

بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر اصفهان بر اساس مرحله تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE

انسیه نوروزی^۱، فیروزه مصطفوی^۲، اکبر حسن زاده^۳، میترا مودی^۴، غلامرضا شریفی راد^۵

چکیده

مقدمه: در مطالعات گوناگون نشان داده شده است که کیفیت زندگی زنان، به دنبال وقوع یائسگی دست خوش تغییرات اساسی می‌گردد. عوامل متعددی از قبیل عوامل روانی-اجتماعی با کیفیت زندگی در دوران یائسگی مرتبط هستند. هدف این مطالعه، بررسی برخی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه اصفهانی بر اساس مرحله تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE بود.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی و از طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در میان ۲۰۰ زن یائسه سالم شهر اصفهان اجرا گردید. اطلاعات مورد نیاز توسط دو پرسش‌نامه معتبر و پایا جمع‌آوری گردید (یک پرسش‌نامه کیفیت زندگی و پرسش‌نامه دیگر عوامل مربوط به سازه تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE را می‌سنجید). تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS_{۱۸} و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $47/77 \pm 55/74$ سال و میانگین سن وقوع یائسگی $3/56 \pm 50/20$ سال به دست آمد. $30/5$ درصد افراد مورد بررسی بی‌سواد بودند. ۵ درصد از آن‌ها نیز تحصیلات دانشگاهی داشتند. در ضمن ۸۱ درصد زنان متأهل و ۹۰ درصد آن‌ها خانه‌دار بودند. آزمون همبستگی Pearson، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین کیفیت زندگی با نوع نگرش نسبت به پدیده یائسگی، خودکارآمدی درک‌شده، عوامل قادرساز و تقویت‌کننده نشان داد. همچنین کیفیت زندگی زنان یائسه با سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال آن‌ها ارتباط معنی‌داری داشت. در ضمن این آزمون، ارتباطی میان کیفیت زندگی با آگاهی نسبت به یائسگی نشان نداد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود که فراهم‌کنندگان خدمات سلامتی، بایستی علاوه بر فراهم کردن آگاهی‌های لازم در مورد یائسگی، نسبت به خلق گروه‌های حمایتی برای ایجاد نگرش مثبت و ارتقای رفتارهای سالم‌تر در زنان یائسه همکاری نمایند.

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

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۹۰/۵/۱۸

دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. مربی، مرکز تحقیقات امنیت غذایی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. مربی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۵. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: g_sharifrad@hlth.mui.ac.ir

www.SID.ir

مقدمه

معتقد بودند که یائسگی به صورت متوسط تا شدید بر روابط خانوادگی آن‌ها اثر سوء داشته است (۱۰). Blumel و همکاران بیان می‌کنند 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. در نتیجه این زنان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۱۳). یکی از اهداف بهداشت برای همه در قرن ۲۱، ارتقای کیفیت زندگی است. بنابراین استفاده از یک الگو به عنوان چارچوبی برای شناسایی عواملی که در ضعف کیفیت زندگی زنان یائسه و کاهش وضعیت سلامت آن‌ها دخیل هستند، ضروری است. همچنین طراحی برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه امری ضروری به نظر می‌رسد. بررسی منابع، کارایی الگوی PRECEDE را در پیش‌بینی کیفیت زندگی گروه‌های مختلف مردم نشان می‌دهد (۱۶-۱۸). الگوی PRECEDE که در سال ۱۹۷۰ توسط Green و Kreuter ارائه شد، عوامل مختلفی که وضعیت سلامت را شکل می‌دهند را در نظر می‌گیرد و به طرح و تفسیر واضح این عوامل می‌پردازد (۱۹). در واقع در طی مرحله چهارم الگو (تشخیص آموزشی و اکولوژیک، Educational and ecological assessment)، عوامل بالقوه مؤثر بر مشکل بهداشتی که در طی مرحله قبلی یعنی تشخیص رفتاری (Behavioral and environmental assessment) شناسایی شدند؛ تعیین می‌گردد. سپس در سه دسته عوامل مستعدکننده (Predisposing)، قادرکننده (Enabling) و تقویت‌کننده (Reinforcing) قرار می‌دهد (۲۰). عوامل مستعدکننده عواملی هستند که انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می‌کنند و به عنوان مزیت فردی محسوب می‌شوند (۲۰). در این مطالعه آگاهی، نگرش و خودکارآمدی درک‌شده به عنوان عوامل مستعدکننده در نظر گرفته شدند. عوامل قادرکننده عواملی هستند که اجازه می‌دهند که یک خواسته یا آرزوی فرد، شناخته شده و به حد نهایی یا عمل درآید. این عوامل شامل مهارت‌ها، منابع و موانعی می‌شوند که می‌توانند تغییرات محیطی و رفتاری را کمک و یا مانع شوند (۲۰). در این مطالعه دسترسی به منابع اطلاعاتی، برگزاری کلاس‌های

امروزه نظام‌های سلامت، مهم‌ترین برنامه‌های خود را مبتنی بر سلامت خانواده ترسیم نمودند. زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌گردند و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی می‌باشند. اگرچه زنان و مردان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند اما زنان با مسایل ویژه‌ای ناشی از شرایط فیزیولوژیک خود، مواجه هستند. یکی از این مسایل، دوره گذار یائسگی (Menopausal transition) می‌باشد که به سبب کاهش استروژن مشکلات مضاعفی را برای زنان ایجاد می‌نماید (۱). در طی این دوره، بدن دچار تغییرات هورمونی می‌شود، قدرت باروری کاهش و خطر بروز تغییرات جسمی و روانی افزایش می‌یابد (۲). سن متوسط وقوع یائسگی در زنان طبیعی، بین ۴۲-۵۸ سالگی و میانه آن ۵۱/۴ سالگی می‌باشد (۲). اما در مطالعات ایران، میانگین سنی یائسگی پائین‌تر و ۴۷/۸ سال می‌باشد (۱). از آن جایی که امید به زندگی از ۴۸/۳ سال در سال ۱۹۰۰ میلادی به ۷۹/۸ سال در سال ۲۰۰۱ افزایش یافته است؛ زنان بیش از یک سوم عمر خود را در دوران پس از یائسگی به سر می‌برند (۳). با توجه به این موضوع، توجه به کیفیت زندگی زنان (Quality of life) از نظر بهداشت عمومی در دوران یائسگی اهمیت فراوانی می‌یابد (۴). کیفیت زندگی یک جز ذهنی از رفاه و یکی از نشانه‌هایی است که برای اندازه‌گیری سلامت مطرح می‌شود (۵). سازمان جهانی بهداشت (World health organization یا WHO) کیفیت زندگی را "ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی، در متن فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارتباطات و نیازهایشان" تعریف می‌کند (۶). مطالعات مختلف در ایران و سایر نقاط دنیا، بیشتر بیانگر تأثیر منفی یائسگی بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشند (۷-۱۵). تهرانی و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که ۳۸/۳ درصد زنان یائسه تهرانی از گرگرفتگی شدید و ۴۳ درصد آن‌ها از اضطراب شدید رنج می‌برند و ۴۰ درصد نیز خود را شدیداً تحریک‌پذیر می‌دانند. در مطالعه فوق، حدود ۳۰ درصد زنان یائسه، کاهش شدید میل جنسی را در طی دوران یائسگی گزارش نمودند. در ضمن حدود ۵۰ درصد زنان در این مطالعه

جهت دسترسی به افراد مورد نیاز، از طریق مراکز بهداشتی-درمانی و کانون‌های بازنشستگان سطح شهر اصفهان اقدام شد. معیار ورود به مطالعه، زنانی بودند که به طور فیزیولوژیک یائسه شده بودند و حداقل یک سال و حداکثر ۱۰ سال از قطع قاعدگی آن‌ها گذشته بود. در ضمن زنانی که سابقه هورمون درمانی در طی ۶ ماه گذشته داشتند، هیستریکتومی شده بودند، ملیت 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 است.

۱- پرسش‌نامه اول، پرسش‌نامه‌ای محقق‌ساخته است که بر اساس عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE در ۴ بخش تدوین گردید. بخش اول این پرسش‌نامه شامل ۱۹ سؤال اطلاعات فردی در زمینه سن، سن وقوع یائسگی، سطح تحصیلات، شغل و غیره است. بخش دوم پرسش‌نامه اختصاص به سنجش عوامل مستعدکننده داشت که در قالب ۱۸ سؤال آگاهی، ۹ سؤال نگرش و ۱۳ سؤال خودکارآمدی درک‌شده تدوین شده است. سؤالات سنجش آگاهی به ۲ صورت طراحی شدند. بدین ترتیب که ۳ سؤال اول که در زمینه آگاهی از علایم، عوارض و راه‌های کنترل این عوارض است؛ چندگزینه‌ای و سایر سؤالات به صورت صحیح و غلط طراحی شدند. در این بخش به هر پاسخ صحیح امتیاز یک و به هر پاسخ غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. سؤالات سنجش نگرش شامل ۹ سؤال است که به صورت مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای (موافق، بی‌نظر، مخالف) طراحی شد. بالاترین امتیاز برای نگرش مثبت ۲ و کمترین امتیاز برای نگرش منفی صفر در نظر گرفته شد. سؤالات سنجش خودکارآمدی درک‌شده شامل ۱۳ سؤال است که به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای طراحی شد. 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. پاسخ به این سؤالات به صورت بلی یا خیر طراحی شد. بدین صورت که به هر پاسخ بلی، امتیاز یک و به هر پاسخ خیر؛ امتیاز صفر تعلق گرفت. در نهایت بخش چهارم پرسش‌نامه مذکور به سنجش عوامل تقویت‌کننده در قالب ۴

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 جز عوامل قادرساز در نظر گرفته شدند. عوامل تقویت‌کننده، شامل پاداش‌های دریافت شده و بازخوردهایی است که فراگیر از دیگران به دنبال سازگاری با یک رفتار دریافت می‌کند و می‌تواند تداوم یک رفتار را حمایت یا تضعیف نماید (۲۰). در این مطالعه، درک زنان یائسه از حمایت دریافت‌شده از سوی اطرفیانشان به عنوان عامل تقویت‌کننده در نظر گرفته شد. متأسفانه در کشور ما تاکنون، برنامه‌ها و خدمات سلامت زنان، اختصاص به موضوعات خاصی مانند مسایل دوران بارداری و تنظیم خانواده محدود شدند و سایر نیازهای سلامت زنان از جمله مشکلات دوره گذار یائسگی، مورد غفلت واقع شدند (۱). توجه به کیفیت زندگی زنان یائسه، می‌تواند سلامت آن‌ها را برای بیش از یک سوم دوره زندگی تضمین نماید و سال‌های پایان باروری را برای آن‌ها به سال‌های مفید زندگی تبدیل نماید (۱). بنابراین این مقاله که حاصل پژوهشی با عنوان "بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر اصفهان بر اساس مرحله تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE می‌باشد؛ به بررسی کیفیت زندگی زنان یائسه شهر اصفهان و برخی از عوامل مؤثر بر آن پرداخت. با این امید که راهنمایی برای برنامه‌ریزی دقیق‌تر در زمینه برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای مرتبط با ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه باشد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که بر روی زنان یائسه ۴۰-۶۵ ساله شهر اصفهان انجام گردید. حجم نمونه مورد نیاز بر اساس مطالعات قبلی و با احتساب سطح اطمینان ۹۵ درصد، $\alpha = 0.05$ و $d = 0.2$ و ۲۰۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای و متناسب با حجم جمعیت انجام شد. با توجه به اطلاعات مرکز آمار ایران، حدود ۹۰ درصد زنان ۴۰-۶۵ ساله اصفهانی خانه‌دار و مابقی بازنشسته می‌باشند؛ در این مطالعه نیز ۹۰ درصد حجم نمونه از زنان خانه‌دار و ۱۰ درصد دیگر از زنان بازنشسته انتخاب گردید.

شد و پس از تعیین روایی و پایایی ($\alpha = 0/70$) مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه که شامل ۷۲ سؤال می‌باشد؛ کیفیت زندگی زنان یائسه را در ۵ حیطه روانی، جسمی، اجتماعی، جنسی و فعالیت‌های فیزیکی می‌سنجد. 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_{۱۸} و از طریق آزمون‌های همبستگی Spearman و Pearson، t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۲۰۰ زن یائسه ۴۰-۶۵ ساله ساکن شهر اصفهان در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام گرفت. میانگین سنی افراد مورد پژوهش $4/77 \pm 55/74$ سال و میانگین سن وقوع یائسگی $3/56 \pm 50/20$ سال به دست آمد. همان گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، ۸۱ درصد افراد مورد بررسی متأهل، ۹۰ درصد خانه‌دار و اکثریت آن‌ها بی‌سواد (۳۰/۵ درصد) و یا تنها سواد خواندن و نوشتن (۲۴ درصد) داشتند.

سؤال می‌پرداخت. این سؤالات، درک زنان یائسه را از حمایت دریافت‌شده از سوی اطرافیانشان می‌سنجید. پاسخ به این سؤالات به صورت بلی یا خیر طراحی شد. بدین صورت که به هر پاسخ بلی، امتیاز یک و به هر پاسخ خیر؛ امتیاز صفر تعلق گرفت. قابل توجه است که میانگین نمرات کسب شده در تمامی بخش‌های این پرسشنامه به صورت درصد بیان گردید. برای تعیین روایی محتوای پرسشنامه مذکور، از نظرات ۸ تن از متخصصان آموزش بهداشت و ۳ تن از متخصصان بهداشت باروری استفاده شد. جهت تعیین پایایی نیز، یک مطالعه پایلوت در بین ۳۰ نفر از زنان گروه هدف صورت گرفت. در نهایت پایایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ($\alpha = 0/76$) مورد تأیید قرار گرفت.

۲- پرسشنامه دوم، پرسشنامه‌ای استاندارد جهت سنجش کیفیت زندگی زنان یائسه است که در طی تحقیقی دیگر در سطح شهر اصفهان، بر اساس پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی زنان یائسه (آخرین ویرایش، جاکولین ۲۰۰۴ مربوط به انجمن بهداشت زنان تورنتو کانادا (MENQOL) به اضافه پرسشنامه انجمن منوپوز آمریکا (UQOL ولف ۲۰۰۲) تدوین

جدول ۱: وضعیت متغیرهای جمعیت‌شناسی زنان یائسه مورد بررسی

درصد	تعداد	تعداد کل زنان یائسه مورد بررسی ($n = 200$)
۱	۲	۴۰-۴۵ سال
۱۰	۲۰	۴۵-۵۰ سال
۴۳	۸۶	سن
۳۰	۶۰	۵۰-۵۵ سال
۱۶	۳۲	۵۵-۶۰ سال
۱۶	۳۲	۶۰-۶۵ سال
۸۱	۱۶۲	متأهل
۱۹	۳۸	بیوه
۹۰	۱۸۰	خانه‌دار
۱۰	۲۰	شاغل
۳۰/۵	۶۱	بی‌سواد
۲۴	۴۸	سواد خواندن و نوشتن
۲۸/۵	۵۷	سطح تحصیلات
۱۲	۲۴	ابتدایی و راهنمایی
۵	۱۰	متوسطه و دیپلم
۰/۵	۱	فوق دیپلم و بالاتر
۱۴	۲۸	عالی
۶۳	۱۲۶	ارزیابی وضعیت اقتصادی
۲۲/۵	۴۵	خوب
		متوسط
		ضعیف

دست آمده است. در قسمت عوامل مربوط به مرحله تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE، بیشترین میانگین نمره مربوط به نمره نگرش نسبت به پدیده یائسگی ($13/40 \pm 64/13$) و کمترین میانگین نمره مربوط به نمره عوامل تقویت کننده ($9/07 \pm 12/59$) می باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه، در قسمت عوامل مستعدکننده الگو با نگرش آن ها نسبت به پدیده یائسگی و خودکارآمدی درک شده آن ها همبستگی معنی دار آماری دارد ($P < 0/01$)، اما بین کیفیت زندگی زنان یائسه با آگاهی آن ها در زمینه مسایل یائسگی ارتباطی یافت نشد ($P > 0/05$). همچنین آزمون همبستگی Pearson نشان داد که میان کیفیت زندگی زنان یائسه با عوامل قادرساز و عوامل تقویت کننده همبستگی معنی دار آماری وجود دارد ($P < 0/01$). جدول ۳ ضرایب همبستگی بین نمره کیفیت زندگی با نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE را نشان می دهد.

در ضمن اکثریت افراد مورد مطالعه (۶۳ درصد) وضعیت اقتصادی خود را متوسط و بیش از نیمی از نمونه ها (۵۶ درصد) نیز وضعیت سلامت خود را متوسط ارزیابی نمودند. در زمینه بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و برخی متغیرهای دموگرافیک، نتیجه آزمون همبستگی Pearson نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه با سن آن ها رابطه معکوس آماری دارد ($P < 0/01$ و $r = -0/220$). نتایج آزمون t مستقل نیز نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه با توجه به وضعیت تأهل و شغل آن ها متفاوت است ($P < 0/01$). در نهایت آزمون همبستگی Spearman نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه با سطح تحصیلات آن ها ($P < 0/01$ و $r = 0/287$) ارتباط معنی دار آماری دارد. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE را (از ۱۰۰ نمره) نشان می دهد. همان گونه که مشاهده می شود میانگین نمره کیفیت زندگی زنان یائسه $9/87 \pm 63/85$ به

جدول ۲: میانگین نمره کیفیت زندگی و عوامل مرحله تحلیل رفتاری مدل PRECEDE

متغیر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۶۳/۸۵	۹/۸۷
آگاهی	۴۸/۲۶	۹/۹۹
نگرش	۶۴/۱۳	۱۶/۴۰
خودکارآمدی درک شده	۵۶/۳۳	۱۶/۲۷
عوامل قادرساز	۱۳/۸۰	۸/۰۳
عوامل تقویت کننده	۱۲/۵۹	۹/۰۷

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین نمره کیفیت زندگی زنان یائسه با نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری مدل PRECEDE

متغیر	نمره آگاهی	نمره نگرش	نمره خودکارآمدی درک شده	نمره عوامل قادرساز	نمره عوامل تقویت کننده
نمره کیفیت زندگی	۰/۱۳۴	۰/۳۹۳	۰/۵۳۸	۰/۲۳۷	۰/۳۷۷

*کلیه ضرایب همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۱ می باشند.

بحث

داشتند، علایم یائسگی را با شدت بیشتری تجربه می‌کردند (۳۲-۲۶). از سویی دیگر هر چه علایم یائسگی با شدت بیشتری تجربه شوند؛ تأثیر منفی‌تری بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌گذارند (۳۶-۳۳). نتایج این مطالعات نشان داد که زنانی که نگرش منفی نسبت به یائسگی داشتند، از میزان افسردگی بیشتری رنج می‌بردند (۳۵). در ضمن علایم و عوارض جسمانی یائسگی با شدت بیشتری در آن‌ها بروز می‌نمود (۳۴، ۳۳). بالعکس زنانی که نگرشی مثبت داشتند، افسردگی کمتری داشتند و نشانه‌های جسمانی کمتری را گزارش کردند (۳۴، ۳۳). در زمینه بررسی ارتباط میان کیفیت زندگی زنان یائسه با خودکارآمدی درک شده آن‌ها، نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه با خودکارآمدی درک شده آنان مرتبط است. با افزایش خودکارآمدی درک شده افراد، کیفیت زندگی آنان نیز بهبود می‌یافت. این یافته با نتایج سایر مطالعات در زمینه بررسی تأثیر خودکارآمدی درک شده بر کیفیت زندگی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت همخوانی دارد (۴۱-۳۷، ۲۴، ۱۴). Gerber و همکاران (۴۱) و Mishra و همکاران (۱۴) معتقدند که اعتماد فرد به توانایی‌هایش در درمان علایم یائسگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد. در برخی مطالعات نیز نشان دادند که قدرت سازگاری افراد که ارتباط زیادی با خودکارآمدی آن‌ها دارد، عامل بسیار مهمی در سلامت ذهنی بهتر و افسردگی کمتر زنان یائسه می‌باشد (۴۰، ۳۹).

بررسی یافته‌های مرتبط با ارتباط کیفیت زندگی زنان یائسه با عوامل قادرکننده

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی زنان با عوامل قادرکننده یافت شد. یافته‌ها نشان داد که زنانی که دسترسی بیشتری به عوامل قادرکننده داشتند، از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار هستند. یکی از عوامل قادرساز در این مطالعه، دسترسی به منابع اطلاعاتی و شرکت در برنامه‌های آموزشی در زمینه مسایل یائسگی می‌باشد. در زمینه نقش برنامه‌های آموزشی به عنوان یک عامل قادرکننده مهم در ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه، نتایج مطالعات مختلف نشان

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه میان کیفیت زندگی زنان یائسه ساکن شهر اصفهان با برخی عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی PRECEDE انجام گرفت. بر اساس الگوی PRECEDE، عوامل بالقوه مؤثر بر مشکل بهداشتی که در طی مرحله تشخیص رفتاری شناسایی شدند؛ در طی مرحله تشخیص آموزشی در سه دسته عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده قرار گرفتند. در این قسمت، رابطه این عوامل با کیفیت زندگی به تفکیک بررسی می‌شود.

بررسی یافته‌های مرتبط با ارتباط کیفیت زندگی زنان یائسه با عوامل مستعدکننده

در این مطالعه عوامل مستعدکننده شامل آگاهی، نگرش و خودکارآمدی درک شده هستند. نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه با آگاهی آن‌ها در زمینه مسایل یائسگی ارتباطی ندارد که با نتایج سایر مطالعات مشابه همخوانی ندارد (۲۴-۲۱، ۷). در واقع نتایج سایر مطالعات صورت گرفته در ایران و سایر نقاط دنیا حاکی از آن است که کیفیت زندگی زنان یائسه، متعاقب افزایش آگاهی آنان بهبود می‌یابد. آنچه مسلم است این است که تلاش در جهت ارتقای آگاهی زنان به منظور افزایش مراقبت از خود می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنان در دوران یائسگی کمک نماید. Huntera و Liao معتقد هستند که افزایش آگاهی زنان یائسه راجع به مسایل یائسگی، باعث بهبود نگرش آن‌ها نسبت به این پدیده می‌شود، رفتارها و عادات بهداشتی در آن‌ها افزایش می‌یابد و در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۲۵). در مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی زنان یائسه با نوع نگرش آن‌ها به پدیده یائسگی مشاهده شد. به عبارتی، زنانی که نگرش مثبت نسبت به این پدیده داشتند از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار بودند. نتایج مطالعات دیگر در این زمینه مؤید یافته پژوهش حاضر می‌باشد. مطالعات مختلف نشان دادند که نگرش منفی زنان و همچنین نگرش منفی جامعه نسبت به پدیده یائسگی بر روی شدت و حدت تجربه علایم یائسگی تأثیرگذار هستند. زنانی که نگرشی منفی

بررسی یافته‌های مرتبط با ارتباط کیفیت زندگی زنان یائسه با عوامل تقویت‌کننده

در زمینه ارتباط میان کیفیت زندگی با عوامل تقویت‌کننده، نتایج مطالعه حاضر حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار میان آنهاست. عوامل تقویت‌کننده در این مطالعه به طور کلی شامل حمایت اجتماعی درک‌شده توسط زنان است. بازمینی منابع، حاکی از آن است که حمایت اجتماعی درک‌شده از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد (۵۲-۴۹، ۱۵). در این زمینه Vagnon می‌نویسد که فقدان درک زنان یائسه از سوی اطرافیان، در بسیاری از مواقع این زنان را به مطب دکتر می‌کشاند (۵۰). در واقع درک علایم و مشکلات زنان یائسه و حمایت وی از سوی اطرافیان به خصوص 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 دادند که تأسیس شبکه‌های حمایت اجتماعی و برنامه‌های ارتقای سلامت جسمی و روانی به بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه کمک شایانی می‌نماید (۴۹). همچنین برخی مطالعات نشان دادند که در فرهنگ‌هایی که در آن‌ها مقام و منزلت زنان پس از یائسگی در خانواده و اجتماع افزایش می‌یابد و حمایت اجتماعی از طرف اعضای خانواده به خصوص همسر صورت می‌گیرد، زنان کمتر دچار اختلالات روحی- روانی شدند و از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند (۱۵).

بررسی یافته‌های مرتبط با ارتباط کیفیت زندگی زنان یائسه با عوامل دموگرافیک

بر اساس نتایج این مطالعه، برخی مشخصات فردی همچون سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات نیز از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد. در این مطالعه، زنان جوان‌تر از کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان مسن‌تر برخوردار هستند. نتایج اکثر مطالعات، مؤید یافته پژوهش حاضر در این زمینه می‌باشد (۵۳، ۱۴-۱۲). به گونه‌ای که این مطالعات نیز نشان دادند که با افزایش سن، کیفیت زندگی زنان در حیطه‌های جسمی، روانی و زندگی شخصی کاهش می‌یابد (۱۴-۱۲). البته در مطالعه‌ای نیز زنان یائسه مسن‌تر، کیفیت زندگی بالاتر و علایم سایکولوژیک کمتری را

داد که شرکت در کلاس‌های آموزشی علاوه بر افزایش آگاهی زنان یائسه، باعث بهبود نگرش آن‌ها می‌شود. همچنین این زنان احساس اطمینان، قدرت و ارزشمندی بیشتری می‌کنند. در نتیجه شدت درک علایم یائسگی در آن‌ها کاهش و کیفیت زندگی آن‌ها بهبود می‌یابد (۴۲، ۳۶، ۳۴، ۲۱، ۱۰). در ضمن برگزاری کلاس‌های آموزشی در زمینه مسایل یائسگی، از طریق ایجاد محیطی حمایت‌گرا، باعث افزایش احساس مسؤلیت زنان یائسه در قبال رفاه و بهزیستی خود می‌شود. این امر نیز بر کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر است (۳۴). در این مطالعه دسترسی به منابع مالی، یکی دیگر از عوامل قادرساز در نظر گرفته شد. حدود ۴۰ درصد زنان، عدم دسترسی به منابع مالی را یکی از دلایل عدم استفاده از خدمات سلامتی می‌دانستند. مطالعات گوناگون نشان داد که یکی از عوامل بسیار مهم در استفاده از خدمات سلامتی توسط افراد، درآمد کافی و دسترسی به منابع مالی می‌باشد (۴۴، ۴۳). در زنان یائسه نیز دسترسی به منابع مالی یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنان می‌باشد (۵۰-۴۵). طبق نتایج برخی مطالعات، زنانی که دسترسی بیشتری به منابع مالی داشتند و از درآمد بالاتری برخوردار بودند، نسبت به سایر زنان یائسه از علایم جسمی، روانی و اجتماعی کمتری رنج می‌بردند (۴۵). در ضمن برخی از محققان معتقدند که رضایت از وضعیت مالی، حتی بر روی رضایت جنسی زنان در دوران یائسگی تأثیرگذار است و باعث بهبود کیفیت زندگی به خصوص در بعد جنسی می‌شود (۴۱). عامل قادرساز دیگر که در این مطالعه بر کیفیت زندگی زنان یائسه مؤثر است، گرفتاری‌های روزانه آن‌ها می‌باشد که نقشی بازدارنده در توجه زنان یائسه به مسایل مرتبط با سلامتی آن‌ها داشت. بیش از ۵۵ درصد افراد مطالعه بیان داشتند که گرفتاری‌های روزانه به آن‌ها اجازه پرداختن به مسایل خاص دوران یائسگی را نمی‌دهد. بر اساس نتایج مطالعات دیگر، گرفتاری‌های روزانه یکی از عواملی است که دارای اثرات منفی بر سلامت روان زنان یائسه دارد و باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۴۸). این مطالعات نشان دادند که گرفتاری‌های روزانه بیش از تغییرات هورمونی، سلامت روان زنان یائسه را به مخاطره می‌اندازد و به شدت بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

البته در برخی مطالعات نیز ارتباطی بین کیفیت زندگی زنان یائسه با وضعیت اشتغال آنها یافت نشد (۵۵، ۱۰). به نظر می‌رسد داشتن مسؤلیت در یک سازمان باعث افزایش اعتماد به نفس زنان میانسال می‌شود و به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک می‌نماید.

در نهایت با توجه به ارتباط عوامل گوناگون شخصی و اجتماعی با کیفیت زندگی زنان یائسه، آنچه جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان مهم به نظر می‌رسد، نگاه ادغام یافته به مسایل و مشکلات سلامتی آنان می‌باشد. بدیهی است که تأثیرگذاری بر عواملی چون وضعیت مالی، گرفتاری‌های روزانه، سطح تحصیلات و سایر عوامل شخصی مؤثر بر کیفیت زندگی زنان یائسه، بسیار مشکل می‌باشد. از آن جایی که اکثر زنان یائسه دسترسی مناسبی به مراکز بهداشتی-درمانی دارند، به نظر می‌رسد مناسب‌ترین و در دسترس‌ترین راهکار جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان، توجه ارایه دهندگان خدمات سلامتی به مسایل مرتبط با یائسگی و برگزاری کلاس‌های آموزشی و مشاوره‌ای در زمینه مسایل یائسگی با رویکرد ارتقای سلامت باشد. در این کلاس‌ها علاوه بر افزایش آگاهی زنان بایستی به ایجاد نگرش مثبت نسبت به پدیده یائسگی و توانمندسازی آنان برای رسیدگی به موقع به مشکلات سلامت خود پرداخته شود. از سوی دیگر با توجه به نقش تأثیرگذار حمایت اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه، جلب مشارکت سایر اعضای خانواده به خصوص همسران زنان یائسه در برنامه‌های ارتقای سلامت جسمی و روانی آنان و نیز تأسیس شبکه‌های حمایت اجتماعی به منظور ایجاد حمایت عاطفی و ابزاری مناسب برای زنان یائسه، مطمئناً به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم می‌دانیم که از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خصوص سرکار خانم داوری و سایر افرادی که در این طرح شرکت کردند و ما را در اجرای آن یاری رساندند، تشکر نماییم.

نسبت به زنان یائسه جوان‌تر گزارش نمودند (۵۴). طبق نتایج این مطالعه، زنان متأهل از کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان بیوه برخوردار هستند. در مطالعات دیگر نیز وضعیت تأهل از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه گزارش شد. این مطالعات نشان دادند که زنان متأهل رفتارهای مثبت‌تری نسبت به زنان مطلقه داشتند و از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند (۵۳، ۴۸، ۳۶). سطح تحصیلات نیز از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه است. اغلب مطالعات دیگر نیز این رابطه را تأیید کردند (۵۳، ۴۸، ۴۵، ۳۶، ۱۵، ۱۳، ۱۱). طبق نتایج این مطالعات، هر چه سطح تحصیلات زنان یائسه، پایین‌تر باشد؛ خطر اختلالات روح-روانی افزایش و در نتیجه سلامت روانی آنها کاهش می‌یابد (۱۳). در ضمن زنانی که سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند، علائم یائسگی مانند گرگرفتگی را شدیدتر و با دفعات بیشتری تجربه می‌کردند. همچنین این زنان از خشکی واژن و اختلالات عملکرد جنسی بیشتری رنج می‌بردند (۴۵). در تأیید این مطالب Dennerstein و همکاران تأکید کردند که خشکی واژن و اختلالات عملکرد جنسی در زنانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند، کمتر دیده می‌شود (۴۸). البته مطالعاتی نیز وجود دارد که رابطه میان کیفیت زندگی و سطح تحصیلات را تأیید نکردند (۱۴، ۱۰). آنچه مسلم است این است که زنانی که تحصیلات بالاتری داشتند، دسترسی بیشتری به منابع اطلاعاتی داشتند، آگاهی بالاتری داشتند و علائم کمتری را تجربه می‌کردند در نتیجه از کیفیت زندگی مطلوب‌تری نیز برخوردار هستند (۳۵، ۳۴). به عبارت دیگر، تحصیلات بالاتر اغلب مترادف با درآمد بالاتر و فرصت‌های بیشتر در زندگی شغلی و اجتماعی می‌باشد. در واقع این زنان دسترسی بیشتری به خدمات بهداشتی داشتند، از آگاهی بالاتری برخوردار هستند و از مشاوره پزشکی بیشتری بهره بردند (۸). عامل بعدی که در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی داشت، وضعیت اشتغال است. نتایج نشان داد که زنان بازنشسته از کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان خانه‌دار برخوردار هستند. سایر مطالعات نیز بیشتر این موضوع را تأیید کردند (۴۵، ۱۳، ۱۱).

References

1. Ardalan GH, Amir Khani M, Allame M, Motlagh ME, Pesteei KH, Alavian SM. Clinical guide and executive health program team to provide menopausal services to women 45-60 years. Tehran: Pooneh Publications; 2008. p. 10-17, 89-91.
2. Gibbs RS, Danforth DN, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1063-72.
3. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wu ZL. Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gynecol Endocrinol* 2007; 23(3): 166-72.
4. Fallah Zade H, Dehghani Tafti A, Dehghani Tafti MH, Hoseini F, Hoseini H. Factors Affecting Quality of Life after Menopause in Women, Yazd 2008. *Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd* 2010; 18(6): 552-8.
5. Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13): 835-40.
6. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2(2): 153-9.
7. Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. *Birjand University of Medical Sciences* 2009; 16(1): 39-44.
8. Abed Zadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city . *Iranian South Medical Journal* 2009; 12(1): 81-8.
9. 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. *Iranian Journal of Nursing Research* 2007; 2(5): 57-68.
10. Golyan Tehrani SH, Mir Mohammad Ali M, Mahmoudi M, Khaledian A. Study of quality of life and its patterns in different stage of menopause for women in tehran. *Hayat* 2002; 8(3-4): 33-41.
11. Williams RE, Levine KB, Kalilani 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.
12. Chedraui P, Blumel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008; 61(4): 323-9.
13. JÉ, 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.
14. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res* 2003; 12(4): 405-12.
15. Karacam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas* 2007; 58(1): 75-82.
16. 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. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2010; 14(1): 32-44.
17. Falahi A, Nadrian H, Mohammadi S, Baghiyani Moghadam. 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): 30-43.
18. Naderi Z, Zighaymat F, Ebadi A, Kachooei H, Mehdi Zadeh 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, Scientific-research Journal of Shahed University* 2009; 16(82): 37-44.
19. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 120- 1.
20. Karimy M, Niknami SH, Amin Shokravi F, Shamsi M, Hatami A. The Relationship of Breast self-examination with Self-esteem and Perceived Benefits/Barriers of Self-efficacy in Health Volunteers of Zaranديه city. *Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases* 2009; 2(2): 41-8.
21. Moridi G, Seyedalshohadaei F, Hossain Abasi N. The Effect of Health Education on Knowledge and Quality of Life among Menopause Women. *Iran Journal of Nursing* 2006; 18(44): 31-8.
22. Hasan Pour Azghadi B, Abbasi Z. Effect of education on middle-aged women's knowledge and attitude towards menopause in Mashhad. *Birjand University of Medical Sciences* 2006; 13(2): 48-54.
23. Booth-LaForce C, Thurston RC, Taylor MR. A pilot study of a Hatha yoga treatment for menopausal symptoms. *Maturitas* 2007; 57(3): 286-95.
24. Elavsky S, McAuley E. Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas* 2005; 52(3-4): 374-85.
25. Huntera MS, Liao KL. Problem-solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1995; 13(2): 147-51.

26. Hess R, Olshansky E, Ness R, Bryce CL, Dillon SB, Kapoor W, et al. Pregnancy and birth history influence women's experience of menopause. *Menopause* 2008; 15(3): 435-41.
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. Hess R, Bryce C, Hays RI. Attitudes towards menopause: status and race differences and the impact on symptoms. *Menopause* 2006; 13(6): 986.
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 attitudes 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. Bowles C. Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. *Nurs Res* 1986; 35(2): 81-5.
34. 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.
35. Hunter M. Coping with menopause: education and exercise are key interventions. *Psychol Today* 2002; 35(2): 22-8.
36. 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.
37. Morowati Sharif Abad M, Nadrian H, Soleimani Salehabadi H, Mazloomi Mahmoodabad SS, Asgarshahi M. The Relationship between Predisposing Factors and Self-care Behaviors among Patients with Rheumatoid Arthritis. *Hayat* 2009; 15(3): 39-51.
38. McAndrew LM, Napolitano MA, Albrecht A, Farrell NC, Marcus BH, Whiteley JA. When, why and for whom there is a relationship between physical activity and menopause symptoms. *Maturitas* 2009; 64(2): 119-25.
39. Saklofske DH, Austin EJ, Galloway J, Davidson K. Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences* 2007; 42(3): 491-502.
40. Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety Stress Coping* 2006; 19(1): 15-31.
41. Gerber JR, Johnson JV, Bunn JY, O'Brien SL. A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. *Fertil Steril* 2005; 83(3): 643-8.
42. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas* 2009; 62(2): 160-5.
43. 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.
44. Chang WC, Lan TH, Ho WC, Lan TY. Factors affecting the use of health examinations by the elderly in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50(Suppl 1): S11-S16.
45. 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.
46. 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.
47. Gur A, Sarac AJ, Nas K, Cevik R. The relationship between educational level and bone mineral density in postmenopausal women. *BMC Fam Pract* 2004; 5: 18.
48. Dennerstein L, Leher P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Arch Womens Ment Health* 2002; 5(1): 15-22.
49. Duche L, Ringa V, Melchior M, Varnoux N, Piauxt S, Zins M, et al. Hot flushes, common symptoms, and social relations among middle-aged nonmenopausal French women in the GAZEL cohort. *Menopause* 2006; 13(4): 592-9.
50. Vagnon A. The experience of the menopause. *Review Francais Gynecology and Obstetrics* 1999; 80: 191-94.
51. 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.
52. Bresnahan MJ, Murray-Johnson L. The healing web. *Health Care Women Int* 2002; 23(4): 398-407.
53. Cohen LS, Soares CN, Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *Am J Med* 2005; 118 (Suppl 12B): 93-7.
54. Ekstrom H, Hovelius B. Quality of life and hormone therapy in women before and after menopause. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18(2): 115-21.
55. Ehsan Pour S, Eivazi M, Davazdah-Emami SH. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *IJNMR* 2007; 12(4): 130-5.

Factors Related with Quality of Life among Postmenopausal Women in Isfahan, Iran, based on Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model

*Ensiyeh Norozi¹, Firoozeh Mostafavi², Akbar Hassanzadeh³, Mitra Moodi⁴,
Gholamreza Sharifirad⁵*

Abstract

Background: Some studies have shown significant changes in quality of life due to menopausal status. A large number of factors, including psycho-social factors, have been found to be associated with quality of life. The aim of this study was to investigate factors affecting quality of life among postmenopausal women in Isfahan, Iran, based on behavioral analysis phase of PRECEDE model.

Methods: This cross-sectional study was conducted through stratified sampling among 200 healthy postmenopausal women in Isfahan. Data were collected by two validated and reliable questionnaires (one for assessing quality of life and one for assessing the factors based on behavioral analysis phase of PRECEDE model). Inferential and descriptive statistics were used in SPSS₁₈ to analyze the data.

Findings: The mean age of respondents was 55.74 ± 4.77 and the mean age at which menopause had occurred was 50.20 ± 3.56 . While illiterate participants constituted 30.5% of the studied population, 5% were highly educated. 81 percent of women were married and 90 percent were housewives. The majority of women were married (81%) and housewives (90%). Pearson correlation test indicated positive significant relationships between quality of life and attitude toward menopause, perceived self-efficacy, and enabling and reinforcing factors. However, there was no significant relationship between quality of life and knowledge about menopause. Finally, quality of life was significantly associated with age, education level, employment and marital status.

Conclusion: We believe that health care providers should provide women with information about menopause and help them create support groups to adopt positive attitudes and healthy behaviors.

Key words: Quality of Life, Menopause, Behavioral Analysis, PRECEDE Model.

1- MSc Student of Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- Lecture, Research Center for Food Security and Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- Lecturer, Department of Public Health, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran And PhD Candidate, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5- Professor, Department of Health Promotion and Education, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author). Email: g_sharifirad@hlth.mui.ac.ir