نگرانی‌های زنان یائسه از فرآیند یائسگی: یک تحقیق پدیدار شناسی در شمال غرب ایران

سویل حکیمی[1]، معصومه سیمبر[1*]، فهیمه رمضانی تهرانی[2]

۱. مرکز تحقیقات مادری ایمن، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات غدد تولید مثل، پژوهشکده غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال سیزدهم شماره سوم خرداد - تیر ۱۳۹۳ صص ۳۳۰-۳۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۴/۲۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۳/۱/۱۹]

چکیده

یائسگی، پدیده زیست شناختی پیچیده‌ای است که توسط عوامل فیزیولوژیک و اجتماعی ـ فرهنگی احاطه شده و همین باعث می‌شود زنان، نگرانی‌های منحصر به فردی را تجربه کنند. هرچه علائم و نشانه‌های یائسگی بیشتر و تلقی زنان از این رویداد منفی‌تر باشد، نگرانی‌های آن‌ها بیشتر خواهد شد. هدف از انجام این مطالعه، درک نگرانی‌های تجربه شده زنان یائسه بود.

این مطالعه کیفی، با رویکرد پدیدار شناسی با استفاده از روش ون مانن در شهر تبریز انجام شد. ۱۸ زن یائسه واجد شرایط، از طریق نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و مورد مصاحبه عمیق فردی قرار گرفتند. مصاحبه‌ها ضبط و تایپ و با استفاده از روش تحلیل تماتیک با نرم افزار MAX-Q-DA 10، تحلیل گردید. تحلیل درون مایه‌ای (Thematic analysis)، ۴ نگرانی عمده را در زنان یائسه نشان داد: «ناتوانی»، «پیری»، «طرد» و «بروز اختلال در سلامت».

با توجه به نگرانی‌های زنان، ایجاد برنامه‌های آموزشی برای اعضای خانواده جهت حمایت از زنان یائسه و ایجاد زیر ساخت مناسب برای سالمندان، باعث کاهش نگرانی زنان این گروه سنی در مورد آینده خود شده و دوران یائسگی، راحت‌تر سپری می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: یائسگی، پدیدارشناسی، ون مانن

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از میر داماد، تقاطع ولی عصر و بزرگراه نیایش، روبروی بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، کد پستی: ۱۹۹۶۸۳۵۱۱۹
تلفن/نمابر: ۸۸۲۰۲۵۱۶
E-mail: msimbar@sbmu.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

مقدمه

یائسگی، دوره‌ای از زندگی است که با تغییرات قابل توجه فیزیولوژیکی همراه بوده و مشخصه آن اتمام ظرفیت باروری زن است و از آن به عنوان دوره آسیب پذیری خاص زنانه یاد می‌شود [۱]. مشخصه این مرحله افت قابل توجه هورمون‌های جنسی زنانه (استروژن و پروژسترون) است؛ به طوری که میزان استروژن در دوران یائسگی، ۱۰ درصد میزان آن در زنان جوان است [۲]. افت شدید استروژن، مسئول ایجاد بسیاری از علائم و نشانه‌ها از جمله: علائم وازوموتور، خشکی واژن، تغییرات خلق و خو، کاهش میل جنسی، شب بیداری، خستگی، بد اخلاقی، اضطراب، افسردگی، طپش قلب و درد مفاصل است [۳]. یائسگی، پدیده زیست شناختی پیچیده‌ای است که توسط عوامل اجتماعی ـ فرهنگی و فیزیولوژیک، احاطه شده و همین باعث می‌شود زنان تجربیات منحصر به فردی را از این دوران داشته باشند [۴]. به عنوان مثال، علائم و نشانه‌های یائسگی در زنان کشورهای مختلف و نیز زنان ساکن یک کشور با قومیت‌های مختلف، متفاوت است [۵].

مطالعات نشان داده تلقی افراد از یائسگی، به فرهنگ آنان وابسته است. برای مثال، شیوع گر گرفتگی در بین زنان آمریکایی تا ۸۰ درصد، در زنان ژاپنی در حدود ۱۲ درصد و در زنان مایانی در حدود صفر گزارش شده است [۸-۶]. به طور کلی، در فرهنگ غربی، یائسگی، قسمتی منفی از زندگی در نظر گرفته شده که در آن سلامت زن از دست رفته و معمولاً سندرم نقص خوانده می‌شود [۹].

با غلبه دیدگاه طبی در یائسگی و طبی کردن یائسگی، نگرش منفی به این دوران از زندگی بیش از پیش افزایش یافته است. در ترکیه، ترس از پیر شدن، ترس از دست دادن میل جنسی و علائم وازوموتور، از احساسات منفی در زنان یائسه بوده، عصبانیت و تحریک پذیری، از شایع‌ترین شکایات و عدم حمایت از طرف اعضای خانواده و همسر، یکی از دلایل اصلی آن ذکر شده است [۱۰].

یائسگی، در اکثر فرهنگ‌ها، به معنی مسن شدن زنان است. بسیاری از زنان، در دوران یائسگی احساس از دست دادن مانند از دست دادن نقش مادری، جوانی، زیبایی و در نهایت احساس از دست رفتن زندگی را تجربه می‌کنند [۱۱]. از طرف دیگر، برخی از زنان احساسات مثبت در این دوران را تجربه می‌کنند، برای مثال، نشان داده شده است که زنان در دوران یائسگی، احساس قدرت و آزادی بیشتری می‌کنند و از آنجا که ترس از بارداری وجود ندارد، روابط جنسی را با لذت بیشتری تجربه می‌کنند. رهایی از قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی، یکی از جنبه‌های مثبتی بود که زنان در این تحقیق به آن اشاره کردند [۹]. یک تحقیق کیفی در گواتمالا نشان داد زنان در انتظار یائسگی، آن را جلوه‌ای از آزادی و قدرت می‌دانند [۴]. هرچه علائم و نشانه‌های یائسگی، بیشتر و تلقی زنان از این رویداد، منفی‌تر باشد، نگرانی‌ها و ترس‌های آن‌ها بیشتر و عمیق‌تر خواهد شد. از طرف دیگر، هر چه نگرانی‌های زنان، عمیق‌تر و دیدگاه آن‌ها منفی‌تر باشد، علائم و نشانه‌های یائسگی در آن‌ها شدیدتر بروز می‌یابد [۱۲].

در یک تحقیق کیفی، بر روی تجربه زنان از یائسگی در تهران نشان داده شد که با وجود نگرش متفاوت نسبت به یائسگی، زنان نهایتاً، یائسگی را طبیعی تلقی می‌نمایند؛ اما نگران وقوع عوارضی نظیر پوکی استخوان هستند، که باعث می‌شود انتظار تجربه‌ای نا خوشایند را داشته باشند و همین امر ممکن است کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و آرامش آن‌ها را سلب کند [۱۳]. در تحقیق دیگری که در ایران انجام گردید، نشان داده شد زنان یائسه، تغییراتی مطلوب یا نا مطلوب را در یائسگی تجربه می‌کنند و تجربیات منفی آن‌ها عمدتاً ناشی از بروز برخی عوارض شدید به دنبال یائسگی است [۱۴].

مطالعات کیفی معدودی در خصوص یائسگی در کشورهای دیگر جهان انجام شده است. کشورهایی که از جهت ویژگی‌های فرهنگی ـ اجتماعی با کشور ما متفاوت هستند. در ایران نیز مطالعات کیفی که در مورد یائسگی انجام شده، اندک است. هیچ کدام از این مطالعات، صورت اختصاصی در مورد نگرانی‌های زنان با توجه به فرهنگ آنان در این دوران نبوده و صرفاً به بیان تجارب، اعتقادات یا باورهای زنان پرداخته‌اند. این مطالعه، با هدف تبیین نگرانی‌های درک شده زنان یائسه آذری، با رویکرد پدیدار شناسی انجام گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه کیفی، بخشی از یک مطالعه پدیدار شناسی است که به تبیین تجربه زیستی زنان باردار، در دوران یائسگی پرداخت. هدف از این مطالعه، تبیین نگرانی‌های تجربه شده زنان یائسه بود. در رویکرد پدیدار شناسی، محقق می‌تواند مفهوم پدیده‌ها را همانطور که فرد تجربه می‌کند درک نماید [۱۵]. این رویکرد، بر تجارب افراد تأکید دارد و محقق می‌تواند با استفاده از این رویکرد،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

به درک عمیق‌تر یا معنی‌دار یک تجربه انسانی دست یابد [۱۶]. پژوهش حاضر، یک پژوهش پدیدار شناس مبتنی بر فلسفه پدیدار شناسی ون مانن (Van manen) و ترکیبی از روش هوسرل و هایدگر است. بنا به نظر وی، تأکید پدیدار شناسی بر معنی بخشی تجارب زنده است. یک پدیدار شناس، تجارب افراد را قرض می‌گیرد و روی آن‌ها تحلیل انجام می‌دهد تا بتواند معنی عمیق‌تری را استخراج کند [۱۶].

در این مطالعه، شرکت کنندگان بر اساس روش نمونه گیری هدفمند از میان زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر تبریز که همراه بیماران و یا گیرندگان خدمات بودند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ایرانی بودن، سن بالای ۴۰ سال، عدم قاعدگی در طول ۱۲ ماه اخیر، طول مدت یائسگی کمتر از ۴ سال، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان و یائسگی فیزیولوژیک. در این تحقیق، زنانی شرکت کردند که تمایل به شرکت در پژوهش و بیان تجاربشان را داشتند. نمونه گیری تا دستیابی به درک کاملی از پدیده تحت مطالعه ادامه یافت [۱۷].

۱۸ زن یائسه واجد شرایط، مورد مصاحبه عمیق فردی با استفاده از سؤالات راهنما قرار گرفتند (با این تعداد، نویسندگان مقاله به اشباع داده‌ها رسیدند). سؤالات راهنما، شامل دو دسته سؤالات اساسی و سؤالات پی‌گیری بود. سؤالات اساسی عبارت بودند از: زمانی که فهمیدید یائسه شدید، چه احساسی داشتید؟ یائسگی چه تغییر جسمانی در شما به وجود آورد؟ آیا این تغییرات باعث نگرانی شما شد؟ اگر بلی، چه نگرانی هایی و چرا؟ یائسگی چه تغییرات روحی در شما به وجود آورد؟ آیا این تغییرات باعث نگرانی شما شد؟ اگر بلی، چه نگرانی‌هایی و چرا؟ قبل از انجام مصاحبه‌های اصلی، ابتدا پیش نویس راهنمای سؤال تهیه گردید و در اختیار ۵ نفر از استادان بهداشت باروری، متخصص زنان و جامعه شناس جهت اظهار نظر قرار گرفت و پس از اصلاح بر اساس نظر آنان، در سه مصاحبه پایلوت جهت اصلاح نهایی انجام شد.

برنامه مصاحبه از چند روز قبل، به صورت تلفنی به زنان واجد شرایط اعلام گردید تا فرد آمادگی لازم برای شرکت در مصاحبه را داشته باشد. در جلسه مصاحبه، پژوهشگر پس از معرفی خویش و بیان اهداف و محرمانه ماندن اطلاعات و کسب اجازه از شرکت کننده، اقدام به انجام مصاحبه‌های فردی عمیق بر اساس راهنمای سؤال می‌کرد. از تمامی شرکت کنندگان بعد از ارائه توضیحات لازم، رضایت نامه اخذ می‌گردید. مصاحبه‌ها در اتاقی خصوصی در مرکز بهداشتی ـ درمانی انجام و با استفاده از ضبط صوت دیجیتالی، ضبط می‌شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت.

در ابتدای هر مصاحبه، ابتدا اطلاعات فردی مانند سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و سن یائسگی پرسیده می‌شد و سپس با سؤالات راهنما ادامه می‌یافت. بحث با حفظ زمان تا آنجا پیش می‌رفت که مصاحبه گر اطمینان می‌یافت مفاهیم ارائه شده را به خوبی دریافت کرده است. مدت مصاحبه، ۳۰ تا ۵۰ دقیقه بود. بلافاصله پس از انجام هر مصاحبه، اطلاعات ضبط شده چند بار به طور دقیق گوش داده می‌شد. سپس، محتوای مصاحبه‌ها کلمه به کلمه روی کاغذ منتقل و ضمن گوش دادن به نوار ضبط شده، اطلاعات نیز مرور می‌گردید. این عمل بدین منظور انجام می‌گرفت تا دقت اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ افزایش یابد و پژوهشگر تسلط بیشتری بر روی اطلاعات مذکور پیدا کند. از این مرحله به بعد، اطلاعات منتقل شده بر روی کاغذ، منبع اطلاعات خام این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل بود.

در این پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل درون مایه‌ای (Thematic analysis) و گام‌های پیشنهاد شده توسط ون مانن صورت پذیرفت [۱۶]؛ بدین صورت که متن هر مصاحبه، حد اقل دو بار توسط محقق گوش داده شد تا معنای کلی مصاحبه اخذ شود، سپس متن هر مصاحبه، کلمه به کلمه خوانده شد تا به معنای دقیق و روشنی رسیده شود و با تحلیل داده‌ها، معنای کلی و صحیح از تجربه هر فرد اخذ گردد. در هر نسخه، واحدهای معنایی مشخص و در حاشیه هر نسخه، کدگذاری گردید. هر واحد معنایی تفسیر گردید تا به درک صحیح‌تری از تجربه زنان یائسه رسیده شود، هر واحد معنایی برای هر شرکت کننده با دقت بررسی و تحلیل گردید تا درون مایه‌های اصلی مشخص گردد [۱۷]. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار MAX-Q DA 10 استفاده گردید.

در پژوهش حاضر، به منظور بررسی داده‌ها از چهار معیار مقبولیت (Crediblity)، تأییدپذیری (Confirmability)، انتقال پذیری (Transferibiliy) و قابلیت اعتماد (Dependability) استفاده گردید [۱۸]. به منظور افزایش مقبولیت یا اعتبار داده‌ها در این پژوهش، از تنوع نمونه‌ها استفاده شد؛ یعنی از نمونه‌هایی با وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی، تحصیلی و اشتغالی متفاوت استفاده گردید. برای انجام این کار، شرکت کنندگان از ۱۰ مرکز بهداشتی ـ درمانی مناطق متفاوت شهر از لحاظ وضعیت اقتصادی و اجتماعی جمع آوری شدند. در ضمن، متن کد بندی شده به سه شرکت کننده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

برگردانده شد تا میزان انطباق کدهای انتخاب شده با تجاربشان بررسی شود. برای افزایش اعتبار داده‌ها، محقق از روش تعلیق (Bracketing) استفاده کرد که باعث افزایش اعتبار داده‌ها می‌گردد [۱۶]. بدین معنا که محقق پیش فرض‌های خود در مورد یائسگی و تجربیات و نگرانی‌های زنان مرتبط با یائسگی را از ابتدای تحقیق کنار گذارد. قابلیت اعتماد داده‌ها با ثبت کامل و مداوم تصمیمات و فعالیت‌های پژوهشگر، درباره چگونگی جمع آوری، تحلیل داده‌ها و ارائه گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات تأمین شد. برای افزایش تأیید پذیری متن، تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار توسط دو تن از متخصصان سلامت باروری (پژوهشگران داخل تیم تحقیقاتی) و آشنا به نحوه تحلیل تحقیقات کیفی قرار گرفت و میزان توافق در حدود ۸۰ درصد به دست آمد. برای بالا بردن انتقال پذیری داده‌ها، مراحل انجام مطالعه، به طور دقیق نوشته شد تا افراد دیگر در مکان‌های مختلف بتوانند آن را انجام داده و به معنای مشابه برسند [۱۸].

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۱۸ زن با میانگین سنی ۲/۹±۵۲/۱۱ سال شرکت داشتند.

مشخصات شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. میانگین تعداد فرزندان زنان شرکت کننده ۱/۳±۳/۸؛ و میانه مدت زمان یائسگی، ۳۲ ماه بود.

جدول شماره ۱- مشخصات زنان یائسه شرکت کننده در پژوهش

	تعداد	درصد
وضعیت تأهل		
متأهل	۱۶	۸۸/۸
بیوه	۲	۱۱/۱
وضعیت تحصیلی		
بی سواد	۷	۳۸/۸
ابتدایی و راهنمایی	۷	۳۸/۸
دبیرستان و دیپلم	۳	۱۶/۶
دانشگاهی	۱	۵/۵
وضعیت شغلی		
خانه دار	۱۴	۷۷/۷
شاغل	۴	۲۲/۲

یافته‌ها در قالب طبقات اصلی و فرعی در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۲- درونمایه، طبقه اصلی و طبقات فرعی استخراج شده از مصاحبه با ۱۸ زن یائسه

درونمایه	طبقه اصلی	طبقات فرعی
نگرانی	ناتوانی	ناتوانی در حفظ استقلال
		ناتوانی در فرائض مذهبی
		ناتوانی در برنامه ریزی روزمره
		ناتوانی در انجام کارهای روزمره
	پیری	آینده پیری
		ظاهر پیر
	طرد	تغییرات خلق و خو
		بوی بد ادرار
	بروز اختلال در سلامت	پوکی استخوان
		افزایش قند، چربی و فشار خون
		مشکلات عضلانی ـ اسکلتی
		مشکلات اعصاب و روان
		بیماری قلبی و سکته

نگرانی در مورد ناتوانی

اکثر شرکت کنندگان، نگران ناتوانی در آینده، شامل «ناتوانی در حفظ استقلال»، «ناتوانی در انجام فرائض مذهبی»، «فراموشی» و «ناتوانی در انجام کارهای روزمره» بودند.

ناتوانی در حفظ استقلال

اکثر شرکت کنندگان در این پژوهش، نگران از دست دادن استقلال و سر بار شدن برای فرزندان و سایر اعضای خانواده بودند. آن‌ها علت عمده برای این نگرانی را، بروز درد مفاصل و عضلات ذکر می‌کردند.

«من از پوکی استخوان خیلی می‌ترسم. من گشت و گذار و مسافرت را خیلی دوست دارم. از سر بار دیگران بودن متنفرم. من دوست دارم امورات خانواده را خودم اداره کنم. اگر روزی استقلام را از دست بدهم حتما می‌شکنم» (۵۳ ساله، متأهل، کارشناس).

ناتوانی در انجام فرائض مذهبی

نیمی از شرکت کنندگان اظهار می‌کردند در انجام فرائض دینی و نمازهای روزانه ناتوان هستند و دلیل اصلی این نگرانی را بی‌اختیاری ادرار ذکر می‌کردند. «من بی‌اختیاری ادرار دارم. در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

حالت عادی مشکلی ندارم، اما وقتی سرفه یا عطسه می‌کنم، می‌خندم و یا چمباتمه می‌زنم، چند قطره ادرار ازم میاد. دائماً لباس زیرم را عوض می‌کنم، اما نمیتونم درست نمازم را بخونم، چون نجسم. من نگران این موضوع هستم» (۴۹ ساله، متأهل، تحصیلات ابتدایی، خانه دار).

ناتوانی در برنامه ریزی روزمره

یکی دیگر از نگرانی‌هایی که نیمی از شرکت کنندگان به آن اشاره می‌کردند، ناتوانی در برنامه ریزی روزمره و علت اصلی آن فراموشی بود. برخی از زنان اظهار می‌داشتند که بعد از یائسگی، حافظه نزدیکشان مختل شده و در به یاد آوردن اسامی افراد، رساندن پیغام‌ها، به یاد آوردن مکان اشیا، شماره تلفن‌ها، نشانی و به طور کلی، برنامه ریزی کارهای روزانه، دچار مشکل شده‌اند.

«به بچه هام میگم هیچ چیز را به من نسپرید و چیزی بهم ندید چون همه چیز از یادم میره. جای وسایل را فراموش میکنم. کاری را که به من سپردن انجام بدم را فراموش میکنم» (۵۱ ساله، دیپلم، بیوه، آموزگار).

ناتوانی در انجام کارهای منزل

نیمی از شرکت کنندگان اظهار می‌کردند بعد از یائسگی به سرعت خسته می‌شوند؛ به طوری که نمی‌توانند کارهای روزمره منزل را طبق روال قبلی انجام دهند.

«من نمیتوانم کارهای خونه را انجام بدم چون فوراً خسته میشم. کارهای خونه که میمونه عصبی میشم. میترسم توانم را از دست بدم. من دوست دارم خانه ام مرتب و تمیز باشه. گاهاً خیلی نگران میشم. به آینده فکر میکنم. اگه روزی برسه که نتونم خونه را تمیز کنم چی میشه؟» (۴۹ ساله، متأهل، تحصیلات ابتدایی، خانه دار).

نگرانی در مورد پیری

یکی دیگر از نگرانی‌های اشاره شده توسط شرکت کنندگان، پیری بود. از نظر آن‌ها، یائسگی مترادف با پیری و پایان جوانی بود. آن‌ها نگران «آینده پیری» و «ظاهر پیر» بودند.

آینده پیری: برخی از شرکت کنندگان نگران آینده خود در زمان پیری بودند. «من در مورد آینده‌ام نگرانم. دارم پیر می‌شم. می‌بینم که هر روز بیشتر ازدیروز پیر می‌شم. هر روز سلامتم بدتر از روز قبل میشه. بعد از پیری من چه خواهم شد؟ چکار خواهم کرد؟ وضعیت سلامت من چطور خواهد شد؟» (۴۶ ساله، متأهل، دیپلم، آموزگار).

ظاهر پیر: نیمی از شرکت کنندگان، نگران سیمای ظاهری و پوست صورت خود بودند و به نگرانی‌هایشان در مورد ظاهر پیر اشاره می‌کردند. «صورت من بعد از یائسگی چروک شده، من نگران صورتم هستم. هر بار که به آینه نگاه میکنم یاد روزهای جوانی و سالهای از دست رفته می افتم» (۵۱ ساله، متأهل، دیپلم، آموزگار).

برخی از شرکت کنندگان نیز پیری و ظاهر پیر را بی ارتباط با یائسگی می‌دانستند: «یائسگی پیری نیست. درسته که میگن یعنی پیری، ولی پیری بستگی به دل آدم داره. بستگی به روحیه آدم داره. اگه آدم روحیه داشته باشه و بتونه ورزش کنه و اینور و اونور بره میتونه تا ۲۰ سال بعد از یائسگی جوان بمونه شاید هم بیشتر. من میگم پیری باید بعد از ۸۰ یا ۹۰ سالگی باشه. اون موقع که قراره آدم بمیره. اون موقع باید از کار افتاده بشه» (۵۴ ساله، دیپلم، بیوه، کارمند).

نگرانی در مورد طرد

طرد، ناشی از تغییرات خلق و خو و بوی بد ادرار، یکی دیگر از نگرانی‌های ذکر شده توسط زنان یائسه شرکت کننده در این مطالعه بود.

تغییرات خلق و خو

برخی از شرکت کنندگان اظهار می‌کردند تغییرات خلق و خو مانند بد اخلاقی، افسردگی و تمایل به تنها ماندن که بعد از یائسگی به آن دچار شده‌اند، باعث نگرانی آن‌ها می‌شود.

«من دائماً ناراحتم، افسرده ام. شوهر و بچه هام خیلی خوبند. من تو زندگی هیچ مشکلی ندارم. اما من حقیقتاً از وقتی یائسه شدم غمگینم. زود از کوره در میرم. گاهاً احساس می کنم بچه هام منو درک نمی کنند. اونا به من میگن تو دائماً اینطوری هستی، من میدونم که اگه بداخلاق باشم هیچ کس منو دوست نخواهد داشت. مردم کسی را دوست دارند که مهربان و خوش اخلاق باشه. من میترسم هیچ کس این اخلاق منو تحمل نکنه و تنها بمونم» (۴۹ ساله، متأهل، تحصیلات ابتدایی، خانه دار).

بوی بد ادرار

برخی از شرکت کنندگان نیز اظهار می‌کردند بی اختیاری ادرار دارند و نگران دائمی شدن این مشکل و طرد ناشی از این مسئله بودند. «من ادرارم را نمی تونم نگه دارم. دائم فکر میکنم بوی ادرار میدم و این منو نگران میکنه. اگر من بو بدم هیچکس دوست نداره با من رفت و آمد کنه. هیچ کس به خونه من نمی یاد. من نمی تونم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

خونه کسی برم. همه ازم دوری می‌کنند» (۵۲ ساله، متأهل، بی سواد، خانه دار).

نگرانی در مورد اختلال در سلامت

یکی دیگر از نگرانی‌های اشاره شده توسط شرکت کنندگان، نگرانی در خصوص بروز اختلال در سلامت بود که شامل نگرانی از پوکی استخوان، افزایش قند و چربی خون، مشکلات عضلانی - اسکلتی، مشکلات اعصاب و روان، بیماری قلبی و سکته بود.

پوکی استخوان

برخی از زنان یائسه شرکت کننده در این مطالعه، نگران بروز پوکی استخوان بودند.

«من شنیدم که زنان بعد از یائسگی پوکی استخوان می گیرند، مادرم راهم دیدم که پوکی استخوان داشت و میترسم مثل اون بشم. خواهرانم همه پوکی استخوان دارند و نمیتونن راه برند حتماً باید با هواپیما مسافرت بروند. من نگران پوکی استخوانم میترسم یک روز مثل آن‌ها بشم» (۵۳ ساله، متأهل، کارشناس).

افزایش قند و چربی و فشار خون

برخی از زنان اشاره می‌کردند یائسگی، زمینه ساز دیابت و افزایش چربی خون است.

«من قند دارم. دکتر به من گفته به خاطر یائسگیت مرض قند گرفتی. میترسم چربی و فشار خون هم بگیرم. نگران قند و چربی هستم و از فشار خون می ترسم» (۵۴ ساله، متأهل، سواد خواندن و نوشتن، خانه دار).

مشکلات عضلانی و اسکلتی

نیمی از زنان یائسه شرکت کننده در این پژوهش، به درد مفاصل و کوفتگی عضلانی، به خصوص بعد از بیداری از خواب اشاره می‌کردند. «صبح‌ها که از خواب بیدار میشم بدنم درد میکنه. صبحها بدنم کوفته هست. تمام بدنم خشکه. دست و پامو نمیتونم تکون بدم. فکر می‌کنم خسته هستم. یکی دو ساعت باید بگذره باید نرمش کنم تا کمی بهتر بشم. ناراحت میشم. همه اش فکر میکنم چرا اینطوری شدم؟ چه بیماری دارم که اینطوری شدم؟» (۴۹ ساله، متأهل، بی سواد، خانه دار).

مشکلات اعصاب و روان

برخی از زنان حاضر در این پژوهش، نگران بروز مشکلات اعصاب و روان به دنبال تغییرات خلق و خو بودند:

«از وقتی یائسه شدم شبها نمیتونم بخوابم. دکتر بهم گفته که کم خوابی برای قلبت ضرر داره و فشار خونت را بالا میبره. فکر میکنم آیا اعصابم ناراحته که نمیتونم بخوابم؟چه مرضی دارم که نمیتونم بخوابم؟ بیماری اعصاب گرفتم؟ (۴۹ ساله، متأهل، بی سواد، خانه دار).

بحث و نتیجه‌گیری

این اولین گزارش از یک مطالعه پدیدار شناسی در مورد نگرانی‌های زنان یائسه تبریزی است. یافته‌ها نشان داد زنان یائسه عمدتاً نگران «ناتوانی»، «پیری»، «طرد» و «بروز اختلالات در سلامت» هستند.

نگرانی آن‌ها از ناتوانی، عمدتاً ناشی از نگرانی آن‌ها در «حفظ استقلال و زندگی فعال» بود. علت عمده این احساس به علت وجود درد مفاصل و عضلات بود. آن‌ها نگران بودند که در آینده، درد مفاصل تشدید شود و قدرت انجام کارهای شخصی خود را نداشته باشند و سربار اطرافیان و فرزندان خود شوند. کاهش کارآیی و توانایی در انسان باعث القای حس کاهش استقلال و اعتماد به نفس می‌گردد که احتمالاً یکی از اجزای فرآیند پیری است.

تجربه وابسته بودن و ترس از این که فرد باری بر دوش دیگران شود، به عنوان یکی از نگرانی‌های بزرگ توصیف شده است [۱۹]. با توجه به ضعف در زیر ساخت‌ها و خدمات اجتماعی برای سالمندان و گران بودن خدمات درمانی ویژه سالمندی [۲۱، ۲۰] و از طرف دیگر، با توجه به کوچک شدن بعد خانوار [۲۲] و کم رنگ شدن روابط صمیمانه بین اعضای خانواده در چند دهه اخیر، نگرانی در مورد ناتوانی و نیاز به مراقبت در آینده، منطقی به نظر می‌رسد. به علاوه، با توجه به سبک زندگی کم تحرک زنان ایرانی [۲۴، ۲۳] با گذشت سن، دردهای عضلانی و اسکلتی شدت پیدا می‌کند و این امر، باعث نگرانی می‌گردد.

«ناتوانی در انجام صحیح فرائض مذهبی»، نگرانی دیگری بود که به دلیل بی اختیاری ادرار ذکر شد. به طور کلی، مذهب نقش مثبتی در ارتقای سلامت افراد دارد. در تحقیق کیفی که بر روی پیروان ادیان متفاوت در سنگاپور انجام شده، نشان داده شده است، انجام مراسم و فرائض مذهبی، تأثیر مثبتی بر زندگی شخصی و اجتماعی سالمندان دارد [۲۵]. در یک تحقیق کیفی دیگر در آمریکا نشان داده شد بین انجام فرائض مذهبی و سلامت افراد رابطه مثبت وجود دارد [۲۶]. در تحقیق کیفی که بر روی بیماران کولستومی شده در ایران انجام شده بود، نشان داده شد که مشارکت کنندگان در پژوهش ذکر شده نگران بودند به خاطر کولستومی انجام شده و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

دفع مدفوع، نتوانند نمازشان را به درستی به جا آورده و از این بابت نگران بودند [۲۷]. نگرانی شرکت کنندگان در این پژوهش نیز نه به خاطر بی اختیاری ادرار، بلکه در رابطه با مسائل دینی بود که نشان دهنده نقش پر رنگ مذهب در زندگی و فرهنگ آنان است. به نظر می‌رسد نماز خواندن برای این زنان، یکی از ارکان زندگی است و زمانی که نتوانند این رکن را به صورت صحیح انجام دهند، احساس ناتوانی و درماندگی می‌کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان دهنده نگرانی در خصوص ناتوانی در انجام کارهای روزمره به واسطه فراموشی و عدم توانایی در انجام کارهای منزل به خاطر خستگی زودرس در برخی از زنان یائسه بود. مختل شدن حافظه کوتاه مدت و اختلالات شناختی در گذر از دوره قبل از یائسگی به یائسگی دیده شده است. این اختلالات در تحقیقات بسیاری ثبت شده است [۲۹، ۲۸]. فراموشی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی دارد [۳۰]. تحقیقات کیفی نشان می‌دهند اختلال حافظه، حس ایمنی، استقلال و زندگی معنی دار را در افراد تهدید می‌کند [۳۱]. نتایج تحقیق انجام شده در اردن نیز نشان می‌دهد زنان نگران خستگی زودرس خود هستند [۳۲]. رسیدگی به امور منزل، یکی از وظایف اصلی زنان در فرهنگ ایرانی است و احتمالاً همین امر باعث می‌شود، زمانی که زنان نتوانند به امور منزل رسیدگی کنند، احساس ناتوانی کرده و نگران شوند.

در مطالعه حاضر، برخی از زنان نگران «پیری» بودند. آن‌ها نگران «آینده پیری» و «ظاهر پیر»بودند. نگرانی اصلی این افراد در مورد آینده، سلامتی و شرایط زندگی شان بود. این در حالی بود که برخی دیگر از شرکت کنندگان، یائسگی را مترادف پیری ندانسته و نگران چهره خود هم نبودند. در مطالعه انجام شده در ترکیه و سوئد نیز نتایج به دست آمده نشان داد که برخی از زنان یائسه، نگران پیری بوده و از پیری ترس داشتند و برخی دیگر، یائسگی را پیری ندانسته، بلکه آن را نوعی بلوغ فکری و یک پدیده طبیعی می‌پنداشتند [۳۳، ۱۰]. به نظر می‌رسد نگرانی در مورد پیری، پدیده‌ای وابسته به فرهنگ افراد است [۳۳]. جمشیدی منش و همکاران نیز در برخی از زنان مورد مطالعه خود، نگرانی در مورد پیدایش چین و چروک در پوست و پیری ظاهری را بیان کردند [۱۳]. در تحقیقی کیفی نشان داده شد زنان یائسه روستایی تونسی، نگران ظاهر خود نیستند، اما آن دسته از زنان تونسی که در فرانسه زندگی می‌کردند و کلاس اقتصادی ـ اجتماعی متوسطی داشتند، نگران چهره خود بودند [۳۴]. در تحقیق حاضر نیز زنانی نگران ظاهر و چین و چروک صورت خود بودند که تحصیلات بالاتر و کلاس اقتصادی ـ اجتماعی بالاتری داشتند.

زنان شرکت کننده همچنین از «طرد» ناشی از تغییرات خلق و خو مانند تحریک پذیری بیشتر، عصبانیت، اضطراب و افسرگی، ابراز نگرانی می‌کردند. میزان تغییرات خلق و خو در زنان یائسه از ۸ تا ۳۸ درصد متفاوت گزارش شده است [۳۵]. تأثیر یائسگی بر تغییرات خلق و خو، محل بحث است. احتمالاً سبک زندگی، روابط فردی، فرهنگ، عوامل روانی و غیره بر بروز اضطراب، افسردگی و تغییرات خلق در یائسگی تأثیر می‌گذارند [۳۶]. در یک تحقیق کیفی دیگر نیز که بر روی زنان یائسه انجام شد، زنان در مورد تحریک پذیری خود نگران بودند و نگرانی عمده آن‌ها از قضاوت اطرافیان بود [۳۷]. در مطالعه ای دیگر نیز زنان یائسه اردنی، نگران افزایش تحریک پذیری و بد اخلاقی خود بودند [۳۲]. همچنین در یک تحقیق کیفی در ترکیه نشان داده شد تحریک پذیری و عصبانیت از جمله مشکلات عمده روانی زنان یائسه است که باعث ایجاد مشکل با اطرافیان می شود. زنان بیان می‌کردند اطرافیان، آن‌ها را درک نمی‌کنند و انتظار حمایت از اعضای فامیل داشتند [۳۸، ۱۰]. بنا بر این به نظر می‌رسد درک و حمایت خانواده در کاهش تغییرات خلق مرتبط با یائسگی ضروری است.

«طرد شدن به خاطر بوی بد ادرار» و به خطر افتادن روابط خانوادگی و ارتباطات دوستانه، یکی دیگر از نگرانی‌هایی بود که شرکت کنندگان بیان می‌کردند. به عبارت دیگر، مشارکت کنندگان، نگران از دست دادن حمایت اجتماعی و نیز حلقه ارتباطات خود بودند. در تحقیقات دیگر نیز نگرانی در مورد بوی ادرار در زنانی که بی اختیاری ادرار داشتند، گزارش شد [۳۸]. به علاوه، نشان داده شد زنانی که بی اختیاری ادرار را تجربه می‌کنند، از به خطر افتادن هویت اجتماعی خود هراس دارند [۲۷].

نگرانی در مورد «بروز اختلالات سلامت» مانند بروز پوکی استخوان و افزایش قند، چربی و فشار خون نیز از دیگر نگرانی‌های ابراز شده توسط زنان یائسه بود. به خطر افتادن سلامت جسمانی و روانی و بروز بیماری‌هایی نظیر دیابت یا بیماری‌های قلبی و پوکی استخوان نیز از علل نگرانی زنان بود.

نگرانی زنان یائسه در مورد بروز پوکی استخوان و افزایش فشار خون در یک مطالعه ایرانی دیگر نیز نشان داده شده است [۱۳]. زنان یائسه تایلندی نیز خود را در برابر پوکی استخوان آسیب پذیر دانسته و نگران پوکی استخوان بودند [۳۹]. آن‌ها یائسگی را یک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

بیماری نمی‌دانستند، اما از تأثیر یائسگی بر سلامت خود نگران بودند. تحقیقات نشان داده، اگر چه زنان یائسه برخی از تغییرات جسمی را به یائسگی نسبت می‌دهند، اما قسمت اعظم این تغییرات را مرتبط با فرآیند پیری می‌دانند [۴۰، ۳۳]. اما در تحقیق حاضر، زنان مشارکت کننده، تمامی تغییرات جسمی به وجود آمده را به یائسگی نسبت می‌دادند. شاید یکی از دلایل احتمالی این اعتقاد و طرز تفکر در زنان، باورهای غلط آن‌ها باشد که نتیجه عدم وجود برنامه آموزشی و نیز اطلاع رسانی از طریق رسانه‌های جمعی است. با افزایش جمعیت زنان میانسال در ایران و با توجه به افزایش امید به زندگی و پیر شدن جمعیت ایران، لزوم اجرای برنامه‌های جامع ادغام شده در نظام خدمات بهداشتی اولیه، شامل برنامه‌های آموزشی و خود مراقبتی برای زنان یائسه ضروری به نظر می‌رسد.

نگرانی در مورد ناتوانی، پیری، طرد و بروز اختلالات سلامت، از عمده نگرانی‌های زنان یائسه در این دوران هستند. به نظر می‌رسد زنان شرکت کننده در این پژوهش، احساس می‌کردند مورد حمایت همسر و فرزندان قرار نگرفته و شاید یکی از علل ایجاد کننده نگرانی‌های آن‌ها عدم حمایت و درک همسر و فرزندان باشد. از طرف دیگر، ترس آن‌ها از آینده، احتمالاً به دلیل درک آنان از عدم وجود خدمات اجتماعی مناسب در جامعه برای سالمندان است. به نظر می‌رسد وجود برنامه‌های آموزشی برای اعضای خانواده و سعی در ایجاد زیر ساخت مناسب برای سالمندان، باعث کاهش نگرانی زنان این گروه سنی و در نتیجه گذراندن راحت‌تر این دوره می‌شود.

سهم نویسندگان

سویل حکیمی: انجام مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

معصومه سیمبر: نظارت بر انجام مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها، نظارت بر صحت داده‌ها، نگارش مقاله

فهیمه رمضانی تهرانی: نظارت بر انجام مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه زنان مشارکت کننده که صمیمانه تجربیات خود را در اختیار ما قرار دادند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Soares CN. Can depression be a menopause-associated risk? BMC Medicine 2010; 8: doi: 10.1186/1741-7015-8-79

2. Barrett-Connor E. Endogenous and exogenous estrogen, cognitive function and dementia in postmenopausal women: evidence from epidemiologic studies and clinical trials. Seminars in Reproductive Medicine 2009; 27: 257-83

3. World Health Organisation Scientific Group, Research on the Menopause,Geneva, Switzerland: World Health Organisation Technical Report. 1981

4. Stewart DE, Menopause in highland Guatemala Mayan women. Maturitas 2003; 44: 293-7

5. Hunter M, Gupta P, Papitsch-Clarke A, Sturdee D. Mid-aged health in women from the Indian subcontinent (MAHWIS): a qualitative study of experience o menopause across cultures, in 8th European Congress on Menopause. 2009; Maturitas: S1-S136

6. Bachmann GA. Vasomotor flushes in menopausal women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999; 180: S312–S316

7. Lock M, Kaufert PA, Gilbert P. Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case. Maturitas 1988; 10: 317-32

8. Beyene Y.Cultural significance and physiological manifestation of menopause. A biocultural analysis. Medicine and Psychiatry 1986; 10: 47-71

9. Hvas, L. Menopausal women's positive experience of growing older Maturitas. 2006; 54: 245-51

10. Cigcili S, Akmen M, Demirkol A, Unalan P, Verimier E. I should live and finish it: a qualitative inquiry into Turkish women's menopause experience. BMC Family Practice 2009; 10: 2

11. Bauld R, Brown R. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. Maturitas 2009; 62: 160-5

12. Ayers B, Forshaw M, Hunter M. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. Maturitas 2010; 65: 28-36

13. 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: 1543-8

14. Alidoosti K, Abbaszadeh A, Hosseininasab A. Qualitative inquiry into women's menopause experiences in southeastern Iran. Menopause International 2012; 18: 28-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

15. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research. 6th Edition, Lippincott Co: Philadelphia, 2006
16. Van Manen M. Researching live experience: human science for an action sensitive pedagogy. The State University of New York: New York, 1990
17. Van Manen M. Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. 1 st Edition, Althouse Press: Ontario, 2001
18. Strubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 1 st Edition, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2007
19. Appel Esbensen B, Thomé B, Thomsen T. Dependency in elderly people newly diagnosed with cancer e: a mixed-method study. European Journal of Oncology Nursing 2012; 16: 137-44
20. Mehrdad R. Health System in Iran. Japan Medical Association Journal 2009; 52: 69-73
21. Teymoori F, Dadkhah A, Shirazikhah M. Social welfare and health (mental, social, physical) status of aged people in Iran. Middle East Journal of Age and Aging 2006; 3: 19-27
22. Roudi-Fahimi R. Iran`s family planning proram: responsing to a nation`s needs. Population Reference Bureau. MENA Policy Brief, 2002
23. Alikhani S, Delavari A, Alaedini F, Kelishadi R, Rohbani S, Safaei A. A province-based surveillance system for the risk factors of non-communicable diseases: A prototype for integration of risk factor surveillance into primary healthcare systems of developing countries. Public Health 2009; 123: 358-64
24. Sarrafzadegan N, Kelishadi R, Baghaei A, Sadri GH, Malekafzali H, Mohammadifard N, et al. Metabolic syndrome: an emerging public health problem in Iranian women, Isfahan Healthy Heart Program. International Journal of Cardiology 2008; 131: 90-6
25. Mehta K. The impact of religious beliefs and practices on aging: a cross-cultural comparison. Journal of Aging Studies 1997; 11: 110-4
26. Ha¨gglund D.The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. Journal of Clinical Nursing 2007; 16: 1946-56
27. Elstad EA, Taubenberger SP, Botelho EM, Tennstedt ShL. Beyond incontinenc: the stigma of other urinary symptoms. Journal of Advanced Nursing 2010; 66: 2460-70
28. Devi G, Hahn K, Massimi S, Zhivotovskaya E. Prevalence of memory loss complaints and other symptoms associated with the menopause transition: a community survey. Gender Medicine. 2005; 2: 255-64
29. Henderson VW, Sherwin BB. Surgical versus natural menopause: cognitive issues. Menopause 2005; 14: 572-9
30. Mol M, Carpay M, Ramakers I, Rozendaal N. The effect of perceived forgetfulness on quality of life in older adults; a qualitative review. International Journal of Geriatric Psychiatry 2007; 22: 393-400
31. Steeman E, Dierckx De Casterlé B, Godderis J, Grypdonck M. Living with early-stage dementia: a review of qualitative studies. Journal of Advanced Nursing 2006; 54: 722-38
32. Mahadeen AI, Halabi JO. Menopause: a qualitative study of Jordanian women's perceptions. International Nursing Review 2008; 55: 427-33
33. Lindh-Astrand L, Hoffmann M, Hammar M, Kjellgren KI. Women's conception of the menopausal transition-a qualitative study. Journal of Clinical Nursing 2007; 16: 509-17
34. Delanoë D, Hajri S, Bachelot A, Mahfoudh Draoui D, Hassoun D, Marsicano E, et al. Class, gender and culture in the experience of menopause. A comparative survey in Tunisia and France. Social Science & Medicine 2012; 75: 401-9
35. Delanoë D. Management of Menopause-Related Symptoms. Annals of Internal Medicine. 2005; 142: 1003-13
36. Deeks AA. Psychological aspects of menopause management. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2003; 17: 17-31
37. Berterö C. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. International Nursing Review 2004; 50: 109-18
38. Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel Ch, Largo-Janssen T. It can always happen: the impact of urinary incontinence on elderly men and women. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2006; 24: 166-73
39. Arpanantikul M, Midli fe experiences of Thai women. Journal of Advanced Nursing 2004; 47: 49-56
40. Jones JB. Representations of menopause and their health care implications: a qualitative study. American Journal of Preventive Medicine and Psychiatry 1997; 13: 58-65

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

ABSTRACT

Concerns of menopausal women: a phenomenological study in North West Iran

Sevil Hakimi[1], Masoumeh Simbar[1*], Fahimeh Ramezani Tehrani[2]

1. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran
2. Reproductive Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Payesh 2014; 13: 321-330
Accepted for publication: 16 July 2013
[EPub a head of print-8 April 2014]

Objective (s): Menopause is a psychosocial and biological event. Several factors including socio-cultural conditions might affect it. These factors may cause unique experiences and concerns among menopausal women. This study aimed to explain these experiences and concerns.
Methods: This was a qualitative study with phenomenological approach. Eighteen eligible menopausal women were selected using a purposeful sampling method. The participants were interviewed using in-depth individual interviews. Interviews were recorded and were analyzed using theme analysis.
Result: Four main themes emeregred from analysis: 'disability', 'transion to elderly life', 'isolation', and 'losing wellness'. Women were concerned about inability for keeping an independent life, performing religious ritual, performing daily housework and forgetfulness. Their concerns about transion to elderly life included the appearance and their future. The participants concerned about isolation due to their mood changes and bad smell following urinary inconsistency. They concerned about losing their wellness and occurrence of some diseases such as osteoporosis, cardiovascular diseases.
Conclusion: It seems that development of training programs for family members in support of women will lead to decrease women`s concerns and easier spending of menopausal period.

Key Words: Menopause, Phenomenology, Van manen, Concern

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.7.7]

* Corresponding author: Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.
Tel: + 98 21 88202516
E-mail: msimbar@sbmu.ac.ir