

ارتقای سلامت زنان در سنین یائسگی از طریق آموزش اصول مراقبت از خود

شهناز کلیان تهرانی* مریم قبادزاده** میثم ارسطو***

چکیده

زمینه و هدف: یائسگی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن می‌باشد. امید به زندگی زنان افزایش یافته است و زنان تقریباً یک سوم زندگی خود را در این دوران به سر می‌برند. نقصان دانش نحوه مراقبت از خود و نیز شیوه نادرست زندگی زنان یائسه منشأ بسیاری از عوارض جدی این دوران است. این مطالعه با هدف تعیین میزان تأثیر آموزش اصول مراقبت از خود بر آگاهی و عملکرد زنان یائسه انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی، تعداد ۸۱ نفر از کارکنان زن بازنشسته و شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران که همگی یائسه بودند، به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه و برگه آزمون بود. پرسشنامه علاوه بر اطلاعات فردی شامل وضعیت قاعدگی، تاریخچه پزشکی سابق و اخیر، وضعیت بهداشتی فعلی، وضعیت تغذیه، ورزش، مدت علایم یائسگی، تأثیر یائسگی بر روابط، مشکلات یائسگی و مصرف دارو بود. آموزش با استناد به جزوه آماده شده و ارایه پمفلت صورت گرفته است. محتوای جزوه بر اساس مواردی هم‌چون: اصول تغذیه، چگونگی حافظه، گرگرفتگی، خشکی واژن و خواب بود. مشاوره لازم در مورد شکایات مطرح شده از جانب واحدهای پژوهش ارایه شد و پس از آزمون ۶ هفته بعد از پیش آزمون اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن است که قبل از آموزش آگاهی ۲۲/۲٪ زنان مورد مطالعه ضعیف، ۶۴/۲٪ متوسط و فقط ۱۳/۶٪ در حد خوب بوده است در صورتی که بعد از آموزش هیچ کدام از آنان آگاهی ضعیف نداشتند و ۲۷/۵٪ آگاهی متوسط و ۷۲/۵٪ آگاهی در حد خوب داشتند. به عبارت دیگر در اثر آموزش آگاهی زنان نسبت به عوارض یائسگی و سبک زندگی سالم به طور معنادار ($p < 0.001$) ارتقا یافته است. همچنین عملکرد آنان در بخش تغذیه (یکی از جنبه‌های سبک زندگی) بهتر شده است ($p = 0.021$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها آموزش بر میزان آگاهی زنان از شیوه زندگی سالم و مشکلات یائسگی مؤثر بوده است. بنابراین آموزش، بر میزان آگاهی زنان از اصول مراقبت از خود که یکی از راه‌های بالا بردن سطح سلامت افراد است، تأثیر مثبت داشته و آن را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: یائسگی، اصول مراقبت از خود، آموزش

نویسنده مسؤول: شهناز کلیان تهرانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: Golian2005@yahoo.com

- دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: آبان ماه ۱۳۸۶

مقدمه

یائسگی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است. جریان سالمندی در سیستم تولیدمثل از رحم آغاز و به یائسگی ختم می‌شود. ملاک سیستم مرحله‌بندی این دوران

قاعدگی نهایی (FMP) است. مرحله انتقال به یائسگی با تغییر در طول دوره قاعدگی (۷ روز اختلاف با قاعدگی) و بالا رفتن هورمون محرک فولیکول آغاز می‌شود. این مرحله با قاعدگی نهایی (که فقط وقتی تأیید می‌گردد که ۱۲ ماه از قطع کامل قاعدگی گذشته باشد) خاتمه می‌یابد. به ۵ سال اول بعد از قاعدگی نهایی، اوایل

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** کارشناس ارشد مامایی
*** کارشناس آمار

دوران یائسگی گفته می‌شود. اواخر یائسگی بعد از گذشت پنج سال از قاعدگی نهایی شروع شده و تا پایان زندگی ادامه می‌یابد.

عوارض زیادی در این دوران کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ مانند اختلال در خواب، خستگی، اختلال در حافظه کوتاه مدت و افسردگی. این عوارض کیفیت زندگی زنان را شدیداً متأثر می‌سازد. مطالعات اپیدمیولوژیک حاکی از آن است که ۶۵ تا ۸۵٪ زنان علایم ناخوشایند یائسگی را تجربه می‌کنند. گرگرفتگی که مقاوم‌ترین و مزاحم‌ترین عارضه این دوران است از مرحله انتقال به یائسگی شروع می‌شود (۱). زنانی که از این عارضه شکایت دارند، معمولاً دارای عوارض دیگری مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات خواب و مشکل جنسی هم می‌باشند (۲). پوکی استخوان از عوارض خطرناک این دوران به شمار می‌رود. درمان شکستگی‌های ناشی از پوکی استخوان با هزینه‌های بسیاری همراه است. شکستگی ستون فقرات منجر به انحنای آن، کوتاه شدن قد و درد می‌شود و شکستگی استخوان لگن نیازمند جراحی‌های بزرگ و بستری شدن در بیمارستان است که بسیار پر هزینه می‌باشد. بهبودی شکستگی استخوان لگن به ساعت‌ها درمان نیاز دارد و بدتر این که ۱۲ تا ۲۰٪ این بیماران بیش از ۶ ماه زنده نمی‌مانند و حداقل نیمی از آن‌هایی که زنده می‌مانند برای انجام کارهای روزانه احتیاج به کمک داشته و ۱۵ تا ۲۵٪ آن‌ها نیاز به مراقبت طولانی مدت دارند. برای پیشگیری از پوکی استخوان اولین قدم به دست آوردن حداکثر تراکم استخوان در سنین جوانی است که با داشتن رژیم غذایی

غنی از ویتامین D و کلسیم و ورزش منظم (پیاده‌روی، دوندگی، یا استفاده از ورزش‌هایی که فشار وزن را بر اندام‌ها منتقل می‌کند) حاصل می‌شود (۳).

نقصان دانش نحوه مراقبت از خود و نیز شیوه نادرست زندگی در میان زنان یائسه منشأ بسیاری از عوارض جدی این دوران است. در جهت اشاعه سیاست مراقبت از خود باید هر کس دانش و تکنیک‌های مراقبتی را بیاموزد. نظریه سلامت مؤید آن است که سلامت فرد ایستا نبوده و دائماً در حال تغییر و دگرگونی است. سلامتی مجموعه‌ای از چند عامل درونی و بیرونی شخص است. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از: وراثت، شیوه زندگی، خدمات بهداشتی، محیط زیست، وضعیت اجتماعی اقتصادی و نظام‌های وابسته به بهداشت مانند: آموزش، مواد غذایی و غیره. سلامتی مستلزم ارتقای شیوه زندگی است بسیاری از مشکلات بهداشتی امروزی (مانند چاقی، سرطان ریه، سیگار، اعتیاد و گرفتگی عروق قلب) با دگرگونی در شیوه‌های زندگی ارتباط دارد (۴). مراقبت از خود روند تازه‌ای در مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌رود که تعریف آن عبارت است از: «آن دسته از اقدامات سالم‌سازی که توسط خود فرد به اجرا در می‌آید». مراقبت از خود به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که افراد برای ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهند. این اقدامات بدون کمک‌های حرفه‌ای به اجرا در می‌آید ولی دانش و مهارت آن به افراد آموزش داده می‌شود (۴) در این مطالعه نیز سعی شده تا از

آموزشی مشاوره لازم در موارد مقتضی و در ارتباط با شکایات مطرح شده از جانب واحدهای پژوهش ارایه شد. پس از ۶ هفته از انجام پیش آزمون و اجرای برنامه‌های آموزشی، پس آزمون اجرا گردید. برای استخراج و طبقه‌بندی‌های برگه‌های آزمون (پیش آزمون و پس آزمون) به هر پاسخ صحیح یک امتیاز تعلق گرفت. به این ترتیب جمع امتیازهای هر فرد عددی بین ۰ تا ۱۰ محاسبه شد. نمرات ۰-۳ ضعیف، ۴-۷ متوسط و ۸-۱۰ به عنوان خوب طبقه‌بندی گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون t با نمونه‌های جفت و آزمون مک نمار) با سطح معناداری $p < 0/05$ و نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن واحدهای پژوهش $49/5 \pm 4/5$ سال، $11/4\%$ آنان مجرد، 70% متأهل، $11/1\%$ مطلقه و $7/5\%$ بیوه بودند. 11% واحدهای پژوهش بدون فرزند، 34% یک تا دو فرزند، 24% سه تا پنج فرزند و 31% بیشتر از پنج فرزند داشتند.

میانگین زمان سپری شده از آخرین قاعدگی آن‌ها $2/9$ سال و $11/1\%$ توسط جراحی یائسه شده بودند. $22/2\%$ از واحدهای پژوهش از گرگرفتگی به صورت متوسط و $38/3\%$ به صورت شدید رنج می‌برند. 43% ابراز داشتند که اضطراب آن‌ها شدید است، این در حالی است که $30/9\%$ از واحدهای پژوهش قبل از یائسگی دچار افسردگی بوده‌اند. $35/8\%$ عصبانیت خود را شدید و $39/5\%$ خود را شدیداً

طریق آموزش، دانش و مهارت استفاده از این فعالیت‌ها به زنان درسین یائسگی منتقل شود. تحقیق حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر آموزش اصول مراقبت از خود بر آگاهی و عملکرد زنان در سنین یائسگی انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی است. نمونه‌های این پژوهش شامل ۸۱ نفر از کارکنان بازنشسته و شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که بر اساس معیار گذشت حداقل ۱ سال و حداکثر ۵ سال از قاعدگی نهایی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری از نوع آسان، و ابزار گردآوری داده‌ها در قالب یک پرسشنامه و برگه آزمون بوده است. اجزای پرسشنامه عبارت بود از: سن، وضعیت تأهل، وضعیت قاعدگی، تعداد حاملگی، تاریخچه پزشکی اخیر، تاریخچه پزشکی سابق، وضعیت بهداشتی فعلی، مدت علایم یائسگی، تأثیر یائسگی بر روابط، شکایات، مصرف داروها و سبک زندگی بر اساس سه عامل مهم یعنی ورزش و نوع آن، تغذیه و کشیدن سیگار.

برگه آزمون مطالعه شامل ۱۰ سؤال (۴ سؤال مربوط به شیوه زندگی و ۶ سؤال مربوط به عوارض یائسگی) بود.

پس از تشریح اهداف مطالعه به واحدهای پژوهش و اعلام آمادگی آن‌ها، پرسشنامه تکمیل شد و بعد از آن پیش آزمون به اجرا درآمد. محتوای جزوه آموزشی و پمفلت بر اساس آموزش در مورد تغذیه، حافظه، گرگرفتگی، خشکی واژن و خواب بود. پس از ارایه محتوای

تحریک‌پذیر می‌دانند. ۲۳/۵٪ از واحدهای پژوهش دچار بی‌خوابی هستند.

در پژوهش حاضر ۴۲٪ از واحدهای پژوهش کاهش میل جنسی نداشته و کاهش میل جنسی در میان ۷/۴٪ به صورت جزئی، ۲۱٪ متوسط و ۲۹/۶٪ به صورت شدید وجود داشته است. از نظر داروهایی که واحدهای پژوهش دریافت می‌کردند، فقط ۳٪ کلسیم و ۲۷/۲٪ هورمون درمانی می‌گرفتند.

۶/۹٪ از واحدهای پژوهش معتقدند که یائسگی به صورت متوسط تا شدید بر روابط خانوادگی آن‌ها تأثیر سوء داشته است، ۳۷/۱٪ تأثیر مشابهی را بر روابط در محیط کار و ۳۸/۲٪ بر روابط با همسر ذکر کرده‌اند.

به لحاظ سبک زندگی که بر اساس سه عامل مهم یعنی تغذیه، ورزش و نوع آن و کشیدن سیگار بررسی گردید، میانگین شاخص توده بدنی (Body Mass Index=BMI) واحدهای پژوهش $27/3 \pm 5 \text{ kg/m}^2$ بود. ۵۵/۵٪ از واحدهای پژوهش دارای اضافه وزن و یا چاقی بودند، ۲۱٪ چاقی درجه ۱ و ۸/۶٪ چاقی درجه ۲ داشتند که نسبت زیادی به شمار می‌آید. علاوه بر این فقط ۱۶٪ سابقه مشاوره تغذیه داشتند که ۶ هفته بعد این میزان به ۲۷٪ رسیده بود. آزمون مک‌نمار نشان می‌دهد فراوانی کسانی که مشاوره تغذیه داشته‌اند به طور معناداری بعد از آموزش افزایش یافته است ($p=0/021$).

۶ هفته پس از آموزش درصد کسانی که هیچ نوع ورزشی انجام نمی‌دادند از ۷۰/۴ به ۶۵٪ کاهش یافته بود که بیشتر این افزایش متوجه مواردی بود که به ورزش پیاده‌روی

می‌پرداختند و درصد کسانی که ورزش هوازی می‌کردند از ۱۱/۱ به ۱۲٪ رسیده بود. بر اساس آزمون مک‌نمار بعد از آموزش، فراوانی کسانی که ورزش می‌کنند افزایش معنادار آماری نشان نمی‌دهد.

۱۶٪ آنان سیگاری بودند، ۱/۲٪ نخ، ۲/۵٪ ۱۰-نخ، ۱۱/۱٪ ۲۰-نخ و ۱/۲٪ ۳۰-نخ در روز سیگار می‌کشیدند. این میزان بعد از آموزش و ۶ هفته بعد نیز تغییری نداشت.

در مورد میزان آگاهی زنان مورد مطالعه نسبت به شیوه زندگی و عوارض یائسگی، نتایج حاکی از آن است که قبل از آموزش آگاهی ۲۲/۲٪ افراد ضعیف، ۶۴/۲٪ متوسط و فقط ۱۳/۶٪ در حد خوب بوده است در صورتی که بعد از آموزش هیچ کدام از افراد آگاهی ضعیف نداشتند و ۲۷/۵٪ آگاهی متوسط و ۷۲/۵٪ آگاهی در حد خوب داشتند. همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، بر اساس آزمون نهایی t زوج بین میانگین نمرات کلی پیش آزمون و پس آزمون واحدهای پژوهش تفاوت آماری معنادار وجود دارد ($p<0/001$).

به لحاظ میزان آگاهی و تغییرات آن به تفکیک میزان آگاهی زنان مورد مطالعه از عوارض یائسگی و شیوه زندگی، همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمره آگاهی واحدهای پژوهش از بخش شیوه زندگی قبل از آموزش ۲/۳ و بعد از آموزش ۳/۷۳، و از بخش عوارض یائسگی قبل از آموزش ۲/۶ و بعد از آموزش ۴/۶۵ می‌باشد که بر اساس آزمون آماری t زوج در هر دو مورد تغییرات معنادار است ($p<0/001$).

جدول ۱: مقایسه تغییرات نمرات آگاهی زنان یائسه از جنبه‌های مختلف قبل و پس از آموزش در سال ۱۳۸۳

سطح معناداری	تغییرات	بعد	قبل	آگاهی از جنبه‌های مختلف
	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	\bar{x} (sd)	
$p < 0.001$	-۱/۴۳(۰/۴۳)	۳/۷۳(۰/۵۲)	۲/۳(۰/۹۵)	بخش شیوه زندگی
$p < 0.001$	-۲/۰۵(۰/۳۲)	۴/۶۵(۱/۰۸)	۲/۶(۱/۴)	بخش عوارض یائسگی
$p < 0.001$	-۳/۱(۰/۵۱)	۸/۳۶(۱/۳۷)	۵/۲۱(۱/۸۸)	نمرات کلی

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش یکی از عوامل مهم در افزایش آگاهی و بهبود عملکرد زنان یائسه جهت ارتقای سطح سلامت آنان می‌باشد. در مورد سیگار از میان ۱۶٪ از واحدهای پژوهش که سیگاری بودند ۱/۲٪ آنان ۳ نخ، ۲/۵٪ ۱۰ نخ، ۱۱/۱٪ ۲۰ نخ و ۱/۲٪ ۳۰ نخ در روز سیگار می‌کشیدند. بنا بر تحقیقات انجام شده با کشیدن ۲۰ نخ سیگار در روز خطر مرگ در اثر حمله قلبی نسبت به فرد غیر سیگاری ۱۰ تا ۱۵ برابر می‌شود. همچنین احتمال ابتلای به سرطان ریه و سرطان‌های دیگر افزایش می‌یابد. کشیدن سیگار همچنین بر جریان خون تأثیر دارد و موجب درد قلب در هنگام راه رفتن می‌شود (۵). Baron و همکاران چنین نتیجه می‌گیرند که تأثیر سیگار کشیدن بعد از دوران یائسگی شدیدتر از قبل از این دوران است و فقط ۱۵ سال بعد از ترک سیگار است که ارتباط بین این دو عامل از بین می‌رود (۶).

کشیدن سیگار گرگرفتگی را تشدید می‌کند به منظور کاهش گرگرفتگی، کنار گذاشتن سیگار به عنوان اولین گام تغییر سبک زندگی توصیه می‌شود (۷). شش هفته بعد از مصاحبه اولیه در میزان افراد سیگاری و تعداد سیگاری که در طی روز مصرف می‌شد تغییر محسوسی

ملاحظه نگردید و اکثراً علت آن را سخت بودن ترک سیگار می‌دانستند.

بر اساس استاندارد جدید، شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸/۵ لاغر، بین ۲۵ تا ۲۹ اضافه وزن و بیش از ۳۰ چاقی محسوب می‌شود و شاخص توده بدنی به هنجار بزرگسالان ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ می‌باشد (۸). ۵۵/۵٪ از واحدهای پژوهش یا اضافه وزن داشته و یا چاق بودند، ۲۱٪ چاقی درجه ۱ و ۸/۶٪ چاقی درجه ۲ داشتند که نسبت زیادی به شمار می‌آید. علاوه بر آن فقط ۱۶٪ سابقه مشاوره تغذیه داشته‌اند. شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۲۷ عامل خطری است برای افزایش علل تمام مرگ و میرها و مشکلات قلبی-عروقی. بیماری‌های مزمنی هم‌چون بیماری‌های قلبی، دیابت نوع ۲، فشارخون، سکته، بیماری‌های کیسه صفرا، آپنه خواب و بعضی سرطان‌ها با افزایش درجه چاقی بدتر می‌شود.

افزایش معنادار کسانی که در زمان پس از آموزش مشاوره تغذیه شده بودند نشان می‌دهد که آموزش و مشاوره می‌تواند اهمیت و تأثیر وزن مناسب را بر سلامتی و ارتقای آن به آموزش گیرنده منتقل کند. به عبارت دیگر آموزش بهداشت یکی از کارآمدترین روش‌های مداخله جهت پیشگیری از بیماری‌ها است.

سبک زندگی همراه با تحرک دارای مزایای بسیاری است. ورزش یکی از مهم‌ترین عوامل کنترل وزن است. ۷۰/۴٪ از واحدهای پژوهش هیچ ورزشی انجام نمی‌دادند که درصد بالایی است و تنها ۱۱/۱٪ به ورزش هوازی می‌پرداختند. فعالیت فیزیکی منظم از عوارض بسیاری پیشگیری می‌کند. کاهش عوارض روانی و اجتماعی که معمولاً با افزایش سن اتفاق می‌افتند، از جمله مزایای فعالیت‌های منظم است. گرچه مطالعات علمی مزایای تحرک فیزیکی را نشان می‌دهد اما اغلب افراد مسن غیر فعال و بی‌تحرک هستند. زندگی بی‌تحرک با افزایش بیماری‌های مزمنی چون فشارخون، دیابت و بیماری‌های قلبی همراه است. از جمله مزایای ورزش می‌توان به بهبودی حرکت مفاصل و نشانه‌های بیماری دژنراتیو مفاصل و به دست آوردن توده استخوان و ماهیچه اشاره کرد که خطر شکستگی را کم می‌کند (۹).

گرچه در زمان پس‌آزمون درصد بیشتری از واحدهای پژوهش ورزش می‌کردند ولی این افزایش از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت. بیشتر این افزایش نیز متوجه کسانی بود که ورزش پیاده‌روی انجام می‌دادند و درصد کسانی که به ورزش هوازی می‌پرداختند فقط به ۱۲٪ افزایش یافته بود شاید یکی از دلایل آن است که امکان این نوع ورزش در دسترس همه نیست و یا این که انجام ورزش پیاده‌روی آسان‌تر و ساده‌تر می‌باشد.

از نظر مصرف سبزیجات ۲۳/۵٪ سبزیجات به طور روزانه مصرف نمی‌کنند، ۶۷/۹٪ روزی ۲-۱ بار و تنها ۸/۶٪ روزی ۴-۳ بار سبزیجات مصرف می‌کنند. در حالی که بر

اساس هرم غذایی افراد میان‌سال و سالخورده مصرف روزانه سبزی ۵-۳ وعده است (۹).

۴۶/۹٪ از واحدهای پژوهش معتقدند که یائسگی به صورت متوسط تا شدید بر روابط خانوادگی آن‌ها تأثیر سوء داشته است، ۳۷/۱٪ تأثیر مشابهی را بر روابط در محیط کار و ۳۸/۲٪ بر روابط با همسر ذکر کرده‌اند.

نزدیک به ۵۸٪ زنان قبل از این که حتی دچار تغییرات قاعدگی شوند گرگرفتگی را حس می‌کنند. گرگرفتگی «احساس گذرای گرما، عرق و برافروختگی است که همراه با احساس اضطراب و بعضی مواقع لرز است» (۱). نشانه‌های ازوموتور گرچه شایع‌ترین شکایات زنان در سنین یائسگی است ولی در مورد علل و پاتوفیزیولوژی آن و عوامل مربوط به آن مطالعات کمی صورت گرفته است. گرگرفتگی شایع‌ترین دلیلی است که زنان به خاطر آن هورمون درمانی را درخواست می‌کنند و عوارض آن را می‌پذیرند. در مطالعه حاضر ۲۲/۲٪ به طور متوسط و ۳۸/۳٪ به صورت شدید از گرگرفتگی رنج می‌بردند. در مطالعه‌ای که از نظر تأثیر تمرینات آرام‌سازی بر حملات گرگرفتگی صورت گرفته، این تمرینات با کاهش اضطراب و افسردگی و گرگرفتگی همراه بوده است (۱۰). همان‌طور که دیده می‌شود بسیاری از زنان یائسه اضطراب خود را شدید می‌دانند. بررسی تأثیر عملکرد آندوکراین بر خلق و خوی زنان یائسه ادامه دارد ولی در حالی که بسیاری از زنان یائسه از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند، نمی‌توان تمام علت را به یائسگی مربوط دانست، همین‌طور که ۳۰/۹٪ از واحدهای پژوهش قبل از یائسگی دچار افسردگی بوده‌اند.

واحدهای پژوهش کمبود حافظه خود را در حد متوسط و ۵۰/۶٪ آن را شدید دانسته‌اند.

در بین ۲۹/۶٪ از واحدهای پژوهش کاهش میل جنسی به صورت شدید وجود دارد. میل جنسی در بعضی از زنان یائسه دچار کاهش می‌شود ولی بعضی دیگر به دلیل از بین رفتن ترس از حاملگی نزدیکی جنسی را راحت‌تر از قبل می‌دانند. این در حالی است که بعضی از مردم تصور می‌کنند که همراه با یائسگی، کاهش میل جنسی به طور طبیعی اتفاق می‌افتد. البته بعضی از داروها مانند ضد افسردگی‌ها، آرام‌بخش‌ها و داروهای پایین آورنده فشارخون باعث تغییر میل جنسی می‌شود. بعضی مشکلات جسمی مانند بیماری‌های قلبی، دیابت، یا آرتروز و استرس نیز باعث کاهش میل جنسی می‌شود. اما تحقیقات نشان می‌دهد که کاهش میل جنسی در دوران یائسگی به دلیل کاهش استروژن نیست بلکه بیشتر به دلیل نگرش، سلامت عمومی و وضعیت ازدواج است. کاهش استروژن فقط با درد حین نزدیکی ارتباط دارد. نزدیکی جنسی ممکن است دردناک شود اما بعضی متخصصین معتقدند که اگر ارتباط جنسی کم نشود مشکل خشکی واژن هم کمتر به وجود می‌آید (۱۵).

خطر شکستگی ناشی از پوکی استخوان در زنان ۴۰٪ و در مردان ۱۳٪ است. احتمالاً افزایش جمعیت بالای ۶۰ سال موجب افزایش شیوع پوکی استخوان شده و این نسبت در حال افزایش است. اکثر شکستگی‌ها در ناحیه ستون فقرات و لگن است و میزان مرگ به علت ایجاد عوارض ثانویه مانند پنومونی بین ۱۵ تا ۳۰٪ است. دو راه برای حفظ حجم توده استخوان وجود دارد اول، رساندن حجم توده استخوان به حداکثر میزان آن

به طور کلی زنانی که از قبل از یائسگی دارای اختلالات خلق و خوی هستند بیشتر در معرض افسردگی در دوران یائسگی می‌باشند. تأثیر عوامل روانی، سبک زندگی، تصویر ذهنی از بدن، روابط شخصی با دیگران، نقش و عوامل فرهنگی - اجتماعی را در پیش‌بینی سطح افسردگی و اضطراب دوران یائسگی نمی‌توان نادیده گرفت (۱۱).

۲۳/۵٪ از واحدهای پژوهش دچار بی‌خوابی هستند. بی‌خوابی مشکل پیچیده‌ای است که دارای علل چندگانه‌ای می‌باشد. از جمله آن‌ها اضطراب و استرس، عادت‌های بد خواب، اختلالات خلقی، درد و مشکلات پزشکی، آریتمی و آپنه خواب. درمان اختلالات خواب نیاز به کنترل استرس، انطباق بیشتر با اطراف و بهبود روابط و ارتقای شیوه زندگی و تغییر آن دارد (۱۲).

احتمالاً یائسگی تأثیر زیادی بر حافظه ندارد. کاهش قدرت حافظه تحت شرایط دیگری به غیر از یائسگی نیز ایجاد می‌شود. شرایط فیزیکی، بیماری و روش زندگی ناسالم، تغذیه، مصرف داروها مانند ضد افسردگی‌ها، آنتی‌هیستامین‌ها، ضددردها، ضد فشارخون‌ها و قرص‌های خواب‌آور، الکل، افسردگی و اضطراب، دیابت، کلسترول بالا، فشارخون بالا، اختلالات تیروئید، عفونت‌های مزمن، استرس و افسردگی هم بر روی حافظه تأثیر مهمی دارند (۱۳). افسردگی منشأ مهم اختلال حافظه در کهن‌سالان است اما بالقوه هر سنی را تهدید می‌کند. استرس باعث آزاد شدن موادی مانند کورتیزول و آدرنالین می‌شود که در طولانی مدت باعث مرگ سلول‌های عصبی و بالاخره اختلال در حافظه می‌گردد (۱۴). ۱۳/۶٪ از

نتیجه‌گیری

در این مطالعه تعداد زیادی از واحدهای پژوهش مشکلات خود را در حد شدید دانسته‌اند و بسیاری از آن‌ها یک شیوه زندگی کم‌تحرک داشته‌اند.

بر اساس یافته‌های پژوهش آموزش بر میزان آگاهی زنان یائسه از شیوه زندگی سالم و مشکلات یائسگی مؤثر بوده است. بنابراین آموزش، بر میزان آگاهی زنان از اصول مراقبت از خود که یکی از راه‌های بالا بردن سطح سلامت افراد است، تأثیر مثبت داشته و آن را افزایش می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۱۶۲۰ مورخ ۸۴/۳/۹ می‌باشد، بدین‌وسیله مراتب قدردانی و تشکر خود را از حمایت‌های همه جانبه آن معاونت محترم و دفتر امور بانوان ریاست جمهوری اعلام می‌داریم.

در سنین جوانی و دوم، کند کردن میزان از دست دادن آن با پیشرفت سن. مصرف کلسیم و ویتامین D به صورت درمان پایه و پیشگیری از پوکی استخوان توصیه می‌شود. بعد از ۳ سال درمان با کلسیم ۱۲۰ میلی‌گرم و ۸۰۰ واحد ویتامین D شیوع شکستگی‌های ستون فقرات و لگن، پایین‌تر از بیمارانی بوده که تحت هیچ درمانی نبوده‌اند. ویتامین D همچنین با افزایش قدرت عضلانی از تعداد موارد افتادن و سقوط افراد کاسته و بدین ترتیب نیز موجب کاهش شکستگی استخوان می‌شود (۱۶).

اهداف علم پزشکی، ارتقای سلامتی، حفظ سلامت و به حداقل رساندن رنج مردم در مفهوم پیشگیری گنجانده شده و مهم‌ترین اقدام در پیشگیری نوع اول آموزش بهداشت است (۱۷).

از آن جا که آموزش ابزار لازم برای سلامتی جامعه است و در این مطالعه نیز تأثیر زیادی بر آگاهی واحدهای پژوهش از اصول مراقبت از خود داشته و از آن جا که مطالعات کمی درباره این دوران از زندگی زنان صورت گرفته، لازم است که تلاش بیشتری در زمینه ارتقای سلامت زنان یائسه صورت گیرد.

منابع

- 1 - Scott JR, Danforth DN. Danforth's obstetrics and gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. P. 721-722.
- 2 - Stearns V, Loprinzi CL. New therapeutic approaches for hot flashes in women. J Support Oncol. 2003 May-Jun; 1(1): 11-21; discussion 14-5, 19-21.
- 3 - National Institute on Aging. Menopause. a resource for making healthy choices; 2002. P. 4-6. Available at: <http://www.niapublications.org/pubs/menopause/index.asp>
- ۴ - شجاعی تهرانی حسین. ترجمه درسنامه پزشکی پیشگیری اجتماعی و کلیات خدمات بهداشتی، پارک جی، پارک ک (مؤلف). بخش نخست جلد دوم، ویرایش دوم. تهران: انتشارات سماط، ۱۳۷۶؛ ۴۲-۴۱.
- 5 - American Cancer Society. Guide to Quitting Smoking. Available at: http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_10_13X_Guide_for_Quitting_Smoking.asp. Accessed April 12, 2007.
- 6 - Baron JA, Farahmand BY, Weiderpass E, Michaëlsson K, Alberts A, Persson I. Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of hip fracture in women. Arch Intern Med. 2001 Apr 9; 161(7): 983-8.

- 7 - Mayo clinic staff. Hot flash: several treatments to choose from. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Page: 1-9. Available at: <http://www.mayoclinic.com/health/hot-flashes/HQ01409/UPDATEAPP=0>. Accessed Mar 3, 2005.
- 8 - Centers for Disease Control and Prevention: Basics about overweight and obesity. Available at: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/adult_BMI/about_adult_BMI.htm. Accessed Apr, 2007.
- 9 - Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy. 11th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2004. P. 333-334.
- 10 - Irvin JH, Domar AD, Clark C, Zuttermeister PC, Friedman R. The effects of relaxation response training on menopausal symptoms. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996 Dec; 17(4): 202-7.
- 11 - Deeks AA. Psychological aspects of menopause management. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2003 Mar; 17(1): 17-31.
- 12 - Jones CR, Czajkowski L. Evaluation and management of insomnia in menopause. *Clin Obstet Gynecol*. 2000 Mar; 43(1): 184-97.
- 13 - Memory Problems. Available at: <http://www.menopause-online.com/memory/html> Menopause Online. Accessed Apr, 2005.
- 14 - Newcomer JW, Selke G, Melson AK, Hershey T, Craft S, Richards K. Decreased memory performance in healthy humans induced by stress-level cortisol treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jun; 56(6): 527-33.
- 15- Sarrel PM. Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Mar; 180(3 Pt 2): 319-24.
- 16 - Akesson K, Dreinhöfer KE, Woolf AD. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. *Bull World Health Organ*. 2003; 81(9): 677-83.
- ۱۷ - پارسای سوسن. درسنامه جامع علوم پزشکی (جلد ۱۲)، بهداشت، چاپ اول، تهران: انتشارات حیان، ۱۳۸۰: ۵-۴.

