

## مشکلات جسمی و روانی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام

معصومه شوهانی<sup>۱</sup> - فاطمه رسولی<sup>۲</sup> - پریش حاجی امیری<sup>۲</sup> - دکتر محمود محمودی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** یائسگی، به عنوان یک مرحله بحرانی و مهمترین واقعه دوران میانسالی است. در این دوران زنان دچار مشکلات جسمی و روانی متعددی می‌شوند که باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد. این پژوهش با هدف کلی تعیین مشکلات جسمی و روانی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر ایلام انجام گردید.

**روش کار:** واحد‌های مورد پژوهش را ۱۵۰ نفر زن یائسه تشکیل میدادند که یائسگی طبیعی را به صورت قطع قاعدگی حداقل برای ۱۲ ماه داشتند و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ساختاری شامل اطلاعات دموگرافیک، سوابق بهداشتی، چک لیست علائم و نشانه‌ها و همچنین تست‌های استاندارد بک و کتل و از طریق مصاحبه چهره به چهره جمع‌آوری گردیدند.

**یافته‌ها:** میانگین سن یائسگی ۴۸/۷ سال بود. میانگین کلسیم دریافتی ۲۴ ساعته (۶۰۳/۹ میلی گرم) بود. مشکلات عضلانی اسکلتی (۷۶/۷٪ درد مفاصل)، اروژنیتال (خشکی واژن و کاهش میل جنسی ۴۲٪) و اوزوموتور (گرگرفتگی ۵۵/۳٪)، هیپرتانسیون (۳۷/۳٪) در این زنان شایع بود. ضمن این که (۳۲٪) افسردگی خفیف، (۲۲/۷٪) اضطراب خفیف و (۳۹/۳٪) اختلال حافظه نزدیک داشتند. بین این علائم و برخی از متغیرهای بررسی شده ارتباط معناداری مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** میانگین سن یائسگی طبیعی نمونه‌های مطالعه نسبت به دیگر کشورها ی آسیایی و غربی کمتر بود. شیوع و شدت مشکلات جسمی و روانی در این زنان قابل ملاحظه یعنی بیش از حد انتظار بود. با توجه به تاثیر یائسگی بر کیفیت زندگی زنان و سلامت جامعه، ارایه مراقبت‌های تدوین شده‌ای به آنان در این دوران ضروری می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** یائسگی طبیعی، مشکلات جسمی، مشکلات روانی

پذیرش مقاله: ۸۵/۱۲/۱۵

دریافت مقاله: ۸۴/۵/۳۰

۱ - کارشناس ارشد پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی ایلام: بیمارستان شهید مصطفی خمینی، دفتر پرستاری (نویسنده مسؤول)

تلفن: ۰۸۴۱-۳۳۳۹۷۳۲

فکس: ۰۸۴۱-۳۳۳۸۴۵۵

پست الکترونیکی: msh 282000@yahoo.com

۲ - عضو هیئت علمی گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۳ - دکتری آمار دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

## مقدمه

آزادی نام برده‌اند درحالی که لوک گزارش کرد که ۶۵٪ زنان ژاپنی از یائسگی به عنوان رویدادی بی‌اهمیت یاد کرده‌اند [۱۰]. مطالعات انجام شده در ایران نشاندهنده وجود ۶۳/۱٪ درد مفاصل، ۴۸/۹٪ گرگرفتگی و ضعف و ۳۹/۱٪ کاهش میل جنسی در زنان یائسه بوده است [۱۱]. با توجه به تفاوت‌های مشاهده شده در مورد یائسگی و علایم آن می‌توان گفت که سیمتوماتولوژی علایم یائسگی می‌تواند یک پدیده مرتبط با فرهنگ بوده و وضعیت روحی، روانی، اجتماعی و سلامت عاطفی افراد در تجربه آن دخیل است. در کشور ایران، زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند. میانگین سنی و امید به زندگی در آن‌ها همانند زنان دیگر کشورها رو به افزایش است، در نتیجه تعداد زنان یائسه رو به افزایش است، علاوه بر این ایران کشوری وسیع است که در آن قومیت‌های متعدد با فرهنگ‌های گوناگون زندگی می‌کنند. بنابراین شیوع و شدت علایم یائسگی در نقاط مختلف کشور با هم متفاوت خواهد بود. با توجه به تأثیر یائسگی و مشکلات آن بر کیفیت زندگی زنان، پژوهش حاضر با هدف تعیین مشکلات جسمی و روانی زنان یائسه به عنوان اولین مرحله در جهت برنامه‌ریزی‌ها و ارایه راه‌کارهایی برای حل مشکلات آنان انجام گردید.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی توصیفی - تحلیلی، است، که بر روی ۱۵۰ نفر از زنان یائسه ۴۰-۶۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر ایلام در سال ۱۳۸۲ صورت پذیرفت. کمبود هورمون استروژن در زنان با تغییرات جسمی، روانی و آندوکروینی متعددی همراه است. مطالعه حاضر به بررسی این تغییرات بر اساس علایم و نشانه‌ها می‌پردازد. از مهم‌ترین نکات این پژوهش در نظر گرفتن زنان با یائسگی طبیعی (بدون سابقه جراحی سیتیم ژنیتال منتج به یائسگی) که حداقل ۱۲ ماه از قطع قاعدگی آن‌ها گذشته باشد و سابقه بیماری جسمی یا روانی در یک سال گذشته را نداشتند و بررسی کلیه علایم و نشانه‌ها در سیستم‌های مختلف بر اساس تحقیقات و منابع موجود و ارتباط بین این تغییرات با هم و با سوابق فردی و بهداشتی است. واحدهای مورد پژوهش بر اساس مشخصات نمونه و به صورت تصادفی از میان زنان واجد

یائسگی یکی از مراحل بحرانی زندگی زنان محسوب می‌شود [۱] و مهم‌ترین واقعه میانسالی (۴۰-۶۵ سالگی) در زنان است [۲]. یائسگی نشانه گذر از توانایی تولیدمثل و رسیدن به ناباروری است [۳]. سازمان بهداشت جهانی یائسگی را این گونه تعریف می‌کند: قطع واقعی قاعدگی به مدت ۱۲ ماه به علت از دست رفتن فعالیت فولیکولهای تخمدانی [۴]. زنان در سنین متفاوت یائسه می‌شوند و میانگین یائسگی در حدود ۵۲-۵۰ سال تخمین زده شده است [۵]. یائسگی از نظر شخصی، اجتماعی و فرهنگی حایز اهمیت بوده و به عنوان یکی از مسایل بهداشتی در طیف بهداشت باروری و بهداشت زنان دارای اهمیت ویژه‌ای است [۶] امروزه تغییرات آندوکروینی، جسمی و روانی متعددی به یائسگی نسبت داده‌اند که به علت کمبود استروژن رخ می‌دهد [۷]. مطالعه در مورد یائسگی اخیراً بیشتر مورد توجه قرار گرفته است زیرا امید به زندگی در زنان افزایش یافته است (۸۴ سال) و زنان حداقل یک سوم عمر خود را بعد از یائسگی می‌گذرانند که به تبع آن تظاهرات بعد از یائسگی همانند استئوپروز، بیماریهای قلبی عروقی، آترونی اروژنیتال و بی‌اختیاری ادراری افزایش یافته است [۵ و ۳].

اکثر مطالعات انجام شده در زمینه تجربه زنان از یائسگی در کشورهای توسعه یافته و صنعتی غرب بوده است در حالی که مطالعات کمی در این زمینه در کشورهای آسیایی در حال توسعه آسیایی انجام شده است. کشورهای آسیایی از نظر اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و سازماندهی سیستم‌های مراقبت بهداشتی و شرایط زندگی زنان بادیگر کشورها تفاوت دارد. تعجب آور نیست که یافته‌های گزارش شده در مطالعات مختلف، باهم متفاوت است. مطالعه هوهمکاران [۸] بر روی زنان یائسه چینی نشان داد که ۱۰٪ زنان از گرگرفتگی شاکی بوده و ۲۸/۲۶٪ آن‌ها کمردرد و ۲۷/۱۶٪ درد مفاصل داشته‌اند. در حالی که مطالعه دنراستین و همکاران [۹] در ملبورن بر روی زنان یائسه نشان داد که ۵۲٪ زنان از گرگرفتگی و ۴۵٪ از درد مفاصل شاکی بوده‌اند. نتایج مطالعات پرهیزگار [۱۱] در ایران نیز نشاندهنده وجود درد استخوانی ۶۳/۱٪ و کاهش میل جنسی ۳۹/۱٪ بود. فلینت نیز گزارش کرد که زنان هندی از یائسگی به عنوان یک پاداش و احساس

جدول شماره ۳ شایع‌ترین علایم و نشانه‌های گزارش شده توسط زنان یائسه در سیستم‌های مختلف را بر اساس فراوانی نسبی نشان می‌دهد. بر طبق این جدول استئوپروز شایع‌ترین مشکل گزارش شده توسط واحدهای مورد پژوهش بوده که ۷۶/۷٪ واحدها از درد مفاصل به عنوان شایع‌ترین علامت شاکی بودند. همچنین ۳۹/۳٪ نمونه‌ها اختلال در حافظه نزدیک و ۴۸٪ آن‌ها اختلال در خواب را به صورت دیر به خواب رفتن و بیدار شدن در طول شب را دارا بودند.

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که (۳۶/۶۶٪) واحدهای مورد پژوهش از هیچ روشی جهت کاهش علایم استفاده نمی‌کردند و (۷/۳۳٪) از هر دو روش دارویی و غیردارویی استفاده می‌کردند.

همچنین بر طبق نتایج این پژوهش ارتباط معناداری بین شدت گرگرفتگی و متغیرهای سطح تحصیلات ( $p < 0/03$ ) مدت زمان یائسگی ( $p = 0/001$ ) و مقدار مصرف چای ۲۴ ساعته ( $p = 0/008$ ) وجود داشت.

متغیرهای مدت زمان یائسگی بر شدت کاهش کلاژن پوست ( $p = 0$ )، وضعیت تاهل بر آتروفی واژن ( $p = 0/001$ ) نوع و تعداد زایمان بر شدت علایم و نشانه‌های سیستم‌های رکتوسل و رکتوسل ( $p < 0/05$ ) مؤثر بوده‌اند. همچنین نوع زایمان بر بی‌اختیاری ادرار ( $p = 0/02$ ) و عفونت ادراری بر بی‌اختیاری ادرار مؤثر بوده است ( $p = 0/001$ ).

متغیرهای مدت فعالیت روزانه ( $p = 0/02$ ) و مصرف روغن حیوانی ( $p = 0/002$ ) بر شدت اختلالات قلبی - عروقی تأثیرگذار بوده‌اند و در ارتباط با استئوپروز، متغیرهای سن ( $p = 0/03$ )، میزان کلسیم دریافتی ۲۴ ساعته ( $p = 0/02$ ) و سابقه شکستگی خود به خود در خانواده ( $p = 0/009$ ) بر شدت استئوپروز مؤثر بوده‌اند.

نتایج نشان داد که بین افسردگی و متغیرهای وضعیت تاهل ( $p = 0/029$ )، داشتن یا نداشتن اطلاعاتی در مورد یائسگی ( $p = 0/004$ )، استئوپروز ( $p = 0/05$ ) و اضطراب ( $p = 0/05$ ) ارتباط معناداری وجود داشت. ولی بین اضطراب و متغیرهای مورد بررسی ارتباطی مشاهده نشد. همچنین بین اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری وجود داشت ( $p = 0/002$ ).

شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. تعداد نمونه‌ها در هر مرکز از قبل با توجه به جمعیت تحت پوشش آن‌ها تعیین شده بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ساختاری حاوی اطلاعات دموگرافیک، سوابق بهداشتی (رژیم غذایی و فعالیت‌های روزانه، تاریخچه قاعدگی و یائسگی، استفاده از داروها)، چک لیست علایم و نشانه‌های یائسگی (واژوموتور، پوستی، آتروفی اروژنیتال، پستانی، قلبی - عروقی، استئوپروز و علایم نامشخص جسمی) بود. از مقیاس استاندارد بک و کتل به ترتیب جهت بررسی افسردگی و اضطراب استفاده شد، ضمناً سؤالاتی در مورد اختلالات خواب و وضعیت حافظه پرسیده شد. جهت تخمین میزان کلسیم مصرفی توسط نمونه‌ها، از جدول رژیم غذایی ۲۴ ساعت قبل نمونه‌ها میزان کلسیم دریافتی بر حسب میلی گرم بر آورد گردید. ابزار فوق پس از تهیه از نظر اعتبار محتوی توسط اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تربیت مدرس مورد تأیید قرار گرفت. جهت پایایی ابزار از آزمون مجدد با ضریب همبستگی بیش از ۰/۹۷ مورد استفاده گردید. قد، وزن، فشار خون و نبض بر اساس یک پروتکل استاندارد و BMI بر حسب  $kg/m^2$  محاسبه شد. نحوه جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه حضوری با نمونه‌ها و به ترتیب مصاحبه، مشاهده و معاینه بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار (SPSS) آمار توصیفی مانند جداول توزیع میانگین‌ها و فراوانی مطلق و نسبی و آمار استنباطی (آزمون دقیق فیشر و کای دو) جهت بررسی تأثیر مشخصات فردی و سوابق بهداشتی بر علایم و نشانه‌های جسمی و روانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

یافته‌های مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها در جدول شماره ۱ آمده که اکثریت ۳۶/۷٪ واحدهای مورد پژوهش در رده سنی ۵۴-۵۰ سال و میانگین سنی آنها ۵۴/۹ سال بود.

یافته‌های مربوط به سوابق بهداشتی در جدول شماره ۲ آمده که ۳۶/۷٪ زنان در محدوده سنی ۵۴-۵۰ سال یائسه شده‌اند و میانگین سن یائسگی ۴۸/۷ سال بوده است.

**جدول ۱:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی زنان یاتسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرايلام در سال ۱۳۸۲

مشخصه فردی	وضعیت	تعداد	درصد
سن برحسب سال	۴۰-۴۴	۳	۲
	۴۵-۴۹	۱۹	۱۲/۷
	۵۰-۵۴	۵۵	۳۶/۷
	۵۵-۵۹	۳۲	۲۱/۳
	۶۰-۶۵	۴۱	۲۷/۳
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
	میانگین	سال ۵۴/۹	
انحراف معیار	سال ۵/۵		
وضعیت تأهل	متاهل	۱۱۰	۷۳/۳
	همسر مرده	۴۰	۲۶/۷
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
سطح تحصیلات	بی سواد	۱۳۳	۸۸/۷
	ابتدایی	۱۵	۱۰
	دیپلم	۲	۱/۳
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
شغل	خانه دار	۱۴۳	۹۵/۳
	کارمند	۷	۴/۷
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
شاخص توده بدن (BMI)	چاق	۳۷	۲۴
	لاغر	۳	۲
	متناسب	۱۱۹	۷۳/۳
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
نژاد	آریایی	۱۴۴	۹۶
	عرب	۶	۴
	جمع	۱۵۰	۱۰۰

**جدول ۲:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوابق بهداشتی زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام در سال ۱۳۸۲

درصد	تعداد	وضعیت	سوابق بهداشتی
۲۶	۳۹	۴۰-۴۴	سن زمان یائسگی برحسب سال
۳۲	۴۸	۴۵-۴۹	
۳۶/۷	۵۵	۵۰-۵۴	
۵/۳	۸	۵۵-۵۹	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۵۲	۷۸	۱-۵	مدت زمان یائسگی برحسب سال
۲۱/۳	۳۲	۶-۱۰	
۲۶/۷	۴۰	۱۱+	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۴۴	۶۶	۱-۵	مدت زمان فعالیت روزانه برحسب ساعت (داخل و خارج منزل)
۴۹/۳	۷۴	۵-۱۰	
۶/۷	۱۰	۱۰+	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۶/۷	۱۰	بله	ورزش کردن
۹۰	۱۳۵	خیر	
۳/۳	۵	گاهی اوقات	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۵/۳	۸	بله	سیگار کشیدن
۹۴/۷	۱۴۲	خیر	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۷/۳	۱۱	کافی	
۹۲/۷	۱۳۹	ناکافی	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۶۰۳/۹ میلی گرم		میانگین کلسیم	
۴۲۹/۱ میلی گرم		انحراف معیار	
۳۳/۳	۵۰	بله	مصرف روغن حیوانی
۶۶/۷	۱۰۰	خیر	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۹۲	۱۳۸	بله	
۸	۱۲	خیر	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۴۵/۳	۶۸	بله	قرار گرفتن در معرض آفتاب
۵۴/۷	۸۲	خیر	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۲۰	۳۰	بله	
۸۰	۱۲۰	خیر	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۳۳/۴	۱۰	گروه پزشکی	منبع کسب اطلاعات یائسگی
۶۰	۱۸	خانواده و دوستان	
۶/۶	۲	کتاب، مقالات و نشریات	
۱۰۰	۳۰	جمع	

**جدول ۳:** توزیع فراوانی نسبی شایع ترین علایم و نشانه‌های جسمی و روانی زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام سال ۱۳۸۲

مشکلات جسمی و روانی	علایم و نشانه‌های شایع
وازوموتور	گر گرفتگی (۵۵/۳٪)
	احساس کرختی و بیحسی انتهاها (۶۳/۳٪)
پوستی	هیرسوتیسم (۲۷/۳٪)
	کاهش مو (۳۸٪)
	آکنه (۱۲٪)
	کاهش کلاژن پوستی (۵۱/۳٪)
اوروژنیال و پستانی	کاهش حساسیت پستان‌ها (۶۶/۷٪)
	آتروفی واژن (۶۳٪)
	عفونت ادراری (۳۳/۳٪)
	عفونت واژن (۱۱/۳٪)
	سیستوسل (۵۸/۷٪)
	رکتوسل (۲۲/۷٪)
	پرولاپس رحم (۱۰/۷٪)
	بی‌اختیاری ادرار (۲۸/۷٪)
	تغییرات قلبی (۲۱/۳٪)
	تنگی نفس (۲۷/۳٪) - درد قفسه سینه (۱۸٪)
عضلانی و اسکلتی	درد مفاصل (۷۶/۷٪)
علایم غیر مشخص جسمی	افزایش وزن (۳۲٪)
روانی	افسردگی (۲۳٪)
	اضطراب (۲۲/۷٪)
	اختلال در حافظه (۳۹/۳٪)
	اختلال در خواب (۴۸٪)

**جدول ۴:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده از روش‌های دارویی و غیر دارویی کاهنده علایم در زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی

شهر ایلام در سال ۱۳۸۲

استفاده از روش دارویی	استفاده از روش‌های غیر دارویی		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بله	۱۱	۷/۳۳	۷۸	۵۲
خیر	۶	۴	۳۶/۶۶	۶۱
جمع	۱۷	۱۱/۳	۱۳۳	۸۸/۶۶

عواملی همانند تفاوت در تعریف منوپوز، جمعیت مورد مطالعه و روش تحقیق ارتباط دارد.

بررسی رفتارهای بهداشتی در این پژوهش نشان داد که نمونه‌ها به اندازه کافی کلسیم مصرف نمی‌کردند (میانگین ۲۴ ساعت  $9/603$  mg) این در حالیست که میزان کلسیم دریافتی ۲۴ ساعت توصیه شده در افراد زیر ۶۵ سال بدون دریافت استروژن  $1500$  mg است [۱۴].

### بحث

میانگین سن یائسگی در زنان جامعه مورد پژوهش ۴۸/۷ سال بود که مشابه دیگر مطالعات انجام شده در ایران است [۱۱ و ۱۲]. ولی نسبت به میانگین سن یائسگی در دیگر کشورهای آسیایی، قفقازی و صنعتی غربی کمتر بود [۱، ۵، ۱۰ و ۱۳]. البته تفاوت در سن منوپوز طبیعی علاوه بر فاکتورهای محیطی، اقتصادی، اجتماعی و ژنتیکی به

خشکی واژن (۴۲٪) و کاهش میل جنسی (۴۱/۳٪) شایع‌ترین تغییرات اوژنتیال بودند. دنراستین و همکاران (۲۰۰۲) در یک مطالعه طولی اختلال عملکرد جنسی را در یک سال بعد از منوپوز ۴۲٪ و هشت سال بعد از منوپوز ۸۸٪ اعلام کردند که به طور قطع با منوپوز ارتباط داشت [۲۶]. در برخی مطالعات خشکی واژن به طور قابل ملاحظه‌ایی کمتر گزارش شده است [۲۱ و ۱۸]. علت احتمالی شیوع کم این علائم می‌تواند مربوط به مسایل فرهنگی زنان باشد به طوری که در برخی جوامع صحبت کردن راجع به مسایل جنسی سخت بوده و برخی نیز تغییرات جنسی را با افزایش سن طبیعی می‌دانند.

تکرر ادرار و بی‌اختیاری ادرار افزایش یافته بود که مشابه نتایج یونیا هوتوا [۱۰]، کان‌بوی [۱۷] و ریزک [۲۲] است. هیپرتانسیون و تنگی نفس جزء گروه‌های علامتی شایع بودند. یوسف‌زاده و جعفرزاده [۱۶]، ابرامیر [۱۸] و لور [۲۷] نیز نتایج مشابهی را گزارش نمودند. منوپوز یک عامل خطرزای شدید برای استئوپروز است [۳ و ۲۸]. درد مفاصل (۷۶/۷٪) شایع‌ترین علامت گزارش شده توسط زنان در این مطالعه بود. در تحقیق کان‌بوی و همکاران [۱۷] نیز درد و سفتی مفاصل (۷۶٪) گزارش گردید. همچنین در مطالعاتی که در چین [۸]، تایلند [۱۰]، امارات متحده عربی [۲۲] انجام شد نتایج مشابهی گزارش گردید. افسردگی، اضطراب، اختلال در حافظه و فراموشی و اختلال در خواب در این زنان افزایش یافته بود. این علائم مشابه نتایج ساگروز [۲۹]، بلاچ [۳۰] و کیم و همکاران [۲۱] بود. این علائم را برخی مطالعات به کاهش فعالیت تخمدان و کمبود استروژن نسبت داده‌اند اما برخی دیگر آن را تأیید نمی‌کنند. مطالعات طولی اثر فاکتورهای اجتماعی، سایکولوژیکال و بهداشتی همراه با شیوع بیشتر علائم سایکولوژیکال دوران منوپوز را تأیید می‌کنند [۸]. در مطالعه ما ارتباط معناداری بین برخی متغیرهای دموگرافیک و بهداشتی با شیوع علائم منوپوز دیده شد. سطح تحصیلات و مدت زمان یائسگی با شدت گرگرفتگی نسبت عکس داشت. و نکته جالب این بود در زنانی که روزانه بیشتر از ۳ لیوان چای مصرف می‌کردند، شدت گرگرفتگی کمتر بود. همچنین با افزایش سن یائسگی، چین و چروک پوست بیشتر شده بود. دشرنی و ناتان [۲۳] این ارتباط را تأیید می‌کنند. شدت آترونی واژن در زنان متاهل کمتر بود. براون ۲۰۰۰ می‌گوید: در زنانی که از نظر

نمونه‌ها علی‌رغم آفتاب‌گیر بودن محل سکونتشان به اندازه کافی در معرض نور مستقیم آفتاب قرار نمی‌گرفتند و اکثریت آن‌ها ورزش نمی‌کردند. این نتایج مشابه دیگر دیگر تحقیقات انجام شده است [۱۵ و ۱۱]. به اعتقاد پژوهشگر سطح پایین تحصیلات، عدم آگاهی، عدم آرایه آموزش در مراکز بهداشتی درمانی و عدم آرایه مراقبت‌های تنظیم شده به زنان یائسه می‌تواند از علل عدم رعایت رفتارهای بهداشتی مطلوب باشد. نکته قابل ملاحظه در این پژوهش عدم داشتن اطلاعاتی در زمینه یائسگی در ۸۰٪ نمونه‌ها بود ضمن این که ۶۰٪ اعلام کردند که خانواده و دوستان منبع اطلاعات آن‌ها بوده‌اند.

در این مطالعه مشکلات جسمی مورد بررسی به ۵ دسته اصلی وازوموتور، اروژنتیال و پستانی، پوستی، قلبی عروقی، عضلانی و اسکلتی و علائم غیر مشخص جسمی و مشکلات روانی شامل اضطراب و افسردگی و اختلال حافظه و خواب تقسیم شدند.

نتایج نشان داد آنچه که توسط زنان جامعه مورد پژوهش تجربه شده است مشابه دیگر مطالعات انجام شده در کشورهای آسیایی، آمریکایی و... است هر چند در برخی موارد از نظر شیوع و شدت تفاوت‌هایی دیده می‌شود.

گرگرفتگی شایع‌ترین علامت وازوموتور بود که مشابه دیگر مطالعات انجام شده در ایران [۱۶] و آسیا [۱۷ و ۱۸] و استرالیا [۹] و ترکیه [۱۹] بود. شیوع علائم وازوموتور در برخی مشاهدات همانند هنگ کنگ [۸]، آسیای جنوب شرقی [۲۰] و سنگاپور [۲۱] به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر گزارش شده است (گرگرفتگی ۱۷/۶٪ و تعرق شبانه ۸/۹٪).

این تفاوت در شیوع می‌تواند به علت تفاوت‌های بیولوژی در نژادهای مختلف، سبک زندگی، مسایل فرهنگی و اجتماعی و مصرف رژیم غذایی با مقدار بالای فیتواستروژن‌ها در آسیایی‌ها باشد [۲۱ و ۲۲]. در این مطالعه ۵۱/۳٪ زنان افزایش چین و چروک پوست را گزارش کردند. کان‌بوی و همکاران نیز در مطالعه خود تغییرات در کلاژن و تون ظاهری پوست را ۶۳٪ گزارش کردند [۱۷]. این تغییرات از نظر زیبایی مهم بوده و زنان آن‌را نشانه شروع دوران یائسگی می‌دانند [۲۳]. شواهد زیادی نشان می‌دهد که کمبود استروژن نقش مهمی در این تغییرات بازی می‌کند [۲۴ و ۲۵].

یائسگی و عدم وجود ارایه مراقبت‌هایی در مراکز بهداشتی درمانی به آن‌هاست.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان‌دهنده شیوع بالای عوارض جسمی و روانی در زنان یائسه است. این در حالیست که زنان فاقد اطلاعات در زمینه یائسگی می‌باشند و نکته مهم‌تر این که زنان پس از پایان دوران باروری در سیستم بهداشتی درمانی کشور جایگاه خاصی نداشته و عملاً در این دوران هیچ گونه مراقبتی را دریافت نمی‌کنند. لذا ارایه مراقبت‌های تدوین شده‌ای از سوی مراکز بهداشتی درمانی به زنان یائسه لازم و ضروری می‌باشد.

از نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات مشابه می‌توان در زمینه شناسایی مشکلات این زنان جهت ارایه آموزش‌های لازم و تصمیم‌گیری‌های مناسب می‌توان استفاده نمود. به علاوه مطالعات آینده در این زنان بر اساس جمعیت، نمونه بیشتر شامل زنان روستایی و شهری، بررسی فاکتورهای متعدد، اندازه‌گیری هورمونی و طرح‌های طولی جهت تعیین اثر پیری از تغییرات دوران یائسگی توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر ایلام و راهنمایی‌های اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر و قدردانی می‌شود.

جنسی فعال هستند آترونی واژن کمتر دیده می‌شود [۳۱]. شدت آترونی صدی در افرادی که فعالیت روزانه بیشتر از ۵ ساعت داشتند و روغن حیوانی مصرف نمی‌کردند کمتر بود. نتایج مشابه توسط لی و همکاران [۳۲] و مک نامارا [۳۳] ارایه گردیده است.

با افزایش سن زنان و عدم مصرف کافی کلسیم شدت استئوپروز بیشتر شده بود. نتایج مشابه توسط هو و همکاران [۸] و وارناوهمکاران [۳۴] ارایه شده است. نکته جالب توجه در این پژوهش تأثیر عفونت ادراری بر بی‌اختیاری ادرار بود که مشابه نتایج مطالعه طولی شربین و همکاران بود [۳۵].

بین شدت افسردگی و وضعیت تاهل و داشتن اطلاعات در مورد یائسگی رابطه مثبتی وجود داشت به طوری که در زنان متاهل و زنان دارای اطلاعات درباره یائسگی شدت افسردگی کمتر بود. نتایج مشابه چونگ و همکاران [۳۶] ارایه شده است. لیندمن و همکاران [۳۷] در فنلاند مجرد بودن و تنها بودن را یکی از علل افسردگی ذکر کردند. همچنین ارتباط مثبتی بین افسردگی و اضطراب یافت شد. ساگروز [۲۹] نیز این ارتباط را گزارش کرد.

نتایج مطالعه نشان داد که فقط ۷/۳۳٪ نمونه‌ها از روش‌های دارویی و غیردارویی جهت کاهش علائم استفاده می‌کردند. که بسیار کمتر از مراقبت‌ها و درمان‌های ارایه شده در دیگر مطالعات است. بونیا هوترا [۱۰] اعلام کرد ۴۱٪ زنان مطالعه آن‌ها از درمان‌های پزشکی جهت کاهش علائم استفاده می‌کردند. علت این تفاوت عدم آگاهی زنان ما از

### منابع

- 1- Abrenethy, K. The menopause and HRT. 2th. Ed. Edinbiurg, Bailliere tindall.2002. p: 65-67.
- 2- Rogerio, L. A and Others. Treatment Of The Postmenopause Women, Basical And Clinical Aspects. 2th. ed. Philadelphia: Lippincott. W & W.1999.p: 2-8.
- 3- Scott, J. Danforth's Obstetric & Gynecology. 8th. ed. Philadelphia: Lippincott. W & W Co; 2003.p:677-690.
- 4- Bobak, I and Others. Maternity and Women's Health Care. 7th. Ed. St-Louis: Mosby Co.2000.p:128-130.
- 5- Speroff, L. Clinical Cynecology Endocrinology And Infertility. 6th. ed. Newyork: Lippincott, W & W Co; 2005.p:655-670.
- 6- Stanhopse, M. and Lancaster, J. Community & Public Health Nursing. 5th. ed. St-Louis. Mosby Co.2000. p: 556-557.
- 7-Sakala, E. High-Yield Obstetrics And Gynecology. 2th. ed. Newyork: Lippin Cott. W & W; 2001.
- 8- Ho, S. "The prevalence of osteoporosis in the Hongkong chinese female population". Maturitase; 1999. 32: 171-178.
- 9- Dennerstein, L. "Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause?"



- Fertility & Strility; 2001. 76(3): 456-460.
- 10-Punyahotra, S. "Menopausal experiences of Thai women: symptom and their correlates". *Maturitas*; 1997;26: 1-7.
- ۱۱- پرهیزگار، عهدیه. بررسی میزان آگاهی و عملکرد زنان در مورد تغییرات فیزیولوژیکی و پیشگیری از عوارض یائسگی در درمانگاه بهداشتی شهر سنجند. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی کردستان، ۱۳۸۲. سال ۲، شماره ۳، صفحه ۲۶-۲۱.
- ۱۲- عابدی، سوسن. بررسی ارتباط شاخص توده بدنی و سن یائسگی در زنان یائسه خانوارهای ساکن مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۷.
- 13-Chim, M and et al. "The prevalence of menopausal symptom in community in syngapore". *Maturitas*;2002; 41: 275-82.
- 14-Blak, J. M. and etal. *Medical-Surgical Nursing, Clinical Mangment for Positive Outcomes*. 6th. Ed. Philladelphia: Saunders Co;2001.p:
- ۱۵- عبدلی، سامره. بررسی میزان بکارگیری عوامل پیشگیری کننده از استئوپروز در زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۰.
- ۱۶- یوسفزاده، صدیقه و جعفرزاده، صدیقه. بررسی سن متوسط و شیوع عوارض دوران یائسگی. اسرار، ۱۳۷۸، سال ۶ شماره ۲، صفحات ۶۷-۵۸.
- 17-Conboy, L. "Women at mid-life: symtoms, attitudes, and choices, an internet based survey". *Maturias*; 2001; 38: 129-36.
- 18-Obermeyer, C. "Symptom reporting around the menopause in Beirut, Lebanon". *Maturitas*;1999; 33: 249-58.
- 19-Carda, S.N. and others. the menopausal age , related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitase*; 2000; 30: 37-40..
- 20-Boulet MJ, and others.climacteric and menopause in seven south- east asian countries.*maturitas* 1994;19(3):157-76.
- 21- Kim, K. "A comparison between BMI and conicity index on predicting coronary heart disease: the framing ham heart study". *Ann Eplidemiology*,; 2000;.10: 424-31.
- 22- Rizk, D. E. "The age and symptomatology of natural menopause among united Arab Emirates women". *Maturitas*; 1999; 29: 197-202.
- 23- Decherney, A. M. and Nathan, L. *Current Obstetric & Cynecologic Diagnosis and Treatment*. 9th. Ed. Newyourk: Mc Graw Luill Co,2003.p:1029-1040.
- 24-Berek, J. Novak's *Gynecology*. 13ed. Phi Ladelphia: Lippin Cott. W & Wco,2002.p:1113-1120.
- 25- Cary & Rayburn. *Obstetric and Gynecology*;2002. 4th. Ed. St. Louis: Lippin Cott. W & W, 2002.p:121-129.
- 26-Dennerstein, L. "Hormone, Mood, Sexuality and the menopausal transition". *Fertility & Sterility*;2002; 77(4): 42-48.
- 27- Lauer, R. "Role of family history and family testing in cardiovascular risk assessment". *American Journal Of Medicine*;1999; 107(2): 15-16.
- 28- Hacker & Moore. *Essentials Of Obstetric And Gynecology*. 3th. Ed. Philladelphia: Sannders Co,2004.p:502-510.
- 29-Sagsoz, N. "Anxiety and depression before and after the J menopause". *Gynecology-Obstetric Journal*;2001; 264: 199-202.
- 30-Bloch, A. "Self-awareness during the menopause". *Maturits*;2002; 41: 61-68.
- 31-Brown, K. *Management Guid Lines for Women's. Health Nurse Practice*. Philadelphia: F. A. Davis,2000.p:124-127.
- 32-Li, S. "Perimenopause and quality of life". *Clinical Nursing Research* ;2000;9(1): 6-27.
- 33-MCNamara, D. "Dietary cholestrol and atherosclerosis". *Biochemical & Biophysical Acta*;2000; 15(29): 310-320.
- 34-Varena, M. "Unbalanced diet to lower serum cholestrol level is a risk factor for postmenopausal osteoporosis and distal forearm fracture". *Osteoporosis International*;2001;12: 296-301.
- 35-Sherburn, m. "Is incontinence associated with menopaus?" *Obstetric And Gynecology*;2001;. 98(4): 628-32.
- 36 - Chong, M. "community study of depression in old age in taiwan". *British Journal of Psychiatry*; 2001; 178: 29-35.
- 37- Lindman, S. "The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in finland: representative sample of 5993 adults". *Acta Psychiatry*. 2000; 102(3): 178-84.