

رابطه بین کیفیت زندگی با سلامت روان در زنان یائسه شهر ایلام سال ۹۳

زهرا صیدی^{۱*}

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: دوران یائسگی به عنوان یک دوره آسیب پذیر در زنان تصور شده است که زنان را با مشکلات و دشواری های جدیدی رو به رو می نماید و این مشکلات ممکن است باعث اختلال در سلامت روانی و روند کیفیت زندگی آنان گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت روان زنان یائسه انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، نمونه ها ۱۲۰ نفر از زنان یائسه تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان ایلام در سال ۹۳ بوده اند. روش نمونه گیری در دسترس برای انتخاب زنان مراجعه کننده به مراکز مذکور استفاده شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت روان و کیفیت زندگی فرم ۳۶ سؤالی گردآوری شد و با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری برای آزمون های آماری نیز کمتر از ۰/۰۵ لحاظ گردید.

یافته ها: یافته ها در مورد ارتباط میان حیطه های کیفیت زندگی با سلامت روانی نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه تحت تأثیر سلامت روانی آنان بوده است. در حیطه های عملکرد فیزیکی ($p=0/001$)، عملکرد اجتماعی ($p=0/015$)، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی ($p=0/001$)، درد جسمی ($p=0/007$)، سلامت روانی ($p=0/001$)، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی ($p=0/001$) و سرزندگی ($p=0/03$) از کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معناداری مشاهده شد. در حیطه درک سلامت عمومی از کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنادار مشاهده نشد ($p=0/07$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش چنین نتیجه گیری میشود حیطه های کیفیت زندگی زنان یائسه با سلامت روان آن ها رابطه دارد، لذا ارائه مراقبت های خاص در حیطه روان شناختی می تواند برای این بیماران مفید و موجبات ارتقای کیفیت زندگی آنان را فراهم سازد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، کیفیت زندگی، یائسگی.

مقدمه

تخمین زده می شود که ۳۳-۲۶ درصد از زنان، اولین حمله افسردگی زندگی خود را در دوران یائسگی تجربه می کنند (۵). چندین مطالعه دیگر نیز نشان داد که خطر افسردگی در طول گذر به دوران یائسگی افزایش می یابد (۶-۷).

همچنین تحقیقات نشان می دهد که بین عوامل سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی؛ یعنی سرزندگی و خودکارآمدی ارتباط معناداری وجود دارد. بنابراین از آنجایی که توانایی های مذکور در زنان یائسه کاهش پیدا می یابد، می توان، افسردگی و استرس بالاتر و خودکارآمدی پایین تری را انتظار داشت (۸). در نتایج تحقیق لی و همکاران (۲۰۰۷) نشان می دهد توجه به مسائل روحی روانی در بهبود نمره کیفیت زندگی در دوران یائسگی نقش مهمی دارد (۹). در مطالعه ۵ ساله بائولد و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی ۲۵۶۵ زن ۴۵-۵۵ ساله انجام شد، هیچ ارتباطی بین وضعیت یائسگی و افسردگی مشاهده نگردید، علی رغم اینکه در این مطالعه، زنانی

یائسگی^۱ به دوره گسترده ای از تغییرات هورمونی در زنان اشاره می کند که نشانه پایان مرحله باروری در زندگی است (۱). میانگین و میانه سن یائسگی بر اساس متون مختلف، ۵۰ و ۵۱ سالگی گزارش شده است. تغییرات سن یائسگی معمولاً در محدوده سنی ۴۵-۵۵ سال رخ می دهد (۲) با توجه به افزایش امید زندگی در بسیاری از کشورها، پژوهش ها نشان می دهد که بیش از یک سوم عمر زنان در دوران یائسگی طی می شود (۳-۴). علائمی نظیر تحریک پذیری^۲، عصبانیت و احساس افسردگی نیز در حول و حوش یائسگی افزایش می یابد و بر اساس برخی مطالعات،

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

* (نویسنده مسؤول) Email: syedizahra@gmail.com

1. Menopause
2. excitative

که دوره حوالی یائسگی در آنها طولانی تر بود، علائم افسردگی بیشتری را تجربه کردند (۱۰). برخی مطالعات نشان می دهد که اختلالات خلقی در زنانی که از علائم فیزیکی رنج می برند، شدیدتر است و علائم شدید یا طول کشیده یائسگی ممکن است علائم خلقی را در برخی زنان تشدید کند (۱۱). برخی دیگر از محققین نیز گزارش کرده اند که سطوح بالای استرس و اضطراب، به طور بالقوه، علائم یائسگی را تشدید می کند. به عنوان مثال؛ وقایع ناخوشایند زندگی با علائم شدیدتر یائسگی ارتباط دارد (۱۲). انتقال یائسگی با خطر بالای ابتلا به افسردگی بالینی در زنان همراه است، حتی در افرادی که پیش از یائسگی تاریخچه ای از افسردگی نداشته اند (۱۳). نشانه های یائسگی کیفیت زندگی را کاهش می دهد، تغییرات در سنی ظاهر میشود که کیفیت زندگی بنیادین قبلی تهدید شده است. زمانی که زنان به سن پنجاه سالگی نزدیک می شوند، بسیاری از آنها با انواعی از تجربه های استرس زا مواجه میشوند، از جمله از دست دادن فرزندان در حال بلوغ و در حال ترک خانه، نیاز به مراقبت از والدین مسن، بازنشستگی خود یا همسر و کاهش چالشها و رضایت از کار که ممکن است جدا کردن این مسائل از عوامل مربوط به خود یائسگی دشوارتر باشد. بسیاری از نشانه های یائسگی، به خودی خود استرس زا هستند و آنها برای زندگی در یک دنیای مدرن، انتظار بیشتری از خود دارند (۱۴). در حالی که بسیاری از زنان در دوران یائسگی اضطراب و افسردگی از خود نشان می دهند، دلایل این اختلالات خلقی را نمی توان تنها به وضعیت یائسگی نسبت داد، سایر نشانه های متداول مثل: تغییرات خلقی، آشفتگی خواب، بی اختیاری ادرار، تغییرات شناختی، شکایتهای بدنی، اختلالات جنسی و کیفیت زندگی کاهش یافته، ممکن است از نشانه های ثانویه یا مرتبط با سایر نشانه باشد. تأثیر عوامل روانی، شیوه زندگی، تصویر بدن، روابط بین فردی، نقشها، عوامل اجتماعی فرهنگی، در پیش بینی سطح اضطراب و افسردگی افراد یائسه نباید نادیده گرفته شود (۱۵).

با توجه به اینکه کیفیت زندگی زنان یائسه، یک مسأله مهم بهداشتی مورد توجه در جوامع مختلف است و یکی از اهداف اساسی مراقبت های بهداشتی در این دوران محسوب می شود، مطالعات موجود نشان می دهد که اختلال در عملکرد زندگی روزانه و مشکلات روانی بر روی کیفیت زندگی می تواند تاثیر داشته باشد؛ اما تا کنون مطالعه ای رابطه بین سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران را مورد بررسی قرار نداده است لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت زندگی با سلامت روان زنان یائسه انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و مقطعی بود که به بررسی زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان ایلام در

سال ۱۳۹۳ پرداخت. جامعه پژوهش کلیه زنان یائسه تحت پوشش مراکز فوق بودند و نمونه شامل ۱۲۰ نفر از آنان بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ محاسبه شد. زنان یائسه شرکت کننده در تحقیق تمایل به همکاری با محقق داشتند، سواد خواندن و نوشتن بودند و سابقه قبلی اختلالات روانی نیز نداشتند. لذا زنانی که سابقه مشکلات روانی و زمینه ای داشتند، از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل ۳ قسمت به این شرح بود: در قسمت اول به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی نمونه ها شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل اقدام شد. قسمت دوم آن، پرسشنامه سلامت روان (GHQ-12) بود. متن اصلی این پرسشنامه توسط گلدبرگ طراحی شده است (۱۶). از این ابزار می توان برای بررسی سلامت روانی و به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانی استفاده کرد (۱۷). در این پرسشنامه نمرات بالا بر وضع سلامت روان وخیم تر ونمرات پایین بر سلامت روان بهتر دلالت دارد. این ابزار از ویژگی های روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. پژوهش منتظری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۷ درصد و اعتبار همگرا آن را با مقیاس کلی کیفیت زندگی $r = 0/56$ ($p < 0/0001$) بیان کردند (۱۸). قسمت سوم ابزار، پرسشنامه کیفیت زندگی، فرم ۳۶ سؤالی بوده است که کیفیت زندگی را در ۸ بعد بررسی می نماید. زیر مقیاس عملکرد جسمانی، ایفای نقش متأثر از مشکلات فیزیکی، درد بدنی و سلامت عمومی مربوط به بعد جسمی و ۴ زیر مقیاس ایفای نقش متأثر از مشکلات عاطفی، سلامت روحی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی نیز مربوط به بعد روانی است. نحوه نمره گذاری در این ابزار به روش لیکرت است و برای کلیه زیر مقیاس های این ابزار از صفر تا صد امتیاز دهی می شود و نمره بالاتر معرف کیفیت زندگی مطلوب تر است. این مقیاس از سطح قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است و در بسیاری از کشورهای جهان روایی و پایایی آن مورد سنجش قرار گرفته است. این مقیاس در ایران نیز هنجاریابی شده است (۱۹،۲۰). روایی و پایایی گونه فارسی این پرسشنامه در مطالعه ای توسط منتظری و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته است. آزمون پایایی با استفاده از تحلیل آماری (همخوانی داخلی) و آزمون روایی با استفاده از روش (مقایسه گروه های شناخته شده) و (روایی همگرایی) مورد بررسی قرار گرفت که به جز مقیاس نشاط ($\alpha = 0/65$)، سایر مقیاس ها از ضریب پایایی $0/9 - 0/77$ برخوردار بودند (۲۱،۲۲). داده های حاصل از جمع آوری اطلاعات با استفاده نرم افزار SPSS19 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

زنان یائسه تحت تأثیر سلامت روانی آنان بوده است. در حیطه های عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، درد جسمی، سلامت روانی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی، درک سلامت عمومی و سرزندگی از کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معناداری مشاهده شد. تنها در حیطه درک سلامت روان از کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنادار مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

متغیرهای جمعیت شناختی زنان یائسه در جدول شماره ۱ ملاحظه می گردد. درباره وضعیت کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه، میانگین نمره عملکرد فیزیکی (۳۷/۳۷) از سایر حیطه ها بیشتر بود و کمترین میانگین نمره (۱۰۵/۲۵) مربوط به حیطه درد جسمی بود (جدول شماره ۲). یافته ها در مورد ارتباط میان حیطه های کیفیت زندگی با سلامت روانی نشان داد که کیفیت زندگی

جدول (۱): متغیرهای جمعیت شناختی زنان یائسه

متغیر	تعداد	درصد
سن	۱۲	۱۰/۱
	۳۱	۲۵/۸
	۳۶	۳۰
	۲۴/۲	۲۴/۲
	۱۲	۹/۶
سطح تحصیلات	۴۰	۳۳/۳
	۵۷	۴۷/۵
	۱۳	۱۰/۸
	۱۰	۸/۳
وضعیت تاهل	۸۹	۷۴/۲
	۳	۲/۵
	۲۸	۲۳/۳

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار حیطه های سلامت روانی و کیفیت زندگی در زنان یائسه

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان	۱۳/۵۹	۴/۳۹
عملکرد فیزیکی	۳۷۵/۳۷	۳۴۶/۱۱
عملکرد اجتماعی	۱۱۳/۳۷	۴۷/۹۷
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	۲۵۳/۷۵	۱۶۲/۰۷
درد جسمی	۱۰۵/۲۵	۳۵/۹۶
سلامت روانی	۲۸۴/۵۸	۷۴/۸۴
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	۱۹۵/۸۳	۱۳۰/۵۴
درک سلامت عمومی	۳۶۲/۱۲	۸۳/۹۷
سر زندگی	۲۱۸/۵۰	۶۹/۵۳

جدول (۳): نتایج ضریب همبستگی مربوط به کیفیت زندگی و ابعاد آن با سلامت روانی زنان یائسه

کیفیت زندگی	سلامت روان
عملکرد فیزیکی	$R=۱/۰۰۰$ $p=۰/۰۰۰$
عملکرد اجتماعی	$R=۰/۲۲۲$ $p=۰/۰۱۵$
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	$R=۰/۴۹۳$ $p=۰/۰۰۱$
درد جسمی	$R=۰/۲۴۴$ $p=۰/۰۰۷$
سلامت روانی	$R=۰/۳۵۲$ $p=۰/۰۰۱$
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	$R=۰/۳۲۸$ $p=۰/۰۰۱$
درک سلامت عمومی	$R=۰/۱۶۶$ $p=۰/۰۷۱$
سرزندگی	$R=۰/۱۹۹$ $p=۰/۰۰۳$

$p < ۰/۰۵$ سطح معنی داری می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میان حیطه های کیفیت زندگی با سلامت روان زنان یائسه همبستگی معناداری وجود داشت و کیفیت زندگی زنان یائسه تحت تأثیر سلامت روانی آنان بوده است. این پژوهش همسو با تحقیقات سیلویا و همکاران (۲۰۱۴)، امیری و همکاران (۲۰۱۴)، باکورا و همکاران (۲۰۱۳)، صیب و همکاران (۲۰۱۳) است (۲۶-۲۵-۲۴-۲۳). در پژوهشی در چین، توسط لیو و همکاران (۲۰۱۴) صورت پذیرفت که کیفیت زندگی زنان در سن یائسگی را پایین گزارش دادند و به این نتیجه رسیدند که یائسگی با کیفیت زندگی پایین همراه است (۲۷). اسکیندر، مک لنان و فینی (۲۰۰۸) اشکال یائسگی و موضوعات مربوط به آن بر سلامتی زنان تأثیر می گذارد به این صورت سن می تواند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد (۲۸). لو و مولزان (۲۰۰۷) سلامتی و معنای زندگی به طور مستقیم و مثبت کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می دهند (۲۹). هیز و همکاران (۱۹۹۶) بین خود ارزیابی سلامتی و افسردگی رابطه وجود دارد (۳۰). بسیاری از نظریه پردازان سلامتی را یکی از مهمترین و اصلی ترین ابعاد

کیفیت زندگی در نظر گرفته اند که بدون آن احساس خوب بودن در فرد وجود نخواهد داشت. اندرسون (۱۹۹۹) سلامتی زنان در این دوران دستخوش تغییر می شود و احساس و نگرش نسبت به آن و همچنین آسیب پذیری در برابر تغییرات فیزیکی و روانی بر کیفیت زندگی زنان و احساس خوب بودن آنان تأثیرگذار است (۳۱). لازم به ذکر است که تغییرات ناشی از یائسگی ارزیابی فرد را از سلامتی تحت تأثیر قرار میدهد. افراد مسنی که با مشکلات سلامتی مواجه نشده اند، در ایجاد حفظ راهبردهای شناختی در جهت هدفهای ارزشمند در مقایسه با کسانی که با مشکلات سلامتی مواجه شده اند، توانایی بیشتری از خود نشان می دهند (۳۲). تغییرات هورمونی و خلقی نیز موجب ارزیابی منفی تر زنان از خود شود و به این صورت، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (۳۳). مطالعات مختلف نشان داد که نگرش منفی زنان و همچنین نگرش منفی جامعه نسبت به پدیده یائسگی بر روی شدت و حدت تجربه علائم یائسگی تأثیرگذار است. زنانی که نگرشی منفی داشتند، علائم یائسگی را با شدت بیشتری تجربه می کردند (۳۴-۳۵) از سویی دیگر هر چه علائم یائسگی با شدت بیشتری تجربه شوند؛ تأثیر منفی تری بر کیفیت زندگی زنان یائسه می گذارد (۳۶) نتایج این مطالعات، نشان داد، زنانی که

تأثیرگذار حمایت اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه، جلب مشارکت سایر اعضای خانواده بویژه همسران زنان یائسه در برنامه های ارتقای سلامت جسمی و روانی آنان و تأسیس شبکه های حمایت اجتماعی به منظور ایجاد حمایت عاطفی و ابزاری مناسب برای زنان یائسه، مطمئناً به بهبود کیفیت زندگی آن ها کمک خواهد کرد. همچنین مقایسه کیفیت زندگی و دیگر مؤلفه های تحقیق بین زنان یائسه و غیر یائسه و بررسی عوامل روانی دیگر به غیر از متغیرهای تحقیق که بتواند کیفیت زندگی و سلامت را در زنان یائسه تبیین کند از جمله پیشنهاد های همسو با این پژوهش میباشد. دستیابی به زنان یائسه دارای تحصیلات دانشگاهی محدودیتهای این پژوهش به شمار می رود.

تشکر و قدردانی: با تشکر از کلیه شهروندان عزیز و گرامی که صبورانه در تکمیل پرسشنامه های تحقیق به ما یاری رساندند.

References:

- Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause. *Social Science & Medicine*. 2006;62(1):93-102.
- Rogério AL. The perimenopause. *Clin Obstet Gynecol*. 1998;41(4):894-7..
- Staessen J, Celis H, Fagard R. The epidemiology of the association between hypertension and menopause. *Journal of human hypertension*. 1998;12(9):587-92.
- Ayatollahi S, Ghaem H, Ayatollahi S. Menstrual-reproductive factors and age at natural menopause in Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2003;80(3):311-3.
- Reed SD, Ludman EJ, Newton KM, Grothaus LC, LaCroix AZ, Nekhlyudov L, et al. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. *Maturitas*. 2009;62(3):306-10.
- Bromberger JT, Harlow S, Avis N, Kravitz HM, Cordal A. Racial/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Public Health*. 2004;94(8):1999-85. (in Parsian).
- Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(4):385-90.
- Jafary F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging & mental health*. 2011;15(5):630-7.
- Lee JS, Oh WO. Factors influencing vitality among nurses. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2007;37(5):676-83.
- Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*. 2009;62(2):160-5.
- Alexander JL, Dennerstein L, Woods NF, McEwen BS, Halbreich U, Kotz K, et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. *Expert Rev Neurother*. 2007 7(11): 93-113.
- Baksu B, Baksu A, Göker N, Citak S. Do different delivery systems of hormone therapy have different effects on psychological symptoms in surgically menopausal women? A randomized controlled trial. *Maturitas*. 2009;62(2):140-5.
- King DE, Hunter M, Harris J, Koenig HG. Dealing with the psychological and spiritual aspects of menopause: Finding hope in the midlife: Routledge; 2014.

14. Short M. Menopause, mood and management. *Climacteric*. 2003;6:33.
15. Deeks AA. Psychological aspects of menopause management. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2003;17(1):17-31.
16. Goldberg D. The detection of psychiatric disorder in primary care settings. Implications for the taxonomy of neurosis. *Israel Journal Psychiatry Related Science*. 1985; 22(4): 245-55.
17. Bagheri Yazdi A, Bolhari G, Peiravi H. Assessing mental health student in Tehran University academic. *Thought and Behavior Journal*. 1995; 1(4): 85-90
18. Montazeri A, Harrirchi A M, Shariati M, Garmaroudi Gh, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire translation and validation study of the Iranian Version. *Health and Quality of life outcome*. 2003; 1: 66-71.
19. Bianchi ML, Orsini MR, Saraifoger S, Ortolani S, Radaelli G, Betti S. Quality of life in post-menopausal osteoporosis. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; (7):73-78.
20. Dhillon V, Hurst N, Hannan J, Nuki G. Association of low general health status, measured prospectively by Euroqol EQ5D, with osteoporosis, independent of a history of prior fracture. *Osteoporosis international*. 2005;16(5):483-9.
21. Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and Reliability of the Short Form- 36 Items Questionnaire as a Measure of Quality of Life in Elderly Iranian Population. *American Journal of Applied Sciences*. 2006; 3(3): 1763-6.
22. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Resarch*. 2005; 14(3): 875-82.
23. Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanisławska M, et al. Effects of Socio-Demographic, Personality and Medical Factors on Quality of Life of Postmenopausal Women. *International journal of environmental and Public Health*. 2014; 11(7):6692-708.
24. Amiri P, Deihim T, Nakhoda K, Hasheminia M, Montazeri A, Azizi F. Metabolic Syndrome and Health-related Quality of Life in Reproductive Age and Post-menopausal Women: Tehran Lipid and Glucose Study. *Arch Iran Med*. 2014; 17(6): 423 – 428.
25. Baccaro LF, Boin IdF, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Quality of life and menopausal symptoms in women with liver transplants. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. 2013;35(3):103-10.
26. Seib C, Anderson D, Lee K, Humphreys J. Predictors of mental health in post-menopausal women: Results from the Australian healthy aging of women study. *Maturitas*. 2013;76(4):377-83.
27. Liu K, He L, Tang X, Wang J, Li N, Wu Y, et al. Relationship between menopause and health-related quality of life in middle-aged Chinese women: a cross-sectional study. *BMC women's health*. 2014;14(1):7.
28. Schneider H, MacLennan A, Feeny D. Assessment of health-related quality of life in menopause and aging. *Climacteric*. 2008;11(2):93-107.
29. Low G, Molzahn AE. Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. *Research in nursing & health*. 2007;30(2):141-50.
30. Hays JC, Schoenfeld DE, Blazer DG. Determinants of poor self-rated health in late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996;4(3):188-96.
31. Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of advanced nursing*. 1999;29(2):298-306.
32. Gana K, Alaphilippe D, Bailly N. Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging & mental health*. 2004;8(1):58-64.
33. Short M. Menopause, mood and management. *Climacteric*. 2003;6:33.
34. 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.

35. Shea JL. Chinese women's symptoms: relation to menopause, age and related attitudes. *Climacteric*. 2006; 9(1): 30-9.
36. Bowles C. Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. *Nurs Res*. 1986; 35(2): 81-5.
37. Hunter M. Coping with menopause: education and exercise are key interventions. *Psychology Today*. 2002; 35(2): 22-8
38. 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.
39. Blumel J, 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.