

## کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان یائسه

### مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شرق شهر اهواز در سال ۱۳۹۱

سمیه مکوندی<sup>۱\*</sup>، آراسته بسطامی<sup>۲</sup>، شیرین زرگر شوشتری<sup>۳</sup>، حمیده یزدی زاده<sup>۴</sup>،  
یاسمین اعتمادپور<sup>۴</sup>، سیده انیس تقوی فر<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۴/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۴/۲۵

#### خلاصه

**مقدمه:** کیفیت زندگی، یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می آید که در ارزیابی مداخلات بهداشتی نقش مهمی دارد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفیت زندگی زنان یائسه در ابعاد مختلف و تأثیر برخی متغیرهای فردی بر آن انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی- تحلیلی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۴۰۰ زن یائسه ۶۵-۴۰ ساله مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شرق شهر اهواز انجام شد. پرسشنامه های اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی زنان یائسه برای تمام نمونه ها به وسیله مصاحبه چهره به چهره تکمیل شد. امتیاز مربوط به کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن بعد از محاسبه به دامنه ۲۰-۰ تبدیل شدند. بالاتر بودن نمره در هر حیطه نشان دهنده بدتر بودن کیفیت زندگی و پایین تر بودن نمره نشان دهنده بهتر بودن کیفیت زندگی بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و روش های آمار توصیفی و آزمون های تی و آنووا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی زنان یائسه  $9/72 \pm 3/27$  بود. بدترین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در بُعد وازوموتور ( $10/90 \pm 5/27$ ) و مربوط به علامت گزرگرفتگی بود. زنان شاغل در ابعاد جسمی ( $p=0/002$ ) و روانی ( $p=0/01$ ) کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد خانه دار داشتند. کیفیت زندگی زنان سیگاری در ابعاد وازوموتور ( $p=0/04$ ) و روانی ( $p=0/002$ ) به طور معناداری پایین تر از زنان غیر سیگاری بود. بین متغیرهای سن، سطح تحصیلات، ورزش، درآمد و وضعیت سلامتی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود نداشت. **نتیجه گیری:** پایین امتیاز مربوط به کیفیت زندگی زنان یائسه در بعد وازوموتور بود. سیگار کشیدن و خانه دار بودن باعث کاهش امتیاز کیفیت زندگی در برخی ابعاد آن شدند.

**کلمات کلیدی:** جمعیت شناختی، کیفیت زندگی، یائسگی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: سیمیه مکوندی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۱۶۶۰۴۲۲۴۷؛ پست الکترونیک: somayemakvandi@gmail.com

## مقدمه

یائسگی، بخشی از زندگی است که تمام زنان با آن مواجه خواهند شد. این فرآیند بیولوژیک، با افت استرادیول و پروژسترون و افزایش هورمون محرک فولیکولی مشخص می شود (۱) و همچنین به عنوان یک مرحله از زندگی، با تغییراتی نظیر به پایان رسیدن قدرت باروری زنان همراه می باشد (۲-۳).

اگرچه یائسگی به عنوان یک مرحله طبیعی از زندگی زنان در نظر گرفته می شود، ولی تعداد قابل توجهی از زنان، مشکلات گوناگونی را قبل و بعد از آن تجربه می کنند. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده اند که نزدیک به ۸۵-۶۵ درصد زنان، نشانه‌های شروع یائسگی را تجربه می کنند (۴). برخی از این علائم شامل گرگرفتگی، تعریق، تپش قلب، اختلال خواب، تحریک پذیری، بی حالی، خلق و خوی افسرده، فراموشی، کاهش میل جنسی، خشکی واژن، مقاربت دردناک و علائم اداری می باشد (۵). همچنین در این دوره، تغییرات تدریجی در متابولیسم استخوان رخ می دهد، در نتیجه خطر ابتلاء به شکستگی های استخوانی افزایش می یابد. همچنین به دلیل کاهش استروژن، بروز بیماری های قلبی - عروقی بعد از دوران یائسگی به طور قابل توجهی بیشتر می شود (۶-۷).

در مورد تأثیرات بیولوژیک یائسگی بر جسم زنان (مانند از دست دادن توده استخوانی)، مطالعات فراوانی انجام شده است؛ اما به تأثیرات یائسگی بر عملکرد و رفاه زنان و یا بر کیفیت زندگی آنان، کمتر پرداخته شده است. کیفیت زندگی، یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می آید که در انجام و ارزیابی مداخلات بهداشتی نقش مهمی دارد (۸). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های آنان است. بنابراین کیفیت زندگی، موضوعی کاملاً فردی بوده، توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار است (۹).

نتایج مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که یائسگی با تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی زنان چینی

همراه است (۱۰). مطالعه ویلیامز و همکاران (۲۰۰۹) در ایالات متحده نشان داد که ویژگی های جمعیت شناختی زنان یائسه و همچنین علائم یائسگی تجربه شده توسط آنان، کیفیت زندگی دوران یائسگی را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۱). مطالعه چدرایی و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که برخی ویژگی های فردی زنان یائسه مانند سن، وضعیت هورمونی، سلامتی همسر و رفتار جنسی بر کیفیت زندگی دوران یائسگی تأثیر دارد (۱۲). در برخی مطالعات، بین علائم یائسگی و کیفیت زندگی ارتباطی وجود نداشت (۱۳-۱۴). در مطالعه چنگ و همکاران (۲۰۰۷) بر روی زنان تایوانی، یائسگی با امتیاز کیفیت زندگی ارتباط معناداری نداشت (۱۳). مطالعه مروری وسکو و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که هیچ الگوی شناخته شده ای بین یائسگی و خلق و خوی زنان میانسال وجود ندارد (۱۴).

امروزه تغییر در طول عمر و افزایش امید به زندگی، باعث شده که زنان، سال های بیشتری را در دوران بعد از یائسگی سپری کنند؛ لذا مشکلات و عوارض ناشی از آن ملموس تر شده و از طرف اعضاء بهداشتی جامعه مورد توجه قرار گرفته است (۱۵).

با توجه به اهمیت تأثیر یائسگی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان یائسه مراجعه کننده به مرکز بهداشت شرق اهواز انجام شد. در این مطالعه ارتباط کیفیت زندگی زنان یائسه با برخی ویژگی های فردی نیز مورد بررسی قرار گرفت.

## روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۴۰۰ زن یائسه مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شرق شهر اهواز انجام شد. یائسگی به صورت توقف قاعدگی بدون استفاده از دارو به مدت حداقل ۱۲ ماه در نظر گرفته شد. افراد بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۴۰-۶۵ سال، متأهل بودن، عدم مصرف هورمون طی ۶ ماه گذشته و نداشتن سابقه عمل جراحی هیسترکتومی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم

پاسخ به تمام سؤالات پرسشنامه، بروز اتفاقات و پیشامدهای ناگوار در ۶ ماه اخیر و ابتلاء به بیماری های جسمی و روحی بر اساس اظهار نظر شخصی خود فرد بود. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ویژگی های شخصی و جمعیت شناختی و پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی زنان یائسه (MENQOL)<sup>۱</sup> بود.

پرسشنامه ویژگی های شخصی و جمعیت شناختی، پرسشنامه ای محقق ساخته بود که پس از مطالعات لازم در این زمینه تهیه شده و شامل سؤالاتی در مورد سن افراد، سطح تحصیلات، شغل، ورزش، سیگار کشیدن، میزان درآمد و وضعیت سلامتی افراد بود. سؤالات این پرسشنامه توسط تعدادی از افراد صاحب نظر و مجرب در این زمینه بررسی و اصلاحات لازم روی آن انجام شد و بدین ترتیب اعتبار محتوای آن مورد تأیید قرار گرفت. سپس پرسشنامه معتبر شده ویژگی های شخصی و جمعیت شناختی همزمان توسط دو نفر از محققین برای تعدادی از نمونه ها تکمیل شده و با ضریب همبستگی ۰/۸۴ پایایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی زنان یائسه، ابزاری معتبر جهت سنجش کیفیت زندگی است که در اکثر مقالات پژوهشی غربی و داخلی به کار گرفته شده و توسط هیلدیچ و همکاران در دانشگاه تورنتو کانادا طراحی و استانداردسازی شده است (۱۷-۱۶). در ایران نیز فلاح زاده و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این آزمون را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تأیید کردند (۱۸). این ابزار شامل ۲۹ سؤال در مورد علائم و عوارض یائسگی در ۴ حیطه وازوموتور (۳ سؤال)، روانی - اجتماعی (۷ سؤال)، فیزیکی (۱۶ سؤال) و جنسی (۳ سؤال) می باشد. این سؤالات با مقیاس ۶ قسمتی لیکرت سنجیده شدند؛ بدین ترتیب که برای هر سؤال به گزینه "ندارم" نمره ۱ و به گزینه "خیلی شدید" نمره ۶ تعلق گرفت (۱۶-۱۷). مجموع نمرات مربوط به سؤالات پرسشنامه، امتیاز کلی کیفیت زندگی را نشان داد. همچنین از حاصل جمع نمرات تعلق گرفته به سؤالات هر یک از حیطه های کیفیت زندگی، امتیاز کیفیت زندگی در حیطه مورد نظر به دست آمد. این امتیازات به

جهت راحت تر بودن تفسیر آن، به دامنه ۲۰-۰ تبدیل شدند. بالاتر بودن امتیاز کلی کیفیت زندگی و همچنین بالاتر بودن نمره در هر حیطه، نشان دهنده بدتر بودن کیفیت زندگی و پایین تر بودن نمره، نشان دهنده بهتر بودن کیفیت زندگی بود.

قبل از انجام مطالعه، به تک تک افراد توضیحات لازم در مورد اهداف مطالعه داده شد و رضایت نامه کتبی و شفاهی از آن ها اخذ شد؛ سپس پرسشنامه های ویژگی های فردی و کیفیت زندگی زنان یائسه به صورت مصاحبه چهره به چهره برای نمونه ها تکمیل شد.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت برآورد میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی ها از آمار توصیفی استفاده شد. جهت مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب ویژگی های فردی از آزمون های آنالیز واریانس (ANOVA) و تی مستقل استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین سن افراد شرکت کننده در مطالعه ۵۴/۸۱±۵/۶۶ سال بود. ۱۶۷ نفر (۴۱/۷٪) از شرکت کنندگان در گروه سنی ۵۴/۹-۵۰ سال قرار داشتند. ۳۰۳ نفر از افراد (۷۵/۸٪) خانه دار بوده و بیشترین فراوانی تحصیلات افراد (۳۱/۸٪) مربوط به تحصیلات متوسطه بود. سایر ویژگی های فردی واحدهای پژوهش به همراه توزیع فراوانی آن ها در جدول ۱ نشان داده شده است.

<sup>1</sup> Menopause-Specific Quality of Life

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی های فردی افراد شرکت کننده در مطالعه

ویژگی های فردی	تعداد	درصد
سن (سال)		
۴۰-۴۴/۹	۲۳	۵/۷
۴۵-۴۹/۹	۵۰	۱۲/۵
۵۰-۵۴/۹	۱۶۷	۴۱/۷
۵۵-۵۹/۹	۱۴۰	۳۵
۶۰-۶۵	۲۰	۵
تحصیلات		
بی سواد	۷۵	۱۸/۸
ابتدایی	۱۴۸	۳۷
متوسطه	۱۲۷	۳۱/۸
دانشگاهی	۵۰	۱۲/۵
شغل		
خانه دار	۳۰۳	۷۵/۸
شاغل	۹۷	۲۴/۳
سیگار		
می کشد	۳۳	۸/۲
نمی کشد	۳۶۷	۹۱/۸
ورزش		
غیرورزشکار	۲۲۱	۵۶/۳
ورزش نامنظم	۱۰۴	۲۶
ورزش منظم	۷۵	۱۸/۸
درآمد		
کم	۶۲	۱۵/۵
متوسط	۳۰۴	۷۶
زیاد	۳۴	۸/۵
وضعیت سلامتی		
خیلی ضعیف	۱۵	۳/۸
ضعیف	۴۵	۱۱/۲
متوسط	۲۰۲	۵۱/۵
خوب	۱۱۴	۲۸/۵
خیلی خوب	۲۴	۶

آن مربوط به بُعد وازوموتور ( $10/90 \pm 5/27$ ) بود (جدول ۲). در بُعد وازوموتور و بیشترین شکایت افراد مربوط به علامت گرگرفتگی بود.

میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی زنان یائسه  $9/72 \pm 3/27$  بود. بهترین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در بُعد جسمی ( $9/14 \pm 2/89$ ) و بدترین امتیاز

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در افراد شرکت کننده در مطالعه

میانگین	انحراف معیار
۹/۷۲	۳/۲۷
۱۰/۹۰	۵/۲۷
۹/۱۴	۲/۸۹
۹/۲۷	۴/۰۴
۹/۴۴	۵/۱۷

و روانی ( $p=0/002$ ) و روانی ( $p=0/002$ ) به طور معناداری پایین تر از زنان غیر سیگاری بود. بین امتیاز مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی با سایر ویژگی های فردی مانند سن، سطح

زنان شاغل در ابعاد جسمی ( $p=0/002$ ) و روانی ( $p=0/01$ )، کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد خانه دار داشتند. کیفیت زندگی زنان سیگاری در ابعاد وازوموتور

تحصیلات، ورزش، درآمد و وضعیت سلامتی، ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب ویژگی های فردی

جنسی	روانی	جسمی	واژوموتور	سند	تحصیلات	شغل	سیگار	ورزش	درآمد	وضعیت سلامتی
۸/۸۸±۱/۵۷	۱۴/۰۴±۱/۶۸	۸/۶۶±۲/۴۳	۱۱/۱۱±۳/۱۴	۴۰-۴۴/۹	ابتدایی	خانه دار	می کشد	غیرورزشکار	کم	خیلی ضعیف
۶/۷۶±۳/۳۵	۶/۸۲±۲/۷۲	۸/۱۰±۲/۴۷	۱۰/۴۴±۵/۹۵	۴۵-۴۹/۹	متوسطه	شاغل	نمی کشد	ورزش نامنظم	متوسط	ضعیف
۹/۶۷±۴/۲۳	۹/۵۵±۳/۴۶	۹/۲۶±۲/۹۲	۱۱/۴۴±۵/۶۸	۵۰-۵۴/۹	دانشگاهی			ورزش منظم	زیاد	متوسط
۱۱/۴۸±۵/۹۳	۹/۴۸±۵/۲۱	۸/۵۱±۲/۱۷	۹/۸۱±۴/۸۰	۵۵-۵۹/۹						خوب
۹/۶۷±۶/۸۶	۹/۱۳±۴/۴۱	۹/۸۸±۳/۳۷	۱۰/۵۵±۵/۱۸	۶۰-۶۵						خیلی خوب
۰/۳۵	۰/۱۷	۰/۵۱	۰/۹۲		سطح معنی داری					
۸/۱۴±۵/۸۰	۱۰/۰۸±۴/۲۶	۱۰/۸۱±۲/۷۵	۱۰/۹۵±۵/۵۴	بی سواد						
۱۰/۴۴±۵/۳۱	۸/۳۹±۴/۵۴	۹/۵۱±۲/۷۹	۱۰/۰۸±۴/۸۷	تحصیلات						
۸/۳۸±۴/۴۸	۸/۷۹±۳/۴۵	۸/۵۲±۲/۶۹	۱۱/۷۸±۵/۵۳	متوسطه						
۱۱/۵۵±۶/۱۱	۸/۵۰±۴/۲۲	۷/۵۳±۳/۲۵	۹/۰۴± ۶/۲۹	دانشگاهی						
۰/۳۴	۰/۸۰	۰/۱۰	۰/۵۸		سطح معنی داری					
۹/۵۳±۵/۴۹	۹/۹۰±۴/۰۵	۹/۶۸±۲/۹۱	۱۱/۴۶±۵/۲۱	خانه دار						
۸/۸۸±۳/۸۴	۶/۹۷±۲/۸۴	۷/۶۹±۱/۴۹	۹/۱۵±۵/۲۴	شاغل						
۰/۷	۰/۰۱*	۰/۰۰۲*	۰/۱۱		سطح معنی داری					
۱۳/۱۴±۵/۷۲	۱۳/۳۳±۲/۴۰	۱۰/۴۵±۲/۷۴	۱۴/۰۷±۷/۲۲	می کشد						
۸/۸۸±۵/۳۰	۸/۳۰±۴/۲۱	۸/۴۷±۳/۰۴	۹/۳۰±۵/۱۵	نمی کشد						
۰/۰۷	۰/۰۰۲*	۰/۱۴	۰/۰۴*		سطح معنی داری					
۸/۵۱±۵/۴۴	۸/۸۶±۳/۹۷	۹/۲۰±۲/۰۰	۱۰/۴۰±۵/۵۸	غیرورزشکار						
۱۰/۹۱±۵/۴۴	۹/۱۳±۴/۲۰	۹/۲۸±۳/۱۵	۹/۱۳±۵/۴۷	ورزش نامنظم						
۶/۸۶±۳/۸۱	۸/۲۱±۴/۶۶	۷/۴۰±۳/۵۳	۱۱/۶۲±۵/۰۶	ورزش منظم						
۰/۱۲	۰/۸۴	۰/۱۶	۰/۴۵		سطح معنی داری					
۹/۵۰±۶/۰۸	۱۱/۱۴±۳/۴۵	۱۰/۵۰±۳/۱۵	۱۰/۷۰±۵/۶۲	کم						
۸/۸۳±۵/۱۲	۸/۶۳±۴/۲۴	۸/۶۵±۲/۷۷	۱۰/۵۳±۵/۱۵	متوسط						
۱۱/۲۹±۵/۵۵	۱۰/۸۷±۳/۹۶	۹/۲۰±۳/۳۳	۱۳/۸۸±۵/۳۴	زیاد						
۰/۵۶	۰/۱۴	۰/۳۰	۰/۳۴		سطح معنی داری					
۱۰/۰۰±۸/۸۱	۱۴/۲۸±۳/۷۴	۹/۲۷±۲/۷۹	۱۲/۹۶±۶/۵۱	خیلی ضعیف						
۶/۴۶±۵/۵۴	۸/۹۲±۳/۶۹	۸/۷۷±۲/۷۸	۸/۵۱±۴/۹۶	ضعیف						
۸/۰۸±۴/۶۶	۸/۷۲±۳/۷۵	۹/۳۶±۲/۳۴	۱۰/۵۳±۵/۱۸	متوسط						
۹/۵۰±۵/۵۳	۸/۱۲±۴/۶۸	۸/۴۸±۳/۶۰	۱۰/۲۳±۵/۹۳	خوب						
۱۱/۹۴±۵/۸۳	۷/۲۶±۳/۸۹	۷/۳۹±۳/۰۷	۹/۷۲±۶/۵۶	خیلی خوب						
۰/۸۲	۰/۱۷	۰/۷۶	۰/۷۹		سطح معنی داری					

\* اختلاف از نظر آماری معنادار است.

### بحث

در مطالعه حاضر پایین ترین امتیاز کیفیت زندگی، مربوط به بُعد واژوموتور و مربوط به علامت گرگرفتگی بود. فیزیولوژی گرگرفتگی به طور کامل شناخته نشده است؛ اما این علامت به احتمال زیاد ناشی از فعل و انفعالات بین سیستم های فیزیولوژیک مرکزی و محیطی بدن می باشد و به نظر می رسد که هورمون های تولید

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، کیفیت زندگی زنان یائسه تقریباً در سطح متوسط قرار دارد. در مطالعه عابدزاده و همکاران (۲۰۱۱) نیز کیفیت زندگی اکثر زنان یائسه در سطح متوسط گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۹).

را بیشتر تجربه می کنند (۲۸). نتایج مطالعه لویز-الگریا و همکار (۲۰۱۱) در شیلی نشان داد که کیفیت زندگی زنان یائسه سیگاری ضعیف تر از زنان غیرسیگاری است (۲۹). مطالعه کینی و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که بین سیگار کشیدن و آترزی فولیکول های تخمدان و کیفیت پایین فولیکول ها ارتباط وجود دارد و این مسأله، باعث افزایش مشکلات ناباروری و یائسگی زودرس در زنان سیگاری می شود (۳۰). دود سیگار حاوی سموم شناخته شده ای است که سلامت باروری را تحت تأثیر قرار می دهد. سیگار کشیدن با عواقب نامطلوب باروری مانند نازایی، سن کمتر در زمان یائسگی و اختلالات قاعدگی همراه است (۳۱).

در مطالعه حاضر از پرسشنامه ارزشمند و بین المللی کیفیت زندگی زنان یائسه جهت سنجش کیفیت زندگی استفاده شد که از نقاط قوت این مطالعه می باشد. مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود، لذا قادر نبود تا تأثیرات فرایند طبیعی پیر شدن را که ممکن است بر کیفیت زندگی زنان یائسه تأثیرگذار باشند را به صورت مجزا و مشخص بیان کند که این از محدودیت های مطالعه حاضر بود.

### نتیجه گیری

دوران یائسگی با تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان یائسه در بعد وازوموتور همراه می باشد. افزایش آگاهی و آموزش به زنان در خصوص علائم یائسگی و نحوه برخورد با آن ها و همچنین تلاش برای ارتقاء عوامل مرتبط با کیفیت زندگی دوران یائسگی اهمیت بسزایی دارد. همچنین نتایج این مطالعه می تواند توسط سیاست گذاران بهداشتی کشور در خصوص ارتقاء بهداشت یائسگی مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام زنانی که به عنوان شرکت کنندگان در مطالعه، ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

مثلی نیز نقشی محوری در بروز آن داشته باشند، چنانچه مطالعات نیز نشان می دهند که در مرحله گذار به یائسگی، همزمان با تغییرات چشمگیر در میزان هورمون های جنسی، علائم وازوموتور ایجاد می شوند که با دریافت استروژن اگزوزن این علائم تا حدودی تخفیف می یابند (۲۰).

در مطالعه عابدزاده و همکاران (۲۰۱۱) در کاشان نیز بدترین امتیازات کیفیت زندگی، مربوط به ابعاد وازوموتور و جنسی بود (۱۹). در مطالعه لو و همکاران (۲۰۰۷) در سیدنی، علائم وازوموتور در ۶۳٪ افراد گزارش شد (۲۱). به طور مشابه در مطالعه قاضی (۲۰۰۶) در پاکستان، ۵۵٪ افراد یائسه گرگرفتگی را گزارش کردند (۲۲).

اگرچه بر اساس نتایج مطالعه گلد و همکاران (۲۰۰۶)، فراوانی علائم وازوموتور در اواخر دوران قبل از یائسگی و سال های اولیه پس از یائسگی شدت می یابد (۲۳)، اما برخی مطالعات نشان داده اند که تعداد قابل توجهی از زنان، حتی در دهه های ۶ و ۷ زندگی خود، علائم وازوموتور را گزارش می کنند (۲۴-۲۵).

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی زنان شاغل در برخی ابعاد، بهتر از زنان خانه دار بود. برخی مطالعات نشان داده اند که زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار، علائم یائسگی را کمتر تجربه می کنند (۲۶-۲۷). در مطالعه فلاح زاده و همکاران (۲۰۰۸) در یزد نیز بین کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال افراد ارتباط معناداری وجود داشت؛ به گونه ای که کیفیت زندگی زنان شاغل بهتر از زنان خانه دار گزارش شد. آن ها دلیل این امر را افزایش شدت عوارض یائسگی بر اثر فشار کارهای منزل بیان کردند و اظهار داشتند که خانه دار بودن، شدت عوارض یائسگی را سخت تر کرده و باعث کاهش کیفیت زندگی زنان یائسه می شود (۱۸).

در مطالعه حاضر بین استفاده از سیگار و افت کیفیت زندگی در ابعاد وازوموتور و جسمی ارتباط معناداری وجود داشت. مطالعه مکوندی و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی زنان یائسه شهر اهواز انجام شد، نشان داد که زنان یائسه سیگاری نسبت به زنان غیرسیگاری، علائم یائسگی

1. Santoro N, Brown JR, Adel T, Skurnick JH. Characterization of reproductive hormonal dynamics in the perimenopause. *J Clin Endocrinol Metab* 1996 Apr;81(4):1495-501.
2. Dillaway HE. "Why can't you control this?" How women's interactions with intimate partners define menopause and family. *J Women Aging* 2008;20(1-2):47-64.
3. Olshansky E. Feeling normal. Women's experiences of menopause after infertility. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005 May-Jun;30(3):195-200.
4. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001 Feb;52(3):345-56.
5. Grady D. Clinical practice. Management of menopausal symptoms. *N Engl J Med* 2006 Nov 30;355(22):2338-47.
6. Rymer J, Morris EP. "Extracts from"Clinical evidence": Menopausal symptoms. *BMJ* 2000 Dec 16;321(7275):1516-9.
7. Randolph JF Jr, Sowers M, Bondarenko I, Gold EB, Greendale GA, Bromberger JT, et al. The relationship of longitudinal change in reproductive hormones and vasomotor symptoms during the menopausal transition. *J Clin Endocrinol Metab* 2005 Nov;90(11):6106-12.
8. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis, and interpretation. New York:Wiley;2000:25-30.
9. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* 2000 Jan;53(1):19-23.
10. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wang SH, Wu ZL. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause* 2008 Jan-Feb;15(1):144-9.
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 Feb 20;62(2):153-9.
12. Chedraui P, San Miguel G, Avila C. Quality of life impairment during the female menopausal transition is related to personal and partner factors. *Gynecol Endocrinol* 2009;25(2):130-5.
13. Cheng MH, Lee SJ, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Does menopausal transition affect the quality of life? A longitudinal study of middle-aged women in Kinmen. *Menopause* 2007 Sep-Oct;14(5):885-90.
14. Vesco KK, Haney EM, Humphrey L, Fu R, Nelson HD. Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric* 2007 Dec;10(6):448-65. Review.
15. Olazabal Ulacia JC, Garcia Paniagua R, Montero Luengo J, Garcia Gutierrez JF, Sendin Melguizo PP, Holgado Sanchez MA. Models of intervention in menopause. proposal of a holistic or integral model. *Menopause* 1999 Fall;6(3):264-72.
16. 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.
17. Lewis JE, Hilditch JR, Wong CJ. Further psychometric property development of the Menopause-Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, MENQOL-Intervention questionnaire. *Maturitas* 2005 Mar;50(3):209-21.
18. Fallahzade H, Dehghani Tafti A, Dehghani Tafti M, Hoseini F, Hoseini H. [Factors affecting quality of life after menopause in women,yazd, 2008] [Article in Persian]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2011;18(6 (75)):552-8.
19. Abedzadeh Kalarhoudi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F. [Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Kashan, Iran] [Article in Persian]. *Iran Red Crescent Med J* 2011;13(11):811-7.
20. Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the study of women's health across the nation. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011 Sep;38(3):489-501.
21. Lu J, Liu J, Eden J. The experience of menopausal symptoms by Arabic women in Sydney. *Climacteric* 2007 Feb;10(1):72-9.
22. Qazi RA. Age, pattern of menopause, climacteric symptoms and associated problems among urban population of Hyderabad Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006 Nov;16(11):700-3.
23. Gold EB, Colvin A, Avis N, Bromberger J, Greendale GA, Powell L, et al. Longitudinal analysis of vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation. *Am J Public Health* 2006 Jul;96(7):1226-35.
24. Barnabei VM, Cochrane BB, Aragaki AK, Nygaard I, Williams RS, McGovern PG, et al. Menopausal symptoms and treatment-related effects of estrogen and progestin in the Women's Health Initiative. *Obstet Gynecol* 2005 May;105(5 Pt1):1063-73.
25. Barnabei VM, Grady D, Stovall DW, Cauley JA, Lin F, Stuenkel CA, et al. Menopausal symptoms in older women and the effects of treatment with hormone therapy. *Obstet Gynecol* 2002 Dec;100(6):1209-18.
26. Olaolorun FM, Lawoyin TO. Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause* 2009 Jul-Aug;16(4):822-30.
27. Lee MS, Kim JH, Park MS, Yang J, Ko YH, Ko SD, et al. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *J Korean Med Sci* 2010 May;25(5):758-65.

28. Makvandi S, Zargarshoushtari Z, Yazdizadeh H, Zakerhosseini V, Bastami A. [Frequency and severity of menopausal symptoms and its relationship with demographic factors in pre-and postmenopausal women of Ahvaz, Iran] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013;16(49-50):7-15.
29. López-Alegría F, De Lorenzi DR. [Lifestyles and quality of life of post menopausal women] [Article in Spanish]. *Rev Med Chil* 2011 May;139(5):618-24.
30. Kinney A, Kline J, Kelly A, Reuss ML, Levin B. Smoking, alcohol and caffeine in relation to ovarian age during the reproductive years. *Hum Reprod* 2007 Apr;22(4):1175-85.
31. Windham GC, Mitchell P, Anderson M, Lasley BL. Cigarette smoking and effects on hormone function in premenopausal women. *Environ Health Perspect* 2005 Oct;113(10):1285-90.

Archive of SID