



شیوع دمانس و افسردگی در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان استان تهران

دکتر مجید صادقی*، دکتر حمیدرضا کاظمی**

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی میزان شیوع دمانس و افسردگی در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان استان تهران انجام شده است.

روش: در این بررسی ۲۷۹ نفر (۱۳۵ مرد، ۱۴۴ زن) از سالمندان بالای ۶۵ سال خانه‌های سالمندان استان تهران در پاییز و زمستان ۱۳۸۱ که دارای سواد خواندن و نوشتن بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به کمک آزمون‌های مقیاس افسردگی سالمندان، ارزیابی مختصر وضعیت روانی و مصاحبه‌ی بالینی برپایه‌ی DSM-IV ارزیابی شدند. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری خی-دو تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۴۳/۴٪ افراد مورد بررسی مبتلا به دمانس بودند. ۱۶/۸٪ افراد، افسردگی خفیف و ۱۴/۷٪ افسردگی اساسی داشتند. ۱۰/۴٪ از افراد نیز تحت درمان با داروهای ضد افسردگی بودند. دمانس با ناتوانی حرکتی و بی‌اختیاری ادرار رابطه‌ی معنی‌دار داشت، ولی افسردگی با هیچ‌یک از آنها رابطه‌ی معنی‌داری نداشت. هم‌چنین افسردگی با مدت اقامت در خانه‌های سالمندان نیز رابطه‌ی معنی‌داری نداشت.

نتیجه: با در نظر گرفتن شیوع بالای دمانس و افسردگی در خانه‌ی سالمندان، توجه به تشخیص و درمان آنها باعث بهبود وضعیت بهداشت روان و کیفیت زندگی در این مراکز می‌گردد.

:

توانمندی‌های بدنی و ذهنی، منابع اقتصادی-اجتماعی،

زمینه‌ی تحصیلی و تجربه‌های پیشین زندگی را باید

برای تعریف سالمندی نه تنها سن تقویمی،

** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.

E-mail: sadeghmj@sina.coms.ac.ir

** روانپزشک، قم، بیمارستان کامکار-عرب‌نیا (نویسنده مسئول).

در نظر داشت بلکه باید به مسایل فیزیولوژیک، کالبدشناختی، ژنتیکی و پویایی روانی نیز توجه کرد. از این رو سن به تنهایی نمی‌تواند عامل تعیین‌کننده‌ای در تعریف سالمندی باشد (جارویک^۱ و اسمال^۲، ۲۰۰۰).

امروزه شمار افراد سالمند بالای ۶۵ سال به سرعت رو به افزایش است و این افزایش در مقایسه با کل جمعیت دارای رشد چشم‌گیری است. در ایالات متحده بیشترین رشد جمعیت در گروه سنی ۸۵ سال به بالا می‌باشد یعنی در گروهی که اختلال‌های جسمی و روانپزشکی شایع‌تر از سایر گروه‌های سنی است (همان‌جا).

افزایش شمار افراد ۸۵ سال به بالا که دچار ناتوانی و اختلال کارکرد هستند و نبود نظام حمایتی در خانواده به علت کوچکتر شدن خانواده‌ها، شاغل شدن زنان و پراکنده شدن اعضای خانواده موجب افزایش تقاضا برای مراقبت‌های درازمدت از سالمندان در دهه‌های آینده خواهد شد. یافته‌های نوین نشان می‌دهند که احتمال ورود به مراکز نگهداری در طول زندگی برای افرادی که در سال ۱۹۹۰ به سن ۶۵ سالگی رسیده‌اند، ۴۳٪ (برای زنان و ۳۳٪ برای مردان) می‌باشد. اگرچه تنها ۵٪ افراد بالای ۶۵ سال در یک زمان مشخص در این مراکز هستند (اسلاندر^۳ و اشئل^۴، ۱۹۹۹).

از آن‌جا که ارتباط مراکز نگهداری و روانپزشکی موضوع تازه‌ای است، بررسی زیادی در این زمینه انجام نشده است. با این وجود یافته‌هایی که نشان‌دهنده شیوع بالای این اختلال‌ها در مراکز یادشده باشند در دست است. امروزه در ایالات متحده ۵۲٪ افراد ساکن در مراکز نگهداری سالمندان مبتلا به دمانس (هندرسون^۵، ۲۰۰۰) و نزدیک به ۵۰٪ آنها مبتلا به اختلال‌های افسردگی (یک سوم آنها دارای تشخیص افسردگی اساسی هستند) می‌باشند (بورسن^۶ و یونوترز^۷، ۲۰۰۰).

دمانس اختلالی است که بدون تغییر در سطح هوشیاری باعث مشکلات شناختی گوناگون در فرد می‌شود. شیوع دمانس با افزایش سن بالا می‌رود. جرم^۸

کورتن^۹ و هندرسون (۱۹۸۷) در بازبینی بررسی‌های انجام شده در این زمینه شیوع دمانس را در برابر هر ۵ سال افزایش سن از ۶۰ سالگی به بعد تقریباً ۲ برابر گزارش نموده‌اند. آنان تفاوت معنی‌داری از نظر شیوع دمانس در بین دو جنس گزارش نکرده‌اند.

در بررسی مگزینر^{۱۰}، جرمن^{۱۱} و زیمرمن^{۱۲} (۲۰۰۰) که بر روی افراد ۶۵ سال به بالای تازه پذیرش شده در مراکز نگهداری در آلمان انجام شده، شیوع دمانس را ۴۸/۲٪، و شوماخر^{۱۳}، زدلیک^{۱۴} و فرنزل^{۱۵} (۱۹۹۷) در پژوهش دیگری شیوع دمانس را در مراکز نگهداری آن کشور ۵۰٪ گزارش نموده‌اند.

افزون بر سن که عامل تعیین‌کننده‌ای در زمینه‌ی شیوع دمانس می‌باشد، سطح تحصیلات نیز در شیوع این اختلال مؤثر است. به بیان دیگر، افزایش سطح تحصیلات می‌تواند به‌عنوان یک فرآیند محافظت‌کننده در برابر دمانس باشد (هندرسون، ۲۰۰۰).

افسردگی در سالمندان نسبت به میان‌سالان شیوع کمتری دارد. شیوع افسردگی اساسی در افراد بالای ۶۵ سال نزدیک به ۱٪ (۱/۴٪ در زنان و ۰/۴٪ در مردان) می‌باشد. این میزان تقریباً یک چهارم افراد جوان‌تر است. نزدیک به ۲٪ جمعیت سالمند از افسرده‌خلی^{۱۶} و ۴٪ از اختلال سازگاری^{۱۷} با خلق افسرده رنج می‌برند. در ۱۵٪ افراد سالمند تنها علائم افسردگی دیده می‌شود که این علائم معیارهای تشخیصی لازم برای هیچ یک از اختلال‌های افسردگی موجود در ویراست چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-IV)^{۱۸} (انجمن روانپزشکی امریکا^{۱۹}، ۱۹۹۴) را فراهم نمی‌کنند (الکسوپولوس^{۲۰}، ۲۰۰۰).

- | | |
|---|---------------|
| 1- Jarvik | 2- Small |
| 3- Ouslander | 4- Schnelle |
| 5- Henderson | 6- Borson |
| 7- Unutzer | 8- Jorm |
| 9- Korten | 10- Magaziner |
| 11- German | 12- Zimmerman |
| 13- Schumacher | 14- Zedlick |
| 15- Frenzel | 16- dysthymia |
| 17- adjustment disorder | |
| 18- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th ed.) | |
| 19- American Psychiatric Association | |
| 20- Alexopoulos | |

بلیزر^۱ و ویلیام^۲ (۱۹۸۰) شیوع افسردگی اساسی را در افراد بالای ۶۵ سال جامعه‌ی آمریکا ۴-۲٪ و شیوع افسردگی خفیف‌تر را ۴۴-۵٪ گزارش نموده‌اند. ولی بیکر^۳ و میلر^۴ (۱۹۹۱) ۲۲٪ افراد سالمند را دارای افسردگی اساسی و ۱۲٪ آنان را دارای اختلال سازگاری با خلق افسرده دانسته‌اند.

در بررسی مان^۵، گراهام^۶ و آشلی^۷ (۱۹۸۹) شیوع افسردگی در مراکز نگهداری، ۴۰٪ گزارش شده است. شوماخر و همکاران (۱۹۹۷) نیز ۴۸٪ افراد ساکن در مراکز نگهداری در آلمان را دارای افسردگی گزارش نمودند.

بررسی‌های همه‌گیرشناسی انجام شده در این زمینه در ایران محدود است. تابان، قاسمی، فرزانه و کاظمی (۱۳۸۱) در بررسی میزان افسردگی سالمندان خانه‌های سالمندان شهر اصفهان، شیوع افسردگی را ۸۶٪ عنوان نموده‌اند. با توجه به آنچه گفته شد، در این پژوهش شیوع دمانس و افسردگی در سالمندان خانه‌های سالمندان استان تهران بررسی شده است.

این بررسی به صورت توصیفی- مقطعی^۸ و بر روی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان استان تهران در پاییز و زمستان ۱۳۸۱ انجام شده است. نمونه‌ها از ۲۶ خانه سالمندان واقع در ۵ شهرستان استان تهران انتخاب شدند. برای انتخاب آزمودنی‌ها نخست با مراجعه به پرونده‌های موجود در هر خانه‌ی سالمندان، افرادی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند مشخص شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن بزرگتر یا مساوی ۶۵ سال، دانستن زبان فارسی، مدت اقامت بیشتر از ۲ ماه (به منظور رد تشخیص سوگ) در خانه‌های سالمندان، نداشتن ضریب هوشی پایین و رضایت فرد برای ورود به بررسی. شمار آزمودنی‌های پژوهش با توجه به معیارهای یادشده ۲۷۹ نفر بود.

گردآوری داده‌ها به کمک یک پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ترجمه‌ی فارسی MMSE^۹ (فولشتاین^{۱۰}، فولشتاین و مک‌هاگ^{۱۱}، ۱۹۷۵) و ترجمه‌ی فارسی GDS^{۱۲} (یاساویج^{۱۳} و همکاران، ۱۹۸۳) انجام شد. پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی برای گردآوری داده‌های مربوط به سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت اقامت در خانه‌ی سالمندان، افراد ملاقات‌کننده و دفعات ملاقات، وضعیت کنترل ادرار و وضعیت حرکتی طراحی شده بود. این پرسش‌نامه دارای پرسش‌های باز و بسته بود و خود پژوهشگر آن را تکمیل می‌نمود.

MMSE یک پرسش‌نامه‌ی کوتاه ۳۰ امتیازی کاربردی- بالینی است که به منظور غربالگری به کار برده می‌شود. در این آزمون نمره‌ی ۲۴-۲۰، نشانه‌ی اختلال شناختی مشکوک و نمره‌ی کمتر از ۲۰، نشانه‌ی اختلال مشخص شناختی می‌باشد. اکانر^{۱۴} و همکاران (۱۹۸۹) حساسیت و ویژگی این آزمون را در نقطه‌ی برش ۲۴ به ترتیب ۸۶٪ و ۹۲٪ گزارش نمودند.

GDS یک آزمون غربالگری افسردگی در سالمندان است که دارای سه نسخه‌ی ۳۰ پرسشی، ۱۵ پرسشی و ۷ پرسشی می‌باشد. در نوع ۳۰ پرسشی که در پژوهش حاضر به کار برده شده است، امتیاز ۱۰-۰ نشانه‌ی عدم وجود افسردگی، ۲۰-۱۱ نشانه‌ی افسردگی خفیف و ۳۰-۲۰ نشانه‌ی افسردگی شدید می‌باشد. برینک^{۱۵} و همکاران (۱۹۸۲) در نقطه‌ی برش ۱۱، حساسیت آزمون را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۹۵٪ گزارش نمودند، در حالی که در نقطه‌ی برش ۱۴، حساسیت به ۸۰٪ کاهش و ویژگی به ۱۰۰٪ افزایش یافت. در بررسی مک‌گیونی^{۱۶}، مولویهیل^{۱۷} و تیلور^{۱۸} (۱۹۹۶) که به کمک GDS در

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1- Blazer | 2- William |
| 3- Baker | 4- Miller |
| 5- Mann | 6- Graham |
| 7- Ashley | 8- cross-sectional |
| 9- Mini-Mental State Examination | |
| 10- Folstein | 11- McHugh |
| 12- Geriatric Depression Scale | |
| 13- Yasavage | 14- O'Connor |
| 15- Brink | 16- McGivney |
| 17- Mulvihill | 18- Taylor |

افراد مبتلا به دمانس انجام شد، این آزمون بالاترین ویژگی و حساسیت را در افرادی که نمره‌ی MMSE بالاتر از ۱۵ داشته‌اند نشان داده است (حساسیت ۸۴٪، ویژگی ۹۱٪).

برای تمام افراد، پرسش‌نامه‌ی MMSE و برای افرادی که MMSE بالاتر از ۱۵ داشتند GDS تکمیل شد. با همه‌ی افراد، مصاحبه بالینی نیز برپایه‌ی DSM-IV انجام گرفت.

داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری خی دو تحلیل گردید.

در این بررسی ۲۷۹ نفر از ساکنین ۲۶ مرکز نگهداری سالمندان در ۵ شهرستان استان تهران شرکت داده شدند.

۸۸ نفر (۳۱/۵٪) از شمیرانات، ۹۷ نفر (۳۴/۸٪) از شهری، ۵۶ نفر (۲۰/۱٪) از تهران، ۱۴ نفر (۵/۰٪) از شهریار و ۲۴ نفر (۸/۶٪) از کرج بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنسیت، گروه سنی، وضعیت تأهل و میزان تحصیل

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۳۵
	زن	۱۴۴
گروه سنی	۶۵-۶۹	۵۶
	۷۰-۷۴	۵۴
	۷۵-۷۹	۵۸
	۸۰-۸۴	۵۸
	≥۸۵	۵۳
وضعیت تأهل	مجرد	۴۱
	متاهل	۴۰
میزان تحصیل	بیوه	۱۴۷
	مطلقه	۵۱
	سوادخواندن و نوشتن	۹۱
میزان تحصیل	تا ۶ کلاس	۷۰
	تا ۹ کلاس	۳۱
	دیپلم	۵۳
	بالاتر از دیپلم	۳۴

۵۷ نفر (۲۰/۴٪) از افراد مورد بررسی ۶-۲ ماه، ۵۸ نفر (۲۰/۸٪) ۱۲-۶ ماه، ۹۱ نفر (۳۲/۶٪) ۳۶-۱۲ ماه و ۷۳ نفر (۲۶/۲٪) بیش از ۳۶ ماه در این مراکز اقامت داشتند.

از نظر شمار ملاقات، ۵۳ نفر (۱۹/۰٪) هیچ ملاقاتی نداشتند و ۱۱۳ نفر (۴۰/۵٪) هر هفته یک ملاقات داشتند. ملاقات‌کننده‌ی ۱۲۴ نفر (۴۴/۴٪) از افراد مورد بررسی، همسر یا فرزندان آنان بودند.

۵۹ نفر (۲۱/۱٪) از افراد مورد بررسی، بی‌اختیاری ادرار داشتند و از نظر حرکتی ۵۰ نفر (۱۷/۹٪) در بستر^۱ بودند و یا با صندلی چرخدار حرکت می‌کردند، ۷۷ نفر (۲۷/۶٪) با عصا یا واکر^۲ راه می‌رفتند و ۱۵۲ نفر (۵۴/۵٪) وضعیت حرکتی عادی داشتند.

توزیع فراوانی نمره‌های MMSE و تشخیص بالینی دمانس در آزمودنی‌های پژوهش، در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب نمره‌های گروه‌بندی شده‌ی MMSE و تشخیص بالینی دمانس

متغیر	فراوانی	درصد
MMSE	۲۵-۳۰	۱۰۸
	۲۰-۲۴	۵۸
تشخیص بالینی	عدم وجود دمانس	۱۱۳
	دمانس	۱۵۸
		۴۳/۴

همان‌گونه که در این جدول دیده می‌شود، در مصاحبه‌ی بالینی، ۱۲۱ نفر (۴۳/۴٪) از افراد مورد بررسی دارای معیارهای تشخیصی دمانس بودند.

توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب نمره‌های پرسش‌نامه‌ی GDS و تشخیص بالینی

1- bed ridden 2- walker

افسردگی در افراد مورد بررسی در جدول ۳ آمده است. همان‌گونه که در این جدول دیده می‌شود ۱۱۷ نفر (۴۱/۹٪) از افراد مورد بررسی، معیارهای تشخیصی نشانگان افسردگی را داشتند.

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب نمره‌های گروه‌بندی شده‌ی GDS و تشخیص بالینی افسردگی

متغیر	فراوانی	درصد
GDS	۱۰-۰	۴۴/۴
	۲۰-۱۱	۲۰/۱
	۳۰-۲۱	۶/۵
افراد دارای MMSE کمتر یا مساوی ۱۵*	۸۱	۲۹/۰
تشخیص بالینی	عدم وجود افسردگی	۱۶۲
	افسردگی جزئی	۴۷
	افسردگی اساسی	۴۱
	تحت درمان افسردگی	۲۹

* در مورد افرادی که MMSE کمتر یا مساوی ۱۵ داشتند GDS تکمیل نشد.

این بررسی در زمینه‌ی ارتباط شیوع دمانس با افزایش سن، رابطه‌ای معنی‌دار ($\chi^2=48/252, p<0/0001$) نشان داد. هم‌چنین شیوع دمانس رابطه‌ی معنی‌داری با فراوانی ناتوانی حرکتی ($\chi^2=10/125, p<0/01$) و بی‌اختیاری ادرار ($\chi^2=43/961, p<0/0001$) داشت.

این بررسی رابطه‌ی معنی‌داری میان شیوع افسردگی و فراوانی اختلال حرکتی و شیوع بی‌اختیاری ادرار نشان نداد. هم‌چنین ارتباط میان شیوع افسردگی و مدت اقامت در خانه‌های سالمندان نیز معنی‌دار نبود.

وجود هم‌زمان افسردگی و دمانس، در ۴۸ نفر (۱۷/۲٪) دیده شد.

سایر پژوهش‌های انجام شده بر روی ساکنان خانه‌های سالمندان تا اندازه‌ای هم‌خوانی دارد. در بررسی بوئرسما^۱، ایفستینگ^۲، وان‌دن‌برینک^۳ و وان‌تیل‌بورگ^۴ (۱۹۹۵) در آلمان، ۲۱٪ افراد ساکن در خانه‌های سالمندان که تنها به‌خاطر افزایش سن نگهداری می‌شدند، دمانس داشتند در حالی که در بخش جسمی ۴۸٪ افراد و در بخش روانپزشکی سالمندان ۱۰۰٪ آنان مبتلا به دمانس بودند. مک‌دونالد^۵، کارپنتر^۷، بوکس^۸، روبرتز^۹ و ساهو^{۱۰} (۲۰۰۲) در بررسی سالمندان جنوب شرق انگلیس، ۷۴٪ افراد را دارای اختلال شناختی گزارش نمودند که ۳۸٪ آنان دچار اختلال شناختی شدید بودند. در بررسی دیگری (راونر^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۰) در بالتیمور آمریکا ۶۷/۴٪ افراد، دارای اختلال شناختی گزارش شدند.

به‌طور کلی به نظر می‌رسد که گرچه شیوع دمانس در این بررسی با بسیاری از بررسی‌های انجام شده در این زمینه هم‌سو است ولی از برخی بررسی‌ها پائین‌تر است. این تفاوت می‌تواند مربوط به دو مسئله باشد:

- ۱- ساختار خانه‌های سالمندان در ایران با جوامع غربی متفاوت است. در ایران، به‌ویژه در مراکز نگهداری خیریه و دولتی، شمار زیادی از افراد تنها به دلیل کهولت سن و نبود حمایت اقتصادی نگهداری می‌شوند. با توجه به بررسی بوئرسما و همکاران (۱۹۹۵) که ۴۸٪ ساکنان مراکز نگهداری بیماران سالمند بدنی و ۱۰۰٪ ساکنان مراکز نگهداری روانپزشکی سالمندان، و تنها ۲۱٪ افراد ساکن در مراکز که افراد را تنها به‌دلیل کهولت سن نگهداری می‌کنند، مبتلا به دمانس بوده‌اند، یافته‌های بررسی حاضر را می‌توان حدواسطی از یافته‌های فوق دانست.
- ۲- حذف افراد بی‌سواد که بخش مهمی از جمعیت

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1- Boersma | 2- Eefsting |
| 3- Van den Brink | 4- Van Tilburg |
| 5- psychogeriatric | 6- MacDonald |
| 7- Carpenter | 8- Box |
| 9- Roberts | 10- Sahu |
| 11- Rovner | |

این بررسی شیوع دمانس را در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان ۴۳/۴٪ نشان داد، که با یافته‌های

هدف را تشکیل می‌دادند، ممکن است بر یافته‌های پژوهش در زمینه‌ی شیوع واقعی دمانس در گروه مورد بررسی تأثیر گذاشته باشد.

۱۶/۸٪ افراد مورد بررسی در پژوهش حاضر دارای افسردگی جزئی، ۱۴/۷٪ افراد مبتلا به افسردگی اساسی، و ۱۰/۴٪ آنان زیر درمان با داروهای ضد افسردگی بودند.

در بررسی کاتز^۱، لشر^۲، کله‌بان^۳، جتاناندانی^۴ و پارملی^۵ (۱۹۸۹)، ۲۰٪-۱۸٪ افراد مبتلا به افسردگی اساسی و ۴۴٪-۲۲٪ دچار سایر اختلال‌های افسردگی بودند. در بررسی دیگری (پارملی، کاتز و لاوتون^۶، ۱۹۸۹) ۱۲/۴٪ افراد افسردگی اساسی و ۳۰/۵٪ علائم افسردگی را نشان دادند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش انجام شده در شهر اصفهان (تابان و همکاران، ۱۳۸۱) بسیار متفاوت به نظر می‌رسد که در آن شیوع افسردگی ۸۶/۳٪ گزارش شده است (۵۷/۳٪ آنان مبتلا به افسردگی شدید و ۲۹٪ افسردگی خفیف داشته‌اند). این تفاوت می‌تواند مربوط به ابزار مورد استفاده در بررسی یاد شده باشد که برای تشخیص افسردگی، تنها GDS که یک آزمون غربالگری است به کار برده شده و تشخیص‌ها با بهره‌گیری از مصاحبه‌ی بالینی تأیید نشده بود.

در بررسی حاضر همبودی دمانس و افسردگی ۱۷/۲٪ به دست آمد. این رقم به یافته‌های بررسی شوماخر و همکاران (۱۹۹۷) در آلمان که همبودی دمانس و افسردگی را ۲۴٪-۱۵٪ برآورد کرده بودند نزدیک است.

به‌طور کلی این بررسی نشان‌دهنده‌ی شیوع چشمگیر افسردگی و دمانس در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان استان تهران بود. یافته‌های این بررسی اگرچه قابل تعمیم به کل ایران نیست، می‌تواند به‌عنوان پایه‌ای برای بررسی‌های همه‌گیرشناسی گسترده‌تر تلقی شود. هم‌چنین این یافته‌ها می‌توانند در برنامه‌ریزی برای بهبود چگونگی نگهداری و ارائه‌ی خدمات به سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان به کار برده شوند.

تابان، حبیب‌ا...؛ قاسمی، غلامرضا؛ فرزانه، آرزو؛ کاظمی، مژده (۱۳۸۱). *بررسی مقایسه میزان شیوع افسردگی در سالمندان مقیم در خانه‌ی سالمندان صادقیه‌ی شهر اصفهان با سالمندان ساکن در شهر اصفهان*. مقاله‌ی ارائه شده در کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان، تهران.

Alexopoulos, G.S. (2000). Mood disorders. In B.J.

Sadock & V.A. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.

Baker, F.M., & Miller, C.L. (1991). Screening a skilled nursing home population for depression. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4, 218-221.

Blazer, D., & William, C.D. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *American Journal of Psychiatry*, 137, 439-444.

Boersma, F., Eefsting, J.A., Van den Brink, W., & Van Tilburg, W. (1995). Prevalence and severity of the dementia syndrome in home for the age and nursing homes. A study in elderly from a rural area near Zwolle. *Tijdschrift voor Gerontologie Geriatrie*, 26, 57-64.

Borson, S., & Unutzer, J. (2000). Psychiatric problems in the mentally ill. In B.J. Sadock & V.A. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Brink, T.L., Yasavage, J.A., Lum, O., Rose, T.L., Huang, V., Adey, M., & Leirer, O. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.

1- Katz

2- Leshner

3- Kleban

4- Jethanandani

5- Parmelee

6- Lawton

- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Henderson, S. (2000). Epidemiology of psychiatric disorders. In B.J. Sadock & V.A. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Jarvik, L.F., & Small, G.W. (2000). Geriatric psychiatry: Introduction. In B.J. Sadock & V.A. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., & Henderson, A.S. (1987). The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 465-479.
- Katz, I.R., Leshner, E., Kleban, M., Jethanandani, V., & Parmelee, P. (1989). Clinical features of depression in the nursing home. *International Psychogeriatrics*, 1, 5 - 15.
- MacDonald, A.J., Carpenter, G.I., Box, O., Roberts, A., & Sahu, S. (2002). Dementia and use of psychotropic medication in non-elderly mentally infirm nursing homes in south east England. *Age and Aging*, 31, 58-64.
- Magaziner, J., German, P., & Zimmerman, S.I. (2000). The prevalence of dementia in a statewide sample of new nursing home admissions aged 65 and older. *The Gerontologist*, 40, 663-672.
- Mann, A.H., Graham, N., & Ashley, D. (1989). Psychiatric illness in residential home for the elderly. A survey in one London borough. *Age and Aging*, 13, 257-265.
- McGivney, S.A., Mulvihill, M., & Taylor, B. (1996). Validating the GDS depression screen in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 98-100.
- O'Connor, D.W., Pollitt, P.A., Hyde, J.B., Fellows, J.L., Miller, N.D., Brook, C.P., & Reiss, B.B. (1989). The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey. *Journal of Psychiatric Research*, 23, 87-96.
- Ouslander, J.G., & Schnelle, J.F. (1999). Nursing home care. In W. R. Hazzard, J.P. Blass, W.H. Ettinger, J.B. Hatter & J.G. Ouslander (Eds). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (4th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Parmelee, P.A., Katz, I.R., & Lawton, M.P. (1989). Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, 44, 22-29.
- Rovner, B.W., German, P.S., Broadhead, J., Morriss, R.K., Brant, L.J., Blaustein, J., & Folstein, M.F. (1990). The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 2, 13-34.
- Schumacher, J., Zedlick, D., & Frenzel, G. (1997). Depressive mood and cognitive impairment in result of old age nursing home. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 30, 46-53.
- Yasavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.