ORIGINAL ARTICLE

Relationship between Sexual Function and Quality of Life in Post-menopausal Women

Soheila Nazarpour[1],
Masoumeh Simbar[2],
Fahimeh Ramezani Tehrani[3],
Hamid Alavi Majd[4]

[1] Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Chalus Branch, Chalus, Iran
[2] Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Professor, Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received January 3, 2016 ; Accepted July 19, 2016)

Abstract

Background and purpose: Quality of life (QOL) is believed to be influenced by sexual function during menopause. The aim of this study was to investigate the relationship between sexual function and QOL among post-menopausal women.

Materials and methods: We performed a community-based, descriptive-analytical study of 405 post-menopausal women, aged 40 to 65 years. A multi-stage, randomized sampling was conducted. Data was obtained through interviews using the Female Sexual Function Index (FSFI), World Health Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-BREF), and a researcher-made questionnaire. Data was then analyzed using t-test and multiple linear regression.

Results: The mean age and mean duration of menopause were 52.84±3.7 years and 19.8±14.4 months, respectively. Among the subjects 324 (80%) were housewives and 369 (91.2%) had diploma or lower levels of education. The mean total score of QOL was 54.53±7.18. The highest and lowest scores were associated with physical health and psychological health domains, respectively. Overall, 61% had female sexual dysfunction (FSD). The total scores for FSFI were in a positive correlation with the total scores for WHOQOL-BREF ($r=0.285$, $P<0.001$) and the scores for all domains of QOL. The scores in all domains of FSFI, except in the domain of pain, had a positive correlation with the total score of QOL ($P<0.001$). Satisfaction with marital relationship in post-menopausal women was associated with an increase in QOL ($P<0.001$, $r=0.258$).

Conclusion: Sexual dysfunction could have a negative impact on the quality of life in post-menopausal women. Therefore, to enhance the quality of life in this population sexual dysfunction requires more attention when implementing women's health initiatives.

Keywords: Quality of Life, Sexual Function, Menopause

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(143): 88-98 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۳ آذر سال ۱۳۹۵ (۹۸-۸۸)

بررسی رابطه عملکرد جنسی با کیفیت زندگی زنان یائسه

سهیلا نظرپور[۱]
معصومه سیمبر[۲]
فهیمه رمضانی تهرانی[۳]
حمید علوی مجد[۴]

چکیده

سابقه و هدف: به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی در دوران یائسگی بتواند تحت تأثیر عملکرد جنسی قرار گیرد. هدف از این مطالعه بررسی رابطه عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان یائسه بوده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی مبتنی بر جامعه بود که روی ۴۰۵ زن یائسه ۴۰ تا ۶۵ ساله انجام گرفت. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای بود. داده‌ها از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسش نامه عملکرد جنسی زنان FSFI، پرسش نامه کیفیت زندگی WHOQOL-BREF و یک پرسش نامه محقق‌ساخته به دست آمد و با آزمون تی و رگرسیون چندگانه خطی مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی ۳/۷ ± ۵۲/۸۴ سال و میانگین طول مدت یائسگی ۱۴/۴±۱۹/۸۱ ماه بود. ۳۲۴ نفر (۸۰درصد) خانه دار و ۳۶۹ نفر (۹۱/۲درصد) تحصیلات در حد دیپلم یا پایین تر داشتند. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی ۷/۱۸± ۵۴/۵۳، بالاترین و پایین‌ترین نمره به ترتیب مربوط به حیطه‌های سلامت جسمی و سلامت روانی بود. ۶۱درصد از افراد اختلال عملکرد جنسی داشتند. نمره کلی عملکرد جنسی با نمره کلی کیفیت زندگی و تمامی حیطه‌های آن همبستگی معنی‌دار مثبت داشت(r=۰/۲۸۵، p<۰/۰۰۱). نمره تمامی حیطه‌های عملکرد جنسی به جز نمره حیطه درد با نمره کلی کیفیت زندگی (p<۰/۰۰۱) همبستگی معنی‌دار مثبت داشتند. رضایت مندی زنان یائسه از روابط زناشویی با افزایش کیفیت زندگی همراه بود (r=۰/۲۵۸، p<۰/۰۰۱).

استنتاج: اختلال عملکرد جنسی می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان یائسه تأثیر منفی بگذارد که می بایست در سیاست‌گذاری‌های سلامت زنان به منظور ارتقاء کیفیت زندگی در دوران یائسگی به بهبود عملکرد جنسی توجه نمود.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، عملکرد جنسی، یائسگی

مقدمه

کیفیت زندگی، یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید که در انجام و ارزیابی مداخلات بهداشتی نقش مهمی دارد(۱). با توجه به تعریف تندرستی توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ میلادی، مبنی بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری، لازم است در

مولف مسئول: سهیلا نظرپور– چالوس: خ ۱۷ شهریور، روبروی مسجد امام حسین (ع)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس E-mail: sn_9547@yahoo.com
۱. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران
۲. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استاد، مرکز تحقیقات هورمون‌شناسی تولیدمثل، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱۱/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۴/۲۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی، علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری، به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه گردد(۳-۱). دستیابیبه اطلاعات کیفیت زندگی نه تنها راه گشای درمان‌های مؤثرتر و پیشرفت‌های آینده است بلکه در ارتقای برنامه‌های حمایتی و اقدامات توان بخشی بسیار مؤثر است(۴). امروزه با پیشرفت‌های علم پزشکی می‌توان انتظار داشت که زنان یائسه سال‌های بیش‌تری را زنده بمانند و بسیاری از آنان تا ۸۰ سالگی یا بیش‌تر زندگی کنند. بنابراین سلامتی زنان در سال‌های پس از یائسگی همانند قبل از آن اهمیت به‌سزایی دارد(۵). با توجه به این که زنان بیش از یک سوم زندگی خود را در دوران پس از یائسگی طی می‌کنند(۷،۶)، توجه به کیفیت زندگی زنان از نظر بهداشت عمومی در دوران یائسگی اهمیت فراوانی می‌یابد(۸).

یائسگی یک رویداد فیزیولوژیک است که منجر به پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی برای فرد می شود. در نتیجه کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۹). در این مرحله از زندگی، زنان با بسیاری از مشکلات و عوارض ناشی از کمبود هورمون‌های جنسی مواجه خواهند شد و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها تحت تأثیر این مشکلات قرار خواهد گرفت(۱۰). به‌طوری که عوارض یائسگی به کاهش کیفیت زندگی در زنان منجر می‌شود(۱۲،۱۱). بحران یائسگی به واسطه علائم و مجموعه عوارض خود بر سلامت روانی، جسمانی، عاطفی، عملکرد اجتماعی و روابط خانوادگی تأثیر می‌گذارد. مجموعه این تأثیرات را می‌توان در یک مفهوم واحد تحت عنوان کیفیت زندگی قرار داد(۱۲). یکی از نگرانی‌های بهداشتی اصلی در اکثر زنان یائسه، مشکلات جنسی می‌باشد(۱۳). روابط جنسی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خوشبختی زندگی زناشوئی است(۱۴) که اگر قانع‌کننده نباشد، منجر به احساس شکست، ناکامی و عدم احساس امنیت می‌شود(۱۵). سازمان بهداشت جهانی اختلال عملکرد جنسی را به صورت شیوه‌های مختلفی که در آن شخص قادر به شرکت در یک رابطه جنسی آن گونه که آرزو دارد نباشد، تعریف می‌نماید(۱۶). عملکرد جنسی بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان با شخصیت فرد در هم آمیخته است که صحبت از آن به عنوان پدیده‌ای مستقل، غیر ممکن به نظر می‌رسد. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوی بشر بوده و تأثیر غیر قابل انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد(۱۸،۱۷). براساس مطالعه‌های مبتنی بر جامعه، شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه بین ۶۸ تا ۸۶/۵ درصد درکشورهای مختلف ذکر شده است(۲۰،۱۹). در مطالعه‌ای در کشور ایران مشخص می‌گردد که دو سوم زنان یائسه (۴۵ تا ۶۵ ساله) از حداقل یک مشکل جنسی رنج می‌برند(۲۱). البته موانع اجتماعی و فرهنگی، کج فهمی‌ها و درنظرگرفتن این مسایل به عنوان رفتار سرزنش‌پذیر، برآورد دقیق شیوع این اختلالات را دشوار می‌نماید(۲۲). اما به‌نظر می‌رسد که شیوع این اختلالات در زنان یائسه بالا بوده و تأثیر شگرفی بر کیفیت زندگی و روابط بین فردی آنان می‌گذارد(۲۳).

در برخی مطالعات اختلال عملکرد جنسی به عنوان عاملی اثرگذار بر کیفیت زندگی در افراد شناخته شده و در واقع بررسی عملکرد جنسی، نقش مهمی را در مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی ایفا می‌کند(۲۶-۲۴). مطالعه‌ای نشان داد که برخی ویژگی‌های فردی زنان یائسه مانند سن، وضعیت هورمونی، سلامتی همسر و رفتار جنسی بر کیفیت زندگی دوران یائسگی تأثیر دارد(۲۷). در بین اجزاء متنوع کیفیت زندگی، رضایت از زندگی زناشویی و عملکرد جنسی مورد توجه خاص قرار گرفته است(۲۸). توجه به زنان یائسه و بررسی این ارتباط در آنان به عنوان افرادی که در معرض اختلال عملکرد جنسی هستند(۱۳) خود از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. با توجه به ضرورت موضوع به نظر می‌رسد بررسی ارتباط بین یائسگی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی در یک مطالعه مبتنی بر جامعه با تعداد نمونه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

نسبتاً وسیع در جامعه ما که مسلماً تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی قابل توجهی با سایر جوامع مطالعه شده دارد(۲۹)، حائز اهمیت بوده و می‌تواند در پیشبرد بهتر اقدامات مربوط به بهداشت و سلامت زنان در سالمندی مفید واقع شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه عملکرد جنسی زنان یائسه و کیفیت زندگی آنان انجام شده است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی ـ تحلیلی مبتنی بر جامعه بوده است که نمونه‌گیری آن از مهر ماه ۱۳۹۲ در شهرستان‌های چالوس و نوشهر آغاز و در اردیبهشت ۱۳۹۳ پایان یافت و با کد sbmu.rec.1392.293 در تاریخ ۹۲/۶/۲۳ مورد تأیید کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی قرار گرفت. با کاربرد فرمول برآورد تعداد نمونه و با توجه به برآورد نسبت افراد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی در بین زنان یائسه جامعه (۵۰درصد) و احتمال خطای برآورد ۰/۰۵ و حد اشتباه در برآورد ۰/۱، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۳۸۵ نفر محاسبه شد که در این مطالعه ۴۰۵ زن یائسه مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از وجود یائسگی طبیعی (قطع قاعدگی به مدت یک سال(۱۳) به عنوان شروع یائسگی در نظر گرفته شد)، یائسگی در سه سال اخیر (قطع قاعدگی به مدت یک تا چهار سال)، داشتن همسر و روابط جنسی با او. معیارهای خروج عبارت بودند از یائسگی زودرس (در سن کم‌تر از ۴۰ سالگی)، یائسگی ناشی از جراحی، ابتلاء به بیماری‌های قلبی حاد و هر نوع بیماری روانی حاد، وجود استرس شدید روانی مانند وقوع حادثه یا از دست دادن اعضای درجه یک خانواده در طول ۳ ماه گذشته، وجود ناتوانی جنسی در همسر و مصرف داروهای گیاهی حاوی فیتواستروژن یا مکمل هورمون‌های جنسی به هر شکل.

پس از کسب مجوزهای لازم جهت انجام مطالعه، نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام شد. بدین منظور پس از بررسی پرونده‌ها و لیست خانوارهای شبکه و مراکز بهداشت در سطح شهرستان‌های چالوس و نوشهر و کسب اطلاعات مربوط به تعداد و نسبت جمعیت شهری و روستایی در شهرستان‌های مذکور، درصد نمونه‌گیری از هر دو شهر به روش سهمیه‌ای مشخص شد. در مرحله دوم برحسب تعداد جمعیت در مناطق چندگانه در هر شهرستان، تعداد نمونه‌گیری در هر منطقه به روش سهمیه‌ای تعیین شد و در مرحله سوم به طور تصادفی، تعدادی از بلوک‌های شهری در هر منطقه انتخاب و براساس وسعت و تعداد جمعیت هر بلوک انتخابی، همه یا تعدادی از افراد واجد شرایط در نظر گرفته شدند. سپس با مراجعه یا تماس تلفنی از افراد واجد شرایط دعوت به همکاری شد و توضیحات لازم در مورد بررسی به ایشان داده شد. افراد موافق مشارکت در بررسی، با تکمیل رضایت‌نامه وارد مطالعه شدند.

اطلاعات از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان روسن و همکاران (FSFI: Female Sexual Function Index)، پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-BRIEF)، و یک پرسش‌نامه محقق ساخته در مورد اطلاعات شخصی و سؤالاتی در مورد روابط جنسی جمع‌آوری شد. پرسش‌نامه‌ها بدون نام بودند و توسط مصاحبه‌گرانی تکمیل شدند که در زمینه موضوع اطلاعات کافی داشتند، توسط محققین آموزش دیده بودند و قادر به توضیح موارد مبهم به افراد مورد مطالعه بودند.

پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان ۱۹ سؤال دارد و عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل زیر می‌سنجد: تمایل جنسی، برانگیختگی، لغزنده‌سازی (رطوبت)، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی. نمره‌دهی سؤال‌های FSFI براساس سیستم نمره‌دهی از صفر تا پنج است. با جمع کردن نمره‌های شش حوزه، نمره کل مقیاس ۳۶ به دست می‌آید. به این ترتیب

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیش‌تر مبین کارکرد بهتر جنسی است. حداکثر نمره برای هر شش حوزه، ۶/۰ و حداقل نمره برای حوزه تمایل جنسی، ۱/۲ و برای حوزه‌های برانگیختگی، لغزنده‌سازی، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد، صفر و برای کل مقیاس برابر ۱/۲ خواهد بود. این ابزار عملکرد جنسی زنان را در طول چهار هفته گذشته بررسی می‌کند. براساس این پرسش‌نامه، نمره کلی مساوی یا کم‌تر از ۲۶/۵۵ به عنوان اختلال عملکرد جنسی در نظر گرفته می‌شود(۳۰). اعتبار و روایی این پرسش‌نامه توسط Rosen و همکاران در سال ۲۰۰۰ تأیید شده است(۳۰). در ایران روایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط محمدی و همکاران(۳۱) و فخری و همکاران(۳۲) به دست آمد. در مطالعه حاضر نیز به منظور تعیین پایایی این پرسش‌نامه از روش آزمون مجدد استفاده شد. نتایج آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۸۳ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (ICC) برابر ۰/۹۹۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه WHOQOL-BREF که کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می‌سنجد، دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ۲۴ سؤال است. در ضمن این پرسش‌نامه دو سوال دیگر نیز دارد (دو سؤال اول) که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این پرسش‌نامه در مجموع شامل ۲۶ سؤال می‌باشد. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، به دست می‌آید که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت کیفیت زندگی در حیطه مورد نظر است این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰ تا ۱۰۰می‌باشند(۳۴،۳۳). این ابزار در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم‌زمان طراحی و به زبان های متفاوت ترجمه شده است. لذا مفاهیم سؤالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان می‌باشند(۳). در ایران استانداردسازی این پرسش نامه و بررسی روایی و پایایی آن توسط نجات و همکاران انجام گرفت(۳۵). نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار می‌باشد. هم‌چنین در بررسی حاضر به منظور تعیین پایایی این پرسش نامه، از روش آزمون مجدد استفاده گردید. نتایج آلفای کرونباخ، ۰/۹۲۱ و ICC، ۰/۹۶۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه محقق‌ساخته دربرگیرنده مشخصات فردی و دموگرافیک و نیز اطلاعات مربوط به روابط زناشویی (رضایت از روابط جنسی، تغییر در روابط و تمایلات جنسی بعد از یائسگی و رضایت مندی از روابط زناشویی بعد از یائسگی) شامل ۶ سوال با نحوه نمره‌دهی به روش مقیاس لیکرت بود. جهت تعیین روایی پرسش‌نامه محقق‌ساخته، از روش بررسی روایی محتوا و صوری استفاده شد. هم چنین به منظور تعیین پایایی بخش مربوط به روابط زناشویی، از روش آزمون مجدد استفاده وضریب هبستگی درون طبقه‌ای۰/۸۰۶ محاسبه شد.

داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS۱۸ و آزمون‌های آماری توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی شامل ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون تی و رگرسیون چندگانه خطی تحلیل شد. میزان p کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد ۴۰۵ زن یائسه ۴۰ تا ۶۵ ساله در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان یائسه مورد بررسی ۳/۷۱ ± ۵۲/۸۴ سال بود. بیش ترین توزیع سنی در فاصله سنی ۵۱ تا ۵۵ سالگی (۵۳/۶۰درصد) قرار داشت. میانگین طول مدت یائسگی ۱۴/۳۶±۱۹/۸۱ ماه بود. بیش‌ترین فراوانی تعداد مقاربت مربوط به ۱ بار در هفته (۳۷/۵ درصد) بود. ۳۲۴ نفر (۸۰ درصد) خانه‌دار و ۳۶۹ نفر (۹۱/۲درصد) تحصیلات در حد دیپلم یا پایین‌تر داشتند. بررسی نمره کیفیت زندگی نشان داد میانگین نمره کلی ۷/۱۸± ۵۴/۵۳ (در دامنه ۸۰-۱۶) می‌باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

بـالاترین نمـره مربـوط بـه حیطـه سـلامت جسـمی (۲/۴۱±۱۴/۲۸) و پـایین‌تـرین نمـره مربـوط بـه حیطـه سلامت روانی (۲/۰۷±۱۲/۷۵) بود. هم‌چنین نمره حیطه روابـط اجتمـاعی، ۲/۵۴±۱۴/۱۱ و نمـره حیطـه سـلامت محیط، ۱/۹۶±۱۳/۳۹بود.

بررسی پرسش نامه استاندارد عملکرد جنسی زنـان (FSFI) مشـخص نمـود کـه میـانگین نمـره کلـی FSFI ۶/۰۴±۲۴/۱۱ (در دامنه ۱/۲ تا ۳۶/۰) بوده است. در بین حیطه‌ها، پایین‌ترین نمـره متعلـق بـه حیطـه برانگیختگـی (۱/۱۰±۲/۸۵) و بـــالاترین نمـــره متعلـــق بـــه حیطـــه رضایت (۱/۲۲±۴/۵۴) بود. نمرات سایر حیطه‌ها عبـارت بـود از حیطـه تمایـل ۰/۹۳±۳/۸۰، حیطـه لغزنـده‌سـازی ۱/۳۸±۴/۳۹، حیطـه ارگاسـم ۱/۳۳±۴/۱۳ و حیطـه درد ۱/۶۴±۴/۳۹. بر اسـاس ایـن مطالعـه، ۶۱درصـد از افـراد تحت مطالعه دارای اختلال عملکرد جنسی (FSD) بودند (FSFI≤۲۶/۵۵). در بررسی همبستگی بین عملکرد جنسـی و کیفیت زندگی زنان یائسه با ضریب همبستگی پیرسون مشخص گردید که نمره کلی عملکرد جنسی و نیز نمـره حیطه‌های تمایل، ارگاسم و رضایت با تمامی حیطه‌هـا و نمـره کلـی کیفیـت زنـدگی همبسـتگی معنـی‌دار مثبـت دارند. نمره حیطه‌های برانگیختگی و لغزنده سازی نیز بـا نمره کلی کیفیت زندگی و نمره حیطـه‌هـای آن بـه جـز حیطه سلامت محـیط همبسـتگی مثبـت نشـان داد. نمـره حیطه درد تنها با حیطه روابط اجتماعی همبستگی مثبـت داشـته و در بقیـه مـوارد ارتبـاط معنـی‌داری یافـت نشـد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: همبستگی حیطه ها و نمره کلی کیفیت زندگی با نمرات عملکرد جنسی در زنان یائسه (n=۴۰۵)

کیفیت زندگی	متغیر پاسخ FSFI (۶ حیطه و نمره کلی) و نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون						
	تمایل	برانگیختگی	لغزنده سازی	ارگاسم	رضایت	درد	نمره کلی
	r	r	r	r	r	r	r
حیطه سلامت جسمانی	^{c}۰/۲۲۸	^{b}۰/۱۷۰	^{c}۰/۱۹۳	^{c}۰/۲۴۰	^{c}۰/۲۰۷	۰/۰۸۱	^{c}۰/۲۲۷
حیطه سلامت روانی	^{c}۰/۲۰۴	^{c}۰/۲۰۴	^{a}۰/۱۲۸	^{c}۰/۲۳۰	^{c}۰/۲۰۱	-۰/۰۳۴	^{c}۰/۱۸۰
حیطه روابط اجتماعی	^{c}۰/۲۹۴	^{c}۰/۲۹۰	^{c}۰/۲۸۲	^{c}۰/۳۳۷	^{c}۰/۴۰۸	^{b}۰/۱۵۴	^{c}۰/۳۶۱
حیطه سلامت محیط	^{b}۰/۱۳۰	۰/۰۶۷	۰/۰۴۷	^{b}۰/۱۴۱	^{c}۰/۲۲۳	-۰/۰۳۸	^{a}۰/۱۰۹
امتیاز کلی هر چهار حیطه	^{c}۰/۲۷۴	^{c}۰/۲۳۷	^{c}۰/۲۱۴	^{c}۰/۳۰۴	^{c}۰/۳۳۳	۰/۰۶۱	^{c}۰/۲۸۵

همبستگی:r; ^{a}P<۰/۰۵, ^{b}P<۰/۰۱, ^{c} P<۰/۰۰۱

با انجام تحلیل رگرسیون چندگانه به منظور تعیین مشـارکت نمـره عملکـرد جنسـی در پیشـگویی کیفیـت زندگی، مدل مسئول۱۶/۳ درصـد قـدرت پیشـگویی در نمره کلی کیفیت زندگی بود و مشخص گردید که نمره کلی عملکرد جنسی یک عامل پیشگویی‌کننده در نمـره کلـی کیفیـت زنـدگی اسـت (p<۰/۰۰۱، B=۰/۳۹۵، CI=۰/۲۸۳-۰/۵۰۷) به طوری که به ازای هر یک واحد افزایش نمره کلی عملکرد جنسی، به شرط ثابـت مانـدن سایر متغیرها، نمـره کلـی کیفیـت زنـدگی ۰/۳۹۵ واحـد افزایش می یابد. از بین متغیرهای تأثیرگذار شناخته شده و مورد بحث که در مدل وارد شدند تنها تحصـیلات زن یائسه عامل پیشگویی‌کننده در نمره کلی کیفیت زندگی بود (p=۰/۰۰۳، B=۱/۱۱۶، CI=۰/۳۹۴-۱/۸۳۷).

با انجـام آزمـون T مشـخص گردیـد کـه دو گـروه مبـتلا و غیـر مبـتلا بـه اخـتلال عملکـرد جنسـی تفـاوت معنـی‌داری از نظـر کیفیـت زنـدگی شـامل نمـره کلـی (p<۰/۰۰۱) و نمرات کلیه حیطه‌های آن (حیطه سـلامت محیط p=۰/۰۰۹ و بقیه حیطه‌هـا p<۰/۰۰۱) دارنـد و در افراد مبتلا این نمرات پایین‌تر هستند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه کیفیت زندگی در کلیه حوزه ها و نمره کلی در زنان یائسه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال عملکرد جنسی (n=۴۰۵)

کیفیت زندگی	غیر مبتلا به FSD * n=۱۵۸	مبتلا به FSD n=۲۴۷	آزمون T (P Value)
	میانگین نمره±انحراف معیار **	میانگین نمره±انحراف معیار **	
حیطه سلامت جسمانی	۱۵/۱۵±۱/۹۳	۱۳/۷۲±۲/۵۲	<۰/۰۰۱
حیطه سلامت روانی	۱۳/۲۵±۱/۸۶	۱۲/۴۳±۲/۱۳	<۰/۰۰۱
حیطه روابط اجتماعی	۱۴/۹۹±۲/۲۴	۱۳/۵۴±۲/۵۶	<۰/۰۰۱
حیطه سلامت محیط	۱۳/۷۰±۱/۷۴	۱۳/۱۹±۲/۰۶	۰/۰۰۹
امتیاز کلی هر چهار حیطه	۵۷/۰۹±۵/۸۵	۵۲/۸۹±۷/۴۷	<۰/۰۰۱

* براساس پرسش‌نامـه FSFI، افـراد دارای نمـره کلـی مسـاوی یـا کـم‌تـر از ۲۶/۵۵ به عنوان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی (FSD) در نظر گرفته شدند.
** دامنه نمرات در تمامی حیطه‌ها، ۲۰-۴ و در نمره کلی، ۸۰-۱۶ می باشد.

در بررسی سؤالات پرسش‌نامه محقـق سـاخته آزمـون ضریب همبستگی اسپیرمن مشخص نمـود کـه نارضـایتی از روابـط جنسـی بـا نمـره کلـی کیفیـت زنـدگی همبسـتگی معنـی‌دار منفـی داشـت (r=-۰/۳۲۱، p<۰/۰۰۱). آزمـون T

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

نشان داد نمره کلی کیفیت زندگی در گروهی که روابط جنسی (p<۰/۰۰۱) و تمایلات جنسی (p<۰/۰۰۵) آن‌ها بعد از یائسگی تغییر نکرده و یا افزایش یافته نسبت به گروهی که روابط و تمایلات جنسی شان بعد از یائسگی کاهش یافته یا وجود نداشت، به طور معنی‌داری بیش‌تر بود (p<۰/۰۰۱). با محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن مشخص گردید نمره کلی و نمرات همه حیطه‌های کیفیت زندگی با رضایت‌مندی از روابط زناشویی پس از یائسگی همبستگی معنی دار مثبت دارند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: همبستگی حیطه های مختلف و نمره کلی کیفیت زندگی زنان یائسه با رضایت مندی از روابط زناشویی پس از یائسگی (n=۴۰۵)

کیفیت زندگی	متغیر پاسخ: رضایت مندی از روابط زناشویی پس از یائسگی	
	r	آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن (P Value)
حیطه سلامت جسمانی	۰/۱۵۵	۰/۰۰۲
حیطه سلامت روانی	۰/۱۴۸	۰/۰۰۳
حیطه روابط اجتماعی	۰/۳۳۵	<۰/۰۰۱
حیطه سلامت محیط	۰/۲۲۶	<۰/۰۰۱
امتیاز کلی هر چهار حیطه	۰/۲۵۸	<۰/۰۰۱

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد جنسی زنان یائسه با کیفیت زندگی آنان همبستگی مثبت داشته و در افراد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی به طور معنی داری کیفیت زندگی در سطح پایین‌تری قرار داشت و عملکرد جنسی یک عامل پیشگویی کننده در کیفیت زندگی بود. هم‌چنین رضایت‌مندی زنان یائسه از روابط جنسی و میزان روابط زناشویی با افزایش کیفیت زندگی ایشان همراه بود. زنانی که بعد از یائسگی میزان روابط و تمایلات جنسی کاهش یافته بود یا فاقد روابط و تمایلات جنسی بودند نسبت به افرادی که بعد از یائسگی روابط و تمایلات جنسی شان تغییر نکرده و یا افزایش یافته بود، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند.

مسلماً عوارض یائسگی به کاهش کیفیت زندگی در زنان منجر می‌شود(۱۱). یک مطالعه کیفی نشان داد که زنان یائسه، تغییرات عاطفی- روانی متعددی را تجربه می‌کنند و برخی از آنان احساساتی دارند که برخواسته از واکنش منفی آنان نسبت به تغییرات یائسگی می‌باشد. این تغییرات می‌تواند بر روابط بین فردی، اجتماعی، خانوادگی و کلاً کیفیت زندگی زنان تأثیر بگذارد(۳۶). از عوارض مهم این دوران کاهش عملکرد جنسی است. در مطالعه کیفی یاد شده مشخص گردید که زنان یائسه احساس پیری، تغییر تصویر ذهنی از ظاهر خود، احساس پایان زنانگی، احساس ناتوانی ناامیدی، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند که همه این تجربیات می‌توانند بر عملکرد جنسی آنان تأثیر منفی بگذارند(۳۶). اختلال عملکرد جنسی یک مشکل چند بعدی و چند عاملی است که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و روابط بین فردی می‌گذارد(۲۰). این اختلالات در زنان وابسته به سن، پیشرونده، شایع و مؤثر بر کیفیت زندگی هستند(۳۷). نتایج حاصل از مطالعه حاضر با مطالعات دیگر در این زمینه مطابقت دارد. مطالعات نشان می‌دهند که ارتباط مستقیمی که بین عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان یائسه وجود دارد(۴۰-۳۸) و این اختلالات به عنوان عاملی اثرگذار بر کیفیت زندگی در افراد شناخته شده و در واقع بررسی عملکرد جنسی، نقش مهمی را در مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی ایفا می‌کند(۲۷-۲۴). در یک بررسی با هدف ارزیابی کیفیت زندگی زنان در طول گذار یائسگی و تعیین عوامل خطر مشخص گردید که برخی ویژگی‌های فردی زنان یائسه از جمله رفتار جنسی بر کیفیت زندگی دوران یائسگی تأثیر دارد(۲۷). هم‌چنین مطالعه‌ای با هدف ارزیابی تأثیر یائسگی و برخی متغیرها روی کیفیت زندگی، نشان داد که یائسگی باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود(۴۰). به نظر می‌رسد با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر و سایر مطالعات مشابه، یکی از عواملی که می‌تواند در دوره یائسگی به عنوان عامل تأثیرگذار در افت کیفیت زندگی مطرح باشد، وجود اختلالات جنسی بیش‌تر در این دوران است(۱۳). در یک مطالعه جهانی در رابطه با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

نگرش و رفتار جنسی (GSSAB: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors) نیز که شامل بررسی ۱۳۸۸۲ زن در سنین ۴۰ تا ۸۰ ساله از ۲۹ کشور می‌شد، مشخص گردید که اختلال عملکرد جنسی تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی زنان می‌گذارد(۴۱).

در مطالعه حاضر رضایت مندی زنان یائسه از روابط جنسی و روابط زناشویی باکیفیت زندگی در ارتباط بود. این نتیجه با برخی مطالعات انجام شده(۴۲،۹) هم‌خوانی دارد. درمطالعه‌ای مشخص شد که کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی نامناسب بوده و رضایت از زندگی زناشوئی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بودند(۹). هم‌چنین مطالعه دیگری روی ۲۱۹۶ زن یائسه نشان داد که رضایت جنسی ممکن است یک جنبه مهم از کیفیت زندگی یا رفاه در زنان یائسه باشد(۴۲). لذا اختلال عملکرد جنسی می‌تواند کیفیت زندگی زنان و رضایت عمومی آنان را در زندگی زناشویی کاهش دهد(۲۳).

در مطالعه حاضر بالاترین نمره کیفیت زندگی متعلق به حیطه سلامت جسمی و پایین‌ترین نمره مربوط به حیطه سلامت روانی بود. این نتیجه با مطالعه‌ای که روی زنان حوالی و بعد از یائسگی انجام گرفت، هم‌خوانی دارد(۴۳). به نظر می‌رسد که نتایج یائسگی بیش‌تر از هر چیزی بر سلامت روانی زنان تأثیر می‌گذارد.

در بررسی عملکرد جنسی زنان یائسه، پایین‌ترین نمره متعلق به حیطه برانگیختگی و بالاترین نمره متعلق به حیطه رضایت بود. اما در مطالعه‌ای در پرتغال مشخص گردید که حیطه‌های برانگیختگی، ارگاسم و درد با احتمال بیش تری با نمره پایین‌تر FSFI مشارکت داشتند(۴۴). علی‌رغم نتایج متفاوتی که در این دو مطالعه در برخی موارد وجود داشته، آن چه که در هر دو مشترک می‌باشد آن است که برانگیختگی از مهم‌ترین حیطه‌هایی است که در طی یائسگی دستخوش کاهش می‌گردد. علت نتایج متفاوت مطالعه ذکر شده با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از آن باشد که در مطالعه مذکور جامعه آماری زنان میان سال ۴۰ تا ۶۵ سال بودند که شامل افراد حوالی یائسگی نیز می‌شدند. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر امکان بررسی کلیه متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی دوران یائسگی از جمله متغیرهای وضعیت هورمونی، سلامتی همسر و رفتار جنسی وجود نداشته است که می‌تواند به عنوان محدودیت مطالعه در نظر گرفته شود.

با توجه به این که عملکرد جنسی یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می باشد، به نظر می رسد انجام اقدامات مداخله‌ای در جهت رفع مشکلات اختلالات عمکرد جنسی در زنان یائسه می تواند در جهت بهبود کیفیت زندگی ایشان نیز نقش مهمی را ایفا نماید.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه جهت اخذ Ph.D رشته بهداشت باروری در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین‌وسیله از مساعدت کلیه عزیزانی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، قدردانی می‌نمائیم. ضمناً منافع نویسندگان با نتایج این مطالعه هیچ‌گونه تعارضی ندارد.

References

1. Fayers PM, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation. New York: Wiley; 2002.
2. Fairclough D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical trials.2thed London: Chapman & Hall; 2002.
3. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol 2000; 53(1): 1-12.
4. Park JE. Textbook of Preventive and Social

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

Medicine: A Treatise on Community Health. 17th ed. New Delhi: Banarsidas Bahnot; 2002.

5. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Complementary and Alternative Medicine Online Continuing Education Series NCCAM. Chapter VI: Complementary and Alternative Medicine and Aging.13 Jun 2015. Available from: https://search.usa.gov/search?utf8=%E2%9C%93&affiliate=nccam&query=chapter+VI&commit=Search. Accessed August 12, 2015.
6. Al-Azzawi F, Palacios S. Hormonal changes during menopause. Maturitas 2009; 63(2): 135-137.
7. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wu ZL. Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. Gynecol Endocrinol 2007; 23(3): 166-172.
8. Fallahzade H, Dehghani Tafti A, Dehghani Tafti M, Hoseini F, Hoseini H. Factors Affecting Quality of Life after Menopause in Women. JSSU 2010; 18(6): 552-558 (Persian).
9. Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. Iran South Med J 2009; 12(1): 81-88 (Persian).
10. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/ non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). Maturitas 2007; 57(3): 306-314.
11. Abdi N, Solhi M. Quality of life in postmenopausal women in Tehran. Health Education and Health Promotion 2014; 2(2): 87-96 (Persian).
12. Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996; 334(13): 835-840.
13. Berek JS. Berek and Novak's Gynocology. 15th ed. Philadelphia: LWW; 2011.
14. Fuller J, Ayers JS. Heath assessment. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
15. Susan AO. Essentials of Maternity, newborn, women health nursing. 2th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2008.
16. Douma S, Doumas M, Tsakiris A, Zamboulis C. Male and female sexual dysfunction: is hypertension an innocent bystander or a major contributor? Rev Bras Hipertens 2007; 14(3): 139-147.
17. Sadock JB, Sadock AV. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: LWW; 2007.
18. Mazinani R, Akbari Mehr M, Kraskian A, KashanianM. The prevalence of sexual dysfunction in women and related factors. Razi Journal of Medical Sciences 2012; 19(105): 59-66 (Persian).
19. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. Obstet Gyneco 2006; 107(4): 755-764.
20. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. Rev Obstet Gynecol 2012; 5(1): 16-27.
21. Hashemi S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Abedini M, Bahreinian H, Gholami R. Evaluation of sexual attitude and sexual function in menopausal age; a population based cross-sectional study. Iran J Reprod Med 2013; 11(8): 631-636.
22. Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafar MA, Burchardt M, Shabsigh R. The epidemiology and definition of female sexual disorders. World J Urol 2002; 20(2): 74-78.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

23. Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Simbar M, Malek Afzali H. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. Arch Iran Med 2014; 17(10): 679-684.
24. Watson JP, Davies T. ABC of mental health. Psychosexual problems. BMJ 1997; 315(7102): 239-242.
25. Daker–White G, Donovan J. Sexual satisfaction, quality of life and the transaction of intimacy in hospital patients' accounts of their (hetero) sexual relationships. Sociol Health Illn 2002; 24(1): 89-113.
26. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. Urology 2005; 65(1): 143-148.
27. Chedraui P, San Miguel G, Avila C. Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. Gynecol Endocrinol 2009; 25(2): 130-135.
28. Mahmoudi G, Shariati A, Behnampour N. Relationship between quality of life and coping among hemodialysis patients in hospitals. J Gorgan Uni Med Sci 2003; 5(12): 43-52 (Persian).
29. Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Mehrabi Y, Malek Afzali H, Abedini M. Prevalence of female sexual dysfunction and its correlated factors: a population based study. Payesh 2012; 11(6): 869-875 (Persian).
30. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.
31. Mohammady KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh 2008; 7(3): 269-678 (Persian).
32. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. J Sex Med. 2012; 9(2): 514-523.
33. World Health Organization. Division of Mental Health. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring and generic version of the assessment: Field Trial version. 1996. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. Accessed October 21, 2015.
34. WHOQOL group. Measuring Quality of Life. The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). 1997. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Accessed October 21, 2015.
35. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Sjsph 2006; 4(4): 1-12 (Persian).
36. Afghari A, Ganji J, Ahmadshirvani M. Psycho-Emotional Changes in Menopause: A Qualitative Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 22(93): 28-37 (Persian).
37. Goshtasbi A, Vahdaninia MS, Rahimi Foroushani A, Mohammadi A. Sexual dysfunction and its association with reproductive variables in Kohgiluyeh and Boyer Ahmad. Payesh J 2007; 7(1): 67-73 (Persian).
38. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. Maturitas 2009; 63(2): 138-141.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

39. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. Urology 2004; 64(5): 991-997.
40. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. Maturitas 2000; 34(1): 17-23.
41. 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. Int J Impot Res 2005; 17(1): 39-57.
42. Park YJ, Kim HS, Chang SO, Kang HC, Chun SH. Sexuality and related factors of postmenopausal Korean women. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2003; 33(4): 457-463.
43. Zolnierczuk-Kieliszek D, Kulik TB, Jarosz MJ, Stefanowicz A, Pacian A, Pacian J, et al. Quality of life in peri- and post-menopausal Polish women living in Lublin Province--differences between urban and rural dwellers. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(1): 129-133.
44. Cabral PU, Canario AC, Spyrides MH, Uchoa SA, Eleuterio J Jr, Amaral RL, et al. Influence of menopausal symptoms on sexual function in middle-aged women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(7): 329-334.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]