

Development and Evaluation of a Bio-Psychological Model of Sexual Health for Menopausal Women: A mediating Role of Cultural Factors

Jamileh Zarei, Reza Pourhosein, Azam Tarafdari, Mojtaba Habibi askarabad, Maryam Babakhani

طراحی و ارزیابی یک مدل زیستی- روانی برای سلامت جنسی زنان یائسه: نقش واسطه ای مولفه های فرهنگی

جمیله زارعی^۱، رضا پورحسین^۲، اعظم طرفداری^۳، مجتبی حبیبی
عسکرآباد^۴، مریم باباخانی^۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۲۴ پذیرش اولیه: ۹۵/۳/۲۸ پذیرش نهایی: ۹۵/۴/۲۸

Abstract

The aim of this study was to investigate the predictive role of biological and psychological factors in the sexual health of menopausal women considering the mediating role of psychological factors. It is a descriptive study and is based on the Lex model. 307 menopausal women living in Tehran between 2014 and 2015 were selected through purposeful sampling method and then were investigated. The instruments of this study included ENRICH marital satisfaction questionnaire, Beck self-concept scale, Bem's gender schemas questionnaire, Sherer's self-efficacy questionnaire, Amz's Narcissistic personality inventory, quality of object relations inventory, Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W), and checklist of menopause symptoms. Results suggested that the cultural factors had a direct effect on the sexual health. In addition, biological and psychological factors could predict the sexual health directly or indirectly (with the mediating role of the cultural factors). Furthermore, findings showed that in this model the psychological factors had a stronger role than the biological factors to predict the sexual health. Results showed that this model was acceptable for explaining the sexual health in menopausal women.

Keywords: Sexual health, Psychological factors, Biological factors, Gender schemas, Menopause

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش عوامل زیستی و روانشناختی به عنوان متغیرهای پیش بین با در نظر گرفتن نقش واسطه ای عوامل فرهنگی در سلامت جنسی زنان یائسه انجام شده است. مطالعه حاضر از نوع توصیفی و بر اساس مدل لکس بود. تعداد ۳۰۷ نفر از زنان یائسه ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، پرسشنامه تصور از خود بک، مقیاس طرحواره های جنسیتی بام، پرسشنامه خود کارآمدی شرر، پرسشنامه شخصیت خودشیفته آموز، پرسشنامه کیفیت روابط، مقیاس عملکرد جنسی زنان، و چک لیست علائم یائسگی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که عوامل فرهنگی به صورت مستقیم بر سلامت جنسی تاثیر گذار است. همچنین عوامل زیستی و روان شناختی نیز به صورت مستقیم و غیر مستقیم با واسطه گری عوامل فرهنگی، سلامت جنسی را پیش بینی میکند. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که در مدل، اثرات مستقیم عوامل روانشناختی در سلامت جنسی بیش از متغیرهای زیستی است. بررسی نتایج پژوهش در خصوص برازش مدل نشان داد که الگوی حاضر را می توان جهت تبیین سلامت جنسی زنان یائسه تایید کرد.

واژه های کلیدی: سلامت جنسی، عوامل روانشناختی، عوامل زیستی، طرحواره های جنسیتی، یائسگی

^۱ (نویسنده مسئول) دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه تهران

^۲ دانشیار دانشگاه تهران، تهران، ایران.

^۳ استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، تهران، ایران.

^۴ استادیار دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۵ کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه خوارزمی

مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده مسئول است.



مقدمه

یائسگی^۱، مرحله‌ای از زندگی جنسی زنان است که با تغییرات بدنی^۲، فیزیولوژیک و روانشناختی همراه است و اغلب بر امور جنسی زنان میانسال تاثیر می‌گذارد (بچمن و نوادونسکی^۳، ۲۰۰۰). میانگین سن یائسگی در دنیا ۵۱ سال گزارش شده است و در ایران ۴۸/۲ سال است (رجایی فرد، محمدبیگی و محمدصالحی، ۲۰۱۱). یائسگی طبیعی عبارت است از قطع دائم قاعدگی به دلیل فقدان فعالیت فولیکولی تخمدان‌ها به مدت حداقل ۱۲ ماه، به نحوی که هیچ علت جسمی یا آسیب شناختی^۴ در آن نقش نداشته باشد (موریدسن و همکاران^۵، ۲۰۱۰). کاهش سطح استروژن در خون در این مرحله سبب می‌شود که فرد دچار مشکل در لغزندگی مهبل، و تغییراتی در ظاهر بدنی شود. همچنین کاهش سطح استروژن در یائسگی منجر به تغییراتی در پوست، ماهیچه‌ها، سینه و استخوانها می‌شود. در بسیاری از زنان، این تغییرات منجر به کاهش تصویر بدنی^۶، عزت نفس^۷ و حتی میل جنسی^۸ می‌شود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۹ (WHO) از سلامت، بهزیستی کامل بدنی، روانشناختی و اجتماعی بایستی مدنظر قرار گرفته و سلامت فقط به عنوان نبود بیماری تعریف نمی‌شود. سلامت جنسی سطحی از بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی در ارتباط با امور جنسی است. سلامت جنسی دربرگیرنده رویکردی مثبت و مسئولانه به امور جنسی و روابط جنسی است.

"سلامت جنسی سطحی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی در تمام امور مربوط به باروری و آمیزشی است و صرفاً به معنای نبود بیماری نیست. سلامت جنسی مستلزم رویکردی مثبت و احترام آمیز به روابط جنسی و مسائل مرتبط با آن است. افراد باید قادر باشند در زندگی جنسی خود احساس رضایت و امنیت داشته باشند و این روابط عاری از خشونت، تبعیض و یا هیجان‌های منفی باشد". (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). بر طبق این تعریف، سلامت جنسی شامل

کلیه روش‌ها، تکنیک‌ها و ابزارهایی می‌شود که به ارتقای بهزیستی جنسی افراد و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی و روابط افراد کمک می‌کند (گلاسیر، گولمزگلو، اسکمید، مورنو و ون لوک^{۱۰}، ۲۰۰۶). همانطور که در تعاریف مشخص شده است سلامت جنسی تحت تاثیر عوامل چندوجهی زیستی- روانی- اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. عواملی که تاثیر مثبت یا منفی بر سلامت جنسی دارند.

یائسگی معمولاً همراه با بروز تعدادی از علائم جسمانی است که بروز آن در افراد مختلف، متفاوت است. این علائم عبارتند از گرگرفتگی، تعریق شبانه، تعریق همراه با گرگرفتگی، خستگی، اختلال در خواب، سردرد، کاهش میل جنسی، خشکی واژن، بی اختیاری ادرار، تپش قلب، خشکی پوست، ریزش مو و افزایش وزن. گرگرفتگی ناشی از بدکارکردی سیستم تنظیم دمای بدن است. در سال‌های اخیر، شکایت از علائم جسمانی مربوط به یائسگی افزایش چشمگیری داشته است (روبینستون و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده است افرادی که علائم جسمانی یائسگی را بیشتر گزارش می‌کنند سطح سلامت عمومی-پایین تری دارند و اضطراب و افسردگی بیشتری نشان می‌دهند (کرنالد، کرافورد، و گولد^{۱۱}، ۲۰۰۶)؛ روبینستون و همکاران، ۲۰۰۲) که این امر نیز بر سلامت جنسی تاثیر گذار است. از سوی دیگر، زنانی که در سنین پایین تری به یائسگی رسیده‌اند علائم جسمانی بیشتری را گزارش می‌کنند.

الگوهای مختلفی از سازگاری سالم و ناسالم بین زنان یائسه مشاهده می‌شود. در حالی که برخی از زنان یائسه به دلیل از بین رفتن استرس بارداری و افزایش مدت زندگی زناشویی، احساس آرامش بیشتری دارند و از لحاظ فعالیت جنسی، این دوران را بهترین دوران زندگی خود می‌دانند، عده زیادی هم هستند که از تاثیرات یائسگی بر جذابیت جنسی‌شان نگرانند (انجمن پزشکی آمریکا^{۱۲}، ۲۰۰۱). علاوه بر تاثیر علائم جسمانی یائسگی بر سلامت جنسی، کلیشه‌های فرهنگی مبتنی بر زن یائسه‌ای که جذابیت جنسی ندارد نیز تاثیر جدی بر عملکرد جنسی زنان می‌گذارد (کینگزبرگ، ۲۰۰۲).

تفاوت بین زنانگی و مردانگی از اصول بنیادین در هر فرهنگی است. از هر زن یا مردی انتظار می‌رود مطابق با خواست‌های فرهنگی، زنانه یا مردانه عمل کند، و حتی باید تصور از خود و

¹.menopause

².anatomical

³.Bachman

⁴.Pathologic

⁵. Mouridsen

⁶. self- image

⁷. self- esteem

⁸. sexual desire

⁹. World health organization

¹⁰ . Glasier, Gulmezoglu, Schmid, Moreno, & Van Look

¹¹ . Crandall, Crawford, & Gol

¹² . American Medical Association



۲۰۰۲). با این حال، تاثیرات عوامل روانی و فرهنگی بر تجربه یائسگی کمتر بررسی شده است (الوسکی و مک آلی^۹، ۲۰۰۹).

مدل یائسگی بر اساس نظریه روابط موضوعی توسط لکس^{۱۰} (۱۹۸۲) ارائه شده است. جنبه های روانشناختی همچون تصور از خود، در پرتو تغییرات فیزیولوژیک دیده می شوند و نمود بیرونی آن در قالب علائمی همچون گر گرفتگی، علائم عروقی، تعریق، بی خوابی و غیره است. بنا بر مدل لکس، عوامل مختلفی تعیین کننده پاسخ زن به دوره یائسگی است. وی معتقد است چگونگی بروز علائم یائسگی در زنان به ویژگی های فیزیولوژیک، تجربیات گذشته در خصوص امور جنسی، روابط موضوعی درونی شده، ساختار روانی، قدرت سرمایه گذاری لیبیدویی^{۱۱}، وسعت حوزه عاری از تعارض در ایگو، ماهیت و قدرت علائق ایگو^{۱۲}، وسعت خودشیفتگی سالم، ماهیت روابط موضوعی فعلی، و ماهیت شرایط اجتماعی و فرهنگی بستگی دارد (لکس، ۱۹۸۲). لکس معتقد است افسردگی عکس العملی قابل انتظار به یائسگی است. حس فقدان، که در سوگ از دست دادن جوانی بر فرد عارض می شود. پایان سال های فرزندآوری برای بسیاری از زنان به عنوان یک فقدان مطرح می شود. آگاهی به این مساله که فرد دیگر قادر به به دنیا آوردن یک کودک نیست منجر به بروز هشیار یا ناهشیار افسردگی می شود. علی الخصوص زنانی که هیچگاه فرزندی به دنیا نیاورده اند حس فقدان را بیشتر تجربه می کنند و بیشتر مستعد افسردگی هستند. او مدل خود را بر اساس سه مفهوم زاینده گی^{۱۳}، باروری^{۱۴}، و شفقت^{۱۵} تدوین کرده است.

علاوه بر مدل لکس در تبیین چگونگی تجربه یائسگی، در حیطه روانشناسی سلامت نیز مدل هایی ارائه شده است که نقش ادراک فرد از موقعیت یا بیماری را که در آن قرار دارد نیز همانند عوامل دیگر مدنظر قرار داده است (انجل^{۱۶}، ۱۹۷۷). یکی از این مدل ها، مدل باورهای سلامت^{۱۷} است (جانز و بکر^{۱۸}، ۱۹۸۴). بر اساس این مدل، ادراک فرد از شدت مشکل،

ویژگی های شخصیتی زنانه یا مردانه نیز پرورش دهد. طرحواره^۱ یک سازه شناختی است که زیربنای ادراک فرد از خود و دنیا می شود. ادراک مبتنی بر طرحواره به اشکال مختلفی بروز می یابد. نظریه طرحواره های جنسیتی^۲ (بم، ۱۹۸۱) مطرح می کند که افراد بر اساس طرحواره های جنسیتی که در کودکی در آنها نهادینه شده است، عمل می کنند. برای مثال صفاتی همچون مستقل، قاطع، و زورگو مردانه تلقی می شود و صفاتی همچون وابسته، آرام، مراقبت کننده، منفعل، زنانه تلقی می شوند. نکته مهم در در نظریه طرحواره های جنسیتی بم این است، که افرادی که آندروژنی^۳ هستند (یعنی طرحواره دوجنسیتی^۴ دارند) و ورای کلیشه های قالبی مربوط به جنسیت خود صفات مثبتی از هر دو جنس را دارند (برای مثال، زنانی که قاطعیت و جرات ورزی را که یک ویژگی مردانه تلقی می شود در خود پرورش داده اند و یا مردانی که بهتر می توانند هیجان ها و احساسات خود را بروز دهند)، در برابر چالش ها و موقعیت های استرس زای زندگی (همچون ورود به دوره یائسگی) بهتر عمل می کنند. مطالعات بر تعامل پیچیده بین عوامل زیستی، روانی- اجتماعی، و فرهنگی در سال های گذر از یائسگی تاکید دارند (هانتر و رنتال^۵، ۲۰۰۷). در یک مطالعه بر روی زنان ایرانی ارتباط مستقیم و معناداری بین کیفیت زندگی و معناپردازی زندگی، خودکارآمدی، رضایت از حوزه بدنی و ارزیابی سلامت زنان گزارش شده است (جعفری، فرح بخش، شفیع آبادی، و دلاور، ۲۰۱۱). تحقیقات زیادی در زمینه های مختلف پیامدهای یائسگی بر سلامت زنان و یا عواملی که چگونگی تجربه علائم یائسگی را تعیین می کنند انجام شده است. مروری بر آنها نشان می دهد که هر کدام از این تحقیقات زمینه های مختلفی از عوامل روانشناختی، اجتماعی- فرهنگی، و زیست شناختی را با رویکرد کمی و اغلب در حوزه جسمی (مانند از دست دادن توده استخوانی) بررسی کرده اند (آندرسون، یوشیزاوا، گلچوسکی، آتوگمی و کورتنی^۶، ۲۰۰۴؛ آویس، آزمان، کراویتز، گانز و اوری^۷، ۲۰۰۴؛ سمپسل، هریس، هارلو و سوورز^۸،

9. Elavsky, & Mc Auley

10. Lax

11. libidinal investment

12. ego interest

13. generativity

14. generosity

15. compassion

16. Engel

17. Health beliefs model

18. Janz, & Becker

1. schema

2. gender schema theory

3. androgynous

4. heterosexual schema

5. Hunter & Rendall

6. Anderson, Yoshizawa, Gollschewski, Atogami, & Courtney

7. Avis, Assmann, Kravitz, Ganz, & Ory

8. Sampselle, Harris, Harlow, & Sowers



فرایند یائسگی در دسترس نیست. در پژوهش حاضر سلامت جنسی زنانی که در دوران یائسگی هستند بر اساس مدل روانشناختی یائسگی لکس (۱۹۸۲)، مدل باورهای سلامت (جانکز و بکر، ۱۹۸۴)، و طرحواره های جنسیتی (بم، ۱۹۸۱) ارزیابی شد.

روش

جامعه پژوهش حاضر شامل زنان یائسه و متاهل ایرانی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ بودند که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، تعداد ۳۰۷ نفر از افراد جامعه جهت شرکت در گروه نمونه انتخاب شدند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش $55/58$ ($SD = 7/32$) بود. کمترین سن یائسگی ۳۷ سال و بیشترین سن یائسگی ۵۹ سال بود. ۶۳/۵ درصد افراد در فاصله ۴۹ تا ۵۳ سالگی به یائسگی رسیده بودند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از یائسه بودن، متاهل بودن، عدم مصرف هورمون طی شش ماه گذشته و نداشتن سابقه جراحی هیستریکتومی. معیارهای عدم ورود شامل بروز اتفاقات و پیشامدهای ناگوار طی ۶ ماه اخیر، سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و بیماری جسمی که به سلامت کلی فرد آسیب جدی زده است و سابقه تجربه کودک آزاری.

ابزارها

۱- مقیاس طرحواره های جنسیتی بم^۶: این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال است و هدف آن تعیین شخصیت جنسیتی افراد (مردانگی، زنانگی، خنثی) است. بم (۱۹۸۱) جهت محاسبه روایی فرم کوتاه پرسشنامه نقش جنسیتی، همبستگی آن را با فرم بلند بررسی کرد و ضریب همبستگی بین این دو را ۰/۹۹ محاسبه کرده است.

پایایی و روایی این آزمون در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته و میزان روایی آن در مقیاس مردانه ۰/۸۳ و در مقیاس زنانه ۰/۶۷ بوده است و پایایی آن با روش بازآزمون در مقیاس مردانه ۰/۹۱ و برای مقیاس زنانه ۰/۶۱ گزارش شده است (خدابخشی کلایی، ۲۰۰۳؛ به نقل از اشتراپه، مهدویان و خدابخشی کلایی، ۱۳۹۲). در پژوهش علی اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۸۶) نیز برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای این پرسشنامه ۰/۸۰

و ادراک کارایی شخصی^۱ فرد تعیین می کنند که یک رویداد و یا بیماری تا چه میزان تهدیدکننده قلمداد شود. پنه بیکر^۲ (۱۹۸۲) معتقد است که عواملی همچون طرحواره ها، نگرش، و فرایندهای ادراکی تعیین کننده ادراک فرد از تغییرات فیزیولوژیک طبیعی در بدن است. همچنین، کاهش یا افزایش رضایت و میل جنسی در دوران یائسگی، رابطه معناداری با رضایت زناشویی افراد دارد. رضایت از زندگی زناشویی به عوامل متعددی وابسته است که یکی از مهم ترین این عوامل، داشتن روابط جنسی سالم و خوشایند است (باسون^۳، ۲۰۰۶؛ جمشیدی و نوری، ۱۳۹۳). رضایت زناشویی و رضایت جنسی در زنان یائسه، رابطه ای دوسویه دارند. برای مثال، در پژوهشی که یو^۴ و تاهان^۵ (۲۰۰۴) بر روی زنان میانسال کره جنوبی انجام دادند، نشان داده شد که هر چقدر رضایت از زندگی زناشویی بیشتر باشد، فرد علائم ناخوشایند کمتر و رضایت جنسی بیشتری در یائسگی گزارش می کند. نتایج مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان داد که یائسگی با تاثیرات منفی بر سلامت زنان چینی رابطه دارد. مطالعه ویلیامز و همکاران (۲۰۰۹) در ایالات متحده نشان داده است که ویژگی های جمعیت شناختی زنان یائسه و همچنین علائم یائسگی، سلامت دوران یائسگی را تحت تاثیر قرار می دهد. مطالعه چدرایی و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که برخی ویژگی های فردی زنان یائسه مانند سن، وضعیت هورمونی، سلامتی همسر و رفتار جنسی بر کیفیت زندگی دوران یائسگی تاثیر دارد. با توجه به میانگین سنی و افزایش امید به زندگی زنان ایرانی، اطلاع از وضعیت جنسی زنان یائسه راهگشای ارتقای سلامت زنان یائسه است. با این وجود، به علت محدودیت های فرهنگی-اجتماعی و سیاست گذاری های نامناسب بهداشتی در مقوله جنسی در بعضی جوامع من جمله ایران، پرداختن به این موضوع همچنان مشکل عمده محققین است. به این دلیل مطالعات و اطلاعات پایه در این زمینه بسیار اندک است. به رغم پژوهش هایی که به آنها اشاره شد و هر کدام به صورت منفرد، نقش عواملی همچون علائم جسمانی یائسگی، سن یائسگی و انتظارات اجتماعی را در تغییر میل جنسی در دوران یائسگی بررسی کرده‌اند، مدل جامعی در زمینه سلامت زنان یائسه و ابعاد فرهنگی-اجتماعی

1. Self-efficacy

2. Pennebaker

3. Basson

4. Yeo

5. Taehan

6. Bem sex role inventory



۴- پرسشنامه خودکارآمدی شرر^۹: این مقیاس دارای ۷۱ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می شود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۷ تا ۵ امتیاز تعلق میگیرد. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. بختیاری براتی (۱۳۷۷) برای سنجش روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تایید سازه مورد نظر بود (به نقل از کرامتی و شهرآرای، ۱۳۸۳). همچنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (شمائی زاده و عابدی، ۲۰۰۵).

۵- پرسشنامه شخصیت خودشیفته آمر (NPI-16)^{۱۰}: این پرسشنامه نسخه کوتاه شده ی پرسشنامه ۴۰ گویه ای شخصیت خودشیفته می باشد که به منظور سنجش ویژگی های مرتبط با شخصیت خودشیفته توسط آموز و همکاران ساخته شده است. این پرسشنامه فاقد زیرمقیاس بوده و خودشیفتگی را براساس رویکرد تک بعدی ارزیابی می کند. NPI-16 متشکل از جفت گویه هایی است که پاسخ دهنده باید یکی از آنها را انتخاب کند. پاسخ به گزینه اول نمره ۱ و پاسخ به گزینه دوم نمره ۰ را برای فرد به همراه دارد. نمره کلی پرسشنامه شامل طیفی بین ۰ تا ۱۶ است. نمره بیشتر در این پرسشنامه نشانه خودشیفتگی بیشتر است.

ضرایب پایایی بازآزمایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون ۰/۸۵ در طول ۵ هفته می باشد. روایی همگرا از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین نمرات NPI-16 و نمرات حاصل از شاخص های برون گرایی و گشودگی نسبت به تجارب جدید مقیاس ۵ عامل بزرگ شخصیت (BFI) انجام گرفته است. این ضرایب برای شاخص های برون گرایی ۰/۳۲ و برای

محاسبه نموده است که نشانگر پایایی خوب این ابزار است (علی اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۱).

۲- پرسشنامه رضایت زناشویی/انریچ^۱: فورز و اولسون^۲ (۱۹۸۹) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کردند. زیرمقیاس های این پرسشنامه عبارتند از رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض، و تحریف آرمانی، و مجموع نمره بالا نشان دهنده رضایت زناشویی بالا است. این پرسشنامه برای هر یک از ماده ها پنج گزینه کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق و نه مخالف، مخالفم و کاملاً مخالفم در نظر گرفته که برای هر یک نمره ای از ۱ تا ۵ تعلق می گیرد و در نهایت مجموع ماده های هر مقیاس محاسبه می شود و در ۵ سطح خیلی بالا، بالا، متوسط، پایین و خیلی پایین تفسیر می شود. ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده مقیاس های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض، و تحریف آرمانی به ترتیب از این قرار است: ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده آزمون به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ بوده است. این پرسشنامه در ایران توسط مهدویان (۱۳۷۶) هنجاریابی شده است. در پژوهش مهدویان ضریب همبستگی پیروسون در روش بازآزمایی به فاصله یک هفته برای گروه مردان ۰/۹۳، برای گروه زنان ۰/۹۴ و برای گروه زنان و مردان ۰/۹۴ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه تصور از خود بک^۳: این آزمون که در سال ۱۹۷۸ توسط بک و استیر و بر اساس نظریه شناختی بک تهیه شده است، دارای ۲۵ ماده است. بر اساس تحقیقات بک و همکاران (۱۹۹۲) این مقیاس شامل پنج زیر مقیاس است که عبارتند از: توانایی ذهنی^۴، کارآمدی شغلی^۵، جذابیت جسمانی^۶، مهارت های اجتماعی^۷ و عیب ها و حسن ها^۸. در ایران، محمدی (۱۳۷۲) اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۸ گزارش کرده است. همچنین دیباچ نیا (۱۳۸۳) آلفای کرونباخ ۰/۷۹ را برای پرسشنامه به دست آورده است.

1. ENRICH marital satisfaction scale

2. Fowers & Olson

3. Beck self-concept test (BSCT)

4. Intellectual ability

5. Work efficacy

6. Physical attractiveness

7. Social skills

8. Virtues/Vices

9. Sherer self-efficacy scale

10. Narcissistic Personality Inventory (NPI)



(۱۹۹۴) با استفاده از روش آزمون- بازآزمون، پایایی این مقیاس را ۰/۷۸ به دست آوردند و آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ به دست آوردند.

۸- چک لیست علائم یائسگی^۵: این چک لیست شامل ۲۸ آیتم است که علائم یائسگی را در ابعاد جسمانی- هیجانی و شناختی مورد ارزیابی قرار می دهد. پاسخگویی به چک لیست بر اساس طیف لیکرت و از ۰ (هرگز) تا ۴ (چندین بار در روز) صورت می گیرد.

یافته ها

هدف این مطالعه بررسی نقش واسطه ای عوامل فرهنگی (طرحواره جنسیتی) بین سلامت جنسی با عوامل زیستی و روان شناختی بود. تحلیل داده ها با استفاده از ویرایش پانزدهم نرم افزار آماری SPSS و نیز نرم افزار لیزرل انجام شد. لازم به ذکر است از آنجایی که متغیرهای رضایت زناشویی، تصور از خود و کیفیت روابط هر کدام دارای مولفه‌هایی بودند، و از آنجایی که ورود همه این متغیرها به مدل آماری ناممکن بود، به همین دلیل با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به دو شیوه ی مولفه های اصلی و محور اصلی ساختار عاملی مولفه های هر متغیر بررسی شد و در نهایت از هر یک از متغیرهای رضایت زناشویی (۴ خرده مقیاس)، تصور از خود (۴ خرده مقیاس) و کیفیت روابط (۳ خرده مقیاس) به صورت مجزا از طریق نمرات اندرسون-رابین یک نمره نهایی محاسبه شد و در نهایت از این نمرات در مدل ساختاری استفاد گردید. ضمنای نمراتی که از ± 3 انحراف استاندارد نمرات Z تولید شده اندرسون-رابین بیشتر بودند از تحلیل کنار گذاشته شدند و سپس نمرات تبدیل به نمرات T و محاسبات مدل از طریق آن صورت پذیرفت. توزیع داده های به دست آمده از نمرات اندرسون-رابین نشان داد که متغیرهای حاصل شده از مولفه های رضایت زناشویی، تصور از خود و کیفیت روابط موضوعی نرمال بودند و مانعی برای تحلیل مدل وجود نداشت.

شاخص های برازش مدل با توجه به مقدار مطلوب که در جدول زیر گزارش شده است نشان می دهد که تنها نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی نامطلوب است. قابل ذکر است که میزان شاخص آماره X^2 برای این بخش معنادار است که نشان می دهد بین ماتریس کوواریانس مدل نظری و ماتریس

گشودگی نسبت به تجارب جدید ۰/۴۱ محاسبه شده است. در جامعه ایرانی نیز، محمدزاده (۱۳۸۸) روایی افتراقی این پرسشنامه را ۰/۷۷ و همچنین ضریب پایایی بازآزمایی، ضریب همبستگی در تعیین پایایی تنصیفی و ضریب آلفای کرونباخ در سنجش پایایی درونی را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۹ گزارش کرده است.

۶- پرسشنامه کیفیت روابط^۱: پرسشنامه کیفیت روابط (QRI)^۲ در سال ۱۹۹۱ توسط پیرس، ساراسون و ساراسون ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده بود اما در ویرایش بعدی آن ۴ ماده حذف شد و در نهایت ۲۵ ماده باقی ماند. پرسشنامه کیفیت روابط دارای سه زیر مقیاس است: حمایت اجتماعی ادراک شده (۷ آیتم)، تعارض های بین فردی (۱۲ آیتم) و عمق روابط (۶ آیتم). همچنین در هر یک از ۲۵ آیتم، فرد باید کیفیت روابط خود را با والدین، دوستان و همسر ارزیابی کند.

در هر زیرمقیاس یک نمره برای بررسی کیفیت روابط با دوستان، یک نمره برای بررسی کیفیت روابط با همسر و یک نمره برای بررسی کیفیت روابط با والدین محاسبه می گردد. بنابراین در کل ۹ نمره به دست خواهد آمد. زیرمقیاس های این پرسشنامه عبارتند از زیرمقیاس حمایت اجتماعی، زیرمقیاس تعارض بین فردی و زیرمقیاس عمق روابط. پیرس و همکاران (۱۹۹۱) پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی روی ۹۴ دانشجوی پسر و ۱۱۶ دانشجوی دختر با فاصله دو هفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ گزارش کردند.

آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد که نشان دهنده پایایی خوب این ابزار است.

۷- مقیاس عملکرد جنسی زنان^۳: این مقیاس جهت سنجش سلامت جنسی زنان علی الخصوص در بعد میل جنسی، استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۲ سوال است که ابعاد مختلف زندگی جنسی زنان را ارزیابی می کند. این مقیاس توسط تیلور، روزن و لیبلوم^۴ (۱۹۹۴) تهیه شده است و شامل سه زیر مقیاس میل جنسی/فعالیت جنسی/ و رضایت جنسی است. دامنه نمرات افراد در این مقیاس از ۱۶- (عملکرد ضعیف) تا ۷۵+ (بهترین عملکرد) متغیر است. تیلور، روزن، و لیبلوم

1. Quality of relationships inventory (QRI)

2. Quality of relationship inventory

3. Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)

4. Taylor, Rosen, & Leiblum

5. menopause symptom checklist



کواریانس نمونه تولیدشده توسط داده‌ها تفاوت وجود دارد (هو و بنتلر، ۱۹۹۲؛ شوماخر و لومکس، ۲۰۰۴).

جدول ۱- شاخص های برازش مدل

شاخص برازش مدل	مقدار بدست آمده	مقدار مناسب شاخص	وضعیت
خی دو	۷/۲۹		
درجه آزادی مدل	۲		مناسب
سطح معناداری خی دو	۰/۰۳	> ۰/۰۵	نامناسب
خی دو تقسیم بر درجه آزادی	۳/۶۵	کمتر از ۳	نامناسب
GFI	۰/۹۹۶	> ۰/۹۵	مطلوب
AGFI	۰/۹۷	> ۰/۹۰	مطلوب
CFI	۰/۹۹	> ۰/۹۵	مطلوب
RMSEA	۰/۰۶۳	< ۰/۱۰	مطلوب

و روان شناختی نیز به صورت مستقیم عوامل فرهنگی (نقش جنسیتی) را پیش بینی می کند (جدول ۲). برای درک بهتر روابط بین متغیرهای وارد شده در مدل شکل مدل مفهومی به همراه ضرایب رگرسیونی گزارش شده است (شکل ۱).

پس از بررسی شاخص های برازش مدل، ضرایب رگرسیونی بررسی شد. نتایج بدست آمده نشان داد که عوامل فرهنگی (نقش جنسیتی) به صورت مستقیم بر سلامت جنسی تاثیر گذار است. همچنین عوامل زیستی و روان شناختی نیز به صورت مستقیم و غیر مستقیم با واسطه عوامل فرهنگی سلامت جنسی را پیش بینی می کند. همچنین عوامل زیستی

جدول ۲- ضرایب استاندارد شده، اثرات مستقیم، غیر مستقیم، کل و واریانس تبیین شده

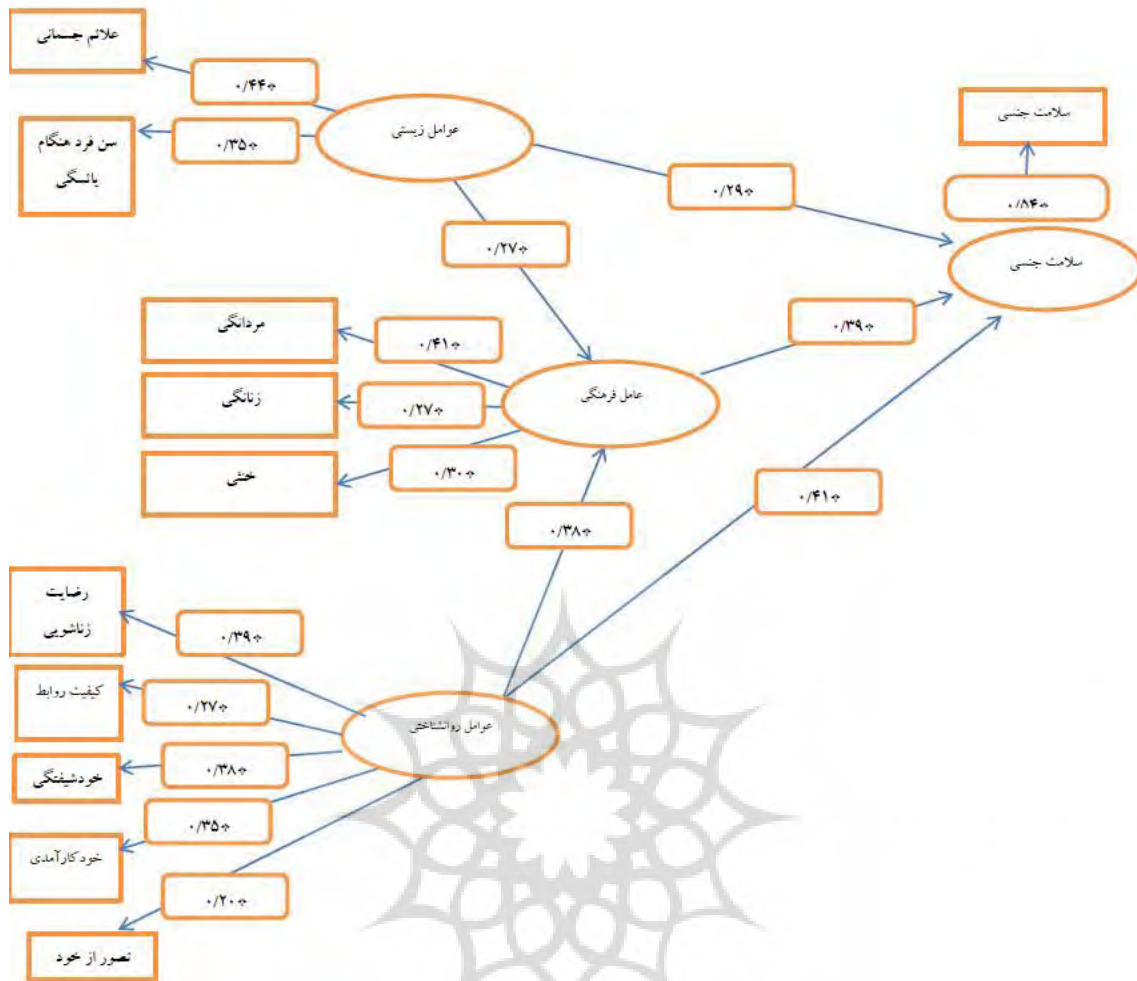
متغیر ملاک	متغیر پیش بین	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
به روی سلامت جنسی از روی:					۰/۳۴
	نقش جنسیتی	۰/۳۹*	-	۰/۳۹*	
	عوامل زیستی	۰/۲۹*	۰/۱۰**	۰/۳۹*	
	عوامل روان شناختی	۰/۴۱*	۰/۱۵*	۰/۵۶*	
به روی نقش جنسیتی از روی:					۰/۴۱*
	عوامل زیستی	۰/۲۷*	-	۰/۲۷*	
	عوامل روان شناختی	۰/۳۸*	-	۰/۳۸*	

زیستی- روانشناختی- فرهنگی در سلامت جنسی زنان یائسه برازش دارد و قابل دفاع است.

نتایج به دست آمده نشان داد که عوامل فرهنگی (نقش جنسیتی) به صورت مستقیم بر سلامت جنسی تاثیر گذار است. همچنین عوامل زیستی و روان شناختی نیز به صورت

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه بررسی نقش واسطه‌ای عوامل فرهنگی (طرحواره‌های جنسیتی) بین سلامت جنسی با عوامل زیستی و روان شناختی بود. بررسی الگوی پیشنهادی نشان داد که الگوی



شکل ۱: آزمون مدل مفهومی پژوهش با نقش واسطه گری عوامل فرهنگی در بین سلامت جنسی با عوامل زیستی و روان شناختی

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در مدل اثرات مستقیم عوامل روانشناختی در سلامت جنسی بیش از متغیرهای زیستی است. این نتیجه منطبق با یافته های الکاک (۲۰۱۳) و بلاچ (۲۰۰۱) بود. کاهش استروژن از جمله عوامل دخیل در افزایش نورآدرنالین و در نتیجه کاهش دمای مرکزی بدن و بروز گرگرفتگی (که تاثیر بسزایی بر کاهش سطح سلامت جنسی دارد) است. اما از دیگر سو، اضطراب و تنش ناشی از انتظارات اجتماعی، سبک زندگی و افکار شخص نیز تاثیر جدی بر میزان فشارخون و نورآدرنالین می گذارد. اینککه یائسگی از نظر ساختار روانشناختی، چه مفهومی برای فرد دارد و فرد با توجه به تجارب گذشته و ویژگی های روانشناختی خود، چگونه با آن برخورد خواهد کرد، در تجربه علائم یائسگی دخیل است. به نظر می-رسد که رویدادهای استرس زا در چرخه تحولی (من جمله

مستقیم و غیر مستقیم با واسطه عوامل فرهنگی سلامت جنسی را پیش بینی می کند. همچنین عوامل زیستی و روان شناختی نیز به صورت مستقیم عوامل فرهنگی (نقش جنسیتی) را پیش بینی می کند. با توجه به این امر، الگوی حاضر را می توان جهت تبیین سلامت جنسی زنان یائسه تایید کرد. یافته های پژوهش نشان داد که عوامل زیستی و علائم فیزیولوژیک یائسگی بر سلامت جنسی زنان تاثیرگذار هستند. به این معنا که افرادی که علائم فیزیولوژیک یائسگی را بیشتر تجربه می کردند، سلامت جنسی پایین تری داشتند. این یافته همسو با نتایج مطالعات استفن (۲۰۰۱)، پورتر (۱۹۹۶)، روبینستون (۲۰۱۳)، کوندل و همکاران (۲۰۰۶)، لیو و ادن (۲۰۰۷) بود.



سلامت جنسی می شود. یافته های پژوهش از نظریه طرحواره های جنسیتی بم (۱۹۸۱) حمایت می کند.

آنچه از یافته های تجربی در این پژوهش دریافت شد، نشان دهنده آن است که طرحواره های جنسیتی مردانه و خنثی در ارزیابی مثبت افراد از خویش در اجتماع نقش موثری را داشته است و در مقابل افراد دارای طرحواره های جنسی زنانه ارزیابی منفی در زمینه های مختلف درباره خود داشتند. این ارزیابی ها با چگونگی تجربه یائسگی، نحوه تعامل فرد با همسر و دیگر افراد مهم در زندگی، و سلامت جنسی ارتباط معناداری داشت. طرحواره های جنسی مردانه و خنثی تقویت کننده هستند و با صفاتی مانند قدرت، شایستگی و استقلال تداعی می شوند. ویژگی هایی که جملگی افزایش دهنده این حس در شخص است که می تواند ورای جنسیت خود، و بارور بودن یا رسیدن به دوره یائسگی، فرد مفیدی برای جامعه باشد و توانایی خود را در تعامل با موقعیت های جدید و دیگران، مثبت ارزیابی کرده و باور داشته باشد به گروه های اجتماعی تعلق دارند که توسط آن ها پذیرفته می شود. از سوی دیگر زنان دارای طرحواره های جنسی زنانه عمدتاً موجوداتی حساس و عاطفی، آرام و صبور، وابسته و متکی به دیگران تعریف می شوند که به نظر نمی رسد خصوصیات مثبتی برای رشد و تعالی فردی داشته باشند. بی شک تلاش در جهت تغییر سنن، قوانین و متغیرهای فرهنگی که باعث تقویت کلیشه های جنسیتی آسیب رسان به زنان می شود، برای بهبود و ارتقاء سلامت جنسی و روانی زنان ضروری است. بنابراین، بهبود سلامت زنان خصوصاً در بعد جنسی مستلزم رویکردی جامع نگر، منسجم و نظام مند است. براین اساس لازم است قبل از اینکه زنان و مردان با عنوان جنس های مختلف یاد شوند، آن ها را به عنوان موجودات انسانی معرفی کرد که هیچ یک از آن ها فراتر و فروتر از جنس دیگر نیست. و نیز با تقویت الگوهای رفتار فراجنسیتی، طرحواره های جنسیتی سازگاران تری را ایجاد کرد.

در طی دوره یائسگی اگرچه برخی تغییرات فیزیولوژیک و آسیب شناختی در غالب موارد مسبب به وجود آمدن این مشکلات است، اما ویژگی های روانشناختی زنان نقش مهمی در به وجود آوردن یا رفع این مشکلات دارد. در مواردی مشاهده می شود که از هورمون درمانی به عنوان راهی جهت تسکین گر گرفتگی، و ارتقای سطح سلامت جنسی استفاده می شود؛ اما با توجه به مطالعاتی که همبستگی بین تزریق هورمون و بروز

یائسگی) در افرادی که از احساس خودارزشی چندانی برخوردار نیستند و تصور از خود پایین دارند، افسردگی بیشتری ایجاد کند، و کیفیت سلامتی فرد را کاهش دهد. یافته های روانشناختی پژوهش حاضر از مدل یائسگی لکس (۱۹۸۲) حمایت می کند. همسو با مدل پیشنهادی لکس، زنانی که از وسعت خودشیفتگی سالم بیشتری برخوردار بودند، تصور از خود بالاتری داشتند، کیفیت روابط موضوعی و رضایت زناشویی و نیز خودکارآمدی در آنها از سطوح بالاتری برخوردار بود، و سطح سلامت جنسی بالاتری را در دوران یائسگی نشان دادند. خودشیفتگی سازگاران با ویژگی های شخصیت نوع دوست و اجتماعی یعنی متعالی، دوستانه، متقاعدکننده، خونگرم و صمیمی خوش بین و با اعتماد به نفس همپوشانی دارد (هیل و یوسی، ۱۹۹۸). ویژگی هایی که در ادراک کارایی شخصی و نحوه تعامل فرد با چالش های روانشناختی و محیطی نقش برجسته ای دارند. جنبه های روانشناختی در پرتو تغییرات فیزیولوژیک دیده می شوند و نمود بیرونی آن در قالب علائمی همچون گر گرفتگی، کاهش میل و فعالیت جنسی، علائم عروقی، تعریق، بی خوابی و غیره است. نتایج پژوهش همچنین، همسو با نتایج تحقیقات پیشین در خصوص رابطه سلامت جنسی و رضایت زناشویی بود (باسون، ۲۰۰۶؛ چن و همکاران، ۲۰۰۸؛ یو و تاهان، ۲۰۰۴؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۹). کیفیت زناشویی و ماهیت و کیفیت روابط میان زوجین موثر بر و متاثر از عوامل متعدد درون فردی و بین فردی است که نهایتاً با ابعاد سلامت فرد، از جمله سلامت جنسی ارتباط دارد (توماس و همکاران، ۲۰۱۵).

یافته های پژوهش نشان دهنده این بود که طرحواره های جنسیتی مردانه و خنثی با سلامت جنسی رابطه مثبت داشتند و طرحواره های جنسیتی زنانه رابطه منفی با سلامت جنسی نشان دادند. این یافته منطبق با نتایج یافته های پژوهش لیا^۱ و همکارانش (۲۰۰۷) بود. نکته قابل توجه ادر نظریه طرحواره های جنسیتی بم این است که افراد آندروژن را واجد ویژگی هایی فراتر از کلیشه های قالبی مربوط به جنسیت زیست شناختی در نظر می گیرد. برخورد موثرتر با پدیده یائسگی در زنان میانسال، منجر به سازگاری بیشتر فرد در زندگی اجتماعی، روابط میان فردی، روابط زناشویی، کیفیت زندگی و در نهایت

1. Lia



Crandall, C. J., Crawford, S. L., & Gold, E. B. (2006). Vasomotor Symptom Prevalence Is Associated with Polymorphisms in Sex Steroid-Metabolizing Enzymes and Receptors. *American Journal of Medicine*, 119(9 SUPPL. 1). Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url>

Ebrahimi, M., Sayadi, M.S., Bagherian, F. Spirituality and coping strategies in family: A test of the mediating role of quality of family communication. *Journal of research in psychological health*, 2014; 7 (3) :10-20. [Persian]

El-Kak, F (2013). Sexuality and Sexual Health: Constructs and Expressions in the Extended Middle East and North Africa. *Vaccine*, 31, 45-50.

Glasier A, Gulmezoglu M, Schmid GP, Moreno CG, and Van Look PFA (2006). Sexual and reproductive health: A matter of life and death. *The Lancet* 368: 1595-1607.

Hill, R.W. & Yousey, G. (1998). Adaptive and maladaptive narcissism among university faculty, clergy, politicians and librarians. *Current Psychology*, 17(2/3), 163-169.

Hunter, M. and Rendall, M., (2007). Biopsychosocial perspectives on menopause. *Gynecology*. 21, 261-274.

Jamshidi K, Nouri R. Study of marital satisfaction, commitment level, interdependence. *Journal of research in psychological health*, 2014; 8 (3):21-30. [Persian]

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.

Kingsberg, Sh. (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Archives of sexual behavior*, 31, 431-437.

Lax, R. (1982). The expectable depressive climacteric reaction. *Meninger clin*, 46, 151-167.

Li, L., Wu, J., Zhao, Y., Wan, Ch. (2012). Factors associated with the age of natural menopause and menopausal symptoms in chinese women. *Maturitas*, 73, 354-360.

Liu, J., & Eden, J. (2007). Experience and attitudes toward menopause in Chinese women living in Sydney—a cross sectional survey. *Maturitas*, 58(4), 359-365.

Mohammad zade, A. (2009). Validation of Narcissistic personality questionnaire (NPI-16) in Iranian society. *Mental health principles*, 11, 274-281.

Mouridsen, HT., Lønning, P., Beckmann, MW., Kimberly Blackwell, K., Julie Doughty, J., Gligorov, J., Llombart-Cussac, A., Robidoux, A., Thürlimann, B. & Gnant, M. (2010). Use of aromatase inhibitors and bisphosphonates as an anticancer therapy in postmenopausal breast cancer. *Review of Anticancer Therapy*. 10, 1825-1836.

Nekoei, N. (2007). Consulting in menopause. Isfahan: Isfahan University of Medical Science. [book]

سرطان سینه در زنان را نشان داده اند، شایسته است که از منظری دیگر علاوه بر منظر نقص هورمونی به علائم تجربه شده در دوران یائسگی و پیامدهای آن نگریسته شود. اینکه بعضی از مطالعات (برای مثال هانتر، ۱۹۹۶) نشان دهنده این هستند که هورمون درمانی تأثیری بیش از پلاسیبو بر کاهش گرگرفتگی ندارد، امر قابل توجهی است که نقش جدی تر عوامل روانشناختی و فرهنگی و نیز آموزش جامعه را در ادراک یائسگی به عنوان مرحله ای از رشد انسان و واکنش عاطفی-شناختی- جسمانی به آن پر رنگ تر می کند.

این پژوهش محدودیت هایی هم داشت از جمله مقطعی بودن طرح که مانع از نتیجه گیری در خصوص روابط علی است، و نیز دشواری در پاسخ گویی افراد به سوالات مربوط به سلامت جنسی به دلایل فرهنگی. آمادگی برای یائسگی از جمله مضامینی است که بایستی به طور جدی مدنظر قرار گیرد. لذا پیشنهاد می شود که درمانگاه یائسگی در تمامی بیمارستانها و مراکز بهداشتی- درمانی تشکیل شده و برای پیشگیری از عوارض یائسگی اقدام شود. نقش آموزش در بهینه سازی الگوی زندگی زنان یائسه و ارتقای سطح سلامت آنان را نباید نادیده گرفت. همچنین می توان از طریق وسایل ارتباط جمعی توصیه های آموزشی لازم در این خصوص را به زنان یائسه ارائه داد.

منابع

Ali akbari dehkordi, M., Ahmadi azghandi, A., Hoseiniayi, A. (2012). Occupationnal burnout in middle age: a potential developmental event. *Developmental psychology*, 8, 279-289. [Persian]

American Medical Association (2001). Talking to patients about sex: training program for physicians. Retrieved from www.ama-assn.org/mem-data/joint/sex001.

Bachmann, G. A., and Nevadunsky, N. S. (2000). Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. *American Family Physician* 61: 3090-3096.

Basson, R. (2006). Sexual desire and arousal disorders in women. *The New England journal of medicine*, 6, 1497-1506.

Bem, S. L., (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.

Bloch, A. (2001). Self-awareness during the menopause. *Maturitas*; 41(3):61-68.

Chen, Y., Lin, SQ., Wei, Y., Gao, H.L. Lewis, J., & Clark, R.L. (2008). Impact of menopause on quality of life in community based women in China. *Menopause*, 15, 144-149.



Porter, M.J. (1996). A population based survey of women's experience of menopause, *Obster gynacol*, 36, 103-114.

Rajaeefard, A., Mohammad-Beigi, A. and Mohammad-Salehi, N. (2011). Estimation of natural age of menopause in Iranian women: A meta-analysis study. *Koomesh*. 13, 1-7.

Robinson, B., Bockting, W., Rosser, B., Miner, M., & Coleman, E. (2002). The sexual health model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health education research*, 17, 43-57.

Stephens, C., 2001. Women's experience at the time of menopause: Accounting for biological, cultural and psychological embodiment. *Journal of Health Psychology*, 6(6), 651-663.

Thomas, H.N., Hess, R., & Thurston, R.C. (2015). Correlates of sexual activity and satisfaction in middle life and older women. *Annals of family medicine*, 13, 336-342.

Wolf, E.F., He, Y., Black, D.M., Brinton, E.A., Budoff, M.J., et al. (2013). Self reported menopausal symptoms, coronary artery calcification and carotid intima-media thickness in recently menopausal women screened for the Koronos early estrogen prevention study. *Fertility and sterility*, 99, 1385-1391.

World health organization (2014). Reproductive health. Retrieved 26 may 2014, <http://www.who.int/>

Yeo, J.H. (2004). Correlational study on management of menopause, marital satisfaction, and quality of life in middle-aged women, *Taehan Kanho Hakhoe Chi.*, 34 (2), 261-26.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی