

بررسی میزان افسردگی در سالمندان مراکز توانبخشی و نگهداری شایستگان و جهاندیدگان شهرکرد، ۱۳۸۷

دکتر محمود مباشری*، دکتر معصومه معزی**

*استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، **استادیار گروه پزشکی اجتماعی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۳ تاریخ تایید: ۸۹/۲/۲۸

چکیده:

زمینه و هدف: پیر شدن جمعیت و سالمندی موجب مطرح شدن مسایل مربوط به این دوره از زندگی می گردد. افسردگی از اختلالات شایعی است که در این دوره رواج دارد. این تحقیق با هدف بررسی میزان شیوع افسردگی در سالمندان مراکز شایستگان و جهاندیدگان شهرکرد صورت گرفت. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی کلیه افراد ساکن در دو مرکز توانبخشی و نگهداری شایستگان و جهاندیدگان شهرکرد که هر دو تحت نظارت سازمان بهزیستی هستند، مورد بررسی قرار گرفتند. میزان افسردگی با استفاده از پرسشنامه استاندارد افسردگی بک (Beck) گردآوری و داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، من ویتنی و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل گردید. یافته ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $68/7 \pm 16/1$ سال و میانگین نمرات افسردگی $23/11 \pm 9/2$ بود. بر اساس یافته های تحقیق $64/9$ درصد افراد به افسردگی خفیف، $15/8$ ٪ به افسردگی متوسط، $15/8$ ٪ فاقد علامت و فقط $3/5$ ٪ دارای افسردگی شدید بودند. بر اساس یافته های پژوهش بین نمره افسردگی و سن و وضعیت تاهل ارتباط آماری معنی داری مشاهده گردید ($P < 0/05$). نتیجه گیری: افسردگی بدون علامت و خفیف از مشکلات شایع سالمندان می باشد و لازم است اقداماتی در جهت پیشگیری اولیه از افسردگی در سالمندان صورت گیرد.

واژه های کلیدی: افسردگی، سالمندان، مراکز توانبخشی، مراکز نگهداری.

مقدمه:

سالمند، ۹۰ به بالا خیلی سالمند. سالمندی از دیدگاه های مختلف در سطح جهان در حال مطالعه و بررسی می باشد. ابتدای مفهوم سالمندی در کشورهای توسعه یافته به دلیل شرایط خاص آنها مطرح و موضوع تحقیقات قرار گرفت. در کشورهای در حال توسعه، پدیده گذار اپیدمیولوژیک منجر به ایجاد شرایط جدیدی در این کشورها گردیده است که از جمله آنها موضوع کنترل بیماری ها و کاهش چشمگیر میزان کشندگی آنها است که خود منجر به افزایش طول عمر افراد و نهایتاً مطرح شدن پدیده سالمندی است (۳). سیاست های جمعیتی اتخاذ شده و بهبود روزافزون استانداردهای زندگی در این سری از کشورها از عوامل مهم دیگری است که در شکل دهی جمعیت سالمند نقش بسزایی داشته است. در

پدیده سالمندی روندی طبیعی است که از زمان حیات جنین شروع و تا مرگ ادامه می یابد. سالمندی از بعد زیست شناسی، مرحله ای است طبیعی و پیش پایانی در ادامه روند تولد تا مرگ. از بعد جسمی، روندی به سمت افت عملکرد بعضی از بافت ها و از بعد ادبی هم با عنوان "پیر" پیر دیر، پیر میکده، پیر می فروش، پیر طریقت و غیره و با تعابیر زیباتر مثل مرشد، راهنما، پیشکسوت و بزرگتر آمده است (۱). سالمندی در کشورهای پیشرفته به سنین بالای ۶۵ سال اطلاق می گردد در حالی که در کشورهای در حال توسعه به افراد بالای ۶۰ سال سالمند گفته می شود (۲). سازمان بهداشت جهانی میانگین گروه های سنی را اینگونه طبقه بندی می کند ۵۹-۴۵ میانسال، ۷۴-۶۰ سالمند جوان، ۹۰-۷۵

حال حاضر سالمندان بخش قابل توجهی از هرم سنی جمعیتی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را به خود اختصاص داده اند (۶،۵،۴).

بر اثر تحلیل رفتن قوای جسمانی و ذهنی سالخوردگان تنوع و کثرت مسایل در سالخوردگی امری کاملاً طبیعی به نظر می رسد. از این رو شاید هیچ دوره ای از زندگی مانند سالخوردگی پر مساله و نگران کننده نباشد. به همین دلیل سالخوردگان برای سالم زیستن به سازگاری فراوانی نیاز دارند (۷). بطور کلی اختلالات روانی سالمندان به علت عواملی از قبیل اثرات استرس، بیماری های جسمی و حاد و مزمن، مصرف داروهای مختلف، از دست دادن شغل، مرگ اطرافیان و عواقب اجتماعی و روانی آن، محدودیت های فیزیکی، مشکلات اقتصادی (۹،۸)، عدم امکان نگهداری سالمند در محیط زندگی قبلی و ترک خانه، محدودیت طبیعی فعالیت، عدم فعالیت اجتماعی و محدود شدن فعالیت جسمی با گروه های سنی دیگر اختلاف پیدامی کنند (۱۱،۱۰). تحقیقات نشان داده است که مهمترین بیماری های روانی سالمندان به ترتیب شامل اختلالات افسردگی، اختلالات شناختی، حالت ترس، اعتیاد و خودکشی می باشد (۱۲).

افسردگی به عنوان یکی از معمول ترین مسایل احساسی و عاطفی در سنین سالمندی است. افسردگی را چنین تعریف می کنند از بین رفتن علاقه و تمایل نسبت به انجام فعالیت های معمولی و تفریحات و سرگرمی ها. کاهش اشتها، بی خوابی و یا خواب زیاد، از دست دادن انرژی، خستگی و بیخوابی، اضطراب و تشویش، کندی در انجام فعالیت ها، از دست دادن علاقه و یا فقدان احساس خشنودی رضایت و لذت نسبت به فعالیت های معمولی و همیشگی، ابراز شکایت و سرزنش خود و یا محکوم کردن بی مورد خویش، گله و شکایت از کاهش قابلیت تفکر و تمرکز گرفتن تصمیماتی در مورد خودکشی. اغلب اوقات این موارد منجر به کاهش میل به غذا و بی اشتها می شود. هم چنین این مورد شامل خستگی های جسمی نیز هست

که موجب عدم در خواست غذا از طرف فرد خواهد شد (۹،۷). برخی از شرایط نیز می تواند در تشدید افسردگی مشارکت نماید، همانند از دست دادن چیزی که سالمند نسبت به آن علاقمند می باشد از جمله حیوانات خانگی یا از دست دادن شنوایی. افرادی که افسردگی ملایم یا متوسط دارند ممکن است از طریق سردادن گریه آن را بروز دهند، اما افرادی که دچار افسردگی شدید هستند اغلب اظهار می دارند دوست دارند گریه کنند، اما نمی توانند (۱۱). در اغلب موارد افسردگی به کاهش انگیزه همراه است. انرژی فرد کاهش یافته و فرد بدون انجام دادن کار همواره احساس خستگی و فرسودگی می کند. فرد افسرده احساس گناه دارد و فکر می کند موجود بی ارزشی است و نسبت به توانمندی و استعداد و قابلیت های خویش بی اعتنا است و آنها را دست کم می گیرد (۱۲). متأسفانه مراقبت سالمندان از محیط خانواده به آسایشگاه های مخصوص سالمندان انتقال یافته است. کیفیت زندگی در ساکنین خانه های سالمندان طی مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است که حاکی از رضایت بخش نبودن آن می باشد (۱۶-۱۳). برخی مطالعات به عواقب اقامت سالمندان در مراکز نگهداری سالمندان پرداخته اند و عوارضی از قبیل زمین خوردن سالمندان مقیم خانه های سالمندان (۱۷) یا اختلالات روانی، افسردگی، اضطراب، سوء تغذیه و اختلال در خواب را گزارش کرده اند (۱۸) در یک مطالعه شیوع احساس افسردگی و تنهایی در سالمندان کل کشور ۲۲/۴ درصد گزارش گردیده است (۱۹) و بطور کلی در بررسی های متعدد میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (۲۰، ۲۱، ۲۲). در مطالعه دیگری شیوع افسردگی سالمندان به شکل افسردگی خفیف ۱۶/۸ درصد و افسردگی اساسی ۱۴/۷ درصد گزارش شده و افسردگی با مدت اقامت در خانه های سالمندان نیز رابطه معنی داری نداشته است (۲۳). مطالعه دیگری شیوع احساس افسردگی به شکل افسردگی متوسط را ۲۶/۱ درصد افراد، و شدید را ۴۳/۵ درصد گزارش کرده است (۲۴). بهرامی و همکاران در یک

گردید. پرسشنامه برای شرایط ایران استاندارد شده و ضریب پایایی آن در ایران ۰/۷۸ گزارش گردیده است. این پرسشنامه علاوه بر سوالات دموگرافیک حاوی تعداد ۲۱ گروه جمله است. نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است. افراد بایستی گزینه ای را پاسخ دهند که با شرایط کنونی آنها بیشتر سازگار است. لذا امتیازها بین صفر تا ۶۳ تغییر می کند. شدت افسردگی با توجه به مقیاس زیر تعیین گردید (۲۹). افسردگی بدون علامت ۰-۱۵، افسردگی خفیف ۱۶-۳۰، افسردگی متوسط ۳۱-۴۶، افسردگی شدید ۴۷-۶۳- پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده وارد کامپیوتر شده و داده ها با استفاده از آزمون های ضریب همبستگی پیرسن، من ویتنی و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها:

سن بیماران بین ۳۰ تا ۹۲ سال با میانگین ۶۸/۷±۱۶/۱ سال بود. ۶ نفر (۱۰/۵٪) از افراد با سواد و بقیه بی سواد بودند. ۳ نفر (۵/۳٪) مطلقه، ۴۱ نفر (۷۱/۹٪) بیوه و بقیه مجرد بودند. تنها یک نفر (۱/۸٪) از افراد دارای شغل قبلی بوده اند. بر اساس یافته های تحقیق ۶۴/۹ درصد افراد به افسردگی خفیف، ۱۵/۸ درصد به افسردگی متوسط، ۱۵/۸ درصد فاقد علامت و فقط ۳/۵ درصد دارای افسردگی شدید بودند.

در مجموع میانگین نمرات افسردگی ۲۳/۱۱±۹/۲ بود که بر اساس استاندارد تعریف شده در تست افسردگی بکار گرفته شده در ردیف افسردگی متوسط طبقه بندی می گردد.

ضریب همبستگی پیرسن نمره افسردگی با سن برابر ۰/۲۹، بدست آمد ($P < 0/05$) که نشاندهنده یک ارتباط مثبت تقریبی بین افسردگی با سن می باشد.

آزمون من ویتنی هیچ ارتباطی بین نمره افسردگی با وضعیت سواد نشان نداد ($P > 0/05$). آزمون کروسکال والیس نشان داد که نمره افسردگی با وضعیت

مطالعه که بر روی سالمندان تحت پوشش سازمان بهزیستی و مکان های عمومی مثل مساجد و پارک ها در تهران که محل تجمع سالمندان مقیم جامعه است انجام دادند نتیجه گرفتند که سالمندان مقیم دارای نگرش مذهبی اجتماعی تر هستند (۲۵). بر اساس مطالعه باصری و همکاران که در سال ۵۸ بر روی ۱۱۰ نفر از ساکنین خانه سالمندان مشهد صورت گرفته است ۲۳/۹ درصد افراد مورد مطالعه نمره افسردگی ۵ یا بیشتر داشتند (۲۶). بعضی سالمندان، به خاطر گرفتن مراقبت و یا فرار از مشکلات خانوادگی به طور داوطلبانه و بعضی به طور اجباری با تمایل مراقبین خانوادگی در سرای سالمندان اسکان می یابند (۲۷). در هر دو صورت اسکان در سرای سالمندان اثرات خود را روی سلامت این افراد خواهد گذاشت. زمانی که افراد سالمند از خانه های خود رانده می شوند، تصور می کنند که بی ارزش شده اند و خود را به قبرهایشان نزدیک تر احساس می کنند و امید خود را به زندگی از دست می دهند (۲۸). پژوهش حاضر به موضوع افسردگی بعنوان اولین و شایع ترین بیماری های روانی دوران سالمندی پرداخته است و با هدف تعیین میزان افسردگی در سالمندان مراکز توانبخشی و نگهداری از سالمندان شایستگان و جهاندیدگان شهرکرد انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی- تحلیلی بوده است. شرط ورود به مطالعه اقامت سالمند در یکی از مراکز توانبخشی و نگهداری از سالمندان شایستگان و جهاندیدگان شهرکرد و قدرت پاسخ گویی به سوالات و شرط خروج عدم توانایی پاسخ گویی به سوالات به هر دلیلی مثل بیماری آلزایمر بود. در این دو مرکز تعداد ۶۱ نفر بطور شبانه روزی نگهداری می شدند، به روش سرشماری انتخاب گردیدند. ۴ نفر به علت عدم احراز شرایط پژوهش از مطالعه خارج شدند. برای تعیین میزان افسردگی از پرسشنامه تست افسردگی "بک" استفاده

سالمند فراهم شود. فعالیت هایی از قبیل اجرای مراسم مذهبی، ابداع نقش های جدید برای سالمندان و اختصاص سهمی از درآمد خانواده به سالمند در جهت حمایت اقتصادی او می تواند مفید باشد (۳۰). نتایج بررسی افسردگی در سالمندان می تواند خانواده ها و سیاستگذاران را در برنامه ریزی های آینده و رسیدن به سطح بالاتری از بهداشت در این گروه یاری نماید و مطالعه افسردگی در این گروه به شناسایی بهتر و بیشتر عوامل خطر و استفاده از آنها جهت شناسایی افراد در معرض خطر کمک می نمایند (۳۱). لازم است در برنامه های درسی گروه پزشکی آموزش چگونگی مراقبت از سالمندان در جهت آماده کردن جوانان برای مراقبت از سالمندان گنجانیده شود (۳۲). یکی از مسایل مهم موفقیت در جلوگیری و درمان بیماری های روانی سالمندان ارائه خدمات به این گروه در قالب یک تیم توانبخشی شامل پزشک متخصص روانپزشک سالمندان مددکار اجتماعی پرستاران کاردرمان فیزیوتراپیست و روانشناس می باشد. در پایان لازم است تاکید گردد که نیاز به اطلاعات اپیدمیولوژیک در مورد سالمندان به عنوان یکی از برنامه های ملی در نظر گرفته شود و دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی برای ارائه خدمات بهداشتی بهینه به سالمندان در قالب برنامه های ملی بکار گرفته شود (۱۶).

نتیجه گیری:

افسردگی بدون علامت و خفیف از مشکلات شایع سالمندان می باشد و لازم است اقداماتی در جهت پیشگیری اولیه از افسردگی در سالمندان صورت گیرد. جهت پیشگیری از افسردگی سالمندان باید توجه بیشتری به سالمند بخصوص در مراحل اولیه که سالمند به خانه سالمندان منتقل می شود، صورت گرفته و از عواملی که سبب اختلالات روانی و افسردگی می شود جلوگیری شود.

تأهل ارتباط دارد بطوری که میانگین رتبه افسردگی در گروه بیه بیشتر و در گروه مجردها کمتر بوده است ($P < 0/05$).

بحث:

این بررسی نشان داد که افسردگی خفیف و متوسط بخش اعظم افسردگی ها را تشکیل می دهند و با نتایج مطالعه باصری و همکاران همخوانی دارد (۲۶). این موضوع از دو جهت دارای اهمیت است: یکی از دیدارایه پیشگیری های اولیه به منظور جلوگیری از رسیدن به مراحل شدید افسردگی. از آنجا که اقدامات و دستورات ساده پیشگیری قابل مقایسه با هزینه ها و زمان مورد نیاز جهت مراقبت و نگهداری نمی باشد لذا جلوگیری از پیشرفت بیماری افسردگی در سالمندان برای برنامه ریزان، خانواده ها و مراقبین در اولویت قرار می گیرد.

دوم این که معمولاً به دلیل پایین بودن آمار موارد افسردگی شدید در مقایسه با افسردگی خفیف و متوسط موضوع از دیدگاه مسئولین امر کم اهمیت جلوه می کند. لذا لازم است توجه مسئولین و خانواده ها به این واقعیت سوق داده شود که بخش ناپیدای بیماری قابل توجه بوده و نایستی به فراموشی سپرده شود. فراوانی علایم افسردگی بالینی بارز در بین سالمندان غیر بستری ۱۵-۸ درصد و در بین سالمندان بستری حدود ۳۰ درصد است. افسردگی مازور غالباً در سال های آخر زندگی کمتر رخ می دهد و شیوع آن تنها ۳ درصد در سالمندان غیر بستری، ۱۱ درصد در سالمندان بستری در بیمارستان ۱۲ درصد در سالمندان بستری در مراکز نگهداری می باشد (۱). نتایج بررسی ها نشان داده است که امکان ابتلا به افسردگی در سالمندانی که در خانه سالمندان نگهداری می شوند بیشتر از دیگر سالمندانی است که در خانواده ها مراقبت می شوند. لذا پیشنهاد می گردد شرایطی حاصل شود تا حمایت های خانوادگی در جهت تدارک رفاه و آسایش روانی

تشکر و قدردانی:

لازم است از شورای محترم پژوهشی و حمایت های
و پشتیبانی مالی جهت انجام این طرح تشکر و قدردانی
معاونت محترم پژوهشی دانشگاه در فراهم کردن شرایط
نمایم.

منابع:

1. Maghsood-Nia Sh. [Primary health care in elderly of Iran in cooperation with the WHO. Tehran: University of Social Welfare & Rehabilitation Sci. 2006; p: 1-205.]Persian
2. WHO. Definition of an older or elderly person. available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder>
3. Hatami H, Razavi M. Elderly health: public health text book. chapter 11 section 22, 3rd ed. Tehran: Khosravi Pub; 2008. p: 1837-93.
4. Blazer DJ. Mood disorder: epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive text book of psychiatry. 7th ed. New York: LW&W; 2000. p: 1298-308.
5. Chong MY, Tsang HY, Chen CS, Tang TC, Chen CC, Yeh TL, et al. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and sociodemographic correlates. Br J Psychiatry. 2001; 178(1): 29-35.
6. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the Europe studies. World Psychiatry. 2004; 3(1): 45-9.
7. Duberstein PR, Palson S, Waern M, Skoog I. Personality and risk for depression in a birth cohort of 70 year olds followed for 15 years. Psychol Med. 2008; 38: 663-71.
8. Shaghghi M. [Aging and geriatrics. Tehran: Khorami Pub. 2005; p: 1-119.]Persian
9. Shaamloo Gh. [What's aging and why do we get old. Tehran: Chehr Pub; 2005. p: 100-52.]Persian.
10. Vaziry S. [Common infections in the elderly of Kermanshah. Kermanshah: Ordibehesht Pub; 2006. p: 20-21.]Persian.
11. Rajabzadeh Gh, Ramazani A. [Prevalence of depression among the elderly of Kerman city in 2002. Rafsanjan Univ of Med Sci J. 2003; 3(1): 58-66.]Persian
12. Nejati V, Ashayeri H. [Study of the relationship between cognitive disorders and depression among the elderly. Salmand J. 2006; 1(2): 112-18.]Persian
13. Alipour F, Sajjadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. [The quality of life of the elderly of district 2 of Tehran. Salmand J. 2008; 3(9&10).]Persian
14. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. [Study of quality of life of the elderly in Zahedan. Hayat J. 2004; 22: 61-7.]Persian
15. Norouzi K, Nikfarjam M. [The study and assessment of clinical situations of elderly of Kahrizak's nursing home. Abstract book of the first international conference on elderly in Iran. 2006.]Persian
16. WHO. Quality health care for the elderly: mental health and aging. Module 10. 1995; 1-12.
17. Ali Akbari Kamrani A, Azadi F, Foroghan M, Siadat S, Kaldi A. [Characteristics of falling down of elderly of nursing homes. Iranian Scientific J Salmandi, 2006; 2(3): 101-5.]Persian.
18. Shahbazi Nodeh A. [The study of some aspects of health in elderly of nursing homes of Semnan. Book of abstract of the third congress on elderly in Iran and the world. 2007.]Persian

19. Rahgozar M, Mohammad NasrAbadi M. [The feeling of depression and stress among elderly. J Hakim. 2008; 2(2): 103-13.]Persian
20. Lisa C, Heather G, Zhenchao GuoMartha L, Bruce Thomas MG. Higher burden of depression among older women arch gen .Psychiatry. 2008; 65(2): 172-8.
21. Morreale M. Review of women and depression: a handbook for the social, behavioral and biomedical sciences. NewYork: Cambridge University Press; 2006. p: 582.
22. Sadeghi M, Kazemi H. [Prevalence of dimness and depression among elderly of Tehran's nursing homes. Seasonal J Thought & Behavior. 2004; 9(36): 49-56.]Persian
23. Mahdizadeh F. [Comparative study of cognitional situation and depression among elderly of nursing homes of Shahrood and elderly living at home in 2007. Book of abstract of the third congress on elderly in Iran and the world. 2007.]Persian
24. Sohrabi M, Zolfaghari P, Mahdizadeh F, Aghayan M, Ghasemian M, Shariati Z, et al. [Comparative study of cognitional situation and depression among elderly living in nursing homes and elderly living at home. Health & Knowledge Seasonal J. 2008; 3(2): 27-31.]Persian
25. Bahrami F, Ramazani A. [The role of internal and external religious believes on psychological health and rate of depression of elderly. Quarterly J Rehabilitation. 2005; 6(20): 86-92.]Persian
26. Baaseri V. [The study of mental health and the level of depression among elderly of Mashhad nursing homes in 2006. Book of abstract of the third congress on elderly in Iran and the world. 2007.]Persian
27. Salarvand Sh, Abedi H. [Study of resean and motivation of elderly on living in nursing homes. Faze J. 2008; 12(2): 55-62.]Persian
28. Shamsodini S, Barikbeen B. [Prevalence of petiriazis vesicular among handicaps of a nursing home in comparative to control group. J Iran's Infect & Dis. 2004; 9(25): 6-11.]Persian
29. Azkosh M. [Aplication of sychological and clinical diagnostic tests. 3rd ed. Mental J. 2008; p: 224-6.]Persian
30. Hsu H. [Does social participation by the elderly reduces mortality and cognitive impairment? Aging & Mental Health. 2007 Nov; 11(6): 699-707.]Persian
31. Nodehi Moghadam A, Ehsanifar F. [Study of physical movement disorders among elderly who come to the rehabilitation center of Behzisti of Tehran. Salmand J. 2006; 1(2): 123-7.]Persian
32. Rasli N, Hamid A, Vanadnan V. Preparing the youth for care taking of the elderly. Translated to Persian by Mobasheri M. World Health J. 1993; 8(1): 18-26.

Accepted: 18/May/2010

Received: 4/Nov/2009

The prevalence of depression among the elderly population of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord

Mobasheri M (PhD)*¹, Moezy M (MD)**

*Assistant professor, Epidemiology and Biostatistics Dept., Shahrekord Univ. of Med. Sci. Shahrekord, Iran, **Assistant professor, Social medicine Dept., Shahrekord Univ. of Med. Sci. Shahrekord, Iran

Background and aim: The aging of the society and the senility highlights the issues related to this period of life. Depression is a common problem in elderly period. This study aimed to investigate the level of depression among the elderly population.

Methods: In this descriptive-analytical study, all the residents of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes, which were under the supervision of the State Welfare Organization in Shahrekord, were studied. The data was collected using the standard Beck questionnaire for depression and analyzed using Pearson correlation, Mann-Whitney and Cruscal-valis tests.

Results: The average age of the study population was 68.7 ± 16.1 year and the average depression scale was 23.11 ± 9.2 . Based on the results, 64.9% were slightly depressed, 15.8% were moderately depressed, 15.8% showed no sign of depression and only 3.5% were severely depressed. According to these findings, significant relationship was seen between age, marital status and the level of depression ($P < 0.05$).

Conclusion: Slight depression and depression with no medical symptoms are common problems among the elderly peoples. Therefore, primary preventative measures are necessary to take in consideration.

Keywords: Depression, Elderly, Nursing homes, Rehabilitation centre.

¹Corresponding author:
Epidemiology and
Biostatistics Dept., Public
health faculty,
Shahrekord Univ. of
Med. Sci. Shahrekord.
Iran.
Tel:
0381-3333448
E-mail:
mobasheri@skums.ac.ir

