

مقایسه خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی و کیفیت زندگی در زنان یائسه و غیر یائسه

فریبا زابلی پيله رود^۱، عذرا غفاری^۲

^۱کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۲گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی و کیفیت زندگی در زنان یائسه و غیر یائسه انجام شد. روش پژوهش علی-مقایسه ای از نوع پس رویدادی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان یائسه و غیر یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرداری اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۷ بودن (تعداد = ۱۵۴۲۰ نفر) که از این بین تعداد ۶۰ نفر از زنان یائسه و ۶۰ نفر از زنان غیر یائسه به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، صمیمیت جنسی و تصویر بدنی مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده های گردآوری شده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MAONVA) استفاده گردید. نتایج به نشان داد که زنان یائسه در مقایسه با زنان غیر یائسه نمرات پایین تری در خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی، کیفیت زندگی و کسب کردند. اما بین مولفه سلامت محیط در دو گروه زنان یائسه و غیر یائسه تفاوت معناداری به دست نیامد. نتایج به دست آمده بر لزوم توجه به علائم روانشناختی در کنار علائم فیزیکی زنان یائسه را تاکید دارد.

واژه های کلیدی: خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی، کیفیت زندگی، یائسگی

مقدمه

امروزه نظام‌های سلامت مهمترین برنامه‌های خود را مبتنی بر سلامت خانواده ترسیم نمودند. زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌شوند و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی هستند. اگرچه زنان و مردان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند، اما زنان با مسائل ویژه ناشی از شرایط فیزیولوژیک خود مواجه هستند. یکی از این مسائل دوره گذار یائسگی است که به سبب کاهش استروژن مشکلات مضاعفی را برای زنان ایجاد می‌کند (اردلان و همکاران، ۲۰۰۸). یائسگی به عنوان واقعه ای فیزیولوژیک پایان دوره قاعدگی و باروری در زنان است که در بین ۴۰ تا ۵۹ سالگی روی می‌دهد. یائسگی شروع دوران جدیدی در زندگی یک زن است. این دوران همانند تمام مراحل دیگر زندگی دارای زوایای مثبت مانند فراغت از مشکلات دوران بارداری، و زوایای منفی مانند خطرات و مشکلات تهدیدکننده سلامت زنان است (آیم^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). بحران یائسگی به واسطه علائم و مجموعه عوارض خود بر سلامت روانی، جسمانی، عاطفی، عملکرد اجتماعی و روابط خانوادگی تأثیر می‌گذارد. مجموعه این تأثیرات را می‌توان در یک مفهوم واحد تحت عنوان کیفیت زندگی^۲ آقرار داد (چدراویو^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

یک توافق کلی وجود دارد که کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی و ذهنی است. مفهوم ذهنی کیفیت زندگی به این معنا است که حتماً باید توسط خود شخص، براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد. مفهوم کیفیت زندگی بسیار گسترده بوده و با متغیرهای بسیاری ارتباط دارد. کیفیت زندگی مفاهیم عمده‌ای را که موجب رضایت کلی از زندگی می‌شود را در بر می‌گیرد. این مفاهیم شامل سلامتی، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی می‌باشد (پترمن^۴، ۲۰۰۸). اندازه گیری کیفیت زندگی می‌تواند در به تصویر کشیدن هر چه واقعی تر احساسات بیماران و زمینه های دارای مشکل در خصوص درک نیازها و توزیع مراقبت های سلامت کمک کند. همچنین تأثیر این دیدگاه به عنوان یک هدف و مقصود نهائی در تمام مداخلات پیشگیری کننده و ارتقای سلامت باید در نظر گرفته شوند (کلارک^۵، ۲۰۰۹). عبدی و صلحی (۱۳۹۳) در کیفیت زندگی زنان یائسه نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی زنان یائسه مورد بررسی ۴۳/۲۸ (یعنی در متوسط) بود. نتایج مطالعه خسروی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که زنان یائسه با تحصیلات کمتر در مقایسه با زنان یائسه با تحصیلات دانشگاهی کیفیت زندگی پایین تری گزارش کردند. نتایج مطالعه فروتا^۶ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که زنان یائسه دارای بیماری های قارچی در مقایسه با زنان یائسه بدون بیماری کیفیت زندگی پایین تری گزارش کردند. رادها^۷ و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیقی نشان دادند شیوع مشکلات مربوط به مولفه های کیفیت زندگی برای عوامل فیزیکی ۹۱/۵ درصد، روانی اجتماعی ۴۴/۷ درصد، سلامت محیط ۲۱/۳ و برای جنسی صفر درصد بود. در مجموع نتایج نشان داد کیفیت زندگی زنان در حد متوسط بود. همچنین در پژوهشی تائی و همکاران (۱۳۹۱) کیفیت زندگی زنان یائسه را بالاتر از زنان غیر یائسه گزارش کردند.

علاوه بر این، در دوران یائسگی، زنان با بسیار از مشکلات و عوارض ناشی از کمبود هورمونهای جنسی مواجه می‌شوند که در نتیجه روابط جنسی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع یکی از نگرانی های بهداشتی اصلی در اکثر زنان یائسه، مشکلات جنسی می‌باشد (بیرک^۸، ۲۰۱۱). روابط جنسی یکی از مهم ترین عوامل موثر بر خوشبختی زندگی زنانشویی است که اگر قانع کننده نباشد، منجر به احساس شکست، ناکامی و عدم احساس امنیت می‌شود (سوزان^۹، ۲۰۰۸). در واقع صمیمیت در روابط زنانشویی، به صورت الگوی رفتاری بسیار مهمی مفهوم سازی شده است که جنبه‌های عاطفی-هیجانی و اجتماعی نیرومندی دارد و بر پایه پذیرش، رضایت خاطر و عشق شکل می‌گیرد (بلوم^{۱۰}، ۲۰۰۶).

^۱- Im^۲- life quality^۳- Chedraui^۴- Peterman^۵- Clark^۶- Frota^۷- Radha^۸- Berek^۹- Susan^{۱۰}- Blume

یکی از اقسام صمیمیت، صمیمیت جنسی است که عبارت است از نیاز به در میان نهادن، سهیم شدن و ابراز افکار، احساسات و خیالپردازی های جنسی با همسر. این نوع صمیمیت به ویژه در راستای برانگیختن و میل جنسی می باشد (اولیا؛ ۲۰۰۶). صمیمیت جنسی موضوعی پیچیده است که نیاز به توجه ویژه ای دارد. زیرا رضایتمندی در این زمینه می تواند بر دیگر جنبه های روابط زناشویی اثرگذار باشد (بوتلانی^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). در این راستا سیمبار^۲ و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیقی نشان دادند که از بین زنان یائسه مورد مطالعه ۶۱ درصد اختلال در عملکرد جنسی را گزارش کردند. همچنین شیخان و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی نشان دادند که در زنان یائسه مورد مطالعه در ۵۸/۹ درصد میزان رضایت جنسی مطلوب و ۶۶/۳ درصد حیطه میل جنسی نامطلوب بود. همچنین ناپی^۳ و همکاران (۲۰۰۸) در نتایج مطالعه ای گزارش کردند که ۳۵ درصد زنان یائسه دچار کاهش میل جنسی و ۶۲ درصد دیگر از زنان دچار اختلال جنسی بودند.

علاوه بر این دوره یائسگی به سبب تغییرات فیزیکی ممکن است در برداشت بدنی افراد از خود نیز تأثیر گذار باشد. در واقع خودپنداشت بدنی در زمان هایی از زندگی، دچار نوسان و تغییرات بیشتری است که از جمله می توان به بروز یائسگی اشاره کرد (تیلور و فاکس^۴؛ ۲۰۰۵). خودپنداشت بدنی نیز نظیر جنبه روانی دیگر، جزئی از شخصیت هر انسانی است که از سیر تکاملی خود برخوردار است. کش و گرانت^۵ (۱۹۹۶) عنوان می کنند زمانی که فرهنگ جامعه بر جذابیت جسمانی مخصوصاً برای زنان تأکید دارد، به تدریج زمینه نگرانی از تصویر بدن را فراهم می کند. خودپنداشت بدنی بیانگر نگرش فرد از خود همراه با احساسات و افکاری است که می تواند تغییردهنده رفتار او در شرایط گوناگون و در جهات مثبت یا منفی باشد. این خودپنداشت ذهنی می تواند تحت تأثیر عواملی چون رشد جسمانی، تعاملات فرد با محیط اجتماعی، سوانح، آسیب و جراحات بدنی قرار گیرد و نگرانی از خودپنداشت بدنی را در فرد ایجاد می کند (سوامی^۶ و همکاران، ۲۰۰۶). قاسمی و مومنی (۱۳۸۸) در تحقیقی به بررسی مقایسه ای خودپنداشت بدنی زنان یائسه ورزشکار و غیر ورزشکار نشان دادند که خودپنداشت بدنی زنان یائسه ورزشکار در تمامی خرده مقیاسهای تصویر بدنی از جمله قدرت، استقامت، چربی بدن، ظاهر بدن، سلامت عمومی هماهنگی، انعطاف پذیری، عزت نفس، فعالیت بدنی، لیاقت ورزشی و کل بدن به طور معنی داری از زنان یائسه غیر ورزشکار بهتر بود. در مقابل خسروی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه ای نشان دادند که تصویر بدنی، معنای زندگی و سلامت روان در بین زنان یائسه و غیر یائسه یکسان بوده و تفاوت معنی داری نداشتند. در نهایت با توجه به آنچه بیان شد این پژوهش با هدف مقایسه خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی و کیفیت زندگی در زنان یائسه و غیر یائسه انجام گردید.

روش پژوهش

روش پژوهش علی-مقایسه ای از نوع پس رویدادی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان یائسه و غیر یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۷ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۶۰ نفر از زنان یائسه و ۶۰ نفر از زنان غیر یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۹۷ می باشند که به روش نمونه گیری در دسترس براساس معیار ورود به پژوهش انتخاب شدند. که حائز شرایط زیر بودند: داشتن رضایت شرکت در پژوهش؛ (۲) دامنه سنی بین ۴۰ تا ۵۰ سال؛ (۳) عدم ابتلا به بیماری جسمانی مزمن و صعب العلاج؛ (۴) عدم ابتلاء به بیماری روانشناختی؛ (۵) داشتن سواد حداقل ابتدایی برای خواندن پرسشنامه (در صورت نیاز پژوهشگر سوالات را توضیح می داد). روش گردآوری به صورت میدانی و کتابخانه ای بود. به این صورت که پس از دریافت معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مبنی بر اجرای پژوهش حاضر به ستاد علوم پزشکی شهر اردبیل مراجعه شد.

^۱- Olia

^۲- Botlani

^۳- Simbar

^۴- Nappi

^۵- Taylor & Fox

^۶- Cash & Grant

^۷- Swami

سپس بعد از انجام مکاتبات و کسب مجوزهای لازم به پایگاه های بهداشت (پایگاه های ۲۶، ۲۹، امیرکبیر و باکری) مراجعه شد. بعد از شناسایی و انتخاب زنان یائسه و توضیح اهداف پژوهش برای آنان پرسشنامه های پژوهشی قرار گرفت تا تکمیل کنند، سپس پرسشنامه های هر دو گروه جمع آوری شده و توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) صورت گرفت. مشخصات ابزار گردآوری اطلاعات به شرح ذیل است:

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوال دارد که حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد (به نقل از نجات، ۱۳۸۷). این پرسشنامه در ایران توسط نجات (۱۳۸۷) استاندارد سازی شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه برای خرده مقیاس سلامت جسمانی ۰/۸۲، سلامت روانی ۰/۷۵، سلامت اجتماعی ۰/۷۷ و در مورد سلامت محیط ۰/۸۰ گزارش شده است.

ب) پرسشنامه ی صمیمیت جنسی^۲: در این پژوهش برای بررسی صمیمیت جنسی از پرسشنامه بطلانی و همکاران (۲۰۱۲) استفاده خواهد شد. بطلانی و همکاران (۲۰۱۲) این پرسشنامه صمیمیت جنسی را با توجه به منابع معتبر علمی و "پرسشنامه ی صمیمیت جنسی باگاروزی" و پژوهش های انجام شده در این مورد تهیه کردند. در این پرسشنامه ۳۰ سوال مطرح گردیده است و هر سوال دارای طیف ۴ گزینه ای (همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، هیچ وقت) با نمره های ۱ تا ۴ می باشد. حداکثر نمره ۱۲۰ و حداقل آن ۳۰ می باشد. نمره ی بالاتر، نشانگر صمیمیت جنسی بیشتر زوجین است. روایی محتوایی پرسشنامه توسط پنج متخصص مشاوره و روان شناسی در دانشکده ی علوم تربیتی دانشگاه اصفهان تایید شد و برای تعیین پایایی درونی بر روی ۱۴۰ نفر (۷۰ زوج) اجرا و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ بدست آمد. پایایی درونی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که مقدار آن ۰/۷۸ بدست آمد.

ج) پرسشنامه تصویر بدنی: این پرسشنامه از نوع مداد- کاغذی می باشد که مشتمل بر ۱۹ ماده است و آزمودنیها می بایست به ماده‌های آن بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی پاسخ داده و طیف پاسخها از ۱ برای هرگز تا ۵ برای همیشه می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهشی که لیتلتون و همکاران (۲۰۰۸)، روی نمونه هایی از دانشجویان انجام دادند، محاسبه گردید. نتایج پژوهش آنان نشان داد پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی ماده با کل بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ قرار دارد. این همبستگی، نشان دهنده سطح پایی قابل قبول این آزمون می‌باشد. اعتبار (ضریب روائی) این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی مقیاس ۱۹ ماده‌ای تصویر بدنی با مقیاس خود گزارش دهی اختلال بد ریختی بدنی ۰/۸۳ گزارش شده است. در ایران نیز تحقیقی که توسط بساک‌نژاد و غفاری (۱۳۸۸)؛ به نقل از اسماعیل ریاحی، (۱۳۹۰) روی نمونه ای از دانشجویان انجام گرفت؛ پایایی پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان برابر ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است.

یافته های پژوهش

میانگین سنی گروه زنان یائسه ۴۶/۳۹ با انحراف معیار ۲/۷۴ و میانگین سنی گروه زنان غیر یائسه ۴۵/۸۶ با انحراف معیار ۲/۱۳ بود. در هر دو گروه زنان یائسه و غیر یائسه کمترین فراوانی دارای تحصیلات فوق دیپلم و بیشترین فراوانی دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. همچنین در هر دو گروه زنان یائسه و غیر یائسه کمترین فراوانی بدون فرزند و بیشترین فراوانی دارای ۳ فرزند و بیشتر بودند.

^۱ - World Health Organization Quality of Life

^۲ - Sexual intimacy scale

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش در گروه های مورد مطالعه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
خودپنداشت بدنی	یائسه	۵۳/۲۱	۶/۴۲
	غیر یائسه	۶۲/۰۸	۹/۱۲
صمیمیت جنسی	یائسه	۳۲/۳۷	۶/۳۹
	غیر یائسه	۳۹/۱۵	۸/۶۶
کیفیت زندگی	یائسه	۶۴/۷۸	۹/۲۰
	غیر یائسه	۷۵/۰۹	۱۱/۹۴

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین خودپنداشت بدنی در گروه زنان یائسه و غیر یائسه به ترتیب برابر ۵۳/۲۱ و ۶۲/۰۸؛ صمیمیت جنسی ۳۲/۳۷ و ۳۹/۱۵؛ کیفیت زندگی ۶۴/۷۸ و ۷۵/۰۹ می باشد.

جدول ۲- نتایج آزمون لوین جهت تعیین برابری واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
خودپنداشت بدنی	۱/۳۱۸	۱	۱۱۸	۰/۲۲۰
صمیمیت جنسی	۱/۵۶۹	۱	۱۱۸	۰/۱۶۸
کیفیت زندگی	۱/۲۵۴	۱	۱۱۸	۰/۲۴۵

طبق نتایج جدول ۲- سطح معنی داری خطای آزمون برابری واریانس ها ($p > 0.05$) نشان می دهد که واریانس ها برابر هستند.

جدول ۳- نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی و کیفیت زندگی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۹۸۴	۵۶/۸۶۶	۳/۰۰۰	۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
لامبدا ویلکز	۰/۲۳۰	۶۳/۶۵۸	۳/۰۰۰	۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰
اثر هتلینگ	۲/۴۵۱	۷۰/۸۱۰	۳/۰۰۰	۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
بزرگترین ریشه خطا	۱/۹۶۷	۱۱۵/۴۷۳	۳/۰۰۰	۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳

همانطور که جدول ۳ نشان می دهد سطوح معناداری تمام آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهد که در گروه های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.01$, $F = 63.65$, $p < 0.01$, $\lambda = 0.23$) = لامبدای ویلکز). مجذور اتا نشان می دهد ۵۲ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروهها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی و کیفیت زندگی

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اتا
گروه	خودپنداشت بدنی	۵۵۸/۱۳۶	۱	۵۵۸/۱۳۶	۷/۳۵۸	۰/۰۰۹	۰/۱۱۳
	صمیمیت جنسی	۱۵۱۰/۱۲۲	۱	۱۵۱۰/۱۲۲	۱۱/۰۳۷	۰/۰۰۲	۰/۱۵۶
	کیفیت زندگی	۵۳۹/۱۷۵	۱	۵۳۹/۱۷۵	۱۰/۶۴۳	۰/۰۰۲	۰/۹۵۷

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد بین خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی و کیفیت زندگی در زنان یائسه و غیر یائسه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). به طوری که زنان یائسه در مقایسه با زنان غیر یائسه نمرات پایین تری در خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی و کیفیت زندگی کسب کردند.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه خودپنداشت بدنی، صمیمیت جنسی و کیفیت زندگی در زنان یائسه و غیر یائسه صورت گرفت. نتایج نشان داد که زنان یائسه در مقایسه با زنان غیر یائسه نمرات پایین تری در خودپنداشت بدنی کسب کردند. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش بلومل و همکاران (۲۰۰۰)، چن و همکاران (۲۰۰۸)، قاسمی و مومنی (۱۳۸۸) و رجب زاده و صفایی (۱۳۹۶) همسویی داشت. در این خصوص قاسمی و مومنی (۱۳۸۸) در تحقیقی نشان دادند که خودپنداشت بدنی زنان یائسه ورزشکار در تمامی خرده مقیاسهای تصویر بدنی از جمله قدرت، استقامت، چربی بدن، ظاهر بدن، سلامت عمومی هماهنگی، انعطاف پذیری، عزت نفس، فعالیت بدنی، لیاقت ورزشی و کل بدن به طور معنی داری از زنان یائسه غیر ورزشکار بهتر بود. بلومل و همکاران (۲۰۰۰) در نتیجه گیری مطالعه خود بیان کردند که زنان یائسه در مقایسه با زنان غیر یائسه بیشتر مستعد اختلالات اجتماعی/ روانی، جسمی بودند. این نتیجه در مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۸) نیز به دست آمد. همچنین در مطالعه ای رجب زاده و صفایی (۱۳۹۶) نشان دادند که نگرش ۱۲۹ نفر (۶۴٪) از زنان یائسه نسبت به پدیده یایسگی منفی بود. در خصوص تبیین این یافته قابل بیان است که یایسگی یک رویداد فیمیلوژیک است که منجر به پیامدها جسمانی، روانی و اجتماعی برای فرد می شود. در واقع یایسگی پدیده ای است که کسی تمایل به تمایل به بحث در مورد آن را ندارد و حتی در بحث، با آن برخوردی ناامید کننده و منفی گرایانه می شود. به نظر افراد جامعه ویژگی های مانند جوانی، یبایی و جذابیت در زنان ارزشمند است و زنان یائسه به غلط افرادی غیر منطقی، عصبی، فاقد نیروی جنسی معرفی می شوند و به این دلیل کمتر مورد توجه قرار می گیرند و با گذشت زمان به تدریج در جامعه فراموش می شوند (باهرایی و قاضی زاده، ۲۰۱۱). براین اساس این زنان دید منفی نسبت به خود داشته و خودپنداشتی منفی تری در خصوص خودشان دارند.

بخش دیگر نتایج نشان داد که زنان یائسه در مقایسه با زنان غیر یائسه نمرات پایین تری در صمیمیت جنسی کسب کردند. نتیجه به دست آمده با مطالعات بهلول (۱۳۹۵)، رجب زاده و صفایی (۱۳۹۶) و سیمبار و همکاران (۲۰۱۸) همسویی داشت. در این خصوص شیخان و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی نشان دادند که ۶۶/۳ درصد از زنان یائسه میل جنسی نامطلوب داشتند. رجب زاده و صفایی (۱۳۹۶) در تحقیقی نشان داد که اکثر زنان زایسه مورد پژوهش عملکرد جنسی نامطلوب (۵/۷۲ درصد) داشتند. بهلول (۱۳۹۵) در تحقیقی نشان داد رضایت جنسی و شادکامی در زنان یائسه پایینتر از زنان غیر یائسه بود. سیمبار و همکاران (۲۰۱۸) نیز در تحقیقی نشان دادند که از بین زنان یائسه ۶۱ درصد اختلال در عملکرد جنسی را گزارش کردند.

در تبیین این نتایج قابل بیان است یایسگی با تغییراتی که در فرد حاصل می‌کند، زمینه را برای رابطه جنسی کمتری فراهم می‌نماید (کساینگ، ۲۰۰۴). در دوران یایسگی به علت کاهش هورمون های جنسی، کیفیت روابط نیروهای مهار کننده ای مثل اضطراب، ناراحتی، مشغله فکری، نگرانی، و یا هیجانهای شدید مثل عصبانیت که خاص زندگی پرمشغله زنان یائسه که شاهد به بار نشستن فرزندان و تحمل سختی ها و مصائب آنها هستند (کساینگ، ۲۰۰۴)، ممکن است رضایت جنسی و صمیمیت جنسی آنان را تحت تاثیر قرار دهد. از آنجایی که صمیمیت برای اکثر روابط یکی از مهمترین منابع عدم رضایتمندی به شمار می‌رود و روابط جنسی به عنوان بخشی از روابط عاشقانه بین همسران است و پیوندهای عاشقانه و صمیمیت و رضایت از رابطه جنسی عوامل کلیدی در دلبستگی همسران هستند. نارضایتی از رابطه جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در روابط همسران و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام گیری احساس تحقیر، احساس عدم اعتماد به نفس و

^۱- Keesling

نظایر آن‌ها منجر شود (کریستوفر و اسپرچر^۱، ۲۰۰۰) و این مشکل می‌تواند در افزایش عدم صمیمیت جنسی این زنان بسیار تاثیر گذار باشد.

قسمت دیگر پژوهش نشان داد که زنان یائسه در مقایسه با زنان غیر یائسه نمرات پایین تری در کیفیت زندگی کسب کردند. نتیجه به دست آمده با مطالعات رادها و همکاران (۲۰۱۸)، فروتا و همکاران (۲۰۱۸) و کویالا و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی داشت. رادها و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیقی نشان دادند که شیوع مشکلات مربوط به مولفه های کیفیت زندگی در زنان یائسه برای عوامل فیزیکی ۹۱/۵ درصد، روانی اجتماعی ۴۴/۷ درصد، سلامت محیط ۲۱/۳ درصد بود. نتایج مطالعه فروتا و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که زنان یائسه در مقایسه با زنان بدون بیماری کیفیت زندگی پایین تری گزارش کردند. همچنین کویالا و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیقی نشان دادند که بالای ۴۰ درصد از زنان یائسه کیفیت زندگی خود را نامطلوب گزارش کردند.

در تبیین یافته به دست آمده می‌توان چنین گفت که بحران یائسگی به واسطه علایم و مجموعه عوارض آن بر سلامت روانی، جسمانی، عاطفی و کارکردهای اجتماعی و خانوادگی تاثیر می‌گذارد. مجموعه این تأثیرات را می‌توان در یک مفهوم واحد تحت عنوان کیفیت زندگی قرار داد (چدرايو و همکاران، ۲۰۰۸). زنان سالهای بیشتری را در دوران بعد از یائسگی سپری کنند و لذا مشکلات و عوارض ناشی از آن ملموستر می‌شود. امروزه متخصصین بهداشتی جامعه معتقدند این فرایند فیزیولوژیک دارای آثار و عوارضی است که در طول زندگی فرد اثر می‌گذارد و برای او مضر است. به عنوان یکی از اثرات بالقوه به عنوان یکی از اثرات بالقوه یائسگی انتظار می‌رود در طی یائسگی و پس از آن، ثانویه به کاهش هورمونهای جنسی و علائم و عوارض ناشی از یائسگی، کیفیت زندگی و طول عمر زنان تحت تأثیر قرار گیرد (اولزا^۲، ۱۹۹۹). علاوه بر این دیدگاه جوامع و افراد نیز می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی اجتماعی این افراد تاثیر گذارد. در واقع جوامعی که زنان نگرش منفی به یائسگی دارند، عوارض منفی ناشی از آن بیشتر بوده و کمتر قابل تحمل می‌باشد (فرجی و همکاران، ۲۰۱۴).

در نهایت نتایج به دست آمده لزوم توجه به علائم روانشناختی در کنار علائم فیزیکی زنان یائسه را نشانگر می‌باشد. عدم کنترل مدت یائسگی و نیز عدم کنترل ویژگی های فردی/ روانی/ اجتماعی زنان مورد مقایسه از محدودیت های این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش های بعدی مدت یائسگی تحت کنترل قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی ویژگی های فردی/ روانی/ اجتماعی زنان مورد مقایسه کنترل گردد.

منابع و مراجع

- اسماعیل ریاحی، محمد. (۱۳۹۰). بررسی تفاوت های جنسیتی در میزان رضایت مندی از تصویر بدن. بهداشت روانی، ۹(۳)، ۳۳-۵.
- تائبی، محبوبه؛ عابدزاده کلهرودی، معصومه؛ صابری، فرزانه و سادات، زهره. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه زنان یائسه و غیر یائسه. پایش، ۱۱(۵)، ۶۹۷-۷۰۱.
- خسروی، زهره؛ دهشیری، غلامرضا و فرجی، فرحناز. (۱۳۹۳). مقایسه کیفیت زندگی، معنای زندگی، تصویر بدنی و سلامت روان در دو گروه زنان یائسه و غیر یائسه با تأکید بر میزان تحصیلات آنان در شهر تهران. نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان شناسی.
- رجب زاده، سمیرا و صفایی، مینو. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط بین عملکرد جنسی با نگرش نسبت به یائسگی در زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان تربت حیدریه. دوازدهمین کنگره پژوهشی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی شرق کشور.
- شیخان، زهره؛ پازنده، فرزانه؛ آذر، ماهیار؛ ضیایی، طاهره و علوی مجد، حمید. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت رضایت جنسی و برخی عوامل موثر بر آن در زنان یائسه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۸(۷۱)، ۸۹-۸۱.
- عبدی، نسرين و صلحی، مهناز. (۱۳۹۳). کیفیت زندگی زنان یائسه شهر تهران. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۲ (۲): ۸۷-۹۶.

^۱ Christofer & Sprecher

^۲ Olaz

- قاسمی، عبدالله و مومنی، مریم. (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای تصویربندی زنان یائسه ورزشکار و غیر ورزشکار. مجله سالمندی ایران. ۴(۳)، ۴۷-۵۶.
- نجات، سحرناز. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۴(۲)، ۴۹-۵۶.
- Ardalan, GH. AmirKhani, M. Allame, M. Motlagh, ME. Pesteei, KH. & Alavian, SM. (2008). Clinical guide and executive health program team to provide menopausal services to women 45-60 years. Tehran: Pooneh Publications;10-17, 89-91.
- Berek JS.(2012). Berek and Novak's Gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott;: p 1203.
- Blume, TW. (2006). Becoming a family counselor: a bridge to family therapy theory and practice. Hoboken. New Jersey: USA: Wiley; P. 106-119.
- Blumel, JE. Castelo-Branco, C. & Binfa, L.(2000). Quality of life after menopause; a population study. Maturitas; 34:17-23.
- Botlani, S. Shahsiah, M. Padash, Z. Ahmadi, A. & Bahrami, f. (2010). The effect of attachmentbased couple therapy on couples attachment style, sexual intimacy and sexual satisfaction. Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business, 3(12), 375- 381.
- Cash, T. F. & Grant, E. C. (1996). The impact of body-image experiences: Development of the body image quality of life Inventory. International Journal of Eating Disorders, 331(21), 455-460.
- Chedraui, P. Blumel, JE. Baron, G. Belzares, E. Bencosme, A. & Calle, A. (2008). Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. Maturitas. 61(4):323-9.
- Chen, Y. Lin, SQ. & Wei, Y.(2008). Impact of menopause on quality of life in community- based women in China. Menopause; 15:144-9.
- Clark, R.V.(2009). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. Maturitas; 62(2):153-9.
- Frota, IP. Rocha, AB. Neto, JA. & Vasconcelos, CT.(2018). Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. Acta Obstet Gynecol Scand. ;97(5):552-559.
- Im, EO. Lee, B. Chee, W. Dormire, S. & Brown, A. (2010). A national multiethnic online forum study on menopausal symptom experience. Nurs Res; 59(1):26-33.
- Koirala, S. Naresh, M. Nursing D. Kathmandu M. & Kathmandu, N. (2018). Quality of Life of Peri and Postmenopausal Women attending Outpatient Department of Obstetrics and Gynecology of A Tertiary Care Hospital. J Nepal Health Res Counc;16(38):32-5.
- Littleton, L.A. Danny, P. & Cynthia, L. S. (2008). Development of the body image concern inventory. Behavior Research and Therapy, 43(2): 229-241.
- Nappi, RE. & Nijland, EA. (2008). Women,s perception of sexuality around the menopause:Outcomes of European telephon survey. Eur Jou Ob Rep Bio; 137: 10-16.
- Olaz, A.(1999). Models of intervention in menopause, proposal of a holistic or integral model, Journal of Menopause, 6(3) 264-72.
- Olia, N. (2006). The effect of marriage enrichment education on enhancing marital satisfaction in couples of Isfahan city. [Dissertation]. University of Isfahan. 852-861.
- Peterman, A. H. Cella, D & Rothrock, N. (2003). Evaluation of health related quality of life; [cited ۲۰۰۸ ۰۰۰۰۲۴], ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ۰۰۰۰: ۰۰۰۰/۰۰۰۰.۰۰۰۰۰۰۰۰۰.۰۰۰/
- Radha, Sh. Jaishree, G. & Rakhee P. (2018). Prevalence of Postmenopausal Symptoms, Its Effect on Quality of Life and Coping in Rural Couple. [Downloaded free from <http://www.jmidlifehealth>.
- Simbar, M. Nazarpour, S. Ramezani, F. & Alavi, M. (2018). Quality of life and sexual function in postmenopausal women. J Women Aging;30(4):299-309.
- Susan, AO. (2008). Essentials of Maternity, newborn, women health nursing. 2th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Swami, V. Chamorro-Premuzic, T. Bridges, S. & Furnham, A. (2009). Acceptance of cosmetic surgery: personality and individual difference predictors. *Body Image*;6(1):7-13.
- Taylor, AH. & Fox, KR. (2005). Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over 9 months. *Health Psychol*;24(1):11-21