

مطالعه منطقه ای، جمعیت شناختی و همه گیر شناسی برخی اختلالات روانپزشکی در شهرک اکباتان تهران

دکتر آرش میرابزاده^{۱*}، دکتر سید کاظم ملکوتی^۲

چکیده

هدف: با توجه به افزایش جمعیت سالمند در ایران و در عین حال شیوع بالای اختلالات روانپزشکی در این گروه، هدف پژوهش حاضر، بررسی ویژگی های جمعیت شناختی و همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در افراد بالای ۵۹ سال در شهرک اکباتان تهران بود.

روش بررسی: نمونه پژوهش از بین تمام ۱۴۲۲ فرد بالای ۵۹ سال ساکن در شهرک اکباتان تهران به طور تصادفی ساده انتخاب شد. در نهایت ۲۰۴ نفر وارد طرح پژوهشی شدند و پرسشنامه های سلامت عمومی و افسردگی سالمندان را تکمیل نمودند. سپس ۱۰۴ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و به منظور اعتبار تشخیص روانپزشکی با روش اعتبار ملاکی مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسشنامه تشخیصی بین المللی جامع در مورد آنها اجرا شد.

یافته ها: شیوع طول عمر برای کل اختلالات روانپزشکی مورد سنجش ۳۶/۹٪ و شیوع نقطه ای آن در بررسی یک ماهه ۱۸/۵٪ بود. ۲۵/۲٪ موارد تنها به یک اختلال روانپزشکی، ۶/۸٪ به دو اختلال و ۲/۹٪ نیز به سه اختلال روانپزشکی مبتلا بودند. شایع ترین اختلالات روانپزشکی در مطالعه حاضر به ترتیب شامل اختلالات افسردگی عمده، افسرده خوئی، و سواسی اجباری و عامل فشارزای روانی بعد از سانحه بود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که بعضی از اختلالات روانپزشکی در نمونه جمعیت ایرانی شیوع قابل توجهی دارد و در عین حال نسبت به گزارشات خارجی از شیوع متفاوتی برخوردارند. به نظر می رسد یافته های فوق در برنامه ریزی مسئولان ذیربط در امر بهداشت روانی سالمندان مفید باشد.

کلید واژه ها: همه گیر شناسی، اختلالات روانپزشکی، سالمندان، ایران

۱-منحصص روانپزشکی، دانشیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲-منحصص روانپزشکی، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی ایران
* آدرس مکاتبه نویسنده مسئول: تهران، اوین، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانپزشکی
تلفن: ۲۲۱۸۰۱۴۰
آدرس الکترونیکی:
arashmirabzadeh@uswr.ac.ir
amirabzadeh@yahoo.com

مقدمه

در ایران طبق سرشماری سال ۱۳۷۵، ۶/۵ درصد جمعیت را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل داده و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۰۰، ۱۰ درصد آن را سالمندان تشکیل دهند (۲). البته در برخی جوامع گزارش این رقم به ۳۰ درصد بالغ می گردد (۳).

در گروه سنی سالمندان، بیشترین سرعت رشد مربوط به افراد بالای ۸۵ سال است که این دسته بیشترین میزان ابتلا به اختلالات روانپزشکی و همچنین بیماری های جسمانی را نیز دارند. در مورد شیوع اختلالات روانپزشکی در سالمندان گزارشات متفاوتی وجود دارد ولی به طور تخمینی تقریباً ۲۵ درصد از این جمعیت علائم روانپزشکی قابل ملاحظه ای دارند. در مطالعه ای که توسط بلیزر و همکارانش در سال

افزایش میزان تولد کودکان و کاهش مرگ و میر انسان ها به علت بهبود وضعیت بهداشتی و سلامت عمومی در دهه های اخیر سبب افزایش تعداد جمعیت سالمندان شده است. در حال حاضر در کل جهان بیش از ۴۰۰ میلیون نفر در سنین بالای ۶۵ سال مشغول به زندگی هستند که پیش بینی می شود تا چهل سال آینده این جمعیت دو برابر شود (۱). لذا با توجه به افزایش رو به پیشرفت جمعیت سالمندان و نیز شیوع بالای علائم و اختلالات روانپزشکی و جنبه های مشکل ساز آن در این دوره، روانپزشکان بیش از پیش به اهمیت توجه به بهداشت روانی در مرحله سالمندی و شناخت خصوصیات منطقه ای آن و فراهم آوردن امکانات لازم برای ارائه خدمات ویژه در این زمینه پی برده اند.

۴۰ تا ۵۹ ساله کمتر بود (۲۰).

البته گزارشات متفاوت ذکر شده از میزان شیوع و بروز اختلالات روانپزشکی در دوره سالمندی می تواند تحت تأثیر عواملی چون تعاریف متغیرهای مطالعه، روش های گوناگون نمونه گیری، عوامل مداخله گر، نوع مطالعه و محل پژوهش قرار گیرد.

در بررسی های انجام شده تا زمان ارسال مقاله، مطالعه چاپ شده ای که به طور مشخص در زمینه جمعیت شناختی و همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران فعالیت پژوهشی انجام داده باشد، به دست نیامد. از طرف دیگر مطالعات خارجی نیز به طور عمده در زمینه ی افسردگی سالمندان بود و در مورد سایر اختلالات روانپزشکی غیر روانپزشکی در سالمندان، مطالعات چاپ شده فقط محدود به چند پژوهش بود.

در هر حال با توجه به نقش عوامل اجتماعی در نحوه بروز اختلالات روانپزشکی و رویکردهای درمانی مرتبط با آن، برای مداخله مناسب قبل از هر چیز نیاز به شناخت وضعیت جمعیت شناختی و همه گیرشناسی این اختلالات در منطقه مورد نظر است تا بتوان برنامه ریزی های دقیق تر، کم هزینه تر و پر فایده تری را طراحی نمود. بدین منظور و با هدف دستیابی به شناختی حقیقی از وضعیت عمومی و روانشناختی سالمندان کشورمان مطالعه ای را در خصوص خصوصیات جمعیت شناختی و همه گیر شناختی بعضی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی غیر روانپزشکی در منطقه ای از شهر تهران طراحی کردیم تا علاوه بر دستیابی به اهداف ذکر شده، مقدمه ای برای مطالعات وسیع تر در آینده نیز باشد.

نظر به اهمیت انجام مطالعات همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در سالمندان و نیز تشخیص و درمان به موقع آن در سطح مراقبت های اولیه نیاز به استفاده از ابزارهای استاندارد است (۲۱). بدین منظور از ابزارهای غربالگری، پرسشنامه سلامت عمومی^۱ و مقیاس افسردگی سالمندان^۲ و مصاحبه تشخیصی بالینی^۳ استفاده شد.

۱۹۸۷ صورت گرفت، شیوع نقطه ای اختلالات روانپزشکی در سالمندان ۱۳٪ به دست آمد (۴). در مطالعه ای دیگر نشان داده شد شیوع سالانه ی اختلالات روانپزشکی در سالمندان ۲۰٪ است (۵). از این میان افسردگی و اضطراب شایع ترین اختلالات روانپزشکی در سالمندان به حساب می آیند (۶). پیر شدن جمعیت با شیوع بیشتر افسردگی همراه است (۷). نتایج مطالعات مربوط به همه گیرشناسی افسردگی در دوران سالمندی نشان داده اند که افسردگی در کهنسالی به اشکال تحت بالینی، افسردگی خفیف و افسردگی عمده دیده می شود.

در بررسی های مختلفی که در اجتماعات گوناگون صورت گرفته است، شیوع طول عمر اختلال افسردگی عمده ۱ تا ۱۶ درصد بدست آمده است در حالی که ۲۴ درصد از سالمندان از افسردگی تحت بالینی رنج می برند (۹، ۱۰، ۹، ۸). مطالعاتی که در سطح مراقبت های اولیه انجام شده است نشان دهنده آن است که ۱۷ تا ۳۷ درصد مراجعه کننده گان سالمند به واحدهای مراقبت اولیه از علایم افسردگی رنج می برند و از آن میان ۳۰ درصد دچار اختلال افسردگی عمده می باشند (۶). این رقم در سالمندان بستری در بیمارستان که بیماری جسمی همراه هم دارند ۴۶ - ۳۶ درصد است (۱۱). افسردگی تحت حاد که فاقد علایم بالینی است و فقط توسط ابزارهای غربالگری شناخته می شوند در ۲۵ درصد سالمندان در بررسی جامعه برآورد شده است (۱۲). شیوع افسردگی خفیف در سطح مراقبت های اولیه ۴ برابر افسردگی عمده تخمین زده شده است (۱۴، ۱۳). این در حالی است که کمتر از ۵۰٪ آنان توسط پزشکان عمومی تشخیص داده می شوند (۷). در یک بررسی هشت ساله، میزان بروز افسردگی در سالمندان ۱۹/۳٪ گزارش شد (۱۵). این میزان در یک مطالعه هم گروهی در امریکا ۸٪ و در سوئد ۲۳٪ بود. (۱۶ و ۱۷). میزان شیوع اختلال عامل فشارزای روانی بعد از سانحه در جمعیت سالمند و مبتلا به یک بیماری جسمی شدید و نیز بدنبال سکت قلبی در بعضی مطالعات تا ۶۳٪ نیز گزارش شده است (۱۸ و ۱۹). احتمال مراجعه افراد بالای ۶۰ سال به کلینیک های تخصصی روانپزشکی به طور معناداری از افراد

روش بررسی

شهرک اکباتان در شهر تهران به علت ساختار خاص شهری به صورت تجمع آپارتمان های مسکونی با سکونت اقشار مختلف مردمی از نظر وضعیت اجتماعی و اقتصادی بعنوان منطقه پژوهش انتخاب شد. برای دسترسی به آمار سالمندان ساکن شهرک، ضمن هماهنگی با هیئت مدیره مرکزی، مجوز لازم برای انجام پژوهش از مدیر هر یک از بلوک ها کسب شد. سپس با همکاری مرکز بهداشت و درمان شهرک، انجمن جهاندیدگان اکباتان، کلیه رابطان بهداشتی بلوک ها و نیز برخی از داوطلبان انجمن با مراجعه به تک تک منازل، آمار ساکنین ۵۹ سال و بالاتر به همراه آدرس و تلفن آن ها گردآوری شد.

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی جمعیتی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد بالای ۵۹ سال ساکن در این شهرک تشکیل می داد که جمعیتی معادل ۱۴۲۲ نفر را شامل می شد. از این تعداد براساس فرمول حجم نمونه و با درجه اطمینان ۹۵٪ به روش تصادفی ساده و با استفاده از جدول انتخاب تصادفی تعداد ۳۱۳ نفر را به عنوان نمونه پژوهش انتخاب کردیم ولی در نهایت در زمان انتخاب نمونه تا انجام پژوهش ۱۰۹ نفر به دلایل فوت، مسافرت به خارج از کشور، تغییر محل سکونت و عدم همکاری از مطالعه خارج شدند و بالاخره، ما پژوهش خود را بر روی ۲۰۴ نفر به انجام رساندیم.

برای دستیابی به پاسخ کلیه سؤالات پژوهش، پرسشنامه های GHQ و GDS برای تمام افراد مورد مطالعه تکمیل شد و سپس به منظور اعتبار تشخیص با روش اعتبار ملاکی از میان آنها تعداد ۱۰۴ نفر به طور تصادفی ساده با روش قرعه کشی انتخاب شدند و مصاحبه بالینی ساختار یافته (CIDI) در مورد آنها اجرا شد. این مصاحبه جهت تعیین تشخیص اختلالات روانپزشکی بر حسب ملاک های تشخیصی ICD-10 و DSM-IV تنظیم شده و روایی و اعتبار آن توسط بسیاری از مطالعات مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲). این مقیاس توسط سازمان جهانی

بهداشت و برای مطالعات همه گیرشناسی ساخته شده و در مطالعات بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش حاضر بخش های اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلالات جسمانی سازی از این مقیاس برای تشخیص افراد مورد مطالعه در نظر گرفته شد.

در مورد چگونگی اجرای کار شایان ذکر است که بعد از هماهنگی های لازم با افراد انتخاب شده در پژوهش، طی تماس تلفنی موافقت شفاهی آنها برای مصاحبه در منزل جلب گردید و بدین ترتیب تاریخ ویزیت تعیین شد. سپس پرسشگران در تاریخ تعیین شده به منزل افراد مراجعه کردند و پرسشنامه ها و مصاحبه بالینی را بر اساس آموزش های قبلی و به طور یکسان بر اساس مجلد تنظیم شده تکمیل کردند. برای کلیه ی افراد توضیحات کاملی در مورد چگونگی مصاحبه و انتشار مطالب داده می شد و بر حق آن ها در عدم همکاری با پژوهش تأکید می گردید. در مواردی غیرغم هماهنگی قبلی و موافقت ابتدایی با حضور پرسشگران، تعدادی از افراد مورد مطالعه و یا خانواده ی آن ها در همکاری با پژوهش با تردید روبرو می شدند و یا از همکاری سر باز می زدند. در این موارد ضمن تشکر از آن ها برای همکاری تا این مرحله، از مطالعه کنار گذاشته می شدند. در هر حال برای جلب همکاری بیشتر و تشکر از افراد مورد مطالعه، در جلسه ویزیت کارتی به افراد ارائه شد تا با ارائه آن بتوانند برای مدت سه ماه از خدمات رایگان درمانی و مشاوره ای بهره جویند.

ابزارهای پژوهش:

GDS-15: فرم کوتاه ۱۵ سوالی از فرم ۳۰ سوالی استخراج شد (۲۶). ضریب آلفای آن برابر ۰/۹ است که البته در مطالعات مشابهی که در چین، انگلستان و مالزی انجام گرفت ضریب آلفا برابر ۰/۷ تا ۰/۹ بود (۳۱، ۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷). با نقطه برش ۴/۵ حساسیت ۰/۹۰ و ویژگی ۰/۶۵ و با نقطه برش ۶/۷ این ارقام برابر ۰/۸۰ است. با نقطه برش ۵/۶ نتایج بینایی بدست آمد (۳۴، ۳۳، ۳۲). ابتدا فرم ۱۵ سوالی توسط مجری طرح و یکی از همکاران به فارسی ترجمه

حالت بله / خیر دارند. لازم بود که پاسخ فقط به هفته گذشته منوط گردد، این مطلب در دستورالعمل آن تأکید گردید و نیز با توجه به نظرات پاسخگویان در سوالات ۷ - ۹ - ۱۲ تغییرات انشایی داده شد. نسخه تغییر یافته مجدداً به ۲۶ سالمند ساکن شهرک اکباتان داده شد و با توجه به نظرات پاسخگویان، فرم نهایی در یک جلسه گروهی تهیه شد.

گردید و سپس توسط دو نفر متخصص زبان انگلیسی، نسخه فارسی به انگلیسی برگردانده شد و اولین نسخه فارسی در یک جلسه گروهی تدوین شد. نسخه فارسی توسط ۲۵ نفر سالمند در خانه فرهنگ منطقه ۱۳ شهرداری در یک جلسه گروهی تکمیل شد. نتایج نشان داد که پاسخگویان نیاز به توضیح بیشتری در مورد نحوه انتخاب جواب سوالات دو

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیرها	وضعیت	تعداد	در صد
جنس	زن	۱۰۹	۵۳/۴
	مرد	۹۵	۴۶/۶
سن	۷۴ - ۵۹	۱۲۸	۶۲/۷
	۸۴ - ۷۵	۶۸	۳۳/۳
	≥ ۸۵	۸	۳/۹
همراهان در خانه	همسر	۷۱	۳۴/۸
	همسر + فرزندان	۶۴	۳۱/۴
	فرزند / فرزندان / سایرین	۴۳	۲۱/۱
	به تنهایی	۲۶	۱۲/۷
وضعیت شغلی	بازنشسته / مستمری‌بگیر	۱۲۴	۶۰/۷
	بیکار	۷۵	۳۶/۸
	شاغل	۵	۲/۵
وضعیت تحصیلی	بی سواد	۲۹	۱۴/۲
	ابتدایی	۵۴	۲۶/۵
	راهنمایی / متوسطه	۴۹	۲۴
	دیپلمه و بالاتر	۷۲	۳۵/۲

عملکرد اجتماعی مورد بررسی قرار می‌دهد (۳۵، ۳۶، ۳۷). CIDI: برای تعیین تشخیص آزمودنی‌ها و نیز بررسی اعتبار همزمان و حساسیت و ویژگی GDS از فرم مصاحبه ساختار یافته ی CIDI نسخه طول عمر استفاده شد. مطالعات انجام یافته در ۲۰ کشور مختلف اعتبار و پایایی خوبی را نشان داده اند (۲۲، ۲۳). ضریب کاپا برای توافق بین مصاحبه بالینی و CIDI در تشخیص افسردگی ۰/۸۴ گزارش شد (۲۴). در ایران نیز این ارتباط برای موارد افسردگی در نمونه بالینی،

GHQ: ابزار سنجش وضعیت سلامت روانی است که توسط گلدبرگ و همکارانش در سال ۱۹۷۲ به منظور غربالگری در سطح مراقبت‌های اولیه ساخته شده است. تاکنون نسخه‌های متعددی از آن شامل ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سؤالی به طور وسیع و در فرهنگ‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دربرگیرنده ی ابعاد مختلفی از دیسترس‌های روانی است که سلامت روان را در چهار محور کلی اضطراب، افسردگی، علائم جسمی سازی و

برای تکمیل پرسشنامه ها ابتدا طی تماس تلفنی با آزمودنی ها و جلب نظر آنها، پرسشگران با وقت قبلی به منزل آزمودنی ها مراجعه کردند و پرسشنامه ها تکمیل گردید. پرسشگران ما دو روانپزشک و یک کارشناس ارشد روانشناسی بودند که تجربه کار با CIDI را داشتند. نظر به بی سوادی و یا کم سوادی برخی از آزمودنی ها، برای یکسان سازی نحوه تکمیل مقیاس GDS، تک تک سوال ها برای آزمودنی ها خوانده شد و پاسخ آن ها روی برگه یادداشت گردید. پس از انجام مصاحبه CIDI پرسشنامه ها طی ۲۴ ساعت توسط یکی از پرسشگران ویراستاری شده و داده ها وارد کامپیوتر شد.

پایایی و اعتبار خوبی را نشان داد (۲۵). نتایج نشان داد که اعتبار تشخیصی آن با مصاحبه بالینی و استفاده از چک لیست تشخیصی دارای حساسیت ۰/۹۱ و ویژگی ۰/۵۳ می باشد. پایایی آن به روش آزمون و بازآزمون و آزمون کاپا و یولز توسط دو مصاحبه گر مستقل برای افسردگی به ترتیب برابر ۰/۵۵ و ۰/۵۶ بود و در اجرای بخش افسردگی برابر ۰/۵۳ و ۰/۶۷ بود.

پرسشنامه جمعیت شناختی: حاوی اطلاعاتی در مورد سن، جنس، میزان تحصیلات، تعداد اعضاء خانواده که با یکدیگر در یک منزل زندگی می کردند و نیز وضعیت شغلی آنها بود.

جدول ۲: شیوع اختلالات روانپزشکی آزمودنی ها

شیوع نقطه ای		شیوع طول عمر		اختلالات روانپزشکی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰/۷	۱۱	۲۰/۴	۲۱	اختلال افسردگی عمده
۳/۹	۴	۷/۸	۸	اختلال افسرده خویی
۱/۹	۲	۱/۹	۲	اختلال وسواسی اجباری
۱	۱	۱/۹	۲	اختلال عامل فشارزای روانی پس از سانحه
-	-	۱	۱	اختلال اضطراب منتشر
-	-	۱	۱	اختلال درد
۱	۱	۱/۹	۲	اختلال تبدیلی
-	-	۱	۱	اختلال آگورافوبیا
-	-	-	-	اختلال ترس اجتماعی
-	-	-	-	اختلال ترس ساده
-	-	-	-	اختلال جسمانی سازی
-	-	-	-	اختلال خود بیمار انگاری
-	-	-	-	اختلال هراس
۱۸/۵	۱۹	۳۶/۹	۳۸	کل اختلالات روانپزشکی

یافته ها

۵۹ بودند که به اتفاق همسر خود زندگی می‌کردند. اکثر آن‌ها بازنشسته بودند و تحصیلاتشان در حد ابتدایی بود.

از بین کلیه افراد مورد مطالعه ۳۵٪ (۳۶ نفر) در طول عمر خود (شیوع در طول عمر) و ۱۷/۵٪ (۱۸ نفر) در زمان انجام پژوهش (شیوع نقطه ای) به یکی از اختلالات مورد سنجش در پژوهش مبتلا بودند.

این مطالعه، جهت بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی، آزمودنی‌ها از نظر اختلالات اضطرابی (اختلال وسواسی اجباری، اختلال عامل فشارزای روانی پس از سانحه، اختلال اضطراب منتشر، اختلال هراس، اختلال ترس مرضی ساده و مرضی)، اختلالات خلقی (اختلال افسردگی عمده و اختلال افسرده خویی)، اختلال جسمانی شکل (اختلال جسمانی سازی، اختلال خود بیمار انگاری، اختلال تبدیلی و اختلال درد) توسط CIDI تحت بررسی تشخیصی قرار گرفتند.

شایع ترین اختلالات روانپزشکی در مطالعه حاضر به ترتیب شامل اختلال افسردگی عمده، اختلال افسرده خوئی (دیس تایمیا)، اختلال وسواسی اجباری و اختلال عامل فشارزای روانی بعد از سانحه (PTSD) بود که شیوع طول عمر و نقطه ای آن مشخص شده است. تعداد قابل ملاحظه ای از این افراد تحت درمان یا مراقبت روانپزشکی قرار نداشتند.

در این پژوهش هیچ یک از افراد مورد مطالعه در طول عمر خود و نیز در زمان انجام پژوهش سابقه ابتلا به اختلالات خود بیمار انگاری، هراس، ترس اجتماعی و جسمانی سازی را نداشتند.

میانگین نمره ی GDS در زنان ($5/13 \pm 4/55$) بالاتر از مردان ($3/67 \pm 4/18$) بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/05$). سن اثر معنی داری در نمره مقیاس‌ها نداشت اما میان گروه‌های تحصیلی تفاوت معنی دار بود ($0/01 = P$). رتبه میانگین GDS در بی‌سوادان بالاتر از دیگر گروه‌ها بود. از نظر شغلی و نیز وجود همراهان در خانه، تفاوت معنی داری در نمره GDS دیده نشد.

از میان ۲۰۴ آزمودنی، ۱۰۴ نفر که به طور تصادفی ساده با روش قرعه کشی انتخاب شده بودند تحت مصاحبه بالینی ساختار یافته در خصوص سنجش انواع اختلالات افسردگی، اضطرابی و جسمانی شکل قرار گرفتند. علاوه بر تعیین شیوع طول عمر و نقطه ای انواع اختلالات روانپزشکی مذکور میزان همبودی آن‌ها و سابقه درمان روانپزشکی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. برای بررسی پایایی به روش آزمون -باز آزمون، ۲۸ نفر از آزمودنی‌ها با فاصله دو هفته مجدداً GDS را تکمیل نمودند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و انجام مصاحبه ساختار یافته، کلیه داده‌ها وارد کامپیوتر شده و توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دهنده همبستگی بالا بین نمره‌ها در دو نوبت بررسی بود و آزمون t هم تفاوت معناداری را میان میانگین نمرات پرسشنامه‌ها در دو نوبت نشان داد. نظر به اینکه نسخه استفاده شده مصاحبه CIDI نسخه طول عمر بود، برای تأیید وجود بیماری افسردگی اساسی همزمان با تکمیل مقیاس افسردگی سالمندان برای هر یک از آزمودنی‌ها، از بند یک سوال شماره ۲۷E که وجود بیماری را در دو هفته اخیر تأیید می‌کند، استفاده شد. برای کنترل کیفی داده‌ها، ۱۰٪ اطلاعات کامپیوتری آزمودنی‌ها با پرسشنامه آنان تطبیق داده شد. اشکالات آنان طی تماس تلفنی با آزمودنی‌ها و یا اصلاح ورود داده‌ها رفع گردید. پایایی مقیاس با استفاده از روش‌های آزمون -باز آزمون، آلفا کرونباخ و تصنیف مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار یابی آن به روش اعتبار ملاکی و تحلیل عاملی بررسی شد. تحلیل عوامل به روش چرخش مؤلفه‌های اصلی با ارزش ویژه برابر یا بالاتر از یک و بار عاملی ۰/۴ یا بالاتر انجام گرفت. مصاحبه‌ی ساختار یافته CIDI به عنوان ملاک استاندارد برای تشخیص اختلالات روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفت و آزمون ROC برای تعیین نقطه برش به کار گرفته شد.

مشخصات دموگرافیک ۲۰۴ آزمودنی در جدول یک دیده می‌شوند. بیشتر آزمودنی‌ها زن و در طیف سنی ۷۴-

شده است.

از نظر شیوع اختلال افسرده خوئی مطالعات زیادی در سالمندان صورت نگرفته است ولی نشان داده شده است که در بخش های مراقبت های اولیه توجه چندانی به تشخیص آن نمی شود، با این وجود از شیوع بالاتری نسبت به افسردگی عمده برخوردار است. میزان اختلال افسرده خوئی در دو مطالعه ۳ و ۷ درصد ذکر شده است (۴۱، ۴۰).

در مطالعه اخیر شیوع طول عمر ونقطه ای اختلال افسرده خوئی به ترتیب ۷/۸ و ۳/۹ درصد بود. علت شیوع بالای این اختلال در سالمندان ایرانی را شاید بتوان با تنهایی، مشکلات اقتصادی و جاری زندگی آنان نسبت داد. در این مطالعه هیچ کدام از مبتلایان به اختلالات افسردگی تحت مراقبت و درمان روانپزشکی قرار نداشتند. نکته مهم تشخیص و درمان به موقع درمان سالمندانی است که به افسردگی مبتلا هستند. نتایج مطالعات نشان داده است که تنها ۵۰ درصد سالمندان مبتلا به افسردگی تشخیص داده می شوند و از آن میان ۷ درصد تحت درمان قرار می گیرند (۷).

در مطالعه حاضر شیوع اختلالات اضطرابی در طول عمر و در زمان پژوهش به ترتیب حدود ۶ و ۳ درصد بود. اختلالات اضطرابی نیز از شایع ترین مشکلات روانی دوره سالمندی است (۴). در هر حال شیوع این اختلالات در سالمندان کمتر از افراد غیر سالمند است. مطالعات انجام گرفته شیوع یک ماهه اختلالات اضطرابی را ۵/۵ درصد و شایع ترین اختلالات اضطرابی را نیز فوبیا گزارش کرده اند. در مطالعه ای ما اختلال وسواسی اجباری به میزان حدود ۲ درصد شایع ترین اختلالات اضطرابی بود. هیچ یک از آزمودنی ها اختلال هراس نداشتند. در یک مطالعه شیوع اختلال وسواسی اجباری ۰/۸ تا ۱/۵ درصد گزارش شد (۴۲). تحقیقات نشان داده است که در سالمندان همبندی اختلالات افسردگی و اضطرابی شایع تر است، به طوری که ۸۵ درصد از سالمندان افسرده علائم اضطرابی نیز دارند (۴۳). البته در بررسی شیوع اختلالات اضطرابی در سالمندان خطر تخمین کمتر از واقعیت وجود دارد، به طوری که ممکن است به علت

از نظر همبندی اختلالات روانپزشکی، نتایج نشان داد که ۲۵/۲٪ (۲۶ نفر) تنها به یک اختلال مبتلا بودند، ۶/۸٪ (۷ نفر) به دو اختلال، ۱/۹٪ (۲ نفر) به سه اختلال و فقط ۱٪ (۱ نفر) به چهار اختلال مبتلا بودند. شیوع اختلالات روانپزشکی در نمونه ی مورد بررسی در جدول شماره ی ۲ آمده است.

بحث

داده های به دست آمده با استفاده از آزمون های آمار توصیفی برای مشخصات جمعیت شناختی و همچنین آزمون های t-test برای گروه های مستقل و Anova، آلفای کرونباخ و همبستگی پیرسون و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بر اساس مطالعه حاضر ۳۵٪ از افراد مورد مطالعه در طول عمر خود و ۱۷/۵٪ در زمان انجام پژوهش حداقل به یکی از اختلالات مورد سنجش در پژوهش مبتلا بودند. بلیزر و همکارانش شیوع نقطه ای اختلالات روانپزشکی را ۱۳٪ اعلان کردند (۴). در پژوهشی دیگر شیوع یک ساله ۲۰٪ ذکر شد (۵).

شیوع کلی به دست آمده از اختلالات روانپزشکی در مطالعه ای ما در مقایسه با یافته های حاصل از مطالعات دیگر رقم بالایی است هر چند عواملی چون ترس از برجسب خوردن یا استیگما، وجود بیماری های جسمی همراه، استناد علایم روانی به روند طبیعی سالمندی و فقدان ملاک های تشخیصی مناسب برای سنین سالمندی می تواند شیوع اختلالات روانپزشکی در سالمندان را کمتر از آنچه هست بر آورد کند.

در مطالعه حاضر شیوع افسردگی عمده در طول عمر ۲۰/۴ درصد و شیوع نقطه ای ۱۰/۷ درصد بود. نتیجه حاصل با بسیاری از مطالعات جهانی هماهنگی دارد. این میزان در پژوهش های دیگر به میزان های متفاوت ۱۰ تا ۱۵ درصد (۳۸)، ۲۹ تا ۳۶ درصد (۳۹)، ۱۰ تا ۳۸ درصد (۷)، ۲۵ درصد (۳۸)، ۸ تا ۱۵ درصد (۳) و ۱۰ تا ۲۲ درصد (۱۱) گزارش

در این مطالعه پیشنهاد شد که در مطالعات همه گیر شناسی افسردگی سالمندان از آزمون GDS فرم کوتاه ۱۱ سؤالی و GHQ فرم ۱۵ سؤالی استفاده گردد (۴۴، ۴۵).

نتیجه گیری:

با توجه به یافته های به دست آمده، می توان نتیجه گیری کرد که به طور کلی اختلالات افسردگی، اضطرابی و جسمانی شکل در نمونه جمعیت ایرانی مورد پژوهش شیوع قابل توجه ای دارد و در عین حال بعضی از تشخیص های روانپزشکی نسبت به گزارشات خارجی از شیوع متفاوتی برخوردارند. مکتوم ماندن علائم و به دنبال آن عدم استفاده از خدمات درمانی و توانبخشی، از بعد سبب شناختی روان پویایی و اجتماعی از موضوعات قابل بحث و ارزیابی است.

تشکر و قدردانی:

همکاری صمیمانه همکاران مرکز بهداشت و درمان و انجمن جهاندیدگان شهرک اکباتان، کلیه رابطان بهداشتی بلوک ها و نیز داوطلبان انجمن را صمیمانه ارج می نهیم و آرزوی موفقیت و توفیق روزافزون آنها را از خداوند منان آرزومندیم. از صبر و حوصله بیماران و خانواده های عزیزان شرکت کننده در پژوهش نیز که ما را در حریم خصوصی خود پذیرفتند و نهایت همکاری را مبذول داشتند از صمیم قلب سپاسگزاریم.

استیگما، گزارش غلط از سوی بیمار، جسمانی شدن علائم اضطرابی و مخلوط شدن آن ها با بیماری های جسمانی در فرد سالمند، این ارزیابی کمتر از حد انتظار باشد.

از نظر اختلالات جسمی سازی با وجود گزارش شیوع بالای آن در یک مطالعه ی گزارش شده (۴۳)، در این مطالعه تنها ۱ درصد از آزمودنی ها به اختلال تبدیلی مبتلا بودند. لازم است تفاوت های موجود از نظر اختلالات اضطرابی و جسمی سازی را در تفاوت حجم نمونه و نیز ابزارهای به کار گرفته شده برای تعیین تشخیص آزمودنی ها جستجو کرد. احتمال می رود حجم نمونه کم در این مطالعه قادر نبوده است که اختلالات اضطرابی و جسمی سازی را که شیوع کمتری از اختلالات افسردگی دارند را کشف نماید. یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه افت زیاد موارد مورد بررسی به علل مختلف از جمله فوت، مهاجرت و عدم همکاری در پژوهش بود. به طور قطع ارزیابی با تعداد بیشتری از افراد، با نتایج قابل استناد بیشتری نیز همراه خواهد بود. در این مطالعه هیچ ادعایی مبنی بر استناد یافته های تحقیق به شهر تهران وجود ندارد.

لازم به ذکر است مطالعه حاضر، قسمتی از یک مطالعه جامع تر بود که جهت بررسی روایی، اعتبار و نقطه برش پرسشنامه های GDS و GHQ در نمونه ای از سالمندان ایرانی طراحی شده بود که در نهایت نتایج آن منتشر شد.

REFERENCES

منابع

1. Department of Chronic Disease and Health Promotion (CHP): Aging and life course. <http://www.who.int/hpr/aging/index.html>
۲. دفتر سلامت خانواده و جمعیت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بررسی کشوری سلامت سالمندان، ۱۳۷۷
3. Baldwin R, Chiu E, Katona C, et al. The aetiology of late-life depression. Guidelines on depression in older people practicing the evidence. First published, UK: Martin Dunitz Ltd. 2002; 29-39.
4. Blazer D, Hughes D, George L. The epidemiology of depression in elderly community population. *Gerontologist* 1987; 27: 187- 281.
5. Dillip V, George S, Stephen J. Consensus statement on the upcoming crisis in mental health: Research agenda for the next 2 decades. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 848-854.
6. Alexopoulos G. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients: Minneapolis: McGraw-Hill Health 2001; 1-86.
7. Williams-Russo P. Barrier to diagnosis and treatment of depression in primary care setting. *Am J Geriatr Psychiatry* 1996;4: S84-S90.
8. Reynolds CF 3rd. Depression: making the diagnosis and using SSRIs in the older patient. *Geriatrics*. 1996;51(10):28-34.
9. Lebowitz B, Pearson J, Schneider L, Reynolds C, Alexopoulos G, Bruce M, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA* 1997; 278(14):1186-90.
10. Steffens D, Skoog I, Norton M, Hart A, Tschanz J, Plassman B, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(6):601- 7.
11. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(12):613-20.
12. Lebowitz B, Pearson J, Schneider L. et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA*, 1997, 278, 14: 1186-90.
13. Williams J, Kerber C, Mulrow C, Medina A, Aguilar C. Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. *J Gen Intern Med* 1995;10(1):7-12.
14. Barrett J, Barrett J, Oxman T, Gerber P. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12): 1100-6.
15. Luijendijk H, Berg J, Dekker M, Tuijl H, Otte W, Smit F, et al. Incidence and Recurrence of Late-Life Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65(12): 1394-401.

REFERENCES

منابع

16. Pal´sson SP, Ostling S, Skoog I. The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychol Med.* 2001; 31(7): 1159-1168.
17. Norton M, Skoog I, Toone L, Corcoran C, Tschanz J, Lisota R, et al. Three-year incidence of first-onset depressive syndrome in a population sample of older adults: the Cache County study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14(3): 237-245.
18. Schelling G, Briegel J, Roozendaal B, Stoll C, Rothenhausler H, Kapfhammer H. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder insurvivors. *Biol Psychiatry* 2001, 50:978-985.
19. Shemesh E, Koren-Michowitz M, Yehuda R, Milo-Cotter O, Murdock E, Vered Z, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder in patients who have had a myocardial infarction. *Psychosomatics* 2006, 47:231-239.
20. Bogner HR, de Vries HF, Maulik PK, Unützer J. Mental Health Services Use: Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Aug; 17(8):706-15.
21. Gareri P, De Fazio P, De Sarro G. Neuropharmacology of depression in aging and age-related diseases. *Aging Research Reviews*, 2002, 1: 113-134.
22. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview, version 1. Geneva: WHO, 1990.
23. Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(2):80- 8.
24. Janca A, Robins LN, Bucholz KK, Early TS, Shayka JJ. Comparison of Composite International Diagnostic Interview and clinical DSM-III-R criteria checklist diagnoses. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85(6):440- 3.
۲۵. احمدی ابهری ع ، رزاقی م ، صادقی م ، علاقبند راد ج ، ملکوتی ک ، نصر م ، و همکاران . بررسی اثرات روانی حمله عراق به کویت بر جمعیت ایرانی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، سال ۱۳۸۲.
26. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version *Clin Gerontol* 1986, 5:165-173.
27. D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract* 1994;11(3):260-6.
28. Boey KW. The use of GDS-15 among the older adults in Beijing, *Clin Gerontol* 2000;21:49-60.
29. The EE. Validation of Malay version of Geriatric Depression Scale among elderly inpatients. Available from: URL: <http://www.priory.com/psych/MalayGDS.htm>.
30. Lee H, Chiu H, Kwok W. et al. Chinese elderly and the GDS short form: A preliminary study. *Clin Gerontol* 1993;14: 37-42.

REFERENCES

منابع

31. Mui A. Geriatric Depression Scale as a community screening instrument for elderly Chinese immigrants. *Int Psychogeriatr*. 1996;8(3):445- 58.
32. Almeida O, Almeida S. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-65.
33. Arthur A, Jagger C, Lindesay J, Graham C, Clarke M. Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(6): 431-9.
34. de Craen A, Heeren T, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(1):63-6.
35. Matti M, Mauri M, Veikko A. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003; 57(3): 233 – 8.
36. Colin R, Robert J. Is the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) confounded by scoring method in individuals with facial disfigurement?. *Psychology @ Health* 2005; 20(5): 651-9
37. Sasi W, Jed B, Carol H, Peter J. The predictive power and psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-28) 2008; 17(4): 435-42.
38. David R, Hector M. Prevalence and Distribution of Major Depressive Disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and Non-Hispanic Whites. *Arch Gen psychiatry* 2007; 64(3): 305-15.
39. Streiner D, Cairney J, Veldhuizen S. The epidemiology of psychological problems in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51(3): 185-91.
40. Weissman M, Leaf P, Bruce M. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am J Psychiatry* 1988; 145:815-19.
41. Avrichir V. Prevalence and underrecognition of dysthymia among psychiatric outpatients in São Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders* 2009; 69(1): 193-99.
42. Carmin C, Weigartz P. Successful and unsuccessful treatment of OCD in older adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2000; 30(2): 181-5.
43. Gorman G. Recognition and management in the elderly. *Depression and Anxiety* 1997; 12(7): 531-6.
44. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jun;21(6):588-93.
45. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jun;21(6):588-93.