

کیفیت زندگی زنان یائسه شهر کرمان

افسر فرود^{۱*}، سیمین مهدی پور^۲، شکوفه ذائقه شناس^۳

۱. مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاداسلامی واحد کرمان ۲. مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه

آزاداسلامی واحد کرمان ۳. کارشناس ارشد آموزش و پرورش تطبیقی ناحیه ۲ کرمان

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۳۴۶۹۴۹ فاکس: ۰۳۴۳۳۱۰۰۵۱ ایمیل: foroud@iauk.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان دوران یائسگی است و یکی از اهداف بهداشت برای همه در قرن ۲۱، بهبود کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی زنان، به دنبال وقوع یائسگی دست خوش تغییرات اساسی می‌گردد که اهمیت فراوانی از نظر بهداشت عمومی دارد. پژوهش حاضر با توجه به اهمیت ارتقای سطح سلامت و بهبود زندگی در دوران یائسگی، به منظور تعیین کیفیت زندگی زنان یائسه شهر کرمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد که در آن ۳۸۴ نفر از زنان یائسه ۶۴-۴۸ ساله شهر کرمان مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری آسان بود. جهت تعیین کیفیت زندگی زنان از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت WHOQOL-BREF که در ایران استانداردسازی شده استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد که کیفیت زندگی کلی در ۶۸٪ واحدهای مورد پژوهش در حد متوسط بوده است. میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد جسمی برابر ۰/۵±۰/۲۲، در حیطه روانی برابر ۰/۷±۰/۴۸، در حیطه اجتماعی برابر ۰/۲±۰/۳۳ و در بعد محیطی برابر ۰/۵±۰/۷۳ بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشان داد که یائسگی باعث تغییر در کیفیت زندگی زنان می‌شود بطوری‌که اکثریت افراد در هر چهار حیطه جسمی- روانی- اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی متوسطی داشتند. بنابراین توجه به طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب جهت ارتقای کیفیت زندگی این قشر از جامعه ضروری است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، یائسگی، زنان یائسه، کرمان

پذیرش: ۹۲/۳/۲۳

دریافت: ۹۱/۱۱/۱۸

مقدمه

یائسگی یک واقعه فیزیولوژیک و طبیعی در زندگی زنان است که با افزایش سن زنان تولید هورمون‌های تخمدان مثل استروژن و پروژسترون کاهش می‌یابد (۱). کاهش این هورمون‌ها تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی خاصی را به همراه دارد که این تغییرات چند سال زودتر از شروع یائسگی آغاز می‌شود. مثل: بی‌نظمی در دوره‌های قاعدگی، گرگرفتگی و

تعریق‌های شبانه، اختلالات در خواب و خلق، خشکی واژن و موارد دیگر (۲). این تغییرات و علائم بر کیفیت زندگی و توانایی سازش زنان با تحولات این دوره از زندگی‌شان تاثیر می‌گذارد (۳). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را بدین گونه تعریف نموده است: پندارها و نگرش فرد با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، از وضعیت زندگی و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات و

استانداردهای موردنظر او (۴). مطالعه در زمینه کیفیت زندگی زنان یائسه، ابعاد متاثر شده از مشکلات این دوره از زندگی زن را مشخص می‌کند (۵). بطور کلی ابعاد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی می‌باشد. میانگین امید به زندگی برای زنان در تمام دنیا بطور قابل ملاحظه‌ای در طول قرن گذشته تغییر یافته است، بطوری‌که امید به زندگی از ۴۸/۳ در سال ۱۹۰۰ به ۷۹/۸ در سال ۲۰۰۱ افزایش یافته، زنان بیش از یک سوم زندگی خود را در دوران پس از یائسگی طی می‌کنند (۶). امروزه افزایش امید به زندگی و تغییر در طول عمر زنان باعث شده آنان سال‌های بیشتری را در دوران یائسگی طی کنند و به‌علت فرآیندهای فیزیولوژیکی که در دوران یائسگی بوجود می‌آید و تأثیرات شگرفی که بر کیفیت زندگی زنان می‌گذارد توجه متخصصین بهداشتی را طلب می‌کند (۷). با توجه به اینکه در سال‌های اخیر پژوهشی در زمینه کیفیت زندگی زنان یائسه در کرمان انجام نشده، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان یائسه شهر کرمان انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در آن ۳۸۴ نفر از زنان یائسه ۶۴-۸۸ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان انتخاب شدند. این حجم نمونه پس از انجام یک مطالعه راهنما (با استفاده از فرمول مقایسه دو میانگین و قدرت ۹۵٪ و سطح معنی دار $p < 0.05$) انتخاب گردید. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری آسان صورت گرفت. بدین ترتیب که همه زنان یائسه‌ای که به دلایل مختلف به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کردند و شرایط ورود به نمونه‌گیری را داشتند، وارد پژوهش گردیدند. این معیارها عبارت بودند از: فقدان بیماری‌های روانی و سیستمیک شناخته - عدم مصرف داروهای هورمونی

و داروهای موثر بر قاعدگی طی ۶ ماه گذشته و تحت عمل هیسترکتومی، اووفاکتومی، رادیوتراپی و شیمیوتراپی قرارنگرفتن. از افرادی که قادر به همکاری نبودند یا تمایل به شرکت در بررسی نداشتند، صرف نظر گردید. داده‌ها از طریق پرسشنامه و در جریان مصاحبه با نمونه‌ها جمع‌آوری گردید. نحوه تکمیل پرسشنامه، پرسشگری توسط افرادی بود که آموزش‌های لازم را دیده بودند. پرسشگری در ساعات مختلفی از روز انجام می‌گرفت. نحوه تکمیل پرسشنامه به این صورت بود که پرسشگران به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده و پس از انتخاب نمونه بر اساس معیارهای مورد پذیرش، پرسشنامه‌ها را در اختیار آنان قرار می‌دادند و بعد از دادن فرصت مناسب برای تکمیل فرم، برگه‌ها را از آنها تحویل می‌گرفتند. در مورد زنان بی‌سواد، پرسشگران با پرسش از آنان فرم‌ها را تکمیل می‌نمودند. در این پژوهش زن یائسه به فردی اطلاق می‌شد که به ادعای خود حداقل یکسال از آخرین قاعدگی او گذشته باشد. در این پژوهش از پرسشنامه WHOQOL-BREF سازمان بهداشت جهانی استفاده گردید. این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران سنجش روایی و پایایی شده است (۸). سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی در پنج بعد سلامت جسمی (۷ معیار)، سلامت روانی (۶ معیار)، روابط اجتماعی (۳ معیار)، سلامت محیط (۸ معیار) بود که دو سوال اول وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد بنابراین پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. لازم به ذکر است که حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی و درد و خواب می‌پردازد. در حیطه سلامت روان تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سوال قرار می‌گیرد. حیطه روابط

یافته ها

در این بررسی میانگین سنی زنان $58 \pm 5/3$ سال و اکثریت زنان (۳۲٪) بی سواد بودند و فقط ۹/۶٪ آنها تحصیلاتی بالاتر از دیپلم داشتند. ۸۰/۷٪ زنان خانه دار و ۱۹/۳٪ آنها شاغل بودند. ۶۸٪ زنان متأهل و تنها ۵٪ آنها مجرد بودند.

۴۰/۳٪ زنان ۶ تا ۱۰ سال یائسه شده بودند. اکثریت آنها (۸۲/۳٪) از زندگی زناشویی شان راضی بودند و بیشتر آنها (۶۸/۱٪) ورزش می کردند. اکثریت زنان (۹۲/۴٪) سیگار نمی کشیدند و از وضعیت اقتصادی شان تا حدودی راضی بودند (۵۴/۲٪). نتایج بررسی نشان داد که از بین حیطه های کیفیت زندگی، سه حیطه جسمی، روانی و اجتماعی با متغیر سن ارتباط معنی داری را نشان داد که این ارتباط بین حیطه محیطی و این متغیر وجود نداشت (۰/۰۶۲). جدول ۱ میانگین امتیاز هر یک از حیطه های کیفیت زندگی را بر حسب متغیرهای دموگرافیک نشان می دهد. با توجه به نتایج جدول ۱ حیطه جسمی کیفیت زندگی تنها حیطه ای بود که با سطح تحصیلات نمونه ها ارتباط معناداری نداشت (۰/۰۷۶). از طرفی نتایج این جدول نشان می دهد که چهار حیطه کیفیت زندگی با کلیه مشخصات نمونه ها به جز وضعیت تاهل ارتباط معنی دار داشتند.

اجتماعی ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سوال قرار می دهد. حیطه سلامت محیط در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل زندگی، موقعیت های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت های تفریحی، محیط فیزیکی و حمل و نقل را سوال می نماید. مشخصات دموگرافیک نیز در بخش اولیه پرسشنامه منظور گردید. پاسخ سوالات به صورت مقیاس لیکرت سه گزینه ای از ۰ تا ۳ درجه بندی شد، بطوری که نمره صفر به معنی عدم وجود، ۱ معادل کم، ۲ به معنی متوسط و ۳ به معنی زیاد تنظیم گردید. با توجه به هر سوال امتیاز کل محاسبه شد. بنابراین بیشترین امتیاز ۷۸ و کمترین امتیاز ۲۶ بوده است. بالاتر بودن نمره در هر حیطه نشان دهنده پایین بودن کیفیت زندگی و پایین بودن نمره در هر حیطه نشان دهنده بالابودن کیفیت زندگی بود. داده ها از طریق نرم افزار آماري SPSS و با سطح معنی دار $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از آزمون های بونفرونی به منظور تعیین اختلاف معنادار بودن بین زوج های میانگین و تی تست برای بررسی تفاوت میانگین های متغیرها و کای دو استفاده گردید.

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه های کیفیت زندگی برحسب مشخصات فردی

متغیر	جسمی	روانی	اجتماعی	محیطی	امتیاز کل
تحصیلات	بیسواد	$8/4 \pm 3/6$	$3/8 \pm 1/8$	$11/4 \pm 4/6$	$33/5 \pm 11/9$
	زیردیپلم	$9/1 \pm 3/6$	$4/5 \pm 1/9$	$12/5 \pm 5/1$	$36/1 \pm 12/25$
	دیپلم	$10/3 \pm 3/4$	$4/4 \pm 2/09$	$13/5 \pm 4/7$	$39/1 \pm 12/1$
	تحصیلات عالیه	$10/8 \pm 4/4$	$5 \pm 2/0$	$14/8 \pm 5/9$	$42/1 \pm 14/8$
	نتیجه آماری	$p = 0/06$	$p = 0$	$p = 0/03$	$p = 0$
وضعیت اشتغال	بازنشسته	$11/6 \pm 4$	$11/0 \pm 4/04$	$5 \pm 2/1$	$14/4 \pm 5/2$
	خانه دار	$9/8 \pm 4/02$	$9 \pm 3/5$	$4/1 \pm 1/9$	$35/3 \pm 12/18$
	نتیجه آماری	$p = 0/001$	$p = 0$	$p = 0/01$	$p = 0$
وضعیت تاهل	متاهل	$10/4 \pm 3/8$	$9/6 \pm 3/6$	$4/6 \pm 2/1$	$37/6 \pm 4/7$
	مجرد	$10 \pm 3/6$	$8 \pm 4/6$	$3/6 \pm 1/9$	$34/4 \pm 12/9$
	بیوه	$9/6 \pm 4/5$	$9/2 \pm 3/8$	$3/6 \pm 1/5$	$34/7 \pm 12/9$
	نتیجه آماری	$p = 0/118$	$p = 0/1$	$p = 0/072$	$p = 0/106$

ادامه جدول ۱.					
۱-۳	۱۱/۶±۳/۷	۱۰/۵±۳/۷	۴/۶±۱/۹	۱۴/۳±۴/۷	۴۱/۲±۱۲/۲
۵ و ۶	۱۰/۳±۳/۸	۹/۶±۳/۵	۴/۵±۲	۱۲/۵±۵	۳۷/۱±۱۲/۴
تعداد فرزندان	۸/۹±۴/۲	۸/۷±۳/۷	۳/۹±۱/۹	۱۱/۹±۵	۳۳/۵±۱۲/۴
نتیجه آماری	$p=۰$	$p=۰/۰۲$	$p=۰/۰۲$	$p=۰/۰۲$	$p=۰/۰۲$
۲-۵ سال	۱۰/۸±۳/۷	۱۰/۱±۳/۶	۴/۹±۱/۹	۱۳/۰۹±۴/۹	۳۹±۱۲/۲
۶-۹ سال	۹/۶±۴/۱	۹±۳/۹	۴±۱/۸	۱۲/۴±۴/۹	۳۵/۲±۱۳/۷
۱۰ سال و بیشتر از آن	۱۰/۱±۴/۲	۹/۲±۳/۵	۳/۹±۲	۱۲/۵±۵/۲	۳۵/۹±۱۲/۸
نتیجه آماری	$p=۰/۰۳$	$p=۰/۰۳$	$p=۰$	$p=۰/۰۴$	$p=۰/۰۲$
خیر	۸/۵±۴/۱	۷±۳/۵	۲/۵±۱/۸	۸/۵±۴/۴	۲۶/۷±۱۱/۷
رضایت زناشویی	۱۰/۶±۳/۸	۱۰/۱±۳/۵	۴/۹±۱/۸	۱۳/۷±۴/۷	۳۹/۶±۱۱/۵
نتیجه آماری	$p=۰/۰۰۱$	$p=۰$	$p=۰$	$p=۰$	$p=۰$
خیر	۹/۷±۴	۸/۸±۳/۵	۴±۱/۹	۱۱/۹±۴/۹	۳۴/۶±۱۲/۳
ورزش	۱۱/۱±۳/۸	۱۰/۷±۳/۸	۴/۹±۱/۹	۱۴/۴±۴/۹	۴۱/۳±۱۲/۲
نتیجه آماری	$p=۰/۰۲$	$p=۰$	$p=۰$	$p=۰$	$p=۰$
خیر	۱۰/۳±۴	۹/۵±۳/۶	۴/۴±۱/۹	۱۲/۹±۴/۹	۳۷/۲±۱۲/۴
سیگار کشیدن	۸/۹±۳/۶	۸/۳±۴/۴	۳/۳±۲/۲	۱۰/۳±۵/۸	۳۱±۱۳/۶
نتیجه آماری	$p=۰/۰۵$	$p=۰/۰۲$	$p=۰/۰۱$	$p=۰/۰۲$	$p=۰/۰۲$
خیر	۷/۹±۴/۱	۶/۷±۳/۶	۲/۹±۱/۷	۷/۴±۴/۱	۲۵±۱۱/۶
تا حدودی	۱۰/۲±۳/۶	۹/۴±۳/۲	۴/۴±۱/۹	۱۲/۸±۴/۱	۳۶/۹±۱۰/۲
رضایت از وضعیت اقتصادی	۱۱/۶±۴	۱۱/۴±۳/۶	۵±۱/۹	۱۶±۴/۴	۴۴/۱±۱۱/۹
نتیجه آماری	$p=۰$	$p=۰$	$p=۰$	$p=۰$	$p=۰$

به طوری که در تحقیق عابدزاده نیز نشان داده شد که ۶۸/۹٪ زنان یائسه از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بوده‌اند (۹). همچنین در بررسی انجام شده توسط نوروزی و همکاران کیفیت زندگی ۶۳٪ از زنان یائسه متوسط گزارش گردید (۱۰).

همچنین نتایج نشان داد در هر یک از چهار حیطه کیفیت زندگی متوسط بوده است. در تحقیق عابدزاده و همکاران نیز کیفیت زندگی اکثر زنان در هر چهار حیطه در حد متوسطی بوده است (۹). به نظر می‌رسد که وجود جنبه‌های مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی اهمیت زیادی در بررسی‌های تحقیقاتی کیفیت زندگی زنان یائسه دارد و با توجه به ارتباط عوامل گوناگون فوق‌الذکر با کیفیت زندگی زنان یائسه، آنچه جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان مهم به نظر می‌رسد، نگاه ادغام یافته به مسائل و مشکلات سلامتی آنان می‌باشد.

جدول ۲ میانگین امتیاز هر یک از حیطه‌های کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین کیفیت کلی زندگی نمونه‌های مورد بررسی، در حد متوسطی بوده است (۳۶/۷۷±۱۲/۶۷).

جدول ۲. توزیع میانگین امتیازحیطه های کیفیت زندگی

حیطه	میانگین و انحراف معیار
بعد جسمی	۱۰/۲۲±۴/۰۵ (۰-۲۱)
بعد روانی	۹/۴۸±۳/۷ (۰-۱۸)
بعد اجتماعی	۴/۳۳±۲/۰۲ (۰-۹)
بعد محیطی	۱۲/۷۳±۵/۰۵ (۰-۲۴)
میانگین و انحراف معیار کل	۳۶/۷۷±۱۲/۶۷ (۰-۷۲)

بحث

نتایج بررسی نشان داد که کیفیت زندگی کلی در ۶۸٪ واحدهای مورد پژوهش در حد متوسط بوده است که با نتایج سایر مطالعات مشابه همخوانی دارد.

نتایج دیگر این پژوهش نشان می‌دهد که متوسط سن یائسگی در کرمان $51 \pm 5/3$ سال بوده است که نسبت به بررسی کامیابی و همکاران که در استان کرمان در سال ۱۳۷۷ انجام گردید و متوسط سن زنان یائسه $48/4$ سال گزارش شده بود (۱۱)، افزایش چشمگیری داشت که نشان دهنده تأثیر عوامل مختلف اجتماعی و فردی در به تعویق افتادن سن یائسگی می‌باشد (۱۲). همچنین بین میزان تحصیلات و حیطه‌های روانی-اجتماعی و محیطی ارتباط معنی‌دار قوی وجود داشته یعنی هرچه سطح تحصیلات بالاتر رفته کیفیت زندگی در این سه بعد بهتر شده است. در حالی که این ارتباط بین این متغیر با حیطه جسمی معنی‌دار نبوده است. این نتایج با نتایج بررسی فلاح زاده و همکاران نیز همگونی دارد. آنها نیز نتیجه گرفتند که بین نمره حیطه‌های روانی-اجتماعی کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۱۳). تأثیر تحصیلات را می‌توان در افزایش آگاهی زنان با تحصیلات بالاتر در برخورد بهتر با یائسگی و تحمل راحت‌تر این دوران دانست. در مطالعه آویس و همکاران نیز نشان داده شد که کیفیت زندگی زنان با سطح تحصیلات پایین (بی‌سواد) در مقایسه با سطح تحصیلات بالاتر پایین بوده است (۱۴). طبق برخی مطالعات هر چه سطح تحصیلات زنان یائسه پایین‌تر باشد خطر اختلالات روحی افزایش یافته و در نتیجه سلامت روانی آنها کاهش می‌یابد (۱۵). البته مطالعاتی نیز وجود دارد که رابطه میان کیفیت زندگی و سطح تحصیلات را تایید نکردند (۱۶، ۵). تحصیلات بالاتر اغلب مترادف با درآمد بالاتر و فرصت‌های بیشتر در زندگی اجتماعی است. در واقع این زنان دسترسی بیشتری به خدمات بهداشتی دارند و از آگاهی بالاتری برخوردارند و از مشاوره پزشکی بیشتری بهره‌مند می‌شوند (۹). عامل بعدی که در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با هر چهار حیطه کیفیت زندگی داشت، وضعیت اشتغال است. نتایج نشان داد که زنان بازنشسته از میانگین نمره کیفیت زندگی (در هر

چهار حیطه) بیشتری نسبت به افراد خانه‌دار برخوردار بودند. در مطالعه بلومل و همکاران نیز کیفیت زندگی زنان خانه در مقایسه با زنان شاغل پایین‌تر بوده است (۱۷). البته در برخی مطالعات نیز ارتباطی بین کیفیت زندگی زنان یائسه با وضعیت اشتغال آنها یافت نشد (۱۸، ۵). به نظر می‌رسد داشتن مسئولیت سازمانی و اداری باعث افزایش اعتماد به نفس زنان یائسه و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی آنها می‌شود. در تحقیق حاضر مشاهده شد که وضعیت تاهل تنها با حیطه اجتماعی رابطه معنی‌داری داشت. در مطالعه خالدیان نیز مشخص شد که بین کیفیت زندگی و تاهل رابطه معنی‌داری مشاهده شد (۱۹). در حالیکه در بررسی بلومل و همکاران بین این دو در زنان یائسه رابطه‌ای وجود نداشت (۱۷) و در مطالعه گلیان تهرانی بین کیفیت زندگی و وضعیت تاهل ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۵). به نظر می‌رسد که افراد متأهل رفتار اجتماعی مثبت‌تری نسبت به مطلقه‌ها و مجردین دارند. درک علائم و مشکلات زنان یائسه و حمایت وی از سوی همسر که ارتباط تعاملی بیشتری با وی دارد، می‌تواند در بهبود شرایط روانی زنان یائسه و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان نقش موثری ایفا نماید. همچنین نتایج این پژوهش نشان داده شد که تعداد فرزندان با هر چهار حیطه رابطه معنی‌داری داشت، یعنی افرادی که فرزند کمتری داشتند (۳ تا ۱ فرزند) نسبت به آنها که تعداد فرزندانشان بیشتر (بیشتر از ۵) بود، کیفیت زندگی بالاتری داشتند. شاید یکی از علل بالابودن کیفیت زندگی در افرادی که فرزند کمتری داشتند افزایش زمان لازم برای رسیدگی به ابعاد مختلف زندگی‌شان بوده و همچنین مشکلات و درگیری‌های کمتری داشتند. بلومل و همکاران معتقدند که مراقبت از فرزند بیشتر کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (۱۷). طول مدت یائسگی تنها با ابعاد جسمی- روانی و اجتماعی کیفیت زندگی بخصوص با بعد اجتماعی

ارتباط معنی‌داری داشت، در حالی‌که با بعد محیطی ارتباط معنی‌داری نداشت، بطوری‌که کسانی که مدت زمان یائسگی کمتری داشتند، کیفیت زندگی‌شان در سه بعد فوق بالاتر بود. در مطالعه خالدیان نیز رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی و طول مدت یائسگی بخصوص بعد جسمی کیفیت زندگی وجود داشت (۱۹). در حالی‌که در نتایج مطالعه گلیان تهرانی و همکاران بین طول مدت یائسگی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری یافت نشد. در این مطالعه ذکر گردید که در اوایل یائسگی چون شدت علائم یائسگی بیشتر است کیفیت زندگی نیز پایین‌تر می‌باشد (۵).

در زمینه رابطه متغیرهای وضعیت زندگی زناشویی- ورزش و وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی نتایج پژوهش نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین این متغیرها و چهار حیطه کیفیت زندگی وجود دارد. پژوهش حاضر همچنین موید مطالعه یئو^۱ در کشور کره است که تاثیر تامین رضایتمندی زناشویی را بر بهبود کیفیت زندگی زنان نشان می‌دهد (۲۰). مطالعه افرادی که از زندگی زناشویی خود احساس رضایت داشتند نشان داد که یائسگی کمتر بر کیفیت زندگی آنها تاثیر داشته است، که می‌تواند به دلیل ارتباط مثبت و درک همسر از وضعیت خانم یائسه باشد. در صورتی که در مطالعه عابدزاده و همکاران ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و رضایت از زندگی زناشویی مشاهده نشد (۹). همچنین کسانی که از وضعیت اقتصادی خود راضی بودند شاید به دلیل تغذیه صحیح و ارجاع به موقع به متخصص از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که اوپس و همکاران نیز در بررسی خود به چنین نتایجی دست یافتند (۱۴). همچنین در مطالعه نیسار و همکاران نتایج نشان داد زنانی که وضعیت اقتصادی پایینی داشتند، به علت کاهش سطح آگاهی و تغذیه نامناسب و دسترسی کم به مراکز بهداشتی از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بودند (۱). در بررسی حاضر

اکثریت افراد (۶۸٪) ورزش می‌کردند که رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی این افراد و ورزش کردن آنها وجود داشت. در بررسی شعبانی بهار و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی زنان یائسه و تمرینات ورزشی دیده شد (۲۱). همچنین در تحقیقی که در سال ۲۰۰۴ انجام شد مشخص گردید که کیفیت زندگی زنان یائسه با انجام برنامه‌های ورزشی منظم بهبود می‌یابد (۲۲). به نظر می‌رسد از جمله علل تاثیر ورزش در بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه آن است که تمرینات ورزشی در هر مقطع سنی به خصوص دوران یائسگی می‌تواند بسیاری از شکایات جسمی و افسردگی‌ها و ناراحتی‌های روحی و روانی زنان را تخفیف و حتی بهبود ببخشد. آموزش شیوه زندگی سالم به زنان مهمترین امر در کاهش عوارض یائسگی است و بسیاری از این عوارض با ورزش، حفظ وزن مناسب و تغذیه صحیح قابل پیشگیری است. ورزش علاوه بر کشش‌های عضلانی به سلامت قلب و عروق نیز کمک می‌کند (۲۳). اکثریت افراد شرکت‌کننده در این پژوهش (۹۲/۴٪) سیگار نمی‌کشیدند. متغیر سیگار با هر چهار حیطه از ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشت. مقایسه این نتایج با نتایج یک بررسی انجام شده نشان می‌دهد که رضایت از زندگی ارتباط منفی با سیگار کشیدن داشته است (۲۴). در مطالعه ویدرین مصرف سیگار سبب کاهش کیفیت زندگی شد (۲۵). سیگار به علت عوارض و مشکلاتی که به ارمغان می‌آورد می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی شود. با توجه به اینکه یک سوم زندگی زنان در دوران یائسگی سپری می‌شود، زنان یائسه می‌توانند با تغییر شیوه زندگی و عدم مصرف سیگار بر حفظ سلامت و ارتقای کیفیت زندگی خود بیفزایند.

از متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی وجود سیستم‌های حمایتی و نوع خانواده است که به دلیل محدودیت بودجه و وسعت و پیچیدگی این متغیر در

¹ Yeo

مطالعه حاضر بررسی نشد. همچنین میزان آگاهی و نگرش زنان نسبت به دوران یائسگی می‌تواند بر کیفیت زندگی آنها تاثیر بگذارد، این متغیرها به‌صورت غیرمستقیم با توجه به سطح تحصیلات تا حدودی ولی نه بطور کامل مورد توجه قرار گرفت. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم بررسی ارتباط عواملی مثل شکایات و ناراحتی‌های جسمی و افسردگی‌های ناشی از این دوره از زندگی با کیفیت زندگی زنان یائسه بوده است که بی‌تاثیر در بررسی این متغیر نیست.

نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی نشان داد که یائسگی باعث تغییر در کیفیت زندگی زنان می‌شود. بنابراین بر اساس نتایج

این بررسی پیشنهاد می‌شود که برنامه‌ریزان بهداشتی اقداماتی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی زنان یائسه بعمل آورند. همچنین باید توجه به ضرورت طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب جهت ارتقای کیفیت زندگی این قشر از جامعه صورت گیرد. بهبود کیفیت زندگی کلیدی طلایی است که متاسفانه در دست کمتر فردی در جامعه وجود دارد. زنان یا بهتر بگوییم دختران جوان جامعه باید اکنون به فکر سلامت آینده خود باشند و از سویی زنان یائسه نیز باید همواره در سنین میانسالی تحت نظر قرار گیرند و برای خود پرونده میانسالی تشکیل دهند.

References

- 1- Nisar N, Ahmed Sohoo N. Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of Menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. 2010; 2 (5): 118-130 .
- 2- Zoler YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. Qual Life Res. 2005 Mar;14(2): 309-27.
- 3- Krajewska Ferishah K, Krajewska Kułak E, Terlikowski SW. Analysis of quality of life women in menopause period in Poland. Prog Health Sci 2011, 11(2):52-58.
- 4- WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993; 2: 153-159.
- 5- Golyan Tehrani SH, Mir Mohammad Ali M, Mahmoudi M, Khaledian Z. 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]
- 6- Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wu ZL. Menopause specific quality of life satisfaction in communitydwelling menopausal women in china. Gynecological Endocrinology 2007;23(3):166-72.
- 7- Olazabal, Ulacia JC. Models of intervention in menopause, proposal of a holistic or integral model. Journal of Menopause. 1999; 6(3): 264-72.
- 8- Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. Hakim Journal. 2007;10(3):1-8.[persian]
- 9- Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. ISMJ. 2009; 12(1): 81-88.[persian]
- 10- Norozi E, Mostafavi F, Hassanzadeh A, Moodi M, Sharifirad GH. Factors Related with Quality of Life among Postmenopausal Women in Isfahan, Iran, based on Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model. Health System Research Journal. 2011;7(3):267-277.[persian]
- 11- Kamyabi Z, Aflatonian MR, Bahrampour A. Menopause Age: A Population Study in Kerman. Kerman University Medical Sciences Journal. 1998;5(4):31-37.[persian]
- 12- Özdemir O, Col M. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara, Turkey. Maturitas. 2004; 49(211-219).
- 13- Fallahzade H, Dehghani Tafti A, Dehghani MH, Hoseini F, Hoseini H. Factors Affecting Quality of Life after Menopause in Women, Yazd, 2008. Sadoughi University of Medical Sciences Journal. 2010;18(6):552-558.[persian]

- 14- Avis NE, Assmann SF, Kravits HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse group of midlife women: Assessing the influence of menopause health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*. 2004;13(5):933-946.
- 15- Castelo Branco JE, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*. 2000; 34(1): 17-23.
- 16- Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res*. 2003; 12(4): 405-12.
- 17- Blumel JE, Castelo Branco C, Binfa L. Quality of life after menopause; a population study. *Maturitas*. 2000; 34: 17-23.
- 18- 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.
- 19- Kaledian Z. Study of quality of life and its patterns in different stage of menopause for women Tehran University Academic dissertation of MSc obstetric. 2001:156.
- 20- Yeo J. Influencing factor on quality of life in pre and post menopause women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2004;34:1334-42.
- 21- Shaabani bahar Ghr., Nazem f, Pouraghaei ardakani Z. The effect of selected training program on the quality of life among non-athlete menopausal women. *Research on sport science fall*. 2006; 12:123-133.
- 22- Teoman N, Ozcan A, Acar B. The effect of exercise on physical fitness and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas*. 2004;47:71-7.
- 23- Quality life in menopausal: URL: <http://www.magiran.com/npview.asp.htm>. Accessed Jan:online. Available at 13, 2007.
- 24- Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Quality of life among postmenopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program. *Maturitas*. 2007; 56 (1): 45-53.
- 25- Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. The effects of smoking abstinence on symptom burden and quality of life among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care*. 2007; 21(9): 659-66.

The Quality of Life in Menopausal Women in Kerman

Foroud A*¹, Mehdipour S², Zaegeshenas SH³

1. M.Sc in Midwifery, College of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Kerman branch, Kerman, Iran

2. M.Sc in Nursing, College of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Kerman, Iran

3. M.Sc in the comparative education, Education Office, Kerman, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989133426949 Fax: +983433210051 Email: foroud@iauk.ac.ir

Received: 6 Feb 2013 Accepted: 13 Jun 2013

ABSTRACT

Background & Objectives: Menopausal period is one of the most critical stages of women's lives. One of the aims of health for all in the 21st century is quality of life improvement. The quality of life changes significantly following menopausal status which is very important from the public health view. Due to importance of health promotion and improving women's quality of life following menopausal, present study was conducted to assess quality of life among postmenopausal women in Kerman.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 384 healthy postmenopausal women aged 48-64 years in Kerman. Convenience sampling technique was applied. WHOQOL-BREF questionnaire, which was previously validated for Iran, was used to determine quality of life.

Results: The results showed that overall quality of life was medium in %68 of the cases. The mean quality of life was 10.22 ± 4.05 in physical, 9.48 ± 3.7 in psychological, 4.33 ± 2.02 in social, and 12.73 ± 5.05 in environmental domain.

Conclusion: This study showed that menopause causes changes in the quality life of women so that most of women had medium quality of life at physical, psychological, social and environmental domains. Therefore, designing and implementing appropriate educational programs are necessary to promote the quality of life in menopausal women.

Keywords: Quality of Life; Menopause; Menopausal Women; Kerman.