

УДК 612.662.9+618.173

<https://doi.org/10.23888/HMJ2023112203-214>

Факторы риска и качество жизни женщин в периодах перименопаузы и постменопаузы в городе Ереван, Армения

Л. Р. Мирзоян^{1✉}, С. Н. Симонов¹, З. Т. Джндоян²¹ Тамбовский государственный университет имени Г. Р. Державина, Тамбов, Российская Федерация² Ереванский государственный университет имени Мхитара Гераци, Ереван, Республика Армения

Автор, ответственный за переписку: Мирзоян Лилия, puma-25@inbox.ru

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Менопауза вызывает различные соматические, вазомоторные, половые и психологические симптомы, отрицательно сказывающиеся на качестве жизни (КЖ) женщин в периодах перименопаузы и постменопаузы.

Цель. Оценка качества жизни женщин в периодах перименопаузы и постменопаузы, выявление факторов, оказывающих негативное влияние на него в эти периоды.

Материалы и методы. Проведено поперечное исследование посредством опроса 353 женщин в возрастной группе старше 40 лет. Для оценки КЖ использовался опросник SF-36. В качестве факторов риска рассмотрены социально-демографические факторы, а также особенности состояния здоровья участниц исследования. Ввод и анализ данных осуществлялся с использованием статистического пакета SPSS-23. Для оценки статистической значимости результатов использованы критерий Краскала–Уоллеса с последующим проведением апостериорного анализа и критерий Манна–Уитни.

Результаты. Выявлено негативное влияние перименопаузы и постменопаузы на показатели физического компонента КЖ и всех его составляющих. У женщин с регулярными менструациями показатель физического компонента КЖ был достоверно выше по сравнению с участницами, находящимися в периодах перименопаузы и постменопаузы ($p < 0,001$). Более высокими оказались показатели физического компонента у женщин в возрасте < 50 лет по сравнению со старшими возрастными группами. Высокие показатели физического компонента КЖ зарегистрированы у женщин с высшим и средним специальным образованием по сравнению с участницами со средним уровнем образования ($p < 0,05$). Высокие показатели физического и психологического компонентов КЖ зарегистрированы у работающих женщин по сравнению с участницами, вышедшими на пенсию ($p < 0,05$). Наиболее высокими оказались показатели психологического компонента КЖ у женщин, находящихся в браке, а также у одиноких. Выше были показатели физического и психологического компонентов КЖ в группах с уровнем дохода выше и на уровне прожиточного минимума по сравнению с участницами, указавшими уровень дохода ниже прожиточного минимума ($p < 0,001$). Достоверно высокие баллы физического и психического компонентов КЖ отмечены у участниц, указывающих на благоприятный микроклимат в семье по сравнению с группой с неблагоприятным микроклиматом ($p < 0,01$). Выявлена достоверная связь между оценкой собственного здоровья и показателями обоих компонентов КЖ. Более высокие баллы зарегистрированы у женщин, оценивших свое здоровье как отличное и выше среднего по сравнению со всеми остальными группами ($p < 0,05$). Негативное влияние на качество жизни оказывало наличие хронических заболеваний.

Заключение. Факторами, негативно воздействующими на КЖ женщин в периодах перименопаузы и постменопаузы, явились: пожилой возраст, общее состояние здоровья, низкий уровень образования, выход на пенсию, неблагоприятные семейное положение и микроклимат в семье, низкий уровень дохода семьи.

Ключевые слова: перименопауза; постменопауза; качество жизни; факторы риска

Для цитирования:

Мирзоян Л. Р., Симонов С. Н., Джндоян З. Т. Факторы риска и качество жизни женщин в периодах перименопаузы и постменопаузы в городе Ереван, Армения // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2023. Т. 11, № 2. С. 203–214. <https://doi.org/10.23888/HMJ2023112203-214>.

<https://doi.org/10.23888/HMJ2023112203-214>

Risk Factors and Quality of Life of Women in Peri- and Postmenopausal Periods in Yerevan, Armenia

Lilia R. Mirzoyan¹✉, Sergey N. Simonov¹, Zinaida T. Dzhndoyan²

¹ Tambov State University named after G. R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation

² Erevan State Medical University after M. Heratsi, Yerevan, Republic of Armenia

Corresponding author: Lilia R. Mirzoyan, puma-25@inbox.ru

ABSTRACT

INTRODUCTION: Menopause is associated with various somatic, vasomotor, sexual and psychological symptoms that adversely affect the quality of life of women in peri- and postmenopausal periods.

AIM: To assess the quality of life (QoL) of women in peri- and postmenopausal periods, to identify factors producing a negative effect on him during these periods.

MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional study was conducted through a survey of 353 women above 40. To assess QoL, the SF 36 questionnaire was used. Sociodemographic factors and peculiarities of health status of the participants were considered risk factors. The data were introduced and analyzed using SPSS 23 statistical package. Statistical significance of the results was evaluated by Kruskal–Wallis test with the subsequent a posteriori analysis, and Mann–Whitney test.

RESULTS: Peri- and post menopause had negative impact on the parameters of physical component of QoL and all its domains. Participants with regular menstruation had a reliably higher score of physical component of QoL compared to peri- and postmenopausal women ($p < 0.001$). The scores of physical component of QoL were higher in women at the age under 50 compared to women of older age groups. The scores were higher in women with higher and secondary special education compared to participants with general secondary education ($p < 0.05$). Higher scores of physical and psychological components of QoL were recorded in working women compared to the retired group ($p < 0.05$). The parameters of psychological component of QoL were the highest among married and single women. Parameters of physical and mental components of QoL were higher in groups with the income above and at the level of the living minimum compared to those who reported the income below the minimum wage ($p < 0.001$). A reliably higher scores of physical and mental components of QoL were recorded in participants with favorable microclimate in families compared to the group with an unfavorable one ($p < 0.01$). A reliable relationship was found between the evaluation of the health and parameters of both components of QoL by the participants. Higher scores were recorded in women who evaluated their health as excellent and above average compared to all other groups ($p < 0.05$). The presence of chronic diseases had a negative impact on both components of QoL.

CONCLUSION: The factors producing negative effects on QoL of women in peri- and postmenopausal periods were the older age, general health status, low educational level, retirement, unfavorable family status and family microclimate, low family income.

Keywords: *peri- and postmenopause; quality of life; risk factors*

For citation:

Mirzoyan L. R., Simonov S. N., Dzhndoyan Z. T. Risk Factors and Quality of Life of Women in Peri- and Postmenopausal Periods in Yerevan, Armenia. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2023;11(2):203–214. <https://doi.org/10.23888/HMJ2023112203-214>.

Актуальность

Менопауза — часть естественного процесса старения женщин. Естественная менопауза отражает окончательное прекращение менструальных циклов, является ретроспективным клиническим диагнозом, который устанавливается после 12 последовательных месяцев отсутствия менструаций [1].

В большинстве развитых стран менопауза наступает в среднем в возрасте 50 лет вследствие снижения фолликулярной активности яичников, снижения выработки гонадотропинов, эстрогена и прогестерона [2]. Дефицит указанных гормонов, в свою очередь, вызывает различные соматические, вазомоторные, половые и психологические симптомы, отрицательно сказывающиеся на качестве жизни (КЖ) женщин в периодах пери- и постменопаузы [2–5].

От 50% до 80% женщин жалуются на такие симптомы менопаузы, как приливы, ночная потливость, нарушения сна, усталость и депрессия. Указанные симптомы являются основными детерминантами снижения КЖ, связанного со здоровьем, которое обнаруживается вскоре после наступления менопаузы [1, 6].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), термин «качество жизни» охватывает физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе [6, 7].

Изучение КЖ женщин в климактерическом периоде проводилось в различных направлениях и в различных странах [1, 6, 8–12], и в настоящее время известно несколько статистических инструментов для его оценки. Одним из первых опросников был MENQOL (The Menopause Specific Quality of Life Questionnaire, 1996 г.), в 2002 г. появился новый инструмент для оценки КЖ женщин в постменопаузе — UQOL (The Utian Quality of Life), позволяющий определять показания к лечению и оценивать эффективность терапии [6].

Согласно результатам систематического обзора, посвященного изучению

частоты использования различных инструментов оценки КЖ женщин в периодах пери- и постменопаузы, одним из наиболее часто используемых опросников является опросник SF-36 [13]. SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки КЖ. Он находит широкое применение в США и странах Европы при проведении исследований КЖ [14].

Изучение публикаций, посвященных изучению особенностей качества жизни различных групп населения Республики Армения (РА), показало, что в Армении специального исследования по оценке качества жизни женщин в период пери- и постменопаузы никогда не проводилось. Таким образом, научная новизна проведенного исследования заключалась в том, что подобное исследование в РА проводилось впервые.

Цель. Оценка качества жизни женщин в периодах пери- и постменопаузы, выявление факторов, оказывающих негативное влияние.

Материалы и методы

Для достижения цели исследования было проведено поперечное исследование посредством опроса 353 женщин в возрастной группе старше 40 лет. Выбор указанной возрастной группы обусловлен тем, что период менопаузального перехода в среднем начинается с 40–45 лет [15]. Критериями включения явились возраст женщин старше 40 лет, проживание в городе Ереван в течение последних 10 лет. Критерии исключения: возраст ≤ 40 лет, продолжительность проживания в городе Ереван < 10 лет.

Выборка сформирована случайным образом из числа женщин, обслуживаемых пятью поликлиниками города Еревана.

Для расчета объема выборочной совокупности нами была использована формула определения минимального размера выборки для поперечных исследований:

$$n = z_{\alpha/2}^2 \times SD^2/d^2,$$

где n — объем выборки, z — величина стандартного нормального отклонения для поверхности для двух сторон, равная 1,96, SD — величина стандартного откло-

нения, равная 10,3 балла, рассчитанная в проведенном нами пилотном исследовании, d — величина предельной ошибки для 95% доверительного интервала, равная 1,1 балла.

Полученный минимальный объем выборочной совокупности составил 340. С учетом вероятности отказа от опроса примерно 10% респондентов общий рассчитанный объем выборки составил 374 женщин. При заключительном сборе материала реальная численность женщин, принявших участие в опросе составила 353, так как 5,6% отказались от участия в опросе.

Разделение выборки на группы сравнения проводилось с учетом регулярности менструальных циклов и времени наступления менопаузы. К женщинам с регулярным циклом были отнесены участницы, которые не отмечали каких-либо нарушений менструального цикла. В группу женщин с перименопаузой были включены участницы с нарушениями менструального цикла, а также те женщины, у которых с момента наступления менопаузы прошло не более 12 месяцев, и, наконец, в группу женщин с постменопаузой были включены участницы, у которых с момента наступления последней менструации прошло более 12 месяцев [1].

Для оценки КЖ участниц исследования использовался опросник SF-36. Перевод опросника на русский язык и апробация методики были проведены «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург, РФ).

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (сокращенно — ролевое физическое функционирование) (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее состояние здоровья (ОСЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (сокращенно — эмоциональное функционирование) (ЭФ), и психическое здоровье (ПЗ). Результаты представляются в виде средних оценок в баллах (от 0 до 100) по 8 шкалам, составленных таким образом, что

более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [14].

Все 8 шкал опросника группируются в два интегральных показателя: «Физический компонент КЖ» (ФККЖ) (Physical Health, PH) и «Психологический компонент КЖ» (ПККЖ) (Mental Health, MH).

Анкетирование проводилось на добровольной основе. Для участников опроса была подготовлена форма информированного согласия, с которой они были ознакомлены до участия в анкетировании. В анкетировании приняли участие только лица, давшие согласие. Самостоятельное заполнение анкеты занимало около 15–20 минут. Вся информация, предоставленная респондентами, является конфиденциальной, в настоящей работе представлены только обобщенные данные.

Ввод и анализ данных осуществлялся с использованием статистического пакета SPSS-23. Результаты, полученные при обработке данных выборки представлены в виде показателей описательной статистики. Для оценки статистической значимости результатов исследования при числе сравниваемых групп больше двух был использован критерий Краскела–Уоллеса с последующим проведением апостериорного анализа для попарной оценки разности между группами. При сравнении двух групп в качестве метода статистического анализа использовался критерий Манна–Уитни. Нулевая гипотеза отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$.

Исследование было одобрено комитетом по этике Медицинского института Тамбовского государственного университета им. Г. Р. Державина (протокол № 11 от 05.09.2022). Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации, все участники исследования дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты

Большая часть женщин — 87,0%, принявших участие в опросе была не пенсионного возраста, из них в возрастной группе 45–59 лет — 71,9%. Все 13,0% женщин пенсионного возраста вышли на

пенсию своевременно (в 63 года). Чуть более половины участниц исследования имели высшее образование (58,9%) и были заняты (57,8%). Более двух третей респондентов состояли в браке (68,8%). Половина опрошенных (51,6%) отметила доход на уровне прожиточного минимума.

Чуть больше половины опрошенных женщин (55,7%) находилась в периоде постменопаузы, 19,9% — в периоде перименопаузы и оставшиеся 24,4% отметили наличие регулярного менструального цикла. Никто из женщин, находящихся в периоде перименопаузы и постменопаузы, никогда не получал гормонозаместительную терапию по поводу менопаузы.

Средний балл качества жизни в выборке женщин составил $44,46 \pm 0,44$. Показатель качества жизни был значимо выше в группе женщин в перименопаузе в сравнении с женщинами с регулярным менструальным циклом (соответственно, $43,65 \pm 0,50$ и $46,97 \pm 0,87$, $U = 6702,50$, $p = 0,001$).

Описательная статистика 8 шкал опросника SF-36 для всей выборки женщин приведена в таблице 1. Как видно из таблицы, максимальными были показатели социального функционирования ($70,24 \pm 1,18$), интенсивности боли ($68,65 \pm 1,31$) и физического функционирования ($66,68 \pm 1,41$); минимальным — показатель общего состояния здоровья ($55,96 \pm 1,11$).

Таблица 1. Описательная статистика 8 шкал SF-36 для всей выборки

	Физическое функционирование	Роль физическое функционирование	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Эмоциональное функционирование	Психическое здоровье	Физический компонент качества жизни	Психологический компонент качества жизни
Средняя арифметическая	66,68	58,36	68,65	55,96	57,84	70,24	60,31	59,81	44,55	44,37
Стандартная ошибка	1,41	2,24	1,31	1,11	1,00	1,18	2,17	1,03	0,57	0,55
Медиана	70,00	75,00	74,00	55,00	55,00	75,00	66,67	60,00	45,28	45,30
Ассиметрия	-0,51	-0,33	-0,18	-0,13	-0,08	-0,46	-0,38	-0,138	-0,21	-0,33

Проведенный анализ показателей КЖ в зависимости от регулярности менструального цикла выявил негативное влияние перименопаузы и постменопаузы на показатели физического компонента КЖ и всех его составляющих (табл. 2). У женщин с регулярными менструациями показатель физического компонента КЖ был достоверно выше по сравнению как с участницами, находящимися в периоде менопаузального перехода, так и постменопаузы ($48,96 \pm 1,01$ против $43,28 \pm 1,28$ и $43,10 \pm 0,78$, $p < 0,001$). Показатель общего здоровья был значимо выше у женщин с регулярными менструациями по сравне-

нию только с группой участниц в постменопаузе ($p < 0,05$).

Показатель психологического компонента КЖ участниц опроса не зависел от наличия и регулярности менструального цикла, в то же время у женщин с регулярным менструальным циклом показатель социального функционирования был достоверно выше по сравнению с женщинами в постменопаузе ($76,17 \pm 2,18$ против $69,11 \pm 1,75$, $p < 0,05$).

Результаты анализа свидетельствуют также о достоверной связи между оценкой опрошенными женщинами собственного здоровья и показателями как физического,

так и психологического компонентов КЖ. Более высокими оказались показатели обоих компонентов КЖ у участниц исследования, оценивших свое здоровье как отличное и выше среднего (соответственно, $52,10 \pm 1,35$, $51,01 \pm 0,90$ и $50,24 \pm 1,24$, $49,16 \pm 0,97$). Указанные показатели, также как и показатели всех составляющих физического и психологического компонентов КЖ были достоверно выше по сравнению с остальными группами ($p < 0,05$).

Средний балл качества жизни в выборке женщин составил $44,46 \pm 0,44$. Показатель КЖ был достоверно ниже у женщин в пери- и постменопаузе в сравнении с женщинами с регулярным

менструальным циклом ($43,65 \pm 0,50$, $46,97 \pm 0,87$, $U = 6702,50$, $p = 0,001$).

Достоверное влияние на КЖ женщин оказывали также наличие и число хронических заболеваний. Более высокие показатели физического и психологического компонентов КЖ отмечены в группе женщин, не имеющих хронические заболевания ($50,77 \pm 8,10$ и $48,26 \pm 8,91$). Они, также как и показатели всех составляющих физического и психологического компонентов КЖ, достоверно отличались по сравнению с женщинами, указывающими на наличие 1–3, а также 4 и более хронических заболеваний ($p < 0,05$).

Таблица 2. Сравнительная характеристика участниц исследования в зависимости от наличия регулярного менструального цикла и состояния здоровья по шкалам физического и психологического компонентов качества жизни по опроснику SF-36

Характеристики	Физический компонент качества жизни		Психологический компонент качества жизни	
	Средняя (СО)	p	Средняя (СО)	p
Наличие регулярного менструального цикла				
Регулярный цикл	48,96 (1,01)	Критерий Краскела–Уоллеса = 18,409, p < 0,001	44,98 (1,19)	Критерий Краскела–Уоллеса = 0,775, p < 0,679
Период перименопаузы	43,28 (1,28)		44,00 (1,12)	
Период постменопаузы	43,10 (0,78)		44,21 (0,75)	
Собственная оценка состояния здоровья				
отличное	52,10 (1,35)	Критерий Краскела–Уоллеса = 109,168, p = 0,000	50,24 (1,24)	Критерий Краскела–Уоллеса = 51,561, p < 0,001
выше среднего	51,01 (0,90)		49,16 (0,97)	
среднее	43,03 (0,71)		42,34 (0,78)	
ниже среднего	33,49 (1,03)		39,30 (1,24)	
низкий уровень/инвалидность	29,90 (1,95)		41,92 (3,89)	
Наличие хронических заболеваний				
отсутствовали	50,77 (0,83)	Критерий Краскела–Уоллеса = 59,448, p < 0,001	48,26 (0,91)	Критерий Краскела–Уоллеса = 26,843, p < 0,001
1–3	42,54 (0,71)		43,15 (0,68)	
≥ 4	36,42 (1,64)		39,66 (2,16)	

Анализ показателей КЖ в зависимости от возраста участниц выявил относительную стабильность показателя физического компонента КЖ у женщин в возрастных группах 40–44 и 45–49 лет, у которых он был максимальным (соответственно, $47,97 \pm 1,63$ и $47,85 \pm 1,08$). После 50 лет наблюдается возрастное снижение показателя до $35,92 \pm 2,47$ в возрастной

группе ≥ 65 лет (табл. 3). При этом апостериорный анализ выявил статистически значимую разницу между возрастной группой 40–44 года и 60–64, а также ≥ 65 лет; 45–49 лет по сравнению с женщинами в возрастных группах 55–59, 60–64 и ≥ 65 лет; 50–54 года по сравнению с возрастной группой 60–64 года ($p < 0,05$).

Таблица 3. Сравнительная характеристика групп по шкалам физического и психологического компонентов качества жизни по опроснику SF-36

Характеристики	Физический компонент качества жизни		Психологический компонент качества жизни	
	Средняя (СО)	р	Средняя (СО)	р
Возрастные группы				
40–44	47,97 (1,63)	Критерий Краскела–Уоллиса = 35,358, p < 0,001	44,46 (1,71)	Критерий Краскела–Уоллиса = 6,680, p > 0,05
45–49	47,85 (1,08)		45,59 (1,16)	
50–54	45,50 (1,00)		44,55 (1,11)	
55–59	42,21 (1,28)		44,81 (1,10)	
60–64	39,23 (1,59)		41,03 (1,42)	
≥ 65	35,92 (2,47)		43,78 (2,32)	
Уровень образования				
среднее	39,16 (1,59)	Критерий Краскела–Уоллиса = 15,346, p < 0,001	42,97 (1,32)	Критерий Краскела–Уоллиса = 2,463, p = 0,292
среднее специальное	43,90 (1,16)		45,24 (1,11)	
высшее	46,00 (0,70)		44,33 (0,72)	
Занятость				
работали	46,04 (0,68)	Критерий Манна–Уитни = 2743,0, p = 0,486	44,38 (0,75)	Критерий Манна–Уитни = 2128,0, p = 0,010
домохозяйки/ не работали	47,18 (1,61)		49,01 (1,30)	
Пенсионный статус				
не выходили на пенсию	45,66 (0,59)	Критерий Краскела–Уоллиса = 19,443, p < 0,001	44,95 (0,59)	Критерий Краскела–Уоллиса = 8,678, p = 0,013
вышли, но продолжали работать	38,88 (1,91)		39,30 (1,69)	
на пенсии	35,23 (3,31)		44,35 (2,70)	
Общий стаж работы				
≤ 10 лет	42,16 (1,50)	Критерий Краскела–Уоллиса = 7,573, p = 0,109	45,19 (1,36)	Критерий Краскела–Уоллиса = 5,425, p = 0,246
11–19	45,62 (1,24)		44,04 (1,09)	
20–29	46,13 (0,88)		44,57 (0,94)	
30–39	42,88 (1,49)		44,29 (1,51)	
≥ 40	42,30 (2,46)		40,08 (1,73)	
Семейное положение				
замужем/гражданский брак	45,48 (0,64)	Критерий Краскела–Уоллиса = 4,575, p = 0,206	45,19 (0,66)	Критерий Краскела–Уоллиса = 10,004, p = 0,019
разведенные	43,09 (1,74)		40,49 (1,46)	
вдовы	41,88 (1,80)		43,51 (1,48)	
одинокие	43,48 (5,14)		46,91 (4,70)	
Микроклимат в семье				
благоприятный	45,91 (0,70)	Критерий Краскела–Уоллиса = 22,469, p < 0,001	46,04 (0,64)	Критерий Краскела–Уоллиса = 21,659, p < 0,001
неблагоприятный	32,90 (2,27)		35,87 (2,44)	
«по разному бывает»	42,46 (0,97)		41,30 (1,05)	
Доход				
ниже прожиточного минимума	40,10 (1,16)	Критерий Краскела–Уоллиса = 15,491, p < 0,001	39,44 (1,16)	Критерий Краскела–Уоллиса = 22,287, p < 0,001
на уровне прожиточного минимума	45,43 (0,79)		45,63 (0,69)	
выше прожиточного минимума	46,43 (1,20)		46,54 (1,25)	

Возрастное понижение показателей наблюдалось также в отношении всех, без исключения, составляющих физического компонента КЖ.

Показатель психологического компонента КЖ был стабилен и не давал статистически значимых различий во всех возрастных группах. В то же время из составляющих психологического компонента КЖ с возрастом наблюдалось достоверное снижение показателей всех шкал, за исключением психического здоровья.

Анализ изменений показателей в зависимости от уровня образования позволил зарегистрировать достоверно более высокие показатели физического компонента КЖ, а из составляющих ФФ, РФФ, ОСЗ, у женщин с высшим образованием (соответственно, $46,00 \pm 0,07$, $70,11 \pm 1,73$, $63,36 \pm 2,99$, $59,54 \pm 1,46$) по сравнению с женщинами со средним уровнем образования (соответственно, $39,16 \pm 1,59$, $53,33 \pm 4,13$, $42,26 \pm 5,68$, $46,57 \pm 3,32$, $p < 0,01$). Достоверной связи между уровнем образования респондентов и психологическим компонентом КЖ, а также всех его составляющих не зарегистрировано.

Значимо более высокими были показатели психологического компонента КЖ среди не работающих женщин/домохозяек по сравнению с занятыми женщинами ($49,01 \pm 1,30$ против $44,38 \pm 0,75$, $p < 0,05$). Из составляющих психологического компонента КЖ достоверная разница выявлена между средними баллами, оценивающими жизненную активность, социальное функционирование, а также психическое здоровье.

Показатели физического компонента КЖ, а также его составляющих не имели достоверных различий в сравниваемых группах участниц исследования.

В то же время, в зависимости от пенсионного статуса, показатели физического компонента КЖ были значимо выше у работающих женщин по сравнению с группами участниц, которые вышли на пенсию, а также с теми, кто выйдя на пенсию, продолжал трудовую деятельность ($45,66 \pm 0,59$ против $35,23 \pm 3,31$ и

$38,88 \pm 1,91$, $p < 0,05$). Значимая разница между указанными парами групп выявлена также по шкале РФФ. По шкале физического функционирования, статистически значимая разница выявлена только между работающими женщинами и группой участниц, кто выйдя на пенсию, продолжал трудовую деятельность.

Достоверно выше были у работающих женщин в сравнении с теми, кто выйдя на пенсию, продолжал трудовую деятельность также показатели психологического компонента КЖ ($44,95 \pm 0,59$ против $39,30 \pm 1,69$, $p < 0,05$), а также таких его элементов, как ЖА, ПЗ, ЭФ. Баллы СФ достоверно выше были в группе работающих женщин по сравнению как с участницами на пенсии, так и с теми, кто выйдя на пенсию, продолжал трудовую деятельность.

Достоверного влияния стажа работы участниц исследования на физический и психологический компоненты КЖ не выявлено. Вместе с тем значимо более высокими оказались показатели по шкале РФФ у женщин со стажем работы 11–19, а также 20–29 лет по сравнению с участницами, проработавшими ≥ 40 лет; у участниц со стажем трудовой деятельности 20–29 лет по сравнению с женщинами со стажем работы ≤ 10 лет. Из составляющих психологического компонента КЖ достоверным было влияние стажа работы на жизненную активность женщин. У участниц опроса со стажем ≥ 40 и 30–39 лет показатели жизненной активности были достоверно ниже по сравнению со всеми группами с меньшим стажем работы.

Наиболее высокими были показатели психологического компонента КЖ у одиноких женщин и замужних/состоящих в гражданском браке ($46,61 \pm 4,70$ и $45,19 \pm 0,66$). В то же время, достоверная разница выявлена лишь между группами женщин, состоящими в браке и разведенными участницами опроса по шкале ПЗ.

Семейное положение женщин не оказывало влияния на физический компонент КЖ. В то же время выявлена связь между семейным положением женщин и такими

характеристиками физического компонента КЖ, как ФФ и ОСЗ. Значимо более высокий балл по шкале ФФ отмечен у одиноких женщин и участниц, состоявших в браке по сравнению с вдовами. Высоким был также показатель ОСЗ у женщин, состоявших в браке по сравнению с вдовами.

Значимо выше были показатели и физического, и психологического компонентов КЖ в группах женщин с уровнем дохода выше прожиточного минимума и на уровне прожиточного минимума по сравнению с участницами, указавшими уровень дохода ниже прожиточного минимума ($46,43 \pm 1,20$ и $45,43 \pm 0,79$ против $40,10 \pm 1,16$; $46,54 \pm 1,25$ и $45,63 \pm 0,69$ против $39,44 \pm 1,16$, во всех случаях, $p < 0,001$). Статистически значимая разница была выявлена между указанными группами женщин также по всем составляющим физического и психологического компонентов КЖ.

Достоверным оказалось также влияние микроклимата в семье на оба компонента КЖ. Более высокими оказались показатели физического и психологического компонентов КЖ у женщин, отмечающих наличие благоприятного микроклимата в семьях ($45,91 \pm 0,70$ и $46,04 \pm 0,6$). Влияние микроклимата в семье отмечалось также на все составляющие обоих компонентов КЖ.

Обсуждение

Средний балл качества жизни в выборке женщин составил $44,46 \pm 0,44$, что ниже показателя, полученного авторами, например, в Румынии ($63,45 \pm 0,70$) или в Иране ($56,47 \pm 0,84$) [8, 10]. Показатель качества жизни был значимо выше в группе женщин в перименопаузе по сравнению с женщинами с регулярным менструальным циклом (соответственно, $43,65 \pm 0,50$ и $46,97 \pm 0,87$, $U = 6702,50$, $p = 0,001$).

Результаты проведенного статистического анализа свидетельствуют о достоверной связи между оценкой опрошенными женщинами собственного здоровья и показателями физического и психологического компонентов КЖ, а также всеми их составляющими. Более высокими оказались показатели всех шкал у участниц

исследования, оценивших свое здоровье как отличное и выше среднего. Полученные нами результаты соответствуют данным, полученным другими исследователями [8, 9]. Значимому снижению показателей всех шкал опросника способствовали также наличие у женщин хронических заболеваний и их число. Такая же связь была установлена и другими авторами [8, 9].

В нашей выборке максимальным был показатель социального функционирования ($70,24 \pm 1,18$), минимальным — показатель общего состояния здоровья ($55,96 \pm 1,11$). По данным иранских авторов, для популяции женщин среднего возраста максимальным и минимальным оказались, соответственно показатели физического функционирования и интенсивности боли [8, 16].

Результаты исследования выявили зависимость качества жизни участниц исследования от возраста, что совпадает с результатами других авторов [8, 9, 17, 18]. В настоящем исследовании возрастное понижение показателей наблюдалось в отношении всех, без исключения, составляющих физического компонента КЖ, а также всех составляющих психологического компонента КЖ, за исключением психического здоровья.

Анализ изменений показателей в зависимости от уровня образования позволил зарегистрировать достоверно более высокие показатели физического компонента КЖ, а из составляющих ФФ, РФФ, ОСЗ, у женщин с высшим образованием. Достоверной связи между уровнем образования респондентов и психологическим компонентом КЖ, а также всех его составляющих не зарегистрировано. Полученные результаты не совпадают с результатами, полученными, например, в США, где связь между КЖ указанной группы женщин и уровнем их образования оказалась не достоверной [19]. В то же время, в исследовании, проведенном среди женщин в Иране, КНР и Саудовской Аравии выявлено позитивное воздействие высокого уровня образования на КЖ [8, 9, 20].

Согласно результатам проведенного нами исследования, занятость женщин

не оказывает влияния на уровень физического компонента КЖ, в то же время уровень психологического компонента КЖ работающих женщин оказался значимо ниже в сравнении с домохозяйками и не работающими участницами исследования. По данным других авторов занятость женщин отрицательно влияет как на психологический, так и физический компоненты КЖ [5, 20].

В работах ряда авторов не найдено достоверной связи между семейным положением женщин и как физическим, так и психологическим компонентами КЖ [4, 5, 20]. В настоящем исследовании, влияние семейного положения на суммарные показатели физического и психологического компонентов КЖ также было не значимым, в то же время, значимо более высокий балл по шкале ФФ отмечен у одиноких женщин и участниц, состоявших в браке по сравнению с вдовами. Высоким был также показатель ОСЗ у женщин, состоявших в браке по сравнению с вдовами.

Значимо выше были показатели и физического, и психологического компонентов КЖ, а также всех их составляющих в группах женщин с уровнем дохода

выше прожиточного минимума и на уровне прожиточного минимума по сравнению с участницами, указавшими уровень дохода ниже прожиточного минимума. Полученные нами данные совпадают с результатами других авторов [4, 15, 21].

Заключение

Таким образом, согласно результатам проведенного исследования факторами, оказывающими негативное воздействие на качество жизни женщин после 50 лет явились: пожилой возраст, симптомы, обусловленные пери- и постменопаузой, а также общее состояние здоровья женщин, наличие у них хронических заболеваний, низкий уровень образования, выход на пенсию, неблагоприятное семейное положение, в частности, пребывание в разводе или вдовство, низкий уровень дохода семьи, неблагоприятный микроклимат в семье.

Информация, полученная в результате данного исследования, может помочь органам здравоохранения в планировании программ, нацеленных на улучшение качества жизни женщин в периодах пери- и постменопаузы.

Список источников

1. Ibrahim Z.M., Sayed Ahmed W.A., El-Hamid S.A. Prevalence of menopausal related symptoms and their impact on quality of life among Egyptian women // *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*. 2015. Vol. 42, No. 2. P. 161–167. doi: [10.12891/ceog1828.2015](https://doi.org/10.12891/ceog1828.2015)
2. AlDughaiher A., AlMutairy H., AlAteeq M. Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia // *International Journal of Women's Health*. 2015. Vol. 7. P. 645–653. doi: [10.2147/IJWH.S84709](https://doi.org/10.2147/IJWH.S84709)
3. Ahlawat P., Singh M.M., Garg S., et al. Prevalence of Postmenopausal Symptoms, Health Seeking Behavior and Associated Factors among Postmenopausal Women in an Urban Resettlement Colony of Delhi // *International Journal of Health Sciences & Research*. 2016. Vol. 6, No. 4. P. 51–56.
4. El Hajj A., Wardy N., Haidar S., et al. Menopausal symptoms, physical activity level and quality of life of women living in the Mediterranean region // *PloS One*. 2020. Vol. 15, No. 3. P. e0230515. doi: [10.1371/journal.pone.0230515](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230515)
5. Jarecka K., Bielawska-Batorowicz E. Quality of the relationship and menopausal symptoms of menopausal women // *Health Psychology Report*. 2017. Vol. 5, No. 1. P. 55–66. doi: [10.5114/hpr.2017.62522](https://doi.org/10.5114/hpr.2017.62522)
6. Izetbegovic S., Stojkanovic G., Ribic N., et al. Features of postmenopausal uterine hemorrhage // *Medical Archives*. 2013. Vol. 67, No. 6. P. 431–434. doi: [10.5455/medarh.2013.67.431-434](https://doi.org/10.5455/medarh.2013.67.431-434)
7. Окрепилова И.Г., Венедиктова С.К.; Окрепилова И.Г., ред. Управление качеством жизни. СПб.: Изд-во СПбГУЭ; 2010.
8. Amirabadizadeh Z., Sharifzadeh Gh., Moodi M. Middle-Aged Women's Quality of Life and Health-Promoting Lifestyle // *Modern Care Journal*. 2016. Vol. 13, No. 3. P. e11597. doi: [10.5812/modernc.11597](https://doi.org/10.5812/modernc.11597)
9. Avis N.E., Colvin A., Bromberger J.T., et al. Mid-life Predictors of Health-Related Quality of Life in Older Women // *The Journal of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2018. Vol. 73, No. 11. P. 1574–1580. doi: [10.1093/gerona/gly062](https://doi.org/10.1093/gerona/gly062)
10. Ciubean A.D., Ungur R.A., Irsay L., et al. Health-related quality of life in Romanian postmenopausal

- women with osteoporosis and fragility fractures // *Clinical Interventions in Aging*. 2018. Vol. 13. P. 2465–2472. doi: [10.2147/CIA.S190440](https://doi.org/10.2147/CIA.S190440)
11. Ware Jr J.E. SF-36 Health Survey Update // *Spine*. 2000. Vol. 25, No. 24. P. 3130–3139. doi: [10.1097/00007632-200012150-00008](https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008)
 12. Kamal N.N., Seedhom A.E. Quality of life among postmenopausal women in rural Minia, Egypt // *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2017. Vol. 23, No. 8. P. 527–533.
 13. Jenabi E., Shobeiri F., Hazavehei S.M.M., et al. Assessment of Questionnaire Measuring Quality of Life in Menopausal Women: A Systematic Review // *Oman Medical Journal*. 2015. Vol. 30, No. 3. P. 151–156. doi: [10.5001/omj.2015.34](https://doi.org/10.5001/omj.2015.34)
 14. Fallahzadeh H., Balanian S., Sharifabad M.A.M. Evaluation of SF-36 Questionnaire Dimensions in Quality of Life of Postmenopausal Women Referring to Yazd City Health Centers in 2019 // *The Journal of Toloobehdasht*. 2021. Vol. 19, No. 5. P. 78–93. doi: [10.18502/tbj.v19i5.5169](https://doi.org/10.18502/tbj.v19i5.5169)
 15. Ganapathy T., Al Furaikh S.S. Health-related quality of life among menopausal women // *Archives of Medicine and Health Sciences*. 2018. Vol. 6, No. 1. P. 16–23. doi: [10.4103/amhs.amhs_122_17](https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_122_17)
 16. Motamed N., Ayatollahi A.R., Zare N., et al. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire // *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005. Vol. 11, No. 3. P. 349–357.
 17. Karmakar N., Majumdar S., Dasgupta A., et al. Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal // *Journal of Mid-Life Health*. 2017. Vol. 8, No. 1. P. 21–27. doi: [10.4103/jmh.JMH_78_16](https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_78_16)
 18. Tasnim S., Hoque F.A., Nazmeen S. Medico-social Profile of Women Experiencing Menopausal Syndrome Attending a Periurban Hospital // *Journal of Bangladesh College of Physicians & Surgeons*. 2017. Vol. 35, No. 4. P. 179–183. doi: [10.3329/jbcps.v35i4.34738](https://doi.org/10.3329/jbcps.v35i4.34738)
 19. Hilditch J.R., Lewis J., Peter A., et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties // *Maturitas*. 2008. Vol. 61, No. 1–2. P. 107–121. doi: [10.1016/j.maturitas.2008.09.014](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.09.014)
 20. Shobeiri F., Jenabi E., Hazavehei S.M.M., et al. Quality of life in postmenopausal women in Iran: a population-based study // *Journal of Menopausal Medicine*. 2016. Vol. 22, No. 1. P. 31–38. doi: [10.6118/jmm.2016.22.1.31](https://doi.org/10.6118/jmm.2016.22.1.31)
 21. Kanadys K., Wiktor–Stoma A., Lewicka M., et al. Predictors of the quality of life of women in perimenopausal period // *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2016. Vol. 23, No. 4. P. 641–648. doi: [10.5604/12321966.1226860](https://doi.org/10.5604/12321966.1226860)

References

1. Ibrahim ZM, Sayed Ahmed WA, El-Hamid SA. Prevalence of menopausal related symptoms and their impact on quality of life among Egyptian women. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015;42(2): 161–7. doi: [10.12891/ceog1828.2015](https://doi.org/10.12891/ceog1828.2015)
2. AlDughaiter A, AlMutairy H, AlAteeq M Menopausal symptoms and quality of life among Saudi women visiting primary care clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Int J Womens Health*. 2015;7:645–53. doi: [10.2147/IJWH.S84709](https://doi.org/10.2147/IJWH.S84709)
3. Ahlawat P, Singh MM, Garg S, et al. Prevalence of Postmenopausal Symptoms, Health Seeking Behavior and Associated Factors among Postmenopausal Women in an Urban Resettlement Colony of Delhi. *Int J Health Sci Res*. 2016;6(4):51–6.
4. El Hajj A, Wardy N, Haidar S, et al. Menopausal symptoms, physical activity level and quality of life of women living in the Mediterranean region. *PloS One*. 2020;15(3):e0230515. doi: [10.1371/journal.pone.0230515](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230515)
5. Jarecka K, Bielawska–Batorowicz E. Quality of the relationship and menopausal symptoms of menopausal women. *Health Psychology Report*. 2017;5(1):55–66. doi: [10.5114/hpr.2017.62522](https://doi.org/10.5114/hpr.2017.62522)
6. Izetbegovic S, Stojkanovic G, Ribic N, et al. Features of postmenopausal uterine hemorrhage. *Med Arch*. 2013;67(6):431–4. doi: [10.5455/medarh.2013.67.431-434](https://doi.org/10.5455/medarh.2013.67.431-434)
7. Okrepilova IG, Venediktova SK; Okrepilova IG, editor. *Upravleniye kachestvom zhizni*. Saint-Petersburg: Izdatel'stvo SPSEU; 2010. (In Russ).
8. Amirabadizadeh Z, Sharifzadeh Gh, Moodi M. Middle-Aged Women's Quality of Life and Health-Promoting Lifestyle. *Mod Care J*. 2016. Vol. 13, No. 3. P. e11597. doi: [10.5812/modernc.11597](https://doi.org/10.5812/modernc.11597)
9. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, et al. Midlife Predictors of Health-Related Quality of Life in Older Women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73(11):1574–80. doi: [10.1093/gerona/gly062](https://doi.org/10.1093/gerona/gly062)
10. Ciubean AD, Ungur RA, Irsay L, et al. Health-related quality of life in Romanian postmenopausal women with osteoporosis and fragility fractures. *Clin Interv Aging*. 2018;13:2465–72. doi: [10.2147/CIA.S190440](https://doi.org/10.2147/CIA.S190440)
11. Ware Jr JE. SF-36 Health Survey Update. *Spine*. 2000;25(24):3130–9. doi: [10.1097/00007632-200012150-00008](https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008)
12. Kamal NN, Seedhom AE. Quality of life among postmenopausal women in rural Minia, Egypt. *East Mediterr Health J*. 2017;23(8):527–33.
13. Jenabi E, Shobeiri F, Hazavehei SM, et al. Assessment of Questionnaire Measuring Quality of Life in Menopausal Women: A Systematic Review. *Oman Med J*. 2015;30(3):151–6. doi: [10.5001/omj.2015.34](https://doi.org/10.5001/omj.2015.34)
14. Fallahzadeh H, Balanian S, Sharifabad MAM. Evaluation of SF-36 Questionnaire Dimensions

- in Quality of Life of Postmenopausal Women Referring to Yazd City Health Centers in 2019. *J Tolooebehdasht*. 2021;19(5). P. 78–93. doi: [10.18502/tbj.v19i5.5169](https://doi.org/10.18502/tbj.v19i5.5169)
15. Ganapathy T, Al Furaikh SS. Health-related quality of life among menopausal women. *Arch Med Health Sci*. 2018;6(1):16–23. doi: [10.4103/amhs.amhs_122_17](https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_122_17)
16. Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, et al. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *East Mediterr Health J*. 2005;11(3):349–57.
17. Karmakar N, Majumdar S, Dasgupta A, et al. Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. *J Midlife Health*. 2017;8(1):21–7. doi: [10.4103/jmh.JMH_78_16](https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_78_16)
18. Tasnim S, Hoque FA, Nazmeen S. Medico-social Profile of Women Experiencing Menopausal Syndrome Attending a Periurban Hospital. *J Bangladesh Coll Phys Surg*. 2017;35(4):179–83. doi: [10.3329/jbcps.v35i4.34738](https://doi.org/10.3329/jbcps.v35i4.34738)
19. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. 2008;61(1–2):107–21. doi: [10.1016/j.maturitas.2008.09.014](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.09.014)
20. Shobeiri F, Jenabi E, Hazavehei SMM, et al. Quality of life in postmenopausal women in Iran: a population-based study. *J Menopausal Med*. 2016;22(1):31–8. doi: [10.6118/jmm.2016.22.1.31](https://doi.org/10.6118/jmm.2016.22.1.31)
21. Kanadys K, Wiktor-Stoma A, Lewicka M, et al. Predictors of the quality of life of women in perimenopausal period. *Ann Agric Environ Med*. 2016; 23(4):641–8. doi: [10.5604/12321966.1226860](https://doi.org/10.5604/12321966.1226860)

Дополнительная информация

Финансирование. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Этика. Использованы данные пациента в соответствии с письменным информированным согласием.

Ограничения исследования. Изученная выборка сформирована из женской популяции, проживающей в городе Ереван, следовательно, полученные результаты не могут быть распространены на всю популяцию женщин пери- и постменопаузального возраста в Республике Армения.

Информация об авторах:

✉ *Мирзоян Лилия Робертовна* — аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинского Института, <https://orcid.org/0000-0002-7349-3462>, e-mail: puma-25@inbox.ru

Симонов Сергей Николаевич — д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинского Института, SPIN: 6744-7183, <https://orcid.org/0000-0002-7297-9583>, e-mail: simonovsn@mail.ru

Джндоян Зинаида Титаловна — д-р мед. наук, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, <https://orcid.org/0000-0001-5988-8516>, e-mail: jndoyanzinaida@rambler.ru

Вклад авторов:

Мирзоян Л. Р. — разработка дизайна исследования, сбор первичного материала, статистическая обработка результатов исследования, написание статьи.

Симонов С. Н. — разработка концепции исследования, научное руководство, редактирование текста статьи.

Джндоян З. Т. — сбор первичного материала, разработка концепции исследования, редактирование текста статьи.

Утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи — все соавторы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Funding. The authors declare no funding for the study.

Ethics. The data is used in accordance with the informed consent of patient.

Ограничения исследования. The studied sample was formed from the female population living in the city of Yerevan, therefore, the results obtained cannot be extended to the entire population of women of peri- and postmenopausal age in the Republic of Armenia.

Information about the authors:

✉ *Lilia R. Mirzoyan* — Postgraduate Student of Department Public Health and Healthcare of the Medical Institute, <https://orcid.org/0000-0002-7349-3462>, e-mail: puma-25@inbox.ru

Sergey N. Simonov — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Public Health and Healthcare of the Medical Institute, SPIN: 6744-7183, <https://orcid.org/0000-0002-7297-9583>, e-mail: simonovsn@mail.ru

Zinaida T. Dzhdoyan — MD, Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, <https://orcid.org/0000-0001-5988-8516>, e-mail: jndoyanzinaida@rambler.ru

Contribution of the authors:

Mirzoyan L. R. — development of research design, collection of primary material, statistical processing of research results, writing an article.

Simonov S. N. — development of the research concept, scientific guidance, editing the text of article.

Dzhdoyan Z. T. — collection of primary material, development of the research concept, editing the text of article.

Approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article all authors.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.