



نشریه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۵، شماره ۹۰، پاییز ۱۳۹۴، صفحات ۵۵ تا ۶۴
تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۸ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۳

ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با تجارب زنان در یائسگی

صدیقه شریعت مغانی^۱، معصومه سیمبر^{۲*}، ماهرخ دولتیان^۳، ملیحه نصیری^۴

۱. دانشجوی ارشد مامایی، گرایش بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شعبه بین الملل، تهران، ایران
۲. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات آندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دکترای تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دکترای آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، تهران، ایران
* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه سیمبر Msimbar@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف:

یائسگی به عنوان یکی از مسائل مهم در بهداشت باروری و بهداشت زنان است. کاهش مشکلات زنان یائسه و بهبود کیفیت زندگی آنان بستگی به حمایت اجتماعی از سوی منابع مختلف دارد. مطالعه حاضر در جهت بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با تجارب زنان در یائسگی انجام شد.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- همبستگی بود که بر روی ۲۲۰ زن یائسه ۴۰ تا ۶۵ ساله شهر مشهد در سال ۹۳ انجام شد. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر جامعه به صورت سهمیه‌ای انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، حمایت اجتماعی درک شده چند بعدی MSPSS و سنجش تجارب زنان در یائسگی بود. روایی و پایایی پرسشنامه‌ها قبل از استفاده بررسی و تایید گردید. داده‌ها با نرم افزار SPSS 21 و تحلیل واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن و تحلیل رگرسیون در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده $15/74 \pm 59/73$ بود و ۶۰ درصد زنان از حمایت اجتماعی بالا برخوردار بودند. نمره میانگین و انحراف معیار کل تجارب زنان در یائسگی به ترتیب ۳۳/۵ و ۱۸/۱ درصد به دست آمد. همچنین، ارتباط معکوس و معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و بعد حمایت اطرافیان مهم با تجارب زنان در یائسگی وجود داشت ($r = -0/16$ ، $p = 0/01$ و $p = 0/006$ ، $r = -0/19$). همچنین، بعد حمایت اطرافیان مهم، پیش‌بینی کننده بهتری برای تجارب زنان در یائسگی بود.

نتیجه‌گیری:

حمایت اجتماعی درک شده تأثیری مثبت بر تجارب یائسگی دارد و حمایت اطرافیان مهم مانند همسر بهترین پیش‌بینی کننده تجارب در یائسگی است.

واژه‌های کلیدی:

سلامت، یائسگی، حمایت اجتماعی، تجارب زنان

مقدمه

دارد. نگرش منفی نسبت به یائسگی باعث شدیدتر شدن نشانه‌های یائسگی می‌شود (Ayers, et al., 2010). تجارب زنان در یائسگی شامل تجربه نشانه‌های جسمانی، روان شناختی، نگرش، احساسات و نگرانی‌های هر فرد در رابطه با یائسگی است (Hakimi, et al., 2014a).

حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مرتبط با فرد است (Khoshdel, 2000) و دارای تاثیر حفاظتی قوی بر سلامتی است (Motlaq, et al., 2008). حمایت اجتماعی مثبت با باز داشتن شخص از یادآوری موضوع تنش‌زا، منجر به سازگاری هیجانی بهتر وی با فشار روانی می‌شود (Hassani, et al., 2013). شواهد چشمگیری وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت جامعه، نقش مهمی در سلامت و در نهایت کیفیت زندگی افراد یک جامعه ایفاء می‌کند (Brummet, et al., 2005). شاید به توان با حمایت‌های اجتماعی به خصوص از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی تجارب منفی یائسگی را کاهش داد. با توجه به اهمیت و لزوم ارتقای سلامت زنان بخصوص در یائسگی، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با تجارب زنان در یائسگی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که بعد از دریافت مجوز از کمیته اخلاق پزشکی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (شماره مجوز ۱۰۰۰/۱۹۸۰ مورخ ۹۳/۹/۱۵) بر روی ۲۲۰ نفر از زنان یائسه ۴۰ تا ۶۵ ساله در شهر مشهد در سال ۱۳۹۳ انجام شد. روش نمونه‌گیری مبتنی بر جامعه و سهمیه‌ای بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان یائسه‌ای بود که شرایط ورود به مطالعه را داشتند. این شرایط عبارت بودند از: ساکن فعلی شهر مشهد باشد، در حال حاضر با همسر خود زندگی کند، یک سال از آخرین قطع قاعدگی او گذشته باشد، به بیماری روانی شناخته شده مبتلا نبوده یا در حال مصرف داروهای موثر بر روان نباشد، در طی ۶ ماه گذشته حادثه ناگوار شدیدی را تجربه نکرده باشد، از مواد مخدر یا الکل استفاده نکنند و فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کرده باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های جمعیت-شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی MSPSS¹ و سنجش

دوران سالمندی زنان با رخدادی طبیعی به نام یائسگی همراه است که مشخصه اصلی آن عبور از توانایی تولید مثل و باروری در طیف بهداشت باروری و بهداشت زنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و بین سنین ۴۵ تا ۵۵ سالگی و به طور متوسط ۵۱ سالگی اتفاق می‌افتد که از نظر فیزیولوژیک با کاهش ترشح استروژن ناشی از فقدان عملکرد فولیکولی همراه است (Berek, 2012). و نابارور شدن است. یائسگی به عنوان یکی از مسائل بهداشتی در حال حاضر جمعیت زنان بالای ۵۰ سال در جهان ۴۶۷ میلیون نفر گزارش شده است (Fritz and Speroff, 2011). روند سالمند شدن در ایران هم افزایش یافته است، به طوری که حدود ۷ درصد از جمعیت زنان در سنین ۴۰ تا ۶۵ سالگی قرار دارند و با ادامه این روند در سال ۱۴۱۰ بین ۳۰ تا ۳۵ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سال و سنین بالاتر قرار خواهند گرفت (Alavian, 2006). به دلیل افزایش طول عمر و امید به زندگی، زنان حدود ۳۰ سال یا بیشتر (بیش از یک سوم) عمر خود را در وضعیت کمبود استروژن می‌گذرانند که در خلال این مدت با بسیاری از مشکلات، علائم و عوارض ناشی از کمبود هورمون‌های جنسی مانند اختلالات وازوموتور، علایم ادراری، واژینیت آتروفیک و اختلالات جنسی و نیز اثرات طولانی مدتی چون استئوپروز و اختلالات قلبی و عروقی روبه‌رو می‌شوند و بدن‌بال این روند، بسیاری از ناملایمات هیجانی، عاطفی و اجتماعی نیز گاه تجربه می‌شود (Ayaty, et al., 2008; Fritz and Speroff, 2011).

بحران یائسگی به واسطه علائم و مجموعه عوارض می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی زنان شود و احساس خوب و سالم بودن را در آنان تضعیف نماید (Lee & oh, 2007). از طرف دیگر، زنان یائسه به دلیل تغییر در سبک زندگی و شیوه درمان اغلب با تنش‌های روانی-اجتماعی زیادی دست به گریبان می‌شوند (Hailey, et al., 2001). نگرش، احساسات، درک و انتظارات، بخشی از هر پدیده روانی اجتماعی می‌باشند که بر یائسگی نیز موثر هستند (Hardy and Kuh, 2002). فرهنگ، درآمد، تحصیلات، سبک زندگی و وضعیت شغلی زنان بر روی درک زنان از این پدیده اثر گذارده (Anderson, et al., 2004) و همین باعث می‌شود که زنان تجربیات منحصر به فردی را از این دوران داشته باشند (Stewart, 2003). این که دوران یائسگی را هر زنی چگونه تجربه می‌کند بستگی به هنجارهای فرهنگی-اجتماعی و دانش شخصی هر فرد از یائسگی دارد (Berg, 1999). نگرش افراد به یائسگی نقش مهمی در تجربه افراد یائسه

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support Questionnaire

تجارب زنان در یائسگی بود. روایی پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته توسط ۱۰ تن از اعضای هیات علمی بررسی و تایید شد. این پرسشنامه از دو قسمت مشخصات فردی و زنان و مامایی تشکیل شده بود.

برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده (MSPSS)، زیمت و همکاران استفاده گردید (Zimet, et al., 1988). این ابزار دارای ۱۲ عبارت می‌باشد که حمایت دریافت شده افراد را از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می‌سنجد. دامنه نمرات حاصل از این مقیاس، ۱۲ تا ۸۴ می‌باشد. امتیاز بین ۱۲ تا ۳۵ بعنوان حمایت اجتماعی درک شده پایین، امتیاز بین ۳۶ تا ۵۹ بعنوان حمایت اجتماعی درک شده متوسط و امتیاز بین ۶۰ تا ۸۴ بعنوان حمایت اجتماعی درک شده بالا در نظر گرفته می‌شوند. آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز خرده مقیاس‌ها از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱، و پایایی آن از طریق بازآزمایی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (Bruwer, et al., 2008). در نسخه فارسی این ابزار، آلفای کرونباخ در یک نمونه ۱۷۶ نفری ۰/۸۳، به دست آمد (Nasr Isfahani and Seraj, 2010).

برای سنجش تجارب زنان در یائسگی از پرسشنامه سنجش تجارب زنان در یائسگی (Hakimi, 2013) استفاده شد. این پرسشنامه ۴۴ عبارتی شامل ۶ خرده مقیاس شامل تجارب در زمینه‌های عوارض روان‌شناختی، عوارض جسمانی، نگرانی، احساس، نگرش و سازگاری در یائسگی می‌باشد. هر مقیاس شامل عباراتی است که با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (اصلاً، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) به ترتیب با امتیازات از صفر تا ۴ نمره گذاری می‌شود. کل پرسشنامه دارای دامنه نمرات قابل اکتساب از صفر تا ۱۷۶ می‌باشد. نمرات هر سازه محاسبه شده و سپس نمره همه سازه‌ها با هم جمع می‌شود و در آخر نمره هر سازه و نمره کل به درصد بیان می‌گردد. متوسط شاخص روایی محتوای این ابزار ۰/۹۸ است. ثبات ابزار با استفاده از بازآزمون ۰/۷۸ و همسانی درونی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برآورد گردید.

روش نمونه‌گیری مبتنی بر جامعه بود. در ابتدا شهر مشهد به مناطق پنج‌گانه تقسیم گردید. سپس مساجد، پارک‌ها، فرهنگ‌سراها و سالن‌های ورزشی پر جمعیت در هر منطقه انتخاب گردیدند. سپس ۲۲۰ زن یائسه به روش در دسترس انتخاب گردیدند و در صورت ابراز تمایل به شرکت در مطالعه، دارا بودن شرایط ورود به مطالعه و تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه کتبی وارد مطالعه شدند. محقق ضمن کسب اطمینان از رضایت کامل آزمودنی‌ها در تمام مراحل کار، در مورد

محرمانه ماندن داده‌ها و تفسیر دسته جمعی اطلاعات، توضیحات لازم را به آن‌ها داد، سپس پرسشنامه‌های مربوط به عوامل ساختاری شامل: پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و مامایی و بعد پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و تجارب زنان در یائسگی توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. شایان ذکر است که ۳۰ نفر از زنان بعد از تکمیل چند پرسشنامه از پاسخگویی امتناع کرده و از مطالعه خارج شدند. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS 21 و آزمون‌های آماری تحلیل واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن (برای متغیرهای غیر نرمال) و مدل رگرسیون در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۲۲۰ زن یائسه با میانگین سنی $5/72 \pm$ ۵۵/۰۵ سال و میانگین سن قاعدگی $1/74 \pm$ ۱۳/۱۷ و مدت یائسگی $5/91 \pm$ ۷/۱۵ و سن یائسگی $4/56 \pm$ ۴۸ سال انجام گردید. میانه تعداد بارداری ۴ و تعداد زایمان و تعداد فرزند ۴ بود. سایر مشخصات جمعیت زنان مشارکت کننده در پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. نمره میانگین و انحراف معیار کل تجارب زنان در یائسگی به ترتیب $33/5$ و $18/1$ درصد به دست آمد. میانگین و انحراف معیار نمره کل تجارب زنان در یائسگی و ابعاد آن در جدول ۲ و میانگین و انحراف معیار نمرات هر نشانه در ابعاد مختلف تجارب زنان در یائسگی در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج مطالعه نشان داد ۶۰ درصد زنان از حمایت اجتماعی بالا برخوردار بودند. میانگین نمره حمایت اجتماعی در بعد خانواده $21/64$ ، بعد افراد مهم زندگی $20/14$ و کمترین نمره مربوط به بعد دوستان بود (جدول ۴). در این مطالعه ارتباط معکوس و معنی‌دار بین حمایت اجتماعی کل و بعد افراد مهم با تجارب زنان در یائسگی وجود داشت (جدول ۵) و با استفاده از مدل رگرسیون، بعد حمایت افراد مهم زندگی، بهترین پیش‌بینی کننده تجارب زنان در یائسگی بود (جدول ۶).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی واحدهای پژوهش (تعداد نمونه‌ها=۲۲۰)

مشخصات		تعداد	درصد
سن (سال)	۴۰-۴۹	۲۹	۱۳/۲
	۵۰-۵۹	۱۳۵	۶۱/۴
	۶۰-۶۹	۵۶	۲۵/۴
وضعیت مسکن	مالک	۱۸۵	۸۴/۱
	استیجاری	۳۴	۱۵/۵
	زندگی با خویشاوندان	۱	۰/۴
وضعیت درآمد ماهیانه	کمتر از حد کفاف	۴۴	۲۰
	در حد کفاف	۱۵۳	۶۹/۵
	بیشتر از حد کفاف	۲۳	۱۰/۵
تحصیلات زنان	بیسواد	۱۲	۵/۵
	ابتدایی	۸۳	۳۷/۷
	سیکل	۳۲	۱۴/۵
تحصیلات همسر	متوسطه	۴۹	۲۲/۳
	عالی	۴۴	۲۰
	بیسواد	۹	۴/۱
شغل	ابتدایی	۴۸	۲۱/۸
	سیکل	۴۱	۱۸/۶
	متوسطه	۵۵	۲۵
	عالی	۶۷	۳۰/۵
	کارگر	۴	۱/۸
	کارمند	۲۹	۱۳/۲
	خانه دار	۱۵۹	۷۲/۳
	بازنشسته	۲۶	۱۱/۸
	شاغل خانگی	۲	۰/۹

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات تجارب زنان در یائسگی در ابعاد مختلف آن به تفکیک نشانه‌ها (تعداد نمونه‌ها=۲۲۰)

عبارت	عوارض	میانگین	انحراف معیار
نگرانی	پادرد و کمردرد	۲/۸۳	۱/۳۰
	پوکی استخوان	۲/۶۱	۱/۲۳
	خستگی زودرس	۲/۴۹	۱/۲۶
	گزگز و بی حسی دست و پا	۲/۳۰	۱/۲۹
	چاقی	۲/۳۰	۱/۲۶
	از بین رفتن سلامت عمومی	۲/۲۵	۱/۲۳
	بی اختیاری و تکرر ادرار	۲/۱۶	۱/۲۳
	بداخلاقی	۲/۰۷	۱/۱۸
	افسردگی	۲/۰۴	۱/۱۵
	زمین گیر شدن	۱/۷۰	۱/۰۵
	سرطان زنان(رحم، پستان، تخمدان)	۱/۶۸	۱/۰۸
سر بار دیگران شدن	۱/۶۴	۱/۱۱	
عوارض روان‌شناختی	اضطراب	۱/۶۴	۱/۲۳
	عدم تحمل سرو صدا	۱/۵۷	۱/۲۱
	زود عصبانی شدن	۱/۵۵	۱/۱۹
	عدم حوصله انجام کار	۱/۴۲	۱/۱۶
	فراموشی	۱/۳۷	۱/۱۹
	عدم تمرکز حواس	۱/۳۰	۱/۱۸
	بد اخلاقی	۱/۲۵	۱/۱۴
	گریه بی دلیل	۱/۱۰	۱/۲۰
	ترجیح به تنها ماندن	۱/۰۷	۱/۲۲
	ترس	۱	۱/۰۹
	عوارض جسمانی	گرگرفتگی	۲/۹۲
پا درد، کمر درد		۲/۸۲	۱/۳۰
کاهش میل جنسی		۲/۷۷	۱/۲۵
افزایش وزن		۲/۴۵	۱/۲۰
خشکی واژن		۲/۴۳	۱/۱۹
خشکی و چروک شدن پوست		۲/۴۱	۱/۱۹
نفخ		۲/۳۲	۱/۱۶
تعریق شبانه		۲/۲۹	۱/۳۴
طپش قلب		۲/۱۵	۱/۱۵
تنگی نفس		۱/۸۸	۱/۰۷
حساسیت پستان‌ها موقع لمس		۱/۶۹	۰/۹۸
احساس	افسوس به عمر سپری شده	۲/۶۵	۱/۲۴
	نگرانی	۲/۴۷	۱/۲۱
	پیری	۲/۳۲	۱/۱۷
	غم	۲/۲۹	۱/۱۶
نگرش	ناتوانی	۲/۱۹	۱/۰۹
	یائسگی باعث از بین رفتن طراوت و جذابیت یک زن می‌شود	۲/۳۱	۱/۲۵
	یائسگی باعث از بین رفتن تناسب اندام می‌شود	۲/۱۵	۱/۲۰
	یائسگی باعث تناسف اندام می‌شود	۲/۰۶	۱/۲۲
سازگاری	یائسگی یعنی درد و رنج	۱/۸۸	۱/۱۱
	یائسگی باعث تجمع سموم در بدن می‌شود		
	بعد از یائسگی احساس خوشحالی می‌کنم	۲/۶۱	۱/۲۵
	بعداز یائسگی احساس راحتی می‌کنم	۲/۳۸	۱/۲۳

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره تجارب زنان در یائسگی و ابعاد مختلف آن (تعداد نمونه‌ها=۲۲۰)

متغیر	محدوده نمره	نمرات کسب شده		نمرات کسب شده در مقیاس درصد
		انحراف معیار	میانگین	
سازگاری	۰ - ۸	۲/۳۸	۴/۹۹	۲۹/۷
احساس	۰ - ۲۰	۴/۹۳	۶/۹۳	۲۴/۶
عوارض جسمانی	۰ - ۴۴	۸/۵۹	۱۵/۱۷	۱۹/۵
عوارض روان‌شناختی	۰ - ۴۰	۸/۵۲	۱۳/۳۳	۲۱/۳
نگرانی	۰ - ۴۸	۱۰/۵۵	۱۴/۱۰	۲۱/۹
نگرش	۰ - ۱۶	۴/۲۴	۴/۴۲	۲۶/۵
کل	۰ - ۱۷۶	۳۱/۸۸	۵۸/۹۷	۱۸/۱۱

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد حمایت اجتماعی درک شده (تعداد نمونه‌ها=۲۲۰)

حمایت اجتماعی	میانگین	انحراف معیار
بعد خانواده	۲۱/۶۴	۵/۷
بعد دوستان	۱۷/۹۴	۶/۸
بعد افراد مهم	۲۰/۱۴	۶/۱۷
نمره کل*	۵۹/۷۳	۱۵/۷۴

* دامنه نمره کل حاصل از این مقیاس، ۱۲ تا ۸۴ می‌باشد.

جدول ۵. همبستگی نمرات ابعاد حمایت اجتماعی درک شده با نمرات ابعاد تجارب زنان در یائسگی (تعداد نمونه‌ها=۲۲۰)

متغیر	نگرانی	روان شناختی	جسمانی	احساس	نگرش	سازگاری	تجارب کل
بعد خانواده	-۰/۰۱۷ ۰/۸۰	-۰/۰۷۷ ۰/۲۵	-۰/۰۵۷ ۰/۳۹	-۰/۱۰۵ ۰/۱۲	۰/۰۳۱ ۰/۶۴	-۰/۰۳۳ ۰/۶۲	-۰/۰۴۹ ۰/۴۶
بعد دوستان	-۰/۰۳۷ ۰/۵۸	*-۰/۱۴۸ ۰/۰۲	*-۰/۱۵۵ ۰/۰۲	** -۰/۱۹۱ ۰/۰۰۴	۰/۰۱۲ ۰/۸۶	۰/۰۰۸ ۰/۹۱	-۰/۱۱۱ ۰/۰۹
بعد افراد مهم فامیل، پزشک	-۰/۱۳۱ ۰/۰۵	** -۰/۱۷۸ ۰/۰۰۸	*-۰/۱۷۳ ۰/۰۱	** -۰/۲۴۵ ۰/۰۰۱>	-۰/۰۶۷ ۰/۳۲	-۰/۰۸۵ ۰/۲۱	** -۰/۱۸۵ ۰/۰۰۶
حمایت کل	۰/۰۹۵ ۰/۱۶	۰/۱۷۷ ۰/۰۰۹	*-۰/۱۶۸ ۰/۰۱	** -۰/۲۲۹ ۰/۰۰۱	۰/۰۲۶ ۰/۷۰	۰/۰۶۷ ۰/۳۲	*-۰/۱۵۸ ۰/۰۱

* معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵

** معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه برای بررسی همزمان متغیرهای مستقل بر تجارب زنان در یائسگی (تعداد نمونه‌ها=۲۲۰)

متغیرهای پیش‌بین	ضریب B	B	T	سطح معنی داری
حمایت بعد خانواده	۰/۸۰	۰/۵۲	۱/۵	۰/۱۳
حمایت بعد دوستان	-۰/۴۵	۰/۳۶	-۱/۲	۰/۲۱
حمایت بعد افراد مهم	-۱/۲۶	-۰/۴۹	-۲/۵	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی همبستگی بود که برای اولین بار به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با تجارب زنان در یائسگی پرداخت. بر اساس یافته‌های پژوهش بیشترین تجربه جسمانی روان شناختی زنان در یائسگی متعلق به سازه سازگاری بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که اکثریت زنان بعد از یائسگی احساس خوشحالی و راحتی می‌کنند که با مطالعه‌ای دیگر در ایران همخوانی داشت (Noroz, et al., 2011). یکی از علل ابراز خوشحالی و راحتی نسبت به بروز یائسگی می‌تواند

توانایی انجام کامل اعمال دینی بعد از یائسگی و یا داشتن رابطه جنسی با همسر به دور از نگرانی در مورد باردار شدن باشد.

در این پژوهش سازه احساس رتبه دوم را در تجارب یائسگی احراز کرد. بیشترین تجربه مربوط به "افسوس به عمر سپری شده" بود. به نظر می‌رسد این احساس بیشتر به دلیل انجام ندادن کارهای مورد علاقه در جوانی و ادامه ندادن تحصیلات و یا نرسیدن به آرزوها و ترک خانه توسط فرزندان در این دوران باشد. نگرانی و پیری به ترتیب دومین و سومین رتبه را در احساس به خود اختصاص دادند. واکنش زنان نسبت به یائسگی، اکثر اوقات به صورت احساس پیری، تمارض و درگیری با خود ظاهر می‌شود و این واکنش با شدت علائم جسمی و روانی یائسگی ارتباط دارد (OlaOlorun and Lawoyin, 2009)

گرگرفتگی فراوان‌ترین تجربه در سازه عوارض جسمانی بود. گرگرفتگی شایع‌ترین و عینی‌ترین پدیده به دنبال یائسگی است که به صورت شروع ناگهانی قرمز شدن پوست سر و گردن و قفسه سینه به همراه احساس شدید گرما در بدن و همراه با تعریق فراوان ظاهر می‌شود (Berek, 2012). شیوع گرگرفتگی در کشورهای مختلف از ۴۸ تا ۸۵ درصد گزارش شده است

بیشترین نمره در سازه نگرش مربوط به عبارت "یائسگی باعث از بین رفتن طراوت و جذابیت زن می‌شود" بود که مشابه با نتایج مطالعات دیگر بود (Jassim and Al-Shboul, 2008; Norozi, et al., 2011). به نظر افراد جامعه ویژگی‌هایی نظیر جوانی، زیبایی و جذابیت در زنان با ارزش هستند و زنان یائسه، افرادی به غلط، غیرمنطقی، عصبی، خشن و فاقد نیروی جنسی معرفی می‌شوند (Baheiraei and Ghazizadeh, 2001). مطالعات مختلف نشان دادند که زنانی که نگرشی منفی دارند، علایم یائسگی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند (Hess, et al., 2005; Huffman, et al., 2008). از سویی دیگر هر چه علایم یائسگی با شدت بیشتری تجربه شوند؛ تأثیر منفی تری بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌گذارند (Avis, et al., 2004). نگرش زنان نسبت به یائسگی به عوامل زیادی از جمله فرهنگ، تحصیلات، درآمد و مذهب بستگی دارد (Ayers, et al., 2010). نتایج این مطالعه نشان داد ۶۰ درصد زنان از حمایت اجتماعی بالا برخوردار بودند و میانگین نمره حمایت اجتماعی در بعد خانواده بیشترین و در بعد دوستان کمترین نمره بود. حمایت اجتماعی باعث می‌شود که فرد باور کند مورد احترام و علاقه دیگران بوده، عنصری ارزشمند و دارای شأن است و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد (Hupcey, 1998). حمایت اجتماعی ممکن است از طریق رساندن حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی، توانایی افراد برای مقابله با عوامل فشار را تقویت کند و این بهبود روانی منجر به کاهش علائم و بیماری‌های روان شناختی و جسمی می‌شود (Hogan, et al., 2002). از طرفی، تغییرات مختلف در زندگی زنان مثل تغییر در نقش‌ها و مسئولیت‌ها، باعث تغییر خواسته‌ها و انتظارات فرد یائسه از خود، اطرافیان و جامعه می‌شود، به طوری که آن‌ها نیاز به حمایت بیشتری را احساس کرده و در صورت عدم این حمایت، نگرش منفی نسبت به این دوران، در آن‌ها ایجاد می‌شود (Adler, et al., 2000). در مطالعه‌ای نشان داده شد که زنان یائسه‌ای که از حمایت اجتماعی مطلوب برخوردار نیستند احساس تنهایی می‌کنند و بیشتر در معرض خطر افسردگی و استرس قرار دارند (Aaron, et al., 2002). چرا که حمایت اجتماعی منجر به افزایش رفتارهای بهداشتی افراد و در نهایت افزایش کیفیت زندگی می‌شود (Helgeson, 2003). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی در کل ارتباط معکوس و معنی‌داری با تجارب زنان در یائسگی و همچنین با ابعاد عوارض روانی، عوارض جسمانی و احساسی آن دارد به گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی از سوی منابع مختلف می‌توان از مشکلات جسمی و عاطفی این زنان کاست؛

(Abedzadeh-Kalahroudi, et al., 2012; Freeman, et al., 2004; Woods and Mitchell, 2005).

دومین عارضه جسمی تجربه شده در این مطالعه پادرد و کمردرد بود. فراوانی مشابهی از دردهای اسکلتی و استخوانی و درد مفاصل در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است (Bosworth, et al., 2001). کاهش میل جنسی و خشکی واژن در این پژوهش نمره بالایی را به خود اختصاص داد که با مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد. با افزایش سن و یائسگی و در نتیجه کاهش استرادیول اختلال عملکرد جنسی اتفاق می‌افتد (Borisova, et al., 2001; Nazarpour, et al., 2015a).

علائم وازوموتور نیز به عنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی مطرح است (Tomic, et al., 2006; Blumel, et al., 2000; Nazarpour, et al., 2015b). به علاوه، زنان یائسه در جوامع مذهبی و سنتی بیشتر تمایل دارند که در این دوران به مراقبت از فرزندان و نوه‌ها و انجام فرایض دینی بپردازند و مسایل جنسی برای آنان از الویت بالایی برخوردار نیست و گاهی هم به دلیل شرم از فرزندان بالغ خود لذت جنسی را از خود بروز نمی‌دهند و آن را سرکوب می‌نمایند (Nisar and Sohoo, 2010; Hakimi, et al., 2014b). و یا فقط به دلیل جلب رضایت همسر مبادرت به این عمل می‌نمایند (da Silva Lara, et al., 2009). که با رفتار زنان یائسه در جوامع پیشرفته متفاوت است (Addis, et al., 2006).

فراوان‌ترین تجربه روان شناختی در این پژوهش "اضطراب" بود. تغییر در تصویر ذهنی، احساس فرسودگی (DeLaMater, 2002)، کاهش اعتماد به نفس به دنبال از بین رفتن قدرت باروری، نگرانی در مورد تعادل زندگی اجتماعی و احساس پیری (Lobo, et al., 2000) در زنان یائسه، از عوامل مؤثر در ایجاد عوارض روانشناختی مانند اضطراب مطرح شده‌اند. به طور عموم تغییرات خلق و خو در یائسگی شایع است و در اکثر افراد اضطراب و افسردگی به طور هم زمان وجود دارد (Fritz and Speroff, 2011).

فراوانترین تجربه در سازه نگرانی "پادرد و کمردرد" بود. شاید این نوع نگرانی به دلیل شیوع زیاد این عارضه در افراد جامعه و به خصوص در زنان میانسال باشد. مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد کمتر از ۱۰ درصد زنان نگران سلامت خود هستند (Mishra, et al., 2003). به نظر می‌رسد یکی از دلایل نگرانی کم در جوامع صنعتی وجود مراکز درمانی بسیار در سطوح مختلف و پوشش وسیع خدمات بیمه‌ای در این کشورها و هزینه‌های بسیار کم و یا رایگان خدمات درمانی باشد.

یائسگی، نسبت به ایجاد و یا تقویت گروه‌های حمایتی برای ایجاد نگرش مثبت و ارتقای رفتارهای سالم تر در زنان یائسه همکاری نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر بر خود لازم می‌داند از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت نمودند به خاطر همکاری صادقانه و مجدانه در اجرای این پژوهش تشکر و قدردانی نماید. در ضمن این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد با (شماره مجوز ۱۰۰۰/۱۹۸۰ مورخ ۹۳/۹/۱۵) می‌باشد.

بنابراین با حمایت‌هایی که از سوی خانواده، دوستان و سایر ارگان‌ها از زنان در این برهه از زندگی به عمل می‌آید، می‌توان کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقاء داد. نتایج این مطالعه با کمک آزمون‌های همبستگی و رگرسیون رابطه معنی‌دار بین حمایت اجتماعی در بعد افراد مهم و تجارب را مورد تأیید قرار داده است که شاید بتوان به اهمیت شبکه‌ها و ارتباطات اجتماعی و حضور در گروه‌ها و انجمن‌ها به عنوان عاملی برای افزایش عزت نفس زنان سالمند اشاره نمود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که فراهم‌کنندگان خدمات سلامتی، علاوه بر فراهم کردن آگاهی‌های لازم در مورد

REFERENCE:

- Aaron R, et al. (2002) Medico-social dimensions of menopause: a cross-sectional study from rural south India. *National Medical Journal of India* 15(1) 14-17.
- Abedzadeh – Kalahroudi M, et al. (2012) Prevalence and severity of menopausal symptoms and related factors among women 40 – 60 years in Kashan, Iran, *Nursing and Midwifery Studies* 1(2) 88 – 93.
- Addis I B, et al. (2006) Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology* 107(4) 755-764.
- Adler S R, et al. (2000) Conceptualizing menopause and midlife: Chinese American and Chinese women in the US. *Maturitas* 35(1) 11-23.
- Alavian S M (2006) Tutorial for integrated care in elderly, especially non-medical personal. Tehran, 4 Published by the Ministry of Health, Treatment and Medical Education.p:6. (Persian)
- Anderson D, et al. (2004) Menopause in Australia and Japan: Effects of country of residence on menopausal status and menopausal symptoms. *Climacteric* 7 165-174.
- Avis N E, et al. (2004) 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*. 13(5) 933-946.
- Ayaty S, et al. (2008) Evaluation of background and environmental factors on menopausal related symptoms. *Mashhad University of Medical Sciences Journal*. 1(1) 40-5. (Persian)
- Ayers B, et al. (2010) The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas* 65(1) 28-36.
- Baheiraei A, Ghazizadeh S (2001) Menopause and hormone replacement therapy. Tehran. Boshra Publication. (Persian)
- Berek J S (2012) Berek and Novak's Gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins p:1115-1129.
- Berg J A (1999) Information sources, menopause beliefs, and health complaints of midlife Filipinas. *Health Care for Women International* 20(1) 81- 92.
- Blumel JE, et al. (2000) Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 34(1) 17-23.
- Brummet B H, et al. (2005) Perceived social support as a predictor of mortality in coronary Patients. *Psychosomatic Medicine* 67(1) 40-45.
- Bruwer B, et al. (2008) Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry* 49(2) 195-201.
- Borissova A M, et al. (2001) A study of the psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas* 39(2) 177-183.

- Bosworth H B, et al. (2001) Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosomatic Medicine*. 63 (4) 603-608.
- Da Silva Lara L A, et al. (2009) Sexuality during the climacteric period. *Maturitas* 62(2) 33-127.
- Delamater, J L (2002) A study to determine the effect of the media on the perception of adolescent female body image and resultant relationship to academic achievement (Dissertation). University of Wisconsin- Strout.
- Freeman E W, et al. (2004) Premenstrual syndrome as a predictor of menopausal symptoms. *Obstetric & Gynecology* 103(5) 960-966.
- Fritz M A, Speroff L (2011) *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 8th ed, Philadelphia: Lippincott; Williams & Wilkins: 537 - 553.
- Hailey B J, et al. (2001) Mental health services in an outpatient dialysis practice. *Dialysis & Transplantation Journal* 30(11) 732-739.
- Hakimi S (2013) Development and psychometric screening tool in neurological disorders – mental health in postmenopausal women. [PhD dissertation]. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. (Persian)
- Hakimi S, et al. (2014a) Concerns of Menopausal Women: A Phenomenological Study in North West Iran. *Payesh* 13(3) 321- 330.
- Hakimi S, et al. (2014b) Perceived concerns of Azeri menopausal women in Iran. *Iran Red Crescent Medical Journal* 16(5) e1171
- Hardy R, Kuh D (2002) Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Social Science & Medicine* 15(11) 1975-1988.
- Hassani P, et al. (2013) [Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people]. *Holistic Nursing and Midwifery Journal* 23(1) 13-21. (In Persian)
- Helgeson V S (2003) Social support and quality of life. *Quality of Life Research* 12(1) 25-31.
- Hess R, et al. (2008) Pregnancy and birth history influence women's experience of menopause. *Menopause* 15(3) 435-441.
- Hogan B E, et al. (2002) Social support interventions. Do they work? *Clinical Psychology Review*. 22 381-440.
- Huffman S B, et al. (2005) Menopause symptoms and attitudes of African American women: closing the knowledge gap and expanding opportunities for counseling. *Journal Counseling & Development* 83(1) 48-56.
- Hupcey J E (1998) Clarifying the Social Support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing* 27 1231-1241.
- Jassim G A and Al-Shaboul Q. (2008) Attitudes of Bahraini women towards the menopause: Implications for health care policy. *Maturitas* 59(4) 358-372.
- Khoshdel M (2000) Relationship between social support and self-respect in students of Tabriz University. (Dissertation). Tabriz: Social Sciences College. Tabriz University 2- 45. (in Persian)
- Lee J S, Oh W. (2007) Factors influencing vitality among nurses. *Journal of Korean Academic Nursing* 37(5) 676-683.
- Lobo R A, et al. (2000) *Menopause: Biology and Pathobiology*. Academic press.
- Mishra G D, et al. (2003) Physical and mental health: Changes during menopause transition. *Quality of Life Research* 12 405 – 412.
- Motlaq M, et al. (2008) *Health and social factors determining them*. Tehran, Movafagh Publishers.
- Nasr Isfahani S H, Seraj M (2010) The survey of stressor factors and perceived social support in patients with ulcerative colitis In comparison with control group in Noor and Alzahra Hospitals. (Dissertation). Isfahan: School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences. (Persian)
- Nazarpour S, et al. (2015a) Androgens and sexual function during menopause. *Uromia Medical Journal*. 26(2) 135-147. (Persian)

- Nazarpour S, et al. (2015b) Effects of the severity of menopausal symptoms on sexual function in postmenopausal women. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 19(4) 63-54. (Persian)
- Nisar N and Sohoo N A (2010) Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of menopause: a community base survey from rural Sindh. Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 2(5) 130-118.
- Norozi E, et al. (2011) Factors Related with Quality of Life among Postmenopausal Women in Isfahan, Iran, based on Behavioral Analysis Phase of precede Model. *Journal of health system research* 7(3) 267-277.
- OlaOlorun F M and Lawoyin T O (2009) Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause* 16 (4) 822-830.
- Stewart D E (2003) Menopause in highland Guatemala Mayan women. *Maturitas* 44 293-297.
- Tomic D, et al. (2006). Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women. *Maturitas* 53(2) 57-144.
- Woods N F, Mitchell E S (2005) Symptoms during the perimenopause: prevalence severity, trajectory and significant in women's lives. *The American Journal of Medicine* 118 (12) 14-24.
- Zimet G, et al. (1998) The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment* 52(1) 30-41.

The relationship between perceived social support and women experiences in menopause

S. Shariat Moghani¹, M Simbar^{2*}, M. Dolatian³, M Nasiri⁴

1. Ms Student Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 2. Associate Professor, Department of Midwifery and Rreproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Rreproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 3. Asistent in PhD Social Determinant of Health, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 4. PhD in Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medical and Health, Tehran, Iran
- * Corresponding Author: Msimbar@yahoo.com

Abstract:

Background and Aim:

Menopause is an important issue in the field of reproductive and women's health. Social support can help to reduce post-menopausal women' problems and improve their quality of life. The aim of this study was to investigate the relationship between social support and the experiences of menopause.

Materials and Methods:

This was a descriptive correlative study that was conducted in 2013 in Mashhad, Iran. 220 postmenopausal women aged 40 to 65 years were recruited through quota and community-based sampling. Data collection tools included demographic questionnaire, multidimensional social support MSPSS, and assessing the experiences of women in menopause. Validity and reliability of the questionnaires was reviewed and approved before use. Data was analyzed by SPSS 21 software using variance analysis, Spearman correlation coefficient and regression analysis at significant level of 0.05.

Results:

The average score of MSPSS was 59.73 ± 15.74 and 60% of women perceived high social support. The average score of "physical and psychological experiences of women" was 33.5 ± 18.1 . There was a significant negative correlation between social support and the importance people of life (Family, neighbor, doctor,...) with women's experiences of menopause ($r = -0.19$, $p = 0.006$ and $r = -0.16$, $p = 0.01$). Also, the "important people" dimension of perceived social support was a better predictor for women's experiences in menopause.

Conclusions:

Perceived social support has a positive impact on menopausal experiences. "Important people" dimension was a better predictor for the women' experiences in menopause.

Key words:

Health, Menopause, Social Support, Women's Experience.