عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی در یائسگی: مروری بر متون پژوهشی

سهیلا نظرپور[1]، معصومه سیمبر[1*]، فهیمه رمضانی تهرانی[2]

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولیدمثل پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال چهاردهم شماره اول بهمن ـ اسفند ۱۳۹۳ صص ۵۸-۴۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۳ دی ۹۳]

چکیده

عملکرد جنسی جزء مهمی از زندگی زنان است و تغییر در آن به خصوص در یائسگی، می‌تواند بر سلامت ایشان تأثیرگذار باشد. عملکرد جنسی زنان یائسه می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد. هدف از این مطالعه مروری، بررسی عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه و شناسایی چالش‌های موجود بود. در مطالعه حاضر از مقالات ایندکس شده در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed، Science Direct، Iranmedex، Google Scular، EMBASE، Scopus و SID استفاده شده است. در این بررسی کلیه عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه در سه حیطه جسمی، روانی ـ عاطفی و اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. مجموعه مقالات بررسی شده شامل ۴۶ مقاله در رابطه با یائسگی و عملکرد جنسی بوده که دربرگیرنده تحقیقات مربوط به ۱۰ سال اخیر (از سال ۲۰۰۳ تاکنون) بوده است. نتایج مطالعه نشان می‌داد که در حیطه جسمی، سن، کمبود استروژن‌ها، نوع یائسگی (طبیعی و جراحی)، مشکلات طبی مزمن، هیسترکتومی، مشکلات جنسی شریک جنسی، شدت نشانه‌های یائسگی (به جز گرگرفتگی)، سابقه زایمان سخت و وضعیت بهداشتی از عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی شناخته شده‌اند. برخی نتایج متناقض در خصوص تأثیر میزان آندروژنها، درمان هورمونی، ورزش و فعالیت بدنی، شاخص توده بدنی و تاریخچه مامایی بر عملکرد جنسی زنان یائسه حاصل شد. در حیطه روان عاطفی، تمامی مطالعات تأثیر افسردگی و اضطراب را بر میزان عملکرد جنسی تأیید نموده‌اند. در حیطه اجتماعی، عواملی شامل مصرف سیگار، کیفیت روابط با همسر، وفاداری شریک جنسی، آگاهی جنسی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی، زندگی جدا از همسر، و درک منفی از وضعیت سلامت زنان از عوامل مؤثر شناخته بودند. در مورد تأثیر تحصیلات، شغل، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، مصرف الکل، مدت زمان زناشویی و تعداد مقاربت نتایج متناقضی حاصل شده. عوامل متعددی بر عملکرد جنسی زنان یائسه مؤثرند که در برخی موارد بررسی بیشتری مورد نیاز است.

کلیدواژه: عملکرد جنسی، یائسگی، عوامل مؤثر

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از میرداماد، روبروی بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی
تلفن: ۸۸۲۰۲۵۱۶
E-mail: msimbar@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

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. یائسگی به معنی قطع دایمی قاعدگی‌ها است و فرآیندی است که در طی یک دوره زمانی رخ داده و هیچ اتفاق نظر دقیقی بر روی این که چه زمانی گذار یائسگی شروع می‌شود، وجود ندارد[۱]. یائسگی را به مراحل زیر تقسیم بندی می‌نمایند:

۱) گذار یائسگی اولیه: در این مرحله سیکل‌های قاعدگی طولانی می‌شود؛۲) گذار یائسگی دیررس: با ۲ یا بیشتر از ۲ سیکل قاعدگی از دست رفته و حداقل یک فاصله ۶۰ روز یا بیشتر آمنوره مشخص می‌شود؛ ۳) پس از یائسگی اولیه: به عنوان ۵ سال از آخرین دوره قاعدگی تعریف می‌شود و ۴) بعد از یائسگی دیررس: که با مرگ زن خاتمه می‌یابد[۲]. این دوران به دلیل ایجاد تغییرات جسمی و روانی، مرحله پیچیده‌ای از زندگی زنان را تشکیل می‌دهد. یکی از مسایلی که می‌تواند در این میان مورد توجه قرار گیرد مسئله تمایلات جنسی و عملکرد جنسی است. مجموعه‌ای از جنبه‌های روانی جنسی مانند تحریک جنسی و میل جنسی را عملکرد جنسی گویند[۳]. تمایلات جنسی به عنوان «یک حالت رفاه جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی در ارتباط با تمایلات جنسی، نه صرفاً فقدان بیماری، اختلال عملکرد یا ناتوانی» تعریف می‌شود[۴]. تمایلات جنسی بعد وسیع و مهمی از شخصیت انسان است که به‌صورت یک ساختار رهانشدنی از ترکیب وجودی او باقی می‌ماند و تغییر در عملکرد جنسی می‌تواند یکی از نگرانی‌های دوران بعد از یائسگی باشد. سیکل پاسخ‌های جنسی در زنان که شامل مراحل برانگیختگی، ثبات، تمایل، ارگاسم و تحلیل است[۵]، با واسطه فعل و انفعالات پیچیده عوامل روانی، اجتماعی، محیطی و بیولوژیک (هورمونی، عروقی، عضلانی و عصبی) صورت می‌گیرد. سلامت جنسی حاصل تعامل عوامل عروقی، عصبی و هورمونی بوده و تحت تأثیر عوامل فردی، روابط بین فردی، سنت‌های حاکم بر خانواده و اجتماع، فرهنگ و مذهب قرار می‌گیرد[۶]. راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی امریکا اختلال عملکرد جنسی را به عنوان یک آشفتگی در تمایل جنسی و /یا تغییرات روانی ـ فیزیولوژیکی در چرخه پاسخ جنسی که سبب دیسترس و مشکلات فردی می شود، تعریف می‌نماید[۷]. با توجه به این که گستردگی و تأثیر مرگ و میر ناشی از باروری بر سلامت و کیفیت زندگی زنان در کشورهای در حال توسعه مستند شده است[۹، ۸]، لذا اختلالات عملکرد جنسی به عنوان یک عارضه می‌تواند نقش مهمی را در زندگی زنان ایفا نماید. امروزه با افزایش جمعیت زنان در جهان، بر تعداد زنان یائسه افزوده شده است[۱۰]. با توجه به بهبود میزان امید به زندگی و افزایش قابل توجه جمعیت سالخورده، یعنی اشخاص ۶۵ ساله و بالاتر، به نظر می‌رسد که نیاز بیشتری برای درک کامل مسائل مربوط به سالمندان وجود داشته باشد[۱۱]. طبق آمار پیش بینی شده از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، در ایران تا سال ۱۴۰۰، حدود ۵ میلیون نفر زن در سن یائسگی زندگی خواهند کرد[۱۲]. لذا با توجه به گذار جمعیتی کشور ایران به سمت سالخوردگی به نظر می‌رسد توجه به مسایل بهداشتی زنان یائسه حائز اهمیت باشد. توجه به ابعاد مختلف سلامتی این گروه سنی و بالاخص عملکرد جنسی ایشان، که کمتر به آن پرداخته شده، می تواند گامی در جهت بهبود کیفیت زندگی آنان باشد.

شیوع مشکلات عملکرد جنسی: شیوع اختلال عملکرد جنسی در میان کلیه زنان بین ۲۵ درصد و ۶۳ درصد برآورد شده است. این شیوع در زنان بعد از یائسگی از این هم بالاتر و به میزان بین ۶۸ درصد و ۸۶/۵ درصد، بر اساس روش انجام مطالعه است[۱۱]. اختلالات جنسی در جوامع مختلف شیوع متفاوتی دارد[۶]. تفاوت قابل ملاحظه در بین ارقام بدست آمده از کشورهای مختلف، می‌تواند متأثر از عوامل نژادی، مذهبی، فرهنگی و نگرشی[۱۳] و روش های مختلف تحقیق و ابزار متفاوت باشد. در این مطالعه به مروری بر شیوع این اختلالات در ایران و جهان و چرایی این تفاوت‌ها پرداخته می‌شود. چرا که نگرش اجتماعی، نقش‌های فرهنگی و اعتقادات دینی می‌توانند بر تجربه تمایلات جنسی زنان مسن تأثیر بگذارند[۱۴].

عوامل پیشگویی‌کننده و مؤثر بر عملکرد جنسی در یائسگی: عوامل بسیاری می‌توانند بر عملکرد جنسی زنان یائسه تأثیرگذار باشند که در تحقیقات متعددی به آنها پرداخته شده است. به طور کلی تأثیر عوامل متفاوتی بر عملکرد جنسی در سه حیطه جسمی، روان عاطفی و عوامل اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. در حیطه جسمی، به سن فرد و همسر، تغییرات هورمونی، مدت یائسگی، نوع یائسگی (جراحی یا طبی)، مشکلات طبی مزمن و علل جسمی، شاخص توده بدنی، مشکلات جنسی همسر، شدت نشانه‌های جسمی یائسگی، فعالیت فیزیکی، درمان‌های هورمونی، سابقه مامایی و وضعیت بهداشتی پرداخته می‌شود. در حیطه روان عاطفی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

عواملی مانند افسردگی و اضطراب، شدت نشانه‌های روانی یائسگی، احساسات در مورد شریک جنسی، میزان اعتماد به نفس و عزت نفس، تصویر از بدن و میزان احساس جذابیت جنسی مطرح و بحث می‌شوند. در حیطه اجتماعی، عواملی شامل تحصیلات فرد و همسر، شغل، دسترسی به شریک جنسی، تغییر شریک جنسی، طول مدت ارتباط و زندگی زناشویی، تعداد مقاربت، کیفیت روابط با همسر، وفاداری شریک جنسی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، زمینه فرهنگی، اعتقادات مذهبی، میزان آگاهی جنسی، درک از وضعیت سلامت، شیوه زندگی، فعالیت جنسی قبلی، انتظارات اجتماعی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی، تفاوت‌های قومی و نژادی و سوء استفاده از مواد (نظیر مصرف سیگار، الکل، ...) مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که در این مقاله مرور و بحث شده اند. با توجه به تنوع عوامل و نتایج حاصله از بررسی‌ها، هدف از مطالعه حاضر بررسی عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه و شناسایی چالش‌های موجود در این حیطه است. این مقاله درصدد پاسخگویی به این سوال بود که چه عواملی بر عملکرد جنسی زنان یائسه تأثیر گذارند. شناسایی عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه می‌تواند درکمک به انجام برنامه‌ریزی و نیز انجام مداخلات لازم در راستای ارتقای سطح سلامت جنسی در یائسگی مفید واقع شود.

مواد و روش کار

روش مطالعه حاضر از نوع مروری بود. در این مطالعه از مقالات مربوط به مطالعات توصیفی و تحلیلی و مداخله‌ای ایندکس شده در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed، Science Direct، Iranmedex، Google Scular، EMBASE، Scopus و SID (Scientific Information Database) استفاده شده است. در جستجوی مقالات، کلمات کلیدی به کار برده شده شامل یائسگی، عملکرد جنسی، اختلال عملکرد جنسی، مشکل/ مشکلات جنسی شیوع پیری، عوامل مؤثر و عوامل پیشگویی کننده بودند. معیارهای انتخاب مقالات عبارت بود از:

۱) مقالات از نوع طولی، مقطعی و مداخله‌ای که مربوط به ۱۰ سال اخیر (از سال ۲۰۰۳ تاکنون) می‌شدند

۲) مقالات فارسی و انگلیسی زبان چاپ شده در مجلات علمی پژوهشی داخل و خارج از کشور که متن کامل آنها در دسترس بود.

۳) مقالاتی که مربوط به بررسی عملکرد جنسی و عوامل مؤثر بر آن در زنان یائسه و شیوع اختلالات عملکرد جنسی در یائسگی در کشورهای مختلف جهان و از جمله در ایران می‌شدند.

معیارهای حذف مقالات عبارت بودند از: مقالاتی که متن کامل آنها وجود نداشت، مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های در دسترس، مقالات با پاسخ کلی کمتر از ۵۰ درصد، و یا مواردی که میزان پاسخ یا حجم نمونه نامشخص بود، مقالاتی که در آنها نحوه اجرا به خوبی مشخص نشده بود، مقالاتی که صرفاً بر روی زنان غیر یائسه انجام گردیده بود (مطالعاتی که شامل کلیه زنان اعم از یائسه و غیر یائسه می‌شد نیز با تمرکز بر بخش نتایج حاصل در مورد زنان یائسه مورد بررسی قرار گفتند)، مقالاتی که مطالعه بر روی زنان گروه سنی یائسگی (مانند ۵۲-۴۲ ساله) انجام پذیرفته و نتایج نشان دهنده وضعیت یائسگی آنها نبود. مراحل انجام کار بدین صورت بود که جستجوی مقالات توسط یک نفر از محققان انجام شد. بررسی معیارهای ورود و حذف مقالات بر اساس عنوان و چکیده مقالات انجام شد. پس از حذف مقالاتی که معیارهای ورود به مطالعه را نداشتند، متن کامل تمام مقالاتی که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، تهیه و در این مرور مورد بررسی قرار گرفتند. سپس نتایج آنها با توجه به عامل مورد بررسی استخراج گردید. پیامد مورد بررسی، شامل عوامل تأثیرگذار بر عملکرد جنسی، شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه می‌شد. سپس نتایج در اختیار دو محقق دیگر جهت بازبینی و اصلاح قرار گرفت. در این بررسی هدف، مرور مطالعات درمانی در جهت بهبود عملکرد جنسی نبوده است و تنها مطالعات مداخله‌ای با تمرکز بر فعالیت فیزیکی و ورزش، به عنوان یک عامل مؤثر بر عملکرد جنسی (که در دوره ۳ ماهه انجام پذیرفته بود)، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در این مقالات معیار تشخیص یائسگی بر پایه عدم وجود قاعدگی به مدت یک سال بوده است. همچنین بررسی عملکرد جنسی و تشخیص اختلال عملکرد جنسی با کاربرد پرسشنامه‌های استاندارد نظیر پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان، شاخص عملکرد جنسی زنان کوتاه ۶ موردی (FSFI-6)، پرسشنامه مک کوی و پرسشنامه تغییرات ۱۴ گانه در عملکرد جنسی انجام گردیده است. به‌طورکلی در این بررسی مجموعه مقالات مطالعه شده شامل ۱۷۱ مقاله می‌شد که درنهایت ۴۶ مقاله برای این منظور مناسب در نظر گرفته شده، مورد بررسی و استخراج نتایج قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۶ مقاله در رابطه با یائسگی و عملکرد جنسی از ۱۵ کشور مورد بررسی قرار گرفته است. اگر چه اطلاعات مربوط به اختلال عملکرد جنسی در زنان قبل از یائسگی در مقایسه با بعد از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

یائسگی محدود است، اما تعدادی از مطالعات نشان داده اند که گذار یائسگی تأثیر منفی بر روی عملکرد جنسی دارد. در برخی مطالعات، شکایت جنسی افزایش یافته، (نظیر فقدان میل جنسی[۱]، کاهش تعداد فعالیت جنسی، کاهش پاسخ جنسی، مشکل رسیدن به ارگاسم و کاهش احساس ناحیه تناسلی[۱۵]) در ارتباط با کاهش سطح استرادیول هستند[۱۶]، در حالی که سایر تحقیقات اظهار می دارند که متغیرهای بین فردی، ممکن است مهمتر از شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان بعد از یائسگی بین ۶۸ درصد و ۸۶/۵ درصد، بر اساس روش انجام مطالعه بود[۱۱]. بر اساس مطالعات، شیوع اختلالات عملکرد جنسی در طی منوپوز در فلوریدا، ۲۰ درصد[۱۷]؛ در شیلی، ۵۱/۳ درصد[۱۸]؛ در امریکا، از ۶۸ درصد تا ۸۶ درصد[۱۱]؛ در نیجریه ۴۰/۴ درصد[۱۹] و در برزیل ۳۵/۹ درصد[۲۰] گزارش شد. تحقیقات انجام شده در ایران نیز نشان داده اند که میزان شیوع اختلالات عملکرد جنسی زنان یائسه بر اساس محل بررسی و سن نمونه‌ها از ۴۹درصد تا ۸۰ درصد بوده است که این اختلال در فاز تمایل و برانگیختگی بیشترین میزان را دارا بوده است. در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت که در ۲۸ شهر ایران انجام شد، مشخص گردید که ۳۹ درصد از زنان بالای ۵۰ سال مبتلا به اختلال عملکرد جنسی هستند[۲۱]. در بررسی دیگری در اصفهان اختلال عملکرد جنسی در دوران یائسگی، ۷۲/۴ درصد برآورد شد که بر اساس شدت اختلال عبارت بود از اختلال در فاز برانگیختگی ۷۵/۳ درصد، اختلال در فاز تمایل ۶۲/۶ درصد، اختلال در فاز ارگاسم ۵۶/۳ درصد و واژینیسموس ۱۵/۸درصد[۱۳]. در بررسی انجام شده در تهران، اختلال عملکرد جنسی زنان بعد از یائسگی در تمایل ۶۹/۸ درصد ، برانگیختگی ۷/ ۶۱درصد ، لغزنده‌سازی ۴۹/۷درصد، درد ۴۵درصد، ارگاسم ۴۰/۳ درصد و رضایت ۳۶/۹ درصد گزارش گردید[۲۲]. در شهر آمل بررسی نشان داد که ۷۰درصد از افراد تحت مطالعه، فعالیت جنسی کاهش یافته بعد از یائسگی داشتند و میزان اختلال عملکرد جنسی شامل اختلالات تمایل ۸۰ درصد، اختلال عملکرد برانگیختگی ۸۰ درصد ، اختلالات عملکرد ارگاسم ۲۵ درصد، دیس پارونی ۵۵/۶ درصد و فقدان میل جنسی ۴۳/۲درصد بود[۲۳]. همانطور که اشاره شد عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی را می‌توان در سه حیطه جسمی، روان عاطفی و اجتماعی تقسیم بندی نمود.

حیطه جسمی: در حیطه جسمی، تجزیه و تحلیل طولی کاهش قابل توجهی در عملکرد جنسی با افزایش سن و گذار یائسگی نشان داد. با بررسی مطالعات انجام شده مشخص گردید که بین سن فرد با عملکرد جنسی ارتباط منفی وجود دارد[۳۴-۲۴]. همچنین در برخی از تحقیقات ارتباط منفی بین سن همسر و عملکرد جنسی زن مشخص گردید[۳۵، ۳۰، ۲۹]. تغییرات حاصل در مقادیر هورمونی شامل محرومیت از استروژن‌ها و نیز کمبود آندروژن‌ها می توانسته موجب بروز تغییراتی در دستگاه تناسلی و سایر سیستم‌های بدن شود که بر عملکرد جنسی تأثیر گذار بوده است. در زمینه تأثیر محرومیت از استروژن در کاهش عملکرد جنسی توافق نظر وجود داشته است[۱۱]. در زمینه اثر آندروژن‌ها نیز بر روی عملکرد جنسی تحقیقاتی انجام پذیرفته است. به‌طوری که در مطالعه‌ای نشان داده شد که سطوح پایین‌تر تستوسترون، اختلال عملکرد جنسی را، به‌ویژه در زنان با یائسگی طبیعی پیشگویی می‌کند[۳۶] و در مطالعه‌ای دیگر مشخص گردید در زنانی که در مرحله انتقال یائسگی اولیه (افرادی که در آنها سیکل‌های قاعدگی به مدت ۷ روز یا بیشتر از مدت طبیعی تغییر کرده بود) قرار داشتند، سطح تستوسترون آزاد پلاسما، تنها عامل پیشگویی کننده نمره کلی عملکرد جنسی بود. درحالی که در زنان بعد از یائسگی اولیه (وجود آمنوره حداقل ۱۲ ماه و کمتر از ۴ سال)، سطوح DHEAS و استرادیول پیشگویی‌کننده نمره کلی عملکرد جنسی بودند[۳۷]. در بررسی دیگری نشان داده شده است که کاهش سطوح تستوسترون تام و آزاد و DHEAS به‌طور مثبتی در ارتباط با عملکرد جنسی است[۳۸]. اما در برخی مطالعات، ارتباطی بین آندروژن‌های سرم با عملکرد جنسی پیدا نشد[۳۹، ۲۲]. کاربرد هورمون درمانی جایگزینی در تعدادی از مطالعات، تأثیر مثبت بر میزان عملکرد جنسی زنان یائسه را نشان داده است[۴۱، ۴۰، ۳۵]. در یک بررسی مشخص گردید درمان جایگزینی هورمونی به طور معنی‌دار عملکرد جنسی را در حوزه ارگاسم، لغزنده‌سازی و درد بهبود می‌دهد؛ اما تمایل و برانگیختگی که مهم‌ترین حوزه‌ها هستند، بهبود نمی-یابد[۴۰]. در مطالعه‌های مشخص گردید هورمون درمانی با استروژن به تنهایی و یا در ترکیب با پروژستوژن زمانی که در زنان با نشانه های یائسگی و یا در مرحله پس از یائسگی اولیه (ظرف پنج سال از آمنوره) استفاده می‌شود، با بهبود کم تا متوسط عملکرد جنسی، به ویژه در حیطه درد همراه است، اما این مسئله در سایر مراحل صدق نمی‌کند[۴۱].در مطالعه‌ای نشان داده شد که کاربرد درمان جایگزینی یائسگی، از عوامل خطر اصلی مرتبط با اختلال عملکرد جنسی در زنانی است که از نظر جنسی فعال

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

هستند[۴۲]. نوع یائسگی نیز به عنوان عامل مؤثر دیگری مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعه‌ای نشان داد که اختلال عملکرد جنسی به‌طور قابل توجهی در زنان دچار یائسگی جراحی شایع‌تر از یائسگی طبیعی است[۳۶، ۳۳]. بر اساس مطالعات سابقه هیسترکتومی یا اووفورکتومی با اختلال عملکرد جنسی در ارتباط بوده است[۴۳، ۳۳]. وجود مشکلات طبی مزمن (شامل بی‌اختیاری ادرار، اختلالات کف لگن، جراحی، دیابت، بیماری قلبی عروقی، اختلالات نورولوژیک یا عروقی، چاقی، هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون، استئوآرتریت، مولتیپل اسکلروز، نارسایی کلیه، نارسایی کبد، بیماری ریوی، اندومتریوز، فیبروم رحمی، کانسر مانند پستان، هیپرپرولاکتینمی، هیپوتیروئیدی[۱۱])، مورد بررسی قرار گرفته و نتایج نشان داد که وجود این مشکلات بر روی عملکرد جنسی زنان یائسه تأثیر منفی دارند [۳۳، ۳۲، ۲۷]. از جمله مشکلات طبی می‌توان به مسئله چاقی اشاره نمود. در یک نظرسنجی مقطعی (۲۰ دسامبر ۱۹۹۸ تا ۳۰ آوریل ۱۹۹۹) نشان داده شد در بین زنان دارای شاخص توده بدنی پایین‌تر تعداد زنان با فعالیت جنسی آنها رضایت بخش بود، ، بالاتر بود[۴۴]. اما در مطالعه دیگری، ارتباط معنی دار بین عملکرد جنسی زنان میانسال و شاخص توده بدنی وجود نداشت[۳۳]. در مطالعه دیگری نیز مشخص گردید که نمرات کلی عملکرد جنسی به طور معکوسی با دور کمر، به عنوان شاخصی از چاقی، رابطه دارد[۳۰]. از مشکلات طبی دیگر مشکلات مثانه و بی‌اختیاری ادراری است. برخی بررسی‌ها نشان می‌دهند این مشکلات بر عملکرد جنسی زنان تأثیر منفی دارد [۳۵، ۳۱]. در زمینه ارتباط طول مدت قطع قاعدگی و میزان عملکرد جنسی، هیچ ارتباطی به دست نیامده است[۳۲]. مشکلات جنسی همسر نیز به عنوان یک عامل تأثیرگذار مطرح شده است. به‌طوری که در کلیه بررسی‌های به عمل آمده میزان عملکرد جنسی زنان یائسه در ارتباط معکوس با مشکلات جنسی همسر بوده است[۳۱، ۲۶، ۴۵]. از عوامل دیگر، شدت نشانه‌های یائسگی بود. به‌طوری‌که کلیه بررسی‌ها در این زمینه گویای ارتباط معکوس میزان عملکرد جنسی با شدت نشانه‌های یائسگی است [۴۶، ۳۵، ۳۰]. از طرفی در یک مطالعه در کشور ایران مشخص گردید که عملکرد پایین جنسی در زنان میانسال با وجود گرگرفتگی ارتباط دارد اما ارتباط معنی‌دار بین عملکرد جنسی و شدت گرگرفتگی و تعداد گرگرفتگی پیدا نشد[۳۳]. از عوامل دیگر در این حیطه، فعالیت فیزیکی است. برخی از مطالعات گویای ارتباط مثبت میزان عملکرد جنسی با انجام ورزش و فعالیت فیزیکی بود[۴۷، ۴۴]. در یک مطالعه مشخص گردید که در زنان کم تحرک میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی بالاتر است[۴۳]. مطالعه‌ای نشان دادند که ورزش متغیری است که به‌طور معنی‌دار با رضایت جنسی رابطه دارد[۳۹]. همچنین در یک بررسی، نمرات کلی عملکرد جنسی به طور مثبت با انجام ورزش‌های منظم شریک جنسی همبستگی داشت[۴۶]. اما در یک مطالعه توصیفی، هیچ ارتباط معنی‌دار بین عملکرد جنسی و ورزش دیده نشد[۴۸]. به علاوه در یک پروتکل مداخله‌ای فعالیت فیزیکی که به مدت ۳ ماه انجام گرفت، نشان داده شد که این فعالیت هیچ تأثیری بر روی عملکرد جنسی ندارد[۴۹]. از عوامل دیگر مورد بررسی تاریخچه مامایی زنان یائسه بوده. در این رابطه مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۱ بر روی ۲۶۲ زنان در سنین ۵۹-۴۰ سالگی در اکوادور مشخص نمود که نمرات کلی عملکرد جنسی، ارتباط معکوسی را با تعداد زایمان زن دارد[۳۵]. اما این محققان در بررسی دیگری در سال ۲۰۱۲ بر روی زنان همان فاصله سنی در اکوادور نشان دادند که تعداد زایمان زن به طور معنی‌داری در رابطه با عملکرد جنسی بهتر بود[۳۰]. همچنین بررسی دیگری نشان داد که عملکرد جنسی پایین به طور مثبتی در ارتباط با تعداد حاملگی، تعداد زایمان و تعداد سقط است[۲۸]. در یک بررسی در امریکا مشخص گردید که زنان نولی‌پار نمرات رضایت جنسی بالاتری را در مقایسه با زنان چندزا دارند[۵۰]. در مطالعه دیگری بر روی سوابق زایمانی، دیستوشی به عنوان عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین در زنان تعیین گردید [۲۶]. از عوامل دیگر در حیطه جسمی می‌توان به وضعیت بهداشتی اشاره نمود. به‌طوری که در یک بررسی مشخص گردید که وضعیت بهداشتی ضعیف شریک جنسی عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین در زنان است[۲۶]. جدول ۱ و ۲ تحقیقات موجود در رابطه با عوامل مؤثر جسمی ـ زیست شناختی بر عملکرد جنسی زنان یائسه را نشان داده است. در این جدول عامل تأثیرگذار، نویسندگانی که در این زمینه مطالعه نموده‌اند و نوع پژوهش و ابزار گردآوری داده‌ها، هدف، تعداد نمونه، محل و نتایج به دست آمده در هر یک درج گردیده است.

حیطه روان عاطفی: در حیطه روان عاطفی، از عوامل مورد بررسی در مطالعات مختلف افسردگی و اضطراب بوده. نتایج کلیه مطالعات بررسی شده نشان می‌داد افسردگی و اضطراب بر میزان عملکرد جنسی زنان یائسه تأثیر منفی دارند[۴۶، ۲۶، ۲۴]. نتایج نشان داده اند که افسردگی عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

در زنان است[۲۶] و افسردگی و اضطراب، از عوامل خطر اصلی برای توسعه احتمالی اختلال عملکرد جنسی هستند[۲۴]. جدول ۳ شامل تحقیقات انجام شده در مورد ارتباط افسردگی و اضطراب با میزان عملکرد جنسی زنان یائسه است.

حیطه اجتماعی: در حیطه اجتماعی، عواملی نظیر عدم وجود شریک جنسی یا تغییر شریک جنسی ممکن است بر پاسخ جنسی زنان یائسه تأثیر گذاشته و منجر به ناراحتی در واژن و کاهش میل جنسی شود[۱۵]. عوامل اجتماعی مهم دیگر که بر تمایل جنسی تأثیر می‌گذارند، موقعیت اجتماعی، نگرش‌های فرهنگی نسبت به زنان مسن هستند[۲]. روابط بین فردی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، زمینه فرهنگی، اعتقادات مذهبی، سلامت عمومی و دسترسی به شریک جنسی، بر چگونگی احساس زنان در مورد تمایلات جنسی‌اشان در طول یائسگی تأثیر می‌گذارد[۱۵]. همچنین می‌توان این‌طور استنباط نمود که سلامت جنسی ممکن است توسط شیوه زندگی بهینه‌سازی شود. در یک مطالعه مشخص گردید که رضایت از زندگی با میزان عملکرد جنسی ارتباط مستقیم دارد[۳۴]. متأسفانه به دلیل فقدان آموزش، بسیاری از زنان ممکن است متوجه نباشند که تغییرات عملکرد جنسی می‌تواند در ارتباط با تغییر در سطوح هورمونی باشد. برخی از زنان بر این باورند که عملکرد جنسی تا چند سال بعد از یائسگی تغییر نمی‌کند و همه شکایات جنسی خود را به روابط با همسرشان نسبت می‌دهند[۱]. مسائل زمینه‌ای و بین فردی مسئول اکثر تغییراتی است که در زندگی جنسی در طول سال‌های یائسگی تجربه می‌شود اما مسئول همه آن‌ها نیستند[۲]. مطالعه‌ای مشخص نمود که میزان تمایل در یائسگی با فعالیت جنسی قبلی در ارتباط است[۵۱]. همچنین بررسی دیگری نشان داد که سطح قبلی عملکرد جنسی مهمترین پیشگویی کننده عملکرد جنسی فعلی ماست[۵۲]. انتظارات اجتماعی نیز تأثیر منفی بر روی میل جنسی می‌گذارند. به طوری در بسیاری از فرهنگ ها هنوز هم بر این باورند که زنان مسن، فعالیت جنسی ندارند. اگرچه این نگرش درحال تغییر است؛ اما مطالعات مقطعی نشان داده اند که تغییر منفی در تمایلات جنسی در ارتباط با یائسگی وجود دارد و زنان بعد از یائسگی میل جنسی کمتری را نشان می‌دهند[۱۵]. برخی از فرهنگ‌ها معتقدند که زنان مسن از تمایلات جنسی کناره می‌گیرند[۱۵] برای مثال در نیجریا[۵۳] و کویت[۵۴] اکثر زنان بعد از یائسگی از تمایلات جنسی پرهیز می‌کنند. در این هنگام بسیاری از مردان همسران جدید گرفته و تشکیل خانواده جدیدی می‌دهند[۵۴، ۵۳]. در مقابل در برخی از جوامع زنان، که مسن و به عنوان شریک جنسی برای مردان جوان، جذابتر به نظر می‌رسند[۵۵]. همچنین دسترسی منظم به یک شریک جنسی، تأثیر قابل توجهی در فعالیت جنسی زنان با افزایش سن دارد. احساس تمایل و لذت از فعالیت‌های جنسی نیز توسط دسترسی به یک شریک تحت تأثیر قرار می‌گیرد. عوامل شریک جنسی ممکن است به همان میزان عملکرد جنسی خود زن در پایان رابطه جنسی اهمیت داشته باشد[۵۶]. شواهدی وجود دارد که برخی جنبه‌های عملکرد جنسی ممکن است با افزایش طول مدت ارتباط کاهش یابند. تحقیقی نشان می دهد که با افزایش طول مدت ارتباط، تمایل و علاقه جنسی زنان در اواخر نوجوانی خود تا اوایل دهه ۳۰ کاهش یافته و نیز تمایل جنسی با طول مدت ارتباط برای زنان در اوایل دهه ۵۰ تا اواسط دهه ۶۰ کاهش داشته است[۵۷]. در مطالعه کوهورت، ۶ حوزه عملکرد جنسی در ۳۱۶۷ زن در سنین ۴۲ تا ۵۲ سال بررسی شد. در این مطالعه اهمیت عوامل اجتماعی، سلامت و عوامل ارتباطی را در زمینه یائسگی و عملکرد جنسی نشان داده شد و تأکید گردیدکه این عوامل و به طور خاص احساسات در مورد شریک جنسی یا شروع یک ارتباط جدید نیز توسط دیگران به عنوان عوامل بسیار مهم شناخته شده‌اند[۵۸]. از عوامل دیگری که می‌توان به آن اشاره نمود، تفاوت‌های قومی و نژادی است. مطالعه SWAN در زنان همه سنین تفاوت قابل توجه قومی را در حوزه‌های جنسی گزارش نمود. بعد از کنترل تعداد وسیعی از متغیرها، زنان سیاه پوست تعداد بالاتری از مقاربت جنسی را نسبت به زنان سفیدپوست گزارش نمودند. زنان اسپانیایی لذت جسمی و برانگیختگی پایین‌تر داشتند؛ زنان چینی و ژاپنی درد بیشتر و تمایل و برانگیختگی کمتری نسبت به سفیدپوستان داشتند، اگر چه تفاوت معنی‌دار تنها مربوط به برانگیختگی بود[۵۸]. اما مطالعه دیگری در این زمینه ارتباط معنی‌داری بین عملکرد جنسی زنان میانسال و قومیت پیدا نکرد[۳۳]. در زمینه تحصیلات، تعدادی از مطالعات نشان دهنده ارتباط مثبت بین سطح تحصیلات فرد و یا شریک جنسی با میزان عملکرد جنسی بوده است[۴۶، ۴۴، ۳۳]. اما مطالعات دیگر گویای ارتباط منفی بین سطح تحصیلات و عملکرد جنسی بوده اند [۲۸، ۲۹، ۵۹]، در حالی که در یک مطالعه ایرانی هیچگونه همبستگی معنی‌داری بین تحصیلات زن و عملکرد جنسی وجود نداشت[۳۱]. در مورد شغل، مطالعه‌ای ارتباط معنی‌دار آماری را بین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

شغل زن با اختلالات عملکرد جنسی نشان داد. اما بین شغل مرد با اختلالات عملکرد جنسی در یائسگی ارتباط وجود نداشت[۵۹]. اما برخی مطالعات ارتباط معنی‌دار را بین شغل با اختلالات عملکرد جنسی نشان نداده اند[۳۱، ۱۳]. در خصوص وضعیت اجتماعی-اقتصادی، برخی تحقیقات مشخص نمودند که ارتباط معنی‌دار بین وضعیت اقتصادی خانواده و وضعیت محل سکونت، با اختلالات عملکرد جنسی وجود دارد[۵۹، ۱۳]. در یک مطالعه مشخص گردید که همبستگی معنی‌دار منفی بین عملکرد جنسی و درآمد خانواده وجود دارد[۲۸]. در یک مطالعه مشخص گردید که در کیفیت زندگی پایین، شیوع اختلال عملکرد جنسی بطور قابل توجهی بالاتر است[۴۳]. بررسی دیگری نشان داد که در بین زنان دارای وضعیت اجتماعی جمعیتی متوسط تعداد زنان با فعالیت جنسی رضایت بخش بود، بالاتر است[۴۴]. اما یک مطالعه ایرانی مشخص نمود که عملکرد جنسی افراد دارای درآمد کافی به طور معنی‌دار پایین‌تر است[۳۲]. ارتفاع بالای محل زندگی نیز به عنوان یک عامل مؤثر بر عملکرد جنسی پایین در مطالعه‌ای نشان داده شده است[۳۰]. جدول ۳ تحقیقات موجود در رابطه با عوامل دموگرافیک مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه را نشان می‌دهد. سوءاستفاده از مواد و عادات نیز در مطالعات بررسی شده‌اند. تحقیقی نشان داد تعداد زنانی که فعالیت جنسی آنها رضایت‌بخش بود، در بین زنان غیرسیگاری بالاتر بود[۴۴] بررسی دیگری مشخص نمود که میزان عملکرد جنسی زن با سوء مصرف الکل همسر رابطه منفی دارد[۲۵]. همچنین مطالعه‌ای نشان داد که مصرف الکل عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین در زنان است[۲۶]. اما برخی مطالعات رابطه معنی‌دار بین مصرف الکل و عملکرد جنسی نشان ندادند[۳۳]. کیفیت روابط با همسر از جمله عوامل اجتماعی است که می‌تواند بر عملکرد جنسی زنان یائسه تأثیرگذار باشد [۱۳، ۲۶]؛ به‌طوری که در یک مطالعه، ارتباط بهتر با همسر در ارتباط با مسائل جنسی، به عنوان یک عامل حفاظتی در مقابل عملکرد جنسی پایین در زنان تعیین گردید[۲۶]. برخی مطالعات مشخص نمودند که وفاداری شریک جنسی، خطر اختلال عملکرد جنسی زنان را کاهش می‌دهد[۲۹، ۱۳]. از طرف دیگر سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی[۳۲] و زندگی جدا از همسر[۲۶] به عنوان عامل خطر برای اختلال عملکرد جنسی بوده اند. مطالعه نشان می-دهد که زنان مطلقه یا جدا شده اختلال عملکرد جنسی بالاتری دارند[۴۳]. در یک بررسی ارتباط بین آگاهی جنسی با اختلالات عملکرد جنسی را نشان داده شد[۱۳]. همچنین وجود درک منفی از وضعیت سلامت زنان به عنوان عامل خطر مرتبط اختلال عملکرد جنسی در تحقیقی مشخص گردید[۳۱]. مدت زمان زندگی زناشویی و ازدواج از عوامل اجتماعی دیگر است که به آن پرداخته شده است. در یک بررسی مشخص شد که با افزایش مدت زمان زندگی مشترک، مشکلات کمتری در روابط جنسی مشاهده می‌شود [۲۷]؛ اما در مطالعه دیگری خطر بالای اختلال عملکرد جنسی، به-طور قابل توجهی در ارتباط با طول مدت ازدواج بود[۶۰]. تعداد مقاربت نیز به عنوان یک عامل مورد بررسی قرار گرفته است. در یک بررسی مشخص گردید که خطر بالای FSD، به‌طور قابل توجهی در ارتباط با تعداد مقاربت جنسی است[۲۷]. اما مطالعه دیگری نشان داد که عملکرد جنسی به طور مثبتی در ارتباط با تعداد مقاربت است[۳۰]. از عوامل محافظتی برای بروز اختلال عملکرد جنسی، بر اساس یک بررسی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی خصوصی بوده است[۳۱]. جدول ۳ شامل تحقیقات انجام شده در مورد عوامل اجتماعی مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

جدول ۱: تحقیقات انجام شده در زمینه عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه (حیطه جسمی)

عامل مؤثر بر عملکرد جنسی	نویسندگان	محل و سال انتشار	تعداد نمونه	نتایج
سن فرد و همسر	Jonusiene و همکاران	لیتوانی،۱۰۱۲	۲۶۴	عملکرد جنسی در زنان کم سن تر در مقایسه با بقیه بهتر است
	Pérez-López	اسپانیا، ۲۰۱۲	۱۷۹	عملکرد جنسی زن به طور معکوس با سن زن ارتباط داشت.
	Lianjun و همکاران	چین، ۲۰۱۱	۱،۴۵۷	سن عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین در زنان است.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۱	۲۶۲	نمرات کلی عملکرد جنسی، ارتباط معکوسی را با سن شریک جنسی نشان داد.
	Ishak و همکاران	مالزی، ۲۰۱۰	۱۶۳	خطر بالای FSD* به‌طور قابل توجهی در ارتباط با سن و سن همسر بود.
	Verit و همکاران	ترکیه، ۲۰۰۹	۱۸۰	عملکرد جنسی پایین به طور مثبتی در ارتباط با سن فرد بود.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۰۹	۴۰۹	سن زنان و سن شریک جنسی خطر اختلال عملکرد جنسی زنان را افزایش می‌دهند.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۲	۹۰۴	نمرات کلی عملکرد جنسی به طور معکوسی با سن زن و سن همسر رابطه داشت.
	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران، ۱۳۹۱	۴۰۰	امتیاز کلی عملکرد جنسی افراد در گروه سنی ۵۹-۵۵ سال، پایین تر بود.
	بیگی و همکاران	ایران، ۱۳۸۷	۱۷۴	ارتباط آماری معنی‌داری بین سن با اختلالات عملکرد جنسی وجود داشت.
	Blümel و همکاران	اکوادور، ۲۰۰۹	۷۲۴۳	سن بالاتر از ۴۸ سال از عوامل خطر اصلی اختلال عملکرد جنسی زنان بود.
	مرقاتی و همکاران	ایران، ۲۰۱۳	۲۰۰	عملکرد جنسی افراد با افزایش سن کاهش می یابد
مشکلات طبی مزمن	Lianjun و همکاران	چین،۲۰۱۱	۱،۴۵۷	بیماری طبی مزمن عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین در زنان است.
	Ishak و همکاران	مالزی، ۲۰۱۰	۱۶۳	خطر بالای FSD، به‌طور قابل توجهی در ارتباط با مشکلات طبی بود.
	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران، ۱۳۹۱	۴۰۰	امتیاز کلی عملکرد جنسی افراد دارای بیماری‌های مزمن، پایین تر بود.
	مرقاتی و همکاران	ایران، ۲۰۱۳	۲۰۰	درمشکلات سلامتی و مصرف داروهای تجویز شده، عملکرد جنسی پایین‌تر بود.
بی اختیاری ادراری	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران، ۱۳۹۱	۴۰۰	امتیاز کلی عملکرد جنسی افراد دارای بی اختیاری ادرار، پایین تر بود.
	Blümel و همکاران	اکوادور۲۰۰۹	۷۲۴۳	مشکلات مثانه، از عوامل خطر اصلی اختلال عملکرد جنسی زنان بود.
عملکرد و مشکلات جنسی همسر	Pérez-López	اسپانیا،۲۰۱۲	۱۷۹	میزان عملکرد جنسی زن در ارتباط منفی با مشکلات شریک جنسی بود.
	Mezones-Holguin و همکاران	پرو، ۲۰۱۱	۳۳۵	عملکرد جنسی به طور معکوس با عملکرد جنسی شریک جنسی رابطه داشت
	Lianjun و همکاران	چین، ۲۰۱۱	۱،۴۵۷	اختلال عملکرد جنسی در شریک جنسی عامل خطر مستقل برای FSD بود.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۰۹	۴۰۹	اختلالات نعوظی و انزال زودرس همسر خطر FSD را افزایش می‌دهد.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۲	۹۰۴	عملکرد جنسی پایین تر، در ارتباط با اختلال عملکرد جنسی شریک جنسی است.
	Blümel و همکاران	اکوادور، ۲۰۰۹	۷۲۴۳	اختلال عملکرد جنسی در شریک جنسی، از عوامل خطر اصلی FSD است.
وضعیت یائسگی	Alarslan و همکاران	ترکیه، ۲۰۱۱	۱۱۸	عملکرد جنسی در زنان دچار یائسگی جراحی شایع‌تر از یائسگی طبیعی بود.
	مرقاتی و همکاران	ایران، ۲۰۱۳	۲۰۰	عملکرد جنسی افراد با سابقه هیسترکتومی یا اووفورکتومی پایین تر بود.
	Cabral و همکاران	برزیل، ۲۰۱۳		در زنان با سابقه هیسترکتومی، شیوع اختلال عملکرد جنسی بالاتر بود.
شدت نشانه های یائسگی	Jonusiene و همکاران	لیتوانی، ۲۰۱۲	۲۴۶	نشانه های یائسگی، از عوامل خطر اصلی برای اختلال عملکرد جنسی بود.
	Pérez-López و همکاران	اسپانیا، ۲۰۱۲	۱۷۹	میزان عملکرد جنسی به طور معکوس با شدت نشانه های یائسگی ارتباط داشت.
	Mezones-Holguin و همکاران	پرو،۲۰۱۱	۳۳۵	نمره کلی عملکرد جنسی با نمرات شدت نشانه های یائسگی همبستگی داشت.
	Llaneza و همکاران	اسپانیا،۲۰۱۱	۱۱۷	نمرات عملکرد جنسی در ارتباط منفی با نمرات شدت نشانه‌های یائسگی بود.
	Chedraui و همکاران	اکوادور،۲۰۱۱	۲۶۲	ارتباط منفی بین نمرات عملکرد جنسی و شدت نشانه‌های یائسگی وجود داشت.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۲	۹۰۴	نمرات کلی عملکرد جنسی به طور معکوسی با شدت گرگرفتگی رابطه داشت.
	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران ، ۱۳۹۱	۴۰۰	امتیاز کلی عملکرد جنسی افراد دارای علائم وازوموتور، پایین تر بود.
	مرقاتی و همکاران	ایران، ۲۰۱۳	۲۰۰	امتیاز پایین تر عملکرد جنسی در ارتباط با وجود گرگرفتگی وخشکی واژن بود. اما ارتباط معنی داری بین عملکرد جنسی و شدت و تعداد گرگرفتگی وجود نداشت.

*Femal Sexual Dysfunction

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

جدول ۲: تحقیقات انجام شده در زمینه عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه (حیطه جسمی)(ادامه)

عامل مؤثر بر عملکرد جنسی	نویسندگان	محل و سال انتشار	تعداد نمونه	نتایج
طول مدت قطع قاعدگی	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران، ۱۳۹۱	۴۰۰	طول مدت قطع قاعدگی با هیچکدام از ابعاد عملکرد جنسی همبستگی نداشت.
ورزش و فعالیت فیزیکی	Llaneza و همکاران	اسپانیا،۲۰۱۱	۱۱۷	نمره عملکرد جنسی با انجام ورزش منظم شریک جنسی همبستگی مثبت داشت.
فرد و همسر	Park و همکاران	کره جنوبی، ۲۰۰۳	۲۱۹۶	زنانی که فعالیت جنسی رضایت بخش داشتند، دارای فعالیت فیزیکی، بالاتر بودند.
	Gerber و همکاران	امریکا، ۲۰۰۵	۲۳	ورزش تنها متغیری بود که به‌طور معنی‌دار با رضایت جنسی رابطه داشت
	Mirzaiinjmabadi و همکاران	استرالیا،۲۰۰۶	۸۸۶	هیچ ارتباط معنی‌داری بین نشانه‌های وازوموتور، عملکرد جنسی و ورزش دیده نشد.
	Dąbrowska و همکاران	لهستان، ۲۰۱۰	۴۰۰	بین سطح بالای فعالیت فیزیکی عمومی و عملکرد جنسی بهتر ارتباط وجود داشت.
	Lara و همکاران	برزیل، ۲۰۱۲	۳۲	پروتکل مداخله‌ای فعالیت فیزیکی هیچ تأثیری بر روی عملکرد جنسی نداشت.
	Cabral و همکاران	برزیل، ۲۰۱۳		در زنان کم تحرک شیوع اختلال عملکرد جنسی بطور قابل توجهی بالاتر بود.
درمان هورمونی	Jonusiene و همکاران	لیتوانی، ۲۰۱۲	۲۴۶	عملکرد جنسی در زنان مصرف کننده هورمون در مقایسه با بقیه بهتر است
	Chedraui و همکاران	اکوادور،۲۰۱۱	۲۶۲	نمرات کلی عملکرد جنسی، ارتباط مثبت ا با کاربرد هورمون‌درمانی نشان داد.
	Ishak و همکاران	مالزی، ۲۰۱۰	۱۶۳	با سابقه کاربرد روش پیشگیری از بارداری هورمونی، خطر FSD* کمتر بود.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۰۹	۴۰۹	کاربرد درمان هورمونی خطر اختلال عملکرد جنسی زنان را کاهش می‌دهند.
	Blümel و همکاران	اکوادور،۲۰۰۹	۷۲۴۳	کاربرد درمان جایگزینی یائسگی، از عوامل خطر اصلی FSD بود.
	González و همکاران	امریکا جنوبی،۲۰۰۴	۲۱۳	جایگزینی هورمونی، عملکرد جنسی را در حوزه ارگاسم، لغزنده‌سازی و درد بهبود می‌داد
شاخص توده بدنی	Park و همکاران	کره جنوبی، ۲۰۰۳	۲۱۹۶	زنانی که فعالیت جنسی رضایت بخش داشتند، دارای شاخص توده بدنی پایین تر بودند.
	مرقاتی و همکاران	ایران، ۲۰۱۳	۲۰۰	ارتباط معنی‌داری بین عملکرد جنسی و شاخص توده بدنی وجود نداشت.
دور کمر	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۲	۹۰۴	نمرات کلی عملکرد جنسی به طور معکوسی با دور کمر رابطه داشت.
سابقه مامایی (تعداد حاملگی، زایمان، سقط)	Chedraui و همکاران	اکوادور،۲۰۱۱	۲۶۲	نمرات کلی عملکرد جنسی، ارتباط معکوسی را با تعداد زایمان زن نشان داد.
	Verit و همکاران	ترکیه، ۲۰۰۹	۱۸۰	عملکرد جنسی پایین در ارتباط مثبت با تعداد حاملگی، تعداد زایمان و تعداد سقط بود.
	Botros و همکاران	امریکا، ۲۰۰۶	۵۴۲	زنان نولی پار نمرات رضایت جنسی بالاتری را در مقایسه با زنان چندزا داشتند.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۲	۹۰۴	تعداد زایمان زن به طور معنی‌داری در رابطه با عملکرد جنسی بهتر بود.
دیستوشی	Lianjun و همکاران	چین،۲۰۱۱	۱،۴۵۷	دیستوشی عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین در زنان است.
وضعیت بهداشتی	Lianjun و همکاران	چین،۲۰۱۱	۱،۴۵۷	وضعیت بهداشتی ضعیف شریک جنسی عامل خطر عملکرد جنسی پایین زنان است
سطوح هورمونی (تستوسترون و DHEAS)	Moghassemi و همکاران	ایران،۲۰۱۱	۱۴۹	تفاوتی بین دو گروه با و بدون FSD از نظر سطح هورمونها و SHBG وجود نداشت.
	Gerber و همکاران	امریکا، ۲۰۰۵	۵۷	ارتباطی بین تستوسترون آزاد خون و رضایت جنسی در سال اول و پنجم مطالعه نبود.
	Alarslan و همکاران	ترکیه،۲۰۱۱	۱۱۸	سطوح پایین‌تر تستوسترون، اختلال عملکرد جنسی را پیشگویی می‌کند.
	Nappi و همکاران	ایتالیا، ۲۰۱۰	۱۳۸	تستوسترون آزاد، DHEAS و استرادیول پیشگویی‌کننده عملکرد جنسی در زنان بودند
	Turna و همکاران	ترکیه، ۲۰۰۵	۸۰	کاهش سطوح تستوسترون تام و آزاد و DHEAS در ارتباط مثبت با عملکرد جنسی بود.

*Femal Sexual Dysfunction

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

جدول ۳: عوامل روانی اجتماعی مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه

عامل مؤثر بر عملکرد جنسی	نویسندگان	محل و محل انتشار	تعداد نمونه	نتایج
مصرف سیگار	Park و همکاران	کره جنوبی، ۲۰۰۳	۲۱۹۶	زنانی که فعالیت جنسی رضایت بخش داشتند، کمتر سیگار می کشیدند.
مصرف الکل	Pérez-López	اسپانیا،۲۰۱۲	۱۷۹	میزان عملکرد جنسی زن با سوء مصرف الکل همسر ارتباط منفی داشت.
	Lianjun و همکاران	چین،۲۰۱۱	۱،۴۵۷	مصرف الکل عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین در زنان است.
	مرقاتی و همکاران	ایران، ۲۰۱۳	۲۰۰	ارتباط معنی‌داری بین عملکرد جنسی و مصرف الکل وجود نداشت.
کیفیت روابط با همسر	Lianjun و همکاران	چین،۲۰۱۱	۱،۴۵۷	ارتباط جنسی بهتر با همسر، عامل حفاظتی برای عملکرد جنسی پایین در زنان بود.
	بیگی و همکاران	ایران، ۱۳۸۷	۱۷۴	بین کیفیت روابط با همسر با اختلالات عملکرد جنسی ارتباط وجود داشت.
وفاداری شریک جنسی	Chedraui و همکاران	اکوادور،۲۰۰۹	۴۰۹	وفاداری شریک جنسی خطر اختلال عملکرد جنسی زنان را کاهش می‌دهد.
	Blümel و همکاران	اکوادور،۲۰۰۹	۷۲۴۳	از عوامل محافظتی برای بروز اختلال عملکرد جنسی وفاداری شریک جنسی بود.
طلاق یا مرگ همسر قبلی	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران، ۱۳۹۱	۴۰۰	عملکرد جنسی افراد دارای سابقه طلاق یا مرگ همسر قبلی پایین تر بود.
	Cabral و همکاران	برزیل، ۲۰۱۳		در زنان مطلقه یا جدا شده شیوع اختلال عملکرد جنسی بالاتر بود.
زندگی جدا همسر	Lianjun و همکاران	چین، ۲۰۱۱	۱،۴۵۷	زندگی جدا از شریک جنسی، عامل خطر برای عملکرد جنسی پایین در زنان است.
آگاهی جنسی	بیگی و همکاران	ایران، ۱۳۸۷	۱۷۴	ارتباط آماری معنی‌داری بین آگاهی جنسی با اختلالات عملکرد جنسی وجود داشت.
درک منفی از وضعیت سلامت زنان	Blümel و همکاران	اکوادور،۲۰۰۹	۷۲۴۳	درک منفی از وضعیت سلامت زنان، از عوامل خطر اختلال عملکرد جنسی در زنان فعال از نظر جنسی بود.
مدت زمان زندگی زناشویی	Ishak و همکاران	مالزی، ۲۰۱۰	۱۶۳	خطر بالای* FSD، به‌طور قابل توجهی در ارتباط با طول مدت ازدواج بود.
و طول مدت ازدواج	Verit و همکاران	ترکیه،۲۰۰۹	۱۸۰	عملکرد جنسی پایین به طور مثبتی در ارتباط با مدت زمان ازدواج بود.
	بلوریان و گنجلو	ایران، ۱۳۸۶	۳۶۶	با افزایش مدت زندگی مشترک، مشکلات کمتری در روابط جنسی مشاهده می‌شد
تعداد مقاربت	Ishak و همکاران	مالزی، ۲۰۱۰	۱۶۳	خطر بالای FSD، به‌طور قابل توجهی در ارتباط با تعداد مقاربت جنسی بود.
	Chedraui و همکاران	اکوادور،۲۰۱۲	۹۰۴	نمرات کلی عملکرد جنسی به طور مثبتی در ارتباط با تعداد مقاربت بود
دسترسی به مراقبت های بهداشتی	Blümel و همکاران	اکوادور،۲۰۰۹	۷۲۴۳	از عوامل محافظتی برای بروز اختلال عملکرد جنسی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی خصوصی بود.
افسردگی و اضطراب	Jonusiene و همکاران	لیتوانی،۲۰۱۲	۲۴۶	افسردگی و اضطراب، عامل خطر برای توسعه احتمالی FSDf بود.
	Pérez-López	اسپانیا،۲۰۱۲	۱۷۹	میزان عملکرد جنسی زن به طور معکوس با میزان افسردگی ارتباط داشت.
	Mezones-Holguin و همکاران	پرو، ۲۰۱۱	۳۳۵	عملکرد جنسی به‌طور معکوس با افسردگی در ارتباط بود.
	Llaneza و همکاران	اسپانیا،۲۰۱۱	۱۱۷	نمرات کلی عملکرد جنسی به طور معکوس با نمرات کلی افسردگی همبستگی داشت.
	Lianjun و همکاران	چین،۲۰۱۱	۱۴۵۷	افسردگی عامل خطر مستقل برای عملکرد جنسی پایین زنان است.
	Nappi و همکاران	ایتالیا،۲۰۱۰	۱۳۸	افسردگی و اضطراب پیشگویی کننده نمره کلی عملکرد جنسی، در زنان بود.

*Femal Sexual Dysfunction

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

جدول ۴: تحقیقات موجود در رابطه با عوامل دموگرافیک مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه

عامل مؤثر بر عملکرد جنسی	نویسندگان	محل و سال انتشار	تعداد نمونه	نتایج
تحصیلات فرد و همسر	Pérez-López و همکاران	اسپانیا، ۲۰۱۲	۱۷۹	میزان عملکرد جنسی زن با تحصیلات زن و شریک جنسی ارتباط مثبت داشت.
	Llaneza و همکاران	اسپانیا، ۲۰۱۱	۱۱۷	نمرات کلی عملکرد جنسی با تحصیلات زن و همسر همبستگی مثبت داشت.
	Lianjun و همکاران	چین، ۲۰۱۱	۱،۴۵۷	سطح تحصیلات پایین، عامل خطر برای عملکرد جنسی پایین در زنان است.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۱	۲۶۲	نمرات کلی عملکرد جنسی، ارتباط مثبت با سطح تحصیلات زنان داشت.
	Verit و همکاران	ترکیه، ۲۰۰۹	۱۸۰	همبستگی معنی‌دار منفی بین عملکرد جنسی و تحصیلات وجود داشت.
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۰۹	۴۰۹	سطح تحصیلات فرد با خطر اختلال عملکرد جنسی در ارتباط است
	Park و همکاران	کره جنوبی، ۲۰۰۳	۲۱۹۶	زنانی که فعالیت جنسی رضایت بخش داشتند، تحصیلات بالاترداشتند
	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۲	۹۰۴	نمره عملکرد جنسی با سطح تحصیلات زن و شریک جنسی ارتباط مثبت داشت.
	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران، ۱۳۹۱	۴۰۰	تحصیلات زن با هیچکدام از ابعاد عملکرد جنسی همبستگی معنی‌داری نداشت.
	بیگی و همکاران	ایران،۱۳۸۷	۱۷۴	بین تحصیلات و تحصیلات همسر با اختلالات عملکرد جنسی ارتباط وجود داشت.
	فهامی و همکاران	ایران، ۱۳۸۴	۱۷۴	بین تحصیلات زن و شوهر با اختلالات عملکرد جنسی ارتباط وجود دارد.
	Blümel و همکاران	اکوادور، ۲۰۰۹	۷۲۴۳	سطح تحصیلات بالاتر زن با بروز اختلال عملکرد جنسی ارتباط منفی دارد
	مرقاتی و همکاران	ایران، ۲۰۱۳	۲۰۰	سطح تحصیلات با عملکرد جنسی ارتباط مستقیم دارد
شغل	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران ، ۱۳۹۱	۴۰۰	شغل زن با هیچکدام از ابعاد عملکرد جنسی همبستگی معنی‌داری نداشت.
	بیگی و همکاران	ایران، ۱۳۸۷	۱۷۴	ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل با اختلالات عملکرد جنسی وجود داشت.
	فهامی و همکاران	ایران، ۱۳۸۴	۱۷۴	ارتباط معنی‌دار آماری بین نوع شغل زن با اختلالات عملکرد جنسی وجود دارد.
درآمد خانواده (وضعیت اجتماعی-اقتصادی)	Verit و همکاران	ترکیه، ۲۰۰۹	۱۸۰	همبستگی معنی‌دار منفی بین عملکرد جنسی و درآمد خانواده وجود داشت.
	Park و همکاران	کره جنوبی، ۲۰۰۳	۲۱۹۶	تعداد زنانی که فعالیت جنسی آنها رضایت بخش بود، در بین زنان دارای وضعیت اجتماعی جمعیتی متوسط، بالاتر بود.
	محمدعلیزاده چرندابی و همکاران	ایران، ۱۳۹۱	۴۰۰	امتیاز کلی عملکرد جنسی افراد دارای درآمد خانوار ناکافی پایین تر بود.
	بیگی و همکاران	ایران، ۱۳۸۷	۱۷۴	بین وضعیت اقتصادی با اختلالات عملکرد جنسی ارتباط وجود داشت.
	فهامی و همکاران	ایران، ۱۳۸۴	۱۷۴	بین وضعیت اقتصادی خانواده با اختلالات عملکرد جنسی ارتباط وجود داشت.
وضعیت محل سکونت	بیگی و همکاران	ایران، ۱۳۸۷	۱۷۴	بین وضعیت محل سکونت با اختلالات عملکرد جنسی ارتباط وجود داشت.
	فهامی و همکاران	ایران،۱۳۸۴	۱۷۴	بین وضعیت محل سکونت (مناسب بودن) با FSD* ارتباط وجود داشت.
ارتفاع محل زندگی	Chedraui و همکاران	اکوادور، ۲۰۱۲	۹۰۴	عملکرد جنسی پایین تر، در ارتباط با ارتفاع بالای محل زندگی بود

*Femal Sexual Dysfunction

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله مطالعات انجام شده مرور شده، و برای اولین بار به بررسی شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان یائسه و عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی آنان پرداخته شده است. نتایج به دست آمده در زمینه شیوع مشکلات عملکرد جنسی تفاوت قابل توجهی را نشان داده اند که می‌تواند متأثر از عوامل نژادی، مذهبی، فرهنگی و نگرشی و روش های مختلف تحقیق و ابزار متفاوت باشد. به علاوه نوع مطالعه، نحوه انتخاب نمونه، باورهای قومیتی در زمینه مسائل جنسی و روش انجام مطالعه تأثیر شگرفی بر برآورد شیوع این اختلالات داشته است[۶]. عامل دیگری که بر شیوع گزارش شده تأثیر گذاشته، مدت زمانی است که محقق برای دوره مشکلات جنسی جستجو کرده است. مدت زمان طولانی‌تر با احتمال بیشتر مشکلات جنسی را کشف خواهند نمود. مطالعاتی که در مورد اختلال عملکردی در ماه‌های گذشته، سؤال شده است[۶۱]، شیوع کمتری را نسبت به مطالعاتی نشان داده اند که از زن در مورد اختلال عملکرد جنسی به مدت یک ماه در طی سال گذشته پرسیده شده است[۶۲]. نتایج تحقیقات در زمینه عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی بر اساس محل مطالعه، نوع تحقیق، زمان، افراد مورد مطالعه و عوامل مورد بررسی بسیار متفاوت و حتی گاهی متناقض بوده‌اند. یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر، عوامل مؤثر را در سه حیطه جسمی، روان عاطفی و اجتماعی مورد بحث قرار داده است. در حیطه جسمی، مراحل بیولوژیک دخالت کننده در شروع و پاسخ جنسی، در بیشتر موارد بر استروژن و تستوسترون به عنوان هورمون های کلیدی برای عملکرد جنسی اشاره داشته‌اند[۱۱]. تحقیقات برروی عوامل هورمونی مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه نشانگر توافق نظر بر روی تأثیر محرومیت از استروژن در کاهش عملکرد جنسی بوده است. استروئیدهای تخمدان تعدیل کننده فعالیت جنسی یک زن هستند[۶۳]. محرومیت از استروژن موجب تغییرات دستگاه ادراری تناسلی، نظیر نازک شدن اپی‌تلیوم موکوسی واژن[۱۵]، آتروفی عضلات صاف دیواره واژن[۶۵، ۱۵] و خشکی واژن[۶۴] شده و نهایتاً منجر به کاهش پاسخ به محرک‌های جنسی و دیس پارونی می‌گردد[۶۵] و می تواند بر پاسخ جنسی و رضایت جنسی تأثیر بگذارد[۱۱]. همچنین بررسی نشان داده است کاهش انگیزه جنسی، برانگیختگی جنسی، لغزنده‌سازی واژن همه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

در ارتباط با تنزل سطوح آندروژن است[۶۶]. در برخی از تحقیقات نشان داده شده است که میزان تستوسترون سرم در زنان یائسه با عملکرد جنسی ارتباط معنی‌داری دارد[۶۷، ۳۸، ۳۶]. با توجه به این که سطوح در گردش تستوسترون به تدریج با سن در زنان یائسه کاهش می‌یابد، این مسئله توجیه پذیر است. کمبود آندروژن در زن، منجر به اختلال در میل جنسی و کاهش میل جنسی می‌شود. سطح مناسب آندروژن ممکن است نقش مهمی در عملکرد متابولیک، روانی و جنسی در زنان ایفا کند[۶۸]. با این وجود در زمینه تأثیر کمبود آندروژن‌ها تناقضاتی در نتایج حاصل از بررسی‌ها مشاهده گردیده است[۳۹-۳۶]. از علل این تناقضات می‌توان اختلاف در نوع اندازه‌گیری سطح هورمون‌ها در خون، کیت‌های متفاوت مورد استفاده به عنوان ابزار اندازه‌گیری، نوع مطالعه و تعداد افراد تحت مطالعه اشاره نمود. همچنین در مطالعات انجام شده اندازه‌گیری سطوح هورمونی در سنین مختلف انجام پذیرفته است که خود می‌تواند موجب تداخل تأثیر سن و میزان هورمونها بر روی عملکرد جنسی شود. در مورد تأثیر معکوس افزایش سن بر عملکرد جنسی توافق نظر وجود داش[۱۳، ۳۴-۲۸]؛ حتی برخی از مطالعات سن همسر را نیز مؤثر دانسته اند[۳۵، ۳۰، ۲۷۰]. تحقیقات گویای توافق نظر در مورد تأثیر وجود مشکلات طبی مزمن [۴۴، ۳۳، ۳۰] ، نوع یائسگی[۳۶] و سابقه هیسترکتومی[۴۳، ۳۳] و مشکلات جنسی همسر [۴۵، ۳۱، ۲۵] بر عملکرد جنسی زنان یائسه می‌باشد. وجود مشکلات جسمی در فرد یا همسر می‌تواند عامل بازدارنده در فعالیت‌های جنسی باشد. به طوری که فعالیت‌های جنسی با وجود سلامت جسمی و روانی فرد و شریک جنسی و داشتن یک رابطه بسیار شاد ارتباط مستقیم دارد[۶۹]. همچنین به جز یک مورد (درمورد گرگرفتگی [۳۳])، ارتباط معکوس شدت نشانه‌های یائسگی با میزان عملکرد جنسی مشخص شده است[۴۶، ۳۵، ۲۴]. مسلماً وجود چنین مشکلاتی می‌توانسته بر میزان تمایل جنسی تأثیر بگذارد و میزان عملکرد جنسی را کاهش دهد. در زمینه شاخص توده بدنی که می‌تواند گویای چاقی در افراد تحت مطالعه باشد، اتفاق نظر وجود نداشته است[۴۴، ۳۳]. چاقی می‌تواند زمینه را برای بروز بیماری‌های طبی مستعد نماید که خود بر عملکرد جنسی تأثیر منفی داشته دارند. مطالعه نشان داده است که در افراد چاق در معرض خطر اختلال عملکرد جنسی، وجود اختلالاتی نظیر فشار خون بالا ، دیابت و اختلال چربی خون بیشتر است[۷۰]. اما به نظر می‌رسد دلیل تناقضات در نتایج تحقیقات به علت شدت و نوع بیماری‌های همراه و یا حتی نوع چاقی باشد که نیازمند بررسیهای بیشتر است. در زمینه درمان هورمونی جایگزینی به جز یک مطالعه[۴۲] بقیه موارد نشان دهنده اثر حفاظتی آن بر عملکرد جنسی بودند[۳۰، ۲۹، ۲۴]. به نظر می‌رسد نحوه تجویز هورمون، زمان شروع آن و نوع مطالعه انجام شده می‌تواند در این زمینه مؤثر بوده باشد. با توجه به این که تأثیر میزان استروژن بر عملکرد جنسی در بسیاری از منابع و تحقیقات ثابت شده است، لذا این نتیجه‌گیری قابل توجیه می‌باشد. در زمینه تأثیر فعالیت فیزیکی اتفاق نظر وجود نداشته است[۴۹، ۴۶، ۳۹]. دلیل آن می‌تواند ناشی از نوع ورزش مورد توجه و تعریفی باشد که به عنوان ورزش و فعالیت بدنی در نظر گرفته شده است. همچنین در برخی مطالعات تأکید بر انجام ورزش منظم بوده است؛ در حالی که در برخی این مسئله در نظر گرفته نشده است. همچنین تعداد نمونه و نوع مطالعه نیز در این بررسی‌ها تفاوت داشته است. برخی از مطالعات صرفاً به تعیین انجام ورزش پرداخته‌اند، اما در مطالعه مداخله‌ای با طراحی یک دوره تمرینات ورزشی به بررسی تأثیر آن توجه شده است. لذا تفاوت در نتایج می‌تواند ناشی از نحوه انجام بررسی باشد. نتایج نشان‌دهنده اختلاف نظر در مورد تأثیر تاریخچه مامایی بر روی عملکرد جنسی زنان یائسه بوده است[۵۰، ۳۵، ۳۰]؛ اما زایمان سخت به عنوان یک عامل کاهنده عملکرد جنسی مطرح است[۲۶]. البته باید در مورد دیستوشی مطالعات جامع‌تری با توجه به نوع دیستوشی انجام پذیرد تا بتوان دقیق‌تر در مورد آن قضاوت نمود. در خصوص تاریخچه مامایی در مطالعات بررسی شده صرفاً اکتفا به تعداد حاملگی، زایمان و سقط شده است. به نظر می‌رسد جهت تعیین اثر تاریخچه مامایی بر میزان عملکرد جنسی، نیاز به بررسی جامعتر و تمرکز بر مواردی نظیر نوع زایمان، شدت پارگی، مدت لیبر، وزن نوزاد و سابقه زایمان های پر عارضه باشد که در این زمینه مطالعه‌ای یافت نشد. در حیطه روان عاطفی تأثیر منفی افسردگی و اضطراب بر عملکرد جنسی در تمامی تحقیقات ثابت شده است[۴۴، ۲۶، ۲۴]. با گذشت زمان، اجزای عملکرد جنسی ممکن است توسط یائسگی به دلیل تغییرات در ادراک حسی، انتقال و تخلیه اعصاب مرکزی و محیطی، جریان خون محیطی و ظرفیت ایجاد تنش‌های عضلانی در پاسخ به فقدان استروژن تحت تأثیر قرار گیرند[۵۵]. این تغییرات ممکن است منجر به کاهش اعتماد به نفس، تصویر از خود ضعیف‌تر و کاهش پاسخ و میل جنسی شود[۲]. برخی از زنان احساس می‌کنند جذابیت جنسی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

کمتر داشته[۱۵] یا رضایت کمتری را در مورد بدن خود[۷۱] احساس می‌کنند. در حقیقت تصویر از خود می‌تواند تغییر نماید زیرا گرایش به طرف افزایش وزن با بالا رفتن سن و کند شدن متابولیسم وجود دارد[۱]. برای برخی از زنان این افزایش در وزن تأثیر منفی بر روی تصویر بدنی و اعتماد به نفس دارد و ممکن است منجر به احساس افسردگی خفیف تا متوسط شود[۶۴]. افسردگی ممکن است در زنانی که سابقه قبلی این وضعیت را داشته‌اند، کم تحرک هستند، به ندرت ورزش می‌کنند یا باورهای منفی در مورد یائسگی دارند، افزایش یابد[۱]. در حیطه اجتماعی، سطح تحصیلات فرد و همسر [۵۹-۳۳، ۲۸]، شغل[۵۹،۳۲،۱۳] و وضعیت اجتماعی اقتصادی (درآمد، وضعیت محل سکونت، کیفیت زندگی) [۵۹، ۴۴، ۴۳]، نتایج متناقضی را بر روی عملکرد جنسی در مطالعات مختلف نشان داده‌اند که می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع مطالعه، کشور مورد بررسی، ابزار اندازه گیری، افراد تحت مطالعه، انتظارات اجتماعی و فرهنگ حاکم بر محل مورد بررسی باشد. از طرفی مطالعه نشان داده است که هرگونه اثرات منفی گزارش شده بر تمایلات جنسی به احتمال زیاد ناشی از انتظارات یا اعتقادات منفی در خصوص تمایلات جنسی در سراسر یائسگی است تا اثرات بیولوژیکی و یا هورمونی[۷۲]؛ به طوری که فعالیت‌های جنسی با نگرش مثبت نسبت به تمایلات جنسی ارتباط دارد[۶۹]. در مورد مصرف سیگار و الکل نیز مطالعات (به جز یک مورد در زمینه مصرف الکل [۳۳]) نشان‌دهنده تأثیر منفی آن‌ها بر روی عملکرد جنسی زنان بوده است[۲۵، ۲۶، ۴۴]. کیفیت مطلوب روابط با همسر[۲۶، ۱۳]، وفاداری شریک جنسی[۳۱، ۲۹]، آگاهی جنسی[۱۳] و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی خصوصی[۳۱] از جمله عوامل محافظتی بودند که در مطالعات تأثیر مثبت آنها بر عملکرد جنسی نشان داده شده است. همچنین طلاق[۳۱]، یا مرگ همسر قبلی[۳۱]، زندگی جدا از همسر[۲۶] و درک منفی از وضعیت سلامت زنان[۳۱] به عنوان عوامل کاهنده میزان عملکرد جنسی در بررسی‌ها مطرح شده‌اند. اما تأثیر مدت زمان زندگی زناشویی [۶۰، ۲۷] و تعداد مقاربت[۳۷، ۳۵] بر میزان عملکرد جنسی نتایج متفاوتی را نشان داده اند. علت این امر می‌تواند ناشی از عدم پاسخ گویی صحیح برخی از افراد مورد مطالعه، با توجه به فرهنگ حاکم بر محل مورد مطالعه باشد. چرا که در برخی از جوامع به علت بافت خاص نگرشی، فرهنگی و دینی، افراد پاسخ صحیحی به این گونه سوالات نمی‌دهند و وجود مقاربت در این دوره را به عنوان یک تابو تلقی می‌کنند. از طرفی می‌توان گفت تعیین کننده تعداد مقاربت در خیلی از مناطق و فرهنگ‌ها شوهر می‌باشد و زنان علی رغم تمایل به انجام مقاربت، ممکن است تعداد مقاربت کمی داشته باشند؛ اما در گروه دیگر کم بودن تعداد مقاربت به علت عدم تمایل جنسی خود فرد است. لذا نتایج می‌تواند بر اساس مناطق مورد بررسی و فرهنگ و عادات حاکم بر آن متفاوت باشد. با توجه به این که در گذشته یک مرور نظامند در زمینه عوامل مؤثر بر عملکرد خانم‌های یائسه در ایران انجام نشده، لذا این مسئله که مرور حاضر برای اولین بار در کشور ما انجام گرفته است، می‌تواند به عنوان نقطه قوت مقاله باشد. اما باید متذکر شد عدم دسترسی به متن کامل معدودی از مقالات مربوط به موضوع، خود می‌تواند به عنوان نقطه ضعف این مقاله مطرح باشد. نتایج حاصل از بررسی مطالعات مختلف در زمینه عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی زنان یائسه نشان داده است که در مورد تأثیر محرومیت از استروژن، مشکلات طبی مزمن، نوع یائسگی، سابقه هیسترکتومی، مشکلات جنسی همسر، شدت نشانه‌های یائسگی (به جز گرگرفتگی)، سابقه دیستوشی، افسردگی و اضطراب، سن، مصرف سیگار، کیفیت مطلوب روابط با همسر، وفاداری شریک جنسی، آگاهی جنسی و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی خصوصی، طلاق یا مرگ همسر قبلی، زندگی جدا از همسر و درک منفی از وضعیت سلامت زنان توافق نظر وجود دارد. اما در مورد تأثیر کمبود آندروژن‌ها، درمان هورمونی جایگزینی، شاخص توده بدنی، ورزش و فعالیت فیزیکی، مصرف الکل، تاریخچه مامایی، سطح تحصیلات فرد و همسر، شغل و وضعیت اجتماعی اقتصادی، مدت زمان زندگی زناشویی و تعداد مقاربت بر عملکرد جنسی زنان یائسه توافق نظر در مطالعات مشاهده نشده است که خود گویای لزوم انجام مطالعات بیشتر در این زمینه‌ها است. این بررسی مروری نشان می‌دهد که عوامل متعددی بر میزان عملکرد جنسی زنان یائسه تأثیر گذارند. لذا به منظور بهبود عملکرد جنسی در این زنان، به عنوان یکی از ابعاد سلامتی، نیازمند شناخت بهتر و بیشتر این عوامل و انجام مداخلات درمانی در جهت بهبود هر یک از آنها هستیم. از طرف دیگر مهم است که متخصصان سلامت و سایر افراد دست اندرکار یک رویکرد جامع در هنگام برخورد با مشکلات جنسی در زنان یائسه داشته باشند. پیری جنسی باید بخشی از مراقبت‌های بهداشتی و آموزش پزشکی باشد و پزشکان باید آموزش ببینند که در برخورد با بیماران مسن تر در مورد نگرانی‌های جنسی آنها بپرسند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

سهم نویسندگان

سهیلا نظرپور: جمع‌آوری و تهیه مطالعات انجام شده
معصومه سیمبر: بررسی مقالات جمع‌آوری شده، بررسی، نگارش ویرایش نهایی
فهیمه رمضانی تهرانی: بررسی مقالات جمع‌آوری شده، بررسی، نگارش ویرایش نهایی

منابع

1. Bachmann G A. The changes before "the change": strategies for the transition to the menopause. Postgraduate Medical Journal 1994; 95: 13-115
2. Bachmann G A, Leiblum S R. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. Menopause 2004; 11: 120-30
3. World Health Organization. Gender and human rights; 2002. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/ [Accessed 29 Dec 2014]
4.World Health Organization. Sexual and reproductive health. Defining sexual health; 2006. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ [Accessed 29 Dec 2014].
5. Seftel A D, Padma-Nathan H. Male and female sexual dysfunction.1edtion. Edinburgh, Mosby: U.S.A, 2004, 3-25,258-78
6. Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Mehrabi Y, Malek Afzali H, Abedini M. Sexual dysfunction and its risk factors: population-based study among women living in urban areas in four provinces. Journal of Payesh 2012; 11: 869-75 [Persian]
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders text revision) (DSM–IVTR), 4th ed. Am Psych Association: Washington, DC, APA; 2000.
8. Ramezani Tehrani F, Simbar M, Abedini M. Reproductive morbidity among Iranian women; issues often inappropriately addressed in health seeking behaviors. BMC Public Health 2011; 11: 863
9. Ramezani Tehrani F, Simbar M, Abedini M. Prevalence of Reproductive Morbidity in Four Selected Provinces in Iran. Hakim Research Journal 2011; 14: 32- 40 [Persian]
10. Weed S S. Menopause and Beyond, The wise woman way. Journal of Nurse-Midwifery 1999; 44: 267-79
11. Ambler D R, Bieber E J, Diamond M P. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. Reviews in Obstetrics & Gynecology 2012; 5:16-27
12. Jamshidimanesh M, Peyravi H, Jooibari L, Sanago A. Qualitative research: The experience of menopause in women. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2009; 16: 196-205
13. Beigi M, Fahami F, Hassan-Zahraei R, Arman S. [Sexual dysfunction in menopause]. Journal of Isfahan Medical School 2008; 26: 294-300 [Persian]
14. Lin T B. Sexuality and the menopause. In: Geneva Foundation for Medical Education and Research**.** First Consensus Meeting on Menopause in the East Asian Region .Division of Obstetrics and Gynecology, KK women's and children's Hospital, Singapore, 2013. Available from: http://www.gfmer.ch/Books/bookmp/48.htm [Accessed 29 Dec 2014].
15. Bachmann G A. Influence of menopause on sexuality. International journal of fertility and menopausal studies 1995; 40: 16-22
16. Berman J R, Goldstein I. Female sexual dysfunction. Urologic Clinics of North America 2001; 28: 405-416
17. Bonnie R, Saks M D. Sexual dysfunction (Sex, drugs, and women's Issues). Primary Care Up Date for OB/GYNS 1999; 6 :61-5
18. Castelo BC. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women. Obstetrics and Gynaecology 2003; 23:420-30
19. Olaolorun F M, Lawoyin T O. Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. Menopause 2009; 16: 822-30
20. Valadares A L, Pinto-Neto A M, Osis M J, Sousa M H, Costa-Paiva L, Conde D M. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with it years or more of formal education: a population-based house hold survey. Clinics 2008; 63: 775-820
21. Safarinejad M R. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research 2006; 18:382-92

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

22. Moghassemi S, Ziaei S, Haidari Z. Female sexual dysfunction in Iranian postmenopausal women: prevalence and correlation with hormonal profile. The Journal of Sexual Medicine 2011; 8: 3154-9
23. Omidvar S, Bakouie F, Amiri F N. Sexual function among married menopausal women in Amol (Iran). Journal of Mid-life Health 2011; 2: 77-80
24. Jonusiene G, Zilaitiene B, Adomaitiene V, Aniuliene R, Bancroft J. Sexual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. Climacteric 2013; 16: 185-93
25. Pérez-López F R, Fernández-Alonso A M, Trabalón-Pastor M, Vara C, Chedraui P. MenopAuse RIsk Assessment (MARIA) Research Group. Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item Female Sex Function Index. Menopause 2012; 19: 1224-30
26. Lianjun P, Aixia Z, Zhong W, Feng P, Li B, Xiaona Y. Risk factors for low sexual function among urban Chinese women: a hospital-based investigation. The Journal of Sexual Medicine 2011; 8:2299-304
27. Ishak I H, Low W Y, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. The Journal of Sexual Medicine 2010; 7: 3080-7
28. 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
29. Chedraui P, Perez-Lopez F R, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. Climacteric 2009; 12: 213-21
30. Chedraui P, Pérez-López F R, Sánchez H, Aguirre W, Martínez N, Miranda O, et al. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. Maturitas 2012; 71: 407-12
31. Blümel J E, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. Menopause 2009; 16: 1139-48
32. Mohammad Alizadeh Charandaby S, Rezai N, Hakimi S, Montazeri A, Khatami Sh, Karimi P. Sexual function in postmenopausal women and its predictive factors: a community based study in Ilam 2011. Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility 2012; 15: 1-9 [Persian]
33. Merghati-Khoei E, Sheikhan F, Shamsalizadeh N, Haghani H, Yousofnia Pasha YR, Killeen T. Menopause Negatively Impacts Sexual Lives of Middle-Aged Iranian Women: A Cross-Sectional Study. Journal of Sex & Marital Therapy 2013; 8: 15 [Epub ahead of print]
34. Ornat L, Martínez-Dearth R, Muñoz A, Franco P, Alonso B, Tajada M, et al. Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. Maturitas 2013; 75: 261-9
35. Chedraui P, Pérez-López F R, Mezones-Holguin E, San Miguel G, Avila C. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. Maturitas 2011; 68: 387-90
36. Alarslan D, Sarandol A, Cengiz C, Develioglu O H. Androgens and sexual dysfunction in naturally and surgically menopausal women. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 2011; 37: 1027-34
37. Nappi R E, Albani F, Santamaria V, Tonani S, Magri F, Martini E, et al. Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. Maturitas 2010; 67: 78-83
38. Turna B, Apaydin E, Semerci B, Altay B, Cikili N, Nazli O. Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. International Journal of Impotence Research 2005; 17: 148-53
39. Gerber J R, Johnson J V, Bunn J Y, O'Brien S L. A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. Fertility and Sterility 2005; 83: 643-8
40. González M, Viáfara G, Caba F, Molina E. Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). Maturitas 2004; 48: 411-20
41. Nastri CO, Lara LA, Ferriani RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. Cochrane Database Systematic Rev 2013; 6: 9672
42. Blümel J E, Castelo-Branco C, Cancelo M J, Romero H, Aprikian D, Sarrá S. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. Menopause 2004; 11: 78-81
43. Cabral PU, Canário AC, Spyrides MH, Uchôa SA, Eleutério J Jr, Gonçalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2013; 120: 271-4

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

44. Park Y J, Kim H S, Chang S O, Kang H C, Chun S H. Sexuality and related factors of postmenopausal Korean women. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2003; 33: 457-63

45. Mezones-Holguin E, Cordova-Marcelo W, Lau-Chu-Fon F, Aguilar-Silva C, Morales-Cabrera J, Bolanos-Diaz R, et al. Association between sexual function and depression in sexually active, mid-aged, Peruvian women. Climacteric 2011; 14:654-60

46. Llaneza P, Fernández-Iñarrea J M, Arnott B, García-Portilla M P, Chedraui P, Pérez-López F R. Sexual function assessment in postmenopausal women with the 14-item changes in sexual functioning questionnaire. The Journal of Sexual Medicine 2011; 8: 2144-51

47. Dąbrowska J, Drosdzol A, Skrzypulec V, Plinta R. Physical activity and sexuality in perimenopausal women. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2010; 15: 423-32

48. Mirzaiinjmabadi K, Anderson D, Barnes M. The relationship between exercise, Body Mass Index and menopausal symptoms in midlife Australian women. International Journal of Nursing Practice 2006; 12: 28-34

49. Lara L A, Montenegro M L, Franco M M, Abreu D C, Rosa e Silva A C, Ferreira C H. Is the sexual satisfaction of postmenopausal women enhanced by physical exercise and pelvic floor muscle training? The Journal of Sexual Medicine 2012; 9: 218-23

50. Botros S M, Abramov Y, Miller J J, Sand P K, Gandhi S, Nickolov A, et al. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. Obstetrics and Gynecology 2006; 107: 765-70

51. Koster A, Garde K. Sexual desire and menopausal development. A prospective study of Danish women born in 1936. Maturitas 1993; 16: 49-60

52. Dennerstein L, Lehert P. Modelling mid-aged women's sexual functioning: A prospective, population-based study. Journal of Sex & Marital Therapy 2004; 30: 173-83

53. Bajulaiye O, Sarrel P M. A survey of perimenopausal symptoms in Nigeria. In: Notelovitz M, van Keep P A, eds. The Climacteric in Perspective. Proceedings of the Fourth International Congress on the Menopause, Held at Lake Buena Vista, Florida, October 28 to November 2, 1984. Boston, MA: MTP Press Limited, 1986: 161-75

54. Omu A E, Al-Qattan N. Effects of hormone replacement therapy on sexuality in postmenopausal women in a Mideast country. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 1997; 23: 157-64

55. Sarrel P M. Sexuality in the middle years. Obstetrics & Gynecology Clinics of North America 1987; 14: 49-62

56. Hayes R, Dennerstein L. The Impact of Aging on Sexual Function and Sexual Dysfunction in Women: A Review of Population-Based Studies. The Journal of Sexual Medicine 2005; 2: 317-30

57. Fugl-Meyer A R, Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18–74-year-old Swedes. Scandinavian Journal of Sexology 1999; 2: 79-105

58. Avis N E, Zhao X, Johannes C B, Ory M, Brockwell S, Greendale G A. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health across the Nation (SWAN). Menopause 2005; 12: 385-98

59. Fahami F, Beygi M, Hasanzahrai R, Arman s. The relationship between socioeconomic status and sexual dysfunction in postmenopausal women. Journal of Research of Nursing & Midwifery 2005; 27 [Persian]. Available from: <http://nm.mui.ac.ir/journal/main.php?filename=article.php&nomagazine=27&noart=2&footer=footer1.php> [Accessed 5 Feb 2013]

60. Blurian Z, Ganjlu J. [Sexual dysfunction and some related factors in women referred to health centers of Sabzevar] Fertility and Infertility Journal 2007:163-70 [Persian]

61. Bancroft J, Loftus J, Long J. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. Archives of Sexual Behavior 2003; 32:93-208

62. Richters J, Grulich A E, de Visser R O, Smith A M, Rissel C E. Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2003; 27: 164-70

63. Caruso S, Agnello C, Malandrino C, Lo Presti L, Cicero C, Cianci S. Do Hormones Influence Women's Sex? Sexual Activity over the Menstrual Cycle. The Journal of Sexual Medicine 2014; 11: 211-21

64. Archer D F. Guiding your patients through the transitional years, menopause, and beyond. Contemporary Obstetrics and Gynecology 2000; l:18

65. Hofland S L, Powers J. Sexual dysfunction in the menopausal woman: hormonal causes and management issues. Geriatric Nursing 1996; 17: 161-5

66. Schwenkhagen A. Hormonal changes in menopause and implications on sexual health. The Journal of Sexual Medicine 2007; 3: 220-6

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

67. Nappi R E, Albani F, Santamaria V, Tonani S, Martini E, Terreno E, Brambilla E, et al. Menopause and sexual desire: the role of testosterone. Menopause 2010; 16: 162-8
68. Yasui T, Matsui S, Tani A, Kunimi K, Yamamoto S, Irahara M. Androgen in postmenopausal women. Journal of Investigative Medicine 2012; 59: 12-27
69. Beckman N, Waern M, Ostling S, Sundh V, Skoog I. Determinants of Sexual Activity in Four Birth Cohorts of Swedish 70-year-olds Examined 1971-2001 The Journal of Sexual Medicine 2014; 11: 401-10
70. Martins e Silva B, Rêgo LM, Galvão MA, Florêncio TM, Cavalcante JC. Incidence of sexual dysfunction in patients with obesity and overweight. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2013; 40: 196-202 [English, Portuguese]
71. Pearce M J, Hawton K. Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology 1996; 10: 385-99
72. Ringa V, Diter K, Laborde C, Bajos N. Women's sexuality: from aging to social representations. The Journal of Sexual Medicine 2013; 10: 2399-408

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]

ABSTRACT

Factors affecting sexual function during menopause: a review of the literature

Soheila Nazarpour [1], Masome Simbar [1*], Fahimeh Ramezani Tehrani [2]

1. Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran
2. Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2015; 1: 41-58
Accepted for publication: 10 February 2014
[EPub a head of print-3 Janvier 2015]

Objective (s): Sexual functioning is an important component of women's lives. Several factors can affect sexual function in menopausal women. The objective of this study was to review factors affecting sexual function in menopausal women and to identify challenges they face.
Methods: This was a systematic review of the literature (from 2003 to 2013) indexed in Pubmed, Science Direct, Iranmedex, Google Scular, EMBASE, Scopus and the SID databases.
Results: In all 46 articles related to menopause and sexual function were studied. The results indicated that age, estrogen deficiency, kind of menopause (natural or surgical), chronic medical problems, hysterectomy, sexual partner's sex problems, the severity of menopause symptoms (except hot flashes), dystocia history, and health status were among the physical factors affecting sexual function. There were conflicting results regarding the amount of androgens, hormonal therapy, exercise/physical activity, body mass index and obstetric history. In the mental-emotional area, all studies confirmed the impact of depression and anxiety. Social factors, including smoking, the quality of relationship with husband, sexual partner's loyalty, sexual knowledge, access to health care, a history of divorce or the death of a husband, living apart from a spouse, and a negative understanding of women's health were found to affect sexual function. However, there were conflicting results regarding the effects of education, occupation, socioeconomic status, alcohol drinking, marital duration, and frequency of sexual intercourse.
Conclusion: Several factors affect sexual function in menopausal women. Early recognition of these factors (physical, mental-emotional, and social) factors might help to improve women's health.

Key Words: Sexual Function, Menopause, Effective factors

[*] Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran
Tel: 88202516
E-mail: msimbar@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.4.3]