

بررسی مشکلات روانی زنان یائسه و ارتباط آن با مشخصات فردی و اجتماعی و علایم یائسگی در مراجعان به بیمارستان‌های آموزشی تبریز در سال ۱۳۸۴

مرضیه تارویردی^۱، عزیزه شعبانی^۲

چکیده

مقدمه: یائسگی نشانه گذر از دوران باروری و رسیدن به ناباروری است. در این دوران علایمی هم‌چون گرگرفتگی و عرق شبانه و بی‌خوابی و عدم تمرکز و کاهش حافظه و از دست رفتن توده استخوانی و آتروفی واژن و در طولانی مدت افزایش خطرات قلبی و عروقی و اضطراب و افسردگی رخ می‌دهد. علایم یائسگی از علایمی هستند که می‌توانند فرد را مستعد افسردگی سازند اما ارتباط علایم یائسگی با مشکلات روانی مشخص نیست از این رو این پژوهش با هدف تعیین مشکلات روانی زنان یائسه و ارتباط آن با مشخصات فردی و اجتماعی با علایم یائسگی زنان یائسه انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی که در سال ۱۳۸۴ در درمانگاه‌های زنان بیمارستان‌های تبریز انجام شده است ۵۰۰ زن مراجعه کننده به کلینیک بیمارستان‌های آموزشی تبریز که سابقه عمل جراحی برداشتن رحم و تخمدان‌ها و سابقه بیماری روانی در حال و گذشته و استعمال مواد مخدر و سیگار در حال حاضر نداشتند و تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند. از کلیه زنان در بدو ورود به مطالعه از جمله اندازه‌گیری اندکس توده بدن، فشار خون، درخواست آزمایش‌های روتین، معاینه لگنی و معاینه پستان بعمل آمد، ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب زونگ و حمایت اجتماعی کاسدی و عزت نفس آیزنگ توسط زنان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۳ و آزمون‌های تی و همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین سنی واحد‌های پژوهشی (۱۰/۴ ± ۵۹/۲) سال بود و تحصیلات بیشتر آنان ۶۵ درصد راهنمایی و شغل بیشتر آنان ۷۸ درصد خانه دار بود و میانگین نمره افسردگی در زنان (۷/۹۴ ± ۱۹/۴۳) بود و بیشتر ۶۸ درصد افسردگی متوسط و تنها ۲۴ درصد آن‌ها تحت درمان قرار داشتند و ۵۴ درصد آن‌ها اضطراب داشتند و از علایم یائسگی ۷۲/۵ درصد گرگرفتگی و ۶۴ درصد درد استخوان و ۳۲ درصد درد پستان و ۵۱ درصد سردرد و ۷۰ درصد کرختی انگشتان و ۵۰ درصد زبر شدن پوست و ۴۲ درصد بی‌اختیاری ادراری و ۲۱ درصد سوزش ادراری و ۲۵ درصد درد زمان مقابله را گزارش کردند و ۷۲ درصد از کاهش میل جنسی نسبت به قبل از یائسگی شاکی بودند. میزان افسردگی با میزان درآمد خانوار و تعداد فرزندان و علایم یائسگی $P < 0/12$ به لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری داشت ولی با تعداد سال‌های یائسگی و نحوه سرپرستی با $P < 0/01$ به لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که افسردگی و اضطراب و اختلال حافظه از عوارض دوران یائسگی است که با برخی از مشخصات فردی و اجتماعی زنان یائسه ارتباط مستقیمی دارد؛ لذا بررسی زنان یائسه جهت درمان به موقع در پیشگیری از عوارض روانی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها و سلامت جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: مشکلات روانی، یائسگی، علایم یائسگی، مشخصات فردی و اجتماعی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پنجم، شماره یکم، ص ۷-۱، بهار ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

Email: Tarverdym@yahoo.com

مقدمه

زنان نیمی از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند و تقریباً ۹۰ درصد آنان به سن ۶۵ سالگی می‌رسند. بنابراین یائسگی مرحله‌ای از زندگی است که زنان به طور متوسط یک سوم از طول عمر خود را پس از یائسگی سپری می‌کنند (۱) امید به

زندگی در کشورهای توسعه یافته در سال ۲۰۰۰ برای زنان ۷۹/۸ سال و سن متوسط یائسگی ۵۱ سال تخمین زده شده است (۲) در حالی که در ایران امید به زندگی در سال ۲۰۰۲ حدود ۷۱/۷ سال و سن متوسط یائسگی اندکی کمتر و حدود ۴۷/۸ ± ۳/۷۸ سال بوده است (۳) با وجودی که یائسگی یک روند طبیعی در زندگی است

^۱ عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

^۲ کارشناس مامایی

آموخته شده از علل عمده شیوع بالاتر افسردگی در زنان می‌باشد (۶).

سن متوسط شروع اختلال افسردگی ۳۰ سال بوده و با بالا رفتن سن شیوع آن افزایش می‌یابد که در این محدوده سنی، یائسگی نیز اتفاق می‌افتد. یائسگی دورانی است که در آن به علت کمبود استروژن سیکل های قاعدگی زن به پایان رسیده و این کمبود نه تنها منجر به آتروفی واژن، گرگرفتگی، از دست رفتن توده استخوانی و افزایش خطرات قلبی عروق می‌گردد بلکه ممکن است زنان را در معرض افسردگی، تحریک پذیری و بدخلقی نیز قرار دهد (۸).

ارتباط افزایش شیوع افسردگی هم‌زمان با یائسگی مورد سوال ویشمن اوج شروع بیماری های افسردگی را در سال های حول و حوش افسردگی بیان می‌کند (۹). درحالی‌که بکر و همکاران ۲۰۰۱ دیسترس روانی همراه با یائسگی را عملکرد فیزیولوژیک یا روانی شخصی گزارش می‌کنند (۱۰).

علل متعددی زمینه ساز افسردگی همراه با یائسگی مطرح شده است از جمله این علل می‌توان به تاریخچه قبلی افسردگی، مسائل شخصی و فرهنگی، از بین رفتن نقش مادری یا همان سندرم آشیانه خالی، مرگ غیرقابل اجتناب همسر، مراقبت از والدین مسن، نگرش منفی نسبت به یائسگی، یائسگی طولانی مدت، دردهای مزمن و معلولیت، تغییر در تمایلات جنسی و علایم یائسگی هم‌چون گرگرفتگی، تعریق شبانه و اختلال خواب ثانوی اشاره نمود (۱۱).

در رابطه با ارتباط علایم یائسگی و افسردگی در زنان یائسه محققان نتایج مختلفی را بیان نموده اند بونگ و همکاران در سال ۱۹۸۰ گزارش کردند، زنانی که به کلینیک های یائسگی مراجعه می‌کنند نسبت به جمعیت عمومی درصد بالاتری از علایم افسردگی را دارا هستند در مطالعه ۲۰۰۱ زن استرالیایی مراجعه کننده به کلینیک های بهداشتی نیز مشخص شد زنانی که گرگرفتگی بیشتری داشتند از علایم روانی جسمانی بیشتر و سلامت کمتر برخوردار بودند (۱۲، ۱۱).

احتمالاً با گرگرفتگی الگوی خواب منقطع شده و این خود می‌تواند منجر به خستگی، محدود شدن قدرت تمرکز، تحریک پذیری و اختلال عملکرد روزانه گردد. همچنین احتمال این‌که این زنان دارای یک تاریخچه قابل توجه و مغایر با سلامتی از جمله تاریخچه مشکلات قبل از یائسگی بوده باشند بیشتر است (۶).

درد ناشی از بیماری های مختلف می‌تواند به طور عاطفی و جسمی ناتوان کننده باشد و توانایی های عملکردی افراد پیر را شدیداً تهدید بکند در بسیاری از موارد سوء تغذیه افراد یائسه و مسن تر عامل این دردها است زیرا در اکثر موارد افراد مسن به

اما عدم توجه به آن باعث بروز مشکلات زیادی می‌شود که گاهاً فاجعه آمیز و تهدید کننده حیات هستند، این مشکلات به ترتیب شیوع (گرگرفتگی، اختلال وازوموتور، تغییرات پوستی و تغییرات دستگاه تناسلی، بیماری های قلبی و عروقی و یوکی استخوان) را شامل می‌شود (۲). از بین رفتن قدرت باروری و عملکرد قاعدگی که همراه با یائسگی طبیعی یا یائسگی ناشی از جراحی رخ دهد بر احساس زن از سلامتی خود تاثیر می‌گذارد (۳) برخی زنان ممکن است به علت آسودگی نسبی از نگرانی های موجود درباره بارداری‌های ناخواسته و استرس بچه دار شدن به یائسگی با دید مثبت نگاه کنند، اما بسیاری از زنان به علت کاستی هایی که گریبان گیر آن‌ها خواهند شد از آن هراس دارند (۲).

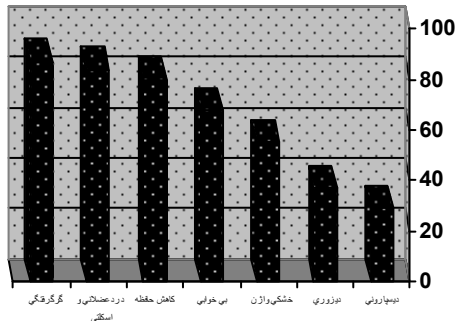
ایجاد طیفی از علایم روانی به دنبال کاهش عملکرد تخمدان موضوع بحث برانگیزی است مسلماً شکایت شایع زنان مراجعه کننده به کلینیک یائسگی، افسردگی و تحریک پذیری و کاهش اعتماد به نفس و ضعف در حافظه و کاهش تمرکز حواس و کاهش میل جنسی است، این علایم می‌توانند شدید باشند به نظر می‌رسد اختلالات خواب ناشی از تعریق و گرگرفتگی شبانه را عامل احتمالی این علایم روانی بدانیم اگر چه برخی مطالعات حداکثر بروز این علایم را در زنان بین ۴۵ تا ۵۵ ساله بیان کردند ولی دیگر محققان معتقدند که رابطه ای بین یائسگی و بروز این علایم روانی وجود ندارد (بنگگ ۱۹۸۰) این‌که آیا تغییرات هورمونی ناشی از یائسگی مسوؤل مستقیم علایم روانی باشد از موضوعات مورد بحث مجامع علمی است ولی بدون شک علایم روانی در دوران یائسگی در زنان شایع است در یک مطالعه جمعیتی نشان داده شده که ۵۱ درصد زنان در این دوران یائسگی در کمتر از ۶ ماه دچار افسردگی شده‌اند که ۲۲ درصد آنها افسردگی را به عنوان یک مشکل جدی بیان نموده‌اند بنابراین افسردگی صرف نظر از عامل ایجاد کننده آن، یکی از مشکلات شاخص سلامتی زنان در دوران یائسگی می‌باشد و احتمالاً دیگر علایم روانی ذکر شده توسط خلق و خوی افسرده تشدید می‌شود (۴).

افسردگی شایع ترین فرم اختلال رفتاری است که گاهی از آن به عنوان سرماخوردگی روانی یاد می‌شود (۵) طبق آمارهای موجود ۱۵ تا ۲۰ درصد بزرگسالان به میزان قابل توجهی از افسردگی رنج می‌برند (۶) در کشور ما نیز شیوع افسردگی به طور متوسط ۷/۷ درصد جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر را در بر می‌گیرد (۷).

زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد تفاوت‌های هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت فشارهای روانی اجتماعی زنان و مردان و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی

¹ Bangage and et al

از یک علایم یائسگی را داشتند. مدت زمان استفاده از روش های هورمونی بیشترین تعداد کمتر از یکسال ۴۲ درصد موارد استفاده کرده بودند و حدود ۸ درصد موارد از این جمعیت قبل از یائسگی توبکتومی شده بودند، ۳۵ درصد زنان ۳-۵ سال قبل یائسگی مبتلا به اختلالات قاعدگی بودند و بیشتر موارد BMI در سطح ۱۹/۸-۲۵/۹ (۳۶ درصد) داشتند و در دومین سطح BMI بالای ۲۹ داشتند. اکثریت موارد ابتلای بیماری مزمن (هیپرتانسیون) ۲۴/۸ درصد بود.



نمودار شماره (۱): فراوانی نسبی زنان یائسه برحسب علایم یائسگی

از نظر ریسک فاکتورهای روانی در افراد یائسه، شرایط اجتماعی، اقتصادی و تعداد افراد خانوار با مشکلات روانی ارتباط مستقیمی با $P < 0/12$ داشت و از نظر سابقه بیماری یا مشکلات روانی، استرس زیاد خانوادگی، بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان، مراقبت از والدین بیمار گونه و بیماری مزمن داشتن نیز با سطح افسردگی ارتباط مستقیمی داشت. از نظر سطح افسردگی در افراد تحت مطالعه، بیشتر موارد افسردگی متوسط ۶۸ درصد و تنها ۲۴ درصد آن‌ها تحت درمان قرار گرفته بودند و ۵۴ درصد آن‌ها اضطراب در حد متوسط داشتند و میزان افسردگی زنان با سطح هورمون های جنسی ارتباط معنی داری با $P < 0/24$ داشت و میزان افسردگی با علایم و مشکلات یائسگی (گرگرفتگی، اختلال خواب، عدم تمرکز، دردهای عضلانی اسکلتی، بیماری قلبی و عروقی) با $P < 0/12$ به لحاظ آماری ارتباط معنی داری داشت افسردگی با تعداد سال های یائسگی و نحوه سرپرستی (همسر و فرزندان) سن منارک، سابقه مصرف هورمون های جنسی با $P < 0/01$ به لحاظ آماری ارتباط معنی داری نداشت. افسردگی با سن سطح تحصیلات و شغل همسر با $P < 0/04$ ارتباط معنی داری نداشت.

علت بی اختیاری و تکرر ادراری از مصرف آب و دیگر مایعات پرهیز می کنند، آن‌ها با این کار از مواد مغذی و ویتامین ها و موادی مانند فسفر و پتاسیم محروم می مانند و به بیماری های استخوانی به خصوص پوکی استخوان مبتلا می شوند (۱۳).

با توجه به این که طول عمر زنان در چند دهه اخیر افزایش یافته و تعداد زنان بیشتری دوران یائسگی را پشت سر می گذرانند و از طرفی دیگر بیماران افسرده هزینه بالاتر مراقبت های بهداشتی و مراقبت های ویژه پزشکی را به خود اختصاص می دهند تشخیص و درمان افسردگی در یائسگی و علل و عوامل مرتبط با آن اثر چشمگیری بر کاهش کل هزینه های بهداشتی خواهد داشت از این رو هدف از انجام این پژوهش بررسی مشکلات روانی زنان یائسه و ارتباط آن با مشخصات فردی و اجتماعی و علایم یائسگی انجام شده است.

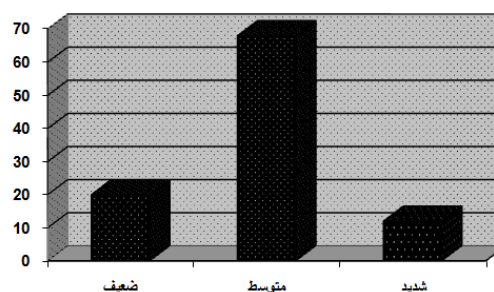
روش کار

این مطالعه توصیفی در زنان یائسه مراجعه کننده به درمانگاه های آموزشی تبریز در سال ۱۳۸۴ انجام شده است ۵۰۰ نفر از زنان یائسه مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی به روش خوشه‌ای نمونه گیری شد و زنان یائسه با مشخصات یائسگی و نداشتن سابقه جراحی برداشتن رحم و تخمدان ها و استعمال مواد مخدر و سیگار و نداشتن بیماری روانی در بستگان درجه یک و داشتن سابقه حداقل یک سال آمنوره و یا FSH بیشتر از ۳۰ پیکو گرم در مطالعه قرار گرفتند از کلیه زنان در بدو ورود به مطالعه، آزمایشات منظم مانند قند و چربی و میزان هورمون های جنسی و معاینه پستان و لگن بعمل آمد فشار خون و قد و وزن آن‌ها نیز اندازه گیری شد. پرسشنامه مشتمل بر ۲ بخش مشخصات دموگرافیک و بخش دوم سوالات پژوهش که از پرسشنامه های استاندارد افسردگی بک و اضطراب زونگ که بعد از توضیحات کامل پژوهشگر، پرسشنامه توسط واحد های پژوهشی تکمیل شد. مشخصات فردی و حمایت اجتماعی کاسدی و عزت نفس آیزنگ، علایم جسمانی و اختلالات خواب و نتایج اندازه گیری قد و وزن و فشار خون در پرسشنامه جمع آوری گردید. اطلاعات بدست آمده با استفاده از آمار توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون و تی دانشجویی تجزیه و تحلیل شد.

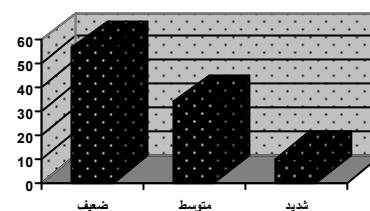
نتایج

در نتایج حاصل از پژوهش میانگین سنی زنان یائسه $59/2 \pm 10/4$ سال بود. تحصیلات بیشتر آنان ۶۵ درصد راهنمایی و شغل بیشتر آنان ۷۸ درصد خانه دار بود. از نظر میزان علایم یائسگی، شایع ترین علایم گرگرفتگی ۸۷ درصد بود و ۸۲ درصد زنان بیش

بیشتر واحد های پژوهشی از حمایت اجتماعی ($۸/۹۸ \pm ۳/۶$) و عزت نفس بالا ($۱۱۵/۰۶ \pm ۲۴/۶$) برخوردار بودند و ۵۲ درصد افراد نسبت به یائسگی و ۴۷ درصد افراد نسبت به هورمون درمانی نگرش مثبت داشتند و ۵۴ درصد از افراد از شغل خود نسبتاً راضی بودند. میانگین نمره افسردگی واحد های پژوهشی ($۱۹/۴ \pm ۷/۹$) بوده و براساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه اختلاف معنی داری بین میانگین نمره افسردگی بر حسب تحصیلات و رضایت شغل و درآمد و تحصیلات و شغل سرپرست وجود نداشت فقط در سطح اطمینان ۹۰ درصد افرادی که نسبتاً از شغل خود راضی بودند و نمره افسردگی کمتری داشتند و از علایم یائسگی $۷۲/۵$ درصد گرگرفتگی و ۶۴ درصد درد استخوان و ۳۲ درصد درد پستان و ۵۱ درصد سردرد و ۷۰ درصد کرختی انگشتان و ۵۰ درصد زبر شدن پوست و ۴۲ درصد بی اختیاری ادراری و ۲۱ درصد سوزش ادراری و ۲۵ درصد درد زمان مقاربت را گزارش کردند و ۷۲ درصد از کاهش میل جنسی نسبت به قبل از یائسگی شاکی بودند. ارتباط علایم یائسگی با افسردگی در جدول شماره یک نشان داده شده است.



نمودار شماره (۲): فراوانی نسبی زنان یائسه بر حسب میزان افسردگی



نمودار شماره (۳): فراوانی نسبی زنان یائسه بر حسب میزان اضطراب

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی میانگین نمره افسردگی واحدهای پژوهشی بر حسب علایم یائسگی در بیماران مورد مطالعه

نتیجه آزمون تی			N	انحراف معیار	میانگین	افسردگی	
T	Df	P				متغیر	گرگرفتگی
۲/۰۶۹	۵۴	۰/۰۴۵	۲۱	۸/۵۰	۱۹/۳۳	بلی	گرگرفتگی
			۳۵	۷/۷۲	۱۹/۴۵	خیر	
۲/۸۶۸	۴۹	۰/۰۹۲	۱۰	۷/۳۵	۱۸/۳۰	بلی	بی خوابی
			۴۱	۷/۹۸	۲۰/۷۱	خیر	
۱/۳۵۶	۵۴	۰/۰۰۸۱	۴۱	۸/۱۳	۲۰/۲۹	بلی	درد پستان
			۱۵	۷/۱۵	۱۷/۰۷	خیر	
۳/۵۲۸	۵۴	۰/۰۱۲	۳۳	۸/۲۳	۱۸/۰۹	بلی	سردرد
			۲۳	۷/۲۶	۲۱/۳۵	خیر	
۳/۶۳۵	۵۴	۰/۰۱۸	۱۸	۷/۳۱	۴۴۰/۱۸	بلی	کاهش حافظه
			۳۸	۸/۲۸	۱۹/۸۹	خیر	
۲/۱۷۸	۵۴	۰/۰۵۹	۲۴	۸/۰۳	۱۹/۲۱	بلی	زبر شدن پوست
			۳۲	۸/۰۰	۱۹/۵۹	خیر	
۲/۲۶۳	۵۴	۰/۰۹۴	۳۰	۷/۶۶	۱۹/۱۷	بلی	بی اختیاری ادراری
			۲۶	۸/۴۰	۱۹/۷۳	خیر	
۲/۰۳۴	۵۴	۰/۰۴۷	۴۵	۷/۱۰	۲۰/۴۷	بلی	سوزش ادراری
			۱۱	۶/۷۳	۱۵/۱۸	خیر	
۱/۷۷۶	۵۴	۰/۰۸۴	۳۸	۸/۴۷	۱۹/۶۳	بلی	درد زمان مقاربت
			۱۸	۶/۹۰	۱۹/۰۰	خیر	
۲/۵۲۲	۵۳	۰/۰۴۴	۱۹	۸/۱۷	۱۸/۳۷	بلی	کاهش میل جنسی
			۳۶	۷/۹۵	۱۹/۸۳	خیر	

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مشکلات روانی در سنین یائسگی و بعد از آن با بیشتر مشخصات فردی اجتماعی و هورمونی فرد ارتباط دارد. در تحقیقات (کاه و همکاران ۲۰۰۲) هم مشخص شد که در سنین ۵۲ - ۴۸ سالگی زنان بیشتر از مردان از افسردگی و اختلال روانی در سال‌های پایان باروری رنج می‌برند که علت این استرس‌های روانی را بیشتر بر کاهش هورمون‌های جنسی ربط داده‌اند که در مطالعه حاضر هم مشکلات روانی با کاهش هورمون‌های جنسی زنان یائسه ارتباط معنی‌داری داشت. در تحقیق (هایین و همکاران ۲۰۰۵) علت بیشتر مشکلات روانی و کاهش کیفیت زندگی در سنین یائسگی را دردهای ارگان‌های مختلف بیان کردند که بیشترین درد در گروه تحت مطالعه آن‌ها دردهای عضلانی و اسکلتی و درد مفاصل ۸۴ درصد بود، در مطالعه حاضر نیز درد‌های عضلانی و اسکلتی با میزان افسردگی ارتباط معنی‌داری داشت و بیشترین عامل استرس آور در زنان یائسه فراموشی و تأخیر در به یاد سپاری و آشفتگی‌های شبانه ناشی از تعریق و گرگرفتگی آنان بود. هم چنین در مطالعه حاضر پی‌گیری و بررسی‌های آزمایشگاهی و مراجعه به پزشک به علت ترس از تشخیص بیماری‌های سرطانی با تأخیر انجام می‌شد و یا مراجعه انجام نمی‌شد و این درد‌های مختلف را به پیری نسبت می‌دادند و راه حل درمانی را جستجو نمی‌کردند و این مهم‌ترین عامل اضطراب و عدم آرامش روانی این افراد بود که در مطالعه (فانیف ۲۰۰۴) بیوپسی از سرویکس و کورتاژ تشخیصی به علت‌های فوق در سنین یائسگی و حوالی آن باعث افزایش اضطراب زنان می‌شد ۸۸.۸ درصد (وودز و میشل ۲۰۰۵) از نظر میزان علائم یائسگی بررسی شده که ۸۵ درصد زنان بیش از یک علامت یائسگی را گزارش کردند که در مطالعه فوق ۸۷ درصد در گرگرفتگی را گزارش کردند و ۸۲ درصد زنان بیش از یک علامت یائسگی داشتند و ۱۰ درصد آنان از بی‌خوابی‌های شبانه شاکی بودند. در مطالعه وودز تغییر در موقعیت ازدواج (طلاق و مرگ همسر) رضایت مندی شغلی، استرس‌های روزانه، حوادث استرس‌آور زندگی در میزان حالت‌های روانی زنان یائسه ارتباط معنی‌داری داشت که در مطالعه حاضر نیز به نتایج مشابهی رسیدیم.

گرگرفتگی شایع‌ترین و عینی‌ترین پدیده به دنبال یائسگی است که به صورت شروع ناگهانی قرمز شدن پوست سر و گردن و قفسه سینه به همراه احساس شدید گرما در بدن و همراه با تعریق فراوان ظاهر می‌شود (۳). در مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین میانگین نمره افسردگی زنان یائسه با گرگرفتگی وجود داشت؛ پاک‌روش در تهران به نتایج متفاوتی در مورد شیوع گرگرفتگی و افسردگی در زنان در دوران قبل از یائسگی، حین و اوایل یائسگی

دست یافت (۱۸) اما در مطالعه زنان استرالیایی و در مطالعه جونگ در تایوان گرگرفتگی با اضطراب و علایم یائسگی بیشتری همراه بود (۱۹ و ۱۱). با افزایش سن، میل جنسی تحت تأثیر فرهنگ و هورمون درمانی قرار می‌گیرد. مطالعه بروسیوا (۲۰۰۱) نشان داد که با افزایش سن و یائسگی کاهش حساسیت جنسی و با کاهش استرادیول اختلال عملکرد جنسی اتفاق می‌افتد (۲۰). در مطالعه حاضر بین میانگین نمره افسردگی و کاهش میل جنسی رابطه معنی‌داری یافت شد و در مطالعه بروسیوا همبستگی معنی‌داری بین افسردگی با تنفر جنسی درد با نزدیکی و تغییر در زندگی جنسی بعد از یائسگی وجود داشت و طبق تحقیق ملبوی نیز مشکلات جنسی و وضعیت یائسگی با میزان افسردگی مرتبط بود (۱۹ و ۲۱). در رابطه با سایر علایم جسمانی یائسگی تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره افسردگی بر حسب وجود و عدم وجود علایمی همچون درد استخوان و درد پستان، سردرد، کرختی انگشتان، زیر شدن پوست و بی‌اختیاری ادراری و درد زمان مقاربت و کاهش میل جنسی وجود داشت و در مطالعه هیدن و همکاران ۲۰۰۱ رابطه معنی‌داری بین افسردگی زنان یائسه با علائم یائسگی پیدا شد (۲۲). بین میانگین نمره افسردگی و وجود و عدم سوزش ادراری زنان یائسه ارتباط معنی‌داری وجود داشت به نحوی که زنانی که از سوزش ادراری شاکی بودند، نسبت به زنانی که از سوزش ادراری شاکی نبودند نمره افسردگی بیشتری داشتند.

افسردگی منجر به بی‌نظمی الگوی طبیعی خواب می‌گردد، در یائسگی نیز الگوی خواب و بیداری تغییر می‌کند (۲۳). در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری با مشکلات خواب و شدت افسردگی یافت شد. انتویجوس و همکاران بیان داشتند که افزایش سن و کاهش استروئیدهای تخمدانی، بی‌نظمی آندوکراین، خواب همراه با افسردگی را تحریک می‌کند در مطالعه فریمن نیز زنان افسرده، گرگرفتگی بیشتری داشته و در تداوم خواب مشکل داشتند (۲۴، ۲۵). افسردگی در دوران یائسگی به علل متعددی بستگی دارد مسائل شخصی و فرهنگی و تاریخچه قبلی افسردگی، میزان تحصیلات و فعالیت منظم ورزشی، وجود سندروم پیش از قاعدگی حضور همسر، سطح اقتصادی و استعمال سیگار و شغل و تطابق با وضعیت زندگی از جمله عوامل موثر بر افسردگی هستند.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعه فوق و مطالعات قبلی مشخص شد که یائسگی با وجود این‌که فرایندی فیزیولوژیک می‌باشد ولی تغییراتی که در این دوران در یک زن ایجاد می‌شود در خلق و خوی زنان یائسه تأثیر منفی داشته و باعث افسردگی و اضطراب آنان می‌شود که

از آنجا که کادر مامایی به علت این که اولین مشاوران برای زنان در تمامی سنین از بلوغ تا یائسگی هستند با آموزش های مناسب و پی گیری های به موقع زنان از نظر بیماری های متاستاتیک با غربال گیری مناسب مهم ترین گام را در ارتقاء سلامتی زنان و کاهش مشکلات جسمی و روانی زنان بردارند و آنان را برای دوره های مختلف زندگی مثل یائسگی آماده تر کنند تا کمتر با اختلالات روانی مواجه شوند.

جهت کاهش میزان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در یائسگی نیاز به سازگاری دارد که جهت ایجاد سازگاری بهینه بایستی آگاهی کافی در این زمینه داده شود، همچنین بعضی تمهیدات مثل نداشتن سوء تغذیه و تحرک کافی و تشخیص به موقع بیماری های داخلی و تحت نظر بودن مانع از پیشرفت بیماری ها و کاهش توانایی فرد می شود، و با دادن آموزش های کافی، تغذیه مناسب و ورزش مانع کاهش توانائی جسمانی فرد می شویم. پس

منابع:

12. Bungay GT, Vessey MP, Mcpherson CK. Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. Br Med J 1980 Jul 19 ; 281 (6234) : 181-3
13. استویارد م. یائسگی. ترجمه. نانخش ف. ویراستار وفادار افشار م. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. چاپ اول. ارومیه ۱۳۸۳. ص ۱۴ - ۱۰
14. Kuh D, Hardy R, Rodgers B Life time risk factors for women's psychological distress in mid life 2002, 55. 11; 1957-1973
15. Haines CJ, Minxing S, Park KH. Prevalence of menopausal symptoms in different ethnic groups of asian women and responsiveness to thrapy with three doses of conjugated estrogens / medroxy progesterone acetate : The pan- asia menopause study . Maturitas 2005. 52 : 264-276
16. Phaneaf LE. Biopsy of uterine cervix. The American Journal of Surgery 2004. 36. N(1): 226 – 230
17. Woods NF. Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence. Severity, trajectory and significant in women's lives. Ame Medi 2005; 118 (12): 14-24
18. پاک روش ، ف " بررسی میزان آگاهی زنان یائسه از یائسگی و رابطه آن با شیوع علائم وازو موتور و افسردگی " تهران : دانشگاه علوم پزشکی تهران ؛ ۱۳۷۳. ص ۱۷ - ۱۰
19. Juang KD, Wang SJ , Lu SR Fuh . Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri-and -but notpremenopausal women. Maturitas 2005; 52 (2) : 119-26
20. Borissova AM Kovatcheva R, Shinkov A, Vukov M. A study of the psychological status and sexuality in middle – aged Bulgarian women : singificance of the hormone replacement therapy (HRT). Maturitas 2001. 25;39(2): 177-83
01. معظمی. ف (۱۳۷۹) مقایسه اثر رژیم تکمیلی سویا و HRT بر روی عوارض یائسگی در زنان یائسه ، پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی ، دانشگاه تربیت مدرس. ص ۱۱۷ - ۱۱۰
02. Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A Kistner's Gynecology and women's health: principales and practice, 7 th ed. NewYork: st louis mosby; 1999. P. 540-560
03. Berek J.S Novak's gynecology. 13th ed. Philadelphia. lipincott Williams & Wilkins.2002. P : 1110-1114
04. اسمیت ر ، استود ج . (۱۳۸۱) یائسگی و هورمون درمانی. ترجمه حاج شفیعیها م. موسسه فرهنگی انتشاراتی شاهد و اینترگران دانشگاه. چاپ اول . ارومیه. ص ۷۸ - ۷۰
05. انجمن روانپزشکان آمریکا " راهنمای عملی درمان افسردگی " ترجمه مهدی گنجی ، چاپ دوم ، تهران ، موسسه نشر ؛ ۱۳۷۸ - ص ۴۶ - ۴۵
06. کاپلان هـ ، سادوک بن "هندبوک روانپزشکی کاپلان گ ترجمه نام آور حمید ، چاپ اول ، تهران ، حیان ، ۱۳۷۵ . ص ۱۲۰ - ۱۱۷
07. قلعه بندی م ف " روانپزشکی بالینی برای دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی " چاپ اول ، تهران : موسسه فرهنگی انتشاراتی فرهنگسازان ؛ ۱۳۷۹. ص ۴۴ - ۴۲
08. کیستتر ف رایان کنث جی ؛ راس اسپرکوویتز؛ رابرت ال باربری " اصول بیماریها و بهداشت زنان کیستتر " ترجمه بهرام قاضی جهانی ، روشنگ قطبی چاپ اول ، تهران ، انتشارات اندیشه روش ، جلد دوم ۱۳۷۹. ص ۳۲۸ - ۳۲۷
09. Berek J. Novak's gynecology. 3th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins; 2002. P: 1113-14
10. Baker A, Simpson S, Doawson D. Sleep disruption and mood changes associated with menopause. J Psychosom Pes . 1997 ; 43(4) : 359-69
11. صالحی خواه ع ، افسردگی از دیدگاه اسلام و علم روز " چاپ اول تهران : نشر شهید حسین فهمیده ؛ ۱۳۷۴. ص ۲۰ - ۱۷

23. Pitkin RM. Clinical Obstetrics and gynecology 2000; 43(1) : 233-234
24. Freeman EW, Sammel MD, Rinaudo PJ, Sheng L. Premenstrual syndrome as a predictor of menopausal symptoms. Obstet Gynecol. 2004; 103 (5): 960-6
21. Meby MK. Factor analysis of climacteric symptoms in japan .Maturitas 2005; 52 (34) : 205-22
22. Headen B, Bastain LA, Kuchibhatla MN, Stiffens DS, McBride CM, Skinner CS, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. Psychosom Med 2001; 63 (4): 603-608