مقاله اصیل پژوهشی

به کارگیری مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید (PRECEDE) جهت بررسی کیفیت زندگی زنان یائسه بیرجند

انسیه نوروزی[1]، محمدرضا میری[2]، شهلا گل محمدی[3]

چکیده

زمینه و هدف: یائسگی، بیانگر پایان دوران باروری زنان بوده که با کاهش استروژن مرتبط می‌باشد و تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان دارد. هدف از این مطالعه، بررسی برخی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه، بر اساس مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید بود.

روش تحقیق: این مطالعه به صورت مقطعی و از طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، در مورد ۲۰۰ زن یائسه سالم شهر بیرجند در سال ۱۳۹۰ اجرا گردید. اطلاعات مورد نیاز، توسط پرسشنامه کیفیت زندگی MENQOL و پرسشنامه سنجش عوامل مربوط به سازه تحلیل رفتاری الگوی پرسید، جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۸) انجام گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵/۲۶±۵۴/۲۶ سال و میانگین سن وقوع یائسگی ۲/۸۶±۴۸/۸۹ سال به دست آمد. ۳۸/۵ درصد افراد مورد بررسی بی‌سواد بوده و ۷ درصد آنها نیز از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند. آزمون همبستگی پیرسون، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین کیفیت زندگی با نوع نگرش نسبت به پدیده یائسگی، عوامل قادرساز و عوامل تقویت‌کننده نشان داد ($P<0/01$). ضمناً ارتباط معکوس آماری، میان کیفیت زندگی با آگاهی نسبت به یائسگی و نیز خودکارآمدی درک‌شده زنان یافت شد ($P<0/01$)؛ همچنین کیفیت زندگی زنان یائسه با سطح تحصیلات، ارزیابی از سطح درآمد و نیز ارزیابی وضعیت سلامت، ارتباط معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: فراهم‌نمودن دسترسی بیشتر به عوامل قادرساز، ایجاد نگرش مثبت و کمک به خلق گروه‌های حمایتی، گام‌هایی ضروری برای ارتقای سلامت زنان در طی سال‌های یائسگی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، یائسگی، تحلیل رفتاری، الگوی پرسید.

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۱۹ (۳): ۳۱۲-۳۲۳

دریافت:۱۳۹۱/۰۳/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۶/۲۸

[1] دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

[2] نویسنده مسؤول، عضو مرکز تحقیقات سلامت خانواده و محیط، استادیار، گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران.

آدرس: بیرجند- دانشگاه علوم پزشکی- دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۱۷۷ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۱۷۷ پست الکترونیکی: miri_moh2516@yahoo.com

[3] کارشناس مرکز تحقیقات سلامت خانواده و محیط دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

مقدمه

یائسگی[1]، به دوره‌ای فیزیولوژیک از زندگی زنان اطلاق می‌شود که تخمدان‌ها تولید استروژن را متوقف می‌کنند. این دوره، معمولاً با قطع قاعدگی به مدت یکسال، بدون ارتباط با عوامل پاتولوژیک شناخته می‌شود (۱). سن متوسط وقوع یائسگی در زنان طبیعی، بین ۴۲–۵۸ سالگی و میانه آن ۵۱/۴ سالگی است (۲). اما در مطالعات ایران، میانگین سنی یائسگی، پائین‌تر و ۴۷/۸ سال می‌باشد (۱). بر اساس آمار منتشرشده توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تا سال ۱۴۰۰ هجری شمسی، حدود ۵ میلیون زن، در سنین یائسگی زندگی خواهند کرد (۳) که با توجه به امید به زندگی در ایران، حدود ۱/۳ عمر این زنان، در طی دوره یائسگی سپری خواهد شد (۱). زنان در طی این دوره، تغییرات جسمانی و روانی خاصی را تجربه می‌کنند و با مشکلات متعددی از قبیل مسائل ادراری– تناسلی، روانی– اجتماعی، قلبی– عروقی، عصب‌شناختی و ... مواجه می‌شوند (۲). با توجه به این مسائل، توجه به کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی، از نظر بهداشت عمومی اهمیت فراوانی می‌یابد (۴). کیفیت زندگی، یک جزء ذهنی از رفاه بوده و یکی از نشانگرهایی است که برای اندازه‌گیری سلامت مطرح شده است (۵). مطالعات مختلف در ایران و سایر نقاط دنیا، اکثراً بیانگر تأثیر منفی یائسگی بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشند (۶–۱۴). مطالعه‌ای در تبریز نشان داد که ۶۸ درصد زنان یائسه تبریزی، از افسردگی متوسط، ۵۴ درصد آنها از اضطراب، ۷۲/۵ درصد از گرگرفتگی، ۶۴ درصد از درد استخوان و ۴۲ درصد از بی‌اختیاری در ادرار رنج می‌برند. ضمناً ۷۲ درصد آنها، کاهش شدید میل جنسی را در طی دوران یائسگی گزارش نموده‌اند (۹). بلومل[2] بیان می‌کند که 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 می‌باشند و در نتیجه، این زنان از کیفیت زندگی پائین‌تری برخوردارند (۱۲). از آنجایی که یکی از اهداف بهداشت برای همه در قرن ۲۱، ارتقای کیفیت زندگی است، استفاده از یک الگو به عنوان چارچوبی جهت شناسایی عواملی که در ضعف کیفیت زندگی زنان یائسه دخیل هستند، امری ضروری به نظر می‌رسد. بررسی منابع، کارآیی الگوی پرسید[3] را در پیش‌بینی کیفیت زندگی گروه‌های مختلف مردم نشان داده است (۱۵–۱۷). این الگو، عوامل مختلفی که وضعیت سلامت را شکل می‌دهند را در نظر گرفته و به طرح و تفسیر این عوامل می‌پردازد (۱۸). در واقع در طی مرحله چهارم الگو (تشخیص آموزشی و اکولوژیک)[4]، عوامل بالقوه مؤثر بر مشکل بهداشتی که در طی مرحله تشخیص رفتاری[5] شناسایی شده‌اند، در سه دسته عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده قرار می‌گیرند (۱۹). عوامل مستعدکننده، عواملی هستند که انگیزه اساسی برای رفتار را پدید می‌آورند (۱۹). در این مطالعه، آگاهی، نگرش و خودکارآمدی درک‌شده، به عنوان عوامل مستعدکننده در نظر گرفته شدند. عوامل قادرکننده شامل مهارت‌ها، منابع یا موانعی هستند که می‌توانند تغییرات محیطی و رفتاری را کمک و یا مانع شوند (۱۹). در این مطالعه، دسترسی به منابع اطلاعاتی، گرفتاری‌های روزانه و دسترسی به منابع مالی، جزء عوامل قادرساز در نظر گرفته شدند. عوامل تقویت‌کننده شامل بازخوردهایی است که فرد از دیگران، به دنبال سازگاری با یک رفتار دریافت می‌کند و می‌تواند تداوم یک رفتار را تقویت و یا تضعیف نماید (۱۹). در این مطالعه، درک زنان یائسه از حمایت دریافت‌شده از سوی اطرافیانشان، به عنوان عامل تقویت‌کننده در نظر گرفته شد. متاسفانه تاکنون برنامه‌ها و خدمات سلامت زنان در کشور ما، به موضوعاتی مانند مسائل دوران بارداری و تنظیم خانواده، محدود شده و به سایر نیازهای سلامت زنان از جمله مشکلات دوره گذار یائسگی، توجه چندانی نشده است (۱).

[1] *Menopause*
[2] *Blumel*
[3] *Precede Model*
[4] *Educational And Ecological Assessment*
[5] *Behavioral And Environmental Assessment*

مقاله حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر بیرجند بر اساس مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید انجام گرفت.

روش تحقیق

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که بر روی زنان یائسه ۴۵-۶۵ ساله شهر بیرجند

$$n = \frac{(z\alpha + z_{\beta})^2 (1 - r^2)}{r^2} + 2$$

انجام گردید. حجم نمونه مورد نیاز، بر اساس مطالعات قبلی و با توجه به فرمول و با احتساب سطح اطمینان ۹۵٪، α=۰/۰۵ و r=۰/۲، ۲۰۰ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری مطالعه، به صورت تصادفی طبقه‌ای بود. جهت دسترسی به گروه هدف مطالعه، از طریق مراکز بهداشتی- درمانی اقدام شد. بدین صورت که از میان مراکز بهداشتی- درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان بیرجند، ۴ مرکز جهت گردآوری داده‌ها انتخاب شد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مراکز فوق، چند تن از رابطین فعال هر مرکز، جهت همکاری برای گردآوری داده‌ها انتخاب شدند؛ سپس برای این رابطین جلسه توجیهی در مورد اهمیت طرح، معیارهای ورود و خروج مطالعه و چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها برگزار شد. جهت به‌دست‌آوردن لیست زنان یائسه تحت پوشش مراکز، از دفاتر تنظیم خانواده و پرونده‌های بهداشتی آنان استفاده شد. معیار ورود به مطالعه، زنانی بودند که به طور فیزیولوژیک یائسه شده و حداقل یکسال و حداکثر ۱۰ سال از قطع قاعدگی آنها گذشته بود. ضمناً زنانی که سابقه هورمون درمانی در طی ۶ ماه گذشته داشتند، هیسترکتومی شده بودند، ملیّت غیر ایرانی داشتند و دارای بیماری‌های شدید جسمی و روحی بودند، از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، شامل دو پرسشنامه به شرح زیر بود:

۱- پرسشنامه اول، پرسشنامه‌ای جهت سنجش عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید بود که طی تحقیقی در سطح شهر اصفهان تدوین شده بود و پس از تعیین روایی و پایایی (α=۰/۷۶) مورد استفاده قرار گرفته بود (۲۰). بخش اول این پرسشنامه شامل ۱۶ سؤال اطلاعات فردی در زمینه: سن، سن وقوع یائسگی، سطح تحصیلات، شغل و غیره بود. بخش دوم پرسشنامه اختصاص به سنجش عوامل مستعدکننده داشت که در قالب ۲۰ سؤال آگاهی، ۱۲ سؤال نگرش و ۱۳ سؤال خودکارآمدی درک‌شده تدوین شده بود. سؤالات سنجش آگاهی، در سه حیطه آگاهی از علائم یائسگی، آگاهی از عوارض آن و نیز برخی راه‌های کنترل این عوارض بود که به صورت بلی و خیر طراحی شده بود. در این بخش، به پاسخ صحیح امتیاز یک و به پاسخ غلط امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. سؤالات سنجش نگرش، به صورت مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای (موافق، بی‌نظر، مخالف) طراحی شده بود. بالاترین امتیاز برای نگرش مثبت، ۲ و کمترین امتیاز برای نگرش منفی، صفر در نظر گرفته شد. سؤالات سنجش خودکارآمدی درک‌شده، به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت، اصلاً) طراحی شده بود. بالاترین امتیاز برای خودکارآمدی درک‌شده، ۴ و کمترین امتیاز، صفر در نظر گرفته شد. بخش سوم این پرسشنامه، اختصاص به سنجش عوامل قادرساز داشت که در قالب ۶ سؤال سنجیده شد. در این مطالعه، دسترسی به منابع اطلاعاتی، برگزاری کلاس‌های آموزشی، برخورداری از رژیم غذایی متناسب با دوران یائسگی، مهارت انجام ورزش‌های مورد نیاز جهت کنترل عوارض این دوره، گرفتاری‌های روزانه و دسترسی به منابع مالی، جزء عوامل قادرساز در نظر گرفته شدند. پاسخ به این سؤالات، به صورت بلی یا خیر طراحی شده بود؛ بدین صورت که به پاسخ بلی، امتیاز یک و به پاسخ خیر امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. در نهایت بخش چهارم پرسشنامه مذکور، به سنجش عوامل تقویت‌کننده در قالب ۴ سؤال می‌پرداخت. این سؤالات، درک زنان یائسه را از حمایت دریافت شده از سوی اطرافیانشان می‌سنجید. پاسخ به این سؤالات نیز به صورت بلی یا خیر طراحی شده بود؛ بدین

صورت که به پاسخ بلی، امتیاز یک و به پاسخ خیر امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. قابل توجه است که میانگین نمرات کسب‌شده در تمامی بخش‌های این پرسشنامه، به صورت درصد بیان گردیده است.

۲- پرسشنامه دوم، پرسشنامه استاندارد سنجش کیفیت زندگی زنان یائسه (MENQOL) مربوط به انجمن بهداشت زنان تورنتو کانادا بود. روایی این پرسشنامه در طی تحقیقی در شهر تهران، توسط متخصصان بررسی و پایایی آن نیز (α=۰/۹۵) مورد تأیید قرار گرفته بود (۲۱). این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال می‌باشد که کیفیت زندگی زنان را در ۴ حیطه وازوموتور (۳ سؤال)، روانی-اجتماعی (۷ سؤال)، جسمانی (۱۶ سؤال) و جنسی (۳ سؤال) می‌سنجد. بر اساس این پرسشنامه از زنان یائسه درخواست شد تا در صورتی که در طول یک ماه گذشته هر یک از مشکلات مندرج در پرسشنامه را داشته‌اند، با انتخاب عدد مناسب، شدت مشکل را مشخص نمایند. پاسخ به سؤالات به صورت یک معیار درجه‌بندی‌شده از ۰-۶ بود؛ به این ترتیب که به پاسخ خیر امتیاز صفر (در طی یک ماه گذشته این علایم را تجربه نکرده است)، اصلاً مشکلی ندارد امتیاز یک (در یک ماه گذشته این علایم را تجربه کرده است اما برای او ناراحتی ایجاد نکرده است)، مشکل جزئی امتیاز دو، تا حدودی امتیاز سه، متوسط امتیاز چهار، نسبتاً شدید امتیاز پنج و شدید امتیاز شش تعلق می‌گرفت. در نتیجه، امتیاز هر فرد بین ۰-۱۷۴ قرار می‌گرفت که بالات بودن نمره در هر حیطه، نشان‌دهنده بدتربودن کیفیت زندگی و پایین‌تربودن نمره، نشان‌دهنده بهتربودن کیفیت زندگی بود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها که با موافقت زنان یائسه و در محیطی کاملاً خصوصی، به صورت مصاحبه‌ای تکمیل گردید؛ اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۸) و از طریق آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و پیرسون و آنالیز واریانس یک‌طرفه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۲۰۰ نفر از زنان یائسه سالم ۴۵-۶۵ ساله شهر بیرجند، از نظر کیفیت زندگی و رابطه آن با برخی عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید، مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان مورد بررسی ۵/۲۶±۵۴/۲۶ سال و میانگین سن وقوع یائسگی ۲/۸۶±۴۸/۸۹ سال به دست آمد. ضمناً میانگین سن اولین قاعدگی۲/۰۰±۱۴/۶۶ و میانگین تعداد فرزندان همراه خانواده ۱/۹۸±۱/۸۹ بود. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی در جدول یک نشان داده شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی و همچنین نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید را (از ۱۰۰ نمره) نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی زنان یائسه، ۱۷/۶۳±۶۰/۹۵ به دست آمد. جدول ۳ ضرایب همبستگی بین نمره کیفیت زندگی با نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، کیفیت زندگی کلی زنان یائسه، با نگرش آنها نسبت به پدیدهٔ یائسگی، عوامل قادرساز و عوامل تقویت‌کننده، همبستگی مستقیم آماری دارد؛ اما بین کیفیت زندگی زنان یائسه با آگاهی آنها در زمینه مسائل یائسگی و نیز خودکارآمدی درک‌شده آنها، ارتباط معکوس آماری یافت شد. در زمینه بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و برخی متغیرهای دموگرافیک، نتیجه آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه، با سن شروع قاعدگی رابطه مستقیم آماری و با تعداد حاملگی‌ها و تعداد سقط‌ها رابطه معکوس آماری دارد (P<۰/۰۱).

جدول ۱- وضعیت متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی

متغیر مورد بررسی		تعداد	درصد
سن	۴۵-۵۰ سال	۴۲	۲۱
	۵۰-۵۵ سال	۸۴	۴۲
	۵۵-۶۰ سال	۶۴	۳۲
	۶۰-۶۵ سال	۱۰	۵
وضعیت تأهل	مجرد	۲	۱
	متأهل	۱۷۴	۸۷
	مطلقه	۲	۱
	بیوه	۲۲	۱۱
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۱۷۱	۸۵/۵
	بازنشسته	۱۱	۵/۵
	آزاد	۴	۲
	کارمند	۱۴	۷
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۷۷	۳۸/۵
	سواد خواندن و نوشتن	۵۰	۲۵
	ابتدایی و راهنمایی	۳۶	۱۸
	متوسطه و دیپلم	۲۳	۱۱/۵
	فوق دیپلم و بالاتر	۱۴	۷

جدول ۲- میانگین نمره کیفیت زندگی زنان یائسه و میانگین نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری مدل پرسید (از ۱۰۰ نمره)

متغیر		میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی در بعد وازوموتور		۵۸/۷۵	۲۸/۱۸
کیفیت زندگی در بعد روانی-اجتماعی		۶۱/۴۵	۲۱/۹۵
کیفیت زندگی در بعدجسمانی		۶۰/۷۱	۱۳/۱۷
کیفیت زندگی در بعد جنسی		۶۰/۹۴	۲۹/۷۳
کیفیت زندگی کلی		۶۰/۹۵	۱۷/۶۳
عوامل مستعد کننده	آگاهی	۵۵/۳۰	۱۵/۱۶
	نگرش	۶۹/۳۳	۱۸/۷۰
	خودکارآمدی درک‌شده	۳۳/۷۳	۱۷/۲۵
عوامل قادرساز		۱۲/۷۳	۱۴/۳۱
عوامل تقویت‌کننده		۱۲/۴۱	۱۴/۴۰

جدول ۳- ضرایب همبستگی بین نمره کیفیت زندگی کلی زنان یائسه با نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری مدل پرسید

متغیر	نمره آگاهی	نمره نگرش	نمره خودکارآمدی درک‌شده	نمره عوامل قادرساز	نمره عوامل تقویت‌کننده
نمرهٔ کیفیت زندگی	-۰/۲۳۷*	۰/۴۱۷*	-۰/۳۶۸*	۰/۱۸۸*	۰/۱۸۶*

*کلیه ضرایب همبستگی، معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ می‌باشند.

جدول ٤- ضریب همبستگی نمره کلی کیفیت زندگی زنان یائسه با عوامل دموگرافیک کیفی

متغیر	تحصیلات		تحصیلات همسر		ارزیابی سطح درآمد		ارزیابی وضعیت سلامتی	
	سطح معنی‌داری	r	سطح معنی‌داری	r	سطح معنی‌داری	r	سطح معنی‌داری	r
کیفیت کلی زندگی	۰/۰۰۳	۰/۲۰۶	۰/۰۳۵	۰/۱۴۹	۰/۰۰۵	۰/ ۱۹۸	۰/۰۰۰	۰/۴۴۴

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که کیفیت کلی زندگی، با سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، ارزیابی از سطح درآمد و نیز ارزیابی وضعیت سلامت ارتباط معنی‌دار دارد.

بحث

بر اساس الگوی پرسید، عوامل بالقوه مؤثر بر یک مشکل بهداشتی، در طی مرحله تشخیص آموزشی این مدل، در سه دسته عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده قرار می‌گیرند. در این مطالعه، آگاهی، نگرش و خودکارآمدی درک‌شده زنان یائسه، به عنوان عوامل مستعدکننده در نظر گرفته شدند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه، با آگاهی آنها در زمینه مسائل یائسگی، ارتباط معکوس آماری دارد که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی ندارد (۶، ۲۲-۲۵). در واقع نتایج سایر مطالعات صورت‌گرفته در ایران و سایر نقاط دنیا، حاکی از بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه، به دنبال افزایش آگاهی آنان می‌باشد. Hunter در مطالعه خود نشان داد که افزایش آگاهی زنان یائسه راجع به مسائل یائسگی، باعث بهبود نگرش آنها نسبت به این پدیده شده، رفتارها و عادات بهداشتی در آنها افزایش یافته و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی آنها می‌شود (۲۶).آنچه مسلم است این است که تلاش در جهت ارتقای آگاهی زنان به منظور بهبود مراقبت از خود، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنان در دوران یائسگی کمک نماید. در مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی زنان یائسه، با نوع نگرش آنها به پدیده یائسگی مشاهده شد و زنانی که از نگرشی مثبت نسبت به این پدیده برخوردار بودند کیفیت زندگی بهتری نیز داشتند. سایر مطالعات نیز یافته پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. در مطالعات مختلف، نشان داده شده است که نگرش منفی زنان و همچنین نگرش منفی جامعه نسبت به پدیده یائسگی، بر روی شدت تجربه علائم یائسگی تأثیر می‌گذارد و زنانی که نگرشی منفی دارند، علائم یائسگی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند (۲۷-۳۲). از سوی دیگر، هر چه علائم یائسگی با شدت بیشتری تجربه شوند، تأثیر منفی‌تری بر کیفیت زندگی زنان یائسه دارند (۳۳-۳۵). در مطالعه‌ای نشان داده شد که میزان افسردگی در زنانی که نگرش منفی نسبت به یائسگی دارند، بیشتر می‌باشد (۳۴). نتایج مطالعه دیگری نیز حاکی از آن بود که علائم و عوارض جسمانی یائسگی، با شدت بیشتری در زنان با نگرش منفی بروز می‌نماید (۳۳)؛ از طرف دیگر در این مطالعه نشان داده شد که زنانی که نگرشی مثبت دارند، افسردگی کمتری داشته و نشانه‌های جسمانی کمتری را گزارش می‌کنند (۳۳). در زمینه بررسی ارتباط میان کیفیت زندگی زنان یائسه با خودکارآمدی درک‌شده آنها، نتایج مطالعه ما نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه، با خودکارآمدی درک‌شده آنان ارتباط معکوس آماری دارد و با افزایش خودکارآمدی درک‌شده، کیفیت زندگی آنها کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج سایر مطالعات در زمینه بررسی تأثیر خودکارآمدی درک‌شده بر کیفیت زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت، همخوان نمی‌باشد (۱۳،۲۵، ۳۳-۳۹). Mishra معتقد است که اعتماد فرد به توانایی‌هایش، در درمان علائم یائسگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد (۱۳). در برخی مطالعات نیز نشان داده شده است که قدرت سازگاری افراد که ارتباط زیادی با خودکارآمدی آنها دارد، عامل بسیار مهمی در سلامت ذهنی بهتر و افسردگی کمتر زنان یائسه می‌باشد (۳۸، ۳۹). در این مطالعه ارتباط

معنی‌داری بین کیفیت زندگی زنان با عوامل قادرکننده یافت شد و زنانی که دسترسی بیشتری به عوامل قادرکننده داشتند، از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار بودند. در این مطالعه، دسترسی به منابع اطلاعاتی و شرکت در برنامه‌های آموزشی در زمینه مسائل یائسگی، به عنوان عوامل قادرساز در نظر گرفته شدند. نتایج مطالعات مختلف در زمینه نقش برنامه‌های آموزشی در ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه، نشان می‌دهد که شرکت در کلاس‌های آموزشی، علاوه بر افزایش آگاهی زنان یائسه، باعث بهبود نگرش آنها شده و این زنان، احساس اطمینان، قدرت و ارزشمندی بیشتری می‌کنند؛ در نتیجه شدت درک علائم یائسگی در آنها کاهش یافته و کیفیت زندگی آنها بهبود می‌یابد (۲۱-۴۰). در واقع شرکت در کلاس‌های آموزشی، از طریق ایجاد محیطی حمایت‌گرانه، باعث افزایش احساس مسؤولیت زنان یائسه در قبال سلامتی خود شده و از این طریق نیز بر کیفیت زندگی آنها مؤثر است (۳۳). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که یکی از عوامل بسیار مهم در استفاده از خدمات سلامتی توسط افراد، درآمد کافی و دسترسی به منابع مالی می‌باشد (۴۱، ۴۲). در مطالعه حاضر نیز دسترسی به منابع مالی، یکی دیگر از عوامل قادرساز، در نظر گرفته شد و حدود ۵۳ درصد زنان، عدم دسترسی به منابع مالی را یکی از دلایل عدم استفاده از خدمات سلامتی می‌دانستند. در مطالعات دیگر نیز دسترسی زنان یائسه به منابع مالی، یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنان بود (۴۳-۴۸). طبق نتایج برخی مطالعات، زنانی که دسترسی بیشتری به منابع مالی داشته و از درآمد بالاتری برخوردارند نسبت به سایر زنان یائسه، از علائم جسمی و روانی-اجتماعی کمتری رنج می‌برند (۴۳). عامل قادرساز دیگر که در این مطالعه بر کیفیت زندگی زنان یائسه مؤثربود، گرفتاری‌های روزانه آنها بود که نقشی بازدارنده در توجه زنان یائسه، به مسائل مرتبط با سلامتی‌شان داشت و بیش از ۶۵ درصد افراد مطالعه، بیان داشتند که گرفتاری‌های روزانه، به آنها اجازه پرداختن به مسائل خاص دوران یائسگی را نمی‌دهد. نتایج مطالعه دیگری نیز حاکی از تأثیر منفی گرفتاری‌های روزانه بر سلامت روان زنان یائسه و کیفیت زندگی آنها می‌باشد (۴۶). در واقع گرفتاری‌های روزانه، بیش از تغییرات هورمونی، سلامت روان زنان یائسه را به مخاطره می‌اندازد و به شدت بر کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار است (۴۶). در زمینه ارتباط میان کیفیت زندگی با عوامل تقویت‌کننده، نتایج مطالعه حاضر حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار میان آنها است. عوامل تقویت‌کننده در این مطالعه، به طور کلی شامل حمایت اجتماعی درک‌شده توسط زنان بود. نتایج سایر مطالعات حاکی از آن است که حمایت اجتماعی درک‌شده، از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد (۱۴، ۴۷-۴۹). Vagnon بیان می‌کند که در بسیاری از مواقع، فقدان درک زنان یائسه از سوی اطرافیانشان، آنها را به مطب دکتر می‌کشاند (۴۸). در واقع درک علائم و مشکلات زنان یائسه و حمایت وی از سوی اطرافیانش، خصوصاً همسر که ارتباط تعاملی بیشتری با وی دارد، می‌تواند در بهبود شرایط روانی زنان یائسه، نقش مثبتی ایفا نماید. در این زمینه برخی مطالعات نشان داده است که تأسیس شبکه‌های حمایت اجتماعی و برنامه‌های ارتقای سلامت جسمی و روانی، به بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه کمک شایانی می‌نماید (۴۷). همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که در فرهنگ‌هایی که در آنها مقام و منزلت زنان، پس از یائسگی، در خانواده و اجتماع افزایش یافته و حمایت اجتماعی از طرف اعضای خانواده، خصوصاً همسر صورت گرفته است، زنان کمتر دچار اختلالات روحی- روانی شده و از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند (۱۴). در این مطالعه برخی مشخصات فردی همچون سطح تحصیلات، ارزیابی وضعیت اقتصادی و ارزیابی سطح سلامت نیز از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان یائسه بودند. در زمینه سطح تحصیلات، اغلب مطالعات دیگر نیز این رابطه را تأیید می‌کنند (۱۰، ۱۲، ۱۴، ۳۴، ۳۵). در واقع هر چه سطح تحصیلات زنان یائسه پایین‌تر باشد، خطر اختلالات روحی- روانی افزایش یافته و در نتیجه سلامت روانی آنها

کاهش می‌یابد (۱۲)؛ همچنین زنانی که سطح تحصلات پایین‌تری دارند علائم یائسگی مانند گرگرفتگی را شدیدتر و با دفعات بیشتری تجربه می‌کنند و از خشکی واژن و اختلالات عملکرد جنسی بیشتری، رنج می‌برند (۴۳). در تأیید این مطالب، Dennerstein تأکید می‌کند که خشکی واژن و اختلالات عملکرد جنسی در زنانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند، کمتر دیده می‌شود (۴۶)؛ البته مطالعاتی نیز وجود رابطه میان کیفیت زندگی و سطح تحصیلات را تأیید نمی‌کنند (۲۱،۱۳). آنچه مسلم است، این است که زنانی که تحصیلات بالاتری دارند، دسترسی بیشتری به خدمات بهداشتی و منابع اطلاعاتی داشته، از آگاهی بالاتری برخوردار بوده و از مشاوره پزشکی بیشتری بهره می‌برند و در نتیجه، علائم آزاردهنده کمتری را تجربه می‌کنند (۷، ۳۳، ۳۴). در این مطالعه، ارزیابی افراد از وضعیت اقتصادی خود، از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی آنها بود. در واقع زنانی که از وضعیت اقتصادی خود رضایت داشتند؛ نسبت به سایر زنان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. در مطالعه Brzyski، زنان دارای درآمد بالا، از سطح سلامت بهتری برخوردار بودند و علائم یائسگی کمتری داشتند. در مطالعه او، زنان با درآمد بالاتر، نشانه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی کمتری نسبت به زنان با درآمد پایین‌تر گزارش نمودند (۴۳). Avis نیز وضعیت مالی را از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی می‌داند (۳۵). در مطالعه فلاح‌زاده، ارتباط معنی‌داری بین نمره‌های حیطه‌های روانی- اجتماعی، جسمی و جنسی کیفیت زندگی، با وضعیت اقتصادی- اجتماعی افراد وجود داشت (۴). به طور کلی، سطح درآمد و فاکتورهای اجتماعی- اقتصادی، کیفیت زندگی زنان یائسه و سطح سلامت آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. عامل دیگری که در این مطالعه با کیفیت زندگی زنان یائسه رابطه مستقیم آماری داشت، خود ارزیابی افراد از وضعیت سلامتشان بود. Avis نیز بیان می‌کند که خودارزیابی از سطح سلامت، از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد (۳۵).

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب مورد بررسی و از آنجا که اکثر زنان یائسه، دسترسی مناسبی به مراکز بهداشتی- درمانی دارند، به نظر می‌رسد مناسب‌ترین و دردسترس‌ترین راهکار جهت ارتقای کیفیت زندگی زنان، توجه ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی، به مسائل مرتبط با یائسگی و برگزاری کلاس‌های آموزشی و مشاوره‌ای در زمینه مسائل یائسگی، با رویکرد ارتقای سلامت باشد. در این کلاس‌ها، علاوه بر افزایش آگاهی زنان، ایجاد نگرش مثبت نسبت به پدیده یائسگی و توانمندسازی آنان برای پرداختن به مشکلات سلامت خود، بایستی مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر، با توجه به نقش تأثیرگذار حمایت اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه، جلب مشارکت سایر اعضای خانواده خصوصاً همسران زنان یائسه، در برنامه‌های ارتقای سلامت جسمی و روانی آنان و نیز ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی، به منظور ایجاد حمایت عاطفی و ابزاری مناسب برای زنان یائسه، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک کند.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم که از معاونت پژوهشی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کلیه رابطین بهداشتی که در این طرح شرکت کرده و ما را در اجرای آن یاری رساندند، تشکر نماییم.

منابع:

1- Pesteei Kh, Allame M, Amirkhany M, Esmaeel Motlagh M. Clinical guide and executive health program team to provide menopausal services to women 60-45 years. Tehran: Pooneh. 2008.pp: 10-17, 89-91. [Persian]

2- Gibbs Ronald S, Karla Beth Y, Hane Arthur F, Nygaard Ingrid E. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins. Fourteenth edition; 2008:1063-72.

3- Health Medical and Education Medicine Ministry. Management and Programming Organization for sight population of Iran during the next 20 years. The Institute; 2005. 66.

4- Fallahzade H , Dehghani Tafti A , Dehghani Tafti M , Hoseini F, Hoseini H. Factors Affecting Quality of Life after Menopause in Women,Yazd 2008. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2011; 18(6): 552-558.

5- Marcia A. Testa, Donald C. Simonson. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med. 1996; 334(13): 835-40.

6- Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. J Birjand Univ Med Sci. 2009; 16(1): 39-44. [Persian]

7- Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. Iran South Med J. 2009;12(1): 81-88. [Persian]

8- 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. Iran J Nurs Res. 2007; 2(5): 57-65. [Persian]

9-Tarverdi M, Shabani A. Assessment of psychological problems in menopause women and relationships between individual and social characteristic and menopausal symptoms in referred to Tabriz educational hospitals in 2005-2006. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2007; 5(1): 37-45. [Persian]

10-Williams RE, Levine KB, Kaliliani 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.

11- Chedraui P, Blumel JE, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Danckers L, et al. Impaired quality of life among middle aged women: A multicenter Latin American Study. Maturitas 2008; 61(4): 323-9.

12- Blumel 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.

13- Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: Changes during menopause transition. Qual Life Res. 2003; 12(4): 405-12.

14- Karaçam 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.

15- Nadrian H, Morowati Sharifabad MA, Soleimani Salehabadi H. Paradims of rheumatoid arthritis patients quality of life predictors based on path analysis of the Precede model. Hormozgan Med J. 2010; 14(1): 32-44. [Persian]

16- Falahi A, Nadrian H, Mohammadi S, Baghiyani Moghadam MH. Utilizing the PRECEDE Model to predict quality of life related factors in patients with Ulcer Peptic Disease in Sanandaj, Kurdistan, Iran. Payavard Salamat. 2009; 3(1-2): 30-42. [Persian]

17- Naderi Z, Zighaymat F, Ebadi A, Kachooee H, Mehdizadeh S. Evaluation of the Application of the PRECEDE-PROCEED Model on the Quality of Life of People Living with Epilepsy Referring to Baqyatallah Hospital in Tehran. Daneshvar Med. 2009; 16(82): 37-44. [Persian]

18- Green LW, Green L, Kreuter MW. Health Program Planning: an educational and ecological approach. 4th ed. USA: McGraw-Hill; 2005: 120-131.

19- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. USA: Jussey-Bass; 2008: 408.

20- Norozi E, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Moodi M, Sharifirad GH. Factors Related with Quality of Life among Postmenopausal Women in Isfahan based on Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model. J Health Syst Res. 2011; 7(3):267-77. [Persian]

21- Golyan Tehrani Sh, Mir Mohammad Ali M, Mahmoudi M, Khaledian Z. Study of quality of life and its patterns in different stages of menopause for women in Tehran. Hayat. 2002;8(3-4): 33-41. [Persian]

22- Moridi G, Seyedalshohadaee F, Hossainabasi N. The Effect of Health Education on Knowledge and Quality of Life among Menopause Women. Iran J Nurs. 2006; 18(44): 31-38. [Persian]

23- Hasan Pour Azghadi B, Abbasi Z. Effect of education on middle-aged women's knowledge and attitude towards menopause in Mashhad. J Birjand Univ Med Sci. 2006; 13(2): 48-54. [Persian]

24- Booth-Laforce C, Thurston R, Taylor MR. A pilot study of a Hatha yoga treatment for menopausal symptoms. Maturitas. 2007; 57(3): 286-95.

25- Elavsky S, Mc Auley E. Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. Maturitas 2005; 52(3-4): 374-85.

26- Hunter M S, Liao K LM. Problem- solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. J Reprod Infant Psyc. 1995; 13(2): 147-51.

27- 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.

28- Ayers B, Forshow M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom expreince: Asystematic review. Maturitas. 2010;65(1):28-36.

29- Sievert LL, Espinosa-Hernandez G. Attitudes toward menopause in relation to symptom experience in Puebla, Mexico. Women Health 2003; 38(2):93-106.

30- Wilbur J, Miller A, Montgomery A. The influence of demographic characteristics, menopausal status, and symptoms on women's attitude toward menopause. Women Health. 1995; 23(3):19-39.

31- Huffman SB, Myers JE, Tingle LR, Bond LA. Menopause symptoms and attitudes of African American women: closing the knowledge gap and expanding opportunities for counseling. J Counsel Dev. 2005; 83(1):48–56.

32- Shea JL. Chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes. Climacteric. 2006; 9(1):30–9.

33- Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005; 34(2):233-40.

34- Hunter M. Coping with menopause: education and exercise are key interventions. Psychol Today. 2002; 35:22–8.

35- 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 factors. Qual Life Res. 2004; 13(5): 933-46.

36- Morowatisharifabad M, Nadrian H, Soleimani Salehabadi H, Mazloomy Mahmoodabad SS, Asgarshahi M. The Relationship between Predisposing Factors and Self-care Behaviors among Patients with Rheumatoid Arthritis. Hayat. 2009; 15(3): 39-51. [Persian]

37- McAndrew LM, Napolitano MA, Albrecht A, Farrell NC , Bess HM, Whiteley JA. When why and for whom there is a relationship between physical activity and menopause symptoms. Maturitas. 2009; 64(2): 119-25.

38- Saklofske DH, Austin EJ, Galloway J, Davison K. Individual difference correlates of health-related behaviours: preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. Pers Indiv Differ. 2007; 42(3):491–502.

39- Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. Anxiety, Stress and Coping. 2006; 19(1):15-31.

40- Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. Maturitas. 2009; 62(2) : 160-5.

41- Couture MC, Nguyen CT, Alvarado BE, Velasquez LD, Zunzunegui MV. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. Prev Med. 2008; 47(5): 471-6.

42- Chang WC, Lan TH, Ho WC, Lan TY. Factors affecting the use of health examinations by the elderly in Taiwan. Arch Geront Geriatr. 2010; 50(1): S11-6.

43- Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. Fertil Steril. 2001;76(1): 44-50.

44- Nosek M, Kennedy HP, Beyene Y, Taylor D, Gilliss C, Lee K. The Effects of Perceived Stress and Attitudes Toward Menopause and Aging on Symptoms of Menopause. J Midwifery Womens Health. 2010; 55(4): 328-34.

45- Gur A, Sarac AJ, Nas K, Cevic R. The relationship between educational level and bone mineral density in postmenopausal women. BMC Fam Pract. 2004; 5: 18.

46- 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.

47- Duché L, Ringa V, Melchior M, Varnoux N, Piault S, Zins M, et al. Hot flushes , common symptoms, and social relations among middle-aged no menopausal French women in the GAZEL cohort. Menopause. 2006; 13(4): 592-9.

48- Vagnon A. The experience of the menopause. Review Francais Gynecology and Obstetrics. J Health Syst Res. 1999; 80: 191-94.

49- Igarashi M, Saito H, Morioka Y, Oiji A, Nadaoka T, Kashiwakura M. Stress vulnerability and climacteric symptoms: life events, coping behavior and severity of symptoms. Gynecol Obstet Invest. 2000; 49(3): 170-8.

Abstract *Original Article*

Application of Behavioral Analysis phase of PRECEDE Model for Quality of Life Survey in Postmenopausal women in Birjand.

Ensiyeh Noroozi[1], Mohammad Reza Miri[2], Shahla Gol Mohammadi[3]

Background and Aim: Menopause is a physiological event occurring in women at about the age of 50. It signals the end of the reproductive years and is associated with signs of estrogen deficiency having a considerable impact on women's health-related quality of life. The aim of the present study was to investigate factors associated with quality of life in Postmenopausal women based on Behavioral Analysis phase of PRECEDE Model.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted through stratified sampling on200 healthy postmenopausal women in Birjand in 2011. Necessary data was collected by means of two validated and reliable questionnaires, i.e. quality of life questionnaire(MENQOL) and a questionnaire for assessing factors based on Behavioral Analysis phase of PRECEDE Model Inferential and descriptive statistics via SPSS software(Version: 18) was used for data analysis.

Results: Mean age of respondents was 54.26±5.26 years and mean age at menopause was 48.89±2.86. More than one third (38.5 %) of menopausal women were illiterate and 7%had University education. Pearson's correlation coefficient indicated a positive relationship between quality of life and attitude toward menopause, enabling, and reinforcing factors; but there was a negative relationship between quality of life and knowledge about menopause and women's perceived self-efficacy (P<0/01). The final point to mention is that quality of life was significantly associated with education level, health condition, and economical status.

Conclusion: Providing more access to enabling factors, which creates a positive attitude and helping to establish supporting groups is necessary to promote women's health during menopause.

Key Words: Quality of life, Menopause, Behavioral analysis, Precede Model

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2012; 19 (3): 312-323

Received: June 7, 2012 Accepted: September 18, 2012

[1] PhD. Student of Health Education and Promotion t, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
[2] Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Public Health and member of Family Health and Environmental Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, IRAN miri_moh2516@yahoo.com
[3] Member of Family Health and Environmental Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.