

پیشگویی کننده های فردی - اجتماعی سلامت عمومی در زنان یائسه شهر لنگرود: یک مطالعه مبتنی بر جمعیت

فهمیه صحتی^۱، مژگان میرغفوروند^۲، کافیه مومنی^{۳*}

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: موضوع سلامت بی تردید، مهمترین جنبه زندگی انسان است. با توجه به اینکه یائسگی یکی از مراحل بحرانی زندگی هر زن است که وضعیت سلامت او را تحت تاثیر قرار می دهد، لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی و پیشگویی کننده های فردی - اجتماعی آن در زنان یائسه ساکن شهر لنگرود (استان گیلان) در سال ۱۳۹۰ انجام گرفته است. **روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی تعداد ۴۰۰ زن یائسه ۶۰ - ۴۵ سال با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی در سال ۱۳۹۰ مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه های دموگرافیک و سلامت عمومی (GHQ-28) با مراجعه به درب منازل جمع آوری شد. از آزمون رگرسیون خطی چند متغیره برای تعیین پیشگویی کننده های فردی - اجتماعی سلامت عمومی استفاده شد ($p < 0.05$).

یافته ها: نتایج حاکی از آن بود که میانگین (انحراف معیار) نمره کلی سلامت عمومی (۶/۹) (۲۱/۳) و ۲۶/۷ درصد از زنان از سلامت مطلوبی برخوردار نبودند و زنان یائسه بیشترین و کمترین نمره را به ترتیب در ابعاد کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی کسب کردند و نمره زیر دامنه علائم جسمانی آنان نیز بالا بود. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره، متغیرهای وضعیت تاهل، ابتلا به بیماریهای مزمن، وضعیت اقتصادی و تحصیلات از پیشگویی کننده های سلامت عمومی در زنان یائسه هستند. **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که وضعیت سلامت عمومی زنان یائسه در ابعاد کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی مطلوب نیست. ضرورت انجام مداخلات لازم در زمینه ارتقای کارکرد اجتماعی و بهبود وضعیت جسمانی در زنان میانسال احساس می شود تا در این ابعاد نیز به وضعیت مطلوب تری دست پیدا کنیم.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی، زنان یائسه، لنگرود.

مقدمه

موضوع سلامت بی تردید مهمترین جنبه زندگی انسان است. مسأله ای که بشر به منظور دستیابی به آن از ما قبل تاریخ تا کنون کوشش کرده است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و انسانها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند (۱). سلامت از حقوق اولیه انسانی است و برای توسعه جوامع ضروری می باشد (۲).

تعاریف ارائه شده از سلامت، متفاوت است؛ اما پذیرفته شده ترین تعریف، مربوط به سازمان جهانی بهداشت است که سلامت را حالت رفاه کامل روانی، جسمی و اجتماعی، نه تنها نبود بیماری یا نقص عضو می داند (۳). سلامت عمومی، عبارت است از پاسخ سه گانه جسمی، روانی و اجتماعی نسبت به محرکهای داخلی و خارجی که در جهت نگهداری ثبات و راحتی در انسان است (۴). امروزه نظامهای سلامت، مهمترین برنامه های خود را مبتنی بر سلامت خانواده ترسیم می کنند و زنان، محور سلامت خانواده محسوب می شوند و سلامت زنان یکی از محورها و شاخصهای توسعه جامعه نیز می باشد. بنابراین شناخت نیازها و ویژگی های روانی، عاطفی و توانایی های زنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی اهمیت زیادی دارد (۵). اگر چه زنان و مردان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند؛ اما زنان با مسائل ویژه ای ناشی از شرایط فیزیولوژیک خود، مواجه هستند. یکی از این مسائل، دوره یائسگی است که به سبب کاهش ترشح استروژن به علت کاهش

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری مامایی شرق گیلان (لنگرود)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران. (نویسنده مسؤول) *Email: Momenifariba@gmail.com

۸۰۰۰ خانم میانسال بر اساس سر شماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، که گروه هدف ما بودند، آدرس ۸۰ زن میانسال که در حال حاضر در گروه سنی ۴۵ تا ۶۰ سال قرار داشتند به صورت کاملاً تصادفی به عنوان سرخوشه‌ها انتخاب شدند. نمونه‌گیری از محل سرخوشه‌ها شروع و با حرکت از سمت راست هر سرخوشه در جهت تکمیل پرسشنامه برای ۵ نفر ادامه یافت و در کل داده‌ها از ۴۰۰ نفر جمع‌آوری گردید.

حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای ۵٪ و دقت ۰/۰۵ و انحراف معیار در مطالعات موجود (۱۳)، تقریباً ۱۹۹ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن design effect برابر ۲ حجم نمونه برای این مطالعه تقریباً ۴۰۰ نفر برآورد شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه‌های فردی - اجتماعی و سلامت عمومی (GHQ=28) می‌باشد. مشخصات فردی - اجتماعی شامل سوابقی در مورد سن، سن یائسگی، شاخص توده بدن، تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، تعداد اعضای خانواده، وضعیت سادات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، رضایت از زندگی (براساس پرسش از خود بیمار که آیا از زندگی فعلی خود راضی است یا نه؟) بررسی شد و ابتدا به بیماریهای مزمن (در پرسشنامه، اسم بیماریهای مزمن مانند دیابت، فشارخون، بیماری قلبی، بیماری ریوی، بیماری کلیوی، بیماری کبدی، بیماری گوارشی شدید، بیماری صرع، پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید، بیماری اسکلتی و بیماری عضلانی) ذکر شده بود که در صورت مبتلا بودن، بیماری مربوط را علامت می‌زدند. در این مطالعه به مشکلات شایع دوران یائسگی مانند گرگرفتگی و تعریق شبانه اشاره نشده؛ چون تاثیر آنها بر سلامت زنان یائسه بسیار بررسی و ثابت شده است.

پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ^۲ (۱۹۷۹) ابداع شد که دارای ۴ خرده مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی است و هر خرده مقیاس، ۷ آیتم دارد. آیتمها بر اساس مقیاس لیکرت و از "اصلاً، در حد معمول، بیش از حد معمول و به مراتب بیشتر از حد معمول" با نمره صفر تا ۳ طراحی شده است و نمره آزمودنی از کل نمره‌ها محاسبه می‌گردد که بین صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود و نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت بدتر است. سوالات ۱ تا ۷ مربوط به وضعیت جسمانی، سوالات ۸ تا ۱۴ مربوط به علائم اضطراب، سوالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال عملکرد اجتماعی و سوالات ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی است. ضمناً سوالات ۱۵ تا ۲۱ که مربوط به اختلال عملکرد اجتماعی است به صورت معکوس محاسبه شد. جهت تعیین افراد دارای سلامت مطلوب و نامطلوب، از نقطه برش ۲۳ استفاده شده است یعنی افرادی که نمره کلی سلامت عمومی آنان زیر ۲۳ باشد، سالم تلقی می‌گردند و برای خرده مقیاسها از نقطه برش ۵، استفاده شد (۱۴). روایی و

عملکرد فولیکولی تخمدانها مشکلات مضاعفی را برای زنان ایجاد می‌نماید که سلامت جسمی، روحی و اجتماعی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از آنجایی که امید به زندگی افزایش یافته است زنان بیش از یک سوم زندگی خود را در دوره پس از یائسگی سپری می‌کنند (۶). بررسی مطالعات حاکی از آن است که گرچه زنان، عمر طولانی‌تری دارند؛ اما وجود بیماریها، ناتوانی‌ها و معلولیت‌ها در زنان بیشتر است (۷).

شواهد، حاکی از وضعیت نامطلوب سلامتی زنان در جهان است و این در حالی است که در تمام جوامع، بخش عمده‌ای از مسؤلیت سلامت جامعه مانند تدارک بهداشت، آموزش بهداشت و کمک در مواقع بحرانی بر عهده زنان است. مطالعه شاهرخی و همکاران در مورد سلامت عمومی زنان کارگر قزوین، نشان داد که زنان به نوعی به وضعیت اختلال سلامت عمومی دچار هستند (۸). در مطالعه صلحی و همکاران (۲۰۱۲) در چالوس، ۲۷ درصد زنان دارای وضعیت نامطلوب سلامت عمومی بودند (۹). کاراکام^۱ در ترکیه، طی مطالعه‌ای روی زنان یائسه نشان داد که مشکلات ناشی از یائسگی باعث افت سلامتی و کیفیت زندگی زنان می‌گردد (۱۰). بنابراین با توجه به اینکه زنان با مشکلات فیزیولوژیکی و روانی زیادی در ارتباط با وقایع رشدی نظیر یائسگی و علائم و نشانه‌های خاص مراحل مختلف یائسگی مواجه بوده، لذا سلامتی زنان در این برهه از زندگی بیش از هر دوره دیگری مورد تهدید قرار می‌گیرد (۱۱). آموزش و آگاهی دادن به افراد خانواده در رابطه با تغییرات دوران میانسالی و آشنا کردن آنان با نیازهای جسمی - روانی این دوران، زمینه سازگاری آنها را با شرایط موجود فراهم می‌کند (۱۲).

تمام کشورهای جهان در راستای دست‌یابی به سلامت، به همه گروههای اجتماع توجه دارند؛ اما از میان این گروهها، زنان، بویژه زنان میانسال از اهمیت خاصی برخوردارند؛ زیرا آنان در شرایطی قرار دارند که هم از لحاظ مسؤلیت شغلی، اجتماعی و هم از نظر عاطفی در کانون خانواده، نقش حساسی را بر عهده دارند، بنابراین کمک به بهبود سلامت عمومی زنان یائسه، نوعی کمک و خدمت به خانواده و جامعه می‌باشد. در این مطالعه، وضعیت سلامت عمومی زنان و پیشگویی کننده‌های فردی - اجتماعی آن مورد بررسی قرار گرفت تا با شناخت عوامل تاثیر گذار بر سلامت عمومی زنان، زمینه‌های بهبود سلامت خانواده را فراهم کنیم.

روش بررسی

این یک مطالعه مقطعی است که بر روی زنان یائسه ساکن در شهر لنگرود انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای بود. به این ترتیب که ابتدا با همکاری مرکز آمار شهر از بین

گردید و سپس برای کنترل متغیرهای مخدوشگر و برآورد میزان تاثیر هر یک از متغیرهای مستقل (مشخصات فردی - اجتماعی) بر متغیر وابسته (سلامت عمومی) و تبیین واریانس، آن دسته از متغیرهای مستقل که p -Value آنها در آزمون دو متغیره کمتر از $0/2$ بود، وارد مدل رگرسیون خطی چند متغیره با استراتژی Backward شدند. میزان P کمتر از $0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن و سن یائسگی به ترتیب $(3/5)$ $53/5$ و $(2/2)$ $48/4$ بود. تقریباً یک چهارم از زنان شرکت کننده $(24/7\%)$ چاق و دارای شاخص توده بدنی 30 و بالاتر بودند و بیش از نیمی از آنان $(58/2\%)$ حداقل از یک نوع بیماری مزمن رنج می‌بردند. تحصیلات نزدیک به نیمی از زنان مورد مطالعه $(42/5\%)$ در حد ابتدایی بود و اکثریت افراد مورد مطالعه، متاهل و خانه دار بودند و بیش از نیمی از آنان دارای 3 تا 4 فرزند بودند و وضعیت اقتصادی $75/3\%$ افراد در حد کفایت بود و بیش از نیمی از افراد مورد پژوهش از وضعیت فعلی زندگی خود رضایت داشتند (جدول شماره ۱).

پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران توسط تقوی و همکاران در سال (2001) مورد ارزیابی قرار گرفته و 87% به دست آمده است (15) .

برای تعیین اعتبار ابزارها، از اعتبار صوری و محتوا استفاده شد. همچنین با انجام پیش آزمون و باز آزمون بر روی 30 نفر پایایی از دو بعد تکرار پذیری و انسجام درونی تعیین گردید. ICC و α کرونباخ برای سلامت عمومی به ترتیب $(0/90)$ تا $(0/57)$ و $0/80$ و $0/87$ محاسبه گردید. پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل گردید.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS\Ver13 استفاده شد. نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون Skewness و Kurtosis بررسی گردید که همه داده‌ها به جز افسردگی نرمال بودند، برای توصیف مشخصات فردی - اجتماعی، وضعیت سلامت عمومی از آمار توصیفی از جمله توزیع فراوانی مطلق و نسبی و همچنین شاخص مرکزی و پراکندگی مانند میانگین، انحراف معیار، میانه و 25 - Percentile 75 Percentile استفاده شد. برای تحلیل ارتباط مشخصات فردی - اجتماعی با سلامت عمومی و زیر دامنه‌های آن ابتدا از آزمون‌های دو متغیره مانند تی - تست، آزمون پی‌رسون و آنالیز واریانس یک طرفه برای متغیرهای نرمال و از آزمون من ویتنی و کروسکال والیس برای افسردگی که توزیع نرمال نداشت، استفاده

جدول (۱): ارتباط مشخصات فردی - اجتماعی با سلامت عمومی در زنان یائسه

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	p -value	متغیر	میانگین (انحراف معیار)	p -value
سن (سال)	۵۰ و کمتر	$0/005$	تعداد فرزندان	$0/797$	
	۵۰ - ۵۵	$24/1 (5/1)$	۲ و کمتر	$25/6 (5/6)$	
	بیشتر از ۵۵	$25/5 (7/3)$	۳ - ۴ نفر	$25/6 (7/4)$	
		$27/3 (7/6)$	بیشتر از ۵ نفر	$27/3 (8/4)$	
سن یائسگی (سال)	۴۵ - ۵۰	$0/021$	تعداد اعضای خانواده	$0/007$	
	۵۰ و بالاتر	$25/6 (6/6)$	۱ - ۳ نفر	$25/8 (6/6)$	
		$26/2 (8/9)$	بیشتر از ۳ نفر	$25/1 (8/5)$	
شاخص توده بدن (کیلوگرم بر متر مربع)	کمتر از $18/5$	$0/230$	وضعیت سادات	$0/933$	
	$18/5 - 24/99$	$23/0 (0/0)$	سادات	$26/8 (7/2)$	
	$25 - 29/99$	$27/1 (7/1)$	غیر سادات	$25/5 (7/0)$	
	30 و بالاتر	$25/2 (6/6)$	وضعیت اشتغال	$0/239$	
تحصیلات	ابتدایی	$0/022$	خانه دار	$25/8 (7/8)$	
	راهنمایی	$26/4 (7/3)$	شاغل	$25/2 (8/4)$	
	دیپلومات	$25/6 (7/4)$	وضعیت اقتصادی	$< 0/001$	
		$25/2 (5/6)$	کمتر از حد کفایت	$28/3 (10/4)$	
		در حد کفایت	$24/8 (5/2)$		

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	p-value	متغیر	میانگین (انحراف معیار)	p-value
دیپلم و دانشگاهی	۲۵/۹ (۷/۰)		رضایت از زندگی		۰/۰۵۷
وضعیت تاهل		۰/۱۱۴	ناراضی	۲۸/۳ (۰/۰)	
متاهل	۲۵/۳ (۶/۷)		راضی	۲۵/۰ (۶/۷)	
مطلقه و بیوه	۲۹/۷ (۶/۸)		نظری ندارم	۲۵/۸ (۶/۶)	
ابتلا به بیماری		۰/۰۰۷			
بله	۲۶/۶ (۷/۷)				
خیر	۲۴/۴ (۵/۶)				

*چون تعداد افراد مجرد ۲ نفر و تعداد افراد مطلقه ۲ نفر و تعداد افراد بیوه ۱۲ نفر و تعداد افرادی که درآمد بیش از حد کفایت داشتند ۱ نفر و تعداد افراد دانشگاهی ۱۲ نفر بودند، با افراد گروه قبل ادغام شدند.

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمونهای دو متغیره، بین نمره کلی سلامت عمومی و متغیرهای سن، سن یائسگی، تحصیلات، تعداد اعضای خانواده، وضعیت اقتصادی و ابتلا به بیماریهای مزمن ارتباط آماری معنی دار ($p < 0.05$) مشاهده شد (جدول شماره ۲).

میانگین (انحراف معیار) نمره کلی سلامت عمومی و زیردامنه های آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. در این مطالعه، نزدیک به سه چهارم زنان (۷۳/۳٪) دارای سلامت عمومی مطلوب بودند و افراد بیشترین مشکل را در خرده مقیاس کارکرد اجتماعی و کمترین مشکل را در خرده مقیاس علائم افسردگی داشتند و درصد افراد دارای وضعیت نا مطلوب در بعد علائم جسمانی (۶۱٪) نیز قابل ملاحظه بود.

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره کلی سلامت عمومی و زیر دامنه های آن در زنان یائسه

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	میان (p25-p75)	دامنه عملی مشاهده شده	دامنه ممکن
سلامت عمومی	۲۱/۳ (۶/۹)	۱۹ (۱۷ - ۲۴)	۱۰ - ۵۶	۰ - ۸۴
وضعیت جسمانی	۶/۰۶ (۲/۲)	۶ (۵ - ۷)	۱ - ۱۶	۰ - ۲۱
علائم اضطراب	۵/۵ (۳/۴)	۵ (۳ - ۷)	۰ - ۱۷	۰ - ۲۱
کارکرد اجتماعی	۸/۷ (۳/۱)	۸ (۷ - ۱۰)	۲ - ۲۱	۰ - ۲۱
افسردگی	۰/۹۶ (۱/۹)	۰ (۰ - ۱)	۰ - ۱۷	۰ - ۲۱

وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی و ابتلا به بیماریهای مزمن در مدل ماندند و توانستند ۲۱/۴٪ از واریانس مشاهده شده در نمره کلی سلامت عمومی را توضیح دهند (جدول شماره ۳).

متغیرهای فوق و متغیرهای وضعیت تاهل و رضایت از زندگی که مقدار $p < 0.02$ داشتند، وارد مدل رگرسیون چند متغیره با استراتژی Backward شدند. در نهایت متغیرهای تحصیلات،

جدول (۳): ارتباط مشخصات فردی - اجتماعی با سلامت عمومی در زنان یائسه بر اساس آزمون رگرسیون چند متغیره

متغیر	β (CI 95%)	p-value
تحصیلات		
دیپلم و دانشگاهی (مرجع)	۰	
ابتدایی	-۰/۱۱ (-۳/۲۱ تا -۰/۰۴)	۰/۰۴۴
راهنمایی	-۰/۱۸ (-۶/۸۷ تا -۲/۱۱)	< ۰/۰۰۱
دیپیرستان	-۰/۰۹ (-۳/۵۴ تا ۰/۲۹)	۰/۰۹۷
وضعیت تاهل		
متاهل (مرجع)	۰	
مطلقه و بیوه	۰/۱۴ (۱/۲۵ تا ۵/۷۴)	۰/۰۰۲
وضعیت اقتصادی		
کمتر از حد کفایت (مرجع)	۰	

متغیر	β (CI 95%)	p-value
در حد کفایت ابتلا به بیماریهای مزمن خیر (مرجع)	-۰/۱۳ تا -۰/۶۸ (-۳/۷۴)	۰/۰۰۵
بله	۰/۱۳ تا ۳/۲۶ (۰/۵۷)	۰/۰۰۵

Adjusted R² = %۲۱/۴

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه، بیانگر آن است که ۲۶/۷ درصد از افراد مورد پژوهش دارای وضعیت نا مطلوب سلامت عمومی بودند که این نتایج با یافته های صلیحی و همکاران (۲۰۱۲) (۹) در چالوس بر روی زنان ۲۰ تا ۶۱ سال، همخوانی داشت و نسبت به مطالعه شاهرخی و همکاران (۲۰۰۳) (۸) در قزوین بر روی زنان کارگر ۲۰ تا ۶۴ سال وضعیت بهتری داشتند. همچنین در مقایسه با مطالعه باستانی و همکاران (۲۰۰۱) (۱۶) در تهران بر روی زنان ۱۸ تا ۶۰ سال مراقبت کننده از بیماران آلزایمر، واحد های مورد پژوهش مطالعه حاضر در وضعیت بدتری قرار داشتند. شاید علت این امر را بتوان ناشی از تحمل مشکلات زندگی و تمایل کمتر زنان به استفاده از اصول و موازین بهداشتی مانند تغذیه مناسب، ایجاد تعادل بین استراحت و فعالیت، نداشتن وقت کافی و آگاهیهای لازم بهداشتی دانست. پژوهشهای انجام شده در ایران، حاکی از آن است که جامعه زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری رنج می‌برند و از وضعیت مناسب سلامتی برخوردار نیستند (۸، ۹) و همانند زنان دیگر کشورها، اختلالات و آسیبهای فیزیولوژیکی و روان شناختی متعددی را تجربه می‌کنند (۱۷). در مطالعه حاضر از نظر ابعاد سلامت عمومی، بیشترین اختلال مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی بود که نشانه عملکرد ضعیف نمونه های مطالعه حاضر در این بعد می‌باشد که با نتیجه مطالعه صلیحی و همکاران و همچنین با مطالعه شاهرخی و همکاران، همخوانی داشت. به نظر می‌رسد زنان خانه دار (شغل اکثریت زنان مطالعه حاضر) بیشتر ایفاگر نقش همسر و مادر هستند و به علت کمبود آگاهی نسبت به نقشهای اجتماعی زنان، در کارکرد اجتماعی نقش کم رنگ تری دارند.

واحد های مورد پژوهش در این مطالعه، کمترین اختلال را در بعد علائم افسردگی داشتند که با مطالعات شاهرخی و همکاران (۸)، صادقی و همکاران (۲۰۱۰)، همخوانی داشت و مخالف یافته ماروات^۱ و همکاران (۲۰۰۸) (۱۸) در پاکستان بود که شاید علت در نمونه های پژوهش باشد؛ چون نمونه های مطالعه پاکستانی زنان کارگری بودند که شیفتهای سخت کاری مانند

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمونهای دو متغیره، بین بعد مشکلات جسمانی و متغیرهای سن یائسگی، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، ابتلا به بیماریهای مزمن ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ($p < 0/05$). متغیرهای فوق و متغیرهای شاخص توده بدن و رضایت از زندگی که $p < 0/2$ داشتند، وارد مدل رگرسیون چند متغیره با استراتژی Backward شدند و در نهایت متغیرهای شاخص توده بدن، وضعیت تاهل، رضایت از زندگی و ابتلا به بیماری در مدل ماندند و روی هم رفته، ۱۰/۱٪ واریانس موجود در میانگین نمرات این خرده مقیاس را توضیح دادند.

بین علائم اضطراب و متغیرهای سن، سن یائسگی، شاخص توده بدن، تعداد اعضای خانواده، وضعیت اقتصادی، رضایت از زندگی و ابتلا به بیماری ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ($p < 0/05$). متغیرهای فوق و متغیر وضعیت تاهل که $p < 0/2$ داشت وارد مدل رگرسیون چند متغیره با استراتژی Backward شدند و در نهایت متغیرهای سن یائسگی، شاخص توده بدن، تعداد اعضای خانواده، وضعیت اقتصادی و ابتلا به بیماریهای مزمن در مدل باقی ماندند و توانستند ۱۶/۵٪ از واریانس مشاهده شده در میانگین نمره این زیر دامنه را توضیح دهند.

بعد اختلال عملکرد اجتماعی با متغیرهای سن یائسگی، شاخص توده بدن، تحصیلات، تعداد اعضای خانواده، وضعیت اقتصادی و ابتلا به بیماریهای مزمن ارتباط آماری معنی دار داشت ($p < 0/05$). متغیرهای فوق و متغیر وضعیت سادات که $p < 0/2$ داشت وارد مدل رگرسیون چند متغیره با استراتژی Backward شدند و در نهایت متغیرهای سن یائسگی، شاخص توده بدن، وضعیت سادات و ابتلا به بیماریهای مزمن در مدل ماندند و ۱۰/۰٪ از واریانس موجود در میانگین نمره این زیر دامنه را توضیح دادند.

بین علائم افسردگی و متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی، رضایت از زندگی و ابتلا به بیماریهای مزمن ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ($p < 0/05$). متغیرهای فوق وارد مدل رگرسیون چند متغیره با استراتژی Backward شدند و در نهایت، متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی در مدل ماندند و توانستند ۱۴/۵٪ از واریانس مشاهده شده در میانگین نمره این خرده مقیاس را توضیح دهند.

در پژوهش حاضر، یک ارتباط معنی دار مستقیم بین نمره کلی سلامت عمومی و ابتلا به بیماریهای مزمن وجود داشت به این معنی که وجود بیماری مزمن مانند فشار خون، اختلال دیسک کمری، دیابت و غیره در زنان مورد بررسی با اختلال سلامت عمومی و احساس سلامتی کمتر همراه بود که این یافته با یافته های مطالعات شاهرخی و همکاران و صلحی و همکاران (۲۰۱۲) (۲۱) بود که ممکن است به دلیل حجم نمونه، کمتر مطالعه قاسمی و همکاران و نحوه نمونه گیری آنان باشد که از طریق نمونه گیری در دسترس بود. بدیهی است که بیماریهای مزمن سبب کاهش میل، انگیزه و احساس توانایی افراد جهت پرداختن به فعالیتهای خود مراقبتی و کاهش عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین باعث افت سلامت عمومی می گردد.

۲۶/۷ درصد از زنان از سلامت مطلوبی برخوردار نبودند و بیشترین مشکل را زنان یائسه در ابعاد کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی داشتند. با توجه به افزایش امید به زندگی و افزایش ناتوانیها و معلولیتها در زنان، اولویت دادن به سلامت این قشر از افراد جامعه، جهت داشتن جامعه ای شاداب و پویا از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین به مسؤولین و کارکنان بهداشتی درمانی پیشنهاد می شود تا با تدوین و اجرای برنامه های مداخله ای آموزشی برای این قشر آسیب پذیر، گامی در جهت ارتقای سلامت عمومی، بویژه ارتقای کارکرد اجتماعی و بهبود وضعیت جسمانی آنان برداشته شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی تبریز، در تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۱ با کد اخلاقی ۹۱۲۲۰ به تایید کمیته اخلاق رسید. بدینوسیله از تمامی زنانی که در مطالعه شرکت کردند و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و معاونت پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر می نمایم.

شیفت شب داشتند و مجبور به تحمل مشکلات بیشتری بودند و همچنین می تواند به تاثیر فرهنگ جوامع نیز مرتبط باشد. در این پژوهش، زنان از نظر وضعیت علائم اضطراب در وضعیت مطلوبی قرار داشتند، به طوری که نزدیک به ۸۰ درصد آنها نمره مطلوب را کسب کردند اما از نظر بعد علائم جسمانی، ۶۱ درصد آنها دچار اختلال بودند که این یافته با یافته مطالعه صابریان و همکاران (۱۳۸۵) در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی سمنان هم راستا بود که شاید علت این باشد که نمونه های مطالعه حاضر، زنان میانسال و یائسه ای بودند که تحت تاثیر مشکلات جسمی و چالشهای مربوط به دوران یائسگی قرار داشتند.

همچنین بین نمره کلی سلامت عمومی و وضعیت تاهل، رابطه معنی دار معکوس مشاهده شد؛ یعنی وضعیت سلامت عمومی زنان متأهل نسبت به زنان مطلقه و بیوه بهتر بود. این نتیجه با یافته های مطالعات صلحی و همکاران (۹)، یاشی هیسا و همکاران در سال ۲۰۰۱ (۱۹) همخوانی داشت. شاید علت این باشد که زنان مجرد (بویژه آنان که تنها زندگی می کنند) از حمایت عاطفی و روانی کمتری برخوردارند. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بین سطح تحصیلات و نمره کلی سلامت عمومی، رابطه معنی دار معکوس وجود داشت؛ یعنی افراد با تحصیلات بالاتر، وضعیت سلامت عمومی بهتری داشتند. به نظر می رسد که تحصیلات، اثر محافظتی بر سلامتی انسان دارد و افراد با تحصیلات بالاتر راههای بیشتر و بهتری را جهت مقابله با مشکلات و بیماریها به کار می برند.

یافته اخیر، با یافته های مطالعات صلحی و همکاران در سال ۲۰۱۲ (۹) و شاهرخی و همکاران (۲۰۰۱) (۸)، همسو بود.

در این پژوهش، ارتباط معنی دار معکوس بین نمره کلی سلامت عمومی با وضعیت اقتصادی مشاهده شد که این یافته با یافته های مطالعات احمد نیا و همکاران (۲۰۰۸) (۸)، باستانی و همکاران (۲۰۰۱) (۱۶) مطابقت داشت. شاید در افراد کم درآمد، مکانیسمهای سازش با استرس و بحرانهای روحی اثر گذار بر سلامتی، نسبت به افراد با درآمد بالا، به دلیل فشار مالی کاهش می یابد و افراد مستعد بیماری می شوند (۲۰). احتمالاً وضعیت اقتصادی بهتر، امکان استفاده بهینه از خدمات بهداشتی و رفاهی را فراهم می کند.

1. Yoshihisa

References:

- Mohseni M. Medical Sociology. 1th ed. Tehran. Tahmorys' publication. 2003; 67-70. [Persian].
- Parvizi S, Seyed Fatemi M, Kiani K. Family dynamism & women's health. J WSPSQ. 2009; 7(2): 54-57. [Prsian].
- DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. J Sch Nurs. 2004; 20(4): 189-196.
- Memarian R. Application of nursing's concepts & theories. Thesis, Tehran. Tarbiat Modares University. 2000. [Persian].

5. Keyhani Z. Investigating the mental health status of women in Qazvin Province. *J of Qazvin Univ of Med Sci.* 2011; 15 (11): 55 – 61.[Persian].
6. chen Y, Lin S-Q, Wei Y, Gao H-L, Wu Z-L. Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gynecol Endocrinol.* 2007; 23(3): 166-172.
7. Moony L, Kox D, Schart C. Understanding social problems in United State of American. *Wardsworth.* 2002; 5(2): 13-15.
8. Shahrokhi A. General health status of female workers in Qazvin factories. *J Qazvin Univ of Med Sci.* 2003; 28: 32 – 35.[Persian].
9. Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No. 2 in Chaloos (2012). *Razi Journal of Medical Sciences.* 2013;20(109):72-9. [Persian].
10. Karaçam Z, Şeker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas.* 2007; 58(1): 75-82
11. Jahanfar SH, Ramazani Tehrani F, Hashemi MS. Early symptoms of menopause in women in Tehran. *Journal of Reproduction Infertility.* 2002; 17: 31-40. [Persian].
12. Hunter MS, Liao KL-M. Problem-solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. *Journal of Reproductive and infant psychology.* 1995; 13(2): 147-151.
13. Enjezab B, Farajzadegan F, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatishrifabad MA. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd Iran. *IJPM.* 2010:191 – 197. [Persian].
14. Ansari H, Bahrami L, Akbarzade L, Bakhasani NM. Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan University of medical sciences in 2007. *East Tabib.* 2007; 9(4): 295-304. [Persian].
15. Taghvi M. The survey of validity and reliability of general health questionnaire on the students of Shiraz University. *J Psychological.* 2000; 5 (4): 80 – 89 . [[Persian].
16. Bastani F, Huosyni R, Baniasad M, Haghani H. Women's Health Care of Alzheimer's Salmndmbtla. *J Salmnd.* 2010; 5 (17): 44 – 50 .[Persian].
17. Ogburn T, Voss C, Espey E. Barriers to women's health: why is it so hard for women to stay healthy? *Obste & Gyn Clinics of North Am.* 2009; 36(4): 737-752.
18. Marwat AK, Ullah S, Azam K, Salimkhan. Individual differences and mental health disorders among industrial workers a cross sectional study of Hayatabad industrial estate Peshawar, Pakistan. *J Occupational health.* 2008; 23(7): 1 – 12.
19. Yoshihisa F, Tetsuya M, Hiroyuki I, Msaharu K. Job stress and mental health among permanent night workers. *J*

- Occupational health. 2001; 43 (6): 301 – 316.
20. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. International Journal of Nursing Studies. 2000; 37(1): 37-43.
21. Ghasemi E, Mohammad Aliha J, Bastani F, Samiei N, Haghani H. General health status in women with coronary artery disease. Koomesh. 2013; 14(4): 474-482.