

ارتباط افسردگی و اضطراب با شدت و طول مدت

درد پستان دوره ای در زنان

مژگان میرغفوروند^۱، پریوش احمدپور^{۲*}، پری راهی^۲، حمید صالحی نیا^۳

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱

خلاصه

مقدمه: درد پستان یکی از شایع ترین ناراحتی‌های پستان است. با توجه به کمبود مطالعات در زمینه علت‌شناسی درد دوره‌ای پستان و اتیولوژی ناشناخته این اختلال، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط افسردگی و اضطراب با شدت و طول مدت درد پستان دوره‌ای در زنان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۳۲۲ زن ۴۵-۱۸ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تبریز انجام شد. از پرسشنامه‌های مشخصات فردی - اجتماعی، مقیاس ارزیابی شدت درد و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. برای برآورد میزان تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل (افسردگی، اضطراب و مشخصات فردی-اجتماعی) بر متغیر وابسته (شدت درد پستان) از مدل خطی عمومی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه انجام گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج آزمون‌های دو متغیره، بین طول و شدت ماستالژی با نمره اضطراب و افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($p < 0/05$). بر اساس مدل خطی عمومی، نمره اضطراب و افسردگی جزء پیش‌گویی‌کننده‌های شدت درد پستان بودند.

نتیجه‌گیری: اضطراب و افسردگی از عوامل مؤثر بر شدت و طول مدت درد پستان دوره‌ای است، لذا گنجاندن حمایت‌های روانی عاطفی برای کاهش سطح اضطراب و افسردگی باید جزء پروتکل درمانی در این زمینه باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب، افسردگی، درد پستان دوره‌ای

* نویسنده مسئول مکاتبات: پریوش احمدپور؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۹۱۴۳۲۰۶۱۲۱؛ پست الکترونیک: parivash.ahmadpor@yahoo.com

مقدمه

درد پستان شایع‌ترین اختلال پستان و علت مراجعه زنان به کلینیک‌های پستان و مشاوره با ماما یا پزشک است که در واقع علت ۴۷-۳۰٪ از معاینات پستان را شامل می‌شود (۱). درد پستان در ۳۰٪ موارد ممکن است شدید بوده و به درمان و بررسی‌های مکرر نیاز باشد (۲). درد پستان می‌تواند دوره‌ای یا غیردوره‌ای باشد. درد دوره‌ای پستان در ارتباط با سیکل قاعدگی بوده و در فاز لوتئال قاعدگی اتفاق می‌افتد و درد با شروع قاعدگی از بین یافته یا کاهش می‌یابد. در ۱۱٪ افراد می‌تواند بیش از ۷ روز طول بکشد. درد دوره‌ای پستان شامل احتقان پستان، احساس سنگینی و تندرns پستان است (۳). درد دوره‌ای پستان معمولاً در طی دهه سوم و چهارم زندگی شایع است (۱).

علل درد پستان مشخص نیست، ولی علت‌های هورمونی و غیرهورمونی از جمله افزایش سطح استروژن، کاهش پروژسترون و عدم تعادل نسبت استروژن به پروژسترون در این زمینه مطرح است (۳، ۴). علی‌رغم وجود مطالعات برای شناسایی علل بافت‌شناسی، هورمونی، تغذیه و ناراحتی‌های روانی، علت درد دوره‌ای پستان همچنان ناشناخته است (۱). در برخی مطالعات داخل درد پستان با فعالیت‌های جنسی، فیزیکی، اجتماعی و کار و مدرسه گزارش شده است (۵). با توجه به افزایش شیوع سرطان پستان در ایران (۶، ۷)، اکثر افراد مبتلا به درد پستان، ترس از سرطان پستان یا یک مشکل جنسی را مطرح می‌کنند (۸). اگرچه افزایش نگرانی و ترس از سرطان پستان باعث مراجعه و معاینه بیشتر افراد دچار درد دوره‌ای پستان می‌شود، ولی درد پستان به ندرت می‌تواند علامت سرطان پستان باشد (۹).

زنان با درد پستان دیسترس روانی قابل توجهی را ذکر می‌کنند، ولی ارتباط این دیسترس با درد پستان به طور کامل شناخته نشده است (۸). زنانی که درد پستان دارند، در مقایسه با زنانی که درد پستان ندارند، بیشتر تحت ماموگرافی قبل از ۳۵ سالگی، خود درمانی برای درد پستان، مشورت و مراجعه به پزشک در خصوص سایر نگرانی‌های پستان و بیوپسی پستان قرار می‌گیرند (۲). در مطالعات انجام گرفته در خارج از

کشور، افزایش سطح اضطراب و افسردگی با درد پستان شدید گزارش شده است. در مطالعه در سال ۱۹۹۷ که میزان استرس و اضطراب در زنان مبتلا به درد پستان بررسی شد، میزان استرس و اضطراب در افرادی که درد دوره‌ای پستان داشتند، بیشتر از گروه کنترل بود (۱۰). در مطالعه رامیز و همکاران (۱۹۹۵) میزان اضطراب و افسردگی در صبح روز جراحی در زنانی که سرطان پستان داشتند با زنانی که درد شدید پستان داشتند یکسان بود و به این نتیجه رسیدند که بررسی‌های روانی و فیزیکی در بیماران با درد پستان باید به عنوان قسمتی از پروتکل درمانی قرار بگیرد (۱۱). لذا با توجه به وجود مشکلات و عوارض زیاد ناشی از ماستالژی، درمان آن اهمیت دارد، اما از آنجایی که علت درد دوره‌ای پستان به طور کامل شناخته نشده است، متأسفانه هیچ درمان قطعی برای آن وجود ندارد و درمان علامتی است (۱۲) و احتمالاً کاهش افسردگی و اضطراب می‌تواند نقش مهمی در تسکین درد دوره‌ای پستان داشته باشد.

با توجه به کمبود مطالعات در زمینه علت‌شناسی درد دوره‌ای پستان و اتیولوژی ناشناخته این اختلال، نبود مطالعه مشابه در ایران بر اساس بررسی‌های انجام گرفته توسط پژوهشگر و با توجه به شیوع درد پستان و اثرات آن بر زندگی و با توجه به اینکه اصلاح سبک زندگی یکی از اصول درمانی در این زمینه مطرح شده است، لذا لزوم انجام مطالعات بیشتر در این زمینه احساس می‌شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط افسردگی و اضطراب با شدت و طول مدت درد دوره‌ای پستان انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی در سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۳۲۲ زن مبتلا به درد پستان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز انجام گرفت. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد ۴۶۸ به تصویب رسیده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۴۵-۱۸ سال، شکایت از درد و حساسیت دوره‌ای پستان، عدم

شدید، تمامی خانه جدول را سیاه، با داشتن درد متوسط نیمی از خانه جدول سیاه و در صورت نداشتن درد، فقط با یک نقطه، خانه مورد نظر را علامت گذاری نمایند که به این ترتیب وجود درد دوره‌ای پستان تأیید شد و شدت درد با استفاده از فرمول شدت درد NDBP¹ به صورت (کل تعداد روزهایی که فرد درد متوسط یا خفیف دارد $\times 1$) + (کل تعداد روزهایی که فرد درد شدید دارد $\times 2$) $\div 28$ (مجموع کل روزهایی از سیکل که درد ثبت شده است) محاسبه شد و همچنین پرسشنامه اضطراب و افسردگی توسط آن‌ها تکمیل شد (۱۳).

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های مشخصات فردی - اجتماعی، مقیاس ارزیابی شدت درد پستان (NDBP) و پرسشنامه افسردگی و اضطراب (HADS)² بود.

چارت درد روزانه، جدولی استاندارد است که شامل ۳۱ ستون به منظور تعداد روزهای ماه می‌باشد و هر خانه جدول به منزله یک روز است. با توجه به نتیجه محاسبه، نمره بیشتر از ۱۴ به عنوان درد شدید، ۱۴-۷ به عنوان درد متوسط و نمره کمتر از ۷ به عنوان درد خفیف قلمداد می‌شود (۱۳، ۱۴). چارت کاردیف ابزار معتبری می‌باشد و همچنین در مطالعات قبلی ضریب همبستگی آن بالای ۰/۸ گزارش شده است (۱۵).

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی توسط زیگم و نواسنایت (۱۹۸۳) طراحی شده است. این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری سطح اضطراب و افسردگی در جمعیت بیماران سرپایی استفاده شده است و از دو زیر مقیاس تشکیل شده است که ۷ مورد آن برای سنجش افسردگی و ۷ مورد دیگر برای سنجش اضطراب می‌باشد. هر یک از گویه‌های این پرسشنامه بر اساس طیف ۴ درجه‌ای لیکرت بر مبنای شدت علائم از نمره صفر (هیچ) تا نمره ۳ (شدید) درجه‌بندی شده است. نقاط برش ۰-۷ بدون علائم بالینی، ۱۰-۸ افسردگی یا اضطراب خفیف و ۲۱-۱۱ افسردگی یا اضطراب بالینی برای هر دو زیر مقیاس در نظر گرفته شده است (۱۶).

بارداری و شیردهی، عدم مصرف داروهای هورمونی پیشگیری از بارداری در حال حاضر، داشتن سیکل‌های قاعدگی منظم (سیکل‌های ۲۲ تا ۳۵ روزه) طی ۶ ماه گذشته، داشتن شماره تماس برای پیگیری، تمایل جهت شرکت در مطالعه و داشتن رضایت نامه آگاهانه، داشتن درد خفیف تا شدید بر اساس چارت کاردیف پستان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود زخم جراحی یا توده و مورد غیرطبیعی در معاینه پستان، عدم وجود سابقه سرطان، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی و عدم وجود بیماری‌های مزمن (هیپرتانسیون، دیابت) بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعه آدر و همکاران (۲۰۰۱) و شیوع گزارش شده درد پستان در این مطالعه ($p=0.70$ ، $q=0.30$ ، $\alpha=0.05$ و مقدار دقت برابر ۰/۵، ۳۲۲ نفر محاسبه شد (۲). نمونه‌گیری در ۱۲ مرکز بهداشتی شهرستان تبریز انجام گرفت. با توجه به سطوح مختلف اجتماعی اقتصادی در سطح شهر تبریز، انتخاب مراکز بهداشتی از کل مراکز شهر تبریز به صورت تصادفی بود، اما انتخاب نمونه‌ها در داخل مراکز به روش مبتنی بر هدف بر اساس معیارهای ورود و خروج و تأیید داشتن درد دوره‌ای پستان بود.

به منظور نمونه‌گیری، پژوهشگر با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر تبریز، اقدام به استخراج لیست زنان سنین باروری ۴۵-۱۸ ساله نمود، سپس با زنان تماس گرفته شد و از افرادی که از درد و حساسیت پستان شاکی بودند و سایر شرایط ورود به مطالعه را داشتند، دعوت شد که بعد از اتمام خونریزی قاعدگی به مرکز بهداشتی-درمانی مربوطه مراجعه کنند. پس از مراجعه افراد، اهداف و روش مطالعه به آنان آموزش داده شد. تمام شرکت‌کنندگان از نظر وجود توده یا وجود هرگونه مشکل غیر عادی در پستان بعد از اتمام خونریزی قاعدگی تحت معاینه قرار گرفتند. در صورت طبیعی بودن معاینه، رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید و پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی، چارت درد روزانه کاردیف، همراه با توضیحات لازم جهت پرکردن در سیکل بعدی به آن‌ها داده شد. توضیحات ارائه شده به این صورت بود که با داشتن درد

¹ Nominal Day Breast pain score

² Hospital Anxiety and Depression Scale

روایی و پایایی این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران در ایران تأیید و پایایی آن ۰/۷۸ گزارش شده است (۱۷).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) انجام گرفت. در این پژوهش ابتدا نرم‌الیتی متغیرهای کمی به صورت توصیفی با استفاده از کشیدگی و پراکندگی بررسی شد، سپس پس از بررسی نرمال بودن کشیدگی و یا چولگی توزیع داده‌ها، از آزمون شاپیرو-ویلک برای تأیید نرم‌الیتی داده‌ها استفاده شد که با توجه به اینکه $p > 0.05$ بودند، لذا داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. جهت توصیف مشخصات فردی-اجتماعی افراد از روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار، جهت تعیین ارتباط افسردگی و اضطراب با شدت درد و طول مدت درد پستان از آزمون پی‌رسون و جهت تعیین ارتباط مشخصات فردی-اجتماعی با شدت درد پستان از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه

استفاده شد. برای تعدیل متغیرهای مخدوشگر و برآورد میزان تأثیر متغیرهای مستقل (افسردگی، اضطراب و مشخصات فردی-اجتماعی) بر متغیر وابسته (شدت درد پستان)، متغیرهایی که بر اساس آزمون‌های دومتغیره $p < 0.05$ داشتند، وارد مدل خطی عمومی شدند.

یافته‌ها

میانگین سن و سن منارک مشارکت‌کنندگان به ترتیب 32.8 ± 6.8 و 12.7 ± 1.5 سال بود. ۱۱۹ نفر (۳۷٪) تحصیلات راهنمایی داشتند. ۳۰۹ زن (۹۶٪) متأهل بودند. میانگین شاخص توده بدنی افراد مورد مطالعه 26.5 ± 3.3 کیلوگرم بر متر مربع بود. ۲۳۰ نفر (۷۱/۴٪) از شرکت‌کنندگان اظهار نمودند که درآمد ماهیانه آن‌ها تا حدودی برای هزینه‌های زندگی کفایت می‌کند. ۲۷۵ زن (۸۴/۵٪) خانه‌دار بودند و روش پیشگیری ۱۲۰ زن (۳۷/۳٪) منقطع و حدود ۱۰۱ نفر (۳۱/۴٪) کاندوم بود (جدول ۱).

جدول ۱- توصیف مشخصات فردی-اجتماعی و باروری شرکت‌کنندگان

مشخصات فردی-اجتماعی (درصد)	تعداد	مشخصات فردی-اجتماعی (درصد)	تعداد
سن (سال)*	32.8 ± 6.8	کاملاً	۲۱ (۶/۵)
سن منارک (سال)*	12.7 ± 1.5	کفایت درآمد ماهیانه	۲۳۰ (۷۱/۴)
تعداد حاملگی*	2.0 ± 1.2	تاحدودی	۷۱ (۲۲/۰)
شاخص توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع)	26.5 ± 3.3	اصلاً	۴۷ (۱۴/۶)
میانگین \pm انحراف معیار	26.5 ± 3.3	راهنمایی	۱۱۹ (۳۷/۰)
وضعیت تأهل	متأهل	تحصیلات	۶۴ (۱۹/۹)
	مجرد	دبیرستان	۷۲ (۲۲/۴)
	متأهل	دیپلم	۲۰ (۶/۲)
	بیوه	دانشگاهی	۱۴ (۴/۳)
	خانه دار	ندارد	۱۰۱ (۳۱/۴)
	شاغل	کاندوم	۱۲۰ (۳۷/۳)
		منقطع	۲۷ (۸/۴)
		روش دائمی (واژکتومی و توبکتومی)	۶۰ (۱۸/۶)
		IUD	

* میانگین \pm انحراف معیار

برای اضطراب و ۱-۱۸ برای افسردگی بود (جدول ۲). ۹۳ نفر (۲۸/۹٪) از مشارکت‌کنندگان افسردگی در محدوده بالینی و ۷۸ نفر (۲۴/۲٪) اضطراب در محدوده بالینی داشتند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره شدت درد پستان 3.4 ± 5.4 با محدوده ۰/۹۵-۱۶/۸۰ و میانگین طول روزهای درد پستان 2.0 ± 3.8 با محدوده ۱-۱۰ روز بود. همچنین میانگین نمره افسردگی و اضطراب به ترتیب 3.5 ± 8.8 و 3.9 ± 8.0 با محدوده نمره کسب شده ۰-۱۸

جدول ۲- وضعیت شدت درد پستان، طول مدت درد پستان، افسردگی و اضطراب در مشارکت کنندگان (n=۳۲۲)

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	دامنه میان چارگی) میانه	محدوده نمره کسب شده
طول مدت ماستالژی (روز)	۳/۸ \pm ۲/۰	۳/۰ (۲/۰-۵/۰)	۱-۱۰
شدت ماستالژی	۵/۴ \pm ۳/۴	۴/۳ (۳/۱-۷/۳)	۰/۹-۱۶/۸
افسردگی	۸/۸ \pm ۳/۵	۹/۰ (۶/۰-۱۱/۰)	۱-۱۸
اضطراب	۸/۰ \pm ۳/۹	۸/۰ (۵/۰-۱۰/۰)	۰-۱۸

و شاخص توده بدنی ارتباط وجود داشت ($p < 0.05$). این متغیرها وارد مدل خطی عمومی شدند و در نهایت اضطراب و افسردگی جزء پیشگویی کننده‌های شدت درد پستان دوره‌ای بودند (جدول ۳).

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین شدت درد پستان دوره‌ای با نمره اضطراب ($r = 0.617$) و نمره افسردگی ($r = 0.613$) ($p < 0.001$) و همچنین بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین شدت درد پستان دوره‌ای با سطوح اضطراب و افسردگی

جدول ۳- پیش‌گویی کننده‌های شدت و طول مدت درد پستان بر اساس مدل خطی عمومی (n=۳۲۲)

متغیر	شدت ماستالژی		طول مدت ماستالژی	
	p	B (CI 95%)*	p	B (CI 95%)*
{مرجع: بالینی (≥ 11)} افسردگی	<0.001	-۲/۹ (-۴/۰ تا -۲/۰)	<0.001	-۱/۲ (-۱/۹ تا -۰/۶)
	0.421	-۰/۱۵ (-۲/۴ تا ۰/۱۶۶)	0.001	-۰/۲ (-۰/۷ تا ۰/۳)
{مرجع: بالینی (≥ 11)} اضطراب	<0.001	-۲/۷ (-۳/۷ تا -۱/۶)	<0.001	-۱/۷ (-۲/۳ تا -۱/۰)
	<0.001	-۱/۷ (-۲/۶ تا -۰/۸)	<0.001	-۱/۰ (-۱/۶ تا -۰/۵)
شاخص توده بدنی (مرجع: ≥ 30)	0.318	-۰/۴۸ (-۱/۴ تا ۰/۴۶)	0.007	-۰/۸ (-۱/۴ تا -۰/۲)
	0.122	-۳/۱ (-۱/۲ تا ۰/۵۵)	0.481	-۰/۴۱ (-۰/۹ تا ۰/۳۱)

* (Confidence interval 95%)

بررسی‌های بیشتر ارجاع داده شدند. از این افراد ۳۲۲ نفر از افراد حائز شرایط وارد مطالعه شدند. ماستالژی، شایع‌ترین علامت در میان زنان مراجعه کننده به کلینیک پستان است (۱۴). تقریباً ۶۰-۷۰٪ زنان درجاتی از درد پستان را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند (۵). ماستالژی باعث کاهش قابل توجه چرخه اقتصادی و افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی می‌شود (۱۸). بسیاری از زنانی که به دلیل درد پستان به کلینیک‌های پستان مراجعه می‌کنند، از وجود یک بدخیمی پستان نگران هستند (۱۹). به ندرت ماستالژی تنها علامت سرطان پستان است. بیش از ۸۰٪ زنان با درد دوره‌ای پستان ممکن است سایر علائم سندرم پیش از قاعدگی را نداشته باشند (۲۰). لذا قبل از شروع درمان لازم است شدت و طول درد توسط بیمار به صورت روزانه در سیکل قاعدگی ثبت شود (۲۱). در مطالعه حاضر بین شدت و طول مدت درد دوره‌ای پستان با نمره اضطراب و افسردگی ارتباط مستقیمی وجود داشت؛ به طوری که با افزایش نمره اضطراب و

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین طول مدت درد پستان دوره‌ای نیز با نمره اضطراب ($r = 0.573$) و نمره افسردگی ($r = 0.547$) ($p < 0.001$) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. بر اساس نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، بین طول مدت درد پستان دوره‌ای با سطوح اضطراب و افسردگی و شاخص توده بدنی ارتباط وجود داشت ($p < 0.05$). این متغیرها وارد مدل خطی عمومی شدند و در نهایت اضطراب و افسردگی جزء پیشگویی کننده‌های طول مدت درد پستان دوره‌ای بودند (جدول ۳).

بحث

در مطالعه حاضر ۴۸۵ نفر از زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر تبریز مورد معاینه پستان قرار گرفتند. به تمام افراد آموزش معاینه پستان (خودآزمایی پستان) داده شد. در ۱۸ نفر از افراد تحت معاینه، توده پستان تشخیص داده شد که به پزشک مرکز برای درخواست سونوگرافی و ماموگرافی و

افسردگی، شدت درد پستان نیز بیشتر می‌شد. در مطالعه (۲۰۰۸) در انگلستان که میزان استرس و نگرانی بر روی زنان مبتلا به درد پستان شدید مورد بررسی قرار گرفت، میزان استرس و نگرانی در افرادی که درد دوره‌ای پستان داشتند، بیشتر از گروه کنترل بود (۲۲). رامیزر و همکاران (۱۹۹۵) در مطالعه دیگری، زنان مبتلا به درد پستان و افراد دچار سرطان پستان را از نظر وضعیت روحی روانی با هم مقایسه کردند که در نهایت، میزان نگرانی و افسردگی در صبح روز جراحی در زنانی که سرطان پستان داشتند با زنانی که درد پستان شدید داشتند یکسان بود (۱۱) که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین در مطالعه کولگراو و همکاران (۲۰۰۱) که با هدف مقایسه ویژگی‌های روانی زنان مبتلا به درد پستان بر روی ۲۰ نفر با درد پستانی مقاوم به درمان، ۳۷ زن با درد پستانی تازه تشخیص داده شده و خواستار درمان، ۳۲ زن با درد پستانی تشخیص داده شده و عدم درمان دارویی و ۳۱ زن با درد ناشی از توده پستانی انجام گرفت، همه گروه‌های مورد بررسی اضطراب و افسردگی بالایی داشتند (۲۳).

علت‌های زیادی برای درد دوره‌ای پستان از جمله افزایش تولید استروژن از تخمدان، کاهش تولید پروژسترون و هیپرپرولاکتینمی مطرح شده است (۳). همچنین بر اساس بررسی‌های انجام شده، سطح سروتونین در فاز لوتئال سیکل قاعدگی کاهش می‌یابد (۲۴). در طی روزهای قبل از قاعدگی سطح روزانه پرولاکتین به طور مزمین افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد که پرولاکتین در پاسخ به استرس روزانه ترشح شده و باعث تحریک غده پستانی و درد پستان می‌شود (۲۵). در مطالعه پترز و همکاران (۱۹۸۱) میزان پرولاکتین در افراد مبتلا به درد پستان نسبت به گروه کنترل بالا و همچنین میزان پرولاکتین این افراد در پاسخ به استرس قبل از قاعدگی

بیشتر بود، در نتیجه درد بیشتری را تجربه می‌کردند (۲۶). درمان‌های شیمیایی و گیاهی مختلفی برای درمان درد دوره‌ای پستان استفاده می‌شود. از جمله داروهای شیمیایی دانازول، بروموکریپتین و تاموکسیفن است، ولی عوارض جدی دارویی، استفاده از آن‌ها را محدود کرده است (۳). داروهای گیاهی در این زمینه ویتاگنوس، بذرکتان (۲۷)، روغن گل مغربی و ... است، ولی با توجه به اینکه اضطراب و افسردگی از جمله علل و اتیولوژی مطرح در زمینه درد پستان است، لذا تسکین شدت درد پستان با از بین بردن عامل به وجود آورنده و یا تشدید کننده درد پستان می‌تواند گزینه درمانی خوبی باشد. یکی از محدودیت‌های این طرح ماهیت مقطعی آن بود که ارتباطات نشان داده شده دقیقاً بیانگر رابطه علی و معلولی نیستند، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات قوی‌تری جهت شناسایی این ارتباط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

اضطراب و افسردگی از عوامل مؤثر بر شدت و طول مدت درد دوره‌ای پستان است. لذا با توجه به عدم علاقه بیماران نسبت به مصرف داروهای شیمیایی برای تسکین درد دوره‌ای پستان بایستی اقدامات حمایتی از جمله کاهش اضطراب و افسردگی در پروتکل درمانی بیماران مبتلا به درد پستان قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد و هزینه آن توسط معاونت محترم پژوهشی این دانشگاه تأمین شده است. بدین وسیله از تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه و از پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز که صادقانه در انجام نمونه‌گیری همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Smith RL, Pruthi S, Fitzpatrick LA. Evaluation and management of breast pain. *Mayo Clin Proc* 2004; 79(3):353-72.
2. Ader DN, South-Paul J, Adera T, Deuster PA. Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001; 22(2):71-6.
3. Kataria K, Dhar A, Srivastava A, Kumar S, Goyal A. A systematic review of current understanding and management of mastalgia. *Indian J Surg* 2013; 76(3):217-22.
4. Parsay S, Olfati F, Nahidi S. Therapeutic effects of vitamin E on cyclic mastalgia. *Breast J* 2009; 15(5):510-4.
5. Berek J, Novak E. *Berek and Novak's gynecology*. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. P. 654-6.
6. Pirasteh A, Khajavi Shojaie K, Kholdi N, Davati A. Stages of change and predicting of self efficacy construct in breast self examination behavior among women attending at Tehran Health Centers, Iran, 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(70):16-23. (Persian).
7. Lotfi B, Esmaeil Nasab N, Aghaei A, Ahmadi Jouybari T. Evaluation of breast cancer in Iranian women in an ecological study based on latitude, sun exposure and vitamin D intake. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(129):17-25. (Persian).
8. Preece PE, Mansel RE, Hughes LE. Mastalgia: psychoneurosis or organic disease? *Br Med J* 1978; 1(6104):29-30.
9. Black WC, Nease RF Jr, Tosteson AN. Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87(10):720-31.
10. Rea N, Bove F, Gentile A, Parmeggiani U. Prolactin response to thyrotropin-releasing hormone as a guideline for cyclical mastalgia treatment. *Minerva Med* 1997; 88(11):479-87.
11. Ramirez AJ, Jarrett SR, Hamed H, Smith P, Fentiman IS. Psychosocial adjustment of women with mastalgia. *Breast* 1995; 4(1):48-51.
12. Armand A, Talaee A. Investigating the efficacy of cognitive-behavioral stress-management training on decreasing the psychological problems and symptoms of premenstrual syndrome of afflicted women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(21):24-31. (Persian).
13. Goyal A, Mansel RE. A randomized multicenter study of gamolenic acid (Efamast) with and without antioxidant vitamins and minerals in the management of mastalgia. *Breast J* 2005; 11(1):41-7.
14. Mansel RE, Goyal A, Preece P, Leinster S, Maddox PR, Gateley C, et al. European randomized, multicenter study of goserelin (Zoladex) in the management of mastalgia. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(6):1942-9.
15. Fathizadeh N, Takfallah L, Ehsanpour S, Namnabati M, Askari S. Effects of evening primrose oil and vitamin E on the severity of periodical breast pain. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2009; 13(3):90-3.
16. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr scand* 1983; 67(6):361-70.
17. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1:14-9.
18. Borenstein J, Chiou CF, Wong J, Wade S. Estimating direct and indirect costs of premenstrual syndrome. *J Occup Environ Med* 2005; 47(1):26-33.
19. Smallwood JA, Kye DA, Taylor I. Mastalgia; is this commonly associated with operable breast cancer? *Ann R Coll Surg Engl* 1986; 68(5):262-3.
20. Ader DN, Shriver CD, Browne MW. Cyclical mastalgia: premenstrual syndrome or recurrent pain disorder? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1999; 20(4):198-202.
21. BeLieu RM. Mastodynia. *Obstetrics Gynecol Clin North Am* 1994; 21(3):461-77.
22. Eberl MM, Phillips RL Jr, Lamberts H, Okkes I, Mahoney MC. Characterizing breast symptoms in family practice. *Ann Fam Med* 2008; 6(6):528-33.
23. Colegrave S, Holcombe C, Salmon P. Psychological characteristics of women presenting with breast pain. *J Psychosom Res* 2001; 50(6):303-7.
24. Chuong CJ, Dawson EB. Critical evaluation of nutritional factors in the pathophysiology and treatment of premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35(3):679-92.
25. Jarry H, Leonhardt S, Wuttke W, Spengler B, Christoffel V. Auf der Suche nach dopaminergen Substanzen in Agni-casti-fructus-Präparaten: Warum eigentlich? *Z Phytother* 1999; 20:150-2.
26. Peters F, Pickardt CR, Zimmermann G, Breckwoldt M. PRL, TSH, and thyroid hormones in benign breast diseases. *Klin Wochenschr* 1981; 59(8):403-7.
27. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Ahmadvand P, Javadzadeh Y. Effects of Vitex agnus and Flaxseed on cyclic mastalgia: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2015; 24:90-5.
28. Dennehy CE. The use of herbs and dietary supplements in gynecology: an evidence-based review. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(6):402-9.

