

ارتباط بین مرحله آموزشی مدل پرسید با کیفیت زندگی در زنان یائسه تحت پوشش درمانگاه‌های شهر اسدآباد در سال ۱۴۰۰

فاطمه دارابی^۱، مینا ماهری^{۲*}

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه کمک می‌کند تا مداخلات مرتبط با بهبود کیفیت زندگی آنان، مطابق با نیاز آن‌ها طراحی و اجرا شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف «تعیین ارتباط بین مرحله آموزشی مدل پرسید با کیفیت زندگی زنان یائسه» انجام گرفته است. روش بررسی: مطالعه مقطعی حاضر در مورد ۲۴۰ زن یائسه شهر اسدآباد در سال ۱۴۰۰ انجام گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و باروری، پرسشنامه مخصوص کیفیت زندگی زنان یائسه و پرسشنامه‌ای مبتنی بر سازه‌های مرحله آموزشی مدل پرسید در خصوص یائسگی و رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی زنان تحت بررسی $22/15 \pm 72/72$ به دست آمد. خودکارآمدی درک شده ($\beta = -0/367, p < 0/001$) و نگرش ($\beta = -0/155, p < 0/009$)، پیش‌بینی‌کننده معنادار کیفیت زندگی بودند. سازه‌های مرحله آموزشی مدل پرسید در مجموع حدود ۳۳/۶٪ از واریانس کیفیت زندگی را در میان زنان یائسه شهر اسدآباد پیش‌بینی می‌کردند.

نتیجه‌گیری: سازه‌های مرحله آموزشی مدل پرسید جهت شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه و همچنین طراحی مداخلات آموزشی مرتبط در این زمینه مفید و مناسب است. پیشنهاد می‌شود ارتقای خودکارآمدی جهت انجام رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی و اصلاح نگرش نسبت به پدیده یائسگی در تمام مداخلات آموزشی که با هدف ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه طراحی و اجرا می‌شوند، ادغام شود.

نویسنده مسؤول: مینا ماهری؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

e-mail:
maheri.a@umsu.ac.ir

واژه‌های کلیدی: مدل پرسید، کیفیت زندگی، زنان یائسه

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۴۰۰ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۱ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۱/۴/۲۰

مقدمه

یائسگی به عنوان یک پدیده فیزیولوژیک، پایان دوره قاعدگی و باروری در زنان است (۱). بیش‌تر زنان یائسگی را در سنین ۴۵ تا ۵۴ سال تجربه می‌کنند (۲). تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ تعداد ۱/۲ میلیارد زن در سن یائسگی باشند. در ایران نیز تا سال ۲۰۲۲،

حدود ۵ میلیون زن در سن یائسگی خواهند بود (۲). در حال حاضر به دلیل افزایش امید به زندگی، به طور متوسط زنان یک سوم عمر خود را در دوران یائسگی سپری می‌کنند (۳ و ۱).

علایم یائسگی به ۴ دسته ازوموتور (مثل گرگرفتگی و تعریق شبانه)، روانی (مثل اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و عصبانی شدن)، جسمی (مثل درد عضلات و مفاصل،

۱ - گروه آموزشی بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران
۲ - گروه آموزشی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

احساس کمبود انرژی و توانایی، اضافه وزن، تغییر در ظاهر پوست و چین خوردگی) و جنسی (مثل کاهش تمایلات جنسی و خشکی واژن) قابل تقسیم‌بندی است. در این دوره، تغییرات تدریجی در متابولیسم استخوان رخ می‌دهد، در نتیجه خطر ابتلا به پوکی استخوانی و شکستگی‌ها افزایش می‌یابد. همچنین به دلیل کاهش استروژن، بروز بیماری‌های قلبی-عروقی بعد از دوران یائسگی به طور قابل توجهی بیش‌تر می‌شود. تمامی این مسایل و مشکلات به صورت منفی کیفیت زندگی زنان یائسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۱-۳).

کیفیت زندگی به ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامتی خود و همچنین توانایی خود جهت انجام وظایف جسمانی، روانی و اجتماعی اشاره دارد (۳). در حال حاضر کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم و جامع جهت ارزیابی و قضاوت در مورد نتیجه مداخلات پزشکی و برنامه‌های بهداشتی به کار می‌رود و یکی از اهداف مهم برنامه‌های سلامتی، بهبود کیفیت زندگی افراد جامعه است (۳ و ۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که یکی از اهداف مهم مراقبتی در زنان یائسه، بهبود کیفیت زندگی آنان است (۴).

در سال‌های اخیر کارکنان بهداشتی (Health providers)، بر مداخلات آموزشی جهت بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه تمرکز کرده‌اند. آموزش بهداشت از طریق افزایش آگاهی و اصلاح نگرش زنان یائسه نسبت به پدیده یائسگی و ارتقای رفتارهای سالم مرتبط با مدیریت عوارض یائسگی، می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه شود (۴).

به منظور افزایش اثربخشی مداخلات آموزش بهداشت استفاده از یک مدل به عنوان چارچوبی جهت شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه ضروری می‌باشد، تا در ادامه مداخلات آموزشی خود را با تمرکز بر این عوامل تأثیرگذار و مطابق با نیاز زنان یائسه طراحی و اجرا کنیم (۵-۷).

مدل PRECEDE یکی از محبوب‌ترین و پرکاربردترین مدل‌ها در علم آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است (۸). این مدل به منظور شناسایی عوامل مختلف به خصوص عوامل رفتاری که بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند و همچنین به منظور برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت تدوین شده است. PRECEDE، حروف اختصاری معادل لاتین عبارت «ساختارهای مستعدکننده، تقویت‌کننده و قادرکننده در تشخیص و ارزشیابی آموزشی/ محیطی» (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation) است.

مدل یاد شده از چند مرحله تشکیل شده است، مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک که ضروری‌ترین قسمت این مدل محسوب می‌شود، چارچوبی را فراهم می‌کند که به موجب آن عوامل مؤثر بر رفتار مانند عوامل مستعدکننده (آگاهی، نگرش، باور، ادراکات و...)، عوامل قادرکننده (دسترسی به منابع، مهارت‌ها و...) و عوامل تقویت‌کننده (تأثیر دیگران، خانواده، کارکنان بهداشتی، دوستان و...)، جهت مداخله در برنامه‌های آموزشی مشخص می‌شوند (۸).

با توجه به نتایج مطالعه مشابه قبلی (۶) و ضریب همبستگی بین میانگین نمره سازه‌های مدل PRECEDE و نمره کیفیت زندگی زنان یائسه ($r=0/2$)، سطح اطمینان آماری ۹۵٪ ($Z_{1-\alpha/2}=1/960$) و توان آزمون ۸۰٪ ($Z_{1-\beta}=0/842$) و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات همبستگی، حداقل تعداد نمونه مورد نیاز ۱۹۶ نفر برآورد شد. در ادامه جهت افزایش توان مطالعه و با توجه به ریزش‌های احتمالی، تعداد نمونه‌ها ۲۴۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}} \right)^2 + 3$$

روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. به این صورت که ابتدا هر یک از درمانگاه‌های شهر اسدآباد به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد. سپس از بین خوشه‌ها، ۲ درمانگاه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (به صورت قرعه‌کشی) انتخاب شدند. در ادامه با مراجعه به درمانگاه‌های منتخب و هماهنگی با مسؤول درمانگاه، لیستی از زنان یائسه تحت پوشش این درمانگاه‌ها که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، تهیه شد. در هر درمانگاه، لیست اسامی درون یک کاسه ریخته شد و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از هر درمانگاه ۱۲۰ زن یائسه به صورت قرعه‌کشی انتخاب شدند.

طی یک تماس تلفنی با نمونه‌های انتخاب شده، هدف مطالعه به آن‌ها توضیح داده شد و از نمونه‌هایی که رضایت به همکاری خود را به صورت شفاهی اعلام می‌کردند، درخواست شد.

با توجه به موارد گفته شده، مطالعه حاضر با هدف «تعیین ارتباط بین مرحله آموزشی مدل PRECEDE در خصوص یائسگی و رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی با کیفیت زندگی در میان زنان یائسه تحت پوشش درمانگاه‌های شهر اسدآباد» انجام گرفته است. یافته‌های مطالعه حاضر اطلاعاتی را در اختیار سیاست‌گذاران و مجریان عرصه سلامت قرار می‌دهد تا با شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه، مداخلات مختلف از جمله مداخلات آموزشی را مطابق با نیاز این گروه طراحی و اجرا کنند و به این ترتیب گامی در جهت بهبود سلامتی و کیفیت زندگی زنان یائسه بردارند.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری مطالعه کلیه زنان یائسه تحت پوشش درمانگاه‌های شهر اسدآباد استان همدان در سال ۱۴۰۰ بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنانی که به طور فیزیولوژیک یائسه شده‌اند و حداقل یک سال و حداکثر ۱۰ سال از قطع قاعدگی آن‌ها گذشته است، توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات از نظر جسمی و روانی و همچنین رضایت داشتن برای شرکت در مطالعه بود. زنان یائسه‌ای که هیستریکتومی شده بودند، ملیت غیر ایرانی داشتند، سابقه هورمون درمانی در طی ۶ ماه گذشته داشتند و مبتلا به بیماری شدید جسمی و روانی بودند (مثل سرطان، سکته، افسردگی شدید، اختلال استرس و اضطراب شدید و غیره) وارد مطالعه نشدند.

تا جهت تکمیل پرسشنامه‌ها به درمانگاه مراجعه کنند و در غیر این صورت پرسشنامه‌ها در زمان مراجعه آن‌ها جهت دریافت مراقبت‌های معمول مربوط به دوران میان‌سالی یا سالمندی تکمیل می‌شد. پرسشنامه‌ها توسط پرسشگران آموزش دیده و به روش مصاحبه تکمیل شد، به این صورت که طی مصاحبه چهره به چهره سؤالات توسط پرسشگران پرسیده می‌شد و پاسخی که نمونه‌ها می‌دادند، در پرسشنامه ثبت می‌شد.

برای گردآوری داده‌ها از ۳ پرسشنامه استفاده شد: پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و باروری شامل سن، سن اولین ازدواج، سن یائسگی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، شغل همسر، بعد خانوار، تعداد حاملگی‌ها، تعداد فرزندان زنده متولد شده، تعداد سقط‌ها، تعداد فرزندان مرده متولد شده، وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامتی به صورت کلی و ابتلا به بیماری خاص در حال حاضر.

پرسشنامه مخصوص کیفیت زندگی زنان یائسه (Menopause-specific Quality of Life Questionnaire; MENQOL). این پرسشنامه توسط Hilditch و همکاران وی در دانشگاه تورنتوی کشور کانادا طراحی و استاندارد شده است (۹).

در مطالعه حاضر از نسخه فارسی پرسشنامه MENQOL استفاده شد که توسط فلاح‌زاده و همکاران در ایران ترجمه و روایی پایایی آن سنجیده شده است (۱۰). نسخه فارسی این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال می‌باشد که کیفیت زندگی زنان یائسه را در ۴ حیطه

وازموتور (۳ سؤال)، روانی-اجتماعی (۷ سؤال)، جسمی (۱۶ سؤال) و جنسی (۳ سؤال) می‌سنجد. جهت تکمیل این پرسشنامه از زنان یائسه درخواست می‌شود 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 درجه‌بندی شده از ۰ تا ۶ است، به این ترتیب که به پاسخ خیر امتیاز صفر (یعنی در طی یک ماه گذشته این علائم را تجربه نکرده است)، اصلاً مشکلی ندارد امتیاز ۱ (یعنی در یک ماه گذشته این علائم را تجربه کرده است اما برای او ناراحتی ایجاد نکرده است)، مشکل جزئی امتیاز ۲، تا حدودی امتیاز ۳، متوسط امتیاز ۴، نسبتاً شدید امتیاز ۵ و شدید امتیاز ۶ تعلق می‌گیرد. نمره آزمودنی در هر بعد، از جمع نمرات پاسخ‌های داده شده توسط وی به سؤالات همان بعد به دست می‌آید. نمره کل آزمودنی نیز از جمع پاسخ‌های داده شده توسط وی به همه ۲۹ سؤال به دست می‌آید. محدوده نمره قابل کسب از کل پرسشنامه ۰ تا ۱۷۴ است. نمره بالاتر در هر بعد و کل پرسشنامه نشان‌دهنده بدتر بودن کیفیت زندگی می‌باشد. براساس نقطه برش پرسشنامه MENQOL، کسب نمره ۱۱۷-۱۷۴ نشان‌دهنده وضعیت نامناسب، ۵۹-۱۱۶ وضعیت متوسط و ۰-۵۸ نشان‌دهنده وضعیت مناسب است (۱۱).

فلاح‌زاده و همکاران جهت بررسی روایی پرسشنامه یاد شده از روش سنجش روایی محتوایی به صورت کیفی استفاده کردند. بدین منظور پرسشنامه در اختیار پانل خبرگان قرار

گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا از نظر رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سؤالات، قرارگیری سؤالات در جای مناسب خود و مدت زمان تکمیل پرسشنامه آن را مورد نقد و بررسی قرار دهند. در نهایت نظرات اصلاحی آن‌ها اخذ و در پرسشنامه لحاظ گردید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه نیز از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار این شاخص برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد که مطلوب و قابل قبول است (۱۰). در مطالعه حاضر مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد.

پرسشنامه مبتنی بر سازه‌های مرحله آموزشی مدل پرسید در خصوص یائسگی و رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی، اولین بار توسط نوروژی و همکاران در ایران طراحی و روایی و پایایی آن بررسی و تأیید شد (۷ و ۶). قسمت اول این پرسشنامه اختصاص دارد به سنجش عوامل مستعدکننده که در قالب ۱۶ سؤال آگاهی، ۱۰ سؤال نگرش و ۱۳ سؤال خودکارآمدی درک شده، تنظیم شده است. سؤالات سنجش آگاهی شامل سه حیطه آگاهی از علایم یائسگی، عوارض یائسگی و نیز برخی راه‌های کنترل این عوارض است که به صورت بلی و خیر پاسخ داده می‌شود. به پاسخ صحیح امتیاز ۱ و به پاسخ غلط امتیاز صفر تعلق می‌گیرد. کسب نمره بالاتر توسط آزمودنی نشان‌دهنده میزان بالای آگاهی وی در خصوص پدیده یائسگی می‌باشد. سؤالات مربوط به نگرش، باور و دیدگاه فرد را نسبت به علایم یائسگی، عوارض یائسگی و نیز راه‌های کنترل این عوارض می‌سنجد. سؤالات

سنجش نگرش، در مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای (موافق، بی‌نظر، مخالف) پاسخ داده می‌شود، به طوری که به نگرش مثبت نمره ۲، به نگرش خنثی نمره ۱ و به نگرش منفی نمره صفر تعلق می‌گیرد. سؤالات مربوط به خودکارآمدی درک شده، میزان اعتقاد فرد نسبت به توانایی خودش جهت انجام رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات خودکارآمدی درک شده در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای شامل همیشه (۴ امتیاز)، اغلب (۳ امتیاز)، گاهی اوقات (۲ امتیاز)، به ندرت (۱ امتیاز) و اصلاً (صفر امتیاز) می‌باشد. کسب نمره بالاتر توسط آزمودنی نشان‌دهنده خودکارآمدی درک شده بالای وی جهت انجام رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی و مقابله با این پدیده است.

قسمت دوم این پرسشنامه اختصاص دارد به سنجش عوامل قادرکننده که در قالب ۶ سؤال تنظیم شده است. دسترسی به منابع اطلاعاتی، برگزاری کلاس‌های آموزشی، برخورداری از رژیم غذایی متناسب با دوران یائسگی، مهارت انجام ورزش‌های مورد نیاز جهت کنترل عوارض یائسگی، رفتاری‌های روزانه و دسترسی به منابع مالی، به عنوان عوامل قادرکننده در نظر گرفته شده است. پاسخ به سؤالات این قسمت به صورت بلی یا خیر است. به طوری که به پاسخ بلی امتیاز ۱ و به پاسخ خیر امتیاز صفر تعلق می‌گیرد. کسب نمره بالاتر توسط آزمودنی نشان‌دهنده دسترسی بیشتر وی به عوامل قادرکننده جهت انجام رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی و مقابله با این پدیده است.

در نهایت قسمت سوم پرسشنامه یاد شده اختصاص دارد به سنجش عوامل تقویت‌کننده که در قالب ۶ سؤال تنظیم شده است. سؤالات این قسمت میزان درک زنان یائسه را در خصوص حمایت‌هایی که از سوی اطرافیان خود دریافت می‌کنند، می‌سنجد. پاسخ به این سؤالات نیز به صورت بلی یا خیر طراحی شده است، به طوری که به پاسخ بلی امتیاز ۱ و به پاسخ خیر امتیاز صفر تعلق می‌گیرد. کسب نمره بالاتر توسط آزمودنی نشان‌دهنده حمایت درک شده بالایی وی جهت انجام رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی و مقابله با این پدیده است.

نوروزی و همکاران جهت بررسی روایی پرسشنامه مدل پرسید از روش سنجش روایی محتوایی به صورت کیفی استفاده کردند. بدین منظور پرسشنامه در اختیار پانل خبرگان (شامل ۸ متخصص آموزش بهداشت و ۳ متخصص بهداشت باروری) قرار گرفت و نظرات اصلاحی آن‌ها اخذ و در پرسشنامه لحاظ گردید. پایایی پرسشنامه نیز از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. بدین منظور یک مطالعه پایلوت با ۳۰ نفر از زنان یائسه انجام یافت و میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ محاسبه شد که مطلوب و قابل قبول است (۶). در مطالعه حاضر مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی مطالعه حاضر شامل: دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی اســــدآباد (IR.ASAUMS.REC.1399.008)، دریافت

معرفی‌نامه کتبی از دانشکده علوم پزشکی اسدآباد جهت ارایه به محیط‌های پژوهش، حضور محقق در درمانگاه‌های منتخب و بیان اهداف مطالعه، کسب رضایت آگاهانه شفاهی از نمونه‌ها جهت شرکت در مطالعه، توضیح کافی به نمونه‌ها در مورد هدف مطالعه و روش کار و اطمینان دادن به آن‌ها در این خصوص که مشارکت آن‌ها در مطالعه کاملاً داوطلبانه می‌باشد و در صورت عدم تمایل می‌توانند از مطالعه خارج شوند و همچنین اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه نزد محقق خواهد ماند و نتایج مطالعه فقط به صورت کلی گزارش خواهد شد. در نهایت داده‌های به دست آمده در

نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، دامنه تغییرات، فراوانی و درصد) و تحلیلی شامل آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون تعقیبی Bonferroni، ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون خطی چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی و رسم نمودار هیستوگرام بررسی شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

توصیف وضعیت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و باروری زنان مورد مطالعه در جدول شماره ۱ گزارش شده است. دامنه تغییرات، میانگین و انحراف معیار سن، سن اولین ازدواج، سن شروع قاعدگی و سن یائسگی در میان زنان تحت بررسی به ترتیب ۷۱-۴۸، ۶/۷۲ ± ۵۸/۸۴، ۲۸-۱۱، ۶۸/۶۸ ± ۲/۹۹، ۱۵-۱۰، ۱/۱۶ ± ۱۲/۶۶ و ۵۸-۴۴، ۸۲/۸۲ ± ۲/۳۶، ۸۲-۴۹

آزمون تعقیبی Bonferroni، تفاوت بین گروه‌ها (شامل زنان مجرد، متأهل، جدا شده و بیوه) به صورت دو به دو بررسی شد. براساس یافته‌های به دست آمده، میانگین نمره کیفیت زندگی در میان افراد متأهل و جدا شده نسبت به افراد مجرد و بیوه کم‌تر بود (به عبارت دیگر، افراد متأهل و جدا شده نسبت به افراد مجرد و بیوه از نظر علایم مربوط به دوران یائسگی وضعیت بهتری داشتند).

همچنین نتیجه آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین متغیر سطح تحصیلات و کیفیت زندگی نیز ارتباط آماری معنادار وجود دارد. به طوری که براساس نتیجه آزمون تعقیبی Bonferroni، میانگین نمره کیفیت زندگی در میان افراد بی‌سواد نسبت به افراد دارای تحصیلات بالاتر، از جمله افراد دارای سواد خواندن و نوشتن، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، دیپلم و دانشگاهی بیش‌تر بود (به عبارت دیگر، افراد بی‌سواد نسبت به افراد باسواد از نظر علایم مربوط به دوران یائسگی وضعیت بدتری داشتند).

به همین صورت و براساس نتایج آنالیز واریانس یک طرفه میانگین نمره کیفیت زندگی در میان کارمندان دولتی و بازنشسته نسبت به افراد خانه‌دار، معلم و شغل آزاد به صورت معنادار کم‌تر بود. همچنین در میان افراد با وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامتی ضعیف نسبت به افراد با وضعیت اقتصادی و سلامتی متوسط و خوب میانگین نمره کیفیت زندگی به صورت معنادار بیش‌تر بود.

همچنین نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در میان افرادی

سال به دست آمد. اکثر آنان متأهل (۶۳/۸٪)، از نظر سطح تحصیلات بی‌سواد (۳۸/۸٪)، خانه‌دار (۹۰/۴٪)، از نظر وضعیت اقتصادی در سطح خوب (۵۱/۷٪) و از نظر وضعیت سلامتی در سطح نسبتاً خوب (۵۸/۸٪) بودند. همچنین اکثر آن‌ها گزارش کرده بودند که در حال حاضر مبتلا به بیماری خاصی نیستند (۶۲/۱٪).

در جدول شماره ۲ میانگین نمره کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن و همچنین میانگین نمره سازه‌های مدل PRECEDE شامل عوامل مستعدکننده (آگاهی، نگرش و خودکارآمدی درک شده)، عوامل قادرکننده و عوامل تقویت‌کننده گزارش شده است. از بین چهار بعد کیفیت زندگی، کم‌ترین میانگین نمره به دست آمده مربوط به بعد وازموتور (کسب حدود ۳۷ نمره از ۱۰۰) و بیش‌ترین میانگین مربوط به بعد جسمی (کسب حدود ۴۴ نمره از ۱۰۰) بود. زنان یائسه تحت بررسی با کسب حدود ۷۲/۷۲ از کل نمره مربوط به کیفیت زندگی، از نظر وضعیت کیفیت زندگی در سطح متوسط قرار می‌گیرند. در بین سازه‌های مدل PRECEDE کم‌ترین میانگین نمره به دست آمده مربوط به عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده (کسب حدود ۳۵ نمره از ۱۰۰) و بیش‌ترین میانگین مربوط به نگرش (کسب حدود ۶۲ نمره از ۱۰۰) بود.

میانگین نمره کیفیت زندگی زنان یائسه تحت بررسی به تفکیک برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول شماره ۳ گزارش شده است. نتیجه آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین وضعیت تأهل با کیفیت زندگی خاص دوران یائسگی ارتباط آماری معنادار وجود دارد. در ادامه با استفاده از

که در حال حاضر مبتلا به بیماری خاصی هستند، نسبت به آن‌هایی که نیستند به صورت معنادار بیشتر است (جدول شماره ۳).

با توجه به این‌که تعیین ضریب همبستگی، پایه تجزیه و تحلیل روابط علی است، پیش از انجام آزمون رگرسیون خطی چندگانه، رابطه بین سازه‌های مدل PRECEDE با کیفیت زندگی با استفاده از ضریب همبستگی Pearson بررسی شد. نتایج حاصل از همبستگی Pearson نشان داد که بین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی با میانگین نمره سازه‌های مدل PRECEDE شامل آگاهی ($r=-0/172$, $p=0/008$)، نگرش خودکارآمدی درک شده ($r=-0/316$, $p<0/001$)، عوامل قادرکننده ($r=-0/504$, $p<0/001$) و عوامل تقویت‌کننده ($r=-0/404$, $p<0/001$) همبستگی منفی و معنادار وجود دارد، به طوری که با افزایش نمره سازه‌های مدل پرسید در میان زنان یائسه تحت بررسی، نمره کیفیت زندگی کلی آن‌ها بهتر می‌شد.

جهت تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان از آنالیز رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. قبل از انجام این آزمون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون Durbin-Watson استفاده گردید که مقدار آن در این مطالعه $1/776$ به دست آمد که در محدوده $1/5$ تا $2/5$ قرار داشته و به معنای

عدم همبستگی بین خطاها است. فقدان هم خطی در متغیرهای پیش‌بین نیز براساس مقادیر تورم واریانس (Variance inflation factor; VIF) کم‌تر از $2/9$ برای تمامی متغیرهای پیش‌بین تأیید شد. نرمال بودن توزیع متغیر وابسته نیز با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی و رسم نمودار هیستوگرام بررسی و تأیید شد. جهت ورود متغیرهای پیش‌بین در مدل رگرسیونی از روش همزمان (Enter) استفاده شد که در این روش کلیه متغیرهای وارد شده در یک مرحله در تعیین رگرسیون مورد استفاده قرار گرفتند.

براساس یافته‌های جدول ضرایب رگرسیونی تطبیق یافته، خودکارآمدی درک شده ($\beta=-0/367$, $p<0/001$) و نگرش ($\beta=-0/155$, $p=0/009$)، به ترتیب بیش‌ترین میزان تأثیر، پیش‌بینی‌کننده معنادار کیفیت زندگی در میان زنان یائسه بودند. به این معنی که به ازای یک واحد افزایش در نمره خودکارآمدی درک شده، به اندازه حدود $0/367$ واحد، میانگین نمره کیفیت زندگی در جهت مثبت کاهش می‌یافت. همچنین به ازای یک واحد افزایش در نمره نگرش، به اندازه حدود $0/155$ واحد، میانگین نمره کیفیت زندگی در جهت مثبت کاهش می‌یافت (جدول شماره ۴). سازه‌های مدل پرسید در مجموع حدود $32/6\%$ از واریانس کیفیت زندگی را در میان زنان یائسه شهر اسدآباد پیش‌بینی می‌کردند.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و باروری زنان یائسه تحت پوشش درمانگاه‌های شهر اسدآباد در سال ۱۴۰۰ (n=۲۴۰)

متغیر کیفی		فراوانی (درصد)	متغیر کیفی		فراوانی (درصد)		
وضعیت تأهل	مجرد	۶(۲/۵)	وضعیت اقتصادی	ضعیف	۲۳(۹/۶)		
	متأهل	۱۵۳(۶۳/۸)		متوسط	۸۵(۳۵/۴)		
	جدا شده	۲۷(۱۱/۲)		خوب	۱۲۴(۵۱/۷)		
	بیوه	۵۴(۲۲/۵)		عالی	۸(۳/۳)		
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۹۳(۳۸/۸)	در حال حاضر مبتلا به بیماری خاص	بله	۹۱(۳۷/۹)		
	سواد خواندن و نوشتن	۶۵(۲۷/۰)		خیر	۱۴۹(۶۲/۱)		
	ابتدایی و راهنمایی	۳۶(۱۵/۰)	وضعیت سلامتی به صورت کلی	ضعیف	۵۱(۲۱/۲)		
	دبیرستان و دیپلم	۲۸(۱۱/۷)		نسبتاً خوب	۱۴۱(۵۸/۸)		
فوق دیپلم و لیسانس	۱۸(۷/۵)	خوب		۳۵(۱۴/۶)			
فوق لیسانس و بالاتر	۰(۰/۰)	خیلی خوب		۱۳(۵/۴)			
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۲۱۷(۹۰/۴)	تعداد حاملگی‌ها	میانگین	انحراف دامنه تغییرات		
	کارمند دولتی	۹(۳/۹)				تعداد	۴/۹۸
	معلم	۶(۲/۵)	تعداد فرزندان زنده متولد شده	میانگین	انحراف دامنه تغییرات		
	شغل آزاد	۴(۱/۶)				تعداد	۴/۳۳
شغل همسر	بازنشسته	۴(۱/۶)	تعداد سقط‌ها	میانگین	انحراف دامنه تغییرات		
	کارمند دولتی	۳۳(۱۳/۷)				تعداد	۰/۲۹
	معلم	۱۹(۷/۹)	تعداد فرزندان مرده متولد شده	میانگین	انحراف دامنه تغییرات		
	کارگر	۲۵(۱۰/۴)				تعداد	۰/۳۶
شغل آزاد	۹۶(۴۰/۱)	تعداد				۰/۳۶	۰/۵۹
شامل نمی‌شود (مجرد)	بیکار	۱۶(۶/۷)	بعد خانوار (نفر)	میانگین	انحراف دامنه تغییرات		
	بازنشسته	۴۵(۱۸/۷)				تعداد	۶/۳۳
		۶(۲/۵)					

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و محدوده نمره کیفیت زندگی و سازه‌های مدل پرسید در زنان یائسه تحت پوشش درمانگاه‌های شهر اسدآباد در سال ۱۴۰۰ (n=۲۴۰)

میانگین نمره کسب شده در مقیاس دامنه امتیاز هر سؤال	میانگین نمره کسب شده در مقیاس ۱۰۰	محدوده نمره کسب شده	محدوده نمره قابل کسب	انحراف معیار \pm میانگین	ابعاد کیفیت زندگی و سازه‌های مدل پرسید
۲/۲۲ \pm ۰/۹۵ (۰-۶)	۳۷/۰۳ \pm ۱۵/۹۱	۰-۱۸	۰-۱۸	۶/۶۶ \pm ۲/۸۶	علایم وازوموتور
۲/۲۱ \pm ۰/۹۵ (۰-۶)	۳۸/۵۴ \pm ۱۵/۹۰	۰-۳۳	۰-۴۲	۱۶/۱۸ \pm ۶/۶۸	علایم روانی-اجتماعی
۲/۶۴ \pm ۰/۹۱ (۰-۶)	۴۴/۰۶ \pm ۱۵/۲۹	۱-۸۴	۰-۹۶	۴۲/۳۰ \pm ۱۴/۶۸	علایم جسمی
۲/۵۲ \pm ۰/۱۰۱ (۰-۶)	۴۲/۰۸ \pm ۱۷/۹۸	۰-۱۶	۰-۱۸	۷/۵۷ \pm ۳/۲۳	علایم جنسی
۲/۵۰ \pm ۰/۷۹ (۰-۶)	۴۱/۷۹ \pm ۱۳/۳۰	۱۱-۱۴۳	۰-۱۷۴	۷۲/۷۲ \pm ۲۳/۱۵	کیفیت زندگی کلی
۰/۵۵ \pm ۰/۱۴ (۰-۱)	۵۵/۹۳ \pm ۱۴/۶۶	۱-۱۵	۰-۱۶	۸/۹۵ \pm ۲/۳۴	آگاهی
۱/۲۴ \pm ۰/۳۴ (۰-۲)	۶۲/۱۶ \pm ۱۷/۴۶	۴-۲۰	۰-۲۰	۱۲/۴۳ \pm ۳/۴۹	نگرش
۲/۱۷ \pm ۰/۶۰ (۰-۴)	۵۴/۳۲ \pm ۱۵/۰۰	۸-۴۷	۰-۵۲	۲۸/۲۵ \pm ۷/۸۰	خودکارآمدی درک شده
۰/۳۵ \pm ۰/۲۹ (۰-۱)	۳۵/۹۰ \pm ۲۹/۲۳	۰-۶	۰-۶	۲/۱۵ \pm ۱/۷۵	عوامل قادرکننده
۰/۳۵ \pm ۰/۳۳ (۰-۱)	۳۵/۲۷ \pm ۳۳/۵۸	۰-۶	۰-۶	۲/۱۱ \pm ۲/۰۱	عوامل تقویت‌کننده

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی برحسب برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی اقتصادی و سلامتی در زنان یائسه تحت پوشش درمانگاه‌های شهر اسدآباد در سال ۱۴۰۰ (n=۲۴۰)

p-value	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	متغیر	
†./۰.۰۱	۹۸/۰۰±۲۹/۴۳	۶	مجرد	وضعیت تأهل
	۶۸/۰۱±۲۳/۱۲	۱۵۳	متأهل	
	۷۰/۸۱±۱۹/۶۷	۲۷	جدا شده	
	۸۴/۲۴±۱۸/۴۱	۵۴	بیوه	
†./۰.۰۱	۸۳/۴۷±۲۰/۱۵	۹۳	بی‌سواد	میزان تحصیلات
	۷۰/۱۰±۲۱/۳۹	۶۵	سواد خواندن و نوشتن	
	۶۳/۱۱±۱۶/۷۴	۳۶	ابتدایی و راهنمایی	
	۵۸/۳۵±۱۳/۶۸	۲۸	دبیرستان و دیپلم	
	۶۸/۲۷±۳۹/۱۹	۱۸	فوق دیپلم و لیسانس	
†./۰.۰۱	۷۳/۵۷±۲۲/۳۹	۲۱۷	خانه‌دار	وضعیت اشتغال
	۵۸/۴۴±۲۲/۹۲	۹	کارمند دولتی	
	۷۵/۳۳±۲۵/۶۸	۶	معلم	
	۹۴/۰۰±۱۰/۳۹	۴	شغل آزاد	
	۳۴/۰۰±۲۶/۵۵	۴	بازنشسته	
†./۰.۰۱	۵۶/۲۱±۲۰/۳۹	۳۳	کارمند دولتی	شغل همسر
	۶۰/۸۴±۹/۰۰	۱۹	معلم	
	۷۶/۳۲±۲۵/۸۶	۲۵	کارگر	
	۷۵/۲۰±۲۳/۹۴	۹۶	شغل آزاد	
	۷۶/۷۵±۱۹/۶۳	۱۶	بیکار	
	۷۷/۷۷±۱۸/۳۹	۴۵	بازنشسته	
	۹۸/۰۰±۲۹/۴۳	۶	شامل نمی‌شود	
†./۰.۰۱	۹۲/۲۵±۲۸/۰۹	۸	عالی	ارزیابی وضعیت اقتصادی
	۶۵/۷۰±۱۹/۳۹	۱۲۴	خوب	
	۷۴/۰۱±۲۷/۱۹	۸۵	متوسط	
	۹۹/۹۸±۳۰/۴۱	۲۳	ضعیف	
†./۰.۰۱	۹۱/۲۷±۲۲/۴۴	۵۱	ضعیف	ارزیابی وضعیت سلامتی به صورت کلی
	۶۷/۶۸±۱۶/۹۳	۱۴۱	نسبتاً خوب	
	۶۸/۳۷±۲۰/۰۲	۳۵	خوب	
	۶۶/۴۶±۴۷/۳۱	۱۳	خیلی خوب	
‡./۰.۰۱	۸۷/۹۲±۱۹/۲۰	۹۱	بله	در حال حاضر مبتلا به بیماری خاص
	۶۳/۵۷±۲۰/۴۲	۱۴۹	خیر	

† آنالیز واریانس یک‌طرفه، ‡ آزمون تی‌مستقل، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنادار. حروف انگلیسی متفاوت، تفاوت آماری معنادار بین دو گروه را براساس آزمون تعقیبی Bonferroni نشان می‌دهد.

جدول ۴- ضرایب رگرسیونی* کیفیت زندگی برحسب سازه‌های مدل پرسید در میان زنان یائسه تحت پوشش درمانگاه‌های شهر اسدآباد در سال ۱۴۰۰ (n=۲۴۰)

R ²	p	t	ضرایب استاندارد نشده		سازه
			ضرایب استاندارد شده بتا (β)	خطای معیار بتا (B)	
۰/۴۱۶	۰/۴۸۶	۰/۶۹۸	۰/۰۳۹	۰/۵۵۰	آگاهی
	۰/۰۰۹	-۲/۶۵۴	-۰/۱۵۵	۰/۳۸۲	نگرش
	۰/۰۰۱	-۴/۷۸۹	-۰/۳۶۷	۰/۲۲۵	خودکارآمدی درک شده
	۰/۸۱۳	-۰/۲۳۶	-۰/۰۲۱	۱/۱۲۳	عوامل قادرکننده
	۰/۳۲۳	-۰/۹۸۹	-۰/۰۷۶	۰/۸۸۱	عوامل تقویت‌کننده

* تطبیق یافته براساس سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و بعد خانوار

بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های مطالعه حاضر میانگین سن یائسگی زنان مورد بررسی ۴۹/۸۲±۲/۳۶ بود. ساعی قره ناز و همکاران در مطالعه خود پس از تجزیه و تحلیل ۲۸ مطالعه، میانگین سن یائسگی را در میان زنان ایرانی ۴۸/۵۷ (CI: ۴۷/۹۶-۴۹/۱۸) سال برآورد کردند (۱۲). همچنین در یک مطالعه سیستماتیک و متآنالیز که در سال ۲۰۱۴ انجام یافت، میانگین سن یائسگی در کشورهای آفریقایی، آمریکای لاتین، آسیایی و خاورمیانه، اروپا، استرالیا و ایالات متحده آمریکا ۴۸/۳ (CI: ۴۸/۷۸-۴۹/۲۰) سال برآورد شد (۱۳). این یافته‌ها تقریباً همسو با یافته مطالعه حاضر است. البته باید توجه داشت که میانگین سن یائسگی در کشورهای فرهنگ‌ها و مناطق مختلف متفاوت است و عوامل مختلفی از جمله ژنتیک، سبک زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف سیگار و ...)، شاخص توده بدنی، وضعیت شغلی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، محل زندگی و ... بر آن تأثیر می‌گذارد (۱۲).

زنان تحت بررسی از نظر کیفیت زندگی خاص دوران یائسگی در سطح متوسط قرار داشتند. در یک مطالعه سیستماتیک و متآنالیز که توسط شریفی و همکاران انجام یافت،

میانگین کیفیت زندگی در میان ۳۴۱۳ زن ایرانی ۵۷/۸۹±۱۲/۸۰ برآورد شد که این مقدار براساس تقسیم‌بندی انجام شده از وضعیت کیفیت زندگی در سطح خوب قرار می‌گیرد (۱). با این مقایسه می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت کیفیت زندگی زنان یائسه شهر اسدآباد در مقایسه با میانگین کشوری در سطح پایین‌تری قرار دارد و این وضعیت قابل قبول نیست. بنابراین نیاز به طراحی و اجرای انواع مداخلات به منظور بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه شهر اسدآباد وجود دارد. از جمله مداخلاتی که در این زمینه می‌توان انجام داد شامل برگزاری جلسات آموزشی و مشاوره در خصوص پدیده یائسگی و راهبردهای مرتبط با بهبود علایم و عوارض ناشی از آن (مثل اصلاح سبک زندگی، داشتن فعالیت بدنی، داشتن تغذیه سالم و ...) در تمام مراکز بهداشتی جامعه (Community health centers) است. برای رسیدن به این هدف می‌توان از دانش و تجربه آموزشگران بهداشت، روان‌شناسان، کارشناسان تغذیه و سایر کارشناسان سلامت بهره برد (۱۴).

یافته‌ها نشان داد که بهترین و بدترین وضعیت مرتبط با کیفیت زندگی به ترتیب

مربوط به دو بعد وازوموتور و جسمی است. در مطالعات مختلف ابعادی که بهترین و بدترین وضعیت مرتبط با کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده بودند، متفاوت می‌باشد. به عنوان مثال در مطالعه شریفی و همکاران جنسی و روانی، جنایی و همکاران جنسی و وازوموتور، عبدالعلی‌پور و همکاران روانی و وازوموتور و همچنین در مطالعه Thapa و Thebe در کشور نپال روانی و جسمی، به ترتیب ابعادی بودند که بهترین و بدترین وضعیت مرتبط با کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده بودند (۱، ۲، ۳، ۱۵ و ۱۶). بنابراین پیشنهاد می‌شود به هنگام طراحی و اجرای مداخلات مرتبط با بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه شهر اسدآباد، بر بهبود بعد جسمی تمرکز ویژه شود و راهبردهای مرتبط با بهبود علایم جسمی یائسگی نسبت به سایر علایم در اولویت قرار گیرد.

براساس یافته‌های مطالعه حاضر یکی از عواملی که ارتباط آماری معنادار با کیفیت زندگی خاص دوران یائسگی داشت، وضعیت تأهل بود. به طوری که افراد متأهل و جدا شده نسبت به افراد مجرد و بیوه از نظر علایم مربوط به دوران یائسگی، وضعیت بهتری داشتند. در سایر مطالعات انجام یافته نیز گزارش شده است که زنان متأهل در دوران یائسگی علایم خفیف‌تری را در مقایسه با افراد مجرد و بیوه تجربه می‌کنند (۲، ۱۷ و ۱۸). یک دلیل احتمالی این است که زنان متأهل از حمایت اجتماعی بیشتر و وضعیت اقتصادی بهتری برخوردار هستند و زندگی جنسی معمولی دارند (۲ و ۱۸). همچنین زنان مجرد در سنین

پایین‌تر از زنان متأهل و جدا شده دچار یائسگی می‌شوند و این مسأله آن‌ها را در معرض عوارضی مانند افزایش خطر پوکی استخوان و بیماری‌های قلبی و عروقی قرار می‌دهد و در نهایت می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی زنان مجرد نسبت به زنان متأهل و جدا شده شود (۲).

در کل براساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که زنان دارای موقعیت اجتماعی- اقتصادی بالاتر (تحصیل کرده، شاغل دولتی و با وضعیت اقتصادی خوب)، در دوران یائسگی از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند. این یافته دور از انتظار نیست و هم راستا با یافته‌های بسیاری از مطالعات انجام گرفته در این زمینه می‌باشد (۲ و ۱۸). یک دلیل احتمالی برای این امر دسترسی بهتر و بیش‌تر به مراقبت‌های بهداشتی و دریافت مشاوره برای مدیریت علایم یائسگی در میان زنان با موقعیت اجتماعی- اقتصادی بالاتر است. همچنین زنانی که تحصیلات بالاتری دارند، شغل بهتر و درآمد بیش‌تری دارند، در نتیجه از عزت نفس، حمایت اجتماعی، منابع اطلاعاتی و آگاهی بیش‌تری برخوردار هستند، همه این موارد منجر به تخفیف علایم یائسگی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۲، ۱۸ و ۱۹).

اعتقاد کلی بر این است که وضعیت اجتماعی- اقتصادی ضعیف منجر به یائسگی زود هنگام می‌شود. همچنین زنان با موقعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تر بیش‌تر درگیر رفتارهای ناسالم از جمله مصرف سیگار هستند که همه این موارد می‌تواند منجر به تشدید علایم یائسگی و کاهش کیفیت زندگی شود (۲ و ۱۹).

همچنین در این مطالعه مشخص شد که وضعیت سلامتی ضعیف و داشتن بیماری خاص، اثرات منفی بر کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی دارد. این یافته نیز دور از انتظار نیست و آنچه مسلم است این که کیفیت زندگی افراد شدیداً تحت تأثیر وضعیت سلامتی و بیماری آن‌ها قرار می‌گیرد (۱۷ و ۱).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سن، کیفیت زندگی زنان یائسه کاهش می‌یابد (علایم یائسگی تشدید می‌یابد). این یافته نیز همسو با یافته‌های به دست آمده از سایر مطالعات است (۱، ۲ و ۱۹). این یافته را به این صورت می‌توان توضیح داد که چند سال بعد از یائسگی، علایم یائسگی مثل گرگرفتگی در بیش‌تر زنان فروکش می‌کند، اما عوارض مربوط به یائسگی از جمله پوکی استخوان به دلیل عدم تولید استروژن با افزایش سن افزایش می‌یابد که این مسأله می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی شود (۲ و ۲۰).

براساس یافته‌های مطالعه حاضر ازدواج زودهنگام، قاعدگی زودهنگام و یائسگی زودهنگام منجر به تشدید علایم یائسگی و کاهش کیفیت زندگی زنان یائسه می‌شود. یافته‌های حاصل از تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که ازدواج زودهنگام و قاعدگی زودهنگام منجر به یائسگی زودهنگام می‌شوند و در نتیجه این یائسگی زودهنگام می‌تواند منجر به تشدید علایم یائسگی و کاهش کیفیت زندگی شود (۲ و ۲۱).

لازم به توضیح است که برخی مطالعات در خصوص ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی خاص دوران

یائسگی یافته‌های متفاوتی گزارش کرده‌اند که می‌تواند به دلیل تفاوت در ماهیت و ویژگی نمونه‌های مورد مطالعه و یا به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، حمایتی و رفاهی موجود در بین جوامع مختلف باشد که تمامی این موارد می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت‌الشعاع قرار دهد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در میان سازه‌های مدل پرسید، خودکارآمدی درک شده قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان یائسه تحت بررسی می‌باشد و با افزایش اعتقاد فرد نسبت به توانایی خودش جهت انجام رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی (مثل داشتن فعالیت بدنی و تغذیه سالم، در میان گذاشتن نشانه‌های غیرمعمول با پزشک و یا سایر کارکنان بهداشتی و ...)، کیفیت زندگی آن‌ها بهبود پیدا می‌کند و برعکس. هم راستا با یافته مطالعه حاضر، در سایر مطالعات انجام یافته نیز خودکارآمدی درک شده به عنوان پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنادار کیفیت زندگی خاص دوران یائسگی عنوان شده است (۶ و ۷). Mishra و همکاران معتقدند که اعتقاد زنان یائسه به توانایی خود در درمان و مدیریت علایم یائسگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آن‌ها است (۲۲). بنابراین پیشنهاد می‌شود سازه خودکارآمدی درک شده در تمام مداخلاتی که با هدف کاهش علایم یائسگی و بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه طراحی و اجرا می‌شوند، گنجانده شود.

از جمله راهبردهایی که می‌تواند خودکارآمدی درک شده افراد را جهت انجام رفتارهای سالم افزایش دهد، شامل آموزش

رفتار موردنظر در قالب مراحل کوچک و قابل اجرا (مثل آموزش ورزش‌های خانگی در قالب مراحل کوچک و قابل اجرا به زنان یائسه)، استفاده از الگوی‌های نقش قابل باور (Credible role model) مثل معرفی زنان یائسه‌ای که با انجام رفتارهای سالم، کیفیت زندگی مطلوبی دارند، استفاده از ترغیب و تقویت کلامی و همچنین آموزش تکنیک‌های آرامسازی جهت کاهش استرس ناشی از انجام رفتارهای جدید و یا تغییر رفتار (۸).

سازه نگرش یکی دیگر از پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی در میان زنان یائسه شهر اسدآباد بود. به طوری که نگرش و باور مثبت نسبت به پدیده یائسگی و پیامدهای ناشی از انجام رفتارهای مرتبط با مدیریت عوارض یائسگی، با بهبود کیفیت زندگی همراه بود و برعکس. این یافته نیز همسو با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه است (۷ و ۶). به طور کلی هر اندازه نگرش شخص نسبت به یک رفتار مطلوب‌تر باشد، بیش‌تر احتمال دارد که وی رفتار موردنظر را انجام دهد و برعکس (۸). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر اندازه نگرش شخص نسبت به پدیده یائسگی و رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی (مثل داشتن فعالیت بدنی و تغذیه سالم) مطلوب‌تر باشد، بیش‌تر احتمال دارد که فرد این رفتارها را انجام دهد. انجام این رفتارها نیز منجر به تخفیف علائم یائسگی و بهبود کیفیت زندگی خواهد شد (۷ و ۶).

بنابراین پیشنهاد می‌شود راهبردهای مرتبط با بهبود سازه نگرش در تمام مداخلاتی که با هدف بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه

طراحی و اجرا می‌شوند، گنجانده شود. از جمله راهبردهایی که در بهبود سازه نگرش می‌تواند اثربخش باشد شامل بحث گروهی و ایفای نقش می‌باشد (۸ و ۲۳). بنابراین اصلاح باورهای غلط در مورد پدیده یائسگی و بیان پیامدهای مثبت ناشی از انجام رفتارهای مرتبط با کنترل عوارض یائسگی در قالب بحث‌های گروهی و ایفای نقش، می‌تواند قصد زنان یائسه را جهت انجام رفتارهای سالم و مدیریت عوارض یائسگی افزایش دهد و در نهایت منجر به تخفیف علائم یائسگی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که این مطالعه به صورت مقطعی انجام یافته است و با انجام مطالعاتی در دوره زمانی طولانی‌تر بهتر می‌توان روابط علیتی بین متغیرها را بررسی نمود. نکته دیگر مربوط به جامعه آماری پژوهش است که زنان یائسه مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر اسدآباد بودند و این احتمال وجود دارد که زنان یائسه در شهرهای دیگر روندهای متفاوتی نشان دهند، در نتیجه تعمیم نتایج به کل جامعه باید با احتیاط صورت پذیرد همچنین توصیه می‌شود مطالعات مشابه در سایر شهرها و بخش‌های مختلف کشور و با تعداد نمونه‌های بیش‌تر انجام شود.

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، ۲ سازه خودکارآمدی درک شده و نگرش، به ترتیب بیش‌ترین میزان تأثیر پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنادار کیفیت زندگی در میان زنان یائسه شهر اسدآباد بودند. بنابراین پیشنهاد می‌شود این ۲ سازه در تمام مداخلات آموزشی که با هدف

بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه طراحی و اجرا می‌شوند، ادغام شوند. سازه‌های مرحله آموزشی مدل PRECEDE حدود ۳۳٪ از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کردند. بنابراین با توجه به طبقه‌بندی انجام یافته از ضریب تعیین (R^2) در آزمون رگرسیون خطی به صورت ضعیف (۰/۰۲)، متوسط (۰/۱۳) و قوی (۰/۲۶) (۲۴)، می‌توان نتیجه گرفت که فاز آموزشی مدل PRECEDE جهت شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی خاص دوران یائسگی و همچنین جهت طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مرتبط در این زمینه مفید و مناسب است.

توصیه می‌شود به هنگام اجرای مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای مرتبط با بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه زنان مجرد، بیوه، دارای تحصیلات کم، خانه‌دار، دارای شغل آزاد، با وضعیت اقتصادی ضعیف، با وضعیت سلامتی ضعیف، بیمار، سن بالا، دارای فرزندان و بعد خانوار بیشتر و همچنین زنانی که ازدواج، قاعدگی و یائسگی زودهنگام داشتند، در اولویت قرار بگیرند.

شرکت در کلاس‌های آموزشی می‌تواند باعث افزایش آگاهی، بهبود نگرش، احساس اطمینان، قدرت و ارزشمندی در میان زنان

یائسه شود؛ همچنین کلاس‌های آموزشی از طریق ایجاد محیطی حمایت‌گرایانه، باعث افزایش مسؤلیت زنان یائسه در قبال سلامتی خود می‌شوند، در نتیجه شدت درک علایم یائسگی کاهش یافته و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود خواهد یافت (۱۹ و ۲).

لازم به ذکر است که هرگونه برنامه‌ریزی مرتبط با بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه در سطح کلان در صورتی به ثمر خواهد نشست که علاوه بر عوامل فردی مؤثر (از جمله خودکارآمدی درک شده، نگرش و ...)، سایر عوامل تأثیرگذار از جمله عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و قادرکننده (مثل مهارت، پول، زمان، تجهیزات و امکانات و ...)، نیز مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از یک طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده علوم پزشکی اسدآباد با کد طرح ۹۹۰۱۱۰ و کد اخلاق (IR.ASAUMS.REC.1399.008) است. بدین‌وسیله از دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، درمانگاه‌های تحت بررسی و تمامی زنان یائسه که در مطالعه ما مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1 - Sharifi K, Tagharrobi Z, Sooki Z. Quality of life among Iranian postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Galen Med J.* 2020 Mar 4; 9: e1649. doi: 10.31661/gmj.v9i0.1649.
- 2 - Namazi M, Sadeghi R, Behboodi Moghadam Z. Social determinants of health in menopause: an integrative review. *Int J Womens Health.* 2019 Dec 9; 11: 637-647. doi: 10.2147/IJWH.S228594.
- 3 - Jenabi E, Gholamalilee B, Khazaei S. Correlation between Health Literacy and Quality of Life in Iranian Menopausal Women. *J Menopausal Med.* 2020 Apr; 26(1): 34-38. doi: 10.6118/jmm.19018.
- 4 - Shobeiri F, Jenabi E, Khatiban M, Hazavehei SMM, Roshanaei G. The effect of educational program on quality of life in menopausal women: a clinical trial. *J Menopausal Med.* 2017 Aug; 23(2): 91-95. doi: 10.6118/jmm.2017.23.2.91.

- 5 - Moshki M, Mohammadzadeh F, Yaghubi R, Pariafsai F. [Application of behavioral analysis phase of PRECEDE model on women's psychological well-being in the menopausal period]. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*. 2015; 3(2): 39-51. (Persian)
- 6 - Norozi E, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Moodi M, Sharifirad G. Factors affecting quality of life in postmenopausal women, Isfahan, 2011. *J Educ Health Promot*. 2013 Oct 30; 2: 58. doi: 10.4103/2277-9531.120857.
- 7 - Noroozi E, Miri MR, Gol Mohammadi Sh. [Application of behavioral analysis phase of PRECEDE model for quality of life survey in postmenopausal women in Birjand]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2012; 19(3): 312-323. (Persian)
- 8 - Sharma M. *Theoretical foundations of health education and health promotion*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016.
- 9 - 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 Jul; 24(3): 161-75. doi: 10.1016/s0378-5122(96)82006-8.
- 10 - Fallahzade H, Dehghani Tafti A, Dehghani Tafti M, Hoseini F, Hoseini H. [Factors affecting quality of life after menopause in women]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2011; 18(6): 552-558. (Persian)
- 11 - Seyed Hoshiyar M, Ziaei T, Tatari M, Khoori E. Self-awareness counseling on quality of life of menopausal women. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2021; 18(2): 29-32. doi: 10.29252/jgbfnm.18.2.29.
- 12 - Saei Ghare Naz M, Sayehmiri F, Kiani F, Ozgoli G. A systematic review and meta-analysis on the average age of menopause among Iranian women. *Evidence Based Care Journal*. 2019; 8(4): 26-34. doi: 10.22038/EBCJ.2018.32369.1820.
- 13 - Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol*. 2014 Oct; 43(5): 1542-62. doi: 10.1093/ije/dyu094.
- 14 - Taebi M, Abdolalian S, Ozgoli G, Ebadi A, Kariman N. Strategies to improve menopausal quality of life: a systematic review. *J Educ Health Promot*. 2018 Jul 6; 7: 93. doi: 10.4103/jehp.jehp_137_17.
- 15 - Abdolalipour S, Mirghafourvand M, Ghassab-Abdollahi N, Farshbaf-Khalili A. Health-promoting lifestyle and quality of life in affected and unaffected menopausal women by primary osteoporosis. *J Educ Health Promot*. 2021 Feb 27; 10: 45. doi: 10.4103/jehp.jehp_450_20.
- 16 - Thapa P, Thebe P. Quality of life of postmenopausal women in rural area, Nepal. *Post Reprod Health*. 2021 Sep; 27(3): 151-157. doi: 10.1177/20533691211014741.
- 17 - Alaenejad A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. Relationship between health-promoting behaviors and quality of life in postmenopausal women. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2017; 3(4): 269-276. doi: 10.32598/jccnc.3.4.269.
- 18 - Kamal NN, Seedhom AE. Quality of life among postmenopausal women in rural Minia, Egypt. *East Mediterr Health J*. 2017 Oct 30; 23(8): 527-533. doi: 10.26719/2017.23.8.527.
- 19 - Barati M, Akbari-Heidari H, Samadi-Yaghin E, Jenabi E, Jormand H, Kamyari N. The factors associated with the quality of life among postmenopausal women. *BMC Womens Health*. 2021 May 18; 21(1): 208. doi: 10.1186/s12905-021-01361-x.
- 20 - Dalal PK, Agarwal M. Postmenopausal syndrome. *Indian J Psychiatry*. 2015 Jul; 57(Suppl 2): S222-32. doi: 10.4103/0019-5545.161483.
- 21 - Delavar MA, Hajiahmadi M. Factors affecting the age in normal menopause and frequency of menopausal symptoms in northern Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2011 Mar; 13(3): 192-8.
- 22 - Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res*. 2003 Jun; 12(4): 405-12. doi: 10.1023/a:1023421128141.
- 23 - Ghodsi M, Maheri M, Joveini H, Rakhshani MH, Mehri A. Designing and evaluating educational intervention to improve preventive behavior against cutaneous leishmaniasis in endemic areas in Iran. *Osong Public Health Res Perspect*. 2019 Aug; 10(4): 253-262. doi: 10.24171/j.phrp.2019.10.4.09.
- 24 - Samad S. Examining the effects of environmental strategy and competitive advantage on business performance. *Management Science Letters*. 2018; 8(9): 891-902. doi: 10.5267/j.msl.2018.6.012.

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

Fatemeh Darabi¹, Mina Maheri^{2*}

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2022
Accepted: May 2022
e-Published: 11 Jul. 2022

Corresponding author:
Mina Maheri
e-mail:
maheri.a@umsu.ac.ir

Abstract

Background & Aim: Identifying the factors affecting the quality of life in postmenopausal women will help to design and implement the quality of life-improving interventions tailored to these women's needs. This study aimed to determine the relationship between the educational phase of the PRECEDE model and the quality of life among postmenopausal women.

Methods & Materials: The present cross-sectional study was conducted on 240 postmenopausal women in Asadabad in 2021. The data collection tool included demographic information, the menopause-specific quality of Life questionnaire (MENQOL), and a questionnaire based on educational phase constructs of the PRECEDE model about menopause and behaviors related to the control of menopause complications. Data were analyzed using the SPSS software version 16.

Results: The mean score of quality of life in the women was 72.72±23.15. Perceived self-efficacy ($\beta=-0.367$, $P<0.001$) and attitude ($\beta=-0.155$, $P=0.009$) were significant predictors of quality of life. The educational phase constructs of the PRECEDE model explained about 33.6% of the variance of quality of life among the postmenopausal women in Asadabad.

Conclusion: Educational phase constructs of the PRECEDE model are useful for identifying the factors affecting the quality of life in postmenopausal women, and designing educational interventions in this area. It is recommended promoting self-efficacy (to perform behaviors related to the control of menopause complications) and improving attitude toward menopause to be integrated into all educational interventions designed and implemented to improve the quality of life in postmenopausal women.

Key words: PRECEDE model, quality of life, postmenopausal women

Please cite this article as:

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, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2022; 28(2): 130-147. (Persian)

1 - Dept. of Public Health, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran

2 - Dept. of Public Health, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

