

افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان اصفهانی (سال ۱۳۸۶) (مقاله پژوهشی)

دکتر لیلا منظوری^۱، دکتر آناهیتا بابک^۲، دکتر محمد رضا مرآئی^۳

چکیده:

هدف: مطالعه حاضر، شناسایی وضعیت افسردگی در سالمندان و عوامل مرتبط با آن بود. روش بررسی: این مطالعه، یک مطالعه مقطعی - توصیفی بود. واحد نمونه‌گیری سالمندان شهر اصفهان در سال ۱۳۸۶ بودند و ۲۴۸ سالمند (۱۲۵ مرد و ۱۲۳ زن) ۶۰ سال به بالا به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بر اساس خوشه‌های مربوط به خانوارهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در معاونت بهداشتی این دانشگاه موجود می‌باشد، انتخاب شدند. وضعیت افسردگی در آنها با مقیاس افسردگی سالمندان که برای سالمندان ایران استاندارد شده، مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت سنجش ارتباط بین افسردگی و فاکتورهای دموگرافیک از مدل تحلیل تفکیکی استفاده شد.

یافته‌ها: از ۱۲۵ سالمند مرد و ۱۲۳ سالمند زن، ۱۲۱ (۹۶/۸٪) سالمند مرد و ۱۱۰ (۸۹/۴٪) سالمند زن در گروه سنی ۶۰-۷۴ سال و ۴ (۳/۲٪) سالمند مرد و ۱۳ (۱۰/۶٪) سالمند زن در گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر قرار داشتند. ۳۶/۳٪ سالمندان فاقد افسردگی و ۶۳/۷٪ مبتلا به افسردگی بودند که ۴۰/۷٪ افسردگی متوسط و ۲۳٪ افسردگی شدید داشتند.

سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از آن (OR = ۲/۱۴ و CI ۰/۹۵: ۱/۰۵-۴/۳۹) عامل خطر برای ابتلا به افسردگی متوسط بود اما جنسیت مؤنث (OR = ۰/۴۲ و CI ۰/۹۵: ۰/۲-۰/۸۵) و داشتن همسر در قیدحیات و زندگی مشترک با وی (OR = ۰/۴۴ و CI ۰/۹۵: ۰/۱۹-۱/۰۰۱) نقش حفاظتی در برابر ابتلا به افسردگی متوسط داشتند. داشتن همسر در قیدحیات و زندگی مشترک با وی (OR = ۰/۹۵ و CI ۰/۱۴-۰/۸۵) نیز، نقش حفاظتی در برابر ابتلا به افسردگی شدید داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی در سالمندان و نقش مهم زندگی تنها در ایجاد آن، به کارگیری مداخلات لازم از جمله آموزش علائم ابتلا به افسردگی جهت تشخیص زودهنگام و مراجعه به موقع سالمندان جهت درمان بیماری، بستر سازی فرهنگی و ایجاد زمینه‌های لازم برای ازدواج مجدد سالمندان تنها، ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: سالمندان - افسردگی - GDS - اصفهان

- ۱- متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ۲- متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ۳- اپیدمیولوژیست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده بهداشت

Manzourileila@yahoo.com

مقدمه

اختلالات روانپزشکی سالمندان و از شایعترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است (۴) که نزدیک به ۲۴ درصد خودکشیهای موفق را شامل می‌شود و اکثر سالمندانی که قربانی خودکشی می‌شوند در اولین حمله افسردگی خود مبادرت به چنین عملی کرده‌اند (۵). فراوانی علائم افسردگی بالینی بارز در بین سالمندان غیر بستری ۱۵-۸ درصد و در بین سالمندان بستری حدود ۳۰ درصد است (۴). با توجه به اعلامیه سازمان جهانی بهداشت امروزه در عرصه جهانی انقلابی در سطح جمعیت‌شناسی در شرف وقوع است چرا که حدود ۶۰۰ میلیون افراد سالمندان ۶۰

امروزه افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی و معضل عمومی زندگی بشر است. در ایران، افسردگی ۳۵ الی ۴۵ درصد از بیماریهای روانی را به خود اختصاص می‌دهد که متأسفانه این رقم روز به روز سیر صعودی می‌یابد (۱). در سال ۲۰۰۰ افسردگی چهارمین رتبه را از نظر بار بیماریها به خود اختصاص داده و پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به رتبه دوم (۲ و ۳) و در سال ۲۰۳۰ به رتبه اول در تمامی سنین و دو جنس در کشورهای با درآمد بالا صعود کند (۳). افسردگی یکی از شایعترین

نتایج مطالعه‌ای در یونان حاکی از شیوع ۲۷٪ افسردگی خفیف تا متوسط و ۱۲٪ افسردگی متوسط تا شدید بود و افزایش سن، جنسیت مؤنث، سطح تحصیلات پایین، مجرد بودن، اختلالات شناختی، وجود بیماریهای ناتوان کننده گوارشی، نورولوژیک و قلبی عوامل خطر ابتلا به افسردگی بودند (۱۷).

در مطالعه انجام گرفته در واحد مراقبتهای اولیه نیجیریه درآمد بسیار پایین و احساس سلامت پایین ارتباط معنی داری با ابتلا به افسردگی داشتند (۱۸).

در مطالعه‌ای در سالمندان چینی مقیم هنگ کنگ عوامل خطر ایجاد کننده افسردگی احساس سلامت پایین، وجود درد طولانی مدت، مشکلات بینایی، فشار مالی و حمایت پایین اجتماعی و درجات بالای اختلال در فعالیتهای زندگی روزانه بودند و شیوع افسردگی در مردان و زنان به ترتیب ۱۱٪ و ۱۴/۵٪ برآورد گردید (۱۹). مطالعه‌ای در چین میزان شیوع افسردگی را در گروه سنی ۶۹-۷۹، ۷۰-۸۰ سال به بالا را به ترتیب ۱۹٪، ۲۲/۵٪ و ۳۱٪ نشان داد. فشار مالی، احساس سلامت پایین و تنهایی ارتباط معنی داری با افسردگی در کلیه گروههای سنی داشتند (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر در سالمندان روستایی چین ۲۶/۵٪ سالمندان افسردگی خفیف و ۴/۳٪ افسردگی شدید داشتند و زندگی به تنهایی بیشترین رابطه با ابتلا به افسردگی بود (۲۱). در مطالعه‌ای دیگر زن بودن، بی سواد بودن و از دست دادن همسر ارتباط معنی داری با افسردگی داشتند (۲۲). نتایج مطالعه ارومیه حاکی از شیوع بالاتر افسردگی در زنان نسبت به مردان بود (۲۳). در مطالعه‌ای در فسا نداشتن همسر، بیماری جسمانی سخت و مشکلات اقتصادی فاکتورهای خطر ابتلا به افسردگی بودند (۶).

در مطالعه کاشان ۲۱/۷٪ زنان فاقد افسردگی، ۴۵/۲٪ افسردگی خفیف و ۳۳/۱٪ افسردگی شدید داشتند و سطح تحصیلات تعامل خطر اصلی ابتلا به افسردگی مطرح شد (۲۴).

در مطالعه سال ۱۳۸۳ اصفهان میزان شیوع افسردگی بر اساس مقیاس افسردگی سالمندان، ۶۴/۶٪ گزارش شد که ۵۱/۵٪ از آزمودنیها دارای افسردگی متوسط و ۱۳/۱٪

سال و بالاتر در سطح جهان وجود دارد که این رقم در سال ۲۰۲۵ دو برابر و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزوده خواهد شد و کشور ما ایران نیز از این پدیده مستثنی نیست. طبق آخرین سرشماری عمومی انجام شده در کشور در سال ۱۳۸۵، حدود ۷/۲۷ درصد از جمعیت ۷۵ میلیونی کشور، یعنی بیش از ۵ میلیون نفر را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و پیش بینی‌های جمعیتی حاکی از آن است که طی ۲۵ سال آینده این جمعیت دو برابر خواهد شد و نرخ سالمندی به ۱۰ درصد برسد (۶ و ۷).

افسردگی در سالمندان غالباً تشخیص داده نمی‌شود و اثرات مهمی روی کیفیت زندگی، پیامدهای بیماری بالینی، وضعیت عملکردی، استفاده از خدمات پزشکی و مرگ و میر و ناتوانی آنان دارد. و اکثر سالمندان مبتلا به افسردگی غالباً با شکایات جسمی به مراکز مراقبتی اولیه مراجعه می‌کنند (۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱). همچنین افسردگی منجر به افزایش مصرف دارو، افزایش هزینه بیمار جهت داروهای تجویزی و فاقد نسخه، خطر بالاتر مصرف الکل، افزایش مدت بستری و هزینه‌های مراقبتی می‌شود (۱۲). از سوی دیگر افسردگی نتیجه طبیعی پیر شدن نیست و در سالمندان مستقل سالم میزان شیوع افسردگی شدید کمتر از جمعیت عمومی است (۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱).

علت افسردگی در سالمندان همچون افراد جوانتر، اجتماعی - روانی - زیستی است (۴) افسردگی بیماری است که تمایل به عود و دائمی شدن دارد (۱۳ و ۱۴) و فاکتورهای خطر جهت ابتلاء سالمندان به افسردگی شامل زن بودن، انزوای اجتماعی، وضعیت زندگی زناشویی به شکل سالمند بیوه، مطلقه بودن یا متارکه کردن، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، بیماریهای ناتوان کننده همراه، درد کنترل نشده، بی‌خوابی، اختلالات عملکردی و شناختی است (۱۵).

در مطالعه‌ای در تایوان شیوع افسردگی ۷۵٪ برآورد شد و فاکتورهای خطر ابتلا به افسردگی شدید، سطح تحصیلات پایین، سالمند جدا شده از همسر به دلیل مرگ یا طلاق، زندگی به تنهایی و برخورداری از سطح اقتصادی اجتماعی پایین بودند (۱۶).

GDS^۱ که جهت ارزیابی وضعیت افسردگی سالمندان طراحی و تأیید شده است (۲۷ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰)، استفاده شد. در ایران نیز این ابزار به فارسی ترجمه و پس از استاندارد سازی در جمعیت ایرانی مناسب تشخیص داده شده است (۴ و ۲۹) و از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است به طوری که ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) آن ۰/۹ و روایی (اعتبار) آن به روش تحلیل عاملی ۰/۹ بوده است (۲۹).

این پرسشنامه حاوی ۱۵ سؤال می‌باشد و وجود افسردگی را اندازه می‌گیرد. در این پرسشنامه نمره ۰-۴ به منزله عدم وجود افسردگی، نمره ۵-۹ به منزله افسردگی متوسط، نمره ۱۰-۱۵ نشان دهنده افسردگی شدید و امتیاز کل بیشتر از ۷ به معنای خطر ایجاد افسردگی شدید می‌باشد (۴). پژوهشگران علاوه بر کسب رضایت آگاهانه از سالمندان به آنان اطمینان دادند که اطلاعاتشان محرمانه خواهد بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک نرم افزار SPSS ۱۵ آمار توصیفی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان اثر بوسیله (OR) Exp(B) و حدود اطمینان آن ارائه گردید. در آزمونهای انجام شده سطح زیر ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها

در مجموع ۲۴۸ سالمند (۱۲۵ مرد و ۱۲۳ زن) مورد بررسی قرار گرفتند. از ۱۲۵ سالمند مرد و ۱۲۳ سالمند زن، ۱۲۱ (۹۶/۸٪) سالمند مرد و ۱۱۰ (۸۹/۴٪) سالمند زن در گروه سنی ۶۰-۷۴ سال و ۴ (۳/۲٪) سالمند مرد و ۱۳ (۱۰/۶٪) سالمند زن در گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر قرار داشتند. همسر ۷۷٪ از نمونه‌ها در قید حیات بودند. ۹۳/۵٪ به طور مستقل و ۶/۵٪ با فرزندانشان زندگی می‌کردند. ۳۰٪ از شرکت‌کنندگان احساس سلامتی داشتند، حدود ۳۸٪ از درد شدید مفاصل و اندامها، ۱۸٪ از بیماری قلبی عروقی و ۱۴٪ از دیابت، بیماری مزمن ریوی و سرطان رنج می‌بردند. درآمد ۱۳٪ زیر خط فقر مطلق بود (با توجه به اینکه خط فقر مطلق در سال ۱۳۸۶ توسط مقامات رسمی کشور ۲۷۰۰۰۰ تومان ذکر شده بود (۷)، این رقم مبنای مقایسه درآمد قرار گرفت). وضعیت دموگرافیک نمونه‌ها در جدول شماره ۱ آمده است.

افسردگی شدید داشتند. ۴۶/۵۱٪ از مردان افسردگی متوسط و ۶/۹۷٪ افسردگی شدید داشتند و این ارقام در زنان به ترتیب ۵۴/۵۴٪ و ۱۸/۱۸٪ بود (۲۵) اما در این مطالعه عوامل مرتبط با افسردگی مورد بررسی قرار نگرفته بود.

متأسفانه با وجود میزان بالای افسردگی در سالمندان، در اغلب موارد به آن توجهی نمی‌شود. این امر موجب می‌شود بیماری افسردگی در سالمندان به موقع تشخیص داده نشده و درمان نشود. این واقعیتی تأسف بار است زیرا بیماری افسردگی اختلالی است که امروزه درمانهای مؤثری برای آن وجود دارد. شایان ذکر است که کاهش توان روحی و احساس اندوه جزئی از فرآیند سالمندی بهنجار محسوب نمی‌شود و باید این حالت خلقی را مهم تلقی کنیم (۲۶).

با توجه به مطالب مذکور به نظر می‌رسد که ارزیابی سالمندان از نظر افسردگی جزء ضروریات طب سالمندی است. لذا بر آن شدیم با طراحی مطالعه‌ای در زمینه افسردگی سالمندان و مشخص کردن عوامل مرتبط با آن بتوانیم زمینه طراحی مداخله‌های مناسبی برای پیشگیری، تشخیص و درمان مؤثرتر افسردگی در سالمندان فراهم آوریم.

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه مقطعی - توصیفی بود. جامعه آماری سالمندان شهر اصفهان در سال ۱۳۸۶ بود که ۲۴۸ سالمند (۱۲۵ مرد و ۱۲۳ زن) با نمونه‌گیری تصادفی ساده (به کمک جدول اعداد تصادفی) بر اساس خوشه‌های مربوط به خانوارهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در معاونت بهداشتی این دانشگاه موجود است، انتخاب شدند و تحت پرسشگری توسط محققین طرح قرار گرفتند. حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪، $p=0/64$ (شیوع افسردگی) (۲۵) و $d=0/06$ تعیین شد. در ابتدا پس از معرفی و برقراری ارتباط با سالمندان درب منزلشان اطلاعات دموگرافیک از آنها پرسیده و در فرم خاصی ثبت شد. بمنظور تشخیص افسردگی در سالمندان از مقیاس استاندارد شده افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale)

جدول ۱: توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک سالمندان مورد مطالعه در اصفهان - ۱۳۸۶

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۲۵
	زن	۱۲۳
سن*	۶۰-۷۴	۲۳۱
	>= ۷۵	۱۷
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۱۶۰
	دانشگاهی	۸۸
درآمد	مساوی و کمتر از ۲۷۰۰۰۰ تومان در ماه	۳۲
	بیشتر از ۲۷۰۰۰۰ تومان در ماه	۲۱۶
		۵۰/۴
		۴۹/۶
		۹۳
		۷
		۶۴/۵
		۳۵/۵
		۱۳
		۸۷

* سازمان بهداشت جهانی میانگین سنی را اینگونه طبقه‌بندی می‌کند:

۴۵-۵۹: میانسال / ۶۰-۷۴: سالمند جوان / ۷۵-۹۰: سالمند (۴)

۳۶/۳٪ (۹۰ نفر) از سالمندان فاقد افسردگی و ۶۳/۷٪ (۱۵۸ نفر) مبتلا به افسردگی بودند. ۴۰/۷٪ (۱۰۱ نفر) افسردگی متوسط و ۲۳٪ (۵۷ نفر) افسردگی شدید داشتند. توزیع فراوانی وضعیت افسردگی به تفکیک جنسیت در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت افسردگی به تفکیک جنسیت

جنس	افسردگی	فاقد افسردگی	افسردگی متوسط	افسردگی شدید
زن	۳۷/۶٪ (۴۷)	۳۴/۴٪ (۴۳)	۲۸٪ (۳۵)	
مرد	۳۵٪ (۴۳)	۴۷/۱٪ (۵۸)	۱۷/۹٪ (۲۲)	

در بین عوامل مختلف دموگرافیک تنها تحصیلات، جنسیت و وضعیت زندگی زناشویی با وضعیت افسردگی در سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری داشتند. بدین شکل که سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از آن عامل خطر برای ابتلا به افسردگی متوسط بود اما زن بودن و داشتن همسر در قیدحیات و زندگی مشترک با وی نقش حفاظتی در برابر ابتلا به افسردگی متوسط داشتند. داشتن همسر در قیدحیات و زندگی مشترک با وی نیز، نقش حفاظتی در برابر ابتلا به افسردگی شدید داشت. جدول شماره ۳ گویای این مطلب است.

جدول ۳: ارتباط متغیرهای دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه با وضعیت افسردگی سالمندان در اصفهان - ۱۳۸۶

وضعیت افسردگی	P-value	OR	CI%95
افسردگی متوسط:			
- سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر	۰/۰۳۶	۲/۱۴	۱/۰۵-۴/۳۹
- جنسیت مونث	۰/۰۴۹	۰/۴۲	۰/۲۰-۰/۸۵
- زندگی با همسر	۰/۰۱۶	۰/۴۴	۰/۱۹-۱
افسردگی شدید:			
- زندگی با همسر	۰/۰۲۱	۰/۳۴	۰/۱۴-۰/۸۵

در این مطالعه وضعیت سلامتی، سطح درآمد، سن و محل زندگی (منزل مستقل / زندگی در منزل فرزندان) ارتباط معنی‌دار

آماری با وجود افسردگی نداشتند.

بحث

نتایج این مطالعه حاکی از ابتلا ۶۳/۷٪ از سالمندان (۶۲/۴٪ زنان و ۶۵٪ مردان) به افسردگی بود که حدود دوسوم آنان افسردگی متوسط و یک سوم آنان افسردگی شدید داشتند. همچنین مردان و سالمندان دارای سطح تحصیلات دیپلم و پایین تر از ریسک بالاتری برای ابتلا به افسردگی متوسط برخوردار بودند. از سوی دیگر سالمندانی که به تنهایی و بدون همسر (به دلیل متارکه یا فوت همسر) زندگی می‌کردند از ریسک بالاتری برای ابتلا به افسردگی متوسط و شدید بودند.

در این مطالعه شیوع افسردگی در سالمندان (۶۳/۷٪) با نتایج مطالعه سال ۱۳۸۳ اصفهان (۶۴/۶٪) همخوانی داشت (۲۵) اما میزان افسردگی نسبت به کشورهای یونان، هنگ کنگ، چین (۱۷، ۲۰، ۲۱) بالاتر بود که بیانگر نیاز مبرم به شکل‌گیری سیاست‌گذاری‌های بنیادین در حوزه سلامت روان سالمندان جهت تأمین، حفظ و ارتقاء بهداشت روان آنان از طریق آموزش علائم ابتلا به افسردگی، آموزش راههای شاد زیستن و مقابله با مشکلات زندگی است.

در مقایسه با مطالعه سال ۱۳۸۳ اصفهان شاهد افزایش شیوع افسردگی شدید (۲۳٪ در مقابل ۱۳٪) و کاهش افسردگی متوسط (۴۰/۷٪ در مقابل ۵۱/۵٪) بودیم. بروز این تغییرات احتمالاً به این دلیل است که افراد دارای افسردگی متوسط متوجه اختلال عملکردی جدی در خود نشده، اطرافیان آنان نیز این مسأله را درک نکرده یا آن را مهم تلقی نمی‌کنند و بعضی نیز بروز علائم مربوط به افسردگی را در این دوران جزو روند طبیعی سالمندی قلمداد کرده که این امر منجر به عدم مراجعه به موقع به پزشک، عدم تشخیص افسردگی و پیشرفت آن به سمت افسردگی شدید می‌شود.

در این مطالعه افسردگی در سالمندان زن شیوع کمتری داشت و مطالعات متعدد نتایج متفاوتی را در این زمینه نشان داده‌اند (۱۷، ۱۹، ۲۴، ۲۵، ۲۲، ۳۱، ۳۲). شیوع کمتر افسردگی در زنان سالمند ایرانی را می‌توان به تداوم فعالیت‌های مرتبط با زندگی خانوادگی نسبت داد اما اکثریت

مردان با ورود به دوره سالمندی با پدیده بازنشستگی و فاصله گرفتن از فعالیتهای اجتماعی و همکاران خود مواجه گشته که منجر به احساس افت کارایی، تنهایی و ناتوانی در آنان گشته بخصوص افرادی که احساس اعتماد به نفس و ارزش خود را وابسته به کار کردن می‌دانند و همین امر زمینه ایجاد افسردگی را در آنان فراهم می‌نماید (۳۳).

نتایج این مطالعه حاکی از شیوع بیشتر افسردگی در سالمندان دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر نسبت به دارندگان تحصیلات دانشگاهی بود که نتایج مطالعات دیگر نیز این همراهی را تأیید می‌کنند. (۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۳).

نتایج این مطالعه نشانگر شیوع بالاتر افسردگی در سالمندانی بود که به دلیل فوت همسر، طلاق یا متارکه به تنهایی زندگی می‌کردند که با نتایج مطالعات دیگر همخوانی داشت (۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۶).

در این مطالعه برخلاف بسیاری از مطالعات (۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۶) ارتباط معنی‌داری بین سطح درآمد و وضعیت افسردگی مشاهده نشد زیرا ۸۷٪ سالمندان مورد مطالعه درآمد ماهیانه بیش از ۲۷۰۰۰۰ تومان در ماه داشته و ۹۳/۵٪ آنان زندگی مستقل (دارای خانه) داشتند.

نتایج این مطالعه، ارتباط معنی‌داری را بین احساس سلامت پایین وجود بیماری‌های ناتوان کننده همراه و وضعیت افسردگی در سالمندان نشان نداد که با نتایج مطالعات انجام گرفته در دیگر کشورها مغایرت دارد (۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۶) علت این تفاوت شاید پذیرش و انطباق بالای سالمندان ایرانی با درد و بیماری در این سنین به دلیل قلمداد کردن آن به عنوان فرآیندی طبیعی در روند پیری می‌باشد که غیر قابل پیشگیری و درمان و اجتناب ناپذیر تصور می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالای افسردگی در سالمندان و توجه به این نکته که داشتن زندگی مشترک در کنار همسر فاکتور مهمی در پیشگیری از ابتلا به افسردگی در سالمندان است (در مقابل سطح تحصیلات و جنسیت که غیر قابل تغییر است)، آموزش علائم افسردگی و راههای پیشگیری از آن،

آموزش راههای شاد زیستن، ایجاد زمینه‌هایی جهت ازدواج
مجدد سالمندان از طریق فرهنگسازی جهت پذیرش این امر
توسط جامعه و اعضای خانواده سالمند، فراهم نمودن
مراکز نگهداری روزانه و مراکز تفریحی - رفاهی مختص
سالمندان می‌تواند تأثیر به‌سزایی در بهبود کیفیت زندگی
سالمندان و ارتقاء سطح بهداشت روان آنان داشته باشد.
تشکر و قدردانی: از کلیه سالمندانی که در این مطالعه
شرکت نمودند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

REFERENCES

منابع

۱. تاجور مریم، بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان، انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲، ۱۰۰.
2. Mental health. Depression. Available at: www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (accessed in Feb 2010)
3. Christian O. Incomplete remission in depression: role of psychiatric and somatic co-morbidity. *Dialogues Clin Neurosci*, 2008; 10: 453-460.
۴. مقصود نیا شهریانو، مراقبتهای بهداشتی اولیه در سالمندان ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۵، ۵۱ و ۱۲۹.
5. Espinoza RT, Unutzer J. Diagnosis and management of late-life depression. 2009 available at: http://utdol.com/online/content/topic.do?topicKey=psychiat/12560&selectedTitle=1%7E150&source=search_result (accessed in Feb. 2010)
۶. بناکار بختیار، مجیدی فهیمه، نیکویی فرهود. بررسی میزان افسردگی سالمندان ۶۰-۷۹ سال بستری در بیمارستان دکتر علی شریعتی فسا. خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، آبان ماه ۱۳۸۶، ۳۱.
۷. اسحاقی سید رضا، بابک آناهیتا، منظوری لیلا، مرآتی محمد رضا. وضعیت تغذیه سالمندان در اصفهان (سال ۱۳۸۶). سالمند، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، سال دوم، شماره ۵، پاییز ۱۳۸۶، ۳۴۵-۳۴۰.
8. Leowitz BD, Pearson JL, Schneider LS. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA* 1997; 278: 1186.
9. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med* 2003; 19: 663.
10. Valenstein M, Taylor KK, Austin K. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health setting. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 654.
11. Unutzer J. Clinical practice. Late-life depression. *N Engl J med* 2007; 357: 2269.
12. Unutzer J, Patrick DL, Simon G. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. *JAMA* 1997; 277: 1618.
13. Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman AT. Association of depression and gender with mortality in old age. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Br J Psychiatry* 2000; 177: 336.
14. Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *JAMA* 2001; 286: 1621.
15. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147.
16. Wang JJ. Prevalence and correlates of depressive symptoms in the elderly of rural communities in southern Taiwan. *J Nurse Res*. 2001 Jun; 9(3): 1-12.
17. Papadopulos FC, Petridou E, Argyropoulos S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, Katsiardani kp, Trichopoulos D, Lyketsos C. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr psychiatry* 2005 Apr; 20(4): 350-7.
18. Sokoya oo, Baiyewu O. Geriatric depression in Nigerian primary care attendees. *Int J Geriatr psychiatry* 2003 Jun; 18(6): 506-10.
19. Chi I, Yip PS, chiu HF, Chou KL, Chan KS, kwan CW, Conwell Y, Caine E. Prevalence of depression and its correlates in Hong kong's chinees older adults. *Am J Geriatr psychiatry* 2005 May; 13(5): 409-16.
20. Chou KL, chi I. Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *Int J Geriatr psychiatry* 2005 Jan; 20(1): 41-50.
21. Gao S, Jin Y, Unverzagt FW, Laing C, Hall KS, Ma F, murrell JR, Cheng Y, Matesan J. correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *Int J Geriatr psychiatry* 2009 Apr; 3.
۲۲. برهمند اوشا، شهبازی زینب. افسردگی و حمایت اجتماعی در سالمندان. خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، آبان ۱۳۸۶، ۴۵.

REFERENCES

منابع

۲۳. رادفر مولود، وظیفه اصل منصوره، چوبدار رحیم. بررسی مقایسه‌ای افسردگی در سالمندان مقیم در مراکز نگهداری سالمندان ارومیه با سالمندان ساکن در خانه. خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، آبان ۱۳۸۶، ۹۵.
۲۴. تائبی محبوبه، عباس زاده فاطمه، سادات زهره، خیاطیان ناهیده. وضعیت افسردگی و عوامل فردی - اجتماعی مرتبط با آن در سالهای پس از یائسگی. خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، آبان ۱۳۸۶، ۵۱.
۲۵. اسحاقی سید رضا، شفیعی نسیم. شیوع افسردگی در سالمندان شهر اصفهان. خلاصه مقالات همایش سراسری سالمندی و پزشکی، ۱۳۸۳، ۳۲۳.
۲۶. مروری بر طب سالمندان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان با همکاری اداره سلامت سالمندان دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲، ۴۴.
27. Abbas Asghar-Ali A, Braun Uk. Depression in geriatric patients. *Minerva Med* 2009 Feb; 100(1): 105-13.
28. Nyunt MS, Fones C, Niti M, Ng TP. Criterion-based validity and reliability of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. *Aging Ment Health* 2009 May; 13(3): 376-82.
۲۹. ملکوتی سید کاظم، فتح‌اللهی پریدخت، میراب‌زاده آرش، صلواتی مزده، کهانی شمس‌الدین. هنجاریابی مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)؛ فرم ۱۵ سوالی در ایران. پژوهش در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره ۳۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۵، ۳۶۸-۳۶۱.
30. Kurlowicz L. The Geriatric Depression Scale (GDS). Best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. Issue number 4, revised 2007. Available at: <http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/issue04.pdf>. (accessed in Feb 2010)
31. Rajkumar AP, Thangadurai P, Senthilkumar P, Gayathri K, Prince M, Jacob kS. Nature, prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural south Indian community. *Int, Psychogeriatr* 2009 Apr; 21(2): 372-8.
32. Villamil E, Huppert FA, Melzer D. Low prevalence of depression and anxiety is linked to statutory retirement ages rather than personal work exit: a national survey. *Psychological Medicine* 2006 Jul; 36(7): 999-1009.
33. Stopping and starting. Beating depression after retirement. available at [http://www.health24.com/woman/The workplace / 711-1499-3608 , 13940. asp](http://www.health24.com/woman/The%20workplace/711-1499-3608_13940.asp). (accessed in Feb 2010)