

Research Paper

Prevalence of Depression in Turk Azeri Older Adults of Iran

Kazem Ashrafi¹, *Robab Sahaf^{2,3}, Farahnaz Mohammadi Shahbalaghi^{3,4}, Akram Farhadi⁵, Gholamreza Ansari⁶, Farid Najafi⁷, Azizeh Gharanjik¹, Shadi Ghaderi¹

1. G.P., MPH, Department of Ageing, Iranian Research Center on Ageing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Ageing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Iranian Research Center on Ageing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran .
6. Ph.D., Iranian Research Center on Ageing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
7. Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.



Citation: Ashrafi K, Sahaf R, Mohammadi Shahbalaghi F, Farhadi A, Ansari Gh, Najafi F, et al. [Prevalence of Depression in Turk Azeri Older Adults of Iran (Persian)]. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2017; 23(6): 856-865. <http://dx.doi.org/10.21859/sums-2306856>

doi: <http://dx.doi.org/10.21859/sums-2306856>

Received: 13 Aug. 2016

Accepted: 08 Dec. 2016

ABSTRACT

Backgrounds The population aging is a pretty new phenomenon and psychological disorder is one of the most important problems associated with the elderly communities. In ethnic societies, there are some barriers in the elderly that could impede the diagnosis of psychological and mood disorders such as depression. The current cross sectional study investigated the demographic characteristics, prevalence of depression, and some social factors and personal health problems of 60 Iranian Azeri Turkish elderly cases who stayed home.

Methods & Materials The current cross sectional study was conducted on 300 Iranian Azeri Turkish elderly who participated in the study voluntarily and had no cognition impairment. Samples were selected randomly. The study participants filled out a questionnaire containing demographic information, health status and diseases antecedent; the questionnaire of depression in the elderly (GDS-15) was also completed by interviewing the cases. Collected data were analyzed by SPSS version 16 employing t test, Chi-square test, and ANOVA.

Results The mean age of the study cases was 70 ± 7.2 years in males and 69 ± 6.5 years in females. Based on the results of the current study, the mean score of depression in the study cases was 4.62 ± 3.53 . The prevalence of minor depression was 28%, moderate depression 10.3%, and major depression 6.3%; also, 55.4% were asymptomatic. There was a significant statistical relationship between depression score and gender ($P < 0.001$), occupational status ($P < 0.001$), educational level ($P = 0.01$), physical activity ($P = 0.02$), chronic diseases ($P < 0.001$), hearing impairments ($P = 0.007$), and problems with kidney and urinary tract ($P = 0.04$), gastrointestinal ($P < 0.001$) and musculoskeletal systems ($P < 0.001$); there was no significant statistical relationship between the mean score of depression and the place of living (urban or rural residence), level of income, and living together ($P \geq 0.05$).

Conclusion Depression is one of the most important diseases in aging period. The prevalence of minor and moderate depression among Azeri elderly is lower or similar to those of other studies in Iran. The result indicated a positive and significant relationship between depression and some health status variables. Hence, it is recommended to apply screening programs to identify elderly who are at risk for psychological disorders and also define measures to improve their life satisfaction, health status, and the quality of life.

Keywords:

Depression, Elderly, Azeri Turkish, Demographic characteristics, Chronic diseases

* Corresponding Author:

Robab Sahaf, PhD

Address: Department of Ageing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Kodakyar Ave., Daneshjo Blvd., Evin, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180004

E-mail: robabsahaf@gmail.com

شیوع افسردگی در سالمندان ترک آذری مقیم منزل در شهرستان سلماس

کاظم اشرفی^۱، رباب صحاف^۲، فرحناز محمدی شاه‌بلاغی^۳، اکرم فرهادی^۴، غلامرضا انصاری^۵، فرید نجفی^۶، عزیزه قرنجیک^۷، شادی قادری^۱

- ۱- پزشک، گروه سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۴- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۵- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان بوشهر، بوشهر، ایران.
- ۶- دکتری، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
- ۷- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۳ مرداد ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۱۸ آذر ۱۳۹۵

اهداف: با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، بیماری‌های مرتبط با این سن از جمله بیماری‌های روانی نیز در حال افزایش است. در جوامع مختلف، به‌ویژه جوامع قومی و اقلیت‌ها، ممکن است شیوع بیماری‌های مختلف از جمله افسردگی و حتی بعضی عوامل مرتبط با آن متفاوت باشد. در این مطالعه مقطعی، وضعیت جمعیت‌شناختی و میزان شیوع افسردگی و برخی از عوامل اجتماعی و سلامت فردی مرتبط با سالمندان ترک آذری مقیم منزل بررسی شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی مقطعی بود که روی سیصد سالمند ترک آذری مقیم منزل و بدون اختلال شناخت انجام شد. نمونه‌های این مطالعه به‌صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. در این مطالعه، از پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی و سوابق سلامتی و پرسشنامه بررسی افسردگی در سالمندان (GDS-15) استفاده و به‌صورت مصاحبه حضوری با سالمند تکمیل شد. اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از روش‌های آماری آزمون تی و تحلیل واریانس و خی‌دو، در سطح معناداری $P \leq 0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مطالعه‌شده در مردان $70 \pm 7/2$ و در زنان $69 \pm 6/5$ بود. براساس یافته‌های تحقیق، میانگین نمره افسردگی در سالمندان ترک آذری $4/62 \pm 2/53$ ، میزان شیوع افسردگی خفیف ۲۸ درصد، افسردگی متوسط ۱۰/۳ درصد، افسردگی شدید ۶/۳ درصد و ۵۵/۴ درصد بدون علامت بود. در این تحقیق، بین میانگین افسردگی و جنس، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، سن، وضعیت تأهل، فعالیت ورزشی، بیماری‌های مزمن، سابقه سقوط و مشکلات شنوایی، کلیوی، ادراری، گوارشی و عضلانی اسکلتی ارتباط آماری معنادار مشاهده شد ($P \leq 0/05$). این در حالی بود که بین میانگین افسردگی و محل سکونت در شهر یا روستا و سطح درآمد ارتباط آماری معنادار وجود نداشت ($P \geq 0/05$).

نتیجه‌گیری: شیوع افسردگی شدید و متوسط در سالمندان ترک آذری برابر یا کمتر از دیگر پژوهش‌ها در ایران بود. با توجه به ارتباط بین افسردگی با شاخص‌های مربوط به سلامت و بیماری‌ها، می‌توان از طریق اجرای برنامه‌های غربالگری که به شناسایی زودرس سالمندان در معرض خطر بیماری‌های روانی و ارتقای سطح رضایت از زندگی و سلامت و کیفیت زندگی منجر می‌شود، زمینه‌های ارتقای سطح بهداشت روان را در این افراد فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها:

شیوع، افسردگی، سالمند، ترک آذری، متغیر جمعیت‌شناختی، بیماری‌های مزمن

مقدمه

جهان، یعنی در حدود ۱ میلیارد و ۲۰۰ میلیون نفر، را افراد سالمند تشکیل خواهند داد و ۷۰ درصد از این جمعیت، در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد [۱]. افزایش جمعیت سالمندان می‌تواند به‌عنوان مسئله‌ای مهم برای کشورها و دولت‌ها مطرح باشد؛ چراکه با این افزایش، جامعه با دشواری‌ها و مسائل مربوط به جمعیت افراد سالمند مواجه خواهد شد. سالمندان به‌دلایلی

ساکنان جهان در دوره‌ای به‌سر می‌برند که امید به زندگی برای آن‌ها به‌طور دائم در حال افزایش است و افزایش سالانه جمعیت سالمندان بر تعداد متولدانی هر سال سبقت گرفته است. با ادامه این وضعیت برآورد می‌شود که تا سال ۲۰۲۵، ۱۴ درصد جمعیت

* نویسنده مسئول:

دکتر رباب صحاف

نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه سالمندی.

تلفن: ۰۰۴ ۲۲۱۸۰۰۰۴ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: robabsahaf@gmail.com

مرتبط با آن در سالمندان اصفهانی»، شیوع افسردگی در سالمندان ساکن جامعه را ۶۳/۷ درصد اعلام کردند که ۴۰/۷ درصد از آن‌ها افسردگی متوسط و ۲۳ درصد افسردگی شدید داشتند [۱۴].

بر اساس نظریه‌های روان‌شناختی اجتماعی، افسردگی در سالمندان تابعی از تأثیر پیچیده و متقابل عوامل اجتماعی، جسمی، روانی و زیست‌محیطی است. بر این اساس در برخی بررسی‌ها تأثیر قومیت و فرهنگ بر اختلال‌های روانی، از جمله افسردگی در دوران سالمندی تأیید شده است؛ زیرا در قومیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف، روابط بین افراد در محیط خانواده و جامعه، ارزش‌های حاکم بر آن جامعه، میزان حمایت اجتماعی دریافت‌شده، شیوه زندگی و تجارب در طول دوره زندگی متفاوت است و همین عوامل می‌تواند بر سلامت روان افراد در دوره انتهایی زندگی تأثیر بگذارد [۱۵، ۱۶].

کشور ایران با برخورداری از مجموعه بزرگی از اقوام و فرهنگ‌های گوناگون، توانایی بالقوای برای بررسی نقش عوامل نژاد و قومیت بر سلامت دارد. اقوام ایرانی برخلاف اقوام گوناگون ساکن در بسیاری از کشورها، مهاجر نیستند و از ساکنان اصلی این کشور محسوب می‌شوند؛ اما متأسفانه مشاهده می‌شود که در حیطه افسردگی، به‌ویژه افسردگی سالمندان، پژوهش‌های انجام‌شده در سطح کشور، تناسب کافی ندارد و خلأهایی دارد. قومیت ترک آذری از اقوام بزرگ ساکن ایران هستند که ۱۶ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. در مطالعه‌های مربوط به افسردگی در سالمندان، به‌طور خاص به قومیت ترک توجهی نشده است و حجم نمونه قومیت ترک شرکت‌کننده در این مطالعه‌ها کم بوده و به‌طور اختصاصی گزارش نشده که شیوع افسردگی در سالمندان ترک‌زبان چقدر است.

باتوجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمندی و اهمیت توجه به سلامت روان در این گروه، پژوهشگران مقاله حاضر بر آن شدند تا با طراحی مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی، شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن را در سالمندان با قومیت ترک آذری مقیم منزل در شهرستان سلماس بررسی کنند تا از این طریق زمینه طراحی مداخله‌های بعدی را به‌منظور پیشگیری و تشخیص و درمان افسردگی در سالمندان این منطقه فراهم سازند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۰ در شهرستان سلماس، روی سالمندان بیش از شصت سال ترک آذری مقیم منزل (نه در بیمارستان یا مرکز نگهداری) انجام شد. در این مطالعه، سالمند ترک به فردی گفته می‌شد که حداقل یکی از والدین او ترک بود و به زبان ترکی آذری تکلم می‌کرد و بیش از ۵۰ درصد از عمرش را در مناطق ترک‌نشین ایران سپری کرده بود. از دیگر معیارهای ورود

همچون کاهش اعتماد به نفس یا از دست دادن آن، کاهش فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و بیماری‌های مزمن در مقایسه با دیگر گروه‌های جمعیتی در معرض اختلال‌های روانی بیشتری قرار دارند [۲].

پژوهشگران نشان می‌دهند که افسردگی از مسائل روانی شایع در سالمندان است که آثار آن به‌طور مشخص می‌تواند بیماری‌های همزمان را تشدید کند و کیفیت زندگی و کارایی آنان را کاهش و اختلال‌های جسمی و در نهایت مرگ و میرشان را افزایش دهد [۳]. افسردگی بیشتر وقت‌ها در سیستم مراقبت‌های اولیه بدون تشخیص و درمان باقی می‌ماند و علائم افسردگی در سالمندان به دلیل همراه شدن آن با مسائل دوره انتهایی زندگی نادیده گرفته می‌شود و درمان نمی‌شود. در برخی از فرهنگ‌ها، افسردگی به‌عنوان ویژگی طبیعی دوران سالمندی در نظر گرفته می‌شود [۴، ۵]؛ بنابراین دوران سالمندی و شرایط خاص گروه جمعیتی سالمندان و تأمین نیازهای بهداشت روانی آن‌ها، به توجه ویژه نیاز دارد. افزون بر این شناخت ویژگی‌های روانی این افراد در گروه‌ها و قومیت‌های متفاوت که فرهنگ و شیوه زندگی متفاوتی دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است.

همان‌طور که گفته شد، افسردگی به‌عنوان مشکلی شایع در سالمندان روبه‌افزایش است. در بررسی‌های مختلف در کل جامعه، شیوع اختلال افسردگی اساسی ۱ تا ۱۶ درصد گزارش شده است؛ در حالی که ۲۴ درصد سالمندان به افسردگی بالینی دچارند [۶]. محققان نشان داده‌اند که ۱۷ تا ۳۷ درصد مراجعه‌کنندگان سالمند به سیستم مراقبت‌های اولیه، علائم افسردگی دارند که از این میان ۳۰ درصد در گروه افسردگی اساسی قرار می‌گیرند [۷].

شیوع افسردگی در کشورهای مختلف با شرایط یکسان، متفاوت اعلام شده است که این تفاوت در میزان شیوع می‌تواند به‌دلایلی همچون نوع ابزار اندازه‌گیری به‌کاررفته در آن تحقیق و شرایط فرهنگی و جغرافیایی متفاوت در جامعه بررسی شده باشد [۸]. این در حالی است که شیوع افسردگی در سالمندان مقیم منزل و بستری در مراکز نگهداری شبانه‌روزی ترکیه به ترتیب ۲۹ و ۴۲ درصد گزارش شد [۹]. در ژاپن شیوع افسردگی شدید در سالمندان ۱۱/۳ درصد و افسردگی خفیف ۳۲/۵ درصد بیان شده است [۱۰].

در ایران رهگذر و همکاران (۱۳۷۸)، شیوع افسردگی در سالمندان را ۲۲/۴ درصد اعلام کردند [۱۱]. در مطالعه قادری و همکاران (۱۳۸۹)، شیوع افسردگی متوسط در میان سالمندان با قومیت کرد ۱۶/۳ درصد و افسردگی شدید ۷ درصد برآورد شد [۱۲]. قرنجیک و همکاران (۱۳۸۹) نیز مطالعه‌ای روی سالمندان ترکمن انجام دادند که شیوع افسردگی متوسط ۱۰ درصد و افسردگی شدید ۳ درصد گزارش شد [۱۳]. همچنین منظوری و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه‌شان با عنوان «افسردگی و عوامل

آزمون، افراد دارای امتیاز ۵ تا ۸ به افسردگی خفیف و افراد دارای امتیاز ۹ تا ۱۱ به افسردگی متوسط و افراد دارای امتیاز ۱۲ تا ۱۵ به افسردگی شدید تقسیم‌بندی می‌شوند. این آزمون از روایی و پایایی مناسبی برای سالمندان ایرانی برخوردار است و نقطه برش ۸ با حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد دارد [۱۷].

آزمون ده پرسشی AMT را فروغان و همکاران در سال ۱۳۸۶ اعتباریابی و حساسیت و ویژگی آن را به ترتیب ۸۵ و ۹۹ درصد تعیین کرده‌اند. از این آزمون برای سنجش اختلال شناخت استفاده می‌شود. در این آزمون، کسب امتیاز کمتر از هفت اختلال شناختی محسوب و برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز در نظر گرفته می‌شد [۱۸]. پس از جمع‌آوری اطلاعات مرتبط، برای تجزیه و تحلیل آن‌ها از نسخه شانزدهم نرم‌افزار آماری SPSS و برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس استفاده شد. گفتنی است در آزمون‌های استفاده‌شده، سطح معنی‌داری زیر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، سیصد سالمند (۱۳۷ سالمند مرد و ۱۶۳ سالمند زن) شرکت کردند. میانگین انحراف‌معیار سن افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، $69/91 \pm 6/89$ بود. بیشتر افراد (۷۸ درصد) در گروه سنی سالمندان جوان (۶۰ تا ۷۴) قرار داشتند و در گروه سنی بیش از ۹۰ سال (سالمندان پیر)، فردی در این مطالعه شرکت نکرد. ۶۷/۳ درصد شرکت‌کنندگان متأهل و بقیه همسر فوت‌شده (۳۲/۷ درصد) و سالمندان مجرد و مطلقه صفر گزارش شد. از نظر محل سکونت، ۴۹/۷ درصد ساکن شهر و ۵۰/۳ درصد ساکن روستا بودند. ۹۲ درصد سالمندان با همسر و فرزندان‌شان زندگی می‌کردند و ۸ درصد افراد به تنهایی یا با بستگان زندگی می‌کردند. ۷۶/۴ درصد گروه مطالعه شده بی‌سواد و ۲۱/۳ درصد تحصیلات زیر دیپلم و فقط ۲/۳ درصد مدرک دیپلم و بالاتر داشتند. از نظر وضعیت اشتغال، افراد در سه گروه غیر شاغل و از کار افتاده (۵۸/۷ درصد) و شاغل (۳۰ درصد) و بازنشسته (۱۱/۳ درصد) قرار داشتند.

به فرایند مطالعه عبارت بود از: کسب نمره آزمون کوتاه شناخت AMT^۱ بیش از هفت و مبتلابودن فرد به اختلال شناختی و رضایت آگاهانه وی برای شرکت در مطالعه.

حجم نمونه براساس نتایج مطالعه رهگذر و همکاران (۱۳۷۸) و فرمول برآورد نسبت هر جامعه و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۰ درصد، سیصد در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی بود؛ یعنی از بین یازده مرکز بهداشتی‌درمانی سطح شهرستان سلماس، چهار مرکز بهداشتی روستایی و سه مرکز بهداشتی درمانی شهری انتخاب شد. با توجه به مشابه بودن جمعیت شهری با روستایی، حجم نمونه هریک از مناطق شهری و روستایی به میزان برابر (هریک ۱۵۰ نفر) مدنظر قرار گرفت. سپس پژوهشگران به هریک از این مراکز بهداشتی مراجعه و از طریق پرونده‌های موجود در آن مراکز، فهرستی از سالمندان بیش از شصت سال را تهیه کردند. بعد از مشخص شدن آدرس‌ها و هماهنگی تلفنی، پژوهشگران با کمک دو نفر کمک پژوهشگر آموزش دیده، به صورت جداگانه به منازل آن افراد مراجعه و بعد از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

قسمت اول پرسشنامه، اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل پرسش‌هایی درباره جنس، محل سکونت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و وجود فرد همراه در زندگی بود. در قسمت دوم پرسشنامه، وضعیت سالمند از نظر داشتن سابقه سقوط و بیماری‌های قلبی‌عروقی، عضلانی‌اسکلتی، تنفسی، شنوایی، کلیوی، گوارشی، بیماری مزمن و انجام ورزش با پرسش از خود فرد، بررسی شد. در قسمت سوم پرسشنامه، برای بررسی وضعیت سلامت روان فرد از آزمون افسردگی سالمندان GDS^۲ استفاده شد. آزمون افسردگی پانزده پرسشی سالمندان را که دکتر ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) در ایران استانداردسازی کرده‌اند، برای غربالگری افسردگی در سالمندان به کار برده می‌شود. براساس این

1. Abbreviated Mental Test (AMT)
2. Geriatric Depression Scale (GSD)

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی و مطلق میزان افسردگی در سالمندان ترک آذری مقیم منزل در شهرستان سلماس در سال ۱۳۹۰ (امتیاز GDS).

امتیاز GDS	فراوانی	درصد
بین ۰ تا ۴ (بدون افسردگی)	۱۶۶	۵۵/۳
بین ۵ تا ۸ (افسردگی خفیف)	۸۴	۲۸
بین ۹ تا ۱۱ (افسردگی متوسط)	۳۱	۱۰/۳۳
بین ۱۲ تا ۱۵ (افسردگی شدید)	۱۹	۶/۳
کل	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره افسردگی در سالمندان ترک آذری مقیم منزل در شهرستان سلماس در سال ۱۳۹۰ به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناختی.

متغیر	فراوانی	میانگین \pm انحراف معیار	آماره T	P
جنس	مرد	۱۳۷	۳/۳ \pm ۳/۱۰۷	۰/۰۰۰ -۶/۳۳۵
	زن	۱۶۳	۵/۷۵ \pm ۵/۰۶	
سن	۶۰ تا ۷۴	۲۳۴	۴/۳۶ \pm ۳/۳۷۴	۰/۰۱۶ -۲/۴۲۹
	۷۵ تا ۹۰	۶۶	۵/۵۵ \pm ۵/۹۶۲	
محل سکونت	شهر	۱۴۹	۴/۷۱ \pm ۳/۶۱	۰/۶۶۹ ۰/۴۲۸
	روستا	۱۵۱	۴/۵۴ \pm ۳/۴۶	
وضعیت تأهل	متأهل	۲۰۲	۴/۲۱ \pm ۳/۳۳۸	۰/۰۰۴ -۴/۹۳۴
	همسر فوت شده (بیوه)	۹۸	۵/۴۷ \pm ۳/۷۸۹	
وجود فرد همراه در زندگی	همسر یا فرزندان	۲۷۶	۴/۵۶ \pm ۳/۴۶۵	۰/۳۰۲ -۱/۰۳۳
	تنها یا بستگان	۲۴	۵/۳۱ \pm ۴/۲۲	

مجله علمی پژوهشی
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

۳. بین میانگین افسردگی در سالمندان از نظر متغیرهای محل سکونت و وجود فرد همراه در زندگی، تفاوت آماری معنی‌داری نشان داده نشد (جدول شماره ۲).

در این مطالعه با توجه به نتایج به دست آمده، مشخص شد که بین میانگین نمره افسردگی و شاخص‌های مربوط به سلامت نظیر ورزش ($P=۰/۰۰۲$)، سابقه سقوط ($P=۰/۰۰۳$)، ابتلا به بیماری‌های مزمن ($P<۰/۰۰۱$)، کلیوی ($P=۰/۰۴۱$)، گوارشی ($P>۰/۰۰۱$)، عضلانی اسکلتی ($P<۰/۰۰۱$) و شنوایی ($P=۰/۰۰۷$)، رابطه آماری معناداری وجود دارد. با این حال میانگین نمره افسردگی با بیماری‌های قلبی عروقی رابطه آماری معناداری نشان نداد

نتایج حاصل از این مطالعه، شیوع کلی افسردگی در سالمندان ترک آذری را ۴۴/۳۳ درصد و میانگین نمره افسردگی ۴/۶۲ \pm ۳/۵۳ را گزارش داد که فراوانی افراد در هر گروه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. میانگین نمره افسردگی، به طور معناداری در زنان بیشتر از مردان ($P=۰/۰۰$) و در سالمندان متأهل کمتر از سالمندان بیوه ($P=۰/۰۰۴$) بود (جدول شماره ۲). میانگین نمره افسردگی با سن، ارتباط معنی‌داری نشان داد ($P=۰/۰۱۶$)؛ به طوری که سالمندان جوان، نمره افسردگی کمتری داشتند. همچنین میانگین افسردگی در سالمندان بی‌سواد از سالمندان باسواد و در سالمندان غیرشاغل و از کار افتاده در مقایسه با سالمندان شاغل و بازنشسته، به طور معنی‌داری بیشتر بود (جدول شماره

جدول ۳. تحلیل واریانس میانگین نمره افسردگی در سالمندان ترک آذری مقیم منزل در شهرستان سلماس در سال ۱۳۹۰ بر حسب اشتغال و تحصیلات.

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال لون	مجموع مجذورات			مقدار F آماره P
					بین گروه‌ها	درون گروه‌ها	کل	
شاغل	۹	۲/۹۴	۲/۹۰۴	۰/۰۰۴	۵۶۳/۲۷۶	۳۱۷۳/۱۶۱	۳۷۳۶/۴۳۷	۰/۰۰۰ ۲۶/۳۶۱
بازنشسته	۳۴	۳/۱۲	۲/۷۵					
از کار افتاده و غیرشاغل	۱۷۶	۵/۷۷	۲/۵۳۴					
بی‌سواد	۲۲۹	۵/۰۴	۳/۵۹۳	۰/۱۶۴	۱۷۰/۸۰۵	۳۵۶۵/۶۳۲	۳۷۳۶/۴۳۷	۰/۰۰۱ ۷/۱۱۴
زیردیپلم	۶۴	۳/۳۲	۳/۰۰۷					
دیپلم و بالاتر	۷	۲	۲/۸۲۸					

مجله علمی پژوهشی
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره افسردگی در سالمندان ترک آذری مقیم منزل در شهرستان سلماس در سال ۱۳۹۰ برحسب متغیرهای مرتبط با سلامت.

متغیر	فراوانی	میانگین \pm انحراف معیار	آماره T	P
ورزش	خیر	۲۲۵	۳/۱۶۸	۰/۰۰۲
	بلی	۷۵	۳/۵۲ \pm ۳/۰۶۴	
سقوط	خیر	۲۴۵	-۲/۲۰۷	۰/۰۰۳
	بلی	۵۵	۵/۵۸ \pm ۳/۵۷۸	
بیماری‌های مزمن	خیر	۸۳	-۵/۴۸۱	۰/۰۰۰
	بلی	۲۱۷	۵/۲۵ \pm ۳/۵۸۸	
بیماری‌های کلیوی و ادراری	خیر	۲۲۹	-۲/۰۴۹	۰/۰۴۱
	بلی	۷۰	۵/۳۶ \pm ۳/۵۸۸	
بیماری‌های گوارشی	خیر	۲۴۷	-۳/۳۹۷	۰/۰۰۱
	بلی	۵۳	۶/۳۶ \pm ۳/۶۳۴	
بیماری‌های عضلانی اسکلتی	خیر	۱۷۰	-۴/۴۱۴	۰/۰۰۰
	بلی	۱۳۰	۳/۶۴ \pm ۵/۶۲	
بیماری‌های شنوایی	خیر	۲۲۶	-۲/۷۵۹	۰/۰۰۷
	بلی	۷۴	۳/۹۱ \pm ۲/۸۷	
بیماری‌های قلبی عروقی	خیر	۲۶۰	-۱/۹۹۸	۰/۰۶۴
	بلی	۴۰	۵/۸ \pm ۴/۳۲۸	



متوسط شیوع افسردگی در مطالعه فراتحلیل داده‌های نه کشور اروپایی (۱۲/۳ درصد) بالاتر است [۲۵].

(جدول شماره ۴) (P=۰/۰۶۴)

بحث

از عواملی که به نظر می‌رسد نقش مهمی در پایین بودن افسردگی در سالمندان مطالعه شده در مقایسه با بیشتر بررسی‌های موجود داشته باشد، بافت فرهنگی موجود در قومیت ترک آذری، همچون احترام به سالمندان، زندگی به صورت خانواده‌های گسترده، اعتقادهای مذهبی و وجود روایت‌هایی است که سرپرستی والدین سالمند را برعهده فرزندان، به‌ویژه فرزند بزرگ خانواده، قرار داده است. از دلایل بالا بودن شیوع در مقایسه با کشورهای اروپایی، وجود سیستم‌های خدمات رسمی مناسب در زمینه مراقبت از سلامت روان برای شناسایی و اقدام به موقع برای سالمندان در این کشورهاست. یکی از دلایل تفاوت بین میزان شیوع گزارش شده در پژوهش‌های افسردگی سالمندان، به کارگیری ابزار با نقطه برش متفاوت بوده است [۲۱].

شایان ذکر است که با وجود شیوع به نسبت پایین افسردگی متوسط و شدید در این قومیت، افسردگی خفیف شیوع به نسبت بالایی دارد که به شناسایی و درمان بهنگام نیاز دارد. این موضوع به

نتایج این مطالعه، نشان دهنده ابتلای ۱۶/۶۳ درصد از سالمندان ترک آذری به افسردگی متوسط و شدید بود که به‌طور کلی در مقایسه با پژوهش‌های انجام شده در ایران، کمتر یا به نسبت برابر است. در مقایسه با مطالعه‌های داخلی، میزان شیوع افسردگی در این مطالعه بیش از مطالعه قرنجیک و همکاران در جمعیت ترکمن (۱۳ درصد) و مطالعه خوش‌بین (۱۳ درصد) بود [۱۳، ۱۹]. این در حالی بود که میزان شیوع افسردگی کمتر از مطالعه قادری و همکاران در جمعیت سالمندان کرد (۲۳/۳ درصد)، رهگذر و همکاران (۲۲/۴ درصد)، مجیدی و همکارانش (۲۳/۵ درصد)، سهرابی و همکارانش (۳۱/۹ درصد) و منظوری و همکارانش (۶۳/۷ درصد) گزارش شد [۱۱، ۱۲، ۱۴، ۲۰، ۲۱]. در مقایسه با پژوهش‌های کشورهای دیگر، میزان شیوع افسردگی در این مطالعه کمتر از کشورهای هند (۲۰/۴ درصد)، کره (۳۶ درصد)، ژاپن (۴۱/۷ درصد) و سریلانکا (۲۷/۸ درصد) بود [۵، ۲۲-۲۴]. این امر در حالی بود که میزان شیوع افسردگی در این مطالعه، از

روستا و نیز شباهت بسیار زیاد شهرهای کوچک از نظر فرهنگ و سنت حاکم بر آنها را دلیلی بر یکسان شدن این شاخص در شهر و روستاهای مطالعه شده دانست. باتوجه به اینکه تعداد بسیار کمی از افراد سالمند بررسی شده تنها زندگی می کردند (در حدود ۶ درصد)، ارتباطی بین افسردگی و وجود فرد همراه در زندگی مشاهده نشد.

نتایج این مطالعه از بیشتر بودن افسردگی در بین سالمندان با تحصیلات کمتر و غیرشاغل و بدون همسر حکایت داشت که با نتایج دیگر مطالعه‌ها نیز همخوانی داشت [۲۲، ۲۳، ۲۸-۳۰، ۳۲]. پایین بودن سطح تحصیلات، نامناسب بودن وضعیت اشتغال، کم بودن مشارکت و حمایت اجتماعی مسائلی است که فقط به جامعه‌های خاص تعلق ندارد و مشکل بیشتر جوامع است که نیاز به بررسی‌های بیشتر و مقایسه‌ای و جامع تر وجود دارد. تمامی موارد ذکر شده، فرد سالمند را در معرض نگرانی‌ها و شرایط روانی خاصی قرار می‌دهد و برای خارج شدن سالمندان از این بحران، به برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی سیاست‌گذاران نیاز است. به‌منظور تأمین آسایش و رفاه و امنیت روانی سالمند، خانواده‌ها نقش مهمی دارند و می‌توانند کارهایی از این دست انجام دهند: سپردن اجرای برخی فعالیت‌ها مانند اجرای بعضی از مراسم‌های خانوادگی به سالمندان و شرکت دادن آنان در کارهای مختلف براساس توانایی‌شان و در نظر گرفتن سهمی از درآمد خانواده برای حمایت اقتصادی از سالمند.

در زمینه ارتباط افسردگی با متغیرهای مربوط به سلامت فرد، براساس شواهد این مطالعه بین افسردگی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، مصرف دارو، سابقه سقوط و ابتلا به بیماری‌های شنوایی، عضلانی-اسکلتی، گوارشی و کلیوی و ادراکی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر همسو بود [۳۴-۳۶، ۲۹، ۲۷، ۲۳، ۲۲، ۱۱]. باتوجه به ارتباط افسردگی با بیماری‌های مزمن و مشکل اندام‌ها براساس نتایج این مطالعه، به‌نظر می‌رسد سبک و شیوه زندگی این سالمندان به اقدام‌های اصلاحی و پیشگیری نیاز دارد. از جمله مسائلی که می‌تواند در بروز یا تشدید بیماری‌های مزمن تأثیرگذار باشد، عادات‌های غذایی غیراصولی، مانند مصرف غذاهای پرچرب، استفاده کم از روغن‌های مایع، کم بودن مصرف غذاهای دریایی، نداشتن فعالیت ورزشی، چیدمان خاص خانه و استفاده نکردن از میز و صندلی نشست و برخاست‌های متعدد را موجب می‌شود.

باتوجه به رابطه معنی‌دار بین افسردگی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، تقویت برنامه‌های غربالگری بهداشتی، به‌ویژه بیماری فشارخون و دیابت و بیماری‌های روانی، که در حال حاضر در روستاها اجرا می‌شود و استمرار این برنامه به شهرها، می‌تواند از جمله کارهای مفید در پیشگیری از افسردگی باشد. افزون بر این برای اصلاح شیوه زندگی سالم در سالمندان، وزارت بهداشت

دو دلیل اهمیت دارد: ۱. به دلیل آنکه انجام برنامه‌های پیشگیرانه از افزایش شدت افسردگی جلوگیری می‌کند؛ ۲. به دلیل آنکه شیوع پایین افسردگی شدید، موجب کم‌اهمیت جلوه دادن موضوع برای مسئولان امر نشد.

در این مطالعه، افسردگی در زنان شیوع بیشتری داشت که به‌جز در سه مطالعه [۲۶، ۲۱، ۱۴] با دیگر مطالعه‌ها هم‌راستا بود [۲۹-۲۷، ۲۲-۲۵، ۱۳-۱۱]. در مطالعه حاضر بیشتر بودن شیوع افسردگی در زنان ترک آذری، می‌تواند به دلیل این واقعیت باشد که در گروه‌های قومیتی برای زنان محدودیت‌های خاصی وجود دارد. از جمله این محدودیت‌ها عبارت است از: تحصیلات پایین (به‌ویژه در گروه نسل کنونی سالمندان)، وضعیت اشتغال و نداشتن درآمد مستقل بیشتر زنان، محدود بودن روابط اجتماعی و بزرگ‌تر دانستن مقام مرد در برابر مقام زن. هرچند با بهبود نگرش خانواده‌ها، وضعیت تحصیل در گروه‌های زنان بهتر و شرایط کار در جامعه برای زنان مهیا شده است و زنان راحت‌تر می‌توانند در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی مشارکت کنند.

امید است با توسعه عوامل ذکر شده، در آینده شاهد تأثیر مثبت این عوامل در کاهش بروز افسردگی در زنان باشیم. باتوجه به بیشتر بودن شیوع افسردگی در سالمندان زن، باید بررسی‌های کاملی در زمینه انواع علل تأثیرگذار بر افزایش میزان افسردگی در زنان، از جمله بیشتر بودن بُعد خانوار، نداشتن درآمد مستقل، بی‌سوادی یا کم‌سوادی و نداشتن مشارکت‌های اجتماعی عامه‌پسند انجام شود. افزون بر این باید به‌منظور ترفیع منزلت اجتماعی و موانع پیش روی این گروه، قوانین مؤثرتری وضع شود.

در این پژوهش، میانگین نمره افسردگی در گروه سنی بالاتر بیشتر است که این یافته با دیگر پژوهش‌های موجود هم‌راستا است [۳۱، ۳۰، ۲۸، ۲۷، ۱۲]؛ هرچند این نتایج با برخی مطالعه‌ها نیز هم‌راستا نبود [۲۵، ۱۴، ۱۳]. افزایش سن به‌تنهایی میزان شیوع افسردگی را افزایش نمی‌دهد. با وجود این به دلیل همراهی با برخی مسائل، از جمله افزایش بیماری‌های مزمن و همراه با درد، افزایش مصرف دارو، کاهش توانایی‌های عملکردی، افزایش اختلال‌های شناختی و افزایش حوادث پراضطراب زندگی، همچون داغ‌دیدگی می‌تواند با افزایش میزان شیوع افسردگی همراه باشد که نتایج این مطالعه نیز بیانگر این موضوع است.

در این بررسی برخلاف برخی بررسی‌ها [۳۲، ۲۹، ۲۸، ۲۱، ۱۱]، ارتباطی بین افسردگی با متغیرهایی همچون سطح درآمد و محل سکونت و وجود فرد همراه در زندگی وجود نداشت. این در حالی بود که پژوهش‌هایی نیز وجود داشت که با این نتایج هم‌راستا بود [۲۶، ۱۴-۱۲]. در زمینه نبود ارتباط معنادار بین محل سکونت و افسردگی، شاید بتوان گسترش برنامه‌ها و خدمات بهداشتی در سطح روستاها و ارتباط بیشتر بین شهر و

References

- [1] Anderson GF, Hussey PS. Population aging: A comparison among industrialized countries. *The Aging Male*. 2000; 3(3):158-158. doi: 10.1080/13685530008500328
- [2] Saberian M, Haji Aghakhani S, Ghorbani R. [Study of the mental status of the elderly and its relationship with leisure time activities (Persian)]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2004; 10(4):53-60. [
- [3] Macdonald AJD. ABC of mental health: Mental health in old age. *BMJ*. 1997; 315(7105):413-7. doi: 10.1136/bmj.315.7105.413
- [4] World Health Organization. *Mental health and older adults*. Geneva: World Health Organization; 2013.
- [5] Sinha SP, Shrivastava SR, Ramasamy J. Depression in an older adult rural population in India. *MEDICC Review*. 2013; 15(4):41-4. PMID: 24253350
- [6] Steffens DC. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: The cache county study. *Archives of General Psychiatry*. American Medical Association. 2000; 57(6):601-7. doi: 10.1001/archpsyc.57.6.601
- [7] Alexopoulos GS, Katz I, Reynolds C, Carpenter D, Docherty J. The expert consensus guideline series. *Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients*. *Postgraduate Medical Journal*. 2001; 1:86. PMID: 17205639
- [8] Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists; 1999; 174(4):307-11. doi: 10.1192/bjp.174.4.307
- [9] Bekaroglu M, Uluutku N, Tanriöver S, Kirpinar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1991; 84(2):174-8. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03124.x
- [10] Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, et al. Depression in Japanese community-dwelling elderly – prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2004; 39(1):15-23. doi: 10.1016/j.archger.2003.12.003
- [11] Rahgozar M, Nasrabadi MR. [Feeling of depression, anxiety, and apprehension in the elderly population (Persian)]. *Hakim*. 1999; 2(2):103-13.
- [12] Ghaderi S, Sahaf R, Mohammadi Shahbalaghi F, Ansari G, Gharanjik A, Ashrafi K, et al. [Prevalence of depression in elderly Kurdish Community Residing in Boukan, Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 7(1):57-66. [Persian]
- [13] Gharanjik A, Mohammadi F, Ansari G, Najafi F, Ghaderi S, Ashrafi K, et al. [The prevalence of depression in older Turkmen adults in 2010 (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2011; 6(3):34-9.
- [14] Manzouri L, Babak A, Merasi M. The depression status of the elderly and its related factors in Isfahan in 2007 (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 4(4):27-33.
- [15] Park M, Unützer J, Grembowski D. Ethnic and gender variations in the associations between family cohesion, family conflict, and depression in older Asian and Latino adults. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2013; 16(6):1103-10. doi: 10.1007/s10903-013-9926-1

برنامه‌هایی اجرایی کند. با این حال برای تشویق و ترغیب سالمندان به شرکت در این برنامه‌های آموزشی و اجرای آن‌ها، از جمله انجام فعالیت‌های ورزشی توصیه شده و پیروی از برنامه‌های تغذیه‌ای خاص ارائه شده و شرکت در اجتماع‌ها، باید فعالیت‌های جدی‌تری انجام شود.

باتوجه به افزایش روند رشد جمعیت سالمندی و شیوع به نسبت چشمگیر افسردگی خفیف در این گروه قومیتی از سالمندان، انجام مداخله‌های پیشگیرانه با هدف شناسایی و انجام اقدام‌های درمانی به موقع، می‌تواند از پیشرفت این بیماری پنهان جلوگیری و در سیستم مراقبت بهداشتی، هزینه‌ها را نیز کاهش دهد.

محدودیت‌ها

محدودیت‌های این تحقیق عبارت بود از:

۱. برای ارزیابی افسردگی از آزمون غربالگری استفاده شد و از آزمون‌ها و معاینه‌های کلینیکی براساس مصاحبه روان‌پزشکی DSM-4^۳ برای تشخیص افسردگی بهره گرفته نشد. البته آزمون GDS-15^۴ باتوجه به حساسیت و ویژگی فراوان، در حال حاضر یکی از آزمون‌های پرکاربرد جهان است؛

۲. حذف افراد مشکوک به اختلال شناختی با انجام آزمون AMT، باعث شد گروهی از مطالعه حذف شوند که بیشترین امکان ابتلا به افسردگی را داشتند؛

۳. نمونه‌گیری فقط در یک شهرستان استان انجام شد؛

۴. سالمندان ترک آذری مقیم آسایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها بررسی نشدند؛ بنابراین نتایج آن را نمی‌توان به این گروه از سالمندان ترک آذری تعمیم داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه آقای کاظم اشرفی با عنوان «بررسی شیوع افسردگی در سالمندان ترک آذری مقیم منزل در شهرستان سلماس در سال ۱۳۹۰» برای اخذ مدرک گواهی عالی بهداشت عمومی در گرایش سالمندی بود. بدین‌وسیله پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولان واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت شهرستان سلماس و تمامی کارشناسان و بهورزان و سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه قدردانی کنند.

- [16] Lai DW. Impact of culture on depressive symptoms of elderly Chinese immigrants. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49(12):820-7. doi: 10.1177/070674370404901205
- [17] Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. [Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran (Persian)]. *Research in Medicine*. 2006; 30(4):361-369
- [18] Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. [Standardization of mini-mental state examination among Iranian elderly in Tehran (Persian)]. *Advances in Cognitive Sciences*. 2009; 10(2):29-37.
- [19] Khoshbin S, Eshrati B, Azizabadi Farahani A. [Elderly status report- Iran 2001 (Persian)]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005.
- [20] Sohrabi M, Zolfaghari P, Mehdizadeh F, Aghayan M, Aghmashadi M, Shariati Z. [Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home (Persian)]. *Knowledge & Health*. 2008; 3(2):27-31.
- [21] Majdi MR, Ghayour Mobarhan M, Salek M, Taghi M, Mokhber N. [Prevalence of depression in an elderly population: A population-based study in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2011; 5(1):17-24.
- [22] Kim JI, Choe MA, Chae YR. Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. *Asian Nursing Research*. 2009; 3(3):121-9. doi: 10.1016/s1976-1317(09)60023-2
- [23] Kim O, Byeon YS, Kim JH, Endo E, Akahoshi M, Ogasawara H. Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research*. 2009; 3(2):63-70. doi: 10.1016/s1976-1317(09)60017-7
- [24] Malhotra R, Chan A, Østbye T. Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms among elderly people in Sri Lanka: Findings from a national survey. *International Psychogeriatrics*. 2009; 22(02):227. doi: 10.1017/s1041610209990871
- [25] Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: The EURODEP studies. *World Psychiatry*. 2004; 3(1):45-9. PMID: PMC1414664
- [26] Mubeen SM, Henry D, Qureshi SN. Prevalence of depression among community dwelling elderly in Karachi, Pakistan. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2012; 6(2):84-90. PMID: PMC3940012
- [27] Lippa M, Sikorski C, Luck T, Weyerer S, Villringer A, König HH, et al. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life-results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011; 27(3):286-95. doi: 10.1002/gps.2718
- [28] Rajabizadeh GH ZA, Gholami KH, Hanafi S. [Prevalence of Depression in Kermanian Geriatrics, 2002 (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2005; 3(1):58-66.
- [29] Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, Yener GG, Tunca Z. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014; 59(1):150-4. doi: 10.1016/j.archger.2014.03.014
- [30] Mobasheri M, Moezy M. [The prevalence of depression among the elderly population of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord (Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2010; 12(2):89-94.
- [31] Gurina NA, Frolova EV, 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. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59(6):980-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03448.x
- [32] Ekinci M, Tortumluoğlu G, Okanlı A, Sezgin S. The prevalence of depression in elderly living at home in eastern Turkey, Erzurum. *International Journal of Human Sciences*. 2004; 1(1):16-24.
- [33] Sajadi H, Mohaqeqi Kamal H, Vameghi M, Forozan AS, Rafei H, Nosratabadi M. [Systematic review of prevalence and risk factors associated with depression and its treatment in Iranian elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 7(4):7-15.
- [34] Mane A, Patil P, Sanjana T, Srinivas T. Prevalence and correlates of fear of falling among elderly population in urban area of Karnataka, India. *Journal of Mid-Life Health*. 2014; 5(3):150. doi: 10.4103/0976-7800.141224

