسردگی بک و پرسش‌نامه‌های خود ساخته نظیر ویژگی‌های دموگرافیک، آگاهی جنسی، کیفیت روابط مطلوب با همسر و اختلالات جنسی بر اساس DSM-IV بود. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با آزمون‌های آماری t مستقل، χ^2 و مانتل هانزل χ^2 مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین خصوصیات مربوط به شرکت‌کنندگان (سن، تحصیلات، شغل، افسردگی، آگاهی جنسی و کیفیت روابط با همسر) و برخی متغیرهای دیگر مثل تحصیلات شوهر، وضعیت اقتصادی، وضعیت محل سکونت با اختلالات عملکرد جنسی وجود داشت. یافته‌ها همچنین نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین خصوصیات مربوط به همسران شرکت‌کنندگان نظیر (سن، شغل) و برخی متغیرهای دیگر مثل فاصله‌ی سنی زن و شوهر، طول مدت ازدواج و تعداد فرزندان با اختلالات عملکرد جنسی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: اختلالات جنسی در یائسگی می‌تواند متأثر از برخی ویژگی‌های فردی و اجتماعی، مشکلات سایکولوژیک و کاهش دانش جنسی باشد. با توجه به این که بسیاری از آسیب‌های روانی و اجتماعی در این دوره متعاقب اختلالات جنسی ایجاد می‌شود؛ لذا بر نقش متخصصین مربوط به این امور در زمینه‌ی مشاوره و آموزش تأکید می‌شود.

واژگان کلیدی: اختلالات عملکرد جنسی، منوپوز، افسردگی، آگاهی جنسی.

تعداد صفحات: ۷

تعداد جدول‌ها: ۳

تعداد نمودارها: -

تعداد منابع: ۲۰

مرجان بیگی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
E-mail: m_beigi2007@yahoo.com

آدرس نویسنده مسئول:

مقدمه

یائسگی واژه‌ای است که از دیرباز تاکنون معانی متفاوتی را در اذهان بر جای گذاشته است. از دیدگاه‌ها و باورهای کهن مبنی بر ناخواسته، ناگوار و شوم بودن این پدیده، تا جایگزینی این عقیده به صورت ایجاد نوعی بیماری و دگرگونی جسمی و روانی در سالیان بعد؛ امروزه پژوهشگران آن را سرآغاز زندگی دیگر دانسته‌اند که می‌تواند نوید بخش، پر ثمر و کارآمد باشد (۱).

جامعترین صحبت از یائسگی، قطع قاعدگی به دنبال کاهش فعالیت تخمدان‌ها در پایان دوره‌ی باروری زنان، و اثرات کوتاه مدت و میان مدتی چون اختلالات وازوموتور، علائم ادراری، واژینیت آتروفیک و اختلالات جنسی، و نیز اثرات طولانی مدتی چون استئوپروز و اختلالات قلبی و عروقی می‌باشد که به دنبال این روند تکاملی اتفاق افتاده، بسیاری از نامایمات جسمانی، هیجانی، عاطفی و اجتماعی را سبب می‌شود (۲).

در سال‌های اخیر اگر چه وظایفی بر عهده‌ی محققین مبنی بر به کاربردن روش‌های علمی برای انطباق و همسازی‌های لازم و یا برطرف ساختن مشکلات و تخفیف علائم ایجاد شده در طی این دوره محول شده است (۳) اما به نظر می‌رسد آن چه که در این راستا بیش از همه ناکام مانده است، توجه به مشکلات جنسی این افراد است. بنابراین وجود این مشکلات می‌تواند در طی این دوره بسیار شایع باشد.

Bunnie در سال ۱۹۹۹ شیوع اختلالات عملکرد جنسی را در طی منوپوز ۲۰ درصد اعلام کرد (۴) و Castelo در سال ۲۰۰۳ شیوع این اختلالات را در زنان میانسال منوپوز ۵۰٪ اعلام نمود. وی همچنین گزارش کرد که

شیوع این مشکلات در این زنان با افزایش سن بیشتر می‌شود (۵). مهمترین عوامل ایجاد کننده‌ی اختلالات جنسی در این دوره تغییرات فیزیولوژیک جسمی، مشکلات سایکولوژیک (۶) و فقدان دانش جنسی می‌باشد که این مسائل سبب می‌شود دوره‌ی حساس یائسگی بسیار پر مخاطره گردد؛ چرا که اختلالات جنسی نیز به صورت متقابل با ایجاد و یا تشدید مشکلات سایکولوژیک موجبات تخریب بهداشت روان خانواده را فراهم می‌کند (۷). به طوری که بسیاری از پرخاشگری‌ها، مشاجره‌ها، ایرادگیری‌ها و کنترل و نظارت زوجین در کارهای یکدیگر را می‌توان به وجود این اختلالات ارتباط داد (۸). حال با توجه به رو به رشد بودن جمعیت زنان یائسه و با توجه به این که غالب زنان و مردان جامعه‌ی ما با رسیدن به سنین میانسالی و پیری نه تنها رهسپار سرای سالمندان نمی‌شوند بلکه به دلیل هنجارهای فرهنگی برای فرزندان و دیگر بستگان خود قابل احترام بوده، از نزدیک با آنها در ارتباط هستند، به نظر می‌رسد که مشکلات سایکولوژیک متعاقب اختلالات جنسی در این زنان گریبانگیر اطرافیان وابسته‌ی آنها نیز می‌شود.

بنابراین با عنایت به موارد مذکور و همچنین خلأ تحقیقاتی در این زمینه، لزوم انجام چنین تحقیقی در راستای ارتقای سطح سلامت این فشر آسیب‌پذیر احساس شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مقطعی بود. جامعه‌ی مورد پژوهش را خانم‌های یائسه‌ی همسررداری که حداقل یک سال از زمان یائسگی آنها گذشته بود

برای سنجش اختلالات فازهای تمایل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و اختلالات جنسی ناشی از درد مانند دیس پارونیا و واژینیسموس در یائسگی استفاده شد. برای پاسخ هر سؤال بر اساس طیف لیکرت، گزینه‌های هیچ وقت تا همیشه (هیچ وقت، به ندرت، به طور متوسط، اغلب، همیشه) جهت بررسی شدت اختلالات جنسی در نظر گرفته شد؛ چنانچه واحدهای مورد پژوهش اختلال در یک یا چند فاز مطرح شده‌ی فوق را بیان می‌کردند، دارای اختلالات جنسی بودند و در غیر این صورت مشکلی در عملکرد جنسی نداشتند.

جهت بررسی روایی پرسش‌نامه‌ها از روش اعتبار محتوی و برای بررسی پایایی آنها از آزمون مجدد و ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha = 0/875$) برای پرسش‌نامه اختلال عملکرد جنسی و $\alpha = 0/925$ برای پرسش‌نامه‌ی کیفیت روابط با همسر و $\alpha = 0/825$ برای پرسش‌نامه‌ی آگاهی جنسی) استفاده شد.

اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های آماری توصیفی (جدول توزیع فراوانی) و تحلیلی (χ^2)، ماتل هانزل χ^2 و t مستقل) استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که فراوانی نسبی اختلالات جنسی در یائسگی ۷۲/۴ درصد می‌باشد و توزیع فراوانی به ترتیب عبارت بود از اختلال در فاز برانگیختگی (۷۵/۳ درصد)، اختلال در فاز تمایل (۶۲/۶ درصد)، اختلال در فاز ارگاسم (۵۶/۳ درصد)، دیس پارونیا (۳۴/۹ درصد) و واژینیسموس (۱۵/۸ درصد).

تشکیل دادند. حجم نمونه‌ی این پژوهش با دقت ۰/۵ و اطمینان ۰/۹۵، برابر با ۱۷۴ نفر برآورد شد و روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای بود.

شرایط عدم پذیرش در مطالعه عبارت بودند از: طیف گسترده‌ای از وجود بیماری‌ها در زنان و یا شوهرانشان که بر روی عملکرد جنسی تاثیر می‌گذارند نظیر واسکولیت‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی، روانی، داخلی اعصاب، تیروئید و سرطان‌ها؛ مصرف داروهایی که به نحوی بر عملکرد جنسی اثر می‌گذارند نظیر آنتی‌کلینرژیک‌ها، داروهای روان‌گردان، قلبی-عروقی، عصبی و هورمونی؛ تجارب استرس‌ها نظیر خیانت همسر، مرگ، بیماری وخیم و یا محکومیت به زندان اطرافیان نزدیک در یک‌سال اخیر در این زنان؛ جدا بودن این زنان از همسرانشان در زمان مصاحبه؛ ابتلای همسران این زنان به انزال زودرس و یا ناتوانی جنسی.

پرسش‌نامه‌ها در این پژوهش عبارت بودند از تست استاندارد افسردگی بک، پرسش‌نامه‌های خود ساخته نظیر پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های دموگرافیک، آگاهی جنسی (شامل ۱۱ سؤال بسته که جمع سؤالات از ۰ تا ۱۲ متغیر بود. افرادی که از این قسمت نمره‌ی ۴-۰ کسب نمودند آگاهی بد، افرادی که نمره‌ی ۸-۴ کسب نمودند آگاهی متوسط، و افرادی که نمره‌ی ۱۲-۸ کسب نمودند، آگاهی خوب در یائسگی داشتند)، کیفیت روابط با همسر (شامل ۱۱ سؤال بر اساس طیف لیکرت و جمع سؤالات از ۰ تا ۴۴ متغیر بود که به این صورت طبقه‌بندی شد: ۸-۰ کیفیت رابطه‌ی خیلی بد، ۱۷-۹ بد، ۲۶-۱۸ متوسط، ۳۵-۲۷ خوب و ۴۴-۳۶ خیلی خوب) و اختلالات عملکرد جنسی (این پرسش‌نامه بر اساس DSM IV (Diagnostic and Statistical Mental Disorders IV) طراحی شد که دارای ۱۸ سؤال بسته‌ی ۵ گزینه‌ای بود و

جهت بررسی بیشتر، ارتباط همه‌ی متغیرهای فوق با اختلالات جنسی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیکی مورد بررسی قرار گرفت که با حذف مرحله به مرحله‌ی متغیرها مهمترین عوامل مرتبط با اختلالات عملکرد جنسی در یائسگی عبارت بودند از: افسردگی، کیفیت روابط با همسر، آگاهی جنسی، وضعیت محل سکونت، سن زن، تحصیلات زن، تحصیلات شوهر و وضعیت اقتصادی.

بحث

فراوانی نسبی اختلالات جنسی در یائسگی در این مطالعه ۷۲/۴ درصد برآورد شد. در مطالعه‌ای که توسط کیبودی در کرمانشاه تحت عنوان آگاهی و عملکرد زنان ۳۵ سال به بالا از یائسگی انجام گرفت، اختلالات پاسخ‌های جنسی در دو فاز تمایل و برانگیختگی در ۱۴۱ زن منوپوز، ۷۰ درصد گزارش شد (۹)؛ این در حالی است که Bunnie در سال ۲۰۰۲ شیوع اختلالات عملکرد جنسی را در طی منوپوز ۲۰ درصد اعلام کرد (۴) و در سال ۲۰۰۳ در آمریکا این رقم، ۳۰ درصد گزارش شد (۷). تفاوت قابل ملاحظه در بین ارقام به دست آمده از کشور ما با کشورهای دیگر می‌تواند متأثر از عوامل نژادی، مذهبی، فرهنگی و نگرشی باشد.

در این پژوهش بین برخی ویژگی‌های دموگرافیک نظیر سن زن، وضعیت اقتصادی، تحصیلات زن و شوهر، شغل زن و وضعیت محل سکونت با اختلالات جنسی ارتباط وجود داشت. مطالعه‌های Juan و همکاران (۱۰) و Castelo و همکار (۵) در ارتباط با سن زنان و اختلالات جنسی، مطالعه‌ی Dinnerstien در ارتباط با تحصیلات زوجین و اختلالات جنسی (۱۱)، مطالعه‌ی Jokenin و همکاران در ارتباط با شغل

ارتباط عوامل مرتبط در نظر گرفته شده در این پژوهش با اختلالات جنسی بدین گونه بود: بر اساس آزمون‌های χ^2 ، ماننل هانزل χ^2 و t مستقل بین متغیرهای سن زن، شغل زن، وضعیت اقتصادی، وضعیت محل سکونت، افسردگی، تحصیلات زن، تحصیلات شوهر، کیفیت روابط با همسر و آگاهی جنسی با اختلالات عملکرد جنسی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (جدول ۱ و ۲). در حالی که با همین آزمون‌ها ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای سن شوهر، تفاوت سنی، سن منوپوز، طول مدت ازدواج و تعداد فرزندان با اختلالات عملکرد جنسی وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱. ارتباط برخی از عوامل با اختلالات عملکرد جنسی زنان یائسه (بر اساس آزمون t)

متغیر	مقدار t	P-value
سن زن*	۱/۸۱	۰/۰۳
سن شوهر	۰/۳	۰/۲۳۷
فاصله سنی	۱/۲	۰/۱۱۵
سن منوپوز	۰/۸۳	۰/۲۳۳
طول مدت ازدواج	۱/۵۸	۰/۵۷
تعداد حاملگی	۰/۲۸	۰/۲۰۴
وزن	۰/۸۸	۰/۳۸۹

* تفاوت معنی‌دار از نظر آماری

جدول شماره ۲. ارتباط برخی از عوامل با اختلالات جنسی زنان یائسه (بر اساس آزمون ماننل هانزل χ^2)

متغیر	مقدار χ^2	P-value
تحصیلات زن*	۵/۰۸	۰/۰۱۲
تحصیلات شوهر*	۴/۷۱	۰/۰۱۵
کیفیت روابط با همسر*	۱۹/۸	< ۰/۰۰۱
آگاهی جنسی*	۸/۰۰۵	۰/۰۰۵
افسردگی*	۳۴/۴۴	< ۰/۰۰۱
وضعیت اقتصادی*	۳/۳۷	۰/۰۳
وضعیت محل سکونت*	۵/۸۳	۰/۰۰۸
شغل زن*	۸/۲۴	۰/۰۳۲

* تفاوت معنی‌دار از نظر آماری

زنان و اختلالات جنسی (۱۲) و مطالعه‌ی Gerber و همکاران در رابطه با وضعیت اقتصادی و اختلالات جنسی (۱۳) یافته‌های مطالعه‌ی ما را تأیید می‌کند.

در این پژوهش مشخص شد ارتباط آماری معنی‌داری بین افسردگی با اختلالات جنسی وجود داشته است؛ بدین معنی که اکثریت واحدهایی که افسردگی داشتند، اختلالات عملکرد جنسی را نیز گزارش کردند (دو برابر نسبت به افراد غیر افسرده). Borrisova نیز در این ارتباط اعلام کرد که کاهش میل جنسی زنان منوپوز می‌تواند به علت برخی فاکتورهای سایکولوژیک نظیر افسردگی باشد (۱۴) و Danacie نیز در طی مطالعه‌ای با عنوان میل جنسی و تغییرات سایکولوژیک در منوپوز اعلام کرد که اضطراب و افسردگی بر روابط جنسی به طور مؤثری اثر مخرب دارند (۱۵).

ارتباط آماری معنی‌دار بین کیفیت روابط با همسر و اختلالات جنسی یافته‌ی دیگر این پژوهش بود. در طی این بررسی مشخص شد که کمترین میزان اختلالات جنسی در گروهی بود که روابط خیلی خوب را با همسرانشان گزارش کردند و بعد از آن هر چه از کیفیت روابط زوجین در این گروه‌ها کاسته می‌شد به درصد اختلالات جنسی افزوده می‌گردید به طوری که در گروهی که کیفیت رابطه‌ی خیلی بد با همسرانشان گزارش نموده بودند ۱۰۰ درصد نمونه‌ها دچار اختلالات جنسی بودند.

Beutel نیز در طی مطالعه خود تحت عنوان میل جنسی و رضایت از روابط شریک جنسی اعلام کرد که مردان مسن آلمانی روابط مناسب با همسر را عاملی در جهت افزایش میل جنسی می‌داند (۱۶) و Kingsberg در همین ارتباط نشان داد که مشکلات

روحي یا جسمی شریک جنسی و به دنبال آن کاهش روابط مطلوب با همسر عاملی در جهت ایجاد اختلالات جنسی می‌باشد (۱۷).

دیگر تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهد که داشتن روابط مطلوب بین زوجین در سنین میانسالی و سالمندی، تأثیر وخیم وضعیت جسمانی و سایکولوژیک این افراد بر روابط جنسیشان کم‌رنگ می‌کند و این افراد می‌توانند فعالیت‌های جنسی معمول را داشته باشند (۱۷). بنابراین بایستی زنان در جهت بهبود روابط و انتقال احساسات با همسرانشان تشویق شوند.

دیگر یافته‌ی این پژوهش معنی‌دار بودن ارتباط آگاهی جنسی با اختلالات جنسی می‌باشد؛ بدین معنی که افزایش درصد اختلالات جنسی از میزان آگاهی خوب به طرف بد در این واحدها مشاهده شد. Garsia و همکاران نیز در این ارتباط نشان داده‌اند که افزایش اختلالات جنسی و دیگر نشانه‌های منوپوز در این زنان به علت کاهش آگاهی جنسی در آنها می‌باشد (۱۸). Poumilam نیز در بررسی زنان چینی تحت مطالعه‌اش مشاهده نمود که یا هیچ اطلاعاتی از درمانهای برطرف‌کننده‌ی اختلالات جنسی ندارند و یا آگاهی آنها در این ارتباط بسیار کم است (۱۹). افزایش آگاهی جنسی در این دوره سبب می‌شود که اختلالات عملکرد جنسی که در نتیجه‌ی نشانه‌های منوپوز و تغییر رفتارهای جنسی متعاقب فرآیند کهولت ایجاد می‌گردد، غیرطبیعی محسوب نشود، بلکه در جهت انطباق، رفع و یا تخفیف این مشکلات تلاش شود. بنابراین نقش آگاهی جنسی در پیشگیری و درمان اختلالات جنسی زنان محرز است.

نتیجه‌گیری

مجرب، در جهت سلامت جنسی این افراد بکوشند تا از آسیب‌های روانی و اجتماعی متعاقب اختلالات جنسی پیشگیری شود.

نقاط ضعف مطالعه: عدم سنجش افسردگی بر اساس مصاحبه با روانپزشک و عدم بهره‌گیری از پرسش‌نامه‌ی استاندارد اختلالات جنسی.

با توجه به همهی نتایج به دست آمده از این مطالعه می‌توان به پرسنل مراکز بهداشتی درمانی توصیه کرد تا ضمن یادآور شدن به زنان یائسه در مورد به تکامل رسیدن آنها با گذشت سن و رسیدن به یائسگی و اهمیت پدیده‌ی تمایلات جنسی در زندگی هر فرد، با برنامه‌ریزی مدون جهت اجرای مداوم و متوالی دوره‌های آموزشی زیر نظر استادان

References

- Mehrabian F. New Viewpoints to Menopause Isfahan. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Publications; 2001.p.3.
- Lobo A, Kelsey J, Marcus RA. Menopause: biology and pathobiology. 1st ed. San Francisco: Academic Press; 2000.p.384.
- Szwabo PA. Counseling about sexuality in the older person. Clin Geriatr Med 2003; 19(3):595-604.
- Bonnie R, Saks MD. Sexual dysfunction (Sex, drugs, and women's Issues). Primary care up date for OB/GYNS; 6(2):61-5.
- Castelo Branco C. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women. Obstet Gynaecol 2003; 23(4):420-30.
- Badawy AZS. Clinical management of the perimenopause. Sydney: Arnold; 2005.p.46-8.
- Block A. Self-awareness during the menopause. Maturitas 2002; 41(3):61-68.
- Milanifar B. Mental health. Tehran: Ghumes Publications;2001.p.133.
- Kaboudi M. The study of over 35 women's knowledge and interaction against menopause. Proceeding 1st congress of family and sexual disorders. Shahed University of Medical Sciences. Tehran 2003, Iran.
- Malacare JM, Bassol S, Gonzalez N. Symptoms at pre- and post menopause in rural and urban women from three states of Mexico. Maturities 2004; 43(1):9-11.
- Dennerstein L. Factors affecting sexual functioning of women in the mid- life years. Climacteric 2003; 2(4):245-62.
- Jokenin K. Experience of climacteric symptoms among 42- 46 and 52 - 56 years old women. Maturitas 2003; 46(3):199-205.
- Greber JR. A study of premenopausal sexual satisfaction and other factors contributing to positive or negative expectation of natural menopause. Fertility and sterility 2004; 76(3):526.
- Borissova AM. A study of the psychological status and sexuality in middle- aged Bulgarian women; significance of the hormone replacement therapy. Maturitas 2003; 20(2):177-92.
- Danaci AE. Relationship of sexuality with psychological and hormone feature in the menopausal period. West India Med 2003; 52(1):24-30.
- Beutel ME. Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in men-results from a German representative community study. Andrologia 2002;34(1) :22.
- Kingsberg SA. The impact of aging on sexual function in women and their partners. Archives of sexual behavior 2002;31(5):431-7.
- Garsia PFM. Evaluation of knowledge about climacteric in Andolusion women. Department of health & human services 2003; 34(3):34-42.
- Beutel ME, Schumacher J, Weidner W, Braehler E. Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men-results from a German representative community study. Andrologia 2002; 34(1):22-28.

Received: 13.4.2008
Accepted: 3.8.2008

Sexual dysfunction in menopause

Marjan Beigi MSc*, Fariba Fahami MSc**,
Roshanak Hasanzahraei MSc**, Sorour Arman MD

*Department of Midwifery, School of Nursing, & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Instructure, Department of Midwifery, School of Nursing, & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

***Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Background:

Abstract

Regarding adverse effects of sexual dysfunction in mental health of the menopause women and their families, the evaluation and detecting related factors to sexual dysfunction in this period seems to be essential.

Methods:

In this analytic-descriptive cross sectional study, 174 married menopause women referring to health centers to receive health care were concluded. The data were collected through interviews by Beck depression standard test and locally (self) made questionnaires like the questionnaire of demographic characteristic, sexual knowledge, quality of relations with the spouse, and sexual dysfunction (based on DSM-IV). Descriptive and inferential statistical methods, t-test, χ^2 test and Mantel hanzel χ^2 test all were used to analyze the data.

Results:

Our results showed that participant based variables such as: age, educational level, job, depression, sexual knowledge, and spouses' relations quality as well as some other variables like husbands' educational level, residing status, and economic status are associated with sexual dysfunction in menopausal period.

The findings also showed that husband's age, spouses' age difference, husbands' job, marriage length, wives' weight, number of pregnancies and marriage status have no association with sexual dysfunction in menopausal period.

Conclusion:

Hypoactive sexual disorder and sexual dysfunction can be affected by demographic characteristics, psychiatric disorders and lack of knowledge. Regarding to many psychological and community injuries caused by sexual dysfunction, the role of health care professional in counseling and education is emphasized.

Key words:

Menopause, sexual dysfunction, depression, sexual knowledge.

Page count:

7

Tables:

3

Figures:

-

References:

20

Address of Correspondence:

Marjan Beigi, Department of Midwifery, School of Nursing, & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
E-mail: m_beigi2007@yahoo.com