

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

The Relationship Between Perceived Social Support, Self-Compassion, Psychological Hardiness, Quality of Life, and Sexual Functioning in Postmenopausal Women: The Mediating Role of Attitudes Toward Menopause

Majid Yousefi Afrashteh^{1*}, Masoumeh Moradi², Leila Rahmandel³

¹ Associate Professor, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran.

² M.A in Psychology, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran.

³ M.A in Psychology, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran.

Correspondence

Majid Yousefi Afrashteh
Email: yousefi@znu.ac.ir

How to cite

Yousefi Afrashteh, M., Moradi, M. & Rahmandel, L. (2024). The Relationship Between Perceived Social Support, Self-Compassion, Psychological Hardiness, Quality of Life, and Sexual Functioning in Postmenopausal Women: The Mediating Role of Attitudes Toward Menopause. *Quarterly Journal Of Health Psychology*, 13(3). 115-134.

ABSTRACT

Objective: The number of postmenopausal women worldwide is increasing, and it is expected to reach 1.1 billion by 2030. Menopause can be considered an inevitable stage of life and is associated with physiological, psychological, and social changes. This significant life event can directly and indirectly impact sexual function and quality of life. Increased perceived social support, self-compassion, and psychological hardiness can lead to higher sexual function and quality of life. Additionally, there are mediating variables between perceived social support, self-compassion, and psychological hardiness that affect the quality of life and sexual function of postmenopausal women. One of these mediating variables is attitudes toward menopause, which has not been studied in previous research in this manner. The present study aims to investigate these relationships. Given the importance of quality of life and sexual function in menopausal women, this research seeks to examine several variables related to quality of life and sexual function in women. In this regard, the mediating variable of attitude is expected to help explain this relationship. **Method:** This study is applied in terms of its objectives and correlational in terms of its method, specifically path analysis. The statistical population of this study consisted of 368 postmenopausal women (aged 45-60) in Zanjan in 2021. Using a cluster sampling method, a number of health centers were first selected, and then postmenopausal women who met the inclusion criteria were entered into the study using an available sampling method. **Results:** Of the participants, 186 individuals (64%) were aged 50-55. Additionally, 65 participants (22%) were between 56 and 60 years old, while 42

participants (14%) were aged 61-65. Regarding education, 10 participants (37%) held a high school diploma, 93 participants (32%) had less than a high school diploma, 52 participants (18%) had a bachelor's degree, and 38 participants (13%) held a postgraduate degree. In terms of employment status, 204 participants (70%) were unemployed, and 89 participants (30%) were employed. Finally, concerning According to Table 1, all Pearson correlation coefficients between variables are statistically significant at a p-value less than 0.05. According to the results of path analysis, 0.86 of the variance of sexual performance is explained by the predictor variables in the model, and the criterion variable of sexual performance has four direct effects of perceived social support ($\beta = 0.19$), mental toughness ($\beta=0$), self-compassion ($\beta=0.13$) and menopause attitude ($\beta=0.13$). Also, 0.76 of the variance of the quality of life is explained by the predictor variables of the model, and the quality of life variable has four direct effects of perceived social support ($\beta=0.23$), mental toughness ($\beta=0.23$), self-compassion. Exercise ($\beta = 0.19$) and attitude towards menopause ($\beta = 0.20$) were entered. To investigate the mediating role of menopause attitude in the relationship between perceived social support, mental toughness and self-compassion with sexual performance and quality of life, the method of indirect paths was used, and the results are reported in Table 3. Based on the results of Table 3, the mediating role of attitude towards menopause in the relationship between perceived social support, self-compassion with quality of life and sexual performance was confirmed, but the mediation of attitude towards menopause in the relationship between mental toughness and quality of life and sexual performance was not confirmed. **Conclusion:** The quality of life and sexual function in postmenopausal women is an increasingly important research topic, especially given the growing population of women entering menopause each year. This study examined the impact of perceived social support, self-compassion, and psychological resilience on quality of life and sexual function in postmenopausal women, mediated by attitudes toward menopause. Results indicated that perceived social support, self-compassion, psychological resilience, and attitudes toward menopause had a direct and significant effect on the quality of life and sexual function of postmenopausal women. Furthermore, perceived social support, self-compassion, and psychological resilience had an indirect effect on quality of life and sexual function through attitudes toward menopause.

KEY WORDS

Psychological hardiness, self-compassion, attitude toward menopause, sexual functioning.

نشر به علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خود شفقت‌ورزی و سرسختی روانی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان یائسه: نقش میانجی‌گری نگرش به یائسگی

مجید یوسفی افراشته^{۱*}، معصومه مرادی^۲، لیلا رحماندل^۳

چکیده

مقدمه: یائسگی به عنوان یکی از مسائل مهم در بهداشت سلامت جنسی زنان است. بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودشفقت‌ورزی و سرسختی روانی با عملکرد جنسی و کیفیت زندگی در زنان یائسه با میانجی‌گری نگرش به یائسگی بود.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی بر روی زنان یائسه شهر زنجان در سال ۱۴۰۱ بود. از بین آنها ۲۹۳ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها روایی و پایایی آنان مورد بررسی و تایید شد. از تحلیل مسیر برای تحلیل مدل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج اثر معنادار و مستقیم بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta=0/19, p>0/05$)، خودشفقت‌ورزی ($\beta=0/13, p>0/05$)، سرسختی روانی ($\beta=0/19, p>0/05$)، نگرش به یائسگی ($\beta=0/13, p>0/05$) با عملکرد جنسی، همچنین حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta=0/23, p>0/05$)، خودشفقت‌ورزی ($\beta=0/19, p>0/05$)، سرسختی روانی ($\beta=0/23, p>0/05$) و نگرش به یائسگی ($\beta=0/20, p>0/05$) با کیفیت زندگی نشان داد. برای تحلیل نقش میانجی از روش غیر مستقیم استفاده شد.

نتیجه‌گیری: میانجی‌گری نگرش به یائسگی در رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خود شفقت‌ورزی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی تایید شد. ولی میانجی‌گری نگرش به یائسگی در رابطه سرسختی روانی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی تایید نشد.

واژه‌های کلیدی

سرسختی روانی، خودشفقت‌ورزی، نگرش به یائسگی، کیفیت زندگی، عملکرد جنسی.

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.
^۲ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.
^۳ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

نویسنده مسئول:

مجید یوسفی افراشته

رایانامه:

yousefi@znu.ac.ir

استناد به این مقاله:

یوسفی افراشته، مجید، مرادی، معصومه و رحماندل، لیلا، (۱۴۰۳). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خود شفقت‌ورزی و سرسختی روانی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان یائسه: نقش میانجی‌گری نگرش به یائسگی. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۳(۳)، ۱۱۵-۱۳۴.

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

نظام‌های سلامت امروزه اساسی‌ترین برنامه‌های خود را مبتنی بر سلامت خانواده بیان می‌کنند (هاین-اسکلاگل و واش،^۱ ۲۰۱۵). زن را می‌توان محور سلامت خانواده دانست و الگوی مهم ترویج و آموزش سبک زندگی سالم به نسل‌های بعدی است. اگر چه مردان و زنان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند، اما زنان با مشکلات و مسائل به خصوصی ناشی از وضعیت فیزیولوژیک خود مواجه هستند. یکی از این مشکلات یائسگی است که به دلیل کاهش استروژن مسائل زیادی را برای زنان ایجاد می‌کند (زارع و ساسان‌نژاد، ۱۳۹۸). یائسگی را می‌توان یکی از دوره‌های اجتناب‌ناپذیر و مرتبط با رشد و تکامل زندگی هر زنی دانست (بورکمن و بریک،^۲ ۲۰۱۶) که همراه با تغییرات فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی همراه است (نظریور و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌های زنان یائسه مربوط به عملکرد جنسی آنان است (سفتل،^۳ ۲۰۱۷). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی اختلال عملکرد جنسی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد نمی‌تواند آنطور که می‌خواهد به طرق مختلف در یک رابطه جنسی شرکت کند (دوما، دوماس و تسکیرین،^۴ ۲۰۰۷) عملکرد جنسی بخشی از رفتار انسانی و زندگی فرد است و چنان با شخصیت فرد در هم آمیخته است که نمی‌توان از آن به عنوان پدیده‌ای مستقل صحبت کرد. عملکرد جنسی و تمایلات همواره مرکز علاقه، توجه و کنجکاوری انسان بوده و تأثیر به‌سزایی بر زندگی فرد و شریک جنسی او دارد (نظریور، ۱۳۹۵). تعداد زنان یائسه در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد و تعداد آنان تا سال ۲۰۳۰ به ۱/۲ میلیارد خواهد رسید (سازمان بهداشت جهانی،^۵ ۲۰۱۸). در پژوهشی در ایران نیز معلوم گشت که دو سوم زنان یائسه در سن ۴۵ تا ۶۵ سالگی حداقل از یک مشکل جنسی رنج می‌برند (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۲). البته موانع فرهنگی و اجتماعی و کج فهمی‌ها و در نظر گرفتن این مسئله به عنوان رفتار سرزنش‌پذیر، برآورد دقیق آن را با مشکل روبه‌رو می‌کند (علیرضایی، ۱۳۹۷). اما به نظر می‌رسد نسبت این اختلالات در این زنان بالا بوده است. یکی دیگر از سازه‌های مورد توجه در زمان یائسگی کیفیت زندگی زنان یائسه است (لافی، عزیززی و دوبلی،^۶ ۲۰۱۳) که آن را می

توان "ادراک فردی از موقعیت زندگی خود در چارچوب سیستم‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند و همچنین در ارتباط با اهداف، ارزش‌ها و انتظارات" تعریف کرد (جنابی، شبیری، هزاوه‌ای و روشنایی، ۱۳۹۴). یائسگی یکی از دوره‌های بحرانی، اجتناب‌ناپذیر و رویدادی مهم در زندگی که بر تمام حوزه‌های سلامت فرد تأثیر می‌گذارد و نقطه عطفی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تأثیر بگذارد (کارسلن فریک،^۷ ۲۰۲۰). به طور کلی پژوهش در مورد کیفیت زندگی این زنان، ابعاد متأثر شده از آن مشکلات این دوره از زندگی زنان را مشخص می‌کند که عمیقاً بر کیفیت زندگی زنان تأثیر دارد (کارسلن فریک و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان یائسه، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی ادراک شده به طور کلی به معنای درک فرد از مورد مراقبت قرار گرفتن توسط دیگران است. و اینکه یک شبکه اجتماعی مطمئن دارد که در زمان نیاز می‌تواند به آن متوسل شود. افراد می‌توانند از این منابع مختلف مانند دوستان، خانواده و افراد مهم کمک دریافت کنند (ویلسون، ویس و شوک،^۸ ۲۰۲۰). حمایت اجتماعی با باز داشتن فرد از یادآوری موضوع تنش‌زا منجر به سازش هیجانی فرد با فشار روانی می‌شود (تاسکین،^۹ ۲۰۱۵؛ احمد نژاد و طالب‌زاده شوشتری، ۱۴۰۱). مطالعات زیادی هم نشان می‌دهد حمایت، نقش اساسی در سلامت و در نهایت کیفیت زندگی زنان یک جامعه دارد (یوسف ادیتیا سلیخهد و مستریر و کوتیجا،^{۱۰} ۲۰۲۱). نتایج ژائو، لیا، فینکیو، زد و لا^{۱۱} (۲۰۱۹) حاکی از این بود دریافت حمایت اجتماعی در دوران یائسگی از طریق دوستان، خانواده و افراد مهم در زندگی تجارب منفی یائسگی را کاهش می‌دهد. همچنین نتایج کالیسکان پله^{۱۲} (۲۰۲۲) نشان داد زنان در دوره‌های پیش از یائسگی و پس از یائسگی در برابر افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند. مجرد/بیوه بودن، داشتن سطح درآمد ضعیف، حمایت اجتماعی پایین و کیفیت زندگی پایین از عوامل خطر مهمی هستند که فراوانی افسردگی را افزایش می‌دهند.

برخی از پژوهشگران خودشفقت‌ورزی را یکی از عواملی می‌دانند که می‌توانند نقش تعیین‌کننده در میزان کیفیت زندگی و

7. Carcelén -Fraile
8. Wilson, Weiss & Shook
9. Taşkın
10. Kotijah
11. Zhao
12. Çalişkan Pala

1. Haine-Schlagel & Walsh
2. Burkman & Berek
3. Seftel
4. Douma, Doumas & Tsakiris
5. World Health Organization
6. Loutfy, Aziz & Dabbous

از آنچه در دوران یائسگی اتفاق می‌افتد اطلاع داشته باشند، تغییرات این دوران را بهتر درک می‌کنند و با افزایش اطلاع و نگرش مثبت در این حوزه، بیشتر به دنبال مراقبت‌های سلامتی و بهداشتی این دوره می‌باشند، به همین خاطر اولین خط مراقبت درمانی و بهداشتی دوران یائسگی، تلاش پزشکان و مراقبان سلامت در ایجاد نگرش مثبت زنان نسبت به یائسگی است و تلاش در جهت عقاید خرافی و سنتی آنها در این حوزه است (بلو و درامول^{۱۰}، ۲۰۱۶). بسیاری از زنان در این دوران به دلیل تمام شدن سال‌های باروری، دوره یائسگی را دوره آزادی و رهائی می‌دانند، چرا که علاوه بر آن ترس از حاملگی و سلب مسئولیت-های مربوط به فرزندان و نسبت به دوره قبل از یائسگی احساس بهتری دارند، از طرفی دیگر، برخی از زنان، این دوران سبب نگرانی، پایان جذابیت‌های‌شان و بارز نشدن نشانه‌های پیری دارد (بحری و افیات^{۱۱}، ۲۰۱۳). تغییرات هورمونی و بیولوژیک مرتبط به یائسگی در سراسر جهان یکسان است. اما نگرش به یائسگی در بین جوامع مختلف و فرهنگ‌ها تا حد زیادی متفاوت است (هاینتور و اودی^{۱۲}، ۱۹۹۹). لی، هو و شام^{۱۳} (۲۰۱۸) حاکی از آن است زنان با نگرش مثبت تر نسبت به یائسگی، تمایل به کیفیت زندگی بالاتری دارند. علاوه بر این، وضعیت سلامت خود گزارش بهتر، انجام فعالیت‌های بدنی، سطح تحصیلات بالاتر، متاهل بودن و وضعیت غیرسیگاری با کیفیت زندگی بهتر مرتبط بود. نشان دهنده آن است زنانی که در دوره یائسگی حمایت اجتماعی کافی دریافت نکرده‌اند نگرش منفی تری نسبت به یائسگی دارند (اربیل و گوموسای^{۱۴}، ۲۰۱۸). گوزویشیل، ورگک، سریو و کوروغلو^{۱۵} (۲۰۲۱) نتایج این مطالعه که با هدف بررسی رابطه بین نگرش نسبت به یائسگی و عملکرد جنسی در بین زنان انجام شد، نتایج نشان داد که بیش از نیمی از زنان دچار اختلال عملکرد جنسی شده‌اند. دو سوم زنان نگرش منفی نسبت به یائسگی داشتند. و عملکرد جنسی زنان یائسه نیز با افزایش نگرش منفی آنها نسبت به یائسگی تحت تأثیر منفی قرار گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد بین نگرش نسبت به یائسگی با عملکرد جنسی و اضطراب سلامتی با نگرش نسبت به یائسگی رابطه معناداری وجود داشت. همچنین نگرش

عملکرد جنسی زنان یائسه داشته باشد (بروفی^۱، ۲۰۲۰). خودشفقت ورزی به عنوان توانایی فرد در مواقع استرس و حمایتگر بودن و نه انتقاد نسبت به خود در هنگام شکست و رنج دانست (نفا^۲، ۲۰۰۳) و یک ساختار روانشناختی مثبت است (ترستون، فریتز، چانگ، باریناس میچل و ماک^۳، ۲۰۲۱) و ویژگی انعطاف‌پذیری که با عملکرد روانشناختی سالم مرتبط است (مکبث و گاملی^۴، ۲۰۱۲) سطح بالای شفقت به خود در موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند با ناراحتی ناشی از این موقعیت مقابله کند (وب، وود-بارکالو و تیلکا^۵، ۲۰۱۵). همچنین پژوهشگران شفقت به خود را برداشت و تفسیر مثبت از اتفاقات زندگی، انتخاب رفتارهای بهداشتی و با کاهش شدت علائم یائسگی (زو^۶، ۲۰۲۰) و بهبود عملکرد جنسی مرتبط می‌دانند (آرورا و بروتو^۷، ۲۰۱۷) از دیگر عواملی که در میان زنان یائسه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی و عملکرد جنسی آنان باشد سرسختی روانی است (آلفرد و همر و گود^۸، ۲۰۱۶). سرسختی روانی به معنای مقاومت فرد در برابر فشارهای روانی که به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی امروزه مورد توجه قرار گرفته است که موجب مقابله کردن فرد با مشکلات و دردهایش می‌شود فرد با سرسختی روانی بالا رویدادهای زندگی را در سلطه و کنترل خود می‌دانند که این باعث افزایش عزت نفس و بالا رفتن کیفیت زندگی می‌شود (کوباسا مدی و زولا^۹، ۱۹۸۳). پس می‌توان به احتمال قوی از تأثیر سرسختی روانی بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی این زنان سخن به میان آورد که کمتر در پژوهش‌های خارجی و داخلی به بررسی آن پرداخته‌اند در عین حال که از اهمیت بالایی برخوردار است.

متغیرمیانجی که در این پژوهش مورد بررسی قرار خواهد گرفت نگرش به یائسگی خواهد بود. با توجه به اینکه یائسگی یک تغییر اساسی در زندگی یک زن است، می‌تواند از جهات مختلف اجتماعی، فرهنگی، شخصی، سلامتی و بهداشتی حائز اهمیت است. پژوهش‌های گذشته نیز نشان داده است که نگرش زنان نسبت به یائسگی، بر مدیریت و قبول کردن مشکلات این دوران تأثیر داشته است (گبتائیس و همکاران^۹، ۲۰۲۰). اگر زنان

- 1 . Brophy, Brähler, Hinz, Schmidt & Körner
- 2 . Neff
- 3 . Macbeth & Gumley
- 4 . Webb, Wood-Barcalow & Tylka
- 5 . Zhu
- 6 . Arora & Brotto
- 7 . Alfred, Hammer & Good
- 8 . Kobasa, Maddi & Zola
- 9 . Gebretatyo

10. Bello & Daramola

11. Bahri & Afyat

12. Hunter & Odea

13. Li, Ho, Suzanne, Sham, Aprille

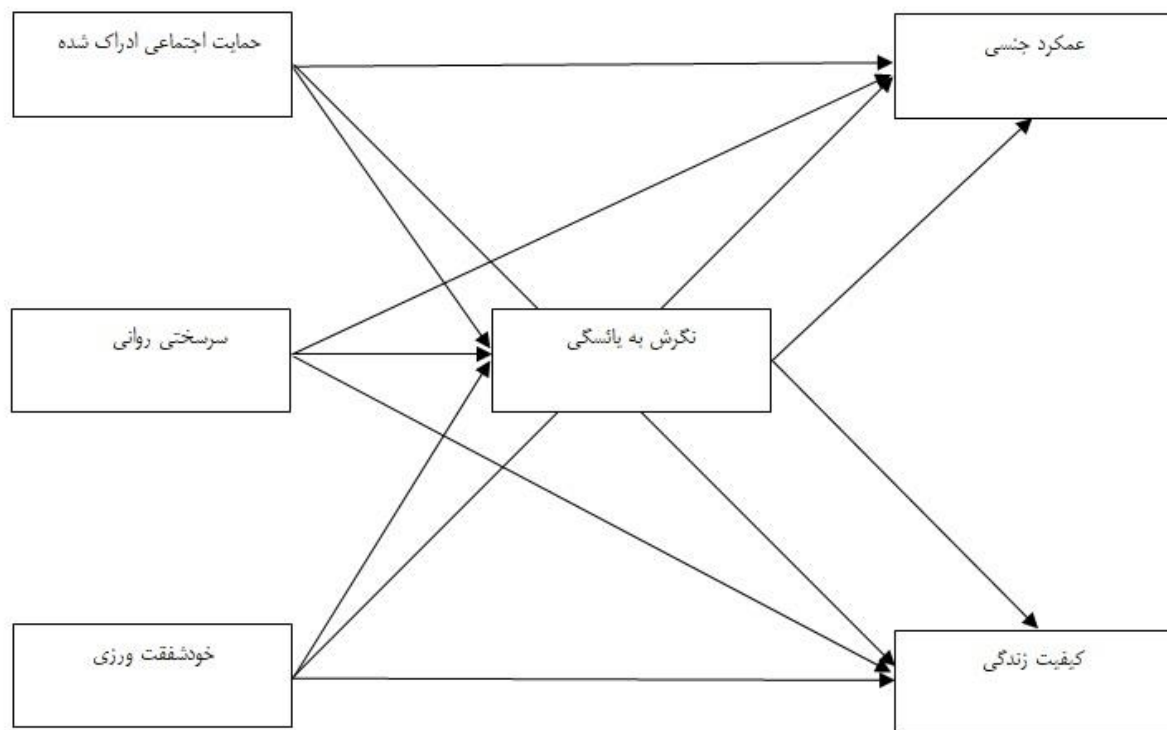
14. Erbil & Gumusay

15. Gözüyeşil, vurgec, sürücü & köroğlu

از متغیرهای که می‌توان در بهبود وضعیت آنان تأثیرگذار باشد حمایت اجتماعی، خودشفقت‌ورزی، سرسختی روانی و نگرش به یائسگی است. بررسی پیشینه پژوهشی نیز حاکی از آن است که متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقت‌ورزی، سرسختی روانی و نگرش به یائسگی دارای اثرات سوئی در کیفیت زندگی و عملکرد جنسی این افراد دارد. ولی پژوهشی که نقش میانجی نگرش به یائسگی را در رابطه بین این متغیرها بررسی کند یافت نشد. لذا پژوهش حاضر درصدد است تا به بررسی این سوال بپردازد که آیا نگرش به یائسگی نقش میانجی در رابطه حمایت اجتماعی، خودشفقت‌ورزی، با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان یائسه دارد؟

نسبت به یائسگی با رفتار جنسی و اضطراب سلامتی رابطه مستقیم معناداری دارد.

در قرون جدید متوسط امید به زندگی زنان در همه مناطق جغرافیایی در سطح جهان افزایش پیدا کرده است و زنان بیشتری به مرحله یائسگی می‌رسند (ریچارد- دیویس و ویلونز^۱، ۲۰۱۳). یائسگی شروع دوران جدیدی است. این دوران مانند تمام مراحل زندگی دارای زوایای مثبت راحتی از مشکلات دوران بارداری، و زوایای منفی مانند مشکلات و خطرات تهدید کننده سلامت جنسی و رفاه آنان دارد. از سوی دیگر مسائل زنان در دوران یائسگی باعث ایجاد ناتوانی و تنش قابل توجهی برای زنان می‌گردد، که آن فشار زیادی بر نظام مراقبت‌های سلامت و بهداشتی اعمال می‌کند؛ بنابراین نیاز است تلاشی به عمل آید تا بتواند کیفیت زندگی و عملکرد جنسی آنان را حفظ کرد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نوع طرح‌های همبستگی و مبتنی بر مدل سازی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان یائسه ۵۰ تا ۶۵ ساله شهر زنجان در سال ۱۴۰۱ تشکیل می‌دهند. تعداد ۳۲۴ نفر از این افراد به عنوان نمونه و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و با مراجعه به مکان‌های عمومی و مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند که پس از حذف ۳۱ داده ناقص، در نهایت اطلاعات ۲۹۳ نفر وارد مطالعه شد. در خصوص حجم نمونه شایان ذکر است که در تحلیل استیونس (۱۹۹۶، به نقل از مؤمنی و همکاران، ۱۴۰۰) ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد در نظر گرفته می‌شود که قاعده سرانگشتی خوب نام گرفته است. بر پایه این موضوع می‌توان اعلام کرد که چون تحلیل معادلات ساختاری در برخی موارد کاملاً به رگرسیون چند متغیری مرتبط است، به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده ۱۵ مورد در تحلیل معادلات ساختاری غیر منطقی نیست (هومن، ۲۰۱۲) دست کم ۱۰۰ نمونه و یا بیشتر از آن مورد نیاز است. بنابراین حجم نمونه مورد مطالعه از کفایت لازم برای اجرای تحلیل مسیر برخوردار است. در صورت داشتن معیارهای ورود وارد پژوهش شدند.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، عدم وجود بیماری جسمی و روانی تحت درمان، عدم سابقه جراحی برداشتن تخمدان و رحم، زنان دارای سابقه تاهل در محدوده سنی ۵۰-۶۵ سالگی، وجود یائسگی طبیعی (قطع قاعدگی به مدت یک سال بدون دخالت جراحی تخمدان و یا شیمی درمانی)، داشتن تابعیت ایران؛ و معیار خروج شامل بیش از ۲۰ درصد بی‌پاسخی به سوال‌های هر پرسشنامه بود. پرسشنامه‌ها به صورت کاغذی و آنلاین تهیه شدند و به انتخاب شرکت کنندگان در اختیار آنها قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش از اصول اخلاقی از جمله پاسخ دهی به صورت ناشناس و حفظ محرمانگی، کسب رضایت آگاهانه و امکان قطع همکاری برای شرکت کنندگان پیروی شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۱: این پرسشنامه توسط

روزن^۲ در سال ۲۰۰۰ ساخته شد که شامل ۱۹ سوال در شش خرده مقیاس میل جنسی^۳، تحریک ذهنی^۴، روان کاری^۵، ارگاسم^۶، درد هنگام مقاربت^۷ و رضایت جنسی^۸ است. برای سوال‌های میل جنسی نمره ۱ تا ۵ و برای سایر مؤلفه‌ها نمره ۰ تا ۵ در نظر گرفته شده است. نمره صفر بیانگر آن است که فرد در طی یک ماه گذشته هیچگونه فعالیت جنسی نداشته است. حداقل و حداکثر نمره برای خرده مقیاس‌ها به این صورت است: میل جنسی ۱/۲ تا ۶ و سایر مؤلفه‌ها ۰ تا ۶ و حداقل نمره برای کل مقیاس ۲ و حداکثر نمره ۳۶ است. محمدی (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه نگرش به یائسگی نوگارتن^۹: این پرسشنامه توسط نوگارتن^{۱۰} در سال ۱۹۶۳ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۳۵ سوال است که در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ تا ۴ نمره‌دهی می‌شود. قادری (۲۰۱۰) این پرسشنامه را در پژوهش خود به زبان فارسی برگرداندند و پس از ارزیابی متخصصان، پرسشنامه را از فارسی به انگلیسی ترجمه کردند. برای به دست آوردن پایایی در یک مطالعه مقدماتی، پرسشنامه را روی ۴۰ زن به غیر از نمونه‌های پژوهش خود به اجرا در آوردند و ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ (آلفای کرونباخ) برای آن گزارش کردند. جاسیم و آل شبول^{۱۱} (۲۰۰۸) نیز این پرسشنامه را در کشور بحرین استفاده کردند و هر گویه را با طیف ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ نمره دادند و نمره کل را پس از شمارش تمام گویه‌ها جمع بستند و نمرات بالاتر را به نگرش مثبت و نمرات پایین‌تر را به نگرش منفی نسبت دادند (جاسیم و آل شبول، ۲۰۰۸). برخی پژوهشگران نقطه برش آن را ۴۰ در نظر گرفتند و امتیاز ۴۰ و بالاتر از آن را نگرش مثبت و پایین‌تر از آن را نگرش منفی در نظر گرفتند و ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش کردند (اربیل^{۱۲}، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد. پرسشنامه خودشفقت ورزی (SCS)^{۱۳}: این پرسشنامه توسط نف در

2. Rosen
3. desire
4. subjective arousal
5. lubrication
6. orgasm
7. pain
8. satisfaction
9. Neugarten attitudes toward menopause questionnaire
10. Neugarten
11. Jasim & Shsnul
12. Erbil
13. Self-compassion scale

1. Female sexual function index

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)^{۱۳}: زایمت^{۱۴} در سال (۱۹۸۸) این پرسشنامه را طراحی کردند. این پرسشنامه دارای ۱۲ گویه است و در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از نمره یک کاملاً مخالفم تا ۷ کاملاً موافقم مشخص شده است. و دارای سه مولفه (حمایت دریافت شده از خانواده، دوستان و دیگران) است. دامنه نمرات بین ۱۲ (حداقل) و ۶۰ (حداکثر) است که نمرات بین ۱۲ تا ۲۴ حمایت اجتماعی ادراک شده کم، نمره بین ۲۴ تا ۳۶، حمایت اجتماعی متوسط، و نمره بالاتر از ۳۶ حمایت اجتماعی ادراک شده در فرد زیاد است. پایایی درونی این پرسشنامه برای نمونه ۷۸۸ نفری در جوانان دبیرستان با الفای کرونباخ ۸۶ تا ۹۰ درصد و برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه ۸۶ درصد گزارش شده است (بروئر^{۱۵}، ۲۰۰۸). سلیمی و همکاران ضریب الفای کرونباخ آن را برای حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم را به ترتیب (۸۹/۰)، (۸۶/۰) و (۸۲/۰) ذکر نموده‌اند. (سلیمی، ۱۳۸۸). در این پژوهش الفای کرونباخ برای حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب (۸۰/۰)، (۸۵/۰) و (۸۱/۰) گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی: این پرسشنامه توسط بارتون^{۱۶} در سال ۱۹۸۴ طراحی شده که شامل ۵۰ سوال است و از سه خرده مقیاس مبارزه‌جویی، تعهد و کنترل تشکیل شده است. این پرسشنامه براساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای و نمره گذاری پرسشنامه از ۳ تا ۳۰ است. و نمره بالاتر نشان دهنده سرسختی بیشتر است. بارتون (۱۹۹۵) پایایی این پرسشنامه را از طریق الفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده است (به نقل از راهول، ۲۰۱۷). در ایران پایایی این پرسشنامه در پژوهش قربانی (۱۳۷۳)، ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان گزارش شده است. طبق این جدول ۱۸۶ نفر (معادل ۶۴٪) از شرکت کنندگان در دامنه سنی ۵۰-۵۵ سال قرار داشتند. ۶۵ نفر معادل ۲۲٪ سن ۵۶ تا ۶۰ سال و ۴۲ نفر معادل ۶۱ تا ۶۵ سال سن

سال ۲۰۰۳ طراحی شد و شامل ۲۶ گویه است که در شش خرده مقیاس مهربانی با خود^۱ شامل ۵ گویه، قضاوت نسبت به خود^۲ شامل ۵ گویه، اشتراکات انسانی^۳ شامل ۴ گویه، انزوا^۴ شامل ۴ گویه، ذهن آگاهی^۵ شامل ۴ گویه و همانندسازی افراطی^۶ شامل ۴ گویه طبقه بندی شده است. پاسخ سوالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌دهی می‌شود. حداقل نمره‌ی کسب شده ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ است. نمره بالاتر نشانگر اثرات مثبت و شفقت بیشتر نسبت به خود است. در مطالعه مؤمنی و همکاران (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۹ بود. در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO-QOL-BREF)^۷: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ تدوین شده است دارای ۲۶ سوال است و چهار دامنه از زندگی را ارزیابی می‌کند که عبارتند از سلامت روانی^۸، سلامت جسمانی^۹، محیط زندگی^{۱۰} و روابط اجتماعی^{۱۱}. مقیاس این پرسشنامه از نوع لیکرت و به صورت ۱ تا ۵ درجه بندی شده است. هر فرد در هر حیطه نمره-ای بین صفر تا ۱۰۰ دریافت می‌کند در نهایت نمره ۵۶ و بالاتر برای حیطه‌های جسمانی و محیط زندگی، ۵۸ و بالاتر برای حیطه روان، ۵۹ و بالاتر برای حیطه اجتماعی، نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد پایایی آن با آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مولفه‌ها (سلامت فیزیکی ۰/۸۰، سلامت روانی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و سلامت محیط ۰/۸۰ و پایایی بازآزمایی مناسبی است (اسکوینگوتون^{۱۲}، ۲۰۰۴). نجات (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس در حیطه سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت فیزیکی ۰/۷۷ و سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

1. Self-kindness
2. Self-judgment
3. Human sharing
4. Isolation
5. Mindfulness
6. Extreme identification
7. WHO-Quality of Life -BREF
8. Mental health
9. physical health
10. living environment
11. social relations
12. Squingoton

13. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

14. Ziemt

15. Bruwer

16. Barton

شرکت‌کنندگان از نظر وضعیت اشتغال بیکار، ۸۹ نفر معادل ۳۰٪ شاغل بودند. ۲۱۱ نفر (معادل ۷۲٪) از شرکت‌کنندگان از نظر وضعیت تاهل، متاهل و ۸۲ نفر معادل ۲۸٪ مجرد بودند.

داشتند. ۱۱۰ نفر (معادل ۳۷٪) از شرکت‌کنندگان از نظر تحصیلات دیپلم، ۹۳ نفر معادل ۳۲٪ کمتر از دیپلم، ۵۲ نفر معادل ۱۸٪ تحصیلات کارشناسی و ۳۸ نفر معادل ۱۳٪ تحصیلات کارشناسی و بالاتر داشتند. ۲۰۴ نفر (معادل ۷۰٪) از

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناسی شرکت‌کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
سن		
۵۵-۵۰	۱۸۶	۶۴٪
۶۰-۵۶	۶۵	۲۲٪
۶۵-۶۱	۴۲	۱۴٪
تحصیلات		
کمتر از دیپلم	۹۳	۳۲٪
دیپلم	۱۱۰	۳۷٪
کارشناسی	۵۲	۱۸٪
بالاتر از کارشناسی	۳۸	۱۳٪
وضعیت اشتغال		
شاغل	۸۹	۳۰٪
بیکار	۲۰۴	۷۰٪
وضعیت تاهل کنونی		
مجرد	۸۲	۲۸٪
متاهل	۲۱۱	۷۲٪

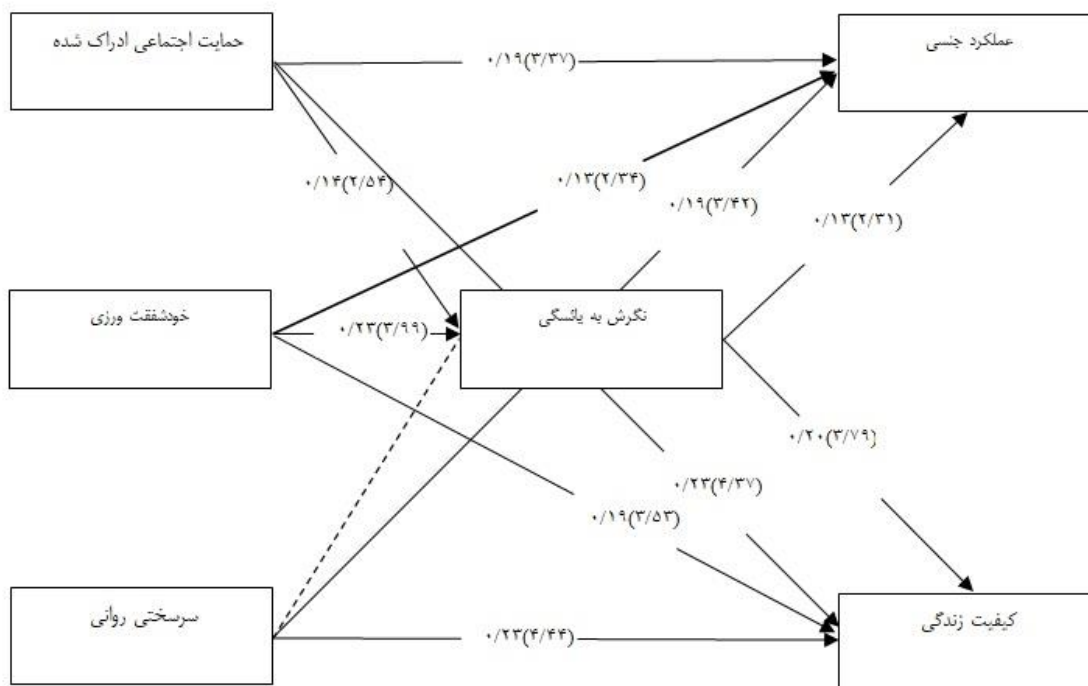
جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- حمایت اجتماعی ادراک شده	۳۸/۰۷	۸/۲۳	۱					
۲- سرسختی روانی	۵۱/۱۱	۱۰/۱۰	-۰/۰۹	۱				
۳- خودشفقت‌ورزی	۳۵/۱۴	۸/۰۱	-۰/۱۱	-۰/۰۸	۱			
۴- نگرش یه یانسگی	۲۵/۴۷	۴/۹۶	-۰/۱۶**	-۰/۰۲	-۰/۲۲**	۱		
۵- عملکرد جنسی	۵۳/۸۵	۱۰/۰۲	-۰/۲۴**	-۰/۲۱**	-۰/۱۹**	-۰/۱۹**	۱	
۶- کیفیت زندگی	۶۴/۰۳	۱۱/۲۰	-۰/۳۰**	-۰/۲۶**	-۰/۲۷**	-۰/۲۸**	-۰/۲۸**	۱

** همبستگی در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ معنی‌دار است.

همبستگی نگرش به یائسگی با حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشفقت‌ورزی به ترتیب $0/16$ و $0/24$ است. همه ا ضرایب در سطح $0/01$ معنی‌دار هستند. برای تحلیل روابط چندگانه متغیرها از روش تحلیل مسیر با کمک نرم‌افزار LISREL 10.2 استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل مسیر در شکل ۲ و براساس پارامتر استاندارد و مقدار t ارائه شده است.

یافته‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش براساس میانگین و انحراف استاندارد و همچنین ماتریس همبستگی در جدول ۲ گزارش شده است. طبق اطلاعات جدول ۲، همبستگی عملکرد جنسی با نگرش به یائسگی $0/19$ ، حمایت اجتماعی ادراک شده $0/24$ ، سرسختی روانی $0/21$ و خودشفقت‌ورزی $0/19$ است. همبستگی کیفیت زندگی با نگرش به یائسگی $0/28$ ، با حمایت اجتماعی ادراک شده $0/30$ ، با سرسختی روانی $0/26$ و با خودشفقت‌ورزی $0/27$ است.



شکل ۲. رابطه بین متغیرها به همراه ضریب استاندارد و مقداره t

گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول ۳ نقش میانجی نگرش به یائسگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده، خود شفقت‌ورزی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی تایید شد ولی میانجی‌گری نگرش به یائسگی در رابطه سرسختی روانی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی تایید نشد. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به شکل ۱ $0/86$ از واریانس عملکرد جنسی توسط متغیرهای پیش بین موجود در مدل تبیین می‌شود و متغیر ملاک عملکرد جنسی چهار اثر مستقیم از حمایت اجتماعی ادراک شده ($\beta=0/19$)، سرسختی روانی ($\beta=0/19$)، خودشفقت‌ورزی ($\beta=0/13$) و نگرش به یائسگی ($\beta=0/13$) می‌پذیرد. همچنین $0/76$ از واریانس کیفیت زندگی توسط متغیرهای پیش‌بین مدل تبیین می‌شود و به متغیر کیفیت زندگی چهار اثر مستقیم از حمایت اجتماعی ادراک شده ($\beta=0/23$)، سرسختی روانی ($\beta=0/23$)، خودشفقت‌ورزی ($\beta=0/19$) و نگرش به یائسگی ($\beta=0/20$) وارد شده است. برای بررسی نقش میانجی نگرش به یائسگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده، سرسختی روانی و خودشفقت‌ورزی با عملکرد جنسی و کیفیت زندگی از روش مسیرهای غیرمستقیم استفاده شد که نتایج در جدول ۳

جدول ۳. ضرایب مسیر برای اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرها

مسیر	مقدار	انحراف استاندارد	سطح معناداری
مستقیم			
حمایت اجتماعی ← عملکرد جنسی	۳/۳۷	۰/۱۹	≤۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ← کیفیت زندگی	۴/۳۷	۰/۲۳	≤۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ← نگرش به یانسی	۲/۵۴	۰/۱۴	≤۰/۰۰۱
سرسختی روانی ← عملکرد جنسی	۳/۴۲	۰/۱۹	≤۰/۰۰۱
سرسختی روانی ← کیفیت زندگی	۴/۴۴	۰/۲۳	≤۰/۰۰۱
خودشفقت ورزشی ← عملکرد جنسی	۲/۳۴	۰/۱۳	≤۰/۰۰۱
خودشفقت ورزشی ← کیفیت زندگی	۳/۵۳	۰/۱۹	≤۰/۰۰۱
خودشفقت ورزشی ← نگرش به یانسی	۳/۹۹	۰/۲۳	≤۰/۰۰۱
نگرش به یانسی ← عملکرد جنسی	۲/۳۱	۰/۱۳	≤۰/۰۰۱
نگرش به یانسی ← کیفیت زندگی	۳/۷۹	۰/۲۰	≤۰/۰۰۱
غیر مستقیم			
حمایت ← نگرش ← عملکرد جنسی	۱/۷۰	۰/۰۱	≤۰/۰۰۱
حمایت ← نگرش ← کیفیت زندگی	۲/۱۰	۰/۰۲	≤۰/۰۰۱
خود ← نگرش ← عملکرد جنسی	۱/۹۹	۰/۰۳	≤۰/۰۰۱
خود ← نگرش ← کیفیت زندگی	۲/۷۴	۰/۰۴	≤۰/۰۰۱
کل			
حمایت اجتماعی ← عملکرد جنسی	۳/۷۱	۰/۲۵	≤۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ← کیفیت زندگی	۴/۸۵	۰/۳۴	≤۰/۰۰۱
خودشفقت ورزشی ← عملکرد جنسی	۲/۹۱	۰/۲۰	≤۰/۰۰۱
خودشفقت ورزشی ← کیفیت زندگی	۴/۴۰	۰/۳۲	≤۰/۰۰۱
سرسختی روانی ← عملکرد جنسی	۳/۴۱	۰/۱۸	≤۰/۰۰۱
سرسختی روانی ← کیفیت زندگی	۴/۴۳	۰/۲۵	≤۰/۰۰۱

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقدار	سطح مطلوب	وضعیت
X2	۴/۶۶	-	-
DF	۲	-	-
X2/DF	۲/۳۳	>۳	مطلوب
GFI	۰/۹۹	>۰/۹۰	مطلوب
RMSEA	۰/۰۴	>۰/۰۵	مطلوب
CFI	۰/۹۸	>۰/۹۰	مطلوب
NFI	۰/۹۷	>۰/۹۰	مطلوب
TLI	۰/۹۹	>۰/۹۰	مطلوب

تعریف مجدد از یک شرایط بالقوه آسیب زا، موجب تقویت توانایی کنار آمدن فرد با خواسته‌های تحمیلی می‌شود. از طرف دیگر در دسترس بودن افراد جهت تعاملات و گفت و گو در مورد مسائل و مشکلات باعث کاهش افکار ناخوسته خواهد شد. به طور کلی زنان در دوران یائسگی وضعیت خود را منفی ارزیابی می‌کنند و برخورداری از حمایت اجتماعی دوستان، خویشاوندان، دوستان، ضمن به وجود آوردن رفاه جسمانی از لحاظ هیجانی و عاطفی بر روی این زنان اثر گذاشته و باعث بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود. علاوه بر آن حمایت اجتماعی یکی از شاخص‌های سلامت اجتماعی است که می‌تواند بر عملکرد جنسی زنان اثر بگذارد. در این ارتباط می‌توان گفت کاهش عملکرد جنسی به عنوان مشکل اصلی در زنان است و زنان ۴۵ تا ۶۴ سال نسبت به زنان جوان تر یا مسن تر مشکلات جنسی بیشتری داشتند (یزدان پناهی، بیگی، اکبرزاده و زارع، ۲۰۱۶). حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. روابط حمایتی می‌تواند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردد. افرادی که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند، بیشتر در معرض مشکلات روانی و جسمی قرار می‌گیرند (کامان^۲، ۲۰۰۳؛ باندتینگ و مکولی^۳، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش حاکی از رابطه مثبت و معنادار سرسختی روانی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی است. پژوهشی که به طور مستقیم

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر از یک سو به پژوهش بین متغیرهای پژوهش شامل حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقت‌ورزی، سرسختی روانی و نگرش به یائسگی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در زنان یائسه پرداخت. از سوی دیگر نقش واسطه‌ای نگرش به یائسگی را در ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقت‌ورزی و سرسختی روانی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان یائسه را مورد بررسی قرار داد.

در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی در زنان یائسه که در این پژوهش مشاهده گردید، باید گفت حمایت اجتماعی و درگیر شدن در شبکه‌های اجتماعی، از طریق کاهش ارزیابی از موقعیت‌ها به صورت منفی و تهدید کننده و افزایش توان مقابله با این وضعیت تنیدگی زا، منجر به کاهش تجربه این تنیدگی و افزایش تفسیر مثبت. در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه می‌شود. چنانکه پژوهش‌ها نشان می‌دهد حمایت اجتماعی به زنان کمک می‌کند تا استرس خود را کاهش دهند و همچنین به عنوان یک عامل محافظتی باعث سلامت روانی و جسمی و روانی آنان می‌شود (سایدلکی، سالتوس، اویشی و جسوانی^۱، ۲۰۱۴). حمایت اجتماعی به صورت مختلف در عواملی که باعث بیماری و فشار روانی می‌شود تأثیر گذاشته و با فراهم آوردن زمینه لازم برای

2. Cornman
3. Bunting & McAuley

1. Siedlecki, Salthouse, Oishi & Jeswani

دارند در تجربه رویدادهای ناخوشایند که متضمن مقایسه و ارزیابی اجتماعی است، با در نظر گرفتن اینکه همه افراد دچار اشتباه می‌شوند احساس منفی کمتری را تجربه می‌کنند. این مورد باعث می‌شود شخص به جای غرق شدن در احساسات منفی و مقصر دانستن خود و تنها بودن و احساس انزوا به پذیرش آن‌ها و دنبال جبران آن باشد و این باعث می‌شود عزت نفس بالاتری داشته دز نتیجه کیفیت زندگی بالا را تضمین می‌کند و شواهد نشان می‌دهد که خودشفقت ورزی باعث پاسخ سازگاران و تطبیقی به علائم یائسگی همراه است. همچنین خودشفقت ورزی باعث تعاملات اجتماعی سازنده، خوش بینی، سازگاری و صمیمت جنسی بین زوجین می‌شود طبق نتایج پژوهش زنان با خودشفقت ورزی بالا باعث می‌شود در دوران یائسگی عملکرد جنسی بهتری داشته باشند.

در مطالعه حاضر رابطه مثبت و معناداری بین نگرش به یائسگی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های لی (۲۰۱۸)، گوزویشیل (۲۰۲۱) همسو است. لیم (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود دریافت که نگرش مثبت به یائسگی سبب مدیریت بهتر عملکرد جنسی و برخورداری از عملکرد جنسی مطلوب می‌شود. مروان (۲۰۱۸). دریافتند نگرش منفی نسبت به یائسگی با نشانه‌های افسردگی همراه است. نگرش مثبت با عملکرد جنسی بهتر در حالی که نگرش منفی با عملکرد جنسی بده تر همراه بوده است. طبق پژوهش شکیلا، سربدهران و تییاگاراگان (۲۰۱۴) زنانی که نگرش منفی تری نسبت به یائسگی دارند علائم یائسگی با شدت بیشتری تجربه می‌کنند و از سوی دیگر هر چه علائم یائسگی با شدت بیشتری تجربه شوند؛ تاثیر منفی تری بر کیفیت زندگی می‌گذارد

در تبیین آن می‌توان گفت نگرش نسبت به یائسگی، بر مدیریت و قبول مشکلات در این دوران تأثیر داشته است. اگر زنان در این دوران از تغییرات آن آگاه باشند (ابراهیم، اویول و اولاسها^۶، ۲۰۱۵). تغییرات این دوران را بهتر می‌پذیرند و با نگرش مثبت و افزایش آگاهی در این زمینه، بیشتر به دنبال مراقبت‌های سلامتی و بهداشتی می‌روند. نگرش مثبت به یائسگی نیز با افسردگی کمتر و نشانه‌های جسمانی کمتری همراه است (لی، ۲۰۱۶). همچنین نگرش به یائسگی نقش مهمی در سلامت روانی و جسمانی، اعتماد به نفس، رفاه و به دنبال آن کیفیت زندگی دارد (علیرضایی، ۱۳۹۷). علاوه بر آن نگرش مطلوب به یائسگی بر عملکرد جنسی مطلوب تأثیرگذار است و داشتن یک عملکرد جنسی مطلوب نیاز به اعتماد به نفس و نگرش مثبت به یائسگی است. (کونگ وان^۹، ۲۰۱۴)

به بررسی این یافته بپردازد یافت نشد ولی به طور غیر مستقیم با پژوهش آلفرد (۲۰۱۶) و کروگر و اپچرچ (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین آن می‌توان گفت زنان با سرسختی روانی بالا و پایین از نظر سلامت روان تفاوت وجود دارد (ناثوات^۱، ۲۰۱۱). زنانی که سرسختی روانی قوی برخوردارند، احتمال کمتری دارد که در مقایسه با آنانی که دارای سرسختی روانی ضعیف در پاسخ به تنش، دچار آسیب جسمانی و روانی شوند و کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. علاوه بر آن سرسختی روانی باعث مقابله با موقعیت‌های استرس زاء، مانند یائسگی می‌شود. علاوه بر آن سرسختی روانی طبق نتایج پژوهش در بهبود عملکرد جنسی نقش دارد. نتایج پژوهش اولیوا، سرانو-گارسیا، آسنجو، سدیرا، گیل پرادوس، هرایز و کورونادو^۲ (۲۰۲۲) نیز نشان داد تاب آوری پایین باعث اختلال عملکرد جنسی زنان و مانع از احساس رضایت آنان از فعالیت جنسی می‌شود و زنان با تاب آوری بالا عملکرد جنسی و کیفیت زندگی بیشتری را در دوران یائسگی دارند.

نتایج پژوهش حاکی از رابطه مثبت و معنادار خودشفقت ورزی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های کیم و کو (۲۰۱۸)؛ بروپی (۲۰۲۰)؛ آرورا و بروتو، (۲۰۱۷) و شارما و گوپتا^۳ (۲۰۱۹) همسو است. در پژوهش مارتا-سیمواس^۴ (۲۰۱۸) خودشفقت ورزی و یادآوری خاطرات مثبت در سلامت روان و کیفیت زندگی زنان تأثیرگذار بوده است. گزنالس و همکاران (۲۰۱۸) بخشش و همدلی و ایجاد ارتباط با دیگران در مقابله با مسائل، افزایش مهربانی و تسلط بر استرس‌ها همچنین در بهبود کیفیت زندگی نقش مهمی دارد. همچنین خودشفقت ورزی با تعاملات اجتماعی سازنده، خوش بینی، سازگاری و صمیمت جنسی بین زوجین رابطه دارد بریزنت و چن (۲۰۱۲) دریافتند که خودشفقت‌ورزی با تعاملات اجتماعی سازنده، خوش بینی، سازگاری و صمیمت جنسی بین زوجین رابطه دارد.

در زمینه ارتباط خودشفقت ورزی و کیفیت زندگی در زنان یائسه که در این پژوهش مشاهده گردید. در تبیین آن می‌توان گفت شفقت به خود سبب گسترش مهربانی، درک خود و پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد و قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیتی که در آن قرار دارند، می‌شود (نف، ۲۰۱۳) زمانی که افراد شفقت به خود بالاتری دارند، تفسیر مثبت تری از رویدادها دارند و افکار و پاسخ‌های آنها در وضعیت سالم تر و مدارا کننده‌تری دیده می‌شود (آلن و لری^۵، ۲۰۱۰). زنان با خودشفقت‌ورزی بالا توجه به پذیرش خود بالا و انتقاد از خود پایینی دارد و این باعث احساس ارزشمندی در آنان می‌شود. همچنین افرادی که دلسوزی بالایی

6. Lim

7. Shakila, Sridharan & Thyagarajan

8. Ibraheem, Oyewole & Olaseha

9. Kyung Kwak

1. Nathawat

2. Oliva

3. Sharma & Gupta

4. Marta-Simões

5. Allen & Leary

پژوهش حاضر یک مطالعه نو در زمینه مدل میانجی نگرش به یائسگی در رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقت‌ورزی و سرسختی روانی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان یائسه است، با این حال، محدودیت‌های هم در این مطالعه وجود داشت. از جمله نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن نمونه به شهر قزوین، از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر بودند؛ بنابراین در تعمیم نتایج این مطالعه می‌بایست با جانب احتیاط را در نظر گرفت همچنین، خرده مقیاس‌ها در این مطالعه در نظر گرفته نشده است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، موارد فوق مد نظر قرار بگیرد. تا تعمیم پذیری نتایج بهبود پیدا کند. طبق مدل پیشنهاد مطالعه مشخص گردید که سازه‌های روان شناختی (حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقت‌ورزی و سرسختی روانی) در میزان کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان یائسه نقش دارد. لذا، به متخصصان و درمانگران این حوزه پیشنهاد می‌گردد که در زنان یائسه به متغیرهای روان شناختی بیش از پیش توجه کنند.

سیاسگزاری

از تمام کسانی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر می‌کنیم.

در نهایت، نتایج این مطالعه نشان داد که نگرش به یائسگی در ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقت‌ورزی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در زنان یائسه نقش میانجی دارد. و برآزش مناسبی بین داده‌ها با مدل وجود دارد ولی نگرش به یائسگی در رابطه سرسختی روانی با عملکرد جنسی و کیفیت زندگی نقش میانجی ندارد. در تبیین آن می‌توان گفت براساس مدل پیشنهادی پژوهش، ممکن است همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقت‌ورزی با کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در زنان یائسه، متأثر از نگرش به یائسگی در آنان باشد. حمایت اجتماعی، خودشفقت‌ورزی و سرسختی روانی یک عامل محافظتی در برابر رویدادهای استرس‌زا مانند یائسگی است. و ارتباط بین حمایت اجتماعی، خودشفقت‌ورزی و سرسختی روانی یک رابطه مستقیم و مثبت است. زنانی در دوران یائسگی از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، شفقت به خود بالایی دارند. پیشکار و سرسختی بالایی دارند، در برابر اتفاقات این دوران از خود پذیرش بالاتری نشان می‌دهند و همه این ویژگی‌های مثبت می‌تواند توضیح دهد که چرا این افراد تمایل بیشتری نگرش به یائسگی مثبت دارند. در مقابل زنان با حمایت اجتماعی پایین، شفقت به خود پایین و سرسختی روانی کم نگرش به یائسگی منفی‌تری دارند و این در کیفیت زندگی پایین تر و کاهش عملکرد جنسی آنان نقش دارد. بنابراین زنان که این سه ویژگی مثبت را دارند احتمالاً نگرش به یائسگی مثبت‌تری دارند و به تبع آن بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی آنان تأثیرگذر خواهد بود.

References

Ahmadnejad, M & Talebzadeh Shushtri, M. (2022).

Causal relationship between feelings of inferiority and self-control with depression, anxiety and stress through the mediation of social support in women with premenstrual syndrome. *Health Psychology*, 2(42), 23-44. [Persian].

Alfred, G C., Hammer, J H., Good, G E. (2014).

Male student veterans: Hardiness, psychological well-being, and masculine norms. *Psychology of*

Men & Masculinity, 15(1):

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0031450>

Alirezai, S; Safai, M & Varjabzadeh, S. (2018).

Investigating the relationship between the attitude towards menopause and sexual performance in postmenopausal women referring to health-treatment centers in Torbat Heydarieh city. *Elderly: Iran Geriatrics Journal*, 14 (4), 519-510. [Persian].

- Arora, N., & Brotto, L. A. (2017). How does paying attention improve sexual functioning in women? A review of mechanisms. *Sexual medicine reviews*, 5(3), 266-274:
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.01.005>
- Bahri N, Afiyat M,(2013). Aghamohamadiayan H, Delshad A, Bahri NA. The relationship between menopause and depression and anxiety. *Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility*. 16(43):14-20.
- Bello F, Daramola O. (2016) Attitude to the menopause and sex amongst middle-aged women in a family medicine clinic in Ibadan, Nigeria. *Obstetrics and Gynecology International*. 1-5.
<https://doi.org/10.1155/2016/2031056>
- Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of affective disorders*, 260, 45-52.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
- Burkman RT. Berek & Novak's gynecology. 16th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
- Çalışkan Pala, S., Ünsal, A., Arslantaş, D., Öcal, E. E., & Dağtekin, G. (2022). Evaluation of depression, social support and quality of life in perimenopausal and postmenopausal women in semi-rural Turkey. *Psychogeriatrics*.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12870>
- Carcelén -Fraile, M. D. C., Aibar-Almazán, A., Martínez-Amat, A., Cruz-Díaz, D., Díaz-Mohedo, E., Redecillas-Peiró, M. T., & Hita-Contreras, F. (2020). Effects of physical exercise on sexual function and quality of sexual life related to menopausal symptoms in peri-and postmenopausal women: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2680.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17082680>
- Gebretatyos, H., Ghirmai, L., Amanuel, S., Gebreyohannes, G., Tsighe, Z., & Tesfamariam, E. H. (2020). Effect of health education on knowledge and attitude of menopause among middle-age teachers. *BMC women's health*, 20(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01095-2>
- Ghorbani, N. (1994). The role of hard work and personal independence in managers' job performance. Tehran: Research Vice-Chancellor of the Ministry of Culture and Islamic Guidance. [Persian].

- Gözüyeşil, E., Vurgec, B. A., Sürücü, S. G., & Köroğlu, C. O. (2021). The Relationship between the Attitudes towards Menopause and Sexual Functions among Women in the Climacteric Period, Turkey. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 9(3).
- Gözüyeşil, E., Vurgec, B. A., Sürücü, S. G., & Köroğlu, C. O. (2021). The Relationship between the Attitudes towards Menopause and Sexual Functions among Women in the Climacteric Period, Turkey. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 9(3).
- Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A review of paren participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical child and family psychology review*, 18(2), 133-150. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x>
- Hashemi, S; Ramadani Tehrani, F; Simbar, M; Abedini sealed; Bahrainian, M & Gholami, R .(2012). Evaluation of sexual attitude and sexual performance in menopause; A population-based cross-sectional study. 11(8), 631-636. [Persian].
- Hunter M,(1999). Odea I. An Evaluation Of A Health Education In tervention Mid -Aged Women :Five Year Follow-Up Of Effects Upon Knowledge ,Impact Of Menopause And Health. *Patient Education and Counseling*. 38(3):249-55. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(98\)00143-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(98)00143-8)
- Ibraheem OM, Oyewole OE, Olaseha IO.(2015). Experiences and perceptions of menopause among women in Ibadan South East Local Government area, Nigeria. *African Journal of Biomedical Research*. 18(2):81-94
- Janabi, A; Shabiri, F; Hazavah, S. M & illumination, G. (2014). Evaluation of quality of life questionnaire in postmenopausal women: a systematic review. *Oman Medical Journal*, 30(3), 151-156. [Persian].
- Kim, J., & Jang, M. (2020). Stress, social support, and sexual adjustment in married female patients with breast cancer in Korea. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 7(1), 28-35. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_31_19
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Zola, M. A. (1983). Type a and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 41-51. <https://doi.org/10.1007/bf00845275>
- Kotijah, S., Yusuf, A., Aditya, R. S., Solikhah, F. K., & Mosteiro, P. (2021). Development of social support model to reduce menopause

- women's anxiety (Doctoral dissertation, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés-SEAS.-Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (copmadrid)). <https://doi.org/10.5093/anyes2021a11>
- Krueger, E. A., & Upchurch, D. M. (2022). Sexual orientation, social support, and mental health resilience in a US national sample of adults. *Behavioral Medicine*, 48(3), 207-215. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1825922>
- Krychman, M., Symons, J., & Portman, D. (2016). 021 Correlation of Physiologic Markers of Vulvovaginal Atrophy and Symptom Severity in Postmenopausal Women with Genitourinary Syndrome of Menopause. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), S248. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.021>
- Kyung Kwak E, Soon Park H, Kang N. menopause knowledge, attitude, symptom and management among midlife employed women. *Journal of Mathematical Modeling*. 2014; 20:118-25. <https://doi.org/10.6118/jmm.2014.20.3.118>
- Li, S., Ho, S. C., & Sham, A. (2016). Relationship between menopause status, attitude toward menopause, and quality of life in Chinese midlife women in Hong Kong. *Menopause*, 23(1), 67-73. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000566>
- Lim KY.(2013) The study of menopause-related quality of life and Management of climacteric in a middle-aged female population in Korea. *Public Health Weekly Reports*. 6:609-13.
- Loutfy I, Aziz FA, Dabbous NI, et al.(2013). Women's perception and experience of menopause: a community-based study in Alexandria, Egypt. *East Mediterranean Health J*;12:S93-S106
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2018). Self-compassion: An adaptive link between early memories and women's quality of life. *Journal of health psychology*, 23(7), 929-938. <https://doi.org/10.1177/1359105316656771>
- McAuley C. Research review: teenage pregnancy and parenthood: The role of fathers. *Child FamSoc Work* 2004; 9: 295-303

- Mohammadi, K & Heydari M. (2008). Women's sexual performance index: Validation of the Iranian version. *Journal of Iran Health Sciences Research Institute*, 7 (3), 278-269. [Persian].
- Momeni, F; Shahidi, S; Matabi, F & Heydari, M. (2013). Psychometric features of Persian version of self-compassion. *Contemporary Psychology Quarterly*, 8(2), 27-40. [Persian].
- Nathawat, s. s., Desai, Malavak & majumder, bishakha. (2011). HARDINESS AS PREDICTOR OF MENTAL HEALTH IN WOMAN EXECUTIVES.
- Nazarpour, S; Simber, M; Ramadani Tehrani, F & Alavi Majid, H. (2015), investigating the relationship between sexual performance and quality of life of postmenopausal women. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 26(143), 88-98. [Persian].
- Neff, K.D. (2003)self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *self Identity* 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Nejat, S., Montazeri, A; Holakouie Naieni, K Mohammad, K & Majdzade, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Quarterly Journal of the Faculty of Health and Health Research Institute* 4 (4) ,1-12 [Persian].
- Neugarten, B. L., Wood, V., Kraines, R. J., & Loomis, B. (1963). Women's attitudes toward the menopause. *Human Development*, 6(3), 140-151. <https://doi.org/10.1159/000269714>
- Oliva, A., Serrano-García, I., Asenjo, J. E., Cedeira, E., Gil-Prados, I., Herraiz, M. A., & Coronado, P. J. (2022). Resilience and sexual health among menopausal women: a cross-sectional study. *Menopause*, 29(4), 408-414. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001935>
- Richard-Davis, G., & Wellons, M. (2013, September). Racial and ethnic differences in the physiology and clinical symptoms of menopause. In *Seminars in reproductive medicine*, 31(5), 380-386. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1348897>
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital*

therapy, 26(2), 191-208.

<https://doi.org/10.1080/009262300278597>

Salimi, A; Jokar, B & Nikpour R. (2009). Internet communication in life: Investigating the role of social support perception and loneliness in using the Internet. *Journal of Psychological Studies*, 5(3), 81-102. [Persian].

Sarafino EP, Smith TW.(2014) Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons.

Seftel, A. D. (2017). Re: Female Sexual Dysfunction (FSD): Prevalence and impact on Quality of Life (QoL). *The Journal of Urology*, 198(2), 234-235.

<https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.04.045>

Sharma, S., & Gupta, S. (2019). Effect of menopausal symptoms severity and self-compassion on psychological well-being among post-menopausal women. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 7(5), 889-89.

Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social indicators research*, 117(2), 561-576.

<https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>

Taşkın L.(2015) Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Kitabevi, Ankaar. *Technical Report Series 670*. Geneva.

Thurston, R. C., Fritz, M. M., Chang, Y., Barinas Mitchell, E., & Maki, P. M. (2021). Self-compassion and subclinical cardiovascular disease among midlife women. *Health Psychology*, 40(11), 747.

<https://doi.org/10.1037/hea0001137>

Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body image*, 14, 130-145.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.010>

World Health Organization; (2018/World Health Organization: Research on Menopause. Report on World Health Organization Scientific Group. Available from:

<http://www.apps.who.int/iris/handle/1065/41526>

Zare, H & Sasan Nejad, R. (2018). The relationship between anxiety beliefs and menopausal symptoms with the sense of inner coherence in menopausal women. *Health Psychology*, 8(1 (29), 68-81.[Persian]

Zhao, D., Liu, C., Feng, X., Hou, F. , Xu, X., & Li, P. (2019). Menopausal symptoms in different substages of perimenopause and their relationships with social support and resilience. *Menopause*, 26(3), 233-239.
<https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001208>

Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al .(2020) A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, *N Engl J Med.*;382:727–33.
<https://doi.org/10.1056/nejmoa2001017>