

افسردگی در سالمندان ترکمن، سال ۱۳۸۹

(مقاله پژوهشی)

عزیزه قرنجیک^۱، فرحناز محمدی شاهبلاغی^{۲*}، غلامرضا انصاری^۳، فرید نجفی^۴، شادی قادری^۵، کاظم اشرفی^۶، نگین طاهری^۷، رباب صحافی^۸

چکیده:

هدف: جمعیت جهان رو به سالمندی است. اختلالات روحی روانی از جمله افسردگی از مهمترین مشکلات سالمندان می باشد که در گروههای قومی و اقلیتها به سبب تفاوتهای فرهنگی و زبان به درستی تشخیص داده نمی شوند. این مطالعه به منظور بررسی افسردگی سالمندان ترکمن بالای ۶۰ سال انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد که بر روی ۳۰۰ سالمند ترکمن بدون اختلال شناخت و ساکن جامعه پس از اخذ رضایت شرکت در تحقیق انجام شد. نمونه گیری بصورت چند مرحله ای، تصادفی و خوشه ای و با رعایت سهم سالمندان شهرستان و روستا انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی سالمندان نسخه ۱۵ سوالی جمع آوری و تحلیل شد.

یافته ها: بر اساس یافته های تحقیق میانگین نمره افسردگی در سالمندان ترکمن $3/353 \pm 4/31$ بود و میزان شیوع افسردگی خفیف در شرکت کنندگان ۲۰ درصد، افسردگی متوسط ۱۰ درصد، افسردگی شدید ۳ درصد محاسبه شد. ۶۷ درصد نمونه ها بدون علامت بودند. میانگین نمره افسردگی در زنان $5 \pm 3/193$ و در مردان $3/66 \pm 3/380$ به دست آمد. میانگین سن مردان $7/06 \pm 69$ سال و در زنان $6/48 \pm 67$ سال محاسبه شد.

نتیجه گیری: افسردگی از مشکلات شایع سالمندان است، شیوع افسردگی متوسط و شدید در سالمندان ترکمن کمتر یا مشابه مطالعات دیگر در ایران می باشد. با توجه به شیوع افسردگی خفیف، لازم است برنامه ریزیهای لازم جهت شناسایی و درمان به موقع صورت گیرد. بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی پیشنهاد می گردد.

کلید واژه ها: افسردگی، سالمند، ترکمن.

۱- MD، پزشک عمومی، کارشناس معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران.

۲- PhD، استادیار، عضو مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان دانشگاه علوم بهزیستی توانبخشی، تهران، ایران. - نویسنده مسئول
* پست الکترونیک نویسنده مسئول:

۳- PhD، عضو مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان دانشگاه علوم بهزیستی توانبخشی، تهران، ایران.

۴- PhD، استادیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

۵- MD، پزشک عمومی، کارشناس مرکز بهداشت شهرستان بوکان.

۶- MD، پزشک عمومی، رئیس مرکز بهداشت شهرستان سلماس.

۷- MD، پزشک عمومی، کارشناس گروه گسترش وزارت بهداشت.

۸- PhD، استادیار، عضو مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان دانشگاه علوم بهزیستی توانبخشی، تهران، ایران.

مقدمه

بیماریهای مزمن، اختلالات روانشناختی مانند موارد خفیف تا شدید زوال عقل و افسردگی، نیاز به بستری شدن مکرر، کاهش امید به زندگی، مجموعه ای از فقدانها شامل از دست دادن همسر و شریک زندگی، تنزل وضعیت اقتصادی، کاهش سلامت فیزیکی و بطور کلی از دست دادن استقلال و وابستگی فردی را تجربه می کنند (۲). روند افزایش جمعیت سالمندان، صنعتی شدن و کم رنگ شدن توجه به این گروه می تواند در ایجاد یا تسریع اختلالات روانشناختی تأثیرگذار باشد. یکی از مشکلات شایع بهداشت روانی سالمندان، افسردگی می باشد که با علائم واضح شیوع متفاوتی را در نقاط مختلف جهان نشان می دهد و می تواند بصورت های خفیف، اختلال دوقطبی و اختلال دیستایمیک دیده شود. علت افسردگی در افراد مسن همانند افراد جوان تر، علل زیستی اجتماعی می باشد. بیماریها و اختلالات جسمی، مصرف برخی از داروها از عوامل مؤثر در بروز افسردگی محسوب می شوند (۳).

جمعیت دنیا به سرعت در حال پیر شدن است و در حال حاضر نزدیک به ۶۰۰ میلیون نفر در جهان را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می دهند. پیش بینی می شود که این رقم تا سال ۲۰۲۰ به یک میلیارد نفر برسد. در ایران نیز طبق آمار سال ۱۳۸۵ سالمندان، ۷/۲۶ درصد از کل جمعیت بوده و تا سال ۱۴۰۰ به میزان بیش از ۱۰٪ خواهد رسید. به دلیل بهبود شرایط بهداشتی متوسط طول عمر افراد بالا رفته و برای اولین بار در تاریخ در سال ۲۰۵۰ جمعیت زیر ۱۵ سال برابر جمعیت بالای ۶۰ سال خواهد شد (۱). این افزایش جمعیت سالمندی می تواند چالشی برای کشورها و دولت ها باشد بنابراین ارزیابی و تدوین برنامه های مراقبتی جامع متناسب با نیازهای سالمندان می تواند در ارتقاء سلامت آنها مفید واقع گردد.

سالمندان به سبب فرایند سالمندی، مشکلات متعددی مانند بروز

اختلال شناخت و مقیم جامعه و دارای معیارهای لازم برای شرکت در پژوهش بودند.

بر اساس سرشماری سال ۸۸ استان گلستان، ۳۳/۳۷ درصد جمعیت استان گلستان ترکمن بوده و عمدتاً در شهر بندر ترکمن ۹۲ درصد و آق قلا ۷۷ درصد ساکن هستند (۱۰) بر اساس اطلاعات گروه گسترش شبکه مرکز بهداشت استان، مشخص گردید که پوشش منطقه شهری و روستایی در هر دو شهرستان فوق ۱۰۰٪ می باشد یعنی همه خانوارها در مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی و خانه‌های بهداشت دارای پرونده بهداشتی بوده و مشخصات تمام افراد خانواده در پرونده ثبت می‌باشد. با عنایت به اطلاعات مرکز آمار استان و رعایت سهم هر شهر و تسهیم به نسبت جمعیت شهری و روستایی حجم نمونه و روش نمونه‌گیری مشخص گردید. حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد نسبت یک جامعه محاسبه گردید، با در نظر گرفتن نسبت P بر اساس مطالعه کلدی در سال ۱۳۸۳ به میزان ۲۴/۰ و ضریب خطا ۵٪، حجم نمونه به تعداد ۳۰۰ نفر تعیین شد. (سهم بندر ترکمن ۱۹۰ نفر و سهم آق قلا ۱۱۰ نفر تعیین شد). سپس از میان مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه‌های بهداشت خوشه‌ها بصورت تصادفی مشخص شد و تعداد نمونه هر خوشه نیز به نسبت جمعیت و خانوار هر روستا و هر مرکز شهری تعیین و پرسشنامه‌ها با مراجعه به درب منزل از طریق مصاحبه تکمیل گردید. معیارهای ورود مطالعه داشتن قومیت ترکمن (پدرش ترکمن بوده و حداقل نیمی از عمرش را در این منطقه سپری کرده باش)، سن بالای ۶۰ سال، ساکن در منزل، بدون اختلال شناخت (فرد بر اساس ابزار AMT^۱، با نقطه برش ۷ و بیشتر) و داشتن رضایت شرکت در تحقیق منظور شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مشتمل بر مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه بررسی افسردگی سالمندان ۱۵ سوالی بود. جهت سنجش میزان افسردگی از ابزار GDS^۳ نسخه ایرانی ۱۵ سوالی که روایی و پایایی آن در ایران توسط ملکوتی تایید شده است استفاده گردید (۱۱) در این ابزار نمره ۰ تا ۴: طبیعی، نمره بین ۵ تا ۸: افسردگی خفیف، نمره بین ۹ تا ۱۱: افسردگی متوسط و نمره بین ۱۲ تا ۱۵: افسردگی شدید تعبیر می‌گردد. جهت ارزیابی کارآمدی ابزار در سالمندان ترکمن، ابتدا این پرسشنامه به زبان ترکمنی ترجمه گردید و سپس توسط استاد مجرب زبان که به زبان ترکمنی نیز مسلط بودند، به انگلیسی ترجمه شد و مطابقت آن با پرسشنامه اصلی، توسط اساتید زبان

تظاهرات اختلالات روحی روانی می‌تواند در افراد سالمند بر حسب جنس، نژاد یا قومیت‌های مختلف، متفاوت باشد. سوگرایی نژادی و قومیتی می‌تواند منجر به اشکال در تشخیص، درمان صحیح و قضاوت نادرست در خصوص افراد مبتلا شود (۴). نژاد و قومیت عامل بازدارنده در تشخیص صحیح و ارائه مراقبت عادلانه می‌باشد. در سالمندان با نژاد و قومیت‌های خاص، موانعی وجود دارد که می‌تواند منجر به ایجاد اشکال در تشخیص اختلالات روانشناختی و تفسیر نادرست گردد. از جمله این موانع می‌توان به متفاوت بودن زبان و اعتقادات فرهنگی خاص نام برد که می‌تواند در طبیعی دانستن تغییرات حافظه و شناخت تأثیرگذار باشد (۵). با توجه به اهمیت موضوع افسردگی در سالمندان، مطالعاتی در ایران و سایر کشورها در خصوص افسردگی انجام شده است. سهرابی و همکاران در سال ۱۳۸۶ در شهر شاهرود، نشان داد سالمندان مقیم منزل، به میزان ۵۶ درصد دچار افسردگی خفیف، ۳۱/۹ درصد افسردگی متوسط و ۱۱ درصد افسردگی شدید می‌باشند (۶). کلدی ۱۳۸۳ دریافت، ۲۴ درصد سالمندان تهرانی به نوعی از اختلالات روانی در رنج می‌باشند (۷). خوشبین نیز در سال ۱۳۸۱، میزان شیوع افسردگی سالمندان را ۱۳/۷ درصد در کشور گزارش کرد (۸). چی ایریس^۱ در سال ۲۰۰۵ در سالمندان چینی اهل هنگ کنگ شیوع افسردگی مردان را ۱۱ درصد و در زنان ۱۴/۵ درصد گزارش کرد (۹).

با توجه به اینکه نژاد و قوم یک مولفه از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت محسوب می‌گردد و کشورمان قومیت‌های گوناگون را در خود جای می‌دهد، ضروری است در تدوین برنامه‌های خدمات بهداشتی و ارتقاء سلامت، به نقش قومیت‌ها و فرهنگ‌ها، عنایت لازم مبذول گردد. ترکمن‌ها یکی از اقوام ایرانی هستند که در سواحل شرقی دریای خزر ساکن هستند و بر اساس سرشماری سال ۸۸ استان گلستان، ۳۳/۳۷ درصد از جمعیت کلی استان (۱/۷۰۳/۰۲۴) را هموطنان ترکمن به خود اختصاص می‌دهند (۱۰). لذا با توجه به افزایش روز افزون جمعیت سالمندی کشور، اهمیت سلامت روان آنها و با توجه به اینکه در افراد سالمند ترکمن تاکنون مطالعه‌ای انجام نشده است، این مطالعه به بررسی افسردگی سالمندان ترکمن می‌پردازد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه سالمندان ترکمن با سن بالاتر از ۶۰ سال، بدون

1- Chi Iris

2- AMT: Abbreviated Mental Test

3- GDS: Geriatric Depression Scale

همسر فوت شده و موارد مجرد و مطلقه صفر بوده است. $7/73\%$ موارد با همسر و فرزندان زندگی کرده و موارد زندگی به تنها بی و یا با بستگان فقط $1/7\%$ بوده است. $71/7\%$ گروه مطالعه بی‌سواد، $6/63\%$ غیرشاغل و 53% دارای درآمد مستقل بودند. میانگین نمره افسردگی در سالمندان ترکمن $3/353 \pm 4/31$ به دست آمد. از نظر شیوع افسردگی، 20% درصد شرکت کنندگان دچار افسردگی خفیف، 10% درصد افسردگی متوسط و 3% درصد افسردگی شدید داشتند. 67% درصد نمونه مطالعه نیز بدون علائم بودند (جدول ۱). میانگین افسردگی بطور معنی دار در زنان بیشتر از مردان و در سالمندانی که درآمد مستقل نداشته‌اند بیشتر از سالمندان دارای درآمد مستقل بود (جدول ۲). همچنین میانگین افسردگی در سالمندان بی‌سواد از سالمندان دارای تحصیلات و در سالمندان غیر شاغل و از کار افتاده نسبت به سالمندان شاغل و باز نشسته بطور معنی دار بیشتر به دست آمد (جدول ۳). بین میانگین افسردگی در سالمندان از نظر محل سکونت، سن، وضعیت تاهل و همراه زندگی تفاوت آماری معنی دار وجود نداشته است.

و سالمندشناسی ارزیابی و تایید گردید و جهت 10% درصد حجم نمونه (منفک از نمونه‌های مطالعه) نیز پرسشنامه تکمیل و کاربری بودن آن در عرصه بررسی شد و در نهایت سوالات به زبان ترکمنی از سالمندان پرسیده شد.

جهت بررسی عملکرد شناختی سالمندان از پرسشنامه 10 سوالی AMT که روایی و پایایی آن توسط فروغان و همکاران 1386 بررسی شده بود، استفاده گردید. در این مطالعه معیار ورود عدم وجود اختلال شناختی یعنی اخذ امتیاز حداقل $7/10$ در نظر گرفته شد (۱۲). جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی، آزمون تی و آنالیز واریانس با استفاده از نرم افزار SPSS 16 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن افراد مورد مطالعه در مردان $7/06 \pm 69$ سال و در زنان $6/48 \pm 67$ سال بود. $82/3\%$ گروه مورد مطالعه در گروه سنی 61 تا 75 سال بوده و فراوانی گروه سنی بالاتر از 90 سال یعنی سالمند پیر صفر بود. $81/7\%$ شرکت کنندگان متاهل، مابقی

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی و مطلق میزان افسردگی در سالمندان ترکمن در استان گلستان سال ۱۳۸۹

امتیاز GDS	فراوانی	درصد
بین ۰ تا ۴ (بدون افسردگی)	۲۰۱	67%
بین ۵ تا ۸ (افسردگی خفیف)	۶۰	20%
بین ۹ تا ۱۱ (افسردگی متوسط)	۳۰	10%
بین ۱۲ تا ۱۵ (افسردگی شدید)	۹	3%
کل	۳۰۰	100%

جدول ۲- توزیع فراوانی و مقایسه میانگین نمره افسردگی در سالمندان ترکمن به تفکیک متغیرهای دموگرافیک - سال ۱۳۸۹

سطح معنی داری	حدود اطمینان 95%		درجه آزادی	آماره T	میانگین \pm انحراف معیار	درصد	فراوانی	متغیر	
	حد بالا	حد پایین						مرد	زن
0/000	$-0/594$	$-2/090$	۲۹۸	$-3/530$	$3/66 \pm 3/380$	$51/7\%$	۱۵۵	مرد	جنس
					$5 \pm 3/193$	$48/3\%$	۱۴۵	زن	
0/919	$1/052$	$-0/949$	۲۹۸	$0/102$	$4/32 \pm 3/366$	$82/3\%$	۲۴۷	۶۰-۷۵	سن
					$4/26 \pm 3/323$	$17/7\%$	۵۳	۷۶-۹۰	
0/206	$0/274$	$-0/267$	۲۹۷/۲۸۸	$-1/268$	$4/08 \pm 3/107$	$53/3\%$	۱۶۰	شهر	محل سکونت
					$4/57 \pm 3/607$	$46/7\%$	۱۴۰	روستا	
0/141	$0/245$	$-1/720$	۲۹۸	$-1/477$	$4/17 \pm 3/318$	$81/7\%$	۲۴۵	متاهل	وضعیت تاهل
					$4/91 \pm 3/471$	$18/3\%$	۵۵	بیوه	
0/203	$-4/898$	$1/047$	۲۹۸	$-1/275$	$4/27 \pm 3/332$	$98/3\%$	۲۹۵	همسر یا فرزندان	همراه زندگی
					$6/20 \pm 4/438$	$1/7\%$	۵	تنها یا بستگان	
0/005	$1/848$	$0/340$	۲۹۸	$2/854$	$4/89 \pm 3/238$	53%	۱۴۱	خیر	درآمد
					$3/79 \pm 3/379$	47%	۱۵۹	بلی	

جدول ۳- توزیع فراوانی و آنالیز واریانس میانگین نمره افسردگی در سالمندان ترکمن بر حسب تحصیلات و اشتغال، سال ۱۳۸۹

سطح معنی‌داری	مقدار آماره F	مجموع مجذورات			مقدار احتمال لون	انحراف معیار	میانگین	درصد	فراوانی	متغیر	
		کل	درون گروهها	بین گروهها						بی سواد	زیر دیپلم و دیپلم بالا تر
۰/۰۰۸	۴/۹۴۹	۳۳۶۱/ ۷۸۷	۳۲۵۳/ ۳۶۱	۱۰۸/۴۲۶	۰/۳۸۵	۳/۳۵۶	۴/۶۲	٪۷۱/۷	۲۱۵	تحصیلات	
										زیر دیپلم	
										دیپلم و بالاتر	
0/000	۸/۶۶۶	۳۳۶۱/ ۷۸۷	۳۱۷۶/ ۴۱۷	۱۸۵/۳۷۰	۰/۲۲۶	۳/۵۸۳	۳/۵۱	٪۱۹/۷	۵۹	اشتغال	
										بازنشسته	
										از کار افتاده و غیر شاغل	

بحث

یافته های مطالعه حاضر با در نظر گرفتن نقطه برش بیشتر از ۸ در GDS15 و فراوانی ۱۳ در صدی، شیوع افسردگی متوسط و شدید در سالمندان ترکمن را نسبت به سایر مطالعات انجام شده در ایران برابر و یا کمتر نشان داد. به طوری که کلدی اختلالات روانی سالمندان تهرانی را ۲۴ درصد (۷)، خوشبین ۱۹/۳ درصد افسردگی مزمن را در کشور (۸) صادقی و کاظمی در سالمندان ساکن مراکز نگهداری ۱۶/۸٪ افسردگی خفیف و ۱۴/۷٪ افسردگی اساسی (۱۳) رجیبی زاده و همکاران در شهر کرمان ۱۸/۶ درصد علائم افسردگی مرزی (۱۴) چی ایریس افسردگی در مردان سالمند چینی را ۱۱ درصد و در زنان ۱۴/۵ درصد گزارش نمودند (۹). همانطور که مشاهده می شود شیوع در سالمندان ترکمن پایین تر است.

در مقابل افسردگی خفیف در این سالمندان شیوع بیشتری داشت که نیازمند شناسایی و درمان به موقع می باشد. از عواملی که به نظر می رسد نقش مهمی در کاهش افسردگی در سالمندان ترکمن داشته باشد می توان به، بافت فرهنگی موجود مانند احترام به سالمندان و ریش سفیدان جامعه، زندگی در خانواده گسترده و ایزوله نشدن نسلها از هم دیگر اشاره کرد. از علل دیگر می توان اعتقادات، آداب و رسوم سنتی موجود در قوم ترکمن نظیر برگزاری جشن ۶۳ سالگی به نشانه رسیدن به سن حضرت ختمی مرتبت (ص) و مرسوم بودن زندگی پدر و مادر به همراه فرزند پسر خانواده را نام برد که می توانند تأثیرگذار باشند. حمایت

اجتماعی از این سالمندان که در حوزه خانواده و فامیل دیده می شوند نظیر دعوت به مراسم مختلف، ملاقات و دیدار تقریباً هر روزه مردان سالمند با دوستان و آشنایان در مسجد محل و مغازه های حول و حوش منازل نیز از عوامل دیگر می باشد. همچنین یافته ها نشان داد که از نظر متغیرهای دموگرافیک میانگین نمره افسردگی در جنس زن با لاتر و از نظر آماری معنی دار بوده است ($P=0/000$). که با مطالعه رجیبی زاده همراستا (۱۴) و مغایر با منظوری و همکاران (۱۵) بود. بالا بودن شیوع افسردگی در زنان ترکمن که سایر مطالعات نیز تایید کننده آن است، می تواند دلیل وجود محدودیت بیشتر برای زنان در گروه های قومیتی باشد. از جمله در زنان ترکمن می توان به تحصیلات پایین بویژه در نسل فعلی سالمندان، وضعیت اشتغال و نداشتن درآمد مستقل اکثریت زنان، محدود بودن حمایت و روابط اجتماعی در زنان و تفاوت های جنسیتی شایع در اقوام نسبت داد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین افسردگی با درآمد، وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی دار داشته است. مطالعه رجیبی زاده در کرمان و منظوری و همکاران در اصفهان نیز ارتباط معنی دار بین افسردگی و سطح تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی نشان داده اند. پایین بودن سطح تحصیلات در سالمندان، نامناسب بودن وضعیت اشتغال و درآمد، کم بودن مشارکت و حمایت اجتماعی، معضلاتی است که شاید اختصاص به سالمندان ترکمن نداشته و در واقع مشکلات دوره سالمندی در اکثریت

عنوان راهکارهای مفید پیشگیری از اختلالات روحی مورد نظر واقع گردد. همچنین با طراحی و معرفی ابزارهای بررسی کارآمد سلامت روانی سالمندان که بر اساس تفاوت‌های فرهنگی و قومی به تشخیص به موقع و دقیقتر بیماران مبادرت خواهد نمود می‌توان گامهای مؤثر در پیشگیری و درمان به موقع افسردگی برداشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه برای اخذ مدرک گواهی عالی بهداشت عمومی می‌باشد. بدین وسیله از مسئولین واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت شهرستانهای آق قلا و بندر ترکمن و کلیه کارشناسان و بهورزان و در آخر و نه کمتر از شرکت کنندگان در مطالعه که در اجرا این مطالعه همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌نمایم.

جوامع باشد که نیاز به بررسی و مقایسه دارد. موارد فوق مسائلی هستند که فرد سالمند را در برابر استرس‌ها و شرایط خاص روانی قرار می‌دهند و جهت بهبود نیاز به برنامه‌ریزی و سازماندهی توسط سیاست‌گذاران می‌باشد.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که شاخصهای بهداشتی در اقلیتها با متوسط شاخصهای کشوری متفاوت است (۱۶) و با توجه به شیوع افسردگی خفیف در سالمندان ترکمن به نظر می‌رسد برقراری مراکز جهت شناسایی، مشاوره و درمان افسردگی می‌تواند در پیشگیری و درمان به موقع تأثیر گذار باشد. توانمند سازی جامعه سالمندان از طریق آموزش شیوه زندگی سالم و مهارت آموزی، ترویج فرهنگ احترام به سالمندان و تشویق و تقویت آداب و رسوم سنتی و خصوصیات فرهنگی مناسب می‌تواند به

REFERENCES

منابع

1. Akbari kamrani A. Memory & Cognition in Aging. University of Social Welfare and Rehabilitation Science Press: Tehran; 2005.
2. Shahbazi M.R., Mirkhani M., Hatamizade N, Rahgozar M. Disability assessment in Tehranian elderly 2007. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2009; 3(9-10): 81-89.
3. Glaesmer H, Riedel-Heller S, Braehler E, Spangenberg L and Lippa M. Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics* 2011; 23(8): 1294-1300.
4. Helen C. K., Alan M. M. Race and depression: does race affect the diagnosis and treatment of late-life depression? *Geriatrics* 2006; 61(5): 18-21.
5. Alagiakrishnan K. Ethnic elderly with dementia overcoming the cultural barriers to their care. *Canadian Family Physician* 2008; 54(4): 521-522.
6. Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan SM, Ghasemian- Aghmashhadi M, Shariati Z, Khosravi A. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. *Knowledge & Health* 2008; 3(2): 29.
7. Kaldi A, Akbari Kamrani A, Foroughan M. Physical, social and psychological problems of the elderly in 13 region of Tehran. *Social Welfare* 2005; 4(14): 222-244.
8. Khoshbin S, Eshrati B, Farahani AA, Ghosi A, Mot-lagh ME. Report of elderly health survey. Ministry of Health; 2002.
9. Chi Iris D, Yip P, Chiu H, Chou K, Chan K, Kwan ,et al. Prevalance of Depression and Its correlates in Hong Kong Chinese older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 5(13): 409-416.
10. Statistical Center of Iran: Golestan province [Internet] 2009. Available from: <http://www.golestan.gov.ir>.
11. Malakouti S, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani Sh. Normalization of Geriatric depression scale. *Shahid Beheshti Medical Sciences University* 2006; 30(4): 361-8.
12. Foroughan M, Jafari Z, SHirinbayan GH, Aemmaghani farahani Z, Rahgozar M. Validation of Mini Mental State Examination Test (MMSE) in the elderly people in Tehran. *Advances in cognitive sciences* 2008; 38: 29-34.
13. Sadeghi M, Kazemi H. Prevalence of Dementia and Depression among Residents of Elderly Nursing Homes in Tehran Province. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2004; 9(4): 49-55.
14. Rajabzadeh GH, Ramezani A. Prevalance of depression in Kermanian Geriatrics 2002. *Journal of Rafsanjan University of medical sciences and health services* 2004; 3(1): 58-66.
15. Manzouri L, Babak A, Merasi M. The depression status of the elderly and it's related factors in Isfahan in 2007. *Salmand Iranian journal of Ageing* 2010; 4(14): 27-32.
16. Mohammadi A, Ghaffarian Shirazi HR. Comparison of anxiety and depression in laundered and unlaundered nomads of Ashori family of Ghashghaie community. *Armaghan Danesh* 2007; 11(4): 73-80.