

Comparison of Sexual Intimacy, Life Satisfaction and Coping Strategies with Postmenopausal and Non-Menopausal Women Referring To Health Centers

Soodabeh Bassak Nejad^{1*}, Paryaa Ebadeh Avazi², Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand³

1. Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
2. MA, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
3. Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Article Info

Received: 2017/11/28;
Accepted: 2018/06/25;
Published Online: 2018/08/04

DOI:
[10.30699/sjhnmf.26.6.389](https://doi.org/10.30699/sjhnmf.26.6.389)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Menopause is one of the stages of women's lives associated with physical and mental changes. The purpose of this study was to compare sexual intimacy, life satisfaction and coping strategies with postmenopausal and non-menopausal women referring to health centers of Ahvaz Oil Industry.

Methods: The research method was a descriptive-analytical one. The sample of this study was 200 postmenopausal and non-menopausal women who were selected via available sampling method in 2016. These groups were from the visitors to the petrochemical treatment centers who were matched by age, marital, economic and social status as well as physical health. The tools consisted of self-report questionnaire such as Bagarozzi intimacy needs questionnaire, life satisfaction questionnaire, and a Lazarus coping strategies questionnaire. SPSS18 was used for data analysis and the significance level was 0.05.

Results: The mean of sex intimacy score ($P=0.001$), life satisfaction ($P=0.004$), emotional coping strategies ($P=0.04$), and problem-oriented coping strategies ($P=0.01$) were significantly different in two groups.

Conclusion: After the onset of menopause, sexual intimacy and life satisfaction are reduced and preferably, according to psychological and physical changes, postmenopausal women use emotional-focused strategies to cope with stressful conditions.

Keywords: Sexual intimacy, Life satisfaction, Postmenopausal women and Non-Menopausal women

Corresponding Information:

Soodabeh Bassak Nejad, Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Email: soodabeh_bassak@yahoo.com

Copyright © 2019, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Bassak Nejad S, Ebadeh Avazi P, Mehrabizadeh Honarmand M. Comparison of Sexual Intimacy, Life Satisfaction and Coping Strategies with Postmenopausal and Non-Menopausal Women Referring To Health Centers . Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2019; 26 (6) :389-396

مقایسه صمیمیت جنسی، رضایت از زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان یائسه و غیر یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی

سودابه بساک نژاد^{۱*}، پریا عباده اهوازی^۲، مهناز مهربایی زاده هنرمند^۳

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۲. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۳. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۰۶/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۰۴ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۵/۱۳	مقدمه: یائسگی یکی از مراحل زندگی زنان است که با تغییرات جسمی و روانی همراه است. هدف پژوهش حاضر مقایسه صمیمیت جنسی، رضایت از زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان یائسه و غیر یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی صنعت نفت اهواز بوده است.
نویسنده مسئول: سودابه بساک نژاد دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران soodabeh_bassak@yahoo.com	روش کار: روش این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی است و نمونه آن ۲۰۰ نفر از زنان یائسه و غیر یائسه‌ای بوده‌اند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، در سال ۹۵ و از بین مراجعان به مراکز بهداشتی صنعت نفت اهواز انتخاب شده‌اند. این گروه از مراجعان به روش جور کردن از نظر سن، تأهل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سلامت جسمی هم‌تا شده‌اند. ابزارهای خودگزارشی شامل پرسش‌نامه نیازهای صمیمیت باکاروژی، پرسش‌نامه رضایت از زندگی و پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.
پست الکترونیک: soodabeh_bassak@yahoo.com	یافته‌ها: بین میانگین نمره صمیمیت جنسی ($P=۰/۰۰۱$)، رضایت از زندگی ($P=۰/۰۰۴$)، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ($P=۰/۰۰۴$) و مقابله‌ای مسئله‌مدار ($P=۰/۰۰۱$) در دو گروه تفاوت معنی‌داری به دست آمد.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	نتیجه‌گیری: پس از شروع دوران یائسگی، صمیمیت جنسی و رضایت از زندگی کاهش می‌یابد و زنان یائسه، متناسب با تغییرات روانی و جسمی خود و برای مقابله با وضعیت استرس‌زا، از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند.
	کلیدواژه‌ها: صمیمیت جنسی، رضایت از زندگی، زنان یائسه، زنان غیر یائسه

مقدمه

یائسگی، پدیده زیست‌شناختی پیچیده‌ای است که از عوامل فیزیولوژیک و اجتماعی- فرهنگی متفاوتی متأثر می‌شود و به‌عنوان مرحله‌ای از زندگی، با تغییراتی نظیر به پایان رسیدن قدرت باروری زنان همراه است [۱]. سازمان بهداشت جهانی یائسگی را قطع واقعی قاعدگی به مدت ۱۲ ماه، به علت از دست رفتن فعالیت فولیکول‌های تخمدان تعریف می‌کند. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد قریب به ۶۵ درصد زنان بالای ۵۰ سال نشانه‌های شروع یائسگی را تجربه می‌کنند که با علائم جسمی کاهش سطح استروژن،

گرگرفتگی، تعریق شبانه، علائم اختلال ادراری تناسلی و ناباروری و علائم روان‌شناختی مانند تحریک‌پذیری، اختلال خلق، اضطراب، تنش، کاهش اعتمادبه‌نفس، بی‌ثباتی عاطفی و ضعف حافظه همراه است. این ویژگی‌ها می‌تواند بر کار، فعالیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت، خواب، ارتباط با دیگران، و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد [۲]. ۷۹ درصد زنان یائسه با تغییر نقش جنسیتی و ناپدید شدن دوران عادت ماهیانه دچار اضطراب شدیدی شده و ۴۰ درصد مجبور به استفاده از داروهای آرام‌بخش و ضد اضطرابی می‌شوند [۳].

موقعیت‌های مختلف فرا خوانده می‌شوند تا از فشارهای روانی بکاهدند [۱۷]. یافته‌های محققان نشان می‌دهد نوع پاسخ دهی زنان به فشار روانی می‌تواند بر افزایش علائم روانی یائسگی و احساس پیری اثر بگذارد و به بروز سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی منجر شود؛ برای مثال زود از کوره در می‌روند، قهر می‌کنند، موقعیت‌های نگران‌کننده را لاینحل باقی می‌گذارند و از آن اجتناب می‌کنند و به مصرف داروهای آرام‌بخش وابسته می‌شوند [۱۸، ۱۹، ۲۰]. با مروری بر مطالعات می‌توان دریافت در ایران به بررسی سازه‌های روان‌شناختی در زنان یائسه کمتر توجه شده است؛ بنابراین، پژوهش کنونی در پی پاسخ‌گویی به این پرسش است که بین صمیمیت جنسی، رضایت از زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان یائسه با زنان غیر یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی صنعت نفت چه تفاوتی وجود دارد؟

روش بررسی

روش این پژوهش توصیفی-تحلیلی و جامعه آماری آن شامل کلیه زنان متأهل یائسه و غیر یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شرکت نفت اهواز است. نمونه این پژوهش با حجم ۲۰۰ نفر (۱۰۰ زن یائسه و ۱۰۰ زن غیر یائسه)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ملاک‌های ورود به گروه یائسه شامل تأهل، تشخیص یائسگی براساس تشخیص متخصص زنان و زایمان (زنای یائسه محسوب می‌شوند که یک سال کامل عادت ماهیانه ندارند و از علائم اولیه بالینی یائسگی مانند گرگرفتگی شکایت داشته‌اند)، نداشتن دوره‌ای از هورمون تراپی، قرار داشتن در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۵ سال و داشتن حداقل سطح سواد تا کلاس ششم بود. همچنین در گروه زنان غیر یائسه ملاک ورود عبارت بود از: داشتن عادت ماهیانه طی یک سال گذشته، متأهل بودن، داشتن حداقل سواد تا کلاس ششم ابتدایی و دامنه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال. آزمودنی‌ها از بین مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی شرکت نفت اهواز انتخاب شدند. این دو گروه براساس ملاک‌های ورود، سن و وضعیت اقتصادی - اجتماعی همگن شدند. میانگین سن زنان یائسه ۵۰ و زنان غیر یائسه ۴۶ سال بود. نکات اخلاق در پژوهش نیز عبارت بود از: محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان و شرکت در پژوهش در صورت تمایل. اجازه خروج از پژوهش در هر زمان که می‌خواستند، به آزمودنی‌ها

در بعضی از زنان یائسه، تصویر بدنی نیز دچار اختلال شده و از ظاهر خود ناراضی هستند [۴]. اکثریت زنان یائسه نگران تعادل زندگی اجتماعی‌اند و احساس پیری می‌کنند و دچار اضطراب، نگرانی، بیقراری و بی‌زاری از خود می‌شوند. افسردگی در دوران یائسگی افزایش می‌یابد که ممکن است ناشی از کمبود استروژن در این دوره باشد [۵]. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد نگرش منفی زنان نسبت به یائسگی واکنش آن‌ها را نسبت به این پدیده تعیین می‌کند؛ یعنی پس از بروز یائسگی به دلیل نگرش منفی حالت بهت، ناباوری و بی‌قراری را تجربه می‌کنند و ۱۶ درصد زنان پس از یائسگی در مواجهه با مشکلات خانوادگی خود را تنها احساس می‌کنند [۶-۹]. یکی از مشکلات عمده در زنان یائسه، کاهش سلامت جنسی و صمیمیت جنسی است. منظور از صمیمیت جنسی، صمیمیت، نزدیکی و رابطه شخصی عاشقانه و هیجانی با شخص دیگر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از آن فرد برای بیان افکار و احساساتی است که منشاء صمیمیت به شمار می‌رود [۱۰]. یافته‌های محققان نشان می‌دهد زنان در مرحله یائسگی با نگرانی از شرایط جنسی خود، تلاش می‌کنند از رابطه جنسی خودداری کنند و رابطه صمیمی با همسر خود را کاهش دهند، اما هرچه نگرانی و ترس بیشتری نشان می‌دهند، احساس صمیمیت کمتری می‌کنند [۱۱]. فعالیت جنسی زنان بعد از ۵۰ سالگی و با شروع علائم یائسگی کاهش می‌یابد و میل به انزوا و ترس به بروز مشکلات ارتباط جنسی با همسر منجر می‌شود [۱۲]. از سوی دیگر رضایت از زندگی به معنی ارزیابی مثبت از کل زندگی و تمایلی است که افراد برای تغییر زندگی و رضایت از گذشته، آینده و افراد مهم زندگی خود به آن نیاز دارند [۱۳]. مطالعه روی کیفیت زندگی زنان کشور قطر نشان می‌دهد سمپتوم‌های یائسگی اثر منفی روی رضایت زندگی آن‌ها گذاشته و ۲۴ درصد نمونه‌ها از کاهش فعالیت جنسی و نارضایتی زناشویی شکایت داشته‌اند. همچنین زنان یائسه‌ای که از نگرش منفی نسبت به کیفیت زندگی رنج می‌برند، شکایت‌های جسمی بیشتری گزارش می‌دهند. بررسی کیفیت زندگی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در شهر ریاض عربستان سعودی نشان داد، ناتوانی در کنترل علائم یائسگی بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی داشته است [۱۴، ۱۵، ۱۶]. راهبرد مقابله شامل افکار، احساسات و اعمالی هستند که در

داده می‌شد. در این پژوهش از سه ابزار روان‌شناختی استفاده شد:

پرسش‌نامه نیازهای صمیمیت باگاروزی

این پرسش‌نامه ۴۱ سؤال دارد و نیازهای صمیمیت زوج و ابعاد آن را می‌سنجد که شامل نیازهای عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی - تفریحی می‌شود. در این پرسش‌نامه برای هر یک از ابعاد صمیمیت ۵ سؤال ارزیابی در نظر گرفته شده است و در طیفی ده گزینه‌ای از ۱ (ابداً این نیاز در من وجود ندارد) تا ۱۰ (کاملاً این نیاز در من وجود دارد)، درجه‌بندی شده است [۱۰]. در این پژوهش از خرده‌مقیاس صمیمیت جنسی برای سنجش نیاز به صمیمیت جنسی استفاده شد. این پرسش‌نامه سؤالات کم و همسانی درونی بالایی دارد که از جملات ساده و آسانی برای آزمودنی‌های با سطح سواد متوسط استفاده کرده است. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس صمیمیت جنسی برابر با ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین ضریب روایی این خرده‌مقیاس از طریق ضریب همبستگی با پرسش‌نامه صمیمیت زناشویی روی ۳۰ زوج برابر ۰/۶۵ است [۲۱]. در پژوهش کنونی پایایی این خرده‌مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. آلفای کرونباخ را اولین بار لی کرونباخ، روان‌شناس آمریکایی، در سال ۱۹۵۱ برای تعیین قابلیت اعتماد آزمون‌های آموزشی و روان‌شناسی بسط داد که مقادیری بین صفر و یک را اختیار می‌کند. سازگاری درونی آلفای کرونباخ به معنای این است که تا چه حدی تمام اجزا در یک آزمون، مفهوم یکسانی را بیان می‌کنند و نشان‌دهنده ارتباط درونی این اجزا است. فرمول محاسبه آلفای کرونباخ به شرح زیر است:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{\sigma^2} \right]$$

در این فرمول k تعداد سؤالات و s_i انحراف استاندارد امتیاز کل پرسش‌ها است.

پرسش‌نامه رضایت از زندگی

این مقیاس برای سنجش رضایت کلی فرد از زندگی تهیه شده است. ۵ ماده دارد که هفت گزینه کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۷) را شامل می‌شود. مقیاس رضایت از زندگی،

به جای تمرکز بر هیجانات منفی، جنبه‌های مثبت تجارب افراد را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس با فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۳ و ضریب روایی همگرایی این پرسش‌نامه با مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۰/۴۳ گزارش شده است [۲۲]. در پژوهش کنونی پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس

این پرسش‌نامه بر مبنای نظریه تنیدگی بنا شده است. در این نظریه تفسیر و برآورد ما از رویدادها اهمیت بیشتری از خود رویدادها دارند. پرسش‌نامه شامل ۶۶ سؤال، ۸ زیرمقیاس و ۲ خوشه راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار می‌شود [۱۷]. تحلیل عاملی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه نشان داده است همه مقیاس‌های این آزمون در ۲ خوشه اصلی روش‌های رویارویی هیجان‌مدار (مقابله، رویارویی، دوری جویی، خویش‌داری و گریز-اجتناب) و مسئله‌محور (جستجوی اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله و باز برآورد مثبت) قرار می‌گیرند [۱۷]. هر گزاره چهار گزینه (هرگز، گاهی، اغلب، همیشه) دارد که در مقیاس لیکرت، از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. همچنین برای اندازه‌گیری هر یک از روش‌های رویارویی، ۵ تا ۸ ماده در نظر گرفته شده است. ضریب پایایی این پرسش‌نامه را با کمک ضریب آلفای کرونباخ، روی ۳۱۰ فرد دیابتی ۰/۷۹ به دست آورده‌اند [۲۳]. ضریب روایی این آزمون روی ۵۰ نفر از نوجوانان معتاد برابر با ۰/۸۲ به دست آمده است [۲۴]. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش کنونی به روش آلفای کرونباخ برای سبک مقابله هیجان‌مدار ۰/۸۵ و سبک مقابله مسئله‌مدار ۰/۸۷ است.

پس از برگرداندن پرسش‌نامه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل آماری به عمل آمد و برای مقابله با تورش از روش جفت کردن یا matching استفاده شد که طی آن، گروه‌های یائسه و غیر یائسه از نظر سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، سلامت جسمانی و روانی و سطح تحصیلات جفت شده بودند. شرکت‌کنندگان کارکنان زن صنعت نفت اهواز بودند که برای معاینات ماهیانه به مراکز درمانی صنعت نفت مراجعه می‌کردند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس تک‌متغیره و چندمتغیره) و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸، در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

تفاوت معناداری به دست آمده است ($P=0/001$) که با توجه به میانگین نمرات، استنباط می‌شود صمیمیت جنسی در افراد غیر یائسه بیشتر از افراد یائسه است.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمره رضایت از زندگی ($F=65/874$) در دو گروه تفاوت معناداری به دست آمده است ($P=0/004$)، که با توجه به میانگین نمرات، استنباط می‌شود رضایت از زندگی در افراد غیر یائسه بیشتر از افراد یائسه است.

جدول شماره ۴، نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه را نشان می‌دهد. در این جدول بین میانگین نمره مقابله مسئله‌مدار ($F=42/421$) در سطح معناداری ($P=0/01$) و مقابله هیجان‌مدار ($F=24/140$) در دو گروه تفاوت معناداری به دست آمده است ($P=0/04$) که با توجه به میانگین نمرات، افراد یائسه بیشتر از افراد غیر یائسه از راهبرد هیجان‌مدار استفاده می‌کنند.

جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین جدول‌های شماره ۲ و ۳ به ترتیب نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس تک‌متغیری نمره صمیمیت جنسی و رضایت از زندگی را در دو گروه نشان می‌دهد.

میانگین و انحراف معیار صمیمیت جنسی در افراد یائسه $6/215$ ($\pm 1/002$) و غیر یائسه $16/328$ ($\pm 0/948$)، رضایت از زندگی در افراد یائسه $7/590$ ($\pm 1/647$) و غیر یائسه $18/050$ ($\pm 1/256$)، میانگین و انحراف معیار مقابله هیجان‌مدار در گروه افراد یائسه $46/760$ ($\pm 7/191$) و غیر یائسه $41/000$ ($\pm 10/089$) بوده است. میانگین و انحراف معیار مقابله مسئله‌مدار در گروه افراد یائسه $42/280$ ($\pm 9/402$) و غیر یائسه $49/520$ ($\pm 8/863$) است.

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، بین میانگین نمره صمیمیت جنسی ($F=74/008$) در دو گروه

جدول شماره ۱. میانگین‌های دو گروه یائسه و غیر یائسه

غیر یائسه		یائسه		گروه
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	صمیمیت جنسی
۱۶/۳۲۸	۰/۹۴۸	۶/۲۱۵	۱/۰۰۲	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	رضایت از زندگی
۱۸/۰۵۰	۱/۲۵۶	۷/۵۹۰	۱/۶۴۷	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقابله هیجان‌مدار
۴۰/۰۰۰	۱۰/۰۸۹	۴۶/۷۶۰	۷/۱۹۱	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقابله مسئله‌مدار
۴۹/۵۲۰	۸/۸۶۳	۴۲/۲۸۰	۹/۴۰۲	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	نمره کل سبک‌های مقابله کل
۸۹/۵۲۰	۹/۶۵۰	۸۸/۰۴۰	۹/۰۱۲	

جدول شماره ۲. نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری نمره صمیمیت جنسی

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P
صمیمیت جنسی	۴۰۰۵/۳۲۱	۱	۴۰۰۵/۳۲۱	۳۳۲/۹۱۵	۰/۰۰۱
گروه	۱۵۹/۷۴۸	۱	۱۵۹/۷۴۸	۷۴/۰۰۸	۰/۰۰۱
خطا	۱۰۰۰۸/۱۱۲	۱۹۸	۱۰۲/۱۲۳		

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری نمره رضایت از زندگی

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P
رضایت از زندگی	۳۲۵۹/۵۴۹	۱	۳۲۵۹/۵۴۹	۱۱۱/۵۱۶	۰/۰۰۰۱
گروه	۱۲۰/۳۶۱	۱	۱۲۰/۳۶۱	۶۵/۸۷۴	۰/۰۰۴
خطا	۹۶۱۲/۰۲۰	۱۹۸	۹۸/۰۸۱		

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات سبک‌های مقابله‌ای

P	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	متغیر وابسته	
۰/۰۰۰۱	۶۸۳/۸۲۷	۹۴۰۹۱/۲۲۰	۱	۹۴۰۹۱/۲۲۰	مقابله هیجان‌مدار	اثر تعاملی
۰/۰۰۰۱	۷۸۷/۰۵۴	۱۱۷۱۲۸/۰۰۰	۱	۱۱۷۱۲۸/۰۰۰	مقابله مساله‌مدار	
۰/۰۴۹	۲۴/۱۴۰	۱۲۹/۲۲۰	۱	۱۲۹/۲۲۰	مقابله هیجان‌مدار	گروه
۰/۰۱۹	۴۲/۴۲۱	۶۲۱/۷۲۰	۱	۶۲۱/۷۲۰	مقابله مساله‌مدار	
		۶۷/۳۹۳	۱۹۸	۶۶۰۴/۵۶۰	مقابله هیجان‌مدار	خطا
		۷۲/۸۹۰	۱۹۸	۷۱۴۳/۲۸۰	مقابله مساله‌مدار	

بحث

هدف این پژوهش مقایسه صمیمیت جنسی، رضایت از زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان یائسه و غیر یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی صنعت نفت اهواز بود. یائسگی با علائم جسمی و روان‌شناختی همراه است [۲]. یافته‌های تحقیقاتی مختلف، کاهش صمیمیت جنسی، رضایت از زندگی و تغییر در راهبردهای مقابله‌ای را از جمله شکایت‌های شایع روان‌شناختی در زنان یائسه گزارش می‌کنند [۱۰، ۱۴، ۲۱]. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، زنان یائسه نسبت به زنان غیر یائسه صمیمیت جنسی کمتری دارند و یافته‌ها بیانگر تفاوت معنی‌دار در صمیمیت جنسی بین این دو گروه بوده است. این یافته با نتایج یافته‌های پژوهش‌های Ussher و همکاران (۲۰۱۵) و همکاران (۲۰۱۴) و Al Dughaiter و همکاران (۲۰۱۵) هم‌سو بوده است [۱۱، ۱۲، ۱۶].

یائسگی با مرحله پایان دوره باروری و شروع تحلیل رفتگی جسمی همراه است. زنان یائسه احساس می‌کنند با تحلیل فعالیت تخمدان نمی‌توانند از فعالیت جنسی لذت ببرند. Behboodi Moghadam و Jamshidi Manesh (۲۰۱۱) توصیف می‌کنند زنان ایرانی یائسگی را مرحله‌ای طبیعی در زندگی خود می‌دانند، اما رویارویی با این پدیده به نگرش آن‌ها بستگی دارد. با توجه به کاهش فعالیت جنسی و تجربه فرایندهای فیزیولوژیکی جدید، ممکن است عملکرد روزمره آن‌ها دستخوش تغییر شود. یافته‌های کنونی بیان می‌کند صمیمیت جنسی در دوران یائسگی کاهش می‌یابد و زنان در این دوره علاقه‌مندی خود را برای رابطه صمیمانه جنسی از دست می‌دهند [۲۵]. یافته‌های پژوهش کنونی تفاوت رضایت از زندگی را در زنان یائسه و غیر یائسه نشان می‌دهد. این یافته با یافته‌های Kakkar و همکاران (۲۰۰۷)

و Chedraui و همکاران (۲۰۰۹) و Dadipur و همکاران (۱۳۹۵) هم‌خوانی دارد و نشان می‌دهد مشکلات این مرحله از زندگی، موجب نارضایتی از زندگی می‌شود. عواملی مانند تحلیل شرایط جسمانی زنان بعد از یائسگی، کاهش تمایلات جنسی به دلیل تغییر شرایط جسمی و تغییر نوع رابطه با همسر می‌تواند کیفیت زندگی زنان یائسه را تغییر دهد و آمادگی ورود به این مرحله از زندگی را برای آن‌ها دشوار سازد. با تغییر نگرش به زندگی و پذیرش یائسگی بهبود نسبی در آن‌ها ظاهر می‌شود. همچنین زنانی که متناسب با شرایطی جسمانی و روانی و نوع نگرش به یائسگی از شیوه‌های پاسخ‌دهی به فشار روانی هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، بیشتر با نارضایتی از زندگی، شکایت‌های متعدد جسمانی و خلق افسرده مواجه می‌شوند [۲۶-۲۸]. نتایج پژوهش نشان می‌دهد زنان یائسه از مقابله‌های هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و این نتایج با یافته‌های Yazdkhasti و همکاران (۱۳۹۴) و Mushtaq و Ashai (۱۳۹۳) هم‌سو است. راهبرد هیجان‌مدار سبک اجتنابی و هیجانی با فشار روانی است. در چنین راهبردی فرد تلاش می‌کند به جای پذیرش مشکل، از آن فرار کند، واکنش اضطرابی و افسردگی نشان دهد یا به مصرف داروهای طبی مختلف و مصرف خوراکی‌های نامناسب روی آورد. این امر به تشدید مشکلات جسمانی و روان‌شناختی زنان یائسه منجر می‌شود؛ آن‌ها به جای حل مشکلات جسمی روزمره یائسگی، از آن اجتناب می‌کنند و همین امر شرایط گذر از این مرحله طبیعی را برای آن‌ها دشوارتر خواهد کرد. شرایط جسمی آن‌ها زمینه را برای وابستگی دارویی ایجاد می‌کند و شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار محسوب می‌شود و ناتوانی آن‌ها را در حل مشکلات نشان می‌دهد [۱۸، ۱۹].

یانسگی بیشتر توجه شود. بهتر است برای بررسی هرکدام از متغیرهای روان‌شناختی از مصاحبه بالینی هم برای علت‌یابی استفاده شود.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی با کد اخلاق ۳۹ مورخ ۹۵/۹/۲۹ است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارکنان و مراجعان به درمانگاه صنعت نفت اهواز که در اجرای صادقانه این پژوهش محققان را یاری کردند، قدردانی کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

نتیجه‌گیری

زنان یائسه با مشکلاتی در صمیمت جنسی و نارضایتی از زندگی مواجه می‌شوند و از سبک‌های هیجان‌مدار برای مقابله با فشارهای روانی استفاده می‌کنند؛ بنابراین از مشکلات روان‌شناختی بیشتری در مقایسه با زنان غیر یائسه رنج می‌برند و نیازمند راهنمایی متخصصان هستند تا بتوانند با این مرحله بحرانی مقابله کنند.

در دسترس بودن نمونه‌ها و انتخاب نکردن آزمودنی‌ها بر حسب تصادف که می‌تواند تعمیم نتایج را محدود سازد و استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی به جای مصاحبه بالینی، از جمله محدودیت‌های پژوهش بوده‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به جنبه‌های روان‌شناختی

References

1. Froozanfar SH, Zendehtel T, Mirmohahadali T, Faghihzadeh, S. The effect of valerin on anxiety of menopause woman. *IJOGI*. 2017; 20(6): 31-39.
2. Williams R, Levine K, Kalilani L. Menopause-Specific questionnaire assessment in US population based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009; 62: 153-162.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.006>
3. Simon JA, Reape KZ. Understanding the menopausal experiences of professionals. *Menopause* 2009; 16(1): 73-82.
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31817b614a>
4. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*. 2009;62(2):160-5.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.004>
5. Schnatz PF, Whitehurst SK, O'Sullivan DM. Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *J Women Health* 2010; 19(10): 1843-1849.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1800>
6. Young E, Korszun A. Sex, truma, stress hormones and depression. *Mol. Psychiatry* 2010; 15(1): 23-28.
<https://doi.org/10.1038/mp.2009.94>
7. Lia J, Eden JA. The menopausal experience and attitudes toward menopause in chinese women Living in Sydney. *Menopause* 2007; 15(3): 476-481.
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318154bda0>
8. Bryant Ch, Judd FK, Hickey M. Anxiety during the menopausal transition: A systematic review. *J Affect Disord* 2012; 139(2): 141-148.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.055>
9. Erbil N. Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*. 2018;54(3):241-6
<https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.05.012>
10. Bagarozzi DA. Marital intimacy needs questionnaire: Preliminary report. *The Am J of Fam Ther* 1997; 25(3): 285-290.
11. Ussher MJ, Perz J, Parton C. Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. *Fem & Psychol* 2015; 25(4): 449-468.
<https://doi.org/10.1177/0959353515579735>
12. Tomas HN, Chang CH, Dillion S, Hess R. Sexual activity in midlife woman: Importance of sex matters. *JAMA Intern Med* 2014; 174(4): 631-633.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14402>
13. Parsoon R, Chaturvedi K R. Life satisfaction: A literature review. *IJHSS*, 1(2), 25-32
14. Bener A, Falah A. A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. *Journal of mid-life health*. 2014;5(3):126.
15. Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric*. 2012;15(6):552-62.
<https://doi.org/10.3109/13697137.2011.637651>
16. Al Dughaiter A, Al mutairy H, Al Aatee M. Menopausal symptoms and quality of life among

- saudi women visiting primary care clinics in Riyadh Saudi Arabia. *Int J of Women Health*. 2015; 7: 645-653.
17. Bassak Nejad S, Boostani F. An investigation of the relationship between personality traits and coping style among the students of Shahid Chamran University. *Jentashapir*. 2012; 3(3), 399-407
 18. Yazdkhasti M, Simbar M, Abdi F. Empowerment and coping strategies in menopause women: A review. *Iran Red Crescent Med J*. 2015; 17(3): e18944.
<https://doi.org/10.5812/ircmj.18944>
 19. Mushtaq S, Ashai Y. Coping strategies used by post-menopausal women in srinagar district of kashmir valley. *Journal the Anthropologist*. 2014; 17(3): 1003-1006.
<https://doi.org/10.1080/09720073.2014.11891480>
 20. Khodadadi M. Normative question of coping devices Lazarus and Folkman and comparison between these devices in girls and boys students of Islamic Azad University Central Rod hen. MA. Dissertation. Islamic Azad University, Branch of Tehran Central; 2004.
 21. Kardan-Souraki M, Hamzehgardeshi Z, Asadpour I, Mohammadpour RA, Khani S. A Review of Marital Intimacy-Enhancing Interventions among Married Individuals. *Glob J Health Sci*. 2016;8(8):53109.
<https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n8p74>
 22. Sheikhi M, Houman H.A, Ahadi H, Sepahmansour M. Psychometrics of the Satisfaction with life scale (SWLS). *J of Modern Industrial/ Organization Psychology*. 2010; 1(4): 17-25
 23. Mazlom Befroie N, Afkhami ardakani M, Esfandabad H, Shams Jalali MR. Simple and multiple relative between resiliency and hardiness with emotion-oriented and problem-oriented coping styles in patients with diabetes mellitus in Yazd. *Quarterly Journal of Diabetes Nursing*. 2011; 1(2): 36-41.
 24. Zarei S, Asadi Z. The comparison of personality trait and stress coping style between addicted and normal adolescents.. *Journal of Research on Addiction*. 2012; 26: 87-104.
 25. Jamshidi Manesh M, Behboodi Moghadam Z. The Experiences of menopause through the lens of iranian women: content analysis study. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*. 2011; 5(8): 1543-1548.
 26. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas*. 2007; 57(3): 306-320.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.02.026>
 27. 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.
<https://doi.org/10.1080/09513590802617770>
 28. Dadipur S, Sayahi Y, Alavi A, Nghavi K, Safari Moradabadi A. The application of the PRECEDE model to investigate the determinants of quality of life in postmenopausal in Bandar Abbas, Iran. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2015; 23(1): 84-93.