



مقایسه افسردگی زنان متأهل کادر درمانی شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی، مدرسین آموزش و پرورش و زنان متأهل خانه‌دار ۵۰ - ۲۵ ساله در شیراز ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳

اعظم حسین نژاد^۱، زهرا معدلی^۲، فائزه جهان پور^۳، ایمان شریفی کیا^{۴*}

^۱ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۳ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^{۴*} کارشناس ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۲ - پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۱)

چکیده

مقدمه: افسردگی از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی در جهان و ایران و بیماری شایع قرن حاضر است؛ که روند رو به رشد و شیوع آن به خصوص در زنان، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه‌ی میزان افسردگی زنان متأهل کادر درمانی شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و مدرسین آموزش و پرورش با زنان متأهل خانه‌دار ۵۰ - ۲۵ سال انجام گرفت.

روش: این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۱۶۲ زن متأهل کادر درمان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز، زنان شاغل مدارس چهار ناحیه‌ی آموزش و پرورش شهرستان شیراز و زنان خانه‌دار به صورت تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی داده‌های دموگرافیک و پرسشنامه‌ی استاندارد بک ۲۱ سوالی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSSv.22 با استفاده از آزمون‌های آماری کی دو، تحلیل واریانس یک طرفه انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میزان کلی افسردگی (خفیف و شدید) در زنان خانه‌دار بیشتر از دو گروه دیگر بود؛ (۵۵/۹ درصد) اما افسردگی شدید در کادر درمان بیشتر از دو گروه دیگر بود. میزان افسردگی شدید به ترتیب در کادر درمان ۲۳/۶ درصد، زنان خانه‌دار ۱۸/۸ درصد و شاغلین آموزش و پرورش ۹/۸ درصد می‌باشد. بین سطوح افسردگی با بحران، تفاهم با همسر، ناراحتی اعصاب در خود فرد و فامیل درجه یک، مدرسان نواحی گوناگون آموزش و پرورش، رضایت شغلی و ساعت کار پرستاری ارتباط معنی‌داری وجود داشت. ($P < 0/05$) نتیجه‌ی آزمون تفاوت میانگین تحلیل واریانس یک طرفه نیز نشان داد؛ که بین کادر آموزش و پرورش، زنان خانه‌دار و پرسنل درمانی با افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. ($p < 0/001$)

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی به عامل‌های متعددی بستگی دارد؛ و عامل مشاغل یکی از آن‌ها است. شیفت در گردش و محیط کاری پر استرس به عنوان یک شاخص تأثیرگذار بر سلامت کارکنان درمانی و عامل مستعد کننده‌ی ابتلا به افسردگی بود. هم چنین نتایج نشان داد؛ میانگین شیوع افسردگی در زنان خانه‌دار نسبت به شاغلین بیشتر است و توجه بیشتر مسئولین را در این زمینه می‌طلبد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، زنان، کادر درمانی، مدرسین، زنان خانه‌دار

مقدمه

افسردگی بیماری شایع عصر حاضر که به عنوان سرماخوردگی روان پزشکی لقب گرفته است در تمامی جهان روند فزاینده‌ای دارد. (۱،۲) امروزه افسردگی به عنوان یکی از علل ناتوانی افراد در دنیا می‌باشد؛ که به عنوان چهارمین بیماری، توانسته بار جهانی را بر افراد جامعه تحمیل نماید و طبق پیش-بینی سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰ این میزان بیش از اکنون تغییر خواهد یافت؛ و پس از بیماری قلبی بیشترین میزان را به خود اختصاص خواهد داد. (۳،۴) افسردگی از شایع‌ترین تشخیص‌های روان پزشکی است که با روند رو به رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. (۵) Kowiser معتقد است ۳۰ درصد مردم در طول زندگی خود دچار افسردگی می‌شوند. (۶) Hawton معتقد است؛ ۷۵ درصد از موارد بستری در بیمارستان‌های روان را بیماران افسرده تشکیل می‌دهند. (۷) تخمین زده می‌شود که نزدیک به ۳۴۰ میلیون نفر در دنیا از این بیماری رنج می‌برند. بر اساس مطالعه‌ی ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است. (۸) هم چنین یک فرد افسرده در سال به طور متوسط ۲۳ روز بیش از افراد سالم غیبت کاری دارد؛ که خود نشان‌دهنده‌ی شیوع بالا و اهمیت اختلالات افسردگی است. (۹،۱) حدود ۲۲ درصد زنان در طول زندگی مشترک خود به علت

کشمکش‌های خانوادگی آسیب می‌بینند. (۵) هر چند در مورد چند علتی بودن افسردگی توافق وجود دارد؛ و شواهدی نیز ارائه شده مبنی بر این که نبود حمایت اجتماعی و صمیمیت با افراد مهم زندگی، نقش مهمی در شکل‌گیری افسردگی ایفا می‌کند. از سوی دیگر، بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، با کارکرد خانواده‌ی آشفته و مساله‌ساز روبرو هستند. (۱۰)

تنش شغلی حالتی است که در آن عوامل مرتبط با شغل، با سلامت جنسی و روان شناختی افراد تداخل می‌نماید. (۱۱) نارضایتی از شغل، همبستگی بالایی با آشفتگی‌های روانی دارد. (۱۲) Kojima و همکاران در پژوهشی بر روی ۱۲۰ کارگر ژاپنی نشان دادند؛ که همبستگی بالایی بین افسردگی، اضطراب و حمایت شغلی پایین وجود دارد. (۱۳) بخششایی نشان داد؛ که بین باورهای کارآمدی جمعی و باورهای خودکارآمدی معلمان، با افسردگی شغلی رابطه‌ی منفی و معنی داری وجود دارد. (۱۴) Park در پژوهشی به این نتیجه رسید که حمایت اجتماعی، همبستگی مثبتی با وضعیت ذهنی کارکنان بیمارستانی دارد. (۱۵)

مشکلات زناشویی به ویژه مجادله و جر و بحث، فراوان ترین واقعه‌ی گزارش شده قبل از شروع افسردگی است. هم چنین، نبود حمایت و اعتماد نداشتن به همسر می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی را افزایش دهد. (۱۶) Johanson بیان می‌کند که

اختلاف‌های زناشویی عامل خطر ساز مهمی برای اختلال‌های روان پزشکی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال دو قطبی، وابستگی به الکل و بعضی از بدخیمی‌ها است. (۱۷) یک مطالعه توسط Bodenmann و همکاران، نشان داد؛ که بین میزان پایین رضایت زناشویی با نشانه‌های افسردگی زنان رابطه وجود دارد. (۱۸) به همین دلیل علت افسردگی در زنان می‌تواند ناشی از رابطه ی عاشقانه ی ناموفق و ازدواج‌های ناموفق باشد. (۱۹) هم چنین Gollan و همکاران، بین روابط مختل شده و افسردگی زوجها همبستگی بالایی به دست آوردند. یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که زنان سه برابر مردان در ازدواج‌های ناموفق افسرده‌اند؛ (۴۶ درصد در برابر ۱۵ درصد) و تقریباً نیمی از همه ی زنان در ازدواج‌های ناموفق افسرده می‌شوند. (۲۰)

ضمن اینکه میزان افسردگی در زنان دنیا و ایران بیشتر از مردان می‌باشد. مطالعات شیوع افسردگی در ایران نشان می‌دهد؛ که احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۳۰/۵ درصد) بیش از مردان (۱۶/۷ درصد) است. (۲۱، ۲۲) تحقیقات نشانگر این است؛ که از هر ۵ زن و از هر ۱۰ مرد، یک نفر در طول زندگی خود افسردگی را تجربه می‌کنند. (۲۳) شیوع افسردگی در ایران بر اساس مرور نظام‌مند منتظری و همکاران ۷۳ - ۵/۶۹ درصد می‌باشد. هم چنین افسردگی در زنان ۱/۷ برابر بیشتر از مردان بود. (۸) با توجه به اینکه نیمی از جمعیت هر جامعه را زنان

تشکیل می‌دهند؛ و ارتقاء هر جامعه بر سلامت زنان استوار است؛ جامعه ی جهانی می‌بایستی حقوق زنان را در راستای بهداشت روان شناخته و آن را جزیی از زندگی آنان بداند. لذا مطالعه‌ای با هدف تعیین و مقایسه ی افسردگی زنان متاهل کادر درمانی شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مدرسین آموزش و پرورش، با زنان متاهل خانه‌دار ۵۰ - ۲۵ سال انجام گرفت.

روش مطالعه

این پژوهش، یک مطالعه ی توصیفی - تحلیلی است. نمونه‌های پژوهش را زنان ۵۰ - ۲۵ ساله در ۳ گروه کادر درمان، (۲۵/۹ درصد) معلم (۲۷/۸ درصد) و خانه‌دار (۴۶/۳۳ درصد) تشکیل دادند. در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه از فرمول برآورد نسبت استفاده شد. در مطالعه ی حاضر، مقدار Z در سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر ۱/۹۶، مقدار p برابر ۰/۵ و مقدار d ۰/۴ در نظر گرفته شد. بنابر این حجم نمونه ۲۲۰۰ نفر تعیین شد. نمونه های مورد مطالعه شامل ۲۱۶۲ نفر زن که طی نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند؛ می‌باشد. بدین صورت که ابتدا سه خوشه از زنان شهر شیراز (کادر درمان، معلمین بر اساس نواحی آموزش و پرورش و زنان خانه‌دار) انتخاب گردید؛ سپس از هر خوشه به طور تصادفی ساده نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. در این مطالعه از پرسشنامه ی اطلاعات دموگرافیک که شامل ۳۲ سوال و پرسشنامه ی استاندارد بک که دارای ۲۱ سوال است؛ (این ابزار یک پرسشنامه ی استاندارد بین المللی است که

توسط دکتر بک در سال ۱۹۶۰ ابداع شده است و روایی و پایایی آن توسط مطالعات متعددی تایید شده است) استفاده شد. (۱۸) جمع نمرات پرسشنامه ی بک بین ۶۲ - ۰ نوسان داشته است؛ سپس نمرات با درجه بندی لیکرت به درجات بهنجار (۱۸ - ۱) خفیف (۲۸ - ۱۸) متوسط (۳۵ - ۲۹) و شدید (بالاتر از ۳۶) تقسیم گردید. مطالعات فرا تحلیل Goldberg و Mary نشان داد؛ که متوسط حساسیت پرسشنامه ی ۲۱ بک ۸۴ درصد و متوسط ویژگی آن ۸۲ درصد است. (۱۸) پرسشنامه ها به واحد های مورد پژوهش ارائه، و توضیحات لازم داده شد؛ و سپس با تعیین تاریخ مشخص (یک هفته پس از توزیع) در مرحله ی بعد جمع آوری گردید.

این مطالعه در کلیه بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کلیه مدارس در ۳ مقطع ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و پیش دانشگاهی واقع در ۴ ناحیه ی آموزش و پرورش شیراز انجام گرفت. به علت عدم همکاری زنان خانه دار در محل سکونت، محیط پژوهش این گروه با محیط مدرسین، یکسان در نظر گرفته شد؛ بدین منظور از مادران دانش آموزان مدارس دعوت شد و پس از توضیحات ضروری در ارتباط با اهداف پژوهش و جلب رضایت آنان پرسشنامه ها تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل آماری از آمار توصیفی (مبتنی بر جداول توزیع فراوانی، درصد، شاخص های میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی، آزمون کای دو و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته ها

براساس نتایج به دست آمده؛ به طور کلی ۲۱۶۲ نفر زن در این پژوهش شرکت کردند. لیکن با توجه به اینکه برخی پرسشنامه ها ناقص تکمیل شده بودند؛ در حدود ۳۸ نفر از

مطالعه خارج شدند. بیشترین درصد نمونه ها در گروه سنی ۳۵ - ۳۱ سال قرار دارند. (۲۵/۹ درصد) ۴۹ درصد نمونه های تحت مطالعه دارای مدرک دیپلم بودند. ۶۵/۹۶ درصد واحدهای مورد پژوهش بیش از ۱۰ سال از ازدواجشان می گذشت. فقط ۷/۳۲ درصد از همسران نمونه های تحت مطالعه، در سطح عالی با زوجین خود همکاری داشتند. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۴۰/۳۲ درصد) از نظر تفاهم با همسر خود در سطح مطلوب بودند. بین متغیرهای دموگرافیک رضایت شغلی، تجربه ی بحران، و داشتن تفاهم با همسر با سطح افسردگی اختلاف معنی دار آماری وجود داشت. ($P < 0.001$) بین مدت زمان تاهل و سطح افسردگی اختلاف معنی دار آماری وجود داشت. ($P = 0.013$) در کادر درمانی بیشترین میزان افسردگی شدید در افرادی که بیش از ۱۰ سال ازدواج کرده اند وجود داشت؛ (۲۷/۱ درصد) اما در دو گروه آموزش و پرورش و زنان خانه دار به ترتیب بیشترین میزان افسردگی شدید در افرادی که کمتر از ۲ سال و ۵ - ۲ سال ازدواج کرده بودند؛ وجود داشت. (۲۵ درصد) با آزمون آماری کی دو بین سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش با سطح افسردگی اختلاف معنی دار آماری به ترتیب در کادر درمانی و زنان خانه دار ($p = 0.028$ ، $p = 0.016$) وجود داشت؛ اما بین سطح تحصیلات شاغلین آموزش و پرورش با سطح افسردگی با آزمون آماری کی اسکوتر اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. ($P = 0.055$) بین وضعیت شیفت در گردش و سابقه ی کار با سطح افسردگی ارتباط معنی داری وجود نداشت. (به ترتیب $P = 0.022$ ، $P = 0.013$)

بین سابقه ی بیماری جسمی و سطح افسردگی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. ($P < 0.001$)

جدول شماره ی (۱): توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوع شغل

نوع شغل	تعداد	درصد
کادر درمان	۵۶۲	۲۵/۹
معلم	۶۰۰	۲۷/۸
خانه‌دار	۱۰۰۰	۴۶/۳
کل	۲۱۶۲	۱۰۰

بیش ترین میزان افسردگی شدید کادر درمانی و شاغلین آموزش و پرورش در افرادی که از شغل خود رضایت نداشتند؛ (۴۱/۷۷ درصد و ۴۶/۷ درصد) بود. بیش ترین میزان افسردگی در زنان خانه‌دار با مدرک دیپلم (۲۰ درصد) و سطح درآمد غیر مطلوب (۳۹/۵ درصد) بود. بین ساعت کاری با سطح افسردگی رابطه ی معنی داری وجود دارد؛ ($p = 0.039$) به طوری که بیش ترین تعداد افراد بهنجار ($41/8 \pm 7/55$) در گروهی که ۳۶ ساعت یا کمتر کار می‌کردند؛ وجود داشت. بین شغل و میزان افسردگی با آزمون آماری کای اسکوئر، تفاوت معنی داری را نشان می‌دهد؛ ($P < 0.001$) و میزان افسردگی به ترتیب در سه گروه مدرسین، کادر درمانی و زنان خانه‌دار ۶۱/۴، ۴۹/۷ و ۴۴/۱ درصد می‌باشد. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ی (۲): مقایسه سطح افسردگی در کادر درمان، زنان شاغل در آموزش و پرورش و زنان خانه دار مورد پژوهش در شهر شیراز سال ۹۲

آزمون χ^2 آماری	کل		افسردگی شدید		افسردگی خفیف		بهنجار		سطح افسردگی
	درصد	فراوانی مطلق	درصد	فراوانی مطلق	درصد	فراوانی مطلق	درصد	فراوانی مطلق	۳ گروه مورد پژوهش
P<0.001	۱۰۰	۵۵۹	۲۳/۶	۱۳۲	۲۶/۷	۱۴۹	۴۹/۷	۲۷۸	کادر درمان
	۱۰۰	۵۹۹	۹/۸	۵۹	۲۸/۷	۱۷۲	۶۱/۴	۳۶۸	آموزش و پرورش
	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۸/۸	۱۸۸	۳۷/۱	۳۷۱	۴۴/۱	۴۴۱	زنان خانه‌دار
	۱۰۰	۲۱۵۸	۱۷/۵	۳۷۹	۳۲/۱	۶۹۲	۵۰/۴	۱۰۸۷	کل

در پژوهش حاضر، کادر آموزش و پرورش نسبت به زنان خانه‌دار و کادر درمانی، از وضعیت سلامت روان بهتری برخوردار بودند؛ به طوری که میزان افسردگی شدید و بهنجار بودن آنان به ترتیب (۳/۷ و ۶۱/۴ درصد) بود. میزان افسردگی شدید به ترتیب در کادر درمان (۲۳/۶ درصد) و زنان خانه‌دار (۱۸/۸ درصد) بود. میزان افسردگی شدید کادر درمانی به ترتیب در گروه ماما (۳۸ درصد)، بهیار (۲۹/۷ درصد) و پرستار (۲۰/۱ درصد) بود. بین گروه‌های مختلف کادر درمانی با سطح افسردگی، اختلاف معنی دار آماری وجود دارد. ($P = 0.019$) (جدول ۳)

جدول شماره ی (۳): مقایسه سطح افسردگی در گروه‌های مختلف کادر درمانی

آزمون آماري χ^2	کل	افسردگی شدید		افسردگی خفیف		بهنجار		سطح افسردگی گروه‌های کادر درمانی	
		فراوانی مطلق	درصد	فراوانی مطلق	درصد	فراوانی مطلق	درصد		
P=۰/۱۹	۱۰۰	۳۹۸	۲۰/۱	۸۰	۲۶/۹	۱۰۷	۵۳	۲۱۱	پرستار
	۱۰۰	۵۰	۳۸	۱۹	۲۲	۱۱	۴۰	۲۰	ماما
	۱۰۰	۱۱۱	۲۹/۷	۳۳	۲۷/۹	۳۱	۴۲/۳	۴۷	بهبیار
	۱۰۰	۵۵۹	۲۳/۶	۱۳۲	۲۶/۷	۱۴۹	۴۹/۷	۲۷۸	کل

نتیجه ی آزمون تفاوت میانگین تحلیل واریانس یک طرفه نیز نشان داد؛ که نمره ی افسردگی بر حسب گروه های کادر درمان و آموزش و پرورش تفاوت آماری معنی داری دارد. ($p < 0/001$) (جدول ۴)

جدول شماره ی (۴): تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه نمره افسردگی زنان متأهل در سه گروه درمانی، مدرسین آموزش و پرورش و خانه دار

P	F	انحراف استاندارد	میانگین	گروه
		۲/۳۸	۲۵/۸۰	درمانی
۰/۰۰۱	۲۱/۷۴	۳/۸۷	۳۲/۰۱	آموزش و پرورش
		۴/۹۱	۴۱/۸۱	خانه دار

نتایج نشان داد که هر سه گروه زنان (درمانی، مدرسین آموزش و پرورش، خانه دار) بر مبنای فاصله ی اطمینان ۹۵ درصد دارای میانگین متفاوتی هستند. هم چنین آزمون تست تعقیبی شفه نشان داد؛ شرکت کنندگان خانه دار بالاترین نمره ی افسردگی و پرسنل درمانی کمترین نمره ی افسردگی را به خود اختصاص می دادند. (جدول ۵)

جدول شماره ی (۵): نتایج تحلیل تعقیبی شفه

P	تفاوت میانگین	گروه	گروه
۰/۰۰۶	۱۶/۰۰	آموزش و پرورش	درمانی
۰/۰۰۱	۴/۵۶	خانه دار	آموزش و پرورش
۰/۰۰۳	۹/۸۰	خانه دار	آموزش و پرورش

زنان بیش از نیمی از جمعیت کشور راتشکیل می‌دهند و اشتغال زنان در مشاغل مختلف همراه با مسئولیت‌های سنگین دیگر از قبیل مادر و همسر بودن، آنان را با توجه به روحیه ی لطیف و آسیب‌پذیر تر، بیشتر در معرض ابتلا

بحث

داد؛ که از هر ۵ زن، یک نفر (۲۱ درصد) افسردگی را تجربه می‌کنند و مانع موفقیت آن‌ها در محل کاری می‌شود. (۲۹) نتایج تحقیق حاضر، مطالعات فوق را تایید می‌کند؛ به طوری که بین شغل و سطح افسردگی با آزمون آماری کای اسکوئر تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد.

در ایران ۵۴ درصد از پرسنل آموزش و پرورش را زنان تشکیل می‌دهند؛ و نیز شایع‌ترین اختلال روانی در این قشر، (۸۶/۱ درصد) افسردگی می‌باشد. (۱) توجه به وضعیت سلامت روان این گروه از کارکنان حائز اهمیت بسیار می‌باشد. اما در پژوهش حاضر کادر آموزش و پرورش نسبت به زنان خانه‌دار و کادر درمانی از وضعیت سلامت روان بهتری برخوردار بودند؛ به طوری که میزان افسردگی شدید در آن‌ها پایین‌تر از دو گروه دیگر (۹/۸ درصد) بوده و میزان بهنجار بودن (۶۱/۴ درصد) بود.

یکی از مشکلات رایج کادر درمان، افسردگی و استرس می‌باشد. (۳۰) کادر درمان به دلیل عوامل متعددی از جمله مسئولیت زیاد و اختیار کم، ساعت کاری طولانی و نامناسب با حجم کاری بالا، شیفت در گردش، عدم رضایت شغلی، محیط کاری استرس‌زا، برخورد با افراد و فرهنگ‌های مختلف بیماران و فشارهای خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی در معرض ابتلا به افسردگی بیشتر قرار دارند. (۹) طبق گزارش دبیرکل خانه ی پرستاری، ۴۰ درصد پرستاران ایران دچار افسردگی خفیف هستند. (۶) Melchior و همکاران نیز طی مطالعه‌ای نشان دادند؛ که میزان افسردگی با استرس در محیط کاری افزایش می‌یابد. (۴) در مطالعه ی حاضر، شیوع بیشتر افسردگی خفیف و

به مشکلات روانی از جمله افسردگی قرار می‌دهد. بروز افسردگی در این قشر عظیم قطعاً به طرز چشمگیری بر روی چگونگی و کیفیت کار و میزان کارایی آنان تاثیرگذار است؛ و می‌تواند عامل مهم اشتباهات در حین زندگی روزمره شود.

یکی از فاکتورهای اجتماعی که تمایل زن را به افسردگی افزایش می‌دهد؛ خانه‌داری و مسئولیت‌های زیاد به عنوان مادر در خانه می‌باشد. زنان خانه‌دار به دلیل اینکه بیشتر اوقات زندگی خود را در خانه به سر می‌برند؛ در نتیجه با انجام کارهای تکراری و روزمره بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارند. (۲۴) هم چنین Hewitt و همکاران در استرالیا، و نیز Vogel طی تحقیقات خود نشان دادند؛ زنانی که تمام وقت کار می‌کنند نسبت به افراد پاره‌وقت یا خانه‌دار از وضعیت سلامت بهتری برخوردارند؛ و دلیل آن را به افزایش سطح اعتماد به نفس، ارزش برای خود و نیز افزایش همکاری همسر در کارهای منزل نسبت داده‌اند. (۲۶،۲۵) اما برخی مطالعات نیز حاکی از شیوع بالای افسردگی در زنان شاغل نسبت به خانه‌دار (۲۳) در مقابل ۶ درصد) می‌باشد. (۱) Lasota و همکاران در فرانسه طی مطالعه‌ای، علائم عدم اشتغال زنان را بی-تفاوتی، بی‌خوابی، ترس از آینده، کم شدن تمرکز، خستگی جسمی، سردرد و افسردگی گزارش نمودند. (۲۷) Stankuans و همکاران نیز طی مطالعه‌ای نشان دادند؛ عدم اشتغال، تاثیر قابل توجهی بر سلامت زنان به ویژه ابتلا به افسردگی دارد. (۲۸) نتایج تحقیق انجمن سلامت زنان در آمریکا بر روی افسردگی زنان در محیط کار نشان

شدید در کادر درمان، می‌تواند مربوط به دلایلی از قبیل استرس محیط کاری باشد.

به نقل از Shield فاکتورهای اجتماعی دموگرافیک از جمله سن، مدت زمان تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت درآمد، تفاهم و ارتباط بین‌فردی، بحران، سابقه ی بیماری جسمی و مصرف داروهای مربوطه، سابقه ی کار، شیفت در گردش و رضایت شغلی در میزان شیوع افسردگی تاثیر به سزایی دارند. (۳۱) Pureyer و همکاران طی مطالعات خود در کانادا نشان دادند؛ که میزان بروز افسردگی با افزایش سن کاهش می‌یابد. (۳۲) در مطالعه ی حاضر نیز بیشترین میزان شیوع افسردگی (۴۵/۶ درصد) در گروه سنی ۲۵ - ۳۵ سال و بیشترین میزان بهنجار بودن (۴۸/۷ درصد) در گروه سنی ۵۰ - ۴۶ سال قرار داشت. بنابراین با افزایش سن بروز افسردگی کاهش یافت.

بین میزان افسردگی و مدت زمان ازدواج رابطه ی معکوس بود و بیشترین میزان افسردگی (۱۵/۴ درصد) در افرادی که کمتر از ۵ سال از ازدواجشان می‌گذشت وجود داشت. اما در مطالعه‌ای که توسط Hewitt در استرالیا انجام شد؛ زنانی که به تازگی ازدواج کرده بودند؛ نسبت به افرادی که مدت زمان زیادی از ازدواج آن‌ها می‌گذشت از وضعیت سلامت بهتری برخوردار بودند. (۲۵)

Chewalier در انگلیس طی مطالعات خود نشان داد؛ که تحصیل موجب بهبود و ارتقاء وضعیت سلامت فرد می‌گردد؛ و بر آن تاثیر حفاظتی داشته و موجب کاهش بروز افسردگی در افراد می‌شود. (۳۳) در این مطالعه نیز بین سطح تحصیلات و افسردگی رابطه ی معکوسی وجود

داشت؛ به طوری که با افزایش تحصیلات میزان افسردگی شدید، کاهش یافت. بیشترین تعداد واحد های مورد پژوهش بهنجار (۵۹/۵ درصد) در افراد با سطح تحصیلات بالاتر از لیسانس وجود داشت؛ و آزمون آماری کای اسکوئر بین افسردگی و سطح تحصیلات، ارتباط معنی‌داری نشان می‌دهد. مطالعات متعدد دیگری که در سایر نقاط دنیا و ایران انجام شده این یافته را تأیید می‌کند؛ به طوری که Stankunas در لیتونیا، Chevalier در انگلیس، و کواری در شیراز به این نتیجه رسیدند که با افزایش سطح تحصیلات، بروز افسردگی کاهش می‌یابد (۲۳، ۳۳، ۲۸).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی که به طور ناگهانی و شدید موجب تغییر سطح درآمد افراد جامعه می‌شوند؛ منجر به افزایش ابتلا به بیماری‌های روانی خواهند شد. هم چنین ۷۰ درصد زنان در سراسر دنیا از فقر رنج می‌برند؛ که فقر به عنوان یک فاکتور در ابتلا به افسردگی نقش به سزایی ایفا می‌کند. (۳۴) در مطالعه ی حاضر نیز بین درآمد و میزان افسردگی ارتباط معکوسی وجود دارد. سایر مطالعات در سراسر جهان از جمله ایران نیز بیانگر این مطلب می‌باشند؛ به طور مثال: Wiener و Stankunas در لیتونیا نشان دادند؛ با کاهش سطح درآمد، میزان افسردگی افزایش می‌یابد. (۲۸، ۳۵)

محققان بسیاری طی مطالعه‌ای در ویرجینیا بر روی ده هزار زوج، جهت بررسی سطح حمایت اجتماعی و بروز افسردگی به این نتیجه رسیدند؛ که بروز افسردگی در زنانی که از سطح حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند

پژوهش بهنجار در گروهی که بیماری جسمی را تجربه نمی‌کردند قرار داشته است.

از عوامل دیگری که تاثیر آن بر افسردگی مورد بررسی قرار گرفت؛ سابقه ی کار پرستاران و معلمین بود. مطالعه ی حاضر نشان داد که بین افسردگی و سابقه ی کار با آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در پرستاران و معلمین ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. اما در پژوهش سازمان نظام پرستاری بر روی ۶۶۵ پرستار نشان داد؛ که بین سابقه ی کار و میزان افسردگی رابطه ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که با افزایش سابقه ی کار میزان افسردگی کاهش یافته بود. (۶)

Macferson طی مطالعه‌ای دریافت که بین رضایت-شغلی و رضایت در زندگی ارتباط مثبتی وجود دارد؛ و رضایت‌شغلی موجب کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود. (۴۱) در مشاغلی چون پرستاری که با استرس زیادی مواجه هستند؛ رضایت‌شغلی افراد کاهش می‌یابد. در این مطالعه نیز بین رضایت شغلی و میزان افسردگی طی آزمون آماری کای‌اسکوئر در گروه پرستاران و معلمین، تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ و بیش ترین میزان افسردگی شدید، در گروه پرستاران و معلمین در افرادی که از شغل خود ناراضی بودند؛ وجود داشت.

مطالعات متعدد نشان می‌دهند که شیفت در گردش به عنوان یک شاخص تأثیرگذار بر سلامت کارکنان است؛ و افرادی که در محیط‌کاری استرس زیادی را تجربه می‌کنند و شیفت در گردش می‌باشند؛ بیش تر به افسردگی مبتلا می‌شوند. سلیمانی و همکاران نیز طی مطالعه‌ای که در

و تفاهم کمتری با همسر خود داشتند؛ بیشتر بوده و وجود یک شبکه ی حمایت اجتماعی سالم و ارتباطات بین فردی مناسب به ویژه تفاهم با همسر، موجب کنترل عوامل استرس‌زا و کاهش بروز افسردگی در آن‌ها می‌شود. (۳۶) نتیجه ی مطالعه ی حاضر نشان می‌دهد که بین افسردگی و تفاهم با همسر ارتباط وجود دارد؛ و در گروهی که از نظر تفاهم با همسر در سطح غیرمطلوب قرار داشتند؛ میزان افسردگی شدید بیشتری وجود داشت.

یکی دیگر از فاکتورهای تأثیرگذار در بروز افسردگی در زنان، مواجهه با بحران‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی (از دست دادن شغل، تعارض، نداشتن خانه) می‌باشد؛ که تحقیقات متعددی این یافته را تایید می‌کنند. (۳۱،۳۷،۳۸). هم چنین Puryear طی مطالعه‌ای نشان داد که زنان ۳ برابر مردان در مواجهه با بحران، افسردگی را تجربه می‌کنند. (۳۲) نتایج تحقیق حاضر مبین این بود که بیش ترین میزان بروز افسردگی در گروهی که بحران را تجربه کرده بودند قرار داشت.

یکی از عوامل مستعدکننده ی ابتلا به افسردگی، بیماری‌های جسمی و استفاده از داروها می‌باشد؛ به طوری که مطالعات متعدد نشان‌دهنده ی این است که ابتلا به بیماری‌هایی چون دیابت، (۲۷ - ۸/۵ درصد) سرطان، (۲۵ درصد) سکته ی مغزی، (۲۷ - ۱۰ درصد) حمله ی قلبی و مصرف داروهایی از قبیل کنترل‌کننده ی فشارخون، قرص‌های جلوگیری از بارداری و آرامب‌خش‌ها منجر به افزایش ابتلا به افسردگی می‌شوند. (۳۲،۳۹،۴۰) در مطالعه ی حاضر نیز بیش ترین تعداد واحدهای مورد

بسیاری از مردم از بیماری خود اطلاعی نداشته و خود را بیمار تلقی نکنند. عوامل روانی موجود در کار، نقش بسیار مهمی در به وجود آمدن بیماری‌های شغلی ایفا می‌کنند؛ از جمله مهم ترین آن‌ها، پایین بودن میزان رضایت شغلی است. هم چنین شیفت در گردش و محیط کاری پر استرس به عنوان یک شاخص تاثیرگذار بر سلامت کارکنان درمانی و عامل مستعد کننده ی ابتلا به افسردگی می باشد. با توجه به شیوع افسردگی در زنان خانه‌دار نسبت به شاغلین، توجه بیشتر مسئولین را در این زمینه می‌طلبد. تدوین چند برنامه ی مداخله‌ای مانند آموزش روابط زناشویی در مراکز بهداشتی، امکانات برای فعالیت ورزشی و تفریحی در کارکنان در محیط داخل و خارج بیمارستان‌ها، ایجاد رضایت شغلی و تکریم کارکنان تا حد امکان، افزایش سطح اعتماد به نفس، ارزش برای خود در منزل و محیط کار و نیز افزایش همکاری همسر در کارهای منزل تأثیر به سزایی در اصلاح وضعیت سلامت روانی آن‌ها خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله لازم می‌دانیم از کلیه پرسنل کادر درمان گرامی، مدرسین آموزش و پرورش، زنان خانه‌دار و هم چنین دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کارگروه پژوهش، آمار و فن آوری اطلاعات استانداری فارس که با مشارکت صمیمانه ی خود اجرای این پژوهش را فراهم آوردند صمیمانه تشکر و قدردانی نماییم، بی‌شک بدون همکاری این عزیزان انجام این مطالعه غیرممکن بود.

سال ۸۵ بر روی ۵۲۰ پرستار در شیفت‌های مختلف در تهران انجام دادند؛ نتیجه گرفتند شیفت در گردش، اثرات منفی بر عملکرد شغلی، سلامت فیزیکی و روان و ابتلا به بیماری‌های ذهنی و کاهش سطح تحمل تنش‌های شغلی دارد. (۳۰) لیکن در مطالعه ی حاضر بین وضعیت شیفی کادر درمانی با سطح افسردگی، اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت.

اجرای طرح پژوهش بر روی کارکنان بیمارستان‌های دولتی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ که با انجام تحقیقات گسترده‌تر بر روی کارکنان بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های خصوصی قابل رفع است. هم چنین عدم همکاری زنان خانه‌دار در محل سکونت آن‌ها، از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود؛ که از طریق مراجعه به مدارس و دعوت مادران در مدارس سعی شد این محدودیت نیز رفع شود.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی به عامل‌های متعددی بستگی دارد و عامل مشاغل یکی از آن‌هاست. متأسفانه جامعه ی ایران در برخورد با این بیماری شناخت صحیح ندارد؛ و به پدیده ی افسردگی به عنوان نارسایی و بیماری نمی‌نگرد؛ و همین مساله باعث شده است که

References:

1. Farsi Z, Habibi H, Lashkari MH. Relationship between productivity and burnout in nurses of military hospitals in Tehran. Journal of Archives in Military Medicine. 2014; 2(1). [In Persian]

2. Christens BD, Collura JJ, and Tahir F. Critical hopefulness: A person-centered analysis of the intersection of cognitive and emotional empowerment. *American Journal of Community Psychology*. 2013; 52(1-2): 170-84.
3. Shield M. Stress and depression in the employed population. *Health Reports*. 2006; 17(4): 1- 20.
4. Melchior M, et al. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med*. 2007; 37(8): 1119- 1129.
5. Kimyae A, Shafiabadi A, Delavar A, Sahebi A. Study and comparison and combination of it with Yuga in treatment of severe depression. *Journal of Educational and Psychological Researches*. 2006; 7 (2): 88-113. [In Persian]
6. Omid Hussain Abad H, Esfeji, A.A. Night shift nurses association with depression and anxiety. *Journal of Nursing Administration*. 2015; 4 (2). [In Persian]
7. Hawton K, i Comabella CC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2013; 147(1): 17-28.
8. Montazeri A, Mousavi J, Omidvari S, Tavoosi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000- 2010). *Payesh*. 2013; 12(1):5 67- 594. [In Persian]
9. Youssefi R, Namdari K, Adhamyan A. Compare rates of depression and job stress in psychiatric and non-psychiatric nurses and staff. *School of Nursing and Midwifery Journal*. 2006; 4 (2): 80-90. [In Persian]
10. Sayrs S L, Kohn C, Fresco D M, Bellac Sarwer. D B. Marital Cognitions and Depression in the Context of Marital Discord. *Cognitive Therapy and Research*. 2001; 25: 713-732.
11. Thong JYL, Yap C. Information systems and occupational stress: A theoretical framework. *Omega*. 2000; 28(6): 681-92.
12. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care doctors. *Br J Anaesthesia*. 2002; 89: 873-81.
13. Kojima M, Senda Y, Hayashi H, Tokudome S. An example of psychometric validation of a mental health questionnaire used at a work place. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2002; 44(6): 236-41. [Japanese]
14. Bakhshaei F. Relationship between collective and self-efficacy beliefs with job burnout in Kerman.. Tehran: Tehran University, College of psychology and education sciences. 2008: 92-101. [In Persian]
15. Park KO. Social support for stress prevention in hospital settings. *J R Soc Health*. 2007; 127 (6): 260-4.
16. Abettan Couple Therapy and Depression. Available At:
[Http://Www.Psybermentor.Com/Ressources/Textes/Ingrin Abitan Couple Therapy and Depression. Pdf](http://Www.Psybermentor.Com/Ressources/Textes/Ingrin Abitan Couple Therapy and Depression. Pdf). Visited on December. 2007; Visited on December.
17. Johanson S M. The Revolution in Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003; 29: 348- 365.
18. Bodenmann G, Randall AK. Close relationships in psychiatric disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2013; 26(5): 464-7.

19. Glasser W. Marriage without Failure Be and Being Together Translation: Somayeh Khosh Nik, Hoda Barazande. Mashhad: Mohaghegh Publication. 2004. [Text In Persian]
20. Gollan J, Fridman M A, Miller I W. Couple Therapy in Treatment of Major Depression. In: AN S Gurman, N S Jacobson (Eds). Clinical Handbook of Couple Therapy. New York; the Guilford Press. 2002; 635-76.
21. Kaveyani H, Johari F, Bahirani H. Cognitive Therapy Based on Mindfulness (MBCT) in Decreasing Negative Thoughts, Inefficient Attitude, Depression, and Anxiety, 60 days Pursuit. Journal of Newest Cognitive Sciences. 2005; 7 (1): 49-59. [In Persian]
22. Sinha P S. Depression. Behavior Therapy Approach, Reference Press. 2002; 132: 5-9.
23. Kavari H, Helyani M, Dehghani V. A study of depression prevalence in nurses and its effective factors in Shiraz Namazi hospital. Available at: http://www.rmj.org.pk/rmj_jul_dec_20-2007/original-article/depression.
24. Greener DT, Quill T, Amir O, Szydowski J, Gramling RE. Palliative care referral among patients hospitalized with advanced heart failure. Journal of palliative medicine. 2014; 17(10): 1115-20.
25. Hewitt B, Baxter J. Relationship Dissolution. In Family Formation in 21st Century Australia. 2015; 77-99.
26. Vogel N, Gerstorf D, Ram N, Goebel J, Wagner GG. Terminal decline in well-being differs between residents in East Germany and West Germany. International Journal of Behavioral Development. 2015; 0165025415602561.
27. Lasota J, Kowalik A, Wasag B, Wang ZF, Felisiak-Golabek A, Coates T, Kopczynski J, Gozdz S, Miettinen M. Detection Of the BRAF V600E Mutation in Colon Carcinoma—Critical Evolution Of the Immunohistochemical Approach. The American journal of surgical pathology. 2014; 38(9): 1235.
28. Stankunas M, et al. Duration of unemployment and depression: a cross – sectional survey in lithuani. BMC public health. 2006; 6 (174): 1 – 3
29. Emdad R, Alipour A, Hagberg J, Jensen IB. The impact of bystanding to workplace bullying on symptoms of depression among women and men in industry in Sweden: an empirical and theoretical longitudinal study. International archives of occupational and environmental health. 2013; 86 (6): 709-16.
30. Soleimani M, et al. Comparison of fixed and rotating shift nurses working in public health. Nursing Journal. 2007; 20(50)P: 28-21. [In Persian]
31. Shield M. Depression and anxiety among Canadian women in the workplace executive summary. Health Reports (Leger marketing). 2006; 17(4): 1 – 5.
32. Puryear Keita G. Why focus on women and depression? Journal of managed care pharmacy. 2007; 13(9): 7- 14.
33. Chevalier A. Feinstein L. Sheepskin or prozac: The causal effect of education on mental health. IZA Discussion paper. 2006, (2231). Available at: <http://www.tinbergen.nl/cost/chevalier.pdf>
34. Fredriksen-Goldsen KI, Emler CA, Kim HJ, Muraco A, Erosheva EA, Goldsen J, Hoy-Ellis CP. The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. The Gerontologist. 2013; 53 (4): 664-75.

35. Wiener L, Pao M, Battles H, Zadeh S, Patenaude AF, Madan-Swain A, Frieberst S, Elkin D, Kupst MJ, Lone-Parent Study Group. Socio-environmental factors associated with lone parenting chronically ill children. *Children's Health Care*. 2013; 42 (3): 264-80.
36. Yang F, Gardner CO, Bigdeli T, Gao J, Zhang Z, Tao M, Liu Y, Li Y, Wang G, Shi J, Gao C. Clinical features of and risk factors for major depression with history of postpartum episodes in Han Chinese women: A retrospective study. *Journal of affective disorders*. 2015; 183: 339-46.
37. Keita P. Psychological and cultural contributions to depression in women: considerations for women midwife and beyond. *Journal of managed care pharmacy*. 2007; 13(9): 1 – 3.
38. Lauriat TL, Samson JA. 28 Endocrine Disorders Associated with Psychological/Behavioral Problems. *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises*. 2016; 22: 426.
39. Mortimer JT, McLaughlin H. Theoretical and Substantive Approaches to Socialization and Inequality in Social Psychology. In *Handbook of the Social Psychology of Inequality*. 2014; 243-272.
40. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*. 2012; 379(9812): 266-82. [In Persian]
41. Mcpherson T. Job satisfaction key to overall well – being. Available at: http://www.bt.com.bn/en/health_fitness/2008/02/12/job - satisfaction.

*Original Article***Comparison of Depression between married women working in training hospitals and Instructors compared with housewives aged 25-50 in Shiraz in 2013 – 2014****A. Hosseinnzhad¹, Z. Moadeli², F. Jahanpour³, I. Sharifikia^{*4}**¹Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing & Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Boushehr, Iran.²MSc of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.³Associate professor of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran.^{4*}MSc of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.**(Received: 12 Dec, 2016 – Accepted: 1 Mar, 2017)****Abstract**

Introduction: Depression is the most common psychiatric diagnoses in present century in the world, as well as Iran and its growing trend of prevalence, particularly in women, has created a fundamental problem for mental health. Depression is today considered as a cause of disability in the world and is the fourth disease that imposes a great global burden to the community.

Objective: This study aimed to determine the level of depression in married women working in hospitals and Instructors compared with housewives aged 25-50.

Method: This cross-sectional study was conducted on 2162 married women, including healthcare staff (in training hospitals, affiliated to Shiraz University of medical Sciences), instructors (working in governmental sector) and housewives. Data collection tool included demographic questionnaire with 32 questions and Beck's standard questionnaire with 21 items. Data analysis was performed with SPSS Version 22 using chi-square and ANOVA tests.

Results: The results showed that severe depression was 23.6% in healthcare staff, 18.8% in housewives, and 8.9% in instructors. There was significant relationship between levels of depression, and crisis, mutual understanding with the spouse, stress in the individual and their first degree relatives, instructors in various areas, job satisfaction, and nurses' working time ($P < 0.05$). The results of ANOVA test showed a significant relationship between instructors, housewives and healthcare staff and depression ($P < 0.001$).

Conclusion: Depression depends on many factors, like job factor. Rotating shifts and stressful work environment are effective indicators of the health care staff and factors predisposing to depression. The prevalence of depression (mild, severe) was higher among workers than housewives and more attention is needed in this field.

Keywords: depression, Women, Healthcare staff, instructors, housewives