



میزان شیوع افسردگی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با سلامت در سالمندان دارای پرونده الکترونیکی سلامت شهر زنجان

فروزان مولایی راد

دانش آموخته کارشناسی ارشد رشته پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

Molaei.foruzan@gmail.com

اکبر پوررحیمی

گروه پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

apourrahimi@zums.ac.ir

محمد عبدی

مشاور حقوقی، گروه پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

Mohammad2016@zums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بیشترین شیوع افسردگی در افراد سالخورده است و تفاوت فرهنگی هر منطقه سبب اختلاف در میزان شیوع این اختلال می‌گردد. این مطالعه باهدف بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان دارای پرونده الکترونیکی سلامت شهر زنجان در سال ۹۷ انجام شده است.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی-مقطعی با مشارکت ۴۰۰ سالمند دارای پرونده سلامت الکترونیکی که با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از ۱۸ مراکز سلامت جامعه شهری زنجان انتخاب شدند، انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه افسردگی سالمندان (GDS) صورت گرفت. داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ۱۶ شد و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، کای دو، ANOVA و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی $56/5 \pm 7/7$ سالمندان بود. ۶۸/۵ درصد سالمندان مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند که ۴۰/۵ درصد افسردگی خفیف، ۱۹/۲ درصد افسردگی متوسط و ۸/۸ درصد افسردگی شدید، داشتند. افسردگی خفیف در میان سالمندان جوان‌تر و افسردگی متوسط و شدید در سالمندان بالای ۷۵ سال بیشتر بود. افسردگی با سن و وضعیت تحصیل مرتبط و با جنسیت، وضعیت تأهل و محل سکونت ارتباط معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای افسردگی در بین سالمندان شهر زنجان پیشنهاد می‌شود مدیران برنامه آموزشی به سالمندان، حمایت اجتماعی از آن‌ها، نظارت بر عملکرد نهادهای حمایتی مانند بیمه و همچنین توجه به تفاوت جغرافیایی و تنوع فرهنگی مناطق مختلف کشور را در اولویت برنامه‌ریزی‌های سلامت سالمندی جهت کاهش افسردگی سالمندی قرار دهد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، سالمند، پرونده الکترونیکی سلامت.



مقدمه

جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است به طوری که طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ جمعیت بالای ۶۰ سال، از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد یعنی حدود دو برابر افزایش خواهد یافت. در جهان بیش از ۸۰۰ میلیون نفر سن بالای ۶۰ سال دارند؛ که این رقم تا سال ۲۰۲۰ به یک میلیارد نفر خواهد رسید (Taheri, ۲۰۲۰:۱۲۷). مقایسه هرم سنی جمعیت ایران در دو دهه اخیر نشان می‌دهد که ساختار هرم هرساله به عقب رانده می‌شود (Noroozian, ۲۰۲۲:۲). طی آخرین سرشماری سال ۱۳۹۵ در ایران جمعیت کشور حدود ۷۹ میلیون و ۶۰۰ هزار نفر گزارش شد که جمعیت سالمندان حدود ۹/۲ درصد بود (Jafari & Hesampour, ۲۰۲۱:۹۱).

با افزایش سن از نیرو و توان جوانی کاسته شده و طی یک روال فیزیولوژیکی اندام‌های بدن دیگر کارکرد گذشته را ندارند و اگر مراقبت‌های لازم از این طیف صورت نگیرد، دچار مشکلات مختلف جسمانی، روحی، اجتماعی و اقتصادی می‌شوند (Han, ۲۰۱۷:۷۸۵). مشکلات روانشناختی به دلیل آسیب مستقیم به فرد و کمک به تسریع مشکلات دیگر از اهمیت بالایی برخوردار هستند. افسردگی مشکل شایع روانشناختی قرن بیست و یکم به خصوص در سالمندان شناخته شده است (Bandelow & Michaelis, ۲۰۲۰:۳۲۷). افسردگی سبب کاهش چشمگیر کیفیت زندگی سالمند و خانواده، افزایش هزینه‌های درمان، کاهش اعتماد به نفس، تسریع دمانس، افزایش دیگر بیماری‌های روانی و افزایش میزان خودکشی در سالمندان می‌شود (Han, Yang, ۲۰۱۷:۷۸۶; Stoppe & de Mendonça Lima, ۲۰۱۹:۳۰۵). افسردگی نه تنها خود یک اختلال مهم در زندگی فرد محسوب می‌شود بلکه تسریع کننده دیگر مشکلات روانشناختی نیز می‌باشد. افسردگی به وجود آمده در سالمندان در جوامع کوچک که ارتباط خویشاوندی (نسبی) فراوانی باهم دارند حس طردشدگی را افزایش می‌دهد (An Lee,., Jeon, Son, Kim, & Hong, ۲۰۱۹:۳۳).

بیشترین شیوع افسردگی در هرم سنی مربوط به افراد سالخورده است و بسته به فرهنگ هر منطقه شیوع نوع شدید آن حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده شده است (Sengupta & A. I. Benjamin, ۲۰۱۵:۱). میزان شیوع افسردگی در سالمندان برزیل ۵۲٫۶ درصد و در هلند ۱۷/۱ درصد برآورد شد (Luppa, ۲۰۱۲:۲۱۲; Matias, Fonseca Mde, Gomes Mde, &)



Guerra et al., ۲۰۱۶). در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط، این شیوع بین ۱۰ تا ۷۷/۵ درصد متفاوت است (Matos, ۲۰۱۶). در هند میزان شیوع افسردگی شدید در سالمندان، ۸/۹ بود (Paramita Sengupta & Anoop I Benjamin, ۲۰۱۶). طی مطالعه‌ای در هرمزگان مشخص شد که ۶۵ درصد سالمندان افسردگی خفیف، ۲۵,۸۳ درصد افسردگی متوسط و ۹,۱۷ درصد دچار افسردگی شدید هستند (Mansour, Ali, & Siamak, ۲۰۲۱:۳۱۹). چالش‌های زیادی در زمینه میزان شیوع افسردگی در مناطق جغرافیایی مختلف وجود دارد که می‌تواند به دلیل وجود تفاوت فرهنگی و عوامل جمعیت‌شناختی مختلف باشد. برای مثال در مطالعه میرزایی و همکاران در سرای سالمندان شهر خرم‌آباد میزان شیوع افسردگی خفیف ۲۸/۲ درصد، افسردگی متوسط ۱۹/۲ درصد و میزان افسردگی شدید ۱۶/۶ درصد برآورد شد اما در مطالعه ساجدی و همکاران میزان شیوع افسردگی در کل جمعیت سالمندان ایران به ترتیب ۸۵/۸۱ درصد در سرای سالمندان و ۵۷/۵۸ درصد در منزل بود (Homeira et al., ۲۰۱۳). این تفاوت‌ها احتمالاً به علت شرایط مختلف جغرافیایی و تنوع فرهنگی جوامع ایرانی است.

از نظر شاخص‌های جمعیت‌شناختی نیز تفاوت‌های فراوانی ذکر شده است برای مثال افسردگی تحت بالینی در افراد سالخورده جوان (۶۰-۷۴ ساله) حداقل ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افسردگی شدید است که سالانه ۸ تا ۱۰ درصد این افراد، افسردگی شدید می‌گیرند. جنسیت زن، ناتوانایی، بیماری همراه و سیستم حمایت اجتماعی ضعیف می‌تواند سبب تسریع مشکلات بیشتر و افکار خودکشی باشد (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni, & Jeste, ۲۰۱۱:۱۲۶). عوامل مرتبط با افسردگی جنسیت زن، تأهل، سکونت در سرای سالمندان، میزان تحصیلات، سن و وضعیت اقتصادی اجتماعی می‌باشد (Homeira et al., ۲۰۱۳:۷). در مطالعه برالین و همکاران دیده شد که دامنه افسردگی در سالمندان با جنسیت و عملکرد شناختی ارتباط داشته ولی با افزایش سن میزان افسردگی در گروه سالمندان افزایش نمی‌یابد (Brailean, Guerra, Chua, Prince, & Prina, ۲۰۱۵:۱۲۹). در مطالعه‌ی دیگری در هند نشان داده شد که سن، جنس زن، درآمد ماهانه، وضعیت زندگی با همسر، بیماری‌های مزمن و سیگار کشیدن با میزان افسردگی سالمندی ارتباط معناداری دارد (Radhakrishnan & Nayeem, ۲۰۱۳: ۳۰۹).

با توجه به افزایش سن جمعیت کشور و همچنین تنوع فرهنگی و جغرافیای کشورمان و اینکه مطالعه‌ای مبنی بر بررسی شیوع افسردگی در سالمندان در شهر زنجان وجود ندارد و در مطالعات مختلف عوامل مرتبط با افسردگی در سالمندان ضدونقیض است.



این مطالعه باهدف تعیین میزان بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان دارای پرونده الکترونیکی سلامت شهر زنجان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی- مقطعی از اردیبهشت‌ماه تا تیرماه سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل حدوداً ۶۰ هزار نفر سالمند دارای پرونده الکترونیکی سلامت شهر زنجان، که در سال ۹۷ به مراکز جامع خدمات سلامت شهری مراجعه کرده بودند. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهر زنجان به شماره IR.ZUMS.۲۸۳، پژوهشگر به تمام ۱۸ مرکز جامع خدمات سلامت شهری که در سطح شهر زنجان وجود دارد، مراجعه نمود. با توجه به فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۹۰ درصد و میانگین افسردگی سالمندان ۳۸ درصد، حجم ۳۸۰ نفر تخمین زده شد (Cuijpers, ۲۰۱۴; Taheri, ۲۰۱۶:۱۹۳; Tanjanai, Moradinazar, & Najafi, ۲۰۱۷:۱۲۹; Yu, ۲۰۱۶:۱۹۳).

$$n = \frac{Z^2 \cdot Pq}{d^2 \left(1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 \cdot Pq}{d^2} - 1 \right) \right)}$$

جهت پیشگیری از ریزش نمونه ۴۸۰ نفر از سالمندان با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. از هر مرکز جامع خدمات سلامت شهری مورد مطالعه به‌طور تصادفی ۳۰ نفر جهت ورود به مطالعه انتخاب شد. در جریان انجام پژوهش ۴۸ نفر حاضر به ادامه همکاری نشدند و ۳۲ نفر فرم‌ها را ناقص تکمیل کرده بودند که از مطالعه خارج شدند. نهایتاً پژوهش با همکاری ۴۰۰ نفر ادامه یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، بدون سابقه تنش روانی در سه ماه اخیر (از قبیل مرگ بستگان نزدیک، بحران اقتصادی، عدم وقوع بلایای طبیعی)، عدم وجود سابقه بیماری روانی و تکمیل پرسشنامه مذکور بوده و معیار خروج شامل تکمیل ناقص و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی افراد ۶۰ ساله و بالاتر را سالمند، افراد ۶۰-۷۴ ساله را سالمند جوان و افراد ۹۰ سال به بالا را سالمند فرتوت می‌نامند (WHO Organization, ۲۰۲۲:۱).

ابزار مورد استفاده این مطالعه پرسشنامه افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale) GDS و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی بود. جهت بررسی افسردگی سالمندان از پرسشنامه استاندارد جهانی (GDS) استفاده شد، این پرسشنامه دارای



۵ نسخه ۶۰،۳۰،۱۵،۵ و ۴ سؤالی است که فرم ۱۵ سؤاله آن به زبان‌های آرژانتینی، برزیلی، چینی و چند کشور دیگر نیز روایی و پایایی شده است (Almeida & Almeida, ۱۹۹۹; Boey, ۲۰۰۰; Carrete et al., ۲۰۰۱:۸۵۸). در ایران نسخه ۱۵ سؤالی این پرسشنامه توسط ملکوتی وهمکاران روایی و پایایی شد (Malakouti, Fathollahi, Mirabzadeh, Salavati, & Kahani, ۲۰۰۶:۳۶۳). برای اعتبار یابی بیشتر این پرسشنامه، مجدد توسط ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه روایی انجام شد. پایایی آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد. همچنین برای فرم ۱۵ سؤالی بهترین نقطه برش ۸ (با حساسیت ۰/۹ و ویژگی ۰/۸۴) بود. در این پرسشنامه پاسخ هر سؤال بلی یا خیر می‌باشد که به آن امتیاز صفر و یک داده می‌شود، بیشترین امتیاز ۱۵ می‌باشد؛ نمره بین ۴-۰ بدون افسردگی، ۵-۸ افسردگی خفیف، ۱۰-۸ افسردگی متوسط و ۱۵-۱۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. ابزار دیگر مورد استفاده پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی سالمندان که شامل آیم های سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت بود.

اطلاعات به دست آمده وارد نرم افزار SPSS ۱۶ شد سپس نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تعیین شد. با استفاده از آزمون‌های توصیفی میزان میانگین، فراوانی و درصد و انحراف معیار محاسبه گشت. جهت مقایسه عوامل کیفی مانند جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با شیوع افسردگی از آزمون آماری کای دو در متغیرهای دو حالت استفاده شد. جهت مقایسه عوامل کمی مانند سن از ANOVA استفاده شد. همچنین از آزمون رگرسیون لجستیک جهت بررسی همبستگی بین متغیرها با متغیر وابسته استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰۰ نفر با میانگین سنی $0/56 \pm 7/7$ شرکت کردند که ۲۶۳ نفر (۶۵/۸٪) زن و ۱۳۷ نفر (۳۴/۲٪) مرد بودند. همچنین ۳۰۶ نفر (۷۹/۵٪) سالمند جوان، ۷۰ نفر (۱۷/۵٪) سالمند پیر و ۲۴ نفر (۶٪) سالمند کهن سال بودند (جدول ۱).



جدول ۱- مشخصات دموگرافیک سالمندان دارای پرونده الکترونیکی سلامت شهر زنجان

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد ۱۳۷ (۳۴/۲)
	زن ۲۶۳ (۶۵/۸)
سن	۶۰-۷۴ ۳۰۶ (۷۹/۵)
	۷۵-۹۰ ۷۰ (۱۷/۵)
	بالای ۹۰ ۲۴ (۶/۰)
وضعیت تأهل	مجرد ۵۲ (۱۳/۰)
	متأهل ۳۴۸ (۸۷/۰)
میزان تحصیلات	زیردیپلم ۳۵۸ (۸۹/۵)
	دیپلم و بالاتر ۴۲ (۱۰/۵)
محل سکونت	شهری ۲۴۳ (۶۰/۸)
	روستایی ۱۲۷ (۳۱/۸)
	حاشیه شهر ۳۰ (۷/۵)

میزان کلی افسردگی در این مطالعه ۶۸/۵ درصد بود به طوری که ۴۰/۵ درصد از سالمندان مبتلا به افسردگی خفیف، ۱۹/۲ درصد افسردگی متوسط و ۸/۸ درصد افسردگی شدید داشتند. نتایج مطالعه نشان داد که شیوع میزان افسردگی به طور معناداری با افزایش سن ($p=0/008$) و سطح تحصیلات ارتباط دارد ($p=0/036$). بطوریکه فراوانی افسردگی خفیف در سالمندان جوان (۹۰-۷۵) بیشتر، در مقابل فراوانی افسردگی شدید در سالمندان کهن سال (بالای ۹۰ سال) بیشتر بود. همچنین شیوع افسردگی در سالمندان با تحصیلات زیر دیپلم پایین تر از از سالمندانی بود که تحصیلات دیپلم و یا بالاتر داشتند. از طرفی ارتباط معناداری بین شیوع افسردگی با جنسیت ($p=0/553$)، وضعیت تأهل ($p=0/32$) و محل سکونت ($p=0/56$) وجود نداشت (جدول ۲). نتایج جدول سه با استفاده از رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد سن و تحصیلات پیش‌بینی کننده‌های قوی افسردگی در سالمندان می‌باشد در حالی که جنس، وضعیت تأهل و محل سکونت متغیرهای پیش‌بینی کننده برای افسردگی سالمندان در زنجان نبودند (جدول ۳).



جدول ۲- مقایسه میزان شیوع افسردگی با عوامل مرتبط در سالمندان دارای پرونده الکترونیکی شهر زنجان

متغیرها	فراوانی تعداد (درصد)	افسردگی ندارد تعداد (درصد)	افسردگی خفیف تعداد (درصد)	افسردگی متوسط تعداد (درصد)	افسردگی شدید تعداد (درصد)	کل افسردگی تعداد (درصد)	p-value
کل سالمندان	۴۰۰ (۱۰۰)	۱۲۶ (۳۱/۵)	۱۶۲ (۴۰/۵)	۷۷ (۱۹/۲)	۳۵ (۸/۸)	۲۷۴ (۶۸/۵)	
جنسیت	مرد	۱۳۷ (۳۴/۲)	۴۶ (۳۳/۶)	۵۱ (۳۷/۲)	۳۰ (۲۱/۹)	۹۱ (۶۶/۴)	۰/۵۵۳*
	زن	۲۶۳ (۶۵/۸)	۸۰ (۳۰/۴)	۱۱۱ (۴۲/۲)	۴۷ (۱۷/۹)	۲۵ (۹/۵)	
سن	۶۰-۷۴	۳۰۶ (۷۹/۵)	۱۰۵ (۳۴/۳)	۱۲۵ (۴۰/۸)	۵۵ (۱۸)	۲۰۱ (۶۵/۷)	۰/۰۰۸**
	۷۵-۹۰	۷۰ (۱۷/۵)	۱۹ (۲۷/۱)	۲۹ (۴۱/۴)	۲۰ (۱۴)	۵۱ (۷۲/۹)	
	بالای ۹۰	۲۴ (۶)	۲ (۸/۳)	۸ (۳۳/۳)	۸ (۳۳/۳)	۲۲ (۹۱/۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۵۲ (۱۳)	۲۰ (۳۸/۵)	۱۹ (۳۶/۵)	۸ (۱۵/۴)	۳۲ (۶۱/۵)	۰/۳۲*
	متأهل	۳۴۸ (۸۷)	۱۰۶ (۳۰/۵)	۱۴۳ (۴۱/۰)	۶۹ (۱۹/۸)	۳۰ (۸/۶)	
تحصیلات	زیردیپلم	۳۵۸ (۸۹/۵)	۱۱۷ (۳۲/۷)	۱۴۷ (۴۱/۱)	۶۲ (۱۷/۳)	۲۴۱ (۶۷/۳)	۰/۰۳۶*
	دیپلم و بالاتر	۴۲ (۱۰/۵)	۹ (۲۱/۴)	۱۵ (۳۵/۷)	۱۵ (۳۵/۷)	۳ (۷/۱)	
محل سکونت	شهری	۲۴۳ (۶۰/۸)	۸۱ (۳۳/۳)	۹۶ (۳۹/۵)	۴۵ (۱۸/۵)	۱۶۲ (۶۶/۷)	۰/۵۵۹**
	روستایی	۱۲۷ (۳۱/۸)	۳۹ (۳۰/۷)	۵۲ (۴۰/۹)	۲۷ (۲۱/۳)	۹ (۷/۱)	
	حاشیه شهر	۳۰ (۷/۵)	۶ (۲۰)	۱۴ (۷/۴۶)	۵ (۱۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	

* chi-square ** one-way ANOVA



جدول ۳- همبستگی بین افسردگی سالمندان زنجان و عوامل جمعیت شناختی

Sig.	t	Standardized Coefficients Beta	Unstandardized Coefficients		متغیرها
			B	Std. Error	
.۱۸۰	۱,۳۴۴	.۰۷۱	.۱۳۷	.۱۰۲	جنسیت
.۰۰۰	۴,۰۰۸	.۱۹۸	.۳۱۹	.۰۸۰	سن
.۲۳۳	-۱,۱۹۵	-.۰۶۱	-.۱۶۸	.۱۴۰	وضعیت تأهل
.۰۰۰	۴,۰۷۳	.۱۹۵	.۳۱۶	.۰۷۶	تحصیلات
.۲۶۸	۱,۱۰۹	.۰۵۴	.۰۸۰	.۰۷۲	محل سکونت
Logistic Regression					

بحث

در مطالعه حاضر میزان شیوع افسردگی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در سالمندان شهر زنجان بررسی شد و شیوع کلی افسردگی ۶۸٫۵٪، افسردگی خفیف ۴۰/۵ درصد، افسردگی متوسط ۱۹/۲ درصد و افسردگی شدید ۸/۸ درصد برآورد شد. طی مطالعه کاشفی و همکاران سال ۲۰۱۱ با عنوان "ارتباط بین متغیرهای فردی و اجتماعی با شیوع افسردگی در سالمندان بالای ۶۰ سال در شیراز"، میزان افسردگی خفیف ۶۵ درصد، افسردگی متوسط ۲۵ درصد و افسردگی شدید ۹/۱۷ درصد برآورده شد (Mansour, ۲۰۲۱: ۳۱۹). همچنین طی مطالعه سگوپتا و همکاران در هند با عنوان "شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهری و روستایی در سال ۲۰۱۵"، شیوع افسردگی شدید ۹٫۷ درصد گزارش گردید (Sengupta & A. I. ۲۰۱۵: ۱). این مطالعات با پژوهش حاضر از نظر فراوانی شدت افسردگی (خفیف، متوسط و شدید) هم‌راستا هستند. هر دو نوع مطالعه توصیفی-مقطعی بوده و نیز تقسیم‌بندی سالمندان به سه گروه سنی جوان، پیر و فرتوت و بررسی دقیق‌تر در گروه‌های سنی از علل همسو بودن نتایج در پژوهش‌های فوق‌الذکر می‌باشد؛ اما در مطالعه کاشفی جهت سنجش افسردگی از پرسشنامه (Beck^۱) استفاده شده که مقیاس اندازه‌گیری عمومی تمام سنین است در صورتی که مطالعه حاضر از پرسشنامه GDS استفاده شده که معیار تخصصی افسردگی سالمندان است. نقطه قوت مطالعه ایشان بررسی سطح درآمد سالمندان به‌عنوان یک متغیر مستقل در زمینه تسریع افسردگی بود؛ اما حجم نمونه در مطالعه کاشفی و همکاران ۱۲۰ نفر بود که به نظر حجم نمونه

^۱ Beck depression questionnaire



کمی است در صورتی که حجم نمونه در مطالعه حاضر ۴۰۰ نفر بود. مطالعه سگوپتا و همکاران از حجم نمونه بالایی برخوردار بود طوری که ۳۰۳۸ سالمند از نواحی روستایی و شهری در این مطالعه حضور داشتند. معیار سنجش افسردگی نیز همانند مطالعه حاضر پرسشنامه تخصصی سالمندی GDS بود. از دیگر نقاط قوت این مطالعه بررسی اختلال شناختی و نقص فیزیکی می باشد. با وجود به حجم نمونه بالا و بررسی در حوزه های مختلف به نظر جزئیات عوامل خطر به طور کامل گزارش نشده بود. همچنین در مطالعه ای که توسط ساجدی و همکاران با عنوان " بررسی سیستماتیک شیوع و عوامل خطر مرتبط با افسردگی و درمان آن در سالمندان ایرانی در سال ۲۰۱۳" انجام شد، میزان شیوع افسردگی در سالمندانی که در منزل ساکن بودند، ۵۷،۵۸ درصد گزارش شد که نشان می دهد بیش از نیمی از سالمندان مبتلا به درجاتی از افسردگی هستند که هم راستا با نتیجه مطالعه حاضر بود (Homeira, Hosein, Marviye, ۲۰۱۳:۷). پژوهش حاضر و مطالعه ساجدی و همکاران، شیوع افسردگی را در سالمندانی که سالم بوده و بیماری مزمن روانی نداشته اند بررسی نمود. مطالعه ساجدی و همکاران به صورت مرور سیستماتیک و تحلیل چندساله ای مطالعات مرتبط با افسردگی سالمندان در ایران انجام شده بود اما بمطالعه حاضر به صورت توصیفی - مقطعی انجام شده بود. با این وجود همسو بودن دو مطالعه می تواند نشانگر نزدیکی اختلال افسردگی در سالمندان زنجانی و استفاده از مقیاس های مناسب نمونه گیری و تحلیل داده ها در مطالعه حاضر باشد.

بختیاری و همکاران سال ۲۰۱۷ میزان شیوع کل افسردگی را ۵۱/۸۷ درصد گزارش نمودند، به طوری که در این مطالعه افسردگی خفیف ۱۷/۴۱ درصد، افسردگی متوسط ۲۵/۵۸ درصد و افسردگی شدید ۸/۸۸ درصد بود که از نظر میزان کل افسردگی بمطالعه ای حاضر هم راستا است (Bakhtiyari, Emaminaeini, Hatami, Khodakarim, & Sahaf, ۲۰۱۷:۱۹۲). اما از نظر شدت افسردگی با مطالعه حاضر هم راستا نیست زیرا میزان افسردگی متوسط در این مطالعه بیشتر از افسردگی خفیف است. جهت بررسی افسردگی از پرسشنامه بک استفاده شده بود اما در مطالعه حاضر از پرسشنامه تخصصی GDS استفاده شده بود که می تواند دلیل تفاوت نتایج باشد. نقطه قوت این مطالعه استفاده بررسی حمایت اجتماعی، حمایت بیمه ای و وضعیت اقتصادی بود. این مطالعه نیز همانند مطالعه حاضر توصیفی - مقطعی بود. نمونه گیری به صورت چندمرحله ای تنها از مراکز بهداشتی درمانی شمال،



شرق و شمیرانات استان تهران انجام شده بود. با توجه به گستردگی استان تهران و تفاوت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در نقاط مختلف آن همچنین جمعیت بالای این استان نتایج حاصل را با اطمینان بالا نمی توان به کل استان تعمیم داد.

در مطالعه میرزایی و همکاران که در شهر خرم آباد به صورت توصیفی-مقطعی انجام شده بود، میزان شیوع کلی افسردگی ۶۴ درصد افسردگی خفیف ۲۸/۲ درصد، افسردگی متوسط ۱۹/۲ درصد و افسردگی شدید ۱۶/۶ درصد بود (Mirzaei, M., Sahaf, ۲۰۱۵:۵۴). این مطالعه از جهت بررسی میزان شیوع کل افسردگی بامطالعه حاضر هم راستا بود اما از نظر میزان بروز شدت افسردگی هم راستا با مطالعه حاضر نبود، زیرا افسردگی خفیف در شهر زنجان به طور معنی داری بالاتر از نوع متوسط و خفیف است در صورتیکه طی مطالعه میرزایی و همکاران در خرم آباد تفاوت معنی داری از نظر شدت افسردگی (نوع خفیف، متوسط و شدید) گزارش نشد. شاید دلیل اصلی تفاوت نتایج مربوط به تفاوت فرهنگی دو منطقه که قومیت لر در خرم آباد و قومیت ترک در زنجان باشد. البته تفاوت دیگر می تواند مربوط به حجم پایین نمونه در این مطالعه (حدود ۷۸ نفر) باشد. هر دو مطالعه از پرسشنامه تخصصی GDS جهت بررسی افسردگی استفاده کرده بودند. این مطالعه فقط به بررسی سالمندان مقیم خانه سالمندان پرداخته بود و در آن سالمندانی که در خانه زندگی می کردند بررسی نشده بودند. در معیارهای ورود به مطالعه اشاره نشده است که از چه زمانی بعد از دست دادن بستگان درجه یک فرد در مطالعه شرکت کرده است که خود یک عامل بسیار مهم در بروز افسردگی است.

گروه سال ۲۰۱۵ طی مطالعه مروری در هندوستان شیوع افسردگی در سالمندان را در مطالعات جامعه محور ۸/۹ تا ۶۲/۱۶ درصد و در مطالعات کلینیک محور ۴۲/۲ تا ۷۲ درصد گزارش کرد (Grover & Malhotra, ۲۰۱۵:۱). این مطالعه که در سطح وسیع قاره آسیا انجام شد که از نظر فراوانی میزان کل افسردگی سالمندان هم راستا با مطالعه حاضر (۶۸/۵) بود. در این مطالعه ۵۳ مقاله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته بود. در اروپا نیز مطالعه ای توسط لویا و همکاران سال ۲۰۱۲ در کشور هلند انجام شد که میزان افسردگی شدید در افراد سالمند پیر (بالای ۷۵ سال) ۷/۲ درصد و شیوع اختلالات افسردگی ۱۷,۱ را گزارش نمود (Luppa, , ۲۰۱۲:۲۱۲). که هم راستا با مطالعه حاضر نبود. در این مطالعه جستجو در پایگاه های معتبری چون MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library and Psycinfo انجام شد

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشانی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۴۵۵۸۸۲ - ۰۴۱۳۷۴۵۲۵۰۶ داخلی ۳۳۶ و ۳۳۳



اما پایگاه‌هایی معتبر دیگری مانند Google Scholar, PubMed, Embase مورد بررسی قرار نگرفته بود. تعداد ۲۴ مطالعه انتخاب شده بودند که تنها ۱۲ مطالعه کیفیت متوسط رو به بالا داشتند. بررسی این چند مطالعه نشان داد که میزان افسردگی سالمندان در کشورهای آسیایی بیشتر از کشورهای اروپایی بود.

در مطالعه تنجانی و همکاران در سال ۲۰۱۲ میزان افسردگی بین سالمندان ایرانی ۳۶٫۷ درصد برآورد شد که از نظر فراوانی میزان کل افسردگی (۶۸/۵) با مطالعه حاضر هم‌راستا نیست (Taheri Tanjanai, ۲۰۱۷:۱۲۶). دلیل این اختلاف می‌تواند این باشد که در مطالعه آن‌ها فقط افسردگی متوسط و شدید در سالمندان بررسی شده و توجهی به افسردگی خفیف نشده بود. در صورتی که مطالعات مختلف اهمیت پرداختن به افسردگی خفیف در سالمندان و جدی بودن شیوع افسردگی شدید در سالمندان مسن‌تر را بیان می‌کنند و به بیان دیگر این امر نشانگر شیوع بالای افسردگی در جمعیت مردم شهر زنجان نسبت به کل کشور نیست، لیکن نپرداختن به میزان افسردگی خفیف در سالمندان در مطالعه‌ی آنان عامل این اختلاف می‌باشد.

در مطالعه بابا زاده و همکاران سال ۲۰۱۵ میزان افسردگی شدید در شهر خوی بین افراد سالمند ۱/۳ درصد بود در حالی که در مطالعه حاضر این افسردگی شدید بین سالمندان شهر زنجان ۸/۸ درصد و چند برابر بیشتر نسبت به شهر خوی بود (abazadeh, ۲۰۱۶:۲۱۲). در مطالعه حاضر میزان شیوع افسردگی شدید در سالمندان بالای ۹۰ سال بیشتر بوده است و علت این اختلاف، می‌تواند تعداد کمتر سالمندان بالای ۹۰ سال در مطالعه‌ی بابا زاده و همکاران باشد.

در ارتباط با متغیرهای جمعیت شناختی، در مطالعه حاضر شیوع افسردگی با افزایش سن و میزان تحصیلات ارتباط آماری معناداری داشت. در مطالعه کرمی و همکاران افسردگی با جنس، وضعیت شغلی (بی‌کاری و داشتن کار) و محل زندگی ارتباط معناداری نداشت ولی با داشتن بیمه، انجام ورزش، میزان درآمد و سن ارتباط آماری معناداری نشان داده شد که با مطالعه حاضر هم‌راستا است (Karami, Rezai, Jozanifar, Abdi, Aghaei, Astanegi, Omidvar, ۲۰۱۶:۱). نقطه قوت این مطالعه توصیفی-تحلیلی حجم نمونه مناسب به تعداد ۳۸۳ سالمند بود. جهت بررسی افسردگی در این مطالعه از پرسشنامه



افسردگی بک استفاده شده بود که یک معیار عمومی بررسی افسردگی است اما در مطالعه حاضر از پرسشنامه بررسی افسردگی تخصصی سالمندان GDS استفاده شده بود. در این مطالعه مشخص نشده است که سالمندانی که دارای مشکلات روانی هستند وارد مطالعه شده‌اند یا از مطالعه خارج شده‌اند.

همچنین در مطالعه میرزایی و همکاران بین افزایش سن و میزان تحصیلات به افسردگی رابطه آماری معنادار و مثبتی وجود داشت (Mirzaei, Sahaf, Mirzaei, Sepahvand, Pakdel, A., Shemshadi, ۲۰۱۵:۵۴). این نتیجه نشان‌دهنده اهمیت سن سالمندان از نظر جوان، پیر و فرتوت بودن آن‌ها بر روی میزان افسردگی و شدت آن و نیز اهمیت تحصیلات در آنان می‌باشد. در مطالعه بختیاری شیوع افسردگی با وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، رضایت اقتصادی و رضایت از زندگی ارتباط آماری معناداری را نشان دادند (Bakhtiyari, Emaminaeini, Hatami, Khodakarim, Sahaf, ۲۰۱۷:۱۹۲). در مطالعه حاضر رضایت از زندگی سنجیده نشده ولی از نظر میزان تحصیلات با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد اما از لحاظ تأهل با این مطالعه هم‌راستا نیست. در مطالعه تنجایی و همکاران نشان داده شد که افسردگی با جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، کفایت درآمد، شغل، اوقات فراغت، فعالیت بدنی در زندگی روزانه، ارتباط با ارائه‌دهندگان خدمات مالی و تعداد دفعات ملاقات با دوستان و آشنایان ارتباط معناداری وجود دارد (Taheri Tanjanai, ۲۰۱۷:۱۲۶). در مطالعه بابا زاده و همکار افسردگی با جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت پزشکی و مالکیت منزل رابطه آماری معناداری داشت (Babazadeh, Sarkhoshi, ۲۰۱۶:۲۱۲). که از نظر ارتباط افسردگی با تحصیلات با مطالعه حاضر هم‌راستا اما از نظر ارتباط افسردگی با جنس، وضعیت تأهل با مطالعه حاضر هم‌راستا نبود. نقطه قوت این مطالعه بررسی هم‌زمان اضطراب، افسردگی و استرس در سالمندان شهر خوی بود. جهت بررسی افسردگی از پرسشنامه (DASS-۲۱) استفاده شده بود که معیار تخصصی افسردگی سالمندان نیست. احتمالاً تفاوت فرهنگی و جغرافیایی دو منطقه دلیل تفاوت عوامل مرتبط با افسردگی سالمندان است.

۲۱ The Depression, Anxiety, Stress Scale



نتیجه گیری

میزان شیوع افسردگی به خصوص نوع خفیف آن در میان سالمندان بالا بوده که نیاز به انجام مداخلات پیشگیرانه را مطرح می کند. برخی از عوامل جمعیت شناختی مانند سن و تحصیلات با افزایش افسردگی ارتباط معنی داری داشتند. در شهر زنجان اکثر سالمندان دارای پرونده الکترونیکی سلامت بودند که نگرش مثبت وزارت بهداشت در حوزه سلامت سالمندی را نشان می دهد. با توجه به افزایش سن سالمندی در کشورمان پیشنهاد می شود مدیران حوزه سلامت سالمندان برنامه آموزشی به سالمندان، حمایت اجتماعی از آن ها، نظارت بر عملکرد نهادهای حمایتی مانند بیمه و همچنین توجه به تفاوت جغرافیایی و تنوع فرهنگی مناطق مختلف کشور را در اولویت برنامه ریزی های سلامت سالمندی قرار دهد.

محدودیت ها

یکی از محدودیت های انجام این مطالعه عدم بررسی سایر فاکتورهای فردی- اجتماعی مؤثر در بروز افسردگی میان سالمندان مانند تمکن مالی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، وضعیت جسمانی، جنبه های مختلف روحی- روانی و بهره مندی از سازمان های حمایتی بود. زیرا برای بررسی این عوامل پرسشنامه استاندارد که شامل همه این موارد باشد یافت نشد و بررسی این عوامل باید از طریق مصاحبه انجام می شد که فرصت کافی جهت انجام مصاحبه با ۴۰۰ نفر برای تیم پژوهش وجود نداشت؛ لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از مصاحبه بالینی با سالمندان در گروه های مختلف استفاده گردد و فاکتورهای بیشتری مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد اخلاق IR.ZUMS.۲۸۳ است. در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی، معاونت بهداشتی و کلیه همکاران شاغل در مراکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زنجان تقدیر و تشکر می نمایم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.



منابع

1. Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (۱۹۹۹). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD- ۱۰ and DSM- IV. *International journal of geriatric psychiatry*, ۱۴(۱۰), ۸۵۸-۸۶۵.
2. An, J. H., Lee, K. E., Jeon, H. J., Son, S. J., Kim, S. Y., & Hong, J. P. (۲۰۱۹). Risk of suicide and accidental deaths among elderly patients with cognitive impairment. *Alzheimer's research & therapy*, ۱۱(۱), ۳۲.
3. Babazadeh, T., Sarkhoshi, R., Bahadori, F., Moradi, F., Shariat, F., & Sherizadeh, Y. (۲۰۱۶). Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (۲۰۱۴-۲۰۱۵). *Journal of Analytical Research in Clinical Medicine*, ۴(۲), ۱۲۲-۱۲۸.
4. Bakhtiyari, M., Emaminaeini, M., Hatami, H., Khodakarim, S., & Sahaf, R. (۲۰۱۷). Depression and perceived social support in the elderly. *Iranian Journal of Ageing*, ۱۲(۲), ۱۹۲-۲۰۷.
5. Bandelow, B., & Michaelis, S. (۲۰۱۵). Epidemiology of anxiety disorders in the ۲۱st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, ۱۷(۳), ۳۲۷.
6. Boey, K. W. (۲۰۰۰). The use of GDS-۱۵ among the older adults in Beijing. *Clinical Gerontologist*, ۲۱(۲), ۴۹-۶۰.
7. Brailean, A., Guerra, M., Chua, K.-C., Prince, M., & Prina, M. A. (۲۰۱۵). A multiple indicators multiple causes model of late-life depression in Latin American countries. *Journal of Affective Disorders*, ۱۸۴, ۱۲۹-۱۳۶. doi:https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.jad.۲۰۱۵.۰۵.۰۵۳
8. Carrete, P., Augustovski, F., Gimpel, N., Fernandez, S., Di Paolo, R., Schaffer, I., & Rubinstein, F. (۲۰۰۱). Validation of a telephone-administered geriatric depression scale in a Hispanic elderly population. *Journal of General Internal Medicine*, ۱۶(۷), ۴۴۶-۴۵۰.
9. Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., & Penninx, B. W. (۲۰۱۴). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *American journal of psychiatry*, ۱۷۱(۴), ۴۵۳-۴۶۲.
10. Grover, S., & Malhotra, N. (۲۰۱۵). Depression in elderly: A review of Indian research. *Journal of Geriatric Mental Health*, ۲(۱), ۴.
11. Guerra, M., Prina, A. M., Ferri, C. P., Acosta, D., Gallardo, S., Huang, Y., . . . Prince, M. (۲۰۱۶). A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *Journal of Affective Disorders*, ۱۹۰, ۳۶۲-۳۶۸. doi:https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.jad.۲۰۱۵.۰۹.۰۰۴
12. Han, S. B., Yang, H. K., Hyon, J. Y., & Wee, W. R. (۲۰۱۷). Association of dry eye disease with psychiatric or neurological disorders in elderly patients. *Clinical interventions in aging*, ۱۲, ۷۸۵.
13. Homeira, S., Hosein, M. K., Marviye, V., setare, F. a., Hasan, R., & Mehdi, N. (۲۰۱۳). Systematic Review of Prevalence and Risk Factors Associated With Depression and Its Treatment in Iranian Elderly. *Iranian Journal of Ageing*, ۷(۴), ۷-۱۵.
14. Jafari, A., & Hesampour, F. (۲۰۲۱). Predicting Life Satisfaction Based On Spiritual Intelligence and Psychological Capital in Older People. *Iranian Journal of Ageing*, ۱۲(۱), ۹۰-۱۰۳.
15. Karami, N., Rezai, J., Jozanifar, Y., Abdi, M., Aghaei, A., Astanegi, S., . . . Omidvar, B. M. H. (۲۰۱۶). A survey of the depression rate among the elderly in Kermanshah, ۲۰۱۲.
16. Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., . . . Riedel-Heller, S. G. (۲۰۱۲). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and



- meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, ۱۳۶(۳), ۲۱۲-۲۲۱. doi:https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.jad.۲۰۱۰.۱۱.۰۳۳
۱۷. Malakouti, K., Fathollahi, P., Mirabzadeh, A., Salavati, M., & Kahani, S. (۲۰۰۶). Validation of geriatric depression scale (GDS-۱۵) in Iran. *Research in Medicine*, ۳۰(۴), ۳۶۱-۳۶۹.
۱۸. Mansour, K. S., Ali, K. J., & Siamak, F. (۲۰۲۱). The relationship between social and demographic factors and prevalence of depression among over ۶۰ years old individuals, Shiraz, Iran. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*, ۱۴(۴), ۳۱۹-۳۲۵.
۱۹. Matias, A. G., Fonseca Mde, A., Gomes Mde, L., & Matos, M. A. (۲۰۱۶). Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (Sao Paulo)*, ۱۴(۱), ۶-۱۱. doi:۱۰.۱۵۹۰/s۱۶۷۹-۴۵۰۸۲۰۱۶a0۳۴۴۷
۲۰. Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (۲۰۱۱). A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of affective disorders*, ۱۲۹(۱-۳), ۱۲۶-۱۴۲. doi:۱۰.۱۰۱۶/j.jad.۲۰۱۰.۰۹.۰۱۵
۲۱. Mirzaei, M., Sahaf, R., Mirzaei, S., Sepahvand, E., Pakdel, A., & Shemshadi, H. (۲۰۱۵). Depression and Its Associated Factors in Elderly Nursing Home Residents: A Screening Study in Khorramabad.
۲۲. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, ۱۰(۱), ۵۴-۶۱.
۲۳. Noroozian, M. (۲۰۲۲). The elderly population in iran: an ever growing concern in the health system. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, ۶(۲), ۱-۶.
۲۴. Organization, W. H. (۲۰۲۲). Global health and aging. *Geneva: World Health Organization*, ۱-۳۲.
۲۵. Radhakrishnan, S., & Nayeem, A. (۲۰۱۳). Prevalence of depression among geriatric population in a rural area in Tamilnadu. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*, ۳(۳), ۳۰۹.
۲۶. Sengupta, P., & Benjamin, A. I. (۲۰۱۵). Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian J Public Health*, ۵۹(۱), ۳-۸. doi:۱۰.۴۱۰۳/۰۰۱۹-۵۵۷۸.۱۵۲۸۴۵
۲۷. Sengupta, P., & Benjamin, A. I. (۲۰۱۵). Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian journal of public health*, ۵۹(۱), ۳.
۲۸. Stoppe, G., & de Mendonça Lima, C. A. (۲۰۱۹). Challenges for Old Age Psychiatry. In *Advances in Psychiatry* (pp. ۳۰۵-۳۱۳): Springer.
۲۹. Taheri, A. (۲۰۲۰). Evaluation of Prevalence of Geriatric Depression among Elderly Patients Admitted to non-Psychiatric Wards of Golestan and Imam Khomeini Hospitals in Ahwaz. *medicine* ۵(۲), ۱۶۶۴-۱۶۶۷. doi:DOI:۱۰.۲۱۲۷۶/ijprhs.۲۰۱۷.۰۲.۱۲.
۳۰. Taheri Tanjanai, P., Moradinazar, M., & Najafi, F. (۲۰۱۷). Prevalence of depression and related social and physical factors amongst the Iranian elderly population in ۲۰۱۲. *Geriatr Gerontol Int*, ۱۷(۱), ۱۲۶-۱۳۱. doi:۱۰.۱۱۱۱/ggi.۱۲۶۸۰
۳۱. Yu, J., Rawtaer, I., Fam, J., Jiang, M. J., Feng, L., Kua, E. H., & Mahendran, R. (۲۰۱۶). Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly Asian population. *Psychogeriatrics*, ۱۶(۳), ۱۹۱-۱۹۵. doi:۱۰.۱۱۱۱/psyg.۱۲۱۳۸



Prevalence of Depression & Health Related Demographic Factors in Elderly of Zanjan with Electronic Health Record

Foruzan Molaei Rad

Master of Nursing, Jundi Shapoor University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
Molaei.foruzan@gmail.com

Akbar Pourrahimi

Department of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
apourrahimi@zums.ac.ir

Mohammad Abdi

Legal Consultant, Department of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
Ph.D Student in Medical Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(Corresponding Author) Mohammad2016@zums.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: The highest prevalence of depression is in the elderly, and the cultural difference in each region causes a difference in the prevalence of this disorder. This study aimed to investigate the prevalence of depression and its related factors in the elderly of Zanjan with electronic health record in the 2018 year.

Material and Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted with the participation of 400 elderly with electronic health records, selected by cluster random sampling from 16 health centers in Zanjan. Data were collected using a demographic questionnaire and the Geriatric Depression Scale (GDS).

Findings: The mean age was 77.7 ± 0.56 . 68.5% of the elderly were depressed, 40.5% had mild depression, 19.2% had moderate depression and 8.8% had severe depression. Mild depression was more common among younger elderly and moderate to severe depression in older elderly over 75 years old. Depression has a significant relationship with age and educational status but has no significant relationship with gender, marital status, and residence.

Conclusion: Regarding the high prevalence of depression among elderly in Zanjan, it is recommended that the authorities provides educational programs for the elderly, social support for them, monitoring the functioning of support institutions such as insurance, as well as paying attention to geographical differences and the cultural diversity of the various regions of the country in the Elderly Health Planning to reduce geriatric depression.

Keywords: Depression, Elderly, Electronic Health Record.