CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

A comprehensive overview of sexual intercourse, intimacy, sexual issues and related nursing interventions in the elderly people with stroke: A forgotten necessity

K. FarokhManesh (BSc)[1], A.Shamsalinia(PhD) [2], F. Ghaffari (PhD) *[2]

1. Ramsar Student Research Committee, Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

2. Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
1 Feb[st] 2022

Revised in revised:
19 Mar[th] 2022

Accepted:
28 Mar[th] 2022

Published online:
5 Jul[th] 2022

ABSTRACT

Background and Objective: Despite the importance of sexual health in the elderly people with stroke, the concept of sexual health and sexual issues in these people has been influenced by cultural misconceptions. The aim of this study was to review the definitions of sexual intercourse, intimacy and sexual issues and to explain the related nursing interventions in the elderly people with stroke.

Methods: To do so, the articles published in this field during 1930-2021 were collected through searching in databases using the keywords including sexual rights, intimacy, sexual health, sexual functioning, sexual behavior, sexual issues, effective factors, older people and stroke and according to the purpose of the study, the related articles were selected from them as well as their findings were summarized.

Findings: Health-oriented sexual intercourse in the elderly people with stroke takes a positive and respectful approach to sexual issues. Intimacy in the elderly is mainly associated with physical, mental and emotional well-being. Sexual intercourse in the elderly is more influenced by psychological and social factors. Despite all these points, addressing sexual issues in the elderly not only in Iran but also in many countries due to cultural and structural barriers in society, inadequate beliefs and training of nursing staff is often unknown in nursing evaluation. The permission, limited information, specific suggestions and intensive therapy (PLISSIT) model is known as a sexual therapy model in this regard.

Conclusion: In order to improve the health and quality of sexual intercourse, sexual rights and quality of life of the elderly people with stroke, it is necessary for elderly nurses and sexual health professionals to pay attention to behavioral changes and sexual issues in their clinical evaluations. Using the PLISSIT model in the study of sexual issues in the elderly, creating a culture and providing counseling and education to the elderly in this regard can help identify potential problems, reduce misconceptions and empower the elderly people with stroke in this regard.

Keywords: Sexual intercourse, Intimacy, Sexual issues, Nursing interventions, Elderly, Stroke

Cite this article: FarokhManesh K, Shamsalinia A, Ghaffari F. A comprehensive overview of sexual intercourse, intimacy, sexual issues and related nursing interventions in the elderly people with stroke: A forgotten necessity. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2022; 7. (1): 16-31.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

***Corresponding Author: F. Ghaffari (phd)**
Address: Enghelab Squere,Imam Sajjad HospitaL,Fateme Zahra Nursing& Midwifery School,Ramsar,mazandaran, Iran
Tel: +98 (11) 55225151**. E-mail:** f.ghaffari@mubabol.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

مروری جامع بر روابط جنسی، صمیمیت، مشکلات جنسی و اقدامات پرستاری مرتبط با آن در سالمندان مبتلا به سکته مغزی: ضرورتی فراموش‌شده

کتانه فرّخ منش (Bsc) [۱]، عباس شمسعلی نیا (PhD) [۲]، فاطمه غفاری (PhD) [۲*]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی رامسر، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: مقاله مروری

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲

اصلاح: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸

پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۸

انتشار: ۱۴۰۱/۴/۱۴

چکیده

سابقه و هدف: علیرغم اهمیت سلامت جنسی (Sexual health) در سالمندان مبتلا به سکته مغزی، مفهوم سلامت جنسی و معضلات جنسی (Sexual issues) در این افراد تحت تأثیر باورهای فرهنگی نادرست قرارگرفته است. این مطالعه باهدف مروری بر تعاریف روابط جنسی، صمیمیت (Intimacy) و مشکلات جنسی و تبیین اقدامات پرستاری (Nursing Interventions) مرتبط با آن در سالمندان مبتلا به سکته مغزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: برای نیل به این هدف، با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی با استفاده از کلیدواژه‌های حقوق جنسی (Sexual rights)، صمیمیت، سلامت جنسی، عملکرد جنسی (Sexual functioning)، رفتار جنسی (Sexual Behavior)، مشکلات جنسی، عوامل مؤثر (Effective factors)، سالمند (Older people)، سکته مغزی (Stroke) و اقدامات پرستاری در بازه زمانی بین سال‌های ۱۹۳۰ تا ۲۰۲۱ مقالات موجود در این حوزه گردآوری و با توجه به هدف مطالعه، مقالات مرتبط از میان آن‌ها انتخاب و یافته‌های آن‌ها تلخیص شد.

یافته‌ها: روابط جنسی سلامت‌محور در سالمندان مبتلا به سکته مغزی به یک رویکرد مثبت و احترام‌آمیز به مسائل جنسی می‌پردازد. صمیمیت در سالمندان عمدتاً با رفاه جسمی، روانی و عاطفی همراه است. روابط جنسی در سالمندان بیشتر تحت تأثیر عوامل روانی و اجتماعی است. به‌رغم تمامی این نکات، هنوز هم پرداختن به مشکلات جنسی در سالمندان نه‌تنها در ایران بلکه در بسیاری از کشورها به دلیل موانع فرهنگی و ساختاری در جامعه، باورها و آموزش‌های ناکافی در پرسنل پرستاری غالباً در ارزیابی پرستاری ناشناخته است در همین راستا مدل درمان جنسی (PLISSIT) در این امر شناخته‌شده است.

نتیجه‌گیری: به‌منظور ارتقای سلامت و کیفیت روابط جنسی، حقوق جنسی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سکته مغزی لازم است تا پرستاران سالمندی و متخصصان حوزه سلامت جنسی به تغییرات رفتاری و مشکلات جنسی در ارزیابی‌های بالینی این افراد توجه نمایند. استفاده از مدل PLISSIT در بررسی مشکلات جنسی در سالمندان مبتلا به سکته مغزی، فرهنگ‌سازی و ارائه مشاوره و آموزش به این گروه از سالمندان در این خصوص می‌تواند به شناخت مشکلات احتمالی، کاهش باورهای نادرست و توانمندسازی این افراد در خصوص رفع مشکلات جنسی احتمالی کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: روابط جنسی، صمیمیت، مشکلات جنسی، اقدامات پرستاری، سالمند، سکته مغزی

استناد: کتانه فرّخ منش، عباس شمسعلی نیا، فاطمه غفاری. مروری جامع بر روابط جنسی، صمیمیت، مشکلات جنسی و اقدامات پرستاری مرتبط با آن در سالمندان مبتلا به سکته مغزی: ضرورتی فراموش‌شده. مجله سلامت و سالمندی خزر، ۱۴۰۱؛ ۷ (۱): ۳۱-۱۶.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

* این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی با شماره ۷۲۴۱۳۳۵۱۹ و کد اخلاق IR.MUBABOLHRI.REC.1400.115 از دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

مسئول مقاله: دکتر فاطمه غفاری
آدرس: رامسر، خیابان شهید مطهری، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر تلفن: ۵۵۲۲۵۱۵۱ – ۰۱۱ رایانامه: f.ghaffari@mubabol.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

سابقه و هدف

رابطه جنسی یکی از مؤلفه‌های مهم صمیمیت عاطفی و جسمی (Emotional and physical intimacy) است که بیشتر مردان و زنان تمایل دارند آن را در تمام طول زندگی خود تجربه کنند(۱). یافته‌های کلیدی از نظرسنجی ملی پیری سالم (۲۰۱۸)، تائید می‌کند که نیاز و علاقه‌مندی به رابطه جنسی در یک سن خاصی متوقف نمی‌شود(۲). سلامت جنسی (Sexual health) یک بخش مهم سلامتی است که با کیفیت زندگی و سلامت عمومی، روانی، اجتماعی و... مرتبط است. سازمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی را وضعیت جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی در رابطه جنسی تعریف می‌کند. این به معنای فقدان بیماری، اختلال در عملکرد یا ناتوانی جنسی نیست بلکه یک رویکرد مثبت و احترام‌آمیز به مسائل جنسی و روابط جنسی است که امکان داشتن تجارب جنسی لذت‌بخش و ایمن، عاری از اجبار، تبعیض و خشونت را در بردارد. برای دستیابی و حفظ سلامت جنسی، حقوق جنسی همه افراد باید رعایت، محافظت و احقاق شود. سلامت جنسی برای دستیابی به رفاه عمومی، کیفیت زندگی و کیفیت زندگی جنسی (Sexual quality of life) مهم است(۴و ۳). به نظر می‌رسد که فاکتورهای فرهنگی در تداوم فعالیت جنسی در سالمندان 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 آن دخیل است(۵). اگرچه رابطه جنسی یک نیروی محرک اساسی است، اما غالباً و خصوصاً در سالمندان در مورد آن سوءبرداشت می‌شود(۶). باوجود جمعیت در حال رشد سالمندان، افکار و عقاید کلیشه‌ای که در مورد مسائل جنسی این افراد وجود دارد، هم چنان پابرجاست(۲). حتی در میان پزشکان بالینی که به وجود معضلات جنسی(Sexual issues)در بیماران خود اعتراف می‌کنند، مشکلات عمده‌ای در درک، شناسایی و ارزیابی مشکلات جنسی در این افراد وجود دارد(۷). بار منفی فرهنگی موجب شده است تا مراقبان سالمندان معمولاً فعالیت‌های جنسی افراد مسن را غیراخلاقی، نامناسب و منفی تلقی می‌کنند(۸). این در حالی است که خود سالمندان اغلب به رابطه جنسی به‌عنوان ابزاری برای ابراز علاقه، محبت، تحسین و وفاداری نگاه می‌کنند(۹). فعالیت جنسی برای سالمند ابزاری برای تائید عملکرد بدنی، حفظ احساس هویت و ایجاد اعتمادبه‌نفس است(۹). نتایج مطالعات تائید کننده این نکته است که میل جنسی با افزایش سن تغییر نمی‌کند و برای مردان و زنان یکی از مسائل مهم در زندگی فردی و اجتماعی محسوب می‌شود (۹). حتی در زنان مسن بعد از یائسگی، توانایی جنسی به‌طور کامل از بین نمی‌رود، اما تحت تأثیر اختلال عملکرد جنسی، چه در خود فرد و چه در شریک زندگی وی است(۱۰و ۷).

نیاز به صمیمیت و لمس به‌ویژه برای افراد مسن که ممکن است در حال کاهش معنادار روابط جنسی باشند مهم است(۱۱). رابطه جنسی و صمیمیت به افکار، تخیلات، خواسته‌ها، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها، رفتارها، عملکردها، نقش‌ها و روابط مرتبط است رابطه جنسی تحت تأثیر تعامل عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، حقوقی، تاریخی، مذهبی و معنوی و همچنین شرایطی از قبیل بیماری است (۱۱).

در منابع مهم‌ترین و اصلی‌ترین علل لزوم بررسی مشکلات جنسی در سالمندان را کیفیت زندگی و حقوق جنسی ذکر می‌کنند. با افزایش سن و تغییر در بسیاری از جنبه‌های زندگی، رابطه جنسی برای سالمندی (اگر بیشتر از جوانی نباشد به همان اندازه) آرامش‌بخش است و نقشی اساسی در تأمین کیفیت زندگی آن‌ها ایفا می‌کند. حقوق جنسی نیز بخشی از بیانیه حقوق بشر است که در اسناد بین‌المللی حقوق بشر و سایر بیانیه‌های اجتماع شناخته‌شده است و شامل حقوق همه افراد، بدون زورگویی، تبعیض و خشونت تا بالاترین استاندارد بهداشت جنسی، ازجمله دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشت جنسی است(۱۲). بااین‌وجود نتایج مطالعات نشان می‌دهد که در سالمندان با مشکلات مزمن ازجمله سکته مغزی روابط جنسی دستخوش تغییراتی شده است که کیفیت زندگی جنسی این گروه از سالمندان را تهدید کرده است. علاوه بر سالمندی و تأثیرات مثبت و منفی آن بر روابط جنسی، ابتلا به بیماری‌های مزمن نیز زمینه را برای ایجاد مشکلات متعدد جنسی فراهم می‌سازد. اختلال عملکرد جنسی به‌عنوان یک عارضه جانبی بیماری مزمن مدت‌هاست که هم در تحقیقات و هم در مراقبت‌های بالینی نادیده گرفته‌شده است(۱۳). Martínez و همکاران ، در بررسی خود در مورد فعالیت جنسی در دوران پیری، به این نکته اشاره کردند که گاهی افزایش سن و ابتلا به بیماری‌های مزمن در بروز تغییرات در تمایلات جنسی با یکدیگر اشتباه گرفته می‌شود. به گفته آن‌ها، در مرحله سالمندی نیاز روان‌شناختی و فیزیولوژیکی به ادامه فعالیت جنسی وجود دارد و تأکیدشان بر این است که اگرچه تغییراتی در مشخصه پیری وجود دارد که بر روی رابطه جنسی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند میل و عملکرد جنسی را کاهش دهد، اما هیچ سن معینی وجود ندارد که در آن فعالیت جنسی، افکار جنسی و یا میل جنسی به پایان برسد. برجسته‌ترین تغییرات در سلامت یا عملکرد جنسی به علت بیماری‌ها رخ می‌دهد(۱۴). یکی از بیماری‌های شایع دوران سالمندی سکته مغزی است(۱۵). یکی از تأثیرات سکته مغزی که به کمترین میزان ممکن در مورد آن صحبت شده، اختلال عملکرد جنسی است(۱۳). بیماران مبتلا به سکته مغزی ایسکمیک (IS) اغلب از مشکل اختلال نعوظ (ED=Erectile dysfunction) و مشکلات

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

روان‌شناختی رنج می‌برند. بااین‌حال، اغلب نادیده گرفته می‌شوند زیرا این علائم در مرحله نقاهت سکته مغزی آشکارتر است که بر کیفیت زندگی جنسی بیماران تأثیر می‌گذارد(۱۶).

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر با گردآوری و تجزیه تحلیل اهم مقالات ۹ دهه اخیر که به بررسی با تبیین موضوعات جنسی در سالمندان پرداخته بود از طریق جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی Google Scholar، Irandoc، Iranmedex، Medline، SID، Magiran، Elsevier، PubMed و پایگاه‌های داده سازمان‌های بین‌المللی با استفاده از کلیدواژه‌های حقوق جنسی، صمیمیت، سلامت جنسی، عملکرد جنسی، رفتار جنسی، مشکلات جنسی، عوامل مؤثر، سالمند، سکته مغزی و اقدامات پرستاری در بازه زمانی بین سال‌های ۱۹۳۰ تا ۲۰۲۱ انجام شد و با توجه به هدف مطالعه، مقالات مرتبط از میان آن‌ها انتخاب و یافته‌های آن‌ها تلخیص شد. با توجه به اینکه به پرستاری مسائل جنسی در سالمندان و به‌ویژه سالمندان مبتلا به سکته مغزی در ایران کمتر پرداخته‌شده، غالب مطالعات استفاده‌شده مربوط به کشورهای توسعه‌یافته بوده است. در این مطالعه مقالات، گزارش‌ها و انتشارات رسمی مورد مرور قرار گرفت.

یافته‌ها

عملکرد جنسی (Sexual Functioning) هر فرد ترکیبی پیچیده از فرایندهای زیستی–روانی–اجتماعی است که توسط سیستم‌های عصبی، عروقی و غدد درون‌ریز هماهنگ می‌شود و هر رویکردی برای مطالعه عملکرد جنسی انسان که فقط روی یک بعد تأکید کند، غیر مولد است(۷).

عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی عبارت‌اند از:

زیست‌شناختی (biologic) / محرک (the drive):

عملکرد و فعالیت جنسی ارتباط تنگاتنگی با سلامت جسمی دارد، ازاین‌رو درک عملکرد جنسی در دوران پیری از دیدگاه پزشکی مهم است. عملکرد جنسی ضعیف می‌تواند به دلیل یک بیماری جدی زمینه‌ای باشد. به‌عنوان‌مثال، مشخص‌شده است که اختلال نعوظ در مردان می‌تواند نشانه‌ای برای بیماری عروق کرونر بدون علامت باشد. دیابت شیرین که دارای اثرات عروقی بر رگ‌های خونی است، یکی از شایع‌ترین اختلالات سیستمیک است که همراه با میل جنسی کم و سایر مشکلات جنسی در مردان مسن است، درحالی‌که نوروپاتی دیابتی می‌تواند باعث کاهش میل جنسی در زنان شود(۱۷). درک رفتار جنسی ممکن است تأثیرات محافظتی در سلامتی را کشف کند. Laumann و همکارانش ارتباطی بین بهزیستی جنسی(Sexual well-being) و خوشبختی را کشف کردند(۱۸). داروهای تجویزی متعدد اثرات سوئی بر عملکرد جنسی ازجمله داروهای ضدافسردگی به‌ویژه مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (ایجاد آنورگاسمیا، اختلال نعوظ، کاهش میل جنسی) و داروهای ضد فشارخون بالا (دیورتیک ها، مسدودکننده‌های کانال کلسیم) دارند. علاوه بر این، اثرات سوء دارویی در جمعیت پیری بسیار بیشتر از جمعیت عمومی گزارش می‌شود(۲۰و ۱۹). استفاده از داروهای تجویزشده و میزان عوارض جانبی داروها همیشه در زنان از مردهای سالخورده بالاتر است(۲۱و ۲۰) و این داروها بر پاسخ‌های جنسی ازجمله میل جنسی از طریق اثرات غیراختصاصی بر سلامت عمومی، سطح انرژی و خلق‌وخو، تأثیر می‌گذارند(۲۰).

روان‌شناختی (psychological)/ اراده (the will):

عوامل روان‌شناختی (اراده) عوامل اصلی تعیین‌کننده شدت میل جنسی هستند(۲۰). عوامل روان‌شناختی به‌طور مستقل با عملکرد جنسی ارتباط دارند. علاوه بر این، انگیزه‌های عاطفی و بین فردی به‌عنوان میانجی تأثیر انگیزه جنسی عمل می‌کند که موجب تمایل فرد به رفتار جنسی با یک شریک زندگی مشخص می‌شود و می‌تواند کاهش میل جنسی فیزیولوژیک (به‌عنوان‌مثال درنتیجه کاهش سطح تستوسترون) را جبران کند(۲۰). شرایط روانی مانند افسردگی همراه با داروهای مرتبط با درمان آن، یک عامل خطر برای اختلال عملکرد جنسی است(۲۲).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

زمینه اجتماعی (social context) /خواست (the wish) و تعاملات بین آن‌ها:

زمینه اجتماعی (خواست) نیز نقشی اساسی در عملکرد جنسی دارد. نقشی که در ادبیات پزشکی نادیده گرفته‌شده است. به‌عنوان‌مثال در دسترس بودن یک شریک، ارتباط صمیمی، مدت‌زمان رابطه، ویژگی‌های شریک جنسی فرد و تجارب فرهنگی. درزمینهٔ تجارب فرهنگی Laumann و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه جهانی و تجزیه‌وتحلیل نگرش‌ها و رفتارهای جنسی کشف کرده‌اند که ارتباط بین سلامت ذهنی درک شده و سلامت جسمی، بهداشت روانی، اقدامات جنسی و زمینه روابط در طیف گسترده‌ای از کشورهای مناطق عمده‌ای از جهان یکسان و مشابه است(۱۸). علاوه بر این، محققان دریافتند که مردان سطح بالاتری از بهزیستی جنسی ذهنی (subjective sexual well-being) را بدون در نظر گرفتن زمینه فرهنگی اجتماعی گزارش کردند. آن‌ها همچنین یک رابطه کلی بین بهزیستی جنسی و خوشبختی در مردان و زنان مشاهده کردند(۱۸). عوامل تعیین‌کننده روان‌شناختی، مانند اضطراب عمومی، عدم اطمینان، عدم اعتمادبه‌نفس و انتظارات و خلق‌وخوی منفی نیز می‌توانند بر میل و عملکرد جنسی تأثیر بگذارند(۱۱).Neeleman اظهار می‌دارد که جنبه‌های روانی – اجتماعی، مانند تجربه منفی بدن، عدم اطمینان، استرس، تجربیات عاطفی منفی و کمبود دانش، همچنین بر سلامت جنسی سالمندان تأثیر می‌گذارد. اعتراضات کودکانه در مورد شریک زندگی جدید، نداشتن حریم خصوصی و کمبود فرصت‌های صمیمیت نیز بر سلامت و فعالیت جنسی تأثیر می‌گذارد. سالمندان غالباً هنگام ابراز خواسته‌ها یا نگرانی‌های جنسی، از طرف خانواده خود و یا سیستم بهداشت و درمان با ننگ (stigma) زیادی روبرو می‌شوند(۲۳و ۱۱).

از باورهای نادرست مرتبط با رابطه جنسی سالمندان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- کیفیت رابطه جنسی با افزایش سن در مردان و زنان افت می‌کند.
- اختلالات نعوظ در مردان اجتناب‌ناپذیر است و بدون درمان پزشکی قابل برطرف شدن نیست.
- اگر مردی بلافاصله دچار نعوظ نشود و یا زنی به‌اندازه کافی ترشحات روان کننده ترشح نکند، یعنی به‌اندازه کافی ازنظر جنسی تحریک نشده (به‌عبارتی‌دیگر تحریک جنسی ممکن است بلافاصله منجر به بروز تغییرات جسمی در سالمندان نگردد).
- اگر مردی فقط به‌صرف نگاه کردن به همسرش برانگیخته نشود ممکن است قادر به عمل جنسی نباشد.
- تمایلات جنسی زنان به شکل دراماتیکی بعد از منو پوز کاهش می‌یابد.
- زنان در ۳۰ سالگی در قله توانایی جنسی خود هستند و بعدازآن پاسخ جنسی آنان کاهش می‌یابد.
- ارگاسم در سنین جوانی شدیدتر است و ارگاسمی که از خود ارضایی حاصل شود دل‌پذیرتر است.
- رابطه جنسی همیشه باید با ارگاسم خاتمه یابد.
- سالمندان مبتلابه بیماری‌های قلبی و عروقی باید از فعالیت جنسی خودداری نمایند.
- فقط سکس واژینال در سالمندی مناسب است و سکس دهانی مختص جوانان است(۷).

عوامل روانی – اجتماعی

۱-ازدواج: به نظر می‌رسد برای زنان در دسترس بودن یک شریک جنسی مایل و توانا ازنظر جنسی و مجاز ازنظر اجتماعی مهم‌ترین عامل باشد(۲۴)، اما چون زنان معمولاً از مردان بیشتر زندگی می‌کنند، مشکلات رخ می‌دهد(۲۵). به نظر می‌رسد وضعیت تأهل در مردان در مورد فعالیت جنسی از اهمیت کمتری برخوردار است(۲۶). ازآنجاکه جامعه در حال تغییر کردن از پذیرش استانداردهای دوگانه برای زن و مرد است، این اختلافات در حال کاهش است. افراد مسن بیشتر و بیشتر باهم زندگی می‌کنند(Cohabit) تا از عدم امنیت اجتماعی جلوگیری کنند(۲۷)، بنابراین نباید تصور کرد افراد مجرد پیر ازنظر جنسی غیرفعال هستند. مسائل خارج از ازدواج را نیز باید در نظر داشت(۷).

۲-خانواده: بسیاری از خانواده‌های سنتی و مشترک، به‌ویژه در مناطق روستایی قادر به ایجاد حریم خصوصی برای افراد مسن، جوانان تازه ازدواج‌کرده و فضای خصوصی نیستند. خانواده‌هایی که نیازهای جنسی سالمندان مطلقه یا بیوه را قبول ندارند، موجب تسهیل بروز احساسات منفی سالمندان نسبت به خود می‌شوند. به‌علاوه، کارکنان پزشکی و پرستاری که در مورد نیازهای جنسی بیماران مسن قضاوت می‌کنند، این تصور را القاء می‌کند که این امر غیرطبیعی است. آنچه باید موردتوجه قرار گیرد این است که مراقبت کامل از سالمندان باید شامل پرداختن به احساس جنسی و نیاز به حریم خصوصی باشد(۲۹و ۲۸).

۳-ازدواج مجدد: ازدواج مجدد در اواخر زندگی حتی ممکن است رضایت‌بخش‌تر از ازدواج اول باشد. ازدواج مجدد باید تشویق شود زیرا تنهایی ممکن است منجر به ناامیدی شود(۳۰).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

۴-جنسیت، تحصیلات و آگاهی: آموزش معمولاً مهار جنسی و اضطراب بی‌مورد را برطرف می‌کند و ارتباطات را افزایش می‌دهد. فقط آموزش‌وپرورش می‌تواند نگرش صحیحی راجع به جنسیت در افراد مسنی که بیوه و مطلقه هستند یا باهم زندگی مشترک دارند، داشته باشد(۳۱).

۵- ناسازگاری امیال (Disparity in desire): اختلاف بین امیال در زوجین ممکن است طی مهروموم‌ها افزایش یابد. مشکلات وقتی به وجود می‌آید که به‌عنوان‌مثال یکی به گرفتن دست راضی باشد و شریک زندگی دیگر تمایلات جنسی شدیدی داشته باشد(۳۲).

۶-تمایلات جنسی: افرادی که در سال‌های جوان از رابطه جنسی لذت می‌بردند، وقتی پیرتر می‌شوند علاقه جنسی خود را حفظ می‌کنند و در سال‌های بعد ازنظر جنسی فعال می‌مانند. زوجین تمایل دارند که کمتر احساسات خود را مهار کنند و با افزایش سن احساس راحتی می‌کنند انواع مختلف تحریکات جنسی را کشف می‌کنند(۳۳).

۷-ابراز جنسی منظم (Regular sexual expression): ابراز علاقه منظم جنسی، به‌ویژه برای زنان مهم است. عدم ابراز منظم و حریم خصوصی جنسی با کاهش علاقه به مقاربت ارتباط دارد(۳۴).

۸-تغییر (کاهش)/ باروری خانواده (Family climacteric): نگرش نادرست به "تغییر در زندگی" اگر زوجین این امر را به معنای تغییر وضعیت و میزان جذابیت در نظر بگیرند و فعالیت جنسی را نامناسب بدانند، ممکن است در پاسخ آن‌ها تأثیر بگذارد. زنان ممکن است از سندرم آشیانه خالی (Empty nest syndrome) یا بی‌حوصلگی رنج ببرند. آن‌ها ممکن است در ورود دوباره به حرفه خود و یا بازسازی تاروپود زندگی خود پس از ترک فرزندانشان از خانه مشکل داشته باشند. زنان ممکن است ظرفیت جنسی را با ظرفیت مادرانه پیوند دهند و ممکن است پذیرفتن از دست دادن توانایی تولیدمثل برای برخی دشوار باشد (بسته به برداشت آن‌ها از مفهوم باروری و اینکه آیا آن‌ها در مقایسه با آنچه می‌خواستند به تعداد زیاد، بسیار زیاد یا خیلی بچه داشته‌اند یا خیر). مشکلاتی که در دوران بارداری، ناباروری و پیشگیری از بارداری با آن روبرو هستند نیز تأثیر دارند(۳۵). تعداد کمی از مردان بالای ۶۰ سال نیز سندرمی به نام کاهش باروری مردانه (Male climacteric) را تجربه می‌کنند. این سندرم اگر چهار یا بیشتر از علائم زیر را داشته باشند تشخیص داده می‌شود. بی‌حالی، کاهش وزن، اشتهای ضعیف، میل جنسی سرکوب‌شده، کاهش قدرت نعوظ، اختلال در تمرکز، ضعف، خستگی و تحریک‌پذیری به‌آسانی. عامل تمایز و تعیین‌کننده، سطح تستوسترون خون است(۳۶).

۹-فقدان فرصت برای تجارب جنسی: مانع عمده‌ای برای تحقق جنسیت در سالمندان است. طی چند دهه اول قرن بیستم، زمانی بود که به‌طورکلی، رابطه جنسی دلپذیر فقط برای مردان بود. زنان برای جلب رضایت همسران خود و بچه‌دار کردن به فعالیت جنسی مشغول بودند. سالمندان فعلی در آن زمان مشغول تأمین خانواده و تأمین معاش خود بودند و به عبارتی آن‌ها متعلق به نسل "من" (''me'' generation) نبودند. عدم آگاهی و فقدان فرصت برای تجارب جنسی مانع عمده‌ای برای تحقق جنسیت در زنان سالمند (خصوصاً) است(۳).

۱۰-عدم رعایت حریم خصوصی:

الف-حریم خصوص فیزیکی: زندگی در محیط مشترک یک منزل مسکونی چالش‌هایی را برای سالمندانی که مایل به داشتن زندگی جنسی فعال هستند ایجاد می‌کند. این چالش‌ها برای سالمندانی که در خانه سالمندان مقیم هستند بسیار بیشتر است.

ب-حریم خصوصی اطلاعات (The privacy of information): حتی فراتر از موضوع حریم خصوصی فیزیکی (physical privacy) است. این تصور که دیگران می‌توانند به‌راحتی از صمیمی‌ترین جنبه‌های زندگی سالمند آگاه شوند. همه افراد درگیر مراقبت از یک سالمند ممکن است به اطلاعات پزشکی و بهداشت روان وی، ازجمله هرگونه مشکل پزشکی مرتبط با رابطه جنسی مانند خشکی واژن یا اختلال نعوظ دسترسی داشته باشند. ترس از تبدیل‌شدن به موضوع گفتگو در بین دیگران می‌تواند یک عامل بازدارنده برای سالمند باشد که از مراقب خود مشاوره بگیرند یا فرصت‌های جنسی خود را دنبال کنند(۳).

۱۱-نگرش‌های مراقبین بهداشتی: مراقبین بهداشتی تحت تأثیر بسیاری از باورهای غلط، کلیشه‌ها و افسانه‌های مربوط به جنسیت و پیری قرار دارند که توسط جامعه بزرگ‌تر به آن‌ها القاء می‌شود. در اغلب فرهنگ‌ها، زنان و مردان مسن معمولاً به‌عنوان موجوداتی جنسی دیده نمی‌شوند(۳).

۱۲- بیماری‌های مقاربتی: سالمندان هم می‌توانند به بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STDs) مبتلا شوند. این واقعیتی است که اغلب هم توسط سالمندان و هم ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی نادیده گرفته می‌شود. تحقیقات اخیر شواهدی را ارائه کرده است که نشان می‌دهد بسیاری از افراد مسن ازنظر جنسی فعال هستند. بااین‌حال، سالمندان کمتر از افراد جوان‌تر در مورد بیماری‌های مقاربتی اطلاعات دارند زیرا معمولاً مسئولان آموزش و پیشگیری همگانی نسبت به آموزش افراد مسن بی‌توجهی کرده‌اند. به‌علاوه پیری با تغییرات فیزیولوژیکی همراه است که خطر هرگونه عفونت، ازجمله STDs را افزایش می‌دهد. (۳۷).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

۱۳-انگ اجتماعی: گاهی سالمندان انگ اجتماعی دوگانه‌ای را تجربه می‌کنند یکی ناشی از پیری است و دومی تعلق به گروه‌هایی است با تمایلات متفاوت جنسی (lesbian, gay, bisexual, transgender,and queer (LGBTQ)) در سالمندی(۳۸).

عوامل هورمونی

غلظت تستوسترون (رنج نرمال از ۲۷۰ تا ۱۱۰۰ نانوگرم در دسی لیتر) از سن ۵۰ سالگی کم می‌شود و تقریباً هر ۱۰ سال به میزان ۱۰۰ نانوگرم در دسی لیتر کمتر می‌شود و حساسیت گیرنده‌های آندروژن در مردان با افزایش سن کاهش می‌یابد(۳۹). بااین‌حال مردان مسن سالم هرگز دچار کاهش عملکرد غدد جنسی(Hypogonadism) نمی‌شوند(۷). میزان تستوسترون در بزاق مردان نوجوان دگر جنس گرا با تعداد دفعات شروع تماس جنسی رابطه مثبت دارد (اگرچه این‌که آیا رابطه جنسی منجر به افزایش آندروژن ها می‌شود نیاز به اثبات دارد)(۳۹). در مردان و زنان، ارگاسم (ناشی از خود ارضایی) باعث افزایش فعالیت سمپاتیک می‌شود که منجر به افزایش ضربان قلب، فشارخون و سطح نورآدرنالین پلاسما (به‌صورت گذرا) و افزایش سطح پرولاکتین پلاسما به مدت ۳۰ دقیقه در مردان و ۶۰ دقیقه در زنان می‌شود(۴۰, ۴۱). در زنان، تحریک جنسی باعث افزایش سطح هورمون لوتئین کننده پلاسما(Plasma luteinizing hormone) و تستوسترون می‌شود(۴۰). نوروهورمون(Neurohormone) اکسی توسین نیز در هنگام ارگاسم آزاد می‌شود و لذت را تقویت می‌کند(۴۲).

تأثیر افزایش سن بر چرخه پاسخ جنسی (Sexual Response Cycle):

ظرفیت پاسخ به تحریک جنسی به‌طور مؤثری حفظ می‌شود، اگرچه شدت واکنش فیزیکی در تمام مراحل چرخه پاسخ جنسی به‌آرامی کاهش می‌یابد. به‌جز تغییرات در ظاهر اندام‌های جنسی (کاهش حجم بافت پستان، نازک شدن و از بین رفتن قابلیت ارتجاعی دیواره واژن، کاهش لغزندگی واژن و کوتاه شدن طول واژن در خانم‌ها و کاهش تولید اسپرم، کاهش نیروی انزال و بیضه‌های کوچک‌تر و سفت‌تر در آقایان)، سایر تغییرات واکنش جنسی با افزایش سن در جدول شماره ۱ ارائه‌شده است(۷).

جدول ۱. چرخه پاسخ جنسی به تفکیک جنس

چرخه پاسخ جنسی	مرد	زن
برانگیختگی	نعوظ دیرتر حاصل می‌شود و گاهی رخ نمی‌دهد	مرحله برانگیختی دیرتر شروع می‌شود
مرحله پلاتو	این مرحله طولانی‌تر می‌شود	
ارگاسم	مرحله ارگاسم کوتاه‌تر می‌شود. خروج مایع منی ممکن است انجام نشود و یا گاهی انجام شود. حجم مایع، فشار خروج منی و مشخصه بیفازیک آن تدریجاً کم می‌شود.	زنان در تمام طول عمر خود قادر هستند که بدون فاز بازگشت ارگاسم‌های متعدد و مکرر داشته باشند.
بازگشت	فاصله تا ارگاسم بعدی افزایش می‌یابد.	مرحله بازگشت سریع‌تر می‌شود.

مشکلات جنسی در سالمندان مبتلا به سکته مغزی: طبقه‌بندی و اپیدمیولوژی:

چرخه پاسخ جنسی (Sexual Response Cycle) ابتدا توسط Masters و Johnson (در سال ۱۹۶۶ به‌عنوان مدل EPOR (مرحله‌های هیجان (Excitement)، ثبات (Plateau)، ارگاسم (Orgasmic) و بازگشت (Resolution)) توصیف شد(۴۳) و بعداً توسط Kaplan در سال ۱۹۷۴ به مدل DEOR (مراحل تمایل (Desire) ، هیجان (Excitement)، ارگاسم و بازگشت) تغییر یافت که به مدل پذیرفته‌شده جهانی تبدیل شد(۴۴). به‌طور کلاسیک، عدم‌کفایت جنسی (sexual inadequacy) به برخی از اختلالات خاص "چرخه پاسخ جنسی" (همان‌طور که توسط Masters وJohnson در ۱۹۷۰ توضیح داده شد) اشاره دارد(۴۳). پزشکان در ابتدا در تعیین آستانه اختلالات جنسی با مشکل روبرو شدند. این مشکل با اتخاذ یک رویکرد بیمارمحور برطرف شد. بر این اساس، گفته می‌شود که یک مشکل جنسی زمانی وجود دارد که فردی در منطقه خاصی از عملکرد جنسی با مشکل روبرو شود که ممکن است با علائم رفتاری، خلقی یا شناختی همراه باشد(۷). طبق مدل DEOR به "وجود مشکل در هر مرحله از چرخه پاسخ جنسی که باعث جلوگیری از رضایت فرد یا زوجین از فعالیت جنسی می‌شود،

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]
[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

اختلال عملکرد جنسی اطلاق می‌شود(۴۵)." اختلالات هویت جنسی و پارافلیا باید از نارسایی‌های جنسی افتراق داده شود. از "جنس" (sex) معمولاً به‌عنوان چیزی که یک فرد ازنظر بیولوژیکی هست یاد می‌شود، درحالی‌که "جنسیت" (Gender) همان چیزی است که فرد در متن اجتماعی به آن تبدیل می‌شود(۷). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition) (۲۰۱۳)، اختلالات جنسی را به‌عنوان "یک گروه ناهمگن از اختلالات تعریف می‌کند که به‌طورمعمول با اختلال در توانایی فرد در پاسخ دادن به رابطه جنسی یا لذت جنسی" تعریف می‌کند که ازنظر بالینی قابل‌توجه است. انواع فرعی را می‌توان به‌صورت مادام‌العمر در مقابل اکتسابی و کلی در مقابل موقعیتی طبقه‌بندی کرد(۴۶). دفعات گزارش دهی و کمک برای مشکلات جنسی به دلایل مختلفی ازجمله در دسترس بودن مراکز مراقبت از سلامت جنسی، آگاهی از این مشکل و عوامل اجتماعی و فرهنگی متفاوت است. ادبیات مربوط به جنسیت سالمندی تنها ۰/۵٪ از کل انتشارات را تشکیل می‌دهد. مشکلات پشتیبانی و ابزاری و اینکه مجلات مربوط به سالمندی از انتشار موضوعات مرتبط با رابطه جنسی در افراد مسن اجتناب می‌کنند، به حجم کم تحقیق در مورد جنسیت سالمندان کمک می‌کند(۴۷). مطالعات مربوط به هر دو جنس در گروه سنی بیش از ۵۰ سال، گزارش می‌کند که شیوع اختلال عملکرد جنسی در حدود ۵۰–۸۰٪ است. مطالعات مربوط به زنان در گروه سنی ۵۰–۷۰ سال، گزارش می‌دهد که پیشگیری از اختلال عملکرد جنسی در حدود ۵۰–۷۵ درصد است(۴۶). شایع‌ترین مشکلات جنسی که پس از سکته مغزی در سالمندان شناسایی‌شده‌اند عبارت‌اند از کاهش میل جنسی و دفعات مقاربت، خشکی واژن و ارگاسم در زنان، و کاهش نعوظ و انزال ضعیف یا ناموفق در مردان است. بیماران مرد پس از سکته مغزی در معرض خطر بالای اختلال نعوظ هستند. نتایج یک مرور نظام‌مند نشان داد که شیوع ED در بیماران پس از سکته مغزی از ۳۲/۱ تا ۷۷/۸ درصد متغیر است که به‌طور چشمگیری بیشتر از جمعیت عمومی بود(۱۶).

اختلالات جنسی در سالمندان مبتلا به سکته مغزی: اتیولوژی:

پاسخ جنسی انسان یک پدیده بیولوژیکی پیچیده است و به‌شدت تحت تأثیر عوامل بین فردی و فرهنگی– اجتماعی است(۴۸). به‌طورکلی، اختلالات جنسی ازنظر علت چندعاملی هستند(۴۹). گفته می‌شود که اگر اختلالات روانی غیرجنسی، استرس‌زا، مصرف مواد یا یک بیماری پزشکی عمومی بهتر تشریح شوند، اصلاً تشخیص اختلال عملکرد جنسی داده نخواهد شد(۴۶). شیوع اختلالات جنسی پس از سکته مغزی بین ۲۰ تا ۹۵ درصد است که در هر دو جنس رخ می‌دهد(۵۰, ۵۱). در سکته مغزی، عملکرد جنسی ممکن است به‌طور غیرمستقیم تحت تأثیر عواقب علائم مرتبط با بیماری باشد، مانند ضعف عمومی، درد، اسپاستیسیته عضلات اندام (مثلاً اسپاستیسیته عضلات پا در زنان ممکن است مانع آمیزش جنسی شود)، از دست دادن حس عمومی (Loss of general sensation)، لرزش، و اختلال عملکرد روده و مثانه. همه این علائم ممکن است بر میل جنسی تأثیر منفی بگذارد. مطالعات نشان داده است که در مبتلایان به سکته مغزی، برجسته‌ترین عواملی که بر سلامت جنسی بیماران تأثیر می‌گذارد، تصویر منفی از خود، ترس از طرد شدن و مشکلات ارتباطی است(۱۳).

اختلال عملکرد جنسی و نارضایتی از زندگی جنسی در بیماران سکته مغزی (مرد و زن) و همسرانشان بسیار شایع است. به نظر می‌رسد عوامل روانی و اجتماعی تأثیر زیادی بر عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی پس از سکته داشته باشند. اکثر بیماران سکته مغزی کاهش قابل‌توجهی را در تمام عملکردهای جنسی اندازه‌گیری شده، مانند میل جنسی، دفعات مقاربت، توانایی نعوظ و ارگاسم و ترشحات واژن و همچنین در رضایت جنسی خود گزارش کردند. مهم‌ترین عوامل توضیحی برای این تغییرات، نگرش کلی نسبت به تمایلات جنسی، ترس از ناتوانی جنسی، ناتوانی در صحبت کردن در مورد تمایلات جنسی، عدم تمایل به شرکت در فعالیت جنسی و درجه ناتوانی عملکردی می‌باشد. همسران همچنین کاهش قابل‌توجهی در میل جنسی، فعالیت جنسی و رضایت جنسی خود در نتیجه سکته مغزی گزارش کردند(۵۲).

نقش پرستار در حفظ و ارتقاء روابط جنسی و صمیمیت در سالمندان:

پرستار باید در مورد جنسیت و سلامت جنسی در تمام طول زندگی آموزش ببیند. مهم است که پرستار اعتقادات و احساسات خود را در مورد جنسیت، عملکرد جنسی و آنچه ازنظر جنسی طبیعی و غیرطبیعی تلقی می‌شود، بررسی کند. بسیاری از پرستاران درزمینهٔ مراقبت درزمینهٔ رابطه جنسی مشکل‌دارند و مشکلات مربوط به مسائل جنسی را بررسی نمی‌کنند مگر اینکه مددجو سؤالات خاصی بپرسد. بااین‌حال، تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از مددجویان آرزو می‌کنند پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی بحث در مورد رابطه جنسی و رضایت از عملکرد جنسی را آغاز کنند. راهکارهای ارتقاء دهنده شامل:

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

استفاده از مدل permission, limited information, specific suggestions and intensive therapy (PLISSIT) model (Annon)(۱۹۷۶): این مدل بعدها توسط تیلور و دیویس (Taylor and Davis) اصلاح‌شده و توسعه داده شد(۵۳).
این مدل برای استفاده پرستار مفید است و شامل ۴ سطح مداخلات به شرح زیر است:

اجازه (Permission): ازآنجاکه بسیاری از اختلالات جنسی منجر به احساس اضطراب یا گناه می‌شود، اجازه گرفتن ممکن است مددجو را در موضعی قرار دهد که کنترل بحث را در اختیار بگیرد و ارتباط بین درمانگر و مددجو را تسهیل کند؛ بنابراین تمایل به بحث و گفتگو درباره افکار و احساسات جنسی را به مددجو و دیگران بسپارید.

اطلاعات محدود (Limited Information): در مورد اثرات شرایط خاص (به‌عنوان‌مثال، بارداری)، شرایط (به‌عنوان‌مثال، سکته مغزی) و درمان‌ها (به‌عنوان‌مثال، داروها) روی عملکرد جنسی، به مددجو و سایر افراد مهم وی اطلاع دهید.

پیشنهادهای خاص (Specific Suggestions): دستورالعمل‌های خاصی ارائه دهید که بتواند عملکرد جنسی مثبت را تسهیل کند (به‌عنوان‌مثال، مشاوره عملی در مورد تکنیک‌های برانگیختگی و تمرینات "لذت متقابل"(mutual pleasuring) و یا تغییر در وضعیت‌های سکس، مداخلات برای بهبود سلامت جنسی مانند اعمال جنسی ایمن، مدیریت مؤثرتر بیماری‌های حاد و مزمن، حذف یا جایگزینی داروهای مسبب بروز مشکل، سازگاری‌های محیطی یا نیاز به گفتگو با شریک جنسی و خانواده‌ها). این پیشنهادها که برای اولین بار توسط Masters و Johnson توصیه‌شده است، برای کاهش استرس و اضطراب و بهبود ارتباطات طراحی‌شده‌اند.

درمان وسیع و ویژه (Intensive Therapy): افرادی که اختلال عملکرد جنسی آن‌ها بیش از محدوده مدیریت مراقبت‌های اولیه است و به کمک بیشتری نیاز دارند را به یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی مناسب (به‌عنوان‌مثال، درمانگر جنسی، جراح) ارجاع دهید. به‌ندرت نیاز به این مرحله می‌شود، مگر در مواردی که مشکل در رابطه باشد نه فعالیت‌های جنسی به‌تنهایی(۵۴). تحقیقات اخیر و مقالات بالینی نشان می‌دهد که صمیمیت و نگرانی‌های جنسی اغلب توسط تیم توان‌بخشی در بیماران مبتلا به سکنه مغزی نادیده گرفته می‌شود، بااین‌حال تحقیقات نشان می‌دهد که زوج‌ها اطلاعاتی را می‌خواهند تا به آن‌ها کمک کند تا روابط جنسی خود را حفظ کنند. پرستاران می‌توانند با استفاده از مدل PLISSIT برای رسیدگی به نگرانی‌های جنسی به زوج‌ها در جهت بهبود عملکرد جنسی و کیفیت زندگی کمک کنند(۵۵).

فرایند پرستاری در اختلالات جنسی در سالمندان

بررسی:

بررسی شامل هم اخذ سابقه روابط جنسی (Taking a sexual history) و هم عملکرد فعلی جنسی در هر دو جنس (Current sexual functioning in males and females) است.

شرح‌حال مانند تمام مصاحبه‌های روان‌پزشکی نیاز به ایجاد رابطه در یک فضای قابل‌قبول با نگرش غیر قضاوتی (non-judgmental Attitude) است. باید به بیمار حق داد که از پاسخ دادن امتناع کند. گاهی چند جلسه برای بررسی لازم است. باید در مورد کلماتی که بکار برده می‌شود شفاف بود و در صورت نیاز برای درک بیشتر بیمار از اصطلاحات عامیانه استفاده کرد. تلاش کنید که باز، گرم، عینی، بدون خجالت و مطمئن باشید. به خاطر داشته باشید که شایسته‌تر است که فرض بر این داشته باشید که مددجو تجربه جنسی داشته است، نه اینکه اصلاً تجربه‌ای در این مورد نداشته است. اخذ تاریخچه جنسی باید بیشتر ساختاریافته باشد، اگرچه زمینه‌های نگرانی بیمار باید به‌طور مثبت بررسی شود.

شکایات جنسی فعلی، استرس‌های زندگی، اعمال جنسی، شریک زندگی، مشکلات رابطه‌ای، تخیلات جنسی و سابقه خود ارضایی باید موردبررسی قرار گیرد. تغییرات در عملکرد جنسی و تعداد و کیفیت تعاملات جنسی با افزایش سن باید دقیق بررسی شود. سهم شریک زندگی در پریشانی فعلی، عوامل سبک زندگی، سابقه روان‌پزشکی ازجمله سابقه سوءمصرف مواد باید مشخص شود. تصویر بیمار از خود به‌عنوان یک موجود جنسی در دوران کودکی و نوجوانی و افرادی که در آموزش جنسی و هویت بیمار نقش داشته‌اند، نیاز به جزئیات دارد. آگاهی (Orientation) جنسی بیمار، هرگونه رفتار جنسی پرخطر و سوءاستفاده جنسی را باید در نظر داشته باشید.

بعد از اخذ شرح‌حال، معاینه پزشکی باید توسط پزشک پس از گرفتن رضایت و حفظ حریم خصوصی، به‌دقت انجام شود. بیماری‌های زمینه‌ای را باید یادداشت کرد.

مطالعات آزمایشگاهی شامل تجزیه‌وتحلیل ادرار، شمارش کامل خون، آزمایشات عملکرد کلیه و کبد، چربی خون، قند خون ناشتا، نوار قلب و عملکرد تیروئید است. سایر آزمایشات غدد درون‌ریز و آزمایشات آزمایشگاهی مربوط به بیماری عمومی پزشکی و انواع گرافی‌ها باید انجام شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

نمونه سؤالات در ارزیابی مشکلات جنسی سالمندان:

دانش:

وقتی می‌شنوید که افراد مسن علاقه کمی به رابطه جنسی دارند، چه احساسی دارید؟ در مورد بیماری‌های مقاربتی چه می‌دانید؟

تغییرات بدن:

احساس شما در خصوص نحوه پیر شدن بدنتان چیست؟ چه‌کاری انجام می‌دهید تا ازنظر جنسی احساس خوبی نسبت به خود داشته باشید؟

فعالیت جنسی:

آیا احساس می‌کنید دیگران برای شما ارزش قائل‌اند و به شما علاقه‌مندند؟ نیازهای شما به لمس و صمیمیت چگونه برآورده می‌شود؟ آیا شما توانسته‌اید فعالیت جنسی خود را حفظ کنید؟

تشخیص‌های پرستاری: تشخیص‌های قطعی و احتمالی مرتبط با عملکرد جنسی در جدول شمارِ ۲ و ۳ ارائه‌شده است.

جدول ۲. تشخیص‌های پرستاری قطعی مرتبط با عملکرد جنسی

تشخیص پرستاری	علت	زمینه
اختلال در عملکرد جنسی (Sexual Dysfunction) / الگوهای جنسی ناموثر (Ineffective Sexuality Patterns)	اثرات بیوشیمیایی بر انرژی و میل جنسی (لیبیدو)	اختلال در اعتمادبه‌نفس / درک از خود/ تصویر ذهنی از بدن/ تغییر در تعادل هورمونی/ کاهش عملکرد حسی و حرکتی/ ترس از مرگ حین مقاربت/ ترس از عدم پذیرش توسط زوج/ کاهش حس ناحیه ژنیتال
	کاهش ایمپوتانس	اضطراب / افسردگی/ عدم تحرک/ بیماری/ کاهش سطح تستوسترون/
	درد زمان مقاربت (Dyspareunia)	خشکی موکوس واژن به دنبال کاهش سطح استروژن/ عفونت واژن (Vaginite)
	تغییر در فعالیت جنسی	درک اشتباه از مسائل جنسی در سنین بالا/ واکنش‌های روحی و روانی / عدم تحرک
	مشکلات شریک جنسی	عدم تمایل/ عدم دسترسی/ عدم آگاهی/ مناقشه/ جداشده یا طلاق گرفته/ سوءاستفاده کننده
	عدم فراهم بودن خلوت	
	استرسورها	مشکلات شغلی/ تعارضات ارزشی/ نگرانی‌های مالی/ مشکلات در رابطه
	اطلاعات غلط یا بی‌اطلاعی	
	خستگی	
	درد	

توضیح این نکته ضروری است که افتراق دو تشخیص الگوهای جنسی ناموثر و اختلال عملکرد جنسی دشوار است. الگوهای جنسی ناموثر یک تشخیص گسترده را نشان می‌دهد که اختلال عملکرد جنسی می‌تواند بخشی از آن باشد. اختلال عملکرد جنسی ممکن است توسط پرستارانی که دوره‌های پیشرفته سکس درمانی را دیده‌اند به شکل مناسبی استفاده شود. تا زمانی که اختلال عملکرد جنسی به‌خوبی از الگوی جنسی ناموثر متمایز نشود، اکثر پرستاران نباید از آن استفاده کنند(۵۶).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

جدول ۳. تشخیص‌های احتمالی پرستاری مرتبط با عملکرد جنسی

تشخیص پرستاری	علت	توضیحات
کمبود دانش	اطلاعات غلط و افسانه‌های جنسی	بسیاری از سالمندان از کمبود دانش در خصوص مسائل جنسی رنج می‌برند و از آموزش‌های در این زمینه استقبال می‌کنند.
اضطراب	از دست دادن میل جنسی یا عملکرد	
ترس	نشت ادرار در زمان مقاربت، سابقه سوءاستفاده جنسی یا دیس پارونی یا چرخه ترس و اضطراب به دنبال رفتارهای صمیمانه در سالمندان با مشکلات ژنیکولوژی	برای جلوگیری از فکر کردن در مورد مشکل ژنیکولوژی، زنان اغلب از رابطه جنسی با شریک زندگی خود اجتناب می‌کنند. ازنظر رفتاری، مقاربت جنسی به سایر رفتارهای صمیمی ازجمله استمنا شریک زندگی، بوسیدن و نوازش کردن و حتی گرفتن دست‌ها و بغل گرفتن تعمیم می‌یابد. هرگونه صمیمیت منجر به ترس از انتظار برای آمیزش و افکار اضطراب‌آور همراه می‌شود.
درد	ترشحات ناکافی واژن	به دنبال تغییرات فیزیولوژیک ناشی از سالمندی و یائسگی
اختلال تصویر بدن		سالمند به دنبال تغییرات ظاهری خود را ازنظر جنسی برای شریکش جذاب نمی‌داند.
تطابق ناموثر	شرایط از دست دادن همسر یا عزیزان، تغییرات فیزیکی به دنبال بیماری‌ها یا داروها و...	
فرایندهای خانوادگی مختل شده	مرگ همسر، طلاق، ترک خانه توسط فرزندان	
ایزوله اجتماعی	سالمندی	

کمبود دانش (مربوط به اطلاعات غلط و افسانه‌های جنسی): بسیاری از سالمندان از کمبود دانش در خصوص مسائل جنسی رنج می‌برند و از آموزش‌های در این زمینه استقبال می‌کنند.

اضطراب: (مربوط به از دست دادن میل جنسی یا عملکرد).

ترس: مربوط به نشت ادرار در زمان مقاربت، سابقه سوءاستفاده جنسی یا دیس پارونی یا چرخه ترس و اضطراب به دنبال رفتارهای صمیمانه در سالمندان با مشکلات ژنیکولوژی (برای جلوگیری از فکر کردن در مورد مشکل ژنیکولوژی، زنان اغلب از رابطه جنسی با شریک زندگی خود اجتناب می‌کنند). ازنظر رفتاری، مقاربت جنسی به سایر رفتارهای صمیمی ازجمله استمنا شریک زندگی، بوسیدن و نوازش کردن و حتی گرفتن دست‌ها و بغل گرفتن تعمیم می‌یابد. (هرگونه صمیمیت منجر به ترس از انتظار برای آمیزش و افکار اضطراب‌آور همراه می‌شود)

درد مربوط به ترشحات ناکافی واژن: به دنبال تغییرات فیزیولوژیک ناشی از سالمندی و یائسگی.

اختلال تصویر بدن: سالمند به دنبال تغییرات ظاهری خود را ازنظر جنسی برای شریکش جذاب نمی‌داند.

تطابق ناموثر: مثلاً با شرایط از دست دادن همسر یا عزیزان، تغییرات فیزیکی به دنبال بیماری‌ها یا داروها و...

فرایندهای خانوادگی مختل: مانند مرگ همسر، طلاق، ترک خانه توسط فرزندان.

ایزوله شدن اجتماعی: به دنبال سالمندی(۵۷).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

اهداف پرستاری:

مددجو فعالیت جنسی قبلی را از سر گیرد یا فعالیت جنسی رضایت بخشی را انجام دهد که توسط شاخص‌های زیر مشخص می‌شود:

- اثرات عوامل استرس‌زا و یا از دست دادن یا تغییر بر عملکرد جنسی را شناسایی کند.
- رفتارش را اصلاح کند تا عوامل استرس‌زا کاهش یابد.
- محدودیت‌های مربوط به فعالیت جنسی ناشی از یک مشکل سلامتی را شناسایی کند.
- در پاسخ به این محدودیت‌ها اصلاحات مناسب در اعمال جنسی را شناسایی کند.
- فعالیت جنسی رضایت‌بخش را گزارش کند(۵۶, ۵۷).

اقدامات پرستاری:

- عوامل ایجادکننده یا مداخله‌گر را ارزیابی کنید. (از طریق بررسی عوامل مرتبط)
- الگوهای عملکرد جنسی مددجو را کاوش کنید.
- او را تشویق کنید که نگرانی‌های خود را به اشتراک بگذارد. فرض کنید که مددجویان در هر سنی تجربه جنسی داشته‌اند و تمایل به بحث در مورد احساسات و نگرانی‌ها رادارند. بسیاری از مددجویان تمایلی به بحث در مورد مسائل جنسی ندارند. یک رویکرد آرام می‌تواند مددجو را به اشتراک‌گذاری احساسات و نگرانی‌هایش ترغیب کند. درباره رابطه عملکرد جنسی و عوامل استرس‌زا در زندگی بحث کنید. رابطه بین عوامل استرس‌زا و مشکل در عملکرد جنسی را روشن کنید. گزینه‌های موجود برای کاهش اثرات استرس‌زا بر عملکرد جنسی (مثلاً افزایش خواب، افزایش ورزش، اصلاح رژیم غذایی، کاوش روش‌های کاهش استرس) را در نظر داشته باشید.
- ارائه این توضیح که اختلال در عملکرد جنسی مبنای فیزیولوژیکی دارد، می‌تواند باعث کاهش احساس بی‌کفایتی و کاهش عزت‌نفس در فرد شود و این ممکن است به‌نوبه خود به بهبود عملکرد جنسی کمک کند. مجدداً نیاز به بحث و گفتگوی رک و صریح بین شرکای جنسی را تائید کنید. توضیح دهید که مددجو و شریک چگونه می‌توانند از ایفای نقش برای بحث در مورد نگرانی در مورد رابطه جنسی استفاده کنند.
- ایفای نقش با قرار دادن خود در موقعیت دیگری به مددجو کمک می‌کند تا بینش پیدا کند و به‌طور خودجوش ترس و نگرانی‌هایش را به اشتراک بگذارد. نیاز به نزدیکی و ابراز مراقبت از طریق لمس، ماساژ و سایر روش‌ها را دوباره تائید کنید. پیشنهاد کنید که فعالیت جنسی همیشه در آمیزش واژینال ختم نمی‌شود، بلکه شریک زندگی می‌تواند از طریق تحریک دستی یا دهانی نیز به ارگاسم برسد. لذت و رضایت جنسی محدود به رابطه نیست. سایر روش‌های ابراز محبت ممکن است معنی‌دارتر باشند.
- تسهیل نمودن سازگاری برای تغییر یا از دست دادن ظاهر یا عملکرد قسمت‌هایی از بدن
- خلوت مددجو را تأمین نمایید. (در زمان ویزیت و معاینه و ...)
- فاکتورهای مربوط به مددجویان مبتلا به بیماری مزمن مانند سکته مغزی را بررسی کنید. در صورت امکان عوامل ایجادکننده یا عامل را از بین ببرید یا کاهش دهید و اهمیت پیوستن به رژیم پزشکی طراحی‌شده برای کاهش یا کنترل علائم بیماری را آموزش دهید.
- ارائه اطلاعات محدود و پیشنهادهای خاص.
- ارائه اطلاعات مناسب به مددجو و شریک زندگی در مورد محدودیت‌های واقعی عملکرد جنسی ناشی از بیماری (اطلاعات محدود).
- اصلاحات احتمالی در رابطه جنسی را برای کمک به مقابله با محدودیت‌های ناشی از بیماری آموزش دهید.
- احتمالاً هر دو شریک زندگی در مورد فعالیت جنسی نگرانی دارند. سرکوب این احساسات به روابط آسیب می‌رساند.
- ارجاع بیمار برای سایر درمان‌ها (شامل اقدامات روان‌شناختی (Psychotherapeutic interventions) و درمان دارویی (Pharmacotherapy)(۵۶).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

اقدامات روان‌شناختی:

شامل سکس‌تراپی، تکنیک‌های رفتاری، زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی، مشاوره‌های خانواده و ازدواج، رفتارهای متأهل درمانی (behavioral married therapy)، زوج‌درمانی با تمرکز روی احساسات (Emotional focused couple therapy)، درمان رفتارهای شناختی زوج‌ها (Cognitive behavioral couple therapy) (۵۸).

درمان‌های دارویی:

تقویت‌کننده‌های اکسید نیتریک (Nitric oxide enhancers): این داروها جریان خون را به آلت تناسلی مرد بهبود می‌بخشند و نعوظ را بهبود می‌بخشند مانند سیلدنافیل (sildenafil) (ویاگرا). (توجه شود که مصرف بااحتیاط در بیماران با ریسک قلبی صورت گیرد).

هورمون‌ها: مانند تستوسترون، استروژن و بروموکریپتین (در موارد هایپر پرولاکتینمی)(۷).

بحث و نتیجه‌گیری

روابط جنسی سلامت‌محور در سالمندان مبتلا به سکته مغزی به یک رویکرد مثبت و احترام‌آمیز به مسائل جنسی می‌پردازد که علاوه بر رفتار جنسی، ارتباط عاشقانه و صمیمی بین زوج سالمند مرکز توجه است. صمیمیت در سالمندان با رفاه جسمی، روانی و عاطفی همراه است و نشان‌دهنده تعهد، وابستگی متقابل، مراقبت، توجه مثبت، تفکر درباره دیگری، ارزش‌های مشترک و مقاربت همراه است. روابط جنسی در سالمندان تحت تأثیر عوامل چندگانه است که عوامل روانی و اجتماعی از اثربخشی بیشتر در بروز مشکلات جنسی در سالمندان برخوردار است. به‌منظور ارتقای سلامت جنسی، کیفیت ارتباط جنسی، حقوق جنسی و کیفیت زندگی سالمندان لازم است تا متخصصان حوزه سلامت سالمندی ازجمله پرستاران سالمندی و متخصصان حوزه سلامت جنسی به تغییرات رفتاری و مشکلات جنسی در ارزیابی‌های بالینی این افراد توجه نمایند. استفاده از مدل PLISSIT در بررسی مشکلات جنسی در سالمندان مبتلا به سکته مغزی، فرهنگ‌سازی و ارائه مشاوره و آموزش به سالمندان در این خصوص می‌تواند به شناخت مشکلات احتمالی، کاهش باورهای نادرست و توانمندسازی سالمندان در این خصوص کمک نماید.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از زحمات همه عزیزانی که در انجام این مرور به ما یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

References

1.Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. Rev Obstet Gynecol. 2012;5(1):16.
2.Samadi F, Dalir M. The Role of psychological and social health on sexual health of elderly women. Soc Psychol Q. 2021;10(40):21-42.
3.Rheaume C, Mitty E. Sexuality and intimacy in older adults. Geriatr Nurs. 2008;29(5):342-9.
4.World Health Organization. Sexual health: WHO; 2006. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.
5.Titchener JL. Human sexual inadequacy. Little, Brown, Boston: WOL; 1971.
6.Mathur S, Manohar S, Chandran S, Raman R, Pereira P, Rao TS. Contemporary vistas in geriatric sexuality. SSH. 2019;1(3-4):215-21.
7.Rao TS, Tandon A, Manohar S, Mathur S. Clinical Practice Guidelines for management of sexual disorders in elderly. Indian J Psychiatry. 2018;60(Suppl 3):S397.
8.Ayalon L, Tesch-Römer C. Contemporary Perspectives on Ageism. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2018.
9.Kalra G, Subramanyam A, Pinto C. Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. Indian J Psychiatry. 2011;53(4):300.
10.Thomas HN, Hamm M, Hess R, Thurston RC. Changes in sexual function among midlife women:"I'm older… and I'm wiser.". Menopause 2018;25(3):286.
11.Coll PP. Healthy Aging: A Complete Guide to Clinical Management. 1st ed. Switzerland: Springer; 2019 April 10, 2019.
12.World health Organization. Sexual and reproductive health-Gender and human rights: WHO. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/.
13.Verschuren JE, Enzlin P, Dijkstra PU, Geertzen JH, Dekker R. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. J Sex Res. 2010;47(2-3):153-70.
14.Carrillo González GM, Sánchez Herrera B, Chaparro Díaz L. Chronic disease and sexuality. Invest educ enferm. 2013;31(2):295-304.
15.Lindley RI. Stroke prevention in the very elderly. Stroke. 2018;49(3):796-802.
16.Dai H, Wang J, Zhao Q, Ma J, Gong X, Wang L, et al. Erectile dysfunction and associated risk factors in male patients with ischemic stroke: A cross-sectional study. Medicine. 2020;99(1).
17.Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. Lancet. 2007;369(9559):409-24.
18.Laumann EO, Paik A, Glasser DB, Kang J-H, Wang T, Levinson B, et al. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. Arch Sex Behav. 2006;35(2):143-59.
19.Beijer H, De Blaey C. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm world sci, Suppl. 2002;24(2):46-54.
20.DeLamater JD, Sill M. Sexual desire in later life. J Sex Res. 2005;42(2):138-49.
21.Whitley HP, Lindsey W. Sex-based differences in drug activity. AFP. 2009;80(11):1254-8.
22.Ganong K, Larson E. Intimacy and belonging: the association between sexual activity and depression among older adults. SMH. 2011;1(3):153-72.
23.Dhingra I, De Sousa A, Sonavane S. Sexuality in older adults: Clinical and psychosocial dilemmas. J Geriatr Ment Health. 2016;3(2):131.
24.Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. Maturitas. 2016;87:49-60.
25.Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. NEJM. 2007;357(8):762-74.
26.Gove WR. Sex, marital status, and mortality. Am J Sociol. 1973;79(1):45-67.
27.Brown SL, Lee GR, Bulanda JR. Cohabitation among older adults: A national portrait. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2006;61(2):S71-S9.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

28.Boddi V, Fisher AD, Maseroli E, Rastrelli G, Corona G, Jannini E, et al. Lack of sexual privacy affects psychological and marital domains of male sexual dysfunction. JSM. 2014;11(2):431-8.
29.Verrastro V, Saladino V, Petruccelli F, Eleuteri S. Medical and health care professionals' sexuality education: State of the art and recommendations. Int J Environ Res. 2020;17(7):2186.
30.Vinick BH. Remarriage in old age. Family Coordinator. 1978:359-63.
31.Even-Zohar A, Werner S. Older Adults and Sexuality in Israel: Knowledge, Attitudes, Sexual Activity and Quality of Life. J Aging Sci [internet]. 2019;7(3):209.
32.Skultety K. Addressing issues of sexuality with older couples. Generations. 2007;31(3):31-7.
33.Bitzer J. Promoting the sexual health of the older couple. Aging Health. 2011;7(5):681-93.
34.Inelmen EM, Sergi G, Girardi A, Coin A, Toffanello ED, Cardin F, et al. The importance of sexual health in the elderly: breaking down barriers and taboos. Aging Clin Exp Res. 2012;24(3 Suppl):31-4.
35.Huerta R, Mena A, Malacara JM, de León JD. Symptoms at perimenopausal period: its association with attitudes toward sexuality, life-style, family function, and FSH levels. Psychoneuroendocrinology. 1995;20(2):135-48.
36.Werner AA. The male climacteric. JAMA. 1939;112(15):1441-3.
37.Zagaria MAE. Sexual activity and STDs among seniors. US Pharm. 2008;33(8):28-30.
38.Lytle A, Apriceno M, Dyar C, Levy SR. Sexual orientation and gender differences in aging perceptions and concerns among older adults. Innov Aging. 2018;2(3):igy036.
39.Halpern CT, Udry R, Suchindran C. Monthly measures of salivary testosterone predict sexual activity in adolescent males. Arch Sex Behav. 1998;27(5):445-65.
40.Krüger T, Exton MS, Pawlak C, von zur Mühlen A, Hartmann U, Schedlowski M. Neuroendocrine and cardiovascular response to sexual arousal and orgasm in men. Psychoneuroendocrinology. 1998;23(4):401-11.
41.Exton MS, Bindert A, Kruger T, Scheller F, Hartmann U, Schedlowski M. Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. Psychosomatic Medicine. 1999;61(3):280-9.
42.Rao TS. Psychobiology of love and sexual relationships in elderly: Issues in management. J Geriatr Ment Health. 2016;3(2):91.
43.Masters S, Giles L, Halbert J, Crotty M. Development and testing of a questionnaire to measure older people's experience of the Transition Care Program in Australia. Australasian journal on ageing. 2010;29(4):172-8.
44.Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York & London: Routledge; 1974. 560 p.
45.Nolen-Hoeksema. Abnormal Psychology. 6th ed. New York: McGraw-Hill Higher Education; 2013. 624 p.
46.Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5th ed: American Psychiatric Publishing; 2013.
47.Scherrer KS. Images of sexuality and aging in gerontological literature. Sex Res Social Policy. 2009;6(4):5-12.
48.Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, et al. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue? Brain Behav. 2019;9(12):e01389.
49.Clayton AH, Groth J. Etiology of female sexual dysfunction. Womens Health (Lond). 2013;9(2):135-7.
50.Akinpelu A, Osose A, Odole A, Odunaiya N. Sexual dysfunction in Nigerian stroke survivors. Afr Health Sci. 2013;13(3):639-45.
51.Park J-H, Ovbiagele B, Feng W. Stroke and sexual dysfunction—a narrative review. J Neurol Sci. 2015;350(1-2):7-13.
52.Korpelainen JT, Nieminen P, Myllylä VV. Sexual functioning among stroke patients and their spouses. Stroke. 1999;30(4):715-9.
53.Taylor B, Davis S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. Sex Disabil. 2007;25(3):135-9.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]

54.Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther. 1976;2(1):1-15.
55.Kautz DD, Van Horn ER. Sex and intimacy after stroke. Rehabilitation Nurs. 2016;42(6):333-40.
56.Carpenito LJ. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 998 p.
57.M nM. Diagnosis, care and skills of nursing in medical - surgerical diesease. 2nd ed. Tehran: Heydari; 1396 1396.
58.Şenormancı Ö, Şenormancı G. Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications. 1st ed. Croatia: IntechOpen; 2018.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.7.1.2]