

عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر رشت

پژوهشگران: سیده مهسا منشی پور^۱، نسرين مختاری لاکه^{۲*}، فاطمه رأفت^۳، احسان کاظم نژاد لیلی^۴

(۱) کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
 (۲) گروه پرستاری (بهداشت)، مربی، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
 (۳) گروه مامایی، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
 (۴) آمار حیاتی، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

چکیده

مقدمه: یائسگی یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان و یک رویداد فیزیولوژیک است که برای کلیه بانوان در دوران سنی ۵۹-۴۰ سالگی روی می‌دهد و با بروز مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی، کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. توجه به کیفیت زندگی زنان یائسه، می‌تواند سلامت آنها را برای بیش از یک سوم دوره زندگی تضمین نماید.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه مراجعه کننده به صندوق بازنشستگی کشوری شهر رشت صورت گرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- مقطعی تعداد ۱۸۰ زن یائسه مراجعه کننده به صندوق بازنشستگی شهر رشت به شیوه نمونه‌گیری تدریجی با استفاده از پرسشنامه دوحشی شامل مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی مخصوص دوران یائسگی مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، آزمون مجذور کای، آزمون دقیق فیشر و رگرسیون) انجام شد.

نتایج: یافته‌ها در مورد کیفیت زندگی کلی زنان یائسه نشان داد که در ۵۴/۴ درصد موارد کیفیت زندگی مطلوب، ۴۵ درصد موارد کیفیت زندگی متوسط و تنها در ۰/۶ درصد موارد (یک نفر) کیفیت زندگی نامطلوب بوده است. همچنین کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش در حیطه‌های وازو موتور، روانی اجتماعی و حیطه جسمی مطلوب و در حیطه جنسی نامطلوب بوده است. نتایج مدل رگرسیون نشان داد که متغیرهای سن ($P=0/004$)، تحصیلات ($P=0/003$)، فعالیت ورزشی ($P=0/003$)، رضایت از زندگی زناشویی ($P=0/002$)، اشتغال بعد از بازنشستگی ($P=0/001$)، ارگان تحت پوشش ($P=0/004$)، نگذاردن وقت با دوستان ($P=0/001$)، نداشتن آرتروز ($P=0/006$) و بالا نبودن چربی خون ($P=0/003$) با کیفیت زندگی زنان یائسه مرتبط می‌باشند.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی می‌تواند از عوامل متعددی تأثیر پذیرد. شناسایی وضعیت کیفیت زندگی زنان یائسه، در تبیین نیازهای آموزشی، مشاوره‌ای، مراقبتی، درمانی زنان یائسه حائز اهمیت بوده و مبنایی جهت تدوین و اجرای برنامه‌های مراقبتی بهداشتی و پایه‌ای برای برنامه‌ریزی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، یائسگی، زنان

مقدمه

دوره سالمندی زنان با یک رخداد طبیعی به نام یائسگی همراه است (۳). افزایش امید به زندگی در زنان و ثابت بودن نسبی سن یائسگی سبب شده است زنان تقریباً یک سوم سنوات باقیمانده عمرشان (حدود ۳۰-۲۰ سال) را در یائسگی بگذرانند (۴). یائسگی تغییر طبیعی است که برای کلیه بانوان در دوران سنی ۵۵-۴۰ سالگی روی می‌دهد (۵) و عواملی مانند ژنتیک، نژاد، میزان سلامت و نحوه زندگی

جمعیت جهان به سرعت در جهت سالمندی است و بخش بزرگی از این تغییر در قرن اول هزاره سوم و در کشور های در حال توسعه در حال شکل‌گیری است (۱). عمر طولانی یکی از دستاوردهای قرن بیست و یکم است و پدیده پیرشدن جمعیت جهان به دلایل کاهش میزان مرگ و میر ناشی از پیشرفت های علوم پزشکی، بهداشت و آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی است (۲).

فرد بر زمان وقوع آن مؤثرند (۶). یائسگی، یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان است که خاتمه دوران قاعدگی را شامل می‌شود (۷).

اگر چه یائسگی فرآیندی بیولوژیک و رویدادی همگانی برای زنان است اما برای همه به یک شکل تعریف و تجربه نمی‌شود و وضعیت روحی و روانی، سلامت عاطفی، فرهنگی و اجتماعی فرد در آن دخیل است (۸). یائسگی با تغییرات هورمونی، جسمی و روحی همراه است که این تغییرات هم به گذر سن (پیری) و هم به کاهش فعالیت تخمدان و افت استروژن مرتبط می‌باشد (۹). اولین گام در کمک به زنان برای تطبیق و سازگاری با تغییرات این دوران، کمک به آنها در درک علل فیزیولوژیک آن و بیان چگونگی عملکرد طبیعی بدن است و آگاهی از علایم و عوارض یائسگی می‌تواند زندگی را برای زنان یائسه راحت‌تر کند و مشکلات روحی و روانی آنان را کاهش دهد (۱۰). یائسگی به دلیل ارتباط با بیماری‌های متعدد (۱۱)، ممکن است کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار داده و حتی سلامت آنان را به خطر اندازد (۱۲). یکی از اهداف «بهداشت برای همه در قرن ۲۱»، ارتقاء کیفیت زندگی می‌باشد (۱۳). کیفیت زندگی یکی از نشانه‌هایی است که برای سنجش سلامت مطرح شده و حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی بوده (۱۴) و به معنای درک فرد از میزان خوب بودن جسمی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی زندگی است (۱۵) که سلامت و عملکرد خانواده، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، روانی، جنبه‌های عاطفی و معنوی را در بر می‌گیرد (۱۶).

مقوله کیفیت زندگی در قشرهای مختلف اهمیت زیادی دارد، به خصوص افرادی که دارای شرایط جسمی، روحی و روانی ویژه‌ای هستند و با تنیدگی‌های ناشی از آن با شرایط خاص مواجه هستند (۱۷). به علاوه عواملی مانند سن، فرهنگ، جنسیت، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، محیط اجتماعی و بیماری می‌تواند با کیفیت زندگی در ارتباط باشد (۱۸). کیفیت زندگی در دوران یائسگی معمولاً به جنبه‌های مرتبط با سلامتی فرد اشاره داشته (۱۹)، که می‌تواند تحت تأثیر بیماری و درمان تغییر کند (۲۰). هرچه

سلامت فرد در بعد جسمی بیشتر باشد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار خواهد بود (۲۱)، بعلاوه متغیرهای روانی - اجتماعی از قبیل عزت نفس، حمایت اجتماعی و خلق افراد نیز تأثیرات مستقیم بر کیفیت زندگی دارد (۲۲، ۲۱).

با توجه به این اصل که زنان سالخورده بخشی پر ارزش و مهم از منابع انسانی جامعه هستند (۲۳) و سلامتی آنان در سالهای پس از یائسگی همانند قبل آن از اهمیت بسزایی برخوردار است (۲۴) و با توجه به اینکه نتایج مطالعات انجام شده بیانگر آن است که کیفیت زندگی می‌تواند از عوامل مختلف محیطی، جغرافیایی، فرهنگی، قومی و نژادی و حتی درک شخصی فرد از زندگی تأثیر پذیرد (۲۵) و انجام مطالعات محدود در خصوص کیفیت زندگی زنان یائسه در استان گیلان، پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی کیفیت زندگی زنان یائسه بپردازد زیرا توجه به کیفیت زندگی این زنان، می‌تواند سلامت آنها را برای بیش از یک سوم دوره زندگی تضمین نماید و سال‌های پایان باروری را برای آنها به سالهای مفید زندگی تبدیل نماید (۲۶).

روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است که جامعه پژوهش آن را کلیه زنان یائسه مراجعه‌کننده به صندوق بازنشستگی شهر رشت تشکیل می‌دهند. نمونه‌های پژوهش به روش نمونه‌گیری تدریجی وارد تحقیق شدند و شامل ۱۸۰ زن یائسه مراجعه‌کننده به صندوق بازنشستگی کشوری شهر رشت در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲ بودند که پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل دارا بودن سن ۴۵ سال و بالاتر، سکونت در شهر رشت، قطع قاعدگی به مدت ۱۲ ماه متوالی، عدم هورمون درمانی در طی ۶ ماه گذشته، عدم ابتلا به بیماری‌های شناخته شده سیستمیک، سرطان و اختلالات روحی و روانی، عدم سابقه جراحی برداشتن رحم و تخمدان، توانایی برقراری ارتباط کلامی در حد پاسخگویی به سوالات و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه ای دویبخشی، ترازو و متر جهت اندازه گیری شاخص توده بدنی بود. بخش اول پرسشنامه محقق ساخته بود که به بررسی عوامل فردی (سن، سن اولین قاعدگی، سن یائسگی، مدت یائسگی، شاخص توده بدنی، تعداد اعضای ساکن در منزل، میزان تحصیلات، تعداد بارداری، تعداد فرزند همراه خانواده، مصرف سیگار، نحوه گذراندن اوقات فراغت، انجام فعالیت ورزشی، الگوی تغذیه ای و سابقه بیماری) و عوامل اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی (وضعیت تأهل، رضایت از زندگی زناشویی، ترکیب خانواده، مالکیت منزل، اشتغال بعد از بازنشستگی، وضعیت اقتصادی و ارگان تحت پوشش) می پرداخت.

بخش دوم پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی دوران یائسگی (The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) طراحی شده توسط Hilditch و همکاران در دانشگاه تورنتو کانادا بود که کیفیت زندگی را با ۲۹ سوال در چهارحیطه وازوموتور، روانی- اجتماعی، جسمی و حیطه فعالیت جنسی می سنجد. در پرسشنامه اصلی کیفیت زندگی مخصوص دوران یائسگی، نمره دهی با استفاده از طیف لیکرت ۶ حالتی انجام شده بود که با توجه به عدم تفکیک دقیق امتیازات توسط واحدهای مورد پژوهش در مطالعه مقدماتی و مطالعه عابدزاده و همکاران (۸) به چهار گزینه تقلیل یافت. (از امتیاز صفر به منزله عدم وجود مشکل تا امتیاز ۳ به منزله دارا بودن مشکل و ایجاد ناراحتی زیاد). بنابراین حداقل امتیاز ابزار صفر و حداکثر ۸۷ بود. جهت تعیین وضعیت کیفیت زندگی کلی و به تفکیک حیطه ها، از میانگین نمره و همچنین تعیین فاصله اعتماد ۹۵ درصد میانگین ها استفاده شد به علاوه اندازه گیری نمرات کسب شده از ابزار کیفیت زندگی مطلوب با امتیاز ۲۹-۰ (زیر ۳۳ درصد)، کیفیت زندگی متوسط با امتیاز ۵۸-۳۰ (۳۳-۶۶ درصد) و کیفیت زندگی نامطلوب با امتیاز ۸۷-۵۹ (بالای ۶۶ درصد) تعریف شد (۸).

جهت تعیین شاخص توده بدنی، پژوهشگر به اندازه گیری قد و وزن نمونه ها با حداقل پوشش و بدون

کفش از ترازوی دیجیتالی (مارک فلر) با دقت ۱۰۰ گرم و متر نواری با دقت ۰/۵ سانتی متر نصب شده بر دیوار و غیرقابل کشش، استفاده شد. ترازو دقیقاً با چند ترازوی معتبر دیجیتالی و عقربه ای مقایسه و اعتماد آن تعیین گردید. پس از چند بار استفاده نیز با یک وزنه استاندارد، صحت اندازه گیری ترازو مجدداً بررسی شد. بعد از اندازه گیری وزن و قد، شاخص توده بدنی محاسبه گردید.

جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتوی توسط ۱۲ عضو هیئت علمی گروه های پرستاری و مامایی استفاده شد سازگاری درونی ابزار نیز با تعیین ضریب آلفا کرونباخ تعیین گردید که مقدار آن در مورد حیطه وازوموتور ۰/۸۱، حیطه روانی- اجتماعی ۰/۷۷، حیطه جسمی ۰/۷۳، حیطه جنسی ۰/۹۲ و برای کل حیطه ها ۰/۸۱ بدست آمد.

جهت گردآوری داده ها پس از طرح موضوع در کمیته اخلاق و کسب مجوز از حوزه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان، پژوهشگر به محیط پژوهش مراجعه کرده و پس از معرفی خود، بیان اهداف پژوهش و اخذ رضایت شفاهی از نمونه های مورد نظر و بررسی معیارهای ورود به مطالعه، داده ها را از طریق مصاحبه ساختار یافته بر اساس پرسشنامه به صورت چهره به چهره تکمیل نموده و جهت تعیین شاخص توده بدنی، خود به اندازه گیری وزن و قد نمونه ها اقدام نمود. اطلاعات جمع آوری شده با SPSS نسخه ۱۶ و شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی تجزیه و تحلیل شد. همچنین در بررسی ارتباط متغیرهای کمی و کیفی با کیفیت زندگی در دوران یائسگی از آمار استنباطی شامل (آزمون تی مستقل، آزمون مجذور کای، تست دقیق فیشر و رگرسیون استفاده شد.

نتایج

یافته های تحقیق نشان داد که میانگین نمره سن اکثر شرکت کنندگان در این مطالعه $50 \pm 7/57$ سال، میانگین سن اولین قاعدگی $12/16 \pm 1/74$ سال و میانگین سن شروع یائسگی $42 \pm 3/15$ سال بود. همچنین میانگین تعداد بعد خانواده $2/47 \pm 1/04$ نفر، تعداد بارداری

تعداد فرزندان ($P=0/042$)، ورزش ($P=0/0002$) بیماری ($P=0/001$)، رضایت از زندگی ($P=0/002$)، وضعیت تأهل ($P=0/002$)، رضایت از زندگی زناشویی ($P=0/001$)، ترکیب خانواده ($P=0/024$)، اشتغال بعد از بازنشستگی ($P=0/014$)، ارگان تحت پوشش ($P=0/006$)، گذراندن وقت با دوستان ($P=0/0001$)، ابتلا به آرتروز ($P=0/0001$) و پوکی استخوان ($P=0/002$) دارای ارتباط معنی دار می باشند.

پس از قرار دادن متغیرهای با ارتباط معنی دار بین ۰/۰۵ تا ۰/۱ در مدل رگرسیون چند گانه، نتایج نشان داد متغیرهای سن، تحصیلات، انجام فعالیت فیزیکی در هفته، رضایت از زندگی زناشویی، اشتغال پس از بازنشستگی، ارگان تحت پوشش، نگذردن وقت با دوستان، بالا نبودن چربی خون و نداشتن آرتروز متغیرهای پیشگویی کننده کیفیت زندگی زنان یائسه بوده اند (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه گیری

از داده‌های پژوهش چنین استنباط می‌شود که اکثر واحدهای مورد پژوهش در سه حیطه وازوموتور، روانی- اجتماعی و جسمی دارای کیفیت زندگی مطلوب بوده‌اند که با مطالعه خالدیان و همکاران در تهران همخوانی دارد (۲۷)، اما با یافته‌های مطالعات مکوندی (۲۸)، شریف نیا (۲۹) و عابدزاده در کاشان و همکارانشان (۸) هم سو نمی‌باشد، به طوریکه در مطالعه مکوندی پایین‌ترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به حیطه وازوموتور بوده و در مطالعات شریف نیا و عابدزاده، اکثریت افراد در هر یک از حیطه‌ها، کیفیت زندگی متوسط داشتند. به نظر پژوهشگر از آنجایی که شیوه زندگی از جمله نوع تغذیه، انجام فعالیت‌های ورزشی و فعالیت‌های اجتماعی ممکن است با وضعیت روحی، روانی و اجتماعی افراد ارتباط داشته و در نهایت بر کیفیت زندگی در این دوران مؤثر باشند، شاید مغایر بودن یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه عابدزاده در کاشان ناشی از تفاوت‌های شیوه زندگی در زنان این دو شهر باشد.

در مطالعه حاضر اکثر نمونه‌ها در حیطه جنسی، دارای کیفیت زندگی نامطلوب بوده‌اند که با نتایج مطالعه شیخان و همکاران (۳۰) همخوانی داشته به طوریکه در

۳/۲۱±۱/۵۸ بار و تعداد نخ سیگار مصرفی در روز ۰/۱۳±۰/۵ عدد بوده است.

همچنین یافته‌ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش دیپلمه (۳۸/۳٪)، متأهل (۷۲/۲٪)، دارای ۳ تا ۵ فرزند (۵۲/۲٪) بوده، با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند (۴۶/۱٪) و تا حدودی از زندگی زناشویی خود رضایت داشتند (۳۸/۹٪). بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۷۴/۴٪)، ۵ سال و یا بیشتر از زمان یائسگی‌شان می‌گذشت، ۳۸/۳ درصد دارای اضافه وزن (شاخص توده بدنی ۲۵/۱ تا ۳۰) بودند. اکثریت کمتر از سه ساعت در هفته ورزش می‌کردند (۴۱/۷٪)، حداقل دارای یک بیماری بودند (۶۹/۴٪)، از بالا بودن فشار خون رنج می‌بردند (۲۷/۷۷٪)، در برنامه غذایی روزانه‌شان از لبنیات استفاده می‌کردند (۷۸/۸۸٪)، سیگار نمی‌کشیدند (۹۲/۸٪)، اوقات فراغت خود را از طریق تماشای تلویزیون می‌گذراندند (۸۶/۶۶٪)، دارای منزل شخصی بوده (۷۷/۸٪)، بعد از بازنشستگی اشتغال به کار دیگری نداشتند (۹۲/۲٪)، همچنین ۴۳/۳ درصد بازنشسته آموزش و پرورش و ۸۴/۴ درصد دارای درآمد متوسط (۵۰۰ تا یک میلیون تومان) بودند.

یافته‌های پژوهش در خصوص نمره کیفیت زندگی در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. براساس این جدول میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش ۵۸/۲۵±۱۱/۱ بوده است که این مقدار از لحاظ درصد (با حداقل ۲۹/۸۹ و حداکثر ۹۵/۴۰ درصد) بیانگر کیفیت زندگی مطلوب در ۶۵/۶۵ درصد موارد است.

یافته‌های تحقیق هم چنین مؤید آن بود که از بین متغیرهای کمی فردی و اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی دوران یائسگی، بر اساس آزمون تی اختلاف معنی دار آماری در میانگین سن ($P=0/0001$)، سن یائسگی ($P=0/033$) و تعداد بارداری ($P=0/028$) در دو گروه کیفیت زندگی مطلوب و متوسط وجود داشته است. همچنین بر اساس آزمون‌های مجذور کای و فیشر متغیرهای کیفی فردی و اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی مطلوب، مدت یائسگی ($P=0/0001$)، سطح تحصیلات ($P=0/0001$)،

مطالعات عابدزاده و همکاران (۸)، Elsbagh و همکاران (۲۴)، شریف‌نیا و همکاران (۲۹) و فلاح زاده و همکاران (۳۲) همخوانی دارد اما با مطالعه خالدیان و همکاران (۲۷) مغایرت دارد. به نظر پژوهشگر این تفاوت را می‌توان به بالاتر بودن آگاهی زنان با تحصیلات بالا و تقاضای بیشتر جهت مشاوره پزشکی و دریافت و پیگیری برنامه‌ها و خدمات بهداشتی در مقایسه با افراد با تحصیلات پایین ارتباط داد که موجب برخورد بهتر با عوارض یائسگی و تحمل راحت‌تر عوارض آن در این افراد شده و سبب بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

ارتباط انجام فعالیت ورزشی با کیفیت زندگی زنان یائسه نشان داد در زنانی که بیش از ۳ ساعت در هفته ورزش می‌کردند، درصد کیفیت مطلوب زندگی بیشتر بوده است که با یافته‌های مطالعات عابدزاده (۸) و شعبانی بهار (۱۴) همخوانی دارد. به نظر پژوهشگر انجام فعالیت ورزشی می‌تواند اثرات مفیدی بر خلق، سلامت عمومی، خواب، عملکرد ذهنی، تثبیت گردش خون و سایر فعالیت‌های فیزیولوژیک بدن در خلال دوران یائسگی داشته باشد. ممکن است افرادی که هیچ‌گونه فعالیت ورزشی انجام نمی‌دهند به دلیل عدم برخورداری از منافع آن دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نیز باشند.

تجربه و تحلیل نتایج مدل رگرسیون نشان داد در زنانی که اوقات فراغت خود را با دوستانشان نمی‌گذرانند، درصد کیفیت مطلوب زندگی بیشتر بوده است. به نظر پژوهشگر، با توجه به تفاوت ظاهر این مسئله با مفروضات پذیرفته شده مینی بر افزایش کیفیت زندگی مطلوب در اثر حمایت‌های اجتماعی، خانواده می‌تواند نقش بسزایی در تحقق کیفیت مطلوب زندگی داشته باشد. زنانی که روابط خانوادگی مستحکم‌تری دارند، ممکن است گذراندن اوقات فراغت در کنار خانواده را به گذراندن وقت با دوستان ترجیح داده و این مسئله ممکن است نشان دهنده آن باشد که این‌گونه افراد از روابط خانوادگی گرم‌تری برخوردار بوده و از آن بیشتر لذت می‌برند.

به نظر می‌رسد توجه به وضعیت کیفیت زندگی زنان یائسه، می‌تواند سلامت آنها را برای بیش از یک سوم

مطالعه آنان نیز اکثریت زنان دارای کیفیت زندگی نامطلوب در این حیطه بوده‌اند. اما این یافته با نتایج مطالعات لی (Li) و همکاران (۳۱)، شریف‌نیا و همکاران (۲۹) و عابدزاده و همکاران (۸) دارای مغایرت می‌باشد، به طوریکه در مطالعه لی (Li) اکثریت افراد در حیطه جنسی دارای کیفیت زندگی مطلوب و در مطالعه عابدزاده (۸) و شریف‌نیا (۲۹) دارای کیفیت زندگی متوسط بوده‌اند. به نظر پژوهشگر این تفاوت در یافته‌های مطالعات مختلف می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف زمینه مسائل جنسی باشد.

در این مطالعه سن با کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری داشت. به عبارتی دیگر، در زنان یائسه جوانتر، درصد کیفیت مطلوب زندگی بیشتر بوده است که با مطالعات Chedraui (۲۱)، فلاح زاده در یزد (۳۲) و شریف‌نیا (۲۹) همخوانی دارد اما مغایر با یافته مطالعه Ekstrom در سوئد (۳۳) می‌باشد، به طوریکه در مطالعه آنان با افزایش سن، درصد کیفیت مطلوب زندگی افزایش می‌یابد. به نظر پژوهشگر علت مغایر بودن یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج مطالعه Ekstrom می‌تواند ناشی از حمایت‌های اجتماعی و امکانات رفاهی متفاوتی باشد که جوامع مختلف در دسترس افراد میانسال قرار می‌دهند.

بر اساس یافته‌ها ارتباط معنی‌دار بین مدت یائسگی و کیفیت زندگی زنان یائسه نشان داده شد بطوریکه در زنانی که کمتر از ۵ سال از شروع یائسگی آنها می‌گذشت، درصد کیفیت مطلوب زندگی بیشتر بوده است که با مطالعات فلاح زاده (۳۲) و خالدیان (۲۷) همخوانی دارد، در حالیکه در مطالعه عابدزاده و همکاران (۸) بین مدت یائسگی و کیفیت زندگی زنان یائسه ارتباط معنی‌دار آماری دیده نشد. به نظر پژوهشگر شاید بتوان چنین استنباط نمود، زنانی که کمتر از ۵ سال از یائسگی شان می‌گذرد، هنوز در معرض عوارض دراز مدت یائسگی قرار نگرفته، در نتیجه از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. در زنان با مدرک تحصیلی بالاتر، درصد کیفیت مطلوب زندگی بیشتر بوده است که با

دوره زندگی تضمین نماید (۲۶) همچنین شناسایی وضعیت کیفیت زندگی زنان یائسه می‌تواند در تبیین نیازهای آموزشی، مشاوره‌ای، مراقبتی، درمانی زنان یائسه کمک کننده باشد که مبنایی برای تدوین و اجرای برنامه های مراقبتی بهداشتی خواهد بود و می‌تواند به عنوان پایه ای برای برنامه‌ریزی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنان مد نظر قرار گیرد. از محدودیتهای این پژوهش می‌توان به وضعیت روحی و روانی نمونه‌ها در هنگام تکمیل پرسشنامه اشاره کرد که ممکن است بر نحوه پاسخگویی تأثیر گذار باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری با عنوان بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی اختصاصی زنان یائسه مراجعه‌کننده به صندوق بازنشستگی شهر رشت و طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی گیلان با شماره ثبت ۸۹۲۰۹ می‌باشد. بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از اساتیدی که از نظرات ارزنده شان در انجام این پژوهش بهره‌مند شدیم، معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه و کلیه زنان یائسه که در این پژوهش شرکت نمودند، اعلام می‌داریم.

جدول شماره (۱): وضعیت کیفیت زندگی کلی و به تفکیک حیطه ها

جمع	نامطلوب (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	مطلوب (درصد) تعداد	کیفیت زندگی
				حیطه ها
۱۸۰(۱۰۰)	۱۱(۶/۱)	۲۷(۱۵)	۱۴۲(۷۸/۹)	حیطه وازوموتور
۱۸۰(۱۰۰)	۵(۲/۸)	۷۴(۴۱/۱)	۱۰۱(۵۶/۱)	حیطه روانی- اجتماعی
۱۸۰(۱۰۰)	۰(۰)	۶۶(۳۶/۷)	۱۱۴(۶۳/۳)	حیطه جسمی
۱۸۰(۱۰۰)	۹۳(۵۱/۷)	۲۸(۱۵/۶)	۵۹(۳۲/۸)	حیطه جنسی
۱۸۰(۱۰۰)	۱۰(۶)	۸۱(۴۵)	۹۸(۵۴/۴)	کل حیطه ها

جدول شماره (۲): برآورد ضرایب رگرسیونی عوامل مرتبط فردی و اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی دوران یائسگی بر حسب مدل رگرسیونی لوجستیک چند گانه به روش Backward LR

فاصله اعتماد ۹۵٪ برای شانس نسبی		شانس نسبی	سطح معنی داری	خطای معیار ضریب رگرسیونی	ضریب رگرسیونی	ضرایب
حداکثر	حداقل					
۰/۹۶۴	۰/۸۲۳	۰/۸۹۱	۰/۰۰۴	۰/۰۴۰	-۰/۱۱۶	سن
سطح تحصیلات						
۰/۸۷۶	۰/۰۴۶	۰/۲۰۲	۰/۰۳۳	۰/۷۴۹	-۱/۶۰۲	• دیپلم
۳/۰۱۵	۰/۱۴۴	۰/۶۶۰	۰/۵۹۲	۰/۷۷۵	-۰/۴۱۶	• فوق دیپلم
۱۳/۰۲۶	۰/۱۳۱	۱/۳۰۴	۰/۸۲۱	۱/۱۷۴	۰/۲۶۶	• لیسانس
گروه مرجع						
فعالیت ورزشی در هفته						
۶/۴۳۳	۰/۷۰۲	۲/۱۲۵	۰/۱۸۲	۰/۵۶۵	۰/۷۵۴	• کمتر از سه ساعت
۲۶/۹۶۱	۱/۵۷۰	۶/۵۰۷	۰/۰۱۰	۰/۷۲۵	۱/۸۷۳	• بیشتر از سه ساعت
گروه مرجع						
رضایت از زندگی زناشویی						
۵۵/۷۸۴	۱/۳۴۷	۸/۶۶۹	۰/۰۲۳	۰/۹۵۰	۲/۱۶۰	• بله
۵۰/۸۱۹	۱/۳۳۲	۸/۲۲۸	۰/۰۲۳	۰/۹۲۹	۲/۱۰۸	• تا حدودی
گروه مرجع						
اشتغال پس از بازنشستگی						
۱۹۶/۴۸۳	۱/۹۹۶	۱۹/۸۰۳	۰/۰۱۱	۱/۱۷۱	۲/۹۸۶	• اشتغال
ارگان تحت پوشش						
۱۹/۶۷۸	۱/۹۹۴	۶/۲۶۵	۰/۰۰۲	۰/۵۸۴	۱/۸۳۵	• آموزش و پرورش
۴/۳۰۱	۰/۴۲۳	۱/۳۴۹	۰/۶۱۲	۰/۵۹۱	۰/۳۰۰	• علوم پزشکی
گروه مرجع						
نگذاردن وقت با دوستان						
۷۰/۳۰۴	۶/۳۱۲	۲۱/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۳/۰۴۸	• نگذاردن وقت با دوستان
بالا نبودن چربی خون						
۸/۳۰۸	۱/۰۷۲	۲/۹۸۴	۰/۰۳۶	۰/۵۲۲	۱/۰۹۳	• بالا نبودن چربی خون
نداشتن آرتروز						
۲۱/۹۶۳	۱/۶۹۰	۶/۰۹۲	۰/۰۰۶	۰/۶۵	۱/۸۰۷	• نداشتن آرتروز

References

- 1-Asiri SH. Aging and health promotion. Rsh: Dehsara.2011;1:9-10. Persian.
- 2-Tajvar M. Aged care and overview of various aspects of their lives. Tehran: Nasle farad publication;2003.p.2,15-25. Persian.
- 3-Bahri N, Delshad A, Hadizadeh Talasaz F. The impact of partner menopause training on anxiety and depression in menopausal women .Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology .2007 ;13(2):128-131. Persian.
- 4-Ebrahimi M, Taghizadeh M. Effect of Soya Protein Supplementation on Menopausal Symptoms. Hakim. 2009;11(4):16-20. Persian.
- 5-Ebrahimian M, Kazemi B. Survey of The effect of exercise on the age of menopause in women in Shiraz. Payesh Journal. 2003;2(1):11-15. Persian.
- 6-Gharehkhani P, Sadatian A. Diseases of Women. Tehran: Nure danesh, Shahre Ab ; 2007. Persian.
- 7-Seyyed Alavi GH, Bahri N, Kordi M, Asnaashari F. Health of Women in Menopause. Mashhad: Aftabe Hashtom; 2002.p. 12,138-141. Persian.
- 8-Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. Iranian Sauth Medical Journal. 2009;12(1):81-8. Persian.
- 9-Kafaei M, Sarafzar N, Bagheri A. Relationship of lordship with menopause. Medicine and purification journal. 2008; 68: 44-50. Persian.
- 10-Hassanzadeh Gh, Yekkezare S, Vaziri S. Soroorirad B, Darki I. Knowledge of women about menopause in Qazvin. Journal of Qazvin university of medical sciences. 2003; 23(93): 27-38. Persian.
- 11-Rajaei Fard A, Mohammad Beigi A, Mohammad Salehi N. Estimation of natural age of menopause in Iranian women: A meta-analysis study. Koomesh. 2011;13(1):110-115. Persian.
- 12-Afghari A, Ganji ZH, Ahmad Shirvani M. Explain the psychological challenges - emotional during menopause: a qualitative study. Journal of Mazandaran university of medical sciences. 2012; 28: 21-25. Persian.
- 13-Yeo J. Influencing factor on quality of life in pre and postMenopausal women. Taehan Kanho Hakhoe Chi Journal .2004;34:1334-42.
- 14-Shabani Bahar Gh, Nazem F, PoorAghae Ardakani Z. Influence of Special training program on quality of life in postmenopausal women non-athletes. Journal of Sports Sciences .2007;12:123-133. Persian.
- 15-Phillips D. Quality of life: Concept, policy and practice. UK: Routledge;2006.
- 16-Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohammadpour Y, Kiani P, Lak KH, Bahrehchi A. Quality of life of caregivers for hemodialysis patients Khoy city. Journal of Orumie School of Nursing and Midwifery.2009;7(4):128-135. Persian.
- 17-Basu D. Quality of Life issue in mental health services: past, present and future. Psychiatry .2004;7(3):35-43.
- 18-Kerman Saravi F, Montazeri A, Bayat M. Comparison of health-related quality of life for working women and housewives. Payesh.2011; 11(1):111-116.Persian.
- 19-Foruhari S, Safarirad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. Effects of training on quality of life in menopausal women referred to Motahari clinic in Shiraz. Journal of Birjand University of Medical Science .2009;16(1):39-44. Persian.
- 20-Waidyasekera H, Wijewardena K, Lindmark G, NaessenT. Menopausal symptoms and quality of life during menopausal transition in Sri Lankan women .Menopause.2009; 16(1):164-170.
- 21-Chedraui P, Hidalgo L, Chaves D, Morocho N, Alvarado M, Huuc A. Quality of life among postmenopausal Ecuadorian woman participating in a metabolic syndrome screening program. Maturitas.2007;56:45-53.
- 22-Zahmatkeshan N, Bagherzade R, Akaberiyan SH, Yazdankhah Fard M, Mirzaei K, Yazdanpanah S. Assessing Quality of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2012; 2(1): 53-58.Persian.
- 23-Nahidi F, Fazli Z, Velaei N, Kariman N. Age of menopause and its determinant factors in Menopausal women in Tehran. Research in medicine. 2009;33(4):258-264. Persian.
- 24-Elsabagh EEM, Abd Allah ES. Menopausal symptoms and the quality of life among pre/post menopausal women from rural area in Zagazig city . Life Science Journal. 2012; 9(2):283-291.
- 25-Gil KM, Gibbons HE, Hopkins MP, Jenison EL, Von Gruenigen VE. Baseline characteristics influencing quality of life in women undergoing gynecologic oncology surgery. Health and Quality of Life Outcomes .2007; 5(25) :1-7.
- 26-Moradinia M, Majlesi F, Garmaroodi GH, Hasanzadeh A. Quality of life and related factors in post-menopausal women in Isfahan. Journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2010; 10:23-29. Persian.
- 27-Khaledian Z. Survey quality of life and its patterns in different stages of menopause for women in Tehran [Nursing MSc Thesis]. Tehran University of Medical Sciences ;2002. Persian.
- 28-Makvandi S, Bastami A, Zargar Shoushtari SH, Yazdizadeh H, Etemadpour Y, Taghavifar SA. Quality of life and related factors in postmenopausal women referred to health centers in Ahwaz. Iranian Journal of Obstetrics. Gynecology and Infertility. 2013;16(59): 6-13. Persian.
- 29-Sharifnia SH, Bahrami N, Saatsaz S, Soleimani MA, Nazari R, Mohammad Tabar R. Quality of life of postmenopausal women in Imam Reza hospital in Amol and related factors. Iranian Journal of Gynecology and Infertility.2012;15(31):7-12. Persian.
- 30-Sheikhan Z, Pazandeh F, Azar M, Ziaei T, Alavi Majd H. Survey on Sexual Satisfaction Situation and Some of Affecting Agents in Postmenopausal Women. Journal of Zanzan University of Medical Sciences.2010;18(71):81-89. Persian.
- 31-Li S, Holm K, Gulanick M. Primenopause and quality of life. Clinical Nursing Research .2000; 9:6-23.
- 32-Fallahzadeh H, deghhani Tafti A, Deghhani Tafti MH, Hoseini F, Hoseini H. Factors Affecting Quality of life after Menopause in women.Yazd,2008. Journal of Shahid Sadooghi University of Medical Sciences. 2010;18(6):552-8. Persian.
- 33-Ekstrom H, Hovelius B. Quality of life and hormone therapy in women before and after menopause. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2010; 18(2): 115-21.

Related factors to Menopausal women's quality of life in Rasht**By:** Monshipour SM¹, Mokhtari Lakeh N*², Rafat F³, Kazemnejad Leili E⁴

1) Education Nursing (MSN), Dr. Heshmat Medical Educational Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2) Department of Nursing (health), Instructor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3) Department of Midwifery, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4) Bio-statistics, Associate professor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2014/01/14

Accepted: 2014/12/31

Abstract**Introduction:** Menopause is one of the most critical stages of women's lives and is a physiological event that occurs in middle age women between 40-59 years which results in physical, mental and social wellbeing and influences their quality of life. Paying attention to postmenopausal women's quality of life can guarantee health for more than a third of their lifetime.**Objective:** This study aimed to determine the factors associated with specific quality of life in postmenopausal women referring to Retirement Fund in Rasht city.**Methods:** This cross-sectional study was conducted on 180 postmenopausal women who referred to Retirement Fund in Rasht selected by sequential sampling. Data were collected by a two part questionnaire including: researcher-made questionnaire on personal factors and Quality of Life Questionnaire Specific to Menopause (MENQOL). Results were analyzed using descriptive (frequency distribution, mean and standard deviation) and inferential statistics (T independent test, Chi-square, Exact Fisher test and Regression).**Results:** Findings showed that the overall quality of life of postmenopausal women in 54.4% of cases was good and 45.6% of cases reported it as moderate and only one case (0.6%) reported unsatisfactory quality of life. Also samples' quality of life in vasomotor, psychosocial and physical domain was satisfactory but reported unsatisfactory in sexual domain. Results of regression model indicated a significant relationship between quality of life and age ($P=0.004$), educational level ($P=0.03$), physical activity ($P=0.03$), marital satisfaction ($P=0.02$), employment after retirement ($P=0.01$), the organization covering retirement ($P=0.004$), not spending time with friends ($P=0.004$), no arthritic disease ($P=0.006$) and no hyperlipidemia ($P=0.03$).**Conclusion:** Quality of life can be affected by several factors. Identifying quality of life condition of postmenopausal women is important in explaining the need for training, counseling, care and treatment of postmenopausal women and serves as basis for formulation and implementation of health care programs and further planning to improve their quality of life.**Keywords:** Quality of Life, Menopause, Women

*Corresponding Author: Nasrin Mokhtari Lakeh, Rasht, School of Nursing and Midwifery

Email: Lake.nasrin@gmail.com