



نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۶، شماره ۹۲، بهار ۱۳۹۵، صفحات ۴۷ تا ۵۷
تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۵

مقایسه کیفیت زندگی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه و راهکارهای کاهش درد در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران سال ۱۳۹۳

فاطمه جمشیدی^۱، صدیقه امیر علی اکبری*^۲، مریم افراخته^۳، عاطفه طالبی^۴

۱. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. * (نویسنده مسئول) مربی عضو هیات علمی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
asa_akbari@yahoo.com . تلفن تماس: ۸۸۲۰۲۵۱۲
۳. متخصص زنان، زایمان و نازایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دکترای آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

کیفیت زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر به علت نقشی که در سلامت روان افراد دارد اهمیت بسزایی یافته است. مطالعه حاضر باهدف مقایسه کیفیت زندگی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه و راهکارهای کاهش درد در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش از نوع توصیفی-مقایسه‌ای بود و ۳۹۰ نفر از زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه در دو گروه ۱۹۵ نفره شرکت کردند. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با توجه به معیارهای ورود و تمایل آنان به شرکت در مطالعه از مراکز بهداشتی درمانی، به صورت تصادفی در سه منطقه شمال، شرق و شمیرانات تهران انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات فردی و مامایی، پرسشنامه جهت اقدامات به‌کاررفته در کاهش دیسمنوره و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و پیرایش ۲۲ انجام گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل و برای بررسی رابطه متغیرهای کیفی-اسمی از آزمون آماری کای دو استفاده شد. جهت بررسی همبستگی میان متغیرها از ضرایب پیرسون (جهت متغیرهای کمی نرمال) و اسپیرمن (متغیرهای غیرنرمال و رتبه‌ای) استفاده شد.

یافته‌ها:

اکثر شرکت‌کنندگان مجرد و دارای تحصیلات دانشگاهی، بوده و میانگین سن افراد شرکت‌کننده ۲۴/۲۳ سال بود. میانگین کیفیت زندگی در مبتلایان به دیسمنوره اولیه ۹۷/۶۸ و در غیرمبتلایان ۷۷/۹۳ (از ۱۰۰ امتیاز) بود. آزمون تی مستقل در دو گروه در تمام ابعاد کیفیت زندگی (سلامت عمومی، درد جسمانی، عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، محدودیت روحی، عملکرد اجتماعی، سلامتی روانی، نشاط) تفاوت معناداری را نشان داد ($p < 0.05$). بیشترین اقدام مقابله‌ای جهت کاهش دیسمنوره، مصرف مسکن‌ها (۳۷.۸ درصد) بود که در بین مسکن‌ها ژلوفن (۲۵.۸ درصد) و مفنامیک اسید (۱۱.۵ درصد) بیشترین مصرف را داشتند.

نتیجه گیری:

کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیسمنوره پایین تر از زنان غیر مبتلا بود و بیشترین اقدام به کاررفته جهت مقابله با دیسمنوره اولیه استفاده از مسکن ها بود.

کلمات کلیدی:

کیفیت زندگی؛ دیسمنوره؛ درد

مقدمه:

دیسمنوره یا قاعدگی دردناک شایع ترین نوع درد سیکلیک در زنان است. دیسمنوره عبارت از درد در طی خونریزی قاعدگی است که معمولاً ماهیت کرامپی دارد و اغلب در قسمت پایین شکم متمرکز می شود. دیسمنوره اولیه وقوع خونریزی قاعدگی دردناک در غیاب بیماری قابل اثبات لگنی است اما دیسمنوره ثانویه معمولاً در اثر مسائل پاتولوژیک لگن ایجاد می شود (Berek and Novak, 2012). دیسمنوره اولیه معمولاً در عرض چند ساعت قبل یا درست بعد از شروع دوره قاعدگی شروع شده و ممکن است برای چند ساعت تا چند روز باقی بماند. دیسمنوره ممکن است با علائم سیستمیک مانند درد قسمت پایین شکم، تهوع، استفراغ، اسهال، خستگی و سردرد همراه باشد (Al-Kindi and Al-Bulushi, 2011). دیسمنوره اولیه معمولاً ۶ تا ۱۲ ماه پس از منارک، هنگامی که تخمک گذاری برقرار می شود بروز می کند (Abbaspour, et al., 2006).

شیوع دیسمنوره در جوامع مختلف، متفاوت است. به طوری که در ترکیه ۸۵/۷ درصد (Potur, et al., 2014)، در برزیل ۷۳ درصد (Pitanguí, et al., 2013)، در مصر ۷۶/۱ درصد (Mohamed, 2012) و در ایران شیوع آن ۸۱/۳ درصد گزارش شده است (Nazarpour, 2010). وجود دیسمنوره یکی از عوامل مختل کننده زندگی اجتماعی و تحصیلی زنان جوان است. در ایالات متحده دیسمنوره بزرگترین علت از دست دادن کار و مدرسه گزارش شده است (Kumbhar, et al., 2011). حدود ۱۰

درصد زنان در سن باروری به علت دیسمنوره شدید به مدت ۱-۳ روز در هر ماه از کار باز می مانند (Tavallaee, et al., 2011). دیسمنوره علت شایع غیبت از مدرسه و محل کار است و از این طریق ۶۰۰ میلیون ساعت کاری در سال و از نظر اقتصادی ۲ میلیارد دلار هر ساله در امریکا به هدر می رود (Doty and Attaran, 2006). دیسمنوره می تواند در فرد احساس ترس از شروع قاعدگی بعدی را در طول دوره ایجاد کند به طوری که سلامت ذهنی فرد را در بین قاعدگی ها به خطر اندازد و به دنبال آن اغتشاشات خانوادگی رخ دهد (Hsu, et al., 2006). وجود دیسمنوره شدید نیاز به استراحت مطلق را ضروری ساخته، موجب می گردد که فرد از محل کار و یا تحصیل خود غیبت کند (Zakeri Hamidi, et al., 2006). علاوه بر مشکلات اقتصادی، دیسمنوره بر روابط اجتماعی نیز تأثیر می گذارد. در این زمان زنان برای انجام کارهای خانه کم حوصله بوده و تغییرات خلقی که ایجاد می شود، روی روابط آنان با همسر و فرزندان تأثیر می گذارد (Doty and Attaran, 2006). کیفیت زندگی نوعی احساس خوب بودن فردی است و از رضایت یا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی که برای شخص مهم است؛ ناشی می شود (Sammarco, 2009). رایج ترین اثراتی که دیسمنوره بر زندگی روزمره می گذارد شامل: کاهش توانایی تمرکز و اختلال در درس خواندن (۷۵ درصد)، تغییر در فعالیت های فیزیکی (۶۰ درصد)، تأثیر بر سلامت روانی-

نشریه دانشکده پرستاری و مامایی

مقایسه کیفیت زندگی در زنان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه ... / ۴۹
 بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 در تهران در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت.

اجتماعی (۳۵ درصد)، اختلالات خواب (۲۶ درصد)، غیبت از مدرسه (۱۹ درصد)، بستری در بیمارستان (۳ درصد) است (Chia, et al., 2013). جهت درمان دیسمنوره اولیه، روش‌های درمانی و تغذیه‌ای مختلفی از جمله روش‌های غیرتهاجمی مانند: روان‌درمانی، تحریک الکتریکی از طریق پوست (تنس)، استفاده از ویتامین‌ها و نیز درمان‌های دارویی همانند: استفاده از داروهای مهارکننده پروستاگلاندین، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، و قرص‌های خوراکی جلوگیری از بارداری ذکر شده‌اند (Berek and Novak, 2012). درمان‌های دارویی دارای عوارض جانبی بسیار می‌باشند که از جمله آن‌ها می‌توان سردرد، تهوع، سرگیجه، احساس سنگینی، خواب‌آلودگی، وزوز گوش، عصبانیت، نارسایی کلیه، خستگی، آدم، تحریک‌پذیری و خونریزی دستگاه گوارش را نام برد (Zahradnik, et al., 2010). نتایج مطالعه Jalili, et al (۲۰۰۵) نشان داد که در مبتلایان به دیسمنوره اولیه جهت تسکین درد قاعدگی، ۴۲.۶ درصد از داروی مسکن، مصرف قرص پیشگیری از بارداری ۴.۲ درصد، ۳۰.۷ درصد از داروهای گیاهی، ۴۳.۴ درصد از کاهش تعداد وعده‌های غذایی، ۳۰.۴ درصد رژیم خاص غذایی را به‌کاربرده بودند. در مطالعه Mohamed and Neaem (۲۰۱۳) روش‌های به‌کاررفته جهت تسکین دیسمنوره در ۲۵.۵ درصد موارد از درمان‌های دارویی، ۳۳.۴ درصد از درمان‌های غیر دارویی و ۴۰.۷ درصد از هر دو روش استفاده کرده بودند. داروهای به‌کاررفته در ۱۸.۳ درصد موارد داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، و در ۷۱.۸ درصد موارد از داروهای ضداسپاسم استفاده شده بود. درمان‌های غیر دارویی شامل استفاده از مایعات گرم، خوابیدن، پد گرما، ماساژ و قدم زدن بود.

مواد و روش‌ها:

در این پژوهش توصیفی-مقایسه‌ای نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با توجه به مشخصات واحدهای مورد پژوهش و تمایل آنان به شرکت در مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۱۵-۳۵ سال، ساکن شهر تهران، نداشتن مشکل جسمی یا روانی تأثیرگذار بر فعالیت‌های روزانه، نداشتن بیماری طبی شناخته شده، عدم استعمال سیگار، نداشتن پاتولوژی لگنی شناخته شده بود. محیط پژوهش، مراکز بهداشتی درمانی منتخب تحت پوشش سه منطقه شمال (دگمه‌چی، نادر، کادوس، امام حسن (ع)، حکیمیه، احمدی)، شرق (خواجه نوری، پورهدایت، ۱۲ بهمن، شبیر، ۱۷ شهریور، صفا) و شمیرانات (چیدر و امامزاده قاسم (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران بود. جامعه پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب بودند. نمونه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که مشخصات واحدهای پژوهش را داشته باشند. برای تعیین حجم نمونه لازم از رابطه زیر با توان آزمون ۸۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد پس از مقدارگذاری در فرمول ذیل، با احتساب ۱۰ درصد احتمال ریزش نمونه در مراحل نمونه‌گیری، در هر گروه ۱۹۵ نفر به دست آمد.

$$n = \frac{2(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{2(1.96 + 0.84)^2}{0.3^2} = 175$$

$$\frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} = 0.3 : \text{effect size}$$

با توجه به اینکه به نظر می‌رسد در ایران تحقیقی در این‌باره صورت نگرفته است و با توجه به اهمیت کیفیت زندگی مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه و راهکارهای کاهش درد در مراجعین به مراکز

صدیقه امیر علی اکبری و همکاران
پرسشنامه sf-36 در مطالعات گوناگون به اثبات رسیده است.
نسخه فارسی آن نیز توسط Montazeri, et al (۲۰۰۶) انجام
شده و ضریب آن نیز ۰/۷۷-۰/۹۰ به دست آمده بود.

یافته‌ها:

در این مطالعه، ۳۹۰ نفر از زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره
اولیه شرکت کردند. اکثر شرکت کنندگان مجرد (۵۵/۴ درصد)،
دارای تحصیلات دانشگاهی (۴۶/۱ درصد)، محصل (۴۷/۴ درصد)
بودند. اکثریت آن‌ها درآمد ماهیانه در حد ۱۰۰۰۰۰۰-۸۰۰
هزار تومان در ماه (۴۲/۴ درصد) داشتند. میانگین سن افراد در
گروه مبتلا ۲۳/۴۱ و انحراف معیار آن ۶/۳۰ بود و در گروه غیر
مبتلا ۲۵/۰۵ و انحراف معیار آن ۶/۸۱ بود. اکثریت واحدهای
پژوهش سن منارک کمتر یا مساوی ۱۲ سال داشتند (۶۲/۱
درصد). رایج‌ترین روش پیشگیری از بارداری در بین نمونه‌ها
کاندوم (۴۳/۲۵ درصد) و پس از آن IUD (۲۶/۷۵ درصد) بود.
درد قاعدگی در اکثر افراد مبتلا ۲-۱ روز طول کشیده بود
(۷۲/۸ درصد). اکثر مبتلایان (۰/۷۳) اوج درد قاعدگی را قبل از
شروع خونریزی و روز اول قاعدگی و کمترین درصد (۰/۲/۵)
مربوط به روز سوم به بعد بود. در این مطالعه شیوع دیسمنوره
خفیف (۰/۲۱/۵)، متوسط (۰/۶۱)، شدید (۰/۱۷/۵) بود. میانگین
کیفیت زندگی در مبتلایان به دیسمنوره اولیه (۶۸/۹۷ از ۱۰۰
امتیاز) و در افراد غیر مبتلا ۷۷/۹۳ بود. هرچه امتیاز کیفیت
زندگی به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد به معنی کیفیت زندگی بالاتر در
فرد می‌باشد. از بین ابعاد کیفیت زندگی در هر دو گروه مبتلا و
غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه، بعد نشاط کمترین میانگین نمره
(۶۰/۷۴)، و عملکرد جسمی بیشترین میانگین نمره (۸۳/۲۸) را
به خود اختصاص دادند. آزمون کای دو از لحاظ نظم قاعدگی،
سابقه خانوادگی قاعدگی دردناک، روش زایمان، مدت خونریزی
قاعدگی، در بین دو گروه تفاوت آماری معناداری را نشان داد
($p < 0.05$). اما در زمینه متغیرهای سن منارک، فاصله بین دو
قاعدگی، سن ازدواج، پیشگیری از بارداری تفاوتی در دو گروه
مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه نشان نداد ($p > 0.05$).

تعداد نمونه در هر مرکز با توجه به جمعیت تحت پوشش هر
مرکز به دست آمد. پس از اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشکده
پرستاری و مامایی شهید بهشتی و دریافت مجوز از معاونت
بهداشتی دانشگاه، جهت کلیه مراکز بهداشتی درمانی منتخب
مجوز کتبی دریافت شد. به این ترتیب پژوهشگر شخصاً برای
جمع‌آوری داده‌ها در نوبت صبح تمامی روزهای هفته (به جز
روزهای تعطیل) در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی حضور یافت و پس از انتخاب
نمونه‌های واجد شرایط و معرفی خود، توضیح هدف پژوهش
برای واحدهای مورد نظر و دادن اطمینان به آن‌ها در مورد حفظ
اطلاعات، پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار داد تا آن را تکمیل
نمایند. پژوهشگر در تمامی مدت زمان تکمیل پرسشنامه‌ها در
اختیار نمونه‌ها بود. نمونه‌گیری حدوداً یک ماه به طول انجامید.
در پایان از مسئولین محیط‌های پژوهشی و نمونه‌های پژوهش
قدردانی به عمل آمد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش
شامل فرم اطلاعات فردی و مامایی، پرسشنامه کیفیت زندگی
(SF-36) و پرسشنامه پژوهشگر ساخته جهت اقدامات
به کاررفته برای کاهش دیسمنوره بود. جهت سنجش شدت
دیسمنوره از خط کش درد مک گیل استفاده شد که یکی از
قابل‌اعتمادترین معیارهای اندازه‌گیری درد به شمار می‌رود و از
اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است (Han, et al., 2006).
Zamani, et al., 2005, Mirabi, et al., 2011). جهت علائم
سیستمیک همراه با دیسمنوره از سیستم چندبعدی کلامی
استفاده شد که دارای اعتبار و پایایی است و در پژوهش‌های
متعددی از آن استفاده شده است (Han, et al., 2006).
Ozgoi, Nagata, et al., 2005, Khodakarami, et al., 2008
(et al., 2009) روایی پرسشنامه‌های پژوهشگر ساخت با استفاده
از روایی محتوا (نظرخواهی از ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی
دانشکده پرستاری و مامایی) و پایایی آن با آزمون مجدد انجام
شد (ضریب همبستگی ۰/۹۰ - ۰/۹۸). روایی و پایایی

نشریه دانشکده پرستاری و مامایی

مقایسه کیفیت زندگی در زنان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه ... / ۵۱
 (p<۰/۰۵) اما در ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامتی نسبت به سال گذشته تفاوتی دیده نشد (جدول ۳). بیشترین اقدام مقابله‌ای جهت کاهش دیسمنوره مصرف مسکن (۳۷/۸ درصد) بود که در بین مسکن‌ها ژلوفن (۲۵.۸ درصد) و مفنامیک اسید (۱۱.۵ درصد) بیشترین مصرف را داشتند (جدول ۴). ۵۳ درصد از مصرف کنندگان مسکن را تنها یک بار در روز استفاده می‌کردند و بقیه موارد ۲ بار در روز (۱۶.۵٪)، ۳ بار در روز (۱۷.۴٪)، ۴ بار در روز (۸.۷٪)، ۶ بار در روز (۱.۷٪)، زمان درد (۲.۶٪) بود.

آزمون من ویتنی از لحاظ شدت خستگی، تهوع و استفراغ، بی حالی و غش در دوران قاعدگی، در بین دو گروه تفاوت معناداری را نشان داد (p<۰.۰۵). اما در زمینه متغیرهای اسهال، سردرد و سرگیجه، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزند در بین دو گروه تفاوتی نشان نداد (p>۰.۰۵). نتایج آزمون تی مستقل در دو گروه در تمام ابعاد کیفیت زندگی (سلامت عمومی، درد جسمانی، عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، محدودیت روحی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، نشاط) تفاوت معناداری را نشان داد (جدول ۱). آزمون تی مستقل در بعد سلامتی نسبت به سال گذشته در بین دو گروه تفاوت معناداری را نشان نداد (p>۰.۰۵) (جدول ۲). هم‌چنین در آزمون کروسکال والیس با مقایسه شدت دیسمنوره (خفیف، متوسط، شدید) با کیفیت زندگی بین ابعاد درد جسمانی، محدودیت جسمی، محدودیت روحی، سلامت روانی و نشاط با شدت دیسمنوره تفاوت معناداری مشاهده شد.

جدول ۱: مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیسمنوره اولیه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران سال ۱۳۹۳

نتیجه آزمون من ویتنی	مبتلا به دیسمنوره اولیه		گروه کیفیت زندگی
	غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه	میانگین و انحراف معیار	
p=۰/۰۰۲ z= -۳/۰۹۵	۷۲/۹۷±۱۶/۷۴	۶۸/۵۸±۱۶/۴۷	سلامت عمومی
p=۰/۰۰۰ ۰.۲	۸۳/۶۱±۱۷/۲۴	۶۶/۳۷±۲۱/۹۰	درد جسمانی
p=۰/۰۰۱ z= -۳/۴۵۲	۹۲/۸۲±۴۵/۱۲	۸۳/۲۸±۱۷/۱۵	عملکرد جسمی
p=۰/۰۰۲ z= -۳/۰۴۰	۷۵/۶۴±۳۱/۶۴	۶۶/۵۳±۳۲/۸۸	محدودیت جسمی
p=۰/۰۰۴ z= -۲/۸۶۲	۷۳/۸۴±۳۷/۷۶	۶۳/۹۳±۳۶/۶۶	محدودیت روحی
p=۰/۰۰۱ z= -۳/۳۸۰	۷۸/۷۸±۲۱/۵۶	۷۲/۴۳±۲۰/۳۸	عملکرد اجتماعی
p=۰/۰۰۰ z= -۳/۷۳۰	۷۶/۷۷±۱۷/۸۶	۶۹/۹۰±۱۹/۰۵	سلامت روانی
p=۰/۰۰۰ z= -۴/۲۱۶	۶۸/۹۸±۱۸/۳۸	۶۰/۷۴±۱۸/۵۵	نشاط

صدیقه امیر علی اکبری و همکاران
 جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان برحسب وضعیت سلامتی نسبت به سال گذشته به تفکیک زنان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران سال ۱۳۹۳

نتیجه آزمون تی مستقل	غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه		مبتلا به دیسمنوره اولیه		گروه سلامتی نسبت به سال گذشته
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$p=0/331$ $t=-0/973$ $df=388$	۱	۲	۰	۰	بسیار بدتر از سال گذشته
	۱۳/۸	۲۷	۱۶/۹	۳۳	کمی بدتر از سال گذشته
	۴۵/۱	۸۸	۴۹/۷	۹۷	تقریباً مشابه سال گذشته
	۲۸/۳	۵۵	۲۲/۶	۴۴	کمی بهتر از سال گذشته
	۱۱/۸	۲۳	۱۰/۸	۲۱	بسیار بهتر از سال گذشته
	۱۰۰	۱۹۵	۱۰۰	۱۹۵	کل

جدول شماره ۳: مقایسه ابعاد کیفیت زندگی و سلامت نسبت به سال گذشته در زنان مبتلا به دیسمنوره اولیه با شدت خفیف، متوسط و شدید مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران سال ۱۳۹۳

نتیجه آزمون کروسکال والیس	شدید	متوسط	خفیف	شدت دیسمنوره ابعاد کیفیت زندگی
	میانگین رتبه	میانگین رتبه	میانگین رتبه	
	۵۵	۷۰	۸۰	سلامت عمومی
$p=0/000$	۵۰	۶۷.۵	۸۰	درد جسمانی
$p=0/923$	۷۵	۹۰	۹۵	عملکرد جسمی
$p=0/029$	۵۰	۷۵	۱۰۰	محدودیت جسمی
$p=0/031$	۳۳/۳۳	۶۶/۶۷	۱۰۰	محدودیت روحی
$p=0/085$	۶۲.۵	۷۵	۸۷.۵	عملکرد اجتماعی
$p=0/024$	۵۶	۷۲	۸۴	سلامت روانی
$p=0/003$	۵۰	۶۰	۷۵	نشاط
$p=0/413$	۵۰	۵۰	۷۵	سلامت نسبت به سال گذشته
	۱۹۵	۱۱۹	۴۲	کل

درصد	تعداد	اقدامات به کاررفته جهت کاهش درد قاعدگی
۳۷.۸	۷۴	مصرف مسکن (ژلوفن، مفنامیک اسید، استامینوفن، ایبوپروفن، هیوسین، دیکلوفناک، نوافن)
۴.۶	۹	درمان‌های گیاهی (زیره، چای نبات، عرق نعناع، آویشن، بومادران، زنجبیل، دارچین، گل گاوزبان، رازیانه، پونه، بابونه، تخم شوید)
۲۲.۱	۴۳	هیچ روشی
۱.۵	۳	مراجعه به پزشک
۴.۶	۹	ماساژ
۲.۱	۴	رژیم‌های خاص غذایی (رژیم کاچی، مصرف غذاهای گرم، شربت فروگلوبین، مصرف میوه)
۲.۱	۴	پد گرما
۳.۱	۶	ورزش
۲۲.۱	۴۳	علاوه بر مسکن از سایر روش‌ها
۱۰۰	۱۹۵	کل

بحث:

در این پژوهش کیفیت زندگی دو گروه از زنان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه مقایسه شد. نتایج این پژوهش نشان داد که نمرات کسب شده از تمام ابعاد کیفیت زندگی در گروه مبتلا به دیسمنوره اولیه پایین‌تر بود. نتایج Unsal, et al. (2010) نمرات دریافت شده از ابعاد عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، درک سلامت عمومی بدن، درد جسمانی، نشاط، در بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده شد اما در زمینه عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی، سلامت روانی تفاوتی دیده نشد. شاید به این دلیل باشد که جمعیت آن مطالعه تنها محدود به یک منطقه و یک دانشگاه بود و اینکه مطالعه تنها بر روی دانشجویان انجام شده بود، درحالی که مطالعه حاضر جامع‌تر است و بر روی جمعیت زنان چندین منطقه انجام شده است. مطالعه Charu, et al. (2012) اثرات منفی دیسمنوره بر روی کیفیت زندگی و غیبت از محل کار و مدرسه را گزارش کرد. کاهش کیفیت زندگی به صورت علایم فیزیکی و روانی مرتبط با آن را نشان دادند. Mohamed and Neaem (2013) تأثیر دیسمنوره بر خلق و خوی را گزارش کرد که دال بر تأثیر دیسمنوره بر سلامت روان می‌باشد بنابراین از این جهت با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. مطالعه Al-Kindi and Al-Bulushi (2011) نشان داد که کیفیت زندگی در مبتلایان به دیسمنوره اولیه به علت محدودیت فعالیت‌های ورزشی، کاهش تمرکز در کلاس، کاهش توانایی انجام تکالیف درسی، از دست دادن کلاس، محدودیت فعالیت‌های اجتماعی، کاهش عملکرد تحصیلی پایین می‌باشد. در مطالعه حاضر بیشترین درمان به کاررفته جهت کاهش دیسمنوره مصرف مسکن‌ها (۳۷/۸ درصد) بود که در بین مسکن‌ها مفنامیک اسید و ژلوفن بیشترین مصرف را داشتند سپس استامینوفن، ایبوپروفن، هیوسین، دیکلوفناک و نوافن بودند. نتایج مطالعه Jalili, et al. (2005) نشان داد که ۴۲/۶

در این پژوهش کیفیت زندگی دو گروه از زنان مبتلا و غیرمبتلا به دیسمنوره اولیه مقایسه شد. نتایج این پژوهش نشان داد که نمرات کسب شده از تمام ابعاد کیفیت زندگی در گروه مبتلا به دیسمنوره اولیه پایین‌تر بود. نتایج Unsal, et al. (2010) نمرات دریافت شده از ابعاد عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، درک سلامت عمومی بدن، درد جسمانی، نشاط، در بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده شد اما در زمینه عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی، سلامت روانی تفاوتی دیده نشد. شاید به این دلیل باشد که جمعیت آن مطالعه تنها محدود به یک منطقه و یک دانشگاه بود و اینکه مطالعه تنها بر روی دانشجویان انجام شده بود، درحالی که مطالعه حاضر جامع‌تر است و بر روی جمعیت زنان چندین منطقه انجام شده است. مطالعه Charu, et al. (2012) اثرات منفی دیسمنوره بر روی کیفیت زندگی و غیبت از محل کار و مدرسه را گزارش کرد. کاهش کیفیت

صدیقه امیر علی اکبری و همکاران
روز استفاده می‌کردند و بقیه موارد ۲ بار در روز، ۳ بار در روز، ۴ بار در روز، ۶ بار در روز و یا مصرف در زمان درد بود. درحالی‌که مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ضدالتهاب‌های غیر استروئیدی را باید درست قبل و یا در شروع درد قاعدگی و با فواصل منظم مصرف نمود (Jalili, et al., 2005). بنابراین در این زمینه نیاز به دادن آموزش‌های لازم طریقه صحیح مصرف داروها در طی دوره قاعدگی است. بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش بسزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت. از آنجایی‌که دیسمنوره موجب مشکلات اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی گسترده می‌گردد بنابراین بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به دیسمنوره و تأثیری که درد قاعدگی بر کیفیت زندگی زنان می‌گذارد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی در نقاط جغرافیایی مختلف کشور و انجام شود.

تشکر و قدردانی:

از مشارکت‌کنندگان این مطالعه، اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری- مامایی شهید بهشتی و همچنین مسئولین مراکز بهداشتی درمانی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

درصد از مبتلایان به دیسمنوره از مسکن استفاده می‌کنند. همچنین در مطالعه Rodrigues, et al. (2011) رایج‌ترین اقدام به‌کاررفته استفاده از داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه حاضر تنها ۴/۶ درصد از نمونه‌ها از درمان‌های گیاهی استفاده کرده بودند. بیشترین درمان گیاهی به‌کاررفته زیره و چای نبات بود. سایر موارد شامل: عرق نعناع، آویشن، بومادران، زنجبیل، دارچین، گل‌گاوزبان، رازیانه، پونه، بابونه، تخم شوید بودند. درحالی‌که در مطالعه Jalili, et al. (2005) ۳۰/۷ درصد نمونه‌ها فقط از ترکیبات گیاهی استفاده می‌کردند که این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و عقاید مردم سیرجان نسبت به درمان‌های گیاهی باشد. در زمینه داشتن رژیم خاص غذایی (۲/۱ درصد) مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Poureslami and Osati-Ashtiani (۲۰۰۲) همسو بود. در این مطالعه نیز تنها ۴/۲ درصد اعتقاد داشتند که رژیم غذایی در کاهش دیسمنوره مؤثر است. بنابراین به نظر می‌رسد که در زمینه اهمیت تغذیه در کاهش دیسمنوره در ایران تأکید نشده و نیاز به آموزش‌های لازم در این زمینه هست. در این مطالعه تنها ۱/۵ درصد موارد با پزشک مشورت کرده بودند که با نتایج مطالعه Sugumar, et al. (2013) که تنها ۵ درصد مشورت با پزشک را داشتند همخوانی دارد. در این مطالعه ۵۳ درصد از مصرف‌کنندگان مسکن را تنها یک‌بار در

References

- Abbaspour Z, Rostami M and Najjar S (2006) The effect of exercise on primary dysmenorrhea. *Journal of Research in Health Sciences*. 6 (1) 26-31.
- Al-Kindi R and Al-Bulushi A (2011) Prevalence and Impact of Dysmenorrhoea among Omani High School Students. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 11 (4) 485-491.
- Berek J S and Novak E (2012) *Berek & Novak's gynecology*. 15th edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Charu S, Amita R, Sujoy R and Thomas G A (2012) Menstrual characteristics' and 'prevalence and effects of dysmenorrhea' on quality of life of medical students. *Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 4 (4) 276-294.

- Chia C, Lai J, Cheung P, Kwong L, Lau F, Leung K, Leung M, Wong F C and Ngu S (2013) Dysmenorrhoea among Hong Kong university students: prevalence, impact, and management. *Hong Kong Medical Journal*. 19 (3) 222-8.
- Doty E and Attaran M (2006) Managing primary dysmenorrhea. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 19 (5) 341-4.
- Han S H, Hur M H, Buckle J, Choi J and Lee M S (2006) Effect of aromatherapy on symptoms of dysmenorrhea in college students: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Journal of alternative and complementary medicine*. 12 (6) 535-41.
- Hsu C S, Yang J K and Yang L L (2006) Effect of “Dang-Qui-Shao-Yao-San” a Chinese medicinal prescription for dysmenorrhea on uterus contractility in vitro. *Phytomedicine*. 13 (1-2) 94-100.
- Jalili Z, Safizadeh H and Shamsipoor N (2005) [Prevalence of primary dysmenorrhea in college students in Sirjan, Kerman]. *Payesh*. 4 (1) 61-7. (Persian)
- Khodakarami N, Moatar F and Ghahiri A (2008) [Preparation of celery, saffron, anison effect with mefenamic acid on dysmenorrheal severity]. *Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal*. 14 (2) 11-19. (Persian)
- Kumbhar S K, Reddy M, Sujana B, Reddy R, Divya Bhargavi K, Balkrishna C and Kumbhar S K (2011) Prevalence Of Dysmenorrhea Among Adolescent Girls (14-19 Yrs) Of Kadapa District And Its Impact On Quality Of Life: A Cross Sectional Study. *National Journal of Community Medicine*. 2 (2) 265-268.
- Mirabi P, Dolatian M, Mojab F and Majd H A (2011) Effects of valerian on the severity and systemic manifestations of dysmenorrhea. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 115 (3) 285-288.
- Mohamed E M (2012) Epidemiology of dysmenorrhea among adolescent students in Assiut City, Egypt. *Life Science Journal*. 9 (1) 348-353.
- Mohamed H and Neaem S (2013) The Effect of Dysmenorrhea on Quality of Life of Technical Secondary Schools Girls. *Medical Journal of Cairo University*. 81 (2) 83-89.
- Montazeri A, Goshtasbi A and Vahdaninia M (2006) [The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version]. *Payesh*. 5 (1) 49-56. (Persian)
- Nagata C, Hirokawa K, Shimizu N and Shimizu H (2005) Associations of menstrual pain with intakes of soy, fat and dietary fiber in Japanese women. *European Journal of Clinical Nutrition*. 59 (1) 88-92.
- Nazarpour S (2010) [Study of factors of influencing on severity of primary dysmenorrhea in students of faculties of nursing and midwifery of governmental universities under the supervision of ministry of health, treatment and medical education in Tehran]. *Quarterly Journal of Woman & Hygiene*. 1 (2) 109-25. (Persian)

- Ozgoli G, Goli M and Moattar F (2009) Comparison of effects of ginger, mefenamic acid, and ibuprofen on pain in women with primary dysmenorrhea. *The Journal of alternative and complementary medicine*. 15 (2) 129-132.
- Pitangui A C R, Gomes M R d A, Lima A S, Schwingel P A, Albuquerque A P d S and de Araújo R C (2013) Menstruation Disturbances: Prevalence, Characteristics, and Effects on the Activities of Daily Living among Adolescent Girls from Brazil. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 26 (3) 148-152.
- Potur D C, Bilgin N C and Komurcu N (2014) Prevalence of dysmenorrhea in university students in Turkey: effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. *Pain Managment Nursing*. 15 (4) 768-77.
- Poureslami M and Osati-Ashtiani F (2002) Assessing knowledge, attitudes, and behavior of adolescent girls in Suburban districts of Tehran about dysmenorrhea and menstrual hygiene. *Journal of International Women's Studies*. 3 (2) 10-11.
- Rodrigues A C, Gala S, Neves Â, Pinto C, Meirelles C, Frutuoso C and Vítor M E (2011) Dysmenorrhea in adolescents and young adults: prevalence, related factors and limitations in daily living. *Acta Médica Portuguesa*. 24 383-88; quiz 389-92.
- Sammarco A (2009) Quality of life of breast cancer survivors: a comparative study of age cohorts. *Cancer nursing*. 32 (5) 347-356.
- Sugumar R, Krishnaiah V, Channaveera G S and Mruthyunjaya S (2013) Comparison of the pattern, efficacy, and tolerability of self-medicated drugs in primary dysmenorrhea: a questionnaire based survey. *Indian journal of pharmacology*. 45 (2) 180-3.
- Tavallaee M, Joffres M R, Corber S J, Bayanzadeh M and Rad M M (2011) The prevalence of menstrual pain and associated risk factors among Iranian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 37 (5) 442-451.
- Unsal A, Ayranci U, Tozun M, Arslan G and Calik E (2010) Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 115 (2) 138-145.
- Zahradnik H P, Hanjalic-Beck A and Groth K (2010) Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea: a review. *Contraception*. 81 (3) 185-96.
- Zakeri Hamidi M, Zeiyaei S and Kazem Negad A (2006) [The therapeutic effects of vitamin E on gastro-intestinal symptoms due to primary dysmenorrhea]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 6 (4) 374-378. (Persian)
- Zamani M, Nasrollahi S and Kashani K (2005) [The curative effects of fish oil on primary dysmenorrhea]. *Journal of Medical University Gorgan*. 17 (1) 39-42. (Persian)

Comparing the quality of life in women with and without primary dysmenorrhea and pain reduction strategies in patients referred to Shahid Beheshti health centers affiliated with the University of Medical Sciences in Tehran in 1393

Fatemeh Jamshidi¹, Sedigheh Amir Ali Akbari^{2*}, Maryam Afrakhteh³, Atefeh Talebi⁴

1. MSc, Department of Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. (*Correspondence author) MSc, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 88202512 Email: asa_akbari@yahoo.com
3. Gynecologist & obstetrician, Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. PhD, Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aim:

Quality of life, because of its significant role in mental health has become very important in recent years. This aim of this study was to compare the quality of life of women with, and without primary dysmenorrhea and their pain reduction strategies in patients referred to Shahid Beheshti University of Medical Sciences affiliated health centers in Tehran.

Materials and Methods:

This was a descriptive-comparative study. 390 women with, and without primary dysmenorrhea were divided into two groups of 195 participated. The samples were selected randomly from health centers in three regions of North, East and shemiranat of Tehran. Multi-stage cluster sampling method was used and the study units entered based on inclusion criteria and their desire to participate in the study. Data collection tools were demographic and midwifery information questionnaire, strategies used for dysmenorrhea pain scale and health-related quality of life questionnaire (SF-36). Data analysis was carried out by SPSS 22 software. The data was analyzed using independent t-tests, Chi-square, Pearson's and Spearman correlation.

Findings:

Most of the study participants were married, with college education and the mean age was 24.23. The averages of quality of life score in participants with and without primary dysmenorrhea were 68.97 and 77.93 (of 100 points) respectively. Independent t-test in both groups showed a significant difference ($p < 0.05$) in all aspects of quality of life (general health, bodily pain, physical functioning, physical limitations, emotional limitations, social function, mental health, vitality). The most frequent strategies in pain reduction were use of analgesics (37.8%). Among analgesics, Gelofen (25.8%) and Mefenamic acid (11.5%) had the highest rate.

Conclusion:

Comparing the quality of life in both groups showed a significant difference in all aspects. The most measures used to deal with primary dysmenorrhea were analgesic's consumption.

Keywords:

Quality of Life; Dysmenorrhea; Pain