

نقش سلامت روانی و اجتماعی در سلامت جنسی زنان سالمند

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۰

فاطمه صمدی^{*۱}

مجتبی دلیر^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با افزایش سالمندان مسئله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش آنان در جامعه هرروز ابعاد گسترده‌ای پیدا می‌کند. هدف این پژوهش، تعیین نقش سلامت روانی و اجتماعی در سلامت جنسی زنان سالمند بود.

روش: این پژوهش از نوع کاربردی بوده که به روش توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری پژوهش، زنان سالمند شهر تهران بود که از میان این زنان سالمند، ۲۲۰ نفر به صورت روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های سلامت روانی فرم کوتاه (نچاریان و داوودی، ۱۳۸۰)، سلامت اجتماعی (کییز، ۲۰۰۴) و شاخص عملکرد جنسی زنان (روزن، ۲۰۰۰) به دست آمدند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که سلامت روانی و اجتماعی با سلامت جنسی زنان سالمند ارتباط معناداری دارد ($p < 0.01$). مؤلفه‌های سلامت روانی (حساسیت بین فردی و روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، اندیشه پردازی پارانوئیدی، روان گسسته‌گرایی و پرخاشگری به‌غیر از شکایت جسمانی و وسواس اجبار) به‌صورت معکوس و معنادار و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) به‌صورت مستقیم و معنادار با سلامت جنسی زنان سالمند در ارتباط بود. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سلامت روانی و اجتماعی، پیش‌بینی کننده سلامت جنسی زنان سالمند است، همچنین سلامت روانی نسبت به سلامت اجتماعی پیش بین قوی‌تری به حساب می‌آید.

نتیجه‌گیری: بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که عملکرد جنسی زنان یک فرایند چند بعدی است و به‌نظر می‌رسد، عواملی همچون مؤلفه‌های روانی مثل اضطراب، افسردگی و مؤلفه‌های اجتماعی از جمله پذیرش اجتماعی، بطور مؤثرتری بر سلامت جنسی زنان اثر می‌گذراند.

کلمات کلیدی: سلامت روانی، سلامت اجتماعی، سلامت جنسی، زنان سالمند

۱. کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی

* نویسنده مسئول: Samadif7068@Gmail.Com

۲. مدرس گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

The Role of psychological and social health on sexual health of elderly women

Fatemeh Samadi*¹
Mojtaba Dalir²

Original Article

Abstract

Introduction: With the increase of the elderly, the issue of their health and well-being in society is becoming more widespread every day. The purpose of this study was to investigate the role of mental and social health in the sexual health of elderly women.

Method: This research has been an applied type that was done by the descriptive- correlational method. The statistical population of the study was the elderly women of Tehran, out of which 220 elderly women were selected by multistage cluster sampling. Data were obtained through Short Form Symptom Checklist-25-Revised (Najarian & Davoodi, 1380), Keyes Social Health (Keyes, 2004), and Women's Sexual Function Index (Rosen, 2000). Data were analyzed using Statistical methods of correlation and regression analysis.

Results: The results showed that there is a significant relationship between mental and social health with the sexual health of elderly women ($p < 0.01$). The mental health components (somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, phobic, paranoid thinking, psychoticism, and aggression) inversely and significantly, and the social health components (social actualization, social coherence, social integration, social acceptance, and social contribution) directly and significantly are related to the sexual health of elderly women.

Conclusion: The results of regression analysis also showed that mental and social health are predictors of sexual health in elderly women, which mental health is a stronger predictor than social health. Based on this, it can be concluded that women's sexual function is a multidimensional process and it seems that factors such as psychological components like anxiety and depression and social components like social acceptance can affect women's sexual health.

Keywords: Mental Health, Social Health, Sexual Health, Elderly Women

1. MA Of Rehabilitation Counseling

*Corresponding Author: Samadif7068@Gmail.Com

2. University Lecturer, Department of Psychology, Payam Nour University, Tehran, Iran .

مقدمه

بنا بر تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱، سالمندی عبور از مرز ۶۰ سالگی است. در واقع سالمندی بخشی از روند طبیعی زندگی انسان محسوب می‌شود و نمی‌توان آن را متوقف و یا معکوس نمود (وان گانس و دنت^۲، ۲۰۱۸). این مرحله مسائل رشدی خاص خود را دارد، فرصتی است که فرد با انباشته‌ای از خردمندی می‌تواند تجربیاتش را به نسل‌های بعد منتقل کند (روزنفلد و نوزبام^۳، ۲۰۰۴). سالمندی عملاً در برگیرنده سه فرآیند به هم پیوسته است. فرآیند اول، پیری جسمانی^۴ که عبارت است از تغییرهای ناشی از افزایش سن که در طول زمان بر بدن عارض می‌گردد. فرآیند دوم، پیری روانی^۵ است که به عنوان تغییرهای ناشی از رشد و تحول شخصیت از جمله تغییرهای عاطفی، ادراکی و رفتاری، تعریف می‌شود. فرآیند سوم، پیری اجتماعی^۶ است که در برگیرنده جریان‌های گوناگون گذار از یک پایگاه اجتماعی به پایگاه اجتماعی دیگر است که یک شخص در دوران زندگی تجربه می‌کند (پارک و پارکر^۷، ۲۰۰۲). چون سالمندی همراه با فقدان یا کمبودهایی است و براساس آمارها با روند رو به افزایش سالمندی در جهان و ایران روبرو هستیم، توجه به نیازهای سلامت روانی، اجتماعی، جنسی و ابعاد آنان لازم و ضروری است. در واقع «سلامت» یکی از واژه‌هایی است که بیشتر مردم با آن که مطمئن‌اند معنای آن را می‌دانند، تعریف آن را دشوار می‌یابند. سازمان جهانی بهداشت، سلامت را بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری تعریف می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲). امروزه سلامت^۸ به مثابه یک پدیده چند بُعدی و چند لایه در زمره حقوق اولیه انسانی قرار دارد. به همین دلیل ابعاد سلامت از جمله: جسمی^۹، روانی^{۱۰}، اجتماعی^{۱۱} و جنسی^{۱۲}، شاخص مهمی در وضعیت سلامت افراد به خصوص سالمندان است و اهمیت زیادی در دستیابی به سالمندی موفقیت آمیز و برخورداری از کیفیت زندگی^{۱۳} در بین سالمندان جوامع مختلف دارد (دوانگران، و یکتامرام، ۱۳۹۵). همانطور که می‌دانیم جمعیت سالمندان روز به روز در حال افزایش است و توجه به وضعیت این گروه سنی برای ارتقاء سلامت آنان و پیشگیری از بیماری‌ها ضروری به نظر می‌رسد (سرمدی، و مرادی، ۱۳۹۵). از آنجایی که کشور ما نیز در زمره کشورهای دارای جمعیت سالخورده قرار خواهد گرفت، در واقع پدیده سالمندی جمعیت در آینده‌های نزدیک، یکی از چالش‌های فراروی جامعه ایران به صورت عام و نظام سلامت به صورت خاص خواهد بود که در صورت عدم مدیریت و برنامه‌ریزی تهدیدی

1. World Health Organization (WHO)
2. Van Gaans, D. & Dent, E.
3. Rosenfeld, J. & Nozepam, M.
4. Physical Aging
5. Psychological Aging
6. Social Aging
7. Park, J. E. & Parker, K.
8. Health
9. Physical
10. Psychological
11. Social
12. Sexual
13. Quality Of Life

جدی برای جامعه است (امینی، تبریزی، و عزیزی زینال حاجلو، ۱۳۹۴). به‌طور کلی اگر بخواهیم سلامت سالمندان را تضمین کنیم، باید به سلامت جسم آن‌ها و هم سلامت روانی، اجتماعی و جنسی آنها توجه کنیم.

یکی از ابعاد سلامت، بُعد روانی آن است: در واقع سلامت روانی تنها شامل نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی‌دار است (سارافینو^۱، ۲۰۰۲). در واقع سلامت روانی نیز شامل توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی است «برای دستیابی به تعادل بین فعالیت‌های زندگی و تلاش برای دستیابی به انعطاف‌پذیری» (نوردکوویست^۲، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهش میزبان (۱۳۹۶)، نشان می‌دهد که سلامت روانی در تمامی رفتارهای فردی و اجتماعی افراد به عنوان عاملی مؤثر دخیل است و اگر این بُعد از سلامت در انسان با مشکلی روبرو شود، نه تنها زندگی فردی شخص را با مشکل روبرو می‌سازد بلکه سایر افرادی که با او در تعامل هستند نیز از این آسیب در امان نیستند. در این میان افراد سالمند به علت بالا بودن سن و ناتوانایی‌هایی که در ابعاد جسمی و روان‌شناختی پیدا می‌کنند، بیشتر مستعد ناراحتی‌های روانی و مشکلات مربوط به سلامت روانی هستند. طبق الگوی رفتارگرایی، سلامت روانی به معنای وجود رفتار سازگارانه و عدم رفتار ناسازگارانه است. رفتار سازگارانه، رفتاری است که فرد را به اهدافش برساند و رفتار ناسازگارانه، رفتاری است که فرد را از رسیدن به اهدافش باز دارد (شولتز و شولتز^۳، ۲۰۱۳). آلفرد آدلر^۴ می‌گوید «شایستگی فرد در رشد روابط اجتماعی و احساس مفید بودن، قدرت انجام کار، اعتماد به نفس در حد عالی و تطبیق با محیط است». فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست، او جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد (میلانی فر، ۱۳۹۷). سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر^۵، انسانیت که رفتار او منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است (شاو آستاد^۶، ۲۰۱۶). همچنین ایس، اصول سیزده‌گانه‌ای را به مثابه معیارهایی برای «سلامت روانی» در نظر گرفته است؛ این اصول عبارتند از: نفع شخصی، رغبت اجتماعی، خودفرمانی، انعطاف‌پذیری^۷، پذیرش^۸، عدم اطمینان^۹، تعهد^{۱۰} و تعلق نسبت به چیزی خارج از وجود خود، تفکر علمی، پذیرش خود، خطر کردن، و لذت‌گرایی بلندمدت پایا، به نظر ایس^{۱۱}، انسان‌های سالم فاقد این باورهای غیرمنطقی هستند (حمدیه و شهیدی، ۱۳۹۸).

1. Sarafino, P.
2. Nordqvist, CH.
3. Schultz, D. & Schultz, C.
4. Alferd Adler
5. Skinner
6. Shaw Austad, K.
7. Flexibility
8. Acceptance
9. Incerititude
10. Commitment
11. Ellis

در مورد بُعد اجتماعی سلامت، لارسن^۱ (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست، تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است. در واقع سلامت اجتماعی شامل مهارت و توانایی افراد برای ایجاد روابط بین فردی با دیگران است (کوشوتا^۲، ۲۰۱۸). سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی هر جامعه‌ای است و در ارتقای کیفیت زندگی هر جامعه‌ای مؤثر است و به نوعی به‌زیستن و خوب نگرستن به زندگی و حیات جمعی را برای فرد فراهم می‌کند (امیدی، جهانی‌زاده، قربانی، و میربد، ۱۳۹۹). در تعریفی که توسط ریف (۱۹۹۸) مطرح شد، مفهوم سلامت اجتماعی را شامل ابعاد عملکرد مثبت ذهن در روابط اجتماعی می‌داند؛ که عبارتند از: پذیرش خود، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال. از نظر کیز، فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. بر طبق مطالعات انجام شده بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد که نشان دهنده آن است که مقیاس‌های سلامت اجتماعی همبستگی مثبت با معیارهای سلامتی روانی دارند و سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا کرده، و یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، محسوب می‌گردد؛ لذا هدف تمامی جوامع این است که شرایطی را فراهم نمایند تا سلامت اعضایشان را حفظ نموده و ارتقا بخشند (صفاری نیا، ۱۳۹۳).

در پژوهشی که در این راستا صورت گرفت، مشخص شد که مهارت‌های اجتماعی، رفتارهایی هستند که فرد را قادر به تعامل مؤثر و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب نموده و بیانگر سلامت رفتاری، اجتماعی و روانی افراد هستند. عواملی مانند عدم استفاده از مهارت‌های افراد سالمند، نقص در مهارت‌های اجتماعی، بی‌تفاوتی و بی‌توجهی نسبت به آن‌ها باعث کاهش سطح منزلت سالمندان و عواملی مانند استقلال، صحت و احترام، انضباط و انجام درست کارها باعث افزایش سطح منزلت آنان می‌شود. در واقع هدف این مطالعه جلب توجه به موضوع منزلت اجتماعی افراد سالمند و سلامت روانی آن‌ها و تأثیر مهارت‌های اجتماعی بر سطح منزلت اجتماعی و سلامت روانی سالمندان است. در نتیجه مهارت‌های اجتماعی پیش‌بینی‌کننده منحصر به فردی برای سلامت روانی و منزلت اجتماعی سالمندان است. با توجه به تأثیر مثبت مهارت‌های اجتماعی بر منزلت اجتماعی درک شده در سالمندان و سلامت روانی آنان، لزوم توجه بیشتر به این مهارت‌ها در این گروه سنی بیش از پیش مهم تلقی می‌شود (نامجو، عبدالله نژاد، شهیدی، و چالش، ۱۳۹۷). کیز معتقد است سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه

1. Larsson, R.
2. Koshuta, J.

ای افراد در زندگی خود خوب عمل می‌کنند. تحت تأثیر مدل سلامت اجتماعی کبیز، ۵ بعد و شاخص اساسی برای سلامت اجتماعی پیشنهاد شده است که عبارتند از: پذیرش اجتماعی^۱، مشارکت اجتماعی^۲، شکوفایی اجتماعی^۳، انسجام اجتماعی^۴، انطباق اجتماعی^۵ (کبیز و شاپیرو^۶، ۲۰۰۴). در این رابطه یافته‌های پژوهش زاهدی اصل و درویشی فرد (۱۳۹۵)، حاکی از آن است که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که عبارتند از: وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت اجتماعی و وضعیت تأهل. همچنین پژوهش طهماسبی پور (۱۳۹۷) نشان داده است که سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی و... است و فرد سالمند پس از ورود به دنیای سالمندی با فضای جدیدی رو به رو می‌شود که با وضعیت قبلی آن متفاوت است و در طی دوران سالمندی با مسائل و مشکلاتی رو به رو خواهد شد که هر کدام می‌تواند به سلامت اجتماعی آن‌ها خدشه وارد کند. در مجموع باید گفت که میان عوامل اجتماعی بررسی شده در این پژوهش (حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و مهارت‌های ارتباطی) و میزان سلامت اجتماعی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد.

یکی دیگر از مسائل مهم در حوزه سلامت و مرتبط با جامعه سالمندان، سلامت جنسی است. این بُعد از سلامت، موقعیتی است که زوجین در آن از یک رابطه سالم، مناسب و بهنجار جنسی بهره‌مند هستند، به گونه‌ای که وضعیت جسمی، روانی و رفتاری آن‌ها مطلوب و حاکی از نوعی هماهنگی، انس و محبت در زندگی زناشویی است (حق‌اللهی، رشیدی، شهبازی صیقلده، و کیانی، ۱۳۹۴). «سلامت جنسی» شاخص مهمی در کیفیت زندگی سالمندان محسوب می‌شود، اما علی‌رغم این اهمیت هنوز بسیاری از نیازهای سلامت جنسی سالمندان به صورت برآورده نشده باقی مانده است. از دیدگاه مسترز^۷ و جانسون^۸ سلامت جنسی جزء مهمی از کیفیت زندگی و احساس بهزیستی عمومی یک فرد می‌باشد، بخش جدایی‌ناپذیری از هویت و شخصیت یک انسان کامل را تشکیل می‌دهند، که بر نحوه برقراری ارتباط وی با خود، همسر و هر فرد دیگری تأثیر می‌گذارند (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰). «سلامت جنسی» یک بخش مهم سلامتی است که با کیفیت زندگی و سلامت عمومی، روانی، اجتماعی و... مرتبط است. باوجود جمعیت در حال رشد سالمندان، افکار و عقاید کلیشه‌ای که در مورد مسائل جنسی این افراد وجود دارد، همچنان پابرجاست. یافته‌های کلیدی از نظرسنجی ملی پیری سالم (۲۰۱۸)، تأیید می‌کند که نیاز و علاقمندی به رابطه جنسی در یک سن خاصی متوقف نمی‌شود و سلامت جنسی در میان افراد مسن به کیفیت زندگی، سلامت جسمی، و

1. Social Acceptance
2. Social Contribution
3. Social Actualization
4. Social Integration
5. Social Coherence
6. Keyes, C.M. & Shapiro, A.
7. Masters, W. H.
8. Johnson, V.E.

رفاه بستگی دارد. همچنین در پژوهش‌های نوزبام و همیلتون^۱ (۲۰۱۸)، نشان داده شد که نگرش‌های منفی علیه احساسات و تمایلات جنسی این گروه افراد وجود دارد. مشخص شده که بیشتر افراد در دهه‌های آخر زندگی همچنان علاقمند و فعال در امور جنسی می‌مانند، که این در تضاد با عقیده رایج مبنی بر این‌که تمایل جنسی با افزایش سن، کاهش چشم‌گیری می‌یابد، است. به نظر می‌رسد که فاکتورهای فرهنگی در تداوم فعالیت جنسی مؤثر است. علاوه بر این، رفتار و نگرش‌های جنسی مربوط به سالمندی، میزان علاقه و فعالیت جنسی زوجین و امور جنسی جاری آن‌ها نیز در این دخیل است (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰).

سالمندی جمعیت، در حالی که نشانه‌ای از بزرگ‌ترین موفقیت‌های بشر در حوزه سلامت است، یکی از اساسی‌ترین مشکل‌های جهان امروز نیز به‌شمار می‌رود. به دلیل بالا رفتن امید به زندگی و کاهش میزان زاد و ولد در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه موضوع سالمندی بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. در واقع این پدیده، فراگیر و جهانی است و همه کشورهای را در بر می‌گیرد. برآوردهای جمعیتی، واقعیت‌های متفاوتی را پیش‌روی ما قرار می‌دهد. براین اساس انتظار می‌رود که تا اواسط قرن حاضر از هر ۱۰ نفر سالمند روی کره زمین، حدود ۸ نفر در کشورهای در حال توسعه زندگی کنند. این به معنی تغییر وضعیت جغرافیایی جمعیت سالمند در آینده است. اینکه آیا کشورهای در حال توسعه پا به پای این تحولات اجتناب ناپذیر، تغییرهای لازم را به عمل می‌آورند و آمادگی‌های مرتبط را کسب می‌کنند یا نه، بحث دیگری است که از اهمیت زیادی برخوردار است (اسمیت و جکسون^۲، ۲۰۱۹). همچنین در کشور ما نیز جمعیت سالمند در حال افزایش بوده و در سال‌های آینده، ایران یکی از کشورهای دارای بیشترین سرعت رشد جمعیت سالمند خواهد بود. تغییر در ترکیب جمعیت، همراه با افزایش نسبت افراد سالمند با طول عمر بیشتر، تأثیرهای عمیقی بر جامعه خواهد داشت که مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز و هزینه مراقبت‌ها از جمله آن‌ها است (افشارزاده، رشیدی نژاد، عامری، گوری و نظری، ۱۳۹۸). براساس گزارش سازمان ملل در مورد سالخورده‌گی جمعیت جهان، ابعاد مختلف موضوع را مورد مطالعه قرار داده است. این گزارش چند نکته مهم را در این زمینه به ما یادآوری می‌کند: یک نکته، بی سابقه بودن موضوع سالمندی جمعیت و نکته دیگر، بازگشت ناپذیری و پایداری وضعیت سالمندی در جهان است. جهان با جمعیت سالخورده به جهان با جمعیت جوان باز نخواهد گشت. بنابراین تدبیر برای ایجاد ساز و کارهای مناسب و کارآمد به منظور انطباق با شرایط و پاسخ‌گویی به نیازهای ایجاد شده ضرورت بیشتری پیدا می‌کند (رایدل و میشارا^۳، ۲۰۱۵). در واقع به صورت کلی عوامل مؤثر بر سلامت، هم در درون شخص و هم در بیرون از او قرار دارند. این عوامل بر هم اثر می‌گذارند و از این تعامل ممکن است سلامت، ارتقاء یا کاهش یابد. از این رو، سلامت کل جامعه و افراد را میتوان نتیجه تعامل وراثت،

1. Nusbaum, M. & Hamilton, A.

2. Smith, L. & Jackson, S.

3. Mishara, B. & Riddle, R.

محیط زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی_اجتماعی، درآمد سرانه و... دانست. در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود در حوزه سلامت، برای سلامت جسمی قشرهای مختلف جامعه از جمله سالمندان، گام‌هایی برداشته شده است. اما آن‌چه نبود آن در همه عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی، اجتماعی، و جنسی سلامت سالمندان به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر است (تدریس تبریزی، صفاری نیا، و علی اکبری دهکردی، ۱۳۹۳).

در ارتباط با طرح موضوع به این نکته باید توجه کرد که از دلایل ضرورت و اهمیت بررسی وضعیت سالمندان، آن است که سالمندان با توجه به رویدادهایی مانند پایان دوران اشتغال و بازنشستگی، احساس تنهایی، طردشدگی و همچنین فشار روانی ناشی از صنعتی شدن جوامع که به جدایی عاطفی و روانی منجر می‌شود، در معرض خطرهای فزاینده‌ای قرار دارند (احمدی، حسنی پور، خدامردای، و خطبه سرا، ۱۳۹۷). بیشتر پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه به بعد جسمانی سالمندی پرداخته‌اند و مولفه‌های محدودی از ابعاد سلامت روانی، اجتماعی و جنسی را مورد پژوهش قرار داده‌اند. پس با توجه به آن‌چه تا به اینجا مطرح کردیم، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش سلامت روانی^۱ و اجتماعی^۲ در سلامت جنسی^۳ زنان سالمند صورت گرفت و براساس پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش تمام مولفه‌های این^۳ بعد را برخلاف سایر پژوهش‌های مشابه مورد بررسی قرار دادیم.

روش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است و جنبه کاربردی دارد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زنان سالمند بالای ۶۰ سال، ۲۲ منطقه شهر تهران که زیر نظر بنیاد فرزندگان بهزیستی شهر تهران بودند. براساس اطلاعات آماری موجود در سایت این بنیاد ۵۵۶/۴۳۵ هزار زن سالمند در سال ۱۳۹۸ در شهر تهران ساکن بودند که در بانک مراقبان سالمندان این سایت، اطلاعات جامع و کامل نزدیک به ۷۰۰۰۰ هزار زن سالمند به ثبت رسیده بود. براین مبنای جامعه آماری پژوهش حاضر ۷۰۰۰۰ هزار زن سالمند بالای ۶۰ سال بود و حجم نمونه‌ای به تعداد ۲۲۰ نفر انتخاب شد. برای اجرای این پژوهش با دبیران کانون سالمندان بنیاد فرزندگان ۲۲ منطقه تهران هماهنگی به عمل آمد. در هر منطقه ۲۲ گانه تهران این بنیاد یک دفتر مرکزی را داراست، برای اینکه افرادی بیشتری از خدمات این کانون بهره‌مند شوند، در هر محله کانونی به نام کانون جهان‌دیدگان تاسیس شده است، و تعداد نمونه مورد نظر ما از هر منطقه ۱۰ نفر به صورت خوشه‌ای از این کانون‌ها انتخاب شدند.

1. Mental Health
2. Social Health
3. Sexual Health

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه سلامت روانی: پرسشنامه سلامت روانی^۱ فرم کوتاه ۲۵ سوالی، توسط نجاریان و داوودی به سال (۱۳۸۰) ساخته شده است که فرم بلند ۹۰ سوالی آن توسط دراگاتیس، لیمن و کاوی^۲ در سال (۱۹۷۳) ساخته شد. فرم ۲۵ سوالی که در این پژوهش از آن استفاده شده است، شامل ۹ زیر مقیاس مستقل شامل: شکایت جسمانی^۳ (۶ ماده)، وسواس- اجبار^۴ (۳ ماده)، حساسیت بین فردی و روابط متقابل^۵ (۳ ماده)، افسردگی^۶ (۲ ماده)، اضطراب^۷ (۳ ماده)، ترس- مرضی^۸ (۳ ماده)، اندیشه پردازی پارانوئیدی^۹ (۱ ماده)، روان گسسته‌گرایی^{۱۰} (۳ ماده) و پرخاشگری^{۱۱} (۱ ماده) است. برای هر یک از سوال‌ها ۵ گزینه، (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و به‌شدت) وجود دارد و روی یک طیف ۵ درجه‌ای به هر ماده نمره‌ای از (۰ تا ۴) تعلق می‌گیرد. به عبارت دیگر در این سوالات به عبارت (هیچ)، نمره ۰ و به عبارت (به‌شدت)، نمره ۴ تعلق می‌گیرد. کسب نمره‌های پایین‌تر، حاکی از سلامت روانی بالاتر است، و کسب نمره خام بالاتر از ۶۵ فرد را مشکوک به اختلال روانی نشان می‌دهد. رشانلو و سعادت‌ی شامیر در سال (۱۳۹۴) در یک طرح، همبستگی و اعتباریابی آزمون را بررسی کرده و فرم کوتاه ۲۵ سوالی را مورد استفاده قرار دادند. بررسی پایایی ابزار، نشان دهنده آن بود که رابطه مثبت و معنی‌داری میان خرده مقیاس‌های فرم کوتاه ۲۵ سوالی وجود داشته و ضرایب آلفای کرونباخ (۰/۷۱ تا ۰/۹۵) برای خرده مقیاس‌ها و کل آزمون به دست آمد. در واقع کوتاه بودن مقیاس، چند بعدی بودن، همسانی درونی خوب و ضرایب اعتبار نسبتاً رضایت بخش و روایی خوب مبتنی بر همبستگی، فرم کوتاه ۲۵ سوالی را یک مقیاس مناسب برای پژوهش‌ها می‌سازد (نجاریان و سودانی، ۱۳۸۰). در پژوهشی که توسط ما صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها عبارتند از: (شکایت جسمانی ۰/۷۱، وسواس- اجبار ۰/۷۳، حساسیت بین فردی ۰/۷۴، افسردگی ۰/۷۶، اضطراب ۰/۷۴، ترس مرضی ۰/۷۵، اندیشه پردازی پارانوئیدی ۰/۷۶، روان گسستگی ۰/۷۴، پرخاشگری ۰/۷۶) و نمره کل آزمون ۰/۸۸ به دست آمد.

ب) پرسشنامه سلامت اجتماعی: پرسشنامه سلامت اجتماعی، توسط کیز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا^{۱۲} به سال (۲۰۰۴) ساخته شده است. در واقع این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال است و ۵ زیر مقیاس (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش

1. Mental Health Questionnaire
2. Derogatis, L. R. Lipman, R. S. & Covi, L.
3. Somatization (SOM)
4. Obsessive-Compulsive (O-C)
5. Interpersonal Sensitivity (INT)
6. Depression (DEP)
7. Anxiety (ANX)
8. Phobic (PHOP)
9. Paranoid Thinking (PAR)
10. Psychoticism (PSY)
11. Aggression
12. Macarthur Science Foundation (USA)

اجتماعی و مشارکت اجتماعی) را می‌سنجد (ریموند و کار^۱، ۲۰۰۴). در این پرسشنامه نمره گذاری براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت انجام شده است. به هر یک از سوال‌ها، ۵ گزینه (خیلی زیاد=۵)، (زیاد=۴)، (متوسط=۳)، (کم=۲)، (خیلی کم=۱) تعلق می‌گیرد. سوالات ۱-۶-۱۳-۱۴-۱۵-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰ جزء گویه‌های معکوس هستند، پس به صورت معکوس نمره می‌گیرند. به عبارت دیگر در این سوالات به عبارت، (خیلی زیاد=۱) و به عبارت (خیلی کم=۵) تعلق می‌گیرد. از این رو نمره مجموع این گویه‌ها بیانگر میزان سلامت اجتماعی افراد خواهد بود که نمره کل این پرسشنامه برابر با ۱۰۰ است. برای به‌دست آوردن امتیاز مربوط به هر بُعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بُعد را با هم جمع نمایید. و برای به‌دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. امتیازات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بالاتر خواهد بود و برعکس (صبوری، ۱۳۹۱). میزان پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت اجتماعی کیزی (۱۹۹۸)، با استفاده از روش بازآزمایی (یکپارچگی اجتماعی ۰/۷۲، انسجام اجتماعی ۰/۷۰، پذیرش اجتماعی ۰/۷۵، مشارکت اجتماعی ۰/۷۲، انطباق اجتماعی ۰/۷۸) که در هر پنج شیوه، نشانگر پایایی بالای آزمون بوده است. نتیجه بررسی‌های کیزی نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار بالایی برخوردار است (کیزی، ۲۰۰۴). در پژوهشی که توسط کامران و ناظری در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت، میزان پایایی پرسشنامه سلامت اجتماعی براساس ضریب آلفای کرونباخ (شکوفایی اجتماعی ۰/۸۸، انسجام اجتماعی ۰/۸۹، پذیرش اجتماعی ۰/۹۳، مشارکت اجتماعی ۰/۹۱، انطباق اجتماعی ۰/۹۳) به‌دست آمده است. میزان روایی محتوایی و پایایی به‌دست آمده، دلالت بر این دارد که این ابزار می‌تواند در بررسی‌های سلامت اجتماعی در جامعه هدف به‌طور مؤثر بکار گرفته شود. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها عبارتند از: (شکوفایی ۰/۷۱، همبستگی ۰/۷۵، انسجام ۰/۶۵، پذیرش ۰/۶۳، مشارکت، ۰/۵۷) و نمره کل آزمون ۰/۷۰ به‌دست آمد.

ج) پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان: پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان، توسط روزن، مایرز و هاتی^۲ به سال (۲۰۰۰) ساخته شده و مقیاسی است جهت اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی شده است. با توجه به کوتاه بودن پرسشنامه به نظر می‌رسد شاخص عملکرد جنسی زنان ابزاری مناسب جهت سنجش عملکرد جنسی است (روزن، مایرز، و هاتی، ۲۰۰۴). در ایران این پرسشنامه توسط محمدی، حیدری و فقیه-زاده در سال (۱۳۸۷) هنجاریابی شد. در واقع این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال بوده و ۶ حوزه (میل^۳، تحریک روانی^۴، رطوبت^۵، ارگاسم^۶، رضایت‌مندی^۷، درد جنسی^۱) را بررسی می‌کند. در این پرسشنامه

1. Raymond, B. & Carr, A.
2. Rosen, RC, Mayers, J. E. & Hatti, J. A.
3. Desire
4. Psychological Stimulation
5. Wet
6. Orgasm
7. Satisfaction

در مورد نحوه نمره‌دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سوال‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد عامل به‌دست می‌آید. از آنجا که در پرسشنامه تعداد سوالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر نمرات حاصل از سوال‌های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌شود. با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم نمره کل مقیاس به‌دست می‌آید. به این ترتیب نمره گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر نشانگر کارکرد جنسی بهتر است. بر اساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. نقطه برش برای کل مقیاس و ریز مقیاس‌ها به ترتیب عبارت هستند از: کل مقیاس ۲۸، (میل ۳/۳)، تحریک روانی 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. بر اساس مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷)، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و کنترل وجود دارد که مبین اعتبار تمیزی این ابزار است. بیشترین تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه، در حوزه‌های تهییج جنسی و ارگاسم دیده شد و در مقابل کمترین تفاوت میانگین نمرات، در حوزه میل جنسی بود که با یافته‌های مستون و ویگل^۲ مطابقت دارد. در ایران این شاخص توسط محمدی، حیدری، و فقیه زاده (۱۳۸۷) هنجاریابی شده، که ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵) در کل افراد محاسبه شد. در پژوهش حاضر که توسط ما صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها عبارتند از: (میل ۰/۹۵)، تحریک روانی ۰/۸۹، رطوبت ۰/۹، ارگاسم ۰/۸۹، رضایت‌مندی ۰/۸۹، درد جنسی ۰/۹۱ و نمره کل آزمون ۰/۹۱ به‌دست آمده است. در پژوهش حاضر برای توصیف ویژگی‌های آزمودنی‌ها از آمار توصیفی (جدول، نمودار، میانگین، انحراف معیار) و نیز محاسبه ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون، برای آزمون فرضیه‌ها استفاده خواهد شد.

یافته‌ها

در بخش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مربوط به سن در گروه نمونه پژوهش تعداد ۶۱ نفر (معادل ۲۷/۷۲ درصد) دارای دامنه سنی ۶۰ تا ۶۵ سال، تعداد ۹۷ نفر (معادل ۴۴/۰۹ درصد) دارای دامنه سنی ۶۶ تا ۷۰ سال، تعداد ۴۴ نفر (معادل ۲۰ درصد) دارای دامنه سنی ۷۱ تا ۷۵ سال و تعداد ۱۸ نفر (معادل ۸/۱۸ درصد) دارای دامنه سنی ۷۶ تا ۸۰ سال بودند. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی مولفه‌های مورد مطالعه و زیرمقیاس‌های آنها ارائه شده است.

1. Sexual Pain
2. Meston, CM. & Wiegell, N.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مولفه‌های سلامت روانی، اجتماعی و جنسی و زیرمقیاس‌های آن

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
نمره کل سلامت روانی	۴۲/۳۴	۵/۶۵	۷۳	۱۶
شکایت جسمانی	۹/۳۰	۲/۱۷	۱۷	۵
وسواس - اجبار	۴/۶۳	۱/۴۸	۹	۲
حساسیت بین فردی	۷/۴۳	۲/۲۷	۹	۳
افسردگی	۳/۳۳	۱/۳۳	۶	۱
اضطراب	۶/۵۵	۲/۲۲	۱۰	۳
ترس مرضی	۴/۴۲	۱/۳۲	۸	۱
اندیشه پرده‌زایی پارانوئیدی	۱/۳۱	۰/۷۴	۳	۰
رون گسسته‌گرایی	۳/۳۶	۱/۱۱	۶	۱
پرخاشگری	۲/۱۱	۰/۶۲	۴	۰

مؤلفه‌های سلامت اجتماعی	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
شکوفایی اجتماعی	۱۰/۱۴	۲/۳۳	۱۷	۷
همبستگی اجتماعی	۱۰/۶۳	۳/۲۲	۱۴	۶
انسجام اجتماعی	۹/۱۴	۲/۱۶	۱۵	۵
پذیرش اجتماعی	۱۷/۲۳	۴/۳۳	۲۲	۹
مشارکت اجتماعی	۱۹/۶۶	۳/۲۴	۲۲	۱۰

مؤلفه‌های سلامت جنسی	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
میل	۴/۳۰	۱/۳۳	۷	۲
تحریک روانی	۸/۵۵	۲/۴۶	۱۳	۳
رطوبت	۷/۱۸	۲/۴۲	۱۳	۴
ارگاسم	۹/۹۶	۲/۷۴	۱۴	۴
رضایتمندی	۸/۶۳	۱/۶۲	۱۱	۳
درد جنسی	۶/۱۴	۱/۲۴	۸	۲

نتایج ارائه شده در جدول ۱ حاکی از آن است که در گروه نمونه پژوهش میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت روانی (۴۲/۳۴ ± ۵/۶۵)، سلامت اجتماعی (۴۴/۷۶ ± ۶/۷۴) و سلامت جنسی (۴۴/۷۶ ± ۶/۱۳) به دست آمد.

جدول ۲ نشان می‌دهد نرمال بودن داده از طریق آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف بررسی و مشخص گردید که توزیع داده‌ها نرمال است. به همین دلیل از آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه‌ی بین سلامت روانی و اجتماعی با سلامت جنسی زنان استفاده شد.

جدول ۲. تحلیل همبستگی پیرسون بین سلامت روانی و اجتماعی با سلامت جنسی و زیرمقیاس‌های آن‌ها

مؤلفه‌ها	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سلامت روانی و سلامت جنسی		
شکایت جسمانی	-۰/۰۶	*۰/۰۰۱
وسواس- اجبار	-۰/۰۴	۰/۴۴
حساسیت بین فردی	-۰/۶۹	۰/۰۰۱
افسردگی	-۰/۶۵	۰/۰۰۱
اضطراب	-۰/۶۳	۰/۰۰۱
ترس مرضی	-۰/۵۴	۰/۰۰۱
اندیشه‌پردازی پارانوئیدی	-۰/۷۰	۰/۰۰۱
روان‌گسسته‌گرایی	-۰/۴۹	۰/۰۰۱
پرخاشگری	-۰/۵۱	۰/۰۰۱
سلامت اجتماعی و سلامت جنسی		
مؤلفه‌های سلامت اجتماعی	۰/۴۹	*۰/۰۰۱
شکوفایی اجتماعی	۰/۴۱	*۰/۰۰۱
همبستگی اجتماعی	۰/۴۵	۰/۰۰۱
انسجام اجتماعی	۰/۵۱	۰/۰۰۱
پذیرش اجتماعی	۰/۴۷	۰/۰۰۱
مشارکت اجتماعی	۰/۴۹	۰/۰۰۱

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین سلامت روانی و مؤلفه‌های آن با سلامت جنسی رابطه معنی دار، اما معکوس و بین سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن با سلامت جنسی رابطه معنی دار و مستقیمی وجود دارد.

جدول ۳ خلاصه تحلیل واریانس مدل رگرسیون ۳ بعد سلامت و مؤلفه‌های آن را نشان می‌دهد.

جدول ۳. تحلیل رگرسیون نمرات سلامت جنسی زنان سالمند بر اساس مؤلفه‌های سلامت روانی و

سلامت اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی	ضریب تبیین
رگرسیون	۱۱۱۱/۵۴	۲	۵۵۵/۷۷	۲۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۲۸
باقیمانده	۵۲۰۱/۴۹	۲۱۷	۲۳/۹۷				
کل	۶۳۱۳/۰۳	۲۱۹					

جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F مدل رگرسیون معنی‌دار است. بنابراین متغیرهای پیش‌بین (سلامت روانی و سلامت اجتماعی) توانسته‌اند پیش‌بینی معناداری از متغیر ملاک (سلامت جنسی زنان سالمند) به دست دهند.

جدول ۴ ضرایب رگرسیون سلامت جنسی را براساس سلامت روانی و اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون همزمان سلامت جنسی زنان سالمند بر اساس مؤلفه‌های سلامت روانی و

سلامت اجتماعی						
متغیرهای پیش‌بین	ضریب غیر استاندارد	خطای استاندارد (B)	ضریب استاندارد (β)	مقدار t	سطح معنی‌داری (Sig)	بررسی هم خطی شاخص تحمل
سلامت روانی	-۱/۲۳	۰/۲۸	-۰/۴۱	-۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸
سلامت اجتماعی	۰/۹۶	۰/۳۷	۰/۳۲	۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵

حال نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، ضرایب رگرسیون هر دو مولفه سلامت روانی و سلامت اجتماعی معنادار شده است. سلامت روانی نسبت به متغیر سلامت اجتماعی، پیش‌بین قوی‌تری برای سلامت جنسی زنان سالمند به شمار می‌رود.

بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با فرضیه اول، مبتنی بر اینکه مولفه‌های سلامت روانی با سلامت جنسی زنان سالمند دارای رابطه مثبت است، تحلیل داده‌ها نشان داد مولفه‌های (حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، اندیشه‌پردازی پارانوئیدی، روان‌گسسته‌گرایی و پرخاشگری به ترتیب به میزان ۰/۶۵، ۰/۶۳، ۰/۵۴، ۰/۷۰، ۰/۴۹ و ۰/۵۱) با سلامت جنسی زنان سالمند همبستگی دارند و توانسته‌اند ۳۸/۴ درصد از تغییرات مولفه سلامت جنسی زنان سالمند را تبیین کنند. در واقع این پرسشنامه اختلال‌های روانی را می‌سجد و بنابراین هر چه نمره کمتر باشد سلامت بیشتر است و بر عکس. بنابراین رابطه معکوس به دست آمده در اینجا به معنی این است که سلامت روانی با سلامت جنسی همبستگی بیشتری دارد. در ضمن باید اشاره کرد که متغیرهای (شکایت جسمانی و وسواس-اجبار) با سلامت جنسی زنان سالمند دارای رابطه معنادار نبودند. مولفه (اضطراب) نسبت به متغیرهای (حساسیت بین فردی، افسردگی، ترس مرضی، اندیشه‌پردازی پارانوئیدی، و پرخاشگری)، پیش‌بین قوی‌تری برای سلامت جنسی زنان سالمند به شمار می‌رود. این یافته‌ها در حالی بود که همانند جدول همبستگی، دو متغیر شکایات جسمانی و وسواس-اجبار معنی‌دار نشده است. در رابطه با فرضیه اول، یافته‌ها همسو با یافته‌های اسلکوفسکی و هاوتون (۲۰۱۷)، یو و دیگران (۲۰۱۴)، لوستی و برد (۲۰۱۳)، پترسون (۲۰۱۱)،

سادوک و سادوک (۲۰۱۰)، هورتمن (۲۰۰۷)، بردفورد و مستون (۲۰۰۶)، مک‌کیب (۲۰۰۵)، و پژوهش‌های دانایی (۱۳۹۸) بود.

براساس مبانی نظری مطرح شده در دیدگاه رفتارگرایی و نظریه جنسی مسترز و جانسون، در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، مولفه‌های سلامت روانی (اضطراب، نگرانی، افسردگی، پرخاشگری، وسواس و هراس، داشتن احساس مسئولیت شخصی و اجتماعی، رضایت از زندگی و وجود هیجان‌های مثبت) از طریق ایجاد حس آرامش، آسایش، خشنودی و رضایت‌مندی به تجربه رضایت‌بخش و ارضای نیازهای جنسی سالمندان کمک می‌کند و سلامت جنسی این افراد را فراهم می‌آورد. در حالی که وجود اضطراب، استرس و افسردگی باعث شده که سالمندان احساسات و تمایلات جنسی خود را کمتر بیان کرده و کمتر به آن بها بدهند و این بر روی مولفه‌های سلامت جنسی از قبیل: انگیزش، میل و ارگاسم اثر می‌گذارد. از سویی دیگر رابطه جنسی یکی از عملکردهای اساسی انسان و یکی از اجزای زیربنایی زندگی او در همه مراحل عمر به شمار می‌آید و بر بهزیستی کلی، کیفیت زندگی و سلامت روانی فرد تاثیر می‌گذارد. به نحوی که بدکارکردی جنسی غالباً با سایر اختلالات شخصیت، افسردگی و اضطراب همراه است و نبود سلامت جنسی می‌تواند فقدان اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و مشکلات شخصیتی منجر شود. این مساله بیانگر آن است بین سلامت روانی و سلامت جنسی رابطه دوسویه‌ای وجود دارد و این ارتباط به ویژه در مولفه‌های روان گسسته‌گرایی و اضطراب و افسردگی، سلامت روان که بیشترین همبستگی را در این پژوهش با سلامت جنسی داشتند، به خوبی دیده می‌شود. و مساله دیگر این است که اگر سلامت روانی در انسانی با مشکلی روبرو شود، نه تنها زندگی فردی شخص را با مشکل روبرو می‌سازد بلکه سایر افرادی که با او در تعامل هستند مانند همسر، نیز از این آسیب در امان نیستند و به این ترتیب این موضوع در ارتباط با سلامت اجتماعی نیز در رابطه دوسویه قرار می‌گیرد.

در رابطه با فرضیه دوم، مبتنی بر اینکه مولفه‌های سلامت اجتماعی با سلامت جنسی زنان سالمند دارای رابطه مثبت است، تحلیل داده‌ها نشان داد مؤلفه‌های (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی به ترتیب به میزان ۰/۴۱، ۰/۴۵، ۰/۵۱، ۰/۴۷ و ۰/۴۹) با سلامت جنسی زنان سالمند همبستگی دارند و توانسته‌اند ۲۳ درصد از تغییرات مولفه سلامت جنسی زنان سالمند را تبیین کنند. در بین این ۵ مؤلفه (پذیرش اجتماعی) نسبت به متغیرهای (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی)، پیش‌بین قوی‌تری برای سلامت جنسی زنان سالمند به شمار می‌رود. در رابطه با فرضیه دوم، یافته‌ها همسو با یافته‌های ارنس و میچل (۲۰۱۹)، ساندر (۲۰۱۵) و پژوهش‌های ازگلی و دیگران (۱۳۹۸) بود. همچنین براساس مبانی نظری مطرح شده در نظریه سلامت اجتماعی کیزز، نظریه شناختی اجتماعی بندورا و نظریه جنسی مسترز و جانسون، در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این مورد اشاره کرد که سلامت اجتماعی بالا با سطوح سلامت روانی و سلامت جنسی در ارتباط است، به این صورت که اگر فردی دارای روابط اجتماعی حمایت‌کننده است، هم در برخورد با مشکلات و هم بطور کلی در مورد مسائل مربوط به سلامتی (روانی و جنسی) به‌خوبی برخورد خواهد کرد در واقع حمایت‌های اجتماعی همچون سپری از شخص در

برابر استرس‌ها و فشارهای روانی از جمله مشکلات جنسی محافظت می‌کند و برعکس افرادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند در برابر مشکلات جسمی، روانی و جنسی آسیب پذیرترند. در واقع یکی از مولفه‌های سلامت اجتماعی که بیشترین تاثیر را بر روی عملکرد جنسی زنان دارد، پذیرش اجتماعی و نحوه کنار آمدن افراد با موقعیت‌ها و شرایط است. در واقع زمانی که افراد راجع به واقعیت‌های وضعیت موجود دیدی شفاف دارند، واقعیت‌ها را می‌پذیرند، بطور موثری با واقعیت‌ها کنار می‌آیند، توانایی لازم را در جبران کردن چیزهایی که از دست دادن و کمبودها دارا هستند، از عزت نفس بیشتری برخوردار می‌شوند، پیوندهای نزدیک خود را با دوستان و آشنایان حفظ می‌کنند، دیدگاهی مطلوب نسبت به آنها دارند و خود را عضو حیاتی از جامعه می‌دانند. این عوامل موجب کاهش میزان استرس و افزایش احساس امنیت و در نتیجه به بهبود سلامتی عاطفی و عملکرد جنسی زنان، منتج می‌شود. همچنین مولفه‌های اجتماعی با افزایش حمایت و عملکرد اجتماعی، باعث می‌شود، افراد در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت‌های خود را افزایش داده و ضمن به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی شبکه ارتباطی‌شان، برخوردار شوند. در این مورد می‌توان گفت که حمایت اجتماعی، باعث افزایش درک صحیح از رویدادهای فشارزا می‌شود، عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می‌رساند و علاوه بر آن تعهدات متقابلی را به وجود می‌آورد که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن خواهد داشت و این امر باعث کاهش تأثیر فشار روانی می‌شود که با ابعاد مختلف سلامتی ارتباط مستقیمی دارد.

تحلیل داده‌ها در رابطه با فرضیه سوم، مبتنی بر اینکه سلامت روانی و اجتماعی پیش‌بینی کننده سلامت جنسی زنان سالمند است، بر اساس نتایج مربوط به تحلیل همبستگی پیرسون، نشان داد که مؤلفه‌های سلامت روانی و سلامت اجتماعی به ترتیب به میزان $0/63$ و $0/49$ با سلامت جنسی در زنان سالمند همبستگی دارند و بر این اساس متغیرهای پیش‌بین (سلامت روانی و سلامت اجتماعی) توانسته‌اند ۲۸ درصد از تغییرات مولفه سلامت جنسی در زنان سالمند را تبیین کنند. همچنین سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین (سلامت روانی و سلامت اجتماعی) در پیش‌بینی معنادار متغیر ملاک (سلامت جنسی زنان سالمند) با استفاده از آزمون رگرسیون نشان داد، مولفه‌های سلامت روانی نسبت به مولفه‌های سلامت اجتماعی، پیش‌بین قوی‌تری برای سلامت جنسی زنان سالمند به‌شمار می‌رود. در رابطه با فرضیه سوم، یافته‌ها همسو با یافته‌های حسن‌پور و قربانی (۱۳۹۸)، صابری و دیگران (۱۳۹۷)، علی‌اکبری و دیگران (۱۳۹۶)، رئیسی و شیرمحمدی (۱۳۹۴)، مژده و دیگران (۱۳۹۲)، طهماسبی‌پور و دیگران (۱۳۹۱)، مزینانی و دیگران (۱۳۹۱) و پژوهش شارما و هریس (۲۰۱۸)، جو و هان (۲۰۱۷) بود. از آنجایی که رابطه جنسی یک جزء روانی دارد که به انجام و رضایت از رابطه جنسی و در نتیجه به تأمین سلامت جنسی کمک می‌کند. در جامعه ایران آن‌چه که بیشتر بر روی سلامت جنسی زوج‌ها، سایه انداخته و ممکن است آن را خدشه دار کند، اختلالات روانی است و در جامعه ما بُعد روانی تأثیر بیشتری بر سلامت جنسی دارد تا بُعد اجتماعی. این مورد در این پژوهش هم مشخص شد. در واقع

برخی از زنان ایرانی نسبت به خود (جنسیت خود و نیازهای جنسی خود) احساس خوبی ندارند و در نتیجه از آمادگی روانی کافی برای لذت‌بردن از یک رابطه جنسی برخوردار نیستند. آن‌ها فقط به یک رابطه جنسی تن می‌دهند تا بتوانند رابطه خود را با شریک زندگی‌شان تداوم بخشند. یکی دیگر از اجزای سلامت جنسی جزء اجتماعی آن است و همان‌طور که گفته شد، جزء اجتماعی سلامت جنسی، براساس عرف‌ها و هنجارهای پذیرفته شده جامعه، تعریف می‌شود. در واقع حمایت اجتماعی کمک بزرگی در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد نموده و متعلق بودن به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد حس محبت، دوستی، احترام و ارزش کنند و بتوانند به خوبی با مسائل و مشکلات موجود در جامعه کنار بیایند و با افراد ارتباط خوبی برقرار کنند، و اگر برای برقراری رابطه جنسی یک مشکل جسمی و یا روانی دیده نشود، آن‌وقت بین آن‌ها رابطه جنسی شکل می‌گیرد که سالم و آرامش‌بخش است و موجب سلامت جنسی آن‌ها می‌شود.

در واقع براساس مبانی نظری مطرح شده در نظریه‌های (آدلر، اسکینر و الیس و بک)، نظریه خودکارآمدی و شناختی اجتماعی بندورا، نظریه سلامت اجتماعی کیز و دیدگاه مسترز و جانسون می‌توان نتیجه گرفت که عملکرد جنسی زنان یک فرایند چند بعدی است و به‌نظر می‌رسد عواملی همچون مولفه‌های اجتماعی از جمله پذیرش اجتماعی و مولفه‌های روانی مثل اضطراب و افسردگی، به‌طور موثری بر سلامت جنسی زنان اثر می‌گذارند. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و جنسی در دوران سالمندی نسبت به سایر دوره‌های زندگی با خطر بیشتری روبروست. از طرفی محیط زندگی سالمندان، عامل بسیار مهم و تأثیرگذاری بر سلامت و طول عمر آن‌هاست. در واقع برای بررسی سلامت در سالمندان، علاوه بر سلامت جسمی توجه به حیطه‌های روانی، اجتماعی، جنسی، ضروری است. در این بین سلامت جنسی، شاخص مهمی در کیفیت زندگی، سالمندان محسوب می‌شود، اما علی‌رغم این اهمیت همچنان بسیاری از نیازهای سلامت جنسی سالمندان به صورت برآورده نشده باقی مانده است به همین دلیل بررسی وضعیت سلامت سالمندان نباید محدود به جنبه‌های پزشکی شود و به این منظور باید فراتر از آن با متخصصان بالینی، تصمیم‌گیرندگان و پژوهشگرانی که با این گروه سنی کار می‌کنند ارتباط برقرار کرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، کمبود تحقیقات پژوهشی در ایران که به بررسی ابعاد سلامت (روانی، اجتماعی و جنسی) در زنان سالمند پرداخته باشند. پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و جنسی بیشتر در جامعه غیر سالمند و به‌صورت جداگانه یا بررسی ۲ بعد صورت گرفته است و مطالعاتی به تفکیک در خصوص مسائل و ابعاد روانی، اجتماعی و جنسی در جامعه سالمند به‌عمل آمده است، هیچ‌گاه این ابعاد سه‌گانه در کنار هم دیده نشده است. به دلیل همین پشتوانه پژوهشی معدود و کمبود منابع، امکان ورود به ابعاد جزئی‌تر موضوع پژوهش وجود نداشت. از طرفی افراد جامعه به خصوص افراد سالمند به ویژه در جامعه‌ای مثل ایران که در سنین بالا هنوز بر اساس فرهنگ و سنت صحبت کردن درباره مسائل جنسی را یک تابو در نظر می‌گیرند، برای جمع‌آوری اطلاعات با عدم همکاری مناسب پاسخ‌دهندگان و هم عدم همکاری مناسب مسئولین روبرو

شدیم. در این پژوهش سه بعد سلامت در زنان سالمند بررسی شد، پیشنهاد می‌شود این ابعاد در مردان سالمند هم مورد بررسی قرار گیرد. همچنین این پژوهش را می‌توان با متغیرهای تعدیل‌کننده بیشتری همانند: تعداد فرزندان، شغل همسرشان، ویژگی‌های شخصیتی و سالمندانی که در سراهای سالمندان نگهداری می‌شوند، بررسی کرد. **همچنین** پیشنهاد می‌شود آموزش امور جنسی با تاکید بر سلامت روانی به سالمندان در سراهای محله، خانه‌های سلامت، مراکز مشاوره و ... در دستور کار مسئولان ذیربط قرار گیرد و آموزش در حیطه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی به سالمندان در دستور کار مسئولان قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از استاد ارجمند جناب آقای دکتر دلیر، بدلیل تمام راهنمایی‌ها و لطف بیکرانشان و کلیه شرکت کنندگان در فرآیند پژوهش، صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

- احمدی، بتول. حسنی‌پور، سهیل. خدامرادی، عبدالواحد. و خطبه سرا، رضا. (۱۳۹۷). بررسی روند سالمندی و لزوم برنامه‌ریزی خدمات سلامت برای سالمندان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربیت حیدریه*، ۳ (۶)، ۸۲-۸۱.
- ازگلی، گیتی. درونه، طیبه. شیخان، زهره. و نصیری، ملیحه. (۱۳۹۸). ارتباط تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با عملکرد جنسی زنان. *مجله سلامت اجتماعی*، ۲ (۶)، ۱۳۸-۱۳۰.
- اسدی نوقابی، احمدعلی. الحانی، فاطمه. و پیروی، حمید. (۱۳۹۳). سلامت در سالمندان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۵ (۷۸)، ۷۱-۶۲.
- افشارزاده، پوران. رشیدی نژاد، معصومه. عامری، گلناز. گواری، فاطمه. و نظری، طاهره. (۱۳۹۸). تعاریف و نظریه‌های سالمندی. *مجله حیات*، ۱ (۸)، ۱۳-۴.
- اکبری، صدیقه. صابری، نیره. محمودی، زهره. و نصیری، ملیحه. (۱۳۹۶). رابطه وضعیت روانشناختی (افسردگی واضطراب) و پشتیبانی اجتماعی و عملکرد جنسی. *مجله مامایی و پرستاری*، ۲۷ (۱)، ۸-۱.
- اکبری مهر، ماندانا. کاشانیان، مریم. کراسکیان، ادیس. و مزینانی، ربابه. (۱۳۹۱). بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان و عوامل مرتبط با آن. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۰۵ (۱۹)، ۶۶-۶۵.
- امید، لیلا. جهانی زاده، محمدرضا. قربانی، سارا. و میربد، سید مهران. (۱۳۹۹). بررسی رابطه سرمایه‌های روانشناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی. *فصلنامه علمی و پژوهشی پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۰ (۲۸)، ۱۰۰-۸۳.

- امینی، ابوالقاسم، تبریزی، جعفرصادق. و زینال حاجلو، اکبر. (۱۳۹۴). پیامدهای سالمندی جمعیت در ایران با تأکید بر چالش روز افزون نظام سلامت. *مجله تصویر سلامت*، ۱ (۶)، ۶۴-۵۴.
- پارک، جی ای. و پارکر، ک. (۲۰۰۲). *کلیات خدمات بهداشتی*، ترجمه حسین شجاعی تهرانی. (۱۳۸۴)، چاپ سوم، تهران: نشرسمات.
- تدریس تبریزی، معصومه. صفاری نیا، مجید. و علی اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۹۳). *رواسازی و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۸ (۵)، ۱۱۸-۱۱۶.
- حسن پور، سعید. و قربانی، محمد. (۱۳۹۸). بررسی از شیوع سرطان در ایران سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۶. *مجله پیشرفت در زیست‌شناسی بشر*، ۹ (۱)، ۱۷-۱۶.
- حمدیه، مصطفی. و شهیدی، شهریار. (۱۳۹۸). *اصول و مبانی بهداشت روانی*. چاپ هشتم، تهران: سمت.
- داوودی، ایران. و نجاریان، بهمن. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه مدت SCL-90-R) *مجله روانشناسی*، ۲ (۵)، ۱۴۹-۱۳۶.
- دوانگران، کیوان. و یکتامرام، علی. (۱۳۹۵). *راهنمای سلامت سالمندان*. تهران: سازمان بهزیستی کشور.
- رشیدی، بتول. کیانی، کیان‌دخت. حق‌اللهی، فدیبه. و شهبازی صیقلده، شیرین. (۱۳۹۴). سلامت جنسی از دیدگاه متخصصین ایرانی و اجزای آن. *مجله دانشکده پزشکی*، ۱۳ (۳)، ۲۲۰-۲۱۰.
- روشنلو، فرهاد. و سعادت‌ی شامیر، ابوطالب. (۱۳۹۴). اعتبار و روایی سازه‌ی فهرست ۲۵ سئوالی نشانه‌های روان‌شناختی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸ (۱)، ۵۶-۴۸.
- ریدل، رابرت. و میشارا، برایان. (۲۰۱۵). *روانشناسی پیری*. ترجمه حمزه گنجی. (۱۳۹۴)، چاپ ششم، تهران: نشراطلاعات
- ریدل، رابرت. و میشارا، برایان. (۲۰۰۳). *روانشناسی بزرگسالان*. ترجمه حمزه گنجی. (۱۳۹۴)، چاپ ششم، تهران: اطلاعات
- روزنفلد، جوان. و نوزبام، مارگارت. (۲۰۰۴). *بهداشت و سلامت جنسی از کودکی تا سالمندی*. ترجمه فیروزه رئیس. مریم شیرمحمدی. ریحانه فیروزی. (۱۳۹۴)، چاپ دوم، تهران: ارجمند
- زاهدی‌الاصل، محمد. و درویشی فرد، علی اصغر. (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان. *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۷ (۱۶)، ۳۲-۹.
- سارافینو، ادوارد پ. (۲۰۰۲). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه الهه میرزایی. (۱۳۹۸)، چاپ هفتم، تهران: رشد
- سרمدی، محمدرضا. و مرادی، علی. (۱۳۹۵). بررسی سلامت روان افراد سالخورده. *مجله پیری*، ۴۰ (۱)، ۳۸-۳۸.

- شاو آستاد، کارول. (۲۰۱۶). *نظریه‌های روان درمانی و مشاوره*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. (۱۳۹۵)، چاپ دوم، تهران: ویرایش
- صابری، نیره. علی اکبری، صدیقه. نصیری، ملیحه. (۱۳۹۷). عوامل مدل ارتباطی اجتماعی موثر بر سلامت با عملکرد جنسی زنان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۲ (۷۰)، ۳۹۹-۳۹۷.
- صبوری، سعید. (۱۳۹۱). *بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش منطقه ۱۱ شهر تهران*. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور تهران.
- صفاری نیا، مجید. (۱۳۹۳). *مؤلفه‌های اجتماعی روانشناسی سلامت در ایران*. فصلنامه علمی پژوهشی *روانشناسی سلامت*، ۳ (۳)، ۱۰۷-۱۰۳.
- شولتز، دوان. و شولتز، سیدنی ال. (۲۰۰۲). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۹۶)، چاپ چهلهم، تهران: ویرایش
- طهماسبی پور، سعید. (۱۳۹۷). *بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی زنان متأهل سالمند*. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان شناسی، موسسه آموزش عالی سبز.
- کامران، فریدون. و ناظری، سیما. (۱۳۹۶). *بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی*. فصلنامه علمی - پژوهشی *پژوهش اجتماعی*، ۳۴ (۹)، ۵۹-۸۱.
- محمدی، خدیجه. حیدری، معصومه. و فقیه زاده، سقراط. (۱۳۸۷). *ساختار مقیاس عملکرد جنسی زنان*. *مجله پایش*، ۷، ۱۰۸.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۹۷). *بهداشت روانی*. چاپ شانزدهم، تهران: قومس.
- میزبان، نرگس. (۱۳۹۶). *نقش کفایت اجتماعی در پیش بینی سلامت روان سالمندان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز.
- نامجو، شمس الدین. عبدالله نژاد، رحیم. شهیدی، شب بو. و چالش، وسیم. (۱۳۹۷). *بررسی ارتباط مهارت‌های اجتماعی با منزلت اجتماعی و سلامت روانی در سالمندان*. نوزدهمین کنگره پژوهشی سالانه دانشجویان علوم پزشکی کشور.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *psychology and health*, 13, 623- 649.
- Beck, A. T. (1989). *Mental health psychiatric nursing*. Louis Washington D. C. -
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. New York: Brunner-Routledge.
- Derogatis, L. R. , Rickles, K. & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 12 (8), 280-289.
- Erens, B. , Mitchell, K. , Gibson, L. , Datta, J. , & Wellings, K. (2019). Health status, sexual activity and satisfaction among older people in Britain. *cognitive neuroscience channel*, 14 (3), 6-13.

- Hamilton, C. , & Nusbaum, M. R. (2018). The proactive sexual inquiry. *key to effective sexual health care*, 66 (9), 9-12.
- Han, K. T. , & Ju, YJ. (2017). Quality of life and national pension receipt after retirement among older adults. *Geriatrics & gerontology international*, 17 (8), 125-130.
- Harris, A. , & Sharma, A. (2018). Estimating the future health and aged care expenditure in Australia with changes in morbidity. *PloS one*, 13 (8), 167-205.
- Keyes, C. L. M. (1998). social well-being. *socail psychology quarterly*, 61 (2), 121-140.
- Keyes ,C. M. , & shapiro ,A. (2004) ;The mac Arthur foundation's successful midlife national study.
- Keyes, C. M. , & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology. Chicago LI, *The University ofFshicago press*: 350-372.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the complete state model of Health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73 (3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American journal of orthopsychiatry*, 76 (3), 395- 402.
- Koshuta, J. (2018). *What Is Social Health?* Texas: United States. -
- Larson, J. (1996). The Measurement of Social Well- being. *Social indicators Researc*, 28, 285-296. -
- Lusty - narasmhan, M. & Beard, J. (2013). Sexual health in older women. *Bulletin of the World Health Organization*, 91,707-709.
- Masters, W. H. , & Johnson,V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown. -
- Masters, W. H. , & Johnson,V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. London: Churchill. -
- Meston, CM. , & Derogatis, LR. (2002). Validated instrument for assessing female sexual function. *Journal of sex and marital therapy*, 28, 64-155.
- Nicolosi, A. , Buvat, J. , Glasser, DB. Hartmann, U. , Laumann, EO. & Gingell, C. (2006). Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *GSSAB Investigators' Group*, 24 (4), 8- 423.
- Nordqvist, CH. (2017). What is mental health? *Mental health*, 11 (2), 32-39.
- Nusbaum, M. , & Rosenfeld, J. A. (2005). *Sexual health across the lifecycle a practical guide for clinicians*. New York: Cambridge University Press.
- Rosen-Grandon, J. R. , Mayers,J. E . &Hatti, J. A. (2004). The relationship between marital Chatacteristics, marital interaction processes and marital satisfaction. *Journal of counseling and development*, 1, 58-68.
- Rosen, Rc. (2002). Assessment of female sexual dysfunction. Review of validated methods. *fertility and sterility*, 77, 80-93.
- Rosenfeld, J. A. , & Nusbaum, M. (2004). *Sexual health across the lifecycle: a practical guide for clinicians*. Cambridge: University Press. Retrieved from <https://www. U. S. Department of Health & Human Services, May 4, 2019>.

- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. London: Wiley.
 - Sander, M. , Oxlund, B. , Jespersen, A. , Krasnik, A. , Mortensen, EL. , & Westendorp, R. G. (2015). The challenges of human population ageing. *Age and ageing*, 44 (2), 185-187.
 - Smith, Lee. , & Jackson, S. (2019). As we age, sexual activity still important for wellbeing. *Sexual Medicine*, 7 (1), 11-18.
 - Van Gaans, D. , & Dent, E. (2018). Issues of accessibility to health services by older Australians. *Public health reviews*, 3 (9), 20-25.
- Retrieved from [http:// www. Healthyaging poll. org](http://www.Healthyagingpoll.org). March 30, 2019.
- Retrieved from [http:// www. Healthyagingpoll. org](http://www.Healthyagingpoll.org). May 16, 2018.
- Retrieved from [http:// www. Isna. ir](http://www.Isna.ir). May 14, 2016.
- Retrieved from [https://www. Isna. ir](https://www.Isna.ir). October 27, 2017.
- Retrieved from [https://www. Mojnews. com](https://www.Mojnews.com). October 7, 2017.
- Retrieved from [http:// www. Bfarzanegan. com](http://www.Bfarzanegan.com). April 10, 2019.
- Retrieved from [http:// www. Who. int](http://www.Who.int). April 4, 2014.
- Retrieved from [http:// www. Who. int](http://www.Who.int). April 11, 2019.
- Retrieved from [https:// www. Mental health. gov](https://www.Mentalhealth.gov). May 4, 2019.
- Retrieved from [http:// www. Sexual Medicine, online](http://www.SexualMedicine.online). December 13, 2018.
- Retrieved from [https://www. Shahrvand-newspaper. ir](https://www.Shahrvand-newspaper.ir). April 10, 2016.

