

افسردگی در بیماران همودیالیزی و رابطه آن با مشخصه‌های فردی آنان

چکیده

زمینه و هدف: میزان افسردگی و هزینه‌های مراقبت در بیماری‌های جسمی به خصوص نارسایی مزمن کلیه از افزایش چشمگیری برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی و رابطه آن با عوامل مرتبط تدوین و اجرا گردید. روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقطعی بود. نمونه‌های پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در استان گلستان (۱۲۹ نفر با دامنه سنی ۱۱ تا ۷۷ سال) بود که به صورت سرشماری وارد مطالعه گردید. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش مشخصات فردی آزمودنی‌ها و مقیاس سنجش افسردگی بک انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS-11 و نیز از آمار توصیفی و استنباطی (کای دو) استفاده شد.

یافته‌ها: ۳۷/۲ درصد بیماران همودیالیزی از افسردگی خفیف و متوسط و ۳۱ درصد از افسردگی شدید و بیش از حد رنج می‌برند. همچنین از بین متغیرهای مورد بررسی، افسردگی تنها با اتیولوژی نارسایی مزمن کلیه و قومیت ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که افسردگی در بیماران همودیالیزی خطری جدی محسوب می‌شود و می‌تواند سلامت بیماران را به مخاطره اندازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای تشخیص به موقع و در نهایت درمان افسردگی در بیماران همودیالیزی معاینات دوره‌ای روانپزشکی صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: همودیالیز - افسردگی - مشخصات فردی

معصومه مدانلو

کارشناس ارشد پرستاری
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
دکتر صادق علی تازیکی
روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان
حمیرا خدام
کارشناس ارشد پرستاری
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
ناصر بهنام‌پور
کارشناس ارشد آمار حیاتی
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

نویسنده مسئول: معصومه مدانلو

پست الکترونیکی: modanloo1@yahoo.com

نشانی: گرگان، دانشکده پرستاری و مامایی بویه

صندوق پستی: ۴۹۱۶۵-۵۶۸

تلفن: ۴۴۲۶۹۰۰، نمابر: ۴۴۲۵۱۷۱-۱۷۱

وصول مقاله: ۸۳/۸/۳۰

اصلاح نهایی: ۸۴/۲/۲۰

پذیرش مقاله: ۸۴/۳/۷

مقدمه

بی‌حوصلگی، کاهش میل جنسی، اختلال الگوی خواب) اغلب تشخیص داده نمی‌شود در نتیجه اپیدمیولوژی افسردگی ناشی از اختلالات طبی کاملاً شناخته شده نیست (۴). از طرفی افسردگی یکی از اختلالاتی است که هزینه‌های گزافی را به خود اختصاص می‌دهد. در امریکا افسردگی جزء یکی از ۱۰ بیماری پر هزینه به شمار می‌رود. مطالعات متعددی نشان می‌دهد که بیماران جسمی بستری در بیمارستان که به افسردگی نیز مبتلا بودند از نظر طول مدت اقامت ۴۰ درصد و از نظر هزینه درمان ۳۵ درصد افزایش نسبت به سایر بیماران داشتند (۶). شاید به این دلیل باشد که افسردگی یک عامل مهم در رابطه با کاهش تبعیت بیماران از درمان می‌باشد و عدم مشارکت بیماران افسرده در درمان مشکلات طبی آنان را افزوده و سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد. حتی باعث مرگ زودرس آنان می‌گردد (۷). بیماران با نارسایی پیشرفته کلیه نیز از جمله بیمارانی هستند که به دلیل تغییر در سبک زندگی به دلیل بیماری و شیوه درمان اغلب با تنش‌زاهای روانی - اجتماعی زیادی دست به گریبان هستند و به همین دلیل افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روانشناختی آنان می‌باشد. به طوری که بنا به گزارش Hailey و همکاران ۲۰ درصد بیماران همودیالیزی مشکلات روانشناختی داشتند و اکثر آنان (۴۳/۶ درصد) مبتلا به افسردگی بودند (۸). مطالعه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جوامع انسانی به شمار می‌رود. به طوری که بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی ناتوانی‌های ناشی از افسردگی در بین تمام بیماری‌ها رتبه دوم را خواهد داشت (۱) و هم اکنون چهارمین علت اصلی مرگ و میر جهان محسوب می‌شود (۲). افسردگی می‌تواند از طریق حوادث استرس‌زای زندگی به خصوص مشکلات طولانی مدت مانند برخی بیماری‌های جسمانی آشکار شود و به وسیله تداوم این استرسورها ادامه یابد (۳). بیش از ۲۰-۱۰ درصد جمعیت عمومی افسردگی را تجربه می‌کنند. به طوری که ۱۵ درصد افراد حداقل یک‌بار در طی زندگی به این اختلال مبتلا می‌شوند. همچنین تعداد افراد افسرده به دلیل فشارهای ناشی از تغییرات اجتماعی و محیطی و برخی از بیماری‌های جسمی رو به افزایش است (۴). از طرفی شیوع یک‌ماهه افسردگی در کل جمعیت ۲/۲ درصد برآورد شده است که این میزان در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی (۳۲-۱۰ درصد) خصوصاً نارسایی مزمن کلیه (۲۵-۵ درصد) افزایش چشمگیری دارد (۵). علی‌رغم شایع بودن این اختلال در بیماری‌های جسمی به دلیل مشابهت علایم افسردگی با برخی علایم بیماری‌های جسمی (از قبیل کاهش اشتها، خستگی،

فکر می‌کنند احساسشان را در هفته‌های اخیر به نحو احسن نشان می‌دهد دایره بکشند. سپس با ارزیابی جمع امتیازات آزمودنی در یکی از گروه‌های بدون افسردگی (۱۰-۰)، افسردگی ناچیز (۱۶-۱۱)، افسردگی خفیف که نیازمند مشاوره است (۲۰-۱۷)، افسردگی متوسط (۳۰-۲۱)، افسردگی شدید (۴۰-۳۱) و افسردگی بیش از حد (۶۳-۴۱) قرار می‌گیرد. در این پژوهش به دلیل کم بودن نمونه و به منظور برقراری شرایط استفاده از آزمون‌های آماری طبقات درهم ادغام شده و آزمودنی‌ها در سه گروه بدون افسردگی و افسردگی ناچیز (۱۶-۰)، افسردگی خفیف و متوسط (۳۰-۱۷) و افسردگی شدید و بیش از حد (۶۳-۳۱) قرار گرفتند. ضمناً وجود سوگ در ۶ ماه اخیر، معلولیت و سابقه ابتلاء به اختلالات روانپزشکی قبل از ارایه پرسشنامه از طریق مصاحبه مشخص گردید.

در این پژوهش منظور از قومیت‌های ذکر شده کسانی می‌باشند که در زمان انجام پژوهش در این استان ساکن بوده و در یکی از گروه‌های زیر قرار می‌گیرند.

گروه فارس کسانی بودند که اصالتاً بومی این منطقه می‌باشند.

گروه ترکمن و قزاق کسانی هستند که از ۲۵۰ سال پیش از آسیای میانه به این استان مهاجرت کرده‌اند و ازدواج درون گروهی دارند.

گروه قومی سیستانی و بلوچ افرادی هستند که از نیم قرن پیش از شهرهای مرزی افغانستان و پاکستان به این منطقه مهاجرت نموده‌اند (۱۱).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از کمی نمودن اطلاعات و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با تنظیم جداول و توزیع فراوانی و محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش توصیف شد. سپس با استفاده از آمار استنباطی و به کارگیری آزمون کای دو بررسی اهداف و آزمون فرضیه انجام شد که ضریب اطمینان در این مطالعه ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) بود.

یافته‌ها

از ۱۲۹ بیمار مورد مطالعه ۶۱ نفر (۴۷/۳ درصد) زن و ۶۸ نفر (۵۲/۷ درصد) مرد بودند که دامنه سنی آنان ۱۱ تا ۷۷ سال (با میانگین ۴۵/۲۸) بود. همچنین ۷۴ نفر (۷۲/۹ درصد) از واحدهای مورد پژوهش متأهل بودند. تعداد ۹۹ نفر (۷۶/۸ درصد) تحصیلات پایین و تنها تعداد ۱۸ نفر (۱۴ درصد) آنان تحصیلات در حد دبیرستان و دانشگاهی داشتند. فقط تعداد ۷

Koike و همکاران نیز مؤید این مطلب است که کیفیت برنامه مراقبتی بیمارانی که به طور هم‌زمان افسردگی و بیماری جسمی داشتند در مقایسه با سایر بیماران کاهش چشمگیری داشته است (۹). Sensky و همکارانش اظهار نمودند که بین افسردگی و عدم تبعیت بیماران همودیالیزی از رژیم غذایی توصیه شده و حتی درمان‌های ضروری ارتباط معنی‌داری وجود دارد و این امر می‌تواند سلامت بیمار را به خطر انداخته و مرگ آنان را تسریع نماید (۷). به طوری که مطالعات نشان می‌دهد علت مرگ ۲۲-۱۱ درصد بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه ممانعت از ادامه درمان با همودیالیز می‌باشد (۱۰).

بنابراین با تشخیص به موقع و درمان مؤثر افسردگی می‌توان کیفیت زندگی، پیش‌آگهی بیماری و بقاء بیماران را بهبود بخشید (۵). بدین منظور این پژوهش با هدف تعیین میزان افسردگی و شناسایی عوامل مرتبط با آن در بیماران همودیالیز طراحی و اجراء گردید.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به روش مقطعی انجام گردید. نمونه‌های این پژوهش، کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در سال ۱۳۸۲ در سه مرکز آموزشی - درمانی استان گلستان (۵ آذر گرگان، شهید مطهری گنبد و طالقانی بندر ترکمن) بود که از طریق سرشماری با در نظر داشتن معیارهای حذف و پذیرش نمونه وارد مطالعه شدند.

معیارهای پذیرش عبارت بودند از این که آزمودنی‌ها حداقل ۶ ماه تحت درمان با همودیالیز بوده و تمایل به شرکت در پژوهش را داشته باشند و معیارهای حذف از مطالعه نیز شامل سابقه ابتلاء به اختلالات روانپزشکی قبل از درمان با همودیالیز، وجود سوگ در ۶ ماه اخیر و معلولیت جسمی و ذهنی بود.

بدین ترتیب تعداد کل بیماران که در پژوهش شرکت کردند ۱۲۹ نفر بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود که به روش خود گزارش‌دهی طی یک مرحله تکمیل شد. بخش اول مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش شامل ۱۹ سوال و بخش دوم، مقیاس افسردگی بیک (BID) (Beck Depression Inventory) بود که یکی از روش‌های درجه‌بندی کلی افسردگی است و شامل ۵۸ سوال می‌باشد. در این مقیاس از آزمودنی‌ها درخواست می‌شود دور پاسخی که

جدول ۱: توزیع فراوانی افسردگی در بیماران همودیالیزی بر حسب قومیت

افسردگی فراوانی قومیت	بدون افسردگی و افسردگی ناچیز	افسردگی خفیف و متوسط	افسردگی شدید و بیش از حد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
فارس	۱۳ (۱۹/۱)	۲۷ (۳۹/۷)	۲۸ (۴۱/۲)	۶۸ (۵۴/۸۳)
ترکمن و قزاق	۱۸ (۵۴/۵)	۱۲ (۳۶/۴)	۳ (۹/۱)	۳۳ (۲۶/۶۱)
سیستانی و بلوچ	۸ (۳۴/۸)	۷ (۳۰/۴)	۸ (۳۴/۸)	۲۳ (۱۸/۵۴)
جمع	۳۹ (۳۱/۵)	۴۶ (۳۷/۱)	۳۹ (۳۱/۵)	۱۲۴ (۱۰۰)

جدول ۲: توزیع فراوانی افسردگی بیماران همودیالیزی بر حسب اتیولوژی نارسایی مزمن کلیه

سبب شناسی فراوانی	بدون افسردگی و افسردگی ناچیز	افسردگی خفیف و متوسط	افسردگی شدید و بیش از حد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
فشار خون	۱۱ (۱۱/۸)	۱۵ (۱۵/۸)	۷ (۷/۴)	۳۳ (۳۵/۴۸)
انسداد و تروما	۳ (۳/۲)	۱ (۱/۰۵)	۲ (۲/۱)	۶ (۶/۴۵)
دیابت ، اتنویمون و کانسر	۲ (۲/۱)	۳ (۳/۲)	۹ (۹/۶)	۱۴ (۱۵/۰۵)
گلو درد چرکی و سایر عفونت‌ها	۱۱ (۱۱/۸)	۲۳ (۳۲/۲)	۱۰ (۱۰/۵)	۲۴ (۲۵/۸)
بیماری‌های مزمن کلیه	۴ (۴/۳)	۹ (۹/۶)	۳ (۳/۲)	۱۶ (۱۷/۲)
جمع	۳۱ (۳۳/۳)	۳۱ (۳۳/۳)	۳۱ (۳۳/۳)	۹۳ (۱۰۰)

کلیه را تایید می‌کنند. در این بیماران به دلیل مشکلات یا تنش‌زاهای روانی - اجتماعی زیادی که تجربه می‌کنند، افسردگی شایع‌ترین تشخیص روانپزشکی آنان گزارش شده است که همراه با میزان بالای مرگ و میر می‌باشد (۱۰).

مطالعه Hailey و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که شایع‌ترین بیماری در بیماران همودیالیزی که به دلیل مشکلات جدی روانشناختی به مرکز خدمات بهداشت روانی ارجاع شده بودند، افسردگی (۴۳/۶ درصد) بود (۸). در مطالعه ده ساله O'Donnell و همکاران روی بیماران همودیالیزی میزان افسردگی بین ۶ تا ۳۴ درصد متغیر بود (۵). مطالعات زیادی مؤید میزان بالای افسردگی در بیماران جسمی مزمن است که از این میان می‌توان به پی‌گیری ۱۲-۶ ماهه Koike و همکاران وی روی ۱۳۵۶ بیمار در آمریکا اشاره کرد که میزان افسردگی در افراد مبتلا به بیماری جسمی به طور معنی‌داری بیشتر از سایر افراد بود. به طوری که بیش از ۴۳ درصد افراد مبتلا به بیماری جسمی افسرده بودند (۹). علی‌رغم این که در این پژوهش بالا بودن میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی به عنوان مشکل جدی مطرح بود ولی ارتباط معنی‌داری از نظر آماری بین افسردگی و اکثر اطلاعات دموگرافیک مورد بررسی وجود نداشت که یکی از دلایل احتمالی آن را می‌توان کم بودن نمونه (علی‌رغم ورود همه بیماران همودیالیزی واجد شرایط استان در مطالعه) ذکر کرد و دلیل دیگر این که نمونه‌های مورد پژوهش از نظر متغیرهای مورد بررسی همگن بودند. به طور مثال اکثر نمونه‌ها متأهل (۷۲/۹ درصد)، با

نفر (۵/۴ درصد) از آنان سابقه پیوند کلیه داشتند که مجدداً دیالیز می‌شدند و ۳۲ نفر (۲۴/۸ درصد) در انتظار پیوند بودند. از نظر اشتغال نیز ۸۴ نفر (۶۶/۱ درصد) از واحدهای مورد پژوهش بی‌کار بودند. یافته‌های پژوهش در رابطه با مقیاس افسردگی بک نشان داد که ۴۱ نفر (۳۱/۸ درصد) افسردگی نداشتند و یا افسردگی آنان ناچیز بود. ۴۸ نفر (۳۷/۲ درصد) افسردگی متوسط داشتند و ۴۰ نفر (۳۱ درصد) افسردگی شدید یا بیش از حد داشتند.

بر اساس نتایج آزمون‌های آماری بین میزان افسردگی با عواملی نظیر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، سابقه پیوند کلیه، انتظار پیوند کلیه، میزان درآمد خانواده، طول مدت ابتلاء به بیماری و درمان با همودیالیز، عوارض ناشی از بیماری و درمان مربوطه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت و از متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه فقط بین میزان افسردگی با قومیت و اتیولوژی نارسایی مزمن کلیه ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$) (جدول ۱ و ۲). اکثر بیماران مبتلا به افسردگی شدید و بیش از حد (۷۱/۲ درصد) فارس بودند. ضمناً اتیولوژی عمده نارسایی مزمن کلیه در قومیت فارس افزایش فشار خون بود.

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۷۹/۸ درصد بیماران تحت درمان با همودیالیز درجه‌ای از افسردگی را تجربه نمودند و ۳۱ درصد آنان افسردگی شدید داشتند. تحقیقات زیادی میزان بالای افسردگی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن

سال ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۱ انجام شد مشخص شد که بیماری جسمی و جنس زن از جمله عوامل خطر ساز افسردگی بودند (۱۴).

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که افسردگی در بیماران همودیالیزی خطری جدی محسوب می شود و می تواند سلامت بیماران را به مخاطره اندازد. بنابراین پیشنهاد می شود برای تشخیص به موقع و در نهایت درمان افسردگی در بیماران همودیالیزی معاینات دوره ای روان پزشکی صورت گیرد. ضمناً پیشنهاد می شود مطالعات دیگری روی تعداد بیشتری از بیماران و با هدف شناسایی سایر عوامل مرتبط نظیر تنش زاهای بیماران همودیالیزی صورت گیرد تا بتوان پژوهش های مداخله ای در جهت افزایش مهارت های زندگی برای مقابله با تنش زاهای روانی - اجتماعی و در نتیجه پیشگیری و درمان افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی آنان طراحی و اجرا نمود.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مسؤولین محترم مرکز آموزشی - درمانی پنجم آذر گرگان، شهید مطهری گنبد، طالقانی بندر ترکمن، کارکنان بخش - های همودیالیز بیمارستان های فوق و کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، به خصوص بیماران عزیز تحت درمان با همودیالیز که انجام این پژوهش تنها با همکاری صمیمانه آنان میسر گردید، تشکر می گردد.

References

- 1) Murray CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease. Volume 1. World Health Organization, Harvard School of Public Health, and The World Bank. Geneva. 1996; P: 5.
- 2) Fortinash KM, Holoday-Worret PA. Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd Ed. Mosby. 2003; P: 291.
- 3) گلدی، م. گات، د. می ید، ر. مبانی روان پزشکی آکسفورد. ترجمه: هاشمیان، ک. ابو حمزه، ا. چاپ اول. تهران. انتشارات تبیان. ۱۳۷۷. صفحه ۱۶۴.
- 4) Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 8th Ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 1998; PP: 529-558.
- 5) O'Donnell K, Chung JY. The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. Psychother Psychosom. 1997;66(1):38-43.
- 6) Levejoy NC, Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer. Cancer Nursing. 1996; 20(3): 155-167.
- 7) Sensky T, Leger C, Gilmour S. Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. Psychother Psychosom. 1996; 65(1): 36-42.

تحصیلات کمتر از دیپلم (۷۶/۸ درصد) و بیکار (۶۵/۱ درصد) بودند و ۵۳/۵ درصد آنان کم درآمد و تنها ۸/۵ درصد درآمد خوبی داشتند. در پژوهش O'Donnell نیز ارتباط معنی داری بین افسردگی و سن، جنس، نژاد، وضعیت تأهل، اشتغال، تحصیل و طول دوره درمان بیماران همودیالیزی وجود نداشت (۵). در حالی که بررسی Lloyd و همکارانش در انگلستان نشان داد که بین جنسیت و بروز علائم افسردگی در بیماران مورد بررسی رابطه معنی داری وجود دارد (۱۲). این امر می تواند مؤید این امر باشد که زنان با تنش زاهای اجتماعی بیشتری مواجهند. Weil (۲۰۰۰) معتقد است زنان تحت درمان با همودیالیز بیش از مردان در معرض تنش زایی قرار دارند (۱۳) و در مطالعه Koike و همکاران روی بیماران افسرده مبتلا به بیماری جسمی بین تحصیلات و سن با افسردگی رابطه معنی داری وجود داشت (P<۰/۰۵).

در این مطالعه تنها بین دو متغیر علت نارسایی مزمن کلیه و قومیت با افسردگی ارتباط معنی داری وجود داشت (P<۰/۰۵). با توجه به این که در اکثر مطالعات قبلی متغیرهای فوق مورد بررسی قرار نگرفته اند و تنها در برخی مطالعات فقط به متغیر نژاد اشاره شده است، مانند بررسی Koike و همکاران که بین نژاد و افسردگی افراد مبتلا به بیماری جسمی مزمن رابطه معنی داری نشان داده نشد (۹)، لذا نمی توان مقایسه ای در خصوص نتایج این مطالعه و سایر مطالعات انجام داد. در یک مطالعه کوهورت که توسط Cole و همکارانش از

- 8) Hailey BJo, Moss SB, Street R, Gersh HA, Calabrese AA, Campbell C. Mental Health Services in an outpatient dialysis practice. Dialysis & Transplantation. 2001; 30(11): 732-739.
- 9) Koike AK, Unutzer J, Wells KB. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. Am J Psychiatry. 2002; 159(10): 1738-45.
- 10) Christensen AJ, Moran PJ. Psychosomatic research in end-stage renal disease: a framework for matching patient to treatment. J Psychosom Res. 1998; 44(5): 523-8
- 11) Golalipour MJ, Ahmadpour M, Vakili MA. Congenital malformations at a referral hospital in Gorgan, Islamic Republic of Iran. EMHJ. 2005; 11(4): 1-9.
- 12) Lloyd CE, Dyer PH, Barnett AH. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. Diabet Med. 2000; 17(3): 198-202.
- 13) Weil CM. Exploring hope in patients with end stage renal disease on chronic hemodialysis. Nephrol Nurs J. 2000; 27(2): 219-24.
- 14) Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2003; 160(6):1147-56.