بررسی تأثیر برنامه آموزشی چگونگی روابط جنسی بر عملکرد جنسی زنان یائسه مبتلا بـه اخـتلال عملکـرد جنسی مراجعه کننده به مراکز منتخب جنوب شهر تهران: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

ماندانا میر محمد علی ئی[1]، فاطمه قلیچ خانی[1*]، مینو پاک گوهر[1]، محمود محمودی مجدآبادی [2]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال پانزدهم شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۵ صص ۱۹۲-۱۸۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۱ اسفند ۹۴]

چکیده

سلامت جنسی؛ رفاه فیزیکی، احساسی، روانی و اجتماعی در رابطه جنسی است. اختلال عملکرد جنسی یک نگرانـی مهـم بـرای سـلامت عمومی افراد است. شکایات جنسی در طول زندگی جنسی زنان شایع است. امروزه یکی از نگرانی های بهداشتی اصلی زنان یائسه مشکلات جنسی است که نسبت به این اختلال آسیب‌پذیر هستند. اختلال عملکرد جنسی بر ابعاد مختلف زندگی زنان یائسه از جمله کیفیت زندگی و ارتباطات فردی و اجتماعی تأثیر چشمگیری دارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر عملکرد جنسی زنان یائسه بـود. مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی با یک گروه مداخله و یک گروه کنترل به تعداد ۵۰ نفر در هر گروه بود. ابتدا پرسشـنامه‌هـای اطلاعات دموگرافیک، عملکرد جنسی(FSFI) و پرسشنامه افسردگی بک توسط نمونه‌های پژوهش، تکمیل شده و پس از بررسی، افرادی- که اختلال عملکرد جنسی داشتند و افسردگی شدید نداشتند، انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه مداخله وکنترل تقسـیم شـدند. برنامه آموزشی در این پژوهش به صورت آموزش گروهی در۴ جلسه ۲ ساعته و به صورت هفته‌ای یکبار اجرا شد و کتابچه‌ی آموزشی نیـز در پایان آخرین جلسه در اختیار آنها قرار گرفت. برای افراد گروه مداخله پیگیری‌های تلفنی نیز تا پایان مطالعه به صورت هفتـه‌ای یکبـار انجام شد. دو ماه پس از پایان مداخله در گروه مداخله آموزشی و دو ماه پس از تکمیل پرسشـنامه‌هـای اولیـه در گـروه کنتـرل، عملکـرد جنسی زنان یائسه بررسی شد و نتایج با استفاده از آزمون های متناسب مورد بررسی قرارگرفـت. نتـایج داده‌هـا نشـان داد میـانگین نمـره عملکرد جنسی زنان و تمامی ابعاد آن بجز ارگاسم شامل تمایل، تهیـیج، لوبریکاسـیون واژن، رضـایت زناشـویی و دیـس پـارونی در گـروه مداخله آموزشی نسبت به گروه کنترل بهتر شده و تفاوت معنادار آماری داشته است. به نظر می رسد چهار جلسه برنامه آموزشی می‌توانـد موجب بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه شود.

کلیدواژه: برنامه آموزشی، یائسگی، عملکرد جنسی، اختلال عملکرد جنسی

کد کارآزمایی بالینی: IPXT201304145912N10

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان توحید، خیابان نصرت شرقی، دانشکده پرستاری و مامایی
تلفن: ۶۵۲۴۲۹۶۸
E-mail: ghelichkhani_f@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

مقدمه

امروزه زنان یک سوم و یا بیشتر از زندگی خود را در دوران یائسگی سپری می‌کنند و کیفیت زندگی و رفاه عمومی بهتری برای این زنان مورد انتظار است [۱]. عملکرد جنسی بخش مهمی از سلامت و حس رفاه و بهزیستی زنان را تشکیل می‌دهد[۲]. با اینکه شکایات جنسی در طول زندگی جنسی شایع است، زنان یائسه نسبت به این اختلالات آسیب پذیرترند [۳] و احتمال اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه بیشتر است[۴]. بیشترین اختلال عملکرد در حیطه میل جنسی، لوبریکیشن (ترشح و لغزندگی واژن)، ارگاسم و رضایت جنسی است[۵]. سازمان سلامت جهان، اختلال عملکرد جنسی را این‌چنین تعریف می‌کند "شیوه های مختلف که در آن شخص قادر به شرکت در یک رابطه جنسی آنگونه که آرزو دارد نباشد" [۶]. اختلال عملکرد جنسی یک نگرانی مهم برای سلامت عمومی افراد بوده و عوامل متعددی مانند مشکلات عاطفی و عوامل استرس زا، وضعیت تاهل، سلامتی و سبک زندگی ضعیف، سطح تحصیلات پایین، سن و ... می‌توانند بر آن تأثیرگذار باشند [۷]. اختلالات جنسی اغلب با مشکلاتی نظیر افسردگی، فقدان اعتماد به نفس، عدم موفقیت در برقراری ارتباط با دیگران و ... همراه است [۸]. میل جنسی پایین ممکن است موجب زندگی غیر فعال جنسی و کاهش رضایت جنسی شود [۹]. در بسیاری از مواقع مشکلات جنسی نهفته و بیان نشده ممکن است خود را با علایم و عوارضی همچون ناراحتی های جسمانی، افسردگی و نارضایتی زناشویی نشان داده و تا مرز اختلالات شدید خانوادگی و طلاق پیش رود [۱۰]. اختلال جنسی همچنین می تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده و بر ارتباطات بین فردی نیز اثر بگذارد [۱۱]. به همین دلیل یکی از نگرانی های بهداشتی اصلی در اکثر زنان یائسه، مشکلات جنسی می‌باشد [۱۲]. Castelo-Branco در سال ۲۰۰۳، شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان یائسه را ۵۰٪ گزارش کردند که شیوع این مشکلات با افزایش سن بیشتر می‌شود[۱۳]. در مطالعه‌ای که توسط Addis و همکاران انجام شد؛ درصد اختلالات جنسی در میان زنان ۶۳/۱-۲۵ درصد بوده که در سنین بعد از یائسگی به ۸۶/۵-۶۸ درصد رسیده بود [۳]. ۳۵ درصد زنان یائسه دچار کاهش میل جنسی و ۶۲ درصد دیگر از زنان یائسه، کاهش میل جنسی را در دوران های مختلف زندگی اظهار داشته اند. کاهش میل جنسی در زنان یائسه انگلیسی ۴۷ درصد، ایتالیایی ۵۴ درصد، فرانسوی ۴۲ درصد و آلمانی ۲۴ درصد گزارش شده است. کاهش میل جنسی سبب مخدوش شدن تصور ذهنی از خود می شود که تأثیر مهمی بر میزان کیفیت زندگی و خلاقیت می‌گذارد [۱۴]. در ایران نیز در مطالعه بیگی و همکاران شیوع اختلالات عملکرد جنسی در ۱۷۴ زن یائسه اصفهان ۷۲/۴٪ اعلام شد و دانش جنسی ارتباط معنادار با اختلالات عملکرد جنسی داشت [۱۵]. آموزش جنسی، فرصت یادگیری مسائل جنسی و جلوگیری از بروز برخی مشکلات را فراهم می‌کند. از طرفی آموزش جنسی به افراد، اطلاعات و آگاهی های جنسی لازم برای یک هدف مشترک و ارضای نیازها و تعادل در زندگی فردی، اجتماعی و خانودگی را می‌دهد [۱۶]. در مرور منابع اطلاعاتی در دسترس در زمینه تأثیر برنامه آموزشی بر عملکرد جنسی زنان یائسه‌ی دارای اختلال عملکرد جنسی مطالعه ای یافت نشد. تنها چند مطالعه توصیفی [۲۰-۱۷] به بررسی وضعیت عملکرد جنسی و عوامل تأثیر گذار بر آن در یائسگی پرداخته‌اند. در مطالعه ای Rowland و Haynes به بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر بهبود عملکرد جنسی در زوجین مسن ۷۱-۵۱ ساله پرداختند. در این مطالعه ۱۰ زوج ۷۱-۵۱ ساله در سه فاز آموزشی که هر کدام دو هفته طول کشیده بود شرکت کردند. چهار هفته پس از پایان برنامه آموزشی، تفاوت آماری معنادار در رضایت جنسی، تعداد دفعات فعالیتهای جنسی، نگرش مثبت نسبت به زندگی زناشویی و همچنین تفاوت آماری معنادار در مورد رضایت زناشویی ایجاد شده بود [۲۱]. مطالعه‌ای توسط smith و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام شد. در این مطالعه نیز نمره عملکرد جنسی و تمام ابعاد آن به جز بعد دیس‌پارونی در گروه آموزش به طور معناداری افزایش یافت [۲۲]. مطالعه ای نیز توسط خالقی و همکاران تحت عنوان بررسی تأثیر برنامه آموزش جنسی بر عملکرد جنسی و رضایت زناشویی زنان دارای اختلال عملکرد جنسی انجام شد. در این مطالعه نیز برنامه آموزشی توانست نمره کلی عملکرد جنسی و ابعاد عملکرد جنسی شامل تمایل، تهییج، لوبریکاسیون، رضایت جنسی به جز دو بعد ارگاسم و درد را به طور معنادار افزایش دهد [۲۳] اما این مطالعه بر روی زنان سنین باروری انجام شده بود. با توجه به اینکه طبق بررسی‌های انجام شده از بین منابع در دسترس، در ایران مطالعه ای به بررسی تأثیر آموزش بر عملکرد جنسی زنان یائسه نپرداخته است و با در نظر گرفتن این مطلب که یکی از وظایف ماماها آموزش و مشاوره سالمندی و یائسگی است [۲۴]، پژوهشگران بر آن شدند که تأثیر برنامه آموزشی بر عملکرد جنسی زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی را مورد بررسی قرار داده و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

با انجام این مطالعه گامی هر چند کوچک در جهت ارتقای سلامت زنان سالمند جامعه به عنوان یکی از اقشار در معرض خطر برداشته.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود که در بازده زمانی تیر ۱۳۹۲ تا اردیبهشت ۱۳۹۳ بر روی ۱۰۰ زن یائسه که معیارهای ورود به مطالعه ازجمله: مسلمان بودن، ایرانی، متاهل و در حال زندگی با ثبات با همسر بودن؛ سپری شدن حداقل۱و حداکثر ۵ سال از قطع قاعدگی؛ عدم سابقه نازایی؛ داشتن حداقل سواد ابتدایی؛ عدم سابقه شرکت در کلاس های آموزشی پیرامون یائسگی با محوریت آموزش جنسی؛ عدم ابتلای همسران این زنان به انزال زودرس یا ناتوانی جنسی بر اساس گفته های شرکت کننده؛ دارای اختلال عملکرد جنسی(کسب نمره کمتر از ۲۸ از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان(FSFI)) [۱۱]؛ عدم چند همسره بودن شوهر و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل زن به ادامه همکاری؛ پیدایش بیماریها در زنان یا همسرانشان که بر روی عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند (نظیر انزال زودرس، بیماریهای قلبی- عروقی، روانی، تیروئید و سرطان ها)؛ شروع مصرف داروهایی که به نحوی بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند در حین مطالعه، (نظیر داروهای روان گردان، قلبی- عروقی، عصبی، هورمونی)؛ وقوع استرس هایی (نظیر طلاق، خیانت همسر، مرگ، بیماری وخیم یا محکومیت به زندان اطرافیان نزدیک در حین مطالعه)، اعتیاد یا مصرف سیگار در فرد و یا همسر وی، سابقه ابتلا به بیماریهای جسمی و یا روانی و تجربه استرس هایی نظیر خیانت همسر، مرگ، بیماری وخیم یا محکومیت به زندان اطرافیان نزدیک در یک سال اخیر، را داشتند انجام شد. حجم نمونه با استفاده از تحقیقات مشابه در زمینه عملکرد جنسی زنان یائسه در ایران با در نظر گرفتن شیوع ۷۰٪ اختلال عملکرد جنسی [۱۵] و سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه این برنامه آموزشی بتواند اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه را به کمتر از ۴۰ درصد تقلیل دهد تعیین شده و بر این اساس ۴۱ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد که با احتمال ۱۵٪ افت تعداد نمونه در نهایت ۵۰ نفر در هر گروه رسید. در این مطالعه نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام شد. در ابتدا لیستی از مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران با استفاده از سایت مرکز بهداشت و درمان جنوب شهر تهران تهیه گردیده و به روش تصادفی سه مرکز از این مراکز انتخاب شدند. پژوهشگر پس از کسب مجوزها لازم از مراکز ذی صلاح شروع به نمونه‌گیری نمود. در ابتدا لیست تمامی زنان یائسه که دارای پرونده خانوار در مراکز مربوطه بودند استخراج و طی تماس تلفنی از آنان درخواست شد تا در مرکز بهداشتی جهت ارائه توضیحات مرتبط با پژوهش حاضر شوند. سپس پرسشنامه افسردگی بک و شاخص عملکرد جنسی زنان توسط کلیه زنان مراجعه کننده که حائز شرایط بودند، تکمیل گردید. پرسشنامه افسردگی بک یک پرسشنامه ۲۱ گویه ای خود گزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است و برای ارزشیابی نشانه های منطبق با ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی که انجمن روانپزشکی امریکا ارائه داده کاربرد دارد. به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده [۲۵] و ابعاد آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران افسرده تهیه شده‌اند. این ابعاد در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، انتظار تنبیه، از خود بیزاری و خود سرزنشی، افکار خود کشی، گریه و بی‌قراری، کناره‌گیری اجتماعی، تصمیم‌گیری، از دست دادن انرژی، آشفتگی خواب، تحریک‌پذیری، از دست دادن اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی و کاهش علاقه جنسی هستند. به این ترتیب که ۲ بعد از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ بعد به رفتارهای آشکار، ۵ بعد به نشانه‌های جسمانی و ۱ بعد به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است و همه گویه ها مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه دارند. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است [۲۶]. نمره ۱۷ به عنوان نقطه برش پذیرفته شده در پرسشنامه افسردگی بک است [۲۰]. در مطالعه فتی و همکاران که بر روی یک نمونه ۹۴ نفری انجام شد. ویژگی های روانسنجی به صورت: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۹۴بود [۲۷]. پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی (FSFI= Female Sexual Function Index) توسط روزن وهمکارانش برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۹گویه است که عملکرد جنسی را در ۶ حوزه‌ی تمایل (۲ گویه)، برانگیختگی (۴ گویه)، مرطوب سازی (۴ گویه)، ارگاسم (۳ گویه)، رضایت (۳ گویه) و درد (۳ گویه) در طی ۴ هفته اخیر می سنجد. این زیرشاخه ها دارای طیف پاسخ ۰، ۱ تا

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

۵ هستند که نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی مطلوب تر دارد. درمورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هرحوزه از طریق جمع نمرات گویه های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست می آید. از آنجا که در پرسشنامه تعداد سوالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌شود. با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به این ترتیب، نمره گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر نشانگر کارکرد جنسی بهتر است. بر اساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر شش و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود [۲۸]. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول چهار هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. نقطه ی برش برای زیر مقیاس ها به ترتیب عبارتند از: تمایل ۳/۳، برانگیختگی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم۳/۴، رضایتمندی ۳/۸ و درد جنسی ۳/۸. به عبارت دیگر نمرات بیشتر از نقطه برش، مبین عملکرد جنسی خوب است. روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط محمدی و همکارانش در سال ۱۳۸۷ تعیین شده است [۱۱]. در این مطالعه از میان زنان مراجعه کننده ۱۰۰ زن یائسه حائز شرایط که افسردگی نداشته و دارای اختلال عملکرد جنسی به طور کلی و حداقل در یک بعد از ابعاد عملکرد جنسی بودند، انتخاب شدند. پس از بیان اهداف مطالعه و اخذ رضایت نامه آگاهانه توسط پژوهشگر و دادن اطمینان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات آنها، در هر مرکز افراد با استفاده از بلوک بندی با اندازه بلوک ۴ تایی در گروههای مداخله آموزشی و کنترل تخصیص یافتند. ترتیب توالی تخصیص با استفاده از یک برنامه کامپیوتری مشخص و نوع گروه هر فرد (با در نظر داشتن توالی مشخص شده داخل پاکت‌های مات و مشابه پشت سر هم شماره‌گذاری شده)، تعیین شد. تعیین توالی تخصیص و آماده‌سازی پاکت‌ها توسط فردی غیر درگیر در نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها انجام گرفت. بدین ترتیب، پژوهشگر، شرکت کنندگان و تجزیه و تحلیل کنندگان داده‌ها از ترتیب توالی تخصیص اطلاعی نداشتند. در هر یک از مراکز برای افراد گروه مداخله توسط پژوهشگر، چهار جلسه برنامه آموزشی متوالی دو ساعته به صورت هفته ای یک بار انجام شد و گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت نمودند و هیچ مداخله آموزشی برای آنان انجام نشد محتوای جلسات آموزشی هر یک از جلسات و روش آموزشی بکار رفته به قرار زیر بودند:

جلسه اول: اهمیت روابط جنسی و دیدگاه اسلام در مورد ارتباط زناشویی و تفاوت های جنسی بین زنان و مردان و آگاهی افراد از آناتومی دستگاه تناسلی مؤنث و مذکر و مناطق حساس جنسی زنان، یائسگی و علائم آن افزایش با استفاده از روش سخنرانی و پرسش و پاسخ

جلسه دوم: مراحل چرخه پاسخ جنسی زنان و عوامل دخیل در آن و تغییرات ایجاد شده در چرخه جنسی زنان در اثر یائسگی و انواع اختلالات عملکرد جنسی(اختلال مراحل تمایل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و اختلالات جنسی ناشی از درد مانند دیس پارونی و واژینیسموس در یائسگی). علاوه براین در این جلسه آموزشی سعی بر افزایش باورها و نگرشهای زنان یائسه نسبت به مسائل جنسی در یائسگی و سازگاری بهتر با یائسگی بود. در این جلسه از روش آموزشی به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ و بارش افکار استفاده شد.

جلسه سوم: نحوه برخورد و درمان انواع اختلالات جنسی و همچنین انواع لوبریکانت ها و انجام ورزش‌های کگل (نوع خاصی از ورزش که منجر به تقویت عضلات لگن می شود) با استفاده از روش سخنرانی، نمایش عکس، پاورپوینت و نمایش عملی

جلسه چهارم: مهارت های ارتباط با همسر و حل مسأله خصوصاً در مورد مسائل زناشویی، صمیمیت و روابط بین فردی و جمع بندی مطالب و مرور کلی مطالب قبلی. در این مرحله از روش سخنرانی، نمایش عملی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ بهره گرفته شد.

در هر جلسه ۱۵ دقیقه اول جهت پرسش و پاسخ در مورد اطلاعات اولیه و سطح آگاهی افراد (از مطالبی که برای آن جلسه اختصاص داده شده بود) و پاسخ به مشکلات و ابهامات مطالب آموخته شده جلسه قبل در نظر گرفته شد. پس از یک ساعت آموزش، ۱۵ دقیقه زمان برای شرکت کنندگان به منظور استراحت در نظر گرفته می-شد در پایان هر جلسه نیز به سوالات احتمالی زنان پاسخ داده می-شد. همچنین در مورد موضوع هفته بعد نیز به آنها اطلاع داده می-شد. در پایان جلسه چهارم کتابچه آموزشی حاوی اطلاعات در رابطه با کلیه مسائل آموزش داده شده در چهار جلسه آموزشی، که به زبان کاملاً ساده نگاشته شده بود، در اختیار زنان یائسه قرار گرفت.

جهت پاسخ گویی به سؤالات احتمالی زنان در گروه مداخله برای بکارگیری توصیه های جلسات آموزشی و تأکید جهت مراجعه مجدد برای پس آزمون(دوماه پس از آخرین جلسه آموزش)، پیگیری تلفنی به صورت هفته‌ای یک بار انجام می‌شد. ارزیابی تأثیر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

جلسات آموزشی دو ماه بعد از اتمام آخرین جلسه آموزشی (در گروه مداخله) و در گروه کنترل، دو ماه پس از پر کردن پرسشنامه اولیه از طریق تکمیل مجدد پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) توسط فردی غیر درگیر در طراحی مطالعه که به نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها آگاهی داشت انجام شد. در پایان به منظور رعایت نکات اخلاقی یک کتابچه آموزشی نیز به گروه کنترل داده شد. تجزیه وتحلیل داده‌ها نیز با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. به منظور مقایسه متغیرهای دموگرافیک و ابعاد عملکرد جنسی قبل از مداخله از آزمون کای دو، فیشر و من ویتنی استفاده شد. جهت مقایسه نمره عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه های مداخله و کنترل از آزمون تی زوج و برای مقایسه عملکرد جنسی بعد از مداخله بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در طول پژوهش از ۱۰۰ نفری که در پژوهش شرکت کرده بودند در نهایت ۴۵ نفر در گروه آموزش و ۴۷ نفر در گروه کنترل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ۵ نفر از گروه مداخله و ۳ نفر از گروه کنترل به دلایل گوناگون حذف شدند.

میانگین سن شرکت کنندگان و میانگین سن یائسگی زنان یائسه به ترتیب ۲/۲۶±۵۲/۴۰ و ۲/۲۹±۴۹/۳۵ سال بود. میانگین سن ازدواج ۴±۱۸/۱۲ سال، میانگین سن همسران ۴/۶۱±۵۹/۴۸ سال و تفاوت سنی زنان یائسه با همسرانشان به طور میانگین ۳/۳۲±۷/۰۱ سال بود. اکثر زنان (۸۵/۹٪) خانه دار بودند نزدیک به نیمی از زنان یائسه(۴۳/۵٪) تحصیلات ابتدایی داشتند و تنها ۷ نفر(۷/۶٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. اکثر همسران شرکت کنندگان در مطالعه(۵۲/۲٪) بازنشسته و میزان تحصیلات آنها در حد ابتدایی بود(۴۰/۲٪). دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک قبل از مداخله همگون بوده و تفاوت آماری معنادار بین دو گروه وجود نداشت (جدول ۱). بر اساس آزمون من ویتنی یو نیز اختلاف آماری معناداری بین دو گروه از نظر تک تک سوالات ابعاد مختلف پرسشنامه عملکرد جنسی قبل از مداخله در هیچ یک از دو گروه مداخله آموزشی و کنترل وجود نداشت. آزمون مک نمار نشان داد در گروه کنترل قبل و دو ماه پس از آموزش در هیچ یک از ابعاد عملکرد جنسی اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. در گروه مداخله قبل و دو ماه پس از آموزش در تمام ابعاد عملکرد جنسی شامل تمایل (P=۰/۰۰۱)، تهییج (P=۰/۰۰۸)، لوبریکاسیون واژن (P=۰/۰۰۱)، ارگاسم (P=۰/۰۳۵)، رضایت جنسی (P=۰/۰۲۱) و دیس پارونی (P=۰/۰۰۷) اختلاف آماری معنی‌دار بود (جدول شماره ۲). آزمون تی مستقل نیز نشان داد نمره عملکرد جنسی و ابعاد تمایل جنسی، تهییج جنسی، لوبریکاسیون واژن، رضایت جنسی و دیس پارونی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنادار افزایش یافت. ولی در بعد ارگاسم اختلاف آماری معنادار مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

جدول ۱: مقایسه مشخصات دموگرافیک در دو گروه مداخله آموزشی و کنترل

	گروه مداخله آموزشی (درصد) فراوانی	گروه کنترل (درصد) فراوانی	P- value
سن			
۴۹- ۴۷	۶ (۱۳/۳)	۵ (۱۰/۶)	
۵۲-۵۰	۱۷ (۳۷/۸)	۱۶ (۳۴/۰)	۰/۸۱۴†
۵۵-۵۳	۲۲ (۴۸/۹)	۲۶ (۵۵/۳)	
سن ازدواج			
کمتر از ۱۵سال	۸ (۱۷/۸)	۱۲ (۲۵/۵)	
۲۰-۱۵سال	۲۶ (۵۷/۸)	۲۲ (۴۶/۸)	۰/۵۳۳
بیشتر از ۲۰ سال	۱۱ (۲۴/۴)	۱۳ (۲۷/۷)	
سن همسر			
کمتر از ۵۵سال	۵ (۱۱/۱)	۶ (۱۲/۸)	
۶۰-۵۵ سال	۲۲ (۴۸/۹)	۲۱ (۴۴/۷)	۰/۹۱۶†
بیشتر از ۶۰ سال	۱۸ (۴۰/۰)	۲۰ (۴۲/۵)	
تفاوت سنی با همسر			
کمتر از ۵ سال	۱۴ (۳۱/۱)	۱۷ (۳۶/۲)	
۱۰-۵ سال	۲۷ (۶۰/۰)	۲۴ (۵۱/۱)	۰/۶۶۲†
بیشتر از ۱۰ سال	۴ (۸/۹)	۶ (۱۲/۷)	
وضعیت اشتغال			
خانه دار	۴۰ (۸۸/۹)	۳۹ (۸۳/۰)	۰/۴۱۶†
شاغل و بازنشسته	۵ (۱۱/۱)	۸ (۱۷/۰)	
سطح تحصیلات			
ابتدایی	۱۸ (۴۰/۰)	۲۲ (۴۶/۸)	
راهنمایی	۱۳ (۲۸/۹)	۸ (۱۷/۰)	
دبیرستان	۶ (۱۳/۳)	۷ (۱۴/۹)	۰/۷۶۱*
دیپلم	۵ (۱۱/۱)	۶ (۱۲/۸)	
دانشگاهی	۳ (۶/۷)	۴ (۸/۵)	
وضعیت اشتغال همسر			
بیکار	۲ (۴/۴)	۴ (۸/۵)	
کارگر	۴ (۸/۹)	۴ (۸/۵)	
کارمند	۴ (۸/۹)	۳ (۶/۴)	۰/۹۴۲*
آزاد	۱۲ (۲۶/۷)	۱۱ (۲۳/۴)	
بازنشسته	۲۳ (۵۱/۱)	۲۵ (۵۳/۲)	
سطح تحصیلات همسر			
ابتدایی	۱۷ (۳۷/۸)	۲۰ (۴۲/۶)	
راهنمایی	۱۰ (۲۲/۲)	۸ (۱۷/۰)	۰/۸۷۷*
دبیرستان	۵ (۱۱/۱)	۳ (۶/۴)	
دیپلم	۱۰ (۲۲/۲)	۱۲ (۲۵/۵)	
دانشگاهی	۳ (۶/۷)	۴ (۸/۵)	

†آزمون مجذور کای
*آزمون دقیق فیشر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

جدول ۲: مقایسه فراوانی مطلق و نسبی ابعاد پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) پس از آموزش نسبت به قبل از آموزش، در دو گروه آموزش وکنترل در مراکز بهداشتی جنوب شهر تهران ۱۳۹۲

وضعیت اختلال قبل از مداخله	گروه آموزش					گروه کنترل				
	دارد		ندارد			دارد		ندارد		
وضعیت اختلال بعد از مداخله	دارد فراوانی (درصد)	ندارد فراوانی (درصد)	دارد فراوانی (درصد)	ندارد فراوانی (درصد)	P*	دارد فراوانی (درصد)	ندارد فراوانی (درصد)	دارد فراوانی (درصد)	ندارد فراوانی (درصد)	P*
ابعاد پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان(FSFI)										
میل جنسی	۱۵(۴۶/۹)	۱۷ (۵۳/۱)	۲ (۱۵/۴)	۱۱ (۸۴/۶)	۰/۰۰۱	۲۴ (۸۲/۶)	۵ (۸۷/۲۴)	۳ (۱۶/۷)	۱۵ (۸۳/۳)	۰/۱۷۲
تهییج جنسی	۱۳(۴۶/۴)	۱۵ (۵۳/۶)	۳ (۱۷/۶)	۱۴ (۸۲/۴)	۰/۰۰۸	۲۵ (۷۸/۱)	۷ (۲۱/۹)	۳ (۲۰/۰)	۱۲ (۸۰/۰)	۰/۳۴۴
لوبریکاسیون واژن	۱۰(۴۱/۷)	۱۴ (۵۸/۳)	۱ (۴/۸)	۲۰ (۹۵/۲)	۰/۰۰۱	۲۲ (۹۱/۷)	۲ (۸/۳)	۳ (۱۳/۰)	۲۰ (۸۷/۰)	۱/۰۰
ارگاسم	۱۲(۵۰/۰)	۱۲ (۵۰/۰)	۳ (۱۴/۳)	۱۸ (۸۵/۷)	۰/۰۳۵	۲۴ (۸۵/۷)	۴ (۱۴/۳)	۵ (۲۶/۳)	۱۴ (۷۳/۷)	۱/۰۰
رضایت جنسی	۷(۳۵/۰)	۱۳ (۶۵/۰)	۳ (۱۲/۰)	۲۲ (۸۸/۰)	۰/۰۲۱	۱۷ (۸۵/۰)	۳ (۱۵/۰)	۲ (۷/۴)	۲۵ (۹۲/۶)	۱/۰۰
دیس پارونی	۵(۲۷/۸)	۱۳ (۷۲/۲)	۲ (۷/۴)	۲۵ (۹۲/۶)	۰/۰۰۷	۹ (۵۶/۲)	۷ (۴۳/۸)	۲ (۶/۵)	۲۹ (۹۳/۵)	۰/۱۸۰

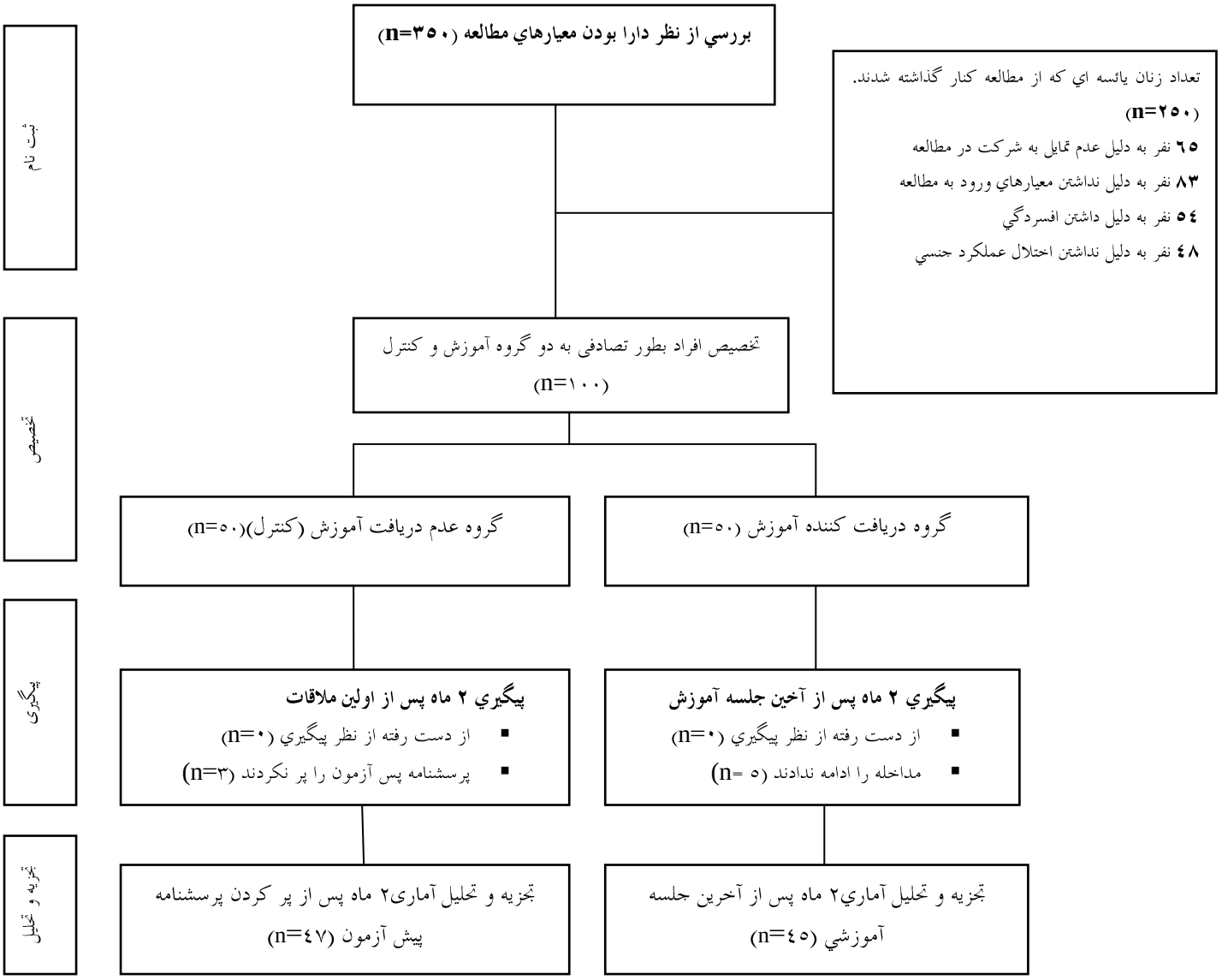
*نتایج بر اساس آزمون آماری مک نمار گزارش شده اند.

جدول ۳: بررسی تأثیر آموزش در تغییر نمرات ابعاد عملکرد جنسی و ابعاد آن در دو گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون تی مستقل

	گروه مداخله آموزشی (انحراف معیار) میانگین	گروه کنترل (انحراف معیار) میانگین	P- value*
ابعاد عملکرد جنسی			
تمایل جنسی	+۰/۴۵۳ (۰/۸۲)	-۰/۰۳۸ (۰/۶۷۸)	۰/۰۰۲
تهییج جنسی	+۰/۳۵۳ (۱/۰۰۵)	-۰/۰۵۷ (۰/۹۴۵)	۰/۰۴۶
لوبریکاسیون واژن	+۰/۴۳۳ (۱/۱۴۱)	-۰/۱۶۷ (۱/۰۳۲)	۰/۰۱۲
ارگاسم	+۰/۳۵۱ (۱/۱۳۳)	-۰/۰۴۲ (۰/۷۹۶)	۰/۰۵۹
رضایت جنسی	+۰/۳۲۰ (۰/۸۵۱)	-۰/۱۳۳ (۰/۴۶۷)	۰/۰۰۳
دیس پارونی	+/۵۶۰ (۱/۵۶۸)	-۰/۱۶۱ (۱/۶۵۶)	۰/۰۳۵
نمره کلی عملکرد جنسی	+۲/۴۷۱ (۴/۵۰۵)	-۰/۵۹۰ (۴/۰۲۸)	۰/۰۰۱

* نتایج بر اساس آزمون آماری تی مستقل گزارش شده اند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اجرای ۴ جلسه برنامه آموزشی برمبنای مسائل جنسی بصورت هفتگی، نمره عملکرد جنسی و تمام ابعاد آن به جز ارگاسم را به طور معنادار افزایش می‌دهد. در مطالعه حاضر نمره کلی عملکرد جنسی در گروه آموزش نسبت به کنترل بهبود یافته بود که با مطالعه Rowland و Haynes که چهار هفته پس از پایان برنامه آموزشی رضایت جنسی، تعداد دفعات فعالیتهای جنسی، رضایت زناشویی بهبود معناداری یافته بود همخوانی دارد [۲۱] دلیل احتمالی این همخوانی می‌تواند ناشی از تأثیر مثبت آموزش را بر نگرش زنان یائسه دانست که توانسته موجب بهبود عملکرد آنان در زمینه فعالیت جنسی نیز شده باشد. نتایج این پژوهش با مطالعه Smith و همکاران نیز مطابقت دارد. چرا که مطالعه آنان نیز آموزش بر مبنای جنسی در زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی موجب بهبودی در نمره کلی عملکرد جنسی و تمام ابعاد آن به جز دیس‌پارونی نسبت به گروه کنترل شده بود [۲۲]. همچنین نتایج مطالعه ما با مطالعه خالقی یله گنبدی و همکاران همخوانی دارد. در آن مطالعه برنامه آموزش جنسی نمره کلی عملکرد جنسی را به طور معنادار بهبود داد. همچنین نمرات تمام ابعاد عملکرد جنسی به جز دو بعد ارگاسم و دیس‌پارونی به طور معنادار نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود [۲۳]. در هر دو این مطالعات در بعد دیس‌پارونی تفاوت آماری معنادار بین دو گروه آموزش و کنترل وجود نداشت. ولی در مطالعه ما در بعد دیس-پارونی تفاوت بین دو گروه معنادار بود. شاید این عدم همخوانی به دلیل این باشد که در مطالعه ما زنان یائسه نمونه‌ها را تشکیل می-دادند و دیس‌پارونی در اکثر آنها به دلیل خشکی واژن بوده است که پس از مصرف لوبریکانتهای توصیه شده در کلاس های آموزشی، انجام تمرینات کگل و همچنین انتخاب وضعیت مناسب در هنگام فعالیت جنسی این درد کاهش یافته است ولی در مطالعه خالقی یله گنبدی و Smith واحدهای پژوهش را زنان سنین باروری تشکیل می‌دادند و احتمالا دیس‌پارونی در این گروه سنی می‌تواند به دلیل وجود مشکلاتی نظیر عفونت‌ها، واژینیسموس و اندومتریوز باشد که متفاوت از علت اصلی دیس‌پارونی در زنان یائسه است. در مطالعه ما در بعد ارگاسم تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل معنادار نبود که می‌توان این موضوع را نیز به این صورت توجیه کرد که در این بعد نقش شریک جنسی نیز بسیار مهم می‌باشد و آموزش ما به دلیل محدودیت های فرهنگی بر روی همسران این زنان انجام نشده بود.

همچنین از آنجا که نمونه‌های این پژوهش را زنان یائسه تشکیل داده بودند و ارگاسم نیز تا حد زیادی تحت تأثیر سن قرار دارد[۱۹،۲۹] ؛ این اختلاف در نتایج می تواند قابل توجیه باشد. از آنجا که این مطالعات به بررسی تأثیر برنامه آموزشی در سنین باروری پرداخته است و با توجه به شرایط خاص یائسگی نیاز به مطالعات بیشتر در این زمینه احساس می شود. همچنین نتایج مطالعه ما با مطالعه مریدی و همکاران که با عنوان تأثیر آموزش بهداشت بر دانش و کیفیت زندگی زنان یائسه انجام شد، نیز در یک راستا است. در مطالعه یاد شده در بعد جنسی، آموزش موجب اختلاف آماری معناداری شده بود. شایعترین مشکل در هنگام مقاربت خشکی واژن بود که قبل از آموزش ۷۲/۵ درصد بود و بعد از مداخله آموزشی به ۵۴ درصد کاهش یافته بود و همچنین کمترین مشکل در حیطه تغییر در تمایل جنسی عنوان شده بود که ۵۷/۵ درصد نمونه ها عنوان کرده بودند که مشکلی در این زمینه نداشته اند [۳۰]. در مطالعه یزدخواستی و همکاران نیز که با عنوان تأثیر برنامه آموزشی ساختارمند با شیوه گروه حمایتی بر کیفیت زندگی زنان یائسه انجام شد نیز مداخله آموزشی موجب تغییر معنادار در بعد جنسی (خشکی مهبل، تغییر در تمایل جنسی و پرهیز از روابط جنسی) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل گردید [۳۱]. یکی از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر این است که به دلیل ماهیت فرهنگی این مطالعه، امکان آموزش همسران زنان یائسه فراهم نشد و از محدودیت دیگر این بود که این مطالعه عملکرد جنسی را در زنان یائسه‌ای بررسی کرده است که پرونده-های بهداشتی فعال در مراکز بهداشتی درمانی داشته‌اند (طی یک تا دو سال گذشته جهت دریافت خدمات بهداشتی مراجعه نموده‌اند) و شامل زنانی که به هر دلیلی جهت گرفتن خدمات به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه نمی‌کردند، نبود که این امر ممکن است تعمیم پذیری مطالعه را کاهش دهد. از جمله نقطه قوت این مطالعه نیز می‌توان به عدم یافتن مطالعه مشابه در این زمینه در گروه سالمندان اشاره داشت. همچنین طراحی مطالعه با بهره‌گیری از روشهای آموزشی سودمند نقطه قوت دیگر مطالعه حاضر بود. با توجه به اینکه در پایان این مطالعه به رغم افزایش نمره عملکرد جنسی، هنوز این نمره در محدوده اختلال عملکرد جنسی قرار داشت. پیشنهاد می شود که مطالعاتی با طول مدت بیشتر و همچنین با استفاده از مداخلات دیگر در کنار برنامه های آموزشی برای زنان یائسه انجام شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

با توجه به نتایج این پژوهش، چهار هفته آموزش بر مبنـای مسـائل جنسی بر بهبود عملکـرد جنسـی زنـان یائسـه‌ای کـه از اخـتلالات عملکرد جنسی رنج می برند تأثیر چشمگیری داشته است، بنابراین با توجه به سادگی استفاده و پذیرش بالای این روش در این مطالعه، می‌توان ارائه آموزش های مدون و برنامه ریزی شده را در این گـروه از افراد توصیه نمود تا از این طریق بتوان کیفیـت زنـدگی و میـزان کارآیی زنان سالمند را در این برهه مهم از زندگی ارتقای بخشید.

سهم نویسندگان

مانـدانا میرمحمـد علـی‌ئـی: راهنمـای پـژوهش، طراحـی مطالعـه و ویراستاری نهایی مقاله
مینو پاک گوهر: مشاور اجرایی تحقیق، کمک به ویرایش مقاله
فاطمه قلیچ‌خانی: اجرای تحقیق، نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات
محمود محمودی مجدآبادی: مشاور آمار و تجزیه و تحلیل داده ها

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مامـایی مصوب کمیتـه اخـلاق در پـژوهش دانشـگاه علـوم پزشـکی تهـران (۹۲/د/۱۳۰/۳۹۸) بود که با شماره ثبت RCT201304145912N10 در پایگاه ثبت کارآزمایی‌هـای بـالینی بـه ثبـت رسـیده اسـت و بـا حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. بـدین وسـیله از معاونـت پژوهشی دانشگاه تهران، شبکه بهداشت جنوب شهر تهـران و خـانم قاسم زاده روان شناس محترم کـه در تهیـه محتـوای کـلاس هـای آموزشی در طی این پژوهش کمک قابل توجهی نمودند، و همچنین از نمونه های پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

منابع

1.AL-Azzawi, F, Palacios S. Hormonal changes during menopause. Maturitas 2009;63:135-137
2.Mimoun S, Wylie K. Female sexual dysfunction. Definition and classification. Maturitas 2009;63:116-8
3.Addis I.B, Van Den Eeden S.K, Wassel-Fyr C.L, Vittinghoff E, Brown J.S, Thom D.H. Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Study Group, Sexual Activity and Function in Middle-Aged and Older Women. Obstetrics & Gynecology 2006;107: 755-764
4.Nappi R. E, &Lachowsky, M, Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. Maturitas 2009;63:138-141
5.Cohen B. L, Barboglio P, Gousse A.The Impact of Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence on Female Sexual Dysfunction Using a Validated Instrument. International Society for Sexual Medicine 2008;5:1418-23
6.Douma S, Doumas M, Tsakiris A, Zamboulis C. Male and female sexual dysfunction: is hypertension an innocent bystander or a major contributor? Revista Brasileira de Hipertensao (Brazilian Journal of hypertension) 2007;14:139-47
7.Laumann EO, Paik A, Rosen, RC. Sexual dysfunction in the United States. JAMA 1999;281:537-44
8.Ventegodt, S. Sex and the quality of life in Denmark. Archive Sexualy Behavior 1998;27:295-307
9.Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. Journal of sexual medicin 2006;2:212-22
10. Dehghani AF, Nazari A. Sociological analysis of the factors affecting the tendency of couples to divorce in the Isfahan province. Social Security Studies. 2011;25:13-54 [in persian]
11. Mohammadi K, Heidari M, Faqihzadeh S. The validation of female sexual function index (FSFI) in the women.Payesh Journal 2008;2:269-278 [in Persian]
12. Berek, JS.Berek and Novak' Gynecology. 14th Edition, philadelphia: Lippincott, 2007
13. Castelo- Branco C, Blumel J. E, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J,Gramegna, G. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. Journal of Obstetrics & Gynaecology 2003;23: 426-30
14. Nappi RE, Nijland EA. Women S. perception of sexuality around the menopause: Outcomes of European telephon survey. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology 2008; 137: 10-16

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

15. Beigi M, Fahami F, Hassanzahraei R,Arman S. Associative factors to sexual dysfunction in menopause women. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2007;13:32-35

16. Baron R Byrne, DSocialPsycology. 1st Edition, Allyn and Bacon, New York: 2004

17.Mohammad AlizadehCharandabi S, Rezaaei N, Hakimi S, Montazeri A, Khatami Sh, Karimi P. Sexual function in postmenopausal women and its predictive factors: population-based study in Ilam 2012 Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility2012;15:1-9[in Persian]

18. Arman S, Fahami F., HasanZahrae R. A comparative Study on women's sexual functioning disorders before and after menopause. Journal of Arak University of Medical Sciences2005;8:7-1 [in Persian]

19. Verit FF, Verit A. &Billurcu N.Low Sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. Maturitas 2009;64:38-42

20. Yangin HB, Aksözer G, Sengün N, Kukulue K. The relation between depression and sexual function in menopause period. Maturitas 2008; 61:233-237

21. Rowland, KF., Haynes, SN. A sexual enhancement program for elderly couples. Journal Sex Of Marital Therapy1978;4:91-113

22. Smith WJ, Beadle K, Shuster Ej. The impact of a group psychoeducational appointment on women with sexual dysfunction. American Journal of Obstetrics & Gynecology2008;198: 1-697

23. Khaleghi Yale GonbadiF, BehboodiMoghaddam Z, Arzaghi M. and Montazeri A. Effect ofsex educationprogramsonsexual functionandsexual satisfactionfor womenwithsexual dysfunction, Thesis for Masterof Midwifery, School of Nursingand Midwifery,Tehran, 2013[in Persian]

24. Law Office, Ministry of Health andMedical Education, availableon May 21, 2012.
http://lawoffice.mohme.gov.ir/laws/dedicated_law/print_laws_all.jsp?id=1&id2=1352

25. Beck, AT., Steer, RA., Brown, G.K. Manual for the Beck Depression Inventory – II. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio, 1996

26. Beck A.T, Steer R.A. &Garbin M.G.Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review 1988;8: 77-100

27. Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2005;11:312-26

28. Safarinejad, MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research 2006; 18: 382-395

29. Hawton K, Goth D, Day A. Sexual function in community sample of middle-age women with partners: effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, and menopausal factors. Archive of Sexual Behavior 1994; 23:375–95

30. Maridi G, Seyedoshohadaei F. and HoseinAbbasi, N,2005.Effect ofhealth education on knowledgeandquality of life inpostmenopausal women. Iranian Journal of Nursing 2005;18:31-38 [in Persian]

31. Yazdkhasti M, Keshavarz M, MerghatiKhoei E. and Hosseini, AF. The Effect of Structured Educational Program by Support Group on Menopause Women's Quality of Life. Iranian Journal of Medical Education 2012;11:986-994 [in Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

ABSTRACT

Effectiveness of a sex education program on sexual function in postmenopausal women with sexual dysfunction: A randomized trial

Mandana Mirmohammad Aliei [1], Fatemeh Ghelichkhani [1*], Minoo Pakghohar [1], Mahmood Mahmoodi Majd Abadi [2]

1. Maternal and Child Health Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2016; 2: 181-192
Accepted for publication: 5 May 2015
[EPub a head of print-1 March 2016]

Objective (s): The aim of this study was to evaluate the impact of a sex education program on sexual function in menopausal women with sexual dysfunction in selected health centers in Tehran, Iran.
Methods: This was a randomized trial. Women who had sexual dysfunction and did not have depression were chosen and randomly assigned into two groups: the intervention and control groups (50 women per each group). The intervention group received a training program in 4 sequential weekly sessions. The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Beck Depression Inventory were used to collect data. Sexual function in postmenopausal women was evaluated two months after the intervention in the intervention and control groups. Then, initial assessment was compared to the follow-up data.
Results: The overall mean score of sexual function (P=0.001) and desire (P=0.002), excitement (P=0.046) vaginal luubrication (P=0.012), sexual satisfaction (P=0.003) and dyspareunia (P=0.035) were significantly better among intervention group. However, there was no statistical difference between two groups in orgasm (P= 0.059).
Conclusion: The finding suggest that four sequential weekly educational sessions can improve sexual dysfunction in menopausal women suffering from sexual dysfunction.

Key words: Educational Program, Menopause, Sexual Function, Sexual dysfunction

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.6.8]

[*] Corresponding author: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran
Tel: 65242968
E-mail: ghelichkhani_f@yahoo.com