

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA
FORMUNUN TÜRK YAŞLI NÜFUSUNDA
GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

BUŞRA DURMAZ

KLİNİK SİNİRBİLİMLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2015970066

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA
FORMUNUN TÜRK YAŞLI NÜFUSUNDA
GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

KLİNİK SİNİRBİLİMLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BUŞRA DURMAZ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-201597006

Dokuz Eylöl Üniöersitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler Anabilim Dalı, Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans programı öğrencisi Buşra Durmaz ‘**GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMUNUN TÜRK YAŞLI NÜFUSUNDA GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**’ konulu Yüksek Lisans tezini 22.11.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

BAŞKAN

Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK

Dokuz Eylöl Üniöersitesi Geriatri Bilim Dalı

Doç. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

ÜYE

Doç Dr. Pınar SOYSAL

ÜYE

Dokuz Eylöl Üniöersitesi Hemşirelik Faköltesi

Bezmiâlem Üniöersitesi Geriatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Pınar AKAN

ÜYE

Dokuz Eylöl Üniöersitesi

Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Prof. Dr. Selim NALBANT

ÜYE

Maltepe Üniöersitesi Tıp Faköltesi Dekanı

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
1.3.Araştırmanın Hipotezleri	4
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Majör Depresif Bozukluk	5
2.1.1.Tarihçe.....	5
2.1.2.Tanı Ölçütleri	5
2.2.Yaşlılık.....	6
2.2.1.Yaşlılıkla İlgili Genel Bilgiler.....	6
2.2.2.Yaşlılığın Epidemiyolojisi.....	8
2.2.3.Yaşlılık Dönemi Problemleri	12
2.2.4.Yaşlılık Dönemi ile İlgili Öncelikler.....	16
2.3.Yaşlılık Dönemi Depresyonu.....	16
2.3.1. Yaşlılık Dönemi Depresyonuyla İlgili Genel Bilgiler.....	16
2.3.2.Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Epidemiyoloji	17
2.3.3.Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Kullanılan Ölçekler.....	21
2.3.4.Risk Etmenleri.....	22
2.3.5. Koruyucu Etmenler	23
2.3.6. Prognoz.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24

3.1. Araştırmanın tipi	24
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı	24
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme	24
3.4. Çalışma materyali	25
3.5. Araştırmanın değişkenleri	25
3.6. Veri toplama araçları	25
3.7. Araştırma planı	27
3.8. Verilerin değerlendirilmesi	28
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları	28
3.10. Etik Kurul Onayı.....	28
4. BULGULAR	29
4.1. Evren ve Örneklem	29
4.2. GDS-15 Ölçeği Güvenirlik Ve Madde Analizi.....	30
4.3. Kesim Noktasının Belirlenmesi	32
4.4. GDS-15 Maddelerinin DSM-5 Kriterlerine Göre Uyumu	33
4.5.GDS-30 ile GDS-15 Arasında Uyum	35
4.6.Depresyon Dağılımları.....	35
4.7.GDS-15 Depresyon Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	36
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
8. EKLER	51
EK-1:Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	51
EK-2:Geriatrik Depresyon Ölçeği-15.....	53
EK-3:Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 Orijinal Formu	54
EK-4: Veri Toplama Araçları	55
EK-5: Etik Kurul Onayı.....	60
EK-6: Özgeçmiş	63

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Yıllara göre yaş gruplarının toplam nüfusa oranı.....	10
Tablo 2. 2014 ve 2018 Yıllarına Ait Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Verileri.....	11
Tablo 3. Türkiye’deki Yaşlı Profili Verileri.....	11
Tablo 4. 2017 yılı 70 yaş ve üstü yaş grubunda en sık görülen ölüm nedenleri	14
Tablo 5. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri	29
Tablo 6. GDS-15 Ölçeği Madde Analizi	31
Tablo 7. Roc Analizi.....	32
Tablo 8. GDS-15 Maddelerinin DSM-5 Kriterlerine Göre Kappa Analizi	33
Tablo 9. Kappa (κ) Katsayısı Değerlendirme Kriterleri	34
Tablo 10. GDS-30 ile GDS-15 Arasında Korelasyon	35
Tablo 11. Depresyon Dağılımı	35
Tablo 12. GDS-15 Depresyon Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu.....	36
Tablo 13. GDS-15 Depresyon Puanlarının Yaşanılan Ortama Göre Farklılaşma Durumu.....	36
Tablo 14. GDS-15 Depresyon Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu	36
Tablo 15. GDS-15 Depresyon Puanlarının Eğitim Süresine Göre Farklılaşma Durumu	37
Tablo 16. GDS-15 Depresyon Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu	37

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. DSM-5 Kriterlerine Göre Majör Depresif Bozukluk	6
Şekil 2. Yaşlanmayla ilgili DSÖ'nün öncelikli konuları (önümüzdeki 10 yıl için)	16
Şekil 3. Roc Eğrisi	32



KISALTMALAR

DSM-5: Mental Bozukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı,5.baskı

GDS: Geriatrik Depresyon Skalası

GDS-15: Geriatrik Depresyon Skalası-15 Madde

GDS-4: Geriatrik Depresyon Skalası-4 Madde

GDS-5: Geriatrik Depresyon Skalası-5 Madde

GDS-6: Geriatrik Depresyon Skalası-6 Madde

COST: Cognitive State Test (Kognitif Durum Testi)

MMSE: Mini Mental State Examination (Standardize Mini Mental Durum Muayenesi)

CDDÖ: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ROC: Receiver Operating Characteristics

PPV: PositivePredictive Value

NPV: NegativePredictive Value

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BM: Birleşmiş Milletler

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca bana akademik olarak fırsat yaratan, engin ve çok değerli bilgilerinden faydalanmam için tüm desteği veren çok değerli ve kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Ahmet Turan Işık'a teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Tezimin oluşumunda ve hayatımın her noktasında fikirlerinden faydalanmama müsaade eden ablam ve kıymetli hocam Doç Dr. Pınar Soysal'a teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Tez aşamamın her noktasında bana destek olan tüm Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Geriatri Bilim Dalı personellerine teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin tüm aşamalarında desteklerini esirgemeyen, beni her zaman ayağa kaldırmayı başaran, hayatımda oldukları için dünyanın en şanslı insanı olduğumu bildiğim çok sevgili ve kıymetli dostum, Mine Tarhan Tatar'a, anneannem Saadet Üstün'e, annem Zeynep Selda Üstün'e, kuzenim Elif Genç'e, Ökkeş Arı'ya ve çok kıymetli eşim Hasan İlkcan Durmaz'a sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMUNUN TÜRK YAŞLI NÜFUSUNDA GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

ÖZET

Buşra DURMAZ, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler Anabilim Dalı, busraildogan@hotmail.com

Amaç: Bu çalışmada Geriatrik Depresyon Ölçeği-15'in (GDS-15) Türk yaşlı nüfusunda geçerlik, güvenilirliğinin değerlendirilmesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Geriatri Polikliniğine başvuran hastaların Geriatrik Depresyon Ölçeği-15'e göre depresyon sıklığı ve sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma kesitsel bir araştırmadır. Çalışmaya toplam 329 ayakta bakılan hasta dahil edilmiştir. İlk aşamada hastalara Mini Mental Durum Muayenesi (MMSE) uygulanmıştır. Hastaların Mental Bozukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. baskı (DSM-5) tanı kriterleri baz alınarak depresyon tanısını karşılayıp karşılamadıkları incelendikten sonra, başka bir uygulayıcı tarafından Geriatrik Depresyon Ölçeği uzun formu (GDS) uygulanmıştır. Uzun formun içinden kısa formun maddeleri ayrıştırılarak iki ayrı ölçek puanı elde edilmiştir. Oluşturulan GDS ve GDS-15 puanları DSM-5 ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: DSM-5 kriterleri dikkate alınarak yapılan analiz sonucunda, GDS-15'in kesme noktası skoru ≥ 5 puan olarak alındığında depresyonu saptamadaki duyarlılığı %92, özgünlüğü %91 olarak bulunmuştur. GDS-15 için, %95 güven aralığında *Receiver Operating Characteristics* (ROC) eğrisi altında kalan alan ise 0,97 olarak bulundu (95% CI = 0.947-0.996), $p < 0.001$.

Sonuç: GDS-15, tıpkı GDS gibi yaşlılarda depresyonu ortaya koymada yararlı bir ölçektir. Bu çalışma, GDS-15'in Türk yaşlı nüfusunda ve birincil bakım merkezlerinde, geçerlilik ve güvenilirliğine destek sağlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, GDS-15, validasyonu, Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği, duyarlılık, özgünlük.

VALIDITY AND RELIABILITY OF GERIATRIC DEPRESSION SCALE-15 (SHORT FORM) IN TURKISH OLDER ADULTS

ABSTRACT

Buşra DURMAZ, Dokuz Eylul University Institute of Health Sciences Department of Neuroscience, busraildogan@hotmail.com

Objective: The aim of this study is to evaluate the validity and reliability of the Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) in the Turkish population and to determine the prevalence and socio-demographic characteristics of the depression according to the Geriatric Depression Scale-15 of 9 Eylul University Hospital Geriatric Outpatient Clinic.

Method: The study is a cross-sectional study. A total of 329 outpatients were included in the study. In the first stage, Mini Mental State Examination (MMSE) was applied to the patients. After examining whether the patients met the diagnosis of depression based on Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) diagnostic criteria, Geriatric Depression Scale long form (GDS) was administered by another practitioner. The items of the short form were separated from the long form and two separate scale scores were obtained. GDS and GDS-15 scores were compared with DSM-5.

Results: According to DSM-5 criteria, when the cut-off score of GDS-15 was taken as ≥ 5 points, the sensitivity and specificity of detecting depression were found to be 92% and 91%, respectively. For GDS-15, the area under the Receiver Operating Characteristics (ROC) curve was found to be 0.97 in the 95% confidence interval. (95% CI = 0.947-0.996), $p < 0.001$.

Conclusion: GDS-15, just like GDS, is a useful scale to predict depression in the elderly. This study supports the validity and reliability of GDS-15 in Turkish elderly population and primary care centers.

Key Words: Depression, GDS-15, validation, Yesavage Geriatric Depression Scale, sensitivity, specificity

1.GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

‘Depresyon; üzüntü, suçluluk, değersizlik, mutsuzluk, endişe, başkalarından uzaklaşma, uyku, iştah kaybı ve her zamanki faaliyetlere karşı ilgisizlikle belirginleşen bir duygu durum bozukluğudur. Her yaş grubunda görülebileceği gibi, depresyon geriatrik olgularda da sıklıkla görülebilmektedir’ (Zis ve ark. 2017). İleri yaşlarda görülen depresyon demans gibi bazı hastalıkların belirtisi olabileceği gibi; depresyonun kendisi de düşmeler, uyku bozuklukları, kognitif yetersizlik, malnutrisyon ve mortalitede artma gibi başka sağlık problemlerine neden olabilir. Bu nedenle depresyonun erken dönemde teşhis edilmesi çok önemlidir (Soysal ve ark., 2016). Bunun önemine rağmen, yapılan araştırmalarda veya incelemelerde yaşlılarda depresyon teşhisine yönelik çalışmalara yeteri kadar önem verilmediği görülmektedir. Depresyon sıklığı ile ilgili yapılan çalışma sonuçları, araştırmada kullanılan tanı ölçeklerinin farklılığına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmalarda Türkiye'deki 65 yaş üstü hastalara yönelik yapılan ve 2014 yılı ocak ayında yayınlanan bir çalışmada geriatrik yaş grubunda prevalansın -%45.8- gibi yüksek bir değer olduğu görülmüştür. (Arslantaş ve ark., 2014). Bu ise, yaşlılarda depresyonun teşhisi bağlamında hızlı ve etkili ölçeklerin geliştirilmesini ve Türk nüfusuna uyarlanmasını önemli hale getirmektedir.

Depresyon tanısının kolay ve doğru konulabilmesi için kullanılan mevcut depresyon ölçeklerinin birçok bakımdan yeterli olmadığı kanaatini taşımaktayız. Bu durum birçok bakımdan acilen ele alınmalıdır. Çünkü geriatrik olgularda tanının zamanında konulması ve erken tedaviye başlanması, sadece kişinin sağlık durumunu, hayat kalitesini ve beklenen yaşam süresini arttırmakla kalmaz; aynı zamanda aile üyelerinin ve bakıcıların yükünü hafifletir, bu popülasyona harcanan sağlık giderlerini azaltır (Alexopoulos ve ark., 2001).

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği 15 maddelik formunun yaşlı Türk nüfusu için validasyonunu yapmak, geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. Bununla birlikte Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Geriatri Polikliniğine başvuran hastaların Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formuna göre depresyon sıklığı ve sosyo-demografik özelliklerinin de belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

H1: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu Türk yaşlı nüfusunda geçerli ve güvenilirlerdir.

H1:Geriatrik depresyon yaşa, cinsiyete, medeni duruma, eğitim süresine ve yaşadığı ortama göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Majör Depresif Bozukluk

2.1.1.Tarihçe

‘Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması anlamlarında kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni “depress” sözcüğü, Latince “depressus” tan gelmektedir. Yazılı kaynaklara göre 17. yüzyıldan beri bu sözcük kullanılmaktadır.’ (Morris, 2002).

Birçok rahatsızlıkta olduğu gibi sınıflandırma çalışmaları depresyon içinde geçmişe dayanır. ‘Bilinen ilk açıklama eski Yunan’da Hipokrat’tan gelmiştir. Sadece belirtilerini tanımlamakla kalmamış aynı zamanda etiyolojisi hakkında da bazı bilgiler vermiştir. Bedende duygularla alakalı dört sıvı olduğunu ileri sürmüştür. Bunlar kan, sarı safra, kara safra, lenftir. Kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür’ (Işık, 2003). Depresyon ile ilgili çalışmalar daha sonraki yıllarda da devam etmiştir. 16. ve 17. Yüzyılda depresyonun etiyolojisi konusunda yapılan çalışmaları en iyi şekilde tanımlayan Vesalius’un, “Melankoli beyin ya da bir başka organın tümöründen kaynaklanmaktadır” görüşüdür. Bununla birlikte, Burton’un 1621’de yazdığı “Melankolinin Anatomisi” adlı eserinde, bugünkü bilgilerimize çok yakın tanımlamalar da yapılmıştır. ‘Yapılan bu önemli çalışmalarla birlikte Pinel, Esquirol, Falret, Mendel ve Kreapelin’ in katkılarıyla, 19. yüzyılda depresyon bugün bilinen kavramlarına çok yaklaşmış, 20. yüzyılda ise Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen ve Winokur’un da yaklaşımlarıyla depresyon tanımı şekillenmiştir’ (Ceylan ve Oral, 2001).

2.1.2.Tanı Ölçütleri

Majör Depresif Bozukluk her yaş grubunda ortaya çıkabilen mental bir rahatsızlıktır. Tedavi seçenekleri mevcuttur. Ancak rahatsızlık doğası gereği, kişilerin işlevselliğini ciddi oranda azalttığından ve hatta intihar riski barındırdığından teşhisin erken yapılması hayati bir öneme sahiptir (Kiosses ve ark.,2014).

Amerikan Psikiyatri Derneğinin kriterlerine göre Majör Depresif Bozukluk belirtileri şekil 1’de gösterilmektedir (Köroğlu,DSM-5,2013).

<i>A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beş ya da daha fazlasının bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya “depresif duygu durumu” ya da “ilgi kaybı veya zevk alamama durumu” olması gerekir.</i>
1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum.
2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma.
3) Diyetle değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının (ayda % 5’ten fazla) olması ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.
4) Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku olması
5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyonun olması (başkalarınca da gözlenebilen)
6) Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.
7) Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması.
8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.
9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkmak olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması
<i>B. Bu semptomlar bir karışık epizotun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</i>
<i>C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</i>
<i>D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (madde kötüye kullanımı, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örneğin hipotiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</i>
<i>E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar iki aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşıp durma, öz-kavım düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (4).</i>

Şekil 1. DSM-5 Kriterlerine Göre Majör Depresif Bozukluk

2.2.Yaşlılık

2.2.1.Yaşlılıkla İlgili Genel Bilgiler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ‘yaşlılığı dejenerasyona ve dış çevreden gelen strese karşı koymak üzere, iç çevrede meydana gelen değişikliklerin neden olduğu bir uyum süreci olarak tanımlamaktadır’ (DSÖ, 2017). Yaşlanma doğal bir süreçtir. Bütün organizmalar doğar, büyür, gelişir ve yavaş yavaş hücrel bazdan başlayarak sistemsel, anatomik ve fizyolojik olarak yaşlanmaya başlar. Bu geri dönüşü olmayan bir süreçtir.

Yaşam süresi arttıkça çalışmaları sistematik olarak düzenlemek amacıyla DSÖ yaşı popülasyonu sınıflandırmıştır. 2015 yılında yaş sınıflandırmasını şu şekilde güncellemiştir. 65-75 yaş arası genç yaşlılık, 75-85 arası orta yaşlılık ve 85 yaş ve üstü ileri yaşlılık olarak eklenmiştir (DSÖ, 2013).

Dünyada yaşı nüfusu hızla artmaktadır. Bu durum gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılıklar oluşturabilmektedir. Bunun başlıca sebepleri gelişen tıbbi bilimlerin katkıları, yenilenen teknolojik cihazlar ile hastalıkların teşhis ve tedavilerinin kolaylaşmasıdır. Bununla birlikte sanayileşmenin sonucunda üretimin artışı ile kaynakların yayılması ve gelişmesi de yaşam süresinin artmasında etkili olmuştur. Yaşam süresinin artışı kendi içinde hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar doğurur.

Sadece fiziksel olarak değil, psikolojik ve sosyal olarak da kişinin sağlıklı olması işlevselliği ve bağımsızlığı açısından önemlidir. Yaşlanma, birçok farklı yönüyle birden değerlendirilir. ‘Bir bireyin yaşlılığa doğru ilerlemesi, yani doğduğu günden itibaren arada geçmiş olan süre ‘kronolojik yaşlanma’ olarak ifade edilmektedir. Ömür süresi içinde ortaya çıkan patolojik olaylar üzerinden bakıldığında ‘patolojik yaşlanma’ ismini alırken, en yaygın kullanılan biçimine ‘fiziksel yaşlanma’ denmektedir. Fiziksel yaşlanma, genetik ve çevresel faktörler, yaşam tarzı, beslenme alışkanlığı ve psikolojik faktörlerin etkisi ile vücudun geçirdiği değişimden bahseder. Ayrıca kişinin davranışsal, duygusal ve bilişsel yönünde oluşan birtakım değişimleri ifade etmeye ‘psikolojik yaşlanma’ denmektedir. Toplumsal beceri ve sosyalleşme alanında değişimlerin oluşmasına ise ‘sosyal yaşlanma’ olarak ifade edilmektedir’ (Amuk ve Oğuzhanoğlu, 2003).

Yaşlanan toplum, devletlerin veya toplumların her bir bireyine ekonomik olarak ciddi bir maliyet oluşturmaktadır. Toplumların yaşı nüfusları arttıkça, konuya verilen önemde bu nedenle artmaktadır. Bu duruma istinaden koruyucu sağlık hizmetlerinin çok önemli olduğunu ifade etmek gerekir. Özellikle bu konuyla ilgili çalışmalarıyla dikkat çeken DSÖ, ‘sağlıklı yaşlanma’yı “yaşlılıkta refahı sağlayan fonksiyonel kabiliyetin geliştirilmesi ve sürdürülmesi süreci olarak” tanımlamaktadır. Bu çalışmaların hem uluslararası hem de ulusal bağlamda giderek arttığı görülmektedir. Örneğin başarılı yaşlanma DSÖ’nün 2015 - 2030 yılları arasında yaşlanma konusundaki çalışmalarının odak noktasıdır. Sağlıklı Yaşlanma, Dünya Sağlık Örgütü’nün önceki ‘Aktif Yaşlanma’ teriminin yerini almaktadır (DSÖ 2019)

Toplumun, yaşlı bireylere bakış açısı, dolaylı olarak gençlerin yaşlılıkta nasıl bir yaşlı profili oluşturacağını da az çok belirler. Toplumda yaşlının elini eteğini iş güçten çekmesi, görece eve bağımlı olması, kişisel hobilerden soyutlanması hatta suskunlaşması doğal bir süreç olarak görülmektedir. Kişiler sağlıklı bir yaşlanmayı, fiziksel aktivite yapmayı, sağlıklı beslenmeyi ve yaşlılıkta daha az veya hiç sağlık problemi yaşamamayı hedeflememektedir. Ancak bu bakış açısını değiştirerek sağlıklı, sosyal ve işlevsel bir yaşlı profilinin ‘doğru’ ve ‘normal’ bir yaşlı olduğu algılanabilir. ‘Yaşlılık mitlerinin düzeltilmesi sonucunda; sağlıklı bir yaşlılık mümkündür’ (Daskalopoulou ve ark., 2017).

2.2.2.Yaşlılığın Epidemiyolojisi

2019 yılında yayımlanmış olan Birleşmiş Milletler (BM) raporuna göre dünya nüfusunun gelecek 30 yılda iki milyar kişi artarak, 2050’de 7,7 milyar kişiden 9,7 milyar kişiye yükselmesi beklenmektedir. Aynı rapora göre dünya nüfusunun şu anki yüzyılın sonlarına doğru, yaklaşık 11 milyar seviyesine ulaşabileceği bilgisi verilmiştir (United Nations 2019). Bununla birlikte, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Nüfus Birimi tarafından yayımlanan, Dünya Nüfus Beklentileri 2019 raporu, küresel demografik yapı ve potansiyellere kapsamlı bir genel bakış sunmaktadır. 1990’da kadın başına 3,2 doğumdan 2019’da 2,5’e düşen küresel doğurganlık oranının 2050’de 2,2’ye düşeceği öngörülmektedir (United Nations 2019). Bu durum bir taraftan yetişen yeni nüfusu azaltırken, diğer taraftan yaşlı birey popülasyonunun artmasına yol açmaktadır.

2019 yılında, her 11 kişiden birinin (nüfusun %16’sının) 65 yaş ve üstü yaşlarda olacağı ve 2050 yılında bu oranın, dünyadaki her altı kişiden birine (nüfusun %9’unun) düşeceği tahmin edilmektedir. Ayrıca 65 yaş ve üstü nüfusun dağılımının bazı bölgelerde, 2019 ve 2050 yılları arasında, iki katına yükseleceği düşünülmektedir. Bu bölgelere, Kuzey Afrika ve Batı Asya, Orta ve Güney Asya, Doğu ve Güneydoğu Asya, Latin Amerika ve Karayipler örnek verilebilir. 2050 itibariyle, Avrupa ve Kuzey Amerika’da yaşayan her dört kişiden birinin 65 yaş ve üstü yaşlarda olacağı düşünülmektedir (United Nations 2019).

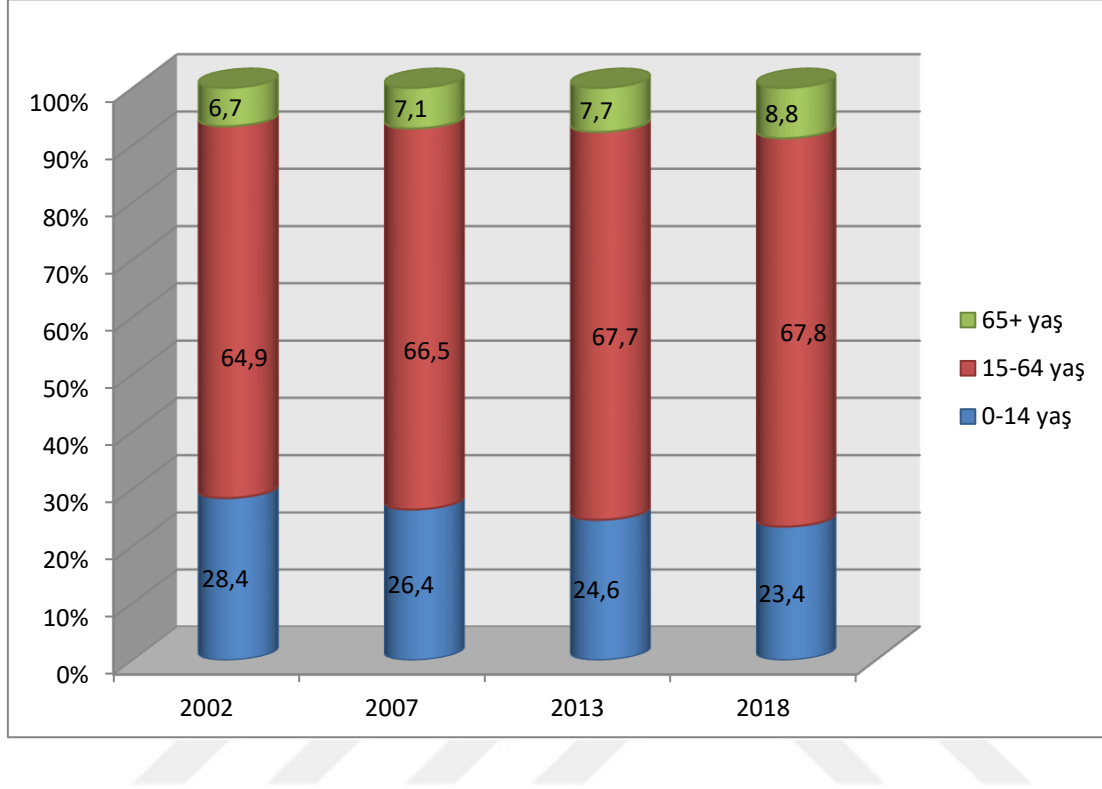
2018 yılında, tarihte ilk kez dünya genelinde, 65 yaş ve üzeri bireyler, beş yaşın altındaki çocuklardan sayıca daha fazla olmuştur (DSÖ 2018). 2019 yılında 143 milyon olan 80 yaş ve üstü birey sayısı, 2050 yılında üç katı artarak 426 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (United Nations 2019).

TÜİK ‘İstatistiklerle Yaşlılar 2018’ raporuna göre, “Dünya nüfusunun 2018 yılında %9,1’ini yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %33,2 ile Monako, %28,4 ile Japonya ve %22,4 ile Almanya olmuştur. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır” (TÜİK Haber Bülteni 2019).

Dünyanın dört bir yanında nüfus, tarihinde hiç olmadığı kadar hızlı bir şekilde yaşanmaktadır. ‘Demografik dönüşüm’ toplumların neredeyse hepsini olumlu veya olumsuz bir şekilde tüm yönleriyle etkilemektedir (United Nations 2017). Gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların, yaşanan bu dönüşüme karşı göstermiş oldukları reflekslerde farklılık görülmektedir. Bu durumun önemine dikkat çeken Mandıracıoğlu bir çalışmasında “Uzun yıllardır nüfusun yaşlanması ile karşı karşıya olan endüstrileşmiş ülkelerde, bu nüfus grubunun sağlık, sosyal ve ekonomik gereksinimleri ve beklentileri belirlenmiş ve sorunların büyük kısmı çözülmüştür.” şeklinde ifade etmiştir (Mandıracıoğlu, 2010). Örneğin Amerika’da yaşlanmanın ülkelere ekonomik maliyeti düşünülerek yapılan bir çalışmada, öngörülen nüfus yaşlanmasının, sürekli nüfus dağılımına sahip bir ekonomide 2056 yılına kadar % 17 ve 2096 yılına kadar % 39'luk ekonomik düşüşlere yol açacağını ileri sürülmüştür (Kydland ve Pretnar, 2019). Bu tespitler doğrultusunda, gelişmekte olan ve hızla yaşlanan diğer toplumlarında acil önlem planlarını geliştirmeleri gerekmektedir. Bunun olması için, ülkelerin bu hizmetlere ayıracakları bütçeleri yeniden düzenlemeleri gerekmektedir.

Dünyadaki gelişmeler bağlamında Türkiye’deki demografik özelliklere baktığımız zaman, toplam nüfus içerisinde çalışma nüfusu (15-64 yaş) ile yaşlı nüfusun (65+ yaş) payının artmakta olduğu görülmektedir. Buna karşın 14 yaş altı nüfusun payı azalmaktadır. (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2018). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) her sene yayınladığı ‘yıllara göre yaş gruplarının toplam nüfusa oranı’ tablo 1’de gösterildiği gibidir (Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2019).

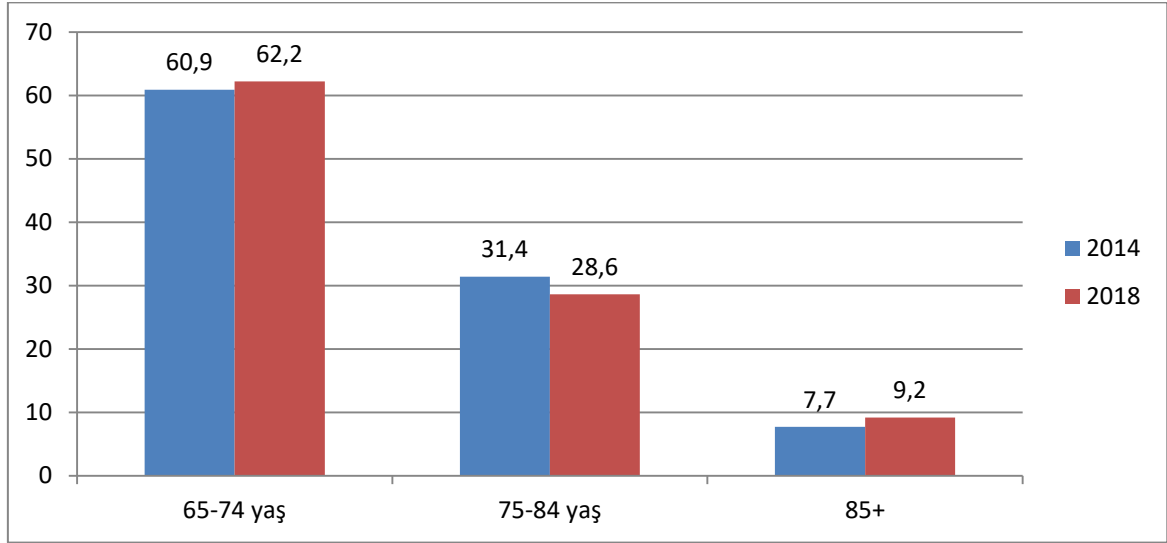
Tablo 1. Yıllara göre yaş gruplarının toplam nüfusa oranı.



Yaş gruplarının toplam nüfus içerisindeki payında yaşanan yaşlı nüfus artışının altında yine dünyada da olduğu gibi, toplam doğurganlık hızının nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,1 düzeyinin altına inmiş olması ve ilerleyen tıp biliminin etkileriyle insan ömrünün uzaması yatmaktadır. (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2018)

“Türkiye nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir.” (TÜİK Haber Bülteni 2019) Yaşlı sayısının artması aynı zamanda yaşlılık dönemi içerisinde sınıflandırılan yaş aralıklarının da yıldan yıla artış göstermesine yol açmaktadır. Yaşlılık dönemi yaş grupları sınıflandırmasına göre 2014 ve 2018 yıllarına ait ‘adrese dayalı nüfus kayıt sistemi’ verileri tablo 2’de gösterildiği gibidir (TÜİK Haber Bülteni 2019).

Tablo 2. 2014 ve 2018 Yıllarına Ait Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Verileri.



Türkiye’de nüfus dinamikleri bölgeden bölgeye, ilden ile farklılaşmaktadır. Yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il, 2018 yılında %18,3 ile Sinop ilidir. Bu ili %17,1 ile Kastamonu, %15,7 ile Artvin izlemektedir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu iller ise %3,2 ile Şırnak ve Hakkâri’dir. Bu illeri %3,8 ile Van ve Şanlıurfa izlemektedir. Burada rol oynayan en büyük etken doğum oranlarıdır.

Türkiye’de bulunan yaşlıların genel profili hakkında bilgiler tablo 3’te gösterilmiştir. (TÜİK Haber Bülteni 2019).

Tablo 3. Türkiye’deki Yaşlı Profili Verileri

Okuma-Yazma Bilmeyenlerin Nüfusa Oranı	2013 = %23,9	2017 = %19,6
Yaşlı Bağımlılık Oranı ¹	2014 = %11,8	2018 = %12,9
Yoksulluk Oranı	2013 = %17,9	2017 = %15,5
Yaşam Memnuniyeti Araştırmasına Göre	2017 = %66,1’ mutlu iken	2018 = %61,2’si mutlu.
İnternet Kullanma Oranı	2014 = %5	2018 = %17

¹ Yaşlı Bağımlılık Oranı: Çalışma çağındaki her yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eder.

Bu veriler doğrultusunda Türkiye'nin geliştirmesi gereken nüfus politikalarına ek olarak, aynı zamanda sağlığa, sosyal hayata ve ekonomik yatırımlara da yer vermesi elzemdir. Nüfus hızla yaşlanırken, sağlıklı yaşlanma adına sosyal sorumluluk projeleri, kötü alışkanlıklara yönelik bilinçlendirme çalışmaları, emeklilik sonrasında sosyal hayata uyum sağlanması için devlet destekli politikaların üretilmesi, insanların yaşlılık dönemi ile ilgili algılarını yeniden düzenlemek adına girişimlerin yapılması gereklidir. Ancak her şeyden önemlisi refah seviyesini yükseltmek için çaba sarf edilmelidir.

2.2.3.Yaşlılık Dönemi Problemleri

Demografik dönüşüm, dünyada çok farklı sonuçlar doğurarak ilerlemektedir. Bu sonuçlardan biri fonksiyonel bağımlılıktır. Bu bağımlılık “kısaca günlük yaşam aktivitelerini yapmakta güçlük yaşamak” şeklinde açıklanabilir (Gupta ve ark., 2014). Fonksiyonel bağımlılık yaşlının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hindistan’da yapılan bir çalışmada fonksiyonel sakatlık prevalansının % 37,4 olduğu görülmüştür (Gupta ve ark., 2014). Ayrıca 2011 yılında yapılan bir prospektif kohort çalışmasında 3187 yaşlı incelenmiş; sağlıklı davranışlar gösteren bireylerde (sağlıklı davranış kriterleri; günde 6-8 saat uyumak, sigara içmemek, orta tüketimli alkol kullanımı ve egzersiz yapmak.), fonksiyonel yetersizliğin görölme sıklığının düşük olduğu saptanmıştır (Liao ve ark., 2011). Yaşlının fonksiyonel bağımlılığını, eğitim seviyesi bakımından araştıran diğer bir çalışmada ise düşük eğitim seviyesine sahip yaşlıların günlük rutinlerinde diğerlerine bağımlı olma olasılıklarının beş kat daha yüksek olduğu görülmüştür (Talmelli ve ark., 2010). Bu çalışmalara ek olarak fonksiyonel bağımlılık ve depresyonun ilişkili olduğunu öne süren ve sakatlığın depresyonun risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Noh ve ark., 2016).

Yaşlılarda sık görölün, ciddi sonuçlar doğurabilen ve yine fonksiyonel bağımlılığa neden olabilen diğer bir sorun ise, düşmedir. Bu soruna yönelik 682 yaşlı kadın üzerinde gerçekteştirilen bir çalışmada, kadınlarda düşme riski ile baş dönmesi, düşük işlevsellik, yüksek komorbidite gibi bazı riskli geriatrik sendromlar arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. (Dokuzlar ve ark., 2019). Yaşlı kadınlar rutin olarak bu risk faktörleri açısından taranmalıdır. Yaşlı erkekler üzerinde yapılan bir çalışmada ise, düşmeyi önlemek için, serebrovasküler hastalık, idrar kaçırma, baş dönmesi ve dengesizlik, yüksek GDS skorları ve düşük MMSE skorları bakımından tarama yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Dokuzlar ve ark., 2019).

Yaşlılıkta en sık görülen problemlerden bir diğeri ise, beslenmedir. “Beslenme yetersizliği, vücudun enerji alımı ve gereksinimleri arasındaki dengesizlik olarak tanımlanır. Hastanede yatan yaşlı kişilerin %30 ila %70'inde malnutrisyon olduğu düşünülmekte ve sonuçları oldukça şiddetli olmaktadır” (Sellier, 2018). Danimarka'daki geriatrik servislere başvuran hastaların yaklaşık üçte biri Danimarka geriatrik veri tabanına göre yetersiz beslenmektedir (Sparre-Sørensen ve Kristensen, 2016). Yaşlının tek başına yemek yapmakta zorluk yaşaması, yaş ile beraber ağız ve diş sağlığıyla ilgili sorunlar yaşaması ise bu problemlerin daha sıklıkla görülmesine yol açmaktadır. Aynı zamanda yetersiz beslenme yaşlılarda gelişen birçok sorunla ilişkilendirilmektedir. Örneğin uykusuzluk ve yetersiz beslenme arasında ilişki bulan bir çalışmada, yaşlı bir hastada yetersiz beslenme var ise uykusuzluk durumunun değerlendirilmesi gerekliliğinden bahsedilmiş; uykusuzluk durumu var ise yetersiz beslenmenin sorgulanması gerektiğinin önemine dikkat çekilmiştir (Soysal ve ark., 2019).

Yaşlılıkta uyku problemleri sıklıkla görülür. Epidemiyolojik çalışmalar, yaşlı yetişkinlerin yaklaşık %50'sinin, fiziksel ve zihinsel sağlığı ve aynı zamanda sosyal işleyişi etkileyen zararlı sonuçlar doğuran uyku problemleri olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, geç yaşamdaki uyku problemleri çoğu zaman teşhis edilemez ve dolayısıyla klinik uygulamada yetersiz şekilde tedavi edilir (Rodriguez ve ark., 2015). Ancak tedaviye en çok ihtiyaç duyan gruplardan biri yaşlılardır. Özellikle, uykusuzluk durumu yaşlılarda, depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıkları tetikleyebilmektedir. Bu ise yaşlının hem işlevselliğini hem de sosyalleşmesini etkileyebilmektedir.

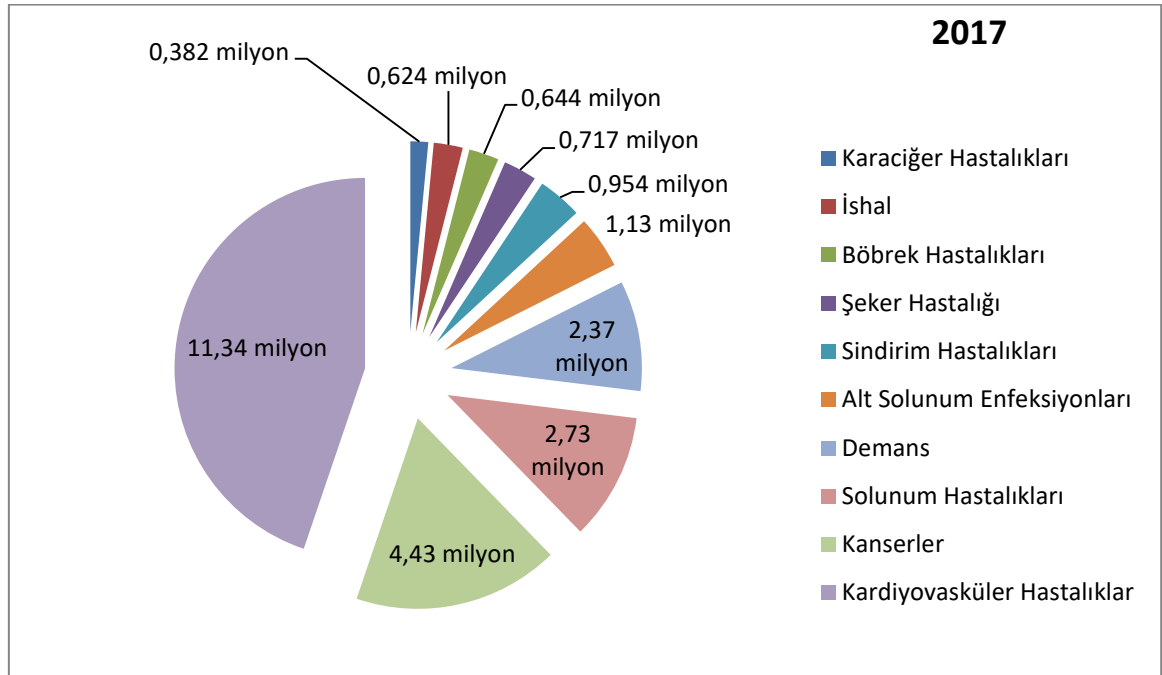
Yaşlı popülasyonunda diğer her yaş grubunda olduğu gibi sosyal destek oldukça önemlidir. Kişinin sosyal destek ağının olması gerek beslenmesini gerekse fonksiyonel bağımlılık durumunda bakım ve iyileşmeyi daha hızlı sağlamaktadır. Araştırmalar yalnız yaşayan bireylerin, sosyal destek alan insanlara göre daha fazla depresyon riski taşıdığını göstermektedir (Wang ve ark., 2017).

Bu yaş grubunun, yaşamın son dönemlerinde olması nedeniyle, etrafındaki insanların ölümü, yetişkin bireylere göre çok daha sık karşılaştığı bir durum haline gelmektedir. Young ve arkadaşının yapmış olduğu bir çalışmaya göre yaşlı bireyin kendi akrabası, eşi veya çocuklarının ölümü dışında, arkadaş veya tanıdık vefatları yaşlıda çok ciddi etkiler göstermemektedir (Young, K ve Lee, 2019). Ancak eş ölümü çok kritik bir süreç olarak

değerlendirilmektedir. Çünkü daha sonrasında intihar riskini de arttırmaktadır. Özellikle erkeklerde eş kaybından sonra depresif belirtiler gösterme eğilimi kadınlardan daha fazladır. Kadınların dul kalmaya erkeklerden daha hızlı adapte oldukları görülmektedir (Van Grotheest ve ark., 1999).

Bu yaş grubunda kronik hastalıklar oldukça sık görülür. 2017 yılında tüm dünyada 70 yaş ve üstü yaş grubundaki kişilerin ilk 10 sırada yer alan ölüm nedenleri tablo 4’de gösterilmiştir (Our World in Data 2018).

Tablo 4 . 2017 yılı 70 yaş ve üstü yaş grubunda en sık görülen ölüm nedenleri



2017 yılında milyonlarca insan hayatını kronik hastalıklar nedeniyle kaybetmiştir. Demans nedeniyle meydana gelen ölümler ise 2000 yılına kıyasla, 2016 yılında iki katından fazla görülmeye başlamıştır. Böylece demans 70 yaş ve üstü bireylerde en sık görülen beşinci ölüm nedeni haline gelmiştir (DSÖ 2018). 2017 de ise tablo 4’te görüldüğü gibi tüm dünyada ölümlerin dördüncü büyük nedeni haline almıştır.

İstatistik Kurumu’nun yayınladığı verilere göre, Türkiye’de en sık görülen ilk üç ölüm nedeni, dünyadaki genel göstergeler ile aynıdır. Dolaşım sistemi hastalıklarından (2018 yılı, Türkiye’de görülme sıklığı: %38,4) her sene binlerce hasta hayatını kaybetmektedir. Yine aynı yıl, kanserler dolayısıyla 83.163 (%19,7) kişi yaşamını yitirmiş ve en sık görülen ikinci

ölüm nedeni olmuştur. Üçüncü neden olan solunum hastalıkları dolayısıyla ölen kişi sayısı aynı yıl 52.568 kişi (%12,5) olmuştur. (TÜİK 2019). Türkiye’de yapılmış olan ve 2816 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, polifarmasötik sıklığı %54.5, idrar kaçırma %47.6, yetersiz beslenme %9.6, depresyon %35.1, demans %21.6, düşmeler %33.6, sarkopeni %31.7 ve kırılabilirlik % 28.3 olarak tespit edilmiştir. Tüm katılımcılar üç gruba (60-69, 70-79, ≥80 yıl) bölündüğünde, tüm sendromların, depresyon hariç, yaşla birlikte anlamlı derecede arttığı görülmüştür. 60-69 yaş grubundaki olguların %20’sinde herhangi bir sendrom bulunmazken, 80 yaş ve üstünde olan vakaların % 48’inde aynı anda dörtten fazla sendrom saptanmıştır (Bulut ve ark., 2018). Tüm bu sağlık problemleri dolayısıyla yaşlı hastalar yüksek rakamlarda ve dozlarda ilaç kullanmaktadır. Ancak çoklu ilaç kullanımının hastaya zarar verebileceği bilinmektedir. Bir çalışmada 65 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık %30’unun, gelişmiş ülkelerde, 5 veya daha fazla ilaç aldığını tespit etmiştir. “Reçeteli ve reçetesiz satılan bu ilaçlar çok çeşitli sağlık problemlerini iyileştirebilmektedir ancak aynı zamanda, özellikle yaşlı erişkinlerde zararlara neden olabilir veya zarara olumsuz bir katkı sağlayabilir.” (Kim ve Parish, 2017).

Yaşlılarda yine oldukça sık gördüğümüz diğer bir problem de ev kazalarıdır (Spano, Caffò ve ark., 2018). Yapılan bir çalışmada ev kazası geçirmenin şu durumlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir; Kötü konut koşulları, kadın olmak, yalnız yaşamak, kronik bir hastalığa sahip olmak, fiziksel ve işitme engellilik, gözlük takmak, hareketsizlik, unutkanlık semptomları, yardımcı cihaz kullanımı ve dörtten fazla ilacın kullanımı (Evcı ve ark., 2006).

Ekonomik problemler, her yaş grubunda ciddi bir sorundur. Kısıtlılığın doğduğu, fiziksel ve zihinsel engellerin arttığı, herhangi bir işte çalışmanın mümkün olmadığı yaşlarda bu sorun oldukça zorlayıcı olabilir. Kişi günlük hayatını idame ettirebilmeli, yeterli beslenmesini sağlayabilmeli, barınabilmeli ve sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelidir. Çünkü aynı zamanda yaşın ilerlemesiyle birlikte sağlık harcamalarının da artmaya başladığı göz önüne alınmalıdır. Tüm bu sebepler dairesinde ekonomik etkeninde araştırmalarda önemli bir değişken olarak kabul edilmesi zorunluluğu doğurmuştur.

Yaşlılara yönelik yapılan kötü muamele veya davranışlar, yaşlı istismarı psikolojik, fiziksel, cinsel istismar, ihmal ve maddi sömürü şeklinde tanımlanabilir. Bu durumla ilgilenen çalışmalar, yaşlı yetişkinlerin % 10’unun bir tür istismara maruz kaldığını ve vakaların sadece bir kısmının sosyal hizmet kurumlarına gönderildiğini ya da sevk edildiğini

göstermektedir. Yaşlı istismarı morbidite ve erken ölüm ile ilişkilidir. Yaşlılara kötü muamele konusunu önlemek için çok sayıda müdahale programı planlanmıştır. Bununla birlikte, hangi müdahalelerin yaşlı istismarını önlemek veya azaltmak için en iyi şekilde hizmet ettiği açık değildir (Baker ve ark., 2016).

2.2.4.Yaşlılık Dönemi ile İlgili Öncelikler

Yaşlanmayla ilgili Dünya Sağlık Örgütü önümüzdeki 10 sene için, 10 ayrı öncelik belirlemiştir. (DSÖ 2019) Bunlar şekil 2 de gösterilmiştir.

- 1- Dünyanın dört bir yanından insanları ve fikirleri organize ederek değişimi desteklemek,
- 2- Ülkelerin insanların sağlıklı yaşlanabilmesi için gerekli araç ve ihtiyaçları belirlemesi,
- 3- Bu konu ile alakalı niceliksel veriler toplanmak,
- 4- Yaşlıların ihtiyaçlarını kapsayan araştırmaları teşvik etmek,
- 5- Sağlık sistemlerini, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına göre organize etmek,
- 6- Her ülkede yaşlı kişinin uzun vadeli bir bakım hizmeti almasını sağlayabilmek,
- 7- Bu bakım için gerekli insan kaynağının sağlanması,
- 8- Yaşlanmayla mücadele için küresel kampanyalar üretilmesi,
- 9- Sağlıklı yaşlanmaya yatırım yapmak için ekonominin revize edilmesi,
- 10- Yaşlı dostu ülkeler ve toplumlar için küresel ağlar geliştirmektir.

Şekil 2.Yaşlanmayla ilgili DSÖ'nün öncelikli konuları (önümüzdeki 10 sene için)

2.3.Yaşlılık Dönemi Depresyonu

2.3.1. Yaşlılık Dönemi Depresyonuyla İlgili Genel Bilgiler

Yaşlılık döneminde duygu durum bozukluklarından en sık görüleni depresyondur. Yaşlı birey geçmişe özlem, yeti kayıpları, yakınlarının vefatı, kronik hastalıklar, yaşamın sonlarında olmanın vermiş olduğu korku ve endişe, yaşam kalitesinde düşüş, yeti kaybına bağlı olarak başka birilerine bağımlı kalma, ekonomik problemler, zararlı alışkanlıklar, beslenme problemlerinin artışı ve tamamen kişisel olabilecek birçok sebeple depresyon belirtileri gösteriyor olabilir (Morichi ve ark.,2015).

Yaşlılarda depresyonun erken bir şekilde teşhis ve tedavi edilmesi, hayati bir önem taşımaktadır. Çünkü yaşlı nüfusta görülen depresyon, ciddi ölümcül riskler taşımaktadır

(Sivertsen ve ark., 2015). Bu nedenle 65 yaş ve üstünde herhangi bir hastalık durumu için başvuran tüm hastalarda depresyon riski gözden geçirilmelidir.

Yaşlı bireylerde depresyon, yetişkin bireylerle aynı semptomları gösterir. Ancak depresyon yaşlılarda, yetişkinlere nazaran daha çok tıbbi ve bilişsel bozulma yaratır. Geriatrik psikiyatrik değerlendirme yapan klinisyenin en çok dikkat etmesi gereken konulardan biri yaşlıların, depresyonu daha çok somatik yakınmalarla tasvir ediyor olmalarıdır. Yaşlı bireylerde, yetişkinlerden daha fazla yakınma, hipokondria, uyuma problemleri, beslenme sorunları, ilgi kaybı, apati, yorgunluk ve ajitasyon belirtileri söz konusudur (Mitchell ve Harvey, 2014).

Yaşlı hastalarda ortaya çıkan depresyon sıklıkla saptanamamaktadır. Tedavi aşamasında ise, antidepresanlar en iyi çalışılmış tedavi seçeneği olmaktadır ancak psikoterapi, egzersiz terapisi ve elektrokonvülsif tedavi de hastalık üzerinde etkili olabilmektedir. Hafif ve orta şiddette depresyon hastaları için psikoterapi önerilmektedir. Birçok yaşlı hasta, daha genç yetişkin hastalar için kullanılan dozlarla aynı dozda antidepresan ilaca ihtiyaç duymaktadır. Her ne kadar antidepresanlar, yaşlı erişkinlerde depresyonu etkili bir şekilde tedavi edebilmekte ise de, çoklu tıbbi komorbiditeler ve polifarmasi durumunda ilaç-ilac etkileşimleri nedeniyle advers olaylar için risk oluşturma eğilimi de unutulmamalıdır (Kok ve Reynolds, 2017).

2.3.2.Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Epidemiyoloji

Yaşlılıkta depresyon dünyanın her yerinde yaygın olarak görülmekle beraber, giderek artan bir tabloyla karşımıza çıkmaktadır (Dokuzlar ve ark., 2018). Dünyada depresyon çalışmaları genel olarak; alan çalışmaları, polikliniklerde ayakta tedavi gören hastalarla yapılan araştırmalar, yatarak tedavi gören hastalar ve huzurevlerinde yaşamını devam ettiren yaşlılar üzerinde yapılan çalışmalar olarak çeşitlenmektedir. Elbette bu durum hem dünyada hem de Türkiye’de yapılan çalışmalarda prevalans açısından farklılıklar yaratmaktadır. Aynı zamanda kullanılan ölçüm araçlarının çeşitli olması da bu farka katkı sağlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tahminlerine göre yaşlılıkta duygu durum rahatsızlıkları %10 ila %20 arasında seyretmektedir (Murthy, 2001). Depresyon prevalansı çalışmalarına bakıldığında 1955-2005 yılları arasında dünyada geriatrik depresyon prevalansı %10,3 olarak görülmektedir (Barua ve ark., 2011). Son beş yılda yapılan çalışmalarda bu oran

kültürel olarak değişmekle beraber, dünya genelinde %3,7 ile %60,6 arasında seyrettiği görülmektedir (Subramaniam ve ark., 2016; Qadir ve ark., 2014). Ayrıca depresyon belirtileri üzerine yapılan bir çalışmada, subsendromal depresyonu %13,4 ile %30,8 aralığında değerlendirmektedir. (Subramaniam ve ark., 2016; Gao ve ark., 2009)

Brezilya’da 2016 yılında yapılan toplum temelli bir çalışmada ise depresyon prevalansı %52,6 bulunmuştur (Matias ve ark., 2016) Ancak şu noktaya da dikkat çekmek gerekir ki dünya genelinde yapılan bu çalışmaların prevalansları incelendiğinde %10,6 ile %31,5 aralığında olduğu görülmektedir (Feng ve ark., 2014; Qadir ve ark., 2014). Bununla birlikte ülkemizde yapılan toplum temelli çalışmalarda da literatürle paralel olarak sırasıyla %16, %18,5 gibi oranlar verilmektedir. (Yaka ve ark., 2014; Kulaksızoğlu ve ark., 2005) Dünyada klinik temelli çalışmalara bakıldığında, %20,9 ile %57 aralığında oranlar görülmektedir (Sarró-Maluquer ve ark., 2013; Ghimire ve ark., 2018). Sadece hastanede belli bir sebeple bulunmuş olmanın dahi depresyon prevalansını arttırdığı görülmüştür. Örneğin Türkiye’de Arslantaş ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada prevalans %45,8 olarak bulunmuştur (Arslantas ve ark., 2014). Yatan hastalar üzerinde yapılmış diğer bir çalışmaya göre ise, yaşlıların %29’unda depresyonda oldukları tespit edilmiştir (Karam ve Itani, 2014) Özellikle bu oranların bakım evlerinde bir hayli yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca yaşlıların, uzun süre bakım evinde kalıyor olmaları, yüksek risk sebebidir. Sonuç olarak, dünya literatüründe görebildiğimiz en düşük prevalans %31’lerden başlamakta ve en yüksek prevalans %60,6’ı dahi görebilmektedir (Iden ve ark., 2014; Qadir ve ark., 2014).

Yaşlı nüfusun özellikleri göz önüne alındığında, komorbid hastalıklar açısından değerlendirmek son derece önemlidir. Çünkü herhangi bir hastalığa sahip olmak, kronik bir hastalığa sahip olmak veya yüksek riskli bir hastalığa sahip olmak tüm yaş gruplarını etkilediği gibi, yaşlıları da etkilemektedir. En sık görülen yaşlılık hastalıklarından biri demanstır. Thyrian ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, demanslı hastalarda depresyon semptomları %15 oranında tespit edilmiştir (Thyrian ve ark., 2016). Demanslı olmayan Parkinson hastalarında yapılan bir çalışmada, %85,4 gibi çok ciddi bir prevalans verilmiştir (Zhu ve ark., 2017). Yine yaşlılıkta sıkça rastlanılan koroner kalp hastalarında yapılmış 27 çalışmayı inceleyen Ren ve arkadaşlarının meta-analizine göre depresyon sıklığı %34,6 ile %45,8 aralığındadır. (Ren ve ark., 2014).

Yaşlılıkta sıklıkla görülen bir diğer hastalık ise felçtir. Felç geçiren yaşlı hastalarla yapılan bir çalışmada felçten sonraki ilk ay içinde depresyon sıklığı %28, felçten sonraki beş yıla kadar olan süre için ise %31 olarak değerlendirilmiştir (Hackett ve Pickles, 2014). Ayrıca Parpa ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada, 65 yaş ve üzerinde olan kanser hastaları arasında en sık görülen psikiyatrik hastalık depresyon olarak tespit edilmiş; ikinci sıradaki hastalık ise anksiyete olarak bulunmuştur (Parpa ve ark., 2015). Kırılgeanlık ve depresyon prevalansı arasındaki ilişkiyi ele alan bir çalışmada depresyon sıklığı %38.6 olarak bulunmuştur (Soysal ve ark., 2017). Yapılan çalışmalar, yaşlının diabet, artrit, sindirim hastalıkları ve kronik bronşit problemlerinin olmasının yaşlıyı geriatrik depresyon açısından oldukça riskli duruma soktuğu gösterilmektedir (Kim ve ark., 2015). Ayrıca şunu da eklemek gerekir ki yaşlılık döneminde insanlarda beslenme problemleri ortaya çıkabilmektedir. Malnütrisyon durumunda yaşlılardaki depresyon sıklığının %7 olduğu yapılmış bir çalışmada gösterilmektedir (Ghimire ve ark., 2018).

Depresyon prevalansı cinsiyete göre değişmektedir. Kadınların depresyona erkeklerden daha yatkın olduğu birçok çalışmayla desteklenmektedir (Campbell ve ark., 2017). Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere oranla üç kat daha fazla depresyonda oldukları görülmüştür (Kulaksızozğlu ve ark., 2005). Kadınlar sadece ilerleyen yaşlarda değil, tüm yaş gruplarında erkeklerden daha fazla risk altındadır. Biyolojik ve toplumsal temeller kadını depresyona yatkın hale getirmiş etkenler olarak görülmektedir. Bununla birlikte ekonomik olarak; erkek bireye kıyasla, tam bağımsızlığını sağlayamamış olması, hayat boyu travmaya maruz kalma riskinin yüksek olması ve toplumsal olarak kadına yüklenen görev yaygın tahminlerden birkaçıdır. Ayrıca kişilik özellikleri ve sorunlarla baş etme biçimi de bu durumun ortaya çıkmasındaki diğer önemli etkenler arasında değerlendirilmektedir. Yaşlı kadınların erkeklere göre daha fazla sosyal ve ekonomik riskleri bulunmaktadır (Forlani ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmaya göre kadınlar depresyonun orta ve ileri düzeylerini erkeklere oranla daha fazla deneyimlemektedirler (Kim ve ark., 2015). Bununla birlikte, başka bir araştırmada ise depresyona yakalanma riski kadınlarda artsa da depresyonun herhangi bir seviyesinde kalma süresi cinsiyete bağlı olarak değişmemekte, benzer bir seyir göstermektedir (Carifio ve Nasser, 2012).

Bunlar arasında literatürde üzerinde çok durulmayan ancak dikkat çeken bir başka yordayıcı sahip olunan çocuk sayısıdır. Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre, bireyin dört

çocuktan daha fazla çocuğa sahip olması da depresyon için risk faktörü olarak gösterilmiştir (Kulaksızoğlu ve ark., 2005).

Yaş gruplarını sınıflandırarak yapılan çalışmalar da vardır. Örneğin He ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre 71-80 yaş arası %45,19 depresyon prevalansı oranıyla en yüksek olduğu dönemi göstermektedir. 65-70 yaş aralığı ise %37,44 ile ikinci sırada ve en düşük olduğu dönemin 80 yaş sonrasında %5,9 oranlarıyla ortaya çıktığı görülmektedir (He ve ark., 2016). Yine bir başka çalışmada da 81 yaş ve sonrasında depresyonun giderek azaldığı rapor edilmiştir (Forlani ve ark., 2014) Türkiye’de Bulut ve ark.’nın 2013-2017 seneleri aralığında geriatrik sendromların sıklıklarını inceledikleri çalışmaya göre depresyon ilerleyen yaşlarda artış göstermemektedir. Bunun sebepleri olarak, azalan duygusal tepki ve artan duygusal kontrol olduğu tespit edilmiştir. (Bulut ve ark., 2018). Buna karşın, Pakistanda yapılan bir çalışmaya göre ise, kısmen daha yaşlı olmak depresyonun belirleyicisidir (Qadir ve ark., 2014; Sarró-Maluquer ve ark., 2013). Sonuç olarak literatür yaş konusunda farklı sonuçlara sahiptir.

Depresyonu medeni durum açısından değerlendiren çalışmalar da vardır. Dul veya bekâr olmaya bakmaksızın hastaların eş kaybına uğramış olması veya yalnız yaşaması depresyon için büyük bir risktir. Bunu destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır (Gullich ve ark., 2016). Ayrıca yalnız yaşamak, yapılan bir çalışmada depresyonun orta ve yüksek düzeylerinde belirleyici bir kriter olarak gösterilmiştir (Gao ve ark., 2009). Bununla benzer sonuçlara sahip bir başka çalışmada ise, yalnız olanların %23,1’i orta düzey, %17,4’ü ise klinik olarak yüksek düzeyde depresyon belirtileri göstermektedirler (Kim ve ark., 2015). Evlilik yılı açısından depresyonu inceleyen bir çalışmada evlilik yılının kısa olması da depresyon için yüksek riskli bir faktör olarak gösterilmiştir (Campos ve ark., 2014).

Geriatrik depresyondan bahseden neredeyse tüm çalışmaların ortak noktası düşük eğitim seviyesinin ciddi bir risk faktörü olmasıdır (Kulaksızoğlu ve ark., 2005; Qadir ve ark., 2014; Brinda ve ark., 2016; Kim ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada cinsiyet farkı olmaksızın beş yıl ve daha fazla süre eğitim almış olmak koruyucu faktör olarak gösterilmiştir (Campos ve ark., 2014). Ayrıca yine cinsiyet farkı olmaksızın emekli bireylerin, çalışanlardan dört kat daha fazla depresyon teşhisi aldıkları da gösterilmiştir. Emekli olmanın bireylerin çevrelerinden uzaklaşmalarına ve kendilerini işlevsel hissetmemelerine neden olarak depresyon riskini arttırdığı ileri sürülmektedir. (Assil ve Zeidan, 2013).

Kişilerin gelir düzeyleri, yaşlılık döneminde depresyona girmede, önleyici veya risk oluşturabilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Brezilya’da yaşam kalitesi ve gelir düzeyi üzerinden depresyonu inceleyen çalışmalarda düşük gelir düzeyinin risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. (Campos ve ark., 2014; de Araújo ve ark., 2016).

Epidemiyoloji bölümüne, çoğu araştırmada eklenmeyen ancak üzerinde az da olsa çalışma yapılmış inanç sistemi ve depresyon arasındaki ilişkiyle ilgili olarak yapılan bir çalışmada, herhangi bir varlığa olan inanç ile depresyon arasında ters bir korelasyon olduğu görülmüştür. (Carifio ve Nasser, 2012).

2.3.3.Yaşlılık Dönemi Depresyonunda Kullanılan Ölçekler

Klinisyenler, depresyon belirtilerini değerlendirirken bazı ölçeklerden faydalanabilirler. Burada kullanılacak veya tercih edilecek ölçeğin seçiminde en önemli olan faktör hedefe uygun bir seçim yapmaktır. Hedef kitlesi yaşlı popülasyon olan çalışmalarda, ölçeğin yaşlı nüfusunda valide edilmiş olması gerekmektedir.

Geriatrik Depresyon Ölçeği, 65 yaş ve üstü bireylerde uygulanan depresyon ölçekleri arasında en yaygın kullanılan ölçektir. Yesavage JA ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (Yesavage ve ark., 1983). Bu ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin hem orijinali hem de kısaltılmış formları son beş yılda bu alanda yazılmış makalelerin büyük bir kısmında yordayıcı olarak belirlenmiştir. GDS-15 olarak geçen 15 maddelik versiyonunun güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Burke ve ark. tarafından 1991 yılında kullanım kolaylığı sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (Burke ve ark., 1991) Daha sonra ölçeğin GDS-5 gibi daha kısa versiyonları yapılmıştır (Rinaldi ve ark., 2003). GDS-3, GDS-4 GDS-5 ve GDS-6 ölçeklerinin çalışması ülkemizde Dokuzlar ve ark tarafından çalışılmıştır. (Dokuzlar ve ark., 2018)

Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ), yaşlılarda sık görülen demans hastalığında depresyonu taramayı sağlamaktadır. Alexopoulos ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (Alexopoulos ve ark., 1988). 60 yaş ve üstü hastalara uygulanabilen ölçeği uygulayan kişinin, psikopatolojiler hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerliği Amuk ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılmıştır (Amuk ve ark., 2003). Duygu durum, davranışsal değişiklikler, fiziksel bulgular, döngüsel fonksiyonlar ve düşünsel değişiklikler olmak üzere beş alt boyut ve 19 maddeden

oluşmaktadır. Test-tekrar test tutarlılığı $r = 0.93$; Cronbach alfa değeri 0.86 olarak saptanmıştır.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) depresyon varlığını ve şiddetini taramak için kullanılan dokuz soruluk bir ölçektir. Türkçe'ye 'Hasta Sağlığı Ölçeği' olarak çevirilebilir. Geriatrik popülasyonda genellikle tercih edilmemekle beraber, Phelan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada GDS-15 ve PHQ-2 ile karşılaştırmalı olarak kullanıldığında uygulanabilir olduğu gösterilmiştir (Phelan ve ark., 2010).

'AM SAD'ölçeği depresyon varlığını geriatrik popülasyon açısından değerlendirmek ve klinikte yaşanan yoğun durumlarda hastaların doğru değerlendirilmesini sağlamak amacıyla Chakkamparambil ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Chakkamparambil ve ark., 2015) Son iki hafta süresince olan duygu durumunu sorgulamaktadır. Ölçek beş ayrı sorudan oluşur. *Appetite* (A) iştah durumu, *Mood* (M) duygu durumu, *Sleep* (S) uyku, *Activity* (A) aktivite veya enerji seviyeleri ve *Death* (D) ölüm veya hayatın değersizliği inancı olmak üzere beş maddede depresyonun varlığını sorgular. Her bir madde 0 asla, 1 sadece bir gün ve 2 ise iki ya da daha fazla gün sayısında sıkıntı yaşanıldığını belirtmekte kullanılır. Puanlar toplanarak 0 ila 10 arasında bir puan elde edilir. Ülkemizde validasyonu Soysal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Soysal ve ark., 2016). Ölçeğin kesim noktası 2 olarak belirlenmiştir ancak eğer iştah maddesinin puanı 2 ise yaşlılar arasında iştah problemi epey yaygın olduğundan kesme değeri 3 puan olarak alınmalıdır.

2.3.4.Risk Etmenleri

Yaşlılık döneminde, geriatrik depresyonu ortaya çıkarabilecek birçok risk etmeni vardır. Örneğin yaşlının kronik hastalıklara sahip olması ve bu kronik hastalıkların sayısı kişi için önemli bir risk faktörüdür (Arslantas ve ark., 2014). Bununla birlikte; fonksiyonel bağımlılığı herhangi bir sebeple var ise yaşlı yine risk altındadır (Thyrian ve ark., 2016). Yaşlının eğitim seviyesinin düşük olması, dul olması, yalnız yaşaması, sosyalleşmeden kaçınması veya sosyalleşebileceği kimseyi bulamaması, ekonomik olarak kendini geçindirecek durumda olmaması veya herhangi bir yerden gelirinin olmaması, yetersiz beslenmesi ve uyku problemlerinin olması yaşlılık dönemi depresyonu için birer risk faktörüdür (Taheri ve ark., 2017). Ayrıca sigara tüketmek, bakım evinde kalıyor olmak, hastanede yatıyor olmak, düşük MMSE skoruna sahip olmak ve bilişsel işlevlerin azalması da diğer risk etmenlerindendir (Gullich ve ark., 2016).

2.3.5. Koruyucu Etmenler

Depresyon, ilerleyen zamanlarda artan sakatlık, maliyetler ve zaman içinde olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili yaygın bir hastalıktır (Gullich ve ark., 2016). Teşhis edilmesi yaşlı grubunda somatik belirtileri nedeniyle zor olmakta ve teşhis koymada sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle depresyon gelişmeden önce koruyucu etmenlerin üzerinde durulması önem arz etmektedir. Bireyin sağlık sigortasının olması, eğitim düzeyinin görece orta veya yüksek olması, evinde yaşıyor olması, evli olması, ekonomik problemlerinin olmaması, dinsel etkinlikler, hobiler veya fiziksel aktivite gibi boş zamanlarda yapılacak etkinliğinin olması, sağlığını ve psikolojik durumunu iyi olarak algılaması koruyucu etmenlerdendir (Brinda ve ark., 2016; Sarró-Maluquer ve ark., 2013).

2.3.6. Prognoz

Geriatrik depresyon, engellilik, artan ölüm oranı ve fiziksel hastalıklardan dolayı daha kötü sonuçlarla ilişkilidir (Singh ve ark., 2015). Özellikle, bilişsel bozukluklarla ilişkilendirildiğinde, yaşlılıkta şiddetli depresyon dönemlerinde normalden daha fazla sosyal yetkinlik ve yaşam kalitesinde kayıp riski vardır (Kessler ve ark., 2014). Sosyal geri çekilme ve kendini ihmal etme ile sonuçlanabilir ve özellikle yaşlı erkeklerde yüksek intihar riski ve genel olarak yaşam beklentisini azaltmalarına neden olabilir (Klosterkötter, 2015).

İlaçlar veya psikoterapi şeklindeki depresyon tedavileri mevcuttur, ancak tedavi edilenlerin büyük bir kısmı tam olarak yanıt verememektedir ve semptomların nüksetmesi iyileşenler arasında sık görülmektedir (Almeida, 2014). Örneğin Comijs ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 65 yaş ve üzeri yaşlarda bulunan depresyon hastaları iki sene boyunca incelenmişlerdir. Başlangıç durumunda klinik olarak depresyonda olan 285 yaşlıdan neredeyse yarısı (% 48,4) iki yıl sonra depresif durumdan halen mustarip bulunmuşlardır. Depresif durumdan mustarip olan kişilerin, belirtilerin başlangıcında da daha ciddi depresif belirtileri, komorbid distimileri, daha erken başlangıç yaşları ve diğerlerine göre daha fazla kronik hastalıkları olan hastalar olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca başlangıçta depresyonda olan hastaların % 61'inde iki yıl boyunca kronik bir depresif semptom seyri gözlenmiştir (Comijs ve ark., 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Araştırmanın türü kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı Kliniği'nde Kasım 2015 ile Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı'na herhangi bir sebeple başvurmuş olan 65 yaş ve üstü 400 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların çalışmaya dahil olma ve dışlama kriterleri aşağıda gösterildiği gibidir.

Dahil olma kriterleri:

65 yaş üstü olup geriatri polikliniğine başvuran dışlama kriterleri olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri:

Araştırmanın dışlama kriterleri şu şekildedir.

- Kognitif yetersizliği olan hastalar (Alzheimer hastalığı, Frontotemporal demans, Lewy Body Demans ve benzeri)
- Deliryum tablosunda olan hastalar
- Psikotik hastalığı olanlar (şizoaffektif bozukluk vs.)
- Son 2 hafta içinde akut hastalık geçirmiş olan hastalar (akut koroner sendrom, akut serebrovasküler olay, Gastrointestinal kanama gibi hastanın genel sağlık durumunu bozan ciddi hastalık geçirme ya da yoğun bakımda yatma öyküsü olanlar)
- Hastanın emosyonel durumunu etkileyen ilaç kullanımı olanlar (Benzodiyazepin, alfa metil dopa, hidralazin, kortikosteroid vb)
- Alkol kötüye kullanımı ve madde kullanımı olan hastalar

3.4. Çalışma materyali

Katılımcıların 65 yaş ve üzeri olmaları nedeniyle olası tüm demans türleri ve psikotik rahatsızlıkların iyi değerlendirilmiş olması, araştırmanın şeffaflığı açısından kıymetlidir. Bu nedenle onamı alınmış tüm hastalara, MMSE ve Kognitif Durum Testi (COST) uygulanmıştır. Dışlama kriterleri doğrultusunda bilişsel bozukluk gösteren hastalar elenmiştir. Ardından Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu ve Demografik bilgileri almak için Veri Kayıt Formu uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni depresyon varlığıdır. Bağımsız değişkenleri ise; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, eğitim süresi, medeni hali ve yaşadığı ortamdır. Bu bağımsız değişkenlerle beraber GDS-15'in geçerlik ve güvenirliği araştırılacaktır. Kontrol değişkeni, kognitif yetersizliği olan hastalar, deliryum tablosunda olmak, psikotik hastalığı olmak, son iki hafta içinde akut hastalık geçirmiş olmak, emosyonel durumu etkileyen ilaç kullanımı olmak şeklinde belirlenmiştir.

3.6. Veri toplama araçları

Mini Mental State Examination (Standardize Mini Mental Durum Muayenesi)-MMSE:

65 yaş ve üzeri bireylerde kognitif yeterliliğin değerlendirilmesi bazı hastalıkların teşhis ve tedavisinde oldukça önemlidir. Kognitif yeterliliğin değerlendirilmesinde en sık kullanılan tarama ölçeklerinden biri Standardize Mini Mental Durum Muayenesidir. Zaman ve yer oryantasyonu, anlık ve yakın bellek, hesaplama ve dil yetenekleri hakkında bilgi verir (Folstein ve ark., 1983). Ayrıntılı olarak bakılırsa, 10 puan zaman ve mekan oryantasyonu, 3 puan kayıt ve 3 puan hatırlama olmak üzere toplamda 6 puan bellek, 5 puan dikkat, 8 puan dil ve 1 puan görsel-mekânsal işlevleri ölçeğin toplamda 30 maddelik bir testtir. 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Folstein ve ark., 1983). Ülkemizde validasyonu Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Güngen ve ark., 2002). Ekip aynı zamanda okur-yazar olmayanlar için de bir seçenek geliştirmiştir. Ölçeğin değerlendirmesinde 24-30 puan arası normal, 18-23 aralığı hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demans olarak kabul görmektedir. Hızlı, pratik, standardize edilmiş olması tüm uygulayıcılara kolaylık sağlamakta ve testin yaygın olarak kullanılmasını sağlamaktadır. Ölçek ne kadar yaygın ve dünya çapında kabul edilir olsa da direk tanı koyucu bir işlevi yoktur. Ancak doktorlar tarafından hasta hakkında fikir edinmek için önemli bir araçtır. Teşhiste fayda sağlamakla

beraber belli aralıklarla tekrar edilmesi durumunda hastalığın seyri hakkında da fikir verebilir (Ertay, 2011).

Cognitive State Test (Kognitif Durum Testi)-COST:

Kognitif Durum Testi, Babacan ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir (Babacan-Yıldız ve ark., 2013). Ölçek sadece normal bireylerde değil aynı zamanda demans hastalarında da kullanılabilmektedir. Ayrıca eğitim seviyesi fark etmeksizin tüm bireylerde uygulanabilmektedir. Kısaca COST dediğimiz ölçeğin kesme değeri 24/25'dir. Ölçek; 8 madde oryantasyon, 9 madde bellek, 7 madde dikkat, 3 madde yönetici işlevler, 7 madde dil, 1 madde agnozi, 2 madde apraksi ve 1 madde vizüospasyal işlevler olmak üzere 38 maddeden oluşmaktadır. En büyük avantajı, neredeyse tüm kognitif alanları kapsamasıdır. Diğer bir avantajı ise testin eğitimsiz kişilerde de yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip olmasıdır. 5 ila 7 dakika arasında uygulanabilen iki sayfa olan ölçeğin en yüksek skoru 30'dur. Ölçek tek başına tanı için yeterli olmamakla beraber hastalık hakkında fikir verebilir. Yine hastalığın gidişatı noktasında değerlendirme imkânı sağlar.

Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS):

Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS), 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Yesavage ve ark., 1983). Öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan bu ölçeğin hazırlanmasındaki temel amaç yanıtlanması kolay ve yaşlılara yönelik sorulardan oluşmasıdır. Yanıtları sadece 'evet' veya 'hayır' olan sorulardan oluşan bu ölçeğin puanlamasında, her soruya depresyon lehine verilen yanıt için 1 puan, aleyhine verilen yanıt için ise 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir. Bu ölçeğin uzun formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini 1997'de Ertan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 30 maddeden oluşan bu form değerlendirilirken, eşik değer 14 alındığında duyarlılığın %80, özgüllüğün ise %100 olduğu saptanmıştır. Eşik değer puanının 0-11 puan arasında olması depresyon olmadığı, 11-14 puan arasında olması 'olası depresyon' durumu oluşturduğu, 14 ve üzeri puanın ise 'depresyon' olduğu yönünde değerlendirilmiştir. (Ertan ve ark., 1997).

Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDS-15):

1991 yılında kullanım kolaylığı sağlamak için GDS kısaltılmıştır. Burke ve arkadaşları tarafından 15 soruluk kısa formunun geçerliliği ve güvenilirliği çalışılmıştır (Burke, ve ark., 1991). GDS kısa formu hastanın duygu durumunu sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır; hasta

soruları cevaplarken son bir hafta içinde hissettiklerini baz almalıdır; cevaplar tıpkı uzun formundaki gibi ‘evet’ ya da ‘hayır’ şeklindedir; maddeye göre bazı sorularda ‘evet’ cevabı, ters uçlu sorularda ise ‘hayır’ cevabı depresyon lehine düşünülerek 1 (bir) puan verilir. Ölçeğin kesme noktası 7 puan ve üzeridir. Klinik değerlendirme tüm ölçeklerde olduğu gibi bu ölçekte de esastır. Ölçeğin Türk yaşlı nüfusunda validasyonu bu çalışmanın amacıdır.

Veri Kayıt Formu:

Hastanın doğum tarihi, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, eğitim süresi ve yaşadığı ortam araştırılmıştır.

3.7. Araştırma planı

Araştırma konusunun belirlenmesi(Eylül 2015-Ekim 2015)



Etik kurul raporunun hazırlanması (Ekim 2015-Kasım 2015)



Literatür taraması (Ağustos 2016- Eylül 2016)



Çalışma Dizaynı (Eylül 2016-Ekim 2016)



Verilerin toplanması (Kasım 2016-Şubat 2017)



Sonuçların değerlendirilmesi (Şubat 2017- Nisan 2017)



Tez yazımının bitirilmesi ve teslim(Nisan 2017-Kasım 2019)

3.8. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile test edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın temel kısıtlılığı, hastaların tek bir polikliniğe başvuran hastalardan oluşmasıdır. Bu durum şöyle bir yanlılık oluşturabilir. Hastaların tümü herhangi bir sağlık hizmetine ulaşmaya imkânı olan kişilerden oluşmaktadır. Evde bakım gören, yatalak olan veya kırsal bölgede yaşayıp üniversite hastanesine erişim sağlayamayan birçok kişiye genellenememektedir. Veya yaşadığı depresyonun yaşlı stereotipik özelliği olduğu düşünülerek uzman yardımı alamayan bireyleri kapsayamamaktadır. Bu nedenle de toplumu temsil etmede sınırlıdır. Başka bir kısıtlılık ise, çalışmada sadece kognitif olarak sağlıklı bireylerin değerlendirilmiş olmasıdır. Bu nedenle bu çalışma sadece kognitif olarak sağlıklı bireyler üzerinde geçerli ve güvenilirlerdir.

3.10. Etik Kurul Onayı

“Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formunun Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” başlıklı bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’nun 05.11.2015 tarih ve 2349-GOA protokol numaralı 2015/25-13 no’lu kararı ile uygun bulunmuştur. Kurumun izni etik kurul raporu ile beraber alınmış olup, yine kurula sunulmuş olan ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu’ tüm çalışmaya dahil edilmesi düşünülen hastalar ve hasta yakınları tarafından imzalatılıp bir kopyası bulundurulmuştur. Tüm katılımcılarımız kognitif olarak sağlam bireylerden oluşsa dahi, tanıklık eden kişilerden de imza alınmış ve çalışma o şekilde başlatılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Evren ve Örneklem

Tablo 5. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş		
65-70	114	34,7
71-75	73	22,2
76-80	77	23,4
81 Ve Üzeri	65	19,8
Cinsiyet		
Kadın	202	61,4
Erkek	127	38,6
Eğitim Süresi		
8 Yıl Ve Altı	201	61,1
8 Yıl Üzeri	128	38,9
Medeni Durum		
Evli	184	55,9
Bekar	145	44,1
Yaşanılan Ortam		
Yalnız	69	21,0
Eş	164	49,8
Akraba Ve Diğer	96	29,2
	Ortalama	S.s
Yaş	74,4	8,5

Çalışmamıza katılan hastaların 114'ü (%34,7) 65-70 yaş aralığında, 73'ü (%22,2) 71-75 yaş aralığında, 77 hasta (%23,4) 76-80 yaş aralığında ve 65 hasta ise (%19,8) 81 yaş ve üzeri olarak dağılmaktadır. 71 hastamız dışlama kriterleri nedeniyle çalışmaya alınmamıştır.

Katılımcıların, 202'si kadın (%61,4) , 127'si ise erkek (%38,6) olarak dağılmaktadır.

Çalışmamızda eğitim süresine göre katılımcılarımızın 201'i (%61,1) 8 yıl ve altında eğitim görenler, 128'i (%38,9) 8 yıl üzerinde eğitim alanlar olarak dağılmaktadır.

Bireyler medeni duruma göre değerlendirildiğinde 184 kişi (%55,9) evli, 145 kişi ise (%44,1) bekâr veya dul olarak dağılmaktadır.

Ayrıca yaşanan ortama göre bakıldığında, 69 kişi (%21,0) yalnız yaşamakta, 164 kişi (%49,8) eşiyle yaşamakta, 96 kişi ise (%29,2) akrabalarının yanında yaşamaktadır.

4.2. GDS-15 Ölçeği Güvenirlik Ve Madde Analizi

Bu bölümde, GDS-15 depresyon ölçeğine ilişkin bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar aşağıda açıklanmıştır.

GDS-15 ölçeğine iç tutarlılığını belirlemek üzere güvenirlik analizi uygulanmıştır. Güvenirlik analizi ölçekte bulunan maddelerin birbirleri ve ölçek geneli ile tutarlı olup olmadığını göstermektedir. Aynı zamanda ölçek ifadelerinin denekler tarafından aynı anlaşılıp anlaşılmadığını da belirlemektedir. Güvenirlik, katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar arasındaki tutarlılıktır (Büyüköztürk, 2011). Literatürde ölçeğin güvenirliği (iç tutarlılık) yaygın olarak Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlenmektedir. Cronbach's Alpha katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri olarak " $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir", " $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir", " $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir", " $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir" olarak belirlenmektedir (Özdamar, 2004).

GDS-15 ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi uygulanmış ve Alpha katsayısı 0,920 olarak bulunmuştur. Maddelerin iç tutarlılığı etkisine yönelik madde analizi aşağıda verilmektedir.

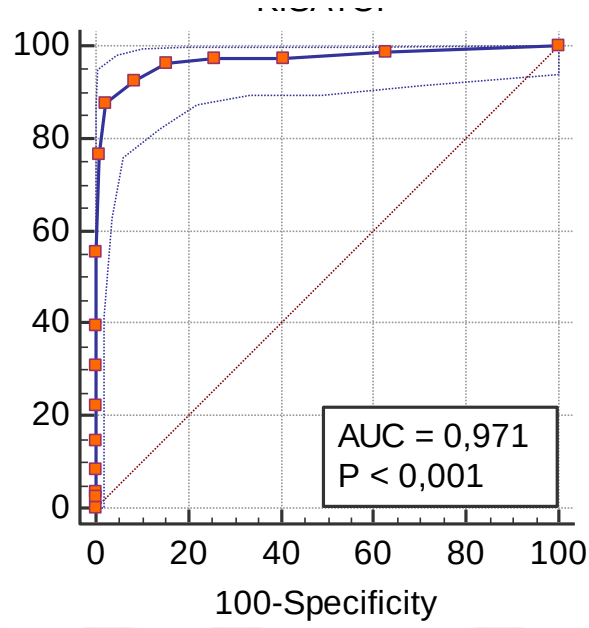
Tablo 6. GDS-15 Ölçeği Madde Analizi

	Madde silindiğinde ölçek puanı	Madde silindiğinde varyans	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde crombach alpha
madde1	3,16	11,174	,505	,919
madde2	3,06	10,819	,522	,919
madde3	3,06	10,660	,582	,918
madde4	2,91	10,346	,602	,918
madde5	3,10	10,605	,656	,917
madde6	3,02	11,489	,459	,920
madde7	3,09	10,552	,660	,917
madde8	3,11	10,979	,515	,919
madde9	3,01	11,235	,541	,919
madde10	3,05	11,414	,496	,920
madde11	3,23	11,646	,440	,919
madde12	3,15	10,965	,581	,918
madde13	2,99	10,547	,571	,919
madde14	3,17	11,104	,567	,918
madde15	3,12	11,200	,436	,920

Maddelere verilen yanıtların maddeler arasında ve ölçek toplamı ile pozitif korelasyona sahip olması beklenir. Bu durum katılımcıların önermeleri doğru anladıklarını ve objektif yanıt verdiklerini göstermektedir. Ölçekteki bir maddenin, maddeler toplamı ile korelasyon katsayısının 0,3 ve üzeri olması ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2011; Tavşancıl, 2002). Tablo incelendiğinde madde toplam korelasyonu ve madde silindiğinde Cronbach Alpha değerleri incelendiğinde iç tutarlılığı düşüren madde bulunmadığı saptanmıştır.

4.3. Kesim Noktasının Belirlenmesi

DSM-5 kriterlerine göre depresyon tanısı konulan hastalar ve konulmayan bireylere göre, GDS-15 ile hesaplanan puanların kesim noktasının belirlenmesine yönelik ROC analizi yapılmıştır. ROC eğrisi aşağıda verilmektedir.



Şekil 3. Roc Eğrisi

Roc eğrisinin anlamlılığına ilişkin değerler aşağıda verilmektedir.

Tablo 7. Roc Analizi

Toplam (N)	329
Pozitif Grup ^a	81 (24,62%)
Negatif Grup ^b	248 (75,38%)
Area under the ROC curve (AUC)	0,971
Standard Hata	0,0125
z statistic	37,768
p (Area=0.5)	<0,0001

Youden index J	0,8523
Kesim Noktası	≥ 5
Sensitivity	92
Specificity	91

a- DSM = 1; b- DSM = 0

Roc eğrilerinin altında kalan alanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$; 95% CI=0.947–0.996). Optimum kesim noktası (cut off değeri) ≥ 5 olarak belirlendi. Kesme noktasındaki Sensitivity (Duyarlılık) 92; Specificity (Özgüllük) 91 olarak belirlendi. Youden index J=0,8523 olarak bulundu ($0 < J = 0,8523 < 1$).

4.4. GDS-15 Maddelerinin DSM-5 Kriterlerine Göre Uyumu

DSM-5 kriterleri ile GDS-15 maddeleri arasındaki tutarlılığı değerlendirmek için Kappa tutarlılık testi kullanıldı.

Tablo 8. GDS-15 Maddelerinin DSM-5 Kriterlerine Göre Kappa Analizi

Maddeler	Kappa
1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	0.446*
2 Aktivitelerinizin ve ilgi alanlarınızın çoğundan uzaklaştınız mı??	0.564*
3. Hayatınızın boş/anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	0.580*
4.Çoğunlukla canınız sıkılır mı?	0.508*
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir?	0.572*
6. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	0.224*
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	0.631*
8. Sıklıkla kendinizi çaresiz/yardıma muhtaç hissediyor musunuz?	0.504*
9. Dışarı çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde oturmayı tercih ediyor musunuz?	0.334*
10. Hafızanızla ilgili olarak çoğu kişiden daha fazla probleminiz	0.215*

olduğunu düşünüyor musunuz?	
11. Şu anda yaşıyor olmanın güzel bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	0.244*
12. Son zamanlarda kendinizi değersiz hissediyor musunuz?	0.539*
13. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	0.495*
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu düşünüyor musunuz?	0.482*
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	0.434*

*p<0.001.

DSM-5 kriterleri ile GDS-15 maddeleri arasındaki tutarlılığı ortaya koyan kappa analizi ile birlikte yüksek korelasyon çıkması, tutarlılık göstergesi olarak kabul edilebilir. Kappa analizi gözlemciler arasındaki uyuma yönelik güvenilirliği belirleyen istatistik analiz yöntemidir (Cohen, 1960) Kappa (κ) Katsayısı Değerlendirme Kriterleri aşağıda verilmektedir (Landis ve Koch, 1977).

Tablo 9. Kappa (κ) Katsayısı Değerlendirme Kriterleri

Kappa (κ)	Yorum
< 0	Hiç uyuşma olmaması
0.0 — 0.20	Önemsiz uyuşma olması
0.21 — 0.40	Orta derecede uyuşma olması
0.41 — 0.60	Ekseriyetle uyuşma olması
0.61 — 0.80	Önemli derecede uyuşma olması
0.81 — 1.00	Neredeyse mükemmel uyuşma olması

Değerlendirme sonucunda GDS-15 maddelerinin tutarlılık gösterdiği saptanmıştır(p<0,05).

GDS-30 uzun form ile GDS-15 kısa form arasında korelasyon analizi ile uyumluluk test edilmiştir.

4.5. GDS-30 ile GDS-15 Arasında Uyum

Tablo 10. GDS-30 ile GDS-15 Arasında Korelasyon

	Ortalama	Standart Sapma	GDS-15	GDS-30
GDS-15	3,210	3,544	1,000	
GDS-30	8,210	7,303	0,966**	1,000

* $<0,05$; ** $<0,01$

GDS-30 ile GDS-15 arasında $r=0.966$ pozitif ($p=0,000<0.05$) ilişki bulunmuştur. Bu bulguya göre GDS-15 kısa form GDS-30 ile belirlenen özelliği ölçebilmekte olduğu saptanmıştır.

4.6. Depresyon Dağılımları

Tablo 11. Depresyon Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Depresyon (GDS-15)		
Depresyon Yok (<5)	252	75,4
Depresyon Var (≥ 5)	77	24,6

Yaşlı bireylerin 252'si (%75,4) depresyona sahip değil, 77'si ise (%24,6) depresyona sahip olarak dağılmaktadır.

4.7. GDS-15 Depresyon Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 12. GDS-15 Depresyon Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
GDS-15 Depresyon	65-70	114	2,760	3,442	0,982	0,401
	71-75	73	3,560	3,822		
	76-80	77	3,450	3,466		
	81 Ve Üzeri	65	3,310	3,486		

GDS-15 depresyon puanlarının yaşa göre farklılaşma durumu ‘Tek Yönlü Varyans Analizi’ ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların GDS-15 depresyon puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 13. GDS-15 Depresyon Puanlarının Yaşanılan Ortama Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
GDS-15 Depresyon	Yalnız	69	3,290	3,272	1,601	0,203
	Eş	164	2,890	3,418		
	Akraba Ve Diğer	96	3,700	3,902		

GDS-15 depresyon puanlarının yaşanılan ortama göre farklılaşma durumu ‘Tek Yönlü Varyans Analizi’ ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların GDS-15 depresyon puanları yaşanılan ortam değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 14. GDS-15 Depresyon Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
GDS-15 Depresyon	Kadın	202	3,580	3,670	2,435	327	0,013
	Erkek	127	2,610	3,259			

GDS-15 depresyon puanlarının cinsiyete göre farklılaşma durumu ‘Bağımsız Gruplar T-Testi’ ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların cinsiyete göre GDS-15 Depresyon puanları anlamlı bir farklılık göstermektedir($t_{(327)}=2.435$; $p=0.013<0,05$). Kadınların GDS-15 depresyon puanları ($\bar{x}=3,580$), erkeklerin GDS-15 depresyon puanlarından ($\bar{x}=2,610$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. GDS-15 Depresyon Puanlarının Eğitim Süresine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
GDS-15 Depresyon	8 Yıl Ve Altı	201	3,700	3,712	3,165	327	0,001
	8 Yıl Üzeri	128	2,450	3,124			

GDS-15 depresyon puanlarının eğitim süresine göre farklılaşma durumu ‘Bağımsız Gruplar T-Testi’ ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların eğitim süresine göre GDS-15 depresyon puanları anlamlı bir farklılık göstermektedir($t_{(327)}=3.165$; $p=0.001<0,05$). 8 Yıl ve altı eğitim alanların GDS-15 depresyon puanları ($\bar{x}=3,700$), 8 yıl üzeri eğitim alanların GDS-15 depresyon puanlarından ($\bar{x}=2,450$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 16. GDS-15 Depresyon Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort	Ss	t	sd	p
GDS-15 Depresyon	Evli	184	2,930	3,386	-1,621	327	0,106
	Bekar	145	3,570	3,715			

GDS-15 depresyon puanlarının medeni duruma göre farklılaşma durumu ‘Bağımsız Gruplar T-Testi’ ile değerlendirilmiştir. Yaşlıların GDS-15 Depresyon puanları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, GDS-15'in, bilişsel bozukluğu olmayan hastalarda DSM-5 ölçütleri ile güçlü bir korelasyonu olduğu tespit edilmiş, Türk geriatrik hastalarında geçerli ve güvenilir bir depresyon tarama aracı olduğu gösterilmiştir.

Geriatrik depresyon prevalansı 65 yaş ve üstü hastalarda %24,6 olarak bulunmuştur. Bu durum, klinik olarak, hastaneye başvurmış olan hastalarda yapılmış olan bir çalışmada bulunan %28.5 prevalans ile benzerdir (Soysal ve ark., 2016). Bu sonuca göre neredeyse her dört yaşlıdan biri depresyon hastasıdır. Sonuçlar ülkemizde geriatrik depresyonun yaygınlığını ve ciddiyetini ortaya koymaktadır.

Geriatrik olgularda tanının zamanında konulması ve tedaviye erken başlanması kişinin sağlık durumunu, hayat kalitesini ve beklenen yaşam süresini artırır; bakım verenin yükünü azaltır; dolayısıyla, bu popülasyona harcanan sağlık giderlerini azaltabilir (Alexopoulos ve ark., 2001). Her ne kadar depresyon yaşlılarda sık görülen bir hastalık olsa dahi, sıklıkla tespit edilemez ve dolayısıyla tedaviye başlanamaz. Yapılan bir çalışmada yaşlı intihar girişimlerinin çoğunun, intihar girişiminden sonra duygu durum bozukluğu tanısı aldığı belirtilmiştir. Bu yetişkinlerin sadece %4'ünün girişimden önce teşhis edilebildiği ileri sürülmüştür (Suominen ve ark., 2004). Bu nedenlerle, depresyonun hızlı, kolay ve doğru tespit edilmesi yaşlılarda oldukça kıymetlidir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, kısa, güvenilir ve etkili bir tarama aracının belirlenmesi gereklidir. Biz GDS-15'in Türk yaşlı nüfusunda birincil bakımda hizmet veren klinisyenler için ihtiyacı karşılayacak bir ölçme aracı olduğuna inanıyoruz.

Çalışmamızda kadınların erkeklerden daha fazla depresyon semptomları gösterdikleri görülmektedir. Literatüre baktığımız zaman bulgumuzu destekleyen birçok çalışma görmektedir. Örneğin He ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre kadınlar erkeklerden daha fazla depresyon belirtileri göstermekle beraber, depresyonu daha ciddi veya ağır şekilde geçirmektedirler (He ve ark., 2016).

Çalışmamızda literatürle paralel olarak, eğitimin koruyucu bir faktör olduğunu ve yaşlılarda depresyon prevalansının, sekiz seneden daha uzun bir süre eğitim görmüş kişilerde daha az yaygın olduğunu görmektediriz (Campos ve ark., 2014).

Yaş aralıkları ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatüre baktığımız zaman çalışmamızı destekleyen araştırmalar olduğu gibi, yaş aralıklarına göre depresyon prevalansının anlamlı şekilde farklılaştığını tespit eden çalışmalar da vardır (Sarró-Maluquer ve ark., 2013; Forlani ve ark., 2014). Bu durumun örneklem yapısının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca örnekleme daha geniş tutarak anlamlı sonuçlar elde edilebilir.

Medeni durum bakımından incelediğimizde çalışmamızda anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır. Ancak literatüre baktığımızda birçok çalışmada evli olmak depresyondan koruyucu bir etken olarak belirtilmektedir. Mesela Qadir ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya göre bekâr veya dul olmak depresyon sebebi olarak gösterilmiştir (Qadir ve ark., 2014). Burada diğer bir önemli faktör ise, kişinin yaşadığı ortamdır. Her ne kadar çalışmamızda depresyon oranları bakımından yaşanan ortama göre anlamlı bir farklılaşma bulunamasa da literatüre baktığımızda genel olarak yalnız yaşamının depresyon için risk faktörü olduğu görülmektedir (Gullich ve ark., 2016; Arslantas ve ark., 2014). Bu farklılaşmanın bulunamamasının sebebi olarak yalnız yaşayan hasta sayısının diğer kategorilerdeki hasta sayılarına göre oldukça az olması düşünülmektedir.

Çalışmamız, başka toplumlarda yapılan analizlere benzer şekilde GDS-15'in depresyon hastası olanları, olmayanlardan ayırt etmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir. GDS ve DSM-5 arasında oldukça yüksek bir korelasyon olduğu bulunmuştur (Sheikh ve Yesavage 1986; Alden ve ark., 1989; Leshner ve Berryhill 1994).. Kesim noktası ≥ 5 olarak alındığında, GDS-15'in duyarlılığı %92, özgünlüğü %91, PPV'si %76, NPV'si %97 olmakta ve depresyon hastalarını, depresyonu olmayanlardan ayırt edebilmede başarılı olmaktadır. Bu sonuçlar literatürde kısa formu valide etmiş olan birçok ülkenin kesme değerleriyle benzerlik göstermektedir. İngiltere'de geriatrik hastalar arasında yapılan bir validasyon çalışmasıyla (duyarlılık =%80, özgünlük=%77) (Shah ve ark., 1996) ve Amerika'da evde bakım gören hastalarda yapılan bir çalışmayla (duyarlılık=%71.8, özgünlük=%78.2) (Marc ve ark., 2008) aynı kesme değerine sahiptir. Buna karşın; Porto Riko'da 50 yaş ve üzerindeki hastalar üzerinde yapılan validasyon çalışmasında kesme değeri 3 (duyarlılık=%84, özgünlük=%64) (Robison ve ark., 2002), New York'da ise geçerli kesme değeri 6 olarak bulunmuştur (duyarlılık=%81 özgünlük=%75) (Friedman ve ark., 2005).

Ek olarak, çalışmamızda ölçeğin klinisyen tarafından soru-cevap şeklinde değerlendirilmesi nedeniyle eğitilmiş ve eğitimsiz bireylerde, kesme değeri farklılaşmamaktadır. Bu da GDS-15'in kullanım alanının genişlemesine katkı sağladığı gibi, klinisyene de avantaj sağlamıştır.

GDS-15, genel olarak kullanılan GDS veya diğer depresyon ölçeklerine göre, daha kısa uygulama süresi, pratikliği, yaşlı hastayı yormadan hızlı cevaplanabilmesi ve anlaşılır olması dolayısıyla çeşitli avantajlara sahiptir. Bu çalışmada GDS-15'in, GDS yerine rahatlıkla kullanılabileceği gösterilmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Geriatri Bilim Dalı'na başvuran ve ayakta tedavi gören 65 yaş ve üstü hastaların depresyon prevalansı %24,6 olarak tespit edilmiştir.

Kadın olmak, sekiz yıldan daha az süre eğitim almış olmak geriatrik depresyon için ciddi bir risk faktörüdür.

Kesim noktası ≥ 5 olarak alındığında, GDS-15'in duyarlılığı %92 ve özgünlüğü %91 olmakta; depresyon hastalarını depresyonu olmayanlardan ayırt edebilmede başarılı olmaktadır. GDS-15, GDS ve DSM-5 ile yüksek düzeyde korelasyona sahip, geçerli ve güvenilir bir geriatrik depresyon tarama aracıdır. Türk yaşlı nüfusunda depresyonu saptamada özellikle birincil bakım kliniklerinde etkili bir araç olarak kullanılabilir.

Çalışmamızın güçlü yanları, depresyon tanısının DSM-5 kriterlerine göre konulmuş olması, araştırmaya dahil edilen tüm hastaların 65 yaş ve üzerinde olması, tamamının kognitif olarak teste tabi tutulmuş olması ve kontrol değişkenleri açısından da ayrıntılı incelemeden geçmiş olmalarıdır.

Temel kısıtlılığımız ise, hastalarımızın tek bir polikliniğe başvuran hastalardan oluşmasıdır. Bu nedenle de toplumu temsil etmede sınırlıdır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda başka hastaneler ve şehirlerden de veri toplanarak daha iyi genellemeler yapılabilir.

Diğer bir kısıtlılık ise, çalışmamıza sadece kognitif olarak sağlıklı bireyleri almış olmamızdır. Ancak bu yaş grubunda en sık rastladığımız ve depresyon ile ilişkilendirdiğimiz demanslı hasta popülasyonlarında da çalışmanın validasyonunun yapılması önem arz etmektedir. Daha sonraki çalışmalarda tüm bunlara dikkat edilmesi ve eksikliklerin giderilmesini tavsiye ederiz.

7.KAYNAKLAR

- Alden SC, Austin, Studeon RA. Correlation between the Geriatric Depression Scale long and short forms. J. Gerontol., 1989; 44:124-125.
- Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds 3rd, Carpenter D ve ark. The expert consensus guideline series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. Postgraduate Medicine, 2001; 1-86.
- Alexopoulos GS, Katz IR, Carpenter D, Docherty JP. The expert concensus guideline series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. Postgrad Med Spec No Pharmacotherapy, 2001; 1-86.
- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry, 1988; 23:271-84.
- Almeida OP. Prevention of depression in older age. Maturitas, 2014; 79(2), 136-141.
- Amuk T, Oğuzhanoğlu NK. Yaşlanma ve depresyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003; 4: 113-121.
- Amuk TF, Karadaş N, Oğuzhanoğlu, Oğuzhanoğlu A. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Yaşlı Toplumda Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14(4):263-71.
- Arslantas DA, Ünsal, Ozbabalık D. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. Geriatrics & gerontology international, 2014; 14(1), 100-108.
- Assil SM, Zeidan ZA. Prevalence of depression and associated factors among elderly Sudanese: a household survey in Khartoum State, 2013.
- Babacan-Yıldız G, Işık AT, Ur E, Aydemir E ve ark. COST: Cognitive State Test, a brief screening battery for Alzheimer disease in illiterate and literate patients. International psychogeriatrics, 2013; 25(3):403-412.
- Baker PR, Francis DP, Hair NN, Othman S ve ark. Interventions for preventing abuse in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016; 8.
- Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA. Prevalence of depressive disorders in the elderly. Annals of Saudi Medicine, 2011; 31(6):620-4.
- Brinda EM, Rajkumar AP, Attermann J, Gerdtham UG ve ark. Health, social, and economic variables associated with depression among older people in low and middle income countries: World Health Organization study on global ageing and adult health. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2016; 24(12):1196-1208.

- Bulut EA, Soysal P, Işık AT. Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. *Clinical interventions in aging*, 2018; 13: 1899.
- Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*, 1991; Jul-Sep 4:173-8.
- Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara. Pegem Yayıncılık. 2011.
- Campbell KE, Dennerstein L, Tacey M, Fujise N ve ark. Comparison of geriatric depression scale scores in older Australian and Japanese women. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 2017; 26(1): 70-78.
- Campos AC, e Ferreira EF, Vargas AM, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 2014; 12(1):166.
- Carifio J, Nasser R. Belief in a just world and depression in elderly nursing home residents. *Work*, 2012; 43(3):303-312.
- Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları. 1. Baskı.4. Cilt. İstanbul: CSA Medikal Yayın, 2001.
- Chakkampambil B, Chibnall JT, Graypel EA, Manepalli JN ve ark. Development of a brief validated geriatric depression screening tool: The SLU “AM SAD”.*The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2015; 23(8): 780-783.
- Cohen J, A coefficient of agreement for nominal scales, *Educational and Psychological Measurement*, 1960; Vol.20, No.1, pp.37-46.
- Comijs HC, Nieuweteeg j, Kok R, van Marwijk HW ve ark. The two-year course of late-life depression; results from the Netherlands study of depression in older persons. *BMC psychiatry*, 2015; 15(1).
- Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A ve ark. Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing research reviews*, 2017; 38: 6-17.
- de Araújo AA, Barbosa RA, de Menezes MS, de Medeiros II ve ark. Quality of life, family support, and comorbidities in institutionalized elders with and without symptoms of depression. *Psychiatric Quarterly*, 2016; 87(2):281-291.
- Dokuzlar O, Okudur SK, Smith L, Soysal P ve ark. Assessment of factors that increase risk of falling in older women by four different clinical methods. *Aging clinical and experimental research*, 2019; 1-8.

- Dokuzlar O, Okudur SK, Soysal P, Koçyiğit SE ve ark. Factors that increase risk of falling in older men according to four different clinical methods. *Experimental aging research*, 2019; 1-10.
- Dokuzlar O, Soysal P, Uşarel C, Işık AT. The evaluation and design of a short depression screening tool in Turkish older adults. *International psychogeriatrics*, 2018; 30(10)-1541-1548..
- DSÖ. 2019. <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/> (09 25, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- DSÖ. 05 02 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (10 1, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- DSÖ. 2018. https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/ (10 5, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- DSÖ. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. DSÖ, 2017.
- DSÖ. World Health Organization. www.who.int. 2019. <https://www.who.int/ageing/10-priorities/en/> (10 2019, 04 tarihinde erişilmiştir).
- DSÖ. Yaşlılık İstatistikleri . DSÖ, 2013(10 5, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk Yaşlı nüfusunda geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 1997; 34:62-71.
- Ertaş T. Türkçe'ye Uyarlanmış Ağır Bozukluk Bataryası'nın Demanslı Bireylerde Geçerlik Güvenirlik Çalışması. İzmir: Klinik Sinir Bilimler Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Evcı ED, Ergin F, Beser E. Home accidents in the elderly in Turkey. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 2006; 209(4)-291-301.
- Feng L, Li P, Wang X, Hu Z ve ark. Burden and correlates of geriatric depression in the Uyghur elderly population, observation from Xinjiang, China. *PloS one*, 2014; 9(12): e114139.
- Folstein MF, Robins LN, Helzer JE. The Mini-Mental State Examination. *Archives of General psychiatry*, 1983; 40(7):812.
- Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E ve ark. Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2014; 22(4):370-380.

- Friedman B, Heisel MJ, Delavan RL. Psychometric Properties of the 15-Item Geriatric Depression Scale in Functionally Impaired, Cognitively Intact, Community- Dwelling Elderly Primary Care Patients. *American Geriatric Society*, 2005; 53:1570-1576.
- Gao S, Jin Y, Unverzagt FW, Liang KS ve ark. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *International journal of geriatric psychiatry*, 2009; 24(12):1358-1366.
- Ghimire S, Baral BK, Pokhrel BR, Pokhrel ve ark. Depression, malnutrition, and health-related quality of life among Nepali older patients. *BMC geriatrics*, 2018; 18(1)-191.
- Gullich IS, Duro M, Cesar JA. Depression among the elderly: a population-based study in Southern Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2016; 19(4): 691-701.
- Gupta PK, Mani SK, Rai B, Nongkynrih ve ark. Functional disability among elderly persons in a rural area of Haryana. *Indian J Public Health*, 2014; 58: 11-6.
- Güngen C, Ertan T, ve Eker E. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13: 273-281.
- Hackett ML, Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke.*, 2014; 9(8):1017-25.
- Han C, Jo SA, Kwak JH, Pae CU ve ark. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Comprehensive psychiatry*, 2008; 49(2):218-223.
- He G, Xie JF, Zhou JD, Zhong ZQ, ve ark. Depression in left-behind elderly in rural China: Prevalence and associated factors. *Geriatrics & gerontology international*, 2016; 16(5):638-643.
- Iden KR, Engedal K, Hjørleifsson S, Ruths S. Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 2014; 37(3-4): 154-162.
- Işık, Erdal. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003.
- Karam G, Itani L. Depression, anxiety, and memory impairment among geriatric inpatient subjects. *International journal of geriatric psychiatry*, 2014; 29(9):988-990.
- Kessler J, Fengler S, Kaesberg S. DemTect 40- und DemTect 80+: Neue Auswertungsroutinen für diese Altersgruppen. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2014; 82: 640-645.
- Kim J, Parish AL. Polypharmacy and medication management in older adults. *Nursing Clinics*, 2017; 52(3)-457-468.

- Kim MT, Kim KB, Han HR, Huh B ve ark. Prevalence and predictors of depression in Korean American elderly: findings from the Memory and Aging Study of Koreans (MASK). *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2015; 23(7)-671-683.
- Kiosses DN, Szanto K, Alexopoulos GS. Suicide in older adults: the role of emotions and cognition. *Current psychiatry reports*, 2014; 16(11)-495.
- Klosterkötter J. Depressionsbehandlung im Alter. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie*, 2015; 83(07)-371-372.
- Kok RM, Reynolds CF. Management of depression in older adults: a review. *Jama*, 2017; 317(20)- 2114-2122.
- Köroğlu, Çev. E. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, (DSM 5) . Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013. Kulaksızoglu, H Gürvit, A Polat, H Harmancı
- Kulaksızoğlu IB, Gürvit H, Polat A, Harmancı H ve ark. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. *International psychogeriatrics*, 2005; 17(2)-303-312.
- Kydland F, Pretnar N. The Costs and Benefits of Caring: Aggregate Burdens of an Aging Population. National Bureau of Economic Research, 2019.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977. Cilt. 33, say. 159-174.
- Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale-short form among inpatients. *J. Clin. Psychol.*, 1994; 50-256-260.
- Liao WC, Li CR, Lin YC, Wang CC ve ark. Healthy behaviors and onset of functional disability in older adults: results of a national longitudinal study. *Journal of the American geriatrics society*, 2011; 59(2)-200-206.
- Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 2010; 49.
- Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *The American journal of geriatric psychiatry*, 2008; 16(11)-914-921.
- Matias AG, Fonsêca MD, Gomes MD, Matos MA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (São Paulo)*, 2016; 14(1)-6-11.
- Mitchell PB, Harvey SB. Depression and the older medical patient—When and how to intervene. *Maturitas*, 2014; 79(2)-153-159.

- Morichi VG, Dell'Aquila, Trotta F, Belluigi A ve ark. Diagnosing and treating depression in older and oldest old. *Current pharmaceutical design*, 2015;21(13)-1690-1698.
- Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med*, 1995; 123:850-859.
- Morris, Charles G. Psikolojiyi anlamak. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2002.
- Murthy RS. Mental health:New understanding. New Hope: World Health Organization. WHO . 2001. <https://www.who.int/whr/2001/en/> (Ağustos 18, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- Noh JW, Kwon YD, Park J, Oh IH ve ark. Relationship between physical disability and depression by gender: A panel regression model. *PloS one*, 2016; 11(11), e0166238.
- Our World in Data. 2018. <https://ourworldindata.org/causes-of-death#causes-of-death-by-age-group> (10 5, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, Eskişehir, Kaan Kitabevi.2002.
- Parpa EE, Tsilika V, Gennimata, Mystakidou K. Elderly cancer patients' psychopathology: a systematic review: aging and mental health. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2015; 60(1), 9-15.
- Phelan E, Williams B, Meeker K, Bonn K ve ark. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC family practice*, 2010; 11(1)-63.
- Qadir F, Haqqani S , Khalid A, Huma Z, ve ark. A pilot study of depression among older people in Rawalpindi, Pakistan. *BMC research notes*, 2014; 7(1), 409.
- Ren Y, Yang H, Browning C, Thomas S ve ark. Prevalence of depression in coronary heart disease in China: a systematic review and meta-analysis. *Chin Med J (Engl)*, 2014; 127(16):2991-8.
- Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S ve ark. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003; 51, 694–698.
- Robison J, Gruman C, Gaztambide S, Blank K. Screening fordepression in middle-aged and older Puerto Rican primary care patients. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci*, 2002; 57, M308–M314.
- Rodriguez JC1, Dzierzewski JM2, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. *Med Clin North Am.*, 2015; 99(2):431-9.
- Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, ve ark. Depression in the elderly: Prevalence and associated factors. *Semergen*, 2013; 39(7)-354-360.

- Sellier C. Malnutrition in the elderly, screening and treatment. *Soins. Gerontologie*, 2018; 23(133), 12-17.
- Shah A, Phongsathorn V, Bielewska C, Katona C. Screening For Depression Among Geriatric Inpatients with Short Versions of The Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996; Vol.11:915-918.
- Sheikh JA, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): Recent findings and development of a shorter version. In *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (T. L. Brink, Ed.). Howarth Press, New York., 1986.
- Singh R, Mazi-Kotwal N, Thalitaya MD. Recognising and treating depression in the elderly. *Psychiatr Danub*, 2015; 27(Suppl 1), S231-4.
- Sivertsen H, Selbæk GH, Engedal K, Selbæk G ve ark. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2015; 40(5-6), 311-339.
- Soysal P, Işık AT, Uşarel C, Kaya D ve ark. Validity and Reliability of “AM SAD”, a Short Geriatric Depression Screening Tool, in Turkish Elderly People. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2016; 26(2)-175-180.
- Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG ve ark. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 2017; 36, 78-87.
- Soysal P, Smith L , Dokuzlar O, Işık AT. Relationship Between Nutritional Status and Insomnia Severity in Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2019.
- Spano G, Caffò AO, Bosco A. Cognitive functioning, subjective memory complaints and risky behaviour predict minor home injuries in elderly. *Aging clinical and experimental research*, 2018; 30(8)-985-991.
- Sparre-Sørensen M, Kristensen GN. Malnutrition related deaths. *Clin Nutr ESPEN.*, 2016; 15:63-68.
- Subramaniam M, Abidin E, Sambasivam R, Vaingankar JA ve ark. Prevalence of depression among older adults--results from the Well-being of the Singapore Elderly study. *Ann Acad Med Singapore*, 2016; 45,123-33.
- Suominen K, Isometsä E, Lonnqvist J. Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004; 19(1):35-40.

- Taheri T, Moradinazar M, Najafi F. Prevalence of depression and related social and physical factors amongst the Iranian elderly population in 2012. *Geriatr Gerontol Int*. 2017; 17(1):126-131.
- Talmelli LFS, Gratao ACM, Kusumota L, Rodrigue RAP. Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 4(4):933-9.
- Tavşancıl E, Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayıncılık, Ankara. 2002.
- Thyrian JR, Eichler T, Reimann M, Wucherer D ve ark. Depressive symptoms and depression in people screened positive for dementia in primary care—results of the Delphi-study. *International psychogeriatrics*, 2016; 28(6), 929-937.
- TÜİK Haber Bülteni. 18 03 2019. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699> (10 1, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- TÜİK. TÜİK. 26 04 2019. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (10 5, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. 2018. <http://www.sbb.gov.tr/demografik-gostergeler/> (10 1, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. 18 03 2019. (10 1, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- United Nations . «United Nations Department of Economic and Social Affairs.» www.un.org. 2017. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf (10 04, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. 17 05 2019. <https://www.un.org/development/desa/en/news/population/world-population-prospects-2019.html> (10 01, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- United Nations. United Nations Desa/Population Division. 2019. <https://population.un.org/wpp/> (10 1, 2019 tarihinde erişilmiştir).
- Unsar S, Dindar I, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. 2015; 11, 14.
- Van Grootheest DS, Beekman AT, Van Groenou MB, Deeg DJ. ve ark. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1999; 34(7), 391-398.
- Wang G, Hu M, Xiao SY, Zhou L. Loneliness and depression among rural empty-nest elderly adults in Liuyang, China: a cross-sectional study. *BMJ open*, 2017; 7(10), e016091.

- Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, Yener G, ve ark. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. Archives of gerontology and geriatrics, 2014; 59(1), 150-154.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O ve ark. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res, 1983; 17:37-49.
- Young BK, Lee SH. Gender Differences in the Relationship between Living alone and Depressive Symptoms in Elderly Korean Adults. Iranian Journal of Public Health, 2019; 48(3),465.
- Zhu J, Lu L, Pan Y, Shen B ve ark. Depression and associated factors in nondemented Chinese patients with Parkinson's disease. Clinical neurology and neurosurgery, 2017; 163, 142-148.
- Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P ve ark. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. Clinical interventions in aging, 2017; 12, 709.

8. EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Depresyonun her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılık döneminde de sıklıkla görülebilmesi nedeniyle bu hastalığın epidemiyolojisinin araştırılması önem kazanmıştır. İleri yaşlarda görülen depresyon bazı hastalıkların belirtisi olabileceği gibi, uzun süre depresyonda olmakta hasta üzerinde başka sağlık problemlerine neden olabilir. Bu nedenle depresyonun erken dönemde teşhis edilmesi çok önemlidir. Öneme rağmen, yaşlılarda depresyon teşhisi nadiren konur. Bunun sebeplerinden biri, yaşlıların keyifsiz, neşesiz, mutsuz ve durgun olmalarının normal karşılanmasıdır. Yapılan araştırmalar gösteriyor ki, yaşlılarda depresyon görülme sıklığı ülkemizde %45 oranındadır. Bu da araştırılmasındaki önemi, demografik faktörlerin etkilerinin incelenmesini gerekli kılmıştır. Bu çalışmanın amacı; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Geriatri Polikliniğine başvuran hastaların Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formuna göre depresyon sıklığını ve sosyo-demografik faktörlerini belirlemektir.

Bunun için, geriatri polikliniğinde toplam 168 hastaya GDS-15 ve veri kayıt formu psikolog tarafından uygulanacaktır. Bu işlem yaklaşık olarak 15-20 dakika sürecektir. Araştırmada öngörülen herhangi bir risk yoktur.

Çalışma ile ilgili sorularınız için aşağıda belirtilen sorumlu kişileri arayabilirsiniz. Bu çalışmayla ilgili olarak herhangi bir ek ilaç ya da tedavi verilmeyecektir. Bu çalışma sizin/hastanızın rutin kontrol ve tedavinizi herhangi bir şekilde etkilemeyecek ve aksatmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra fikrinizi değiştirirseniz araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir. Bu çalışmada elde edilen veriler kimliğinizin anlaşılmasına imkân vermeyecek şekilde kodlanacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz, yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri, herhangi bir yayın ya da raporda kullanılırken bu yayınlarda isminiz/hastanızın ismi kullanılmayacak ve veriler izlenerek size/hastanıza ulaşılamayacaktır.

Araştırmayı Yürüten Sorumlu Kişiler:

1. Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK Tel: 0 232 412 43 41
2. Psikolog Buşra DURMAZ Tel: 0 507 841 60 63

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yeterli yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hasta / Hasta Yakını

Ad-Soyad Yer – Tarih Tel: İmza

Çalışmaya Katılan Kişinin Sorumluluğu

Hastaya kişisel olarak çalışmanın hedeflerini, çalışma şeklini ve çalışmaya katılımı ilgili olabilecek herhangi olası riski açıkladığımı beyan ederim.

Ad-Soyad Yer – Tarih Tel: İmza

Tanıklık Edenin:

Ad-Soyad Yer – Tarih Tel: İmza

EK-2:Geriatrik Depresyon Ölçeği-15

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GERİATRİ BİLİM DALI

YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI

Geçtiğimiz 7 gün boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan **EVET** ya da **HAYIR** cevabını veriniz.

	Tarih				
1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	H				
2. Aktivitelerinizin ve ilgi alanlarınızın çoğundan uzaklaştınız mı?	E				
3. Hayatınızın boş/anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	E				
4. Çoğunlukla canınız sıkılır mı?	E				
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir?	H				
6. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	E				
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	H				
8. Sıklıkla kendinizi çaresiz/yardıma muhtaç hissediyor musunuz?	E				
9. Dışarı çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde oturmayı tercih ediyor musunuz?	E				
10.Hafızanızla ilgili olarak çoğu kişiden daha fazla probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz?	E				
11.Şu anda yaşıyor olmanın güzel bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	H				
12.Son zamanlarda kendinizi değersiz hissediyor musunuz?	E				
13.Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	H				
14.Durumunuzun ümitsiz olduğunu düşünüyor musunuz?	E				
15.Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	E				
Toplam Puan					

Kesme Noktası: 5/15

EK-3:Geriatric Depresyon Ölçeği-15 Orijinal Formu

Geriatric Depression Scale (Short Form)

Patient's Name: _____

Date: _____

Instructions: Choose the best answer for how you felt over the past week. Note: when asking the patient to complete the form, provide the self-rated form (included on the following page).

No.	Question	Answer	Score
1.	Are you basically satisfied with your life?	YES / NO	
2.	Have you dropped many of your activities and interests?	YES / NO	
3.	Do you feel that your life is empty?	YES / NO	
4.	Do you often get bored?	YES / NO	
5.	Are you in good spirits most of the time?	YES / NO	
6.	Are you afraid that something bad is going to happen to you?	YES / NO	
7.	Do you feel happy most of the time?	YES / NO	
8.	Do you often feel helpless?	YES / NO	
9.	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	YES / NO	
10.	Do you feel you have more problems with memory than most people?	YES / NO	
11.	Do you think it is wonderful to be alive?	YES / NO	
12.	Do you feel pretty worthless the way you are now?	YES / NO	
13.	Do you feel full of energy?	YES / NO	
14.	Do you feel that your situation is hopeless?	YES / NO	
15.	Do you think that most people are better off than you are?	YES / NO	
TOTAL			

EK-4: Veri Toplama Araçları

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Dosya No:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet:

Eğitim durumu:

Medeni Hali:

Yaşadığı ortam:

Depresyon öyküsü:

Kullandığı ilaç sayısı :

Komorbit hastalıklar:

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDÖ)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

- | | |
|--|------------|
| 1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz? | Evet-hayır |
| 2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz? | Evet-hayır |
| 3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz? | Evet-hayır |
| 4) Sık sık canınız sıkılır mı? | Evet-hayır |
| 5) Gelecekte umutsuz musunuz? | Evet-hayır |
| 6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu? | Evet-hayır |
| 7) Genellikle keyfiniz yerinde midir? | Evet-hayır |
| 8) Başınıza kötü birşey geleceğinden korkuyor musunuz? | Evet-hayır |
| 9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz? | Evet-hayır |
| 10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz? | Evet-hayır |
| 11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz? | Evet-hayır |
| 12) Dışarıya çıkıp yeni birşeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz? | Evet-hayır |
| 13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz? | Evet-hayır |
| 14) Halihazırda çoğu kişiden zayıf olduğunuzu hissediyor musunuz? | Evet-hayır |
| 15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel birşey midir? | Evet-hayır |
| 16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz? | Evet-hayır |
| 17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz? | Evet-hayır |
| 18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz? | Evet-hayır |
| 19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz? | Evet-hayır |
| 20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur? | Evet-hayır |
| 21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz? | Evet-hayır |
| 22) Çözumsuz bir durum içinde olduğunuzu düşünüyor musunuz? | Evet-hayır |
| 23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz? | Evet-hayır |
| 24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz? | Evet-hayır |
| 25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseders misiniz? | Evet-hayır |
| 26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz? | Evet-hayır |
| 27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu? | Evet-hayır |
| 28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız? | Evet-hayır |
| 29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu? | Evet-hayır |
| 30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır? | Evet-hayır |

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeysiz ()

- Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)

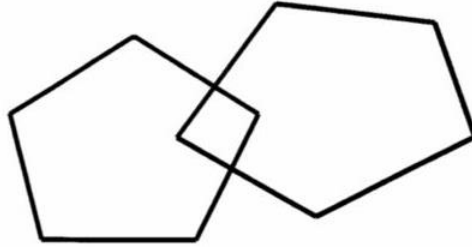
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



MMSE-E

-EĞİTİMSİZLER İÇİN MİNİ MENTAL DURUM TESTİ-

<u>Adı-Soyadı:</u>	<u>Tarih :</u>
<u>Yaş:</u>	<u>Meslek:</u>
<u>Eğitim (yıl):</u>	<u>Dominant el:</u>

TOPLAM PUAN

YÖNELİM

ZAMAN

MEKAN

Yıl :
Ay :
Şu anda günün hangi bölümü:
Gün :
Mevsim :

Ülke :
Kent :
Semt :
Bina :
Kat :

KAYIT

Mavi

Şahin

Lale

DİKKAT

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? (Örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir)

HATIRLAMA

Mavi

Şahin

Lale

RETROGRAD BELLEK/GENEL BİLGİ

- Türkiye Cumhuriyeti'ni kuran ve ilk Cumhurbaşkanı olan lider kimdir?
- Türkiye Cumhuriyeti'nin şu andaki Başbakanı kim?
- Bir yılda kaç ay vardır?

☐
☐
☐

DİL

• TEKRARLAMA

- Lütfen benden sonra şu cümleyi tekrar edin.

"Üstünde, ötesinde ve altında"

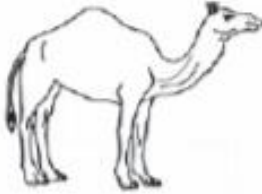
• ANLAMA

- Sağ elinizi kaldırın ☐

Sol kulağınızı tutun ☐

• ADLANDIRMA

- Hastadan aşağıdaki objeleri adlandırmasını isteyiniz .

☐☐☐☐

(3-4 doğru için 2 puan, 1-2 doğru için 1 puan verin)

AGNOSİ

- Hastaya bir anahtar gösterin ve ne işe yaradığını sorun ?

☐

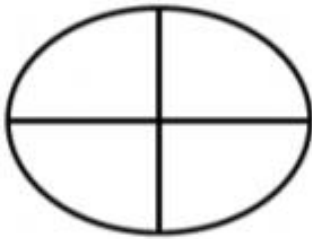
APRAKSİ

- Asker selamı verir misiniz?
- Elinizde diş fırçası varmış gibi dişinizi fırçalarmısınız?

☐

GÖRSEL-MEKANSAL

- Hastadan aşağıdaki şekli kopyalamasını isteyin.

☐

Not:

EK-5: Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

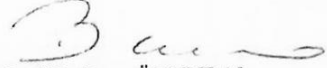
Konu: Karar hk.- 833

09.11.2015

Sayın Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK,

Kurulumuz tarafından 05.11.2015 tarih ve 2349-GOA protokol numaralı 2015/25-13 karar numarası ile görüşülen "**Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formunun Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2349-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formunun Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK Geriatrist B.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/25-13	Tarih: 05.11.2015
	Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK'ın sorumlusu olduğu "Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formunun Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SERENİNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	katılmadı

EK-6: Özgeçmiş



BUŞRA DURMAZ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	56164342708
Doğum Tarihi	05/11/1992
İletişim Adresi	Muradiye Mah. 21. Sokak No. 15 A Blok Daire 1 Yunusemre/Manisa
Telefon	(507) 841 60 63
E-posta	busraildogan@hotmail.com
Web Adresi	

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2015 - Şu Anda (4 yıl 2 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, KLİNİK SİNİR BİLİMLER (YL) (TEZLİ)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.77 / 4.0

31 Ağustos 2010 - 20 Haziran 2014 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, İZMİR ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
FEN-EDEBİYAT FAKÜLTESİ, PSİKOLOJİ PR. (ÜCRETLİ)
Diploma Numarası: 130104B0605
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.8 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Eylül 2015 - 01 Temmuz 2016 (11 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, İZMİR ÜNİVERSİTESİ FEN-
EDEBİYAT FAKÜLTESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

BİDEB Destekleri

BUŞRA DURMAZ, Etkinlik Destekleri ve Eğitim Bursları Müdürlüğü, 2210-A Genel Yurt İçi Yüksek Lisans Burs Programı, Başvurusu Reddedildi, 2015 - 2, 01.10.2015 - 30.09.2017.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

