

# بررسی تغییرات خلقی و عوامل مؤثر در دوران حوالی و بعد از یائسگی در همراهان مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه شاهد در سال ۸۹-۱۳۸۸

دکتر مریم ربیعی<sup>۱\*</sup>، دکتر حسین اکبری<sup>۲</sup>، دکتر علی دواتی<sup>۳</sup>، دکتر مسعود مقدم نیا<sup>۴</sup>

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۳/۸

## خلاصه

**مقدمه:** در برخی مطالعات گزارش شده که زنان در دوران حوالی یائسگی و یائسگی تغییرات خلقی بیشتری نسبت به قبل از یائسگی دارند. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی افسردگی و اضطراب و ارتباط این تغییرات با برخی عوامل فردی اجتماعی و جسمانی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه بر روی ۲۰۱ زن از همراهان مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه شاهد در طی سال های ۸۹-۱۳۸۸ با محدوده سنی ۶۰ - ۴۵ سال سالم که از بیماری های روانی رنج نمی بردند، پس از گرفتن رضایت کتبی، انجام شد. سه پرسشنامه مربوط به خصوصیات فردی، مقیاس شدت علائم یائسگی و لیست ۹۰ شکایت مشکلات روانی در اختیار افراد قرار گرفت و توسط آنان تکمیل شد. سطح سرمی هورمون محرک فولیکولی و استرادیول این افراد اندازه گیری شدند. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** در این مطالعه میزان شیوع افسردگی ۲۰/۹ درصد و خلق اضطراب ۲۰/۴ درصد به دست آمد. از بین مشخصات فردی اجتماعی افراد، تنها بین اضطراب و فقدان همسر ارتباط معنی داری به دست آمد ( $p=0/01$ ). بین تغییرات خلق با شکایات ناشی از کاهش سطح استروژن، بین مشکلات ادراری و ژنیتال با خلق افسرده و بین مشکلات گرگرفتگی، جسمانی و کاهش میل جنسی با خلق اضطراب ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ( $p<0/05$ ). بین سطح استرادیول و هورمون محرک فولیکولی سرم با تغییرات خلق ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $p>0/05$ ).

**نتیجه گیری:** در زنان در حوالی یائسگی بین اضطراب و فقدان همسر و کاهش میل جنسی ارتباط وجود داشت، همچنین بین تغییرات خلق و شکایات ناشی از کاهش سطح استروژن تفاوت معنی داری وجود داشت.

**کلمات کلیدی:** اضطراب، افسردگی، تغییرات خلق، حوالی یائسگی، قبل از یائسگی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مریم ربیعی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۱۰۹۶۵۹۱؛ پست الکترونیک:

Dr\_rabi\_maryam@Yahoo.Com



## مقدمه

امروزه یک زن بیش از یک سوم زندگی خود، یعنی تقریباً ۳۰ سال را در دوره پس از یائسگی می گذراند. در این دوران، تخمدان قادر به پاسخ دهی به هورمون های هیپوفیز، هورمون محرک فولیکولی (FSH) و هورمون لوتئینیزه (LH) نیست و یک نارسایی اولیه تخمدان روی می دهد. پیامدهای اصلی یائسگی عمدتاً مربوط به کاهش استروژن می باشد (۱). نگرانی های اصلی زنان در دوران یائسگی مربوط به علائم گرگرفتگی و کاهش ضخامت لایه پوششی (اتروفی) سیستم اورژینیتال، استئوپروز، بیماری قلبی - عروقی، ضعف قوای شناختی و سرطان می باشد (۱، ۲). با این وجود میزان این علائم با توجه به تفاوت های فرهنگی و درون فرهنگی متفاوت است. در واقع زنان در دوران حوالی یائسگی، یک دوره انتقالی را تجربه می کنند که اگر در طول آن شخص احساس کند که قادر به تغییر ساختار زندگی خود نیست، ممکن است یک بحران رشدی در زندگی او رخ داده و تغییرات فیزیولوژیک این دوران گذار، ممکن است تأثیر عمیقی بر احساس شخصی او بر جا بگذارد (۳). در برخی مطالعات گزارش شده است که زنان در دوران حوالی یائسگی علائم خلقی بیشتری نسبت به دوران قبل از یائسگی دارند (۱۸/۴ - ۱۴/۹٪ در مقابل ۱۲ - ۸/۸٪). این شکایات به صورت اولیه شامل تحریک پذیری، عصبی بودن و تغییرات خلق می باشد (۴-۶). افسردگی، شایع ترین مشکل خلقی حول و حوش یائسگی است. مطالعات نشان داده اند که علل این تغییر خلق ناشی از تغییرات سطوح استرادیول و ارتباط سطح استروژن سرم با سطوح مونوآمینوآکسیداز پلاکتی (platelet MAO) که یک مارکر عملکرد آدرنرژیک و سرتونوژیک است، می باشد (۷). علاوه بر تغییرات هورمونی، عوامل دیگری نظیر اثر نامطلوب علائم وازوموتور بر روی خلق (تئوری domino)، حوادث بد در زندگی اجتماعی مانند بیماری ها، بازنشستگی، فوت همسر، سندرم آشیانه خالی مربوط به ترک آخرین فرزند از خانه، چگونگی نگرش زنان نسبت به یائسگی و همچنین میزان هوش هیجانی را در بروز و تشدید این تغییرات خلق مؤثر می دانند (۳، ۸، ۹). تغییرات خلق علاوه بر تأثیر بر عملکرد فردی و

شغلی هر فرد، عوارض قابل توجهی برای جامعه نیز دارد. با این وجود در کشور ما، مطالعات اپیدمیولوژیک بسیار اندکی در زمینه شیوع افسردگی و اضطراب و عوامل مؤثر و مرتبط با آنها در دوران حوالی یائسگی و بعد از یائسگی انجام شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی افسردگی و اضطراب و ارتباط این تغییرات با برخی عوامل فردی اجتماعی و جسمانی انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی تحلیلی در طی سال های ۸۹-۱۳۸۸ بر روی ۲۰۱ زن با محدوده سنی ۶۰-۴۵ سال که از همراهان و دوستان زنان مراجعه کننده به درمانگاه های کنترل بارداری (پره ناتال) مراکز آموزشی درمانی حضرت زینب (س) و شهید مصطفی خمینی (ره) بودند، انجام شد. بدین صورت که ابتدا طرح برای زنان باردار توضیح داده شد و از آنها خواسته شد که دوستان و آشنایان ۶۰-۴۵ ساله خود را جهت معاینه و شرکت در طرح دعوت کنند. پس از مراجعه افراد، ابتدا طرح برای داوطلبین توضیح داده شد و افراد در صورت رضایت، وارد مطالعه شدند. حجم نمونه بر اساس شیوع ۱۵٪ اختلالات خلقی در زنان یائسه (۴-۶) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و میزان دقت ۵٪ محاسبه شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم مصرف داروهای هورمونی جایگزین، داروهای هورمونی مانند قرص های جلوگیری از بارداری، آگونیست هورمون آزاد کننده گونادوتروپین (GnRh)، عدم سابقه بیماری های روانی جدی منجر به بستری در بیمارستان یا درمان با داروهای روانپزشکی، عدم مشکل زبانی برای ارتباط و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. رضایت نامه در خصوص شرکت افراد در طرح از آنها گرفته شد و سه پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت. یک پرسشنامه در زمینه مشخصات عمومی و فردی آنها شامل سن، وضعیت تأهل، شغل، تعداد بارداری، زنده بودن همسر، بیماری های کلیوی - قلبی، دیابت و سابقه بیماری های دیگر و انجام ورزش روزانه، خواندن قرآن و دعا حداقل هفته ای یک بار یا شرکت در جلسات قرآن و دعا حداقل هفته ای یک بار، داشتن روابط دوستانه با دوستان و همسایگان بود. پرسشنامه دوم، پرسشنامه

استاندارد در خصوص درجه بندی شدت علائم منوپوزال<sup>۲</sup> که علائم یائسگی را در چهار زیر گروه وازوموتور (گرگرفتگی)، سوماتیک (تپش قلب و احساس ناراحتی قلبی، درد مفاصل و استخوان ها، مشکلات خواب، اختلال حافظه)، اوروژنییتال (عدم کنترل ادرار، سوزش ادرار، کاهش میل جنسی، درد هنگام نزدیکی) و سایکولوژی (اخلاق افسردگی، تحریک پذیری، اضطراب) تقسیم کرده بود (۱۰) و پرسشنامه سوم، پرسشنامه استاندارد SCL 90 با ۹۰ پرسش بود که شامل ۱۶ پرسش در خصوص افسردگی (احساس کاهش انرژی، احساس بغض و گریه، احساس بی ارزش بودن، احساس تنهایی و بی کسی، احساس غمگینی و دل تنگی، افکار خودکشی، قفس بودن دنیا، احساس بی علاقه بودن به فعالیت های لذت بخش، سرزنش کردن خود، احساس کند شدن غیر معمول کارها، احساس نومیدی به آینده، احساس گناه و تقصیر، زیاد فکر کردن به مرگ و مردن، بد خوابی یا کابوس یا پر خوابی، بی اشتهایی یا پر اشتهایی) و ۹ پرسش مربوط به اضطراب (احساس لرزش بدن هنگام استرس، احساس ترس ناگهانی بدون دلیل، احساس تنش و عصبی بودن بدون دلیل، احساس بی قراری که نتوان جای خود آرام گرفت، احساس دلشوره و دلپره وقوع اتفاق بد، درد و گرفتگی عضلات هنگام استرس، به هم ریختن حواس و فراموشی و بغض حین استرس، اعمال خشونت نسبت به دیگران) بود. پایایی و اعتبار این آزمون ابتدا توسط دراگوتیس و همکاران در آمریکا و میرزایی در ایران بر روی ۲۲۴۰ ایرانی اجرا و به پایایی بیشتر از ۰/۸ دست یافت و اعتبار ساده و تشخیص به دست آمده نشان داد که می تواند به عنوان وسیله ای جداسازی و با اعتبار در ایران به کار رود (۱۱، ۱۲). سپس قد و وزن افراد به دقت اندازه گیری شد و توسط یک متخصص زنان ویزیت و نهایتاً جهت اندازه گیری سطح FSH و استرادیول به آزمایشگاه فرستاده شد و سطح این دو هورمون با روش الیزا با کیت معین و حساسیت ۰/۵ اندازه گیری شد. پاسخ های ارائه شده به هر یک از سؤالات در دو پرسشنامه اندازه گیری شدت علائم یائسگی (MRS) و SCL 90 در یک مقیاس ۵

درجه ای از میزان ناراحتی که شامل هیچ (صفر)، کمی (۱)، تا حدی (۲)، زیاد (۳)، به شدت (۴)، نمره داده شدند. در مرحله بعد جمع ضرایب ناراحتی برای هر یک از ابعاد سیستم درجه بندی اندازه گیری شدت علائم یائسگی و افسردگی و اضطراب به دست آمد. سپس جمع ضرایب ناراحتی برای هر یک از ابعاد افسردگی و اضطراب بر تعداد سؤالات آن بُعد (به ترتیب ۱۶ و ۹) تقسیم و عملیات تقسیم تا دو رقم اعشار ادامه داده شد. بدین ترتیب نمرات خام این دو بعد به دست آمد. این روش به دست آوردن نمره خام، روشی استاندارد در ارزیابی بیماران با این آزمون می باشد (۱۲). سپس این نمرات به دو زیر گروه زیر ۱، مساوی و بیشتر از ۱ تقسیم بندی شد. افرادی که نمرات مساوی و بیشتر از ۱ داشتند، جزء گروه با خلق افسرده یا خلق اضطراب قرار گرفته و جهت مشاوره روان پزشکی فرستاده می شدند. داده های به دست آمده در این مطالعه به صورت جداول توزیع فراوانی تنظیم شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و کای دو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه  $45 \pm 5/5$  سال بود که ۹۳ نفر (۴۶/۵٪) از آنها یائسه و ۱۰۸ نفر (۵۳/۵٪) در دوران حوالی یائسگی بودند. ۴۴ نفر (۲۱/۸٪) از افراد فاقد همسر و ۳۳ نفر (۱۶/۶٪) شاغل بودند. میانگین شاخص توده بدنی افراد  $28/6$  کیلوگرم بر متر مربع و میانگین سطح هورمون فولیکولی  $29/4 \pm$  واحد در میلی لیتر و میانگین سطح استرادیول سرم  $37/3 \pm 43$  پیکوگرم در میلی لیتر به دست آمد. ۱۶ نفر (۸٪) از شرکت کنندگان بیماری قلبی و ۲۲ نفر (۱۰/۹٪) دیابت داشتند. شکایات شایع بیماران بر اساس تقسیم بندی اندازه گیری شدت علائم یائسگی (MRS) به ترتیب عبارت بود از: ۱۶۱ نفر (۸۰/۳٪) از علائم سوماتیک (درد مفاصل، تپش قلب، مشکلات خواب)، ۱۱۳ نفر (۵۶/۵٪) از گرگرفتگی، ۹۱ نفر (۴۵/۵٪) از خشکی واژن، ۷۰ نفر (۳۴/۷٪) از مشکلات جنسی و ۴۲ نفر (۲۰/۹٪) از مشکلات ادراری شاکی بودند. خلق

<sup>2</sup> Menopausal rating Scale

مطالعه بین شاخص توده بدنی، وضعیت شغلی، عدم وجود یا وجود سابقه بارداری، سابقه ابتلاء به بیماری قلبی، کلیوی، دیابت، ورزش، روابط دوستانه و خواندن دعا با خلق افسرده ارتباط معناداری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ).

در خصوص ارتباط بین مشخصات فردی- اجتماعی با خلق مضطرب، تنها با نداشتن همسر ارتباط معنی داری به دست آمد ( $p = 0.01$ ) ولی با سایر موارد ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ) (جدول ۱).

افسرده در ۴۲ نفر (۲۰/۹٪) از افراد مورد مطالعه وجود داشت که شایع ترین علائم افسردگی به ترتیب شامل: احساس کاهش انرژی (۴۳/۳٪)، احساس غمگینی و دل تنگی (۳۶/۸٪)، اختلالات خواب (۳۶/۲٪) و خلق اضطراب در ۴۱ نفر (۲۰/۴٪) از افراد بود که شایع ترین مشکل این افراد، گرفتگی عضلات به هنگام استرس (مانند درد قلبی، درد گردن، درد سر) با شیوع ۴۱/۸٪، احساس عصبی شدن لفظی و زبانی ۴۱/۲٪ و احساس دلهره و دل شوره وقوع اتفاق بد ۴۰/۳٪ بود. در این

جدول ۱- مشخصات فردی - اجتماعی زنان ۶۰-۴۵ ساله و ارتباط آنها با خلق افسرده و اضطراب

گروه ها متغیر	افسردگی دارد	افسردگی ندارد	سطح معنی داری	اضطراب دارد	اضطراب ندارد	سطح معنی داری*
وضعیت شغل	شاغل	۷ (۳/۵)	۲۶ (۱۳/۱)	۰/۹۳۷	۷ (۳/۵)	۲۶ (۱۳/۱)
	غیر شاغل	۳۴ (۱۷/۲)	۱۳۱ (۶۶/۲)	۰/۱۶۴	۳۳ (۱۶/۶)	۱۳۲ (۶۶/۶)
قرآن - دعا	می خواند	۲۰ (۱۰/۷)	۹۴ (۵۰/۳)	۰/۹۲۱	۲۶ (۱۴)	۸۸ (۴۷)
	نمی خواند	۱۹ (۱۰/۷)	۵۴ (۲۸/۹)	۰/۴۳۶	۱۴ (۷/۵)	۵۹ (۳۱/۵)
انجام ورزش	می کند	۱۳ (۶/۸)	۵۰ (۲۶/۳)	۰/۹۵	۱۱ (۵/۸)	۵۲ (۲۷/۴)
	نمی کند	۲۷ (۱۴/۲)	۱۰۰ (۵۲/۶)	۰/۹۵	۲۸ (۱۴/۷)	۹۹ (۵۲/۱)
رابطه دوستانه	دارد	۱۳ (۷/۵)	۵۶ (۳۲/۴)	۰/۶۰۸	۱۳ (۷/۵)	۵۶ (۳۲/۴)
	ندارد	۲۳ (۱۳/۳)	۸۱ (۴۶/۸)	۰/۴۳۶	۲۵ (۱۴/۵)	۷۹ (۴۵/۷)
دیابت	دارد	۶ (۳)	۱۶ (۸)	۰/۴۳۶	۶ (۳)	۱۶ (۸)
	ندارد	۳۶ (۱۷/۹)	۱۴۳ (۷۱/۱)	۰/۹۵	۳۵ (۱۷/۴)	۱۴۴ (۷۱/۶)
بیماری قلبی	دارد	۳ (۱/۵)	۱۳ (۶/۵)	۰/۹۵	۳ (۱/۵)	۱۳ (۶/۵)
	ندارد	۳۹ (۱۹/۵)	۱۴۶ (۷۲/۶)	۰/۹۵	۳۸ (۱۹)	۱۴۷ (۷۳)

\* آزمون کای دو

در خصوص ارتباط خلق افسرده با علائم و شکایات یائسگی، در این مطالعه بین مشکلات اداری و جنسی ترتیب  $p = 0.000$ ,  $p = 0.01$  (جدول ۲).

با خلق افسرده ارتباط معنی داری به دست آمد (به ترتیب  $p = 0.000$ ,  $p = 0.01$ ) (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع علائم یائسگی با استفاده از سیستم درجه بندی منوپوزال (MRS) بر حسب وجود افسردگی

متغیر	افسردگی ندارد (درصد)	افسردگی دارد (درصد)	سطح معنی داری
مشکلات وازوموتور (گرگرفتگی، تعریق شبانه)	ندارد	۷۱ (۳۵/۵)	۰/۵۱
	دارد	۸۸ (۴۴)	۲۵ (۱۲/۵)
مشکلات جسمی (درد مفاصل، تپش قلب، مشکلات خواب)	ندارد	۳۵ (۱۸)	۰/۰۵۷
	دارد	۱۱۸ (۶۱)	۳۷ (۱۹)
مشکلات اداری (سوزش ادرار، عدم کنترل ادرار، تکرر ادرار)	ندارد	۱۲۶ (۶۶)	۰/۰۰۲
	دارد	۲۶ (۱۳/۵)	۱۶ (۸)
مشکلات دستگاه ژنیتال (خشکی ولو، واژن، سوزش ولوواژن)	ندارد	۹۰ (۴۵)	۰/۱۷
	دارد	۶۸ (۳۴)	۲۳ (۱۱/۵)
مشکلات جنسی (کاهش میل جنسی، درد موقع نزدیکی)	ندارد	۱۰۴ (۵۶)	۰/۱۴۱
	دارد	۴۹ (۲۶)	۱۲ (۶)
تعداد افراد	۱۵۹	۴۲	--

بین مشکلات وازوموتور (گرگرفتگی، تعریق شبانه)، خشکی واژن، مشکلات ادراری و جنسی با خلق مضطرب ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ) (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع علائم یائستگی با استفاده از سیستم درجه بندی منوپوزال (MRS) برحسب وجود اضطراب

متغیر	اضطراب دارد	اضطراب ندارد	سطح معنی داری*
مشکلات وازوموتور (گرگرفتگی، تعریق شبانه)	ندارد ۸(۴)	۷۵(۳۸)	۰/۰۵۴
	دارد ۲۸(۱۴)	۸۵(۴۳)	
مشکلات جسمی (درد مفاصل، تپش قلب، مشکلات خواب)	ندارد ۳(۱/۵)	۳۵(۱۸)	۰/۰۶۸
	دارد ۳۶(۱۸/۵)	۱۱۹(۶۱/۵)	
مشکلات ادراری (عدم کنترل ادرار، سوزش ادرار، تکرر ادرار)	ندارد ۲۰(۱۱)	۱۳۰(۷۴)	< ۰/۰۰۱
	دارد ۱۲(۷)	۱۴(۸)	
مشکلات دستگاه ژنیتال (خشکی ولو و واژن، سوزش ولو واژن)	ندارد ۱۴(۷)	۹۵(۴۷/۵)	۰/۰۰۳
	دارد ۲۷(۱۳/۵)	۶۴(۳۲)	
مشکلات جنسی (درد موقع نزدیکی، کاهش میل جنسی)	ندارد ۲۰(۱۰)	۱۰۶(۵۵)	۰/۰۴۸
	دارد ۱۹(۱۰)۱۹	۴۷(۳۴)	
تعداد افراد	۴۱	۱۶۰	

\* آزمون کای دو

دوره حساس را برای زنان جهت بروز دپرسیون یا عود آن فراهم می کند. در مطالعات مختلف میزان شیوع بروز افسردگی در این محدوده سنی ۲۳/۹-۴۶٪ و اضطراب ۱۵-۲/۱۰٪ گزارش شده است (۱۸-۱۳).

در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۶)، که جزء محدود مطالعات انجام شده در کشور در خصوص بررسی شیوع افسردگی در حوالی یائستگی و یائستگی می باشد، شیوع افسردگی در شهر کرمانشاه ۳۲/۲٪ گزارش شد (۱۹).

در خصوص شیوع خلق مضطرب در این سنین در ایران مطالعه ای به دست نیامد. تنها در مطالعه کاویانی و همکاران (۲۰۰۱) که به بررسی شیوع اختلال های اضطراب در شهر تهران پرداخته بود، شیوع ۱۵٪ را در جمعیت تهران در محدوده سنی ۶۴ - ۲۰ سال بیان کردند (۲۰).

در مطالعه حاضر میزان خلق افسرده ۲۰/۹٪ و شیوع خلق اضطراب ۲۰/۴٪ در زنان ۶۰ - ۴۵ سال به دست آمد. اختلاف بین شیوع اختلالات خلق در مطالعات مختلف و نیز مطالعه حاضر را باید در نقش عوامل تأثیرگذار بر آنها مانند نقش احتمالی تغییرات هورمونی در دوران حوالی یائستگی - یائستگی، تطابق با میان سالی، بیماری مزمن، محدودیت حرکتی، ترک بچه ها و از

۲۵ نفر (۱۲/۷٪) از افراد مورد مطالعه دارای سطح هورمون محرک فولیکولی (FSH) سرم بیشتر از ۲۰ میلی یونیت در میلی لیتر و خلق افسرده بودند، ولی ارتباط بین سطح هورمون محرک فولیکولی و افسردگی معنی دار نبود ( $p > 0.05$ ). بین سطح استرادیول و خلق افسرده نیز ارتباط معنی داری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ). ۲۷ نفر (۱۳/۴٪) از افراد مورد مطالعه دارای سطح سرم بیشتر از ۲۰ میلی یونیت در میلی لیتر و خلق اضطراب، و ۱۰ نفر (۵٪) افراد با خلق اضطراب دارای سطح استرادیول کمتر از ۴۰ پیکوگرم در میلی لیتر بودند که ارتباط بین هورمون محرک فولیکولی و استرادیول با خلق اضطراب نیز معنی دار نبود ( $p > 0.05$ ). در این مطالعه بین خلق اضطراب و افسرده ارتباط معنی داری مشاهده شد ( $p = 0.000$ ). که این نتیجه احتمال همزمانی بین اضطراب و افسردگی را افزایش می دهد.

## بحث

احتمال خطر بروز اضطراب و افسردگی در زنان ۲ برابر مردان است که این خطر با حوادث دوره ای تولید مثل مانند دوران بلوغ و دوران بعد از زایمان افزایش می یابد. شواهد اخیر نشان داده اند که مرحله گذر به یائستگی یک

بیشترین شکایات بیماران می باشد. در مطالعه اوی و همکاران (۲۰۰۵)، شدت افسردگی و اضطراب در افرادی که گرگرفتگی دارند، بیشتر می باشد و اظهار داشتند که گرگرفتگی در زنان آسیای شرقی با علائم اضطراب و افسردگی همراه می باشد (۲۳). در سایر مطالعات نیز بین گرگرفتگی و اضطراب ارتباط مثبت و معنی داری به دست آمد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۴-۱۸). سایر شکایات مشکلات اداری شامل عدم توانایی کنترل ادرار، تکرر ادرار و سوزش ادرار می باشد که در مطالعه حاضر بین این شکایت با خلق اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معنی داری مشاهده شد که با مطالعه لی و همکاران در چین (۱۸) و نیز نتایج مطالعه شجاعیان و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند سوزش ادرار در افزایش شدت و نمره افسردگی مؤثر است، همخوانی دارد (۲۵). در خصوص ارتباط بین خلق افسرده و اضطراب با شکایات سوماتیک، در مطالعات مختلف ارتباط کلی خلق منفی با وضعیت سلامت و شکایات ناراحت کننده جسمانی گزارش شده است (۲۶، ۱۹، ۱۸) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد، در مطالعه حاضر نیز بین شکایات سوماتیک (جسمانی) مانند درد مفاصل، احساس تپش قلب، مشکلات خواب با اضطراب ارتباط معنی داری به دست آمد. در مطالعه حاضر مشخص ترین مشکلی که با اضطراب و افسردگی همراه بود ولی زنان از ابراز آن خودداری می کردند، مشکلات جنسی و خشکی واژن بود که در مطالعه لی و همکاران نیز مشخص شد که این دو مشکل به طور معنی داری با اضطراب و افسردگی همراه هستند (۱۸). در مطالعه دولتیان نیز ارتباط خشکی واژن با افسردگی تأکید شد (۱۹). در خصوص ارتباط تغییرات خلق با تغییرات هورمونی دوران پری منوپوز - منوپوز، نظرات متفاوتی بیان شده است. برخی مطالعات به این نتیجه رسیدند که شکایات سایکولوژیک در این دوران از زندگی به تغییرات سطح استرادیول مربوط نمی باشد و بیشتر به مشکلات اجتماعی مانند مرگ همسر، ترک فرزندان و تغییرات شغلی مربوط می باشد (۲۲، ۲۵) در حالی که سایر مطالعات، ارتباط بین علائم افسردگی و شدت افسردگی را با سطوح استروژن سرم و هورمون محرک فولیکولی بیان کرده اند (۲۷،

دست دادن همسر مرتبط دانست (۶). لذا در مطالعه حاضر به ارتباط تغییرات خلق، افسردگی و اضطراب، با عوامل فردی - اجتماعی شامل شاخص توده بدنی، تعداد بارداری، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل، بیماری قلبی - دیابت، خواندن دعا - قرآن، ورزش و روابط دوستانه پرداخته شد که تنها رابطه منفی بین خلق افسرده با خواندن قرآن - دعا و همبستگی مثبت و معنی داری بین خلق مضطرب با نداشتن همسر به دست آمد و با سایر عوامل ارتباط معنی داری به دست نیامد. در سایر مطالعات نیز مانند مطالعه ساگسوز و همکاران (۲۰۰۱) بین خلق افسرده و اضطراب با وضعیت سلامت جسمانی فرد و وضعیت شغلی ارتباط معنی داری مشاهده نشد ولی بین پاریته و دپرسیون ارتباط معنی داری به دست آمد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱).

سایر مطالعات نداشتن سلامت جسمانی مناسب، نداشتن همسر، مصرف سیگار و به خصوص احساسات نسبت به همسر، وضعیت ازدواج و استرس های ناشی از روابط بین شخصی را در بروز خلق منفی مؤثر دانستند ولی عوامل زمینه ای را در تشدید خلق منفی یا بروز آن مؤثر یافتند (۲۲).

مطالعه حاضر از نظر ارتباط بین اضطراب و نداشتن همسر، مشابه مطالعات فوق می باشد. در مطالعه حاضر بین تغییرات خلق با روابط اجتماعی مانند روابط دوستانه و ورزش ارتباط معنی داری به دست نیامد، ولی دولتیان و برخی محققان معتقدند که زنان خانه نشین و منزوی بیشتر در معرض افسردگی هستند (۱۹، ۲۲). در مطالعه حاضر بین خواندن قرآن و دعا با افسردگی ارتباط منفی و معنی داری مشاهده شد. در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۶) استفاده از سرگرمی (بدون ذکر نام و نوع آن) ارتباط معنی داری با کاهش افسردگی داشت (۱۹). البته این که خواندن دعا و قرآن دلیلی بر ارتباط این افراد با خدا بوده و یک سرگرمی محسوب نمی شود، خود جای تأمل و تحقیق دارد.

مسئله دیگری که در این مطالعه به آن پرداخته شد، ارتباط تغییرات خلق (اضطراب - افسردگی) با مشکلات جسمانی ناشی از کاهش سطح استروژن می باشد. علائم وازوموتور (گرگرفتگی، تعریق شبانه) جزء شایع ترین و

سنین بحرانی از سوی افراد خانواده، دوستان و پزشکان، گذار از دوران پری منوپوز به منوپوز را راحت تر کرده و در صورت تداوم برخی علائم خلقی به خصوص افسردگی، مشاوره روان پزشکی باید مد نظر قرار گیرد.

### نتیجه گیری

تغییرات خلق در دوران پری منوپوز و منوپوز در کسانی که از مشکلات ناشی از مرگ یا جدایی همسر و نداشتن ارتباط با خدا رنج می برند و علائم ناشی از کاهش سطح استروژن سرم مانند گرگرفتگی، کاهش میل جنسی، عدم کنترل ادرار را دارند بیشتر روی می دهد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاران درمانگاه های شهید مصطفی خمینی (ره) و حضرت زینب (س)، خانم ها نیک منظر، اصغری، اقدام و شیرازی و مسئول فنی آزمایشگاه سرکار خانم دکتر نازگویی و مرکز پژوهش دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

۲۸). با توجه به این مطالعات ضد و نقیض، گروهی به مقایسه زنان افسرده در دو گروه با و بدون درمان هورمونی جایگزین (HRT) پرداختند و از نظر میانگین نمره افسردگی بین دو گروه تفاوتی مشاهده نکردند (۲۶). در این مطالعه بین سطح استرادیول و FSH با افسردگی و اضطراب ارتباط معنی داری مشاهده نشد. در نهایت در این مطالعه ارتباط معنی داری بین دو خلق افسرده و اضطرابی به دست آمد که مشابه برخی دیگر از مطالعات می باشد (۲۱).

از محدودیت های این مطالعه می توان به مقطعی بودن و جامعه آماری آن که از تقریباً از قشر متوسط جامعه و دوستان و همراهان بیماران بود و قابلیت تعمیم به کل جامعه را نداشت و همچنین عدم لحاظ هوش هیجانی را بیان کرد. بهترین روش مطالعه، مطالعه ای است که به صورت طولی از حداقل ۴۰ سالگی لغایت ۵ سال بعد از یائسگی انجام شود و توانایی گنجاندن کلیه عوامل تأثیرگذار خانوادگی مانند ترک فرزندان، بازنشستگی، مشکلات اقتصادی در ایران و در جامعه شهری و روستایی را داشته باشد. این تغییرات خلق بر روی روابط زناشویی، خانوادگی و اجتماعی افراد تأثیر می گذارد. لذا توجه بیشتر به این

### منابع

- Dennerstein L , Leher P , Burger HG ,Guthrie JR.New finding from non-linear longitudinal modeling of menopausal hormones changes. Hum Prod Update 2007 Nov-Dec;13(6):551-7.
- Shifren JL, Schiff I Menopause. In: Berek JS. Berek & Novak's gynecology. 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2009:1323-40.
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2005.
- Bromberger JT, Assmann SF, Avis NE, Schochen M, Kravitz HM, Cordal A. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre and peri menopausal women. Am J Epidemiol 2003 Aug 15;158(4):347-56.
- 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.
- Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorder and menopause. Endocrinol Metab Clin North Am 1997 Jun;26(2):279-94. Review.
- Zweifel JE, O'Brien WH. A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. Psychoneuroendocrinology 1997 Apr;22(3):189-212.
- Eftekhari T. [Menopause early to late].Tehran:Noavar;2005:109-12. [in Persian].
- Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. Maturitas 2009 Feb 20;62(2):160-5.
- Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). Maturitas 2007 Jul 20;57(3):306-14.
- Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self report scale. Br J Psychiatry 1976 Mar;128:280-9.
- Mirzaiee R. [Assessment validity and reliability scl90 in Iran] [Thesis in Persian].Tehran:Tehran University;1991.

13. Soares CN , Frey BN. Challenge and opportunities to manage depression during the menopausal transition and beyond. *Psychiatr Clin North Am* 2010 Jun; 32(2):295-308.
14. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994 May;4(3):214-20.
15. Schmidt PJ, Haq N, Rubinow DR. A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in permenopause women. *Am J Psychiatry* 2004 Dec;161(12):2238-44.
16. Cohen LS, Soars 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.
17. Joffe H, Soares CN, Cohen LS. Assessment and treatment of hot flushes and menopausal mood disturbance. *Psychiatr Clin North Am* 2003 Sep;26(3):563-80. Review.
18. Li Y, Yu Q, Ma L, Sun Z, Yang X. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and post menopause in Beijing city. *Maturitas* 2008 Nov 20;61(3):238-42.
19. Dolatian M, Bakhtah A, Volaeie N, Afshar F. [Prevalence of depression and associated factors in different level of menopause in women of Kermanshah] [Article in Persian]. *Bahbood* 2006;10(1):76-86.
20. Kaviani H, Ahmadi Abhari A, Dehqan M, Mansournia M, Khoramshahie M, Qadirzadeh M, et al. [Prevalence of anxiety in Tehran] [Article in Persian]. *Med Psychol Clin Psycholo* 2001;3:4-11.
21. Sagsoz N, Oguzturk O, Bayram M, Kamaci M. Anxiety and depression before and after the menopause. *Arch Gynecol Obstet* 2001 Jan;264(4):199-202.
22. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis* 1999 Nov;187(11):685-91.
23. 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.
24. Hunter MS, Lioa KL. Determinants of treatment choice for menopausal hot flushes: hormonal versus psychological versus no treatment. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995 Jun;16(2):101-8.
25. Shojaian Z, Abadian Z, Mokhbar N, Mazloom SR. [The association signs of menopause with severity of depression in menopause women] [Article in Persian]. *Obstet Gynecol J* 2006;9(2):85-92.
26. Gopal M, Sammel MD, Arya LA, Freeman EW, Lin H, Garcia C. Association of change in estradiol to lower urinary tract symptoms during the menopausal transition. *Obstet Gynecol* 2008 Nov;112(5):1045-52.
27. Rajewska J, Rybakowski JK. Depression in premenopause women: gonadal hormones and serotonergic system assessed by D-fenfluramine challenge test. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003 Jun;27(4):705-9.
28. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollandee L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Jan;61(1):62-70.