

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN GANGGUAN KESEHATAN MENTAL PADA LANSIA: STUDI *CROSS SECTIONAL* PADA KELOMPOK JANTUNG SEHAT SURYA GROUP KEDIRI

FACTORS ASSOCIATED WITH MENTAL HEALTH DISORDER IN THE ELDERLY: A CROSS SECTIONAL STUDY ON KELOMPOK JANTUNG SEHAT SURYA GROUP KEDIRI

Ekawati Sutikno

Info Artikel

Sejarah Artikel

Diterima 06 Januari 2015

Disetujui 26 Januari 2015

Dipublikasikan 16 Juni 2015

Kata Kunci:

Lansia, gangguan kesehatan mental, WHOQOL-BREF

Keywords:

Elderly, mental health disorder, WHOQOL-BREF

Abstrak

Latar belakang: Prevalensi gangguan kesehatan mental pada lansia cukup tinggi. Oleh karena itu, perlu mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan mental pada lansia sebagai dasar penentuan intervensi untuk menurunkan prevalensi gangguan kesehatan mental. **Tujuan:** Menganalisis prevalensi gangguan kesehatan mental dan faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan kesehatan mental pada lansia anggota Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri. **Metode:** Pendekatan *cross-sectional* dilakukan pada anggota Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri, sebanyak 40 orang. Variabel bebas meliputi karakteristik responden, fungsi keluarga, kesehatan fisik, hubungan sosial, dan lingkungan sedangkan variabel terikat adalah kesehatan mental. Variabel kesehatan mental dinilai dengan instrumen WHOQOL-BREF. Analisis statistik menggunakan uji *Chi Square*. **Hasil:** Prevalensi gangguan kesehatan mental pada lansia sebanyak 25%. Variabel yang berhubungan dengan kesehatan mental ($p < 0.05$) adalah jenis kelamin, fungsi keluarga, kesehatan fisik, dan lingkungan. **Simpulan dan saran:** Terdapat hubungan antara jenis kelamin, fungsi keluarga, kesehatan fisik, dan lingkungan dengan kesehatan mental. Perlu adanya penentuan gangguan kesehatan mental yang spesifik.

Abstract

Background: The prevalence of mental health disorders in the elderly is high. Therefore, to determine the factors associated with mental health in the elderly, as a basis for determining interventions to reduce the prevalence of mental health disorders, is important. **Objectives:** To analyze the prevalence of mental health disorder and factors associated with it in the elderly of Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in the members of Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri., as many as 40 people. The independent variables were responden characteristics, family functioning, physical health, social relationships, and environmental while the dependent variable was mental health. Mental health variable was assessed using WHOQOL-BREF instrument. Statistical analysis using Chi Square. **Results:** The prevalence of mental health disorder in the elderly was 25%. Variables associated with mental health ($p < 0.05$) were gender, family functioning, physical health, and environment. **Conclusions and suggestions:** gender, family functioning, physical health, mental health and environment was associated with mental health. The further study should be determine specific mental health disorders.

PENDAHULUAN

Lansia merupakan kelompok usia yang rentan mengalami perubahan-perubahan akibat proses penuaan. Perubahan-perubahan tersebut menimbulkan permasalahan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia. Salah satu permasalahan yang sering dijumpai pada lansia selain permasalahan fisiologis adalah permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan mental atau psikologis.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kesehatan psikologis atau mental merupakan faktor paling penting yang mempengaruhi kualitas hidup lansia^{1,2}. Lansia yang mempunyai kemampuan dalam menerima kondisi dirinya secara psikologis dan menikmati kehidupan di masa tua mempunyai kualitas hidup yang lebih baik daripada lansia yang tidak mempunyai kemampuan tersebut³. Masalah kesehatan mental dapat menyebabkan dampak yang besar bagi lansia, antara lain dapat menurunkan kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari, menurunkan kemandirian dan kualitas hidup lansia⁴.

Depresi merupakan salah satu permasalahan kesehatan mental atau psikologis yang sering dijumpai pada lansia^{4,5}. Suatu meta-analisis dari 74 penelitian yang melibatkan 487.275 lansia menyatakan bahwa prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar 4.7-16%⁶. Studi lain yang melibatkan lansia sebanyak 1088 lansia di Jakarta menyatakan bahwa prevalensi depresi pada lansia adalah sebanyak 21%⁷. Gangguan kesehatan mental tidak hanya dialami oleh lansia di negara berkembang, namun juga di negara maju. Studi yang dilakukan di beberapa negara maju seperti Kanada dan Korea Selatan menunjukkan bahwa prevalensi gangguan kesehatan pada lansia mencapai lebih dari 30%^{8,9}.

Tingginya prevalensi dan dampak yang ditimbulkan akibat masalah kesehatan mental pada lansia memerlukan upaya khusus untuk mengatasi masalah tersebut. Upaya penanganan masalah kesehatan mental dapat dilakukan secara efektif apabila upaya tersebut dapat mengatasi faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan kesehatan mental pada lansia. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan kesehatan mental pada lansia. Penelitian ini dilakukan pada lansia anggota Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri. Adapun tujuan penelitian ini adalah mengetahui prevalensi gangguan kesehatan mental dan faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan kesehatan mental pada lansia anggota Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *cross sectional* dengan menggunakan pendekatan analitik. Penelitian ini dilakukan di Kota Kediri pada bulan November-Desember 2010. Populasi penelitian ini adalah anggota Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri sebanyak 134 orang, terdiri dari laki-laki dan perempuan dengan usia antara 38 - 90 tahun. Sampel penelitian ini adalah anggota Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini, antara lain 1) Usia lebih dari 60 tahun¹⁰, 2) Bersedia menjadi responden, 3) Pendidikan minimal SMP atau sederajat. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara *purposive*, yaitu keseluruhan populasi yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan sampel, yaitu sebanyak 40 orang.

Variabel bebas (*independent variable*) dalam penelitian ini meliputi

karakteristik responden (jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan bentuk keluarga), fungsi keluarga, kesehatan fisik, hubungan sosial, dan lingkungan. Adapun variabel terikat (*dependent variable*) dalam penelitian ini adalah kesehatan mental. Data seluruh variabel disajikan dalam bentuk dikotomi.

Penelitian ini dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Variabel fungsi keluarga dinilai dengan menggunakan instrumen APGAR yang terdiri atas 5 pertanyaan dan dikategorikan menjadi dua, yaitu keluarga sehat dan keluarga tidak sehat. Variabel kesehatan fisik, kesehatan mental, hubungan sosial dan lingkungan dinilai menggunakan instrumen WHOQOL-BREF. Instrumen WHOQOL-BREF terdiri atas 26 pertanyaan. Variabel kesehatan fisik terdiri atas 7 pertanyaan, kesehatan psikologis terdiri atas 6 pertanyaan, hubungan sosial terdiri atas 3 pertanyaan, dan lingkungan terdiri atas 8 pertanyaan. Jawaban instrumen tersebut menggunakan skala Likert kemudian dilakukan skoring lalu skor tersebut dijumlahkan, setelah itu ditransformasikan menjadi skala 0 – 100. Variabel kesehatan fisik, kesehatan mental, hubungan sosial dan lingkungan dikategorikan menjadi dua, yaitu tidak sehat atau tidak baik (skala 0-50) dan sehat atau baik (skala 51-100).

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan SPSS versi 16.0. Analisis yang digunakan terdiri atas analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui sebaran frekuensi tiap variabel sedangkan analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis bivariat yang digunakan adalah uji *Chi Square* dengan taraf signifikansi 95%. Variabel dikatakan berhubungan secara signifikan apabila $p < 0.05$.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah lansia wanita (62.5%). Mayoritas responden mempunyai usia dalam rentang usia 60-70 tahun (67.5%). Pendidikan responden tergolong rendah (95.0%) dan sebagian besar responden bekerja (60.0%). Sebanyak 62.5% responden mempunyai keluarga dalam bentuk *nuclear family* dan 77.5% responden mempunyai keluarga dengan fungsi dalam kategori baik. Karakteristik responden disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik responden

Variabel	n	%
Jenis Kelamin		
1. Wanita	25	62.5
2. Laki-laki	15	37.5
Usia		
1. > 70 tahun	13	32.5
2. 60-70 tahun	27	67.5
Pendidikan		
1. Rendah (\leq SMA)	38	95.0
2. Tinggi ($>$ SMA)	2	5.0
Pekerjaan		
1. Tidak bekerja	16	40.0
2. Bekerja	24	60.0
Bentuk keluarga		
1. <i>Nuclear family</i>	25	62.5
2. <i>Extended family</i>	15	37.5
Fungsi keluarga		
1. Tidak baik	9	22.5
2. Baik	31	77.5

Penilaian kesehatan fisik, kesehatan mental, hubungan sosial, dan lingkungan dilakukan dengan menggunakan instrumen WHOQOL-BREF. Secara umum, kesehatan fisik (67.5%), kesehatan mental (75%), hubungan sosial (70%), dan lingkungan (80%) responden berada dalam kategori baik. Hasil penilaian kesehatan fisik, kesehatan mental, hubungan sosial dan lingkungan responden ditunjukkan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Penilaian kesehatan fisik, kesehatan mental, hubungan sosial, dan lingkungan responden

Variabel	n	%
Kesehatan fisik		
1. Tidak baik	13	32.5
2. Baik	27	67.5
Kesehatan mental		
1. Tidak baik	10	25
2. Baik	30	75
Hubungan sosial		
1. Tidak baik	12	30
2. Baik	28	70
Lingkungan		
1. Tidak baik	8	20
2. Baik	32	80

Setelah dilakukan analisis univariat pada tiap variabel, kemudian dilakukan analisis bivariat antara variabel bebas, yaitu karakteristik responden (jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, dan bentuk keluarga), fungsi keluarga, kesehatan fisik, hubungan sosial, dan lingkungan dan variabel terikat, yaitu kesehatan mental. Analisis bivariat menunjukkan bahwa jenis kelamin, fungsi keluarga, kesehatan fisik dan lingkungan berhubungan secara signifikan dengan kesehatan mental lansia ($p < 0.05$). Hasil analisis bivariat antara variabel bebas dan variabel terikat secara lengkap disajikan dalam Tabel 3.

Tabel 3. Variabel yang berhubungan dengan kesehatan mental pada lansia

Variabel	Kesehatan mental				OR	P
	Tidak sehat		Sehat			
	n	%	n	%		
Jenis kelamin						
1. Wanita	2	20.0	23	76.7	0.076	0.001*
2. Laki-laki	8	80.0	7	23.3	0.013-0.445	
Usia						
1. > 70 tahun	5	50.0	8	26.7	2.750	0.216
2. 60-70 tahun	5	50.0	22	73.3	0.626-12.085	
Pendidikan						
1. Rendah	10	100.0	28	93.3	-	0.402
2. Tinggi	0	0	2	6.7	-	
Pekerjaan						
1. Tidak bekerja	2	20.0	14	46.7	0.286	0.136
2. Bekerja	8	80.0	16	53.3	0.052-1.576	
Bentuk keluarga						
1. <i>Nuclear family</i>	6	60.0	19	63.3	0.868	0.850
2. <i>Extended family</i>	4	40.0	11	36.7	0.200-3.766	
Fungsi keluarga						
1. Tidak baik	6	60.0	3	10.0	13.5	0.001*
2. Baik	4	40.0	27	90.0	2.372-76.821	
Kesehatan fisik						
1. Tidak sehat	8	80.0	5	16.7	20.000	0.000*
2. Sehat	2	20.0	25	83.3	3.231-123.792	
Hubungan sosial						
1. Tidak baik	5	50.0	7	23.3	3.286	2.540
2. Baik	5	50.0	23	76.7	0.733-14.737	
Lingkungan						
1. Tidak baik	5	50.0	3	10.0	9.000	0.006*
2. Baik	5	50.0	27	90.0	1.611-50.275	

PEMBAHASAN

Prevalensi gangguan kesehatan mental dalam penelitian ini cukup tinggi, yaitu 25%. Prevalensi gangguan kesehatan mental dalam penelitian ini berbeda dengan prevalensi gangguan kesehatan mental pada penelitian lainnya. Suatu penelitian yang dilakukan di Brazil menyatakan bahwa prevalensi depresi sebagai salah satu gangguan kesehatan mental pada lansia mencapai 11.2%². Berbeda halnya dengan negara berkembang seperti Brazil dan Indonesia, prevalensi depresi pada lansia di negara maju lebih tinggi daripada negara berkembang. Suatu penelitian di Turki menyatakan bahwa prevalensi depresi sebagai salah satu gangguan kesehatan mental pada lansia mencapai 45.8%¹¹. Prevalensi depresi pada lansia di negara maju lainnya, seperti di Jerman berkisar antara 16-38.2%^{5,12} dan di Kanada sebesar 38%⁸. Perbedaan prevalensi tersebut dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain cara penilaian kesehatan mental dan kondisi sosiokultural².

Analisis bivariat menyatakan bahwa jenis kelamin, fungsi keluarga, kesehatan fisik, dan lingkungan berhubungan secara signifikan dengan kesehatan mental pada lansia. Lansia wanita mempunyai kecenderungan mempunyai kesehatan mental yang baik dibandingkan lansia laki-laki. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian lainnya. Wanita cenderung mempunyai gangguan kesehatan mental yang lebih tinggi daripada laki-laki^{11,13,14}. Hal ini disebabkan adanya pengaruh hormon pada wanita, personaliti, *coping skills*, dan peran sosio-budaya¹⁴. Perbedaan hasil tersebut kemungkinan berhubungan dengan kondisi kesehatan fisik responden. Lansia laki-laki (40%) yang mempunyai kesehatan fisik dalam kategori tidak baik lebih tinggi daripada lansia wanita (28%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang

dilakukan pada komunitas di Afrika Selatan. Penelitian tersebut menyatakan bahwa lansia yang mempunyai penyakit kronik seperti stroke mempunyai peluang untuk mengalami depresi 3.3 kali lebih tinggi daripada lansia yang tidak mempunyai penyakit kronik¹⁵.

Usia lansia dalam penelitian ini tidak berhubungan secara signifikan terhadap kesehatan mental lansia ($p>0.05$). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan pada komunitas di negara lain^{13,16}. Namun, terdapat kecenderungan bahwa lansia yang berusia >70 tahun berpeluang mempunyai kesehatan mental yang tidak baik dengan peluang lebih tinggi daripada lansia yang berusia 60-70 tahun. Usia berkaitan dengan kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas fisik. Semakin tua usia lansia, maka lansia semakin tidak mandiri dalam melakukan aktivitas. Ketidakmandirian tersebut menyebabkan lansia mudah mengalami depresi¹⁷. Selain itu, lansia yang berusia >70 tahun kemungkinan mempunyai penyakit yang lebih banyak daripada lansia yang berusia 60-70 tahun. Penyakit berhubungan dengan kesehatan mental pada lansia².

Pendidikan dan pekerjaan tidak berhubungan secara signifikan dengan kesehatan mental lansia ($p>0,05$). Kesehatan mental yang tidak baik ditemukan pada lansia dengan pendidikan rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Vietnam¹³, Kualalumpur¹⁶ dan India¹⁸. Lansia yang mempunyai pendidikan tinggi akan mampu mengatasi penyebab stress yang dialaminya¹⁶.

Kesehatan mental yang tidak baik banyak ditemukan pada lansia yang tinggal dengan keluarga besarnya (*extended family*). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan pada komunitas di Korea. Lansia yang mempunyai keluarga dalam bentuk *extended family* beresiko mengalami depresi

karena adanya konflik dengan keluarga besar¹⁸. Hal ini berkaitan dengan fungsi keluarga dalam memberikan dukungan. Fungsi keluarga dalam penelitian ini berhubungan secara signifikan dengan kesehatan mental pada lansia ($p < 0.05$). Kesehatan mental yang tidak baik banyak ditemukan pada lansia yang mempunyai fungsi keluarga yang tidak baik. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di negara China¹⁹. Keluarga yang dapat menjalankan fungsinya dengan baik akan memberikan dukungan, bantuan dan kasih sayang kepada lansia sehingga lansia tidak merasa sendiri. Suatu penelitian di Cina menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor protektif terjadinya depresi pada lansia²⁰.

Kesehatan fisik dalam penelitian ini berhubungan secara signifikan dengan kesehatan mental. Lansia yang tidak sehat secara fisik mempunyai peluang tidak sehat secara mental 20 kali lebih tinggi daripada lansia yang sehat. Hasil suatu survei yang dilakukan di 60 negara dengan jumlah responden sebanyak 245.404 orang menyatakan bahwa sebanyak 9.3-23.0% responden yang mempunyai satu atau lebih penyakit mengalami depresi²¹. Bentuk hubungan lainnya adalah lansia yang mengalami depresi mengalami sakit yang lebih lama daripada lansia yang tidak mengalami depresi²².

Hubungan sosial dalam penelitian ini tidak berhubungan secara signifikan dengan kesehatan mental pada lansia. Namun terdapat kecenderungan bahwa kesehatan mental yang tidak baik dimiliki oleh lansia yang mempunyai hubungan sosial yang tidak baik pula. Suatu metaanalisis menyatakan bahwa isolasi sosial dan kesendirian merupakan faktor resiko terjadinya beberapa penyakit seperti penyakit jantung dan stroke²³. Studi cohort yang dilakukan di Inggris selama 4

tahun menyatakan bahwa lansia yang memiliki hubungan sosial tidak baik menunjukkan kemampuan kognitif yang rendah²⁴. Gangguan fisik tersebut akan menyebabkan depresi apabila tidak ditangani dengan baik.

Lingkungan lansia dalam penelitian ini berhubungan dengan kesehatan mental lansia ($p < 0.05$). Kesehatan mental yang tidak baik banyak ditemukan pada lansia yang mempunyai lingkungan yang tidak baik. Aspek lingkungan yang dinilai berupa keamanan dalam kehidupan, sarana prasarana, kepemilikan terhadap uang, akses informasi, rekreasi, kepuasan terhadap tempat tinggal, akses pelayanan kesehatan, dan transportasi. Mayoritas lansia menyatakan penilaian yang baik terhadap aspek lingkungan yang dinilai. Aspek lingkungan yang banyak dinilai tidak baik adalah kepemilikan terhadap uang. Hal ini terkait dengan kondisi sosioekonomi lansia. Keadaan ekonomi lansia berhubungan dengan kesehatan mental^{13,16}.

SIMPULAN

Gangguan kesehatan mental pada lansia anggota Kelompok Jantung Sehat Surya Group di Kota Kediri cukup tinggi, yaitu 25%. Jenis kelamin, fungsi keluarga, kesehatan fisik, dan lingkungan berhubungan secara signifikan dengan kesehatan mental lansia.

SARAN

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam penelitian lanjutan terkait efektivitas intervensi dalam upaya peningkatan kualitas hidup lansia terutama aspek kesehatan mental. Perlu penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih banyak dan melibatkan beberapa variabel yang diduga berhubungan dengan kesehatan mental seperti variabel sosil ekonomi.

REFERENSI

1. Xie J, Ding S, Zhong Z, Yi Q, Zeng S, Hu J, Zhou J. 2014. Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 22 (3)
2. Gambin G, Molzahn A, Fuhrmann AC, Morais EP, Paskulin LMG. 2015. Quality of life of older adults in rural southern Brazil. *Rural and Remote Health* 15: 3300. http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_3300.pdf.
3. Butler J dan Ciarrochi J. 2007. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Qual Life Res* 16
4. World Federation for Mental Health. 2013. Mental health and older people. https://www.gov.im/media/739589/mh_olderpeople.pdf. 1 Mei 2015
5. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Weyerer S, Villringer A, Konig H, Heller GR. 2011. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life-results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged. *Int J Geriatr Psychiatry* 27
6. Barua A, Ghish MK, Kar N, Basilio MA. 2011. Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Ann Saudi Med* 31 (6)
7. Suyoko. 2012. Faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia di Jakarta (Analisis data Riskesdas 2007). Skripsi. Universitas Indonesia
8. Caron J, Fleury MJ, Perreault M, Crocker A, Tremblay J, Tousignant M, Kestens Y, Cargo M, Daniel M. 2012. Prevalence of psychological distress and mental disorders, and use of mental health services in the epidemiological catchment area of Montreal South-West. *BMC Psychiatry* 12 (183)
9. Cho MJ, Lee JY, Kim BS, Lee HW, Sohn JH. 2011. Prevalence of the major mental disorders among the Korean elderly. *J Korean Med Sci* 26
10. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia
11. Arslantas D, Unsal A, dan Ozbabalik D. 2014. Prevalence of depression and associated risk factor among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. *Geriatr Gerontol Int* 14
12. Wild B, Herzog W, Schellberg D, Lechner S, Niehoff D, Brenner H, Rothenbacher D, Stegmaier C, Raum E. 2011. Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *Int J Geriatr Psychiatry* 27
13. Minh HV, Huong DL, Wall S, Chuc NTK, Byass P. 2010. Multilevel analysis of covariation in socioeconomic predictors of physical functioning and psychological well-being among older people in rural Vietnam. *Geriatrics* 10(7).
14. Kuriyama S, Nakaya N, Matsuda KO, Shimazu T, Kikuchi N, Kakizaki M, et al. 2009. Factors associated with psychological distress in a community-dwelling Japanese population: The Ohsaki Cohort 2006 Study. *J Epidemiol* 19(6)
15. Peltzer K, Mafuya NP. 2013. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Global Health Action* 6
16. Onunkwor OF, Al Dubai SAR, George PP, Arokiasamy J, Yadav H, Barua A, Shuhaibu HO. 2016. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations elderly

- homes in Kuala Lumpur. *Health and Quality Of Life Outcomes* 14(6)
17. Strine TW, Mokdad AH, Balluz LS, Gonzales O, Crider R, Berry JT, Kroenke K. 2008. Depression and anxiety in the United States: finding from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Psychiatric services* 59
 18. Oh DH, Kim SA, Lee HY, Seo JY, Choi BY, Nam JH. 2013. Prevalence and correlates of depressive symptoms in Korean adults: results of a 2009 Korean Community Health Survey. *J Korean Med Sci* 28(1)
 19. Wang J, Zhao X. 2012. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 55 (2012)
 20. Yu J, Li J, Cuijpers P, Wu S, Wu Z. 2011. Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: a population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry* 27
 21. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. 2007. Depression, chronic disease, and decrements in health: result from the World Health Surveys. *The Lancet* 370
 22. Unsar S, Sut N. 2010. Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Arch Gerontol Geriatr* 50 (1)
 23. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. 2015. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*
 24. Cacioppo JT, Cacioppo S. 2013. Older adults reporting social isolation or loneliness show poorer cognitive function 4 years later. *Evid Based Nurs*