

مشکلات روانی زنان یائسه

فاطمه رسولی* : عضو هیأت علمی گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
پریوش حاجی امیری: عضو هیأت علمی گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمود محمودی: دکتری آمار، دانشیار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
معصومه شوهانی: کارشناس ارشد پرستاری

چکیده

مقدمه: یائسگی یا قطع قاعدگی، رویداد مهم دوران کلیماکتریک بوده و نشانه گذر از دوران باروری و رسیدن به ناباروری است. در این دوران زنان دچار مشکلات جسمی و روانی متعددی می‌شوند. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی است که با هدف تعیین مشکلات روانی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر ایلام انجام شده است. روش کار: ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه، برگه ثبت اطلاعات، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب کتل و سانتی متر و وزنه و روش گردآوری داده‌ها به طریق مصاحبه بوده است. پژوهش بر روی ۱۵۰ نفر زن یائسه دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش و به روش نمونه‌گیری تصادفی انجام گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار کامپیوتری SPSS انجام شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۳۲٪ نمونه‌ها از افسردگی خفیف رنج می‌بردند، ۳/۳۹٪ اختلال حافظه نزدیک داشته و ۴۰٪ دارای اضطراب بوده‌اند. متغیرهای وضعیت تأهل ($p=0/029$) و داشتن اطلاعات در مورد یائسگی ($p=0/04$) بر شدت افسردگی تأثیرگذار بوده‌اند، در حالی که متغیرهای مورد بررسی بر شدت اضطراب تأثیری نداشته‌اند ($p<0/05$). به علاوه نتایج پژوهش نشان داد که افسردگی و اضطراب بر هم تأثیرگذار بوده‌اند ($p=0/002$). نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که افسردگی، اضطراب و اختلالات حافظه از مشکلات و عوارض دوران یائسگی است. لذا بررسی زنان یائسه از نظر عوارض فوق در بهبود کیفیت زندگی آنها و سلامت جامعه از اهمیت بسزایی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: یائسگی، اضطراب، افسردگی



مقدمه

یائسگی یکی از مراحل بحرانی زندگی زنان محسوب می‌شود و امری اجتناب ناپذیر است (۱). قدمت این پدیده از ابتدای تاریخ خلقت انسان است و فرا رسیدن آن در زنان با نگرش‌های متفاوت فرهنگی، اقتصادی و مذهبی همراه بوده است (۲). یائسگی مرحله‌ای از زندگی زنان است که مشخص کننده گذر از توانایی تولیدمثل و رسیدن به ناباروری است (۳).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی یائسگی یا منوپوز به معنی قطع واقعی قاعدگی به مدت حداقل ۱۲ ماه به علت از دست رفتن فعالیت فولیکولهای تخمدانی است (۴). از نظر آزمایشگاهی قطع قاعدگی، همراه با کاهش استروژن خون و افزایش میزان FSH (هورمون محرک رشد فولیکولها)، به بیش از ۴۰ میلی‌یونیت در لیتر، بیانگر یائسگی است (۵).

در حال حاضر یائسگی بین سنین ۶۰-۴۰ سالگی و به طور متوسط ۵۱ سالگی اتفاق می‌افتد (۶) و با افزایش طول عمر، زنان حدود یک سوم از عمر خود را در دوران یائسگی سپری می‌کنند (۳). شروع یائسگی تدریجی بوده و معمولاً با تغییراتی در روند قاعدگی شروع می‌شود، این تغییرات از اواخر دهه سوم زندگی شروع می‌شوند (۷). به دنبال یائسگی فرد دچار علائم و مشکلات غدد درون ریز، جسمی و روانی می‌شود که می‌تواند چندین سال طول

بکشد (۸). هرچند که این علائم و مشکلات متعدد هستند، اما هیچ کس همه آنها را تجربه نمی‌کند، با این وجود تخمین زده می‌شود که ۷۵ درصد زنان پس از یائسگی علائم حادی را تجربه می‌کنند به طوری که برخی از این علائم موجب ناراحتی شدید و اختلال در زندگی می‌شوند (۹). امروزه مشکلات بهداشتی بوجود آمده در دوران یائسگی مورد توجه قرار گرفته‌اند.

ناپایداری و ازوموتور، تغییرات پوستی، آتروفی دستگاه تناسلی - ادراری، تغییرات پستانی، پوکی استخوان، بیماریهای قلبی عروقی از جمله مشکلات جسمی دوران یائسگی هستند. مشکلات روانی اجتماعی شامل بی‌خوابی و خستگی در ۴۰-۳۰ درصد از زنان یائسه ایجاد می‌شود (۳). افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، کاهش تمرکز و فراموشی نیز با یائسگی ارتباط دارند (۱۰ و ۱۱).

اضطراب در ۱۵-۵ درصد جمعیت دیده می‌شود و در زنان دو تا سه برابر شایع‌تر از مردان است. افسردگی نیز شایع‌ترین اختلال روانی در زنان است (۱۲) و بروز افسردگی آندوژن در زنان در طول زندگی دو برابر مردان است (۱۳). علایم افسردگی در دوران یائسگی افزایش می‌یابد. اطلاعات موجود نشان دهنده این است که کمبود استروژن ممکن است باعث افزایش استعداد ابتلا به افسردگی شود (۳ و ۱۳). به طوری که نتایج تحقیق انجام شده توسط ساگزوز و همکاران با استفاده از تست بک نشان

3 - Sagsoz et al

4 - Beck Scale

1 - Menopause

2 - Follicle Stimulating Hormone

داد که افسردگی و اضطراب در زنان در دوران منوپوز افزایش یافته بود (۱۴).

اختلال در حافظه و فراموشی نیز یکی دیگر از مشکلاتی است که به کمبود استروژن نسبت داده می‌شود. ریان در این زمینه می‌گوید که درمان با استروژن بعد از یائسگی باعث بهبود کیفیت حافظه کلامی و بینایی و خاطره نام‌ها و کلمات می‌شود (۸).

به طور کلی با شروع یائسگی بسیاری از زنان دچار مشکلات متعددی می‌شوند که برخی از آنها ممکن است شدید و ناتوان کننده بوده و برخی محدود و زودگذر باشند. امروزه این مشکلات و عوارض آنها ملموس‌تر شده و از طرف اعضای بهداشتی جامعه مورد توجه قرار گرفته است.

برای درمان مناسب مشکلات و برآوردن نیازهای بهداشتی زنان، ابتدا باید مشکلات شایع این دوره شناسایی گردد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین مشکلات روانی دوران یائسگی و به منظور ارتقاء سطح زندگی زنان یائسه و جامعه انجام گردیده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، نوعی بررسی توصیفی تحلیلی است که به منظور تعیین مشکلات روانی زنان یائسه شهر ایلام در سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است. جامعه پژوهش را زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام تشکیل می‌دادند که شامل ۱۵۰ نفر زن یائسه بوده

که با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. منظور از زنان یائسه در این پژوهش، زنانی بودند که حداقل به مدت ۱۲ ماه قبل از انجام پژوهش قطع قاعدگی طبیعی داشتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه، برگه ثبت اطلاعات، تست‌های استاندارد بک و کتل، سانتی متر و ترازو بود. روش استفاده از ابزار به ترتیب تکمیل پرسشنامه، تست‌های استاندارد بک و کتل، اندازه‌گیری قد و وزن بوده است. شروع تحقیق با ارایه معرفی‌نامه از طریق دانشکده پرستاری و مامایی تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران به مراکز بهداشتی درمانی شهر ایلام و اخذ رضایت و اعلام محرمانه بودن اطلاعات هر یک از آزمودنی‌ها صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (جداول فراوانی مطلق و نسبی) و آمار استنباطی از آزمون‌های χ^2 ، فیشر و نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

نتایج

نتایج پژوهش با توجه به جدول شماره ۱ نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۳۶/۷ درصد در رده سنی ۵۰-۵۴ سال قرار داشته، ۷۳/۳ درصد متأهل، ۸۷/۷ درصد بی‌سواد و ۹۵/۳ درصد خانه‌دار بوده‌اند. همچنین ۴۵/۴ درصد کفایت درآمد ماهیانه نداشته و ۷۳/۳ درصد از شاخص توده بدنی متناسب برخوردار بوده‌اند. از نظر مدت زمان یائسگی،



بوده است و زنانی که بیشتر از ۵ سال از مدت زمان یائسگی آنها گذشته بود از شدت اضطراب کمتری برخوردار بودند.

جدول شماره ۴ نیز نشان می‌دهد که افسردگی و اضطراب بر هم تأثیرگذار بوده‌اند ($p=0/002$). از نظر سایر علایم روانی شایع در زنان یائسه جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که اختلال در حافظه کوتاه‌مدت ($39/3$ درصد) شایع‌تر بوده است.

۵۲ درصد واحدهای مورد پژوهش ۵-۱ سال از زمان یائسگی آنها گذشته بود و ۸۰ درصد آنها نیز در مورد یائسگی هیچ اطلاعاتی نداشتند.

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۳۲ درصد افسردگی خفیف و اقلیت واحدها ۵/۲ درصد افسردگی شدید داشتند. متغیرهای وضعیت تأهل ($p=0/029$) و داشتن اطلاعات در مورد یائسگی ($p=0/04$) بر شدت افسردگی تأثیرگذار بوده‌اند به طوری که در افراد متأهل و افرادی که در مورد یائسگی اطلاعاتی داشتند، شدت افسردگی کمتر بوده است. در حالی که متغیرهای سطح تحصیلات، کفایت درآمد ماهیانه، شغل، BMI و مدت زمان یائسگی بر شدت افسردگی تأثیری نداشته‌اند ($p<0/05$). هر چند که نتایج بالینی این جدول نشان می‌دهد که شدت افسردگی در افراد بی‌سواد، افراد کم درآمد و افراد کارمند بیشتر بوده است.

با توجه به جدول شماره ۳ نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت واحدها ۶۰ درصد بدون اضطراب و ۶ درصد واحدها دچار اضطراب شدید بودند.

همچنین بر طبق نتایج این پژوهش متغیرهای وضعیت تأهل، کفایت درآمد ماهیانه، شغل، BMI، مدت زمان یائسگی، داشتن اطلاعات در مورد یائسگی بر شدت اضطراب تأثیرگذار نبوده‌اند ($p<0/05$). در حالی که طبق نتایج بالینی شدت اضطراب در افراد متأهل کمتر از افراد همسر مرده



جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی و سوابق بهداشتی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرایلام در سال ۱۳۸۲

مشخصه فردی	وضعیت	تعداد	درصد
سن برحسب سال	۴۰-۴۴	۳	۲
	۴۵-۴۹	۱۹	۱۲/۷
	۵۰-۵۴	۵۵	۳۶/۷
	۵۵-۵۹	۳۲	۲۱/۳
	۶۰-۶۵	۴۱	۲۷/۳
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
میانگین	۵۴/۹ سال		
انحراف معیار	۵/۵ سال		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۱۰	۷۳/۳
	همسر مرده	۴۰	۲۶/۷
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۳۳	۸۸/۷
	ابتدایی	۱۵	۱۰
	دیپلم	۲	۱/۳
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
شغل	خانه‌دار	۱۴۳	۹۵/۳
	کارمند	۷	۴/۷
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
شاخص توده بدن (BMI)	چاق	۲۷	۲۴/۶
	لاغر	۳	۲
	متناسب	۱۱۰	۷۳/۳
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
کفایت درآمد ماهیانه	بله	۲۱	۲۰/۶
	خیر	۶۸	۴۵/۴
	تا حدودی	۵۱	۳۴
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
مدت زمان یائسگی بر حسب سال	۱-۵ سال	۷۸	۵۲
	۵-۱۰ سال	۳۲	۲۱/۳
	۱۱ سال و بیشتر	۴۰	۲۶/۷
	جمع	۱۵۰	۱۰۰
داشتن اطلاعات در مورد یائسگی	بله	۳۰	۲۰
	خیر	۱۲۰	۸۰
	جمع	۱۵۰	۱۰۰



جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی افسردگی در زنان یائسه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی

درمانی شهر ایلام بر حسب مشخصات فردی و سوابق بهداشتی در سال ۱۳۸۲

نتیجه آزمون	جمع		افسردگی شدید		به نسبت افسرده		نیازمند مشورت		کمی افسرده		بدون افسردگی		افسردگی	
	برصد	تعداد	برصد	تعداد	برصد	تعداد	برصد	تعداد	برصد	تعداد	برصد	تعداد	وضعیت	مشخصات وضعیت فردی
$\chi^2 = 8/98$ df = 1 $p = 0/029$	100	110	2/4	6	22/7	25	10	11	24/5	28	27/3	20	متأهل	وضعیت تأهل
	100	40	5	2	27/5	11	27/5	11	25	10	15	6	همسر مرده	
	100	150	5/3	8	24	36	14/7	22	32	48	24	36	جمع	
$\chi^2 = 0/78$ df = 2 $p = 0/67$	100	123	2/7	5	22/3	21	15/8	21	22/1	44	24	22	بی سواد	سطح تحصیلات
	100	15	12/3	2	26/7	4	6/7	1	26/7	4	26/7	4	ابتدایی	
	100	2	50	1	50	1	0	0	0	0	0	0	دیپلم	
	100	150	5/3	8	24	36	14/7	22	32	48	24	36	جمع	
$\chi^2 = 2/96$ df = 2 $p = 0/68$	100	21	2/2	1	19/3	6	12/9	4	28/7	12	25/8	8	بله	کفایت درآمد ماهیانه
	100	68	5/9	4	22	15	19/1	13	27/9	19	25	17	خیر	
	100	51	5/9	3	29/4	15	9/8	5	23/3	17	21/5	11	تأخوری	
	100	150	5/3	8	24	36	14/7	22	32	48	24	36	جمع	
فیشتر: $p = 0/7$	100	143	5/6	8	23	23	14/7	21	21/5	45	25/2	26	خانه دار	شغل
	100	7	0	0	42/8	3	13/4	1	42/8	3	0	0	کارمند	
	100	150	5/3	8	24	36	14/7	22	32	48	24	36	جمع	
$\chi^2 = 2/7$ df = 2 $p = 0/42$	100	27	5/4	2	22/4	12	8/1	3	22/4	12	21/6	8	چاق	BMI
	100	3	0	0	23/3	1	0	0	23/3	1	23/3	1	لاغر	
	100	110	5/3	6	20/9	23	17/3	19	21/8	35	24/5	27	متناسب	
	100	150	5/3	8	24	36	14/7	22	32	48	24	36	جمع	
$\chi^2 = 2/1$ df = 2 $p = 0/7$	100	78	6/4	5	17/9	14	17/9	14	24/6	27	23/1	18	1-5 سال	مدت زمان یائسگی
	100	22	6/3	2	28/1	9	9/4	3	24/4	11	21/9	7	6-10 سال	
	100	40	2/5	1	22/5	13	12/5	5	25	10	27/5	11	11+ سال	
	100	150	5/3	8	24	36	14/7	22	32	48	24	36	جمع	
$\chi^2 = 8/3$ df = 1 $p = 0/04$	100	23	9	3	29/4	13	6	2	27/3	9	18/2	6	بله	داشتن اطلاعات در مورد یائسگی
	100	117	4/4	5	19/4	23	17/1	20	23/3	29	25/6	20	خیر	
	100	150	5/3	8	24	36	14/7	22	32	48	24	36	جمع	



جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی اضطراب زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی

شهر ایلام بر حسب مشخصات فردی و سوابق بهداشتی در سال ۱۳۸۲

نتیجه آزمون	جمع		شدید		متوسط		اضطراب خفیف		بدون اضطراب		اضطراب وضعیت		مشخصات فردی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 2/89$ df = 2 $p = 0/236$	۱۰۰	۱۱۰	۴/۵	۵	۱۰	۱۱	۲۱/۸	۲۴	۶۳/۷	۷۰	متأهل	وضعیت تأهل	
	۱۰۰	۴۰	۱۰	۴	۱۵	۶	۲۵	۱۰	۵۰	۲۰	همسرمرده		
	۱۰۰	۱۵۰	۶	۹	۱۱/۳	۱۷	۲۲/۷	۳۴	۶۰	۹۰	جمع		
$\chi^2 = 2/90$ df = 4 $p = 0/06$	۱۰۰	۳۱	۹/۷	۳	۱۶/۱	۵	۱۶/۱	۵	۵۸	۱۸	بله	کفایت درآمد ماهیارنه	
	۱۰۰	۶۸	۴/۴	۳	۸/۸	۶	۲۲/۵	۱۶	۶۳/۲	۴۳	خیر		
	۱۰۰	۵۱	۵/۹	۳	۱۱/۸	۶	۲۵/۵	۱۳	۵۶/۹	۲۹	تا حدودی		
۱۰۰	۱۵۰	۶	۹	۱۱/۳	۱۷	۲۲/۷	۳۴	۶۰	۹۰	جمع			
فیشر: $p = 0/43$	۱۰۰	۱۴۳	۸/۹	۷	۱۱/۲	۱۶	۲۳	۳۳	۶۰/۸	۷۸	خانه‌دار	شغل	
	۱۰۰	۷	۲۸/۶	۲	۱۴/۳	۱	۱۴/۳	۱	۴۲/۹	۳	کارمند		
	۱۰۰	۱۵۰	۶	۹	۱۱/۳	۱۷	۲۲/۷	۳۴	۶۰	۹۰	جمع		
$\chi^2 = 1/60$ df = 2 $p = 0/437$	۱۰۰	۳۷	۵/۴	۲	۵/۴	۲	۲۷	۱۰	۶۲/۲	۲۳	چاق	BMI	
	۱۰۰	۳	۰	۰	۰	۰	۳۳/۳	۱	۶۶/۷	۲	لاغر		
	۱۰۰	۱۱۰	۶/۴	۷	۱۳/۶	۱۵	۲۰/۹	۲۳	۵۹	۶۵	متناسب		
۱۰۰	۱۵۰	۶	۹	۱۱/۳	۱۷	۲۲/۷	۳۴	۶۰	۹۰	جمع			
χ^2 df = 4 $p = 0/771$	۱۰۰	۷۸	۳/۸	۳	۱۴/۱	۱۱	۱۹/۲	۱۵	۶۲/۸	۴۹	۱-۵ سال	مدت زمان یائسگی	
	۱۰۰	۳۲	۶/۲۵	۲	۶/۲۵	۲	۲۸/۱	۹	۵۹/۳	۱۹	۶-۱۰ سال		
	۱۰۰	۴۰	۱۰	۴	۱۰	۴	۲۵	۱۰	۵۵	۲۲	۱۱+ سال		
۱۰۰	۱۵۰	۶	۹	۱۱/۳	۱۷	۲۲/۷	۳۴	۶۰	۹۰	جمع			
$\chi^2 = 1/61$ df = 2 $p = 0/446$	۱۰۰	۳۳	۱۲/۱	۴	۶	۲	۳۰/۳	۱۰	۵۱/۵	۱۷	بله	داشتن اطلاعات در مورد یائسگی	
	۱۰۰	۱۱۷	۴/۳	۵	۱۲/۸	۱۵	۲۰/۵	۲۴	۶۲/۴	۷۳	خیر		
	۱۰۰	۱۵۰	۶	۹	۱۱/۳	۱۷	۲۲/۷	۳۴	۶۰	۹۰	جمع		

جدول شماره ۴ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت افسردگی و اضطراب در زنان یائسه مراجعه‌کننده به

مراکز بهداشتی درمانی شهراپلام در سال ۱۳۸۲

نتیجه آزمون	جمع		اضطراب شدید		اضطراب متوسط		اضطراب خفیف		بدون اضطراب		اضطراب افسردگی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 42/7$ $df = 20$ $p = 0/002$	۱۰۰	۳۶	۰	۰	۲/۸	۱	۱۹/۴	۷	۷۷/۸	۲۸	بدون افسردگی
	۱۰۰	۴۸	۲/۱	۱	۱۰/۴	۵	۱۸/۸	۹	۶۸/۸	۳۳	افسردگی خفیف
	۱۰۰	۲۲	۴/۵	۱	۲۷/۳	۶	۲۷/۳	۶	۴۰/۹	۹	نیازمند مشورت با روانپزشک
	۱۰۰	۳۶	۱۶/۶	۶	۸/۳	۳	۳۰/۶	۱۱	۴۴/۴	۱۶	نسبتاً افسرده
	۱۰۰	۸	۱۲/۵	۱	۲۵	۲	۱۲/۵	۱	۵۰	۴	افسردگی شدید
	۱۰۰	۱۵۰	۶	۹	۱۱/۳	۱۷	۲۲/۷	۳۴	۶۰	۹۰	جمع

جدول شماره ۵ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی علائم روانی غیرمشخص در زنان یائسه مراجعه‌کننده به

مراکز بهداشتی درمانی شهراپلام در سال ۱۳۸۲

جمع		گاهی اوقات		خیر		بله		وضعیت سایر علائم روانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۵۰	۲۴/۷	۳۷	۳۶	۵۴	۳۹/۳	۵۹	اختلال در حافظه نزدیک
۱۰۰	۱۵۰	۲۵/۳	۳۸	۵۰/۷	۷۶	۲۴	۳۶	اختلال در حافظه دور
۱۰۰	۱۵۰	۰	۰	۸۶/۷	۱۳۰	۱۳/۳	۲۰	احساس بی‌تفاوتی نسبت به دیگران
۱۰۰	۱۵۰	۰	۰	۸۶	۱۲۹	۱۴	۲۱	احساس بی‌تفاوتی نسبت به آینده خود

افسردگی موثر است در حالی که شدت افسردگی در افراد متأهل کمتر بوده است. در مطالعه پاکروش نیز کمترین درصد افسردگی ۲۰/۹۸ درصد متعلق به افراد متأهل بوده است (۱۶). داشتن اطلاعات در مورد یائسگی نیز بر شدت افسردگی تأثیرگذار بوده است. پژوهشگران معتقدند که داشتن اطلاعات و تحصیلات بر نحوه مراقبت از خود تأثیر دارد به طوری که افراد باسواد از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بیشتری برخوردارند. در ارتباط با متغیر سطح تحصیلات در این پژوهش نشان دهنده این است که افسردگی در درجات مختلف در افراد بی‌سواد بیشتر از افراد باسواد بوده است. نتایج تحقیق

بحث و نتیجه‌گیری

عملکردهای شناختی و روانی در حین یائسگی دستخوش تغییراتی می‌گردد. افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی، نوسانات خلقی و اختلال در حافظه از جمله تغییرات روانشناختی هستند که به کمبود استروژن نسبت داده شده‌اند. بر اساس پژوهش حاضر ۳۲ درصد واحدهای مورد پژوهش افسردگی خفیف داشتند. در مطالعه انجام شده توسط بلاچ ۳۵/۳ درصد واحدهای مورد پژوهش افسردگی خفیف داشتند (۱۵). همچنین در زمینه تأثیر مشخصات فردی و سوابق بهداشتی بر شدت افسردگی نتایج نشان داد که وضعیت تأهل بر شدت



نتایج تحقیق چپمن و زاک نشان داد شدت اضطراب و افسردگی در افرادی که چاق بوده و یا کاهش وزن داشته‌اند بیشتر بوده است (۲۰). شاید علت تفاوت نتایج حاضر با پژوهش‌های قبلی در این است که اکثریت افراد در پژوهش حاضر از شاخص توده بدنی متناسبی برخوردار بوده‌اند. دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که اضطراب و افسردگی بر هم تأثیرگذار بوده‌اند. به طوری که افراد دارای افسردگی به درجاتی نیز دارای اضطراب بوده‌اند و بالعکس. نتایج تحقیق ساگزوز نیز نشان داد که ارتباط مثبتی بین افسردگی و اضطراب وجود دارد (۱۴). به گونه‌ای اضطراب می‌تواند یکی از علائم افسردگی نیز باشد.

بر طبق نتایج پژوهش حاضر اختلال در حافظه نزدیک نیز توسط ۳۹/۳ درصد واحدهای مورد پژوهش گزارش شده است. در این رابطه نتایج تحقیق چیم و همکاران نشان داد که ۴۵/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش ضعف حافظه و فراموشی داشته‌اند (۲۱).

نتایج تحقیق حاضر نشان دهنده وجود اختلالات روانشناختی در زنان یائسه است. با توجه به این که زنان یک سوم عمر خود را بعد از یائسگی طی می‌کنند، بیشتر در معرض مشکلات روانشناختی دوران یائسگی قرار می‌گیرند، لذا با توجه به اهمیت سلامت زنان و نقش آنان در سلامت جامعه، غربالگری مناسب

مازیاک و همکاران نیز نشان داد که افسردگی در افراد بی‌سواد بیشتر بوده است و در زمینه متغیر شغل، نتایج بالینی پژوهش نشان داد که افسردگی در زنان شاغل بیشتر بوده است (۱۷). نتایج تحقیق پاکروش نیز نشان داد که زنان شاغل افسردگی بیشتری (۳۸/۶ درصد) نسبت به زنان غیر شاغل (۲۵/۶۳ درصد) داشته‌اند (۱۶).

یافته‌های پژوهش نشان داد که ۶۰ درصد واحدهای مورد پژوهش اضطراب نداشته و ۶ درصد اضطراب شدید داشته‌اند. در تأیید این مطلب نتایج تحقیق پانیاهوترا و همکاران نشان داد که در زنان یائسه بین سطوح بالای FSH و اضطراب ارتباط وجود دارد (۱۸). به علاوه در پژوهش حاضر متغیرهای وضعیت تأهل، کفایت درآمد ماهیانه، شغل، مدت زمان یائسگی و داشتن اطلاعات در مورد یائسگی بر شدت اضطراب تأثیرگذار نبوده‌اند. هر چند که نتایج جداول نشان می‌دهد که شدت اضطراب در افراد متأهل کمتر از افراد همسر مرده است. ویدبک در این زمینه می‌گوید: اختلالات اضطرابی در زنان، افراد مجرد و افرادی که طلاق گرفته‌اند، بیشتر دیده می‌شود (۱۹).

نتایج پژوهش نشان داد که شاخص توده بدن (BMI) بر شدت افسردگی و اضطراب تأثیرگذار نبوده است. در حالی که

4 - Chapman & Zac

5 - Sagsoz

6 - Chim et al

1 - Maziac et al

2 - Punyahotra et al

3 - Videbeck



بهداشتی درمانی، بخشی جهت مراقبت از زنان یائسه و تدوین برنامه‌هایی جهت آموزش آنان در نظر گرفته شود.

با استفاده از تست‌های استاندارد جهت مشخص کردن زنانی که در معرض این مشکلات هستند، ضروری است. همچنین پیشنهاد می‌گردد که در سیستم مراقبت‌های

منابع

1 - Mattox JH. *Core Textbook of Obstetric & Gynecology*. London: Mosby Co; 1998: 418.

۲ - صادقیان، محمدرضا، حاتمی، روح‌انگیز. *یائسگی نماد بالندگی*، تهران، انتشارات روشنگران، ۱۳۷۶.

3 - Scott JR, Disaia PJ. *Danforth's Obstetric & Gynecology*. Philadelphia: Lippincott. W & W Co; 1999: 677.

4 - Quinn J. *Women Health: A Primary Care Clinical Guide*. London: Saunders Co; 1998: 403.

5 - Novak E, Hillard PA, Berek JS. *Novak's Gynecology*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott. W & W Co; 2002: 1109.

6 - Sakala E. *High-Yield Obstetrics and Gynecology*. 2nd ed. New York: Lippincott. W & W Co; 2001: 122.

7 - Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical - Surgical Nursing*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2001: 1205.

8 - Ryan K, Berkowitz RS, Barbieri RL, et al. *Kistner's Gynecology and Women Health*. 7th ed. St-Louis: Mosby Co; 1999: 633.

9 - Abrernethy K. *The menopause and HRT*. Edinburg: Bailliere Tindall Co; 2002: 2-10.

10 - Decherney AH, Nathan L. *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis and Treatment*. 9th ed. New York: Mc Graw Hill Co; 2003: 1018-1029.

11 - Stirrat G. *Aids To Obstetric and Gynecology for MRCOC*. Edinburgh: Churchill Livingstone Co; 2000: 259.

12 - Shives LR, Isaacs A. *Basic Concepts Of*

Psychiatric Mental-Health Nursing. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2002: 315.

13 - Birkhauser M. Depression menopause and estrogens: is there a correlation? *European Menopause Journal*. 2002; 41(1): 3-8.

14 - Sagsoz N, Ogusturk O, Bayram M, et al. Anxiety and depression before and after the menopause. *Arch gynecol Obstet*. 2001; 264 (16): 199-202.

15 - Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas*. 2002; 41(1): 61-68.

- پاکروش، فروزان. بررسی میزان آگاهی زنان دوران یأس از یائسگی و رابطه آن با شیوع علائم وازوموتور و افسردگی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۳.

17 - Maziak W, Asfar T, Mzayek F, Fouad FM, Kilzieh N. Socia- demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo, Syria. *Soc Sci Med*. 2002; 54(9): 1419-1427.

18 - Punyahotra S, Dennerstein L, Lehert P. Menopausal experiences of Thai women. Part 1: symptoms and their correlates. *Maturitas*. 1997; 26(1): 1-7.

19 - Videbeck S. *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Co; 2001: 262.

20 - Chapman DP, Zack MM. Body mass and depressive and anxiety symptom. *J Biopsychiatry*. 2000; 47: 78-79.

21 - Chim M, Tan BH, Ang CC, et al. The prevalence of menopausal symptoms in community in Singapore. *Maturitas*. 2002; 41(4): 275-282.

