مقاله پژوهشی
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
جلد سوم، شماره اول، زمستان ۱۳۸۲

شیوع افسردگی در سالمندان شهر کرمان در سال ۱۳۸۱

قدرتا... رجبی‌زاده[1*]، آرش رمضانی[2]

خلاصه

سابقه و هدف: مطالعات مختلف نشان داده است که افسردگی از جمله اختلالات شایع روان‌پزشکی می‌باشد و حدود ۲۰-۸٪ افراد را درگیر می‌سازد. به منظور بررسی شیوع افسردگی در افراد سالمند، مطالعه حاضر در افراد بالای ۵۰ سال در شهر کرمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت مقطعی در بهار و تابستان سال ۱۳۸۱ انجام شدو تعداد ۱۲۱۲ نفر افراد بالای ۵۰ سال به طریقه نمونه‌گیری دو مرحله‌ای (خوشه‌ای- تصادفی) مورد بررسی قرار گرفتند. افسردگی به وسیله پرسش‌نامه Beck مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: از کل افراد مورد مطالعه ۲۲۵ نفر (۱۸/۶٪) علایم افسردگی مرزی و ۷۲۸ نفر (۶۰٪) دارای درجاتی از افسردگی بودند و از نظر شیوع افسردگی تفاوت معنی‌دار آماری بین دو جنس وجود داشت. هم‌چنین بین وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سن، شغل، وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی و اعتیاد به سیگار و مواد مخدر و افسردگی رابطه معنی‌دار وجود داشت. اما با در نظر گرفتن اضطراب به عنوان یک عامل همراه افسردگی، ارتباط بین جنس، شغل، وضعیت تأهل و افسردگی معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: از یافته‌های مطالعه چنین بر می‌آید که شیوع افسردگی در افراد سالمند در کرمان بالا است و جنسیت زن، وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی پایین، جدا زندگی کردن و اعتیاد را می‌توان از جمله عوامل خطر برای‌این نکته دانست.

واژه‌های کلیدی: سالمند، افسردگی، کرمان

مقدمه

زندگی سالمندان در محیط اجتماعی متفاوتی سپری می‌شود. برای مثال ۲۸-۲۴ درصد افراد بالای ۶۵ سال تنها زندگی می‌کنند و معمولاً بازنشسته شده‌اند. بازنشستگی اجباری همراه با احترام عمیق به کار می‌تواند احساسات منفی نسبت به موقعیت به وجود آورد. این احساسات قادرند مشکلات جسمی و روانی ایجاد کنند. دشواری‌های هیجانی ممکن است علل اجتماعی دیگری نیز داشته باشند به طور مثال از دست دادن درآمد، احساس اینکه فرد دیگر حاکم بر سرنوشت خود نیست، تغییر محل سکونت یا اختلال سلامتی. به طور کل هر آنچه که به کم شدن عزت نفس و ارزش اجتماعی فرد کمک می‌کند می‌تواند زمینهٔ حضور اختلالات روانی در سالمندان را فراهم آورد. به نظر می‌رسد نتیجهٔ عمدهٔ

۱*- استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسندهٔ مسئول)
۲- دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

این تغییرات، احساس تنهایی باشد که شخص با تفکر در مورد این عوامل به سمت افسردگی سوِ پیدا می‌کند [۷].

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی و شایع‌ترین اختلال خلقی در بین مردم دنیا می‌باشد. در مطالعات مختلف شیوع این اختلال را بین ۲۰-۸ درصد تخمین زده‌اند [۳۰، ۲۸، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۹]. اطلاعات حاصله از مطالعهٔ NIMH بر روی افسردگی نشان داد که متعاقب یک دوره اختلال افسردگی اساسی، بیماران در طی پی‌گیری یک دورهٔ ده ساله ۵۸٪ فعالیت روزانهٔ خود را از دست داده‌اند. این میزان در مورد افسردگی اساسی ۱۵٪ تعداد هفته‌ها، افسردگی خفیف، ۲۷٪ تعداد هفته‌ها و در مورد علایم تحت کلینیکی افسردگی ۱۶٪ تعداد هفته‌ها می‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که افسردگی طیفی از اختلالات می‌باشد، نه فقط یک بیماری تنها [۱۰،۱۹،۲۰،۲۳،۲۹]. بیشتر مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی خفیف ۲ برابر شایع‌تر از نوع اساسی است. اختلال در خوب بودن و ناتوانی در عملکردهای روزمره در افسردگی خفیف قابل توجه است [۳۱].

با توجه به مطالعات قبلی به نظر می‌رسد با افزایش سن، میزان شیوع افسردگی در جمعیت کرمان افزایش می‌یابد [۳،۴،۵]. مطالعات مختلف در دنیا نیز افسردگی را یکی از عوامل ناتوانی در سنین بالا ذکر کرده‌اند و عوامل مؤثر در بروز افسردگی در سالمندان از دست دادن همسر، زندگی تنها و طولانی‌مدت در منزل یا نگهداری در مؤسسات ویژه و بازنشستگی بیان شده است [۹، ۱۱، ۱۳، ۲۴، ۲۷].

با توجه به ناشناخته بودن طب سالمندان در کشور ما و عدم توجه کافی به مشکلات روحی و روانی این گروه سنی و هم‌چنین کمبود مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد افسردگی در این افراد، مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین شیوع افسردگی در افراد مسن (بالای ۵۰) سال در کرمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه به صورت مقطعی در بهار و تابستان ۱۳۸۱ در شهر کرمان اجرا شد با توجه به مطالعات قبلی [۳] با در نظر گرفتن شیوع افسردگی حداقل p=٪۲۵ و خطای نمونه‌گیری d = ٪۵ و α=٪۵ حجم نمونه‌ای برابر ۱۲۱۲ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به صورت دو مرحله‌ای انجام گرفت. بدین صورت که ابتدا کرمان براساس نقشه شهری و مناطق شهرداری به خوشه‌هایی تقسیم گردید. سپس به صورت تصادفی خوشه‌ها انتخاب و از هر خوشه به صورت نمونه‌گیری احتمالی ساده براساس جدول اعداد تصادفی نمونه‌گیری انجام شد. پرسش‌نامه‌های افسردگی، اضطراب و اطلاعات شخصی توسط پزشک عمومی آموزش دیده بین نمونه‌ها تقسیم و در مورد هر کدام برای افراد توضیح داده شد. در صورتی که افراد بی‌سواد بودند خود فرد پرسشگر پرسش‌نامه را برای وی پر می‌کرد.

جهت نمونه‌گیری برای هر فرد بالای ۵۰ سال علاوه بر اطلاعات زمینه‌ای از قبیل سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان درآمد خانواده، وضعیت سیگار کشیدن، اعتیاد به مواد مخدر وضعیت اشتغال کنونی بررسی شدند. جهت اندازه‌گیری افسردگی از فرم افسردگی بک[1] استفاده شد این پرسش‌نامه ۲۱ سؤال چهار جوابی داشته که هر سؤال امتیازی بین ۰تا۳ می‌گیرد سپس کل نمرات با هم جمع می‌شود. نمرات زیر ۱۰ بدون افسردگی، ۱۱ تا ۱۵ افسردگی مرزی، ۱۶تا۲۰ افسردگی خفیف، ۲۱تا۳۰ افسردگی متوسط و ۳۱ به بالا به عنوان افسردگی شدید تقسیم‌بندی می‌شود این پرسش‌نامه در مطالعات قبلی به فارسی ترجمه، تحت روایی و پایایی قرار گرفته است در مطالعه قبلی در جمعیت عمومی در کرمان کارایی خود را ثابت کرده است [۳،۴]. با توجه به اینکه اضطراب همراهی زیادی با افسردگی دارد میزان اضطراب نیز توسط پرسش‌نامه کتل[2] اندازه‌گیری شد. آزمون کتل جهت سنجش اضطراب در افراد به کار می‌رود که شامل ۴۰ سؤال است. هر سؤال نمره معینی داشته، با استفاده از کلید مخصوص نمرات به دست آمده برای زن و مرد تراز می‌شود. اضطراب از درجه صفر یا سالم تا درجه ۳ یا اضطراب شدید متفاوت است. این پرسش‌نامه به فارسی برگردانده شده و جهت تعیین اضطراب در بیماران ایرانی تحت ارزیابی پایایی و روایی قرار گرفته است و در مطالعات مختلف به کار برده شده است [۶،۸]. داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک کامپیوتر سازگار با IBM و بسته نرم‌افزار آماری

1- Beck
2- Cattle

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

SPSS-10 تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفتند جهت آزمون فرضیه از آزمون‌های آماری ذیل استفاده گردید.

۱- Chi Square test، ۲- Mann-Whitney test

۳- Kruskal-Wallis test ۴- ANOVA test

۵- Pearson Correlation Coefficient

پس از توصیف متغیرها و تعیین ارتباطات با کمک آزمون‌های آماری با توجه به ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای با اضطراب و افسردگی و ارتباط اضطراب و افسردگی با هم، افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و اضطراب به عنوان عامل همراه برای آن در نظر گرفته جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای و افسردگی از مدل آنالیز واریانس چند متغیر استفاده گردید. در تمامی آزمون‌های آماری سطح زیر ۵٪ معنی‌دار تلقی گردید.

نتایج

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که از بین ۱۲۱۲ نفر نمونه که وارد مطالعه شدند ۲۵۹ نفر (۲۱/۴٪) علایم افسردگی نداشتند، ۲۲۵ نفر (۱۸/۶٪) دارای علایم افسردگی مرزی بودند و بقیه ۷۲۸(۶۰٪) دارای درجاتی از افسردگی بودند. در بررسی ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای با میزان افسردگی مشخص شد که بین دو گروه جنسی از نظر شدت افسردگی اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد و زن‌ها شدت افسردگی بیشتری نسبت به مردها دارند (P=۰/۰۳۳). بین سن و شدت افسردگی نیز همبستگی آماری معنی‌داری وجود داشت به طوری که با افزایس سن میزان افسردگی افزایش می‌یافت گر چه ضریب همبستگی ضعیف اما در حد معنی‌دار آماری بود (p<۰/۰۰۱، ρ=۰/۱۹ Spearman). ارتباط بین گروه‌های سنی و شدت افسردگی در جدول۱ نشان داده شده است.

در وضعیت تأهل نیز اختلاف در سطح آماری معنی‌داری وجود داشت و افراد بیوه بیشترین میزان افسردگی را داشتند بعد از آن‌ها به ترتیب مطلقه، متأهل و مجرد قرار داشت (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی شدت افسردگی در گروه‌های سنی مختلف در افراد تحت مطالعه

افسردگی / گروه‌سنی	ندارد		مرزی		خفیف		متوسط		شدید		کـــل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۵۴-۵۰ سال	۵۸	۲۲/۴	۴۹	۲۱/۸	۷۶	۲۱/۴	۵۱	۱۳/۸	۱	۲۵	۲۳۵	۱۹/۴
۵۹-۵۵ سال	۱۵۲	۵۸/۷	۱۳۰	۵۷/۸	۲۰۹	۵۸/۹	۱۶۲	۴۳/۹	۰	۰	۶۵۳	۵۳/۹
۶۴-۶۰ سال	۴۱	۱۵/۸	۲۸	۱۲/۴	۵۱	۱۴/۴	۱۰۴	۲۸/۲	۱	۲۵	۲۲۵	۱۸/۶
> ۶۴ سال	۸	۳/۱	۱۸	۸	۱۹	۵/۳	۵۲	۱۴/۱	۲	۵۰	۹۹	۸/۱۶
کـــل	۲۵۹	۲۱/۴	۲۲۵	۱۸/۶	۳۵۵	۲۹/۳	۳۶۹	۳۰/۴	۴	۰/۳	۱۲۱۲	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی شدت افسردگی بر حسب وضعیت تأهل در افراد تحت مطالعه

وضعیت تأهل / شدت افسردگی	مجـرد		متـأهل		مطلقـه		بیـوه		کـــل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بدون افســردگی	۱۵	۲۵/۴	۲۱۷	۲۱/۴	۱۴	۲۷	۱۳	۱۵/۳	۲۵۹	۲۱/۴

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

مـــرزی	۱۷	۲۸/۸	۱۹۴	۱۹/۱	۵	۹/۶	۹	۱۰/۶	۲۲۵	۱۸/۶
خفیـــف	۱۵	۲۵/۴	۳۲۷	۳۲/۲	۵	۹/۶	۸	۹/۴	۳۵۵	۲۹/۳
متـــوسط	۱۱	۱۸/۷	۲۷۵	۲۷	۲۸	۵۳/۸	۵۵	۶۴/۷	۳۶۹	۳۰/۴
شـــــدید	۱	۱/۷	۳	۰/۳	۰	۰	۰	۰	۴	۰/۳
کـــل موارد	۵۹	۴/۹	۱۰۱۶	۸۳/۸	۵۲	۴/۳	۸۵	۷	۱۲۱۲	۱۰۰

Kruskal-Wallis test χ^2 = ۳۲ df=۳ p <۰/۰۰۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8] [Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

بین میزان تحصیلات و شدت افسردگی نیز ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت با افزایش میزان تحصیلات شدت افسردگی کاهش پیدا می‌کرد و این کاهش در سطح معنی‌دار آماری بود (Spearman ρ= -۰/۳۹، p<۰/۰۰۱).

بین مشاغل گوناگون و افسردگی نیز ارتباط در سطح معنی‌داری وجود داشت به طوری که کارگران و خانم‌های خانه‌دار بیشترین میزان افسردگی را داشتند، (Kruskal Wallis test P=۰/۰۰۱). بین میزان درآمد خانواده و افسردگی نیز ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت زیرا خانواده‌های با درآمد زیر ۱۵۰ هزار تومان میزان افسردگی بیشتری داشتند. سیگار کشیدن و اعتیاد به مواد مخدر نیز شدت افسردگی را به طور معنی‌داری افزایش داد (جداول۳و۴) همبستگی آماری معنی‌داری بین تعداد فرزندان و میزان افسردگی وجود داشت با افزایش تعدادفرزندان میزان افسردگی نیز افزایش می‌یافت (Spearman ρ=۰/۴۳،p<۰/۰۰۱).

جدول ۳: توزیع فراوانی شدت افسردگی بر حسب وضعیت سیگار کشیدن در افراد تحت مطالعه

سیگار / شدت افسردگی	نمی‌کشد		می‌کشد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بدون‌افسردگی	۲۱۴	۲۶/۹	۴۵	۱۰/۸	۲۵۹	۲۱/۴
مرزی	۱۵۴	۱۹/۳۴	۷۱	۱۷	۲۲۵	۱۸/۶
خفیف	۱۹۵	۲۴/۵	۱۶۰	۳۸/۵	۳۵۵	۲۹/۳
متوسط	۲۳۱	۲۹	۱۳۸	۳۳/۲	۳۶۹	۳۰/۴
شدید	۲	۰/۳	۲	۰/۵	۴	۰/۳
کل	۷۹۶	۶۵/۷	۴۱۶	۳۴/۳	۱۲۱۲	۱۲۱۲

Mann Whitney test U=۱۳۵۹۵۷ P<۰/۰۰۱

جدول ٤: توزیع فراوانی شدت افسردگی بر حسب اعتیاد به مواد مخدر در افراد تحت مطالعه

اعتیاد / شدت افسردگی	نـدارد		دارد		کـل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بدون افسـردگی	۲۵۲	۲۶/۱	۷	۲/۸	۲۵۹	۲۱/۴
مـرزی	۱۹۷	۲۰/۴	۲۸	۱۱/۴	۲۲۵	۱۸/۶
خفیـف	۲۵۴	۲۶/۳	۱۰۱	۴۰/۹	۳۵۵	۲۹/۳
متـوسط	۲۶۰	۲۷	۱۰۹	۴۴/۱	۳۶۹	۳۰/۴
شـدید	۲	۰/۲	۲	۰/۸	۴	۰/۳
کـل	۹۶۵	۷۹/۶	۲۴۷	۲۰/۴	۱۲۱۲	۱۰۰

Mann Whitney test U=۷۶۷۵۸ p<۰/۰۰۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

با توجه به اینکه اضطراب یک عامل همراه با افسردگی می‌باشد و ارتباط متغیر اضطراب با تمامی متغیرهای زمینه‌ای وجود داشت اضطراب به عنوان یک عامل همراه در نظر گرفته شد و مدل آنالیز واریانس چند متغیر با فرض افسردگی به عنوان یک عامل وابسته و اضطراب بعنوان عامل همراه یا نشان داد که تنها متغیرهای میزان تحصیلات، وضعیت درآمد ماهیانه، سیگار کشیدن، اعتیاد به مواد مخدر و گروه‌های سنی با میزان افسردگی در ارتباط می‌باشند و همبستگی بین افسردگی و اضطراب نیز معنی‌دار است (جدول ۵).

جدول ۵: مدل آنالیز واریانس چند متغیره در مورد ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای و افسردگی با فرض اضطراب به عنوان متغیر همراه

متغیر	F	P.Value
جنس	۰/۰۰۸	۰/۹۳
شغل	۰/۵۷۹	۰/۷۵
تحصیلات	۳/۹۲۳	۰/۰۰۸
وضعیت تأهل	۰/۷	۰/۵۵
درآمد ماهیانه	۴۵/۴۰۸	۰/۰۰۰
سیگار	۲۸/۲۱۴	۰/۰۰۰
اعتیاد به‌موادمخدر	۱۶/۹۲۸	۰/۰۰۰
تعداد افرادخانوار	۹/۶۵۱	۰/۰۰۰
گروه سنی	۳/۰۶۱	۰/۰۳
شدت اضطراب	۵۱۱/۴۸۲	۰/۰۰۰
عدد ثابت	۵۵۷/۸	۰/۰۰۰

$R^2 = ۰/۵۵$

بحث

سالمندان طیف وسیعی از بیماران تشکیل می‌دهند که با توجه به ویژگی‌های پاتوفیزیولوژیک آن‌ها الگوی بیماری‌ها در این افراد متفاوت بوده، حتی توجه خاصی را به صورت تخصص جداگانه طب سالمندان می‌طلبد که در کشورهای پیشرفته به صورت جداگانه بر روی این طیف سنی بحث و بررسی انجام می‌شود. تغییرات عمده پدیده سالمندی یا Aging باعث تغییر پاسخ‌های افراد پیر به استرس شده، علل اجتماعی از جمله بازنشستگی، تنهایی، کاهش درآمد و فعالیت اجتماعی نیز مزید بر علت می‌شوند تا فرد سالمند را در معرض استرس‌ها و شرایط خاص روانی قرار دهند که افسردگی شایع‌ترین آنهاست [۷].

مطالعات اپیدمیولوژیک بر پایهٔ مطالعهٔ اپیدمیولوژیک منطقه‌ای Catchment (ECA) و اطلاعات حاصله از مطالعهٔ ملی (NCS) از جمله مطالعات مهمی هستند که شیوع، ناتوانی در عملکرد، عواقب درازمدت افسردگی و هم‌چنین تحمیل هزینه‌های گزاف را بررسی کرده‌اند [۲۹، ۲۶، ۲۱، ۱۸، ۱۲].

در مطالعهٔ انجام گرفته در ماهان کرمان در سال ۱۳۷۹ میزان افسردگی در جمعیت عمومی ۶۰٪ گزارش شده است [۳]. در مطالعهٔ حاضر که بر روی افراد سالمند انجام شد میزان افرادی که درجاتی از افسردگی را نشان می‌دادند ۶۰٪ بود. مطالعات مختلف در کرمان در گروه‌های شغلی مختلف از جمله پرستاران، بهیاران و معلمین شهر نشان دهندهٔ افزایش شیوع افسردگی با افزایش سن می‌باشد [۳،۴،۵]، که این میزان شیوع براساس سندرم افسردگی خفیف تا افسردگی اساسی می‌باشد و افزایش شیوع سه برابر نسبت به آمار جهانی به این علت است که تمام طیف سندرم افسردگی را شامل می‌شود. در مطالعهٔ ما میزان افسردگی در بین دو جنس اختلاف آماری معنی‌دار را نشان داد، به طوری که شدت افسردگی در زنان بیش از مردان بود که این یافته‌ها بانتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد. در مطالعهٔ پانکالا[1] و کیولا[2] در فنلاند در سال ۱۹۹۵، ۱۶/۵٪ افراد بالای ۶۵ سال افسردگی داشتند که از این تعداد ۱۴/۴٪ مردان و ۱۷/۹٪ زنان بودند ولی اختلاف بین آنها معنی‌دار نبوده است [۲۴،۲۷]. در سایر مطالعات نیز افسردگی در زنان بیش از مردان بوده است و جنسیت زن را یک عامل خطر در بروز افسردگی دانسته‌اند، به طوری که در آمریکا زنان ۱/۷ برابر مردان دچار افسردگی اساسی در طول عمر خود می‌شوند [۳۱، ۲۱، ۱۸، ۱۷، ۱۲].

در مطالعهٔ ما بین سن و شدت افسردگی همبستگی آماری معنی‌دار وجود داشت. در مطالعهٔ یانگ[3] نیز شیوع افسردگی در افراد مسن خصوصاً افراد بالای ۸۰ سال افزایش نشان داده است [۳۲]. نکتهٔ حایز اهمیت این است که افراد جوان در معرض خطر بیشتر اختلالات افسردگی اساسی می‌باشند

1- Pankala
2- Kivela
3- Young

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

[۹،۱۳،۱۴،۲۳] مطالعه‌ای در انگلستان در سال ۱۹۹۳ بر روی دختران ۱۶-۱۱ ساله انجام گرفت و نشان داد که ۲۰/۷٪ از آنها در طول سال گذشته سندرم‌های خفیف افسردگی و علایم آنرا تجربه کرده‌اند و هم‌چنین مشخص شد که با افزایش سن شیوع افسردگی اساسی افزایش یافته است [۱۶].

در مطالعهٔ ما بین وضعیت تأهل و میزان افسردگی اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت و در این بین، افراد بیوه بیشترین میزان افسردگی را دارا بودند که این موضوع با یافته‌های مطالعات قبلی نیز همخوانی دارد[۲۹ ،۹ ،۱۳، ۱۶]. چنان که از نتایج مطالعهٔ ما برمی‌آید جدا شدن از همسر (بیوه و مطلقه) به عنوان یک عامل خطر برای افسردگی محسوب می‌شود. از سوی دیگر افراد متأهل و مجرد به ترتیب کمترین میزان افسردگی را دارند (۲۷ ،۱۶ ،۱۳ ،۹). جالب توجه اینجاست، چنانچه اضطراب به عنوان یک عامل همراه افسردگی در نظر گرفته شود، در آن صورت بین وضعیت تأهل و میزان افسردگی اختلاف معنی‌داری وجود نخواهد داشت به عبارت دیگر به نظر می‌رسد اضطراب جدایی از همسر باعث ایجاد افسردگی خواهد شد و تنها زندگی کردن به تنهایی روی میزان افسردگی تأثیر چندانی نخواهد داشت.

در این مطالعه بین میزان تحصیلات و میزان افسردگی نیز همبستگی آماری معنی‌دار وجود داشت به طوری که با افزایش میزان تحصیلات، شدت افسردگی کاهش می‌یافت. در مطالعات مختلف ذکر شده که خطر نسبی ابتلا به افسردگی برای تعداد سال‌های تحصیل از ۱۵ سال به بالا کاهش می‌یابد (OR=۰/۱). با این حال در سایر مطالعات در دنیا کمتربودن میزان تحصیلات عامل خطر ثابت شده‌ای برای افسردگی محسوب نمی‌شود [۲۷، ۱۹، ۱۵، ۱۳، ۹].

در مطالعهٔ ما بین مشاغل گوناگون و میزان افسردگی اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت به طوری که درکارگران و خانم‌های خانه‌دار بیشترین میزان افسردگی مشاهده شد که با نتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد [۲۱، ۱۳، ۹].

اگرچه در آنالیز چند متغیره، تأثیر شغل از بین می‌رود، این تفاوت با مطالعات دیگر شاید به دلیل شاغل بودن بیشتر خانم‌ها در جوامع غربی و خانه‌داری بیشتر آنها در ایران باشد. از عوامل مهم دیگر در بروز افسردگی میزان درآمد خانواده‌ها می‌باشد و خانواده‌ها با درآمد زیر ۱۵۰ هزار تومان میزان افسردگی بیشتری داشتند. در مطالعهٔ بلازر در سال ۲۰۰۰ وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی پایین یک عامل خطر محسوب شده است [۱۳].

در مطالعهٔ ما همبستگی آماری معنی‌دار بین تعداد فرزندان و میزان افسردگی وجود داشت که با توجه به منابع موجود و عدم دسترسی به سایر مطالعات در این زمینه اطلاعات محدودی وجود دارد، هم‌چنین بین سیگارکشیدن و اعتیاد به موادمخدر و میزان افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری بدست آمد، اما مطالعاتی که این ارتباط را ثابت کنند در دسترس نیست. بیشتر بودن افسردگی در افراد معتاد و سیگاری شاید بدلیل اثرات ارگانیک مواد مخدر یا سیگار بر روی اعمال فیزیولوژیک بدن و از سوی دیگر مطرود شدن این افراد توسط خانواده و اجتماع می‌باشد به طوری که کاهش حمایت اجتماعی از سوی خانواده و جامعه یکی از عوامل خطر جهت افسردگی می‌باشد [۱۳].

شایان ذکر است در این مطالعه اضطراب نیز به عنوان یک فاکتور همراه افسردگی سنجیده شد و دیده شد که با در نظر گرفتن اضطراب، سطح معنی‌داری بین جنس، شغل، وضعیت تأهل و افسردگی از بین می‌رود. شاید به این دلیل که اضطراب مزمن در دو جنس، مشاغل گوناگون به خصوص در افراد بیکار و هم‌چنین در افراد مطلقه یا بیوه متفاوت می‌باشد. طبعاً بر بروز افسردگی به تنهایی تأثیر می‌گذارد به عبارت دیگر افسردگی به خودی خود در این افراد ایجاد نمی‌شود بلکه اضطراب ایجاد شده ناشی از وقایع استرس‌آور باعث بروز افسردگی در این گروه از افراد می‌شود. نکتهٔ جالب توجه دیگر این است که اختلال افسردگی اساسی ناشی از شعله‌ور شدن یک اختلال خلقی مزمن در طول زمان می‌باشد، در حالی که افسردگی خفیف ناشی از واکنش به یک واقعهٔ اضطراب‌آور می‌باشد.

با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود:

۱- برای بررسی رابطه علت و معلولی انجام مطالعات طولی با استفاده از گروه شاهد لازم می‌باشد.

۲- در مطالعهٔ حاضر مصرف مواد مخدر فقط از طریق سؤال از افراد پرسیده شد. هیچ آزمونی در تشخیص اعتیاد بکار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

نرفت. اگرچه تمامی نمونه‌ها با صداقت و تحت کنترل پزشک عمومی به پرسش‌ها پاسخ دادند، اما احتمال دارد که بعضی از آنها اعتیاد خود را مخفی کرده باشند. بنابراین، بهتر است این ارتباط در مطالعات جداگانهٔ دیگر که معیارهای دقیق تشخیصی اعتیاد مورد توجه باشد، سنجیده شود.

۳- با توجه به شیوع بالای افسردگی در افراد پیر، مطالعات بیشتر در سایر نقاط کشور ضروری می‌باشد.

منابع

[۱] پرتو د: تعریف آزمون بک. مجلهٔ روانشناسی دانشگاه تهران، ۱۳۵۴، شماره ۲، صفحات: ۱۰۵-۷۵

[۲] تشکری اه، مهریار ش: استانداردکردن آزمون بک. مجله علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، ۱۳۶۵، شمارهٔ ۴: صفحات: ۱۴۸-۱۳۸.

[۳] رجبی‌زاده ق: بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در منطقه ماهان کرمان در سال ۱۳۷۹. تحت چاپ در مجلهٔ طب و تزکیه.

[۴] شجاعی ف، سام‌زاده م: بررسی شیوع افسردگی اساسی در بین معلمین شهر کرمان و میزان مراجعه به پزشک جهت درمان افسردگی در سال تحصیلی ۷۶-۱۳۷۵. پایان نامه جهت اخذ دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۶، شماره کتابخانه مرکزی ۱۲۰۲.

[۵] صباغی مر: بررسی میزان شیوع افسردگی در پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر کرمان در سال ۱۳۷۷. پایان نامه جهت دکترای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۱۳۷۷، شماره کتابخانه مرکزی ۱۵۷۱.

[۶] گنجی ح: آزمون‌های روانی. چاپ اول، بنیاد فرهنگی رضوی، مشهد، ۱۳۷۰، صفحات: ۳۹-۲۹.

[۷] میشارا ب‌ال، رایدل آرجی: روان‌شناسی پیری. ترجمه: گنجی حمزه، داودیان الما، حبیبی فرنگیس، چاپ اول، انتشارات اطلاعات، تهران، ۱۳۶۵، صفحات: ۱۸۰-۱۷۱.

[۸] نعمتی ع: بررسی شیوع اضطراب در پرستاران و بهیاران رسمی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشکده پزشکی کرمان در آبان ماه ۱۳۷۵. پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای پزشکی، ۱۳۷۵، شماره کتابخانه مرکزی ۱۱۴۳.

[9] Al Shammari SA, Al Subaie A: Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999; 14(9): 139-47.

[10] Angst J, Merikangas K: The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *J Affect Disord.,* 1997; 45(1-5): 31-39.

[11] Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg T, Smitt JH, Hooijer C, van Tilburg W: Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord.,* 1995; 36(1-2): 65-75.

[12] Beekman AT, Deeg DJ, Bream AW, Smit JH, van Tiblurg W: Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med.,* 1997; 27(6): 1397-1409.

[13] Blazer DJ. Mood disoder: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive text book of psychiatry. 7th ed, LW & W, USA, 2000; pp: 1298-1308.

[14] Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS: The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Pschiatry.,* 1994; 151(7): 979-86.

[15] Chong MY, Tsang HY, et al: Community study of depression in old age in Tiawan: Prevalence, life events and sociodemographic correlates. *Br J Psychiatry.,* 2001; 178(1): 29-35.

[16] Cooper PJ, Goodyer J: A community study of derpression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. *Br J Psychiatry.,* 1993; 163: 379-80.

[17] Crowell BA.Jr, George LK, Blazer D, Landerman R: Psychosocial risk factors and urban/rural differences in the prevalence of

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

major depression. *Br J Psychiatry.,* 1986; 149: 307-14.

[18] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured (Clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders. Patients pschiatric Institiute, Biometric Research, 1998.

[19] Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, Brown JL: Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J Clin Psychiatry.,* 1994; 55: 18-28.

[20] Johnson J, Weissman MM, Klerman GL: Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA.,* 1992; 267: 1478-1483.

[21] Kendler KS, Gardner CO Jr: Boundaris of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *AM J Psychiatry.,* 1998; 155(2): 172-177.

[22] Kessler RC, Mcc Gonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB: Sex and depression in the National Comorbidity Survey: I. Lifetime, Prevalence, Chronicity and recurrence. *J Affect Disord.,* 1993; 29(2-3): 85-96.

[23] Kessler RC, Walters EE: Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety.,* 1998; 7:3-14.

[24] Kivela SL, Pankala K, Laippala P: Prevalence of depression in elderly population in finland *Acta Psychiatr Scand.,* 1998; 78(4): 401-13.

[25] Madianos MG, Stefanis CN: Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.,* 1992; 27(5): 211-19.

[26] Maier W, Gansicke M, Weiffenbach O: The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *J Affect Disord.,* 1997; 45(1-2): 41-51.

[27] Pahkala K, Ketsi E, Kongas-Saviaro P, Laippala P, Kivela SL: Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.,* 1995; 30(3): 99-106.

[28] Patten SB: Major depression prevalence in Calgary. *Can J Psychiatry.,* 2000; 45(10): 923-26.

[29] Rapaport MH, Judd LL, Schettler PJ, Yonkers KA, Thase ME, Kupfer DJ, et al: A descriptive analysis of minor derpression. *Am J Psychiatry.,* 2002; 159(4): 637-43.

[30] Roberts RE, Roberts CR, Chen YR: Ethnocultural differences in prevanlence of adolescent depression. *Am J Community Psychol.,* 1997; 25(1): 95-110.

[31] Tannock C, Katona C: Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal managment. *Drugs Aging*, 1995; 6(5): 278-92.

[32] Young MA, Fogg LF, Scheftner WA, Keller MB, Fawcett JA: Sex differences in the life time prevalence of depression: does varying the diagnosis criteria reduce the female/male ratio? *J Affect Disord.,* 1990; 18(3):187-92.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]

Prevalence of Depression in Kermanian Geriatrics - 2002 (1381)

GH. Rajabizadeh PhD[1*], **A. Ramazani** GP[2]

1- **Assistant Professor, Dept. of Psychiatry, Kerman, University of Medical Sciences, Kerman, Iran**

2- **GP, Dept. of Social Medicine, Fculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran**

Background: Many studies have revealed that depression is one of the common psychiatric disorders, which afflicted 8-20% of population. In order to evaluate prevalence of depression in geriatrics (age >50 years old) this survey was performed in Kerman.

Materials and Methods: This Cross sectional study assesed 1212 persons over 50 years old in Spring and Summer 2002 in Kerman, who were selected by two stage sampling technique. Depression was assessed by Beck Questionaire.

Results: From total number of subjects, 225 personas (18.6%) had borderline depression and 728 persons (60%) had some degrees of depression. There was a significant statistic relation between two sexes and depression. There was also significant differences between marital status, education, age, job, socioeconomic state, addiction and depression. But when anxiety was considered as a factor, there was no significant difference between sex, job, marital status and depression.

Conclusion: These findings suggest a high rate of depression among geriatrics in Kerman. Female sex, low socioeconomic state, living alone and drug abuse were risk factors for depression in geriatrics.

Key words: Geriatric, Depression, Kerman

**** corresponding author, Tel: (0341) 2113707***

Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services, 2003, 3(1): 58-66

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1383.3.1.7.8]