

## بررسی تأثیر برنامه آموزشی چگونگی روابط جنسی بر عملکرد جنسی زنان یائسه مبتلا به اختلال عملکرد جنسی مراجعه کننده به مراکز منتخب جنوب شهر تهران: یک کار آزمایی بالینی تصادفی

ماندانا میر محمد علی ئی<sup>۱</sup>، فاطمه قلیچ خانی<sup>۱\*</sup>، مینو پاک گوهر<sup>۱</sup>، محمود محمودی مجدآبادی<sup>۲</sup>

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 - 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 نگرانی مهم برای سلامت 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 آسیب پذیر 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 بود. مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی با یک گروه مداخله و یک گروه کنترل به تعداد ۵۰ نفر در هر گروه بود. ابتدا پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، عملکرد جنسی (FSFI) و پرسشنامه افسردگی بک توسط نمونه های 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 و کنترل تقسیم شدند. برنامه آموزشی در این پژوهش به صورت آموزش گروهی در ۴ جلسه ۲ ساعته و به صورت هفته ای یکبار اجرا شد و کتابچه ای آموزشی نیز در پایان آخرین جلسه در اختیار آنها قرار گرفت. برای افراد گروه مداخله پیگیری های تلفنی نیز تا پایان مطالعه به صورت هفته ای یکبار انجام شد. دو ماه پس از پایان مداخله در گروه مداخله آموزشی و دو ماه پس از تکمیل پرسشنامه های اولیه در گروه کنترل، عملکرد جنسی زنان یائسه بررسی شد و نتایج با استفاده از آزمون های متناسب مورد بررسی قرار گرفت. نتایج داده ها نشان داد میانگین نمره عملکرد جنسی زنان و تمامی ابعاد آن بجز ارگاسم شامل تمایل، تهییج، لوبریکاسیون واژن، رضایت زناشویی و دیس پارونی در گروه مداخله آموزشی نسبت به گروه کنترل بهتر شده و تفاوت معنادار آماری داشته است. به نظر می رسد چهار جلسه برنامه آموزشی می تواند 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

## 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 "شیوه‌های 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 استرس‌زا، 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 علائم و عوارضی همچون ناراحتی‌های جسمانی، افسردگی و نارضایتی زناشویی نشان داده و تا مرز اختلالات شدید خانوادگی و طلاق پیش رود [۱۰]. اختلال جنسی همچنین می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده و بر ارتباطات بین فردی نیز اثر بگذارد [۱۱]. به همین دلیل یکی از نگرانی‌های 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 ۶۸-۶۳/۱ 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 دوران‌های مختلف زندگی اظهار داشته‌اند. 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 می‌شود 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 آگاهی‌های 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 یائسه‌ای دارای اختلال عملکرد جنسی مطالعه‌ای یافت نشد. تنها چند مطالعه توصیفی [۲۰-۱۷] به بررسی وضعیت عملکرد جنسی و عوامل تأثیرگذار بر آن در یائسگی پرداخته‌اند. در مطالعه‌ای 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]. مطالعه‌ای 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 مطالعه‌ای 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

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

### 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 از جمله: مسلمان بودن، ایرانی، متاهل و در حال زندگی با ثبات با همسر بودن؛ سپری شدن حداقل ۱۰ و 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 می گذارند (نظیر انزال زودرس، بیماریهای قلبی-عروقی، روانی، تیروئید و سرطان ها)؛ شروع مصرف داروهای که به نحوی بر عملکرد جنسی تأثیر می گذارند 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 مرحله ای 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 نمونه گیری 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 نشانه های بیماران افسرده [۲۵] و ابعاد آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش ها و نشانه های متداول در میان بیماران افسرده تهیه شده اند. این ابعاد در زمینه هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، انتظار تنبیه، از خود بیزاری و خود سرزنشی، افکار خود کشی، گریه و بی قراری، کناره گیری اجتماعی، تصمیم گیری، از دست دادن انرژی، آشفتگی خواب، تحریک پذیری، 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 نشانه های جسمانی و ۱ بعد به نشانه شناسی میان فردی اختصاص یافته است و همه گویه ها مقیاس چهار درجه ای از صفر تا سه دارند. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می کند 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 ۰/۹۴ بود [۲۷]. پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی (FSFI= Female Sexual Function Index) توسط روزن و همکارانش برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۹ گویه است که عملکرد جنسی را در ۶ حوزه ی 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 تا ۱

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 بر این 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 ورزش های 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 هفته ای یک بار انجام می شد. ارزیابی تأثیر

۵ هستند که نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی مطلوب تر دارد. درمورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه 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 حوزه ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه ها با یکدیگر نمرات حاصل از سؤال های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می شود. با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می آید. به این ترتیب، نمره گذاری به گونه ای است که نمره بیشتر نشانگر کارکرد جنسی بهتر است. بر اساس هم وزن نمودن حوزه ها، 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، ارگاسم ۳/۴، 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 گروه های 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 پاکت های مات و مشابه پشت سر هم شماره گذاری شده)، تعیین شد. تعیین توالی تخصیص و آماده سازی پاکت ها توسط فردی غیر درگیر در نمونه گیری و جمع آوری داده ها انجام گرفت. بدین ترتیب، پژوهشگر، شرکت کنندگان و تجزیه و تحلیل کنندگان داده ها 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 مراقبت های 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:

سنی زنان یائسه با همسرانشان به طور میانگین  $7/0 \pm 3/32$  سال بود. اکثر زنان ( $85/9\%$ ) خانه دار بودند نزدیک به نیمی از زنان یائسه ( $43/5\%$ ) تحصیلات ابتدایی داشتند و تنها ۷ نفر ( $7/6\%$ ) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. اکثر همسران شرکت کنندگان در مطالعه ( $52/2\%$ ) بازنشسته و میزان تحصیلات آنها در حد ابتدایی بود ( $40/2\%$ ). 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 ( $P=0/001$ )، تهییج ( $P=0/008$ )، لوبریکاسیون واژن ( $P=0/001$ )، ارگاسم ( $P=0/035$ )، رضایت جنسی ( $P=0/021$ ) و دیس پارونی ( $P=0/007$ ) اختلاف آماری معنی دار 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).

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 و تحلیل 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  $0/05$  معنی دار 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  $52/40 \pm 2/26$  و  $49/35 \pm 2/29$  سال بود. میانگین سن ازدواج  $18/12 \pm 4$  سال، میانگین سن همسران  $59/48 \pm 4/61$  سال و تفاوت

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

| P- value           | گروه کنترل<br>(درصد) فراوانی | گروه مداخله آموزشی<br>(درصد) فراوانی |
|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|
|                    |                              |                                      |
|                    |                              | <b>سن</b>                            |
|                    |                              | ۴۷-۴۹                                |
| ۰/۸۱۴ <sup>†</sup> | ۵ (۱۰/۶)                     | ۶ (۱۳/۳)                             |
|                    | ۱۶ (۳۴/۰)                    | ۱۷ (۳۷/۸)                            |
|                    | ۲۶ (۵۵/۳)                    | ۲۲ (۴۸/۹)                            |
|                    |                              | <b>سن ازدواج</b>                     |
|                    |                              | کمتر از ۱۵ سال                       |
| ۰/۵۳۳              | ۱۲ (۲۵/۵)                    | ۸ (۱۷/۸)                             |
|                    | ۲۲ (۴۶/۸)                    | ۲۶ (۵۷/۸)                            |
|                    | ۱۳ (۲۷/۷)                    | ۱۱ (۲۴/۴)                            |
|                    |                              | بیشتر از ۲۰ سال                      |
|                    |                              | <b>سن همسر</b>                       |
|                    |                              | کمتر از ۵۵ سال                       |
| ۰/۹۱۶ <sup>†</sup> | ۶ (۱۲/۸)                     | ۵ (۱۱/۱)                             |
|                    | ۲۱ (۴۴/۷)                    | ۲۲ (۴۸/۹)                            |
|                    | ۲۰ (۴۲/۵)                    | ۱۸ (۴۰/۰)                            |
|                    |                              | بیشتر از ۶۰ سال                      |
|                    |                              | <b>تفاوت سنی با همسر</b>             |
|                    |                              | کمتر از ۵ سال                        |
| ۰/۶۶۲ <sup>†</sup> | ۱۷ (۳۶/۲)                    | ۱۴ (۳۱/۱)                            |
|                    | ۲۴ (۵۱/۱)                    | ۲۷ (۶۰/۰)                            |
|                    | ۶ (۱۲/۷)                     | ۴ (۸/۹)                              |
|                    |                              | بیشتر از ۱۰ سال                      |
|                    |                              | <b>وضعیت اشتغال</b>                  |
|                    |                              | خانه دار                             |
| ۰/۴۱۶ <sup>†</sup> | ۳۹ (۸۳/۰)                    | ۴۰ (۸۸/۹)                            |
|                    | ۸ (۱۷/۰)                     | ۵ (۱۱/۱)                             |
|                    |                              | شاغل و بازنشسته                      |
|                    |                              | <b>سطح تحصیلات</b>                   |
|                    |                              | ابتدایی                              |
|                    | ۲۲ (۴۶/۸)                    | ۱۸ (۴۰/۰)                            |
|                    | ۸ (۱۷/۰)                     | ۱۳ (۲۸/۹)                            |
| ۰/۷۶۱ <sup>*</sup> | ۷ (۱۴/۹)                     | ۶ (۱۳/۳)                             |
|                    | ۶ (۱۲/۸)                     | ۵ (۱۱/۱)                             |
|                    | ۴ (۸/۵)                      | ۳ (۶/۷)                              |
|                    |                              | دانشگاهی                             |
|                    |                              | <b>وضعیت اشتغال همسر</b>             |
|                    |                              | بیکار                                |
|                    | ۴ (۸/۵)                      | ۲ (۴/۴)                              |
| ۰/۹۴۳ <sup>*</sup> | ۴ (۸/۵)                      | ۴ (۸/۹)                              |
|                    | ۳ (۶/۴)                      | ۴ (۸/۹)                              |
|                    | ۱۱ (۲۳/۴)                    | ۱۲ (۲۶/۷)                            |
|                    | ۲۵ (۵۳/۲)                    | ۲۳ (۵۱/۱)                            |
|                    |                              | کارمند                               |
|                    |                              | آزاد                                 |
|                    |                              | بازنشسته                             |
|                    |                              | <b>سطح تحصیلات همسر</b>              |
|                    |                              | ابتدایی                              |
| ۰/۸۷۷ <sup>*</sup> | ۲۰ (۴۲/۶)                    | ۱۷ (۳۷/۸)                            |
|                    | ۸ (۱۷/۰)                     | ۱۰ (۲۲/۲)                            |
|                    | ۳ (۶/۴)                      | ۵ (۱۱/۱)                             |
|                    | ۱۲ (۲۵/۵)                    | ۱۰ (۲۲/۲)                            |
|                    | ۴ (۸/۵)                      | ۳ (۶/۷)                              |
|                    |                              | دبیرستان                             |
|                    |                              | دیپلم                                |
|                    |                              | دانشگاهی                             |

†آزمون مجذور کای

\*آزمون دقیق فیشر

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 و کنترل در مراکز بهداشتی جنوب شهر تهران ۱۳۹۲

| وضعیت اختلال قبل از مداخله                  | گروه آموزش                |                            |                           |                            | گروه کنترل                |                            |                           |                            | وضعیت اختلال بعد از مداخله |       |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
|                                             | دارد                      |                            | ندارد                     |                            | دارد                      |                            | ندارد                     |                            |                            |       |
|                                             | دارد<br>فراوانی<br>(درصد) | ندارد<br>فراوانی<br>(درصد) | دارد<br>فراوانی<br>(درصد) | ندارد<br>فراوانی<br>(درصد) | دارد<br>فراوانی<br>(درصد) | ندارد<br>فراوانی<br>(درصد) | دارد<br>فراوانی<br>(درصد) | ندارد<br>فراوانی<br>(درصد) |                            |       |
| 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 (۹۵/۳)                  | 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 (۵۶/۳)                   | 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

| P- value* | گروه مداخله آموزشی     | گروه کنترل             |
|-----------|------------------------|------------------------|
|           | (انحراف معیار) میانگین | (انحراف معیار) میانگین |
|           | ابعاد عملکرد جنسی      |                        |
| ۰/۰۰۲     | (۰/۸۲) +/۴۵۳           | (۰/۶۷۸) -/۰۳۸          |
| ۰/۰۴۶     | (۱/۰۰۵) +/۳۵۳          | (۰/۹۴۵) -/۰۵۷          |
| ۰/۰۱۲     | (۱/۱۴۱) +/۴۳۳          | (۱/۰۳۲) -/۱۶۷          |
| ۰/۰۵۹     | (۱/۱۳۳) +/۳۵۱          | (۰/۷۹۶) -/۰۴۲          |
| ۰/۰۰۳     | (۰/۸۵۱) +/۳۲۰          | (۰/۴۶۷) -/۱۳۳          |
| ۰/۰۳۵     | (۱/۵۶۸) +/۵۶۰          | (۱/۶۵۶) -/۱۶۱          |
| ۰/۰۰۱     | (۴/۵۰۵) +/۲۴۷۱         | (۴/۰۲۸) -/۵۹۰          |
|           | نمره کلی عملکرد جنسی   |                        |

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



## بحث و نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اجرای ۴ جلسه برنامه آموزشی بر مبنای 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 دیس پارونی 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 دیس پارونی به طور معنادار نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود [۲۳]. در هر دو این مطالعات در بعد دیس پارونی 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 می‌دادند و دیس پارونی در اکثر آنها به دلیل خشکی واژن بوده است که پس از مصرف لوبریکانتهای توصیه شده در کلاس‌های 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 احتمالاً دیس پارونی در این گروه سنی می‌تواند به دلیل وجود مشکلاتی نظیر عفونت‌ها، واژینیسموس و اندومتریوز باشد که متفاوت از علت اصلی دیس پارونی 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 محدودیت‌های 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 می‌تواند 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 می‌شود. 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 نمونه‌ها عنوان کرده بودند که مشکلی در این زمینه نداشته‌اند [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 مطالعه 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 پرونده‌های 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 تعمیم‌پذیری 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 می‌شود که مطالعاتی با طول مدت بیشتر و همچنین با استفاده از مداخلات دیگر در کنار برنامه‌های آموزشی برای زنان یائسه انجام شود.

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 مامایی مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران (RCT201304145912N10) بود که با شماره ثبت (۹۲/د/۱۳۰/۳۹۸) در پایگاه ثبت کارآزمایی‌های بالینی به ثبت رسیده است و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تهران، شبکه بهداشت جنوب شهر تهران و خانم قاسم زاده روان شناس محترم که در تهیه محتوای کلاس های 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

با توجه به نتایج این پژوهش، چهار هفته آموزش بر مبنای مسائل جنسی بر بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه‌ای که از اختلالات عملکرد جنسی رنج می بردند 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 گروه از افراد توصیه نمود تا از این طریق بتوان کیفیت زندگی و میزان کارآیی زنان سالمند را در این برهه مهم از زندگی ارتقای بخشید.

### سهم نویسندگان

ماندانا میرمحمد علی‌ئی: راهنمای پژوهش، طراحی مطالعه و ویراستاری نهایی مقاله  
مینو پاک گوهر: مشاور اجرایی تحقیق، کمک به ویرایش مقاله

8. Ventegodt, S. Sex and the quality of life in Denmark. *Archive Sexual 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 medicine* 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*. 14<sup>th</sup> 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

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, D. *Social Psychology*. 1<sup>st</sup> Edition, Allyn and Bacon, New York: 2004
17. Mohammad Alizadeh Charandabi S, Rezaeei 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 Infertility* 2012;15:1-9 [in Persian]
18. Arman S, Fahami F., Hasan Zahrae R. A comparative Study on women's sexual functioning disorders before and after menopause. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2005;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 Therapy* 1978;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 & Gynecology* 2008;198: 1-697
23. Khaleghi Yale Gonbadi F, Behboodi Moghaddam Z, Arzaghi M. and Montazeri A. Effect of sex education program on sexual function and sexual satisfaction for women with sexual dysfunction, Thesis for Master of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran, 2013 [in Persian]
24. Law Office, Ministry of Health and Medical Education, available on May 21, 2012. [http://lawoffice.mohme.gov.ir/laws/dedicated\\_law/print\\_laws\\_all.jsp?id=1&id2=1352](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 Hosein Abbasi, N, 2005. Effect of health education on knowledge and quality of life in postmenopausal women. *Iranian Journal of Nursing* 2005;18:31-38 [in Persian]
31. Yazdkhasti M, Keshavarz M, Merghati Khoei 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]

## ABSTRACT

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

Mandana Mirmohammad Aliei<sup>1</sup>, Fatemeh Ghelichkhani<sup>1\*</sup>, Minoos Pakghohar<sup>1</sup>, Mahmood Mahmoodi Majd Abadi<sup>2</sup>

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 lubrication ( $P=0.012$ ), 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

\* Corresponding author: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran

Tel: 65242968

E-mail: ghelichkhani\_f@yahoo.com