برآورد میزان شیوع افسردگی و عوامل فردی مرتبط با آن در سالمندان کرد مقیم منزل در سال ۱۳۸۹

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی)

شادی قادری[۱]، رباب صحاف[*۲]، فرحناز محمدی شاه بلاغی[۳]، غلامرضا انصاری[۴]، عزیزه قرنجیک[۵]، کاظم اشرفی[۶]، نگین طاهری[۷]، فرید نجفی[۸]

چکیده:

هدف: سالمندی بنا به آمار بدون شک یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی آینده جوامع خواهد بود. در این گروه سنی نیز مشکلات روان‌شناختی و به خصوص افسردگی از شایع‌ترین مشکلات می‌باشند. از دیگر سو با توجه به میزان شیوع متفاوت افسردگی در جوامع گوناگون به نظر می‌رسد که این بیماری می‌تواند در فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف، دارای شیوعی متفاوت باشد. در این مطالعه میزان شیوع افسردگی و برخی عوامل فردی مرتبط با آن در سالمندان کرد بالای ۶۰ سال در سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی: مطالعه اخیر یک مطالعه توصیفی مقطعی بوده که بر روی ۳۰۲ سالمند کرد بدون اختلال شناخت و مقیم جامعه پس از اخذ رضایت شرکت در تحقیق انجام شده است. در این پژوهش نمونه‌ها به صورت طبقه‌ای، تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده و از یک پرسش‌نامه حاوی اطلاعات فردی و مقیاس افسردگی در سالمندان (GDS) نمونه ۱۵ سؤالی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده که به صورت مصاحبه با سالمند تکمیل شده است. اطلاعات حاصل توسط نرم‌افزار SPSS16 و با استفاده از روش‌های آماری تی تست، آنالیز واریانس و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: براساس یافته‌های تحقیق میانگین سن افراد مورد مطالعه ۷۰/۶۹ سال (مردان ۷۲/۹۸ سال و زنان ۶۸/۲۶ سال) بوده و میانگین نمره افسردگی در سالمندان کرد ۵/۹۴ با انحراف معیار ۳/۴۰۵ بوده است. و همچنین میزان شیوع افسردگی خفیف ۳۸/۷ درصد، افسردگی متوسط ۱۶/۳ درصد و افسردگی شدید ۷ درصد بوده است. در این تحقیق بین میانگین نمره افسردگی و جنس (P=۰/۰۳۲)، سن (P=۰/۰۲۳)، سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۱) و همراه زندگی (P=۰/۰۰۶) ارتباط آماری معنادار مشاهده گردید و بین نمره افسردگی و، محل سکونت در شهر و روستا، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان ارتباط آماری معنادار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از مطالعه فوق بیانگر این مطلب است که افسردگی و به خصوص افسردگی خفیف از شیوع بالایی در میان سالمندان کرد برخوردار است لذا به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی برای یافتن عوامل مرتبط با آن و انجام اقدامات مداخله‌ای می‌تواند در پیشگیری از پیشرفت آن به سمت اختلال افسردگی اساسی مؤثر باشد. مقایسه وضعیت سالمندان کرد با سایر قومیت‌ها پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: سالمند، کرد، افسردگی، شیوع

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۲۰

۱. پزشک عمومی و دارنده گواهینامه دوره عالی بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

۲. دکترای تخصصی استادیار مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. دکترای؟ استادیار گروه پرستاری و عضو مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴. دکترای تخصصی استادیار مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۵. پزشک عمومی و دارنده گواهینامه دوره عالی بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

۶. پزشک عمومی و دارنده گواهینامه دوره عالی بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

۷. پزشک عمومی و دارنده گواهینامه دوره عالی بهداشت عمومی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی

۸ دکترای تخصصی استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

*** نویسنده مسئول:**

*** تلفن:** ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۵

***رایانامه:**

مقدمه

رشد سریع و فزاینده تعداد سالمندان نسبت به جمعیت عمومی در سال‌های اخیر که اصطلاحاً خاکستری شدن (سفید شدن موی) جهان نامیده می‌شود، نتیجه روندی است که به عنوان گذار دموگرافیک شناخته می‌شود. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت ۵۹۰ میلیون نفر سالمند بالای ۶۰ سال موجود در سال ۲۰۰۰ به ۱/۲ بیلیون نفر در سال ۲۰۲۵ می‌رسد که ۷۰٪ این افراد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند(۱). نگاهی به پیش‌بینی‌های جمعیتی آینده با روند فعلی رشد جمعیت بیان کننده این مطلب است که تا سال ۱۳۹۹ جمعیت بالای ۶۰ سال ایران (۹/۲٪ از کل جمعیت) از جمعیت زیر ۵ سال کشور (۸/۵٪ از کل جمعیت) بیش‌تر می‌باشد(۲). از طرف دیگر اطلاعات قابل اعتماد در مورد بیماری‌ها و آسیب‌ها در جمعیت و همچنین نحوه تغییر الگوی سلامت و بیماری از داده‌های حیاتی جهت هم برنامه‌ریزی و هم ارزیابی برنامه‌ها، برای تعیین اولویت‌های

تحقیقاتی و عملکردی سلامت می‌باشد(۳). براساس آمار ذکر شده در کتب مرجع افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در میان سالمندان می‌باشد. شیوع علائم بالینی بارز افسردگی در میان سالمندان ساکن جامعه ۸ تا ۱۵ درصد می‌باشد و در میان سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها حدود ۳۰ درصد می‌باشد(۴). افسردگی دوره آخر زندگی یک بخش طبیعی از سالمندی نیست. و در حقیقت چیزی بیش‌تر از یک خلق گذراست(۵). شرایطی مثل افسردگی، دمانس و اضطراب روی تصمیم‌گیری در مورد امکان مدیریت بیماری‌های جسمی در منزل، توانایی مراقبت از خود و انجام امور روزانه مؤثر هستند و به دلیل فشارهای فیزیکی و روانی روی افراد خانواده ممکن است منجر به سپردن افراد به خانه‌های سالمندان و هزینه‌های سنگین مراقبت در این سرویس‌ها گردد.

لذا پرداختن به مشکلات روانی سالمندان از جمله افسردگی به نظر می‌رسد از ضروریات آتی نظامهای سلامت باشد. که البته باید از زوایای مختلفی به آن پرداخت به طور مثال، عوامل نژاد و قومیت دو فاکتوری هستند که بنا به آمار در سال‌های اخیر به طور گسترده‌ای مورد توجه قرار گرفته‌اند(۶). در سالمندان با نژاد و قومیت‌های خاص، موانعی وجود دارد که می‌تواند منجر به ایجاد اشکال در تشخیص اختلالات روان‌شناختی و تفسیر نادرست گردد. از جمله این موانع متفاوت بودن زبان است که معمولاً با تحصیلات پایین در این افراد همراه می‌شود. از موارد دیگر وجود اعتقادات فرهنگی خاص است که می‌تواند در طبیعی دانستن تغییرات حافظه و شناخت تأثیرگذار باشد(۷).

کشور ایران با داشتن مجموعه بزرگی از اقوام و فرهنگ‌های گوناگون دارای توانی بالقوه جهت بررسی نقش عوامل نژاد و قومیت روی سلامت می‌باشد، اقوامی که برخلاف اقوام گوناگون ساکن در بسیاری از کشورها مهاجر نبوده و از ساکنان اصلی این کشور می‌باشند. اما متأسفانه مشاهده می‌شود که در حیطه افسردگی و به خصوص افسردگی سالمندان مطالعات صورت گرفته در سطح کشور از توازن کافی برخوردار نبوده و دارای خلأهایی می‌باشد، از جمله اینکه؛ بیش‌تر این مطالعات در سطح شهر و به خصوص شهرهای بزرگ صورت گرفته و سالمندان روستانشین سهم کمی از این مطالعات را به خود اختصاص داده‌اند، همچنین علی رغم اینکه سالمندان مقیم سرای سالمندان به نسبت جمعیت عمومی سالمندان تعداد زیادی را شامل نمی‌شوند، ولی سهم زیادی را به خود اختصاص داده‌اند و در نهایت اینکه در بیش‌تر مطالعات در مورد سالمندان به قومیت‌ها اختصاصاً اشاره نشده است.

یکی از اقوام ساکن در ایران کردها می‌باشند. کردها در ایران با داشتن ۷ درصد جمعیت، پنجمین قومیت کشور ایران محسوب می‌شوند(۸). رعایت سلسله مراتب سنی و احترام به سالمندان از آداب و رسوم بسیار کهن در میان این قوم می‌باشد. در این فرهنگ هر کس باید به فرد بزرگتر از خود احترام می‌گذاشته، حتی اگر اختلاف سن آنها یک سال می‌بوده است. زندگی سالمندان با فرزند ارشد هنوز هم تا حدود زیادی مرسوم مانده است و فرزندان مسئول تأمین هزینه‌های زندگی والدین می‌باشند و مشکل جدایی اجتماعی سالمندان در این قومیت چندان مطرح نمی‌باشد. اما سالمندان کردعلی موارد فوق به دلیل دو مشکل عمده جنگهای داخلی اوایل انقلاب و جنگ ۸ ساله با عراق شرایط اجتماعی ویژه‌ای را در سال‌های گذشته متحمل شده‌اند(۸). که بدون شک می‌توانسته در سلامت روان این گروه تأثیرگذار بوده باشد.

در مروری که بر مطالعات گذشته صورت گرفت مشاهده شد که، با توجه به اهمیت افسردگی و عواقب آن برای نظامهای بهداشتی مطالعات متعددی در مورد میزان شیوع افسردگی در سطح جهان و ایران صورت گرفته است. در ایران یکی از کلی‌ترین این مطالعات با عنوان بررسی وضعیت سالمندان کشور در سال ۱۳۸۱ که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ـ دکتر خوش‌بین(۹) صورت گرفته است نشان می‌دهد که با توجه به پرسش‌نامه GDS4، ۱۳/۷ درصد از افراد سالمند باید از نظر افسردگی بررسی گردند. مطالعه قرنجیک(۱۰). در میان سالمندان ترکمن در سال ۱۳۸۹ میزان شیوع افسردگی متوسط را ۱۰ درصد و افسردگی شدید را ۳ درصد برآورد نموده است. در مطالعه اشرفی(۱۱) در میان سالمندان ترک آذری در سال ۱۳۸۹ میزان شیوع افسردگی متوسط ۱۰/۳٪ و افسردگی شدید ۶٪ برآورد شده است. همچنین مطالعه منظوری(۱۲) با عنوان افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان اصفهانی در سال ۱۳۸۶ نشان داد که ۶۳/۷٪ از سالمندان ساکن جامعه مبتلا به افسردگی بودند. مطالعه بارو(۱۳) در میان سالمندان هندی میزان شیوع افسردگی را ٪ گزارش نموده است. چن(۱۴) میزان شیوع افسردگی بارز را در میان سالمندان روستایی چینی ۶٪

گزارش نمودند. مطالعه مین ـ یونگ ـ چانگ(۱۵) نشان داد میزان شیوع افسردگی در سالمندان تایوانی ۲۱/۳٪ می‌باشد. در میان مطالعات غربی کوپلند(۱۶) و همکاران در یک برنامه گسترده با عنوان افسردگی در اروپا میزان شیوع کلی افسردگی را در سالمندان اروپایی ۱۲/۳٪ عنوان کرده‌اند. و نتایج حاصله از مطالعه وایلد(۱۷) نشان داد که شیوع بالینی افسردگی بارز در میان سالمندان ۵۳ تا ۸۰ ساله آلمانی ۱۶ درصد بوده است. مطالعه دیگر روی قومیت کرد مطالعه دکتر مفیدی(۸) در سال ۲۰۰۴ در شهرستان سنندج می‌باشد. این مطالعه روی جمعیت عمومی (بالای ۱۸ سال) و نه فقط سالمندان انجام شده است. و تعدادی از اختلالات روان‌پزشکی از جمله افسردگی با مقیاس بک در آن سنجیده شده است و نشان می‌دهد که شیوع کلی اختلالات روان‌پزشکی در این جمعیت ۲۷/۳٪ می‌باشد.

همان‌طورکه مشاهده شد در بررسی مطالعات صورت گرفته مطالعه قابل ملاحظه‌ای در مورد قومیت کرد یافت نشد و تعدادی هم که موجود بود بیش‌تر به گروه‌های خاصی مثل بازماندگان جنگ یا حملات شیمیایی و... و یا جمعیت عمومی اختصاص داشت(۸). لذا نویسندگان این مقاله با توجه به امکانات خویش، جهت روشن کردن هر چه بیش‌تر زوایای افسردگی در میان سالمندان ایرانی و با تکیه بر عوامل فرهنگ و قومیت، به بررسی میزان شیوع افسردگی در اقوام مختلف ایران پرداخته‌اند، که در این مقاله به افسردگی در سالمندان کرد پرداخته می‌شود.

روش بررسی

این مطالعه یک بررسی توصیفی مقطعی[1] می‌باشد که روی سالمندانی که دارای معیارهای لازم برای شرکت در این پژوهش باشند، انجام شده است. معیارهای ورود شامل موارد زیر بوده است: سن سالمند ۶۰ سال و بالاتر باشد، مقیم جامعه باشد (مقیم سرای سالمندان یا بیمارستان نباشد) و کرد باشد (یعنی براساس عرف رایج پدرش کرد بوده، به زبان کردی تکلم نماید و حداقل نیمی از عمرش را در مناطق کرد نشین سپری کرده باشد)، فاقد اختلالات شناختی باشد (براساس ابزار AMT[2]) و آگاهانه جهت شرکت در تحقیق رضایت داشته باشد.

مطالعه در سال ۱۳۸۹ در سطح شهرستان بوکان انجام شده است. این شهرستان از شهرهای جنوبی استان آذربایجان غربی می‌باشد. براساس سرشماری سراسری سال ۱۳۸۵ از میان شهرستان‌های کردنشین استان‌های آذربایجان غربی و کردستان، شهرستان بوکان دومین شهر پرجمعیت می‌باشد. در این مطالعه حجم نمونه براساس فرمول برآورد نسبت در یک جامعه محاسبه و در نهایت با احتساب احتمال ریزش، حجم نمونه نهایی ۳۰۲ نفر محاسبه گردید. نمونه‌گیری در این مطالعه در چند مرحله (طبقه‌ای خوشه‌ای تصادفی) صورت گرفته است که به شرح زیر می‌باشند:

از آنجا که شهرستان کردنشین بوده و ۱۰۰ درصد جمعیت آن نیز تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان می‌باشند، ابتدا براساس اطلاعات جمعیتی موجود در واحد گسترش شهرستان، درصد جمعیت بالای ۶۰ سال شهری ۶۹/۲۷ درصد و روستایی ۳۰/۷۳ مشخص گردید. بر همین اساس حجم نمونه جمعیت شهری ۲۰۹ نفر و حجم نمونه جمعیت روستایی ۹۳ نفر تعیین گردید. سپس کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی و پایگاه‌های بهداشتی به عنوان واحدهای نمونه‌گیری انتخاب شدند. پس از آن تعداد خوشه‌های هر مرکز نیز به نسبت جمعیت و خانوار آن مراکز بهداشتی درمانی تعیین گردید. در سطح روستا سرخوشه‌ها به طور تصادفی از میان پرونده‌های سلامت روستاییان و در سطح شهر از میان پرونده‌های خانوار موجود در مراکز انتخاب گردیدند. در مرحله بعد پرسشگران آموزش دیده که همه بومی و دو زبانه بوده‌اند به درب منازل مراجعه می‌کرده و در صورت امضای رضایت‌نامه توسط سالمندان نسبت به تکمیل پرسش‌نامه اقدام می‌نموده‌اند. افراد در هر زمان از تکمیل پرسش‌نامه مجاز به عدم ادامه تحقیق بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسش‌نامه دو قسمتی شامل مشخصات دموگرافیک فردی، و وضعیت روان‌شناختی بوده است. قسمت روان‌شناختی پرسش‌نامه دارای دو ابزار می‌باشد:

۱- مقیاس سنجش افسردگی در سالمندان یا GDS[3]: در این مطالعه جهت سنجش میزان افسردگی از نسخه ایرانی پرسش‌نامه ۱۵ GDS که روایی و پایایی آن در ایران توسط دکتر سید کاظم ملکوتی و همکاران(۱۸) انجام شده است استفاده شده است. حساسیت و ویژگی این تست ۰/۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است. براساس این پرسش‌نامه، نمرات اخذ شده در چهار طبقه قابل طبقه‌بندی است: نمره ۰ تا ۴: طبیعی، نمره بین ۵ تا ۸: افسردگی خفیف، نمره بین ۹ تا ۱۱: افسردگی متوسط، نمره بین ۱۲ تا ۱۵: افسردگی شدید.

1. Cross sectional
2. Abbreviated Mental Test
3. Geriatric Depression Scale

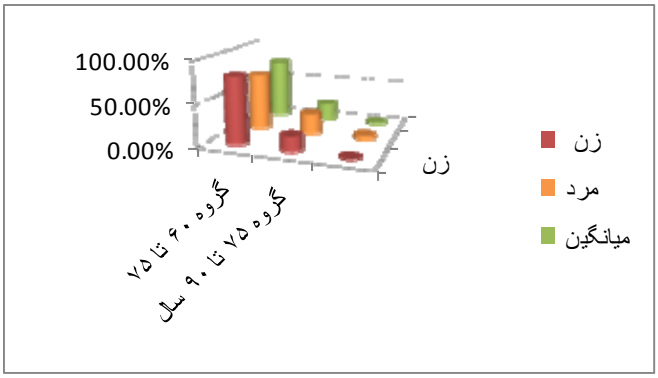
۲- آزمون کوتاه شناختی یا AMT: با توجه به اینکه شرط استفاده از ابزار GDS نداشتن اختلالات شناختی می‌باشد، جهت سنجش اختلال شناخت از پرسش‌نامه ۱۰ سؤالی AMT استفاده شد که روایی و پایایی آن در ایران توسط دکتر فروغان و همکاران در سال ۱۳۸۶ انجام شده است(۲۰، ۱۹). و نمرات آن با نمرات معاینه مختصر شناختی همبستگی بالا داشته است. (P<۰/۰۰۱) در این ابزار برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز منظور می‌شود و در پایان مجموع امتیازات محاسبه می‌شود نقطه برش ایده‌ال برای آن نمره ۶، حساسیت آن ۸۵ درصد و ویژگی ۹۹ درصد تعیین شده است و اخذ امتیاز کم‌تر از ۷/۱۰ اختلال شناختی محسوب می‌گردد. با توجه به اینکه بیش‌تر سالمندان کرد بی‌سواد بوده‌اند، پرسش‌نامه‌های فوق توسط دو نفر کارشناس ارشد زبان و ادبیات فارسی که مسلط به زبان کردی نیز می‌باشند، به کردی ترجمه و باز ترجمه شده و در یک جلسه بحث و بررسی گروهی نسخه اولیه آن تهیه و پس از ارائه و تکمیل پرسش‌نامه برای ۳۰ نفر از سالمندان مراجعه کننده به مرکز شماره ۴ شهری و تغییر تعدادی از واژگان به واژه‌های عامیانه‌تر و تأیید روایی سوری آن نسخه نهایی پرسش‌نامه تهیه و مورد استفاده قرار گرفت.

سپس داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS16 گردیده و تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های بخش دموگرافیک از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی و برای مقایسه میانگین نمره افسردگی برحسب متغیرها از آزمون‌های تی تست، آنالیز واریانس و کای دو در سطح آماری معلوم (P<۰/۰۵) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵۱/۳٪ از موارد مرد و ۴۸/۷٪ از موارد زن بوده‌اند. بر طبق آمار سال ۱۹۹۹ در جهان به ازای هر ۱۰۰ زن سالمند ۸۱ مرد سالمند وجود داشته است. اما در ایران به دلایلی مثل بالا بودن میزان مرگ و میر زنان در دهه‌های گذشته به خصوص مرگ و میرهای ناشی از زایمان این امر در حال حاضر صادق نمی‌باشد و سرشماری سال ۱۳۸۵ کشور نیز مؤید این مطلب می‌باشد(۱۸).

میانگین سنی جمعیت ۷۰/۶۹ سال بوده (مردان ۷۲/۹۸ سال و زنان ۶۸/۲۶ سال) بیش‌ترین افراد (۷۴/۸٪) در گروه سنی سالمند جوان (۷۵-۶۰ سال) قرار داشته و کم‌ترین آن‌ها (۳/۳٪) در گروه سنی بالاتر از ۹۰ سال یعنی سالمند پیر قرار داشته‌اند. که این نتایج با سرشماری‌های سال ۸۵ ایران نیز مطابقت می‌کند. در این مطالعه، ۷۵/۲٪ موارد یعنی بیش‌ترین گروه متأهل بوده‌اند و مابقی همسر فوت شده بوده و مورد جدا شده وجود نداشته است. اما میزان بیوگی در میان زنان (۳۴٪) از مردان (۱۴/۲٪) بیش‌تر بوده است. تقریباً همه سالمندان مورد مطالعه با همسر و فرزندان و موارد همسر فوت شده نیز با فرزندان یا بستگان خود زندگی کرده و فقط ۴ درصد تنها زندگی می‌کردند. در این مطالعه ۹۶/۴٪ از افراد دارای فرزند زنده بوده‌اند. میانگین تعداد فرزند زنده ۶ و میانگین تعداد فرزند فوت شده ۱/۸۵ می‌باشد. و بیش‌تر افراد (۵۹/۳٪) در گروه دارای ۶ تا ۱۰ فرزند قرار می‌گیرند. در این مطالعه بیش‌ترین گروه مطالعه (۸۹/۱٪) بی‌سواد و کم‌ترین درصد (۳٪) مربوط به تحصیلات دانشگاهی بوده است. درصد بی‌سوادی به دست آمده در این مطالعه بیش‌تر از مطالعه خوش‌بین در سال ۸۱ معادل ۷۱/۵ درصد می‌باشد (۹). در این مطالعه بیش‌ترین افراد (۶۰/۹٪) افراد در گروه غیر شاغل قرار دارند که در تفکیک جنسی اشتغال معلوم می‌گردد که ۹۷/۳٪ از زنان و ۲۶/۵٪ از مردان در گروه غیر شاغل قرار دارند. نتایج بررسی داده‌های مربوط به افسردگی نشان می‌دهد که میانگین نمره افسردگی در سالمندان کرد ۵/۹۴ با انحراف معیار ۳/۴۰۵ و دامنه ۱۴ می‌باشد، یعنی در واقع میانگین نمره افسردگی در محدوده افسردگی خفیف قرار داشته است. و در کل ۶۲ درصد افراد دارای علائم افسردگی بوده و ۳۸ درصد سالمندان نیز فاقد علائم افسردگی بوده‌اند. در این مطالعه میزان شیوع افسردگی خفیف ۳۸/۷ درصد، افسردگی متوسط ۱۶/۳ درصد و افسردگی شدید ۷ درصد می‌باشد. یعنی در واقع بیش‌ترین درصد مربوط به گروه دارای افسردگی خفیف می‌باشد، همچنین در این مطالعه با در نظر گرفتن افسردگی متوسط و شدید میزان شیوع افسردگی برای سالمندان کرد ۲۳/۳ درصد به دست می‌آید. (جدول شماره ۱). در این مطالعه همان‌طورکه در جداول شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است از نظر عوامل فردی میانگین نمره افسردگی با جنس، سن، همراه زندگی و تحصیلات ارتباط آماری معنادار داشته ولی با محل سکونت، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان ارتباط آن معنادار نبوده است.



نمودار ۱- توزیع فراوانی گروه‌های سنی برحسب جنس در سالمندان کرد- سال ۱۳۸۹

براساس این نمودار بیش‌تر سالمندان کرد در گروه سالمندان جوان قرار دارند (۷۴/۸٪) که این امر در سالمندان زن بارزتر نیز می‌باشد.

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی و مطلق میزان افسردگی در سالمندان کرد (امتیاز GDS)- سال ۱۳۸۹

امتیاز GDS	فراوانی	درصد	Valid Percent
بین ۰ تا ۴ (بدون افسردگی)	۱۱۴	۳۷/۷	۳۸
بین ۵ تا ۸ (افسردگی خفیف)	۱۱۶	۳۸/۴	۳۸/۷
بین ۹ تا ۱۱ (افسردگی متوسط)	۴۹	۱۶/۲	۱۶/۳
بین ۱۲ تا ۱۵ (افسردگی شدید)	۲۱	۷	۷
Missing System	۲	۰/۷	
کل	۳۰۲	۹۹/۳	۱۰۰

در این مطالعه ۳۷/۷ درصد گروه مطالعه بدون افسردگی، ۳۸/۴ درصد افسردگی خفیف، ۱۶/۲ درصد افسردگی متوسط و ۷ درصد افسردگی شدید داشتند. بیش‌ترین درصد گروه مطالعه در گروه افسردگی خفیف قرار داشتند

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره افسردگی در سالمندان کرد به تفکیک جنس، سن، محل سکونت، وضعیت تأهل و همراه زندگی- سال ۱۳۸۹

متغیر		فراوانی	میانگین ± انحراف معیار	آماره T	درجه آزادی	Sig. value
جنس	مرد	۱۵۴	۵/۵۳ ±۳/۵۶	-۲/۱۶	۲۹۸	۰/۰۳۲
	زن	۱۴۶	۶/۳۸±۳/۱۸			
سن	۶۰-۷۵	۲۲۵	۵/۶۸±۳/۲۵	-۲/۲۹	۲۹۸	۰/۰۲۲
	>۷۵	۷۵	۶/۷۲±۳/۷۳			
محل سکونت	شهر	۲۰۸	۶/۰۲±۳/۳۹	۰/۶۱۷	۲۹۸	۰/۵۳۸
	روستا	۹۲	۵/۷۶±۳/۴۴			
وضعیت تأهل	متاهل	۲۲۵	۵/۷۳±۳/۴۹	-۱/۸۵۸	۲۹۸	۰/۰۶۴
	ازدواج نکرده یا همسر فوت شده	۷۵	۶/۵۷±۳/۰۷			
همراه زندگی	همسر یا همسر و فرزندان	۲۲۲	۵/۶۳±۳/۴۳	-۲/۷۵۲	۲۹۸	۰/۰۰۶
	فرزندان، تنها یا بستگان	۷۸	۶/۸۵±۳/۱۵			

براساس یافته‌های این جدول در این مطالعه بین میانگین نمره افسردگی در مردان و زنان تفاوت آماری معنادار وجود دارد (P=۰/۰۳۲) و میانگین نمره افسردگی در زنان بیش‌تر می‌باشد. همچنین بین میانگین نمره افسردگی در گروه‌های سنی تفاوت آماری معنادار است. (P=۰/۰۲۲) و میانگین نمره افسردگی در گروه سنی بالای ۷۵ سال بیش‌تر است. در این مطالعه بین میانگین نمره افسردگی در شهر و روستا تفاوت آماری معنادار وجود نداشته است. (P=۰/۵۳۸) و میانگین نمره افسردگی در شهر مختصری بیش‌تر از روستا بوده است. در این مطالعه بین میانگین نمره افسردگی در افراد متأهل و افراد ازدواج نکرده یا همسر فوت شده تفاوت آماری معنادار وجود ندارد (P=۰/۰۶۴)؛ و میانگین نمره افسردگی در افراد ازدواج نکرده یا همسر فوت شده مختصری بیش‌تر می‌باشد. اگر به طور خلاصه وضعیت همراه زندگی را به دو حالت زندگی با همسر (گروه اول) و زندگی بدون همسر (گروه دوم) تقسیم‌بندی کنیم، مشاهده می‌شود که بین میانگین نمره افسردگی دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود دارد. (P=۰/۰۰۶) و میانگین نمره افسردگی در گروهی که با فرزندان، تنها یا بستگان زندگی می‌کنند بیش‌تر می‌باشد.

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره افسردگی در سالمندان کرد به تفکیک تحصیلات و تعداد فرزند- سال ۱۳۸۹

متغیر		فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال لون	مقدار آماره F	Sig. value
تحصیلات	بی‌سواد	۲۶۷	۶/۲۳	۳/۳۴	۰/۲۹۴	۱۱/۲۶	۰/۰۰۰
	زیر دیپلم	۲۳	۶/۳۵	۲/۸۸			
	دیپلم و بالاتر	۱۰	۱/۹۰	۲/۷۲			
تعداد فرزند	۰	۱۰	۷/۶	۳/۴۷	۰/۷۲۲	۱/۵۶۳	۰/۱۹۹
	۱-۵	۱۰۴	۶/۲۶	۳۳۵۳			
	۶-۱۰	۱۷۷	۵/۷۱	۳/۳۲			
	۱۱ و بیش‌تر	۹	۵/۱۱	۳/۰۱			

براساس یافته‌های این جدول در این مطالعه بین میانگین نمره افسردگی برحسب تعداد فرزندان تفاوت آماری معنادار وجود ندارد (P=۰/۱۹۹) و میانگین نمره افسردگی در سالمندان بدون فرزند اندکی بیش‌تر می‌باشد. همچنین بین میانگین نمره افسردگی سالمندان کرد برحسب تحصیلات تفاوت آماری معنادار وجود دارد. (P<۰/۰۰۱) برای مشخص شدن موارد اختلاف در حالت‌های اندازه‌گیری شده، نیاز به انجام آزمون تکمیلی می‌باشد که در آزمون تکمیلی برای مقایسه میانگین نمره افسردگی برحسب تحصیلات، بین گروه بی‌سواد با گروه تحصیلات دیپلم و بالاتر (P<۰/۰۰۱) و گروه زیر دیپلم (P=۰/۰۳۳) تفاوت آماری معنادار وجود دارد و این تفاوت بین دو گروه بی‌سواد و تحصیلات دیپلم و بالاتر بسیار بارزتر می‌باشد.

بحث

همان‌طورکه قبلاً نیز ذکر شد در این مطالعه میزان شیوع افسردگی خفیف ۳۸/۷ درصد، افسردگی متوسط ۱۶/۳ درصد و افسردگی شدید ۷ درصد می‌باشد. یعنی در واقع بیش‌ترین درصد مربوط به گروه دارای افسردگی خفیف می‌باشد، همچنین در این مطالعه با در نظر گرفتن افسردگی متوسط و شدید میزان شیوع افسردگی برای سالمندان کرد ۲۳/۳ درصد به دست می‌آید. براساس آنچه که در مرور منابع ذکر شد مطالعه بارو(۱۳) در هند نشان داد که افسردگی با شیوع ٪۲۱/۷، شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی، در میان سالمندان هندی می‌باشد. در مطالعه مین یونگ چانگ(۱۵) در تایوان شیوع کلی علائم افسردگی ٪۲۱/۳ بوده است، که تا حدی نزدیک به مطالعه اخیر می‌باشد. درحالی‌که در مطالعه چن(۱۴) در چین و چان (۲۲) در ماکائو افسردگی با شیوع ٪۶ و ٪۸/۶ بسیار کم‌تر از مطالعه حاضر

می‌باشد در کشورهای توسعه یافته نیز براساس مطالعه کوپلند(۱۶) با شیوع ۱۲/۳٪ در اروپا و مطالعه وایلد(۱۷) با شیوع ۱۶٪ با ابزار GDS15 با نقطه برش ۵/۶ در افراد بالای ۵۳ سال آلمانی به نظر می‌رسد، میزان شیوع افسردگی بسیار کم‌تر از مطالعه اخیر می‌باشد. البته در همان کشور در مطالعه لوپا(۲۳) میزان شیوع افسردگی در سالمندان بالای ۷۵ سال ۳۸/۲٪ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز شیوع افسردگی در گروه سنی ۶۰ تا ۷۴ سال ۲۱/۳٪ و در گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر ۳۳/۴٪ به دست آمده است، که از نظر افزایش شیوع افسردگی در سالمندان با افزایش سن با مطالعه اخیر هم‌خوانی دارد. مطالعه گورینا(۲۴) در روسیه نیز میزان شیوع افسردگی را با ابزار GDS15 در گروه ۶۵ تا ۷۴ سال ۲۵/۹٪ و در گروه سنی بالاتر از ۷۵ سال ۴۲/۵ درصد گزارش نموده است. در مقایسه با مطالعات داخلی مطالعه دکتر مفیدی(۸) و همکاران شیوع کلی اختلالات روان‌پزشکی را در سال ۲۰۰۴ در کردها ۲۷/۳٪ گزارش نموده است، که تا حدودی به نتایج مطالعه اخیر نزدیک می‌باشد. در مطالعه قرنجیک(۱۰) در سالمندان ترکمن با ابزار GDS میزان شیوع افسردگی خفیف ۲۰ درصد، افسردگی متوسط ۱۳ درصد، افسردگی شدید ۳ درصد بوده است. که نسبت به این تحقیق کم‌تر می‌باشد. در مطالعه اشرفی(۱۱) روی سالمندان ترک آذری با تست GDS15 میزان شیوع افسردگی خفیف ۵۵/۷٪، افسردگی متوسط ۱۰/۳٪ و افسردگی شدید ۶ درصد می‌باشد. که به نظر می‌رسد با مطالعه حاضر قرابت بیش‌تری داشته باشد. در مطالعه خوشبین(۹) در سال ۱۳۸۱ در سالمندان بالای ۶۰ سال ۱۹/۳ درصد احساس افسردگی مزمن و براساس ابزار GDS4، حدود ۱۳/۷٪ از افراد تحت مطالعه دارای افسردگی بودند. که نتایج فوق کم‌تر از میزان به دست آمده در این مطالعه می‌باشد.. مطالعه منظوری(۱۲) در سالمندان ساکن جامعه شهر اصفهان نیز میزان شیوع افسردگی را با مقیاس افسردگی سالمندان ۶۳/۷٪ گزارش نموده است، که ۴۰/۷٪ افسردگی متوسط و ۲۳ درصد افسردگی شدید داشته‌اند، که نسبت به مطالعه اخیر بیش‌تر می‌باشد.

با توجه به موارد فوق و از آنجایی که طبق مطالعه انکویست(۲۵) میزان شیوع علائم افسردگی می‌تواند پیش‌گویی کننده سطح رضایت از زندگی در دو سال آینده باشد و همچنین، ۲۵٪ موارد افسردگی خفیف در مدت دو سال به اختلال افسردگی اساسی تبدیل می‌شوند، توجه به موارد دارای افسردگی خفیف جهت پیشگیری از افزایش موارد افسردگی اساسی در آینده و کاهش بار بیماری‌ها در سالمندان کرد کاملاً ضروری به نظر میرسد.

در این مطالعه نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره افسردگی در جنس زن بالاتر و اختلاف آن از نظر آماری معنادار بوده است (P=۰/۰۳۲). این نتایج با نتایج مطالعات قرنجیک(۱۰) در سالمندان ترکمن و اشرفی(۱۱) در سالمندان ترک آذری و خوش بین(۹) در سالمندان سطح کشور همخوانی دارد. در مطالعه، کوپلند(۱۶) در اروپا، بارو(۱۳) در هندو مین یونگ چانگ(۱۵) در تایوان هم شیوع افسردگی در زنان بیش‌تر بوده است. ولی در مطالعه گورینا(۲۴) در روسیه اختلاف آن از نظر آماری معنادار نبوده است. و در مطالعه منظوری(۱۲) جنس زن نقش حفاظتی در برابر ابتلا به افسردگی متوسط داشته است. علیرغم اینکه در بیش‌تر مطالعات افسردگی در زنان بیش‌تر بوده است؛ ولی بالاتر بودن میانگین نمره افسردگی در زنان سالمند کرد، در این مطالعه می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد، از جمله اینکه زن در بیش‌تر جوامع کوچک و سنتی جنس دوم محسوب شده و موقعیت‌ها و فرصت‌های اندکی را جهت بهبود وضعیت خویش به دست می‌آورد، همچنین نزدیک به صفر درصد افراد دارای تحصیلات بوده‌اند و میزان بیوگی در میان زنان بیش‌تر از مردان بوده است. این موارد که همه خود از عوامل خطر افزایش افسردگی در میان سالمندان طبق منابع متعدد می‌باشند، می‌توانند از علل افزایش میزان افسردگی در میان زنان در این مطالعه محسوب شوند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره افسردگی در گروه سنی ۷۵< سال بیش‌تر از گروه سنی ۷۵-۶۰ سال بوده است و اختلاف دو گروه از نظر آماری معنادار بوده است (P=۰/۰۲۲). این نتایج با نتایج تعدادی از مطالعات از جمله مطالعه اشرفی(۱۱) در سالمندان ترک آذری، مطالعه لوپا(۲۳) در آلمان و مطالعه گورینا(۲۴) در روسیه همخوانی دارد. در تعدادی از مطالعات نیز این ارتباط معنادار نبوده است؛ مثل، مطالعه قرنجیک(۱۰) در سالمندان ترکمن و کوپلند(۱۶) در اروپا. افزایش سن اگرچه به خودی خود علت افزایش میزان شیوع افسردگی نمی‌باشد ولی به دلیل همراهی با یک‌سری از مشکلات از قبیل، افزایش بیماری‌های مزمن، افزایش بیماری‌های همراه با درد یا مهلک،

افزایش مصرف دارو، کاهش توانایی‌های عملکردی، افزایش اختلالات شناختی و افزایش حوادث پر استرس زندگی از قبیل داغدیدگی می‌تواند همراه با افزایش میزان شیوع افسردگی باشد که نتایج تحقیق حاضر نیز با این موضوع مطابق می‌باشد.

همچنین در مطالعه حاضر میانگین نمره افسردگی برحسب همراه زندگی نیز از نظر آماری دارای اختلاف معنادار بوده است (P=۰/۰۰۶). به طوری که زندگی با همسر می‌تواند نقش حفاظتی در برابر افسردگی داشته باشد. این نتایج با نتایج مطالعه منظوری(۱۲) که در آن داشتن همسر در قید حیات و زندگی با او نقش حفاظتی در برابر افسردگی متوسط و شدید داشته است مطابقت دارد، اما در مطالعات قرنجیک(۱۰) و اشرفی(۱۱) ارتباط فوق معنادار نبوده است. به نظر می‌رسد زندگی در کنار همسر با مشارکت بیش‌تر در فعالیت‌های اجتماعی، افزایش اعتماد به نفس و امنیت خاطر همراه بوده و از میزان افسردگی می‌کاهد. لذا بستر سازی فرهنگی برای تشویق افزایش ازدواج‌های سالمندی به خصوص با توجه به اینکه میزان بیوگی و افسردگی در میان زنان سالمند بیش‌تر از مردان می‌باشد، می‌تواند تأثیر به سزایی در پیشگیری از افسردگی داشته باشد.

همچنین در مطالعه حاضر میانگین نمره افسردگی برحسب میزان تحصیلات نیز از نظر آماری دارای اختلاف معنادار بوده است (P<۰/۰۰۱). و میانگین نمره افسردگی در افراد بی‌سواد نسبت به افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم و یا دیپلم و بالاتر، بیش‌تر بوده است. این نتایج با نتایج مطالعات قرنجیک(۱۰) و اشرفی(۱۱) در سالمندان ترکمن و ترک و مطالعه منظوری(۱۲) در اصفهان همخوانی دارد. در مطالعه لوپا(۲۳) در آلمان نیز افسردگی با سطح تحصیلات پایین در ارتباط بوده است.

از آنجا که سطح تحصیلات پایین در میان سالمندان می‌تواند منجر به عوارضی گردد که از عوامل خطر ابتلا به افسردگی در سالمندان می‌باشند، وجود چنین ارتباطی در این مطالعه و سایر مطالعات چندان بیراه هم نمی‌باشد. عوارضی مثل فرصت‌های شغلی کم‌تر برای افراد بی‌سواد و پایین‌تر بودن سطح درآمد که خود می‌تواند منجر به وضعیت سلامت عمومی بدتر شود و امکان مشارکت‌های اجتماعی کم‌تر که همه می‌توانند منجر به افزایش خطر افسردگی شوند. همچنین سطح تحصیلات پایین در بعضی مطالعات با افزایش خطر ابتلا به اختلالات شناختی همراه بوده، که خود می‌تواند عامل خطر افسردگی باشد.

در این مطالعه بین میانگین نمره افسردگی و محل سکونت، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان از نظر آماری دارای اختلاف معناداری وجود نداشته است. در مطالعه اشرفی(۱۱) و قرنجیک(۱۰) احساس افسردگی با سن یا محل سکونت در ارتباط نبوده است و در مطالعه خوش‌بین(۹) میزان شیوع افسردگی در روستاها بیش‌تر بوده و در مطالعه چن(۱۴) و مین یونگ چانگ(۱۵) در شهرها بیش‌تر بوده است.

در مطالعه لوپا در آلمان(۲۳) و اشرفی(۱۱) در سالمندان ترک آذری افسردگی با طلاق یا بیوگی ارتباط داشته است، ولی در مطالعه قرنجیک(۱۰) این ارتباط معنادار نبوده است. در مطالعه اشرفی(۱۱) و قرنجیک(۱۰) احساس افسردگی با تعداد فرزند در ارتباط نبوده است. در خصوص محل سکونت در این مطالعه به نظر می‌رسد که گسترش امکانات بهداشتی و ارتباطی در سطح روستاها که منجر به بهبود شاخص‌های بهداشتی در این مناطق شده است و همچنین بافت نیمه سنتی شهرهای کوچک توانسته در نزدیک سازی شاخص‌های شهر و روستا به هم مؤثر بوده باشد. اگرچه با رواج گسترده شهرنشینی مدرن انتظار تغییر در شاخص‌های فوق بعید به نظر نمی‌رسد. در ارتباط با بعد خانوار برخلاف فرهنگ غالب کنونی، در گذشته داشتن فرزندان بیش‌تر به خصوص اولاد ذکور مطلوب خانواده‌ها بوده و منجر به مشکلات روانی برای خانواده نشده است.

نتیجه‌گیری

همان‌طورکه در فصول قبل نیز ذکر شده است برنامه‌ریزی برای سالمندان و به خصوص با میزان شیوع بالای مشکلات اعصاب و روان در میان سالمندان برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت روان سالمندان می‌بایست از اجزاء اصلی برنامه‌های بهداشتی کشورها در سال‌های آتی باشد.

براساس نتایج حاصل از تحقیق فوق در سالمندان کرد، با توجه به شیوع بالای افسردگی خفیف در این جمعیت و توجه به این نکته که درمان افسردگی خفیف لزوماً درمان دارویی نمی‌باشد و یادآوری این امر که پیشگیری بهتر از درمان است، انجام هر چه سریعتر اقدامات مداخله‌ای جهت جلوگیری از پیشرفت موارد خفیف به سمت اختلال افسردگی اساسی ضروری است. چراکه در این صورت سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌بایست متحمل هزینه‌های سنگین‌تری گردند. برنامه‌ریزی جهت افزایش

بکارگیری سالمندان و پرکردن مفید اوقات فراغت، مناسب‌سازی محیط‌های شهری جهت افزایش امکان شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، فرهنگ سازی جهت تقویت دیدگاه‌های مثبت موجود به سالمندان و کاهش دیدگاه‌های منفی به خصوص در میان نسل جوان و افزایش ارتباط بین نسل‌ها، فرهنگ سازی جهت افزایش ازدواج سالمندان و جلوگیری از افزایش سالمندان تنها و آموزش به سالمندان جهت انجام امور شخصی و حفظ استقلال فردی، همه می‌توانند در کاهش بار بیماری افسردگی در سالمندان مؤثر باشند.

با توجه به ارتباط فاکتورهایی از قبیل پایین بودن میزان تحصیلات و اشتغال با افسردگی برنامه‌ریزی جهت ارائه آموزش‌های مناسب به این گروه ازجمله سوادآموزی در حد افزایش توان استفاده از امکانات جدید و مدیریت منابع مالی در حد ضرورت و ارائه آموزشهای شغلی مناسب سالمندان، می‌تواند در کاهش میزان افسردگی مفید واقع گردد.

لازم به ذکر است که در برنامه‌ریزی‌ها توجه ویژه به گروه‌های در معرض خطر بیش‌تر مثل زنان و سالمندان پیر حتماً باید مد نظر قرار گیرد.

ناگفته نماند که از آنجا که سالمندان هنوز براساس آموزه‌های فرهنگی و دینی جایگاه نسبتاً مناسبی را در خانواده‌ها دارند، استفاده از نیروی بالقوه خانواده‌ها در جهت کاهش عوامل خطر افسردگی در سالمندان و همچنین تشخیص و درمان به موقع این اختلال، می‌تواند بسیار مفید بوده و نقش مهمی در کاهش بار نهادهای مراقبتی و حمایتی داشته باشد.

محدودیت‌های پژوهش

۱- منحصر بودن پژوهش در سطح یک شهرستان از محدودیت‌های اصلی آن می‌باشد که البته همانطورکه ذکر شد، شهرستان بوکان بعد از سنندج دومین شهر پرجمعیت کردنشین استان‌های آذربایجان غربی و کردستان می‌باشد.

۲- با توجه به اینکه تکمیل پرسش‌نامه براساس اظهارات فرد و کاملاً اختیاری بوده، سالمندان شدیداً ناتوان به خصوص در سطح شهر ممکن است نادیده گرفته شده باشند.

۳- با توجه به اینکه نمونه‌ها سالمندان مقیم در جامعه را شامل می‌شود، نتایج قابل تعمیم به سالمندان کرد مقیم سراها یا بستری در بیمارستان نمی‌شود.

۴- در این مطالعه از یک تست غربالگری جهت تعیین میزان شیوع افسردگی استفاده شده است، اما همان‌طورکه در فصل سوم ذکر شد، این تست با توجه به حساسیت و ویژگی بالا در حال حاضر یکی از پرکاربردترین تست‌ها در سطح جهان می‌باشد.

۵- خارج شدن افراد مبتلا به اختلالات شناختی از تحقیق که خود از گروه‌های در معرض خطر بالای افسردگی می‌باشند.

تشکر و قدردانی

با تشکر از کلیه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشتی که در اجرای این طرح متحمل زحمت شده‌اند.

REFERENCES منابع

1. Switzerland. World Health Organization. Social development and ageing: crisis or opportunity? Special panel at Geneva; 2000.
2. Iran. Statistical center of Iran. Population and housing census. Thran; 2006.
3. Switzerland. World Health Organization. The global burden of disease 1990-2020. Bulletin of the World Health Organization. 2010.
4. Beers MH, Jones TV, Bekwits ML, Kaplan J, Porter R. Merck Manual of Geriatric. NJ: Merck & Co Inc; 2000.
5. Depression in late life: not a natural part of aging [Internet] 2008. Available from: http://www.gmhfonline.org/gmhf/consumer/factsheets/depression_latelife.html
6. Trevor A, Parker Sh, Parker H. Race and ethnicity in health research. Journal of Public Health Medicine 1992;14(2):104-110.
7. Alagiakrishnan K. Ethnic elderly with dementia (overcoming the cultural barriers to their care). Canadian Family Physician 2008;54(4):521-2.
8. Mofidi N, Ghazinour M, Araste M, Jacobsson L, Richter J. General mental health, quality of life and suicide relate attitudes among Kurdish people in Iran. International Journal of Social Psychiatry 2008;54(5):457-68.
9. Khoshbin S, Eshrati B, Azizabadi Farahani A, Ghouee A, Motlagh M. Report on the helath of older people. Ministry of Health and Medical Education; 2007. 88 p.
10. Gharanjik A, Mohammadi Shahbolaghi F, Sahaf R. Incidence of depression and its related factors in Turkman older people in 2010 [MPH thesis]. Tehran, Iran: The University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2011.
11. Ashrafi K, Sahaf R, Mohammadi Shahbolaghi F. Incidence of depression and its related factors in Azari older people residing in Salmas in 2011 [MPH thesis]. Tehran, Iran: The University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2011.
12. Manzouri L, Babak A, Merasi M. Factors related to depression in Esfahani older people in 2007. Salmand Iranian Journal of Ageing 2009;4(14):27-33.
13. Barua A, Kar N. Screening for depression in elderly Indian population. Indian J Psychiatry. 2010;52(2):150-3.
14. Chen R, Wei L, Hu Z, Qin X, Copeland JRM, Hemingway H. Depression in older people in rural China. Archives of Internal Medicine 2005;165(17):2019-2025.
15. Mian-Yoon C, Mrchin-Yeung T, Cheng-Shen C, Tze-Chun T, Chwen-Cheng C, Tzung-Liey Y, et al. Community study of depression in old age in Taiwan prevalence, life events and socio-demographic correlates. British Journal of Psychiatry 2001;178(1):29-35.
16. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. geographical distribution among older people. British Journal of Psychiatry 1999 Apr;174():312-21.
17. Wild BHW, Schellberg D, Lechner S, Niehoff D, Brenner H, Rothenbacher D. Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27(4):375-81.
18. Malakouti S, Fathollahi P, Mirabzade A, Salavati M, Kahani Sh. Validation of GDS in Iran. Journal of the faculty of medicine 2006;30(4):361-368.
19. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. The abbreviated mental test: its use and validity. Age and Ageing 1991;20(5):332-6.
20. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbaian P, Ghaemmaghamfarahani Z, Rahgozar M. Validation of Mini-Mental State Examination in the older people of Tehran. Third congress of ageing issues in Iran and other countries; 2008 Feb; Tehran; Iran.
21. Mirzaee M, Shams Ghahfarrokhi M. Epidemiology of Iranian older people based on census 1335-1385. Salmand Iranian Journal of Ageing 2007;2(5):326-331.
22. Chan MF. Exploring risk factors for depression among older men residing in Macau. J ClinNurs. 2011;20(17-18):2645-54.
23. Luppa MSC, Luck T, Weyerer S, Villringer A, König HH, Riedel-Heller SG. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life-results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27(3):286-95.
24. Gurina NAFE, Degryse JM. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St. Petersburg district-the "crystal" study. J Am Geriatr Soc. 2011;59(6):980-8.
25. Enkvist AEH, Elmståhl S. Life satisfaction (LS) and symptoms among the oldest-old: results from the longitudinal population study called Good Aging in Skåne (GÅS). Arch Gerontol Geriatr. 2012;54(1):146-50.