

辖区农村围绝经期妇女保健现状与需求研究分析

聂廷玲 贾映梅 钟魁艳 余琴 张霞

重庆市璧山区妇幼保健院 重庆 402760

【摘要】目的：分析重庆市璧山区农村围绝经期妇女的健康状况、绝经相关症状严重程度、对绝经激素治疗（MHT）的认知与接受度及健康需求，为制定针对性健康干预策略提供科学依据。方法：采用横断面调查研究方法，于2024年9月至2025年8月，通过便利抽样法选取在璧山区妇幼保健院妇科门诊、更年期门诊及“两癌”筛查中就诊的980名40-60岁农村户籍围绝经期妇女作为研究对象，运用自行设计的调查问卷（含一般情况、月经婚育史、改良Kupperman评分量表、MHT认知与健康需求等模块）进行数据收集。结果：调查对象改良Kupperman评分指数（KMI）平均为（21.5±8.4）分，中度及以上围绝经期综合征发生率达62.8%，常见症状前三位为潮热（85.2%）、关节肌肉痛（78.6%）、失眠（72.4%）。该人群对MHT的知晓率仅为44.7%。健康信息主要获取渠道为亲戚朋友（68.8%）和电视/网络/广播（55.6%），对围绝经期专业咨询（75.4%）、健康科普讲座（68.9%）和健康体检（65.2%）的需求最高。多因素Logistic回归分析结果显示，文化程度（高中及以上）、家庭月收入（≥5000元）和KMI分级（中度及以上）是促进其主动就医的独立影响因素（ $P<0.05$ ）。结论：璧山区农村围绝经期妇女绝经相关症状普遍且负担较重，但对MHT认知严重不足、接受度极低，健康服务获取渠道单一且需求未得到有效满足。建议通过强化社区与医疗机构健康宣教、建立多学科协作更年期保健门诊、完善基层保健服务网络等措施，精准对接该人群健康需求，提升其健康水平与生活质量。

【关键词】围绝经期；农村人口；妇女保健服务；绝经激素治疗；Kupperman评分；健康需求

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.048

围绝经期是女性从生殖期向老年期过渡的重要生理阶段，伴随卵巢功能衰退，可出现潮热盗汗、情绪波动、睡眠障碍等一系列症状，即围绝经期综合征，远期则增加骨质疏松、心血管疾病的风险^[1-2]。我国农村地区女性由于受经济条件、教育资源、医疗保障及传统观念的限制，其健康问题更易被忽视。绝经激素治疗（MHT）是缓解绝经相关症状最有效的手段，但其在农村地区的认知和应用情况如何，尚缺乏系统研究^[3]。重庆市璧山区正处于城乡融合发展阶段，辖区内有大量农村人口。目前，针对本地区农村围绝经期妇女保健状况的系统性调查尚属空白。因此，本研究旨在通过问卷调查，全面评估璧山区农村围绝经期妇女的健康现状与保健需求，特别是对MHT的认知与接受度，为本地卫生行政部门和医疗机构制定精准化、个性化的健康促进策略提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

于2024年9月—2025年8月，采用便利抽样法，选取在重庆市璧山区妇幼保健院妇科门诊、更年期门诊及“两癌”筛查中就诊的40-60岁农村户籍围绝经期女性作为研究对象。

诊断标准：参照 STRAW+10 分期标准。

纳入标准：①年龄40-60岁；②意识清醒，无精神障碍，能正确理解问卷内容；③自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：①有子宫及双侧卵巢切除手术史者；②合并严重心、肝、肾等器质性疾病者；③有精神心理疾病史者。

1.2 研究方法

1.2.1 调查工具

采用自行设计的问卷，通过微信“问卷星”平台或现场发放纸质问卷收集数据。问卷内容包括：

（1）一般情况调查表：年龄、职业、文化程度、月收入、家庭关系等。

（2）月经婚育史：初潮年龄、当前月经状态、妊娠生育史等。

（3）改良Kupperman评分量表：包含潮热出汗、感觉异常、失眠等13项症状，根据症状程度计分（0-3分），并乘以相应权重系数，计算总分。KMI≤6分为正常，7-15分为轻度，16-30分为中度，>30分为重度。

（4）保健认知与需求问卷：对围绝经期知识的了解程度、MHT的认知与接受度、健康信息获取渠道、保健服务需求等。

1.2.2 质量控制

调查前对研究人员进行统一培训。数据采用双人录入，并进行逻辑核查，确保数据准确性。

1.3 统计学方法

采用SPSS 26.0软件进行数据分析。计数资料以频数（n）

和百分比(%)描述,组间比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)描述,组间比较采用t检验或方差分析;不符合正态分布者以中位数(四分位数间距)描述,采用非参数检验。采用多因素 Logistic 回归分析影响因素。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般人口学特征

共发放问卷 1000 份,回收有效问卷 980 份,有效回收率 98.0%。调查对象年龄范围为 40-60 岁,平均年龄(50.2 \pm 5.1)岁。其他一般资料详见表 1。

表 1 调查对象的一般人口学特征 (n=980)

特征	类别	人数(n)	构成比(%)
年龄组	40-45 岁	202	20.6
	46-50 岁	295	30.1
	51-55 岁	256	26.1
	56-60 岁	227	23.2
文化程度	小学及以下	413	42.1
	初中/中专	402	41.0
	高中	125	12.8
职业	大专及以上	40	4.1
	农民	562	57.3
	商业/服务人员	188	19.2
	退休	135	13.8
	其他	95	9.7
家庭月收入	<3000 元	387	39.5
	3000-5000 元	421	42.9
	>5000 元	172	17.6

2.2 围绝经期症状发生情况及 KMI 评分

改良 Kupperman 评分结果显示,980 名调查对象的 KMI 总分范围为 5-48 分,平均分为(21.5 \pm 8.4)分。根据 KMI 分级,症状严重程度分布为:正常者 80 人(8.2%),轻度者 285 人(29.1%),中度者 452 人(46.1%),重度者 163 人(16.6%)。其中,KMI \geq 17 分(即存在中度及以上围绝经期综合征)者共计 615 人,占 62.8%。

常见症状发生率前三位分别为:潮热(85.2%)、关节肌肉痛(78.6%)、失眠(72.4%)。不同绝经状态妇女的 KMI 评分比较差异有统计学意义($P<0.01$),已绝经组症状评分显著高于围绝经期组。见表 2。

表 2 不同特征调查对象 KMI 评分的比较

组别	类别	人数(n)	KMI 评分($\bar{x}\pm s$)	t/F 值	P 值
绝经状态	未绝经/围绝经期	512	18.9 \pm 7.2	10.481	<0.001

	已绝经	468	24.3 \pm 8.9		
文化程度	初中及以下	815	22.1 \pm 8.6	4.340	<0.001
	高中及以上	165	19.0 \pm 7.1		

2.3 对 MHT 的认知与接受度

调查显示,对 MHT“完全不了解”者占 55.3%(542/980),“听说过但不了解”者占 32.1%(315/980),“基本了解”者仅占 12.6%(123/980)。在 438 名知晓 MHT 的妇女中,因“担心致癌等副作用”(65.3%)和“认为没必要或自然度过就好”(48.4%)是未使用的主要原因;因“经济原因”未使用者占 25.1%。目前正在接受 MHT 者仅 23 人,占有知晓者的 5.3%,占全部调查对象的 2.3%。

2.4 健康信息获取渠道与保健服务需求

农村围绝经期妇女获取健康知识的主要渠道依次为:亲戚朋友(68.8%)、电视/网络/广播(55.6%)、社区宣传(22.1%),而通过“专业医疗机构”获取信息的比例仅为 18.5%。对保健服务的需求方面,排在前三位的依次是:围绝经期专业咨询(75.4%)、健康科普讲座(68.9%)、围绝经期健康体检(65.2%)。而对“心理服务”的需求也达到了 45.1%。

2.5 影响保健行为的单因素分析

980 人中 250 人主动就医,设为主动就医组,未主动就医 730 人设为未主动就医组。结果显示,年龄、文化程度、家庭月收入、绝经状态、KMI 分级等因素与主动就医行为相关,差异具有统计学意义($P<0.05$)。而职业、吸烟习惯等因素在两组间的差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 3。

表 3 影响围绝经期妇女主动就医行为的单因素分析 (n=980)

因素	类别	主动就医组 (n=276)	未主动就医组 (n=704)	统计量	P 值
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)		49.2 \pm 4.8	50.6 \pm 5.2	t=3.872	<0.001
	小学及以下	78(28.3)	335(47.6)	$\chi^2=49.061$	<0.001
文化程度[n(%)]	初中/中专	125(45.3)	277(39.3)		
	高中	48(17.4)	77(10.9)		
	大专及以上	25(9.1)	15(2.1)		
职业 [n(%)]	农民	148(53.6)	414(58.8)	$\chi^2=3.544$	0.315
	商业/服务人员	58(21.0)	130(18.5)		
	退休	45(16.3)	90(12.8)		
	其他	25(9.1)	70(9.9)		
家庭月收入 [n(%)]	<3000 元	65(23.6)	322(45.7)	$\chi^2=53.672$	<0.001
	3000-5000 元	132(47.8)	289(41.1)		

	>5000元	79(28.6)	93(13.2)		
绝经状态[n(%)]	未绝经/围绝经期	175(63.4)	337(47.9)	X ² =19.182	
	已绝经	101(36.6)	367(52.1)		
KMI 分级[n(%)]	正常	15(5.4)	65(9.2)	X ² =19.963	
	轻度	58(21.0)	227(32.2)		
	中度	145(52.5)	307(43.6)		
吸烟习惯[n(%)]	重度	58(21.0)	105(14.9)		
	无	252(91.3)	635(90.2)	X ² =0.282	0.595
慢性病史[n(%)]	偶尔/经常	24(8.7)	69(9.8)		
	无	185(67.0)	432(61.4)	X ² =2.729	0.099
	有	91(33.0)	272(38.6)		

注：续表 3。

2.6 影响保健行为的多因素分析

以“是否主动寻求医疗保健服务（是=1，否=0）”为因变量，将年龄、文化程度、家庭月收入、绝经状态、KMI 分级等变量作为自变量进行多因素 Logistic 回归分析。结果显示，文化程度（高中及以上）、家庭月收入（≥5000 元）和 KMI 分级（中度及以上）是促进其主动就医的独立影响因素（P<0.05）。见表 4。

表 4 影响围绝经期妇女主动就医行为的多因素 Logistic 回归分析

变量	参照组	β值	SE	Wald x ² 值	OR 值 (95%CI)	P 值
文化程度 (高中及以上)	初中及以下	0.72	0.21	11.76	2.05 (1.36~3.10)	0.001
家庭月收入 (≥5000 元)	<5000 元	0.58	0.24	5.84	1.79 (1.12~2.86)	0.016
KMI 分级 (中度及以上)	轻度及以下	1.15	0.18	40.80	3.16 (2.22~4.50)	<0.001

参考文献：

- [1] 幸程涛,黄嘉年,光波,等.围绝经期妇女性激素水平与骨质疏松症相关性的 ROC 曲线分析[J].青岛医药卫生,2024,56(6):424-427.
- [2] 赵盼盼.围绝经期妇女的卫生保健服务需求[J].名医,2024,(19):30-32.
- [3] 巢盼.围绝经期妇女功能失调性子宫出血治疗依从性情况及其相关影响因素[J].智慧健康,2024,10(33):1-4.
- [4] 高娟,李海洋,蒋谷芬,等.基于 Web of Science 的围绝经期妇女雌激素水平与失眠研究现状的可视化分析[J].中国老年学杂志,2025,45(16):3927-3930.
- [5] 赵娟,梁娜娜,任吉顺,等.围绝经期妇女焦虑、抑郁现状及其影响因素分析[J].心理月刊,2024,19(14):220-222.
- [6] 刘美辰,刘春梅,杨青兰,等.围绝经期门诊患者的认知与行为现状及影响因素分析[J].安徽医学,2024,45(10):1311-1315.

3 讨论

本研究结果显示，璧山区农村围绝经期妇女的围绝经期症状普遍存在，且中重度症状者占相当比例，严重影响其生活质量。然而，与之形成鲜明对比的是，该人群对 MHT 这一最有效的治疗方法认知率极低，接受度更是不足。这一“高症状、低干预”的矛盾现状，与农村地区健康信息闭塞、经济条件有限、传统观念根深蒂固等因素密切相关^[4-5]。

本研究发现，非专业渠道（如亲友、电视网络）是其主要信息源，这可能导致信息不准确或片面，加深了对 MHT 的误解和恐惧。因此，开展系统化、通俗化的健康教育活动至关重要^[6]。调查显示 62.8% 的研究对象存在中度及以上围绝经期综合征，潮热、关节肌肉痛、失眠为高发症状，且已绝经组症状评分显著高于围绝经期组，低文化程度、低收入群体症状负担更重。这与农村妇女长期重体力劳动、营养不均衡、健康管理缺失密切相关，此类群体应作为干预重点。该人群 MHT 知晓率仅 44.7%，主要依赖亲友、电视等非专业渠道获取信息，易产生认知偏差；知晓者中仅 5.3% 使用 MHT，2.3% 的总体使用率远低于城市水平。“担心副作用”“认为无需干预”“经济压力”是主要阻碍，反映出传统观念误导、健康认知不足及医疗保障缺失的问题。围绝经期专业咨询（75.4%）、科普讲座（68.9%）、健康体检（65.2%）需求最高，45.1% 的人群需要心理服务，但现有服务存在明显短板：基层缺乏更年期专科门诊，乡村医生专业能力不足，体检未覆盖围绝经期专项项目，心理支持缺失，无法满足实际需求。文化程度（高中及以上）、家庭月收入（≥5000 元）、中度及以上症状是主动就医的关键促进因素。针对此，需对低文化群体采用通俗宣教（方言短视频、图文手册），通过医保报销减轻低收入者经济负担，加强轻度症状人群早期干预宣传，重点关注已绝经女性^[6]。

综上所述，重庆市璧山区农村围绝经期妇女面临着症状负担重但保健服务利用不足的严峻挑战。未来应构建“医院-社区-家庭”联动的保健服务模式，通过提升认知、优化服务、政策支持等多维度干预，切实改善该人群的健康状况。