

کیفیت زندگی

کیفیت زندگی زنان یائسه شهر تهران

نسرين عبدی^۱

مهناز صلیحی^{۲*}

۱. دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

abdi_nasrin@yahoo.com

*۲. دانشیار گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) تلفن: ۰۲۱۸۶۷۰۴۸۱۷
solhi.m@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: عوارض یائسگی به کاهش کیفیت زندگی در زنان منجر می‌شود. شناخت این مرحله به‌عنوان فرایند طبیعی در زندگی زنان در کنترل مؤثر مشکلات آنان در این دوره مهم است. هدف این مطالعه تعیین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی زنان یائسه (وازموتور، روحی-اجتماعی، جسمی و جنسی) در شهر تهران است. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۷۰۰ نفر از زنان یائسه شهر تهران با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای برآورد نسبت یک پدیده به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی زنان یائسه بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS14 و در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از روش‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق، فراوانی نسبی) و تحلیلی (آزمون کای اسکور) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کل کیفیت زندگی زنان یائسه مورد بررسی ۴۳/۲۸ (متوسط) به دست آمد. بالاترین نمره میانگین مربوط به بعد فیزیکی (۳۳/۹۷±۳/۰۹) و کمترین نمره میانگین مربوط به بعد وازوموتور (۳۳/۲۹±۰/۸۴) بود. همچنین میان کیفیت زندگی آنان با شغل ($p=0/04$) و میزان درآمد ($p=0/009$) ارتباط معنادار آماری مشاهده شد؛ به این صورت که خانم‌های یائسه خانه‌دار و همچنین زنان با میزان درآمد بیشتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی زنان مورد بررسی مطلوب نیست و طراحی مداخلات مناسب برای بهبود کیفیت زندگی آنان ضروری است.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، یائسگی، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی زنان یائسه (MENQOL)، تهران.

◀ **استناد:** عبدی ن، صلیحی م. کیفیت زندگی زنان یائسه شهر تهران تابستان ۱۳۹۳؛ ۲(۲): [۸۷-۹۶].

QUALITY OF LIFE

Quality of Life in Postmenopausal Women

ABSTRACT

Background & Objective: Menopausal symptoms in women lead to decreased quality of life. Understanding this natural process in a woman's life during is important in effective control of their problems during this period. The purpose of this study was to determine the four (vasomotor, mental-social, physical and sexual) dimensions of quality of life of postmenopausal women in Tehran in 2007.

Methods: In this descriptive-analytical study, sample size was determined by using the formula for estimating the proportion of a phenomenon and 700 postmenopausal women randomly selected in Tehran. The data gathering tool was Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL). Data were analyzed in SPSS14 by using descriptive tests (such as mean, standard deviation, frequency, relative frequency) and analytical test (Chi-square) at the 0.05 significance level.

Results: Quality of Life of women under study was moderate. The highest mean score was related to physical dimension (23.97 ± 3.09) and the lowest mean score was related to vasomotor dimension ($3.29 \pm .84$). A significant correlations between their quality of life and their occupation ($p=0.04$) and income ($p=0.009$) were also seen. It means postmenopausal women housewives and women with higher income had better quality of life to enjoy.

Conclusion: The quality of life is not desirable in these women. Developing some interventions to improve their quality of life is necessary.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Menopause, Quality of life, Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL), Tehran.

► **Citation:** Abdi A, Solhi M. Quality of Life in Postmenopausal Women. Journal of Health Education and Health Promotion. Summer 2014;2(2): [87-96].

Nasrin Abdi¹

Mahnaz Solhi^{2*}

1. PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran. abdi_nasrin@yahoo.com

*2. Associate Professor, Dept. of Health Services and Health Education, Iran University of medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran. (Corresponding Author) solhi.m@iums.ac.ir

Received: 11/03/2014

Accepted: 15/05/2014

مقدمه

امروزه نظام‌های سلامت مهم‌ترین برنامه‌های خود را مبتنی بر سلامت خانواده ترسیم نمودند. زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌شوند و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی هستند. اگرچه زنان و مردان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند، اما زنان با مسائل ویژه ناشی از شرایط فیزیولوژیک خود مواجه هستند. یکی از این مسائل دوره گذار یائسگی^۱ است که به سبب کاهش استروژن مشکلات مضاعفی را برای زنان ایجاد می‌کند (۱). یائسگی به عنوان واقعه ای فیزیولوژیک پایان دوره قاعدگی و باروری در زنان است که در بین ۴۰ تا ۵۹ سالگی روی می‌دهد و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دوران یائسگی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی هر انسان در مسیر رشد و تکامل است که گذشته از جنبه‌های مفید و ارزشمند آن مجموعه‌ای از مشکلات را ایجاد می‌کند. بعضی از این مشکلات عبارتند از شروع بیماری و ناتوانی، بازنشستگی از شغل، مشکلات اقتصادی، جدائی از فرزندان. یائسگی شروع دوران جدیدی در زندگی یک زن است. این دوران همانند تمام مراحل دیگر زندگی دارای زوایای مثبت مانند فراغت از مشکلات دوران بارداری، و زوایای منفی مانند خطرات و مشکلات تهدیدکننده سلامت زنان است (۲). در خلال این دوران، زنان دستخوش تغییرات غدد درونریز (آندوکراین)، بدنی (سوماتیک) و روانی می‌شوند که می‌تواند چند سال طول بکشد (۳).

بر اساس آمارهای جهانی در قرن ۱۷ فقط ۲۸٪ از زنان به سن یائسگی می‌رسیدند (۴) درحالی‌که امروزه با پیشرفت‌های علم پزشکی می‌توان انتظار داشت که زنان یائسه سال‌های بیشتری را زنده بمانند و بسیاری از آنان تا ۸۰ سالگی یا بیشتر زندگی کنند. بنابراین سلامتی زنان در سال‌های پس از یائسگی همانند قبل از آن از اهمیت به سزایی دارد (۵). سال‌های بعد از یائسگی بخش مهمی از زندگی محسوب می‌شود. زنان حق دارند که در این دوران از زندگی‌شان لذت ببرند (۶). در طی این زمان، اکثریت زنان علائم جسمی و روانی همراه با تغییرات خلقی را تجربه می‌کنند (۷). از جمله مشکلات این دوران می‌توان به گُرگرفتگی، تغییرات روحی و روانی، پوکی استخوان،

بیماری قلبی و عروقی و آتروفی دستگاه تناسلی اشاره کرد (۸). بیماری‌های قلبی و عروقی و پوکی استخوان از عوارض مهم و ناتوان‌کننده یائسگی هستند که به‌عنوان دو مورد از اولویت‌های بهداشتی موردتوجه هستند. این دو مشکل از مشکلات بهداشت عمومی محسوب می‌شوند که موجب افزایش بیماری و ناتوانی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ‌ومیر می‌شوند (۹). یائسگی بر تمام جنبه‌های سلامت شخص تأثیر می‌گذارد. تحقیقات نشان می‌دهد کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی با افزایش علائم به‌شدت مورد تهدید قرار می‌گیرد (۱۰).

اندازه‌گیری کیفیت زندگی می‌تواند در به تصویر کشیدن هر چه واقعی‌تر احساسات بیماران و زمینه‌های دارای مشکل در خصوص درک نیازها و توزیع مراقبت‌های سلامت کمک کند. همچنین تأثیر این دیدگاه به‌عنوان یک هدف و مقصود نهائی در تمام مداخلات پیشگیری‌کننده و ارتقای سلامت باید در نظر گرفته شوند (۱۱). مطالعات مختلف در ایران و سایر نقاط دنیا بیشتر بیانگر تأثیر منفی یائسگی بر کیفیت زندگی زنان یائسه است (۱۲-۲۰). تهرانی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند ۳۸/۸٪ زنان یائسه تهرانی از گُرگرفتگی شدید و ۴۳٪ از اضطراب شدید رنج می‌برند. در این مطالعه حدود ۳۰٪ زنان یائسه کاهش شدید میل جنسی را در طول دوران یائسگی گزارش نمودند (۲۱). بلومل و همکاران بیان می‌کنند زنان یائسه از نظر اختلالات وازوموتور ۱۰/۶ بار، اختلالات اجتماعی روانی ۳/۵ بار، اختلالات جسمی ۵/۷ بار و از نظر اختلالات جنسی ۳/۲ بار مستعدتر از سایر زنان هستند. در نتیجه از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۲۲). نتایج مطالعات جدیدتر در سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹ نشان می‌دهد یائسگی تأثیر منفی روی کیفیت زندگی زنان دارد (۲۳-۲۴).

پرداختن به مسئله یائسگی از جنبه‌های مختلف فردی و اجتماعی بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا از سوئی به حل مشکلات زنان در برخورد با مشکلات و علائم یائسگی کمک می‌کند و از سوی دیگر نظر به اهمیت نقش زن به‌عنوان محور عاطفی و روانی خانواده و نیروی فعال کار در جامعه مسلماً توجه به کیفیت زندگی او و حل مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی‌اش بر ارتقاء سلامت خانواده و در نهایت خانواده بسیار مؤثر خواهد بود. همچنین پیشگیری

1. Menopausal transition

از عوارض دیرهنگام یائسگی می‌تواند کشورهای جهان، به ویژه کشورهای در حال توسعه، را در جهت داشتن جمعیت سالم یاری کند. نیل به این اهداف جز با برنامه‌ریزی و تلاش در جهت ارائه راهکارهای مؤثر در جهت انطباق و سازگاری با مسائل این دوران مؤثر نیست.

هدف این پژوهش تعیین کیفیت زندگی زنان یائسه شهر تهران در سال ۱۳۹۰ در ابعاد وازوموتور، روحی-اجتماعی، جسمی و جنسی است. فراهم آوردن اطلاعات به‌روز در زمینه کیفیت زندگی زنان یائسه شهر تهران تفاوت مطالعه حاضر با مطالعات دیگر است. یافته‌های این مطالعه در طراحی مداخلات ارتقایی برای این زنان کاربرد دارد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی ۷۰۰ نفر از زنان یائسه بالای ۵۰ سال شهر تهران که دارای یائسگی طبیعی و بدون درمان هورمونی جایگزینی طی ۶ ماه گذشته و نیز فاقد مشکل روانی یا بیماری شناخته‌شده سیستمیک بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای بود؛ بدین‌صورت که از ۲۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر تهران برحسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز، تعداد نمونه مشخص می‌شدند و سپس به‌طور تصادفی از هر منطقه یک خیابان، یک کوچه و یک پلاک انتخاب و نمونه‌گیری از همان پلاک شروع می‌شد و تا تکمیل نمونه‌های آن مرکز ادامه می‌یافت. در صورت عدم حضور فردی با مشخصات تعیین‌شده در آن خانه پلاک بعدی انتخاب می‌شد. اگر تعداد نمونه‌ها در یک کوچه کمتر از تعداد افراد پیش‌بینی‌شده بود، کوچه بعدی نیز انتخاب می‌شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه همراه با مصاحبه تکمیلی بود. پرسشنامه در دو بخش و شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و سؤالات مربوط به سنجش کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه کیفیت زندگی دوران یائسگی^۲ بود که توسط هیلدیچ و همکاران در دانشگاه تورنتو کانادا طراحی و استاندارد شده است (۵۱). روایی این پرسشنامه توسط پانل متخصصین تأیید شد و پایایی آن با استفاده از روش آزمون مجدد و محاسبه همبستگی ۰/۹۵ کسب شد. سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی در چهار بعد وازوموتور،

2- Menopausal Women Quality of Life (MENQOL)

روانی اجتماعی، جسمانی و اختلال در روابط جنسی تنظیم‌شده است. سؤالات ۱ و ۲ در بعد وازوموتور، سؤالات ۳ تا ۹ در بعد روانی اجتماعی، سؤالات ۱۰ تا ۲۴ در بعد جسمانی و سؤالات ۲۵ و ۲۶ در بعد جنسی تنظیم‌شده‌اند. پاسخ سؤالات به‌صورت یک معیار درجه‌بندی‌شده از ۰ تا ۳ تنظیم‌شده که نمره ۰ معادل اصلاً، ۱ معادل جزئی، ۲ معادل متوسط و ۳ معادل شدید است. سپس بر اساس پاسخ‌های داده‌شده افراد از نظر کیفیت زندگی به سه گروه دسته‌بندی شدند. بر اساس راهنمای پرسشنامه استاندارد کسب نمره ۲۷ تا ۳۷ به کیفیت زندگی خوب، نمره ۳۷ تا ۴۷ به کیفیت زندگی متوسط و نمره ۴۸ تا ۵۴ به کیفیت زندگی ضعیف دسته‌بندی می‌شود. همچنین ارتباط بین کیفیت زندگی با درآمد و شغل زنان یائسه مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS14 و در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق، فراوانی نسبی) و تحلیلی (آزمون کای‌اسکوئر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

محدوده سنی واحدهای مورد پژوهش ۵۰ تا ۸۸ سال (میانگین ۵۹/۶۴ و انحراف معیار ۲/۳۲) و محدوده سنی یائسگی یعنی ۴۲-۵۷ سال (میانگین ۴۸/۲۵ و انحراف معیار ۲/۴۲) بود. از افراد تحت پژوهش ۵۴/۹٪ متأهل، ۷۴/۶٪ از آن‌ها بیشتر از ۳ فرزند و ۶۲٪ از آن‌ها بیشتر از ۳ زایمان داشتند. از افراد تحت پژوهش ۷۹/۱٪ خانه‌دار و ۶۰/۱٪ از آن‌ها باسواد (ابتدایی، دیپلم و بالاتر) بودند. از میان مشکلات شایع، ۹۰٪ افراد مورد پژوهش دچار درد عضلات بودند (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی و فراوانی نسبی مشکلات مؤثر بر کیفیت زندگی در زنان یائسه مورد بررسی

| مشکلات | تعداد | درصد |
|------------------------------|-------|------|
| درد عضلات | ۶۳۰ | ۹۰ |
| احساس خستگی و کوفتگی | ۶۲۲ | ۸۸/۵ |
| احساس کمبود انرژی | ۵۸۱ | ۸۲/۸ |
| کاهش توان عمومی | ۵۸۲ | ۸۲/۸ |
| کمتر از گذشته کار انجام دادن | ۵۲۶ | ۷۴/۲ |
| درد پشت و کمر | ۵۱۱ | ۷۲/۸ |

میانگین نمره کل کیفیت زندگی زنان یائسه مورد بررسی ۴۳/۲۸ (متوسط) به دست آمد. در میان ابعاد چهارگانه بالاترین نمره میانگین مربوط به بعد فیزیکی (۳۳/۹۷±۳/۰۹) و کمترین نمره میانگین مربوط به بعد وازوموتور (۳/۲۹±۰/۸۴) بود (جدول ۲). کیفیت زندگی ۶۲٪ از زنان مورد بررسی متوسط و ۱۵/۵٪ کیفیت زندگی ضعیف و فقط ۲۱/۱٪ آنان از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند (جدول ۳).

میزان درآمد (p= ۰/۰۰۰۹) ارتباط معنادار مشاهده شد. به این ترتیب که خانم‌های یائسه خانه‌دار و همچنین زنان با میزان درآمد بیشتر، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. همچنین با کاربرد این آزمون میان کاهش تمایلات جنسی و گرگرفتگی (p= ۰/۰۲)، کاهش تمایلات جنسی و تعریق (p= ۰/۰۴) و بین کاهش تمایلات جنسی و درد عضلانی (p= ۰/۰۰۱) رابطه معنادار مشاهده شد.

بحث

یائسگی باعث کاهش کیفیت زندگی زنان می‌شود. یائسگی بر تمام جنبه‌های سلامت شخص یعنی ابعاد وازوموتور، روانی اجتماعی، فیزیکی و جنسی تأثیر می‌گذارد. کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی و با افزایش علائم به شدت مورد تهدید قرار می‌گیرد (۲۵-۲۶). میانگین سن یائسگی در زنان مورد بررسی ۴۸/۲۵ بود. میانگین سن یائسگی در کشورهای و فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. در پژوهش کروجسکا-فریشاه^۳ و همکاران میانگین سن یائسگی ۵۴/۷ سال گزارش شده است (۲۷). در پژوهش خادمی و کوک میانگین سن یائسگی در ایران در زنان روستایی ۴۹/۲ و در زنان شهری ۴۹/۹ سال و در کل ۴۹/۶ سال گزارش شده است (۲۸).

گرچه ممکن است زنان پایان قاعدگی و باروری را یک مزیت بدانند اما نشانه‌های یائسگی مانند گرگرفتگی، سردرد، اختلال خواب و اختلالات خلقی می‌تواند به کیفیت زندگی زنان در این دوران صدمه بزند. در پژوهش کراکم^۴ و سیکر^۵ که در زنان روستایی کشور ترکیه انجام شده است، شایع‌ترین علائم دوران یائسگی گرگرفتگی و تعریق (۵۰/۷٪) بوده است (۲۹). این در حالی است که در پژوهش فا^۵ و همکاران که در زنان تایوانی انجام شده است فقط ۱۶/۷٪ از زنان گرگرفتگی داشته‌اند (۳۰). در پژوهش حاضر شایع‌ترین مشکلات خانم‌های یائسه مربوط به درد عضلات (۹۰٪)، احساس خستگی و کوفتگی (۸۸/۵٪) و احساس کمبود انرژی است و درصد گرگرفتگی در این پژوهش ۵۸/۵٪ و تعریق ۶۷/۱٪ به دست آمده است. اگرچه گرگرفتگی و تعریق

جدول ۲. میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در زنان یائسه مورد بررسی

| ابعاد کیفیت زندگی | میانگین | انحراف معیار | بالاترین نمره | پائین ترین نمره |
|-------------------|---------|--------------|---------------|-----------------|
| بعد وازوموتور | ۳/۲۹ | ۰/۸۴ | ۴ | ۲ |
| بعد روانی اجتماعی | ۱۰/۵۷ | ۱/۹۲ | ۱۴ | ۷ |
| بعد فیزیکی | ۳۳/۹۷ | ۳/۰۹ | ۳۰ | ۱۵ |
| بعد جنسی | ۵/۴۵ | ۰/۸۲ | ۶ | ۳ |
| جمع | ۴۳/۲۸ | | ۵۴ | ۲۷ |

جدول ۳. فراوانی مطلق و نسبی دسته‌بندی کیفیت زندگی در زنان یائسه مورد بررسی

| کیفیت زندگی | تعداد | درصد |
|--------------------|-------|------|
| ضعیف (نمره ۴۸-۵۴) | ۱۱۲ | ۱۵/۵ |
| متوسط (نمره ۳۷-۴۷) | ۴۳۴ | ۶۲ |
| خوب (نمره ۲۷-۳۷) | ۱۵۴ | ۲۱/۱ |
| جمع | ۷۰۰ | ۱۰۰ |

با استفاده از آزمون کای اسکور میان کیفیت زندگی زنان یائسه مورد بررسی و شغل (p= ۰/۰۴)، کیفیت زندگی و

3. Krajewska-Ferishah
4. Karacam
5. Fuh

بالاترین درصد را به خود اختصاص نداده‌اند، ولی با این وجود از مشکلات شایع زنان تحت مطالعه بوده است. به نظر می‌رسد شیوع بالای درد عضلانی در میان زنان نگران‌کننده است و لزوم اقدامات حمایتی، اجتماعی و پزشکی را نشان می‌دهد. همچنین گرگرفتگی و تعریق می‌تواند باعث ناراحتی، بی‌خوابی و اعتمادبه‌نفس پایین در آنان شود و این علائم می‌تواند با اختلالات افسردگی پیچیده‌تر شوند.

سولینگ در تحقیق خود اشاره می‌کند برخلاف آنچه تصور می‌شد مشکلات وازوموتور بیشترین مشکلات خانم‌ها در دوران یائسگی باشد، تغییرات روحی و روانی بیشترین فراوانی و شدت را داشته است. کارپنتر^۶ و همکاران در پژوهشی نشان داد گرگرفتگی بر کار، فعالیت اجتماعی، اوقات فراغت، خواب، خلق‌وخو، تمرکز، ارتباط با دیگران، فعالیت‌های جنسی، لذت از زندگی و کیفیت کلی زندگی تأثیر می‌گذارد (۳۱). در پژوهش کُنده^۷ و همکاران شایع‌ترین علائم این دوران ناآرامی و عصبانیت (۶۷٪) گزارش شده است و میزان تعریق و گرگرفتگی ۵۱٪ بوده است (۳۲). جیمز و پرز^۸ شایع‌ترین علائم این دوران را خستگی، تحریک‌پذیری، بی‌ثباتی احساسی و افسردگی اعلام کرده‌اند که به نتایج پژوهش حاضر نزدیک است (۳۳). در مطالعه رستمی اضافه‌وزن و افزایش موهای زائد صورت کمترین مشکلات گزارش شده‌اند (۳۴). در پژوهش حاضر کمترین شکایت خانم‌ها مربوط به تنهائی را دوست داشتن، افزایش موهای زائد صورت و بی‌اختیاری ادرار هنگام عطسه و سرفه بوده است.

با توجه به تنوع یافته‌ها در مطالعات مختلف، به نظر می‌رسد زنان در این دوران علائم یائسگی را با گوناگونی بسیاری تجربه می‌کنند که این مسئله تأثیر عوامل مختلف بر این علائم را نشان می‌دهد. در مطالعه کراچام و شکر عوامل مؤثر بر علائم یائسگی و ارتباط آن‌ها با کیفیت زندگی زنان کشور ترکیه، شامل مشکلات بهداشتی، استرس‌های زندگی، میزان تحصیلات مصرف چای و قهوه، تعداد زایمان‌ها، مشکلات مالی، سن و ناراضی‌تی از زندگی زناشویی به دست آمد. همچنین در این مطالعه مشخص شد تعداد زیادی از این عوامل اثرات منفی بر کیفیت زندگی زنان در دوران

یائسگی دارد (۳۵). در مطالعه فریمن^۹ و همکاران نشان داده شد خطر علائم افسردگی در دوران یائسگی افزایش می‌یابد (۳۶). در بررسی کوماری^{۱۰} نیز میزان افسردگی بالا در دوران یائسگی گزارش و تأکید شده است مشکلات روحی روانی، احساس خستگی و کوفتگی و کاهش توان و انرژی از مشکلات شایع این دوران هستند (۳۷). کلیتن و نینان^{۱۱} در مطالعه خود ریسک عوامل بروز افسردگی در گذار یائسگی را سطح سواد پایین، سابقه بروز افسردگی در دوران قبل از یائسگی، حوادث استرس‌زای زندگی، سبک زندگی ناسالم، نگرش نامطلوب نسبت به دوران سالمندی، یائسگی زودرس و نوسانات هورمونی غیرمعمول ذکر کرده است (۳۸). در پژوهش حاضر ۴۴/۲٪ از زنان مشکل افسردگی را گزارش کرده‌اند و ۶۷٪ از آن‌ها اضطراب داشته‌اند.

در مطالعات کیفیت زندگی زنان یائسه بعد جنسی گنجانده شده است. به اعتقاد گراسیا^{۱۲} و همکاران کاهش تمایلات و انگیزه جنسی مسئله‌ای چندبعدی است که از عوامل فیزیولوژیک، فرهنگی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و تنها به دلیل کاهش هورمون‌ها نیست (۳۹). کاین^{۱۳} و همکاران نیز اشاره می‌کنند باورهای فرد در مورد یائسگی و روابط جنسی بر عملکرد جنسی او تأثیر می‌گذارد (۴۰). در پژوهش حاضر ۶۵/۷٪ از زنان تحت پژوهش کاهش تمایلات جنسی را گزارش کرده‌اند. همچنین بین کاهش تمایلات جنسی و گرگرفتگی ($p=0/02$)، کاهش تمایلات جنسی و تعریق ($p=0/04$) و بین کاهش تمایلات جنسی و درد عضلانی ($p=0/001$) رابطه معنادار آماری مشاهده شد. در پژوهش حاضر ارتباط بین کیفیت زندگی و متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله سن، وضعیت تأهل، تعداد زایمان‌ها، تعداد فرزندان، شغل، میزان تحصیلات و درآمد مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن است که بین کیفیت زندگی و شغل ($p=0/04$) و کیفیت زندگی و میزان درآمد ($p=0/009$) رابطه معنادار آماری وجود دارد. به این صورت که زنان خانه‌دار و همچنین زنان با میزان درآمد بیشتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردار

9. Freeman

10. Kumari

11. Clayton & Ninan

12. Gracia

13. Cayan

6. Carpenter

7. Conde

8. Jimenez & Preez

بودند. در مطالعه رستمی بین سطح سواد و کیفیت زندگی رابطه معنادار آماری مشاهده شد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد (۳۴). در مطالعه خالدیان بین میزان تحصیلات ($p=0/48$)، شغل ($p=0/12$) و تعداد افراد خانواده ($p=0/43$) و کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری وجود نداشت (۴۱). بژسکی^{۱۴} و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسید که زنان غیرشاغل و متأهل نشانه‌های بیشتری را در این دوران تجربه می‌کنند و زنان با درآمد و سطح تحصیلات بالاتر کیفیت زندگی بهتری داشتند (۴۲)؛ که با نتایج پژوهش حاضر همخوان است. مطالعات دیگر رابطه سطح تحصیلات بالاتر و کیفیت زندگی بهتر را تأیید کردند (۲۴، ۳۵، ۴۳-۴۵). طبق نتایج این مطالعات هرچه سطح تحصیلات زنان یائسه پایین‌تر باشد، خطر اختلالات روحی روانی افزایش و در نتیجه سلامت روانی آنان نیز کاهش می‌یابد (۴۳). به نظر می‌رسد که تحصیلات بالاتر می‌تواند شغل بهتر، درآمد بیشتر و افزایش موقعیت‌های اجتماعی بهتر را به دنبال داشته باشد. همچنین از آنجاکه تحصیلات بالاتر با افزایش آگاهی و دانش بیشتر در زمینه همه موقعیت‌های فردی است، بنابراین زنان یائسه تحصیل کرده می‌توانند نشانه‌های یائسگی را تخفیف دهند. گروه تحقیقاتی پرهگتو^{۱۵} اعلام کردند وضعیت اقتصادی در سطح پایین سبب کاهش کیفیت زندگی زنان یائسه از نظر (روانی، فیزیولوژیک، جسمی و عملکرد جنسی) در این سنین می‌شود (۴۶). به نظر می‌رسد وضعیت خوب اقتصادی با شغل بهتر و تحصیلات بالاتر در زوجین مرتبط است و این عوامل می‌توانند مقابله با تغییرات ایجاد شده در طی یائسگی و سالمندی را راحت‌تر نماید. آنچه مسلم است کیفیت زندگی افراد در این دوران علاوه بر مسائل این دوران تحت تأثیر عوامل جسمی، روحی، اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرد. در این پژوهش نمره کیفیت زندگی زنان ۴۳/۲۸ به دست آمده است؛ یعنی با توجه به طبقه‌بندی انجام شده که در بخش نتایج اشاره شد، زنان تحت پژوهش از کیفیت زندگی متوسط و نزدیک به ضعیف برخوردارند.

این نتایج نیاز به حمایت‌های عاطفی و روانی در این دوران را نشان می‌دهد. همچنین طراحی و ارائه جزوات آموزشی، برگزاری کلاس‌های آموزشی از طریق ایجاد

14. Brzysky
15. Pregetto

محیطی حمایت‌گرا در زمینه راهبردها و مهارت‌های سازگاری با مشکلات این دوران، تغذیه سالم، ورزش و ایجاد آگاهی در سنین پایین‌تر در زنان و دختران جوان نیز از جمله اقدامات مناسب در نشر اطلاعات در این زمینه است. آنچه مسلم است این است که تلاش در جهت ارتقای آگاهی زنان به منظور افزایش مراقبت از خود می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنان در دوران یائسگی کمک کند. هانترا و لیائو^{۱۶} معتقدند افزایش آگاهی زنان یائسه راجع به مسائل یائسگی باعث بهبود نگرش آن‌ها نسبت به این پدیده می‌شود، رفتارها و عادات بهداشتی در آن‌ها افزایش می‌یابد و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۴۷). از عوامل بسیار مؤثر در بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه افزایش خودکارآمدی درک شده آنان است. جبر^{۱۷} و همکاران (۴۸) و میشر^{۱۸} و همکاران (۴۹) معتقدند اعتماد فرد به توانایی‌هایش در درمان علائم یائسگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه است. برخی مطالعات نیز نشان دادند قدرت سازگاری افراد که ارتباط زیادی با خودکارآمدی آن‌ها دارد، عامل بسیار مهمی در سلامت ذهنی بهتر و افسردگی زنان یائسه است (۵۰-۵۱). برخی مطالعات نشان دادند تأسیس شبکه‌های حمایت اجتماعی و برنامه‌های ارتقای سلامت جسمی و روانی به بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه کمک شایانی می‌کند (۵۲). همچنین در سطوح سازمانی، آموزش کارکنان بهداشتی در زمینه رژیم‌های غذایی و گیاهی و تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی توسط سازمان‌های مرتبط با زنان و همچنین تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی در مراکز نگهداری سالمندان و در نهایت در سطح اجتماعی، برنامه‌ریزی در زمینه رسانه‌های گروهی و طرح ارتقاء آگاهی زنان شرکت‌کننده در جلسات مذهبی لازم و ضروری است. با توجه به نتایج این پژوهش و نامناسب بودن کیفیت زندگی زنان یائسه و با توجه به ارتباط عوامل گوناگون شخصی و اجتماعی با کیفیت زندگی زنان یائسه آنچه جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان آنچه مهم به نظر می‌رسد نگاه یکپارچه به مسائل و مشکلات سلامتی آنان است. وزارت بهداشت می‌تواند با وزارت آموزش و پرورش، وزارت کار و

16. Huntera & Liao
17. Gerber
18. Mishra

Tehran: Pooneh Publications; 2008. p. 10-17, 89-91. [Persian]

2. Im EO, Lee B, Chee W, Dormire S, Brown A. A national multiethnic online forum study on menopausal symptom experience. *Nurs Res.* 2010 Jan-Feb; 59(1):26-33.

3. Gibbs RS, Danforth DN, Karlan BY, Haney AF. *Danforth's obstetrics and gynecology.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1063-72.

4. North American Menopause Society. Available at: www.menopause.org. Accessed 13 Dec, 2004.

5. National Center for Complementary and Alternative Medicine. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/>. Accessed 10 Jan. 2005.

6. Soules MR, Sherman S, Parrott E. et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW) Park City, Utah, July 2001. *Menopause.* 2001;7-8:402 .

7. Uguz F, Sahingoz M, Gezginc K, Ayhan MG. Quality of life in postmenopausal women: the impact of depressive and anxiety disorders. *Int J Psychiatry Med.* 2011; 41(3):281-92.

8. Krajewska K, Krajewska-Kulak E, Heineman L, Adraniotis J, Chadzopulu A, Theodoso- poyloy E, Euframidu EN, Kruszewa R, Szpakow A, Jankowiak B, Rolka H, Klimaszewska K, Kowalczyk K, Kondzior D, Baranowska A. Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS Scale. Preliminary report. *Adv Med Sci.* 2007; 52 Suppl 1:140-3.

9. Abed Zadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. *Iranian South Medical Journal.* 2009; 12(1):81-8. [Persian]

10. Chedraui P, Blumel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas.* 2008; 61(4):323-9.

11. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas.* 2009; 62(2):153-9.

امور اجتماعی و سایر سازمان‌های مرتبط برنامه‌هایی را برای ارتقاء آگاهی و همچنین ارتقاء نگرش این گروه طراحی و اجرا کند. از آنجاکه اکثر زنان یائسه به مراکز بهداشتی و درمانی دسترسی دارند به نظر میرسد مناسب‌ترین راهکار جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان، توجه ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی به مسائل مرتبط با یائسگی و برگزاری کلاس‌های آموزشی و مشاوره‌ای با رویکرد ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنان باشد. همچنین با توجه به نقش حمایت‌های اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه تأسیس شبکه‌های حمایت اجتماعی به بهبود کیفیت زندگی زنان در گذر به دوره یائسگی کمک خواهد کرد. از محدودیت‌های این مطالعه تعداد نمونه آن و محدودیت تعمیم نتایج بود.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی زنان یائسه مورد بررسی در ابعاد روانی حرکتی، روحی- اجتماعی، جسمی و جنسی مناسب نیست. به‌ویژه وضع کیفیت زندگی این زنان از نظر بعد وازوموتور نیازمند توجه است. شایع‌ترین مشکلات زنان یائسه تحت پژوهش درد عضلانی، احساس خستگی و کوفتگی و احساس کمبود انرژی بود و باید در مطالعات آینده برای بهبود این مشکلات مداخلات مناسب طراحی شود. شغل و میزان درآمد این زنان روی کیفیت زندگی آنان و کاهش تمایلات جنسی روی افزایش گرگرفتگی، تعریق و درد عضلانی تأثیرگذار است. در نهایت طراحی مداخلات مناسب برای بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه مورد بررسی ضروری است.

سیاسگذاری

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره ۶۷/ک است. از همکاری کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مناطق تهران و زانی که در این مطالعه شرکت کردند، قدردانی می‌شود.

References

1. Ardalan GH, AmirKhani M, Allame M, Motlagh ME, Pesteei KH, Alavian SM. Clinical guide and executive health program team to provide menopausal services to women 45-60 years.

- Quality of life after menopause; a population study. *Maturitas*. 2000; 34:17-23.
23. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, et al. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause*. 2008; 15:144-9.
24. Williams R, Levine K, Kalilani L, et al. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009; 62:153-9.
25. Cheng MH, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Attitudes toward menopause among middle-aged women: a community survey in an island of Taiwan. *Maturitas*. 2005; 52(3-4):348-55.
26. Hess R, Bryce C, Hays RI. Attitudes towards menopause: status and race differences and the impact on symptoms. *Menopause*. 2006; 13(6):986.
27. Krajewska-Ferishah K, Krajewska-Kulak E, Terlikowski S, Wiktor H. Analysis of quality of life women in menopause period in Poland. *Advances in Medical Sciences*. 2011; 1(2):52-58.
28. Khodemi S, Cooke MS. Comparing the attitudes of urban aturitas. *Maturitas*. 2003,46(2):113. [http://dx.doi.org/10.1016/S0378-5122\(03\)00182-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0378-5122(03)00182-8)
29. Karacam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*. 2007; 58(1):75-82.
30. Fuh JL, Wang SJ, Lee SJ, Lu SR, Juang KD. Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen Island. *Qual Life Res*. 2003;12:53-61.
31. Carpenter, J.S., Studts, J. L., & Byrne, M. A systematic review of menopausal symptom management decision aid trials. *Maturitas*. 2011; 69(1):11-21.
32. Conde, Dlio Marques, Pinto-Neto, Aaro Mendes, Santos-S, Danielle, Costa-Paiva, Lcia, Martinez, Edson Zangiacomi. Factors Associated With Quality of Life in a Cohort of Postmenopausal Women. *Gynecological Endocrinology*. 2006,22(8):436-443.
33. Jimenez I, Preez G. The attitude of the women in menopause and influence on the climacteric. *Gynecol obstet Mex*. 1999;67:319-22.
12. Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. *Birjand University of Medical Sciences* 2009; 16(1):39-44. [Persian]
13. Abed Zadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. *Iranian South Medical Journal*. 2009; 12(1):81-8. [Persian]
14. Shohani M, Rasouli F, Hagi Amiri P, Mahmoudi M. The survey of physical and mental problems of menopause women referred to Ilam health care centers. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2007; 2(5):57-68. [Persian]
15. Golyan Tehrani SH, Mir Mohammad Ali M, Mahmoudi M, Khaledian A. Study of quality of life and its patterns in different stage of menopause for women in Tehran. *Hayat*. 2002; 8(3-4):33-41. [Persian]
16. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009; 62(2):153-9.
17. Chedraui P, Blumel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas*. 2008; 61(4):323-9.
18. JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*. 2000; 34(1):17-23.
19. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res*. 2003; 12(4):405-12.
20. Karacam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*. 2007; 58(1):75-82.
21. Golyan Tehrani SH, Mir Mohammad Ali M, Mahmoudi M, Khaledian A. Study of quality of life and its patterns in different stage of menopause for women in Tehran. *Hayat*. 2002;8(3-4):33-41. [Persian]
22. Blumel JE; Castelo-Branco C; Binfa L; et al.

- factors. *Qual Life Res.* 2004; 13(5):933-46.
45. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Arch Womens Ment Health.* 2002; 5(1):15-22.
46. AR Genazzani et al. (Progetto Donna Qualità della Vita Working Group). Assessment of the QoL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas.* 2002; 42(4): 267-80
47. Huntera MS, Liao KL. Problem-solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 1995; 13(2):147-51.
48. Gerber JR, Johnson JV, Bunn JY, O'Brien SL. A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. *Fertil Steril.* 2005; 83(3):643-8.
49. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res.* 2003; 12(4):405-12.
50. Saklofske DH, Austin EJ, Galloway J, Davidson K. Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences.* 2007; 42(3):491-502.
51. Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety Stress Coping.* 2006; 19(1):15-31.
52. Duche L, Ringa V, Melchior M, Varnoux N, Piault S, Zins M, et al. Hot flushes, common symptoms, and social relations among middle-aged nonmenopausal French women in the GAZEL cohort. *Menopause.* 2006; 13(4):592-9.
34. Rostami A. The effect of education in quality of life in menopause women. Tarbiat Modares University, 2001. [Persian]
35. Karaçam Z, Şeker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas.* 2007;58(1):75-82.
36. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:62- 70.
37. Kumari M, Stafford M, Marmot M. The menopausal transition was associated in a prospective study with decreased health functioning in women who report menopausal symptoms. *J Clin Epidemiol.* 2005;58(7):719-727.
38. Anita H. Clayton, Philip T. Ninan. Depression or Menopause? Presentation and Management of Major Depressive Disorder in Perimenopausal and Postmenopausal Women 2010; 12(1):213_223.
39. Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstet Gynecol.* 2007; 109: 831-840.
40. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int.* 2004;72: 52-57.
41. Khaledian S. The assessment of Quality of life in several stage of menopause in menopause women in Tehran, M.S Thesis midwifery, Tehran university of medical science, 2001. [Persian]
42. Brzysky W RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertil Steril* 2001;76:44-50.
43. Castelo-Branco C, Binfá L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas.* 2000; 34(1):17-23.
44. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic