

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^{۱*}، آرش رمضانی^۲

خلاصه

سابقه و هدف: مطالعات مختلف نشان داده است که افسردگی از جمله اختلالات شایع روان‌پزشکی می‌باشد و حدود ۰-۸٪ 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 طریق 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٪) عالیم 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 - 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 - اجتماعی پایین، جدا زندگی کردن و اعتیاد را می‌توان از جمله عوامل خطر برای این نکته دانست.

واژه‌های 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 می‌کند می‌تواند زمینه حضور اختلالات روانی در سالمندان را فراهم آورد. به نظر می‌رسد نتیجهٔ عدهٔ

زندگی سالمندان در محیط اجتماعی متفاوتی سپری می‌شود. برای مثال ۲۴-۲۸ 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

* استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول)

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

به صورت دو مرحله‌ای انجام گرفت. بدین صورت که ابتدا کرمان براساس نقشه شهری و مناطق شهرداری به خوش‌هایی تقسیم گردید. سپس به صورت تصادفی خوش‌های انتخاب و از هر خوش 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^۱ استفاده شد این پرسشنامه ۲۱ سؤال چهار جوابی داشته که هر سؤال امتیازی بین ۰ تا ۳ می‌گیرد سپس کل نمرات با هم جمع می‌شود. 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 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^۲ 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

این تغییرات، احساس تنهایی باشد که شخص با تفکر در مورد این عوامل به سمت افسردگی سوپیدا می‌کند [۷]. افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی و شایع‌ترین اختلال خلقي در بین مردم دنیا می‌باشد. در مطالعات مختلف شیوع این اختلال را بین ۸-۲۰ درصد تخمین زده‌اند [۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۸]. اطلاعات حاصله از مطالعه NIMH بر روی افسردگی نشان داد که متعاقب یک دوره اختلال افسردگی اساسی، بیماران در طی پی‌گیری یک دوره ده ساله ۵۸٪ فعالیت روزانه خود را از دست داده‌اند. این میزان در مورد افسردگی اساسی ۱۵٪ تعداد هفت‌ها، افسردگی خفیف، ۲۷٪ تعداد هفت‌ها و در مورد علایم تحت کلینیکی افسردگی ۱۶٪ تعداد هفت‌ها 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، مطالعه 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 $p=25\%$ و خطای نمونه‌گیری $d=\alpha=5\%$ حجم نمونه‌ای برابر ۱۲۱۲ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری

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 ($P=0.033$). بین سن و شدت افسردگی نیز همبستگی آماری معنی‌داری وجود داشت به طوری که با افزایش سن میزان افسردگی افزایش می‌یافتد گرچه ضریب همبستگی ضعیف اما در حد معنی‌دار آماری بود ($r=0.19$, $p<0.001$). ارتباط بین گروه‌های سنی و شدت افسردگی در جدول ۱ 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).

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

Mann-Whitney test - ۱ Chi Square test - ۲

ANOVA test - ۴ Kruskal-Wallis test - ۳

Pearson Correlation Coefficient - ۵

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

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

کل		شدید		متوسط		خفیف		مرزی		ندارد		افسردگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	گروه‌سنی
۱۹/۴	۲۲۵	۲۵	۱	۱۳/۸	۵۱	۲۱/۴	۷۶	۲۱/۸	۴۹	۲۲/۴	۵۸	۵۰-۵۴ سال
۵۳/۹	۶۵۳	۰	۰	۴۳/۹	۱۶۲	۵۸/۹	۲۰۹	۵۷/۸	۱۳۰	۵۸/۷	۱۵۲	۵۵-۵۹ سال
۱۸/۶	۲۲۵	۲۵	۱	۲۸/۲	۱۰۴	۱۴/۴	۵۱	۱۲/۴	۲۸	۱۵/۸	۴۱	۶۰-۶۴ سال
۸/۱۶	۹۹	۵۰	۲	۱۴/۱	۵۲	۵/۳	۱۹	۸	۱۸	۳/۱	۸	۶۴> سال
۱۰۰	۱۲۱۲	۰/۳	۴	۳۰/۴	۲۶۹	۲۹/۳	۳۵۵	۱۸/۶	۲۲۵	۲۱/۴	۲۵۹	کل

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

کل		بیوه		مطلقه		متأهل		مجرد		وضعیت تأهل		شدت افسردگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	بدون افسردگی
۲۱/۴	۲۵۹	۱۵/۳	۱۳	۲۷	۱۴	۲۱/۴	۲۱۷	۲۵/۴	۱۵			

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 $\chi^2 = ۳۲$

df=۳

p < 0.001

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 (جداول ۴). همبستگی آماری معنی‌داری بین تعداد فرزندان و میزان افسردگی وجود داشت با افزایش تعداد فرزندان میزان افسردگی نیز افزایش می‌یافت (Spearman $p=0.001$, $p<0.043$).

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 ($P=0.001$, $p<0.039$, Spearman $p=0.001$).

بین مشاغل گوناگون و افسردگی نیز ارتباط در سطح معنی‌دار وجود داشت به طوری که کارگران و خانم‌های خانه‌دار بیشترین میزان افسردگی را داشتند، بین مشاغل گوناگون و افسردگی نیز ارتباط در سطح معنی‌دار وجود داشت به طوری که کارگران و خانم‌های خانه‌دار بیشترین میزان افسردگی را داشتند، (Kruskal Wallis test $P=0.001$).

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

کل		می‌کشد		نمی‌کشد		سیگار شدت
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۱/۴	۲۵۹	۱۰/۸	۴۵	۲۶/۹	۲۱۴	بدون افسردگی
۱۸/۶	۲۲۵	۱۷	۷۱	۱۹/۳۴	۱۵۴	مرزی
۲۹/۳	۳۵۵	۳۸/۵	۱۶۰	۲۴/۵	۱۹۵	خفیف
۳۰/۴	۳۶۹	۳۳/۲	۱۲۸	۲۹	۲۳۱	متوسط
۰/۳	۴	۰/۵	۲	۰/۳	۲	شدید
۱۲۱۲	۱۲۱۲	۳۴/۳	۴۱۶	۶۵/۷	۷۹۶	کل

Mann Whitney test $U=135957 P<0.001$

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

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

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 (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، ۲۱، ۲۶، 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 درجه‌تی از افسردگی را نشان می‌دادند ۶۰٪ بود. مطالعات مختلف در کرمان در گروه‌های شغلی مختلف از جمله پرستاران، بهیاران و معلمین شهر نشان دهنده افزایش شیوع افسردگی با افزایش سن می‌باشد [۴، ۵، ۳]. 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 بانتایج 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 [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 حائز اهمیت این است که افراد جوان در معرض خطر بیشتر اختلالات افسردگی اساسی می‌باشند.

1- Pankala
2- Kivela
3- Young

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

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

$$R^2 = 0/55$$

بحث

سالمدان 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 سالمدان می‌طلبید که در کشورهای پیشرفته به صورت جداگانه بر روی این طیف سنی بحث و بررسی انجام می‌شود. تغییرات عمده پدیده سالمدنی 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 سالمدن را در معرض استرس‌ها و

می باشد و خانواده ها با درآمد زیر ۱۵۰ هزار تومان میزان افسردگی بیشتری داشتند. در مطالعه بلازر در سال ۲۰۰۰ وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین یک عامل خطر محسوب شده است [۱۳].

در مطالعه ما همبستگی آماری معنی دار 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 مواد مخدر و میزان افسردگی ارتباط معنی دار 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 متروک شدن این افراد توسط خانواده و اجتماع می باشد به طوری که کاهش حمایت اجتماعی از سوی خانواده و جامعه یکی از عوامل خطر جهت افسردگی می باشد [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 معنی داری بین جنس، شغل، وضعیت تأهل و افسردگی از بین می رود. 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 می باشد. طبعاً بر بروز افسردگی به تنهایی تأثیر می گذارد به عبارت دیگر افسردگی به خودی خود در این افراد ایجاد نمی شود بلکه اضطراب ایجاد شده ناشی از واقعی استرس آور باعث بروز افسردگی در این گروه از افراد می شود. نکته جالب توجه دیگر این است که اختلال افسردگی اساسی ناشی از شعله ور شدن یک اختلال خلقی مزمن در طول زمان می باشد، در حالی که افسردگی خفیف ناشی از واکنش به یک واقعه اضطراب آور می باشد.

با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می شود:

- ۱- برای بررسی رابطه علت و معلولی انجام مطالعات طولی با استفاده از گروه شاهد لازم می باشد.
- ۲- در مطالعه حاضر مصرف مواد مخدر فقط از طریق سؤال از افراد پرسیده شد. هیچ آزمونی در تشخیص اعتیاد بکار

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

در مطالعه ما بین وضعیت تأهل و میزان افسردگی اختلاف معنی دار آماری وجود داشت و در این بین، افراد بیوه بیشترین میزان افسردگی را دارا بودند که این موضوع با یافته های مطالعات قبلی نیز همخوانی دارد [۹، ۱۳، ۲۹، ۱۶]. چنان که از نتایج مطالعه ما برمی آید جدا شدن از همسر (بیوه و مطلقه) به عنوان یک عامل خطر برای افسردگی محسوب می شود. از سوی دیگر افراد متأهل و مجرد به ترتیب کمترین میزان افسردگی را دارند (۲۷، ۱۳، ۱۶، 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 معنی داری وجود نخواهد داشت به عبارت دیگر به نظر می رسد 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 معنی دار وجود داشت به طوری که با افزایش میزان تحصیلات، شدت افسردگی کاهش می یافتد. در مطالعات مختلف ذکر شده که خطر نسیی ابتلا به افسردگی برای تعداد سال های تحصیل از ۱۵ سال به بالا کاهش می یابد (OR=۰/۱). با این حال در سایر مطالعات در دنیا کمتر بودن میزان تحصیلات عامل خطر ثابت شده ای برای افسردگی محسوب نمی شود [۹، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۷].

در مطالعه ما بین مشاغل گوناگون و میزان افسردگی اختلاف معنی دار آماری وجود داشت به طوری که در کارگران و خانمهای خانه دار بیشترین میزان افسردگی مشاهده شد که با نتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد [۹، ۱۳، ۲۱].

اگرچه در آنالیز چند متغیره، تأثیر شغل از بین می رود، این تفاوت با مطالعات دیگر شاید به دلیل شاغل بودن بیشتر خانمهای در جوامع غربی و خانه داری بیشتر آنها در ایران باشد. از عوامل مهم دیگر در بروز افسردگی میزان درآمد خانواده ها

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.

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

منابع

- [۱] پرتو د: تعریف آزمون بک. مجله روانشناسی دانشگاه تهران، ۱۳۵۴، شماره ۲، صفحات: ۷۵-۱۰۵
- [۲] تشکری اه، مهریار ش: استاندارد کردن آزمون بک. مجله علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، ۱۳۶۵، شماره ۴؛ صفحات: ۱۴۸-۱۳۸
- [۳] رجبی‌زاده ق: بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در منطقه ماهان کرمان در سال ۱۳۷۹. تحت چاپ در مجله 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 ۱۳۷۵-۷۶. پایان نامه 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 اخذ 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، داویدیان 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 Shammary 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 Tilburg 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 Taiwan: Prevalence, life events and sociodemographic correlates. *Br J Psychiatry*, 2001; 178(1): 29-35.
- [16] Cooper PJ, Goodyer J: A community study of depression 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] 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 depression. *Am J Psychiatry.*, 2002; 159(4): 637-43.
- [30] Roberts RE, Roberts CR, Chen YR: Ethnocultural differences in prevalence 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 persons (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