

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**İZMİR İL MERKEZİNDE 65 YAŞ VE ÜSTÜ
YAŞLILARDA DEPRESYON PREVALANSI**

Dr. ERGÜN AKYOL

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2015

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

İZMİR İL MERKEZİNDE 65 YAŞ VE ÜSTÜ YAŞLILARDA DEPRESYON PREVALANSI

Dr. ERGÜN AKYOL

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç.Dr. Mehtap KARTAL

2015

TEŞEKKÜR

Bir tez, sadece araştırmak ve kâğıda dökmek değil, bir disiplin ve bir öğreti şekli aynı zamanda. Uzmanlık tezi ise halince daha zorlu bir yol. Sanırım bu konuda ben şanslıydım. Bir yol gösterici olarak kendisinden çok şey öğrendiğim, duyguları hep yüzüne yansıyan, bizim için endişelenen, sevinen, üzülen sayın tez hocam Doç.Dr. Mehtap Kartal'a teşekkürü bir borç bilirim. Umarım onun düşündüğü gibi bir geleceğim olur.

Bizleri sadece akademik olarak, tek düze basmakalıp bir Aile Hekimi değil; bir başka yaşam seçeneği, kocaman güzel bir dünya sunan, her anını, notasını ince ince hesaplayan, bir orkestra şefi gibi yöneten sevgili hocamız Prof.Dr. Dilek Güldal'a tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Bir ekip olarak, her zaman yanımızda olan sevgili hocalarımız, Prof.Dr. Vildan Mevsim, Doç.Dr. Nilgün Özçakar, Doç.Dr. Tolga Günvar, Dr. Ediz Yıldırım, Dr. Zafer Şişli'ye; tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm çalışanlarına teşekkür ederim.

Varlıklarıyla bana güç veren, hayatımın anlamı, iki gülen yüzü sevgili eşim Yeşim ve oğlum Ekin Eren'e ayrıca teşekkür ediyorum.

Dr. Ergün Akyol

BÖLÜM	SAYFA
1. İÇİNDEKİLER	4
2. TABLO/KISALTMALAR	5
3. ÖZET	7
4. SUMMARY	8
5. GİRİŞ VE AMAÇ	9
6. GENEL BİLGİLER	11
7. GEREÇ VE YÖNTEM	25
8. BULGULAR	29
9. TARTIŞMA	42
10. SONUÇ	48
11. KAYNAKÇA	50
12. EKLER	60
Ek - 1 Etik Kurul Onay Formu	60
Ek - 2 Sağlık Bakanlığı Onay Formu	61
Ek - 3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	65
Ek – 4 Anket Formu	66
Ek – 5 Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu	68
Ek – 6 Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Formu	69
Ek – 7 Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Formu	69
Ek – 8 Standardize Mini Mental Test	70
Ek – 9 Eğitimsiziler İçin Standardize Mini Mental Test	72

2.1 TABLOLAR

Tablo 7.1 Evren ve örneklem büyüklüklerinin dağılımı

Tablo 8.1.1 Yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Tablo 8.1.2 Yaşlıların yaşamlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Tablo 8.1.3 Yaşlıların yaşamlarını etkileyen sorunların dağılımı

Tablo 8.1.4 Yaşlıların bilinen kronik hastalıklarının dağılımı

Tablo 8.1.5 Yaşlıların ilaç, sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı

Tablo 8.1.6 Yaşlıların geriatrik depresyon, günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçekleri ve standardize mini mental test sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 8.2.1 Yaşlıların Sosyodemografik özelliklerine göre depresyon

Tablo 8.2.2 Yaşlı nüfusun yaşam şekline göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı

Tablo 8.2.3 Yaşlıların yaşamlarını etkileyen sorunlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı

Tablo 8.2.4 Kronik hastalıkların varlığına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı

Tablo 8.2.5 İlaç, sigara ve alkol kullanımlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı

Tablo 8.2.6 Ölçekler ve testler

2.2 KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

EURODEP: European Depression Study

GDÖ: Geriyatrik Depresyon Ölçeği

GDÖ-30: Geriyatrik Depresyon Ölçeği Uzun Formu

GDÖ-15: Geriyatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

EGYA: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

SMMT: Standardize Mini Mental Test

SMMT-E: Eğitimsizler İçin Mini Mental Test

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

HRS: Health and Retirement Study

ELSA: English Longitudinal Study of Ageing

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

MBGYA: Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

ECHP: European Community Household Panel survey

3. ÖZET

İZMİR İL MERKEZİNDE 65 YAŞ VE ÜSTÜ YAŞLILARDA DEPRESYON PREVALANSI

Ergün Akyol, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu popülasyona özgü hastalıklar da önem kazanmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar içinde depresyon, yaşlılık döneminde özellikle öne çıkmaktadır. Çalışmada 65 yaş üstü hastalarda demans hastalığı dışlanarak depresyon prevalansının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı çalışma İzmir ili merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş ve üstü bireyler evreninden yaşa tabakalı olmak üzere belirlenen 771 yaşlı ile yüzyüze görüşülerek ve anket doldurularak gerçekleştirildi. Bilinç durumu değişikliği, konuşma ve duyma problemi nedeni ile kooperasyon kurulamayan ve çalışmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Değerlendirme Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Mini Mental Test ve eğitimsizler için Mini Mental Testi kapsayan anket ile yapıldı. İstatistiksel analizde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15) kullanılarak tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde ile belirtilirken ki-kare testi ve t-testi kullanılmış ve $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: İzmir ili merkezinde 65 yaş üstü 771 yaşlıda depresyon sıklığını araştırdığımız bu çalışmamızda Depresyon ve demansın benzer belirtileri nedeniyle demansı olan 134 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. 637 kişi üzerinden yapılan değerlendirmeler sonucunda depresyon prevalansı %15,23 olarak tespit edilmiştir. 65-74 yaş arsında bu oran %10,95 iken, 75 yaş üstünde %20,34 olarak görülmüştür. Çalıştığımız nüfusta; ileri yaş, bekâr olmak, yalnız yaşamak, kadın olmak, düşük gelir seviyesi, düşük eğitim düzeyi, kronik hastalıkların varlığı, uyku sorunu olmak ve ruhsal hastalıkların varlığı depresyon riskini arttırdığı görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmamız göstermektedirki, 65 yaş ve üstü nüfusta depresyon riski yaş ilerledikçe artmaktadır. Aile hekimi olarak bizler, yaşlı hastaların ASM başvurusunda depresyon tanısı açısından daha dikkatli olmalıyız.

ANAHTAR KELİMELELER: Depresyon, Yaşlı, Aile Hekimi, Birinci Basamak

4. SUMMARY

DEPRESSION PREVELANCE AMONG ELDERLY PEOPLE AGED 65 YEARS AND ABOVE IN IZMIR CITY CENTER

Ergün Akyol, Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine, Family Medicine Department, İzmir, Türkiye

Introduction: As elderly population increases, diseases that are specific to this age group are becoming more important. Especially depression among psychiatric disorders come forward in elderly. In this study, it was aimed to determine the depression prevalence among elderly aged 65 years and above, excluding dementia.

Materials and method: This cross-sectional descriptive study was carried out by face to face interviews and included 771 elderly people who are determined across the age strata. Patients who couldn't be able to cooperate due to cognition changes, hearing and speaking loss and who didn't want to involve were excluded from the study. Evaluation has been achieved with Geriatric Depression Scale Short Form, Daily Life Activities Scale, Mini Mental State; and Mini Mental Test for non educated people. Statistical analysis has been defined with numbers and percentage. Chi square and T tests were used and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: In this study that we searched for the depression prevalence among 771 elderly people who aged 65 years and above. As dementia and depression has similar symptoms, 134 patients who has dementia were excluded from the study. Evaluations through 637 patients revealed depression prevalence as %15,23. For patients whose ages between 65-74 the prevalence was %10,95; whereas it is %20,34 for patients 75 years and above. It was shown that increased age, being single, living alone, being female, low education level, low income, presence of chronic diseases, sleeping disorders and emotional disorders were increasing depression risk in the population we studied.

Conclusion: According to this study, depression risk increases as the age increases. As primary care physicians, during the visits of elderly to family health centers, we should be more careful about depression diagnosis.

KEYWORDS: Depression, Elderly, Family Physician, Primary Care

5. GİRİŞ VE AMAÇ

Yapılan nüfus sayımları ve bu konudaki araştırmalar yaşlı nüfusun giderek arttığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre 60 yaş ve üstündeki nüfusun 2050'de 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bu nüfusa özgü hastalıklar da önem kazanmaktadır.

Psikiyatrik hastalıklar içinde depresyon, yaşlılık döneminde özellikle öne çıkmaktadır. Yaşla depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran pek çok çalışma vardır. Bu çalışmaların bazılarında anlamlı ilişki bulunamamış olmasına karşın yapılan çalışmaların çoğunda yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı gösterilmiştir (2). Bu yaş grubunda kayıpların daha fazla yaşanması ve hastalıkların ortaya çıkmasından dolayı depresyon daha ciddi işlev kaybına ve hatta ciddi intihar girişimlerine yol açabilmektedir (3). Bununla birlikte yaşlılarda depresyon tanısının konmasında da bazı güçlükler yaşanmaktadır. Genellikle depresif belirtilerin yaşlanmanın 'normal' bir parçası olduğu veya fiziksel hastalığa bağlı olduğunun düşünülmesi de tanıyı geciktirmektedir (4). Avrupa Depresyon Çalışması'nın (European Depression Study: EURODEP) bir parçası olarak bu konuda yayınlanmış 34 çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada yaşlılarda depresyon yaygınlığı %1,8 olarak belirtilmiştir (5). Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda seçilen yaşlı popülasyonun özellikleri ve kullanılan yöntemler değiştikçe yaşlılık çağı depresyonunun yaygınlığı konusunda farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır (6). Hastanede yatan yaşlılarda ise bu oran %45 dolayında saptanmıştır (7). Bu sonuçlara göre komorbid hastalıkların olması yaşlılarda depresyon yaygınlığının artmasına neden olmaktadır. Yaşlılarda depresyon hastalığının tanısını koymak için çeşitli ölçekler, tarama testleri geliştirilmiştir. Bunlardan en sık kullanılanları Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ-30) ve onun daha az soru içeren şekli olan Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15)'dur.

Tamamlanmış intiharlar yaşlı popülasyonda genel popülasyona göre iki kat fazla görülmektedir (8). Bu da yaşlı popülasyonda depresyonun erken tanı ve tedavisinin önemini arttırmaktadır.

Ülkemizde yapılmış önceki çalışmaların en önemli kısıtlılığı, kurumsal alanlarda ağırlıklı olarak huzurevlerinde veya yaşlı bakımevlerinde yaşayan yaşlılar üzerinde yapılmış olmalarıdır. Yaşlı nüfusun depresyon prevalansının belirlenmesi ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi, özellikle birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavinin uygun şekilde planlanması açısından önem taşımaktadır. Bu anlamda, birinci basamağa başvuran 65 yaş ve üstü bireylerde saptayacağımız depresyon prevalansının

yaşlılardaki önceliğinin belirlenmesi ve yeni çalışmalara temel olması açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

6. GENEL BİLGİLER

6.A DEPRESYON

6.A.1 TARİHÇE

Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise, Latince “depressus” dan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (9).

Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları eski çağlara kadar uzanmaktadır. Bilindiği kadarıyla ilk kez eski Yunan’da Hipokrat depresyonun belirtilerini tanımlamış ve etiyolojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir. Hipokrat ekolü, vücutta insanın duyguları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür (9). 16. ve 17. yüzyılın konu ile ilgili çalışmalarını en iyi tanımlayan ifade, depresyonun etyolojisi konusunda Vesalius’un “Melankoli beyin ya da bir başka organın tümöründen kaynaklanmaktadır” görüşüdür. Burton’un 1621’de yazdığı “Melankolinin Anatomisi” adlı eserinde, bugünkü bilgilerimize çok yakın tanımlamalar yapmıştır. Pinel, Esquirol, Falret, Mendel ve Kreapelin’ in katkılarıyla, 19. yüzyılda depresyon bugün bilinen kavramlarına çok yaklaşmış, 20. Yüzyılda Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen ve Winokur’un da yaklaşımlarıyla depresyon tanımı şekillenmiştir (10).

6.A.2 TANIMI

Major depresif epizod ise DSM V’ te şöyle tanımlanmıştır (11):

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;

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

B. Bu semptomlar bir karışık epizotun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

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.

E. Bu semptomlar yasla 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, özkıyım düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (11).

Depresyon, normal yaşlanma sürecinin bir parçası değildir, fakat yaşlanma ile birlikte artan tıbbi sorunlar, sağlık hizmetlerinin kullanımı, hastanede kalma sürelerinin uzaması, sakatlıklar ve işlevsel bozukluklar ile ilişkilidir. Depresyon aynı zamanda düşük sosyoekonomik durum, toplumsal destek veya iletişim eksikliği, yakın kayıpları, ölümler ve intiharların ileri yaşlarda artmasıyla da ilişkilidir (12).

6.B YAŞLANMA

6.B.1 TANIMI

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü kapsayan fizyolojik bir süreçtir (13).

Yaşlanma süreci ise genel olarak beş ayrı aşamada incelenebilir (14).

1. Moleküler yaşlanma: Tendon, deri ve kan damarlarında elastisite azalmasına yol açan kollajen birikimi ile oluşur.

2. Hücresel yaşlanma: Mutasyona uğramış hücrelerde artıştır.

3. Doku ve organ yaşlanması: Organlarda yapısal ve işlevsel değişiklikler ortaya çıkar. Hücresel, sinirsel işlevlerde azalma ile birlikte duysal değerlendirme yetisi de azalır.

4. Bireysel yaşlanma: Bireyin çevreye uyum yeteneği azalır, canlılık fonksiyonları bozulur.

5. Toplumsal yaşlanma: Toplumdaki 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı artar.

6.B.2 EPİDEMİYOLOJİ

Birleşmiş Milletler Raporlarında, 2000 yılında 6,1 milyar olan dünya nüfusunun 2100 yılında 9,1 milyara ulaşacağı, sonra azalmaya başlayacağı, bu süreç içinde kıtalar arasında Avrupa'nın nüfusunun giderek azalacağı, Asya ve Afrika'nın nüfusunda giderek artış olacağı tahmin edilmekte olup, Türkiye'nin ise 2050 yılında Avrupa'nın en kalabalık ülkesi olacağı söylenmektedir. Günümüzde insan sağlığıyla ilgili gelişmeler ve sanayileşme sonucunda tüm dünyada yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı da artmıştır.

Dünya genelinde yaşlı nüfusun yaklaşık üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde olup, 2025 yıllarında yaklaşık %75'inin bu ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (15).

DSÖ, 2000 yılı verilerine göre; dünyada yaşlı birey sayısının 612 milyon ve 65 yaş ve üzeri nüfus artış hızının %2,7 olduğu ifade edilmektedir (16). Yapılan çalışmalarda 2025 yılında 65 yaş ve üzeri kişi sayısının yaklaşık 800 milyon olacağı, önümüzdeki 30 yıl içinde yaşlı nüfusun başta Latin Amerika ve Asya'da %300 dolayında artacağı belirtilmektedir. Günümüzde 600 milyon civarında olan yaşlı nüfusun 2050 yılında iki milyarı bulacağı tahmin edilmektedir (17). Yapılan projeksiyonlarda, 2025 yılında gelişmiş ülkelerde yaşam beklentisinin erkeklerde 77, kadınlarda 81 yaş olacağı tahmin edilmektedir (18).

Yaşlanma sürecinin hızla arttığı ülkelerden biri olan Türkiye'de 1950 yıllarından bu yana 65 yaş üzeri nüfusta giderek artış saptanmıştır. Ülkemizdeki nüfus sayımlarına göre 65 yaş ve üzeri nüfus; 1955 yılında toplam nüfusun %3,4'ünü; 1985 yılında %4,2'sini; 1990 yılında %4,3'ünü; 1995 yılında %4,7'sini; 2000 yılında %5,7'sini; 2007 yılında %7,1'ini oluşturmuştur (19).

Bu nüfusun 2025 yılında %10'a, 2050 yılında %20'ye çıkacağı ve 65 yaş üzeri nüfusun 15 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre toplam nüfusi içindeki 65 yaş ve üzeri nüfus oranının %6,9 olduğu bildirilmiştir (4). Bu verilerle ülkemizin de en hızlı yaşlanma süreci yaşayan ülkeler arasında yer almaktadır. Ayrıca Türkiye'de 1950'li yıllarda 48,1 yıl olan ortalama yaşam beklentisi, günümüzde erkekler için 66,9, kadınlar için 71,5 yıldır. Bu rakamların 2010 yılında erkeklerde 69'a, kadınlarda ise 73,8'e çıkması beklenmektedir (20).

6.B.3 YAŞLANMA VE DEĞİŞİKLİKLER

Çok faktörlü bir süreç olan yaşlanmada; yaşam boyunca ve hızı zamana bağlı olarak bireysel olarak değişen fizyolojik kayıplar ortaya çıkar. Yaşlanma ile giderek artan bu kayıplar sonucunda hastalık ve yaralanmalara birey daha korumasız hale gelir (21). Multifaktöryel bir süreç olan yaşlanma olayında beklenen fizyolojik kayıpların hızı kişiden kişiye değişiklikler gösterir.

Yaşlanmaya eşlik eden değişimler genel olarak şu şekilde sıralanabilir (21):

1. Yaşlanma ile organlarda rezerv kapasitelerinde azalma,
2. Termoregulasyonun bozulması, baroreseptörlerde duyarlılığın azalması gibi homeostatik kontrolde azalma,
3. Kişide pozisyon değişikliğine bağlı hipotansiyon, ısı değişimine adaptasyonda zayıflık gibi çevresel koşullara uyumun azalması,
4. Stres cevap kapasitelerinde azalma.

Yaşlanma döneminin kronolojik başlangıcı 65 yaş olarak kabul edilmekle birlikte sabit bir kronolojik süreç değildir yani süreç kişiler ve organ sistemleri arasında farklılık gösterir (22). Organ sistemlerinde yaşlanma ile birlikte homeostaz bozulur ve rezervlerinde azalma oluşur. Organ sistemlerindeki rezervlerin ilerleyici azalması ile organizmada streslere karşı cevap bozulur, patolojik olaylara eğilim artar.

Fiziksel aktivite, beslenme, yaşam tarzı, kronik hastalıklar, genetik faktörler fizyolojik yaşlanmada homeostazın azalmasına etkide bulunur. Bundan dolayı kişilerde yaşlanma süreci farklılıklar gösterir (23). Bu bireysel farklılıklar kişilik yapısı, bireyin yaptığı iş, toplumun kendisini ve kendinin toplumu algılayışı ve beslenme alışkanlıklarından da etkilenir (21). Yaşlılarda fizyolojik değişikliklerin ve hastalık etmenleri ile karşılaşma olasılıklarının daha fazla olması, gençlere göre daha fazla hastalanmalarına ve sorunlar yaşamalarına neden olur (24).

6.B.4 YAŞLANMA VE SORUNLARI

Yaşlılarda bilinmesi ve önlenmesi gereken en önemli sorunlar; düşme ve kazalar, göz ve görme sorunları, işitme sorunları, osteoporoz, ruh sağlığı sorunları, diş ve beslenme sorunları, kronik ağrı ve uyku bozuklukları, vücut ısısının kaybedir ve dışkı inkontinansı, ilaç bağımlılığı, alkol bağımlılığı, gereksiz ilaç kullanma ve nedeni bilinmeyen sorunlardır (25). Kronik ve dejeneratif hastalıklarla ilgili sağlık sorunları da yaşlılarda sık görülür. Kalp ve damar hastalıkları, sosyalizasyon, bilişsel bozukluklar, ağrılar, yaşam beklentisinin azalması ve fiziksel yetersizlikler gibi sağlık sorunları yaşlılara özgü olmamasına rağmen sık görülen sağlık sorunlarından (26).

6.B.4.1 Fonksiyonel Bağımlılık

Yaşlılık döneminde kişilerin yaşlanma ile birlikte fiziksel kapasitelerinin azalması fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlar. Ayrıca bazı fiziksel faktörler ve hastalıkların oluşturdukları koşullara uyumu zorlaştırır. Uyum sağlama yetenekleri azalan yaşlıların fonksiyonel kapasiteleri çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde yüksek tutularak bağımlılık dönemleri ertelenebilir ve yaşamlarını zorlaştıran sosyal ve çevresel faktörler en az düzeye indirilebilir (27).

6.B.4.2 Yas Yaşama Durumları

Yaşlılar yas yaşama yönündengençlere göre dahafazla risk taşırlar ve yası yaşama biçimleri de farklılıklar gösterir. Baskılanmış yas yaşlılarda diğer yas tiplerinden fazla görülür (28). Yaşlılar yaşamları boyunca yakınlarının birçoğunu kaybedebilirler, bu kayıplardan en fazla üzerinde durulan eş kaybıdır. Dul kalmaları yaşamlarında büyük bir stres etkisi yapar. Yaşlıların dul olarak yaşamlarının bedensel ve ruhsal sağlıklarında bozulmalara neden olduğu ve intihar/intihar dışı ölüm risklerini artırdığı gösterilmiştir (29). Yaşlı dulların sağlıklarının kötü olduğundan, somatik belirtilerden yakınmaları ve sağlık hizmetlerini kullanmaları da daha fazladır (28).

6.B.4.3 Uyku Sorunları

Yaşlanma ile birlikte kişilerde uyku sorunlarında artış eğilimi görülür. Yapılan çalışmalarda çoğu yaşlının uyku kalitesinden memnun olmadıkları, kronik uykusorunu yaşadıkları bildirilmiştir (30). Yaşlanma ile birlikte uykuda fizyolojik ve günlük ritim değişiklikleri olur. Somatik ve psikiyatrik hastalıklara bağlı uyku bozuklukları, uyku apne sendromu, noktürnal myoklonus gibi uyku bozuklukları meydana gelebilir (31). Yaşlılarda

yaşam süreçleri içinde yalnız yaşama, eş kaybı, huzurevi ve bakımevinde kalma, emeklilik gibi yaşamsal değişiklikler, kronik somatik hastalıkların sıklaşması, görme ve işitmede azalma sonucu ışık ve ses gibi uyaranları algılama yetersizlikleri gibi değişiklikler de uyku ve yaşam kalitesini kötüyönde etkiler (32).

6.B.4.4 Sosyal Destek

Türkiye’de hızlı kentleşme ve sanayileşme sonucu geleneksel sosyal değerlere yansıyan sosyodemografik yapıda değişiklikler olmuş, göç ve kentleşme ile birlikte ilişkilerde azalma, yaşlıların sosyal ağlarının sınırlanması ve bakım için sosyal destek imkanlarında azalma olmuştur (33). Ülkemizde yaşlılara yönelik örgütlü bakım ve hizmet imkanları yeterince sunulamamaktadır. Yaşlılarda sosyal ve ekonomik zorlukların etkisi ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarını da artırmaktadır (34). Yaşlıların yetişkin çocuklarının farklı nedenlerle şehir dışında veya ülke dışında çalışmaları, yaşamaları, ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturmaları ve büyüklerine ayrılabilen bir mekan olmaması, kırsal kökenli yaşlılarda ise kentte değişen sosyal yaşama bağlı aile içi uyumsuzluğun olması, daha önce kentte çalışmış ve statü sahibi olan yaşlıların akraba yanında bir yaşam şeklini kabul etmemeleri, evde yaşlıya bakacak ve eşlik edecek birinin olmaması gibi aile yapısındaki değişiklikler yaşlıların sosyal yaşantısını, aile ve toplum yaşamını etkileyen önemli değişikliklerdir (35). Yaşlı bireylerin çevrelerindeki eş aile ve arkadaşlarından oluşan sosyal ağları kendilerine faydalı ve etkili destek sağlarlar. Yaşlılarda sosyal destek sonucu oluşan saygınlık moral artışına, yaşam memnuniyetine, olumsuz olaylarla başetmesine katkı sağlar (36).

6.B.4.5 Günlük Yaşam Aktiviteleri

ABD ve İngiltere’deki yaşlılar arasında depresyon belirtilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, ABD’deki yaşlılardaki depresif belirtiler daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bazı araştırmacılara göre bunun nedeni; ABD’deki günlük yaşam aktivitelerinin önündeki engellerin ve bireylerdeki bilişsel bozuklukların daha az olmasıdır (12). Bu konuda daha önce yapılan çalışmalarda depresyon ve günlük aktiviteler arasında bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir (3). Kurtoğlu ve ark.’nın çalışmasında kişisel bakımını yapabilme yetisinin tam olmaması depresyonla ilişkili bulunmuş, depresyon belirlenen yaşlıların % 77’sinde yeti yitimi saptanmıştır (37).

6.B.4.6 İlaç Kullanımı

Yaşlı kişilerde ilaçların etkilerinde, ilacın dokular tarafından emilimi, vücuttaki kullanımı, dağılımı, atılımı ve etki ettiği dokularda oluşan reseptör duyarlılığındaki değişikliklere bağlı olarak farklılıklar oluşur ki bu durum yaşlıları ilaç yan etkilerine daha duyarlı kılar (38).

Bazı ilaçlar yaşlılarda daha fazla yanetki oluştururlar, bunlardan en önemlileri santral sinir sistemi depresyonu oluşturan ilaçlardır. Bu ilaçları antibiyotikler, antikoagulanlar, bronkodilatörler, analjezikler, antihipertansifler, oral hipoglisemik ajanlar, diüretikler izler. Yaşlılarda görülen konfüzyon, huzursuzluk, depresyon, hafıza kaybı, düşme, ekstrapiramidal sistem bulguları, inkontinans ve kabızlık gibi bulgular ilaç yan etkilerine bağlı olabilmektedir (39).

Yaşlılık döneminde çoklu ilaç kullanımı sık görülen sorundur. Polifarmasi olarak tanımlanan bu durum klinik olarak endike olan ilaçların dışında bir veya daha fazla gereksiz ilaç kullanımı veya 4 -5 adetten fazla ilaç kullanımıdır. Bu durum hastanın ilaç etkileşimlerini arttırabilmekte ve metabolizmaya gereksiz yük olmaktadır (39).

6.B.4.7 Ekonomik Sorunlar

Toplumda yaşlı nüfus yoksul ve yoksulluğa yakın olanlar arasında önemli yertutar. Yoksul durumdaki yaşlılar gelirlerinin büyük bir kısmını temel gıda, temel ihtiyaç ve sağlık harcamalarını karşılamak için kullanmak zorunda olduklarından, yetersiz beslenme, yetersiz barınma ve sağlık ihtiyaçlarının ihmal edilmesi gibi risklerle karşı karşıyadırlar. Bu durumların varlığında yaşlılarda depresyon görülme riskini arttırdığı görülmüştür (40). Araştırmalarda yaşlı kadınların ekonomik sıkıntılarının erkeklerle göre daha fazla olduğunu ve 65 yaştan fazla olma, yalnız yaşama, kırsal bölgede yaşama, boşanmış, dul ya da hiçvenmemiş olma gibi nedenlerle yoksulluk sıklığının arttığı gösterilmiştir (41).

6.B.4.8 Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigara ve alkol kullanımı, yaşlılarda görülen depresyon ile ilişkili bulunmamıştır (42). ABD ve İngiltere’de yaşayan yaşlılar arasındaki depresyon belirtilerini karşılaştıran bir çalışmada, İngiltere’deki aşırı alkol tüketiminin, depresyonla çok ilişkili olduğu gösterilememiştir (12). Her ne kadar alkol kullanma bozukluğu ve depresyon eğilimi birlikte bulunan hastalarda depresyon, tedaviye direnç ve intihar olasılığı daha yüksek olsa da; yeni bir çalışma ılımlı alkol kullanımının hiç kullanmayanlara göre depresyonla daha düşük düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir (43).

6.B.4.9 Beslenme Sorunları

Yaşlılarda yaşlanma süreci içinde beden yapısı ve organsal düzeyde işlevsel değişiklikler bireyin besin alımını ve besinlerin kullanımını olumsuz etkiler. Yaşlı bireylerin kötü beslenme alışkanlıkları kronik hastalıkların oluşmasında önemli faktörlerdendir. Yaşlılarda bazı besinlere ilgisizlik, sosyal çevrenin daralması, bakımevinde kalma sıkıntısı, tek başına yaşama, gelir düzeyi düşüklüğü, satın alma ve pişirme olanaklarının olmaması, diş ve ağız sağlığı bozuklukları, tat alım bozuklukları besin tüketimini engelleyerek yetersiz ve dengesiz beslenmeye yol açar. Bu durumun yaşlılarda görülen depresyon riskini arttırdığına işaret eden çalışmalar vardır (44).

6.B.4.10 Kronik Hastalıklar

Dünyada giderek artan yaşlı nüfusta potansiyel olarak kalp hastalığı, maligniteler, serebrovasküler olaylar ve influenzaya bağlı pnömoniler en sık ölüm nedenleri arasındadır. Bununla birlikte serebrovasküler olaylar, artrit, işitme kaybı, hipertansiyon ve kalp hastalığı yaşlılarda disabiliteye neden olurlar. Yine yaşlılarda ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan serebrovasküler olay sonrası gelişen hemipleji önemli düzeyde mental ve fiziksel disabilite nedenidir (45,46).

Türkiye’de yaşlı nüfusta başta kalp-damar hastalıkları olmak üzere kanser ve serebrovasküler hastalıklar sık görülen sağlık sorunlarıdır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun %90’ında bir, %35’inde iki, %23’ünde üç, %15’inde dört ve dörtten daha fazla kronik sağlık sorunu bulunmaktadır. Türkiye genelinde hastaneye yatış oranı %17,3 civarında iken, birden fazla kronik hastalığı olan 65 yaş ve üzerindeki kişilerde bu oran %31’e çıkmaktadır (47).

Osteoporoz, normal mineralizasyonu olan kemik dokusunda birim hacme düşen kemik kitlesindeki azalma ile karakterize metabolik bir kemik hastalığıdır. Yaşlı popülasyonda sık görülür. Kemik yoğunluğunda azalma ve kemiğin ince mimari yapısında bozulma sonucu kırık riski artar (48). Fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinde sorunlara neden olan önemli bir halk sağlığı problemidir. Kemik kırıkları osteoporozun en önemli komplikasyonudur ve en çok vertebra, kalça ve el bileğinde görülür (49). Yaşlılarda oluşan kırıkların %70’inden osteoporoz sorumludur (45).

Üriner inkontinans, ambulator geriatrik bireylerin %10-30’unu etkileyen bir sorun olup kadınlar erkeklere göre 2 kat fazla görülür. Yaşlı kadınlarda östrojen etkilerinin azalmasıyla ürogenital sistemde belirgin fonksiyon bozukluğu gözlenir. Kadınlarda daha çok çalışılmış olmasına rağmen genel olarak erkeklerdeki sıklığı yaklaşık olarak yarısı

kadardır. Dizüri, sık idrara çıkma, üriner inkontinans ve üriner sistem infeksiyonları yaşlılarda ve yaş ilerledikçe dahası görülmektedir (46). Üriner inkontinans emosyonel bozukluğa, sosyal ve hijyenik problemlere yol açar (45,50).

6.B.4.11 Ev Kazaları ve Düşme

Yaşlıların önemli sorunlarından birini de ev kazaları oluşturur. Yaşlılar, yaşlanma ile birlikte oluşan fizyolojik değişiklikleri, kronik hastalıkları ve unutkanlıkları ile ev kazaları yönünden riskli grubu oluşturur.

Altmış beş yaş üstü yaşlıların yaklaşık %35'i her yıl düşer, bu oran 80 yaş ve üzerinde %50'ye çıkar (51). Yaşla birlikte ortaya çıkacak gücü kaybı, alt ekstremitelerdeki güç kaybı, denge ve postüral kontrol kaybı, yürüme kabiliyetindeki kayıplar düşmeler için önemli risk faktörleridir. Kafa travmaları ve kırıkları da içine alan düşme ile ilişkili yaralanmalar, yaşlılarda özellikle uzun süreli veya kalıcı sakatlığa neden olabilir. Düşmelerin önlenmesiyle özürlülük azalır, yaşam kalitesi artar ve bakım için harcanan maliyet düşer (52). Düşme korkusu, günlük yaşam aktivitelerini yürütmedeki güveni etkiler, kısıtlılıklara ve daha inaktif bir yaşantıya sebep olur. Bu da kas atrofisi ve özellikle alt ekstremitelerde güç kaybına sebep olarak düşme riskini artırır (53).

6.B.4.12 Dini İnanç

Literatürde dindarlığın depresyondan koruyucu etkenler arasında sayıldığı belirtilmektedir (54).

6.B.4.13 Demans

Demans, ilerleyici bilişsel kayıp ve işlevsellikte bozulma ile seyreden ve yıkımla sonuçlanan bir sendromdur. Depresyon, demans hastalığında en sık gözlenen nöropsikiyatrik bozukluktur. Demansı olmayan yaşlı bireylerle karşılaştırıldığında demans hastalarında depresyon 3-4 kat daha fazla görülmektedir (55). Demansta depresyon prevalansı değişik çalışmalarda depresyonun tanımlanması, değerlendirme yöntemleri ve klinik belirtilerindeki çeşitlilik nedeniyle %1-90 arasında bulunmaktadır (56).

Öncelikle depresyonda görülen psikomotor yavaşlama, emosyonel labilite, ağlama nöbetleri, uykusuzluk, kilo kaybı, duygularını dile getirmede yetersizlik ve karamsarlık gibi belirtiler, depresyonu olmayan demans hastalarında da sıklıkla görülebilmektedir (57). Depresyon hastalarında belirtilerin ortaya çıkışı nispeten daha hızlı ve kısa süredir, aile bireyleri tarafından genellikle kısa zamanda fark edilir ve hekime başvurulur. Demans ise

uzun sürede ve sinsi biçimde gelişir, hastanın yakınları başlangıç evrelerinde farkına varmayabilirler (58).

Depresyon, demans hastalarında yaşam kalitesinin bozulmasına, bilişsel yıkımın hızlanmasına, günlük aktivitelerdeki yetersizliğin artmasına ve tedavi maliyetinde artışlara yol açmaktadır (59).

Yaşlılıkta demans ve depresyonun en önemli ortak özelliği, bilişsel alanda kayıpların olmasıdır. Her iki tabloda bilişsel kayıpların farklı alanlarda ortaya çıktığı, depresyonda geri dönüşebilir olduğu ve işlevselliği etkilemediği gösterilmiştir. Bununla birlikte, depresyon ve demans ayrımını yapmak zordur. Ancak asıl zorluk, her iki durumun klinikte çoğunlukla birlikte bulunmaları ya da birbirlerine ikincil olarak gelişmeleri nedeniyle ortaya çıkmakta; “saf” demans veya depresyon tablolarına nadir rastlanmaktadır (56). Depresyona ikincil olarak bilişsel kayıpların ortaya çıktığı ve bazı durumlarda demansa benzeyen tabloları tanımlamak için uzun yıllar “psödodemans” adlandırması kullanılmıştır (60). Ancak son yıllarda yaşlılık depresyonları ile ilgili çalışmaların artmasıyla, psödodemans tablosunun aslında gelişmekte olan gerçek bir demansı yansıtabileceği öne sürülmüştür. Nitekim günümüzdeki bilgilerimiz yaşlılık depresyonlarının, özellikle ilk kez yaşamın geç yıllarında gelişen depresyonların önemli bir bölümünün demanszemininde geliştiğini, demansın öncülü olduğunu veya demans gelişimini kolaylaştırdığını, yani demansla ilişkili olduğunu göstermektedir (58). Demans ve depresyon bu denli sıklıkla birlikte görülür hatta iç içe geçmiş tablolar oluştururken, her iki tablonun da erken tanı ve tedavisi ayrı ayrı önem taşıdığından, ayırıcı tanı çok önemlidir. Demans erken teşhis edildiğinde bilişsel işlevleri destekleyen ve yıkımı geciktiren ilaçların kullanımıyla, bireylerin yaşam kalitesi artırılmakta ve ilerisi için plan yapma fırsatı sunulabilmektedir (61). Depresyon ise tedavi edilmediğinde ciddi kayıplara, ek tıbbi hastalıklara, gereksiz sağlık harcamaları ve ilaç kullanımına dolayısıyla ilaç yan etkilerinde artışa, yaşam kalitesinde düşmeye, sosyal yaşamın bozulmasına ve bakımevine gidişin hızlanmasına yol açan, oysa tanındığında tedavi oranları yüksek olan bir durumdur (62).

6.B.4.14 Ruhsal Sorunlar

Yaşlılarda depresyon en sık görülen ruhsal sorundur. Yapılan çalışmalarda, yaştan ilerlemesi ile fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlev ve gündelik aktivitelerde gerileme, ekonomik durumun kötüleşmesi, bireyin yalnız yaşaması, sosyal desteklerin zayıf olması gibi faktörlerin yaşlılarda depresyon görülme sıklığında artışa neden olduğu gösterilmiştir

(63). Yaşlılık döneminde depresyon sık görülmesine rağmen tanı konulması ve tedavi edilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Yaşlı depresif hastaların %80'nin fiziksel bir hastalık nedeni ile hekime başvurduğu ve bunların sadece %4'ünün depresyona yönelik tedavi aldıkları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (64).

6.C YAŞLILARDA DEPRESYON

6.C.1 YAŞLILARDA DEPRESYONUN ÖNEMİ

Genel olarak kronolojik anlamda kullanılan yaşlılık sınırı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 65 yaş olarak bildirilmekle birlikte, bireyin bağımlı duruma geçişinin 75 yaş ve üzeri dönem olduğu vurgulanmıştır (65). Yaşlı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri insan sayısının genel toplumdaki payı gelişmiş ülkelerde % 15'lere kadar yükselmiştir (66). 2020 yılına kadar dünya nüfusunun % 22'sinin 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde, yaşlıların sayısının toplum içinde giderek artması ile birlikte, yaşlıların sorunları da farklı boyutlarda kendini göstermektedir (65,67).

DSÖ verilerine göre fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında 4. sırada yer alan depresyonun 2020 yılında sıklık açısından 2. sıraya yükseleceği ve insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağı tahmin edilmektedir (68). Sıklığı ve süresi yaşla giderek artan bu bozukluk yineleyici bir hastalıktır ve uzun süreli tedavisi gerekir. Yoğunlaşamama ve dikkat eksikliği depresyonun öncül belirtilerindendir. Genel olarak zihin süreçlerinde yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır. Bazen de demansla birlikte veya demansın öncü belirtisi olabilmesi nedeniyle yaşlılarda özel bir öneme sahiptir (68). Yaşlılarda depresyon çeşitli yeti yitimlerine neden olmakta, beden hastalıklarına bağlı ölümleri ve sağlık, bakım gibi hizmetlerin kullanımını ve maliyetini artırmaktadır (66,68). Depresyonun, yaşlılık döneminde de sık görülmesi, tanı ve tedavi olanağının bulunması, tedavi edilmediğinde intihar riskinin olması ve yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir (69).

Yaşlılarda depresyonun erken tanı ve tedavisi yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırmakta ve erken ölümleri önlemektedir (68).

6.C.2 EPİDEMİYOLOJİ

Yaşlılarda depresyon dünya çapında gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlılık çağı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar, yaşlılarda

depresyon belirtilerinin %8-35, major depresyonun ise %0,8-2,9 oranında görüldüğünü bildirmektedir (70). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri 31 milyon yaşlının yaklaşık 5 milyonu depresyondan etkilenmektedir. Toplum içinde yaşayan yaşlıların %15-25'inde, uzun dönem bakım merkezlerindeki yaşlıların %25'inde ve huzurevlerinde kalan yaşlıların % 20-30'unda depresyon bulunduğu bildirilmektedir (69).

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfustaki major depresyon görülme sıklığı % 1-3, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ise %8-15'tir (66). Depresyonun yaşlı nüfusta sıklığı ile ilgili Alexopoulos ve ark.'nın yaptığı çalışmada, yaşlılarda ortalama depresyon oranının %1 olduğu ve genç nüfusa göre 1/4 oranında daha az görüldüğü bildirilmiştir (4).

Avrupa Depresyon Çalışması'nın (EURODEP: European Depression Study) bir parçası olarak bu konuda yayınlanmış 34 çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada yaşlılarda depresyon sıklığı %1,8 olarak belirtilmiştir (5). Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda seçilen yaşlı nüfusun özellikleri ve kullanılan yöntemler değiştikçe, yaşlılık çağı depresyonunun sıklığı konusunda farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, Reynolds ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada kalp hastalıkları, kanser veya artrit gibi komorbid hastalıkları olan yaşlılarda depresyon sıklığı %25 olarak bulunmuştur (71). Bu sonuçlara göre, komorbid hastalıklar yaşlılarda depresyon sıklığının artmasına neden olmaktadır. Depresyon sıklığı cinsiyete göre değişmektedir. Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya konmuştur.

Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu kadını depresyona yatkın kılmaktadır. Bu sonucu evde yaşayan ve huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan birçok çalışma desteklemektedir (72). Zunzunegui ve ark. 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptıkları çalışmalarda kadınlarda depresyon oranını %46, erkeklerde ise %20 bulmuşlardır (73). Kadınlardaki depresif durumların her zaman erkeklerden fazla olduğu ve yaş grupları arasında kadınlarda fazla değişiklik olmazken, erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte depresif belirtilerde artış olduğu bildirilmiştir (74). Yaşlılarda depresyon sıklığı medeni duruma göre de değişmektedir. Dul olma ve yalnız yaşamamanın, depresyon için risk etkeni olduğu, eşini kaybeden yaşlılarda hüznün, yalnızlık, terk edilmişlik duygularının devam ettiği ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (74).

Maral ve ark.'nın 2001'de 212 60 yaş ve üstü yaşlıda yaptıkları bir çalışmada, evde yaşayan yaşlılar arasında evli olanlarda %15,6; dul ve bekâr olanlarda ise %46,5 oranında depresyon saptanmıştır. Bu araştırmaya göre evde yaşayanlar için bekâr veya dul olmak

depresyonda risk etkenidir ve depresyon riskinin 4,72 kez daha fazla olduğu belirlenmiştir (75). Yaşlıların eğitim düzeyleri ve gelir durumları da depresyon sıklığını etkilemektedir. ABD Sağlık ve Emeklilik Araştırması (HRS: Health and Retirement Study) ve İngiliz Longitudinal Yaşlanma Araştırması'nın (ELSA: English Longitudinal Study of Ageing) 2002 yılı, 65 yaş ve üzeri yaşlılara ait verilerinden yararlanılan ve iki ülkenin depresif belirti düzeylerini karşılaştıran bir çalışmada ABD'de depresif belirti sıklığı (% 14,9), İngiltere'ye göre (% 17,6) daha düşük bulunmuştur (12).

ABD'de depresif belirtilerin daha düşük düzeyde bulunmasının bir nedeni olarak, eğitim ve gelir düzeyinin daha yüksek olması öne sürülmüştür. Bu sonuç, yüksek sosyoekonomik durum ve eğitimin, yaşlılarda düşük depresif belirtilerle ilişkili olduğunu gösteren önceki araştırmalarla da uyumlu bulunmuştur (76). Güz ve ark.'nın 2007'de Samsun'da yaptıkları çalışmada, depresyonu olan yaşlı grupta eğitim düzeyinin, depresyonu olmayan gruba göre daha düşük bulunduğu belirtilmiştir (77).

Yaşlılık döneminde görülen depresyonla ilgili yapılan çalışmalarda gelir düzeyinin düşüklüğü depresyon belirtilerinin sıklığını artıran bir etken olarak bildirilmiştir (78). Demet ve ark.'nın Manisa il merkezi ve ilçelerinde huzurevlerinde yaptıkları çalışmada; yaşlılarda sosyoekonomik düzeyin depresyon üzerinde etkili olduğu bulunmuş, yaşlıların kendi sosyal ve ekonomik düzeylerini alt ya da orta düzey olarak algılamalarının depresyon varlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (79). Eğitim düzeyi ve gelir durumu, depresyondan korunmada ve depresyona neden olan unsurlarla baş etmede önemli rol oynamaktadır. 2004 yılında, İzmir ili İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 359 65 yaş ve üstü hastada yapılan bir çalışmada; sosyal güvencesi olmayanlarda, sosyal güvencesi olanlara göre depresyon puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (80). Sosyal güvencenin özellikle sağlık harcamalarını karşılama ve gelecek endişesini azaltma yönüyle olumlu katkılar sağladığı düşünülmektedir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığının normal yaşlı nüfusa göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (35, 81).

6.C.3 TANI ve DEĞERLENDİRME

Depresyonu olan yaşlılarda genç depresyonlulara göre daha sık somatik yakınmalar olur. Yaşlılarda görülen en sık somatik yakınmalar asteni - kuvvetsizlik, halsizlik, baş ve karın ağrısı gibi vücudun farklı yerlerinde ağrılar ve kabızlıktır. Yaşlılarda kilo kaybı, yorgunluk ve uykusuzluk gibi belirtiler fiziksel hastalıklarla karıştırılabilir. Bu nedenle ayırımının yapılması için hekimin dikkatli olması gerekir (82).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan depresif belirtiler doktorlar ve hastalar tarafından yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak görülebilir. Emekli olan yaşlılarda işlevsel beklentilerin azalmasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek yeti yitiminin düzeyi ile ilgili tam olarak değerlendirme yapılamayabilir. Yaşlılar çoğunlukla depresyonla ilgili belirtileri söylemeyebilirler, duygularını belirtmede isteksiz olabilirler. Bu nedenle yaşlılar daha çok bedensel yakınmalarla hekime başvururlar, bu nedenle hekim ve hasta tıbbi durum üzerinde daha fazla durur ve depresyon tanısından uzaklaşılabilir (65).

Yaşlıların depresyon tanısında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Öncelikli olarak yaşlılarda hastalık öyküsü hastanın kendisinden ve yakınlarından ayrıntılı olarak alınmalıdır. Bu hikâyede hastanın son dönem işlevselliği önemlidir. Hastanın daha önceki psikiyatrik hastalık hikâyesi, ailenin ruhsal durumu, kişilik özellikleri, kronik bedensel hastalıkları ve görülen hastalık belirtilerinin gelişimi çok iyi bir şekilde sorgulanmalıdır. Bununla birlikte yaşlının fizik muayenesi yapılmalı, depresyona neden olabilecek hastalıklar sorgulanmalı, tam kan sayımı ve sıvı elektrolit değerleri, ayrıca karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyonları değerlendirilmeli, bilgisayarlı beyin tomografisi, elektrokardiyografi, vitamin B12, folat düzeyleri incelenmelidir (35).

7. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma İzmir il merkezinde belirlenen ASM’lerde izlenen 65 yaş ve üzeri 771 yaşlı ile Nisan ve Mayıs 2014 ile Ekim ve Kasım 2014 tarihleri arasında yüzyüze görüşülerek yapıldı.

Araştırmanın evreni, 2014 yılında İzmir il merkez ilçelerindeki ASM’lere kayıtlı 65-74 yaş arası 157.802, 75 yaş ve üzeri 99.055 olmak üzere toplam popülasyonu 256.857 yaşlıdır. Yaşa göre tabakalandırılma yapılarak yaş iki gruba ayrılmış, her bir yaş grubundaki hedef kitle birey sayısı dikkate alınarak;

$$n = N t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq \text{ formülü kullanılmıştır.}$$

Formüldeki;

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasını ifade etmektedir.

Çalışmada p değeri 0,20; q değeri 0,80; d değeri 0,04 olarak alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü, kullanılan formülle, 65-74 yaş grubu için 385, 75 yaş ve üzeri için 386 yaşlı olarak hesaplanmıştır. Yaşa göre tabakalanan yaşlı sayıları her yaş grubu içinde, her ilçedeki yaşlı sayılarına orantılı olarak dağıtılmıştır (Tablo 1).

Tablo 7.1 Evren ve örneklem büyüklüklerinin dağılımı

	Evren				Örneklem	
	65-74		≥ 75		Sayı	
	Sayı	%	Sayı	%	65-74	≥ 75
BALÇOVA	6512	4,13	3929	3,97	16	15
BAYRAKLI	15502	9,82	7744	7,82	38	30
BORNOVA	19999	12,67	11879	11,99	49	46
BUCA	20.213	12,81	12.009	12,12	49	47
ÇİĞLİ	7746	4,91	4025	4,06	19	16
GAZİEMİR	4665	2,96	2480	2,50	11	10
GÜZELBAHÇE	1915	1,21	1191	1,20	5	5
KARABAĞLAR	24171	15,32	14631	14,77	59	57
KARŞIYAKA	25264	16,01	16943	17,10	62	66
KONAK	28046	17,77	22224	22,44	68	86
NARLIDERE	3769	2,39	2000	2,02	9	8
Toplam	157802	100,00	99055	100,00	385	386

7.A Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya katılacak hastalara öncesinde anket formları ve ölçekler konusunda kısa bilgi verildi. Çalışmaya katılmada gönüllülük durumunda araştırmacı tarafından Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15) kullanıldı. Ayrıca, Mini Mental Test (SMMT),Eğitimsizler için Mini Mental Test (SMMT-E), Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA), Enstrumental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA)'leri de kapsayan anket ile değerlendirme yapıldı. Bu anket formları çalışmacı tarafından okundu ve cevapları çalışmacı tarafından kayda alındı.

İlgili aile sağlığı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü yaşlılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar dâhil edildi. Bilinç durumu değişikliği, konuşma ve duyma problemi nedeni ile kooperasyon kurulamayan ve çalışmayı kabul etmeyen hastalar çalışma kapsamına alındı.

7.B Veri Toplama Araçları**7.B.1 Anket**

Hastaların sosyodemografik verileri başta olmak üzere 22 sorudan oluşan anket soruları oluşturuldu. Yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, eğitim seviyesi, aylık

gelir ve algısı, ailede yakın kaybı, kiminle yaşadığı, sosyal destek durumu, kendi sağlık algısı, uyku sorunları, sersemlik hissi, son bir yıl içerisinde düşme varlığı, kronik hastalıklarının durumu, ayrıca ruhsal hastalıkları; ilaç, sigara, alkol kullanım öykülerini içeren 22 soru soruldu. Sorular, yaşlı nüfusta depresyon ile ilgili daha önceki literatürler incelenerek belirlendi.

7.B.2 Geriatrik Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15)

Geriatrik Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15), yaşlı hastalarda depresyon taraması yapılması için 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (83). 1991 yılında ise kullanım kolaylığı açısından Burke ve arkadaşları tarafından 15 soruluk kısa formunun geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (84). GDÖ-15 formu hızlı ve kolay uygulanabilir bir tarama testidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini ise Ertan T. ve arkadaşları 2004'te yapmıştır (85). Bu çalışmalarında cronbach alfa değeri 0,87; 7-8 kesme değerinde duyarlılık %72 ve özgünlük %80 olarak gözlenmiştir. 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten toplam 8 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir, hastanın kliniği ile değerlendirilmesi gerekir. Demanslı hastalara uygulanabilir olması bir avantajdır (85).

7.B.3 Mini Mental Test (SMMT)

Mini Mental Test (SMMT) ve okuma yazma bilmeyenler için geliştirilmiş olan Eğitimsizler için Mini Mental Test (SMMT-E) formu mevcuttur. Folstein MF ve arkadaşlarının 1975'te geliştirmiş olduğu bu testler, 11 sorudan oluşur ve 30 puan üzerinden değerlendirilir. 24-30 puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demans ile uyumludur. Oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama, vizyospasiyal yetenekleri test eder, kolay ve uygulanabilir oluşu en büyük avantajıdır (86). Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini Güngen C. ve arkadaşları 2002'de yapmış, eşik değeri için 23/24; 0,91 duyarlılık ve 0,95 özgüllük tespit edilmiştir (87).

7.B.4 Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ölçeği olarak bu alanların test edilmesi için geliştirilen ve en sık kullanılan ölçek Katz'ın GYA ölçeğidir. Bu test hastanın günlük işlerinde ne yaptığını kaydetmeyi amaçlar. Hasta; yemek yeme, banyo yapma, giyinme,

tuvalet kullanma, yatağa yatma, basamak çıkma açılarından gözden geçirilir. Bu işlerin hasta tarafından bağımsız veya yardımla yapılmasına göre puanlanır. GYA ölçeği; birey GYA'larını bağımsız olarak yapıyorsa 2(iki) puan, yardım alarak yapıyorsa 1(bir) puan, hiç yapamıyorsa 0 (sıfır) puan verilerek değerlendirilmektedir. GYA ölçeğinde 0–6 puan bağımlı, 7-12 puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir.12 puan herhangi bir yardım gerekmediği anlamına gelmektedir (88).

7.B.5 Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA)

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA) olarak Lawton-Broody nin EGYA ölçeği kullanılmıştır. Bu testte EGYA işlemleri hastanın ne derece bağımsız yerine getirdiğine göre skorlandırılır. Lawton-Brody EGYA ölçeği 0-14 arası puan alır. Birey EGYA'larını bağımsız olarak yapıyorsa 2 (iki) puan, yardım alarak yapıyorsa 1(bir) puan, hiç yapamıyorsa 0 (sıfır) puan verilerek değerlendirilmektedir. 0–7 puan bağımlı, 8-14 puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir.14 puan herhangi bir yardım gerekmediği anlamına gelmektedir (89).

7.C İstatistiksel Analizler

Çalışmamızda GDÖ-15 sonuçlarına göre belirlenen depresyon durumu bağımlı değişken olarak tanımlandı. Literatür ışığında yaşlılardaki depresyon ile ilişkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, sosyal güvence, eğitim seviyesi, aylık gelir, kiminle yaşadığı, sosyal destek, yakın akraba kaybı, kendi sağlığını nasıl algıladığı, uyku sorunu, sersemlik hissi, inkontinans, düşme, kronik hastalıkları ve süresi, ilaç, sigara ve alkol kullanımı bağımsız değişkenler olarak belirlendi.

İstatistiksel analizler, SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları verildi. Kategorik bağımsız değişken ile bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulandı. Ortalamaların karşılaştırılmasında ise t-testi kullanıldı. P değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

8. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Bulgular iki başlık altında incelenmiştir:

8.1. Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Yönelik Bulgular

8.2. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu Puanlamasına yönelik Bulgular

8.1 Yaşlıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Yönelik Bulgular

Çalışma 65-74 yaş arası 385, 75 yaş ve üzeri 386 yaşlı ile tamamlanmıştır. Tablo 8.1.1’de yaşlıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadın yaşlıların (%56,3) erkek yaşlılardan (%43,7) daha fazladır. Yaşlıların %72’sinin halen evli ve %22’sinin ise eşi ölmüştür. Sosyal güvence olarak yaşlıların %45,3’ü SSK’lı iken %20,2’si hiçbir sosyal güvencesi olmadığını ifade etmiştir. Yaşlıların %45,3’ü ilkokul mezunu iken, %18,8’nin okuma-yazması yoktu. Buna karşılık lise ve üstü eğitim gören yaşlı yüzdesi %18,4 idi. Yaşlı nüfusun %49,2’sinin aylık geliri 700-1500 TL arası; %41,4’ünün de aylık geliri 1500 TL üzereydi. Gelir düzeyini kendilerinin değerlendirilmesi istendiğinde yaşlıların %67,7’si gelirini yeterli bulmuyordu.

Tablo 8.1.1 Yaşlıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	434	56,3
	Erkek	337	43,7
Yaş Grupları	65-74	385	49,9
	75 yaş ve üstü	386	50,1
Medeni Durum	Bekâr	8	1,0
	Evli	555	72,0
	Boşanmış	38	4,9
	Eşi ölmüş	170	22,0
Sosyal Güvence	Yok	156	20,2
	SSK	349	45,3
	Bağ-Kur	94	12,2
	Emekli Sandığı	172	22,3
Eğitim Seviyesi	Okur-yazar değil	145	18,8
	Okur-yazar	77	10,0
	İlkokul	349	45,3
	Ortaokul	58	7,5
	Lise ve üzeri	142	18,4
Aylık Gelir	700 TL altı	73	9,5
	700-1500 TL arası	379	49,2
	1500 TL üstü	319	41,4
Gelir Düzeyi	Yeterli	249	32,3
	Yetersiz	522	67,7
Toplam		771	100,0

Yaşlı nüfusun yaşam şeklini belirleyen özelliklerini gösteren tablo 8.1.2’de ise yaşlıların yaşamlarına ilişkin özellikleri özetlenmiştir. Yaşlıların %49’unun eşi ile birlikte yaşadığı, %15,6’sının yalnız ve %9,6’sının da çocukları ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Yaşlıların %81,7’si hiçbir kimse ve/veya kurumdan sosyal destek almadıklarını belirtmişlerdir. “Son bir yıl içerisinde ailede bir yakınınızı kaybettiniz mi?” sorusuna hayır yanıtını verenlerin oranı %87,9’dur. “Kendi sağlığını nasıl algıyorsunuz?” sorusuna yaşlıların %47,7’si orta, %16,6’sı kötü ve %31,3’ü de iyi olarak yanıtlamıştır.

Tablo 8.1.2 Yaşlıların yaşamlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

		Sayı	%
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	120	15,6
	Eşi	378	49,0
	Eşi ve çocukları	178	23,1
	Çocukları	74	9,6
	Bakıcı	3	0,4
	Akraba	18	2,3
Sosyal Destek Durumu	Var	141	18,3
	Yok	630	81,7
Ailede Kayıp Durumu	Var	93	12,1
	Yok	678	87,9
Kendi Sağlık Algısı	Kötü	128	16,6
	Orta	368	47,7
	İyi	241	31,3
	Çok iyi	32	4,2
	Mükemmel	2	0,3
Toplam		771	100,0

Çalışmaya katılan yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen olası sorunları tablo 8.1.3'te özetlenmiştir. Uykuya dalmada güçlük çeken yaşlıların oranı %39,4 iken; geceleri bir şekilde uykudan uyandığını ifade edenlerin oranı ise %62,1 olarak belirlenmiştir. Üriner inkontinans varlığı sorulduğunda idrar kaçırdığını belirten yaşlı yüzdesi %27,0 idi. Son bir yıl içerisinde yaşlıların %36,4'ü düşüklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 8.1.3 Yaşlıların yaşamlarını etkileyen sorunların dağılımı

		Sayı	%
Uykuya Dalmada Zorluk	Var	304	39,4
	Yok	467	60,6
Uykudan Uyanma	Var	479	62,1
	Yok	292	37,9
Sersemlik Hissi	Var	366	47,5
	Yok	405	52,5
Üriner İnkontinans	Var	208	27,0
	Yok	563	73,0
Düşme	Var	281	36,4
	Yok	490	63,6
Toplam		771	100,0

Tablo 8.1.4'te yaşlıların bilinen kronik hastalıkları değerlendirilmiştir. Yaşlıların %94,6'sının en az bir kronik hastalığı vardır ve %68,7'sinin hipertansiyon; %28,9'unun diyabet; %24,5'inin osteoporoz; %32,6'sının kalp hastalığı; %8,2'sinin böbrek hastalığı tanılarının olduğu ifade edilmiştir. Yaşlıların %73,7'sinin sayılan bu hastalıklar dışında, KOAH başta olmak üzere başka kronik hastalıkları bulunmaktadır. Herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almış olan yaşlıların oranı ise %15,4'tür.

Tablo 8.1.4 Yaşlıların bilinen kronik hastalıklarının dağılımı

		Sayı	%
Kronik Hastalık	Var	729	94,6
	Yok	42	5,4
Hipertansiyon	Var	530	68,7
	Yok	241	31,3
Diyabet	Var	223	28,9
	Yok	548	71,1
Osteoporoz	Var	189	24,5
	Yok	582	75,5
Kalp Hastalığı	Var	251	32,6
	Yok	520	67,4
Böbrek Hastalığı	Var	63	8,2
	Yok	708	91,8
Diğer Hastalıklar	Var	568	73,7
	Yok	203	26,3
Ruhsal Hastalık	Var	119	15,4
	Yok	652	84,6
Toplam		771	100,0

Tablo 8.1.5'te yaşların ilaç, sigara ve alkol kullanımlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde %92,2'sinin devamlı kullandığı ilaçlarının olduğu belirlenmiştir. Sigara hiç içmeyen yaşlıların yüzdesi %50,5 iken, sigarayı bırakanların %35,3 ve halen sigara içmekle olanların ise %14,3'tür. Halen alkol kullanan yaşlıların oranı % 9,7 iken, hiç içmeyenlerin %71,6, içip bırakanların ise %18,7 olduğu görülmüştür.

Tablo 8.1.5 Yaşlıların ilaç, sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı

		Sayı	%
İlaç Kullanımı	Var	711	92,2
	Yok	60	7,8
Sigara Kullanımı	Halen içiyorum	110	14,3
	Bıraktım	272	35,3
	Hiç içmedim	389	50,5
Alkol Kullanımı	Halen içiyorum	75	9,7
	Bıraktım	144	18,7
	Hiç içmedim	552	71,6
Toplam		771	100,0

Yaşlı hastaların uygulanan ölçeklere ait değerlendirmeleri Tablo 8.1.6'da özetlenmiştir. Uygulanan Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formuna göre yaşlıların %19,3'ünde depresyon varlığı saptanmıştır. Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğine göre hastaların tümü bağımsız olarak değerlendirilirken, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği puanlamasına göre yaşlıların %3,2'inin bağımlı olduğu görülmüştür. Demans hastalarını belirlemek için uygulanan Standardize Mini Mental test ve Eğitimsizler için Mini Mental testi sonuçlarına göre yaşlıların %16,3'ü hafif demans (24-30 arası puan) ve %1,1'i ağır demans (18-23 arası puan) olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 8.1.6 Yaşlıların geriatrik depresyon, günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçekleri ve standardize mini mental test sonuçlarının değerlendirilmesi

		Sayı	%
GDÖ-15	Depresyon (+)	149	19,3
	Depresyon (-)	622	80,7
GYA	Bağımlı	0	0,0
	Bağımsız	771	100,0
EGYA	Bağımlı	25	3,2
	Bağımsız	746	96,8
SMMT	Normal	637	82,6
	Hafif Demans	126	16,3
	Ağır Demans	8	1,1
Toplam		771	100,0

8.2 Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu Puanlamasına Yönelik Bulgular

Bulguların bu bölümünde Mini Mental Test sonucu hafif demans (24-30 arası puan) ve ağır demans (18-23 arası puan) olarak değerlendirilen yaşlılar değerlendirme dışı bırakılarak bağımsız değişkenlerin depresyon ile ilişkisi incelenmiştir.

Tablo 8.2.1’de yaşlıların sosyodemografik özellikleri ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Depresyon varlığı ile cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, sosyal güvence, eğitim seviyesi, aylık gelir, gelir düzeyi yeterliliği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yaş grupları, eğitim seviyeleri, aylık gelir düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyon 65-74 yaş arası yaşlılar arasında %39,2 iken 75 yaş ve üstü yaşlılarda bu oran %60,8 olarak görülmüştür ($p=0,001$).

Tablo 8.2.1 Yaşlıların sosyodemografik özelliklerine göre depresyon durumlarının dağılımı

		Depresyon				p değeri
		Yok		Var		
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grupları	65-74 yaş	309	57,2	38	39,2	0,001
	75 Yaş ve üstü	231	42,8	59	60,8	
Cinsiyet	Kadın	279	51,7	60	61,9	0,077
	Erkek	261	48,3	37	38,1	
Medeni Durum	Bekâr	129	23,8	34	35,1	<0,001
	Evli	411	76,1	63	64,9	
Sosyal Güvence	Yok	117	21,7	19	19,6	0,758
	SSK	230	42,6	46	47,4	
	Bağ-Kur	67	12,4	13	13,4	
	Emekli Sandığı	126	23,3	19	19,6	
Eğitim Seviyesi	Okur Yazar değil	126	23,3	45	46,4	<0,001
	İlkokul	246	45,6	27	27,8	
	Ortaokul	44	8,1	11	11,3	
	Lise ve üstü	124	23,0	14	14,4	
Aylık Gelir	700 TL altı	39	7,2	14	14,4	0,010
	700-1500 TL arası	262	48,5	53	54,6	
	1500 TL üstü	239	44,3	30	30,9	
Gelir Düzeyi	Yeterli	176	32,6	26	26,8	0,287
	Yetersiz	364	67,4	71	73,2	
Toplam		540	100,0	97	100,0	

Tablo 8.2.2’de ise, yaşı nüfusun yaşam şekli incelenmiş, kiminle yaşadığı, sosyal destek, ailede kayıp durumu ve kendi sağlığını nasıl algıladığı sorulmuştur. Depresyonu olanların olmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak kendi sağlık algılarının daha kötü olduğu görülmektedir. ($p<0,001$).

Tablo 8.2.2 Yaşlı nüfusun yaşam şekline göre depresyon durumlarının dağılımı

		Depresyon				p değeri
		Yok		Var		
		Sayı	%	Sayı	%	
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	75	13,9	24	24,7	<0,001
	Yalnız değil	465	86,1	73	75,3	
Sosyal Destek Durumu	Var	90	16,7	21	21,6	0,245
	Yok	450	83,3	76	78,4	
Ailede Kayıp Durumu	Var	60	11,1	11	11,3	1,000
	Yok	480	88,9	86	88,7	
Kendi Sağlık Algısı	Kötü	48	8,9	42	43,3	<0,001
	Orta	262	48,5	37	38,1	
	İyi	230	42,6	18	18,6	
Toplam		540	100,0	97	100,0	

Tablo 8.2.3'te yaşlıların yaşamlarını etkileyen sorunların depresyonla ilişkisi incelenmiştir. Uykuya dalmada zorluk, uykudan uyanma, sersemlik hissi, üriner inkontinans ve düşme sıklığı açısından depresyonu olanların olmayanlara göre anlamlı çıkmıştır.

Tablo 8.2.3 Yaşlıların yaşamlarını etkileyen sorunlarına göre depresyon durumlarının dağılımı

		Depresyon				p değeri
		Yok		Var		
		Sayı	%	Sayı	%	
Uykuya Dalmada	Var	181	33,5	55	56,7	<0,001
Zorluk	Yok	359	66,5	42	43,3	
Uykudan Uyanma	Var	310	57,4	77	79,4	<0,001
	Yok	230	42,6	20	20,6	
Sersemlik Hissi	Var	229	42,4	60	61,9	0,001
	Yok	311	57,6	37	38,1	
Üriner	Var	125	23,1	38	39,2	0,001
İnkontinans	Yok	415	76,9	59	60,8	
Düşme	Var	172	31,9	44	45,4	0,014
	Yok	368	68,1	53	54,6	
Toplam		540	100,0	97	100,0	

Tablo 8.2.4'te Yaşlıların kronik hastalıklarının depresyonla ilişkisi incelendi. Bunların içerisinde diyabet, osteoporoz, diğer hastalıklar ve ruhsal hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Depresyonlu osteoporoz yaşlılarda %35,1 olan depresyonlu ve osteoporozu olmayanlarda %64,9 olarak çıktı ($p=0,002$). Aynı şekilde depresyonu olan diğer hastalık (başta KOAH olmak üzere) sahibi hastalarda oran %86,6 iken depresyonu olan ama kronik hastalığı olmayan hastalarda %13,4 olarak elde edildi ($p=0,001$).

Tablo 8.2.4 Yaşlıların kronik hastalıkların varlığına göre depresyon durumlarının dağılımı

		Depresyon				p değeri
		Yok		Var		
		Sayı	%	Sayı	%	
Kronik Hastalık	Var	506	93,7	93	95,9	0,493
	Yok	34	6,3	4	4,1	
Hipertansiyon	Var	354	65,6	69	71,1	0,296
	Yok	186	34,4	28	28,9	
Diyabet	Var	141	26,1	38	39,2	0,010
	Yok	399	73,9	59	60,8	
Osteoporoz	Var	109	20,2	34	35,1	0,002
	Yok	431	79,8	63	64,9	
Kalp Hastalığı	Var	155	28,7	35	36,1	0,149
	Yok	385	71,3	62	63,9	
Böbrek Hastalığı	Var	45	8,3	10	10,3	0,555
	Yok	495	91,7	87	89,7	
Diğer Hastalık	Var	385	71,3	84	86,6	0,001
	Yok	155	28,7	13	13,4	
Ruhsal Hastalık	Var	66	12,2	29	29,9	<0,001
	Yok	474	87,8	68	70,1	
Toplam		540	100,0	97	100,0	

Tablo 8.3.1’de ise yaşlıların kronik hastalıklarının süreleri ile depresyon durumları arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Depresyonu olanların kronik hastalık süresi ortalama $3,71\pm0,67$ yıl iken depresyonu olmayanlarda $3,45\pm0,8$ yıldır ($p=0,001$). Aynı şekilde, depresyonu olanlarda hipertansiyon süresi ortalaması $14,42\pm8,71$ yıl iken depresyonu olmayanlarda ortalaması $12,18\pm7,52$ yıldır ve bu ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($0,028$). Depresyonu olanlarda diyabeti hastalığının ortalama süresi $14,58\pm10,50$ yıl iken; depresyonu olmayanlarda hastalık süresi ortalaması $9,21\pm6,21$ yıldır ve bu süreler de istatistiksel anlamlı olarak farklıdır ($p<0,004$). Depresyonu olanların böbrek hastalık süresi ortalama $14,60\pm8,78$ yıl iken, depresyonu olmayanlarda $8,27\pm6,39$ yıldır ($p<0,011$).

Tablo 8.3.1 Hastalık sürelerinin depresyonla ilişkisi

	Depresyon	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	p değeri
Kronik Hastalık	Yok	506	3,445	0,848	0,001
	Var	93	3,710	0,669	
Hipertansiyon	Yok	354	12,175	7,521	0,028
	Var	69	14,420	8,708	
Diyabet	Yok	141	9,213	6,417	0,004
	Var	38	14,579	10,495	
Osteoporoz	Yok	109	8,505	5,697	0,164
	Var	34	10,147	6,796	
Kalp Hastalığı	Yok	155	8,168	6,377	0,738
	Var	35	8,571	6,775	
Böbrek Hastalığı	Yok	45	8,267	6,390	0,011
	Var	10	14,600	8,784	

Tablo 8.2.5'te yaşı katılımcıların ilaç, sigara ve alkol kullanımları ile depresyon varlığı arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve gruplar arasında depresyon açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Yaşlıların sigara ($p=0,115$) ve alkol ($p=0,680$) kullanım süreleri ile depresyon durumları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 8.2.5 Yaşlıların ilaç, sigara ve alkol kullanımlarına göre depresyon durumlarının dağılımı

		Depresyon				P değeri
		Yok		Var		
		Sayı	%	Sayı	%	
İlaç Kullanımı	Var	489	90,6	92	94,8	0,241
	Yok	51	9,4	5	5,2	
Sigara Kullanımı	Evet	83	15,4	19	19,6	0,390
	Bıraktım	195	36,1	29	29,9	
	Hiç	262	48,5	49	50,5	
Alkol Kullanımı	Evet	66	12,2	6	6,2	0,185
	Bıraktım	106	19,6	23	23,7	
	Hiç	368	68,1	68	70,1	
Toplam		540	100,0	97	100,0	

Tablo 8.2.6'da uyguladığımız ölçek ve testler değerlendirildi. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA) anlamlı olarak belirlendi. Depresyonu olanların %6,2'si EGYA'ya göre bağımlı iken; depresyonu olmayanların sadece %0,6'sı bağımlıdır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$).

Tablo 8.2.6 Yaşlıların Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine göre depresyon durumlarının dağılımı

		Depresyon				P değeri
		Yok		Var		
		Sayı	%	Sayı	%	
EGYA	Bağımlı	3	0,6	6	6,2	0,001
	Bağımsız	537	99,4	91	93,8	
Toplam		540	100,0	97	100,0	

9. TARTIŞMA

İzmir ili merkezinde 65 yaş üstü bireylerde depresyon sıklığını araştırdığımız bu çalışmamızda depresyon prevalansı %15,23 olarak tespit edilmiştir. Depresyonun yaşlı nüfusta yaygınlığı ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda çok farklı sonuçlar saptanmıştır. Avrupa Depresyon Çalışması'nın (European Depression Study: EURODEP) bir parçası olarak yayınlanmış bir çalışmada yaşlılarda depresyon oranı %1,8 olarak bildirilmiştir (5). Alexopoulos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaşlılarda depresyon yaygınlığı ortalama %1 olarak bulunmuş ve genç nüfusa göre dörtte bir oranında olduğu bildirilmiştir (4,90). Papadopoulos ve ark.'nın Yunanistan'da, 60 yaş üzeri 965 kişiyle yaptıkları bir çalışmada ise depresyon prevalansı %27 olarak bildirilmiştir (2). Hustey ve ark.'nın ABD'de, 70 yaş üzerindeki 267 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada depresyon prevalansı %16,5 olarak gösterilmiştir (91). Mian-Yoon Chang ve ark.'nın Çin'de, 65 yaş üzerindeki 1500 kişi ile yaptıkları bir çalışmada depresif bozukluklar %15,3, major depresyon %5,9 olarak saptanmıştır (92). Avustralya'da Almedia ve ark.'nın, 71-89 yaşları arasındaki 5439 erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada depresyon prevalansı %5 olarak saptanmıştır (93).

Ülkemizde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Cankurtaran ve ark.'nın Ankara'da, 789'u kadın 466'sı erkek toplam 1255 yaşlıyla yaptıkları bir çalışmada, depresyon prevalansı %21,8 olarak bildirilmiştir (94). Çifçili ve ark.'nın huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde yaptıkları bir çalışmada depresyon sıklığı %20,5 (8/39) olarak bildirilmiştir (95). Şahin ve ark.'nın Edirne'de, 65 yaş ve üzeri bireylerde GDÖ kullanarak yaptıkları bir çalışmada, kendi evinde yaşayanlarda depresyon prevalansı %37,2, huzurevinde yaşayanlarda ise %48,1 olarak bildirilmiştir (96). Trabzon'da yapılan bir diğer çalışmada yaşlılarda depresyon prevalansı genel toplumda %29, kurumsal bakım görenlerde %41 olarak bulunmuştur (97). Dişçigil ve ark.'nın GDÖ ve yapılandırılmış klinik görüşme kullanarak 90 yaşlı üzerinde yaptıkları bir çalışmada yaşlıların %41,1'inde major depresyon, minor depresyon veya distimi saptandığı bildirilmiştir (98).

Yapılan çalışmalarda depresyon prevalansında %15-48 gibi geniş bir aralıkta ortaya çıktığı görülmektedir. Bu farkın önemli bir kısmının, çalışmaların yapıldığı yaş grupları ve örneklemin seçildiği evrenden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada depresyon görülme sıklığının yaşla birlikte artarak 65-74 yaş arası yaşlılarda %10,95 iken 75 yaş ve üzerinde %20,34'e ulaştığı görülmüştür. Beekman ve ark.'ı, Blazer ve ark.'ları ile Güz ve ark.'ları yaşlılarda yaptıkları çalışmada yaşın artması ile depresif belirtilerde artış olduğunu belirlemişlerdir (77, 99, 100). Yaşın artması ile birlikte, kronik hastalıkların ve kullanılan ilaçların sayısı, süresi, komplikasyonları yanında

sebebi olduğu hareket kısıtlılıklarının ve yaşla birlikte artan sosyal kayıpların da görülen bu artışa katkı sağladığı düşünülmektedir.

Yaşlıların huzurevi, yaşlı bakımevleri gibi kurumsal bakım alanları ya da kendi sosyal alanlarında yaşamlarını sürdürmeleri depresyon sıklığını etkileyen önemli etkenlerden biri olarak görülmektedir.

Yaşlılarda depresyonu araştıran birçok çalışma kadın cinsiyette anlamlı oranda daha yüksek depresyon oranları bildirmiştir. Cole ve Dendukuri tarafından yapılmış bir meta-analizde, kadın cinsiyeti, depresyon için önemli bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (101). Yapılan pek çok çalışmada, ileri yaşlardaki kadınlarda, gençlerdekine benzer şekilde depresyonun erkeklere oranla daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (2). Licht-Strunk ve ark.'nın Hollanda'da, 55 yaş ve üzeri 5686 kişide yaptıkları bir çalışmada major depresyonun %13,7 bulunduğu ve depresif bireylerin çoğunluğunun kadın olduğu bildirilmiştir (102). Çin'de Chi ve ark.'nın, 60 yaş üzeri 917 kişiyle yaptıkları bir çalışmalarında depresyon prevalansı kadınlarda %14,5; erkeklerde %11 olarak bulunmuştur (103). Ülkemizde Cankurtaran ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, yaşlı depresif bireylerin %70,7'sinin kadın ve sadece %29,3'ünün erkek olduğu tespit edilmiştir (104). Dişçigil ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada da kadın olmanın yaşlılarda depresyon riskini 7,8 kat arttırdığı ifade edilmiştir (98). Bizim çalışmamızda ise cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte depresyonu olanların çoğu kadındır. Çalışmalardaki bu farklılık kadınların daha duygusal olması, özellikle kayıpları daha derin hissetmesi, erkeklerin yaş ortalamasının kadınlara göre düşük olması ve kadınların eş kaybı nedeniyle daha çok yalnız kalması ile açıklanabilir.

Medeni durum da depresyon açısından önemli bir değişkendir. Birçok çalışmada bekâr, dul veya boşanmış olmak depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir. Papadopoulos ve ark.'nın Yunanistan'da, 60 yaş üzeri 965 kişiyle yaptıkları bir çalışmada bekâr olmak depresyonla ilişkili bulunmuştur (2). Ülkemizde Dişçigil ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise dul olmanın yaşlılarda depresyon riskini 5,6 kat arttırdığı ifade edilmiştir (98). Bu çalışmada da depresyon ile medeni durum arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiş, evli olanlar arasında depresyon oranı daha düşük bulunmuştur. Yanında bir hayat arkadaşının varlığı, daha az sosyal izolasyon, eş kaybının yaşamamış olması evli yaşlılarda daha az depresyon belirlememize yol açmış olabilir.

Çalışma kapsamındaki yaşlıların depresyon durumları ile sosyal güvence durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak, İzmir ili İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yapılan bir çalışmada yaşlılarda sosyal güvencesi olmayanlarda

sosyal güvencesi olanlara göre depresyon puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (79). Ankara il merkezi huzurevlerinde ve ilçelerde evde yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmada, sosyal güvencesi olmayan yaşlıların depresyon sıklığının huzurevinde yaşayanlarda %63,9, evde yaşayanlarda %23,3 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada depresyon riskinin sosyal güvencesi olmayanlarda olanlara göre 3,06 kez yüksek olduğu saptanmıştır (75). Sosyal güvencesi olmayan insanların daha düşük gelir ve buna bağlı daha zor yaşam koşullarında yaşamalarının depresyon sıklığını arttırdığı düşünülebilir.

Düşük eğitim düzeyi de birçok çalışmada depresyon için risk faktörü olarak bildirilmektedir. Mian-Yoon Chang ve ark.'nın Çin'de, 65 yaş üzerindeki 1500 kişi ile yaptıkları bir çalışmada; düşük eğitim seviyesi depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir (92). Papadopoulos ve ark.'nın Yunanistan'da, 60 yaş üzeri 965 kişiyle yaptıkları bir çalışmada da düşük eğitim seviyesi depresyonla ilişkili bulunmuştur (2). Bizim çalışmamızda da depresyon, ilkokul ve altı eğitim seviyesi grupta, en az ilkokul mezunu gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Düşük gelir düzeyi, birçok çalışmada depresyon için risk faktörü olarak ifade edilmektedir (104, 105, 106, 107, 108). Bizim çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak düşük gelir düzeyi düşük olan yaşlılarda depresyon sıklığı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamız kapsamındaki yaşlılardan kendi sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algıladığını belirtenlerde depresyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmış olsa da bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Demet ve ark.'nın Manisa il merkezi ve ilçelerinde huzurevinde yaptıkları çalışmada, yaşlılarda sosyodemografik özellikler arasında sosyoekonomik düzeyin depresyon üzerinde etkili olduğu bulunmuş, yaşlıların kendi sosyal ve ekonomik düzeylerini alt ya da orta düzey olarak algılamalarının depresyon varlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (103). Düşük gelir düzeyi, beraberinde yetersiz beslenme, uygunsuz yaşam koşulları ve halen yaşama dair beklentilerin gerçekleştirilememiş olması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza alınan yaşlıların kiminle yaşadığına bakıldığı zaman, yalnız yaşayan yaşlı bireylerin depresyon ortalama puanlarının en az bir kişiyle yaşayana göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Wurff ve ark.'nın Hollanda'da, 933 yaşlı üzerinde yaptığı çalışmada, yalnız yaşayanlarda depresyon belirtisinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (109). Jang ve ark.'nın çocuklarıyla birlikte yaşayanlarla, yalnız yaşayanları karşılaştırdığı çalışmasında yalnız yaşayanlarda daha fazla depresyon belirtisi görüldüğünü saptamıştır (108). Çetin A.'nın çalışmasında evinde eşiyle yaşayan yaşlıların, eşiyle yaşamayan

yaşlılara göre depresyon belirtileri görülme sıklığı açısından anlamlı bulunmuştur (110). Yalnız yaşamak, bu yaş grubu için eş kaybı, sosyal izolasyon, kendi ihtiyaçlarını tek başına karşılayamamak gibi nedenlerden dolayı depresyonla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Yaşlı bireylerde ailenin kolay ulaşılabilir en önemli sosyal destek sistemi olduğu ve sosyal ilişkinin birçok risk etkenlerinin zararlı etkisine karşı engelleyici veya hastalıklarla başa çıkmada destekleyici etkiye sahip olduğunu belirten çalışmalar vardır (98). Bununla birlikte, yaşlıların yaşam aktivitelerinde bağımsız olsalar da sosyal olarak bağımlı olmalarının depresyon açısından risk oluşturabileceğinin belirtildiği çalışmalar da mevcuttur (111). Bizim çalışmamızda sosyal destek depresyon açısından anlamlı bir fark ortaya koymamıştır. Çalışmamızda sosyal destek ile ilgili soruda, sosyal desteğin yaşlılar tarafından daha çok çocuklarının kendilerine ekonomik bir katkı sağlaması olarak algılandığını buna bağlı olarakta depresyon ile ilişkili bulamadığımızı düşünmekteyiz.

Olumsuz yaşam olaylarının her yaş için olduğu gibi yaşlılık için de depresyona zemin hazırladığı bilinmektedir (99, 102) Jongenelis ve ark.'nın Hollanda'da, yaşlı bakımevlerinde kalan, 55 yaş üzeri kişilerde yaptıkları bir çalışmada yalnızlık ve sosyal destek eksikliğinin yanında olumsuz yaşam olayları da depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir (112). Çalışmamızda depresyon belirtilerinin sıklığı ile son bir yıl içinde yakın akraba kayıpları arasında bir ilişkili bulunmamıştır. Ancak literatürde sevilen kişilerin kaybı ve buna bağlı yaşanan yas, depresyona eğilimi artırmakta olduğuna dair oldukça geniş kaynak vardır. Özellikle eşin yitirilmesi durumunda depresif belirtiler sıklıkla gelişebilmektedir. Eşin yitirilmesinden sonraki özellikle iki yıl belirgin depresif özellikler gözlenebileceği, iki yılın sonunda yasta olanların %14'ünün major depresyona girebilecekleri vurgulanmaktadır. Depresif belirti gösteren yastaki yaşlıların büyük bir kısmında da yaşam kaliteleri bozulabilmekte ve yeti yitimi görülebilmektedir (65).

Sağlık algısı iyi olanlarda depresyon oranı düşük bulunurken, iyi olmayanlarda yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, Bahar ve ark.'ı, Keskinoglu ve ark.'ı, Hacıhasanoğlu ve Yıldırım, Üstün ve ark.'ı, Karadağ ve ark.'nın çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (79, 80, 111, 113, 114, 115). Sağlıklarını iyi olarak algılamayan yaşlıların, daha fazla kronik hastalık sahibi olduklarını veya ruhsal ve sosyal yönden daha fazla desteğe ihtiyaç duyabileceğini düşünmek uygun olabilir. Bizim çalışmamızda depresyonu olan ve kendi sağlığını kötü olarak algılayan yaşlıların oranı %43,3 iken; depresyonu olmayan ve kendi sağlığını kötü olarak algılayanların yüzdesi %8,9 olarak tespit edilmiştir.

Araştırma sonucu, uyku sorunu bulunan yaşlılarda depresyon oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Karadağ ve ark.'nın çalışmasında, depresyon belirtileri olmayan

yaşlıların ortalama uyku sürelerinin, diğerlerine göre daha uzun olduğu saptanmıştır (113). Uyku sorunları bulunan yaşlılarda, depresyon belirtileri görülenlerin oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Altıntaş ve ark.'nın Ankara Keçiören Yaşlılar Yurdu'nda kalan yaşlılar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, uykuya dalmakta sürekli zorluk çekenlerde GDÖ puanının anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir (116). Neubauer'in çalışmasında, yaşlılarda çok yaygın olan depresyonun sıklıkla uyku değişimi ile birlikte olduğu, yaşlılarda gece uyanma ve sabahları erken kalkma eğiliminin depresyonda daha da arttığı belirtilmiştir (117). Yeterli süre ve kaliteli uykudan uzak kalmak, yaşlının bedensel ve ruhsal sağlığını etkileyebileceği gibi, bunun tersi durum, uyku sorunlarının daha da artmasına yol açabilecektir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini sık kullanan yaşlılara aile hekimlerinin uykuya dalmada zorluk, uykudan uyanma durumuna ilişkin sorular sorarak yaşlının depresyonunu daha iyi belirleyebilmesine destek olabilecek bir ipucu olarakta görülebileceğini düşünmekteyiz.

Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir problem olmasa da, yaşlı bireyleri ve özellikle de kadınları etkileyen, sosyal yönü olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir olgudur (50). Bizim çalışmamızda depresyon üriner inkontinansı olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Üriner inkontinans, başlı başına istemsiz ve kişinin farkında olup önleyemediği sonuçları açısından koku, ıslaklık ve beraberindeki acizlik duygusu ile ilişkili olabilir. Bir çok hastanın ifade ettiği gibi bir yere gitmeye çekindikleri için hareket kısıtlılığı da depresyonda etkili olmuş olabilir diye söylenebilir.

Çalışmamızda, yaşlılarda düşme sıklığı ve sersemlik hissi de anlamlı olarak depresyonu olan yaşlılarda daha fazla görülmektedir. Birinci basamakta izlenen yaşlıların uyku bozuklukları, sersemlik gibi belirsiz şikâyetleri ya da yaşam kalitelerini bozabilecek inkontinans ve düşmelerinin depresyona neden olabileceği ya da depresyonu düşündürecek işaretler olabileceği kanısındayız. Yaşlının özellikle bu açılardan dikkatli değerlendirilmesinin uygun tanı ve tedavi alabilmesinin yanı sıra yaşamını kaliteli sürdürebilmesi için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kronik hastalık varlığının birçok çalışmada depresyon riskini arttıran bir faktör olduğu bildirilmiştir. Reynolds ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada kalp hastalıkları, kanser veya artrit gibi komorbid hastalıkları olan yaşlılarda depresyon yaygınlığı %25 olarak bulunmuştur (6). Evde yaşayan ve kronik fiziksel hastalığı olanlarda depresyon fiziksel hastalığı olmayanlara göre 6,51 kat fazla saptanmıştır (75). Niti ve ark.'ı tarafından Singapur'da, 55 yaş üzeri 2611 kişide yapılan toplum bazlı çalışmada, depresif semptom prevalansı; kronik hastalığı olmayanlarda %7,5 iken, kronik hastalığa sahip olanlarda

depresyon %13,2-%24,2 arasında değişen oranlarda bildirilmiş, aynı çalışmada hipertansiyon, göz hastalıkları, diyabet, artrit, iskemik kalp hastalıkları, astım/KOAH, inme, osteoporoz, kalp yetmezliği, tiroid problemleri ve gastrik problemlerle depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (118). Sherina ve ark.'nın Malezya'da, 60 yaş üzeri 4241 kişi üzerinde yaptığı bir toplum çalışmasında kronik hastalığı olanlarda depresyon %9 olarak saptanırken, kronik hastalığı olmayanlarda bu oran %5,6 olarak bulunmuştur (78). Argyriadou ve ark.'nın Yunanistan'da, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 65 yaş üzeri 536 kişide yaptıkları bir çalışmada, diyabet ve hipertansiyonun sıklıkla depresyon ve demansa eşlik eden durumlar olduğu belirtilmiştir (119). Mian-Yoon Chang ve ark.'nın Çin'de, 65 yaş üzerindeki 1500 kişi ile yaptıkları bir çalışma sonucunda, fiziksel hastalığa sahip olmak depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir (92). Avustralya'da Almedia ve ark.'nın, 71-89 yaşları arasındaki 5439 erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada depresyon saptananlarda saptanmayanlara göre daha yüksek oranda diyabet, anjina, miyokard enfarktüsü ve inme saptanmıştır (93).

Türkiye'de ise; Cankurtaran ve ark.'nın Ankara'da yaptıkları çalışmada, depresyonu olan hastalarda hipertansiyon, demans ve osteoporozun anlamlı olarak daha sık izlendiğini bildirmişlerdir (94). Dişçigil ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada da, iki veya daha fazla kronik hastalık varlığının depresyon riskini 6,2 kat arttırdığı bildirilmiştir (98). Bizim çalışmamızda, kronik hastalıklardan diyabet, osteoporoz ve ruhsal hastalık varlığı ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bizim sonuçlarımızda, literatürde belirtilen hipertansiyon (HT), koroner arter hastalığı (KAH), böbrek hastalıkları ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diğer hastalıklar (başta KOAH olmak üzere) başlığı altında yer alan hastalıkların varlığında da depresyon daha fazla saptanmıştır. Kronik hastalıkların varlığı, sayısı kadar sürerlinin de depresyona etki ettiği görülmüştür. Komplikasyonların sıklığı ve ciddiyeti açısından hareket kısıtlılığına sebep olan hastalıkların daha çok depresyona etki ettiği düşünülebilir.

Yapılan çeşitli çalışmalar sonucu, birçok ilacın depresyona neden olabildiği bilinmektedir (119, 120, 121, 122). Bizim çalışmamızda sürekli ilaç kullanımının varlığı ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak kişilerin ilaca başlama zamanı, kullanılan ilaç dozu ve kişilerin ilaç uyumlarının bilinmemesi ve ilaçların tek tek değil, ilaç grubu olarak ele alınmış olması gibi nedenlerle ilaç kullanımıyla depresyon arasında nedensel bir ilişki kurmak bu çalışma sonuçları ile mümkün görünmemektedir. Bununla birlikte, yaşlılarda sürekli ilaç kullanımının yüksek oranda tespit edilmiş olması, bu kişilerde depresyon gelişimi açısından dikkatli olunması gerektiğini düşündürülebilir.

Sigara ve alkol kullanımının ileri yaşıta görülen depresyonla ilişkili olmadığı saptanmıştır (42). Almedia ve ark.'nın Avustralya'da, 71-89 yaşları arasındaki 5439 erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada ise depresyonu olan yaşlı erkeklerde sigara kullanımı depresyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla %9,9 ve %4,8) (93). Çalışmamızda da, sigara ve alkol kullanımı ile depresyon arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir.

Avrupa Topluluğu Hane Tüketim Paneli anketi (European Community Household Panel survey: ECHP) çalışmasında, Avrupa Topluluğu içinde yaşayan 65 yaş üstü yaşlı bireylerin %21'inde GYA sürdürmede yetersizlik yaşandığı bu rakamın 75 yaş ve üzerine gelindiğinde %29'a kadar yükseldiği saptanmıştır (121). Türkiye'de Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (MBGYA) ve Katz ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde yarıdan fazlasının (%50,5-%83) bağımsız olduğu, çok az bir kısmının ise tam bağımlı olduğu bulunmuştur (114, 115, 123, 124, 125). Çalıştığımız yaşlı nüfusta daha çok ASM başvurusu temel alındığı için GYA açısından bağımlı hastamız yoktu.

Lawton'nun geliştirdiği EGYA ölçeği ile evde yaşayan yaşlılarla yapmış oldukları çalışmalarda yaşlıların çoğunluğunun (%75) yarı bağımlı ve tam bağımlı oldukları görülmektedir (125). Bizim çalışma sonucumuza göre ise EGYA açısından bağımlı olan yaşlıların bu çalışma sonuçlarından oldukça düşük (%6,2) olduğu görülmüştür. Bunun nedeni bizim örneklemimizin daha çok ASM'ye başvuran yaşlı hasta ağırlıklı olduğu için diye düşünülebilir.

10. SONUÇ

Bir Aile Hekimi, 65 yaş üstü hastalarda her ne sebeple başvurmuş olursa olsun, depresyonu mutlaka göz önünde bulundurmalıdır. Depresyonun tanısı bu yaş grubunda daha da zorlaşmakta, depresyonla ilgili olabilecek bir takım belirtiler yaşlılığa bağlı olağanmış gibi görülmesi ise tanının önündeki en büyük engel gibi gözükmemektedir. Bu çalışmada depresyon görülme sıklığının yaşla birlikte artarak 65-74 yaş arası yaşlılarda %10,95 iken 75 yaş ve üzerinde %20,34'e ulaştığı görülmüştür. Yaş arttıkça depresyon sıklığı artmakta ve ne yazık ki ölümle sonuçlanan intihar girişimleri bu yaş grubunda daha fazla görülmektedir. Erken tanı ve tedavinin daha kolay, etkili, yüz güldürücü sonuçlar verdiği de ortadadır.

Depresyonla ilgili çalışmaların da öngördüğü gibi nüfus artışı ile birlikte, toplumlar yaşlanmakta, yoksullaşmakta, hükümetlerin özellikle yaşlılara ve sağlığa ayırdığı bütçe azalmakta, kronik hastalıklar ve buna bağlı ilaç kullanımı artmaktadır. Önümüzdeki on yıllar içinde depresyon görülme sıklığı bu yaş grubunda her yaş grubunda olduğundan daha fazla görülecektir.

Düşük sosyoekonomik düzey, kadın olmak, düşük eğitim seviyesi, yalnız yaşamak, kronik hastalıkların varlığı süresi, başka bir ruhsal hastalık varlığı, kullanılan kimi ilaçların depresyona etkisi göz önünde tutulmalıdır. Yaşlıların sıklıkla başvurduğu Aile Hekimleri yaşı izlemlerinde, depresyona ilişkin risklerini değerlendirmeleri ve gerektiğinde uygun tedaviye başlamaları, yaşlıların hem özbakımlarını hem de yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyecektir.

11. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. World Health Organization launches new initiative to address the health needs of a rapidly ageing population.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/en>
2. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A ve ark. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:350-7.
3. Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk JT, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999; 89:1346-1352.
4. Alexopoulos GS. New concepts for prevention and treatment of late-life depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:835-838.
5. Hybels CF, Blazer II DG. Epidemiology of psychiatric disorders. BJ Sadock, VA Sadock (eds), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, cilt 2, sekizinci baskı, New York, Lippincott Williams and Wilkins, 2005, s.3595-603.
6. Reynolds FC, Kupfer DJ. Depression and aging: a look to the future. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1.
7. Beck DA, Koenig HG, Beck JS. Depression. *Clin Geriatr Med* 1998; 14:765-786. 167-1172.
8. Lantz MS. Suicide in late life. Identifying and managing at-risk older patients. *Geriatrics*.2001 Jul;56(7):47-8.
9. Isık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık 2003; 5-11.
10. Kocataş S, Guler G, Guler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. *Ataturk Universitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7:11 -18.
11. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, (DSM V) Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013. Çev. E. Köroğlu.
12. Zivin K, Llewellyn DJ, Lang IA, et al. Depression Among Older Adults in the United States and England. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:1036-44.
13. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. *Türk Geriatri Dergisi* 2001; 4: 22-27.

14. Anderson WF. Community health problems of a n ageing population. Hobson W (editor). 5.th. ed. The Theory and Practice of Public Health. Toronto: Oxford University- pres, 1979:584-612.
15. United Nation Population Division. World Population Prospects: The 2002 Revision Data Base. [http:// esa.un.org/ unpp/](http://esa.un.org/unpp/)Erişim tarihi:10.9.2007.
16. Pınar R. Yaşlıların değerlendirilmesi. 4. Ulusal İc Hastalıkları Kongresi Kitabı, 2002.
17. Bilir N. Yaşlılık ve Halk Sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yaşlılık Gerçeği, 2004:10 -27.
18. United Nation. Problem of Elderly and the Aged: İnternational plan of Act ion onAgeing. [http://www.un.org/ esa/ socdev/ iyop/ iyopcf4htm](http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyopcf4htm). Erişim tarihi:08.10.2006.
19. Doğan N. Yaşlı Sağlığı Politikaları. 7. Ulusal geriatri kongresi. İzmir Çeşme Sheraton Otel, 17-18 Haziran 2008.
20. Unalan T. The status of old age population. Turkey. The Turkish Journal Of Population Studies, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara. 2002; 22: 3 -22.
21. Clark GS, Siebens HC. Geriatric Rehabilitation. In: De Lisa J.(editor). Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: Lippincott: Williams& Wilkins,2005: 1531-1560.
22. Donumcu ř. Yaşlı ve sosyal hizmetler. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi2006; 52:42-46.
23. Resnick NM. Geriatric Medicine. In: Wilson J, Fauci A (editors). Harinson's Principles of Internal Medicine. McGraw Hill, N ew York1997:1501-1515.
24. Bilir N. Koruyucu hekimlik, sağlığın korunması ve yaşlılık. Arıoğul S(editor). Geriatri ve Gerontoloji. 1.Baskı, Ankara: Medikal - Nobel, 2006: 53-60.
25. Health of the Elderly. Tecnical Report Series: World Health Organisation, Geneva.1989; 779:1-2,36-62,70-83.
26. Bilir N; Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolu ve yaşlılı k sorunları. Bertan M, Guler C (editorler) Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı Guneş Kitabevi Yayınları. Ankara, 1995:359-368.
27. Ebrahim S. Health of elderly people. Detels R, McEwen J, Beaglehole, Tanaka H (editors). Oxford Textbook of Public Health. Oxfo rd University Press, 2002:3.
28. Yazgan C. Yaşlılıkda yas. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 179 -184.

29. Li L, Liang J, Toler A, Gu S. Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: do gender and source of support make a difference? Soc Sci Med. 2005; 60:637-647.
30. Sukegawa T, Itoga M, Seno H, Miura S, Inagaki T, Saito W, et al. Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2003; 57: 265-270.
31. Chiu HF, Leung T, Lam LC, Wing YK, Chung DW, Li SW, Chi I, Law WT. Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong. Sleep 1999; 22: 717 -726.
32. Atay T. Yaşlılıkta uyku. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 2001; 2: 91 -97. Hoffman S. Sleep in the older adult: implications for nurses (CE). Geriatr Nurs 2003; 24:210-214.
33. Karadakovan A. Üniversite öğrencileri nin yaşlı bireyle birlikte yaşama konusundaki uşuncelerinin İncelenmesi. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1995; 5: 16 -19.
34. Ekici H, Unal S. Akyol Sağlık Ocağına bağı evinde kalan yaşlılarla huzurevinde kalan yaşlılarda psikolojik semptom taraması v e yaşam doyumu. Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliğı 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Ankara.1992;121 -129.
35. Guven S. Türkiye’de yaşlı ve aile. Geriatri ve Gerontoloji, 2006:176 -181.
36. Fadiloğlu C, Yurekli A, Yılmaz D. Toplumdaki yaşlıların psikososyal yonlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1992; 8:3:111.
37. Kurtoğlu D, Rezaki M. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10:173-9.
38. Arslan Ş, Atalay A, Gokce Kutsal Y. Drug use in older people. J Am Geriatr Soc 2002; 50:1163-1168.
39. Williams C.M. Using medications appropriately in older drugs. Am Fam Physicians 2002; 66:1917-1924.
40. Canatan A. Yoksulluk ve Yaşlılık. IV. Aile Şurası Aile ve Yoksulluk Bildirileri. (Ed: Rahime Beder) T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, No: 122 Ankara 2004.
41. Keith VM. Gender, Financial strain, and Psychological distress among older adults. Research on Aging 1993; 15(2):123 -14.
42. Harris T, Cook DG, Victor C, et al. Predictors of depressive symptoms in older people-a survey of two general practice populations. Age Ageing 2003;32:510-8.

43. Lang I, Wallace RB, Huppert FA, et al. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being thanabstinence. *Age Ageing* 2007;36:256-61.
44. Gündoğdu R.H., Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2006; 2(44):10-19.
45. Mouton CP, Espino DV. Health screening in older women. *Am Fam Physician* 1999; 1; 59(7): 1835-422005; 16: 568-78.
46. Buckley BS, Lapitan MC, Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children--current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology* 2010; 76:265.
47. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koc Vakfı Yayınları;2003.
48. Patel S. Current and potential future drug treatments for osteoporosis. *Ann Rheum Dis* 1996; 55: 700-14.
49. Papaioannou A, Joseph L, Ioannidis G, Berger C, Anastassiades T, Brown JP, et al. Risk factors associated with incident clinical vertebral and nonvertebral fractures in postmenopausal women: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos).
50. Aydoğmuş S, Balam Yavuz B, Women's Health in the Geriatric Age Group: Gynecological and Physiological Changes of Aging. *Akad Geriatri* 2011; 3: 13-6.
51. Thomas S, Mackintosh S, Halbert J. Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults? a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2010; 39(6): 681-7 .
52. Kawanabe K, Kawashima A, Sashimoto I, Takeda T, Sato Y, Iwamoto J. Effect of whole-body vibration exercise and muscle strengthening, balance, and walking exercises on walking ability in the elderly. *Keio J Med* 2007; 56(1): 28-33 .
53. Hawk C, Hyland JK, Rupert R, Colonvega M, Hall S. Assessment of balance and risk for falls in a sample of community dwelling adults aged 65 and older. *Chiropr Osteopat* 2006 Jan 27; 14: 3.
54. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1:41-7.
55. Lyketsos CG, Olin J. Depression in Alzheimer's disease: Overviewand treatment. *Biol Psychiatry* 2.
56. Lee HB, Lyketsos CG. Depression in Alzheimer's Disease: Heterogenity and related issues. *Biol Psychiatry* 2003;54:353-62.002;52:243-52.

57. McGuire MH, Rabins PV. Mood disorders. In: Coffey CE, Cummings JL (eds). Textbook of geriatric neuropsychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994. s.246-60.
58. Erden-Aki Ö. Yaşlı bireylerde demans ve depresyonun ayırıcı tanısı. Turkish Journal of Geriatrics 2010;Supplement 3:37-42.
59. Hurt C, Bhattacharyya S, Burns A, et al. Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. An investigation of the 7 2 relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 2008;26:138-46.
60. Spar EJ, LaRue A (eds). Clinical manual of geriatric psychiatry. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc; 2006. 67-126.
61. Weiner MF, Lipton AM (eds). Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009. 317-31.
62. Gebretsadik M, Jayaprabhu S, Grossberg GT. Mood disorders in the elderly. Psych Clin North Am 2006;90:789-805.
63. Noel PH, Williams JW Jr, Unutzer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. Ann Fam Med. 2004; 2: 555-562.
64. Copeland JRM, Dewey ME, Saunders PA. Yaşlılarda depresyon. Kaplan İ. (Ceviren). Turk Psikiyatri Dergisi 1992; 3: 3 -7.
65. Kılıçoğlu A. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etyolojisi üzerine yönelik bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:49-54.
66. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi 2001;1:50-60.
67. Yıldırım KY. Yaşlı istismarı ve önlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;21:167-74.
68. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Depresyon. Psychiatry in Turkey 2006;8:30-7.
69. Mavandadi S, Ten Have TR, Katz IR, et al. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. J Am Geriatr Soc 2007;55:202-11.
70. Amuk T, Oğuzhanoglu NK. Yaşlanma ve depresyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4:113-21.
71. Reynolds FC, Kupfer DJ. Depression and aging: a look to the future. Psychiatr Serv 1999;50:1167-72.
72. Sütölük Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7:148-51.

73. M.V. Zunzunegui á F. BeÂ land á A. LlaÂ cer á V. LeoÂn Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderlySteffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. Arch Gen Psychiatry. 2000 Jun;57(6):601-7.
74. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. Arch Gen Psychiatry. 2000 Jun;57(6):601-7.
75. Maral I, Aslan S, İlhan MN ve ark. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:251-9.
76. Koster A, Bomsa H, Kepmen GI, et al. Socioeconomic differences in incident depression in older adults: the role of psychosocial factors, physical health status and behavioral factors. J Psychosom Res2006;61:619-27.
77. Güz H, Yaman MA, Dilbaz N. Fiziksel hastalığı olan yaşlılarda depresyon ve diğer psikiyatrik belirtiler. Türkiye’de Psikiyatri2007;9:44-9.
78. Mohd Sidik S, Mohd Zulkefli NA, Mustaqim A. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. Asia Pac Fam Med 2003;2:196-9.
79. Demet MM, Taşkın OE, Deniz F, Karaca N, İcelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. Turk Psikiyatri Dergisi 2002;13: 290-299
80. Keskinoglu P, Pıçakçitefe M, Giray H ve ark. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi. 2006;16:21-6.
81. Aksüllü N. Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:76
82. Ceylan ME. Arastırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 4.Cilt: Duygudurum Bozuklukları, 1. baskı, _stanbul 2001;1-10.
83. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983; 17:37-49.
84. 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; 4:173-178.

85. Ertan T, Eker E, Bugay G. Geriatrik Depresyon Kısa Ölçeği Kısa Versiyonlarının Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenilirliği. 5. Ulusal Geriatri Sempozyumu, İstanbul,2004.
86. Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR (1975) "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 12:189-198.
87. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F, Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Turk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4):273-281
88. Katz S, Downs TD, Crash H, et al. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10:20-30.
89. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9:179-186.
90. Hybels CF, Blazer DG. Racial Differences in The _ncreased Use of Psychotropic Medications. Geriatric Times 2002;Vol._ii, _ssue 2.
91. Hustey FM, Smith MD. A Depression Screen and _ntervention for Older ED (emergency demartment) Patients. Am J Emerg Med. 2007;25(2):133-7.
92. Chong M.Y, Chen C.C, Tsang H.Y et al. Community Study of Depression in Old Age in Taiwan. B J Psyc. 2001;178:29-35.
93. Almeida OP, Flicker L, Norman P, et al. Association of Cardiovascular Risk Factors and Disease With Depression in Later Life. Am J Geriatr Psychiatry 2006; Dec 8. PMID: 17158633 [PubMed - as supplied by publisher].
94. Cankurtaran M, Halil M, Yavuz BB, Dagli N, S Ariogul S. Depression and Concomitant Diseases in a Turkish Geriatric Outpatient Setting. Arch Gerontol Geriatr 2005;40(3):307-15.
95. Çifçili S, Yazgan Ç, Ünalın P. Bir Huzurevinde Depresyon Taraması Sonuçları. Turkish Journal of Geriatrics 2006;9(3):122-5.
96. Sahin E.M, Yalçın B.M. Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yasayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karsılaştırması. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; Cilt 6, Sayı1:10-3.
97. Bekaroglu M, Uluutku N,Tanrıöver S, Kırkpınar I. Depression Elderly Population in Turkey. Acta Psychiatr Scand 1991;84(2):174-8.

- 98.** Disçigil G, Gemalmaz A, Basak O, Gürel F.S, Tekin N. Birinci Basamakta Geriyatrik Yas Grubunda Depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8(3):129-33.
- 99.** Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, Smit JH, Schoevers RS, de Beurs E, et al. Dysthymia in later life: a study in the community. *J Affect Disord*, 2004; 81: 191-9.
- 100.** Blazer D, Burchett B, Service C, George LK The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, 1991; 46: 210 -215.
- 101.** Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.
- 102.** Licht-Strunk E, Van Der Kooij KG, Van Schaik Dj Van Marwijk HW et al. Prevalence of Depression in Older Patients Consulting Their General Practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 ;20(11):1013-9.
- 103.** Chi I, Yip PS, Chiu HF et al. Prevalence of Depression and its Correlates in Hong Kong's Chinese Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(5):409-16..
- 104.** Özmenler KN. Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi* 2001;3:109-15.
- 105.** Yüksel N. Demans ve Depresyon: Klinik ve Nöropsikolojik Özellikler. *Türk Nöroloji Dergisi* 2002;8:71-84.
- 106.** Steeman E, Abraham Il, Godderis: Risk Profiles for Institutionalization in a Cohort of Elderly People With Dementia or Depression. *Arch of Gen Psychiatr* 1997; 11 (6):295-303.
- 107.** Serby M, Yu M. Overview: Depression in The Elderly. *Mt Sinai J Med* 2003;70:38-44.
- 108.** Jang, S.N., Kawachi a,I., Chang, J., Boo, K., Shin, H.G., Lee, H., Cho, S. (2009). Marital Status, Gender, and Depression: Analysis Of The Baseline Survey Of The Korean Longitudinal Study of Ageing (KLOSA). *Social Science & Medicine*, 69, 1608–1615.
- 109.** Van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, Verhoeff A. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord*. 2004 Nov 15;83(1):33-41.
- 110.** Çetin A. Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ile Depresyon. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. 2008.

- 111.Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan Huzurevi'nde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2009;12:25-30.
- 112.K. Jongenelis, A.M.Pot, A.M.H. Eisses, A.T.F. Beekman, H.Kluiter, M.W. Ribbe. Prevalence and Risk _ndicators of Depression in Elderly Nursing Home Patients: The Aged Study. J Affect Disord. 2004;83(2-3):135-42.
- 113.Karadağ M, Deveci SE, Açık Y, Atmaca M. Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni 2008;27:17-23.
- 114.Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005:227-39.
- 115.Üstün B, Bahar Z, Parlak N ve ark. Bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Dergisi 2005;1:26-33.
- 116.Altıntaş H, Attila S, Sevcen F, Akçalar S, Sevim Y, Solak ÖS, Şahin EK, Velagiç Z. Ankara'da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006: 5 (5)
- 117.Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. Am Fam Physician 1999;59:2551-8.
- 118.Niti M, Ng TP, Kua EH, Ho RC, Tan CH. Depression and Chronic Medical _llnesses in Asian Older Adults: The Role of Subjective Health and Functional Status. Int J Geriatr Psychiatry 2007;Apr 3.PMID: 17407107 [PubMed - as supplied by publisher]
- 119.121.Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E et al. Dementia and Depression: Two Frequent Disorders of The Aged in Primary Health Care in Greece. Fam.Prac. 2001;18:87-91.
- 120.Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kiyela SL, Isoaho R. Psychotropics among the home -dwelling elderly--increasing trends. Int J Geriatr Psychiatry 2002;17:874-883
- 121..Millan-Calenti, J.C., Tubios J., Pita-Fernandez ,F., Gonza lez-Abraldes,F. Lorenzo,T, Fernandez-Arruty.T , Maseda.A.(2010). Prevalence Of Functional Disability In Activities Of Daily Living (Adl), Instrumental Activities Of Daily Living (Iadl) And Associated Factors, As Predictors Of Morbidity And Mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 306–310.

- 122.Kaplan HI, Sadock BJ: Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, Second Edition, New York: New York University Medical Center, Press Williams and Wilkins 1995;97-112.
- 123.Sabancıoğulları, S, Tel H, Evde ve Kurumda Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumu. *Sağlık ve Toplum Dergisi*,2007 17 (1), 85-94.
- 124.Ölüç, F, Bir Sağlık Ocağına Başvuran Yaşlılarda Depresyon ve İlişkili Faktörler. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi*, 2(1), 11-20. (2007).
- 125.Gökdoğan, F, Alpteker, S.C, Kır, E, Bolu'daki Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yardımcı Cihaz Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. III. Ulusal Geriatri Kongresi: 11- 15 Eylül 2004. Marmaris: S.40-141.

12.EKLER

EK – 1: ETİK KURULU ONAYI

Karar No:2013/04-24	Tarih: 24.01.2013
Taşç.Dr.Mehmet KARLAL soruculuğu Dr.Ergün Akyol'un proje yöneticisi olduğu "İzmir İi Merkezinde 65 Yaş Üstü Yaşlılarda Depresyon Prevalansı" 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.	
Kurum izin belgesi alındıktan sonra kurumunuzu sunulması gerekmektedir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Deüz Eytil Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi: İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	İbhi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	B ☐ H ☒	Banu
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEÜ Hemşirelik Fakültesi	Kadın	B ☐ H ☒	Besti
Prof.Dr.Kemal Kılıç GÜNÇ	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Erkek	B ☐ H ☒	Kılıçgünç
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	B ☐ H ☒	Reyhan
Prof.Dr.Nejar SARIOĞMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	B ☐ H ☒	Nejar
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	B ☐ H ☒	Ece
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	B ☐ H ☒	Hüseyin Baskin
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	B ☐ H ☒	Vesile
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D.)	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	B ☐ H ☒	Bilgin
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	B ☐ H ☒	Nihal
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	B ☐ H ☒	Mukaddes
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÖTÜK	Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	B ☐ H ☒	Ayşe
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	B ☐ H ☒	İşıl
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGEK	Hukuk	DEÜ Tıp Fakültesi ve Etik A.D.	Erkek	B ☐ H ☒	Ahmet
İhsan ÇELİKÖMER	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İktisat Okulu Müdür Yrd.	Erkek	B ☐ H ☒	İhsan

Deüz Eytil Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı Formu

61



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 67350377
Konu : Araştırma İzin Talebi

İZMİR VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Tarih:19.12.2012 tarihli ve 36026262/430/99/340 sayılı yazınız.

İliniz Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Arş.Gör.Dr.Ergun AKYOL'un Doç.Dr.Mehtap KARTAL sorumluluğunda; İliniz Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş üzeri yaşlılarla yüz yüze görüşülerek "İzmir İl Merkezinde 65 Yaş Ve Üstü Yaşlılarda Depresyon Prevalansı" konulu ekte bulunan araştırma izin talebi hususunda Kurulumuz görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri paylaşım veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenliliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma masaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırmaya sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Şiz konusu araştırmanın komisyon tarafından yapılan değerlendirilmesinde; araştırma kapsamına dahil edilecek kişilere ulaşılmasının nasıl planlandığı, bu kişiler ile iletişime ne şekilde geçileceği, araştırmanın materyal ve metninde belirtilmemiş olduğu tespit edilmiştir. Örneklem ve çevreye ulaşım için ilgili aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili sağlık bilgisi ve iletişim bilgisinin kişilerin izni olmadan paylaşılması mümkün olmadığından verilmeyeceğine dikkat edilmesi gerekmektedir. Fakat çalışma için gönüllü aile hekimleri olması durumunda ilgili hekimin ASM'de iş ve işleyişi aksatmayacak şekilde çalışmaya destek verebileceği değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirmeler kapsamında yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalarak araştırmanın izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışmanın tamamlanması durumunda sonuç raporunun bir nüshasının Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Halil EKİNCİ
Bakanlık
Kurum Başkan Yardımcısı

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
(Eklen Ekstra)
2. 15.07.2013/064214/ 38799
M TOPLUM SAĞLIK HİZMETLERİ ŞB.MDD.
KAYDOLANAN SİGELİ VE DE 3223

Dizinci Dosyaları Sağlık Uygulama
Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme
Prof.Dr.Nazım Nispet Caddesi 35071 06100 Ankara

Ayrıntılı bilgi için lütfen A. ÇALHAŞ
Tel : (012) 563 59 75
Faks : (012) 563 59 75

Bu belge 5076 sayılı elektronik imza kanunun göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Halkın elektronik imza ile ilgili belgeye erişilebilir adreslerden Belge Numarı:67350377/99/06603 ve Barkod Numarı:1576429 bilgilerle erişilebilir.

[illegible]

T.C
İZMİR VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 36026262.430.99 – 2551

Konu : Arş.Göç.Dr.Ergün AKYOL'un Araştırma İzin Talehi

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü
(Göç:Evran)
17.07.2013 09:21:37 / 25519
TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞB. MÜD.
İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı

İlimiz Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Arş.Gör.Dr.Ergün AKYOL'un Doç.Dr.Mehmet KARTAL sorumluluğunda; İlimiz Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş üzeri yaşlılarla yüz yüze görüşülerek "İzmir İl Merkezinde 65 Yaş Ve Üstü Yaşlılarda Depresyon Prevalansı" konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş ve komisyon tarafından yapılan değerlendirilmiştir;

"Birinci Basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hususî Hakları Yönetmeliği'ne uyulması gerekmektedir. Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusa ilgili verileri yahşın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılması, yapılacak çalışmalarda aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının omuz perçevesinde çalışma mesulisi ve hizmeti aksatılmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir."

"Söz konusu araştırmanın komisyon tarafından yapıları değerlendirilmesinde; araştırma kapsamına dahil edilecek kişilere ulaştırılmasını nasıl planlandığı, bu kişiler ile iletişime ne şekilde geçileceği, araştırmanın materyal ve metninde belirtilmemiş olduğu tespit edilmiştir. Örnekleri ve evrene ulaşım için ilgili aile hekimlerine kayıtlı nüfusa ilgili sağlık bilgisi ve iletişim bilgisinin kişilerin izni olmadan paylaşılması mümkün olmadığından verilmeyeceğine dikkat edilmesi gerekmektedir. Fakat çalışma için gönüllü aile hekimleri olması durumunda ilgili hekimin ASMA'de iş ve işleyişi aksatmayacak şekilde çalışmaya destek verebileceği değerlendirilmiştir."

Bu değerlendirmeler kapsamında yukarıda belirtilen ilkelere bağlı olarak araştırmanın izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışmanın tamamlanması durumunda sonuç raporunun bir nüshasının Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir." denilmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

E.k:

Yazı (1adet)

Doç.Dr.Mustafa TÖZÜ'N
Halk Sağlığı Müdürü

İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri ŞB. Müd.
Hizmet Ulaştırma No: 1 Alsancak Sokak/İZMİR
Ayrıntılı bilgi için lütfen Dr.Ö. PEKEL
Tel: (0232) 441 81 11-168-342 Faks: (0232) 4633639
E-posta: aylunsaasligi@ihm.gov.tr

EK – 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “İzmir İl merkezinde 65 yaş ve üstü yaşlılarda depresyon prevalansı” dır.

Bu araştırmanın amacı birinci basamağa başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda depresyon sıklığının saptanmasıdır. Bu amaçla size, depresyon ile ilişkili olduğunu düşündüğümüz sorular sorup yanıtlamanızı isteyeceğiz. Yaşlı Depresyon Ölçeği Kısa Formu (GDÖ-15),ayrıca Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA), Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EGYA), Mini Mental Test (MMT),eğitimsizler için Mini Mental Test (SMMT-E) testleri uygulanacaktır.

Bu çalışmada size herhangi bir girişimsel işlem ve tedavi uygulanmayacaktır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Bu çalışmada elde edilecek veriler bu çalışma dışında herhangi bir değerlendirme veya amaç için kullanılmayacaktır.

Açıklamayı Yapan

Dr. Adı Soyadı

Ergün Akyol

Yukarıda “gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgiler”i okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı ve Soyadı:

İmza

Tanıklık edenin Adı ve Soyadı:

İmza

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Mehtap Kartal

EK – 4: ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma 65 yaş ve üzeri insanlarımızın sağlık ve sosyal yaşamlarında meydana gelen değişikliklerin ruhsal yaşamlarına olan etkisini saptamak için yürütülmektedir. Bu anketle sizden alınacak bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

1.Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek
2.Yaş/doğum tarihi	/...../.....
3.Medeni durum	☐ Bekar ☐ Evli/birlikte yaşıyor ☐ Boşanmış ☐ Eşi ölmüş
4.Sosyal güvence durumunuz nedir?	☐ Yok ☐ SSK ☐ Bağ-kur ☐ Emekli sandığı ☐ Özel sigorta
5.Yaşadığınız yer neresi?	☐ Merkez ilçeler ☐ Merkez olmayan ilçeler ☐ Kasaba-Köy
6.Okula gitme imkanınız oldu mu?	☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Yüksek öğretim
7.Hanenize giren aylık gelir kaç liradır?	☐ 700 TL ve altı ☐ 700-1500 TL arası ☐ 1500 TL üzeri
8.Gelir düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
9.Kiminle yaşıyorsunuz?	☐ Yalnız ☐ Eşi ☐ Eşi ve çocukları ☐ Çocukları ☐ Bakıcı a) profesyonel b) akraba
10.Sosyal destek aldığınız kişi veya kurum var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
11.Ailenizde son bir yılda kaybettiğiniz bir yakınınız var mı? (Varsa kim?)	☐ Evet, ☐ Hayır

12. Sağlığını nasıl algılıyorsunuz?	☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi ☐ Mükemmel
13. Gece uykuya dalmada zorluk çekiyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
14. Gece uykudan uyanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
15. Sersemlik hissi yaşıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
16. İdrar tutamama, kaçırma var mı? (Varsa başlangıç zamanı /sıklığı)	☐ Var,/..... ☐ Hayır
17. Son bir yıl içinde hiç düştünüz mü?	☐ Evet ☐ Hayır
18. Kronik hastalığınız var mı? (Varsa süresi)	☐ Var ☐ Yok
SÜRE: A <1 yıl B. 1-5 yıl C. 6-10 yıl D. >10 yıl	
Hipertansiyon (yüksek tansiyon) (Varsa kaç yıldır?)	☐ Var ☐ Yok
Diyabet (şeker) (Varsa kaç yıldır?)	☐ Var ☐ Yok
Osteoporoz (Varsa kaç yıldır?)	☐ Var ☐ Yok
Kalp hastalığı (Varsa kaç yıldır?)	☐ Var ☐ Yok
Böbrek hastalığı (Varsa kaç yıldır?)	☐ Var ☐ Yok
Diğer	
19. Ruhsal bir hastalığınız var mı?	☐ Var ☐ Yok
20. Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı?	☐ Var ☐ Yok
21. Düzenli olarak sigara kullanıyor musunuz?	☐ Evet,paket/yıl ☐ Bıraktım,paket/yıl ☐ Hiç içmedim
22. Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz?	☐ Evet, kadeh/gün yıl ☐ Bıraktım, kadeh/gün yıl ☐ Hiç içmedim

EK – 5: GERİYATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU (GDÖ-15)

Aşağıdaki sorulara, geçen hafta süresince hissettiklerinizi belirtir EVET veya HAYIR şeklinde yanıt veriniz.

	EVET	HAYIR
1. Temel olarak yaşamdan zevk alıyor musunuz?		
2. Aktivitelerinizin ve ilgilerinizin çoğundan uzaklaştınız mı?		
3. Hayatınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz?		
4. Çoğunlukla canınız sıkılır mı?		
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir?		
6. Kendinize kötü bir şeyler olacağını düşünerek korkar mısınız?		
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hisseder misiniz?		
8. Sıklıkla kendinizi yardıma muhtaç hisseder misiniz?		
9. Dışarı çıkmak veya yeni şeyler yapmak yerine evde mi oturmayı tercih edersiniz?		
10. Hafızanızla ilgili olarak, çoğu kişiden daha fazla mı probleme sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?		
11. Şu an hayatta olduğunuz için mutlu musunuz?		
12. Son zamanlarda kendinizi değersiz olarak hissediyor musunuz?		
13. Enerji dolu musunuz?		
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu düşünüyorsunuz?		
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda mı olduğunu düşünüyorsunuz?		

GDÖ-15 Toplam Puan:

EK – 6: GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ (GYA)

	Tek başıma yapabiliyorum	Yardımla yapabiliyorum	Yapamıyorum
1. Yemek yeme			
2. Yatağa yatma ve kalkma			
3. Tuvalete gitme			
4. Giyinme			
5. Banyo yapma			
6. Basamak çıkma			

GYA Toplam Puan:**EK – 7: ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ (EGYA)**

	Tek başıma yapabiliyorum	Yardımla yapabiliyorum	Yapamıyorum
1. Yemek pişirme			
2. Ev temizliği			
3. Telefon kullanma			
4. Alışveriş yapma			
5. Seyahat etme			
6. Parasal işlerin idaresi			
7. İlaçlarını alma			

EGYA Toplam Puan:

EK – 8: STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)

Eğitim (yıl): Meslek: Aktif El: **SMMT Toplam Puan:**

YÖNELİM (Toplam puan 10)()

1.Hangi yıl içindeyiz?.....()

2.Hangi mevsimdeyiz?.....()

3.Hangi aydayız ?.....()

4.Bugün ayın kaçı?()

5.Hangi gündeiz?()

6.Hangi ülkede yaşıyoruz?()

7.Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?.....()

8.Şu an bulunduğunuz semt neresidir?()

9.Şu an bulunduğunuz bina neresidir?()

10.Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?.....()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3).....()

“Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.”

(Masa) (Bayrak) (Elbise) (Toplam 3 puan).....()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5).....()

“100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.”

(100) (93) (86) (79) (72) (65) (Toplam 5 puan).....()

HATIRLAMA (Toplam puan 3).....()

“Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.”

(Masa) (Bayrak) (Elbise) (Toplam 3 puan).....()

LİSAN (Toplam puan 9).....()

1. “Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir?” (Saat) (Kalem)

(Süre:20 sn) (Toplam 2 puan).....()

2. “Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar

Edin”. **"Eğer ve fakat istemiyorum."** (Süre:10 sn) (1 puan)..... ..()

3. 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

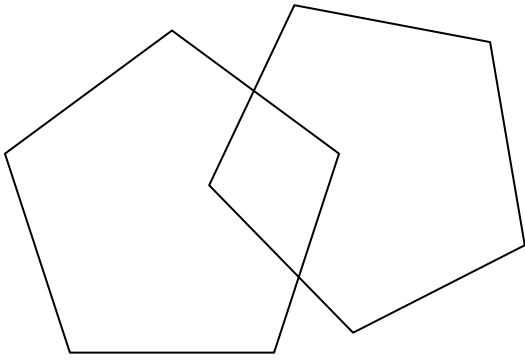
bırakın lütfen." (Süre:30 sn) (Toplam 3 puan)..... ()

4. “Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.” (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"..... ()

5. “Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın.” (1 puan)..... ()

6. “Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.” (1 puan) ()



EK – 9: EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT-E)

Kullandığı el:

SMMT-E Toplam Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)()

- 1.Hangi yıldayız?.....()
- 2.Hangi mevsimdeyiz?.....()
- 3.Hangi aydayız?.....()
- 4.Hangi gündeyiz?.....()
- 5.Şu anda sabah mı, öğle mi, akşam mı?.....()
- 6.Hangi şehirdeyiz?.....()
- 7.Hangi ülkedeyiz?.....()
- 8.Hangi semtteyiz?.....()
- 9.Hangi binadayız?.....()
- 10.Kaçıncı kattayız?.....()

KAYIT HAFIZASI (Toplam 3 puan).....()

“Söyleyeceğim üç kelimeyi bana tekrarlayın, aklınızda tutun ve daha sonra sorulduğunda söyleyin.” (Masa)
(Bayrak) (Elbise) (Toplam 3 puan)()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam 5 puan).....()

“Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Pazardan önce Cumartesi gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin.” *Kalan 5 günü ters olarak doğru sırada sayması gerekli.*

(Pazar) (Cumartesi) (Cuma) (Perşembe) (Çarşamba) (Salı) (Pazartesi) (Toplam 5 puan).....()

HATIRLAMA (Toplam 3 puan).....()

“Biraz önce aklınızda tuttuğunuz kelimeler neydi?” *Her kelime için 1 puan.(Toplam 3 puan).....()*

LİSAN (Toplam 9 puan).....()

- 1.”Bunlar nedir?” Kalem,saat. (Toplam 2 puan)()
2. “Şu cümleyi bana tekrar eder misiniz? Eğer ve fakat istemiyorum.” (1 puan)()
- 3.”Masada duran kağıdı sol/sağ elinize alın. İkiye katlayın. Yerine Bırakın.” (Toplam 3 puan).....()
4. “Yüzüme bakın ve yaptığımın aynısını yapın.” Gözler kapatılacak. (1 puan)()
5. “Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin”.30 sn.süre. (1 puan)()
6. “Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.” 1 dk. Süre.(Kenar sayısı tam şekil için 1 puan).....()

