

## بکار گیری الگوی پرسید در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر بندرعباس

سکینه دادی پور<sup>۱</sup>، یسری سیاحی<sup>۲</sup>، آذین علوی<sup>۳</sup>، کیمیا نقوی<sup>۴</sup>، علی صفری مرادآبادی<sup>۵\*</sup>

- ۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت مرکز تحقیقات باروری و ناباروری هرمزگان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، هرمزگان، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
- ۳- متخصص زنان و زایمان مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، هرمزگان، ایران
- ۴- دانشجوی کارشناسی مامایی کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، هرمزگان، ایران
- ۵- کارشناس ارشد آموزش بهداشت مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۶

دریافت: ۹۳/۹/۸

### چکیده:

**مقدمه:** یائسگی یک مرحله بحرانی و مهمترین واقعه دوران میانسالی زنان به شمار می رود که از یک سو باعث ایجاد مشکلات فیزیولوژیک از جمله گرگرفتگی، تعریق شبانه، اضطراب، اختلال خواب و از سوی دیگر می تواند اثرات معنا داری بر روی کیفیت زندگی زنان یائسه بر جای بگذارد. مطالعه حاضر با هدف بکار گیری الگوی پرسید در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر بندرعباس صورت گرفت.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود. که بر روی ۱۷۰ زنان یائسه ۶۵-۴۰ ساله شهر بندرعباس صورت گرفت. روش نمونه گیری بصورت خوشه ای تصادفی ساده و ابزارگرد آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود. داده ها از طریق نرم افزار SPSS/16 با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت  $p < 0/05$  از نظر آماری معنی دار تلقی گردید.

**یافته ها:** میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $57 \pm 8/15$  سال و میانگین کیفیت زندگی زنان یائسه در این مطالعه  $27/05 \pm 76/62$  بدست آمد. بین کیفیت زندگی با عوامل قادر ساز ( $p = 0/048$ )، عوامل تقویت کننده ( $p = 0/026$ )، و همچنین در عوامل مستعد کننده بین نگرش ( $p = 0/002$ ) و خود کارمندی درک شده ( $p = 0/045$ ) ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. **نتیجه نهایی:** اجرای برنامه های آموزشی و بهداشتی توسط کارکنان بهداشتی، جلب مشارکت سایر اعضای خانواده در برنامه های ارتقای سلامت و ایجاد شبکه های حمایت اجتماعی به منظور ایجاد حمایت عاطفی در ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه بسیار حائز اهمیت است.

**کلیدواژه ها:** الگوی پرسید / بندرعباس / کیفیت زندگی / یائسگی

\* نویسنده مسئول: علی صفری مرادآبادی؛ کارشناس ارشد آموزش بهداشت مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه،

Email: alisafari\_31@yahoo.com

ایران

## مقدمه:

بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی یائسگی به قطع دائمی قاعدگی به مدت ۱۲ ماه به علت از دست رفتن فعالیت فولیکولهای تخمدان (بدون ارتباط با حاملگی و شیر دهی و اختلالات هورمونی) گفته می شود (۱). در واقع یائسگی یک پدیده سالمندی معمول و مهم در زندگی زنان است که سبب انتقال به یک وضعیت زیستی جدید شده و باعث از دست رفتن تدریجی فعالیت باروری آنها می شود (۲). همچنین به عنوان یک مرحله بحرانی و مهمترین واقعه دوران میانسالی ممکن است از یک سو مشکلات فیزیولوژیک فراوانی از جمله گر گرفتگی، تعریق شبانه، اضطراب، سردرد، خستگی، تحریک پذیری و اختلال خواب را به وجود آورد (۳). از سوی دیگر می تواند اثرات معنا داری بر کیفیت زندگی زنان یائسه داشته باشد. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی زنان در دوره پس از یائسگی در سالهای اخیر این مسئله مورد توجه ویژه ایی قرار گرفته است چرا که تقریباً بیش از یک سوم عمر زنان در این دوره سپری می شود (۴). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیتشان در زندگی در متن فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می کنند و همچنین ارتباط با اهداف، انتظارات، و نیاز هایشان تعریف می کند (۴). سن متوسط وقوع یائسگی در زنان طبیعی بین ۵۸-۴۲ سالگی و میانه آن ۵۱/۴ سالگی می باشد (۵). اما در مطالعات قبلی صورت گرفته در کشور ایران سن یائسگی در مقایسه با کشورهای دیگر پایین تر بوده است (۸-۶، ۴، ۲). در مطالعه ایی که توسط شبیری و همکاران در سال ۱۳۹۲ در شهر همدان صورت گرفته بود حداقل سن یائسگی ۲۵ سال و حداکثر آن ۶۰ سال بود و ۱۷/۵ درصد افرادیائسگی زودرس (کمتر از ۴۵ سال) را تجربه کرده بودند (۱). در مطالعه ایی دیگر توسط عبدالهی و همکاران در سال ۲۰۱۲ صورت گرفته سن یائسگی ۴۷/۶ بدست آمد (۶). مطالعه ایی توسط دلآوری در سال ۲۰۱۰ صورت گرفت که ۷۲/۱٪ زنان یائسه از درد مفاصل، ۷۰/۶ درصد از سر درد، ۴۹/۳٪ از گر گرفتگی شاکی بودند (۸). در مطالعه ایی دیگر که توسط اسدی و همکاران در سال ۲۰۱۲ انجام شد. ۵۹/۵٪ از گر گرفتگی، ۴۲/۶٪ از نوسان خلق و خوی، ۴۱/۱٪ از خشکی واژن، ۴۰/۴٪ مشکلات خواب، ۳۸/۲٪ از عرق شبانه شاکی بودند (۷). در مطالعه Lorenzi و همکاران زنان در دوران

قبل از یائسگی از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان یائسه برخوردار بودند (۹). در مطالعه عابدزاده و همکاران زنان در دوران یائسگی کیفیت زندگی نامناسبی داشتند، همچنین بین وضعیت اقتصادی، رضایت از زندگی زناشویی و تحصیلات با کیفیت زندگی رابطه معنی دار بود (۱۰). مطالعات صورت گرفته در سالهای اخیر نشان دهنده تاثیر منفی یائسگی بر کیفیت زندگی زنان بوده است (۱۷-۱۱). البته برخی مطالعات نیز اظهار داشتند یائسگی هیچ تفاوتی بر کیفیت زندگی زنان ایجاد نمی کند (۲۱-۱۸). 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 آن ها دخیل هستند ضروری به نظر می رسد. در این بین، مدل پرسید که توسط گرین و همکاران در سال ۱۹۷۰ تدوین شده است با یک چارچوب و طراحی خاص جهت شناسایی نیازها در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت مورد استفاده قرار می گیرد. در واقع این مدل مانند نقشه جاده بوده و تئوری های تغییر رفتار بهداشتی بعنوان راههای اختصاصی جهت رسیدن به مقصد می باشند (۲۲). از ویژگی های بسیار مهم الگوی پرسید ارائه یک دیدگاه جامع به موضوع مورد نظر است که رفتار فرد را در سه حیطه مهم مورد توجه قرار می دهد. حیطه اول عوامل مستعد کننده هستند که انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می کنند. در این مطالعه آگاهی، نگرش و خود کار آمدی درک شده به عنوان عوامل مستعد کننده در نظر گرفته شد. عوامل قادر کننده نیز شامل فراهم نمودن امکانات و خدمات و ایجاد مهارت هایی در جهت تغییر رفتار می باشد. منابع اطلاعاتی، برگزاری کارگاه های آموزشی، برخورداری از رژیم غذایی مناسب با دوران یائسگی، مهارت انجام ورزش های مورد نیاز جهت کنترل عوارض این دوره، گرفتاری های روزانه و دسترسی به منابع مالی جزء عوامل قادرساز در نظر گرفته شدند، همچنین عوامل تقویت کننده به دریافت تقویت بعنوان بازخوردی پس از اتخاذ رفتار گفته می شود. در این مطالعه درک زنان یائسه از حمایت دریافت شده از سوی اطرافیان به عنوان عامل تقویت کننده در نظر گرفته شد (۲۳). مدل پرسید در مطالعات مختلف مربوط به مشکلات بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است. مطالعه

ملیت غیر ایرانی داشتند و دارای بیماری شدید جسمی و روحی بودند از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل دو پرسشنامه پرسید و کیفیت زندگی بود که مشخصات هر پرسشنامه در ادامه ذکر می‌گردد. پرسشنامه اول. پرسشنامه محقق ساخته ای بود که بر اساس عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید در ۴ بخش تدوین گردید. پایایی این پرسشنامه توسط شریفی راد و همکاران در سال ۱۳۸۹ با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ  $\alpha=0/76$  مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه حاضر جهت تعیین پایایی نیز یک مطالعه پایلوت در بین ۲۰ نفر از زنان گروه هدف صورت گرفت و در نهایت پایایی این پرسشنامه  $\alpha=0/86$  بدست آمد. بخش اول این پرسشنامه شامل ۱۹ سوال اطلاعات فردی در زمینه سن، سن وقوع یائسگی، سطح تحصیلات، شغل و غیره بود. بخش دوم پرسشنامه اختصاص به سنجش عوامل مستعد کننده داشت که در قالب ۱۸ سوال آگاهی، ۹ سوال نگرش، و ۱۳ سوال خود کارآمدی درک شده تدوین شده بود. سوالات سنجش آگاهی به دو صورت طراحی شدند. بدین ترتیب که ۳ سوال اول که در زمینه آگاهی از علائم، عوارض و راه های کنترل این عوارض بودند بصورت چند گزینه ایی و سایر سوالات به صورت صحیح و غلط طراحی شده بود. در این بخش به هر پاسخ صحیح امتیاز یک و به پاسخ غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. سوالات سنجش نگرش شامل ۹ سوال بود که به صورت مقیاس لیکرت ۳ گزینه ایی (موافق، بی نظر، مخالف) طراحی شد. بالاترین امتیاز برای نگرش مثبت دو و کمترین امتیاز برای نگرش منفی صفر در نظر گرفته شد. سوالات سنجش خود کارآمدی درک شده شامل ۱۳ سوال بود که به صورت لیکرت ۵ گزینه ایی طراحی شد. بالاترین امتیاز برای خود کارآمدی درک شده ۴ و کمترین امتیاز صفر در نظر گرفته شد. بخش سوم این پرسشنامه اختصاص به سنجش عوامل قادر ساز داشت که در قالب ۶ سوال سنجیده شد. پاسخ به این سوالات 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 تقویت کننده در قالب ۴ سوال می پرداخت. این سوالات درک زنان یائسه را از حمایت دریافت شده از سوی اطرفیانشان می سنجید. پاسخ به این سوالات بصورت بلی یا خیر

هزاوه ایی و همکاران تاثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید در کنترل کم خونی فقر آهن در کودکان ۵-۱ سال را نشان داد (۲۴). بر اساس مطالعه عروجی و همکاران در سال ۱۳۹۱ طراحی و اجرای برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید می تواند در کاهش بروز تب مالت موثر باشد (۲۵). همچنین مطالعات دیگری هم کار آیی این الگو را تایید نمودند (۲۷، ۲۶). در کشور ما بیشتر برنامه ها و خدمات سلامت زنان اختصاص به موضوعات خاصی مانند مسائل دوران بارداری و تنظیم خانواده دارند و سایر نیاز های سلامت زنان از جمله مشکلات دوره یائسگی مورد غفلت واقع شده است. توجه به کیفیت زندگی زنان یائسه می تواند سلامت زنان را برای بیش از یک سوم دوره زندگی تضمین نماید و سال های بعد از دوره باروری را برای آنها به سالهای مفید زندگی تبدیل نماید. لذا هدف از این مطالعه بکارگیری الگوی پرسید در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر بندرعباس بود. امید است نتایج این تحقیق در جهت ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه بکار گرفته شود.

### روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه مورد مطالعه را کلیه زنان ۶۵-۴۰ سال یائسه شهر بندر عباس تشکیل داد. حجم نمونه با نظر مشاور آماری و با احتساب سطح اطمینان ۹۵ درصد،  $d=1/5$  و با استفاده از فرمول  $n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$  ۱۷۰ نفر تعیین گردید. روش نمونه گیری خوشه ای، و برای انتخاب نمونه ها در هر خوشه از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. به این صورت که از بین ۲۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس ۱۰ مرکز بصورت تصادفی برای نمونه گیری انتخاب شدند. ابتدا سهمیه هر مرکز با توجه به جمعیت تحت پوشش آنها تعیین گردید. و در مرحله بعد از بین زنان تحت پوشش به روش نمونه گیری تصادفی ساده افراد واجدالشرايط انتخاب و سپس نمونه ها به مراکز بهداشتی درمانی دعوت شدند. معیار های ورود به مطالعه: زنانی بودند که به طور فیزیولوژیک یائسه شده بودند و حداقل یکسال و حداکثر ۱۰ سال از قطع قاعدگی آنها گذشته بود. در ضمن زنانی که سابقه هورمون درمانی در طی ۶ ماه گذشته داشتند. هیستروکتومی شده بودند.

کافی در رابطه با هدف از انجام طرح و توجیه آنها و کسب رضایت در اختیار افراد مورد مطالعه قرار گرفت. پس از گرد آوری داده ها که به صورت مصاحبه با زنان یائسه تکمیل گردید. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS/16 و از طریق آزمون های همبستگی اسپیرمن و پیرسون، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.  $p < 0.05$  از نظر آماری معنی دار تلقی گردید.

#### یافته ها:

مطالعه حاضر بر روی ۱۷۰ زن یائسه بالای ۴۰ سال شهر بندر عباس صورت گرفت. میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $8/15 \pm 57/00$  و میانگین سنی شروع یائسگی در این افراد  $44/13 \pm 52/72$  بود. ۵۳ نفر (۳۱/۲٪) بیسواد، ۱۵۴ نفر (۹۰/۶٪) خانه دار، ۱۲۶ نفر (۷۴/۱٪) متأهل بودند. (جدول ۱)

طراحی شد. بدین صورت که به هر پاسخ بلی امتیاز یک و به هر پاسخ خیر امتیاز صفر تعلق گرفت. میانگین نمرات کسب شده در تمامی بخش های این پرسشنامه به صورت درصد بیان گردید.

پرسشنامه دوم: پرسشنامه استاندارد جهت سنجش کیفیت زندگی زنان یائسه بود که در طی تحقیقی در سطح شهر اصفهان بر اساس پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی زنان یائسه، آخرین ویرایش جاکولین ۲۰۰۴ مربوط به انجمن بهداشت زنان تورنتو کانادا به اضافه پرسشنامه انجمن منوپوز آمریکا تدوین شد. این پرسشنامه پس از تعیین روایی و پایایی  $\alpha = 0.97$  مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه که شامل ۲۹ سوال می باشد کیفیت زندگی زنان یائسه را در ۵ حیطه روانی، جسمی، اجتماعی، جنسی، فعالیت های فیزیکی می سنجید. پرسشنامه پس از ارائه توضیحات

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیتی شناختی در افراد مورد مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل			
مجرد	۸	۴/۷	
متاهل	۱۲۶	۷۴/۱	
مطلقه	۳	۱/۸	
بیوه	۳۳	۱۹/۴	
وضعیت اشتغال			
خانه دار	۱۵۴	۹۰/۶	
شاغل	۱۶	۹/۴	
تحصیلات			
بیسواد	۵۳	۳۱/۲	
خواندن و نوشتن	۴۵	۲۶/۵	
ابتدایی و راهنمایی	۲۰	۱۱/۸	
متوسطه و دیپلم	۲۵	۱۴/۷	
دانشگاهی	۲۷	۱۵/۹	
وضعیت اقتصادی			
ضعیف	۱۲	۷/۱	
متوسط	۵۶	۳۲/۹	
خوب	۸۰	۴۷/۱	
عالی	۲۲	۱۲/۹	
ارزیابی وضعیت سلامت خود			
ضعیف	۱۵	۸/۸	
نسبتاً خوب	۷۹	۴۶/۵	
خوب	۶۶	۳۸/۸	
عالی	۱۰	۵/۹	

تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد بین وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی زنان یائسه رابطه معنی دار بود ( $p=0/023$ ).

بین تحصیلات و کیفیت زندگی زنان یائسه نیز رابطه معنی دار بود ( $p<0/001$  و  $r=0/425$ ). (جدول ۲)

یافته های این مطالعه ارتباط معکوس معنی داری بین کیفیت زندگی زنان یائسه و سن آنان را نشان داد ( $r=-0/279$  و  $p<0/001$ ). با افزایش سن کیفیت زندگی زنان یائسه کاهش پیدا کرده بود. همچنین بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی زنان یائسه رابطه معنی داری مشاهده شد ( $p=0/003$ ).

جدول ۲: بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی در افراد مورد مطالعه با کیفیت زندگی زنان یائسه

متغیر	گروه	میانگین	P
وضعیت تاهل	مجرد	۸۶/۷۵ ± ۲۷/۱۲	۰/۰۰۳
	متاهل	۷۳/۱۴ ± ۲۵/۴۷	
	مطلقه	۱۲۱/۶۶ ± ۳۰/۰۲	
	بیوه	۸۳/۳۶ ± ۲۸/۳۳	
وضعیت اشتغال	خانه دار	۷۸/۰۵ ± ۲۷/۱۱	۰/۰۲۳
	شاغل	۶۲/۸۷ ± ۲۲/۹۸	
تحصیلات	بیسواد	۸۵/۱۸ ± ۲۸/۲۷	<0/001
	خواندن و نوشتن	۸۹/۸۶ ± ۲۵/۰۸	
	ابتدایی و راهنمایی	۷۰/۸۰ ± ۱۸/۳۸	
	متوسطه و دیپلم	۶۳/۰۰ ± ۱۹/۸۰	
	دانشگاهی	۵۴/۶۶ ± ۱۸/۰۸	

همچنین بین مرحله عوامل تقویت کننده در الگوی پرسید و کیفیت زندگی زنان یائسه رابطه معنی دار بود ( $p=0/026$ ). بین نگرش و کیفیت زندگی زنان یائسه نیز رابطه معنی دار بود ( $p=0/002$ ). همچنین بین خودکارآمدی درک شده و کیفیت زندگی زنان یائسه معنی دار بود ( $p=0/045$ ). ولی بین کیفیت زندگی یائسه با آگاهی رابطه معنی دار نبود ( $p=0/360$ ).

### بحث:

بررسی حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سازه های الگوی پرسید با کیفیت زندگی زنان یائسه صورت پذیرفت. تجزیه و تحلیل داده ها ارتباط آماری معنی داری را بین کیفیت زندگی زنان با عوامل قادر کننده نشان داد. یکی از این عوامل قادر ساز کسب اطلاعات و شرکت در برنامه های آموزشی پیرامون علائم و عوارض و راههای مقابله با عوارض یائسگی بود. نتایج مطالعات مختلف نشان داد که اجرای برنامه های آموزشی در زمینه یائسگی می تواند بر سلامت جسمی و روانی زنان یائسه موثر واقع شود (۲۹).

میانگین کیفیت زندگی زنان یائسه در این مطالعه  $27/05 \pm 76/62$  بدست آمد. بیشترین نمره میانگین در مراحل تحلیل رفتاری الگوی پرسید مربوط به مرحله خود کار آمدی ( $16/08 \pm 69/03$ ) و کمترین نمره میانگین مربوط به مرحله آگاهی ( $8/07 \pm 39/02$ ) بود. (جدول ۳)

جدول ۳: میانگین نمره کیفیت زندگی و عوامل مراحل تحلیل رفتاری الگوی پرسید

متغیر	میانگین
کیفیت زندگی زنان یائسه	۷۶/۶۲ ± ۲۷/۰۵
آگاهی	۳۹/۰۲ ± ۸/۰۷
نگرش	۵۲/۳۲ ± ۱۳/۳۸
خود کارآمدی	۶۹/۰۳ ± ۱۶/۰۸
عوامل قادر ساز	۴۴/۵۸ ± ۲۹/۶۹
عوامل تقویت کننده	۵۸/۶۷ ± ۳۲/۷۷

بین عوامل قادر ساز در الگوی پرسید و کیفیت زندگی زنان یائسه رابطه معنی داری وجود داشت. ( $P=0/048$ ).

موید یافته های ما بودند (۴۲-۴۰، ۳۰، ۲۱، ۱۷). نظر می‌رسد علائم و عوارض یائسگی در زنان با نگرش منفی با شدت بیشتری رخ دهد و به تبع آن تاثیر منفی تری بر کیفیت زندگی زنان یائسه داشته باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین خود کار آمدی با کیفیت زندگی زنان یائسه ارتباط معنی داری وجود دارد. این یافته ها با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۴۶-۴۳، ۱۷). Gerbe و همکاران در مطالعه خود نشان دادند اعتماد فرد به توانایی‌هایش در درمان علائم یائسگی از عوامل مهم تاثیر گذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می باشد (۴۶). بر اساس نتایج این مطالعه بین سن و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار معکوسی مشاهده شد. بدین صورت که با افزایش سن کیفیت زندگی زنان کاهش یافت. نتایج برخی مطالعات در این زمینه با یافته های ما همسو بود (۱۷، ۴۹-۴۷). طبق نتایج حاصل از مطالعه حاضر، زنان متأهل از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان مطلقه و بیوه برخوردار بودند. با توجه به شرایط روحی و روانی که زنان مطلقه و بیوه نسبت به زنان متأهل در زندگی خود تجربه می کنند مشاهده چنین نتایجی دور از انتظار نبود. در مطالعات دیگر نیز وضعیت تاهل از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می باشد (۴۹، ۴۰، ۱۷). در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی زنان یائسه ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد که با برخی مطالعات صورت گرفته در این زمینه همسو بودند (۴۹، ۴۰، ۳۴، ۱۷، ۱۴). و با برخی مطالعات همخوانی نداشتند (۵۰، ۴۷). گمان می رود کیفیت زندگی زنان با تحصیلات بالاتر بعث دسترسی بیشتر به منابع اطلاعاتی در وضعیت مطلوب تری قرار داشته باشد. متغیر بعدی که در این مطالعه با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری داشت وضعیت اشتغال بود. نتایج نشان داد زنان شاغل از کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان خانه دار برخوردار بودند برخی مطالعات صورت گرفته در این زمینه موید یافته های ما هستند (۱۴). البته در برخی مطالعات نیز ارتباطی بین کیفیت زندگی زنان یائسه با وضعیت اشتغال آنها یافت نشد (۵۱، ۵۰، ۱۷). به نظر می رسد اشتغال زنان باعث افزایش اعتماد به نفس و احساس قدرت آنها می گردد که این خود باعث بهبود کیفیت زندگی آنها می شود. از طرفی گمان می رود همراهی عوارض منوپوز با فشار کارهای منزل، تحمل این عوارض را برای زنان خانه دار

۲۸، ۱۷، ۱۶، ۱۱، ۴، ۲). مطالعه روترن و همکاران در سال ۲۰۰۵ نشان داد، برگزاری کلاس های آموزشی در زمینه یائسگی باعث افزایش مسئولیت پذیری زنان یائسه در قبال بهزیستی خود می شود و این امر نیز بر کیفیت زندگی آنها موثر است (۳۰). یکی دیگر از عوامل قادر ساز مورد بررسی در این مطالعه دسترسی به منابع مالی بود. مطالعات نشان داده اند که فقر اقتصادی و عدم دسترسی به منابع مالی باعث کاهش کیفیت زندگی زنان یائسه می شود (۳۳-۳۱، ۱۵). به نظر می رسد تحمل عوارض منوپوز در گروه هایی که از نظر اقتصادی ضعیف ترند بعث تغذیه نامناسب و عدم مراجعه به موقع به متخصصین مشکل تر باشد. از دیگر عوامل قادر ساز که بر کیفیت زندگی زنان یائسه موثر است مشغله ها و گرفتاری های روزانه آنها می باشد. که نقشی بازدارنده در توجه آنها به مشکلات خاص این دوران دارد. در مطالعه ما بیش از ۴۲/۹٪ زنان اظهار نمودند که گرفتاری های روزانه به آنها فرصت پرداختن به مشکلات این دوران را نمی دهد. مطالعات صورت گرفته در این زمینه نشان داد که گرفتاری های روزانه یکی از عواملی است که اثرات منفی بر کیفیت زندگی زنان یائسه به جای می گذارد.

همچنین یافته ها نشان داد میان کیفیت زندگی با عوامل تقویت کننده این الگو ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. در این مطالعه عوامل تقویت کننده شامل تقویت و حمایت اجتماعی درک شده توسط زنان بود. مطالعات صورت گرفته در این زمینه حمایت اجتماعی درک شده را از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه بر شمردند (۳۵، ۳۴، ۲۸، ۱۷). به گفته گون (۱۹۹۹) فقدان درک زنان یائسه از سوی اطرافیان باعث کشانده شدن این زنان به مطب دکتر می شود (۳۶). به نظر می رسد درک مشکلات زنان یائسه و حمایت از سوی اطرافیان می تواند در بهبود کیفیت زندگی آنها نقش مهمی داشته باشد. در مطالعه حاضر عوامل مستعد کننده شامل آگاهی و نگرش و خود کار آمدی درک شده می باشند. بین کیفیت زندگی زنان یائسه با آگاهی آنها پیرامون یائسگی ارتباطی مشاهده نشد. نتایج این مطالعه با مطالعه نوروزی و همکاران همسو (۱۷) و با برخی مطالعات دیگر همخوانی نداشت (۳۹-۳۷، ۲۹، ۴). در مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی با نگرش زنان ارتباط آماری معنا داری دیده شد. برخی از مطالعات صورت گرفته در این زمینه

اهمیت می‌باشد. یقیناً تاثیرگذاری بر برخی عوامل از جمله وضعیت مالی، سن، گرفتاری روزانه، سطح تحصیلات امری مشکل است. لیکن، به نظر می‌رسد اجرای برنامه‌های آموزشی و بهداشتی توسط کارکنان بهداشتی، جلب مشارکت سایر اعضای خانواده در برنامه‌های ارتقای سلامت و ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی به منظور ایجاد حمایت عاطفی مناسبترین و در دسترس‌ترین راهکار جهت ارتقای کیفیت زندگی آنها باشد.

### سپاسگزاری:

این مقاله حاصل طرح با کد ۹۳۱۳ دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بوده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و کلیه زنان مورد مطالعه که ما را در انجام این طرح یاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

### References

1. Shobeiri F, Aghababaei S, Masomi Z, Pourhamzed M. The relationship between some socio-economical factors and age at menopause in menopausal women attending to health centers in Hamadan city. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2013;21(1):25-35.
2. Rajaeefard A, Mohammad-Beigi A, Mohammad-Salehi N. Estimation of natural age of menopause in Iranian women: a meta-analysis study. *Koomesh* 2011;13(1):1-7.
3. Ozgoli G, Armand M, Heshmat R, Alavi MH. Acupressure effect on sleep quality in menopausal women. *complementary medicine journal of faculty of nursing midwifery* 2011;2(3):9-18.
4. Moridi G, Shahoei R, Khaldi S, Sayedolshohadaei F. Quality of life among Iranian postmenopausal women participating in a health educational program. *Chronic Diseases Journal* 2013;1(2):63-66.
5. Danforth DN, Gibbs RS. *Danforth's obstetrics and gynecology*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
6. Abdollahi AA, Qorbani M, Asayesh H, Rezapour A, Noroozi M, Mansourian M, et al. The menopausal age and associated factors in Gorgan, Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2013;27(2):50-56.
7. Asadi M, Jouyandeh Z, Nayebzadeh F. Prevalence of menopause symptoms among Iranian women. *Journal of Family & Reproductive Health*

سخت تر کرده و باعث کاهش کیفیت زندگی آنها شده است.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه مقطعی بودن و حجم زیاد سوالات بود که به خستگی و عدم پاسخگویی از طرف زنان منجر شد که تا حدودی این مشکل توسط پرسشگران آموزش دیده برطرف گردید. از آنجایی که نتایج مطالعه حاضر قابل تعمیم به کل استان هرمزگان نمی‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات گسترده‌تری در این زمینه در تمام شهرهای استان صورت بگیرد.

### نتیجه نهایی:

با توجه به ارتباط بین برخی عوامل فردی و اجتماعی با کیفیت زندگی زنان یائسه در این مطالعه، نگاهی همه‌جانبه به مشکلات سلامتی آنها بسیار حائز

2012;6(1).

8. Delavar M, Hajiahmadi M. Factors affecting the age in normal menopause and frequency of menopausal symptoms in Northern Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2011;13(3):192.
9. de Lorenzi D, Saciloto B, Artico GR, Fontana S. Quality of life and related factors among climacteric women from south Brazil. *Acta medica portuguesa* 2008;22(1):51-58.
10. Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. *ISMJ* 2009;12(1):81-88.
11. Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: A population study. *Quality of Life Research* 2010;19:813-819. ( Persian)
12. 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):9-144.
13. Chiu Y-W, Moore R, Hsu C, Huang C-T, Liu H-W, Chuang H-Y. Factors influencing women's quality of life in the later half of life. *Climacteric* 2008;11(3):201-211.
14. 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):153-159.
15. Falahzadeh H, Dehghani Tafti A, Dehghani Tafti M, Hosseini F, Hosseini H. Factors affecting

quality of life after menopause in women, yazd, 2008. *journal of shahid sadoughi university of medical sciences and health services* 2011; 18(6): 552-558.

16. Abedzadeh M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F. Quality of life in menopausal and non menopausal women. *Payesh*; 2012. 697-701.

17. Norozi E, Mostafavi F, Hassanzadeh A, Moodi M, Sharifirad G. Factors related with quality of life among postmenopausal women in Isfahan, Iran, based on Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model. *Health System Res.* 2011; 7(3):267-277.

18. Özkan S, Alataş ES, Zencir M. Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of Life Research* 2005;14(8): 1795-1801.

19. Satoh T, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community-dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacteric* 2005;8(2):146-153.

20. Yeo JH. Influencing factors on quality of life in pre-and postmenopausal women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2004;34(7):1334-1342.

21. Cheng M-H, Lee S-J, Wang S-J, Wang P-H, Fuh J-L. Does menopausal transition affect the quality of life? A longitudinal study of middle-aged women in Kinmen. *Menopause* 2007;14(5):885-890.

22. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons; 2008.

23. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*: McGraw-Hill New York; 2005.

24. Hazavehei S, Jalili Z, Heydarnia A, Faghihzadeh S. Application of the PRECEDE model for controlling iron-deficiency anemia among children aged 1-5, Kerman, Iran. *Promotion & Education* 2005;13(3):173-177.

25. Orouji M, Bayat Asghari A, Charkazi A, Javaheri J. Survey on effect of health education intervention on reduction of brucellosis incidence in rural areas of khomein based on preced framework. *Ardebil health journal* 2012;3(2):50-58.

26. Shakouri S, Sharifirad G, Golshiri P, Hassanzadeh A, Shakouri M. Effect of health education program base on PRECEDE Model in controlling iron-deficiency anemia among high school girl students in Talesh. *Arak Medical University Journal* 2009;12(3):47-56.

27. Mirtz TA, Thompson MA, Greene L, Wyatt LA,

Akagi CG. Adolescent idiopathic scoliosis screening for school, community, and clinical health promotion practice utilizing the PRECEDE-PROCEED model. *Chiropractic & Manual Therapies* 2005; 13(1):25.

28. Delshad Noughabi A, Bahribinbaj N, Hadizadeh Talasaz F. The effect of menopausal instruction for husbands on perceived social support by perimenopausal women. *Payesh* 2009; 8(4):343-348.

29. Forouhari S, SafariRad 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. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2009;16(1):39-44.

30. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A Psycho-Educational Program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2005;34(2):233-240.

31. Dawlatian M, Bakhteh A, Vellaii N, Afshar F. Prevalence of menopausal related depression and its relative factors. *Behbood* 2006;10(1):76-88.

32. Couture M-C, Nguyen CT, Alvarado BE, Velasquez LD, Zunzunegui M-V. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. *Preventive medicine* 2008; 47(5): 471-476.

33. Chang W-C, Lan T-H, Ho W-C, Lan T-Y. Factors affecting the use of health examinations by the elderly in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010;50:S11-S6.

34. Karaçam Z, Şeker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas* 2007;58(1):75-82.

35. Duché L, Ringa V, Melchior M, Varnoux N, Piau 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):592-599.

36. Vagnon A. The experience of the menopause. *Review Francais Gynecology and Obstetrics* 1999; 80:191-194.

37. Hasan Pour Azghadi B, Abbasi Z. Effect of education on middle-aged women's knowledge and attitude towards menopause in Mashhad. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2006;13(2):9-15.

38. Booth-LaForce C, Thurston RC, Taylor MR. A pilot study of a Hatha yoga treatment for



menopausal symptoms. *Maturitas* 2007;57(3):286-295.

39. Elavsky S, McAuley E. Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas* 2005;52(3):374-385.

40. Avis N, Assmann S, Kravitz H, Ganz P, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research* 2004;13(5):933-946.

41. Hess R, Olshansky E, Ness R, Bryce CL, Dillon S, Kapoor W, et al. Pregnancy and birth history influence women's experience of menopause. *Menopause* 2008;15(3):435-441.

42. Hess R, Bryce CL, Hays RD, Ness RB, Kapoor WN, Chang C-CH, et al., editors. Attitudes towards menopause: status and race differences and the impact on symptoms. *Menopause the journal of the north american menopause society*; 2006: Lippincott Williams & Wilkins 530 Walnut St, Philadelphia, PA 19106-3621

43. Morowati Sharifabad M, Nadrian H, Soleimani Salehabadi H, Mazloomi Mahmoodabad S, Asgarshahi M. The relationship between predisposing factors and self-care behaviors among patients with rheumatoid arthritis. *Hayat* 2009; 15(3):39-51.

44. 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):119-125.

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

46. 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. *Fertility and sterility* 2005;83(3):643-648.

47. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Quality of Life Research* 2003; 12(4): 405-412.

48. Chedraui P, Blümel 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):323-329.

49. Cohen LS, Soares CN, Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *The American Journal of Medicine* 2005;118(12):93-97.

50. Golyan-Tehrani S, Mir-Mohammad A, Mahmoudi M, Khaledian M. Study of quality of life and its patterns in different stages of menopause for women in Tehran. *Hayat* 2002;8(3):33-41.

51. Ehsanpour S, Eivazi M, Davazdah-Emami S. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2007;12(4):8.

## Original Article

## The application of the PRECEDE model to investigate the determinants of quality of life in postmenopausal women in Bandar Abbas, Iran

S. Dadipoor, M.Sc.<sup>1</sup>; Y. Sayahi<sup>2</sup>; A. Alavi, M.D.<sup>3</sup>; K. Naghavi<sup>4</sup>; A. Safari Moradabadi, M.Sc.<sup>5\*</sup>

1-M.Sc. in Health Education Hormozgan Fertility and Infertility Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Hormozgan, Iran.

2-Master Student in Midwife Student Research Committee Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3-Obstetrics and Gynecology Mother & Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Hormozgan, Iran.

4-Student in Midwife Student Research Committee, Hormozgan University of Medical Sciences, Hormozgan, Iran.

5- M.Sc. in Health Education Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Received: 29.11.2014

Accepted: 7.3.2015

### Abstract

**Background:** Menopause is considered a critical stage of life and the most profound event among the middle-aged women. It is accompanied by not only physiological problems such as hot flashes, night sweats, anxiety, and sleep disorders, but also significant changes in quality of life. The present research sought to employ the PRECEDE model to investigate the determinants of quality of life among postmenopausal women in Bandar Abbas, Iran.

**Methods:** The present research adopted a descriptive, analytical cross-sectional design. Cluster sampling was applied to select a total of 170 postmenopausal women from Bandar Abbas. A researcher-made questionnaire was used to collect data. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the collected data in SPSS/16. P values less than 0.05 were considered significant.

**Result:** The mean age of the participants was  $57.00 \pm 8.15$  years. The mean score of quality of life among the studied postmenopausal women was  $76.62 \pm 27.05$ . There were significant relations between quality of life and enabling and reinforcing factors ( $p=0.048$  and  $0.026$ , respectively). Among all predisposing factors, attitude and perceived self-efficacy had significant relations with quality of life ( $p=0.002$  and  $0.045$ , respectively).

**Conclusion:** Improving postmenopausal women's quality of life requires the implementation of education and health programs by health workers, encouragement of other family members to contribute in health promotion programs, and development of social support networks to provide women with emotional support.

**Keywords:** Bandar Abbas / Life Quality / Menopause/ Precede Model

\*Corresponding Author: A. Safari Moradabadi; Health Promotion Research Center Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. Email: alisafari\_31@yahoo.com