

## تعیین ارتباط کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و توانمندی زنان در دوران

### گذار به یائسگی شهر گناباد در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳

خدیجه احمدی: دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی

#### چکیده

**مقدمه:** در دوران زنان با بسیاری از مشکلات و عوارض ناشی از کمبود هورمون های جنسی مواجه شده و کیفیت زندگی آنها تحت تاثیر این مشکلات قرار می گیرد. همچنین عوامل دیگری مثل نگرش زنان به یائسگی و توانمندی آنها در دوره یائسگی می تواند بر تجربه ی علائم یائسگی و کیفیت زندگی اثر بگذارد. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و توانمندی زنان در دوران گذار به یائسگی شهر گناباد در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود.

**مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع مقطعی - تحلیلی بود که طی آن ۶۲۸ نفر از زنان دوران گذار به یائسگی که در محدوده سنی ۴۵-۶۰ سال بودند تحت مطالعه قرار گرفت. نمونه گیری به روش تصادفی ساده انجام شد به این صورت که لیستی از زنان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری گناباد تهیه شده، سپس تعدادی به تصادف از لیست انتخاب شده و در صورت داشتن معیارهای ورود وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر پنج بخش مشخصات دموگرافیک، سنجش شدت علائم یائسگی، نگرش به یائسگی، کیفیت زندگی و توانمندی زنان بود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار spss به وسیله آزمون های همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی ساده و چندگانه تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۵ در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین (انحراف معیار) توانمندی مشارکت کنندگان ۶۷/۴۰ (۳/۹۹) و میانگین (انحراف معیار) نمره نگرش به یائسگی مشارکت کنندگان ۶۳/۵۴ (۳/۳۱) بود. در این مطالعه توانمندی ۵۰ نفر (۸/۰ درصد) در سطح پایین و توانمندی ۵۷۶ نفر (۹۲/۰ درصد) در سطح متوسط قرار داشت. نگرش به یائسگی ۲۰۶ نفر (۳۲/۹ درصد) از مشارکت کنندگان، مثبت و برای ۴۲۰ نفر (۶۷/۱ درصد)، منفی بود. و در ضمن کیفیت زندگی در دوران یائسگی برای ۳۳۴ نفر از مشارکت کنندگان (۵۳/۴ درصد) در سطح خوب،

برای ۱۹۹ نفر (۳۱/۷ درصد) متوسط و برای ۹۳ نفر (۱۴/۹ درصد) ضعیف بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین کیفیت زندگی و نگرش به یائسگی و همچنین بین کیفیت زندگی و توانمندی، همبستگی آماری معناداری وجود نداشت ( $p > 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** در این مطالعه که با هدف ارتباط بین کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و توانمندی زنان سنین گذار به یائسگی شهر گناباد انجام شد، ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و توانمندی زنان سنین گذار به یائسگی یافت نشد.

**کلید واژه ها:** کلید واژه ها: یائسگی، کیفیت زندگی، گذار به یائسگی، توانمندی زنان، نگرش به یائسگی

## مقدمه

یائسگی از نظر بالینی به وضعیتی اطلاق می‌شود که به مدت یک سال به علت اتمام ذخیره فولیکولی تخمدان، سیکل‌های قاعدگی قطع شده باشند (۱). سن متوسط شروع یائسگی ۵۱ سال (از ۴۷ تا ۵۳ سال) است اما در مطالعات ایران، میانگین سنی یائسگی پایین‌تر و ۴۷/۸ سال می‌باشد. با توجه به امید به زندگی زنان حدود یک سوم عمر خود را در این دوران می‌گذرانند (۲). سازمان بهداشت جهانی گزارش کرده که در سال ۲۰۳۰ تعداد کل زنان یائسه در جهان به ۱.۱ میلیارد نفر خواهد رسید که در مجموع سالانه ۴۷ میلیون زن یائسه می‌شوند (۳) که نسبت زنان یائسه در کشورهای صنعتی و در حال توسعه به ترتیب ۲۴ و ۷۶ درصد خواهد بود (۴). امروزه امید به زندگی زنان در دنیا افزایش یافته و در اکثر کشورها زنانی که به سن ۵۰ سالگی می‌رسند، حدود ۳۰-۴۰ سال دیگر نیز زندگی می‌کنند و بنابراین مدت بیشتری را در دوران یائسگی سپری خواهند کرد (۱). به این ترتیب زنان معمولاً یک سوم از عمر خود را خود را در دوران یائسگی می‌گذرانند و به همین علت توجه به وضعیت بهداشتی و کیفیت زندگی زنان در این دوران بسیار اهمیت دارد (۲).

با توجه به اینکه یائسگی یک تغییر اساسی در زندگی یک زن است، میتواند از جهات مختلف شخصی، اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی و سلامتی حائز اهمیت باشد (۳). افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی و خدمات بهداشتی و درمانی، جمعیت افراد سالخورده در حال افزایش است به طوری مثال در حال حاضر بیشتر از ۴۴ میلیون زن ۴۵-۵۴ ساله در ایالت متحده آمریکا وجود دارند و بیشتر از نیمی از آنها، از عوارض این دوران مثل گرگرفتگی، خشکی واژن، فراموشی، درد مفاصل، تحریک پذیری و اضطراب، احساس غم، افسردگی و تعریق شبانه رنج می‌برند (۴). در این مرحله از زندگی، زنان با بسیاری از مشکلات و عوارض ناشی از کمبود هورمون‌های جنسی مواجه خواهند شد و کیفیت زندگی آنها تحت تاثیر این مشکلات قرار خواهد گرفت (۵). بحران یائسگی بواسطه علائم و مجموعه عوارض خود سلامت روانی، جسمانی، عملکرد اجتماعی و روابط خانوادگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد که مجموعه این تأثیرات را میتوان در یک مفهوم واحد تحت عنوان کیفیت زندگی قرار داد (۱).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان مفهومی فراگیر در نظر می‌گیرد که سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالت روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط را دربر می‌گیرد که مبتنی بر ادراک فرد از این ابعاد است. درواقع،

کیفیت زندگی دربر گیرنده ابعاد عینی و ذهنی است که در تعامل با یکدیگر قرار دارند و کیفیت زندگی به قضاوت ذهنی فرد از جنبه‌های زندگی یا کل وضعیت زندگی گفته می‌شود (۶).

در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی و پدیده ی یائسگی اختلاف نظر های زیادی وجود دارد. اغلب مطالعات نشان دهنده افت کیفیت زندگی در دوران یائسگی هستند. از جمله مطالعه بلومل و همکاران نشان داد که یائسگی باعث کاهش کیفیت زندگی می شود (۱) و نتایج مطالعه ی دیگری در ایران نیز بیانگر تاثیر منفی یائسگی بر روی کیفیت زندگی زنان بود (۷). یک مطالعه دیگر گزارش داده است که زنان برزیلی در دوران قبل از یائسگی، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان یائسه داشتند (۸) و در زنان چینی کاهش تدریجی نمره کیفیت زندگی از مرحله قبل از یائسگی نسبت به مرحله حوالی یائسگی و پس از یائسگی دیده شده است (۹). با این وجود در برخی مطالعات نیز هیچ تفاوتی در کیفیت زندگی زنان بین دو گروه قبل و بعد از یائسگی گزارش نشده است (۶).

مطالعات نشان داده است که متغیرهای سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، فعالیت جنسی، علائم یائسگی و نگرش به یائسگی نقش مهمی در کیفیت زندگی زنان در دوران گذار به یائسگی دارند (۱۴).

یکی دیگر از عوامل مهم موثر بر کیفیت زندگی در دوران یائسگی توانمندی زنان است. در مطالعه ای که بر روی زنان عراقی انجام شد، گزارش شده است که هنجارهایی که مانع اشتغال زنان در خارج از خانه می شوند، پائین تر بودن سطح تحصیلات و کمتر بودن مهارت ها و فرصت ها برای اشتغال زنان باعث کاهش کیفیت زندگی زنان می شود. در واقع می توان گفت توانمندسازی زنان برای مشارکت در حیطه های اقتصادی یکی از راه های بهبود کیفیت زندگی برای زنان، خانواده ها و جوامع است (۱۰).

توانمندی زنان به این معنا است که زنان باید بر شرم بی مورد خود غلبه کنند، بتوانند خود را به درستی ارزیابی کنند و بشناسند، استعدادها و محدودیت‌های خود را بشناسند، قدرت مقابله با سختی‌ها را داشته باشند، از اهداف خود آگاهی دقیق داشته باشند و بتوانند با افزایش توانمندی‌های خود به اهدافشان برسند (۱۱).

مفهوم توانمندی زنان در طول زمان با تعاریف و دیدگاه‌های متفاوتی تکامل یافته است. به طور کلی، توانمندسازی زنان به فرآیندی اطلاق می‌شود که زنان را قادر می‌سازد تا کنترل زندگی خود، تصمیم‌گیری و مشارکت کامل در همه عرصه‌های جامعه را در دست بگیرند. توانمندسازی زنان شامل توانمندی اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است. توانمندی اقتصادی به توانایی زنان برای دسترسی به منابع و مشارکت در فرآیند تصمیم‌گیری اقتصادی اشاره دارد. توانمندی اجتماعی به توانایی زنان برای مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی، اجتماعی و اجتماعی اشاره دارد. توانمندی سیاسی به توانایی زنان برای مشارکت در فرآیند سیاسی و تصمیم‌گیری اشاره

دارد (۱۲). در اینجا به برخی از یافته های کلیدی از مطالعات گذشته که به جنبه های مختلف توانمندی زنان از جمله ابعاد سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی پرداخته است، اشاره می شود:

- توانمندی سیاسی زنان: وقتی به زنان قدرت سیاسی داده می شود، احتمالاً سیاست هایی را که به نفع زنان دیگر است، مانند مراقبت های بهداشتی و ارتقای آموزش و تحصیلات زنان را در اولویت قرار می دهند. زنان در نقش های رهبری و سیاست گذاری تمایل دارند رویکرد مشارکتی و فراگیرتری را برای تصمیم گیری اتخاذ کنند (۱۲).

- توانمندی اقتصادی زنان: افزایش مشارکت زنان در نیروی کار و دسترسی برابر آنها به فرصت های اقتصادی می تواند به رشد اقتصادی قابل توجهی در جوامع منجر شود. همچنین توانمندسازی اقتصادی زنان باعث بهبود وضعیت سلامت و ارتقای سطح تحصیلات زنان می شود (۱۳).

توانمندی اقتصادی یکی از جنبه های مهم توانمندی زنان است و مشارکت زنان در نیروی کار به طور گسترده به عنوان یک عامل کلیدی در ارتقای رشد اقتصادی و کاهش فقر شناخته شده است. طبق مطالعه کبیر و محمود (۲۰۰۴)، توانمندسازی اقتصادی زنان می تواند منجر به افزایش درآمد، بهبود تغذیه و سلامت و قدرت تصمیم گیری بیشتر در خانواده شود. علاوه بر این، توانمندسازی اقتصادی زنان با ترویج برابری جنسیتی و کاهش تبعیض های مبتنی بر جنسیت می تواند تأثیر مثبتی بر جامعه گسترده تر داشته باشد (۱۲). مشارکت زنان در تصمیمات مالی برای خانواده نیز می تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و رشد اقتصادی در آینده شود. یک مطالعه در زنان پاکستانی نشان داد که وام های کوچک مهمترین متغیر در بهبود کیفیت زندگی زنان در حال توسعه است. رابطه ای قوی بین درآمد و کیفیت زندگی وجود دارد. درآمد و هزینه نشانگر رفاه هستند و همچنین به بهبود کیفیت زندگی کمک می کنند. زمانی که یک زن درآمد کسب می کند و حق دارد که به صورت مستقل هزینه کند، کیفیت زندگی او بر اساس استانداردهای خودش بهبود می یابد. از طرف دیگر، توانمندی شخصی شامل بهبود کیفیت های شخصی مختلفی که برای تصمیم گیری موثر و مدیریت مشکلات، فرهنگی، سیاسی و اجتماعی الزامی است، می باشد. همه این عوامل می تواند بر کیفیت زندگی زنان تأثیر بگذارد (۱۰).

- توانمندی اجتماعی زنان: توانمندی اجتماعی به توانایی زنان برای مشارکت کامل در جامعه، از جمله در اعمال فرهنگی و مذهبی اشاره دارد. وقتی زنان می توانند از حقوق و آزادی های خود استفاده کنند، کنترل بیشتری بر زندگی خود دارند و به احتمال زیاد تصمیماتی می گیرند که به نفع خود و خانواده شان باشد (۱۲).

- توانمندی فرهنگی زنان: توانمندی فرهنگی به توانایی زنان برای مشارکت در فعالیتهای فرهنگی و هنری از جمله موسیقی، رقص و هنرهای تجسمی اشاره دارد. توانمندسازی فرهنگی می تواند اثرات مثبتی بر سلامت روان و رفاه زنان و همچنین بر توانایی آنها در به چالش کشیدن کلیشه های جنسیتی و تبعیض داشته باشد (۱۲).

به طور کلی، تحقیقات در زمینه توانمندی زنان نشان می دهد که وقتی زنان فرصتهای برابر و دسترسی به منابع داشته باشند، می توانند به پتانسیل کامل خود دست یابند و کمک های مثبتی به خانواده و جوامع خود داشته باشند (۱۲، ۱۳). مطالعات نشان داده است که وقتی زنان توانمند شوند، دسترسی بهتری به آموزش، مراقبتهای بهداشتی و فرصتهای اقتصادی دارند که منجر به بهبود سلامت، کاهش فقر و افزایش رشد اقتصادی می شود. وجود زنان توانمند در مناصب سیاسی می تواند منجر به سیاست های فراگیرتر و عادلانه تر برای زنان شود (۱۳).

یکی دیگر از عوامل اثر گذار بر کیفیت زندگی زنان در یائسگی، نگرش آنان نسبت به این پدیده است. یائسگی یک پدیده چند بعدی است و شامل ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی می باشد (۱۴). اگر علائم یائسگی صرفاً ناشی از رویداد های هورمونی باشد، انتظار می رود زنان در سراسر جهان علائم مشابهی را تجربه کنند در حالی که شواهد نشان می دهد در بسیاری از جوامع اکثر زنان با ناراحتی نسبتاً کمی از دوران گذار به یائسگی عبور می کنند (۱۵).

در واقع می توان اینطور گفت که علاوه بر علل هورمونی، عوامل دیگری مثل نگرش زنان به یائسگی بر تجربه ی علائم یائسگی و کیفیت زندگی اثر می گذارد. بعنوان مثال در یک مطالعه، زنان اروپایی یائسگی را به عنوان یک فرایند ناراحت کننده و تهدید کننده سلامت توصیف کردند (۱۶)، اما در فرهنگ شمال هند، زنان از یائسگی استقبال می کنند و برای این زنان یائسگی یک پدیده طبیعی تلقی می شود که احترام، آزادی و تعاملات اجتماعی گسترده تر را برای آنان به ارمغان می آورد (۱۵).

نگرش نسبت به یائسگی توسط احساسات زنان و تحت تاثیر عوامل فرهنگی-اجتماعی شکل می گیرد. تفاوت در نگرش نسبت به یائسگی بین فرهنگ ها ممکن است با نگرش جنسیتی آن فرهنگ مرتبط باشد. افراد ساکن در بخش های نیمکره شرقی بیشتر از کسانی که در غرب زندگی می کنند، گذار یائسگی را به عنوان یک فرآیند رشد طبیعی و حتی یک امتیاز، برای زنان به عنوان ایفای نقش های جنسیتی سنتی در نظر می گیرند. در مقابل، در کشورهای غربی زنان ممکن است وقفه قاعدگی را به عنوان از دست دادن جوانی تلقی کنند (۱۷).

اخیراً توجه عمومی به یائسگی برای درک تأثیر نگرش نسبت به یائسگی بر کیفیت زندگی زنان گسترش یافته است. در این رابطه یافته های پژوهشی که در کره جنوبی با هدف بررسی تأثیر علائم و نگرش نسبت به یائسگی بر روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روی ۱۳۹ زن بازمانده از سرطان پستان انجام شد، نشان داد که نگرش نسبت به یائسگی با کیفیت زندگی مرتبط

است (۱۸). در مطالعه ی دیگری که در چین انجام شد، نیز گزارش شده است که زنان با نگرش مثبت نسبت به یائسگی کیفیت زندگی بهتری دارند (۱۹).

بنابراین با توجه به نقش مهم کیفیت زندگی در دوره یائسگی و ارتباط آن با نگرش نسبت به یائسگی و توانمندی زنان در این دوره مطالعه ای با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و وضعیت توانمندی زنان سنین گذار به یائسگی، شهر گناباد ۱۴۰۲-۱۴۰۳ طراحی گردید.

## مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی - تحلیلی بود که طی آن ۶۲۸ نفر از زنان دوران گذار به یائسگی تحت مطالعه قرار گرفت. در این مطالعه زنان که در محدوده سنی ۴۵-۶۰ سال بودند، دارای سواد خواندن و نوشتن بودند، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را داشتند، یائسگی آنها بطور طبیعی اتفاق افتاده بود (یائسگی زودرس یا جراحی نداشتند)، سابقه هیستریکتومی و PCOS نداشتند و فاقد بیماری های روانی، خود ایمنی و سرطان بودند مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه ها به روش تصادفی ساده انجام شد به این صورت که لیستی از زنان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری گناباد تهیه شده، سپس تعدادی به تصادف از لیست انتخاب شده و در صورت داشتن معیارهای ورود در مطالعه انتخاب شده و نمونه گیری از طریق پرسشنامه که از قبل تهیه شده بود انجام شد. سوالات پرسشنامه در ۵ بخش تدوین شده بود که بخش اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم سنجش کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی دوران یائسگی (MENQOI) که توسط هیلدیچ و همکاران در دانشگاه تورنتو کانادا طراحی و استاندارد شده است بررسی گردید (۲۰). این پرسشنامه از ۲۹ سوال در چهار بعد تشکیل شده است که شامل ابعاد وازوموتور (۳ سوال)، روانی اجتماعی (۷ سوال)، جسمی (۱۶ سوال) و جنسی (۳ سوال) است. نحوه نمره گذاری این پرسشنامه به این صورت است که از شرکت کنندگان خواسته می شود که مشخص کنند که آیا علامت مورد نظر را دارند یا خیر. اگر علامت را نداشته باشد که باید به آیتم بعدی برود ولی اگر گزینه بلی را انتخاب کند باید شدت علامت خود را در یک طیف لیکرت هفت تایی از صفر تا شش (اصلا آزار دهنده نیست تا بسیار آزار دهنده است) مشخص کند. برای تجزیه و تحلیل، برای گزینه «خیر»، نمره ۱ در نظر گرفته می شود و برای افرادی که گزینه «بله» را انتخاب کرده اند شدت علائم از ۲ تا ۸ نمره دهی می شود. نمره کل پرسشنامه بر اساس میانگین نمرات آیتم های تبدیل شده بدست می آید و از ۱ تا ۸ متغیر است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط غضنفرپور و همکاران در بین زنان ایرانی بررسی و تایید شده

است. بخش سوم سنجش ارتباط توانمندی زنان با کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه وضعیت توانمندی زنان (WESQ) تعیین شد. این پرسشنامه محقق ساخته توسط بحری و همکاران در سال ۲۰۲۲ طراحی شده است. شامل شش حیطه توانمندی خانواده (۱۰ گویه)، توانمندی اقتصادی (۱۱ گویه)، توانمندی سیاسی (۵ گویه)، توانمندی اجتماعی (۱۰ گویه)، توانمندی سلامتی (۴ گویه) و توانمندی مذهبی (۱۰ مورد) می باشد. هر یک از این گویه ها با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، بدون نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم) ارزیابی می شوند و دامنه ی نمرات آنها بین ۱ تا ۵ می باشد. به این ترتیب مجموع نمرات پرسشنامه وضعیت توانمندسازی زنان در محدوده ۳۱ تا ۱۵۵ قرار می گیرد. نمرات کمتر به معنای توانمندی کمتر و نمرات بالاتر نشان دهنده توانمندی بیشتر می باشند (۶۲) و بخش چهارم ارتباط نگرش به یائسگی و کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه نگرش به یائسگی (ATM) مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه برای اولین بار توسط برنیس نیوگارتن و همکارانش در سال ۱۹۶۳ تدوین و هنجاریابی شد (۲۱). ترجمه و روانسنجی پرسشنامه نگرش نسبت به یائسگی در زنان ایرانی توسط بحری و همکاران انجام شده است (۲۲). در روانسنجی این پرسشنامه آیت‌م‌هایی مطابق با فرهنگ ایرانی به پرسشنامه اصلی اضافه شده که در نهایت براساس تحلیل عامل اکتشافی، ۲۶ آیت‌م در قالب ۷ عامل استخراج و در تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است. این عوامل شامل اثرات منفی یائسگی (۴ سوال)، کنترل علائم (۲ سوال)، مشکلات روانی (۵ سوال)، مواجهه ناخوشایند (۳ سوال)، بهبود وضعیت زندگی پس از یائسگی (۴ سوال)، فعالیت جنسی (۲ سوال) و رهایی از سیکل های قاعدگی (۶ سوال) هستند. آیت‌م ها براساس یک طیف لیکرت ۴ تایی (کاملاً موافقم ۴ / موافقم ۳ / مخالفم ۲ / کاملاً مخالفم ۱) نمره‌دهی می‌شوند و نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات آیت‌م‌ها بدست آمده و بین ۲۴ تا ۹۶ قرار می‌گیرد. نمره بالاتر نشان دهنده نگرش مثبت تر به یائسگی می باشد. براساس میانگین نمره کل پرسشنامه، نمره بیشتر از ۶۵ نگرش مثبت به یائسگی و کمتر از ۶۵ نگرش منفی را نشان می‌دهد. پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از روش همسان سازی درونی (آلفای کرونباخ) تعیین و تأیید شده است (۲۲).

اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۶ انجام شد. نرمال بودن متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف بررسی شد. برای توصیف متغیرهای کیفی از تعداد و درصد و برای متغیرهای کمی در صورت نرمال بودن از میانگین و انحراف معیار و در صورت نرمال نبودن از میانه و دامنه میان چارکی استفاده شد. جهت



بررسی همبستگی بین متغیرهای کیفیت زندگی، نگرش به یائسگی و توانمندی نیز از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی داری نیز کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته ها

در این مطالعه، داده‌های ۶۲۶ نفر از زنان سنین گذار به یائسگی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان گناباد در سال ۱۴۰۲ تحلیل شد. همه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه متاهل بودند و سایر ویژگی‌های دموگرافیک و فردی، خانوادگی، سلامتی، قاعدگی و یائسگی آنها در جداول ۱-۵ ارائه شده است.

در این مطالعه، تمام مشارکت‌کنندگان متاهل بودند و بر اساس جدول ۱، میانگین (انحراف معیار) سن آنها ۵۳/۸۸ (۶/۳۰) سال و میانه (چارک اول، چارک سوم) تحصیلات آنها ۱۲/۰۰ (۶/۰۰، ۱۲/۰۰) سال بود. اکثر مشارکت‌کنندگان (۵۶/۲۳ درصد) خانه‌دار بودند. ۶۹/۰۱ درصد احساس توانمندی در حد متوسط داشتند. ۶۹/۶۵ درصد، سرمایه‌گذاری شخصی نداشتند و بیشتر آنها (۳۷/۸۶ درصد) بیمه تامین اجتماعی داشتند، میانگین (انحراف معیار) سن ازدواج مشارکت‌کنندگان و اختلاف سنی آنها با همسر به ترتیب ۲۰/۴۹ (۲/۴۹) سال و ۳/۹۶ (۲/۵۷) سال بود. میانه (چارک اول، چارک سوم) سن همسر مشارکت‌کنندگان ۵۶/۰۰ (۵۰/۷۵، ۶۲/۰۰) سال و میانگین (انحراف معیار) تحصیلات همسر آنها ۱۱/۸۷ (۳/۳۳) سال بود. شغل اکثر همسران آنها (۴۹/۰۴ درصد) آزاد بود. میزان درآمد خانواده (۷۷/۶۳ درصد) بیشتر آنها در حد کفاف بود. میانگین (انحراف معیار) تعداد فرزند مشارکت‌کنندگان ۲/۷۳ (۱/۱۵) نفر بود. میزان رضایت از زندگی زناشویی در اکثر مشارکت‌کنندگان (۶۱/۰۲ درصد) در حد متوسط بود، ۳۴۲ نفر (۵۴/۶۳ درصد) از مشارکت‌کنندگان مبتلا به بیماری زمینه‌ای بودند. ۱۶۳ نفر (۲۶/۰۴ درصد) دخانیات مصرف می‌کردند و ۲۱۷ نفر (۳۴/۶۶ درصد) فعالیت بدنی منظم داشتند.

## جدول ۱ مشخصات دموگرافیک و فردی، ویژگی‌های خانوادگی و ویژگی‌های سلامتی مشارکت‌کنندگان

نام متغیر	
سن، میانگین (انحراف معیار)	۵۳/۸۸ (۶/۳۰)
تحصیلات، میانه (چارک اول، چارک سوم)	۱۲/۰۰ (۶/۰۰، ۱۲/۰۰)

شغل، تعداد (درصد)

۳۵۲ (۵۶/۲۳)	خانه‌دار
۱۶۱ (۲۵/۷۲)	کارمند
۱۱۳ (۱۸/۰۵)	مشاغل خانگی

احساس توانمندی، تعداد (درصد)

۵ (۰/۸۰)	خیلی زیاد
۱۲۳ (۱۹/۶۵)	زیاد
۴۳۲ (۶۹/۰۱)	متوسط
۶۱ (۹/۷۴)	کم
۵ (۰/۸۰)	جخیلی کم

سرمایه گذاری شخصی، تعداد (درصد)

۱۱۳ (۱۸/۰۵)	طلا
۳۶ (۵/۷۵)	زمین یا خانه
۴۱ (۶/۵۵)	ماشین
۴۳۶ (۶۹/۶۵)	هیچ کدام

پوشش بیمه، تعداد (درصد)

۲۰۱ (۳۲/۱۱)	بیمه سلامت
۵۹ (۹/۴۲)	نیروهای مسلح
۲۳۷ (۳۷/۸۶)	تامین اجتماعی
۱۱۷ (۱۸/۶۹)	بانک‌ها و سایر نهادها
۱۲ (۱/۹۲)	نداشتن بیمه

سن ازدواج، میانگین (انحراف معیار)

۲۰/۴۹ (۲/۴۹)	اختلاف سن با همسر، میانگین (انحراف معیار)
۳/۹۶ (۲/۵۷)	سن همسر، میانه (چارک اول، چارک سوم)
۵۶/۰۰ (۵۰/۷۵، ۶۲/۰۰)	تحصیلات همسر، میانگین (انحراف معیار)
۱۱/۸۷ (۳/۳۳)	شغل همسر، تعداد (درصد)

۹۰ (۱۴/۳۸)	بیکار
۲۲۷ (۳۶/۲۶)	کارمند
۲ (۰/۳۲)	کارگر
۳۰۷ (۴۹/۰۴)	آزاد

میزان درآمد، تعداد (درصد)

۱۲۵ (۱۹/۹۷)	کمتر از حد کفاف
-------------	-----------------

در حد کفاف	۴۸۶ (۷۷/۶۳)
بیشتر از حد کفاف	۱۵ (۲/۴۰)
تعداد فرزندان، میانگین (انحراف معیار)	۲/۷۳ (۱/۱۵)
میزان رضایت از زندگی زناشویی، تعداد (درصد)	۱۰ (۱/۶۰)
خیلی زیاد	۱۸۶ (۲۹/۷۱)
زیاد	۳۸۲ (۶۱/۰۲)
متوسط	۴۸ (۷/۶۷)
کم	

ابتلا به بیماری زمینه‌ای	
بله	۲۸۴ (۴۵/۳۷)
خیر	۳۴۲ (۵۴/۶۳)
استعمال دخانیات (سیگار یا قلیان)	
بله	۱۶۳ (۲۶/۰۴)
خیر	۴۶۳ (۷۴/۹۶)
فعالیت بدنی منظم	
بله	۲۱۷ (۳۴/۶۶)
خیر	۴۰۹ (۶۵/۳۴)

براساس جدول ۲، میانگین (انحراف معیار) سن اولین قاعدگی مشارکت‌کنندگان ۱۴/۳۷ (۱/۱۳) سال و میانه (چارک اول، چارک سوم) مدت زمان گذشته از آخرین قاعدگی ۱۲/۰۰ (۳/۰۰، ۶۰/۰۰) ماه بود، میانگین (انحراف معیار) نمره زیرمقیاس‌های روانی و ادراری-تناسلی و میانه (چارک اول و سوم) نمره زیرمقیاس جسمانی و نمره کل شدت علائم یائسگی نیز نشان داده شده که بر اساس نقاط برش پرسشنامه، شدت علائم یائسگی ۱۰۱ نفر (۱۶/۱ درصد) بدون علامت و برای ۵۲۵ نفر (۸۳/۹ درصد) خفیف تا متوسط بود.

جدول ۴. ویژگی‌های قاعدگی و شدت علائم یائسگی مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد

نام متغیر
-----------

سن اولین قاعدگی، میانگین (انحراف معیار)	۱۴/۳۷ (۱/۱۳)
مدت زمان گذشته از آخرین قاعدگی، میانه (چارک اول، چارک سوم)	۱۲/۰۰ (۳/۰۰، ۶۰/۰۰)
علائم جسمانی، میانه (چارک اول، چارک سوم)	۱۲/۰۰ (۱۰/۰۰، ۱۸/۰۰)
علائم روانی، میانگین (انحراف معیار)	۱۳/۰۴ (۳/۹۴)
اداراری-تناسلی، میانگین (انحراف معیار)	۹/۹۹ (۳/۱۷)
شدت علائم یائسگی (نمره کل)، میانه (چارک اول، چارک سوم)	۳۳/۰۰ (۲۸/۰۰، ۴۷/۰۰)

بر اساس جدول ۳. میانگین (انحراف معیار) توانمندی مشارکت کنندگان ۶۷/۴۰ (۳/۹۹) بود، براساس نقاط برش پرسشنامه، توانمندی ۵۰ نفر (۸/۰ درصد) در سطح پایین و توانمندی ۵۷۶ نفر (۹۲/۰ درصد) در سطح متوسط قرار داشت، میانگین (انحراف معیار) نمره نگرش به یائسگی مشارکت کنندگان ۶۳/۵۴ (۳/۳۱) بود، براساس نقطه برش پرسشنامه، نگرش به یائسگی ۲۰۶ نفر (۳۲/۹ درصد) از مشارکت کنندگان، مثبت و برای ۴۲۰ نفر (۶۷/۱ درصد)، منفی بود و اما درباره کیفیت زندگی و ابعاد آن مشارکت کنندگان در بعد جنسی بالاترین نمره یا به عبارتی ضعیفترین کیفیت زندگی و در ابعاد جسمی و روانی-اجتماعی، کمترین نمره یا به عبارت دیگر، کیفیت زندگی مناسبتری گزارش کردند. بر اساس نقاط برش پرسشنامه، کیفیت زندگی در دوران یائسگی برای ۳۳۴ نفر از مشارکت کنندگان (۵۳/۴ درصد) در سطح خوب، برای ۱۹۹ نفر (۳۱/۷ درصد) متوسط و برای ۹۳ نفر (۱۴/۹ درصد) ضعیف بود.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره وضعیت توانمندی، نگرش به یائسگی و کیفیت زندگی مرتبط به یائسگی و زیر مقیاس های آن را نشان می دهد.

نام متغیر	میانگین (انحراف معیار)
توانمندی خانواده	۱۳/۸۸ (۱/۹۷)
توانمندی اقتصادی	۱۵/۱۵ (۱/۶۶)
توانمندی سیاسی-اجتماعی	۲۴/۷۲ (۲/۳۳)
توانمندی سلامتی	۱۳/۶۵ (۱/۹۸)
توانمندی (نمره کل)	۶۷/۴۰ (۳/۹۹)
اثرات منفی یائسگی	۱۰/۷۶ (۱/۲۴)
بهبود وضعیت زندگی پس از یائسگی	۹/۲۴ (۱/۲۲)
کنترل علائم	۵/۰۲ (۰/۸۸)
مشکلات روانی	۱۲/۸۵ (۱/۳۴)

فعالیت جنسی	(۱/۰۶) ۴/۶۷
مواجهه ناخوشایند	(۱/۱۶) ۷/۹۴
رهایی از سیکل های قاعدگی	(۱/۷۰) ۱۳/۰۶
نگرش به یائسگی (کل)	(۳/۳۱) ۶۳/۵۴

---

واژموتور	(۱/۶۷) ۳/۹۶
روانی-اجتماعی	(۱/۶۵) ۳/۸۴
جسمی	(۱/۵۶) ۳/۸۴
جنسی	(۱/۶۹) ۳/۹۳
کیفیت زندگی (کل)	(۱/۵۳) ۳/۸۶

یافته ها نشان داد که بین کیفیت زندگی و نگرش به یائسگی و همچنین بین کیفیت زندگی و توانمندی، همبستگی آماری معناداری وجود نداشت ( $p > 0.05$ ).

#### جدول ۴. همبستگی بین کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و وضعیت توانمندی در دوران یائسگی

آزمون همبستگی پیرسون		متغیر
توانمندی	نگرش به یائسگی	
$r = -0.028$	$r = 0.036$	کیفیت زندگی
$p = 0.491$	$p = 0.368$	

#### بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و توانمندی زنان سنین گذار به یائسگی شهر گناباد در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ انجام شد. در این مطالعه ۶۲۸ نفر از زنان تحت پوشش مراکز سلامت شهر گناباد مورد بررسی قرار گرفتند.

در مطالعه حاضر با توجه به معیارهای مورد نظر کیفیت زندگی در دوره گذار به یائسگی در شهر گناباد برای ۵۳/۴ درصد از مشارکت کنندگان در سطح خوب، برای ۳۱/۷ درصد در سطح متوسط و برای ۱۴/۹ درصد از مشارکت کنندگان در

سطح ضعیف بود. مشارکت کنندگان در بعد جنسی ضعیف ترین و در ابعاد وازوموتور، جسمی و روانی-اجتماعی کیفیت زندگی مناسب تری گزارش کردند.

مطالعاتی که در رابطه با بررسی کیفیت زندگی در زنان سنین گذار به یائسگی و پس از آن انجام شده است، بر اساس جمعیت های مورد مطالعه نتایج متفاوتی را گزارش کرده اند. از جمله در یک مطالعه متاآنالیز، میانگین کیفیت زندگی در میان ۳۴۱۳ زن ایرانی  $89/57 \pm 8/12$  برآورد شد که نشان داد کیفیت زندگی زنان یائسه ایرانی تقریباً بالاتر از سطح متوسط است (۲۳). نتایج این مطالعه همسو با مطالعه حاضر بیان بوده و گزارش داده است که بیشتر زنان مورد مطالعه از کیفیت زندگی خوب و متوسط برخوردار بوده اند و ضعیف ترین حیطه کیفیت زندگی همانند مطالعه ما مربوط به بعد جنسی بوده است. مطالعه دیگری که روی ۷۰ زن اماراتی انجام شد، گزارش داده است که زنان یائسه کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان غیر یائسه داشتند (۲۴) که نتایج این مطالعه همسو با مطالعه ما می باشد. ر مطالعه ای که روی ۹۲۰ زن یائسه چینی انجام شد میانگین نمرات کیفیت زندگی در چهار حیطه (علائم وازوموتور، روانی اجتماعی، فیزیکی و جنسی) به ترتیب  $1.75 \pm 2.1$ ،  $1.16 \pm 2.13$ ،  $1.11 \pm 2.33$  و  $1.83 \pm 2.20$  بود (۲۵) که همسو با مطالعه حاضر ضعیف ترین حیطه کیفیت زندگی مربوط به بعد جنسی بوده است.

با این وجود بعضی مطالعات نتایج متناقض با مطالعه حاضر را گزارش نموده اند. از جمله مطالعه ای در اسد اباد ایران گزارش کرده است که اکثر زنان تحت بررسی از نظر کیفیت زندگی در سطح متوسط قرار داشتند (۲) که نتایج این مطالعه غیر همسو با مطالعه حاضر است. در تحقیقی در ژاپن مشخص شد که میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان حوالی یائسگی، بعد از یائسگی و قبل از یائسگی اختلاف معنی داری وجود نداشته است (۲۶). نتایج مطالعات انجام شده در کره، تایوان و آلمان نیز نشان داد که کیفیت زندگی زنان در دوران قبل و بعد از یائسگی تفاوت معنی داری ندارد (۲۷، ۲۸). بطور کلی مطالعات انجام شده در نقاط مختلف جهان نتایج متفاوتی را بیان نمودند، اما بیشتر مطالعات کیفیت زندگی دوره یائسگی را همانند مطالعه حاضر در سطح خوب و یا متوسط بیان نمودند و بعضی از مطالعات نیز در کیفیت زندگی دوره یائسگی با دوره غیر یائسگی تفاوت معنی داری گزارش نداده اند.

و همینطور نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نگرش به یائسگی در  $32/9$  درصد از مشارکت کنندگان مثبت و در مورد  $67/1$  درصد آنها منفی بوده است. مطالعات مشابه در نقاط مختلف جهان، نتایج متفاوتی را گزارش کرده اند. از جمله

نتایج مطالعه ای که در شهر تهران انجام شد، نشان داد که ۶۹٪ زنان نگرش خنثی، ۱۱٪ نگرش مثبت و ۲۰٪ نگرش منفی نسبت به یائسگی داشته اند (۲۹).

مطالعه ای روی ۱۳۹ زن کره ای نشان دهنده سطح پایین تری از نگرش مثبت در مورد گذار به یائسگی می باشد (۱۷) که تقریباً نتایج همسو با مطالعه حاضر دارد. مطالعه ای در ترکیه نیز با میانگین نمره نگرش به یائسگی  $61/80 \pm 10/12$  (بیانگر نگرش مثبت نسبت به یائسگی بود) (۳۰). در مطالعه مروری سیستماتیک دیگری که بر روی ۳۴۵۳ نفر زنان ایرانی انجام شد، نشان داد که ۲۵٪ از زنان ایرانی نسبت به یائسگی نگرش مثبت، ۵۸٪ نگرش خنثی و ۱۷٪ نگرش منفی داشته اند (۳۱). نتایج مطالعه ای در شهر سمنان نشان داد که اکثر زنان (۷۱٪) نگرش خنثی، ۲۲٫۸٪ مثبت و تنها ۶٫۳٪ نگرش منفی نسبت به یائسگی داشتند (۳۲). در برخی از مطالعات مشابه دیگر در نقاط مختلف جهان نیز نگرش مثبت زنان نسبت به یائسگی گزارش شده است. از جمله مطالعه ی در ایتالیا نشان داد، اکثریت زنان نگرش مناسب به یائسگی دارند و آن را اتفاقی مثبت در زندگی خودشان تلقی می نمایند (۳۳). در مطالعه ای مشابه در آمریکا نیز زنان از نگرش مناسب در مورد یائسگی برخوردار بودند، به طوریکه اکثریت آنها دوران یائسگی را دوران فراغت می پنداشتند و خود را در دوران یائسگی فردی مفید و تأثیرگذار تلقی می کردند (۳۴). در مطالعه ای که در چین انجام شد نیز اغلب مشارکت کنندگان نگرش مثبتی نسبت به یائسگی داشتند و زنان یائسه به طور قابل توجهی در مقایسه با زنان سنین قبل از یائسگی، نمره نگرش بالاتری نسبت به یائسگی داشتند (۱۹). نتایج مطالعه ای در ترکیه در مورد نگرش زنان نسبت به یائسگی نشان داد که ۷۱٫۵ درصد یائسگی را یک رویداد طبیعی در زندگی یک زن می دانسته اند (۳۵). در مطالعه ای در شهر رشت ۷۵٫۵٪ زنان نگرش مثبت به یائسگی داشتند (۳۴) و نتایج مطالعه ای روی ۴۰۰ زن در اصفهانی نشان داد ۸۱٫۵ درصد زنان نسبت به پدیده یائسگی نگرش مثبت داشتند (۳۶).

بطورکلی نتایج مطالعات قبلی در مورد نگرش به یائسگی هم بیانگر نگرش مثبت و هم نگرش منفی به یائسگی بوده است. علت تفاوت در نگرش به یائسگی را می توان به زمینه اجتماعی و فرهنگی جمعیت زنان مورد مطالعه نسبت داد، زیرا یائسگی یک پدیده روانی-زیستی - اجتماعی است که در بستر اجتماع شکل می گیرد و ریشه های عمیق در باورها و فرهنگ زنان دارد.

همچنان در مطالعه حاضر میانگین (انحراف معیار) نمره توانمندی مشارکت‌کنندگان ۶۷/۴۰ (۳/۹۹) بود. توانمندی ۸/۰ درصد از مشارکت‌کنندگان در سطح پایین و ۹۲/۰ درصد آنها در سطح متوسط قرار داشت. بیشترین نمره توانمندی در بعد سیاسی - اجتماعی و کمترین نمره به ترتیب در ابعاد اقتصادی، خانواده و سلامتی بود.

یک مطالعه ی قبلی در گناباد- ایران در مورد حیطه‌های توانمندی زنان نشان داد که ۴۹۹ نفر (۷۴/۵۰ درصد) در حیطه توانمندی خانوادگی، ۵۳۴ نفر (۷۹/۷۰ درصد) در حیطه توانمندی اقتصادی، ۵۲۳ نفر (۷۸/۰۵ درصد) در حیطه توانمندی اجتماعی و ۴۹۳ نفر (۷۳/۶۰ درصد) در حوزه توانمندی سلامت در سطح بالایی قرار داشتند. در حیطه‌های توانمندی سیاسی و مذهبی، اکثریت شرکت‌کنندگان در سطح متوسط قرار داشتند که به ترتیب شامل ۴۷۲ نفر (۷۰/۴۰ درصد) و ۴۶۴ نفر (۶۹/۳ درصد) بودند (۱۱). در مطالعه روی ۲۱۰ زن در بنگال هند از بین زنان مورد مطالعه ۵ درصد ضعیف، ۶۲ درصد متوسط و ۳۳ درصد توانمندی بالایی داشتند. یعنی اکثر زنان از درجه متوسطی از توانمندی برخوردار بودند. که نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر مطابق است (۳۷).

در ارتباط با کیفیت زندگی و نگرش به یائسگی در مطالعه ای حاضر بر اساس آزمون همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون خطی چند گانه بین کیفیت زندگی و نگرش به یائسگی همبستگی آماری معناداری یافت نشد ( $p > 0.05$ )، (۳۵۹/۰).  $p =$  مطالعه ای که بر روی زنان کره ای نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بسته به وضعیت تاهل و درآمد ماهانه به طور قابل توجهی متفاوت بوده است، نتایج تحلیل همبستگی بین سلامت مرتبط با کیفیت زندگی و نگرش نسبت به یائسگی یک رابطه کوچک تا متوسط وجود داشت ( $P < 0.001$ ,  $r = 0.36$ ) (۱۷).

در مطالعه ای که در چین با هدف رابطه بین وضعیت یائسگی، نگرش نسبت به یائسگی و کیفیت زندگی در زنان میانسال چینی انجام شد، و مطالعه ای که در قبرس شمالی انجام شد، به این نتیجه رسیدند که نگرش مثبت نسبت به یائسگی باعث افزایش سطح کیفیت زندگی می‌شود (۳۸، ۱۹). که نتایج این دو مطالعه نیز غیر همسو با مطالعه حاضر است. مطالعه ای در چین نشان داد که زنان یائسه نگرش مثبت‌تری نسبت به یائسگی داشتند. و بیان نمودند که نگرش نسبت به یائسگی با کیفیت زندگی در زنان میانسال چینی مرتبط بود (۱۹).

بطور کلی اکثر مطالعات که در این زمینه انجام شده ارتباط مثبت بین کیفیت زندگی و نگرش به یائسگی را بیان نموده اند، اما در مطالعه ما ارتباطی بین کیفیت زندگی و نگرش به یائسگی مشاهده نشد. علت اختلاف نتایج این مطالعه می



تواند ناشی از عدم دقت مشارکت کنندگان در حین تکمیل پرسشنامه، تفاوت در نحوه و ابزار سنجش کیفیت زندگی، یا اختلاف در تعداد نمونه مورد بررسی، محدوده سنی زنان مورد مطالعه، محل سکونت آن ها و یا آگاهی ضعیف آنها در خصوص موضوع یائسگی باشد.

در خصوص ارتباط کیفیت زندگی و توانمندی زنان نیز در مطالعه حاضر بر اساس آزمون همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون خطی چندگانه، بین کیفیت زندگی و توانمندی زنان، همبستگی آماری معناداری یافت نشد ( $p > 0.05$ )، ( $p = 0.880$ ). در ارتباط با توانمندی زنان و کیفیت زندگی مطالعه ای در بنگال هند روی ۲۱۰ زن متاهل انجام شد. در این مطالعه یک همبستگی مثبت ضعیف ( $p = 0.001$  و  $r = 0.325$ ) بین کیفیت زندگی و توانمندی زنان یافت شد. (۳۷). نتایج مطالعه ای در کاشان- ایران نشان داد که توانمندی زنان و افزایش خودکارآمدی می تواند کیفیت زندگی زنان یائسه را بهبود بخشد (۳۹).

مطالعه ای دیگر که با هدف تأثیر برنامه های توانمندی جنسیتی بر بهبود کیفیت زندگی زنان در کنیا انجام شد. نتایج آن نشان داد خانواده ای که دختران آن موفق به تکمیل تحصیلات ابتدایی و متوسطه شود، در مقایسه با خانواده ای که دختر آن موفق به تکمیل تحصیلات ابتدایی نشود از کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهد بود (۴۰). مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت زندگی و ارتباط آن با توانمندی اقتصادی و اجتماعی زنان و همچنین یافتن ارتباط بین کیفیت زندگی و برخی متغیرهای اجتماعی-دموگرافیکی روی ۵۰۰ زن عراقی انجام شد نتایج آن مطالعه نیز رابطه مثبت معناداری بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات و درآمد را نشان داد و رابطه معکوس یا منفی بین کیفیت زندگی و کار و سن وجود داشت (۱۰).

بصورت عموم اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه ارتباط مثبت و معنی داری بین کیفیت زندگی و توانمندی زنان را نشان داد. اما در مطالعه ما ارتباطی بین کیفیت زندگی و توانمندی زنان مشاهده نشد. علت این اختلاف می تواند ناشی از دقت ناکافی مشارکت کنندگان در حین تکمیل پرسشنامه، تفاوت در نحوه و ابزار سنجش کیفیت زندگی، یا اختلاف در تعداد نمونه مورد بررسی، محل سکونت آن ها، تفاوت در فرهنگ و عنعنات آنها و یا آگاهی ضعیف آنها در این خصوص باشد.

## نتیجه گیری

در این مطالعه که با هدف ارتباط بین کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و توانمندی زنان سنین گذار به یائسگی شهر گناباد انجام شد، ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی و توانمندی زنان سنین گذار به یائسگی یافت نشد. با توجه به یافته های این مطالعه در ارتباط با گزارش مطالعات قبلی و موجودیت تناقض در مطالعه ما و سایر مطالعات نیاز به تحقیق بیشتر و تکرار این مطالعه در آینده می باشد.

دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر زنان نگرش منفی نسبت به یائسگی دارند. از آنجایی که نگرش به یائسگی عامل مهمی در تجربیات یائسگی و شدت علائم یائسگی است، پیشنهاد می شود که برنامه های آموزشی مناسب جهت ارتقای سطح آگاهی و نگرش زنان نسبت به یائسگی در نظر گرفته شود.

## References

۱. Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life in menopausal and non menopausal women. Payesh (Health Monitor). 2012;11(5):697-701.
۲. Darabi F, Maheri M. Relationship between the educational phase of the PRECEDE model and the quality of life among postmenopausal women referred to the clinics of Asadabad city in 2021. Hayat. 2022;28(2):130-47.
۳. Ibraheem O, Oyewole OE, Olaseha IO. Experiences and perceptions of menopause among women in Ibadan South East Local Government area, Nigeria. African Journal of Biomedical Research. 2015;18(2):81-94.
۴. Alirezaei S, Safaei M, Rajabzadeh S. The relationship between sexual performance and attitude toward menopause in postmenopausal women referred to health centers of Torbat Heydariyeh in 2017. Iranian Journal of Ageing. 2020;14(4):510-9.

۵. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas*. 2007;57(3):306-14.
۶. Barcaccia B, Esposito G, Matarese M, Bertolaso M, Elvira M, De Marinis MG. Defining quality of life: a wild-goose chase? *Europe's Journal of Psychology*. 2013;9(1).
۷. Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: a population study. *Quality of Life Research*. 2010;19:813-9.
۸. De Lorenzi D, Saciloto B, Artico GR, Fontana S. Quality of life and related factors among climacteric women from south Brazil. *Acta medica portuguesa*. 2009;22(1):51-8.
۹. Chen Y, Lin S-Q, Wei Y, Gao H-L, Wang S-H, Wu Z-L. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause*. 2008;15(1):144-9.
۱۰. Abdulrasol ZA, Lafta MA, Kadim MA, Al-Hindi H, Obaid AF. Empowerment of Iraqi Women and its Effect on Their Quality of Life. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2022;10(E):1415-9.
۱۱. Bahri N, Mirzaii Mirzaiinajmabadi K, Esmaeily H, Latifnejad Roudsari R. Women's Empowerment Status in Menopausal Transition: A Cross-sectional Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*. 2022;10(4):279-89.
۱۲. Sudha T, Reshi IA. UNLEASHING THE POWER: EMPOWERING WOMEN FOR A STRONGER ECONOMY. *International Journal of Educational Review, Law And Social Sciences (IJERLAS)*. 2023;3(3):826-33.
۱۳. Reshi IA, Sudha T. Women Empowerment: A Literature Review. *International Journal of Economic, Business, Accounting, Agriculture Management and Sharia Administration (IJBAS)*. 2022;2(6):1353-9.
۱۴. Goldstein DE. 'When ovaries retire': Contrasting women's experiences with feminist and medical models of menopause. *Health*. 2000;4(3):309-23.
۱۵. Yazdkhasti M, Negarandeh R, Behboodi Moghadam Z. An empowerment model of Iranian women for the management of menopause: a grounded theory study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2019;14(1):1665958.
۱۶. Hall L, Callister LC, Berry JA, Matsumura G. Meanings of menopause: cultural influences on perception and management of menopause. *Journal of Holistic Nursing*. 2007;25(2):106-18.
۱۷. Gang M, Jung MS, Park S, Park Y, Oh K. How menopause symptoms and attitude Impact Korean women's quality of life after adjuvant treatment for breast cancer. *Cancer nursing*. 2017;40(6):E60-E6.
۱۸. Gang M, Jung MS, Park S, Park Y, Oh K. How Menopause Symptoms and Attitude Impact Korean Women's Quality of Life After Adjuvant Treatment for Breast Cancer. *Cancer Nurs*. 2017;40(6):E60-e6.
۱۹. Li S, Ho SC, Sham A. Relationship between menopause status, attitude toward menopause, and quality of life in Chinese midlife women in Hong Kong. *Menopause*. 2016;23(1):67-73.
۲۰. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. 1996;24(3):161-75.
۲۱. Neugarten BL, Wood V, Kraines RJ, Loomis B. Women's attitudes toward the menopause. *Human Development*. 1963;6(3):140-51.
۲۲. narjes B, M s, M H, F M. translation cross-cultureadaptation and Validationof the persionversion ofthe attitude toward menopause scale. 2023.
۲۳. Sharifi K, Tagharrobi Z, Sooki Z. Quality of life among iranian postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Galen Medical Journal*. 2020;9:e1649.
۲۴. Smail L, Jassim G, Shakil A. Menopause-Specific Quality of Life among Emirati Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17(1).
۲۵. Tang R, Luo M, Fan Y, Peng Y, Wang Y, Liu G, et al. Menopause-specific quality of life during ovarian aging among Chinese women: A prospective cohort study. *Maturitas*. 2022;157:7-15.

- ۲۶ Satoh T, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community-dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacteric*. 2005;8(2):146-53.
- ۲۷ Yeo JH. Influencing factors on quality of life in pre-and postmenopausal women. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2004.۴۲-۱۳۳۴:(۷)۳۴;
- ۲۸ Schwarz S, Völzke H, Alte D, Schwahn C, Grabe HJ, Hoffmann W, et al. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the study of health in pomerania (SHIP). *Menopause*. 2007;14(1):123-34.
- ۲۹ SHOJAEIZADEH D, Gashtae M. Assessing the Relationship Between Knowledge, Attitude and Healthy Behaviour Among Menopausal Women in Tehran in 2000 assessed. 2002.
- ۳۰ Akkuzu G, Örsal Ö, Kecişlan R. Women's attitudes towards menopause and influencing factors. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2009;29(3):666-74.
- ۳۱ Bahri N, LATIFNEJAD RR, Tohidinik HR, Sadeghi R. Attitudes towards menopause among Iranian women: A systematic review and meta-analysis. 2016.
- ۳۲ Ghorbani R, Nassaji M, Shahbazi A, Tabar SB, Rahaei F. Attitudes toward menopause among middle-aged women in Semnan, Iran. *J Egypt Public Health Assoc*. 2014;89(1):42-5.
- ۳۳ Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A. Menopause: knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas*. 2009;63(3):246-52.
- ۳۴ Faraji R, Asgharnia M, Hosseinzadeh F, Emadi A. Attitude and knowledge of women about menopause and hormone replacement therapy. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2014;24(1):48-55.
- ۳۵ Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak Ş. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*. 2012;15(6):552-62.
- ۳۶ Noroozi E, Dolatabadi NK, Eslami AA, Hassanzadeh A, Davari S. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40–45 years. *Journal of education and health promotion*. 2013;2(1):25.
- ۳۷ Kundu P, George LS, Yesodharan R. Quality of life and empowerment among women. *J Educ Health Promot*. 2022;11:185.
- ۳۸ Uslu-Sahan F, Er-Korucu A, Abic A. Quality of Sexual Life and Attitudes toward Menopause among Postmenopausal Women Living in Northern Cyprus: A Cross-sectional Study. *Journal of Mid-life Health*. 2023;14(4):265-71.
- ۳۹ Kafaie-Atrian M, Sadat Z, Nasiri S, Izadi-Avanji FS. The Effect of Self-care Education Based on Self-efficacy Theory, Individual Empowerment Model, and Their Integration on Quality of Life among Menopausal Women. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2022;10(1):54-63.
- ۴۰ Ngelu JM, Omwenga J, Mungatu J, Iravo M. Effect of gender empowerment programmes on improving quality of life in Kenya: Evidence from Machakos County. *Journal of Economics*. 2017;5(3):44-



5<sup>th</sup> International Conference on

**Nursing**  
Midwifery and Care

[www.nmcnf.ir](http://www.nmcnf.ir)

پنجمین کنفرانس بین المللی  
پرستاری، مامایی و مراقبت | اسپانیا

5<sup>th</sup> international conference on Nursing , Midwifery and Care

