

**بررسی مقایسه‌ای وضعیت شناختی و افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن منازل شخصی**دکتر محمدباقر سهرابی<sup>۱\*</sup> (G.P.)، دکتر پونه ذوالفقاری<sup>۲</sup> (G.P.)، دکتر فرزانه مهدی‌زاده<sup>۳</sup> (G.P.)، سید محمد آقاییان<sup>۱</sup> (M.Sc.)، مجتبی قاسمیان آقمشهدی<sup>۱</sup> (B.Sc.)، زهرا شریعتی<sup>۱</sup> (B.Sc.)، احمد خسروی<sup>۴</sup> (M.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- بیمارستان امام حسین(ع). ۲- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- معاونت بهداشتی. ۳- سازمان پزشکی قانونی قم- پزشک عمومی. ۴- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی.

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۲/۱۱، تاریخ پذیرش: ۸۷/۲/۱۵

**چکیده****مقدمه:** در این پژوهش وضعیت شناختی و افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان و ساکن منازل شهر شاهرود در سال ۸۶ ارزیابی و مقایسه شده است.**مواد و روش‌ها:** این مطالعه بر روی ۴۶ سالمند مقیم خانه سالمندان و ۹۰ نفر از سالمندان ساکن در منازل شخصی انجام شده است. پرسش‌نامه‌های استاندارد بررسی وضعیت شناختی (Minimal Mental Status Examination) و فرم کوتاه بررسی افسردگی در سالمندان (Geriatric Depression Scale) پس از معاینه برای دو گروه تکمیل گردید.**نتایج:** در خصوص بررسی وضعیت شناختی در سالمندان مقیم سرای سالمندان، ۱۳ نفر (۲۸/۳٪) اختلال شناختی خفیف ( $MMSE \geq 21$ )، ۱۶ نفر (۳۴/۸٪) اختلال شناختی متوسط ( $10 \leq MMSE < 21$ ) و ۱۷ نفر (۳۷٪) اختلال شناختی شدید ( $MMSE < 10$ ) داشتند. در حالی که در سالمندان ساکن منازل شخصی اختلال شناختی خفیف، متوسط و شدید به ترتیب در ۴۹، ۴۰ و ۱ نفر گزارش شده است. در خصوص بررسی حالت افسردگی، در سالمندان مقیم سرای سالمندان ۱۴ نفر (۳۰/۴٪) وضعیت طبیعی، ۱۲ نفر (۲۶/۱٪) افسردگی متوسط ( $3 < GDS \leq 10$ ) و ۲۰ نفر (۴۳/۵٪) افسردگی شدید ( $GDS > 10$ ) داشتند. در گروه دوم ۵۱ نفر (۵۶٪) وضعیت طبیعی، ۲۹ نفر (۳۱/۹٪) افسردگی متوسط و ۱۰ نفر (۱۱٪) افسردگی شدید داشتند که اختلاف بین دو گروه معنادار می‌باشد.**نتیجه‌گیری:** اختلال شناختی و شدت افسردگی در سالمندان مقیم خانه سالمندان به‌طور معناداری بیش‌تر گزارش شده، که با تقویت ارتباطات خانوادگی و برنامه‌های ورزشی می‌توان آن‌ها را کاهش دهیم.**واژه‌های کلیدی:** سالمندی، سرای سالمندان، بررسی وضعیت شناختی، بررسی افسردگی.

Original Article

Knowledge &amp; Health 2008;3(2):27-31

**Evaluation and Comparison of Cognitive State and Depression in Elderly Admitted in Sanitarium with Elderly Sited in Personal Home**Mohamad-baghere Sohrabi<sup>1\*</sup>, Pone Zolfaghari<sup>2</sup>, Farzane Mahdizadeh<sup>3</sup>, Seyd-Mohammad Aghayan<sup>1</sup>, Mojtaba Ghasemian-Aghmashhadi<sup>1</sup>, Zahra Shariati<sup>1</sup>, Ahmad Khosravi<sup>4</sup>

1- Imam Hossein Hospital, Shahrud University of Medical Sciences, Iran. 2- Health Deputy, Shahrud University of Medical Sciences, Iran. 3- Forensic or legal Medicine of Qom, Iran. 4- M.Sc. in Epidemiology, Shahrud University of Medical Sciences, Iran.

**Abstract:****Introduction:** In this study cognitive state and geriatric depression in elderly living in sanatorium and personal home were evaluated.**Methods:** The present study was conducted on 46 aged subjects living in sanitarium and 90 aged subjects staying in personal homes. Mini mental status examination (MMSE) and geriatric depression scale (GDS) questionnaires were completed according to the standard examination.**Results:** As for the cognitive state of the aged living in sanitarium, 13 cases (28.3%) suffered from mild ( $MMSE \geq 21$ ), 16 cases (24.8%) from moderate ( $10 \leq MMSE < 21$ ) and 17 cases (37%) from severe cognitive disorder ( $MMSE < 10$ ). This is while in the aged living in personal houses; the slight, moderate, and severe cognitive disorders were reported respectively in 49, 40 and 1 cases. As for the geriatric depression, in the aged living in sanitarium, 14 cases (30.4%) had normal condition ( $GDS \leq 3$ ), 12 cases (26.1%) suffered from moderate depression ( $3 < GDS \leq 10$ ) and 20 cases (43.5%) suffered from severe depression ( $GDS > 10$ ). In the second group, 51 cases (56%) had normal condition, 29 cases (31.9%) suffered from moderate depression and 10 cases (11%) suffered from severe depression indicating a significant difference between the two groups.**Conclusion:** Cognitive disorder and depression scale were significantly higher in aged subjects living in sanatorium. Familial relations and continuous exercise activity can to decrease mental status disorder and geriatric depression.**Keywords:** Getting old, Sanatorium, Mental status examination, Geriatric depression.

Received: 1 March 2008,

Accepted: 4 May 2008

\*Corresponding author. M.B. Sohrabi, Email: mb.sohrabi@yahoo.com

\*نویسنده مسئول: شاهرود- بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود.

تلفن: ۰۲۷۳-۳۳۴۲۰۰۰-۱۴، نمابر: - E-mail: mb.sohrabi@yahoo.com

**مقدمه**

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که از ۶۵ سالگی شروع می‌شود. فرآیند سالمندی عبارت از کاهش تدریجی عملکرد سیستم‌های بدن از جمله قلب و عروق، تنفس، دستگاه ادراری تناسلی، غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی بدن می‌باشد. سالمندی یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت‌های مختلف فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلاء به بسیاری از بیماری‌ها و مرگ تبدیل می‌کند (۱ و ۲).

امروزه سالمندی به‌عنوان یک پدیده مهم جهانی بوده که این امر به دلیل افزایش جمعیت سالمندان جهان می‌باشد، به‌گونه‌ای که طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO) تعداد سالمندان در کشورهای آسیای جنوب غربی (از جمله ایران) در سال ۲۰۰۰ حدود ۷٪ کل جمعیت بوده و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۱۵٪ خواهد رسید (۳). از اختلالات شایع روان‌پزشکی در دوران سالمندی، اختلالات خلقی به‌ویژه افسردگی و دمانس می‌باشد که شیوع آن در پیران ساکن در خانه‌های سالمندان ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (۴). هر چند افراد سالمند به احتمال بسیار، حوادث یا عوامل محیطی را مسوول افسردگی خود می‌دانند، عوامل طبیعی بیولوژیک علت بروز افسردگی می‌باشند (۵).

وضعیت شناختی طبیعی وابسته به کارکرد کامل سیستم‌های مختلف مغزی بوده و با افزایش سن و تغییرات تحلیل‌رونده و عملکردی که در این قسمت‌ها صورت می‌گیرد باعث اختلال در کارکرد این قسمت از مغز شده و اشکالات شناختی را در فرد ایجاد می‌کند که شدت این اختلالات بسیار متفاوت بوده و طیف گسترده‌ای را در سالمندان ایجاد می‌کند (۲).

افسردگی بیماری است که بنا بر آمار جهانی در سال‌های نه-چندان دور دومین علت ناتوانی بشر خواهد بود و مسلماً جامعه سالمندان نیز از ابتلاء به آن در امان نخواهد ماند. گرچه افزایش سن به‌تنهایی عاملی برای بروز افسردگی به‌شمار نمی‌آید، اما از دست دادن عزیزان به‌ویژه همسر، دوری از فرزندان

به‌ویژه در جوامع امروزی حتی در کشور ما که خانواده‌های گسترده جای خود را به خانواده‌های هسته‌ای داده‌اند، ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی، همگی یک فرد سالمند را مستعد ابتلاء به افسردگی می‌کنند (۳ و ۴). نحوه بروز علائم افسردگی در سالمندان و جوانان متفاوت است، اضطراب و کند شدن جریان تفکر و فعالیت در سالمندان شایع است و علاوه بر این سالمندان تمایل به داشتن علائم بیماری‌های جسمانی دارند (۵). شایع‌ترین علائم افسردگی در سالمندان به شکل بی‌حالی، خستگی، عدم تمرکز، بی‌حوصلگی، دل و دماغ نداشتن، بیدار شدن مکرر از خواب، کاهش اشتها و دردهای جسمی بروز می‌کند (۶).

بسیاری از سالمندان افسرده به جای اینکه از علائم روانی افسردگی شاکی باشند بیش‌تر شکایات جسمانی را مطرح می‌کنند که باعث مراجعات مکرر آنان به پزشکان مختلف و در صورت عدم تشخیص منجر به درمان‌های نابجا می‌شوند (۵ و ۶). با توجه به شیوع اختلالات شناختی و اختلالات خلقی به‌ویژه افسردگی در سالمندان و تأثیر عوامل گوناگون بر آن، در پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه اختلالات شناختی و خلقی در سالمندان مقیم سرای سالمندان و سایر سالمندان شهر شاهرود در سال ۸۶ می‌پردازیم.

**مواد و روش‌ها**

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بوده که به صورت مقطعی انجام شده است. در این مطالعه کلیه ۴۶ سالمند ساکن در سرای سالمندان شهر شاهرود در تابستان ۸۶ که دارای مشخصات لازم (عدم ابتلا به دمانس، ناشنوایی کامل، عدم بیماری شدیداً ناتوان‌کننده و عقب‌ماندگی ذهنی) بودند و تمایل به همکاری داشتند و در مرخصی یا بستری در بیمارستان نبودند مورد بررسی قرار گرفتند.

هم‌چنین تعداد ۹۰ نفر از سالمندان ساکن شهر شاهرود که هرگز در خانه سالمندان ساکن نبوده و مشکلات ذکر شده در

منازل شخصی ۵۳ نفر (۵۸/۲٪) زن و ۳۷ نفر (۴۱/۸٪) مرد بوده و میانگین سنی آنان  $۸/۱ \pm ۷۰/۳$  سال (با دامنه ۶۰ تا ۸۸ سال) بود. بررسی وضعیت شناختی در سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن منازل شخصی، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- بررسی وضعیت شناختی (MMSE) در سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکنان منازل شخصی شهر شاهرود در سال ۸۶

محل اقامت	اختلال وضعیت شناختی			جمع (%)
	خفیف (%)	متوسط (%)	شدید (%)	
سرای سالمندان	۱۳ (۲۸/۳)	۱۶ (۳۴/۸)	۱۷ (۳۷/۰)	۴۶ (۱۰۰/۰)
منازل شخصی	۴۹ (۵۳/۸)	۴۰ (۴۴/۰)	۱ (۱/۱)	۹۰ (۱۰۰/۰)

همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود در بین سالمندان مقیم سرای سالمندان بیش‌ترین میزان با ۳۷٪ مربوط به اختلال شناختی شدید بوده در حالی که در سالمندان ساکن منازل شخصی بیش‌ترین میزان با ۵۳/۸٪ مربوط به اختلال شناختی خفیف می‌باشد.

در خصوص بررسی وضعیت افسردگی نیز، در سالمندان مقیم سرای سالمندان بیش‌ترین میزان با ۴۳/۷٪ مربوط به افسردگی شدید بوده در حالی که در سالمندان مقیم منازل شخصی ۵۶٪ آن‌ها وضعیت طبیعی داشتند که وضعیت حالت افسردگی دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است که اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان می‌دهد. هم‌چنین بررسی سابقه قبلی خودکشی در جمعیت سالمندان سرای سالمندان نشان می‌دهد که ۸ مورد از آن‌ها سابقه اقدام به خودکشی را داشته‌اند.

جدول ۲- بررسی وضعیت افسردگی (GDS) در سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکنان منازل شخصی شهر شاهرود در سال ۸۶

محل اقامت	اختلال وضعیت افسردگی			جمع (%)
	خفیف (%)	متوسط (%)	شدید (%)	
سرای سالمندان	۱۴ (۳۰/۴)	۱۲ (۲۶/۱)	۲۰ (۴۳/۵)	۴۶ (۱۰۰/۰)
منازل شخصی	۵۱ (۵۶)	۲۹ (۳۱/۹)	۱۰ (۱۱)	۹۰ (۱۰۰/۰)

### بحث

افسردگی سالمندان، حالتی از بیماری است که هم در افرادی با سابقه قبلی افسردگی اتفاق افتاده و هم ممکن است برای اولین بار در دوران سالمندی ظاهر شود (۸). افسردگی به صورت طبیعی به علت افزایش سن در افراد ایجاد نمی‌شود

بالا را نداشتند از ۵ مرکز بهداشتی شهر شاهرود که دارای رضایت کامل شرکت در طرح بودند به صورت اتفاقی و بر حسب زمان مراجعه به درمانگاه (در تابستان ۸۶) انتخاب و مصاحبه چهره به چهره با آن‌ها صورت گرفته و پرسش‌نامه استاندارد جهت آنان تکمیل شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌ای استاندارد و خلاصه شده بود که توسط انجمن طب سالمندان فرانسه طراحی و برای قسمت‌های مختلف بررسی فوق امتیازبندی شده بود. این پرسش‌نامه توسط اساتید محترم طب سالمندی ایران همانند خانم دکتر مهشید فروغان، دکتر احمدعلی اکبری کامرانی و خانم دکتر فریبا کامرانی مورد بازبینی و ترجمه قرار گرفته و کارایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته و در چندین کنگره و همایش مسایل سالمندی در ایران و سایر کشورها ارائه شده است. در خصوص بررسی وضعیت شناختی، این پرسش‌نامه دارای ۱۱ سؤال بوده و مجموع امتیازات این قسمت حداکثر ۲۵ می‌باشد. جهت تعیین شدت اختلال شناختی امتیاز کم‌تر از ۹ نشان‌دهنده اختلال شدید، امتیاز بین ۱۰ تا ۲۰ اختلال متوسط و امتیاز مساوی و بیش‌تر از ۲۱ نشان‌دهنده اختلال خفیف می‌باشد. در خصوص بررسی حالت افسردگی، این پرسش‌نامه دارای ۱۵ سؤال بوده و حداکثر ۱۵ امتیاز دارد و توسط ملکوتی و همکاران روایی و پایایی آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۷) و جهت تعیین شدت افسردگی امتیاز کم‌تر یا مساوی ۳ وضعیت طبیعی، بین ۳ تا ۱۰ افسردگی متوسط و بیش‌تر از ۱۰ نشان‌دهنده افسردگی شدید می‌باشد. داده‌ها پس از ورود به کامپیوتر با استفاده از نرم‌افزار Epi info و SPSS تجزیه و تحلیل گردیده و دو گروه با هم مقایسه شدند.

### نتایج

از ۴۶ سالمند مقیم سرای سالمندان ۳۵ نفر (۷۶/۱٪) زن و ۱۱ نفر (۲۳/۹٪) مرد بوده و میانگین سنی آنان  $۱۱/۱ \pm ۷۶/۵$  سال (با دامنه ۶۰ تا ۹۶ سال) بود، در حالی که از ۹۰ سالمند ساکن

داروهای ضد فشارخون، کورتون و آنتی‌بیوتیک‌ها نیز می‌توانند باعث افسردگی در سالمندان شوند (۱۵). در پژوهش حاضر حدود ۶۵٪ سالمندان مقیم سرای سالمندان و ۳۵٪ سالمندان ساکن منازل شخصی سابقه مصرف حداقل یکی از داروهای ذکر شده را داشتند که این مسأله نیز احتمال بیش‌تر افسردگی و اختلالات شناختی را در سالمندان مقیم سرای سالمندان نشان می‌دهد. در خصوص درمان افسردگی در سالمندی باید گفت که روان‌درمانی بسیار مؤثر بوده و می‌تواند به‌طور مؤثری افسردگی را کنترل نماید. همچنین حدود ۴۰٪ سالمندان افسرده نیاز به درمان دارویی دارند (۱۱). از طرف دیگر قرار گرفتن سالمندان در محیط‌های گرم معنوی، همراهی با عزیزان و فرزندان نیز می‌تواند در کنترل مشکلات روحی روانی و به‌ویژه افسردگی بسیار مؤثر باشد که این مسأله نیز در تحقیق حاضر ثابت شده و میزان بروز افسردگی و شدت آن در سالمندان ساکن منازل شخصی به مراتب کم‌تر از سالمندان مقیم سرای سالمندان بوده است.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر می‌توان با کاهش استرس سالمندان، مهیاسازی محیط پر مهر و محبت به‌خصوص در بین اعضای خانواده و عزیزان، جلوگیری از مصرف داروهای غیرضروری و انجام فعالیت‌های ورزشی مناسب، می‌توان تا حد قابل قبولی از میزان افسردگی سالمندان کاست و بروز اختلالات شناختی را در آن‌ها به تأخیر انداخت.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر طرح مصوب شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به شماره ۸۶۱۲ می‌باشد. پژوهش‌گران تحقیق از کلیه عزیزانی که در انجام طرح فوق متحمل زحمت شده کمال تشکر را داشته و از پرسنل محترم سرای سالمندان شاهرود به‌طور ویژه قدردانی می‌نمایند.

### منابع

1. Roukoei L, Kimiagar M, Ghafarpour M, editors. Old age nutrition in Tehran on 1997. Tehran: Ashena press;2006.Persian.

(۹). حدود ۱۵٪ از جمعیت بالای ۶۵ سال نشانه‌های آشکاری از افسردگی را بروز می‌دهند که حدود ۲٪ آن‌ها به سمت افسردگی شدید پیشرفت می‌نمایند (۱۰). اختلالات شناختی هم از مشکلات شایع دوران سالمندی است که طیف بسیار وسیعی را به خود اختصاص می‌دهد به‌طوری‌که حدود ۳۵ درصد سالمندان درجات مختلف آن را نشان می‌دهند (۸). آرزایمر مرحله پیشرفته این اختلال می‌باشد (۱۰). طبق آمار منتشره از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حال حاضر حدود ۵ میلیون سالمند در کشور زندگی می‌کنند که تنها برای کم‌تر از ۲۰٪ آنان در طی سال‌های گذشته برنامه ارتقاء شیوه زندگی سالم آموزش داده شده است (۸). ولی آمار دقیق در خصوص تعداد سالمندان شهر شاهرود در دسترس نمی‌باشد.

در بررسی‌های انجام شده توسط کارل و کندی زنان سالمند بیش‌تر دچار افسردگی شده ولی با افزایش سن تقریباً شیوع افسردگی در هر دو جنس برابر می‌شود، همچنین اختلالات شناختی نیز در دو جنس شیوع یکسانی دارد که این مسأله با نتایج حاصل از تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد (۱۰ و ۱۱). افسردگی در سالمندان از مهم‌ترین عوامل خطر خودکشی محسوب می‌شود. در مردان سالمند میزان خودکشی بیش‌تر بوده و با افزایش سن بیش‌تر هم می‌شود به‌طوری‌که مردان بالای ۵۰ سال که حدود ۱۰٪ کل جمعیت آمریکا را تشکیل می‌دهند، حدود ۳۰٪ خودکشی‌ها را به خود اختصاص داده‌اند (۱۲). در تحقیق حاضر آماری از خودکشی به‌دست نیامد ولی ۸ مورد از سالمندان ساکن سرای سالمندان سابقه اقدام به خودکشی داشتند که ناموفق بوده است.

برخی از بیماری‌ها مثل مولیتیل اسکروز، هیپوتیروئیدی، لوپوس، هپاتیت، ایدز و کمبود ویتامین‌ها و آهنی می‌توانند علائم افسردگی را در سالمندان تقلید و یا تشدید نموده و اختلالات شناختی ثابت یا گذرا ایجاد نمایند (۱۳ و ۱۴). هم‌چنین داروهایی مثل آنتی‌هیستامین‌ها، ضد اضطراب‌ها،

2. Delvarian M, Hashemi M. Evaluation of nutrition in body mass index (BMI) of old age sanitarium of Shahroud on 2005. Proceeding of old age congress;2005 April 11-13;Tehran.
3. Namadian M, Ghobadi S, editors. Evaluation of mental status old age' s Zanzan on 2001. Tehran:Ashena press;2006.Persian.
4. Taban H, Ghasemi GH, Farzaneh A, Kazemi M, editors. Evaluation old age problems in iran and word. Tehran: Ashena Press;2006.Persian.
5. Emrari M. Kimiagar M, editors. Evaluation of old age Nutrition in old age special sanitariums of Tehran. Tehran: Pazhohandeh Press;1995.Persian.
6. Kaplan A, Sadock S. synopsis of psychiatry, behavioral sciences psychiatry. 10th ed. Baltimore: Lipincott Williams & Wilkins, 2007.p. 254-67.
7. Malakouti S.K, Fathelahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani Sh.A.D. Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran. Journal of the Faculty of Medicine 2007;30(4):361-368.
8. Hazzard WR. Principles of geriatric medicine and depression in old age. New York: McGraw Hill;2002.p.1099-1105.
9. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. N Engl J Med 2006;354(11): 1130-1138.
10. Karel MJ, Ogland-Hand S, Gatz M, Unutzer J. Assessing and treating late-life depression: A casebook and resource guide. New York: Basic books;2002.
11. Kennedy A, Gary J, editors. Geriatric mental health care: A treatment guide for health professionals. New York: Guilford press;2000.
12. Salzman C. Psychiatric medications for older adults. New York: Guilford press;2000.
13. Edwards JL. Maintenance treatment of depression in old age. N Engl J Med 2006;354(2):2505-6.
14. Reynolds CF, Dew MA, lenze EJ, Whyte EM. Preventing depression in medical illness: A new lead? Arch Gen Psychiatry 2007;64(8):884-5.
15. Meyers BS. Optimizing the use of data generated by geriatric depression treatment studies during a time of diminishing resources. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15(7):545-52.

Archive of SID