

کیفیت زندگی در مراحل مختلف یانسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی

درمانی کرج

سهیلا مقیمی هنجی^۱ / مهناز شوقی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۱۹ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۰۷ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۰۲۸

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی در مراحل مختلف یانسی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرج بود که در این مطالعه ی توصیفی - مقطعی ۲۷۶ زن چهل تا شصت ساله مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه گیری به روش تصادفی چند مرحله ای انجام شد و ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه های استاندارد کیفیت زندگی در زنان یانسه بود که با روش مصاحبه تکمیل و اطلاعات به وسیله ی نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای - دو تحلیل شد. بر اساس نتایج به دست آمده ۷۲/۳٪ زنان در مرحله ی قبل از یانسی و ۲۹/۳٪ زنان در حوالی یانسی کیفیت زندگی مناسبی داشتند ۸۷/۱٪ زنان در گروه یانسه ی کمتر از پنج سال و ۷۹/۲٪ در گروه یانسه ی بیشتر مساوی پنج سال زندگی با کیفیت متوسطی داشتند. بر اساس آزمون کای - دو بین کیفیت زندگی با مراحل مختلف یانسی ارتباط معنا داری وجود دارد ($P=0/001$). شدت علائم یانسی ۷۳/۸٪ زنان قبل از یانسی در حدی بود که مشکلی برای آن ها ایجاد نکرده بود، اما در افراد یانسه ۶۹/۴٪ شدت علائم یانسی افزایش یافته و باعث اختلال در زندگی روزمره و کیفیت نامناسب زندگی آن ها شده بود ($P=0/001$). هم چنین بین مدت یانسی و کیفیت زندگی ارتباط معنا داری وجود ندارد ($P=0/441$). طبق نتایج این مطالعه، کیفیت زندگی در مراحل مختلف یانسی تغییر می کند ولی بعد از یانسی زمان آن تأثیری بر کیفیت زندگی ندارد. بر همین اساس، آموزش در مورد بهداشت میانسانی در دو بعد آموزش همگانی و آموزش عالی ضرورت می یابد تا با افزایش آگاهی نگرش ها تغییر کند و سلامت در مراحل مختلف یانسی ارتقا یابد.

کلید واژه ها: بعد از یانسی، کیفیت زندگی، قبل از یانسی، یانسی،

^۱ مربی هیئت علمی گروه مامایی دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

ایمیل: soheila.moghimi@kiau.ac.ir

^۲ مربی هیئت علمی گروه پرستاری دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

مقدمه

تحقق جامعه‌ی سالم در گرو سلامت زنان، مادران و دختران جامعه است، به عبارتی زنان جزو مهم‌ترین ارکان جامعه و خانواده هستند که سلامت جامعه و خانواده در گرو تأمین نیازهای بهداشتی فرهنگی و اقتصادی آنان است. زنان در اجتماع وظایف مهمی دارند که انجام این وظایف، سلامت کامل جسمی و روحی را می‌طلبد (روسو^۱، ۱۹۹۸). هر زن در طول زندگی بحران‌های مختلفی را پشت سر می‌گذارد و این بحران‌ها زمانی رخ می‌دهند که فرد از یک مرحله به مرحله دیگر پا می‌گذارد یا نقش جدیدی را می‌پذیرد. بلوغ، قاعدگی، حاملگی، زایمان و یائسگی بحران‌های زندگی محسوب می‌شود که مانند حلقه‌های زنجیر به هم پیوسته است. یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان یائسگی است که نقطه‌ی عطف مهمی برای آنان و پایان باروری آن‌ها را شامل می‌شود. مشکلات ناشی از یائسگی جنبه‌های مختلف زندگی و نقش‌های او در خانواده و در ارتباط با همسر و والدین و هرچیز دیگر تأثیر می‌گذارد (علیخانی و همکاران، ۱۳۸۴).

سن شروع یائسگی از ۴۵ تا ۵۵ سالگی و میانگین آن در جوامع مختلف متفاوت است. در ایران میانگین سن یائسگی ۴۷/۹۶ سالگی است. در ایران ۴۵۷۸۷۹۳ زن ۴۰ تا ۶۵ ساله زندگی می‌کنند و آماري از زنان یائسه در دست نیست در حال حاضر سن امید به زندگی در کشورها افزایش یافته که این سن برای زنان ایرانی ۷۲ سال است. این در حالی است که سن یائسگی تغییری نکرده است و زنان بیش از یک سوم عمر خود را در دوران یائسگی سر می‌کنند بنابراین مشکلات و عوارض ناشی از یائسگی ملموس تر شده و به عنوان یک مشکل بهداشتی و اجتماعی در کشورهای توسعه یافته گروه‌های بهداشتی بیشتر به آن

^۱ Rousseau, M.E.

توجه می‌کنند. یکی از اثرات بالقوه‌ی یائسگی این است که در این دوران طی آن و پس از آن کاهش هورمون‌های جنسی و علائم و عوارض ناشی از آن بر کیفیت زندگی و طول عمر زنان تأثیر می‌گذارد (خالدیان، ۱۳۸۰).

وقوع یائسگی به صورت فیزیولوژیک یا مصنوعی با مشکلات و تغییرات جسمی و روان‌شناختی همراه است که این مشکلات باعث فشار بر منابع اندک سیستم بهداشتی و ایجاد استرس و ناتوانی چشمگیری در زنان و در نتیجه اختلال در زندگی و تغییر در کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. امروزه بررسی کیفیت زندگی به عنوان روشی برای بررسی پیامدهای بلندمدت برنامه‌های بهداشتی و مراقبت‌های درمانی تدوین می‌شود و به کار می‌رود، زیرا هدف از این برنامه‌ها ارتقای سلامت، کاهش میزان ابتلا به بیماری و کاهش میزان مرگ و میر است. تعیین کیفیت زندگی تصمیم‌گیری‌های بالینی را آسان کرده است و به بیماران نیز در تصمیم‌گیری کمک می‌کند (هولاکویی، ۱۳۸۴).

امروزه سطح کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده‌ی سیاستمداران، دانشمندان و متخصصان بهداشتی است و به عنوان شاخصی برای سنجش وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی و پزشکی شناخته شده است و به کار می‌رود. دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی نه تنها راه‌گشای درمان مؤثرتر و پیشرفت‌های آینده است بلکه در ارتقای برنامه‌های حمایتی و اقدامات توان‌بخشی بسیار مؤثر می‌باشد. از آن جا که مردم در پی بهبود کیفیت زندگی هستند، دولت‌ها نیز در سراسر جهان روز به روز بیشتر به کیفیت زندگی مردم توجه می‌کنند و می‌کوشند از ابتلا به بیماری‌ها و میرایی را بکاهند و خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین رفاه جسمی و روانی و اجتماعی مردم را بیشتر کنند (هولاکویی، ۱۳۸۴). طبق نتایج مطالعه‌ی ازکان و همکاران (۲۰۰۵) کیفیت زندگی زنانی که بین یک تا پنج سال از یائسگی آنان می‌گذشت بهتر از زندگی زنانی بود که بیش از ۵ سال از یائسگی آنان

می‌گذشت. بر اساس مطالعه ی بوداکو^۱ و همکاران (۲۰۰۷) کیفیت زندگی بعد از یائسگی پایین تر از قبل از یائسگی بود و در زنان مسن تر کیفیت زندگی پایین تر از جوان ترها بود که این امر لزوم توجه بیشتر به کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی را نشان داد. بر اساس نتایج مطالعه ی بلومل^۲ و همکاران (۲۰۰۰) زنان یائسه در مقایسه با زنان همسن که سیکل ماهانه دارند کیفیت زندگی پایین تری دارند و علائم یائسگی به ویژه گرگرفتگی، تپش قلب و دیس پارونی بر کیفیت زندگی تأثیر قرار می‌گذارد. آن‌ها در نهایت به این نتیجه رسیدند که یائسگی منجر به کاهش کیفیت زندگی زنان یائسه می‌شود و این تأثیر جدای از سن و دیگر عوامل دموگرافیک است.

با توجه به این که یکی از وظایف ماماها در زمینه ی مراقبت‌های اولیه، مراقبت از زنان در دوران قبل و بعد از یائسگی است و از طرفی، زنان بخش بزرگی از جمعیت هستند و سلامت آن‌ها ضامن سلامت جامعه و خانواده است و رویداد فیزیولوژیک یائسگی در زندگی تمام زنان رخ می‌دهد و منجر به پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی بر آن شدیم برای پاسخگویی به سؤالات پژوهشی بالا، درباره ی کیفیت زندگی در مراحل مختلف یائسگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرج چگونه است؟ شدت علائم یائسگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرج چگونه است؟ با هدف تعیین و مقایسه ی کیفیت زندگی و شدت علائم یائسگی در مراحل مختلف یائسگی، انجام دهیم و با ارائه ی نتایج به منظور شناساندن طب سالمندی و بهداشت زنان به جامعه گامی برداریم.

¹ Budako, L.u.

² Blumel, G.

روش

این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در آن کیفیت زندگی و شدت علائم یائسگی در مراحل مختلف یائسگی (قبل و بعد از آن) بررسی شد. جامعه ی آماری، مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرج واحد زنان و مامایی در سال ۸۹ - ۱۳۸۸ بود. نمونه ی پژوهش، ۲۷۶ زن چهل تا شصت ساله با توجه به مشخصات واحد‌های مورد پژوهش بودند که این زنان به طور طبیعی یا ئسه شده بودند و قطع عادت ماهیانه ی آن‌ها ناشی از هیستروکتومی، پرتودرمانی و مصرف دارو و بیاماری نبود، طی شش ماه گذشته داروهای هورمونی جایگزین و روانگرا مصرف نکرده بودند و مشکل روانی یا بیماری شناخته شده ی سیستمیک نداشتند. ابتدا فهرستی از مراکز بهداشتی درمانی شهر کرج به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای تهیه نموده و چند مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از هر مرکز چند نمونه که به درمانگاه‌های زنان و مامایی مراجعه کرده بودند، تصادفی انتخاب شدند. نحوه ی اجرای پژوهش این گونه بود که کمک پژوهشگر روزانه با مراجعه به این مراکز و با توجه به معیار شمول، با توضیح هدف کلی پژوهش، ابزار پژوهش را به روش مصاحبه تکمیل و جمع‌آوری می‌کرد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه بود که این پرسش‌نامه فوق با ۴۶ سؤال و در سه گروه عمده تدوین شد؛ گروه اول مربوط به با اطلاعات دموگرافیک، گروه دوم برای تعیین وضعیت و مراحل یائسگی و طول مدت یائسگی، و گروه سوم سؤالات مربوط به سنجش کیفیت زندگی است که براساس پرسش‌نامه ی استاندارد شده ی کیفیت زندگی در یائسگی تهیه شده در دپارتمان طب خانواده و اجتماع دانشگاه تورنتو کشور کانادا تنظیم شده است. پرسش‌نامه ی کیفیت زندگی در یائسگی تورنتو شامل ۳۱ سؤال است که کیفیت زندگی را در چهار بعد (وازموتور، روانی - اجتماعی، جسمانی و اختلال در روابط جنسی) بررسی می‌کند. پاسخ هر یک از سؤالات به صورت یک معیار درجه بندی شده از صفر تا پنج تنظیم

شده که مفهوم آن به صورت زیر است: صفر به معنای اصلاً تأثیری در زندگی روزمره ندارد، یک به معنای تأثیر جزئی در زندگی روزمره دارد، دو به معنای تا حدودی در زندگی روزمره تأثیر دارد، سه به معنای تأثیر متوسطی در زندگی روزمره، چهار به معنای تأثیر نسبتاً شدیدی در زندگی روزمره دارد و پنج به معنای تأثیر شدیدی در زندگی روزمره دارد.

در این پژوهش افراد از نظر کیفیت زندگی در سه گروه طبقه بندی شدند؛ زنانی که مجموع امتیاز آن‌ها بین صفر تا ۵۱ بود در گروه مناسب، زنانی که مجموع امتیاز آن‌ها بین ۵۲-۱۰۳ بود در گروه متوسط و زنانی که مجموع امتیاز آن‌ها بین ۱۰۴-۱۵۶ بود در گروه نامناسب قرار گرفتند. در این پژوهش به منظور تعیین شدت علائم یائسگی یک معیار درجه بندی صفر تا سه برای تمام سؤالات مربوط به علائم یائسگی به کار رفت که این روش از پژوهش دینر اشتاین ۲۰۰۰ اقتباس شده و مفهوم آن به این صورت است: صفر، یعنی هیچ مشکلی ایجاد نکرده، یک، ناراحتی کمی در زندگی ایجاد کرده، دو، یعنی در زندگی روزمره تداخل ایجاد کرده و سه، یعنی به شدت ناتوانم کرده است. از روش اعتبار محتوا با مطالعه‌ی منابع علمی و توجه به اهداف پژوهش برای تعیین اعتبار علمی ابزار استفاده شد.

پایایی ابزار در این پژوهش نیز با آزمون مجدد اندازه گیری شد. به این صورت که ده زن چهل تا شصت ساله در فاصله‌ی زمانی ده روز دوبار پرسش‌نامه را تکمیل کردند. سپس ضریب همبستگی میان آزمون اولیه و ثانویه تعیین و ضریب همبستگی محاسبه شده ($r = 0.97$) و روایی ابزار تأیید شد.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش با اجازه‌ی مسئولان مراکز برای انجام تحقیق، ارائه‌ی معرفی‌نامه‌ی رسمی به مسئولان، معرفی پژوهشگر به نمونه‌های پژوهش و توضیح اهداف و نحوه‌ی انجام کار برای هر یک از افراد مورد مطالعه، دریافت رضایت کتبی از افراد مورد مطالعه برای شرکت در پژوهش و آزاد بودن انصراف از ادامه‌ی پژوهش، مغایر نبودن با

آداب و رسوم و عرف حاکم بر جامعه و اطمینان دادن به بیماران و مسئولان برای اعلام نتایج پژوهش در صورت تمایل رعایت شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ استفاده شد. داده‌ها توسط جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار توصیف و در تحلیل داده‌ها از آزمون کای - دو استفاده شد و سطح معنا دار در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱: مشخصات واحد‌های مورد پژوهش در مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی (درصد)
رضیت ناهل	مجرد	۹ (۳/۳٪)
	بیوه	۲۱ (۷/۶٪)
	مطلقه	۷ (۲/۵٪)
	متاهل	۲۳۹ (۸۶/۶٪)
شغل	خانه دار	۱۷۸ (۶۴/۵٪)
	کارمند	۵۴ (۱۹/۶٪)
	کارگر	۱۰ (۳/۶٪)
	آزاد	۱۲ (۴/۳٪)
	بازنشسته	۲۲ (۸)
تحصیلات	بی سواد	۸۵ (۳۰/۸٪)
	سیکل	۸۴ (۳۰/۴٪)
	دیپلم	۷۸ (۲۸/۳٪)
	دانشگاهی	۲۹ (۱۰/۵٪)

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، از کل زنان بررسی شده ۶۵ نفر (۲۳/۵٪) در مرحله ی قبل از یائسگی، ۶۹ نفر (۲۵٪) در مرحله ی حوالی یائسگی، ۷۰ نفر (۲۵/۴٪) در گروه یائسه ی کمتر از پنج سال و ۷۲ نفر (۲۶/۱٪) یائسه ی بیشتر مساوی پنج سال بودند. میانگین سنی کل واحد های مورد پژوهش ۴۹/۲۵ سال با انحراف معیار ۵/۶۷ بود. اکثریت واحد ها (۸۶/۶٪) متأهل و بیشتر آن ها (۶۴/۵٪) خانه دار بودند. بیشترین فراوانی را از نظر میزان تحصیلات زنان بی سواد (۳۰/۸٪) داشتند. بیشتر واحد های پژوهش (۹۰/۹٪) از وضع اقتصادی خود راضی بودند و درآمد خانواده را در مقایسه با مخارج زندگی کافی می دانستند. میانگین تعداد افراد خانواده در کل واحد ها ۴/۴ با انحراف معیار ۱/۳ بود و بیشتر واحد های پژوهش (۳۱/۹٪) یک فرزند در خانواده داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب کیفیت زندگی به تفکیک مراحل

یائسگی

مراحل یائسگی	قبل از یائسگی		حوالی یائسگی		یائسه ی کمتر از پنج سال		یائسه ی ۵سال		جمع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مناسب	۴۷	۷۲/۳	۳۴	۴۹/۳	۵	۷/۱	۹	۱۲/۵	۹۵	۳۴/۴
متوسط	۱۸	۲۷/۷	۲۴	۳۴/۸	۶۱	۸۷/۱	۵۷	۷۹/۲	۱۶۰	۵۸
نا مناسب	۰	۰	۱۱	۱۵/۹	۴	۵/۷	۶	۸/۳	۲۱	۷/۶
جمع	۶۵	۱۰۰	۶۹	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۲	۱۰۰	۲۷۶	۱۰۰
آزمون آماری	$p=0/001 \quad X^2=100/87$									

بر اساس جدول فوق، وضعیت کیفیت زندگی بیشتر زنان (۵۸٪) در مراحل مختلف یائسگی متوسط بوده است. طبق نتایج بیشتر زنان قبل از یائسگی (۷۲/۳٪) و حوالی یائسگی (۴۹/۳٪) کیفیت زندگی مناسبی داشتند و بیشتر زنان گروه یائسه ی کمتر از پنج سال (۸۷/۱٪) و گروه یائسه ی بیشتر مساوی پنج سال (۷۹/۲٪) کیفیت زندگی متوسطی داشتند. آزمون آماری کای - دو نشان داد بین کیفیت زندگی و مراحل مختلف یائسگی ارتباط معنا داری وجود دارد ($p = 0/001$) به این معنی که طی کیفیت زندگی مراحل یائسگی کاهش می یابد و در مقایسه ی گروه های مختلف، کیفیت زندگی زنان پیش از یائسگی بسیار بالاتر از گروه های یائسه بود. هم چنین کیفیت زندگی زنان در حوالی یائسگی کاهش چشمگیری یافته است (۱۵/۹٪).

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیازات ابعاد چهار گانه ی کیفیت زندگی بر حسب مراحل

مختلف یائسگی

ابعاد کیفیت	وازو موتور		روانی - اجتماعی		جسمانی		جنسی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مراحل	۱/۴	۰/۷۵	۱/۴۲	۱/۲	۰/۹۶	۰/۸۸	۰/۹۷	۱/۳۴
قبل از یائسگی	۱/۷	۱/۰۳	۱/۶	۱/۵	۱/۵۷	۱/۴۲	۱/۵۳	۱/۷۸
حوالی یائسگی	۲/۲	۰/۹۷	۲/۶۹	۰/۶۷	۲/۲۴	۰/۶۲	۲/۸۱	۱/۱۷
یائسه ی کمتر از پنج سال	۱/۴	۰/۸۸	۲/۷۸	۰/۵۷	۲/۳۶	۰/۷۸	۳/۵	۱/۵۶
جمع	۱/۶۹	۰/۹۶	۲/۱۴	۱/۲۱	۰/۸	۱/۱۱	۲/۲۵	۱/۷۹
آزمون آماری کراسکال والیس	$X^2 = 27/87$ $P = 0/001$		$X^2 = 63/61$ $P = 0/001$		$X^2 = 75/86$ $P = 0/001$		$X^2 = 85/14$ $P = 0/001$	

با توجه به جدول شماره ۳، بالاترین و پایین‌ترین کیفیت زندگی در بعد وازوموتور (به ترتیب ۱/۴ با انحراف معیار ۰/۷۵ و ۲/۲ با انحراف معیار ۰/۹۷)، در بعد روانی-اجتماعی (به ترتیب ۱/۴ با انحراف معیار ۱/۲ و ۲/۷۸ با انحراف معیار ۰/۵۷)، در بعد جسمانی (به ترتیب ۰/۹۶ با انحراف معیار ۰/۸۸ و ۲/۳۶ با انحراف معیار ۰/۷۸) و در بعد جنسی (به ترتیب ۰/۹۷ با انحراف معیار ۱/۳۴ و ۳/۵ با انحراف معیار ۱/۵۶) بود. میانگین نمرات در همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی در مرحله‌ی قبل از یائسگی پایین بود، در نتیجه واحد‌های پژوهش در این مرحله کیفیت زندگی بالاتری داشتند. میانگین نمرات در ابعاد روانی-اجتماعی، جسمانی و جنسی در گروه زنان یائسه‌ی بیشتر مساوی پنج سال بالا بود و زندگی‌شان کیفیت پایین‌تری داشت. با استفاده از آزمون آماری کراسکال والیس دریافتیم که بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی (وازوموتور، روانی-اجتماعی، جسمانی و جنسی) و مراحل مختلف یائسگی اختلاف معناداری وجود دارد به این مفهوم که هرچه طول مدت یائسگی بیشتر باشد در ابعاد مختلف کیفیت زندگی به ویژه در بعد روانی، جسمانی و جنسی اختلال بیشتر می‌شود، بنابراین کیفیت زندگی پایین‌تر خواهد بود.

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحد‌های پژوهش در گروه زنان یائسه بر حسب کیفیت زندگی

به تفکیک طول مدت یائسگی

کیفیت زندگی	طول مدت یائسگی		کمتر از پنج سال		بیشتر و مساوی پنج سال		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مناسب	۵	۷/۱	۹	۱۲/۵	۱۴	۹/۹	
متوسط	۶۱	۸۷/۱	۵۷	۷۹/۲	۱۱۸	۸۳/۱	
نامناسب	۴	۵/۷	۶	۸/۳	۱۰	۷	
جمع	۷۰	۱۰۰	۷۲	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰	
آزمون آماری	$p = ۰/۴۴$ $X^2 = ۱/۶۵$						

بر اساس یافته‌ها، در مورد بیشتر زنان در گروه قبل از یائسگی (۷۳/۸٪) و حوالی یائسگی (۵۵/۱٪) شدت علائم یائسگی در حدی بوده که مشکلی برای آنان ایجاد نکرده است و به عبارتی، شدت علائم کم بوده و بعد از یائسگی، بیشتر زنان در گروه یائسه‌ی کمتر از پنج سال (۶۲/۹٪) و یائسه‌ی بیشتر مساوی پنج سال (۶۹/۴٪) شدت علائم را متوسط گزارش کرده‌اند. طبق آزمون آماری کای-دو بین شدت علائم یائسگی و مراحل مختلف یائسگی ارتباط معناداری وجود دارد ($X^2 = ۶۵/۰۹$ ، $p = ۰/۰۰۱$) طوری که با افزایش زمان یائسگی شدت علائم یائسگی نیز افزایش یافته است و در تمام ابعاد کیفیت زندگی، در مرحله‌ی قبل از یائسگی و حوالی یائسگی کم و در یائسه‌های کمتر و بیشتر مساوی پنج سال شدت علائم متوسط بود. بیشتر زنانی که (۷۰/۵٪) شدت علائم یائسگی مشکلی برای آن‌ها ایجاد نکرده بود کیفیت زندگی مناسبی داشتند. در حالی که بیشتر زنانی که (۸۴/۶٪) از شدت علائم احساس ناراحتی زیادی کرده بودند کیفیت زندگی‌شان نامناسب بود. یافته‌های مربوط به کیفیت زندگی و طول مدت یائسگی در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. بیشتر زنان یائسه‌ی کمتر از پنج سال (۸۷/۱٪) و بالاتر مساوی ۵ سال (۷۹/۲٪) کیفیت زندگی متوسطی داشتند. آزمون آماری کای-دو ($p = ۰/۴۴$ ، $X^2 = ۱/۶۵$) بین کیفیت زندگی و طول مدت یائسگی زنان اختلاف معناداری وجود ندارد.

بحث

بر اساس نتایج تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش کیفیت زندگی بیشتر زنان بررسی شده متوسط بود. بیشتر زنان در گروه قبل از یائسگی و حوالی یائسگی کیفیت زندگی مناسبی داشتند و بیشتر زنان گروه یائسه‌ی کمتر از پنج سال و در گروه یائسه‌ی بیشتر مساوی پنج سال کیفیت زندگی متوسطی داشتند. هم‌چنین بر حسب ابعاد مختلف کیفیت زندگی (وازوموتور، روانی-اجتماعی، جسمانی و جنسی) نتایج نشان داد که میانگین نمرات در

همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی در مرحله‌ی قبل از یائسگی پایین بوده و در نتیجه همه‌ی زنانی که در این مرحله بودند، کیفیت زندگی بالاتری داشتند. میانگین نمرات در ابعاد روانی - اجتماعی، جسمانی و جنسی در گروه زنان یائسه‌ی بیشتر مساوی پنج سال بالا بوده و زنان این گروه کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. بلومل و همکاران (۲۰۰۰) گزارش دادند زنانی که در مرحله‌ی قبل از یائسگی بودند، از لحاظ بالاترین کیفیت زندگی را در ابعاد چهارگانه‌ی داشتند. این گزارش با نتایج به دست آمده در این پژوهش مطابقت دارد بر اساس نتایج پژوهش بلومل و همکاران پایین‌ترین کیفیت زندگی در بعد وازوموتور مربوط به زنانی بود که در مرحله‌ی حوالی یائسگی قرار داشتند و کیفیت زندگی زنان یائسه‌ی با طول مدت بیشتر مساوی پنج سال در دیگر ابعاد بالاتر بوده است. ازکان و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیق خود بیان کردند که کیفیت زندگی در مرحله‌ی قبل از یائسگی و حوالی یائسگی بالاتر از بعد از یائسگی است، ولی در دوران بعد از یائسگی اختلاف معنی‌داری در کیفیت زندگی وجود نداشت. کیفیت زندگی هم‌چنین در دوران بعد از یائسگی در گروه زنانی که هورمون‌تراپی می‌شدند بالاتر از زنانی بود که هورمون‌تراپی دریافت نمی‌کردند. شاید بتوان این تفاوت را ناشی از اختلاف فرهنگی یا مصرف داروها و هورمون‌درمانی در کشورهای مختلف دانست.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیشتر زنان در گروه قبل از یائسگی و حوالی یائسگی، شدت علایم یائسگی آن‌ها در حدی بوده است که برای آنان مشکلی را ایجاد نکرده است و به عبارتی شدت علایم کم بوده و بعد از یائسگی، بیشتر زنان در گروه یائسه‌ی کمتر از پنج سال و یائسه‌ی بیشتر مساوی پنج سال شدت علایم را متوسط گزارش کرده‌اند. در تمام ابعاد کیفیت زندگی (وازوموتور، روانی - اجتماعی، جسمانی و جنسی) شدت علایم در مرحله قبل از یائسگی و حوالی یائسگی، کم و در یائسه‌های کمتر و بیشتر مساوی پنج سال شدت علایم متوسط بود. در مقایسه‌ی کیفیت زندگی واحدهای

مورد پژوهش برحسب شدت علایم یائسگی، بیشتر زنانی که شدت علایم آن‌ها در حدی بود که مشکلی را ایجاد نمی‌کرد از کیفیت زندگی مناسب برخوردار بودند در حالی که زنانی که شدت علایم در آن‌ها در حدی بود که ناراحتی زیادی را ایجاد کرده بود از کیفیت زندگی نامناسب برخوردار بودند. لی و همکاران (۲۰۰۰) می‌نویسند زمانی که شدت و تناوب علایم یائسگی به ویژه علایم روان‌تنی در آن‌ها کمتر باشد، کیفیت زندگی آن‌ها در دوران حوالی یائسگی بهتر است. طبق یافته‌های بوداکو و همکاران (۲۰۰۷) زنان یائسه‌ای که شدت علایم یائسگی در آن‌ها کم بوده کیفیت بالاتری در زندگی داشتند. هم‌چنین زنانی که از هورمون‌درمانی در دوران یائسگی استفاده می‌کردند، شدت علایم یائسگی در آن‌ها کمتر و کیفیت زندگی بالاتری در مقایسه با افرادی داشتند که دارو مصرف نمی‌کردند.

باتوجه به یافته‌های پژوهش و آزمون‌های انجام شده با اطمینان ۹۵٪ تأیید می‌شود ($p < 0/05$) که بین کیفیت زندگی و مراحل مختلف یائسگی ارتباط وجود دارد، زیرا بر اساس نتایج، میانگین امتیازات کیفیت زندگی به ترتیب از بهترین به کمترین متعلق به زنان مرحله‌ی قبل از یائسگی، حوالی یائسگی، یائسه‌ی کمتر از پنج سال و یائسه‌ی بیشتر مساوی پنج سال بود. بر اساس متون علمی موجود شدت علایم یائسگی و علایمی چون استئوپروز و اتروفی و مشکلات قلبی عروقی در دوران یائسگی به ویژه در زنان یائسه بیش از هر زمان دیگر است. بنابراین انتظار می‌رود در صورت عدم درمان جایگزینی هورمونی و دارویی ممکن است کیفیت زندگی کاهش یابد موضوع که با نتایج به دست آمده مطابقت دارد.

هم‌چنین ارتباط بین کیفیت زندگی و شدت علایم یائسگی، یافته‌های پژوهش و آزمون‌های انجام شده با اطمینان ۹۵٪ تأیید می‌شود ($p < 0/05$). زیرا، آزمون آماری کای - دو

بین این دو عامل ارتباط معنی داری را نشان داد. بوداکو و همکاران (۲۰۰۷) بیان می‌کنند کیفیت زندگی زنانی که شدت علائم یائسگی در آن‌ها بالاست بسیار کاهش می‌یابد.

آزمون آماری کای - دو نشان داد که بین کیفیت زندگی و طول مدت یائسگی ارتباط معنی داری وجود ندارد پس این فرضیه در سطح اطمینان ۹۵٪ رد می‌شود. ازکان و همکاران (۲۰۰۵) بیان کردند که کیفیت زندگی در مراحل قبل از یائسگی و حوالی یائسگی بالاتر از مرحله ی بعد از یائسگی است، ولی در دوران بعد از یائسگی اختلاف معنی داری در کیفیت زندگی وجود ندارد. کیفیت زندگی در دوران بعد از یائسگی در گروه زنانی که هورمون تراپی می‌شدند بالاتر از زنانی بود که هورمون تراپی دریافت نمی‌کردند.

طبق تحقیقات لسرت و همکاران (۱۹۹۵)، در دوران بعد از یائسگی کیفیت زندگی زنان تغییر چندانی ندارد و آن چه باعث می‌شود زنان یائسه کیفیت بالاتری در زندگی داشته باشند استفاده از درمان‌های دارویی و هورمون تراپی است.

بر اساس نتایج این پژوهش، ضرورت آموزش بهداشت در میان‌سالی در دو طیف آموزش عالی و آموزش همگانی ضرورت می‌یابد. از آن جا که ماماها نقش مهمی در آموزش مراقبت‌های بهداشتی دارند خود نیز باید آموزش‌های لازم را در این زمینه دریافت کنند تا با بهرمندی نگرش و دانش آن‌ها درباره ی بحران‌های زندگی زنان، نحوه برخورد صحیح با این بحران‌ها، پیشگیری از عوارض و مشکلات ناشی از آن و راه‌های مقابله با این مشکلات ارتقا یابد. هم چنین می‌توان با آگاهی دادن به زنان از طریق آموزش و مشاوره به ویژه در دوران حوالی یائسگی سطح آگاهی آن‌ها را بالا برد. افزایش آگاهی باعث تغییر نگرش و رفع استرس آن‌ها می‌شود شده و از طرفی با تقویت رفتارهای بهداشتی سلامت این قشر عظیم جامعه تأمین و تخمین می‌شود. پس با توجه به این امر پیشنهاد می‌کنیم تا مشکلات روانی و اجتماعی زنان در دوران یائسگی و نگرش و عملکرد پرسنل بهداشتی در امر آموزش و مشاوره در دوران یائسگی در تحقیقاتی بررسی شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان محترم دانشکده ی پرستاری و مامایی، معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج برای تصویب و حمایت مالی طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می‌شود. از مسئولان مراکز بهداشتی شهر کرج و همه ی همکاران که ما را در این طرح یاری کردند تشکر می‌کنیم.

Quality of life in menopausal stage of women in Karaj Health center
Moghimi Hanjan, S¹., Shoghi, M²

Abstract

The aim of this study was to investigate equality of life in women in different menopausal stages. This was a descriptive cross-sectional study wherein the sample was taken with multistage randomized sampling method and consisted of 276 healthy women aging from 40 to 60 years old. Data were collected with special questionnaire of QOL in menopause through interviews. Data were analyzed in SPSS using descriptive statistics and X2. Findings indicated that 72.3% of pre-menopause women and 49.3% of peri-menopause women had high QOL. The 87.1% menopause women with <5y, and 79.2% with >5y had the average QOL. The finding also showed that QOL was related to menopausal stage as well as the highest QOL was belonged to perimenopause ($p < 0.001$). According the findings, QOL was affected by the severity of symptoms. The results of research indicated that QOL in menopausal stage was different dependent on severity of symptoms ($p < 0.001$). There was not any statistical significant relationship between quality of life and duration of menopause ($p = 0.441$). Therefore raising women's health and knowledge, and teaching health providers and adequate counseling about menopause were recommended.

Keyword: quality of life, premenopausal, post menopause, menopause

¹ M.Sc, Dept. of midwifery. Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Karaj branch, Karaj, Iran

² M.Sc, Dept. of Nursing. Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Karaj branch, Karaj, Iran

منابع

پارک، کی. (۲۰۰۵). *پزشکی اجتماعی و پیشگیری*. (مترجم، هولاکویی، ۱۳۸۴). تهران: انتشارات گپ.
خالدیان، زینب. (۱۳۸۰). *بررسی کیفیت زندگی در زنان یائسه ی شهر تهران*. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
علیخانی و دیگران. (۱۳۸۴). *مرور سریع بر بیماری های زنان و مامایی*. تهران: انتشارات سمات. چاپ اول.

Blumel, G., & et al. (2000). Quality of life after the menopause: a perspective study. *Maturitas*, 34(1):17-23.

Budako, L.u., Cihangir, O., & Deryaero, L.u. (2007). Quality of life and postmenopausal Symptoms. *Gynecological endocrinology*, 23(7):404-409.

Dennerstein, L. (1996). A prospective population based study of menopausal symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 3:351-7.

Jacobs, A., Pamela ., & et al. (2000). Self-related menopausal status & quality of life In women aged 40-63 years. *British J health psychology*, 5: 395-411.

Li Suling., & et al. (2000). Perimenopaus and quality of life. *Clinical nursing research*, 9(1): 16-27.

Ledsert, B., & et al. (1995). Menopause & perceived health status among the women Of the French. *Maturitas*, 20:113-120.

Ozkan, S., Alatas, E.S., & Zencir, M. (2005). Women quality of life in the premenopausal and postmenopausal period. *Quality of life research Oct*, 14(8): 1785 - 1801.

Rousseau, M.E. (1998). Women midlife health. *J of nurse midwifery*, 43(3): 208-223.