

# Evaluation of the urogenital problems of menopausal woman referred to the health care centers of Ilam, Iran

M. Shohani, MSc<sup>1</sup> F. Rasouli, MSc<sup>2</sup> P. HajiAmiry, MSc<sup>2</sup> A. Hasanpoor Dehkordi, MSc<sup>3</sup> M. Mahmoudi, PhD<sup>4</sup>

Instructor Department of Nursing<sup>1</sup>, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran, Instructor Department of Nursing<sup>2</sup>, Associate Professor Department of Statistics<sup>4</sup>, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Instructor Department of Nursing<sup>3</sup>, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences, Shahr-e-Kord, Iran.

(Received 3 Sep, 2008 Accepted 11 Jan, 2009)

## ABSTRACT

**Introduction:** Menopause is the permanent cessation of menstruation. It is an important event of climacterium, reflecting from fertility to infertility. Postmenopausal women usually suffer from physical and mental problems, so as of these, the urogenital disorders are common in menopausal women. We aimed, in this study, to determine urogenital problems of menopausal women referred to the health care centers.

**Methods:** In this descriptive-analytical study, 150 menopausal women were randomly selected. The research tools were a questionnaire, record sheet and check list of symptoms and signs. The data were collected by interview, observation, and examination. Analysis was done by SPSS software.

**Results:** Results showed that, vaginal dryness in 42%, decrease in sexual appealing in 41.3%, urinate frequency in 33.3%, vaginal itching in 11.3%, urin residua in 35.3%, embossment of vaginal interior in 58.8%, constipation in 21.1%, embossment of vaginalposterior in 22.7%, were observed. Resembling marriage statues on vaginal atrophy ( $P < 0.001$ ), on cystocle, and rectocle intensity and urinary incontinence. There was also a significant relationship between urinary infection and urinary incontinence in the cases ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Our findings showed that rogenital disorders are common in menopause period influencing quality of life and community health.

**Key words:** Menopause – Urogenital System – Female Urogenital Diseases

*Correspondence:*  
M. Shohani, MSc.  
School of Nursing and  
Midwifery, Ilam  
University of Medical  
Sciences.  
Ilam, Iran  
Tel: +98 841 3339732  
Email:  
Msh282000@yahoo.com

# بررسی مشکلات تناسلی - ادراری زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام

معصومه شوهانی<sup>۱</sup> فاطمه رسولی<sup>۲</sup> پریش حاجی امیری<sup>۲</sup> علی حسن پوردهکردی<sup>۳</sup> دکتر محمود محمودی<sup>۴</sup>  
<sup>۱</sup> مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایلام <sup>۲</sup> مربی گروه پرستاری، <sup>۳</sup> دانشیار گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی تهران <sup>۴</sup> مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

مجله پزشکی هرمزگان سال سیزدهم شماره سوم پاییز ۸۸ صفحات ۱۹۴-۲۰۱

## چکیده

**مقدمه:** یائسگی یا قطع قاعدگی، رویداد مهم دوران کلیماکتریک بوده و نشانه گذر از دوران باروری و رسیدن به ناباروری است. در این دوران زنان دچار مشکلات جسمی و روانی متعددی میشوند. از جمله مشکلات جسمی می توان به تغییرات دستگاه تناسلی- ادراری اشاره نمود که قبل از یائسگی شروع شده و طی سالهای متمادی ادامه دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین مشکلات تناسلی - ادراری زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر ایلام انجام شده است.

**روش کار:** این پژوهش توصیفی - تحلیلی، بر روی ۱۵۰ نفر زن یائسه دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش و به روش نمونه گیری تصادفی انجام گرفت. ابزار گردآوری دادهها پرسشنامه، برگه ثبت اطلاعات، چک لیست علائم و نشانهها، بود و روش گردآوری دادهها به طریق مصاحبه، مشاهده و معاینه بوده است. جهت تجزیه و تحلیل دادهها از نرم افزار کامپیوتری SPSS استفاده شد.

**نتایج:** نتایج پژوهش نشان نشان داد که ۴۲٪ نمونهها خشکی واژن و ۴۱/۳٪ کاهش میل جنسی، ۳۳/۳٪ تکرار ادرار و ۱۱/۳٪ خارش واژن داشته اند. در رابطه با علائم و نشانههای سیستم تناسلی به ترتیب ۳۵/۳٪ عدم تخلیه کامل مثانه و ۵۸/۷٪ برجستگی در قسمت قدامی واژن داشته و در رابطه با علائم و نشانههای رکتوسل به ترتیب ۲۱/۳٪ بیوست و ۲۲/۷٪ برجستگی در قسمت خلفی واژن داشته اند.

**نتیجه گیری:** این پژوهش نشان داد که اختلالات سیستم تناسلی - ادراری از عوارض و مشکلات شایع دوران یائسگی هستند که بر آسایش و کیفیت زندگی زنان یائسه تأثیر دارند. لذا بررسی زنان یائسه از نظر عوارض فوق در بهبود کیفیت زندگی آنها و سلامت جامعه از اهمیت بسزایی برخوردار است.

**کلیدواژه ها:** یائسگی - دستگاه ادراری تناسلی - مشکلات ادراری تناسلی زنان

نویسنده مسئول:  
معصومه شوهانی  
دانشکده پرستاری و مامایی  
دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
ایلام - ایران  
تلفن: ۳۳۳۹۷۳۲ ۸۴۱ ۹۸  
پست الکترونیکی:  
Msh282000@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۷/۶/۱۳ اصلاح نهایی: ۸۷/۸/۲۸ پذیرش مقاله: ۸۷/۱۰/۲۲

## مقدمه:

قطع قاعدگی، همراه با کاهش استروژن خون و افزایش میزان FSH (هورمون محرک رشد فولیکولها) به بیش از ۴۰ میلی یونیت در لیتر، بیانگر یائسگی است (۵).  
در حال حاضر یائسگی بین سنین ۴۰-۶۰ سالگی و به طور متوسط ۵۱ سالگی اتفاق می افتد (۶) و با افزایش طول عمر، زنان حدود یک سوم از عمر خود را در دوران یائسگی سپری می کنند (۲). شروع یائسگی تدریجی بوده و معمولاً با تغییراتی در روند قاعدگی شروع می شود، این تغییرات از اواخر دهه سوم زندگی شروع می شوند (۷).

زنان در دوران یائسگی دچار تغییرات اندوکروینی، جسمی و روانی متعددی می شوند که به واسطه محرومیت طولانی مدت

یائسگی یکی از مراحل بحرانی زندگی زنان محسوب می شود و امری اجتناب ناپذیر است (۱). این مرحله نشانه گذر از دوران باروری و رسیدن به ناباروری است (۲). یائسگی مهمترین واقعه زنان میانسال است که از نظر شخصی، فرهنگی و اجتماعی حائز اهمیت است و به عنوان یکی از مسائل بهداشتی در طیف بهداشت باروری و زنان دارای اهمیت ویژه ای است (۳).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی یائسگی به معنی قطع واقعی قاعدگی به مدت حداقل ۱۲ ماه به علت از دست رفتن فعالیت فولیکولهای تخمدانی است (۴). از نظر آزمایشگاهی

### روش کار:

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی است که با هدف کلی تعیین مشکلات تناسلی - ادراری زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر ایلام انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه، برگه ثبت اطلاعات، چکلیست علائم و نشانه‌ها، سانتی‌متر و ترازو بوده و روش گردآوری داده‌ها به طریق مصاحبه، مشاهده و معاینه بوده است. پژوهش بر روی ۱۵۰ نفر زن یائسه و به روش نمونه‌گیری تصادفی انجام گرفت. به این صورت که ابتدا با توجه به جمعیت تحت پوشش ده مرکز بهداشتی - درمانی و سه پایگاه بهداشتی موجود در سطح شهر، تعداد نمونه‌ها در هر مرکز برآورد گردیده و سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی از میان زنان یائسه مراجعه‌کننده دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش انتخاب شدند. همه این زنان در رده سنی ۴۵-۶۰ سال قرار داشته، دارای یائسگی طبیعی بوده به طوری که حداقل ۱۲ ماه از قطع قاعدگی آنها گذشته بود و سابقه بیماری جسمی و یا روانی خاصی نداشتند. روش استفاده از ابزار به ترتیب تکمیل پرسشنامه حاوی مشخصات فردی و سوابق بهداشتی، چکلیست علائم و نشانه‌های مشکلات تناسلی - ادراری، اندازه‌گیری قد و وزن توسط پژوهشگر و همکاران ماما شاغل در مراکز بوده است. شروع تحقیق با ارائه معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامائی تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام و اخذ رضایت و اعلام محرمانه بودن اطلاعات هر یک از آزمودنی‌ها صورت گرفت.

در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS، از آمار توصیفی مانند جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی مانند آزمون دقیق فیشر و کای دو جهت بررسی تأثیر مشخصات فردی و سوابق بهداشتی بر مشکلات تناسلی - ادراری استفاده گردید. لازم به ذکر است که جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به مشکلات تناسلی و ادراری نمرات به سه دسته (۳-۳۳/۳) - ضعیف، (۴-۶۶/۴) متوسط، (۷-۶۶/۱۰۰) شدید طبقه‌بندی شد.

از استروژن بوجود آمده و باعث دیسترس و ناتوانی قابل توجه در این زنان می‌گردد (۸،۹). امروزه مشکلات بهداشتی بوجود آمده در دوران یائسگی مورد توجه قرار گرفته‌اند. یکی از تغییرات جسمی این دوران تغییرات پستانی و اروژنیال است. تغییرات پستانی به صورت کاهش یافتن سایز پستانها، کاهش تدریس پستانها، وجود کیست‌های خوش‌خیم و آتروفی بافت‌های گرانولر پستان و جایگزینی آنها به وسیله بافت چربی می‌باشد (۱۰،۶). از جمله تغییرات اروژنیال، آتروفی دستگاه تناسلی - ادراری است که منجر به علائم گوناگونی شده و بر آسایش و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد.

واژن، دستگاه تناسلی خارجی، پیشابراه و تریگون مثانه با هم قرابت رویانی داشته و همگی دارای تعداد زیادی گیرنده استروژنی می‌باشند. بنابراین پیر شدن سیستم تناسلی ادراری توسط مقادیر زیاد استروژن در گردش تعدیل می‌شود (۹،۲). نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است آتروفی واژن، پرولاپس رحم، سیستوسل، رکتوسل، اکترپیون، زخم سرویکس و خارش در این زنان افزایش می‌یابد. خونریزی به دنبال ضربه به واژن در ۱۵٪ موارد دیده می‌شود. همچنین سندرم پیشابراه، شب ادراری عفونت ادراری، در ۱۰-۷٪ زنان یائسه گزارش شده است (۱۱،۲). عدم فعالیت جنسی، در ۳۹٪ تا ۵۹٪ و کاهش ارگاسم در ۲۰٪ موارد افزایش می‌یابد (۱۲،۵).

فرد ممکن است از علائم ثانویه به خشکی واژن مانند دیسپارونیا و واژینیسموس شکایت داشته باشد (۱۳). دیسپارونیا ممکن است با ایجاد اختلال در ارضای جنسی مرد باعث کاهش میل جنسی شود (۱۴).

بی‌اختیاری ادرار در این زنان باعث ایجاد فشار مالی فراوانی برای آنها شده به طوری که هزینه مستقیم ناشی از آن بیش از ۱۰/۵ میلیون دلار در سال برآورد شده است. علاوه بر بار مالی، این افراد از نظر روحی دچار کاهش اعتماد به نفس شده، احساس شرمندگی و تمایل به انزوا داشته و دچار زخم بستر می‌شوند (۱۰).

امروزه با توجه به افزایش طول عمر و امید به زندگی در زنان و کاهش میانگین سن یائسگی، شناخت مشکلات زنان در این دوران از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین مشکلات تناسلی - ادراری زنان یائسه، تعیین ارتباط بین برخی از مشخصات دموگرافیک و سوابق بهداشتی با مشکلات تناسلی - ادراری انجام شده است.

## نتایج:

نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۳۶/۷٪ در رده سنی ۵۴-۵۰ سال قرار داشته، ۷۳/۳٪ متأهل بوده و ۷۳/۳٪ از شاخص توده بدنی متناسب برخوردار بوده و از نظر مدت زمان یائسگی، ۵۲٪ واحدهای مورد پژوهش ۵-۱ سال از مدت زمان یائسگی آنها گذشته بود. نتایج نشان داد (۸٪) واحدهای مورد پژوهش ماموگرافی داشته‌اند که از این تعداد (۲/۷٪) وجود کیست را گزارش نموده‌اند. همچنین واحدهای مورد پژوهش (۶۶/۷٪) کاهش حساسیت پستانها، (۴۲٪) خشکی مخاط واژن، (۳۳/۳٪) تکرر ادرا، (۱۱/۳٪) خارش واژن، (۳۵/۳٪) عدم تخلیه کامل مثانه، (۵۸/۷٪) برجستگی قسمت قدامی واژن، (۲۲/۷٪) برجستگی در قسمت خلقی واژن، (۲۸/۷٪) واحدها دفع ادرا در هنگام سرفه و خنده و (۲۲/۷٪) شب اداری را گزارش نموده‌اند. همچنین یافته‌ها نشان داد که برحسب متغیر وضعیت تأهل و آتروفی واژن، افراد متأهل (۵۴/۵٪) آتروفی واژن ضعیف و (۵/۵٪) شدید داشته‌اند. در حالی که افراد همسر مرده (۸۴/۶٪) آتروفی ضعیف واژن داشته و آتروفی شدید نداشته‌اند. نتایج آزمون دقیق فیشر در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار بوده و می‌توان با ۹۵٪ اطمینان قضاوت نمود که وضعیت تأهل بر شدت آتروفی واژن تأثیر داشته است. در ارتباط با وضعیت تأهل و عفونت واژن، افراد متأهل (۸۸/۲٪) عفونت واژن

ضعیف و (۱۱/۸٪) متوسط داشته‌اند و افراد همسر مرده (۹۴/۹٪) عفونت واژن ضعیف و (۵/۱٪) متوسط داشته‌اند. نتایج آزمون دقیق فیشر در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار نبوده و نشان می‌دهد که وضعیت تأهل بر شدت عفونت واژن تأثیری نداشته است. به علاوه نتایج آزمون کای اسکور در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار بوده و نشان می‌دهد که شاخص توده بدن بر شدت بی‌اختیاری ادرا تأثیری داشته است. به طوری که در افراد چاق (۵۹/۵٪) بی‌اختیاری ادرا ضعیف و (۱۰/۸٪) شدید داشته‌اند، افراد لاغر (۱۰۰٪) بی‌اختیاری ادرا ضعیف داشته و افراد متناسب (۶۹/۱٪) بی‌اختیاری ادرا ضعیف و (۱۰٪) شدید داشته‌اند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲، مبین آن است که متغیرهای نوع زایمان و تعداد زایمان بر شدت علائم و نشانه‌ها سیستموسل و رکتوسل در سطح  $P < 0/05$  تأثیرگذار بوده‌اند به طوری که شدت این علائم و نشانه‌ها در افراد با زایمان طبیعی نسبت به سایر موارد زایمان و افراد دارای بیشتر از ۶ زایمان بیشتر بوده است. همچنین این جدول نشان می‌دهد که نوع زایمان بر بی‌اختیاری ادرا تأثیر داشته است به طوری که شدت بی‌اختیاری ادرا در افراد با زایمان طبیعی بیشتر از سایر موارد زایمان بوده است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی علائم لروژنیتال در زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بر حسب مشخصات فردی در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	جمع		شدید		متوسط		ضعیف		علائم لروژنیتال	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱* فیشر: $P = 0/001$	۱۰۰	۱۱۰	۵/۵	۶	۴۰	۴۴	۵۴/۵	۶۰	متأهل	
	۱۰۰	۴۰	۰	۰	۱۵/۵	۶	۸۴/۶	۳۴	همسر مرده	
	۱۰۰	۱۵۰	۴	۶	۳۳/۳	۵۰	۶۲/۷	۹۴	جمع	
۲* فیشر: $P = 0/۳۵۶$	۱۰۰	۱۱۰	۰	۰	۱۱/۸	۱۳	۸۸/۲	۹۷	متأهل	
	۱۰۰	۴۰	۰	۰	۵/۱	۲	۹۴/۹	۳۸	همسر مرده	
	۱۰۰	۱۵۰	۰	۰	۱۰	۱۵	۹۰	۱۳۵	جمع	
۳* فیشر: $df=2$ $P = 0/0۴۵۷$	۱۰۰	۳۷	۱۰/۸	۴	۲۹/۷	۱۱	۵۹/۵	۲۲	چاق	
	۱۰۰	۳	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۳	لاغر	
	۱۰۰	۱۱۰	۱۰	۱۱	۲۰/۹	۲۳	۶۹/۱	۷۶	متناسب	
	۱۰۰	۱۵۰	۱۰	۱۵	۲۲/۷	۳۴	۶۷/۳	۱۰۱	جمع	

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی علائم اروژنییتال در زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بر حسب مشخصات فردی در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	جمع		شدید		متوسط		ضعیف		علائم اروژنییتال	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱* فیشر: P=۰/۰۰۵	۱۰۰	۱۳۳	۱۵/۸	۲۱	۹	۱۲	۷۵/۲	۱۰۰	طبیعی	علائم سیستوسل
	۱۰۰	۷	۸۵/۷	۶	۱۴/۳	۱	۰	۰	طبیعی واپس زیاتومی	
	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	زایمان نکرده	
	۱۰۰	۹	۲۲/۲	۲	۴۴/۴	۴	۳۳/۳	۳	طبیعی و سزارین	
	۱۰۰	۱۵۰	۱۹/۳	۲۹	۱۱/۳	۱۷	۶۹/۳	۱۰۴	جمع	
۲* فیشر: P=۰/۰۰۹	۱۰۰	۱۳۳	۰/۸	۱	۵۴/۱	۷۲	۴۵/۱	۶۰	طبیعی	نشانه‌های سیستوسل
	۱۰۰	۷	۲۸/۶	۲	۷۱/۴	۵	۰	۰	طبیعی + اپی زیاتومی	
	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	زایمان نکرده	
	۱۰۰	۹	۰	۰	۸۸/۹	۸	۱۱/۱	۱	طبیعی و سزارین	
	۱۰۰	۱۵۰	۲	۳	۵۶/۷	۸۵	۴۱/۳	۶۲	جمع	
۳* فیشر: X <sup>2</sup> =۹/۹۴ df=۴ P=۰/۰۴۱	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۹	<۳	علائم سیستوسل
	۱۰۰	۲۷	۱۸/۵	۵	۳/۷	۱	۷۷/۸	۲۱	۴-۵	
	۱۰۰	۵۲	۳۱/۲	۱۱	۲۱/۲	۱۱	۵۷/۷	۳۰	۶-۷	
	۱۰۰	۴۲	۲۱/۴	۹	۲/۴	۱	۷۶/۲	۳۲	۸-۹	
	۱۰۰	۲۰	۲۰	۴	۲۰	۴	۶۰	۱۲	>۱۰	
۱* فیشر: X <sup>2</sup> =۲۲/۷ df=۴ P=۰/۰۰۰	۱۰۰	۸	۰	۰	۱۲/۵	۱	۸۷/۵	۷	<۳	نشانه‌های سیستوسل
	۱۰۰	۲۱	۹/۵	۲	۱۹	۴	۷۱/۴	۱۵	۴-۵ زایمان	
	۱۰۰	۲۹	۰	۰	۵۸/۶	۱۷	۴۱/۴	۱۲	۶-۷ زایمان	
	۱۰۰	۵۵	۱/۸	۱	۶۰	۳۳	۳۸/۲	۲۱	۸-۹ زایمان	
	۱۰۰	۳۷	۰	۱۰	۸۱/۱	۳۰	۱۸/۹	۷	>۱۰ زایمان	
۲* فیشر: P=۰/۰۱۹	۱۰۰	۱۳۳	۷/۵	۱۰	۸/۳	۱۱	۸۴/۲	۱۱۲	طبیعی	علائم رکتوسل
	۱۰۰	۷	۵۷/۱	۴	۰	۰	۴۲/۹	۳	طبیعی + اپی زیاتومی	
	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	زایمان نکرده	
	۱۰۰	۹	۱۱/۱	۱	۲۲/۲	۲	۶۶/۷	۶	طبیعی و سزارین	
	۱۰۰	۱۵۰	۱۰	۱۵	۸/۷	۱۳	۸۱/۳	۱۲۲	جمع	

ادامه جدول شماره ۲

نتیجه آزمون	جمع		شدید		متوسط		ضعیف		علائم اروژنییتال	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۳* فیشر: P=۰/۰۰۴	۱۰۰	۱۳۳	۱۸	۲۴	۸	۱	۸۱/۲	۱۰۸	طبیعی	نشانه‌های رکتوسل
	۱۰۰	۷	۸۵/۷	۶	۰	۰	۱۴/۳	۱	طبیعی و اپی زیاتومی	
	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	زایمان نکرده	
	۱۰۰	۹	۲۲/۳	۳	۰	۰	۶۶/۷	۶	طبیعی و سزارین	
	۱۰۰	۱۵۰	۲۲	۳۳	۷	۱	۷۷/۳	۱۱۶	جمع	
۴* فیشر: P=۰/۰۲۵	۱۰۰	۱۳۳	۷/۵	۱۰	۲۱/۸	۲۹	۷۰/۷	۹۴	طبیعی	بی‌اختیاری اداری
	۱۰۰	۷	۷۱/۴	۵	۲۸/۶	۲	۰	۰	طبیعی + اپی زیاتومی	
	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	زایمان نکرده	
	۱۰۰	۹	۰	۰	۳۳/۳	۳	۶۷/۳	۶	طبیعی و سزارین	
	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۵	۲۲/۷	۳۴	۶۷/۳	۱۰۱	جمع	

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی و نسبی بی‌اختیاری ادرار در زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام بر حسب عفونت ادراری در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	جمع		شدید		متوسط		ضعیف		بی‌اختیاری ادرار	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	مشکل	
$X^2=۲۶/۵۵$ $df=۲$ $P=۰/۰۰۰$	۱۰۰	۱۱۲	۲/۷	۳	۱۸/۸	۲۱	۷۸/۶	۸۸	ضعیف	عفونت ادراری
	۱۰۰	۳۵	۳۴/۳	۱۲	۳۱/۴	۱۱	۳۴/۳	۱۲	متوسط	
	۱۰۰	۳	۰	۰	۱۰۰	۳	۰	۰	شدید	
	۱۰۰	۱۵۰	۱۰/۱	۱۵	۲۲/۸	۳۵	۶۷/۱	۱۰۰	جمع	

به علاوه نتایج نشان داد که وضعیت تأهل بر شدت عفونت واژن تأثیری نداشته است ( $P=۰/۳۵۶$ ). هر چند که از نظر بالینی نتایج معنی‌دار بوده به‌طوری‌که عفونت واژن به طور متوسط در زنان متأهل (۱۱/۸٪) و در زنان همسر مرده (۵/۱٪) می‌باشد.

یافته‌ها نشان داد که مقدار BMI بر شدت بی‌اختیاری ادرار تأثیری دارد. بدین‌صورت که در افراد چاق شدت بی‌اختیاری ادرار متوسط و شدید بیشتر از افراد لاغر و متناسب بوده است. نتایج بالینی هم‌هنگ با نتایج بدست از تحقیق شریبن و همکاران (۲۰۰۱) با عنوان «ارتباط مونوپوز با بی‌اختیاری ادرار» است که در آن زنان مبتلا به بی‌اختیاری ادرار نسبت به آنهایی که بی‌اختیاری نداشتند، به طور قابل توجهی BMI بالاتری داشتند (۱۹).

چاقی، یبوست، عفونت ادراری، اختلالات سایکولوژیکی و مصرف مایعات کافئین‌دار از فاکتورهای مؤثر در ایجاد بی‌اختیاری ادرار می‌باشند (۱۰، ۹). همچنین یافته‌ها نشان داد نوع زایمان بر شدت علائم و نشانه‌های سیستم‌های تأثیرگذار بوده است ( $P < ۰/۰۵$ ) به‌طوری‌که در افرادی که زایمان طبیعی داشته‌اند با توجه به آمار بالینی و با در نظر گرفتن فراوانی مطلق (۱۳۳ نفر) درجات متفاوتی از علائم و نشانه‌های سیستم‌های تأثیرگذار را گزارش کرده‌اند. درحالی‌که در افراد با زایمان طبیعی همراه با سزارین تعداد کمتری (۹ نفر) علائم و نشانه‌های سیستم‌های تأثیرگذار داشته‌اند. دشرنی و ناتان (۲۰۰۳) در تأیید این مطلب می‌گویند که از عوامل مؤثر در ایجاد سیستم‌های تأثیرگذار می‌توان صدمات زایمان را نام برد که کشش، ضعیف شدن یا پارگی فاسیای لگنی، احتمال ایجاد سیستم‌های تأثیرگذار را زیاد می‌کند (۲۰).

بر اساس نتایج بدست آمده از این پژوهش، تعداد زایمان بر شدت علائم سیستم‌های تأثیرگذار دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که تعداد زایمان بر شدت نشانه‌های سیستم‌های تأثیرگذار دارد. به طوری که در افرادی که کمتر از ۵ زایمان

نتایج پژوهش بر اساس جدول شماره ۳ نشان می‌دهد (۶۷/۱٪) افراد دارای عفونت ادراری با درجات مختلف دچار بی‌اختیاری ضعیف ادراری بوده‌اند (۲۲/۸٪) بی‌اختیاری متوسط ادراری و (۱۰/۱٪) بی‌اختیاری شدید داشته‌اند. نتایج آزمون کای‌اسکوئر در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنی‌دار بوده و می‌توان با ۹۵٪ اطمینان قضاوت نمود که عفونت ادراری بر بی‌اختیاری ادرار تأثیر دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری:

در طول دوران یائسگی زنان دچار تغییرات تناسلی - ادراری و پستانی متعددی می‌شوند که این تغییرات به کمبود استروژن نسبت داده شده‌اند. بر اساس نتایج پژوهش حاضر (۳۶/۷٪) واحدهای مورد پژوهش بین سن ۵۰-۵۴ سالگی یائسه شده‌اند و میانگین سن یائسگی واحدهای مورد پژوهش ۴۸/۷ سال می‌باشد. نتایج مطالعه پاکروش (۱۳۷۳) با عنوان «بررسی میزان آگاهی زنان دوران یأس از یائسگی و رابطه آن با شیوع علائم و از موتور و افسردگی» بر روی ۳۰۰ زن یائسه ۴۰-۶۰ ساله نشان داد ۵۷/۳۳٪ واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی ۵۰-۵۴ سال بوده‌اند (۱۵). همچنین بر طبق نتایج مطالعه عابدی (۱۳۷۷) میانگین سن یائسگی ۴۷/۶۹ سال برآورد شده است (۱۶) که مشابه نتیجه پژوهش حاضر و کاهش میانگین سن یائسگی در زنان ایرانی است. اسپیروف (۱۹۹۹) میانگین سن یائسگی را بین ۵۲-۵۰ سال گزارش نموده است (۱۷).

نتایج نشان داد که وضعیت تأهل بر شدت آتروفی واژن مؤثر بوده است ( $P=۰/۰۰۱$ ). به‌طوری‌که (۵۴/۵٪) افراد متأهل آتروفی واژن ضعیف داشته‌اند. در حالی که در افراد همسر مرده (۸۴/۶٪) آتروفی واژن ضعیف داشتند. براون (۲۰۰۰) در این زمینه می‌گوید در زنانی که از نظر جنسی فعال هستند آتروفی واژن کمتر دیده می‌شود (۱۸).

عفونت‌های مجاری ادرار داشته‌اند و بین بی‌اختیاری ادرار و عفونت‌های مجرای ادرار در طی یک بررسی ۷ ساله ارتباط وجود داشته است (۱۹).

نتایج تحقیق حاضر نشان‌دهنده وجود اختلالات پستانی و تناسلی - ادراری در زنان یائسه است که در تحقیقات انجام شده کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. با توجه به اینکه زنان یک سوم عمر خود را بعد از یائسگی طی می‌کنند، بیشتر در معرض این مشکلات قرار می‌گیرند. به علاوه این مشکلات بار مالی فراوانی را بر سیستم بهداشتی وارد می‌کنند، لذا با توجه به اهمیت سلامت زنان و نقش آنان در سلامت جامعه غربالگری مناسب آنان از نظر مشکلات فوق ضروری است. همچنین پیشنهاد می‌گردد که در سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی، بخشی جهت مراقبت از زنان یائسه و تدوین برنامه‌هایی جهت آموزش آنان در نظر گرفته شود. با این هدف که زنان با حفظ سلامت جسمی و روانی این دوران را پشت سر گذاشته و در مرحله بعدی زندگی، سالمندان مولدی برای جامعه باشند.

#### سپاسگزاری:

از کلیه زحمات اساتید محترم در دانشگاه علوم پزشکی تهران و پرسنل محترم مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام به دلیل همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌گردد.

داشته‌اند، درصد کمتری درجات مختلفی از سیستوسل را گزارش نموده‌اند. در حالی که افراد دارای ۶ زایمان و بیشتر با درصد بیشتری علائم و نشانه‌های سیستوسل را گزارش کرده‌اند. نتایج این تحقیق نشان داد که متغیر نوع زایمان بر علائم رکتوسل تأثیر دارد ( $P=0/019$ ). همچنین نوع زایمان بر نشانه‌های رکتوسل تأثیر دارد ( $P=0/004$ ). با توجه به آمار بالینی و با در نظر گرفتن فراوانی مطلق افراد در گروه با زایمان طبیعی (۱۳۳ نفر) درجات متفاوتی از رکتوسل را گزارش کرده‌اند و افراد در گروه با زایمان طبیعی همراه با سزارین تعداد کمتری (۹ نفر) علائم و نشانه‌های رکتوسل را گزارش کرده‌اند. از عوامل مؤثر در ایجاد رکتوسل می‌توان به چندزایی تولد نوزاد بزرگ و نمایش پا اشاره نمود که معمولاً چندین سال پس از یائسگی ظاهر می‌یابد (۲۰). همچنین نتایج نشان داد که نوع زایمان بر شدت بی‌اختیاری ادرار تأثیر دارد ( $P=0/025$ ) با توجه به آمار بالینی و در نظر گرفتن فراوانی مطلق اکثریت افراد (۱۳۳ نفر) با زایمان طبیعی درجات متفاوتی از بی‌اختیاری ادرار را داشته‌اند. در حالی که در افراد با زایمان طبیعی همراه با ای‌زیاتومی یا سزارین شدت درجات متفاوت بی‌اختیاری ادرار کمتر بوده است.

نتایج تحقیق نشان داد که شدت عفونت ادراری بر شدت بی‌اختیاری ادرار تأثیر دارد. به طوری که این یافته‌ها با نتایج حاصل از تحقیق شربرن و همکاران (۲۰۰۱) هماهنگ است که زنان دچار بی‌اختیاری ادرار نسبت به آنهایی که بی‌اختیاری ادرار نداشتند، سابقه

## References

## منابع

1. Mattox JH. Core text book of obstetrics & gynecology. 2<sup>nd</sup> ed. St.louis: Mosby; 1998.
2. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY. Danforth's obstetrics & gynecology. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
3. Satherland C. Women's health: a handbook for nurse. 2<sup>nd</sup> ed. Edinburgh: Churchill Living Stone; 2001.
4. Quinn Youngkin E, Marcia S Zamania D. Women's health: a primary care clinical guide. 3<sup>rd</sup> ed. London: prentice Hall International; 2003.
5. Berek JS, Rinehart RD, Adams Hillard PJ, Adashi EY. Novak's gynecology. 13<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
6. Sakala EP. High-yield obstetrics and gynecology. 2<sup>nd</sup> ed. NewYork: Lippin cott Williams & Wilkins; 2005.
7. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & suddarth's text book of medical-surgical nursing. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
8. Hacker NF, Moore JG, Gambone JC. Essentials of obstetric and gynecology. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2004.

9. Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif AE. Kistner's gynecology and women health. 7<sup>th</sup> ed. St.Louis: Mosby; 1999.
10. Stirrat GM. Aids to obstetrics and gynecology for Mrcog. 4<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Churchill Living Stone; 2000.
11. Greer I, Cameron IT, Kitchener HC, Prentice A. Mosby's color atlas and text of obstetrics & gynecology. 1<sup>st</sup> ed. St.Louis: Mosby; 2001.
12. Sanfillippo JS, Smith RP. Primary care in obstetric & gynecology: a handbook for clinicians. 1<sup>st</sup> ed. New York: Springer; 1998.
13. Gangar E, Allanach V. Gynecological nursing: a practical guide. 3<sup>rd</sup> ed. Edinburgh: Churchill Living Stone; 2001.
14. Stanhope M, Lancaster J. Community & public health nursing. 5<sup>th</sup> ed. St.Louis: Mosby; 2000.
15. Pakraves F. The knowledge menopausal women about menopause and its relationship with vasomotor signs and depression prevalence. Tehran: Tehran university of medical sciences: 1996;257-268. [Persian]
16. Abedi S. The relationship between BMI and menopause age in menopausal women in Tehran. Tehran: Tehran university of medical sciences: 1999;221-230. [Persian]
17. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
18. Brown K. Management guidelines for women's health nurse practitioners. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F.A.Davis Company; 2000.
19. Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'connell HE, Dennerstein L. Is incontinence associated with menopause? *Obstet Gynecol.* 2001;98:628-633.
20. Decherney AH, Nathan L. Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment. 9<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2003.