

شیوع افسردگی در سالمندان شهر کرمان در سال ۱۳۸۱

قدرت ا... رجبی زاده^{۱*}، آرشی رمضان^۲

خلاصه

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

مواد و روش ها: مطالعه به صورت مقطعی در بهار و تابستان سال ۱۳۸۱ انجام شد و تعداد ۱۲۱۲ نفر افراد بالای ۵۰ سال به طریقه نمونه گیری دو مرحله ای (خوشه ای - تصادفی) مورد بررسی قرار گرفتند. افسردگی به وسیله پرسش نامه Beck مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: 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 معنی دار آماری بین دو جنس وجود داشت. همچنین بین وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سن، شغل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و اعتیاد به سیگار و مواد مخدر و افسردگی رابطه معنی دار وجود داشت. اما با در نظر گرفتن اضطراب به عنوان یک عامل همراه افسردگی، ارتباط بین جنس، شغل، وضعیت تأهل و افسردگی معنی دار نبود.

نتیجه گیری: از یافته های مطالعه چنین بر می آید که شیوع افسردگی در افراد سالمند در کرمان بالا است و جنسیت زن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین، جدا زندگی کردن و اعتیاد را می توان از جمله عوامل خطر برای این نکته دانست.

واژه های کلیدی: سالمند، افسردگی، کرمان

مقدمه

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 می کند می تواند زمینه حضور اختلالات روانی در سالمندان را فراهم آورد. به نظر می رسد نتیجه عمده

زندگی سالمندان در محیط اجتماعی متفاوتی سپری می شود. برای مثال ۲۴-۲۸ درصد افراد بالای ۶۵ سال تنها زندگی می کنند و معمولاً بازنشسته شده اند. بازنشستگی اجباری همراه با احترام عمیق به کار می تواند احساسات منفی نسبت به موقعیت به وجود آورد. این احساسات قادرند مشکلات جسمی و روانی ایجاد کنند. دشواری های هیجانی

*۱- استادیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول)

۲- دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

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

افسردگی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی و شایع ترین اختلال خلقی در بین مردم دنیا می باشد. در مطالعات مختلف شیوع این اختلال را بین ۸-۲۰ درصد تخمین زده اند [۳۰، ۲۸، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۹]. اطلاعات حاصله از مطالعه NIMH بر روی افسردگی نشان داد که متعاقب یک دوره اختلال افسردگی اساسی، بیماران در طی پی گیری یک دوره ده ساله ۵۸٪ فعالیت روزانه خود را از دست داده اند. این میزان در مورد افسردگی اساسی ۱۵٪ تعداد هفته ها، افسردگی خفیف، ۲۷٪ تعداد هفته ها و در مورد علائم تحت کلینیکی افسردگی ۱۶٪ تعداد هفته ها می باشد. این یافته ها نشان می دهند که افسردگی طیفی از اختلالات می باشد، نه فقط یک بیماری تنها [۲۹، ۲۳، ۲۰، ۱۹، ۱۰]. بیشتر مطالعات نشان داده اند که افسردگی خفیف ۲ برابر شایع تر 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 می رسد با افزایش سن، میزان شیوع افسردگی در جمعیت کرمان افزایش می یابد [۵، ۴، ۳]. مطالعات مختلف در دنیا نیز افسردگی را یکی از عوامل ناتوانی در سنین بالا ذکر کرده اند و عوامل مؤثر در بروز افسردگی در سالمندان از دست دادن همسر، زندگی تنها و طولانی مدت در منزل یا نگهداری در مؤسسات ویژه و بازنشستگی بیان شده است [۲۷، ۲۴، ۱۳، ۱۱، ۹].

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، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع افسردگی در افراد مسن (بالای ۵۰) سال در کرمان انجام شد.

مواد و روش ها

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 ۲۵٪ $p =$ و خطای نمونه گیری ۵٪ $d =$ و $\alpha =$ ۵٪ حجم نمونه ای برابر ۱۲۱۲ نفر تعیین شد. نمونه گیری

به صورت دو مرحله ای انجام گرفت. بدین صورت که ابتدا کرمان براساس نقشه شهری و مناطق شهرداری به خوشه هایی تقسیم گردید. سپس به صورت تصادفی خوشه ها انتخاب و از هر خوشه به صورت نمونه گیری احتمالی ساده براساس جدول اعداد تصادفی نمونه گیری انجام شد. پرسش نامه های افسردگی، اضطراب و اطلاعات شخصی توسط پزشک عمومی آموزش دیده بین نمونه ها تقسیم و در مورد هر کدام برای افراد توضیح داده شد. در صورتی که افراد بی سواد بودند خود فرد پرسشگر پرسش نامه را برای وی پر می کرد.

جهت نمونه گیری برای هر فرد بالای ۵۰ سال علاوه بر اطلاعات زمینه ای 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 اندازه گیری افسردگی از فرم افسردگی بک^۱ استفاده شد این پرسش نامه ۲۱ سؤال چهار جوابی داشته که هر سؤال امتیازی بین ۰ تا ۳ می گیرد سپس کل نمرات با هم جمع می شود. نمرات زیر ۱۰ بدون افسردگی، ۱۱ تا ۱۵ افسردگی مرزی، ۱۶ تا ۲۰ افسردگی خفیف، ۲۱ تا ۳۰ افسردگی متوسط و ۳۱ به بالا به عنوان افسردگی شدید تقسیم بندی می شود این پرسش نامه 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 [۴، ۳]. با توجه به اینکه اضطراب همراهی زیادی با افسردگی دارد میزان اضطراب نیز توسط پرسش نامه کتل^۲ اندازه گیری شد. آزمون کتل جهت سنجش اضطراب در افراد به کار می رود که شامل ۴۰ سؤال است. هر سؤال نمره معینی داشته، با استفاده از کلید مخصوص نمرات به دست آمده برای زن و مرد تراز می شود. اضطراب از درجه صفر یا سالم تا درجه ۳ یا اضطراب شدید متفاوت است. این پرسش نامه 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 [۸، ۶]. داده ها پس از جمع آوری به کمک کامپیوتر سازگار با IBM و بسته نرم افزار آماری

1- Beck

2- Cattle

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٪) علائم افسردگی نداشتند، ۲۲۵ نفر (۱۸/۶٪) دارای علائم افسردگی مرزی بودند و بقیه ۷۲۸ (۶۰٪) دارای درجاتی از افسردگی

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

افسردگی گروه سنی	ندارد		مرزی		خفیف		متوسط		شدید		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۵۰-۵۴ سال	۵۸	۲۲/۴	۴۹	۲۱/۸	۷۶	۲۱/۴	۵۱	۱۳/۸	۱	۲۵	۲۳۵	۱۹/۴
۵۵-۵۹ سال	۱۵۲	۵۸/۷	۱۳۰	۵۷/۸	۲۰۹	۵۸/۹	۱۶۲	۴۳/۹	۰	۰	۶۵۳	۵۳/۹
۶۰-۶۴ 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
کل	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	مجرد		متأهل		مطلقه		بیوه		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بدون افسردگی	۱۵	۲۵/۴	۲۱۷	۲۱/۴	۱۴	۲۷	۱۳	۱۵/۳	۲۵۹	۲۱/۴

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

Kruskal-Wallis test $\chi^2 = 32$

df=۳

p < ۰/۰۰۱

بین میزان تحصیلات و شدت افسردگی نیز ارتباط آماری معنی دار وجود داشت با افزایش میزان تحصیلات شدت افسردگی کاهش پیدا می کرد و این کاهش در سطح معنی دار آماری بود ($\rho = -0/39$, $p < 0/001$).

بین مشاغل گوناگون و افسردگی نیز ارتباط در سطح معنی دار وجود داشت به طوری که کارگران و خانمهای خانه دار بیشترین میزان افسردگی را داشتند، ($Kruskal Wallis test P = 0/001$). بین میزان درآمد خانواده و

افسردگی نیز ارتباط آماری معنی دار وجود داشت زیرا خانواده های با درآمد زیر ۱۵۰ هزار تومان میزان افسردگی بیشتری داشتند. سیگار کشیدن و اعتیاد به مواد مخدر نیز شدت افسردگی را به طور معنی دار افزایش داد (جدول ۳ و ۴). همبستگی آماری معنی دار بین تعداد فرزندان و میزان افسردگی وجود داشت با افزایش تعداد فرزندان میزان افسردگی نیز افزایش می یافت ($\rho = 0/43$, $p < 0/001$).

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

سیگار شدت افسردگی	نمی کشد		می کشد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بدون افسردگی	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 $U = 135957$ $P < 0/001$

جدول ۴: توزیع فراوانی شدت افسردگی بر حسب اعتیاد به مواد مخدر در افراد تحت مطالعه

اعتیاد شدت افسردگی	ندارد		دارد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بدون افسردگی	۲۵۲	۲۶/۱	۷	۲/۸	۲۵۹	۲۱/۴
مرزی	۱۹۷	۲۰/۴	۲۸	۱۱/۴	۲۲۵	۱۸/۶
خفیف	۲۵۴	۲۶/۳	۱۰۱	۴۰/۹	۳۵۵	۲۹/۳
متوسط	۲۶۰	۲۷	۱۰۹	۴۴/۱	۳۶۹	۳۰/۴
شدید	۲	۰/۲	۲	۰/۸	۴	۰/۳
کل	۹۶۵	۷۹/۶	۲۴۷	۲۰/۴	۱۲۱۲	۱۰۰

Mann Whitney test $U = 76758$ $p < 0/001$

شرایط خاص روانی قرار دهند که افسردگی شایع‌ترین آنهاست [۷].

مطالعات اپیدمیولوژیک بر پایه مطالعه اپیدمیولوژیک منطقه‌ای Catchment (ECA) و اطلاعات حاصله از مطالعه 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 مطالعه انجام گرفته در ماهان کرمان در سال ۱۳۷۹ میزان افسردگی در جمعیت عمومی ۶۰٪ گزارش شده است [۳]. در مطالعه 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 معملین شهر نشان دهنده 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 مطالعه 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 بانبیای مطالعات قبلی همخوانی دارد. در مطالعه پانکالا^۱ و کیولا^۲ 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 مطالعه ما بین سن و شدت افسردگی همبستگی آماری معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه یانگ^۳ نیز شیوع افسردگی در افراد مسن خصوصاً افراد بالای ۸۰ سال افزایش نشان داده است [۳۲]. نکته حایز اهمیت این است که افراد جوان در معرض خطر بیشتر اختلالات افسردگی اساسی می‌باشند

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 به مواد مخدر	۱۶/۹۲۸	۰/۰۰۰
تعداد افراد خانوار	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

1- Pankala
2- Kivela
3- Young

[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 علائم آنرا تجربه کرده‌اند و همچنین مشخص شد که با افزایش سن شیوع افسردگی اساسی افزایش یافته است [۱۶].

در مطالعه‌ی 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 [۹، ۱۳، ۲۹، ۱۶]. چنان که از نتایج مطالعه‌ی 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 ($OR=0/1$). با این حال در سایر مطالعات در دنیا کمتر بودن میزان تحصیلات عامل خطر ثابت شده‌ای برای افسردگی محسوب نمی‌شود [۹، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۷].

در مطالعه‌ی 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 [۹، ۱۳، ۲۱].

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 مطالعه‌ی بلازر در سال ۲۰۰۰ وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین یک عامل خطر محسوب شده است [۱۳].

در مطالعه‌ی 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 سیگار کشیدن 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. نکته‌ی 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 واقعه‌ی 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 مطالعه‌ی حاضر مصرف مواد مخدر فقط از طریق سؤال از افراد پرسیده شد. هیچ آزمونی در تشخیص اعتیاد بکار

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 جداگانه 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. مجله روانشناسی دانشگاه تهران، ۱۳۵۴، شماره ۲، صفحات: ۱۰۵-۷۵
- [۲] تشکری اه، مهریار ش: استاندارد کردن آزمون بک. مجله علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، ۱۳۶۵، شماره ۴: صفحات: ۱۴۸-۱۳۸.
- [۳] رجبی زاده ق: بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در منطقه ماهان کرمان در سال ۱۳۷۹. تحت چاپ در مجله طب و تزکیه.
- [۴] شجاعی ف، سام زاده م: بررسی شیوع افسردگی اساسی در بین معلمان 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 آر جی: 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 disorder: 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 Psychiatry.*, 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

- 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 psychiatric Institute, 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: Boundaries 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] Pahlkala 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.

Prevalence of Depression in Kermanian Geriatrics - 2002 (1381)

GH. Rajabizadeh PhD^{1*}, A. Ramazani GP²

- 1- Assistant Professor, Dept. of Psychiatry, Kerman, University of Medical Sciences, Kerman, Iran
- 2- GP, Dept. of Social Medicine, Faculty 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 assessed 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 Questionnaire.

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