



مقدمه

نوع هورمون درمانی (۱۴)، وضعیت یائسگی، فعالیت مذهبی، داشتن شغل و درآمد، اضطراب، آگاهی از سلامتی (۱۵)، رضایت از زندگی زناشویی، تعدد مقاربت، سندرم پیش از قاعدگی، طلاق یا جدایی، اختلاف با همسر، زایمان سخت، فرزندان شکست خورده در تحصیلات یا شغل، خانه‌های پرجمعیت، درجه حمایت اجتماعی (۱۶)، گرازبوتیو (۲۰۰۹) به این نتیجه رسید که بیشترین شدت افسردگی در پس از یائسگی در زنانی است که وضعیت اجتماعی، اقتصادی و قومی پایین دارند (۱۷). افسردگی بر روی کل ارگانیزم اثر می‌گذارد و تمام حوزه‌های زندگی یک فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). در مطالعه‌ای که یرمیا (۲۰۰۹) و رایبیز (۲۰۰۳) انجام دادند به این نتیجه رسیدند که افسردگی فاکتور خطر مهمی در پوکی استخوان و کاهش توده استخوانی در زنان یائسه محسوب می‌گردد (۲۰-۱۹). سیلورمن و همکاران (۲۰۰۷) افزایش واقعی ۲/۵ درصد افسردگی در زنان یائسه با شکستگی مهره در مقایسه با زنان بدون شکستگی مهره را نشان می‌داد (۲۱). روتلد (۲۰۰۱) و فین‌دابلز (۲۰۰۲) افسردگی را فاکتور خطر مهمی در پاتورنر بیماری عروقی بیان کردند (۲۲-۲۳). هاتیک بالسی یانچین (۲۰۰۸) و ملبوی (۲۰۰۵) به این نتیجه رسید که اختلال عملکرد جنسی در یائسگی با میزان افسردگی مرتبط بود (۱۲ و ۲۴).

در کشور ایران، زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند. میانگین سنی و امید به زندگی در آن‌ها همانند زنان دیگر کشورها رو به افزایش است. ایران کشوری وسیع است که در آن قومیت‌های متعددی با فرهنگ‌های گوناگون زندگی می‌کنند. بنابراین شیوع افسردگی در نقاط مختلف کشور با هم متفاوت خواهد بود. علاوه بر این موارد، افسردگی در زنان یائسه باعث ایجاد ناتوانی، مختل شدن کارکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی قابل توجه و همچنین، هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. بنابراین تشخیص افسردگی در زنان یائسه و عوامل مرتبط

در عصر ماشینی امروز، امکان ابتلا به بیماری روانی و ناراحتی روحی برای همه افراد جامعه وجود دارد. هیچ انسانی از فشارهای روانی - اجتماعی در امان نیست و در برابر ناراحتی‌های روحی از قبیل افسردگی مصونیت نخواهد داشت (۱). در کشور ما نیز شیوع افسردگی به‌طور متوسط ۷/۷ درصد جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر را در بر می‌گیرد (۲) تقریباً همه بیماران افسرده (حدود ۹۷ درصد از آن‌ها) به دلیل کم شدن انرژی، نمی‌توانند وظایف خود را به راحتی انجام دهند. حدود ده تا پانزده درصد از آن‌ها نیز دست به خودکشی می‌زنند (۳). در ایران احتمال ابتلای زنان به افسردگی دو برابر مردان (۹/۱ درصد در مقابل ۴/۵ درصد) به دست آمده است (۴). سن متوسط شروع اختلال افسردگی ۴۰ سال می‌باشد (۳). مهمترین واقعه میان‌سال (۴۰-۶۵ سالگی) در زنان، یائسگی است (۵) که یکی از مراحل بحرانی زندگی زنان محسوب می‌شود و امری اجتناب‌ناپذیر است (۶-۷). به دنبال یائسگی فرد دچار علائم و مشکلات غدد درون‌ریز، جسمی و روانی می‌شود که می‌تواند چندین سال طول بکشد (۸). اختلالات روحی روانی فقط ناشی از افت سطح هورمونی به دنبال کاهش فعالیت تخمدان‌ها نیستند، بلکه می‌توانند ناشی از توالی به هم پیوسته‌ای از عوامل روانی، اجتماعی، اقتصادی و حمایتی باشد که زنان، بیشتر در معرض آن قرار می‌گیرند (۹). بالینگر اشاره کرده است که دلایل محیطی، بیشترین تأثیر را روی افسردگی نسبت به علائم فیزیولوژیکی در دوران پس از یائسگی دارد (۱۰).

در مطالعه‌ای که توسط ساگسوز و همکاران انجام شد (۲۰۰۱)، بیشترین فراوانی وجود علائم بالینی افسردگی در زنان بعد از یائسگی وجود داشت (۱۱). مطالعات مختلف علل متعددی را زمینه‌ساز و مؤثر بر افسردگی همراه با یائسگی مطرح کرده‌اند؛ سن، طول مدت یائسگی، طول مدت زندگی با همسر، تعداد فرزندان (۱۲). شاخص توده بدنی بالا، تحصیلات، مصرف‌کنندگان داروهای ضد افسردگی، حملات درد (۱۳) تعداد زایمان (۱۱)، نژاد و

بازآزمایی آزمون ۰/۷۱ برآورد شد. پس از انتخاب نمونه پژوهش پرسش‌نامه‌های خود ساخته ویژگی‌های دموگرافیک، آگاهی از یائسگی توسط پژوهشگر و تست استاندارد افسردگی بک با استفاده از مصاحبه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای تجزیه اطلاعات از آمار توصیفی و آمار تحلیلی (مجذورکای تست، آنالیز واریانس و رگرسیون لجستیک) استفاده شد.

### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد از تعداد ۳۶۰ نمونه پژوهش ۳۴/۷ درصد دچار افسردگی بودند که از این ۳۴/۷ درصد ۱۵/۸ درصد افسردگی خفیف، ۱۴/۷ درصد افسردگی متوسط و ۴/۲ درصد افسردگی شدید داشتند. نتایج جدول ۱ نشان داد، محدوده سنی زنان ۴۵-۷۴ سال، میانگین سنی در افراد ۵۶/۳±۶/۵ سال، میانگین سن یائسگی ۴۹/۱۸±۲/۷ سال و میانگین نمره تست بک ۸/۱ بود. اکثریت واحدهای پژوهش (۴۸/۹ درصد) در گروه سنی ۴۵-۵۴ سال، ۷۵/۸ درصد در گروه طول مدت یائسگی کمتر از ۱۰ سال و ۷۷/۵ درصد در گروه طول مدت زندگی با همسر بیشتر از ۳۵ سال قرار داشتند و همچنین ۸۰/۸ درصد تعداد بیشتر از ۴ فرزند داشتند. ۶۰/۸ درصد از حمایت عاطفی همسر برخوردار بودند. ۵۷/۸ درصد ارتباط خوب با همسر، ۸۲/۵ درصد رضایت از زندگی زناشویی و ۵۶/۹ درصد آگاهی ضعیف از یائسگی داشتند. ۹۲/۲ درصد خانه‌دار، ۵۳/۳ درصد بی-سواد و ۳۴/۷ درصد دارای وضعیت اقتصادی خوب بودند. بر اساس آزمون کای‌دو ارتباط آماری معناداری بین متغیرهای، حمایت عاطفی همسر ( $p < 0/001$ )، نوع ارتباط با همسر ( $p < 0/001$ )، رضایت از زندگی زناشویی ( $p < 0/001$ )، تحصیلات ( $p < 0/001$ )، وضعیت اقتصادی ( $p < 0/001$ ) و شدت افسردگی وجود داشت و بر اساس آزمون آنالیز واریانس ارتباط آماری معناداری بین متغیرهای، شاخص توده بدنی ( $p = 0/02$ )، آگاهی از

با آن از لحاظ فردی، اجتماعی و اقتصادی برای خانواده و جامعه مفید خواهد بود. از این رو هدف از انجام این پژوهش تعیین فراوانی افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان یائسه مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی شماره ۴ شهرستان دزفول می‌باشد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است که به صورت مقطعی انجام شد. جامعه مورد پژوهش را زنان یائسه مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۴ شهرستان دزفول در سال ۱۳۸۸ تشکیل دادند. حجم نمونه پژوهش با توجه به شیوع افسردگی ۳۶۰ نفر برآورد شد.

روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف بود. شرایط پذیرش نمونه در مطالعه شامل زنان یائسه همسررداری است که حداقل یک سال از زمان یائسگی آن‌ها گذشته بود و شرایط عدم پذیرش نمونه شامل تجربه برخی استرس‌ها نظیر مرگ، بیماری و خیم یا محکومیت به زندان اطرافیان نزدیک در یک سال اخیر، زنان یائسه‌ای که در زمان مصاحبه جدا از همسرانشان زندگی می‌کردند، داشتن بیماری روحی روانی شناخته شده در زمان قبل از یائسگی، انجام عمل جراحی زنان مانند: هیستریکتومی رادیکال، واژینوپلاستی و یائسگی مصنوعی و استفاده از داروهای روان‌گردان در فرد، بودند. روش جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه بود که علاوه بر پرسش‌نامه تست استاندارد افسردگی بک (نمره ۰-۱۰ عدم افسردگی و نمره ۶۳-۱۱ افسردگی خفیف، متوسط و شدید در نظر گرفته شد) از پرسش‌نامه‌های خود ساخته نظیر پرسش‌نامه ویژگی‌های دموگرافیک، پرسش‌نامه خود ساخته آگاهی از یائسگی (شامل ۱۱ سؤال بسته که جمع امتیاز سؤالات از صفر تا ۱۱ متغیر بود، نمره ۰-۳، ۴-۷ و ۸-۱۱ به ترتیب نشان‌دهنده آگاهی بد، متوسط و خوب از یائسگی بود) استفاده شد. جهت بررسی روایی پرسش‌نامه آگاهی از یائسگی از روش اعتبار محتوا و برای بررسی پایایی آن از آزمون مجدد استفاده شد که ضریب اعتماد

معناداری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ). نتایج رگرسیون در جدول ۲ نشان می‌دهد که شدت افسردگی با حمایت عاطفی همسر ( $p = 0.008$ ) و رضایت از زندگی زنانجویی ( $p = 0.001$ ) ارتباط معناداری دارد.

یائسگی ( $p < 0.001$ ) و شدت افسردگی وجود داشت. ولی بر اساس آزمون کای دو و آنالیز واریانس بین شدت افسردگی و سن، سن یائسگی، طول مدت یائسگی، طول مدت زندگی با همسر، تعداد فرزند، شغل ارتباط آماری

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک زنان یائسه مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شماره ۴ شهرستان دزفول به تفکیک شدت افسردگی

P	جمع		افسردگی شدید		افسردگی متوسط		افسردگی خفیف		بدون افسردگی		شدت افسردگی	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$p = 0.23$	۴۸/۹	۱۷۶	۵/۷	۱۰	۱۴/۲	۲۵	۱۴/۲	۲۵	۶۵/۹	۱۱۶	۴۵-۵۴	سن
	۴۰/۶	۱۴۶	۱/۴	۲	۱۶/۴	۲۴	۱۹/۲	۲۸	۶۳/۰	۹۲	۵۵-۶۴	
	۱۰/۶	۳۸	۷/۹	۳	۱۰/۵	۴	۱۰/۵	۴	۷۱/۱	۲۷	۶۵-۷۴	
	۱۰۰	۳۶۰	۴/۲	۱۵	۱۴/۷	۵۳	۵۵/۸	۵۷	۶۵/۳	۲۳۵	جمع	
$p = 0.97$	۵۶/۳۰		۵۵/۶۶		۵۶/۴۵		۵۶/۸۵		۵۶/۱۶		میانگین	سن یائسگی
	۶/۵۰		۹/۳۱		۵/۶۳		۶/۶۲		۶/۴۷		انحراف معیار	
$p = 0.24$	۴۷/۲	۱۷۰	۵/۳	۹	۱۶/۵	۲۸	۱۸/۲	۳۱	۶۰	۱۰۲	< ۴۹	سن یائسگی
	۵۲/۸	۱۹۰	۳/۲	۶	۱۳/۲	۲۵	۱۳/۷	۲۶	۷۰/۰	۱۳۳	> ۴۹	
	۱۰۰	۳۶۰	۴/۲	۱۵	۱۴/۷	۵۳	۱۵/۸	۵۷	۶۵/۳	۲۳۵	جمع	
	۴۹/۱۸		۴۸/۴۶		۴۸/۶۹		۴۸/۷۵		۴۹/۴۴		میانگین	
$p = 0.9$	۲/۷		۲/۳۵		۲/۰۷		۲/۵۱		۲/۸۶		انحراف معیار	طول مدت یائسگی
	۷۵/۸	۲۷۳	۴/۴	۱۲	۱۳/۹	۳۸	۱۴/۷	۴۰	۶۷/۰	۱۸۳	< ۱۰	
$p = 0.53$	۲۴/۲	۸۷	۳/۴	۳	۱۷/۲	۱۵	۱۹/۵	۱۷	۵۹/۸	۵۲	> ۱۰	طول مدت یائسگی
	۱۰۰	۳۶۰	۴/۲	۱۵	۱۴/۷	۵۳	۱۵/۸	۵۷	۶۵/۳	۲۳۵	جمع	
	۷/۱۲		۷/۲۶		۷/۷۵		۸/۱۲		۶/۷۲		میانگین	
	۵/۹۵		۸/۱۷		۵/۰۵		۵/۸۰		۶/۰۱		انحراف معیار	
$p = 0.12$	۲۲/۵	۸۱	۳/۷	۳	۷/۴	۶	۱۳/۶	۱۱	۷۵/۳	۶۱	< ۳۵ سال	طول مدت زندگی با همسر
	۷۷/۵	۲۷۹	۴/۳	۱۲	۱۶/۸	۴۷	۱۶/۵	۴۶	۶۲/۴	۱۷۴	> ۳۵ سال	
	۱۰۰	۳۶۰	۴/۲	۱۵	۱۴/۷	۵۳	۱۵/۸	۵۷	۶۵/۳	۲۳۵	جمع	
	۴۱/۵۵		۴۲/۸		۴۲/۸۴		۴۲/۴۵		۴۰/۹۵		میانگین	
$p = 0.10$	۷/۶۶		۱۱		۷/۳۷		۷/۶۵		۷/۴۶		انحراف معیار	تعداد فرزند
	۱۹/۲	۶۹	۲/۹	۲	۱۰/۱	۷	۱۳/۰	۹	۷۳/۹	۵۱	۴-۱	
$p = 0.40$	۸۰/۸	۲۹۱	۴/۵	۱۳	۱۵/۸	۴۶	۱۶/۵	۴۸	۶۳/۲	۱۸۴	> ۴	شاخص توده بدنی
	۱۰۰	۳۶۰	۴/۲	۱۵	۱۴/۷	۵۳	۱۵/۸	۵۷	۶۵/۳	۲۳۵	جمع	
	۳۴/۴	۱۲۴	۰	۰	۴/۸	۶	۱۲/۱	۱۵	۸۳/۱	۱۰۳	طبیعی	
	۱۸/۳	۶۶	۴/۵	۳	۱۵/۲	۱۰	۲۲/۷	۱۵	۵۷/۶	۳۸	اضافه وزن	
$p < 0.02$	۴۷/۲	۱۷۰	۷/۱	۱۲	۲۱/۸	۳۷	۱۵/۹	۲۷	۵۵/۳	۹۴	چاق	شاخص توده بدنی
	۱۰۰	۳۶۰	۴/۲	۱۵	۱۴/۷	۵۳	۱۵/۸	۵۷	۶۵/۳	۲۳۵	جمع	
	۲۸/۸۲		۳۰/۵۲		۳۰/۷۴		۲۹/۱۲		۲۸/۲۰		میانگین	
	۳/۷۸		۲/۱۲		۳/۳۷		۳/۵۲		۳/۸۴		انحراف معیار	

ادامه جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک زنان یائسه مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شماره ۴ شهرستان دزفول به تفکیک شدت افسردگی

P	جمع		افسردگی شدید		افسردگی متوسط		افسردگی خفیف		بدون افسردگی		شدت افسردگی		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
p<۰/۰۰۱	۲۱۹	۶۰/۸	۱	۰/۵	۵	۲/۳	۳۳	۱۵/۱	۱۸۰	۸۲/۲	بله	حمایت عاطفی همسر	
	۱۴۱	۳۹/۲	۱۴	۹/۹	۴۸	۳۴/۰	۲۴	۱۷/۰	۵۵	۳۹/۰	خیر		
	۳۶۰	۱۰۰	۱۵	۴/۲	۵۳	۱۴/۷	۵۷	۱۵/۸	۲۳۵	۶۵/۳	جمع		
p<۰/۰۰۱	۲۰۸	۵۷/۸	۲	۱/۰	۶	۲/۹	۳۴	۱۶/۳	۱۶۶	۷۹/۸	خوب	نوع ارتباط با همسر	
	۱۰۲	۲۸/۳	۵	۴/۹	۱۸	۱۷/۶	۲۰	۱۹/۶	۵۹	۵۷/۸	متوسط		
	۵۰	۱۳/۹	۸	۶۶/۰	۲۹	۵۸/۰	۳	۶/۰	۱۰	۲۰/۰	ضعیف		
	۳۶۰	۱۰۰	۱۵	۴/۲	۵۳	۱۴/۷	۵۷	۱۵/۸	۲۳۵	۶۵/۳	جمع		
p<۰/۰۰۱	۲۹۷	۸۲/۵	۱	۰/۳	۱۱	۳/۷	۵۴	۱۸/۲	۲۳۱	۷۷/۸	راضی	رضایت از زندگی زناشویی	
	۶۳	۱۷/۵	۱۴	۲۲/۲	۴۲	۶۶/۷	۳	۴/۸	۴	۶/۳	ناراضی		
	۳۶۰	۱۰۰	۱۵	۴/۲	۵۳	۱۴/۷	۵۷	۱۵/۸	۲۳۵	۶۵/۳	جمع		
p<۰/۰۰۱	۷۸	۲۱/۷	۰	۰	۴	۵/۱	۱۲	۱۵/۴	۶۲	۷۹/۵	خوب	آگاهی از یائسگی	
	۷۷	۲۱/۴	۱	۱/۳	۵	۶/۵	۹	۱۱/۷	۶۲	۸۰/۵	متوسط		
	۲۰۵	۵۶/۹	۱۴	۶/۸	۴۴	۲۱/۵	۳۶	۱۷/۶	۱۱۱	۵۴/۱	ضعیف		
	۳۶۰	۱۰۰	۱۵	۴/۲	۵۳	۱۴/۷	۵۷	۱۵/۸	۲۳۵	۶۵/۳	جمع		
		۳/۹۳	۲/۲۰		۲/۸۱		۳/۷۷		۴/۳۴		میانگین		
		۲/۷۸	۱/۴۷		۲/۲۱		۲/۷۴		۲/۸۶		انحراف معیار		
p=۰/۱۲	۳۳۲	۹۲/۲	۱۵	۴/۵	۵۱	۱۵/۴	۱۶	۵/۳	۲۱۳	۶۴/۲	خانه دار	شغل	
	۲۸	۷/۸	۰	۰	۲	۷/۱	۴	۱۴/۳	۲۲	۷۸/۶	شاغل		
	۳۶۰	۱۰۰	۱۵	۴/۲	۵۳	۱۴/۷	۵۷	۱۵/۸	۲۳۵	۶۵/۳	جمع		
p<۰/۰۰۱	۱۹۲	۵۳/۳	۱۳	۶/۸	۴۳	۲۲/۴	۲۸	۱۴/۶	۱۰۸	۵۶/۳	بیسواد	تحصیلات	
	۱۶۸	۴۶/۷	۲	۱/۲	۱۰	۶	۲۹	۱۷/۳	۱۲۷	۷۵/۶	باسواد		
	۳۶۰	۱۰۰	۱۵	۴/۲	۵۳	۱۴/۷	۵۷	۱۵/۸	۲۳۵	۶۵/۳	جمع		
p<۰/۰۰۱	۱۲۱	۳۳/۶	۷	۵/۸	۳۲	۲۶/۴	۱۹	۱۵/۷	۶۳	۵۲/۱	ضعیف	وضعیت اقتصادی	
	۱۱۴	۳۱/۷	۷	۶/۱	۱۵	۱۳/۲	۱۹	۱۶/۷	۷۳	۶۴/۰	متوسط		
	۱۲۵	۳۴/۷	۱	۰/۸	۶	۴/۸	۱۹	۱۵/۲	۹۹	۷۹/۲	خوب		
	۳۶۰	۱۰۰	۱۵	۴/۲	۵۳	۱۴/۷	۵۷	۱۵/۸	۲۳۵	۶۵/۳	جمع		

جدول ۲: رگرسیون لجستیک برخی متغیرها با افسردگی (خفیف، متوسط و شدید)

متغیر	P	Odds-ratio
سن	۰/۸۲	۱/۵۱
سن یائسگی	۰/۸۰	۰/۶۲
طول مدت زندگی با همسر		
کمتر از ۳۵ سال	۰/۴۱	۰/۷۱
طول مدت یائسگی	۰/۸۳	۰/۶۶
شاخص توده بدن	۰/۳۷	-
طبیعی	۰/۱۹	۰/۵۹
اضافه وزن	۰/۸۸	۱/۰۵
حمایت عاطفی همسر		
بله	۰/۰۰۸	۰/۳۱
نوع ارتباط با همسر	۰/۸۵	-
خوب	۰/۵۴	۱/۶۰
متوسط	۰/۴۶	۱/۶۸
ضعیف	۰/۸۰	۱/۱۵
رضایت از زندگی زناشویی	$p < ۰/۰۰۱$	-
کاملاً راضی	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۰۳
نسبتاً راضی	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۰۴
کاملاً ناراضی	۰/۹۹	$۱/۴E+۰۸$
آگاهی از یائسگی	۰/۲۷	-
خوب	۰/۱۹	۱/۸۳
متوسط	۰/۸۶	۰/۹۲
وضعیت اقتصادی	۰/۵۸	-
ضعیف	۰/۳۵	۰/۶۸
متوسط	۰/۹۴	۰/۹۷

## بحث

بلکه مرحله‌ای از تکامل است (۲۸). نتایج این پژوهش نشان داد که ۳۴/۷ درصد واحدهای پژوهش افسردگی (خفیف، متوسط و شدید) داشتند. پولیسنی (۲۰۰۹) شیوع افسردگی را بعد از یائسگی در برزیل ۴۰ درصد اعلام کرد (۲۷).

مشکلات و معضلات جسمی و روانی پس از یائسگی عمدتاً ناشی از شرایط و موقعیت‌های گوناگون زندگی است که او را دچار تنگناها و دشواری‌های روان-تنی می‌کند یائسگی یک رویداد و پیشامد منفی در زندگی زن نیست

دارد. تایلور (۱۹۹۹) بیان می‌کند یکی از اثرات برخورداری از حمایت اجتماعی آن است که افراد برخوردار فشار روانی کمتری احساس می‌کنند (۳۰). دوچه (۲۰۰۶) و سایر محققان به این نتیجه رسیدند که مشکلات روانی در زنان پس از یائسگی با حمایت اجتماعی آنان ارتباط دارد (۱۶، ۱۵ و ۳۱). وگنون (۱۹۹۹) نیز درک نشدن زنان یائسه از سوی بستگان را در بسیاری از موارد، سبب مراجعه آنان به مطب پزشکان می‌داند (۳۲). نتایج نشان داد که نوع ارتباط با همسر بر شدت افسردگی تأثیرگذار است. همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌تر هستند، رفتاری خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند (۳۳). یینگ لی نشان داد که کسانی که اختلاف با همسر دارند در دوران یائسگی بیشتر دچار افسردگی می‌شوند (۱۶). همچنین در این مطالعه، رضایت از زندگی زناشویی بر شدت افسردگی تأثیر گذار است. هر چه میزان افسردگی در دو جنس مرد و زن بیشتر باشد، میزان رضایت زناشویی در آن‌ها کمتر است. دافه بیان می‌کند که رضایت از زندگی زناشویی به عنوان یک عامل در کاهش مشکلات روحی و روانی شناخته شده است (۳۴). در ارتباط با متغیر آگاهی از یائسگی در این پژوهش نشان داد که شدت افسردگی در افراد که آگاهی بیشتری از یائسگی داشتند، کمتر بوده است. چونگ و جووین (۲۰۰۱) بیان کردند که بین شدت افسردگی با داشتن اطلاعات در مورد یائسگی رابطه وجود دارد، به طوری که در زنان دارای اطلاعات درباره یائسگی شدت افسردگی کمتر بود (۱۵ و ۳۵). افزایش آگاهی بر نگرش، رفتارها و تصمیم‌گیری فرد و در رساندن او به سطح سلامت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی اثر می‌گذارد. به بیان دیگر، اطلاعات درست با تأثیر بر نگرش فرد، رفتار را بهبود می‌بخشد. نافولز (۱۹۹۸) با بررسی آگاهی زنان کارگر در مورد یائسگی، فراگیری رفتارهای بهداشتی مناسب، درک شرایط خود، پیش‌گیری از پیامدهای ناخواسته و کمک کارکنان بهداشتی به زنان را در زمینه حفظ سلامت ایشان مؤثر دانسته است (۳۶). نتایج در

جووین (۲۰۰۹) به این نتیجه رسید که ۳۹/۵ درصد زنان بعد از یائسگی دچار افسردگی هستند (۱۵). تفاوت ارقام به دست آمده می‌تواند متأثر از عوامل نژادی، مذهبی، فرهنگی و نگرشی باشد. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سن، سن یائسگی، طول مدت یائسگی و شغل ارتباط معناداری با شدت افسردگی ندارد. در تأیید یافته‌های فوق یینگ لی (۲۰۰۸) نیز معتقد است که بین سن، سن یائسگی، طول مدت یائسگی، شغل و افسردگی ارتباط معناداری وجود ندارد (۱۶). بوسورد (۲۰۰۱) و جووین (۲۰۰۹) در مطالعات خود تفاوتی در نسبت زنان افسرده به غیر افسرده در یائسگی، از نظر سن گزارش نکردند (۱۵ و ۲۹). در این مطالعه بین طول مدت زندگی با همسر، تعداد فرزندان و شدت افسردگی ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. در صورتی که مطالعه هاتیک بالسی یانجین (۲۰۰۸) و همکاران نشان داد که بین طول مدت زندگی با همسر، تعداد فرزندان و نمره افسردگی ارتباط آماری مثبتی وجود دارد (۱۲). پولیسینی (۲۰۰۹) و ساگسوز (۲۰۰۱) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که با افزایش تعداد فرزندان، تعداد حاملگی و زایمان شیوع افسردگی بیشتر می‌شود (۱۱ و ۲۷). شاید علت تفاوت نتایج حاضر با پژوهش‌های قبلی در این است که اکثریت افراد، بیش از ۴ فرزند داشتند. در ارتباط با متغیر شاخص توده بدن در این پژوهش نشان داد که شدت افسردگی در افراد چاق بیشتر از افراد طبیعی بوده است. در مطالعه مروری که گرازوتیو (۲۰۰۹) انجام داد به این نتیجه رسید که یکی از فاکتورهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی در یائسگی شاخص توده بدنی بالا می‌باشد (۱۷). سوزان و ساگسوز (۲۰۰۹) بیان می‌دارند که ارتباط آماری معناداری بین افسردگی شدید و یا متوسط با شاخص توده بدنی بالا در یائسگی وجود دارد (۱۱ و ۱۳). بر طبق نتایج پژوهش حاضر ارتباط آماری معناداری بین حمایت عاطفی همسر و شدت افسردگی وجود دارد. وجود حمایت اجتماعی و دسترسی به آن اثرات سودمندی بر سلامت جسمی و روانی

وضعیت اقتصادی-اجتماعی (تحصیلات، وضعیت اقتصادی) و کاهش آگاهی از یائسگی باشد. پدیده یائسگی می‌تواند عاملی در جهت ایجاد، تداوم و یا مضاعف شدن آن باشد. با توجه به تأثیر یائسگی بر کیفیت زندگی زنان و سلامت جامعه، ارائه آموزش و مشاوره و مراقبت ویژه از طرف متخصصان ذی‌ربط تأکید می‌شود.

نقاط ضعف مطالعه: عدم سنجش متغیرهای حمایت عاطفی همسر، نوع ارتباط با همسر- حمایت عاطفی همسر- رضایت از زندگی زناشویی بر اساس پرسش‌نامه‌های استاندارد.

### قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز شده است از تمامی استادان و همکاران گرامی و پرسنل محترم درمانگاه شماره ۴ دزفول که به نحوی در این مطالعه نقش داشتند تقدیر و تشکر می‌نمایم.

ارتباط با متغیر سواد نشان داد که تحصیلات با افسردگی در ارتباط است و بیشترین فراوانی افسردگی در افراد بی-سواد وجود دارد. در تحقیقات چوی (۲۰۰۴) و شورس (۲۰۰۳) مشخص شد که زنانی که تحصیلات پایینی دارند، از شدت افسردگی بالایی در یائسگی برخوردارند (۳۷) و (۳۸). در این مطالعه، همچنین نشان داده شد که بین وضعیت اقتصادی با شدت افسردگی ارتباط وجود دارد. مطالعات نشان داده که فقر مالی و شرایط پایین اقتصادی و اجتماعی باعث افزایش بیماری‌های روانی در دوران یائسگی می‌شود (۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱).

### نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که درصد قابل توجهی از زنان در سن یائسگی، افسردگی را تجربه می‌کنند و افسردگی در یائسگی، می‌تواند مرتبط با برخی ویژگی‌های فردی (شاخص توده بدنی، حمایت عاطفی همسر، نوع ارتباط با همسر، رضایت از زندگی زناشویی، آگاهی از یائسگی)،

### منابع

- 1-Milanifa B. Psychology children and teenagers. 1th ed. Tehran: Ghods publications; 1995: p. 57.
- 2-Ghale-Bandi MF. Clinical psychiatry for students medical and general practitioners. 1th ed. Tehran: Farhangsazan publications; 2001: p. 64.
- 3-Sadock JB, Sadock AV. Comprehensive textbook of Psychiatry. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Williams; 2007: P. 1582.
- 4-Kavyani H, Ahmadi-Abhari S, Nazari HA, Hormozi K. Prevalens disorders depression in population Tehran city 2000. Medical Faculty Journal. 2002: 393-9.
- 5-Rogério LA. Treatment of the postmenopaus women, basical and clinical aspects. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 1999: p. 2-8.
- 6-Mattox JH. Core textbook of obstetric & gynecology. London: Mosby; 1998: p. 418.
- 7-Abbrernethy K. The menopause and HRT. 2<sup>nd</sup> ed. Edinbiurg: Bailliere Tindall; 2002: p. 57-65.
- 8-Ryan K, Berkowitz RS, Barbieri RL. Kistner's gynecology and women health. 7th ed. St-Louis: Mosby; 1999: p. 633-47.
- 9-Kart GK, Etfan N. Mental health women. 1th ed. Tehran: Savalan publication; 2000: p. 35.
- 10-Ballinger CB. Psychiatric aspects of the menopause. Br J Psychiatry. 1991; 158: 431-2.
- 11-Sagsoz N, Ogustürk O, Bayram M, Kamaci M. Anxiety and depression before and after the menopause. Arch Gynecol Obstet. 2001; 264(16): 199-202.
- 12-Yangin HB, Sözer GA, Sengün N, Kukulcu K. The relationship between depression and sexual function in menopause period. Maturitas. 2008; 61: 233-7.
- 13-Reed SD, Ludman EJ, Newton KM, Grothaus LC, LaCroix AZ, Nekhlyudov L, et al. Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. Maturitas. 2009; 62: 306-10.
- 14-Shewin BB. The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. J Clin Endocrinol Metab. 1991; 72(2): 336-4.
- 15-Yen JY, Yang MS, Wang MH, Lai CY, Fang MS. The associations between menopausal syndrome and depression during pre-, peri-, and postmenopausal period among Taiwanese female aborigines. Psychiatry Clinl Neurosci. 2009; 63: 678-84.



- 16-Li Y, Yu Q, MA L, Sun Z, Yang X. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas*. 2008; 61(3): 238-42.
- 17-Graziottin A, Serafini A. Depression and the menopause: why antidepressants are not enough?. *Menopause Int*. 2009; 15(2): 76-81.
- 18-Ris L. *Comprehend psychiatry*. 1th ed. Tehran: Center publication university; 1991: p. 243.
- 19-Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, Cauley J, Harris T. The association of bone mineral density and depression in an older population. *J Am Geriatr Soc* .2001; 49(6): 732-6.
- 20-Yirmiya R, Bab I. Major depression is a risk factor for low bone mineral density: a meta-analysis. *Biol Psychiatry*. 2009, 66(5): 423-32.
- 21-Silverman SL, Shen W, Minshall ME, Xie S, Moses KH. Prevalence of depressive symptoms in postmenopausal women with low bone mineral density and/or prevalent vertebral fracture: result from the Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation(MORE) study. *J Rheumatol* 2007; 34(1): 140-4.
- 22-Rutledge TE, Reis SE, Olson M, Owens J, Kelsey SF, Pepine CJ, et al. Psychological variables are associated with atherosclerosis risk factors among women with chest pain: The WISE study. *Psychosom Med*. 2001; 63(2): 282-8.
- 23-Dobbles F, De Geest S, Vanhees L, Schepens K, Fagard R, Vanhaecke J. Depression and the heart: A systemic overview of definition cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2002; 45-55.
- 24-Melby MK. Factor analysis of climacteric symptoms in Japan. *Maturitas*. 2005; 52(3- 4): 205-22.
- 25-Berek J. *Noovak's gynecology*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2007: 1113-14.
- 26-Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas*. 2002; 41(1): 61-8.
- 27-Polisseni AF, Araújo DA, Polisseni F, Mourão Junior CA, Polisseni J, Fernandes ES, et al. [Depression and anxiety in menopausal women: associated factors]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(1): 28-34.
- 28-Mehrabian F. *Modern look to menopause*. 1th ed. Esfahan: Esfahan University of Medical Sciences publications; 2000.
- 29-Bosworth H, Dudley C, Hopper L, Guthrie R, Burger G. Depressive symptoms menopausal status and climacteric symptoms in women at Midlife. *Psychosomatic Med*. 2001; 63: 603-8.
- 30-Taylor SE. *Health psychology*. New York: Mc Graw Hills; 1999.
- 31-Duche L, Ringa V, Melchior M, Varnoux N. Hot flushes, common symptoms, and social relations among middle-aged no menopausal French women in the GAZEL cohort. *Menopause*. 2006; 13: 592-9.
- 32-Vagnon A. The experience of the menopause. *Revue Francaise de Gynecologie d' Obstetrique*. 1999; 80: 191- 4.
- 33-Sayers SL, Kohn CS, Fresco DM, Bellack AS, Sarwer DB. Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*. 2001; 25: 713-32.
- 34-Kurdek LA. Predicting the timing of separation and marital satisfaction: An eight year prospective longitudinal study. *J Marriage Fam*. 2002; 64(1): 163-179.
- 35-Chong M, Tsang HY, Chen CS, Tang TC, Chen CC, Yeh TL, et al. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlate. *Br J Psychiatry*. 2001; 178: 29-35.
- 36-Napholz L. A descriptive study on working woman's knowledge about midlife menopause and health care practices. *Occup Health Nurs* 1985; 33(10):510-2.
- 37-Choi H, Lee D, Lee K, Kim H, Ham E. A structural model of menopausal depression in Korean women. *Arch Psychiatr Nurs*. 2004; 6: 235-42.
- 38-Shors TJ, Leuner B. Estrogen mediated effects on depression of memory formation in females. *J Affect Disord*. 2003; 74: 85-96.

## Frequency of Depression and Related Factors in Postmenopause Women Referring to the Health Center in Dezful

Fahime Yassary<sup>1\*</sup>, Pourandokht Afshary<sup>2</sup>, Mitra Tadayon<sup>2</sup>, Hossein Komeili Sani<sup>3</sup>,  
 Mohammad Hossein Haghighyzade<sup>4</sup>

1-Lecturer of Midwifery.  
 2-M.Sc.in Midwifery.  
 3-M.Sc.in Nursing.  
 4-Lecturer of Epidemiology & Biostatistics.

1-Department of Midwifery Faculty of Nursing & Midwifery of Dezful, Islamic Azad University Dezful, Iran.

2,3-Nursing & Midwifery Faculty of Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. 3-Master's in Nursing, Nursing & Midwifery Faculty of Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4-Health Faculty of Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

\*Corresponding author:  
 Fahime Yassary; Department of Midwifery Faculty of Nursing and Midwifery of Dezful, Islamic Azad University Iran.  
 Tel: +989163444938  
 Email: fah\_midwife@yahoo.com

### Abstract

**Background and Objective:** menopause is the symbol of passing the ability of reproduction and reaching Non-productivity Psychological disorders are not only due to slump of hormones level following decline of ovarian activity, but also to sequence of collective factors: psychic, social, economical and support. Therefore, the goal of this study is to find the Frequency of depression and related factors in post menopause women.

**Subjects and Methods:** In this cross sectional study, 360 married postmenopause women delete referring to the health centre No.4 in Dezful to receive health care were studied. The data were collected by beck depression standard inventory; self constructed questionnaires of demographic characteristic and menopausal knowledge. The data were analyzed by, chi-square test, one way Anova and logistic regression.

**Result:** The findings showed that 34/7% of Individuals were depressed. In this 34/7%, mild, moderate and severe depression were 15/8%, 14/7%, 4/2% respectively. There was a association between intensity depression and, BMI, Spouse emotional support, relationship with spouse, satisfaction with married life, knowledge menopause, educational level, socio-economic status. There was no association between intensity of depression and age, menopause age, menopause length, duration of living with spouse, number of children and job.

**Conclusion:** As revealed by the findings of the study, a specific percentage of women experience depression in menopause. This can be due to individual characteristics (BMI, Spouse emotional support, relationship with spouse, satisfaction with married life, knowledge of menopause), socioeconomic status (educational level, economic status) and lack of knowledge.

*Sci Med J* 2012;10(6):665-674

**Keyword:** Depression, Related factors, Menopause.

Received: Mar 1, 2010

Revised: Sep 17, 2011

Accepted: Oct 11, 2011