

ارتباط شدت علائم یائسگی با افسردگی و اضطراب زنان یائسه

نرجس بحری^۱، دکتر ملیحه عافیت^{۲*}، دکتر حمیدرضا آقا محمدیان^۳،

علی دلشاد نوقابی^۴، نسرين بحری^۵

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۵. کارشناس ارشد بهداشت مادر و کودک، مرکز بهداشت شماره ۳، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۷

خلاصه

مقدمه: یائسگی، یکی از مهمترین بحران های زندگی زنان است و علائمی که زنان در این مرحله تجربه می کنند، از جمله چالش های مهم مراقبتی می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط علائم یائسگی با میزان اضطراب و افسردگی در دوران گذر به یائسگی انجام شد.

روش کار: این مطالعه تحلیلی مقطعی در سال ۱۳۸۲ بر روی ۱۰۰ زن ۶۰-۴۵ ساله در سطح شهر گناباد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ۴۵-۶۰ ساله، زندگی کردن با همسر و نداشتن اختلاف شدید با او، نداشتن بارداری مشکوک یا قطعی، عدم استفاده از قرص های ضد بارداری یا هورمون درمانی جایگزین، نداشتن سابقه عمل هیستریکتومی یا اووفاکتومی و نداشتن سابقه بیماری های روانی و جسمی مزمن بود. در این مطالعه ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی، مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب اشپیل برگر و شاخص کاپرمن اصلاح شده بود. در مرحله گردآوری داده ها، افراد مورد مطالعه ابتدا پرسشنامه مشخصات فردی و سپس مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب اشپیل برگر و شاخص کاپرمن را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون همبستگی و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین نمره افسردگی و شدت علائم یائسگی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/125$). همچنین بین نمره اضطراب و شدت علائم یائسگی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/75$). میانگین نمره اضطراب در سطوح مختلف علامت "بیخوابی" اختلاف آماری معنی داری داشت ($p=0/043$) و بر این اساس، بیشترین میانگین نمره اضطراب در سطح شدید بیخوابی وجود داشت.

نتیجه گیری: بین شدت علائم یائسگی با افسردگی و اضطراب زنان یائسه ارتباطی وجود ندارد، در حالی که اکثر مطالعات انجام شده در سایر کشورها، ارتباط مثبتی بین شدت علائم یائسگی و افسردگی و اضطراب گزارش کردند که این اختلاف ممکن است ناشی از اختلافات فرهنگی و نگرش زنان نسبت به یائسگی باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب، افسردگی، یائسگی

مقدمه

یائسگی، یکی از مراحل تکاملی زنان است که تمام زنان با افزایش سن آن را تجربه می کنند و این پدیده، زنان را در معرض تغییرات گسترده ای قرار می دهد (۱). کاهش سطح استروژن در حوالی دوران یائسگی، منجر به بروز طیف گسترده ای از علائم می شود که شایعترین آنها علائم وازوموتور از جمله گرگرفتگی و تعریق شبانه است. سایر علائم یائسگی ممکن است شامل سرگیجه، ضربان قلب تند و نامنظم، آتروفی مخاط واژن و تحریک پذیری مثانه، تغییرات خلقی، اختلالات خواب، سردرد، درد عضلانی، درد مفاصل، اشکال در تمرکز و اختلالات حافظه باشد (۲). علائمی نظیر تحریک پذیری، عصبانیت و احساس افسردگی نیز در حول و حوش یائسگی افزایش می یابد و بر اساس برخی مطالعات، تخمین زده می شود که ۲۶-۳۳ درصد از زنان، اولین حمله افسردگی در زندگی خود را در دوران یائسگی تجربه می کنند (۳). چندین مطالعه دیگر نیز نشان داده اند که خطر افسردگی در طول گذر به دوران یائسگی افزایش می یابد (۴-۶).

علی رغم اینکه افسردگی و یائسگی در متون قدیمی تر به هم پیوند خورده اند، اما شواهد محدودی در مورد این ارتباط وجود دارد و ارتباط بین افسردگی و تغییر در سطح هورمون های جنسی، نظیر آنچه که در مرحله عبور به دوران یائسگی اتفاق می افتد، هنوز یک موضوع بحث برانگیز در حیطه سلامتی زنان بوده و مشخص نشده است که چگونه علائم خلقی با یائسگی در ارتباط است؟ (۳). مطالعات بسیار محدودی که به بررسی ارتباط بین علائم یائسگی با استرس، اضطراب و افسردگی پرداخته اند نیز به نتایج متناقضی رسیده اند. به عنوان مثال در مطالعه ۵ ساله بائولد و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی ۲۵۶۵ زن ۴۵-۵۵ ساله انجام شد، هیچ ارتباطی بین وضعیت یائسگی و افسردگی مشاهده نشد، علی رغم اینکه در این مطالعه، زنانی که دوره حوالی یائسگی در آنها طولانی تر بود، علائم افسردگی بیشتری را تجربه کردند (۱). برخی مطالعات نشان داده اند که اختلالات خلقی در زنانی که از علائم فیزیکی رنج می برند، شدیدتر است و علائم شدید یا طول کشیده یائسگی ممکن است علائم خلقی

را در برخی زنان تشدید کند (۷). برخی دیگر از محققین نیز گزارش کرده اند که سطوح بالای استرس و اضطراب، به طور بالقوه علائم یائسگی را تشدید می کند. به عنوان مثال؛ وقایع ناخوشایند زندگی با علائم شدیدتر یائسگی ارتباط دارند (۸).

به طور کلی مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط علائم یائسگی با اختلالات روانشناختی نظیر اضطراب و افسردگی، نشان می دهد که این مطالعات به نتایج متناقضی رسیده اند. این در حالی است که درمان و مراقبت افسردگی و اضطراب، علاوه بر اینکه بار اقتصادی بر خانواده و جامعه تحمیل می کند، باعث کاهش کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی می شود؛ دورانی که همزمان با افزایش میزان امید به زندگی؛ حدود یک سوم از طول زندگی زنان را به خود اختصاص می دهد. با توجه به اینکه کیفیت زندگی زنان یائسه، یک مسئله مهم بهداشتی مورد توجه در جوامع مختلف است و یکی از اهداف اساسی مراقبت های بهداشتی در این دوران محسوب می شود، اگر مشخص شود که علائم یائسگی نظیر گرگرفتگی و تعریق شبانه می توانند زمینه ساز اختلالات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی باشند، به راحتی می توان با درمان علائم آن، از بروز افسردگی و اضطراب پیشگیری کرد و کیفیت زندگی زنان یائسه را بهبود بخشید، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین علائم یائسگی با افسردگی و اضطراب انجام شد.

روش کار

این مطالعه تحلیلی مقطعی در سال ۱۳۸۲ بر روی ۱۰۰ زن ۴۵-۶۰ ساله در سطح شهر گناباد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ۴۵-۶۰ ساله، زندگی کردن با همسر و نداشتن اختلاف شدید با او، نداشتن بارداری مشکوک یا قطعی، عدم استفاده از قرص های ضد بارداری یا هورمون درمانی جایگزین، نداشتن سابقه عمل هیستریکتومی یا اووفاکتومی و نداشتن سابقه بیماری های روانی و جسمی مزمن بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه حداقل حجم نمونه برای همبستگی دو

متغیر کمی و بر اساس مطالعه ترائونچی (۹) و با احتساب فاصله اطمینان ۹۹٪ و توان ۸۰ درصد، ۸۹ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه ها و اطمینان بیشتر، ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

در این مطالعه ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی، مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب اشپیل برگر و شاخص کاپرمن اصلاح شده بود.

پرسشنامه مشخصات فردی شامل ۱۶ سؤال در زمینه اطلاعات فردی بود. شاخص کاپرمن، مقیاسی است که به بررسی مهمترین علائم یائسگی می پردازد. این مقیاس بیش از ۵۰ سال است که به طور گسترده در مطالعات متعدد جهت بررسی علائم یائسگی استفاده می شود.

شاخص کاپرمن اصلاح شده که در این مطالعه استفاده شد، شامل ۹ علامت مهم یائسگی شامل: گرگرفتگی، تعریق شبانه، بیخوابی، عصبانیت، افسردگی، خستگی، سردرد، تکرر ادرار و درد مثانه می باشد. این علائم بین ۰-۳ نمره گذاری می شوند (فقدان علامت = ۰، خفیف

= ۱، متوسط = ۲، شدید = ۳). در وزن دهی این علائم نمره گرگرفتگی ضربدر ۴، نمرات تعریق شبانه، بیخوابی و عصبانیت ضربدر ۲، علائم افسردگی، خستگی، سردرد،

پلی اوری و درد مثانه ضربدر ۱ می شوند. حداکثر نمره این مقیاس، ۴۵ می باشد. پایایی این مقیاس در مطالعات قبلی به تأیید رسیده است (۱۰). مقیاس افسردگی بک که در این مطالعه جهت سنجش میزان افسردگی استفاده شد، یک ابزار استاندارد می باشد که در مطالعات متعدد به

طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است و پایایی بازآزمایی این مقیاس از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۱).

مقیاس اضطراب اشپیل برگر برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ منتشر شد. این آزمون دارای دو مقیاس اضطراب آشکار^۱ و اضطراب پنهان^۲ می باشد. هر کدام از این مقیاس ها دارای ۲۰ عبارت می باشند که به صورت

مقیاس ۴ نقطه ای لیکرت (به هیچ وجه، گاهی، اغلب، همیشه) طراحی شده و وزنی بین ۱ تا ۴ دارند. لذا نمرات هر کدام از دو مقیاس، بین ۲۰ تا ۸۰ متغیر است.

نسخه به کار رفته مقیاس اضطراب اشپیل برگر در این

مطالعه توسط مهram در سطح شهر مشهد هنجاریابی شده است. وی اعتبار این مقیاس را برای اضطراب آشکار از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، برای مقیاس اضطراب پنهان ۰/۹۰ و برای کل آزمون ۰/۹۴ به دست آورد (۱۲).

در مرحله گردآوری داده ها، پس از بررسی معیارهای ورود و گرفتن رضایت از واحدهای پژوهش، ابتدا افراد مورد مطالعه فرم پرسشنامه مشخصات فردی را تکمیل کردند و سپس مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب اشپیل برگر و شاخص کاپرمن توسط آنان در حضور پژوهشگران تکمیل شد. در طی تکمیل این فرم ها پژوهشگران به سؤالات و ابهامات افراد پاسخ می دادند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) در سطح اطمینان ۹۵٪ انجام شد. متغیرهای کمی به صورت میانگین \pm انحراف معیار و متغیرهای کیفی به صورت درصد گزارش شدند. جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون همبستگی پیرسون و جهت بررسی ارتباط متغیرهای کمی و کیفی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

این مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد به تصویب رسید و قبل از انجام مطالعه، مجوزهای اخلاقی لازم کسب شد. ملاحظات اخلاقی در کلیه مراحل پژوهش لحاظ شد و فرم رضایت نامه کتبی و آگاهانه نیز از واحدهای پژوهش گرفته شد.

میانگین سنی واحدهای پژوهش $51/49 \pm 9/94$ سال بود. اکثر افراد مورد مطالعه (۹۴/۱٪) خانه دار بودند، ۸۶ نفر (۸۶٪) از آنها با همسر و فرزندان خود زندگی می کردند و ۵۷ نفر (۵۸/۸٪) از آنها اظهار داشتند که ارتباط عاطفی خوبی با همسر خود دارند. برخی مشخصات فردی افراد مورد مطالعه نظیر سن، سطح تحصیلات، مدت ازدواج، سن منارک و تعداد بارداری های قبلی در جدول ۱ نشان داده شده است.

یافته ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش $51/49 \pm 9/94$ سال بود. اکثر افراد مورد مطالعه (۹۴/۱٪) خانه دار بودند، ۸۶ نفر (۸۶٪) از آنها با همسر و فرزندان خود زندگی می کردند و ۵۷ نفر (۵۸/۸٪) از آنها اظهار داشتند که ارتباط عاطفی خوبی با همسر خود دارند. برخی مشخصات فردی افراد مورد مطالعه نظیر سن، سطح تحصیلات، مدت ازدواج، سن منارک و تعداد بارداری های قبلی در جدول ۱ نشان داده شده است.

¹ State anxiety

² Trait anxiety

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار برخی مشخصات فردی زنان مورد مطالعه

مشخصات فردی افراد	میانگین \pm انحراف معیار
سن (سال)	۵۱/۴۹ \pm ۹/۹۴
تحصیلات (سال)	۳/۶۰ \pm ۲/۹۸
سن منارک (سال)	۱۴/۳۶ \pm ۲/۵۳
مدت ازدواج (سال)	۳۲/۸۶ \pm ۸/۱۴
تعداد دفعات بارداری	۷/۰۴ \pm ۲/۴۴

داری وجود نداشت ($p=0/125$). همچنین بین نمره اضطراب پنهان و شدت علائم یائسگی ($p=0/151$)، نمره اضطراب آشکار و شدت علائم یائسگی ($p=0/098$) و نمره اضطراب کل و شدت علائم یائسگی ($p=0/75$) ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در بررسی ارتباط افسردگی با علائم یائسگی نشان داد که میانگین نمره افسردگی در سطوح مختلف علائم یائسگی اختلاف آماری معنی داری نداشت (جدول ۲).

بررسی شدت علائم یائسگی نشان داد که میانگین نمره شدت علائم یائسگی بر اساس شاخص کاپرمن اصلاح شده $9/72 \pm 14/16$ بود. میانگین نمره افسردگی واحدهای پژوهش $11/94 \pm 6/86$ ، میانگین نمره اضطراب آشکار $8/87 \pm 40/14$ ، میانگین نمره اضطراب پنهان $8/01 \pm 41/08$ و میانگین نمره اضطراب کل $16/25 \pm 81/04$ بود. بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین نمره افسردگی و شدت علائم یائسگی ارتباط آماری معنی

جدول ۲- بررسی میانگین نمره افسردگی بر حسب شدت علائم یائسگی در زنان مورد مطالعه

علائم یائسگی	فقدان علامت میانگین \pm انحراف معیار	شدت خفیف میانگین \pm انحراف معیار	شدت متوسط میانگین \pm انحراف معیار	شدت زیاد میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی داری*
گرگرفتگی	۱۱/۸۳ \pm ۶/۸۰	۸/۷۵ \pm ۷/۹۲	۱۴/۳۵ \pm ۶/۶۹	۱۲/۱۱ \pm ۵/۸۶	۰/۱۹۷
تعریق شبانه	۱۱/۵۷ \pm ۶/۷۷	۱۱/۵۵ \pm ۹/۰۴	۱۴/۶۴ \pm ۶/۹۷	۱۲/۱۱ \pm ۵/۸۶	۰/۷۹۲
بیخوابی	۱۱/۳۰ \pm ۷/۴۰	۱۱/۳۱ \pm ۵/۷۰	۱۳/۷۵ \pm ۸/۳۳	۱۴/۷۱ \pm ۶/۶۲	۰/۴۱۲
عصبانیت	۱۰/۹۷ \pm ۶/۵۰	۱۱/۲۶ \pm ۵/۸۶	۱۲/۸۱ \pm ۸/۳۲	۱۱/۵۷ \pm ۶/۵۵	۰/۱۰۳
افسردگی	۱۲/۵۸ \pm ۶/۲۴	۱۱/۷۸ \pm ۷/۶۰	۱۰/۶۴ \pm ۶/۱۱	۱۲/۴۵ \pm ۷/۶۵	۰/۸۰۹
سر درد	۱۲/۵۸ \pm ۶/۲۴	۱۱/۱۰ \pm ۷/۶۰	۱۰/۶۴ \pm ۶/۱۱	۱۲/۵۸ \pm ۶/۲۴	۰/۸۰۹
تکرر ادرار	۱۱/۱۴ \pm ۶/۵۳	۱۵/۶۰ \pm ۸/۳۹	۱۲/۰۰ \pm ۶/۴۸	۱۹/۰۰ \pm ۶/۰۸	۰/۰۶۹
درد مثانه	۱۱/۰۶ \pm ۶/۷۳	۱۴/۷۸ \pm ۵/۱۶	۱۸/۳۳ \pm ۹/۰۷	۱۳/۳۳ \pm ۸/۸۶	۰/۰۸
خستگی	۱۳/۰۶ \pm ۶/۱۲	۹/۵۰ \pm ۷/۰۴	۱۲/۴۰ \pm ۶/۷۷	۱۳/۹۲ \pm ۷/۳۴	۰/۱۱۶

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

بیخوابی وجود داشت. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، میانگین نمره افسردگی در سطوح مختلف سایر علائم یائسگی اختلاف آماری معنی داری نداشت (جدول ۳).

همچنین بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، میانگین نمره اضطراب در سطوح مختلف علامت "بیخوابی" اختلاف آماری معنی داری داشت ($p=0/043$) و بر این اساس، بیشترین میانگین نمره اضطراب در سطح شدید

جدول ۳- بررسی میانگین نمره اضطراب بر حسب شدت علائم یائسگی در زنان مورد مطالعه

علائم یائسگی	فقدان علامت		شدت خفیف		شدت متوسط		شدت زیاد	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری*
گرگرفتگی	۷۸/۵۳ ± ۱۶/۸۲	۸۸/۸۲ ± ۱۱/۳۷	۸۲/۸۲ ± ۱۸/۵۲	۸۲/۲۹ ± ۱۴/۲۵	۰/۲۸۸			
تعریق شبانه	۷۶/۹۱ ± ۱۶/۹۱	۸۳/۱۱ ± ۱۷/۰	۸۵/۲۱ ± ۱۵/۴۳	۸۶/۶۳ ± ۱۲/۱۷	۰/۰۸۳			
بیخوابی	۸۱/۹۶ ± ۱۵/۲۵	۷۵/۰۰ ± ۱۶/۷۸	۸۱/۹۶ ± ۱۶/۳۶	۸۹/۲۶ ± ۱۳/۸۲	۰/۰۴۳			
عصبانیت	۸۰/۹۱ ± ۱۵/۹۰	۷۸/۴۶ ± ۱۵/۵۸	۸۴/۳۷ ± ۱۹/۸۷	۸۹/۱۴ ± ۱۱/۲۹	۰/۳۳۲			
افسردگی	۷۹/۰۵ ± ۱۶/۰۰	۷۸/۴۱ ± ۱۶/۶۸	۸۶/۸۱ ± ۱۶/۳۳	۸۶/۱۴ ± ۱۱/۹۷	۰/۱۵۷			
سردرد	۷۹/۰۵ ± ۱۶/۰۰	۷۸/۴۱ ± ۱۶/۶۸	۸۶/۸۱ ± ۱۶/۳۳	۸۶/۱۴ ± ۱۱/۹۷	۰/۹۲۵			
تکرر ادرار	۷۹/۹۵ ± ۱۵/۵۷	۸۵/۶۰ ± ۱۸/۱۱	۷۹/۰۷ ± ۱۷/۵۸	۱۰۱/۰۰ ± ۱۱/۳۵	۰/۱۱۹			
درد مثانه	۸۰/۱۸ ± ۱۷/۰۹	۸۰/۵۰ ± ۱۴/۱۶	۹۴/۶۶ ± ۳/۵۱	۸۶/۵۰ ± ۱۰/۲۵	۰/۳۹۴			
خستگی	۸۳/۴۸ ± ۱۵/۶۵	۷۵/۷۳ ± ۱۵/۴۴	۸۲/۲۹ ± ۱۷/۷۷	۸۴/۹۲ ± ۱۴/۹۰	۰/۱۸۶			

* آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

بحث

بین بیخوابی شبانه و افسردگی وجود داشت (۱۷)، همچنین در مطالعه فریمن و همکاران (۲۰۰۴)، زنان افسرده، در تداوم خواب شبانه مشکل داشتند (۱۸). در مطالعه براون و همکاران (۲۰۰۹) نیز ارتباط آماری معنی داری بین بیخوابی های مکرر شبانه و نمرات بالاتر افسردگی وجود داشت (۱۹).

در مطالعه حاضر، میانگین نمره اضطراب و افسردگی در سطوح مختلف شدت علامت گرگرفتگی اختلاف آماری معنی داری نداشت. در مطالعه شجاعیان و همکاران (۲۰۰۷) نیز ارتباط آماری معنی داری بین گرگرفتگی و افسردگی مشاهده نشد (۲۰). در مطالعه شجاعیان به نقل از پاک روش، هیچگونه ارتباط آماری معنی داری بین گرگرفتگی و افسردگی در دوران قبل از یائسگی، حین و پس از یائسگی وجود نداشت (۲۰). کوهن و همکاران (۲۰۰۶) به نتایج متناقضی رسیدند و گزارش کردند که در دوران گذر به یائسگی، علائم افسردگی در زنانی که از گرگرفتگی رنج می برند، به میزان دو برابر افزایش می یابد (۲۱) و در مطالعه جوانگ و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی زنان تایوانی انجام شد، گرگرفتگی با سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی همراه بود (۲۲) که با نتایج مطالعه کوهن همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره اضطراب و افسردگی در سطوح مختلف شدت سوزش ادرار تفاوت آماری معنی داری نداشت. اما در مطالعه شجاعیان و همکاران (۲۰۰۷)، بین میانگین نمره افسردگی و وجود سوزش

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، هیچگونه ارتباط آماری معنی داری بین شدت علائم یائسگی با افسردگی و اضطراب وجود نداشت. در مطالعه اوزتورک و همکاران (۲۰۰۶) نیز ارتباط آماری معنی داری بین علائم وازوموتور یائسگی و شدت افسردگی وجود نداشت (۱۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. بائولد و همکاران (۲۰۰۹) به نتایج متناقضی رسیدند و گزارش کردند که استرس بالا، اضطراب و افسردگی با تشدید علائم یائسگی ارتباط دارند (۱). در مطالعه رید و همکاران (۲۰۰۹) نیز ارتباط آماری معنی داری بین علائم یائسگی و افسردگی وجود داشت (۳). ارتباط مثبت بین علائم یائسگی با اضطراب و افسردگی در برخی دیگر از مطالعات نیز گزارش شده است (۱۴، ۱۵). دلیل تفاوت در نتایج مطالعه حاضر با اکثر مطالعات مشابه شاید ناشی از اختلافات فرهنگی بین زنان شهر گناباد با دیگر جوامع باشد، به طوری که این زنان، بسیار صبور و خویشتن دار بوده و در اکثر مواقع، شکایتی از آلام و رنج های خود به زبان نمی آورند. در بررسی ارتباط بین علائم یائسگی و نمره افسردگی و اضطراب، فقط میانگین نمره اضطراب در سطوح مختلف بیخوابی اختلاف آماری معنی داری داشت. بوئورس و همکاران (۲۰۰۱) و وودز و همکاران (۲۰۰۷) نیز به نتایج مشابهی رسیدند (۱۵، ۱۶). در مطالعه دنراشتاین و همکاران (۲۰۰۴) که به بررسی زنان میانسال شهر سیاتل پرداخت، ارتباط آماری معنی داری

در مطالعه حاضر، پژوهشگران با محدودیت هایی مواجه شدند که امکان کنترل آن وجود نداشت؛ از جمله اینکه پژوهشگران ناچار بودند که به پاسخ افراد مورد مطالعه در مورد شدت علائم یائسگی اعتماد کنند. پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده جهت سنجش شدت علائم یائسگی از مقیاس هایی استفاده شود که عینیت بیشتری داشته باشند. همچنین نگرش مثبت یا منفی نسبت به یائسگی یک مسئله بسیار مهم است که در برخی مطالعات از آن به عنوان یک عامل تأثیرگذار در گزارش شدت علائم یائسگی یاد شده است و پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده کنترل شود.

نتیجه گیری

بین علائم یائسگی با افسردگی و اضطراب ارتباطی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی مصوب در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد می باشد، بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از شرکت کنندگان و رابطین بهداشتی شهر گناباد، تشکر و قدردانی می شود.

ادرا در زنان یائسه ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (۲۰). در مطالعه حاضر میانگین نمره افسردگی و اضطراب در سطوح مختلف شدت سردرد اختلاف آماری معنی داری نداشت. اما در مطالعه براون و همکاران (۲۰۰۹)، ارتباط آماری معنی داری بین سردرد و نمرات بالاتر افسردگی وجود داشت (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. همچنین در مطالعه حاضر، میانگین نمره افسردگی و اضطراب در سطوح مختلف شدت خستگی اختلاف آماری معنی داری نداشت که با نتایج مطالعه شجاعیان و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی داشت (۲۰). ولی در مطالعه براون و همکاران (۲۰۰۹)، ارتباط آماری معنی داری بین احساس ضعف و افسردگی وجود داشت (۱۹). کمیته سلامت زنان میانسال ملبورن نیز گزارش کرد که نمرات افسردگی در زنانی که احساس فقدان انرژی دارند، بیشتر است (۱۷). در مطالعه حاضر، میانگین نمره افسردگی و اضطراب در سطوح مختلف شدت تعریق شبانه اختلاف آماری معنی داری نداشت، اما در مطالعه برومبرگ و همکاران (۲۰۰۱) ارتباط آماری معنی داری بین افسردگی، فشارهای روانی و تعریق شبانه مشاهده شد (۲۴). فریمن نیز گزارش کرد که اضطراب، خطر علائم وازوموتور را افزایش می دهد (۲۵).

منابع

1. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas* 2009 Feb 20;62(2):160-5.
2. Rapkin AJ. Vasomotor symptoms in menopause: physiologic condition and central nervous system approaches to treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Feb;196(2):97-106.
3. Reed SD, Ludman EJ, Newton KM, Grothaus LC, LaCroix AZ, Nekhlyudov L, et al. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. *Maturitas* 2009 Mar 20;62(3):306-10.
4. Bromberger JT, Harlow S, Avis N, Kravitz HM, Cordal A. Racial/ethnic differences in the prevalence of depressive symptoms among middle-aged women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Public Health* 2004 Aug;94(8):1378-85.
5. Dennerstein L, Guthrie JR, Clark M, Lehert P, Henderson VW. A population-based study of depressed mood in middle-aged, Australian-born women. *Menopause* 2004 Sep-Oct;11(5):563-8.
6. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Apr;63(4):385-90.
7. Alexander JL, Dennerstein L, Woods NF, McEwen BS, Halbreich U, Kotz K, et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. *Expert Rev Neurother* 2007 Nov;7(11 Suppl):S93-113.
8. Baksu B, Baksu A, Göker N, Citak S. Do different delivery systems of hormone therapy have different effects on psychological symptoms in surgically menopausal women? A randomized controlled trial. *Maturitas* 2009 Feb 20;62(2):140-5.
9. Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Obayashi S, et al. Associations between anxiety, depression and insomnia in peri- and post-menopausal women. *Maturitas* 2012 May;72(1):61-65.
10. Mohammadi-nik F. [Effects of soye on menopausal hot flash in women who refer to Mashhad, Emam Reza clinic] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 1999.

11. Nikkhoori A, Ekhiasi A, Davasaz Irani R. [The effect of counseling on reduction of depression after vasectomy and tubal ligation] [Article in Persian]. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2005;9(4):44-8.
12. Mahram B. [The guideline for state and trait spielberger anxiety inventory and the instruction for its explanation based on normality test research in Mashhad]. Mashhad:Ferdowsi University Mashhad, Faculty of Psychology and Humanity Sciences;1993. [in Persian].
13. Ozturk O, Eraslan D, Mete HE, Ozsener S. The risk factors and symptomatology of perimenopausal depression. Maturitas 2006 Sep 20;55(2):180-6.
14. Deeks AA. Is this menopause? Women in midlife--psychosocial issues. Aust Fam Physician 2004 Nov;33(11):889-93. Review.
15. Bosworth HB, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. Psychosom Med 2001 Jul-Aug;63(4):603-8.
16. Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Taylor HJ, Mitchell ES. Symptoms during the menopausal transition and early postmenopausal and their relation to endocrine levels over time: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. J Women's Health (Larchmt) 2007 Jun;16(5):667-77.
17. Dennerstein L, Guthrie JR, Clark M, Lehert P, Henderson VW. A population-based study of depressed mood in middle-aged, Australian-born women. Menopause 2004 Sep-Oct;11(5):563-8.
18. Freeman EW, Sammel MD, Rinaudo PJ, Sheng L. Premenstrual syndrome as a predictor of menopausal symptoms. Obstet Gynecol 2004 May;103(5 Pt 1):960-6.
19. Brown JP, Gallicchio L, Flaws JA, Tracy JK. Relations among menopausal symptoms, sleep disturbance and depressive symptoms in midlife. Maturitas 2009 Feb 20;62(2):184-9.
20. Shogaeian Z, Abedian Z, Moghber N, Mazloom R. [Assessment of the relationship between menopausal symptoms and severity of depression in postmenopausal women] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2007;9(2):85-92.
21. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. Arch Gen Psychiatry 2006 Apr;63(4):385-90.
22. Juang KD, Wang SJ, Lu SR, Lee SJ, Fuh JL. Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri and post but not premenopausal women. Maturitas 2005 Oct 16;52(2):119-26.
23. Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Mariella A, Mitchell ES. Symptoms during the menopausal transition and early postmenopause and their relation to endocrine levels over time: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. J Womens Health (Larchmt) 2007 Jun;16(5):667-77.
24. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, Sommer B, Cordal A, Powell L, et al. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. Am J Public Health 2001 Sep;91(9):1435-42.
25. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S, Ferdousi T. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. Menopause 2005 May-Jun;12(3):258-66.