

بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان

A study on Cognitive and Depressive Disorders in the Elderly

Mahdi Ameri

Member of the Board Payam noor university of Tehran, Iran.

Email: ameri.mehdi53@yahoo.com

Soudabe Khazaeian

Counseling and rehabilitation student payam noor university of Semnan, Iran.

مهدي عامري*

جزء هیئت علمی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

سودابه خزانیان

دانشجوی ارشد مشاوره و توانبخشی، دانشگاه پیام نور، سمنان، ایران.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to examine the correlation between cognitive disorders and depression in the elderly residing or not residing in care homes, the correlation between these two disorders, the comparison of the above factors in the mentioned groups, and ultimately, the comparison of these factors between male and female groups in care homes. **Method:** The Mini Mental State Examination and the Geriatric Depression Scale were used to evaluate cognitive disorders and depression in 138 elderly individuals. **Results:** Results indicated that depression and cognitive disorders are the most prevalent disorders among the elderly residing in care homes, and that there is significant relationship between these two disorders. The degree of cognitive disorder and depression was higher in females than in males. **Conclusion:** The prevalence of psychiatric disorders in the elderly residing in care homes is higher than those who do not reside in these locations, which is probably due to the heterogeneous elderly population of these centers as well as various stressors.

Keywords: elderly residing in care homes, elderly not residing in care homes, cognitive disorder, depression.

چکیده

پژوهش زیر به منظور بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان انجام شده است. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۳۶ سالمند (۶۸ زن و ۶۸ مرد) ساکن و یا غیر ساکن در سرای سالمندان می باشد. ارتباط میان این دو اختلال، مقایسه آنها در دو گروه ذکر شده و در نهایت مقایسه عوامل ذکر شده در این دو گروه می باشد. روش: برای بررسی سلامت شناختی و افسردگی ۱۳۶ سالمند شرکت کنند در مطالعه استفاده گردید. از دو پرسشنامه GDS و MMSD. یافته ها: یافته های حاصل از این پژوهش نشان دادند که افسردگی و اختلال شناختی شایع ترین اختلالات سالمندان مقیم سرای سالمندان هستند و بین این دو اختلال ارتباط معناداری وجود دارد. میزان اختلال شناختی و افسردگی زنان نیز بیش از مردان گزارش شد. نتیجه پژوهش: طبق نتایج کشف شده از پژوهش به این نتیجه رسیدیم که سالمندان مقیم سرای سالمندان خارج از این مراکز می باشد که علت آن احتمالاً ناهمگونی جامعه سالمندان این مرکز و نیز عوامل استرس زای مختلف است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اختلال شناختی، سالمندانی که در سرای سالمندان سکونت دارند، سالمندان خارج از سرای سالمندان.

امروزه سالمندان با افزایش امید به زندگی، دارای سریع ترین رشد در بین گروه های جمعیتی در جهان هستند. حدود ۱۰ درصد از جمعیت جهان را سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال) تشکیل می دهند. در بعضی جوامع این رقم به ۳۰ درصد می رسد. افزایش رو به رشد جمعیت سالمندان در جهان پدیده ای است که از آن به عنوان (خاکستری شدن جمعیت) و یا (سالمندی اجباری) نام برده شده است. شیوع بیشتر بیماری های مزمن گوناگون موجب گردیده است که بخش عمده ای از منابع بهداشتی و درمانی سالمندان اختصاص یابد. در بین بیماری های مختلف این دوران اختلالات روانی، به خصوص افسردگی و دمانس اهمیت ویژه ای دارند. افسردگی درمان نشده در سالمندان موجب کاهش چشمگیری در کیفیت زندگی سالمند و خانواده وی می گردد. پیچیدگی نقش عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در ایجاد و تداوم افسردگی سالمندان لزوم توجه هر چه بیشتر به این اختلال را مطرح می نماید. اغلب سالمندان در هنگام ابتلا به افسردگی، کمتر از احساس غمگینی و دلتنگی ناشی از خلق افسرده شکایت می کنند و گاهی حتی وجود آن را انکار می نمایند، به نحوی که برخی افسردگی سالمندان را (افسردگی بدون احساس غم) می نامند. در واقع بنا به دلایل گوناگونی از جمله نگرانی و ترس از خوردن برچسب (بیمار روانی) و با توجه به حساسیت بیشتر اطرافیان و جامعه به بیماریهای جسمی سالمندان تمایل زیادی به مطرح کردن شکایات جسمی مختلف به صورت دردهای پراکنده در سراسر بدن خود دارند. انسان از نظر فکری و احساسی و رفتاری موجودی اجتماعی می باشد و این ویژگی همه ادوار زندگی وی سایه انداخته است. تحقیقات نشان داده اند که در پیش گرفتن الگوی زندگی سالم حتی در سال های آخر عمر می تواند امید به زندگی را افزایش و بیماری و هزینه مربوط به آن را کاهش دهد.

سالمندی فرآیند طبیعی و عادی و در حال تغییر است که سبب بروز رفتار های خاص در سالمندان می شود. این رفتارها می تواند بر نگرش اعضای خانواده به سالمندش تاثیر بگذارد و باعث شود وی را به آسایشگاه سالمندان بفرستند (کلاته جاری، ۱۳۸۱). با در نظر گرفتن مشکلات خاص سالمندان در آسایشگاه ها شاید مسایل آنان نسبت به سالمندانی که خارج از این مراکز زندگی می کنند بیشتر قابل تحقیق باشد و ضرورت تحقیق در این زمینه آشکارتر است.

بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان

پیشینه پژوهش

براساس گزارش افسردگی و اختلال شناختی از شایع ترین مشکلات روانی سالمندان آسایشگاه هاست و باعث کاهش کارایی و افزایش مرگ و میر آنها می شود. (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)

افسردگی برای هر کس معنایی دارد و می تواند یک نشانه و یا یک اختلال قابل تشخیص باشد منظور از افسردگی اختلالی است که دوام کافی و نشانه های ویژه دارد و بر عملکردشخص تاثیر نامطلوب می گذارد و پریشانی ایجاد می کند. (کستل، بالوتا، هاجسون، ۲۰۰۷).

در اختلال شناختی تاکید بر عامل شناخت و حافظه است و بین کارایی شناختی و افزایش سن ارتباط معناداری وجود دارد (کستل، بالوتا، هاجسون، ۲۰۰۷)

با افزایش سن تغییراتی در مغز به وجود می آید که باعث بروز تفاوت هایی در شیوه تفکر و رفتار می شود. (وودفرد، جورج، ۲۰۰۷) این تغییرات ناشی از شروع یک اختلال قابل تفکیک است. متخصصان بالینی تفاوت در شیوه تفکر و رفتار را ناشی از عوامل مختلفی مثل افزایش سن و یا اختلال شناختی غیر دمانس و دمانس می دانند. (وورفرد، جورج، ۲۰۰۷).

نتایج پیمایش سال ۱۳۷۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نشانگر آن است که شیوع افسردگی در زنان و مردان سالمند شهری به ترتیب ۶۹ و ۴۹ درصد می باشد. (مرکز بهداشت سالمندان، ۱۳۷۹).

یک موضوع قابل بررسی این است که آیا علت افسردگی نقص در کارکرد های شناختی است یا افسردگی به اختلال شناختی منجر می شود؟ اگرچه دیده شده افسردگی می تواند در افت شناختی تاثیر بگذارد، اما از سوی دیگر نشان داده شده است که افت شناختی هم می تواند به بروز افسردگی بینجامد. افت شناختی زود هنگام نیز می تواند به افسردگی منجر شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵).

بنابراین می توان انتظار داشت که بین اختلال شناختی و اختلال افسردگی سالمندان ارتباط معنادار وجود داشته باشد. همچنین، چون میزان افسردگی در زنان سالمند بیشتر از مردان است و بین افسردگی و اختلال شناختی نیز ارتباط معناداری وجود دارد می توان پیش بینی کرد که اختلال شناختی نیز در زنان سالمند بیشتر از مردان است. دمانس اختلالی است که بدون تغییر در سطح هوشیاری باعث مشکلات شناختی گوناگون در فرد می شود. شیوع دمانس با افزایش سن بالا می رود.

جرم، کورتن و هندرسون (۱۹۸۷) در بازبینی بررسی های انجام شده در این زمینه شیوع دمانس را در برابر هر ۵ سال افزایش سن از ۶۰ سالگی به بعد تقریباً ۲ برابر گزارش نموده اند. آنان تفاوت معنی داری از نظر شیوع دمانس در بین دو جنس گزارش نکرده اند.

در بررسی مگزینر، جرمن و زیمرمن (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، زدلیک و فرنزل (۱۹۹۷) در پژوهش دیگری شیوع دمانس را در مراکز نگهداری آن کشور ۵۰٪ گزارش نموده اند.

افسردگی در سالمندان نسبت به میان سالان شیوع کمتری دارد. شیوع افسردگی اساسی در افراد بالای ۶۵ سال نزدیک به ۱٪ (۱/۴٪ در زنان و ۰/۴٪ در مردان) می باشد. این میزان تقریباً یک چهارم افراد جوان تر است. نزدیک به ۲٪ جمعیت سالمند از افسردگی خلقی و ۴٪ از اختلال سازگاری با اختلال افسرده، رنج می برند. در ۱۵٪ افراد سالمند تنها علائم افسردگی دیده می شود که این علائم معیار تشخیصی لازم برای هیچ یک از اختلال های افسردگی موجود در ویراست (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) (DSM-IV) ۴ راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی را فراهم نمی کنند (الکسوپولوس، ۲۰۰۰).

بلیز و ویلیام (۱۹۸۰) شیوع افسردگی اساسی را در افراد بالای ۶۵ سال جامعه آمریکا ۴٪-۲٪ و شیوع افسردگی خفیف تر را ۴۴٪-۵٪ گزارش نموده اند. ولی بیکنسر و میلر (۱۹۹۱) ۲۲٪ افراد سالمند را دارای اختلال افسردگی اساسی و ۱۲٪ آنان را دارای اختلال سازگاری با خلق افسرده دانسته اند.

در بررسی مان، گراهام، آشلی (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.

بررسی های همه گیر شناسی انجام شده در این زمینه در ایران محدود است. تابان، قاسمی، فرزانه و کاظمی (۱۳۸۱) در بررسی میزان افسردگی سالمندان خانه های سالمندان شهر اصفهان، شیوع افسردگی را ۸۶٪ عنوان نموده اند.

هدف این پژوهش ارزشیابی اختلال شناختی و افسردگی و ارتباط این دو اختلال در سالمندان ساکن و غیر ساکن در سرای سالمندان، مقایسه عوامل فوق در دو گروه مزبور و در نهایت مقایسه این عوامل در دو گروه زنان و مردان سرای سالمندان می باشد.

بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان

فرضیات پژوهش

با توجه به اهداف فوق فرضیه های پژوهش از این قرار است:

- ۱- بین میزان افسردگی و اختلالات شناختی سالمندان ارتباط معناداری وجود دارد.
- ۲- افسردگی در زنان سالمند بیشتر از مردان است.
- ۳- اختلالات شناختی در زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است.
- ۴- افسردگی در سالمندان ساکن خانه سالمندان بیش تر از سالمندان که در بیرون از خانه سالمندان زندگی می کنند.
- ۵- اختلالات شناختی سالمندان ساکن سرای سالمندان بیش از سالمندان غیر سالکن در این سراهاست.

روش

نمونه ما شامل ۱۳۵ سالمند بالای ۶۰ سال بود (۶۸ خانم ۶۸ آقا). ۵۰٪ از افراد شرکت کننده ساکن سرای سالمندان و ۵۰٪ غیر ساکن در این مراکز اند. معیار شرکت در این مطالعه داشتن سن بالای ۶۰ سال بود و معیار خروج اطلاعات وجود بیماری هایی مثل سکتة مغزی و یا عقب ماندگی ذهنی شدید و یا سایر اختلالات روانی بود. مطالعه حاضر یک سرکور بود و فردی که داده ها را جمع آوری می کرد هیچ اطلاعاتی از موضوع MMSE مورد بررسی ما نداشت. برای بخش سلامت شناختی شرکت کنندگان از پرسشنامه (پرسشنامه ۳۰ سوالی شکل کوتاه آزمون وضعیت ذهنی) استفاده شد. این پرسشنامه که فولستین آن را در سال ۱۹۷۵ معرفی کرد، جهت یابی ثبت در حافظه، توجه، محاسبه، حافظه اخیر، زبان و توانایی های دیداری- ساختاری را می آزمایند.

نمره گذاری این پرسشنامه به شرح زیر است:

نمره کامل پرسشنامه ۳۰ و نمره کمتر از ۲۵ احتمال وجود اختلال شناختی را مطرح میکند. نمره بیشتر از ۲۱ نشانگر اختلال شناختی ضعیف، نمره ۱۰ تا ۲۰ اختلال شناختی متوسط و نمره زیر ۹ بیانگر اختلال شناختی شدید است. (فولستین، فولستین و مک هوگ، ۱۹۷۵). نسخه فارسی این پرسشنامه را سیدیان و همکاران (۱۳۸۶) معرفی کردند. پایایی درونی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و در نقطه برش ۲۲ دارای حساسیت ۰/۹۰ و ویژگی ۹۳/۵ است (سیدیان و همکاران، ۱۳۸۶). (GDS) برای بررسی وضعیت افسردگی سالمندان، از شکل کوتاه مقیاس افسردگی سالمندان استفاده شد. این پرسشنامه که در سال ۱۹۸۶ به وسیله شیخ و یاساواگی ساخته شد، از ۱۵ سوال تشکیل شده است و گروه تحت بررسی را به سه گروه دارای افسردگی متوسط (۵ تا ۱۰)، افسردگی شدید (۱۰ تا ۱۵) و فرد سالم تقسیم می کند. پایایی درونی نسخه فارسی این آزمون بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و در نقطه برش ۶/۵ دارای حساسیت ۰/۸۵ و ویژگی ۰/۷۴ می باشد. (شهسوارانی، ۱۳۸۶) محقق با مراجعه مستقیم به نمونه تحقیق سالمندان نسبت به جمع آوری اطلاعات پرسشنامه اقدام کرد. اعتبار زیاد و روایی محتوای آنها نسبت به سایر پرسشنامه ها بود. MMSE و GDS علت انتخاب پرسشنامه

یافته ها

همبستگی افسردگی و اختلالات شناختی در سالمندان، از طریق ضریب همبستگی پیرسون نشانگر آن است که دو متغیر $P <$ محاسبه شد (جدول ۱). رد فرضیه صفر در سطح معناداری ۰/۰۱ اختلال شناختی و افسردگی در سالمندان ارتباط معناداری دارند. از آنجا که ضریب همبستگی مثبت است، چنین استنباط می شود که با افزایش میزان اختلالات شناختی در سالمندان میزان افسردگی نیز کاهش می یابد و بر عکس.

جدول ۱- داده های ضریب همبستگی پیرسون بین افسردگی و اختلال شناختی در سالمندان

اختلال شناختی			
متغیر	ضریب همبستگی	تعداد	معناداری
افسردگی	۰/۴۲	۱۳۸	۰/۰۱

مقادیر میانگین، انحراف معیار نمرات افسردگی و حجم داده ها به تفکیک جنسیت نشانگر آن است که میانگین نمره افسردگی زنان از مردان بیشتر است. (جدول ۲). همچنین در جدول ۲، آزمون تی در مورد مقایسه میانگین نمره افسردگی در دو گروه زنان و مردان ارائه و فرض برابری و واریانس $F=4/67$ نشان می دهد که تفاوت میان میانگین نمرات t ها مورد بحث قرار گرفته است. مقدار افسردگی دو گروه (زنان و مردان سالمند) در سطح یک معنادار است و زنان سالمند در آزمون افسردگی نمرات بیشتری به دست آوردند.

جدول ۲- برای مقایسه میزان افسردگی در دو گروه سالمند (زنان و مردان) t آزمون

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	خطای معیار	T
افسردگی	مرد	۶۸	۷/۶۳	۳/۱۹	۳/۰۱	۰/۶۳	۴/۷۶
افسردگی	زن	۶۸	۱۰/۶۵	۳/۷۲	۳/۰۱	۰/۶۳	۴/۷۶

مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال شناختی و حجم داده ها به تفکیک جنسیت نشانگر آن است که میانگین نمرات اختلالات شناختی زنان کمتر از مردان است. یعنی وضعیت زنان سالمند از نظر اختلالات شناختی نامطلوب تر از مردان سالمند است (جدول ۳). در جدول ۳ برای مقایسه میانگین نمرات اختلال شناختی دو گروه مورد بررسی ارائه شده است. t همچنین آزمون نشان می دهد که اختلاف میانگین نمرات اختلال شناختی دو گروه T مقدار $MMSE=4/37$ (زنان و مردان سالمند) در سطح یک درصد معنادار است و زنان سالمند در آزمون نمرات کمتری کسب کرده اند. به عبارت ساده تر وضعیت اختلال شناختی زنان به طور معناداری نامطلوب تر از مردان است.

برای مقایسه اختلال شناختی دو گروه زنان و مردان سالمند جدول ۳- داده های آزمون

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	خطای معیار	t
اختلال شناختی	مرد	۶۸	۲۳/۵	۷/۶۵	۶/۰۸	۱/۳۹	۴/۳۷
اختلال شناختی	زن	۶۸	۱۷/۴۱	۷/۶۱	۶/۰۸	۱/۳۹	۴/۳۷

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون افسردگی و حجم داده ها به تفکیک سالمندان ساکن در سرای سالمندان و سالمندان خارج از سرا ارائه شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تی برای مقایسه میانگین نمرات در دو گروه مورد بررسی ارائه شده نشانگر آن است که تفاوت میانگین نمرات افسردگی دو گروه سالمندان ساکن در $p <$ در سطح معناداری $t=0/01$ است. مقدار $F=2/26$ = سرای سالمندان و غیر ساکن معنادار است. به این صورت که میانگین نمرات افسردگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان بیشتر از سالمندان غیر ساکن می باشد، به عبارت دیگر، سالمندان ساکن در سرای سالمندان از افسردگی بیشتری رنج می برند.

جدول ۴- برای مقایسه میزان افسردگی دو گروه سالمندان ساکن و غیر ساکن در سرای سالمندان t آزمون

متغیر	محل سکونت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	خطای معیار	t
افسردگی	سرای سالمندان	۶۸	۱۱/۲۸	۳/۰۳	۱/۳۶	۱/۴۲	۲/۲۶
افسردگی	خارج از سرا	۶۸	۹/۹۱	۳/۵۹	۱/۳۶	۱/۴۲	۲/۲۶

و حجم داده های دو گروه سالمندان ساکن و غیر ساکن در سرای سالمندان نشان MMSE میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون در سطح معنادار T می دهد که با توجه به مقادیر مندرج در جدول ۵، میانگین نمرات اختلال شناختی دو گروه ارائه شده است. $۲/۱۴ =$ نشانگر آن است که میانگین نمرات اختلال شناختی در دو گروه سالمند ساکن و غیر ساکن تفاوت معناداری دارد و سالمندان غیر نمرات بیشتری کسب کردند. بدین ترتیب اختلال شناختی در سالمندان غیر ساکن در مرکز، به طور معنادار و قابل ملاحظه است. MMSD ساکن در آزمون

جدول ۵- داده های آزمون T برای مقایسه اختلال شناختی در دو گروه سالمندان مقیم و غیر مقیم سالمند

متغیر	محل سکونت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	خطای معیار	T
اختلال شناختی	خارج از سرا	۶۸	۲۲/۱۱	۸/۳۶	۳/۰۵	۱/۴۲	۲/۱۴
اختلال شناختی	در سرا	۶۸	۱۹/۰۶	۷/۳۳	۳/۰۵	۱/۴۲	۲/۱۴

نتیجه گیری

همان طور که مشاهده شد تحقیق در ۱۳۶ سالمند زن و مرد بالای ۶۰ سال انجام شد که نیمی از آنان ساکن سرای سالمندان و نیمی غیر ساکن بودند. نتایج نشان داد که افسردگی و اختلالات شناختی از شایع ترین اختلالات دوره سالمندی است. که این نتیجه با تحقیقات پیشین (کوبا شی و کاتو، ۲۰۰۵) همخوانی دارد. همچنین میزان افسردگی و اختلالات شناختی سالمندان ساکن سرای سالمندان بیشتر از سالمندان غیر ساکن بود. که این نیز با نتایج تحقیقات قبلی (روبین، کینشرف، گرانت، استورانت، ۱۹۹۱) در مورد شیوع چهار برابری افسردگی در سالمندان ساکن سراها همخوانی دارد. افسردگی بیشتر زنان سالمند در برابر مردان سالمند در این تحقیق نیز با تحقیقات قبلی که میزان افسردگی را در زنان سالمند دوتا سه برابر مردان سالمند برآورد کرده است همخوانی دارد (گاری، دفازو و دسار، ۲۰۰۲). مسایل روانی سالمندان مانند سایر افراد هنگامی تشدید می شود که فرد احساس کند کنترلش را بر امور خود و محیط از دست داده است. در سالمندان ساکن در سرای سالمندان احتمالاً به دلیل ناهمگونی جامعه سالمند و همچنین وجود عوامل استرس زای مختلف شیوع اختلالات روانپزشکی بیشتر است. بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش های مشابه، مشکلات روانپزشکی، در میان ساکنین سرای سالمندان به ویژه زنان سالمند بسیار شایع است و چون جامعه ما در آینده نزدیک با جمعیت زیادی از سالمند مواجه خواهد شد، که طبعاً بعضی از آنها قرار است به این مراکز سپرده شوند، انجام اقدامات لازم به منظور فراهم کردن زمینه های ارتقا سلامت روانی برای ساکنان این مراکز ضروری به نظر می رسد. از محدودیت های این تحقیق باید به این نکته اشاره شود که از آنجا که ساکنان خانه سالمندان اغلب افراد هستند که استقلال خود را به دلیل بیماری های روانپزشکی از دست داده اند و به همین دلیل هم به این مراکز سپرده شده اند، لذا ممکن است شیوع مشکلات روانپزشکی در این افراد بیش از جامعه عادی باشد و همین مسئله باعث می شود میزان شیوع این اختلالات در جامعه سالمند ساکن سرای سالمندان بیشتر از جامعه عادی باشد.

منابع

- [۱] کلاته جاری، م. (۱۳۸۱). بررسی مسائل سالمندی و فضای عمومی و اختصاصی، تهران: انتشارات آشنا
- [۲] سیدیان، م.، فلاح، م.، نوروزیان، م. (۱۳۸۶). تهیه و تعیین اعتبار نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت ذهنی. مجله علمی سازمان نظام پزشکی
- [۳] شهسوارانی، م. (۱۳۸۶). تاثیر استرسور های افسردگی سالمندان پایان نامه دوره کارشناسی، اصفهان
- [۴] مرکز بهداشت سالمندان، اداره کل بهداشت خانواده، نشر و تبلیغ (بشر)، ۱۳۷۹.
- [۵] تابان، قاسمی، آرزو، مزده (۱۳۸۱). بررسی مقایسه میزان شیوع افسردگی در سالمندان
- [6] Ferrell BR, Ferrell BA. Pain in the elderly. Montréal: International Association for the Study of Pain; 2005. P.6-15.
- [7] Moussaoui D. Depression in the elderly WPA bulletin in depression. A publication of the World Psychiatric Association; 1999. p. 2.
- [8] Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003; 58(3):249-65.
- [9] Unutzer J. Clinical practice. late-life depression. N Engl J Med 2007; 357(22): 2269-76.
- [10] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. New York: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000.
- [11] Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management. Drugs Aging 1995; 6(4): 278-92.
- [12] Bogner HR, Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2009; 11(6): 285-91.
- [13] Jonas BS, Mussolino ME. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. American Psychosomatic Society 2000; 62: 463-71.
- [14] Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. Arch Gen Psychiatry 2006; 63(5): 530-8.
- [15] Black SA. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic. Diabetes Care 1999; 22(1): 56-64.
- [16] Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, Rutledge JC, Cushman M, Dobs A, et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. cardiovascular health study collaborative research group. Circulation 2000; 102(15): 1773-9.
- [17] Forsen L, Meyer HE, Sogaard AJ, Naess S, Schei B, Edna TH. Mental distress and risk of hip fracture. do broken hearts lead to broken bones? J Epidemiol Community Health 1999; 53(6): 343-7.
- [18] Cummings JL. Depression and Parkinson's disease: a review. Am J Psychiatry 1992; 149(443): 54.
- [19] Gabaldón L, Fuentes B, Frank-Garcia A, Diez-Tejedor E. Poststroke depression: importance of its detection and treatment. Cerebrovasc Dis 2007; 24(Auppl 1): 181-8
- [20] Logan, J. M., & Balota, D. A. (2003). Conscious and unconscious lexical retrieval blocking in younger and older Adults. Psychology and Aging, 18, 537-550.
- [21] Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.
- [22] Kobayashi, T., & Kato, S. (2005). Senile depression with olfactory reference syndrome: A psychopathological review. Psychogeriatrics, 5(2), 55-63

- [23] Castel, A. D., Balota, D. A., McCabe, D. P. (2007). Memory efficiency and the strategic control of attention at encoding: Impairments of value-directed remembering in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 23, 297-306
- [24] American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC.
- [25] Castel, A. D., Balota, D. A., Hutchison, K. A., Logan, J.M., & Yap, M. J. (2007). Spatial attention and response control in healthy younger and older adults and individuals with Alzheimer's disease: Evidence for disproportionate selection impairments in the Simon task. *Neuropsychology*, 21, 170-182.
- [26] Gareri, P., De Fazio, P., & De Sarro, G. (2002). Neuropharmacology of depression in aging and age-related diseases. *Ageing Research Reviews*, 1, 113-134.
- [27] Rubin, E. H., Kinschler, D. A., Grant, E. A., & Storandt, M. (1991). The influence of major depression on clinical and psychometric assessment of senile dementia of the Alzheimer type. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1164-1171.
- [28] Kaplan, B. J., Sadock, V. A. (2005). *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- [29] Shiekh, J., & Yasavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale: Recent evidence and development of a short version. In T. L. Brink. (Ed), *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York: Haworth.
- [30] Woodford, H. J., & George, J. (2007). Cognitive assessment in the elderly: A review of clinical methods. *QJM*, 100, 469-484.