

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

YAŞLI HASTALARIMIZDA DEPRESYON
SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Dr.Nihan Neval UZUN

UZMANLIK TEZİ

2018-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

YAŞLI HASTALARIMIZDA DEPRESYON
SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Dr.Nihan Neval UZUN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Erkan ÇOBAN

2018-ANTALYA

TEŐEKKÖR

İç Hastalıkları Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikim ve değerli tecrübelerinden yararlandığım, insani değerleri ile de örnek aldığım, yanında çalışaktan onur duyduğum başta Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Mustafa Ender TERZİOĞLU olmak üzere tüm değerli hocalarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin konusunun belirlenmesinde, araştırma aşamasında, yön tayininde ve tamamlanmasında destek olan, eğitimim boyunca bilgi birikimiyle yolumu aydınlatan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Erkan ÇOBAN'a bana ayırdığı değerli zamanı ve sağladığı destek için minnettarım ve teşekkür ederim.

Tezimin istatistik verilerinin elde edilmesi, değerlendirilmesi ve yorumlanmasında bilgi, birikim ve tecrübelerinden yararlandığım, bu süreçte yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Levent DÖNMEZ'e teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her evresinde bana destek olan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan annem Fatma Uzun , babam Mustafa Uzun ve kardeşim Simay UZUN'a teşekkür ederim.

Varlığıyla bana güç veren, desteğini her daim hissettiğim ve en güzel günlere birlikte yürüyeceğim Mustafa KARA'ya teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kısaltmalar ve Simgeler Dizini	ii
Tablolar Dizini	iii
Şekiller Dizini	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık	3
2.1.1. Yaşlılığın Sınıflandırılması	3
2.1.2. Yaşlılığın Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Yaşlılıkta Görülen Değişimler	6
2.2. Depresyon	10
2.2.1. Depresyonun Epidemiyoloji	10
2.2.2. Depresyonun Etiyolojisi	11
2.2.3. Depresyon Semptomları	12
2.2.4. Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı	13
2.3. Yaşlılarda Depresyon	14
2.3.1. Yaşlılarda Depresyonun Epidemiyolojisi	14
2.3.2. Yaşlılarda Depresyonun Etiyolojisi	15
2.3.3. Yaşlılarda Depresyonun Kliniği	16
2.3.4. Yaşlılarda Depresyonun Değerlendirilmesi	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
7. ÖZET	37
8. ABSTRACT	38
9. KAYNAKLAR	39

SİMGELER ve KISALTMALAR

5-HT : Serotonin

DSM : Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSM-IV-TR : Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Türkçeleştirilmiş El Kitabı - 4

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GABA : Gama amino bitürik asit

GDS : Geriatrik depresyon ölçeği

NE : Norepinefrin

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 2.1. Majör depresif bozukluğun belirti ve bulguları	13
Tablo 2.2. Genç ve yaşlı depresiflerde görülen klinik farklılıklar	16
Tablo 4.1. Araştırmaya dahil olan yaşlıların yaş grupları dağılımı	19
Tablo 4.2. Araştırmaya dahil olan yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	20
Tablo 4.3. Araştırmaya dahil olan yaşlıların kronik hastalık verileri	20
Tablo 4.4. Araştırmaya dahil olan yaşlıların sigara içme durumları	21
Tablo 4.5. Araştırmaya dahil olan yaşlıların sağlık sorunları için başvurdukları kurumlar	21
Tablo 4.6. Araştırmaya dahil olan yaşlıların cinsiyete göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	22
Tablo 4.7. Araştırmaya dahil olan yaşlıların yaş gruplarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	22
Tablo 4.8. Araştırmaya dahil olan yaşlıların son beş yılda en uzun yaşanan göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	23
Tablo 4.9. Araştırmaya dahil olan yaşlıların medeni durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	23
Tablo 4.10. Araştırmaya dahil olan yaşlıların eğitim durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	24
Tablo 4.11. Araştırmaya dahil olan yaşlıların eğitim durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	24
Tablo 4.12. Araştırmaya dahil olan yaşlıların gelir durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	25
Tablo 4.13. Araştırmaya dahil olan yaşlıların barınma durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	25

Tablo 4.14. Araştırmaya dahil olan yaşlıların kronik hastalık durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	26
Tablo 4.15. Araştırmaya dahil olan yaşlıların psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	26
Tablo 4.16. Araştırmaya dahil olan yaşlıların bedensel özürlülük durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	27
Tablo 4.17. Araştırmaya dahil olan yaşlıların hareket (mobilizasyon) durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	27
Tablo 4.18. Araştırmaya dahil olan yaşlıların sigara kullanım durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	28
Tablo 4.19. Araştırmaya dahil olan yaşlıların alkol kullanım durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı	28
Tablo 4.20. Çoklu lojistik regresyon analizine göre depresyon görülme sıklığı üzerinde etkili olabileceği düşünülen risk faktörlerinin birlikte etkileri	29

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre, son 10 yıla ait cinsiyetlere göre 65 yaş ve üzeri bireylerin grafiği	5
Şekil 2.2. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre, yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2013, 2017	6

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, hayat süreci içinde erişkinlik dönemini takiben yavaş yavaş başlayıp ilerleyen ve ölüm ile sonuçlanan bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü ise yaşlılığı 'Kişinin çevreye uyum sağlama yeteneğinin yavaş yavaş kaybedilmesi' olarak tanımlamaktadır.

Yaşlanma, organizmadaki sistemlerin pek çoğunu etkileyen bir süreçtir. Yaş ilerlemesine bağlı olarak kişilerde morfolojik, fizyolojik, anatomik ve psikolojik bazı değişiklikler görülmektedir.

Dünya ülkelerinde yaşlı nüfus gitgide artış göstermektedir. Günümüzde, tüm dünya nüfusunun %10'unu 65 yaş ve üzeri bireyler oluştururken 2050 yılında bu oranın %16'nın üzerinde olması beklenmektedir.

Yaşlılarda en sık görülen ruhsal bozukluklardan birisi depresyondur. Yaşlılarda depresyon, yaşam kalitesini ve üretkenliği etkilemesinin yanı sıra dolaylı yoldan mevcut kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunudur. Yaşlılık çağı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, yaşlılarda depresyon belirtilerinin % 8-35, major depresyonun ise % 0,8-2,9 oranında görüldüğü bildirilmektedir. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfustaki major depresyon görülme sıklığı % 1-3, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ise %8-15 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de yaşlılarda depresyon sıklığı ve bunu etkileyen faktörleri değerlendiren yayınlar mevcuttur. Ancak bu durumu ilimiz ve genelinde Akdeniz Bölgesi için değerlendiren sınırlı sayıda yayın vardır.

Bu çalışmadaki amacımız Geriatri Polikliniğimize başvuran yaşlı hastalarımızdaki depresyon sıklığını ve bunu etkileyen faktörleri tespit etmektir. Bu amaçla çalışmamız şu 3 soruya cevap vermek üzere dizayn edildi:

1. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyo-demografik değişkenleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, hayatlarını en uzun süre geçirdikleri yer, gelir durumu, eğitim durumu, vb) ve sahip olduğu kronik hastalıklar, kronik hastalıklar nedenli kullandığı ilaç sayıları açısından nasıl bir dağılım göstermektedirler?

2. Araştırmaya katılan yaşlılar depresyon düzeyleri bakımından nasıl bir dağılım göstermektedirler?

3. Araştırmaya katılan yaşlıların sosyo-demografik özellikleri, sahip olduğu kronik hastalıkları ve bu hastalıklar için kullandıkları ilaç sayısı ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlılık bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığının, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir.(1)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzeri olarak kabul ettiği yaşlılığı; fiziksel ve mental fonksiyonlarda yetersizliklerin arttığı bir dönem olarak kabul etmekte olup, yaşlanmayı, dejenerasyona ve dış çevreden gelen strese karşı koymak üzere, iç çevrede meydana gelen değişikliklerin neden olduğu bir uyum süreci olarak tanımlamaktadır (2)

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak görmekte ve bu yaş sınırını demografik açılardan bağımsız konumdan bağımlı konuma geçiş dönemi olarak kabul etmektedir (3).

2.1.1. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Yaşlılık döneminde, vücutta fizyolojik, biyolojik ve fonksiyonel bakımdan bazı değişimler meydana gelmektedir. Genetik, çevresel, psikolojik etkenler ve yaşam tarzının etkisi ile oluşan yaşlanmaya ‘biyolojik yaşlanma’; kişinin doğumundan itibaren içinde bulunduğu zamana dek geçen süreye bağlı olan yaşlanmaya ‘kronolojik yaşlanma’; sağlık sorunları ile etkileşim gösteren patolojik olayların tümüne ‘patolojik yaşlılık’; kişinin davranışsal kabiliyetlerindeki değişimlere ‘psikolojik yaşlılık’; zaman içerisinde edinilmiş olan sosyal özellik, konum ve yönlerin değişimi ise ‘sosyal yaşlılık’ olarak ifade edilmektedir (4-6).

Yaşlılığın 1983 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan sınıflandırılmasına göre;

- 45-59 yaşları “orta yaş”
- 60-74 yaşları “yaşlılık”
- 75-89 yaşları “ihtiyarlık”

- 90 ve üzeri yaşları “ileri ihtiyarlık” dönemi olarak kabul etmektedir (7).

Toplumlarda yaş özellikleri açısından sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre (8);

- Genç toplumlarda 65 yaş ve üzeri nüfus toplam nüfusun % 4’ ünden daha azdır ve az gelişmiş ülkelerin büyük bir kısmı bu gruba dahildir.
- Erişkin toplumlarda nüfusun % 4 -7’si 65 yaş ve üzeridir. Çin, Asya’nın Batısı ve bazı Güney Amerika ülkeleri bu özelliğe sahiptir.
- Yaşlı toplumlarda toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı % 7 -10’dur. Kanada, Japonya ve Avustralya bu gruba dahildir.
- Çok yaşlı toplumlarda toplam nüfusta yaşlı nüfusun oranı %10’nun üzerindedir. Gelişmiş Avrupa ülkeleri bu grupta değerlendirilmektedir.

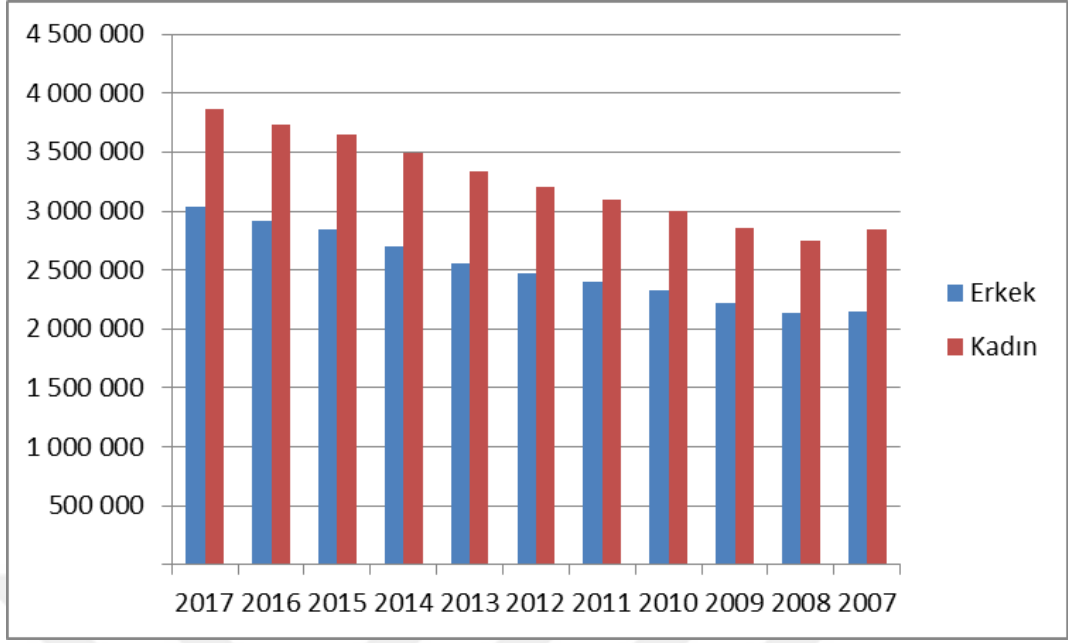
2.1.2. Yaşlılığın Epidemiyolojisi

Dünya ülkelerinde yaşlı nüfus gitgide artış göstermektedir. Yaşlı nüfus artışının meydana gelmesindeki temel nedenler; doğurganlık hızındaki belirgin azalma, tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi, erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması olarak belirlenmiştir (9).

Günümüzde, tüm dünya nüfusunun %10’unu 65 yaş ve üzeri bireyler oluştururken 2050 yılında bu oranın %16’nın üzerinde olması beklenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2025 yılında yaklaşık 1,2 milyon insanın 60 yaş ve üzeri yaşta olacağı ve 2050 yılında ise 2 milyona ulaşacak olan yaşlı nüfusunun %80’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı ifade edilmektedir (10). 2002 yılındaki verilere göre gelişmekte olan ülkelerdeki 60 yaş üzeri insan sayısı 400 milyon olduğu bilinirken 2025 yılında 840 milyona ulaşacak yaşlıların %70’inin gelişmekte olan ülkelerde özellikle de Asya kıtasında yaşayacağı öngörülmektedir (10, 11).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2017 verilerine göre, son 10 yıla ait cinsiyetlere göre 65 yaş ve üzeri bireylerin grafiği Şekil 2.1’de gösterilmiştir (12).

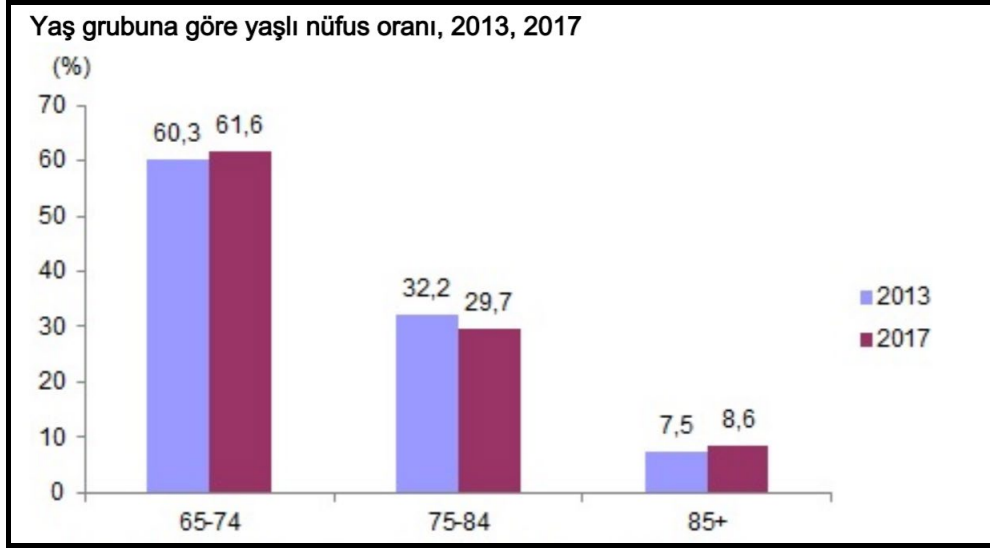


Şekil 2.1. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre, son 10 yıla ait cinsiyetlere göre 65 yaş ve üzeri bireylerin grafiği

Yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi iken son beş yılda %17 artarak 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5'e yükseldi. Yaşlı nüfusun %44'ünü erkek nüfus, %56'sını kadın nüfus oluşturdu.

Yaşlı nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde, 2013 yılında yaşlı nüfusun %60,3'ü 65-74 yaş grubunda, %32,2'si 75-84 yaş grubunda ve %7,5'i 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken, 2017 yılında %61,6'sı 65- 74 yaş grubunda, %29,7'si 75-84 yaş grubunda ve %8,6'sı 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görüldü.(Şekil 2.2) (13)

Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü. (14)



Şekil 2.2. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre, yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2013, 2017

2.1.3. Yaşlılıkta Görülen Değişimler

Yaşlanma, organizmadaki sistemlerin pek çoğunu etkileyen bir süreçtir (15). Yaş ilerlemesine bağlı olarak kişilerde morfolojik, fizyolojik, anatomik ve psikolojik bazı değişiklikler görülmektedir.

Yaşlılarda görülen morfolojik değişikliklerin başında boy kısalması gelmektedir. Vertebraların oturması sonucu boy uzunluğu 3-4 santimetreyi bulacak kadar kısalabilmektedir (16). Omuz genişliği ve toraks derinliğinde azalmalar meydana gelir, beden duruşunda değişimler oluşmaya başlar. Kas atrofisi sonucu alt ve üst ekstremitelerde incelmeler görülür. Nöron kayıpları ile beraber beyin kütlelerinde de azalma görülür ancak kafatası ağırlığında herhangi bir değişiklik olmaz.

Yaşlanmaya bağlı değişikliklerin en belirgin görüldüğü organ deridir. Yaşlanan deride genel olarak görülen değişimler kollajen ve elastin liflerinin azalması nedeniyle elastisite ve plastisite kaybı, düzensiz pigmentasyon, deri altı ter bezlerinin işlevlerinin azalması sonucu ortaya çıkan kuruluk, incelme ve kırışıklık olarak sıralanabilir.

Yaşlanma sürecine bağlı olarak kıl köklerinde üretilen melanin pigmentinin seviyelerinde azalma ortaya çıkar ve saçlarda ağarma görülür. Ayrıca, saç içerisindeki kollajen bantlar açılır ve saç tellerinde incelmeler meydana gelir

(17). Tırnaklarda ise, uzama hızı azalır ve matlaşma ile donuklaşma ortaya çıkar. Özellikle de ayak tırnaklarında kalınlaşmalar görülür (18).

Yaşlanma hem kardiyak fonksiyonu hem de periferel dolaşımı etkilemektedir. Yaşlanmaya bağılı olarak aort gittikçe sertleşir ve bu sertleşme sistolik kan basıncında yükselmeye yol açar (19). Bunun sonucunda, artan basınca karşı kasılmak zorunda kalan miyokard hipertrofiye uğrar. Hücrelerde görülen hipertrofinin yanı sıra kollajen ve bağı dokusu miktarında artış olur ve sinoatrial düğüm etrafında yağ birikimi meydana gelir (20). Ayrıca kalbin yapısında meydana gelen kalsifikasyonlar iletim sistemini etkileyerek idiyopatik kalp bloğuna neden olabilmektedir. Kalp hızının düşmesi ile beraber, her iş yükü seviyesinde kardiyak output ve maksimal kardiyak output da azalmaktadır (21). Koroner arter hastalığı yaşlılarda en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Koroner arter hastalığının klinik bulguları anjina pectoris, miyokard infarktüsü, aritmiler, ani ölüm veya iskemik kardiyomiyopatiye bağılı kalp yetmezliği şeklinde kendini gösterebilmektedir. Ateroskleroz, arterioskleroz ile birlikte iskemik kalp hastalığına yol açmaktadır (22). Ateroskleroz ve arterioskleroz sonucunda damar lümeninin daralması ve damar elastikiyetinin azalması yaşlılarda görülen hipertansiyonun önemli bir nedenidir. 65 yaş üstü bireylerde oldukça sık rastlanılan hipertansiyon, bu yaş grubu için en önemli kardiyovasküler risk faktörü olarak bilinmektedir.

Yaşlanma ile beraber kalp ve akciğerlerin oksijen kullanabilme yeteneğı azalmakta ve solunum fonksiyonunda değışiklikler meydana gelmektedir. Yaşa bağılı olarak akciğerde meydana gelen değışikliklerden en önemlisini alveolar yüzeydeki kayıplar oluşturmaktadır. Alveolar duvarda incelmeye görülür ve kapiller içeriğı düşer. Yüzey alanındaki azalma difüzyon kapasitesini azalttığı için, alveoller havadaki oksijen düzeyi değışmediğı halde, arterlerdeki kısmi oksijen basıncı düşmektedir. Yaşlanmaya bağılı olarak, akciğerin elastiki özelliğı de azalmaktadır. Alveol duvarında, damar ve bronşlar çevresinde bulunan elastin ve kollajen lifler akciğerin elastik özelliğinden sorumludur. Akciğerlerin elastik hareketi bu liflerin uzamasından daha çok yapısal düzeni ile ilişkilidir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte akciğerlerdeki bağı doku liflerinin proteinleri arasında çapraz

bağlar meydana gelmektedir. Bu durum akciğerlerin elastik yaylanma yeteneğini azaltmaktadır (22, 23).

Yaşlılık sürecince gastrointestinal sistem hareketlerinde azalma meydana gelir. Besinler özefagusta daha yavaş ilerlemekte, aynı zamanda mide kontraksiyonları zayıflamaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak, mide mukozasının rejenerasyon ve iyileşme kapasitesi azalır, mukus salgılayan hücre sayısı azalır, bununla ilişkili olarak mide ve duodenumun koruyucu mukus tabakası inceler, asidi nötralize eden bikarbonat salgısı azalır ve yaşlılıkta peptik ulkus, atrofik gastrit ve hipoklorhidri sıklığında artış gözlenir (24). Mide de üretilen hidroklorik asit miktarında azalmaktadır ve bu durum da demir ile B₁₂ vitamininin absorpsiyonunun azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca pankreas enzimlerinin de salınımı etkilenmektedir ve kalsiyum ile lipitler ince bağırsakta daha az emilir. Pankreastaki beta hücrelerinin kaybı sonucu insülin salınımı azalır ve bu durum glikoz intoleransına yol açabilmektedir. Yaşlanmaya bağlı olarak ince bağırsakların kas liflerinde güçsüzleşme ve kitlesinde azalma meydana gelmektedir (23, 25). Yaşlılarda en sık görülen gastrointestinal problemlerden birisi konstipasyondur. Yaşlanma ile intestinal villus boyunda kısalma olur, ince bağırsak motilite ve kolon tonusu azalır, depo kapasitesi artar, gayta transient zamanı uzar. Rektal kompliyansın azalması tuvalete gitme gereksiniminin daha geç fark edilmesine sebep olur. Bu sebeplerden dolayı kronik konstipasyon gelişebilir. Fekal inkontinansa neden olan internal ve eksternal anal sfinkter kontrol kaybı olabilir. Konstipasyonu önlemedeki en etkili yolları lif ve sıvı içeren gıdaları tüketmek olarak sıralamak mümkündür. Fiziksel aktivitelerdeki solunum egzersizleri de bağırsak hareketlerini uyarmaya yardımcı olmaktadır (25). Yaşla divertiküloz sıklığında da artış görülür (26).

İlerleyen yaşla beraber, nöronlardaki biyokimyasal değişikliklere bağlı olarak sinir sistemi fonksiyonlarında yavaş yavaş bir azalma gerçekleşmektedir (21, 25). Kortikal atrofi, beyindeki nöronların kaybı, beyin ve spinal kordda lipofuscin denilen yağlı madde birikimi yaşamın ilerleyen yıllarına eşlik eden değişikliklerdir. Bu yapısal değişiklikler reaksiyon zamanında uzama, hafızada azalma, kaba koordinasyon ve ince nöromusküler fonksiyonları yerine getirebilme yeteneğinde kayıplara neden olmaktadır. Periferik sinirlerde yaşa bağlı olarak

aksonal çöküntü, myelin kılıfı ve motor son plakta değişiklikler görülmektedir. Bu değişiklikler yaşlılarda, sinir iletim hızında azalma ve refleks cevaplarda yavaşlamaya neden olmaktadır (25). Buna ek olarak, yaşlılarda gri ve beyaz cevherdeki küçük penetran arteriollerde demans nedeni olabilecek çok sayıda küçük infarktüs odakları belirlenebilir.

Yaşlanmaya bağlı olarak böbreklerin hem yapısında hem de fizyolojisinde değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşla beraber, 200-270 gram ortalama ağırlığa sahip olan böbrek kütlesinde azalmalar görülür ve ağırlık 180-200 grama kadar düşer (27). Bu ağırlık kaybı esnasında medulla dokusu korunurken, esas kayıp korteks dokusunda meydana gelmektedir. Yaşlanmayla beraber glomerül sayısında da azalma görülmektedir, otuz yaş sonrasında glomerüllerde skleroz veya hyelinizasyon başlangıcı olmaktadır (28). Genç bireylerde böbrekler bir milyon civarı nefron içerirken, bu sayı 75 yaşında yaklaşık olarak 1/2-1/3 oranında azalmaktadır. Aynı zamanda renal kan akımı da yarıya inmektedir. Bu durum atıkların uzaklaştırılmasında, vücut sıvısı ve tuzun regülasyonu ve filtrasyonunda yetersizliklere neden olur (30). Pek çok yaşlı bireyin, yaşa bağlı olarak ilaç kullanımı mevcuttur. Böbrek fonksiyonlarının azalması ile ilacın böbreklerden atılımı yavaşlar ve birikir, ancak uzun sürede atılması söz konusudur. Bu da bireyler üzerinde ilacın olumsuz etkilerinin artmasına neden olabilmektedir. Mesane fonksiyonu da yaşa bağlı olarak değişir. Mesanede görülen değişiklikler üriner fonksiyonunda bozulma ve ürün boşaldıktan sonra mesanede kalan rezidüel volümde olan artıştır.

Yaşlanmaya bağlı olarak endokrin bezlerde kitle kaybı, kanlanmada azalma ve parankim atrofisi görülür, enerji tüketimi düşer. Yaşla bağlı hormonal değişikliklerin en önemlileri, bayanlarda östrojen erkeklerde ise testosteron hormonunun miktarındaki azalmadır (30). Östrojen sekresyonu genel olarak 50 yaş civarında durmaktadır. Östrojen kaybına bağlı olarak menapoz oluşmakta, deriye daha fazla adipositler yerleşmekte, kemik değişiklikleri gelişmektedir. Testosteron hormone ise, bayanlarda görülenin aksine ani değil yavaş ilerleyen bir süreçle azalmakta ve etkileri bayanlardaki kadar belirgin görülmemektedir (31). Adrenaller tarafından üretilen ve elektrolit düzenlenmesinde görev alan aldosteron hormonunun salınımı da yaşlı bireylerde düşüktür. Tiroid bezinde yaşa

bağlı küçülmeler tiroksin üretiminde de azalmaya neden olabilir ve hipotroidizm ortaya çıkabilir. Hipotroidizm, uyuşukluk, dikkat kaybı, soğuya toleransın olmaması, deride kuruluk, mental ve duygusal değişimlerle karakterizedir (25, 29). Yaşlıların % 4'ünde hipotiroidi mevcuttur. Yaşlılarda tiroid nodüllerine daha sık rastlanır.

2.2. Depresyon

Latince kökenli “depressus” sözcüğünden gelen depresyon; çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması anlamlarına gelir. Depresif duygu durumu (mood state), depresif bozukluğun temel ve tanı koymak için mutlak olması gereken bir özelliğidir. Depresyona giren kişilerde çoğunlukla hayattan zevk alamama ve ilgi azlığı, umutsuzluk ve karamsarlık, uyku ve iştah bozuklukları, huzursuzluk, enerji azlığı gibi yakınmalar mevcuttur. Genç hastalarda retardasyon, yaşlılarda ise ajitasyon daha sık gözlenmektedir. Ağlamaklı konuşma, kırıksık alın, sarkık dudaklar, canlılık kaybı ve düşük omuzlarla, kamburumsu, öne bakan görünüm depresyonlu kişinin tipik beden görünümüdür.

Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından toplumsal, ekonomik, fiziksel, duygusal sorunlara yol açan hastalıklar arasında sıralamasında dördüncüdür. DSÖ'nün verilerine göre, ağır depresyonun yaşam boyu sıklığının % 10, anksiyete ve stres bozukluklarının yaşam boyu sıklığının % 14.6 olduğu ve 2020 yılına kadar yeti kaybına neden olan hastalıklar arasında major depresyonun kalp hastalıklarından sonra geleceği bildirilmektedir (32,33).

2.2.1. Depresyonun Epidemiyoloji

Tekrarlayıcı ve uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olan depresyonun sıklığı ve süresi yaşla artış göstermektedir (34). Kadınlarda duygu durum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı erkeklerden 2 kat fazladır (35) ve 18-44 yaşları arasında, özellikle de 25 yaşından sonra sık görülür.

Depresif bozukluklar içerisinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluk için hayat boyu risk; erkeklerde % 5-12 iken, kadınlarda % 10-25 olarak bulunmuştur. Bu oran distimik bozukluk için

yaklaşık % 6, bipolar bozukluk için ise %1 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için % 5-9 arasında, erkekler için % 2-3 arasında değişmektedir (36, 37).

Ülkemizde yapılan, 7479 kişiyi kapsayan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasına göre; depresif nöbet yaygınlığı % 4.0 olarak bulunmuştur. Yaygınlık oranları kadınlarda % 5.4 erkeklerde ise % 2.3’tür. Ağrı bozukluğu dışı tutulduğunda en sık rastlanan ruhsal bozukluğun major depresyon olduğu belirtilmiştir. Şehir merkezinde depresyon görülme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (38).

2.2.2. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun meydana gelmesinde tek bir etkenin değil, sosyal, genetik ve biyolojik nedenlerin bir arada rol oynadığı bilinmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun genetik riskinin %33 olduğunu göstermektedir (39). Genetik yapının çevresel etkenlerle olumsuz etkileşimi, bu etkileşimin zamanlamasının önemli olduğu ileri sürülmüş ve depresyonla ilgili ana risk etkenleri olarak; ailesel yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, olumsuz yaşam koşulları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar, hastalıklarla ilgili tedaviler, yeti yitimine neden olan psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir.

Bunun yanında sosyal ve kültürel etmenlerin bireysel farklılıklar göstererek etkilediğini ve biyolojik olarak nörotransmitterlerde işlevsel bozukluğun olduğu belirtilmektedir (40). Depresyon etiyolojisinde özellikle nörepinefrin (NE) ve serotonin (5-HT) etkinliğinde azalma olduğu en çok kabul gören bulgulardan biridir (41). Ayrıca, depresyonda gama amino bitürik asitte (GABA) düşük bulunmuştur. GABA agonistleri NE ve seratonerjik nöronların ateşlenmesini arttırmaktadır ve Dopamin döngüsünü azaltır. Depresyonda intraselüler sodyumun arttığı da belirtilmektedir (42).

2.2.3. Depresyon Semptomları

Depresyonda, kognitif (bilişsel) bozukluk belirtileri, fiziksel bozukluklar, duygulanım bozuklukları ve davranış bozuklukları görülmektedir. Kognitif bozukluklarda konuşmada yavaşlama, monoton ve gecikmeli cevap verilmesi hatta ağır depresyonlu hastalarda tek sözcüklerle (evet/hayır gibi) konuşma veya hiç konuşmama (mutizm) görülebilir. Buna ek olarak, kişisel yetersizlik, kendini eleştirme ve suçlama, karamsarlık, geleceğe ait endişe ve umutsuzluk, hatırlamada güçlük, unutkanlık, algı bozukluğu karşılaşılan kognitif bozukluklardandır. Hastalarda ölüm düşünceleri oldukça fazladır, genelde %75’inde intihar düşüncelerine rastlanabilir. Obsessif bir tarzda tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri görülebilir (43). Kararsızlık ise neredeyse tüm hastalarda görülmektedir.

Depresyonda görülen duygulanım bozukluklarında ilgi kaybı ön plana çıkmaktadır. Zevk alamama, çaresizlik ve keder hissi sıklıkla mevcuttur. Gün içerisinde bireylerde duygu durum bozuklukları ile karakterizedir. Özellikle, sabah saatlerinde depresif duyguların daha yoğun olduğu bilinmektedir. Gece sık uyanmalar ve uykusuzluk, sabah erkenden uyanma ve sabah uykusuzluğu (insomnia) da görülmektedir. % 20 oranında ise bireylerde aşırı uyuma (hypersomnia) görülür ve bu bireyler günlük 14-15 saat uyuma eğilimindedirler.

Depresyonda görülen fizyolojik bozukluklar iştah azalması, kilo kaybı, halsizlik, kabızlık, cinsel istek kaybı, dismenore, amenore, somatik yakınmalar, adet düzensizliği ile karakterizedir. Bazı hastalarda da aşırı iştah artmasına rastlanılır.

Depresyonda görülen davranış bozukluklarında temel olarak psikomotor yavaşlama görülmektedir. Bireylerin konuşmaları, iş yapmaları hatta yürümeleri isteksizlik, enerji yokluğu ve ilgisizliğe bağlı olarak yavaşlamaktadır. Bazı anksiyeteli bireylerde ise yerinde duramama, devamlı ellerini ovuşturma, sürekli gezinme görülür. Ayrıca bu bireyler devamlı şikayetçi ve kötümser bir yaklaşım sergilerler. Daha çok yaşlı bireylerde gözlenen psikomotor huzursuzluk içerisinde dirler.

2.2.4. Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı

Depresyonu olan hastaların büyük bir çoğunluğu öncelikle somatik şikayetlerle birinci basamak sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar. Birinci basamak hekimlerine başvuran hastaların üçte birinden fazlasında belirgin düzeylerde psikolojik sıkıntılar bulunduğu ve bunların sadece %15 -25'ine anksiyete veya depresyon tanısı konulabildiği belirtilmiştir (44). Birinci basamakta depresyon yönetimi rehberleri; hastanın yakınması, risk faktörleri depresyon düşündürdüğünde, tarama testlerinin uygulanmasını önermektedir. Bunun sonucunda depresyon saptandığında, tanı için yapılandırılmış klinik görüşmelerin yapılması gereklidir (45).

Tüm dünyada en yaygın kullanılan tanı ve sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'dir (46). Bu sistemde bir kişiye majör depresyon tanısı koyabilmek için Tablo 2.1'de (47) yer alan 9 belirtiden en az 5 tanesinin bulunması ve bu belirtilerin de en az iki hafta sürmesi, sosyal ve mesleki işlevlerini bozacak kadar şiddetli olması ya da aşırı derece de sıkıntılara yol açması gerekmektedir. Ayrıca, belirtilerin herhangi bir madde kullanım bozukluğuna, fiziksel bir hastalığa veya bir yas durumuna bağlı olmaması gerekmektedir.

Tablo 2.1. Majör depresif bozukluğun belirti ve bulguları (47)

1	Çökkün duygu durum
2	İlgi azalması ve zevk alamama
3	İştah ve kilo kaybı veya artışı
4	Uykusuzluk ya da aşırı uyku
5	Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6	Yorgunluk veya enerji azalması
7	Değersizlik ya da aşırı suçluluk hisleri
8	Düşünme, dikkatini toplama yeteneklerinde azalma, karar vermede güçlük
9	Yineleyen ölüm düşünceleri, intihar fikirleri, intihar girişimleri ya da planları

Depresyonun ayırıcı tanısında ayrıntılı psikiyatrik öykü, geçmişe yönelik tıbbi öykü alınarak sistemler gözden geçirilmelidir (48). Özellikle hastaların kullandığı ilaçlar ve eşlik eden hastalıkları iyi irdelenmelidir. Tansiyon ilaçları, doğum kontrol hapları, kortikosteroidler, benzodiazepinler, histamin₂ reseptör antagonistleri, kanser ilaçları, psikoaktif maddeler ve anabolik steroidler depresyon belirtilerine yol açan ilaç gruplarıdır. Epilepsi, demans, parkinson hastalığı, multipl sklerozis, inme, hipertroidizm, hipotroidizm, kanser, HIV hastalığı, Cushing sendromu ve Huntington hastalığı ise depresyon belirtilerine yol açabilen bedensel hastalıklardır (49).

2.3. Yaşlılarda Depresyon

Depresyon, yaşlılarda en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Yaşlılarda depresyon, yaşam kalitesini ve üretkenliği etkilemesinin yanı sıra dolaylı yoldan mevcut kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunudur (50).

Yaşlılarda depresyon ele alınırken daha dikkatli davranılması gerekmektedir. Çünkü yaşlılığın beraberinde ortaya çıkan olası değişimler ile ruhsal hastalıkların karıştırılmaması gerekmektedir. Bireylerin deprese duygu duruma göre somatik yakınmaları daha kolay ifade etmeleri, hekimlerin aynı anda var olan fiziksel hastalıklara yönelmeleri, eş zamanlı demans ve diğer fiziksel durumların varlığı, hafif depresyon belirtilerinin kolayca yaşlılığa bağlanması tanının atlanmasında önemli etkenlerdir.

Depresyon tüm dünyada fonksiyon kaybı ve sakatlığa neden olan hastalıklar arasında değerlendirilmektedir. Yaşlılık döneminde ise kayıpların yaşanması ve hastalıkların ortaya çıkmasıyla birlikte depresyon daha ciddi yeti yitimine ve hatta ciddi intihar girişimlerine yol açabilmektedir (51). Yaşlılıkta intiharın en önemli nedeni depresyondur ve bu yaş grubunda daha genç gruba göre ölümle sonuçlanan intihar girişimi oranı daha fazladır (52).

2.3.1. Yaşlılarda Depresyonun Epidemiyolojisi

Yaşlı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM) sınıflamasına göre;

yaşlı bireylerde depresif belirtilerin sıklığı % 8 ile 35 arası oranlarda, majör depresyon görülme sıklığı ise % 0.8 ile 2.9 arası oranlarda gösterilmiştir (53). Yaşlılık döneminde görülen depresyonun yaygınlığı, çalışmaya dahil edilen yaşlı grubun özelliğine, çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma yöntemine göre % 1 - 60 arasında değişim göstermektedir (54).

2.3.2. Yaşlılarda Depresyonun Etiyolojisi

Yaşlılarda depresyonun ortaya çıkış nedenleri ele alındığında, birden fazla etkenin rol oynadığı görülmektedir. Bu etkenler, mevcut hastalıklar, kullanılmakta olan ilaçlar, psiko-sosyal koşullar, nöro-biyolojik durum ve mevcut psikiyatrik bozukluklar olarak sınıflandırılabilir. Yaşlı depresyonları incelendiğinde genetik etkenlerin daha az rol oynadığı görülmektedir (55).

Geriatrik popülasyonda yapılan depresyon çalışmalarına göre; psikososyal etkenler sınıfındaki önemli risk faktörleri ileri yaş, kadın cinsiyet, günlük yaşam uğraşlarında başkalarına bağımlılık, yas durumu, yalnız yaşıyor olmak, dul veya boşanmış olmak, emeklilik, aile ilişkilerinde bozukluk, toplum desteği azlığı, düşük gelir ve eğitim durumu, daha önce depresyon atağı geçirme, kötü sağlık durumu, daha önce intihar girişiminin olması, aile öyküsünün olması olarak bildirilmiştir (56). Yaşlıların yaşlılık dönemine kadar yaşam hedeflerine ulaşamamasına bağlı benlik doyumunun sağlanamayışının da depresyon oluşma riskini artırdığı rapor edilmiştir (57).

Fiziksel hastalığı olan yaşlıların depresyon açısından daha riskli olduğu bildirilmiştir. Yapılan pek çok çalışmada hastalıklar ile depresyonun ilişkisi araştırılmış ve anjina, diyabet, kronik bronşit, artrit, görme kusurları, kalp krizi ve diğer kalp hastalıkları, romatizmal hastalıklar, akciğer hastalıkları, kanser ve vasküler hastalıklar gibi pek çok hastalıkla pozitif korelasyon saptanmıştır (58, 59). Bireylerin mevcut eşlik eden hastalıklarının oluşu, yaşam kalitesini düşürmektedir ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılmakta olan beta-blokerlar, steroidler, digoksin ve I-Dopa gibi ilaçların da depresif belirtilere yol açabileceği belirtilmiştir (60). Buna ek olarak, Parkinson hastalığı, adrenal ve tiroid işlev bozuklukları, felçler ve nörodejeneratif hastalıkların doğrudan depresyona yol açtıkları bilinmektedir (60, 61).

Depresyonun yaşlılardaki nöro-biyolojik etkenleri incelendiğinde, yaşlanma ile beraber serotonin, nöroadrenalin, dopamin ve GABA'nın beyin konsantrasyonlarında azalma görüldüğü, bunun da yaşlıların depresyona olan yatkınlığını artırdığı ileri sürülmüştür (60). Buna ek olarak, geriatrik depresif hastalarda yüksek platelet monoamino oksidaz işlev düzeyi saptanmış ve bunun hastalığın varlığı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (62).

2.3.3. Yaşlılarda Depresyonun Kliniği

Yaşlılarda görülen depresyon, gençlerde görülen ile benzer olmasına rağmen bazı farklılıkları da mevcuttur. Yaşlı bireyler, genç bireylere oranla daha fazla bedensel ve bilişsel belirti bildirmektedir, bu durum 'üzüntüsüz depresyon' olarak tanımlanmaktadır. Bu depresyon türünde apati, ilgi kaybı, yorgunluk, uyuma güçlüğü ve diğer somatik yakınmalar mevcutken üzgün duygulanım bildirilmemektedir (62). Özellikle, bedensel yakınmalardan bahsederken organ fonksiyonlarında bozulma ya da hastalıkla ilgili acayip nitelikli, nihilistik (iç organlarım çürüdü, yok gibi vs.) sanrılar, ajitasyon, bellek bozuklukları ileri yaş depresyonunun belirgin özellikleridir (63). Genç ve yaşlı depresif bireyler arasında depresyonun farklılık gösteren klinik özellikleri Tablo 2.2'de gösterilmiştir (64, 65).

Tablo 2.2. Genç ve yaşlı depresiflerde görülen klinik farklılıklar (64,65)

Yaşlılarda daha sık görülenler	Yaşlılarda daha az sıklıkla görülenler
Uykusuzluk	Depresif mizaç
Ajitasyon	Aşkar intihar fikirleri
Hipokondria	Depersonalizasyon
Letarji	
İrritabilite	

Yaşlılar depresyonlarını çeşitli şekillerde maskeleyebilirler ve çoğu semptomlarını yadsırlar. Hastalığı yadsıma, yaşlı kişiler arasında sıkça kullanılır ve hekimlerin yaşlılardaki fiziksel ve psişik patolojiyi tanıyamamalarına neden

olabilir (65). İleri yaşlarda depresyonda, duygu durum belirtileri olan hüznün, elem, üzüntü ön planda olmayabilir. Yaygın anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk, çocuksu davranışlar, inatçılık, sürekli yakınma, sızlanma, aşırı talep edicilik de depresyonun maskeli görünümleridir (63, 66). Böyle yaşlılar depresyonda olduklarını inkar etseler de işlevsellikleri azaldığı için ivedilikle tedavi edilmeleri gerekmektedir.

2.3.4. Yaşlılarda Depresyonun Değerlendirilmesi

Geriatrik depresyon ölçeği (GDS), Yesavage ve arkadaşlarınca 1983 yılında oluşturulmuş olup yaşlı popülasyona yönelik bir depresyon ölçeğidir (67). Bu ölçeğin hazırlanmasındaki ana amaç cevaplanması kolay, yaşlılara yönelik sorulardan oluşması ve öz bildirime dayanmasıdır. GDS formunun, 1991 yılında Burke ve arkadaşları tarafından (68) 15 soruluk kısa formunun geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (EK-1).

Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir.

Ölçekten toplam 6 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir. (69)

Testin geçerlilik ve güvenilirliğinin ülkemizde sınındığı çalışma Ertan ve Eker tarafından yapılmıştır. Çalışma kapsamında 30'u major depresyonlu olan 276 hasta araştırılmış ve testin Türkiye'de depresyon taramasında kullanımının güvenilir olduğu saptanmıştır (70).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Polikliniği'ne başvuran 100 yaşlı birey dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-2)'ni imzalayan 100 hastaya depresyon sıklığını ve buna etki eden faktörleri saptamaya yönelik olarak “Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu” ve “Sosyodemografik Bilgi Formu” (EK-3) uygulanmıştır. Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu'nda cut-off değeri 6 olarak kabul edilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 19.0 (IBM Electronics, ABD) programı aracılığı ile yapıldı. Çalışmada incelenen tüm değişkenlerin (sosyodemografik değişkenler ve depresyon düzeylerinin) öncelikle yüzde dağılımları çıkartılmıştır. Bağımlı değişken olan depresyon varlığı ile diğer değişkenlerin ilişkisini incelemek için ise birinci aşamada tek değişkenli analiz olarak ki-kare (chi-square) testi kullanılmış, ikinci aşamada ise tüm bağımsız değişkenlerin aynı anda incelenmesi amacıyla çok değişkenli analiz olan backward stepwise conditional lojistik regresyon (logistic regression) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmesi için p değerinin <0.05 olması şartı aranmıştır.

Bu çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun onayı alınmıştır (Tarih: 02.05.2018; Karar No: 299).

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil olan 100 yaşlının % 65'i (65 kişi) kadın, % 35'i (35 kişi) erkek olup, araştırma grubunun yaş ortalaması 73.15 ± 6.77 (min:63-max:94)'dir. Araştırmaya dahil olan yaşlıların yaş grupları dağılımı ortalamaları Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya dahil olan yaşlıların yaş grupları dağılımı

Yaş grupları	N	%
69 yaş ve altı	35	35
70-74 yaş arası	30	30
75 yaş ve üstü	35	35
TOPLAM	100	100

Çalışmaya dahil olan yaşlıların ortalama kiloları 72.41 ± 12.21 (min:38-max:110) kilogram; boy ortalamaları ise 161.81 ± 8.69 (min:140-max:186) cm olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil olan yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2'de gösterilmiştir. Buna göre, araştırmaya dahil olanların % 66'sı son 5 yıldır en uzun kent merkezinde yaşamını sürdürmektedir. Medeni durum değerlendirilmesinde katılımcıların % 55'inin evli olduğu görülmüştür. Eğitim durumu verilerine göre katılımcıların % 39'u ortaokul ve üstü (lise mezunu, üniversite/yüksek okul mezunu) bir mezuniyete sahiptir. Araştırma kapsamında yaşlıların uğraş durumları ele alındığında, % 53'ünün herhangi bir uğraşı (herhangi bir işte çalışma veya günlük yaşamda meşgul olunan aktiviteler) olmadığı görülmüştür. Araştırmaya dahil olan yaşlıların % 75'i gelir durumunu yeterli olarak beyan etmiştir. Barınma şartları incelendiğinde ise % 44'ü eşi ile beraber kendi evinde (kira veya mülk), uygun ve yeterli şartlarda oturduğunu bildirmiştir.

Araştırma kapsamında yaşlıların kronik hastalık durumları ele alınmıştır. Kronik hastalık durumları gruplanarak analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.3'te verilmiştir. Buna göre, herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan yaşlıların oranı % 36 olarak saptanmıştır. Yaşlılarda en sık görülen kronik hastalığın

hipertansiyon (43 yaşlı) olduğu görülmüştür, bunu takiben diyabet ikinci sıradadır (31 yaşlı).

Tablo 4.2. Araştırmaya dahil olan yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo demografik özellikler (N=100)	N	%
Son 5 yıldır en uzun yaşanılan yer		
Kent merkezi	66	66
İlçe/Belde/Kasaba vb	22	22
Köy/Kırsal	12	12
Medeni Durum		
Evli	55	55
Diğer	45	45
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve üstü	39	39
İlkokul	35	35
Okul bitirmemiş	26	26
Uğraş Durumu		
Uğraşı var	47	47
Uğraşı yok	53	53
Gelir Durumu		
Geliri yeterli	75	75
Geliri yetersiz	25	25
Barınma Durumu		
Eşimle birlikte kendi evimizde (kira veya mülk) oturuyoruz, şartlar uygun ve yeterli	44	44
Diğer	56	56

Tablo 4.3. Araştırmaya dahil olan yaşlıların kronik hastalık verileri

Kronik Hastalık Durumu	N	%
Kronik hastalığı yok	36	36
1 veya 2 kronik hastalığı var	52	52
3 veya daha fazla kronik hastalığı var	12	12
TOPLAM	100	100

Çalışmada yaşlıların şu anda tanısı konan herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olup olmadığı da sorgulanmıştır. Sonuçlara göre, yaşlıların % 16'sında tanısı konmuş bir psikiyatrik rahatsızlık mevcuttur.

Araştırma kapsamında yaşlıların bedensel özürllülük durumları değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil olan yaşlıların % 9'unda bedensel özür olduğu görülmüştür.

Araştırmaya dahil olan yaşlıların hareket (mobilizasyon) durumları sorgulanmıştır. Sonuçlara göre, yaşlıların % 81'i tam (ev içi ve dışı) mobilize olduğunu bildirmiştir.

Çalışmada yaşlıların sigara içme durumlarıda sorgulanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Araştırmaya dahil olan yaşlıların sigara içme durumları

Sigara İçme Durumu	N	%
Sigara içiyor	10	10
Sigara içmiyor	68	68
Bırakmış	22	22
TOPLAM	100	100

Araştırmada yaşlıların daha önce hastanemize geliş nedeniyle ve/veya şikayetiyle başka yere başvurma durumları incelenmiştir. Yaşlıların % 43'ü ilk geldiği yerin burası olduğunu, % 17'si aile hekimine başvurduğunu, % 21'i ise devlet hastanesi uzman hekimine başvurduğunu bildirmiştir.

Araştırma kapsamında yaşlıların genel olarak sağlık sorunları için nereye başvurdukları sorgulanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Araştırmaya dahil olan yaşlıların sağlık sorunları için başvurdukları kurumlar

Başvurulan Kurumlar	N	%
Aile hekimi	36	36
Devlet hastanesi uzman hekimi	22	22
Üniversite hastanesi	39	39
Uzman hekim özel muayenehanesi	0	0
Özel hastane	3	3
TOPLAM	100	100

Çalışmada kullanılan Geriatrik depresyon ölçeği sonuçlarına göre, 100 yaşlıdan 39'unda ölçek puanı 6'nın üzerindedir. 61 hasta ise, 6 puanın altında kalmıştır.

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda cinsiyete göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.6’da gösterilmiştir

Tablo 4.6. Araştırmaya dahil olan yaşlıların cinsiyete göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

CİNSİYET	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
ERKEK	21	60.0	14	40.0	35	100
KADIN	40	61.5	25	38.5	65	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Cinsiyetler arası depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.880$).

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda yaş gruplarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.7’de gösterilmiştir

Tablo 4.7. Araştırmaya dahil olan yaşlıların yaş gruplarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

YAŞ GRUPLARI	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
69 YAŞ VE ALTI	25	71.4	10	28.6	35	100
70-74 YAŞ ARASI	16	53.3	14	46.7	30	100
75 YAŞ VE ÜSTÜ	20	57.1	15	42.9	35	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Yaş grupları arası depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.278$).

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, son beş yılda en uzun yaşanan yere göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.8’de gösterilmiştir

Tablo 4.8. Araştırmaya dahil olan yaşlıların son 5 yılda en uzun yaşanılan göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

YAŞANILAN YER	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
KENT MERKEZİ	44	66.7	22	33.3	66	100
İLÇE/BELDE/KASABA VB	12	54.5	10	45.5	22	100
KÖY/KIRSAL	5	41.7	7	58.3	12	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Son beş yılda en uzun yaşanılan yere göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.206$).

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, medeni duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.9’da gösterilmiştir

Tablo 4.9. Araştırmaya dahil olan yaşlıların medeni durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

MEDENİ DURUM	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
EVLİ	38	69.1	17	30.9	55	100
DİĞER	23	51.1	22	48.9	45	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Medeni duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.067$).

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, eğitim durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.10’da gösterilmiştir.

Eğitim duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.056$).

Tablo 4.10. Araştırmaya dahil olan yaşlıların eğitim durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

EĞİTİM DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
ORTAOKUL VE ÜSTÜ	28	71.8	11	28.1	39	100
İLKOKUL	22	62.9	13	37.1	35	100
OKUL BİTİRMEMİŞ	11	42.3	15	57.7	26	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, uğraş durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Araştırmaya dahil olan yaşlıların eğitim durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

UĞRAŞ DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
UĞRAŞI VAR	34	72.3	13	27.7	47	100
UĞRAŞI YOK	27	50.9	26	49.1	53	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Uğraş duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0.029$). Buna göre, uğraşı olmayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı daha yüksektir.

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, gelir durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Gelir duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Buna göre, geliri yetersiz olan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı daha yüksektir.

Tablo 4.12. Araştırmaya dahil olan yaşlıların gelir durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

GELİR DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
GELİRİ YETERLİ	53	70.7	22	29.3	75	100
GELİRİ YETERSİZ	8	32.0	17	68.0	25	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, barınma durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.13’de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Araştırmaya dahil olan yaşlıların barınma durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

GELİR DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
EŞİYLE BİRLİKTE KENDİ EVİNDE OTURAN (KİRA VEYA MÜLK SAHİBİ), ŞARTLAR UYGUN VE YETERLİ	32	72.7	12	27.3	44	100
DİĞER	29	51.8	27	48.2	56	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Barınma duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0.033$). Buna göre, eşiyile birlikte kendi evinde oturan (kira veya mülk sahibi), şartlar uygun ve yeterli olan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı diğerlerine göre (eşiyile birlikte kendi evinde (kira veya mülk) oturan ancak şartlar yeterli ve uygun olmayan; kendi başına ayrı evde oturan, şartlar uygun ve yeterli olan; kendi başına ayrı evde oturan ancak şartlar uygun ve yeterli olmayan; akrabalarıyla (çocuk, kardeş..) oturan, şartları uygun ve yeterli olan; akrabalarıyla (çocuk, kardeş..) oturan ancak şartları uygun ve yeterli olmayan; akraba dışı yakınlarıyla oturan (uzak akraba, arkadaş vb.) şartları uygun

ve yeterli olan; akraba dışı yakınlarıyla oturan (uzak akraba, arkadaş vb.) şartları uygun ve yeterli olmayan) daha düşüktür.

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, kronik hastalık durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.14’de gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırmaya dahil olan yaşlıların kronik hastalık durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

KRONİK HASTALIK DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
KRONİK HASTALIĞI YOK	25	69.4	11	30.6	36	100
1 VEYA 2 KRONİK HASTALIĞI VAR	30	57.7	22	42.3	52	100
3 VEYA DAHA FAZLA KRONİK HASTALIĞI VAR	6	50.0	6	50.0	12	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Kronik hastalık duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.381$).

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.15’te gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Araştırmaya dahil olan yaşlıların psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

PSİKIYATRİK RAHATSIZLIK DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
PSİKIYATRİK RAHATSIZLIĞI VAR	6	37.5	10	62.5	16	100
PSİKIYATRİK RAHATSIZLIĞI YOK	55	65.5	29	34.5	84	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Psikiyatrik rahatsızlık duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.035$). Buna göre, psikiyatrik rahatsızlığı bulunanlarda depresyon görülme sıklığı daha fazladır.

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, bedensel özürlülük durumları göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.16’de gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Araştırmaya dahil olan yaşlıların bedensel özürlülük durumları göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

BEDENSEL ÖZÜRLÜLÜK DURUMLARI	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
BEDENSEL ÖZÜRLÜLÜK VAR	3	33.3	6	66.7	9	100
BEDENSEL ÖZÜRLÜLÜK YOK	58	63.7	33	36.3	91	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Bedensel özürlülük hastalık duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.074$).

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, hareket (mobilizasyon) durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.17’te gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Araştırmaya dahil olan yaşlıların hareket (mobilizasyon) durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

HAREKET (MOBİLİZASYON) DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
HAREKET DURUMU TAM	51	63.0	30	37.0	81	100
DİĞER	10	52.6	9	47.4	19	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Hareket (mobilizasyon) duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0.406$).

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, sigara kullanım durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.18’de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. Araştırmaya dahil olan yaşlıların sigara kullanım durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

SİĞARA KULLANIM DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
SİĞARA KULLANIMI YOK	46	67.6	22	32.4	68	100
SİĞARA KULLANIMI VAR	15	46.9	17	53.1	32	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Sigara kullanım duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.047$). Buna göre, sigara kullanan yaşlı bireylerde depresyon görülme sıklığı daha fazladır.

Araştırmaya dahil olan yaşlılarda, alkol kullanım durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 4.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Araştırmaya dahil olan yaşlıların alkol kullanım durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı

ALKOL KULLANIM DURUMU	Depresyon Belirtileri					
	YOK		VAR		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
ALKOL KULLANIMI VAR	4	67.6	2	33.3	6	100
ALKOL KULLANIMI YOK	57	60.6	37	39.4	94	100
TOPLAM	61	61.0	39	39.0	100	100

Alkol kullanım duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0.769$).

Depresyon belirtilerinin görülme sıklığına etki edebilecek faktörler çoklu lojistik regresyon analizine göre incelendiğinde, depresyona neden olabilecek en anlamlı faktörün gelir durumu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.20). Buna ek olarak, onuncu adım sonrasında Wald istatistiğine göre depresyon görülme sıklığına etki edebilecek faktörler arasında en fazla anlamlı etkiye sahip olan risk faktörleri artan sırayla uğraş durumu, psikiyatrik rahatsızlık durumu ve sigara kullanımı olarak tespit edildi. Uğraş durumu, psikiyatrik rahatsızlık durumu ve sigara kullanımı sabit bırakıldığında ise gelir durumunun tek başına depresyon görülme olasılığını 4.27 kat artırdığı saptandı (güven aralığı 1.5–12.14).

Bu verilere göre;

- Uğraşı olmayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı 2.541 kat daha yüksektir.
- Psikiyatrik herhangi bir rahatsızlığı bulunan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı 3.348 kat daha yüksektir.
- Sigara kullanan yaşlılarda depresyon görülme sıklığı 2.671 kat daha yüksektir.
- Gelir durumu düşük olan yaşlılarda ise depresyon görülme sıklığı 4.272 kat daha yüksektir.

Tablo 4.20. Çoklu lojistik regresyon analizine göre depresyon görülme sıklığı üzerinde etkili olabileceği düşünülen risk faktörlerinin birlikte etkileri

Adımlar	Bağımsız değişkenler	Odds oranı	Wald istatistiği	<i>p</i>	%95 Güven Aralığı	
					Alt limit	Üst limit
ADIM 10	Uğraş durumu	2.541	3.744	0.053	0.988	6.536
	Psikiyatrik rahatsızlık	3.348	3.760	0.052	0.967	11.357
	Sigara kullanımı	2.671	3.828	0.050	0.998	7.144
	Gelir durumu	4.272	7.423	0.006	1.503	12.143

* $p < 0.05$

5. TARTIŞMA

Yaşlılık, hayat süreci içinde erişkinlik dönemini takiben yavaş yavaş başlayıp ilerleyen ve ölümle sona eren bir dönemdir. Bu dönemde, vücut sistemlerinde fizyolojik, biyolojik ve fonksiyonel bir takım eksiklikler ve değişimler meydana gelmektedir.

Batılı toplumlarda yaşlı nüfusun artmasıyla ortaya çıkan “Geriatric Bilimi” ve bu doğrultuda hizmet veren kurum ve kuruluşlar, yaşlı nüfusun yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Böylelikle hem yaşam süresi uzatılmaya hem de fiziksel ve psikolojik olarak daha az bağımlı ve de üretken bir yaşlı nüfus oluşturulmaya çalışılmaktadır (71,72).

Ruhsal durumumuzu, duygularımızı ve davranış biçimimizi etkileyen, bir rahatsızlık olan depresyon, yaşlı nüfusu etkileyen psikiyatrik bozuklukların en önde gelenlerinden biridir. Geriatrik toplumlarda depresyon görülme sıklığı literatürde % 1-10 arasında değişen oranlarda belirtilmiştir (73-76). Hiç şüphesiz ki bu oranlarda ölümle yüzleşme düşüncesinin, yalnızlık korkusunun, fiziksel fonksiyon kaybının getirdiği çaresizlik duygusunun etkisi büyüktür. Özellikle de bakımevlerinde kalan geriatrik bireylerde bu oranların daha yüksek olduğu belirtilmiştir (54).

Bekaroğlu ve arkadaşlarının (1991) ülkemizde 65 yaş ve üstü bireylerde yapmış olduğu bir çalışmaya göre depresyon oranları; alanda % 29, kurumda yaşayanlarda % 41 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur (77). Uçku ve Küey’in yapmış olduğu çalışmada (78); 65 yaş üzerinde majör depresyon yaygınlığı % 6, depresif belirtiler % 11 olarak saptanmıştır. Çınar ve Kartal’ın 2008 yılında 126 geriatrik birey ile yaptığı çalışmaya göre ise; Beck Depresyon Ölçeği puanlamasına göre yaşlıların %53,2’sinin depresif puanlarının sınır değerini üzerinde olduğu belirlenmiştir (79). Bizim çalışmamızda, 100 geriatrik bireye uyguladığımız Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu sonuçlarına göre bu oran % 39 çıkmıştır. Sonuçlarımız ülkemize ait literatür verileri ile uygunluk göstermektedir.

Cinsiyeti ele alarak yapılan depresyon çalışmalarında her yaş grubu için kadın olmanın depresyon için risk etmeni olduğu, bu durumun yaşlılıkta da

sürdüğü ortaya konmuştur (76,80). Keskinoglu ve arkadaşları'nın (81) 201 yaşlı bireyle yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre; kadınların depresif puan ortalaması 4.37 iken, erkeklerin ki 2.97 bulunmuştur ($p=0.018$). Altıntaş ve arkadaşlarının 117 yaşlı ile yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre, kadınlarda erkeklere göre depresyon yüzdesi daha yüksek bulunmuş ve oranlar sırasıyla % 44.2, % 36.7 olarak saptanmıştır (82). Martha ve arkadaşlarının evde sağlık bakımı alan yaşlılarda yapmış oldukları depresyon araştırmasında yaşlıların % 65'ini kadınlar oluşturmuştur (83). Bizim çalışmamızda da depresyon riski gösteren 39 bireyin % 64'ü kadın (25 yaşlı), % 36'sı (14 yaşlı) ise erkektir. Ancak, cinsiyetler arası depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.880$). Bunun nedeni kadın-erkek katılımcı sayısının eşit olmaması olabilir.

Literatürde geriatrik popülasyonun depresyon yaşı ile ilgili olarak pek çok araştırma mevcuttur. Bu bağlamda, Şahin ve Yalçın'ın 2003 yılında yaşlılarda depresyon sıklığını inceledikleri çalışmada, yaşlıların yaş ortalaması $70,0\pm5,8$ yıl olarak belirlemiştir (84). Keskinoglu ve arkadaşları'nın (81) yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 70.8 ± 6.5 olarak bulunmuştur. Martha ve arkadaşlarının araştırmasına göre yaşlıların yaş ortalaması 78,4 yıldır (83). Bahar ve arkadaşlarının 2005 yılında, yaşlılarda anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlediği çalışmada ise yaş ortalaması 74.40 ± 0.92 olarak saptanmıştır (85). Bizim çalışmamızda araştırma grubunun yaş ortalaması 73.15 ± 6.77 (min:63-max: 94) olarak bulunmuştur. Verilerimiz literatürle uyum sağlamaktadır. Ancak araştırmaya dahil olan yaşlıların yaş grupları dağılımları ve depresyon görülme sıklığı açısından bir farklılık saptanmamıştır.

Yaşlılarda medeni durumun depresyonu etkilediğini gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Dul olma ve yalnız yaşamanın, depresyon için risk faktörü olduğu, eşini kaybeden yaşlılarda hüznün, yalnızlık, terkedilmişlik duygularının devam ettiği ve bu yaşlı bireylerde depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (86). Bizim verilerimize göre medeni durum ve depresyon görülme sıklığı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde Çetin'in (87), huzurevinde yaşayan 54 geriatrik bireyle yapmış olduğu çalışmada depresyon açısından medeni durum grupları arasında bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.384$).

Tezel ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları araştırmaya göre de, depresyon ile yaşlılarda medeni durum değişkeninde anlamlı bir fark bulunmamıştır (88). Baskak ve arkadaşlarının (89) geriatric hastalarla yapmış olduğu çalışma sonuçlarında da, medeni durum ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Gelir düzeyi, insan hayatında yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Literatürde, geriatric bireylerde sosyoekonomik durumun depresyona etkisini vurgulayan, gelir düzeyi düşüklüğünün depresyon belirtilerini artıran bir faktör olduğuna değinen pek çok çalışma mevcuttur (90-92). Keskinoglu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (81) sosyal güvencesi olan ve olmayan yaşlı bireylerin depresif puan ortalamalarında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p=0.038$). Akyüz 2004 yılında yapmış olduğu tez çalışmasında, ekonomik durumunu "orta" olarak tanımlayanlarda "iyi" olarak tanımlayanlara göre 0.24 kat ($p<0.05$); ekonomik durumunu "kötü" olarak tanımlayanlarda "iyi" olarak tanımlayanlara göre 2.50 kat ($p>0.05$); depresyon olduğunu belirtmiştir (93). Bizim çalışmamızda, gelir durumunu yetersiz olarak belirten yaşlılarda depresyon görülme sıklığı, yeterli olanlara göre 4.27 kat daha fazladır ($p=0.006$). Bulgularımız literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur.

Yaşlıların daha aktif bir yaşam sürmeleri ve boş zamanlarını değerlendirmeleri için düzenli uğraşlara gereksinimleri olduğu düşünülmektedir (40). Yürüttüğü bir işi, bir mesleği olmayan yaşlının gerek mental gerekse fiziksel sağlığı için bir uğraşı seçmesi, boş vaktinin hem zevkli hem de işe yarar geçmesini sağlar. Yalnız yeteneğine ve kapasitesine uygun bir uğraşı seçmesi önemlidir (94). Yapılan çalışmalara göre, bazı hafif uğraşı isteyen mesleklerde çalışanların daha zinde kaldıkları belirlenmiştir (95). Bahar ve arkadaşlarının 71 yaşlı ile yapmış olduğu çalışmada (96), sosyal uğraşlara katılmada isteksiz ve bazen istekli olan yaşlıların ortalama depresyon puanları, her zaman istekli olan yaşlıların puanlarından daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bizim araştırmamızda da, uğraş duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; uğraşı olmayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($p=0.029$). Ayrıca uğraşı olmayan yaşlılar için depresyon olma riski 2.54 kat daha fazla bulunmuştur.

Yaşlılarda depresyona neden olabilecek faktörler araştırılırken göz önünde bulunan durumlardan birisi de barınmadır. Yaşlı bireyin kiminle ve kime ait bir yerde yaşadığı önemli bir etkidir. Buna ek olarak huzurevinde yaşamını sürdüren yaşlıların depresyon durumları ile ilgili de pek çok çalışma mevcuttur (93,96). Holland ve arkadaşları, aile üyelerinden gelen desteğin yaşlı bireylerin bağımsızlığını devam ettirme, hastalıklarla baş etme yeteneklerini kolaylaştırdığını bildirmişlerdir (97). Çalışmamızda, barınma duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0.033$). Buna göre, eşiyle birlikte kendi evinde oturan (kira veya mülk sahibi), şartlar uygun ve yeterli olan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı diğerlerine göre (eşiyle birlikte kendi evinde (kira veya mülk) oturan ancak şartlar yeterli ve uygun olmayan; kendi başına ayrı evde oturan, şartlar uygun ve yeterli olan; kendi başına ayrı evde oturan ancak şartlar uygun ve yeterli olmayan; akrabalarıyla (çocuk, kardeş..) oturan, şartları uygun ve yeterli olan; akrabalarıyla (çocuk, kardeş..) oturan ancak şartları uygun ve yeterli olmayan; akraba dışı yakınlarıyla oturan (uzak akraba, arkadaş vb.) şartları uygun ve yeterli olan; akraba dışı yakınlarıyla oturan (uzak akraba, arkadaş vb.) şartları uygun ve yeterli olmayan) daha düşüktür. Yaşlı bireyin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı, kendine ait özel bir yaşam alanının olması depresyon riski açısından önem taşımaktadır.

Yaşlılarda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan ilk sırayı alan depresyona çoğunlukla anksiyete eşlik etmekte, bunu demans, deliryum, psikotik hastalıklar ve kişilik bozuklukları takip etmektedir (97). Palsson ve ark. (2000), 85 yaşındaki bireylerde major depresyonun bellek ve nöro-psikolojik işlevler üzerine nöro-psikolojik test sonuçları arasında pozitif ilişki bulmuşlardır (98). Reifler ve arkadaşlarının 1982 yılında yapmış olduğu çalışmada, bilişsel bozukluğu bulunan yaşlı hastaların % 23'ünde depresyon saptanmış ve depresyonun altta yatan bilişsel bozukluğun nedeni olmaktan çok bilişsel bozukluğa eklendiği, bilişsel bozukluğun derecesi arttıkça depresyon sıklığının belirgin olarak azaldığı bulunmuştur (99). Buna ek olarak, bilişsel bozulma arttıkça depresyon şiddetinin arttığı bilinmektedir (100). Bizim çalışmamızda da, psikiyatrik rahatsızlık duruma göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar

arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.035$). Buna göre, psikiyatrik rahatsızlığı bulunanlarda depresyon görülme olasılığı 3.35 kat daha fazladır.

Bilim insanları, dünyanın en yaygın ve en ciddi sağlık problemlerinden ikisi olan nikotin bağımlılığı ve depresyonun şaşırtıcı bir şekilde birbiriyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Verilere göre, tüketilen tüm sigaraların yarısını psikiyatri hastaları içmektedir. Bu hastalar arasında en yaygın problem de depresyondur. Sigara içenlerin de yaklaşık % 30' u bazı depresyon semptomları gösterirler (101). Yapılan bir çalışmaya göre; sigara içenlerde yaşam boyu depresif bozukluk öyküsü, içmeyenlere göre iki kat fazla bulunmuş ve major depresif bozukluk öyküsü olanlarda sigarayı bırakma oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (102). Almeida ve Pfaff çalışmalarında; çok sayıda ve sürekli sigara içmenin depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açtığını bildirmişlerdir (103). Bizim araştırmamızda da; sigara kullanan yaşlı bireylerde depresyon görülme sıklığı daha fazla çıkmıştır. Ayrıca sigara kullanımının yaşlı bireylerde depresyon riskini 2.67 kat arttırdığı saptanmıştır.

Eğitimin yaşam tarzı üzerine olan olumlu etkilerinin yaşlıların ruhsal yapılarını da olumlu etkilediği söylenebilir. Yapılan çalışmalarda da okur yazar olmayan yaşlıların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (104-106). Bizim çalışmamızda da, depresyon görülme ihtimali okul bitirmemiş bireylerde daha fazladır ancak verilerimiz istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.005$).

Yaşlılarda, bedensel hastalığı olanlarda depresyonun morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli bir klinik sendrom olduğu bildirilmektedir (107). Genelde kronik hastalıkların depresyon nedeni olabileceği gibi, depresyonunda kronik hastalıkları olumsuz olarak etkileyebileceği görülmektedir. Ayrıca kronik hastalığı olanlarda hastalık süresinin ortaya çıkardığı bıkınlığın da hastalar üzerindeki etkisi önemlidir. Kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır. Ayrıca kronik bir hastalığın olması, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına

neden olmaktadır. Çalışmamızda, kronik hastalık durumuna göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığı karşılaştırıldığında; gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.381$). Benzer şekilde, Bahar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da yaşlıların kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre ortalama depresyon puanlarının değişmediği belirtilmiştir (96).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, yaşlılardaki depresyon görülme sıklığı % 39 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Geriatrik popülasyonda depresyona neden olan faktörler incelendiğinde ise; yaşlıların uğraş durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı, barınma koşulları, eşlik eden ruhsal rahatsızlıkların varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bilgiler ışığında,

- Yaşlılarda bedensel ve ruhsal sağlığın kontrolü için rutin taramaların yapılması,
- Geriatri hastanelerinin ve polikliniklerinin sayıca arttırılması,
- Yaşlı bireylerin sosyoekonomik durumları göz önünde bulundurularak ülke çapında düzenlemeler yapılması ve bu bireylerin yaşam şartlarının iyileştirilmesi,
- Geriatrik toplumu oluşturan bireyler için yoksunluk, yalnızlık ve yetersizlik duygularından uzaklaştırmaya yönelik sosyal aktivite içerikli programların tasarlanması ve uygulanması önerilmektedir.

7. ÖZET

Yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı yüksektir. Bu durum gerek risk faktörleri, gerekse sonuçları açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Geriatri Polikliniği'ne başvuran yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler ile ilişkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya 100 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların % 65'i kadın, %35'i erkek olup, ortalama; yaşları 73.15 ± 6.77 (min:63-max: 94) dir. Yaşlıların % 55'i evli, % 26.0'sı okul bitirmemiştir, % 25'inin gelir durumu yetersizdir. Geriatrik Depresyon Ölçeği kesme noktasına göre, depresyon belirtileri görülenlerin oranı % 39'dur.

Depresyon belirtileri görülme sıklığı; uğraş durumu, gelir durumu, barınma şartları, ruhsal rahatsızlıkların varlığı ve sigara kullanımı ile ($p < 0.05$) ilişkili çıkmıştır. Buna ek olarak; yaş grupları, kronik hastalık sayısı, eğitim durumu, cinsiyet, medeni hal, bedensel engellilik depresyon belirtileri görülme sıklığını etkilememektedir ($p > 0.05$).

Sonuç olarak; Geriatri Polikliniğimize başvuran yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı yüksektir. Multidisipliner yaklaşımla, yaşlılarda depresyon ile ilişkili risk faktörleri de değerlendirilerek, bu gruba yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler düzenlenmelidir.

Anahtar kelimeler: geriatri, depresyon, geriatrik depresyon, yesavage ölçeği

8. ABSTRACT

The prevalence of depression symptoms in the old is high. This condition is an important public health problem in terms of both risk factors and its results. This study was carried out in order to determine the relationships between the prevalence and affecting factors of depression symptoms in the old in Akdeniz University Faculty of Medicine, Geriatric Policlinic.

100 volunteer patient included in this study. 65 % of the old included in the scope of the study are female and 35 % of them are male; their average age is 71.15 ± 6.77 (min:63-max: 94). 55 % of the old are married, 26.0% do not have any graduate from a school, and 25% have insufficient income. According to GDS cutting point, the rate of the prevalence of depression symptoms is 39%.

The prevalence of depression symptoms is high in avocation status, income status, shelter status, psychiatric disorder and smoking status ($p < 0.05$). Age groups, with a chronic disease, education status, gender, marital status, immobility do not affect the prevalence of depression symptoms ($p > 0.05$).

Consequently; the prevalence of depression symptoms in the old in admitted to our Geriatric Policlinic is high. With multidisciplinary approach, protective treatment and rehabilitation services should be organized by evaluating the risk factors related to depression in the old.

Key Words: geriatrics, depression, geriatric depression, yesavage scale

9. KAYNAKLAR

1. Konak A, Çiğem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi 2005; 29 (1): 23-63.
2. WHO, 2017. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.
3. DSÖ. Dünya Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü Yayınları, Genova. 1998: 7..
4. Amuk T, Oğuzhanoglu NK. Yaşlanma ve depresyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 113-121.
5. Erdil F, Şenol Ç, Subaşı S, Baybuğa M. Yaşlılık Gerçeği. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi. Ankara. 2004: 59.
6. Fadiloğlu Ç. İleri Geriatri Hemşireliği. Fadiloğlu Ç (Editör). İzmir: Meta Basım Matbaacılık, 2006: 14-33.
7. Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L (Editörler). 1. Baskı. İstanbul: Ekin Tıbbi Yayıncılık. 2003.
8. Güler Ç. Toplum sağlığı sorunu olarak yaşlılık. İçinde: Gökçe Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (editörler). Geriatri 1. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997: 50 -60.
9. Türkiye İstatistik Kurumu (2013). İstatistiklerle yaşlılar. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>. 01 Nisan 2018.
10. Beğen T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik gelişim 2012; 25(3), 1-3.
11. WHO. Active Ageing: A Policy Frame Work 2002.
12. Türkiye İstatistik Kurumu (2017). Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, Genel Nüfus Sayımları <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> . 01 Nisan 2018
13. Türkiye İstatistik Kurumu (2017). İstatistiklerle Yaşlılar www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27595 15 Mart 2018
14. Türkiye İstatistik Kurumu (2018). Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567> 21 Şubat 2018
15. Çivi S, Tanrıku Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi 2000; 3: 85-90
16. Acet M. Yaşlılık ile birlikte organizmada meydana gelen değişimler ve yaşlılık egzersiz ilişkisi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2015; (2): 301-314.
17. Tajima M, Hamada C, Arai T, et al. Characteristic features of Japanese women's hair with aging and with progressing hair loss. J Dermatol Sci 2007;45:93-103.
18. Piscopo J. Fitness and Aging. Macmillan Publishing Company, New York, 1985: 1-151, 358-417
19. National Institutes of Health. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (No:04-5230). America: National Institutes of Health. 2004.
20. Fitzgerald MD et al. Age-Related Declines in Maximal Aerobic Capacity in Regularly Exercising vs. Sedentary Women: a Meta-Analysis. J Appl Physiol. 1997; 83 (1):160-165.

21. Goldman L. Approach to the Elderly Patient (In): Geriatrics. American Collage of Physicians. Philadelphia 1994:695-696.
22. Tokgözoğlu L. Koroner Arter Hastalığı. Geriatri I'den. Kutsal YG, Çakmakçı M. Ünal S (Ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997: 232-238.
23. Hong CZ, Tobis JS. Physiatrik Rehabilitation and Maintenance of the Geriatric Patient. (In) Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation (4th edition). (Ed) Kottke FJ, Lehmann JF. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990: 1209-1216.
24. Mas N. Şenan S. Yaşlılıkta Anatomik Değişiklikler. In: Mas R, Işık AT, Karan MA, Beğer T, Akman Ş, Ünal T (eds). Geriatri. Ankara: TGV, 2008. 31-9.
25. Hazzard WR. The Biology of Aging (In): Braunwald E, et all. Harrison's Principles of Internal Medicine. 11th Ed. New York: McGraw-Hill Book Co., 1987:447-450.
26. Dikmenoglu N. Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik değişiklikler. In: Kutsal YG (ed). Temel Geriatri. 1. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. 33-44.
27. Tauchi H. Tsuboi K. Okutomi J: Age changes in the human kidney of the different races. Gerontologia 1971; 17:87-97.
28. McLachlan M, Guthrie J, Anderson C. Fulker M. Vascular and glomerular changes in the aging kidney. J Pathol 1977; 121: 65-78.
29. Türeyen C. Uygulamalı Fizik Tedavi Rehabilitasyon (2.Baskı). İzmir: TC Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 1996:427-459.
30. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanınması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2013;2 (3) 385-395.
31. Can F, Algun C, Alpaslan M. Effects of the CPM in Total Knee Arthroplasty. Physiotherapy. 1995; 8(81):453-454.
32. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl 8): 4-9.
33. Clarke DM, McKenzie DP. An examination of the efficiency of the 12 - item SPHERE questionnaire as a screening instrument for common mental disorders in primary care. Aust N Z J Psychiatry. 2003; 37:236-239.
34. Yüksel N. Demans ve depresyon: klinik ve nöropsikolojik özellikler. Türk Nöroloji Dergisi 2002; 8 : 71-84.
35. Bozdemir N, Karakuş G, Kurdak H. Türkiye ve Dünyada Erişkin Depresyonu Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics 2017; 8.1: 1-6.
36. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı (1994). Çev. Köroğlu E. Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 1994.
37. Savrun BM. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Top Eğitim Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 11-17.
38. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998.

39. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. *Neuron* 2000; 28(2): 335-41.
40. Karadağ M. Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2008.
41. Balcıoğlu İ. Depresyonun Etiyopatogenezi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 19-28.
42. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kurulay M, Gülcan MA. İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 21(3):145-153.
43. Yavuz R. Depresyonun Kliniği, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 29-34.
44. Ormel J, Koeter WJ, Brink W, Willige G G enel Tıpta Anksiyete ve Depresyonun Tedavisi ve Gidişi, *JAMA* 2002; 5:1 -8.
45. Mevsim V, Yılmaz O. Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Ayırıcı Tanısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics* 2017; 8.1: 21-28.
46. Üstün TB, Von Korff M. Primary mental health services: Access and provision of care. In: Üstün TB, Sartorius N (eds). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: John Wiley & Sons, 1995: 347-60.
47. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
48. Yüksel N. Depresyonda tanı ve ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dnyası*. 1998;1:13 -20.
49. Uluşahin A. Depresyona Genel Yaklaşım. *İç hastalıkları dergisi* 2003 (10): 2-079-088.
50. Nease DE Jr, Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Pract* 2003;52:118-124.
51. Jiang J, Tang Z, Futatsuka M, Zhang K. Exploring the influence of depressive symptoms on physical disability. A cohort study of elderly. *Qual Life Res* 2004; 13 (7): 1337-1346.
52. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock’s *Comprehensive Textbook of Psychiatry* eight edition 2005. New York, Lippincott Williams and Wilkins, volume two; 3679-3680.
53. Alexopoulos GS. Mood disorders. I *Comprehensive Textbook of psychiatry*, Saddock BJ, Saddock VA(editors), Lippincott, Philadelphia: Williams -Wilkins, 2000: 3060-3067
54. NIH consensus conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992; 268 (8):1018-1024.
55. Tiemeier H. Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol*. 2003; 18: 745-750.

56. Serby M, Yu M. Overview, depression in elderly. Mt Sinai Med J 2003; 70(1):38 -44.
57. Bekaroglu M, Uluutku N, Tanriover S, Kirpinar I. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand 1991 ; 84(2):174-178.
58. Bisschop MI, et al. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Journal of clinical epidemiology 2004, 57(2): 187-194.
59. Van den berg MD, et al. Depression in later life: three etiologically different subgroups. Journal of Affective Disorders 2001; (65)1: 19-26.
60. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi 2001; 1 (2): 50-60.
61. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: HYB yayınevi, 1998 Cilt 2:1282.
62. Alexopoulos GS, et al. Platelet MAO activity in geriatric patients with depression and dementia. The American journal of psychiatry 1987; 144:1480-1483.
63. Kaya B. Yaşlılık ve depresyon-I tanı ve değerlendirme. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2(2): 72-82.
64. Katona CLE. New Antidepressants in the Elderly. Advances in Old Age Psychiatry: chromosomes to community care. Cttolmes, R Howard (Ed), Petersfield, Wrightson Biomedical Publishing Ltd, 1997, s.143-160.
65. Eker E, Noyan A. Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi. Klinik Psikiyatri 2004; 2: 75-83.
66. Shulman KI. Conceptual problems in the assessment of depression in old age. Psychiatr J Univ Ottawa 1989; 14(2):363-366.
67. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J.Psychiatric Research 1983; 17 (1): 37-49.
68. 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: 173-8.
69. Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures? Int Psychogeriatr 2000; 12: 163-72.
70. Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures? Int Psychogeriatr 2000; 12: 163-72.
71. Çağatay G. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Geriatri I'den. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S (Ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997: 50-60.
72. Bozcuk N, Demirsoy A. Yaşlanmanın Biyolojisi. Geriatri I'den. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S (Ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997: 7-21.
73. Roth M, Mountjoy CO, Amrein R. Moclobemide in Elderly Patients with Cognitive decline and depression: An International Double-blind, placebo-controlled Trial. Br J Psychiatry 1996; 168(2):149-157.

74. Kim MD, Hong SC, Lee CI ve ark. Prevalence of depression and correlates of depressive symptoms for residents in the urban part of Jeju Island, Korea. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53(2):123-34.
75. Kulaksızoğlu IB, Gürvit H, Polat A ve ark. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. *Int Psychogeriatr* 2005, 17(2):303-12.
76. Akdemir A, Atasoy N, Sağnak S. Yaşlılıkta depresyon. *3P Dergisi* 2001; 9(2):263-270.
77. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S ve ark. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 84:174-178.
78. Uçku R, Küey L. Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarıkentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan araştırması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992; 29:15-20.
79. Özen İ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008; 7(5), 399-404.
80. Griffiths RA, Good WR, Watson NP ve ark. Depression, dementia and disability in the elderly. *Br J Psychiatry* 1987; 150:482-493.
81. Keskinoglu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006; 16(1), 21-6.
82. Altıntaş H, Attila S, Sevincan F, Akçalar S, Sevim Y, Saygın Ö, ve ark. Ankara'da Bir Yaşlı Bakım Evinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Taranması. *Kor Hek*. 2006; 5(5): 332- 342.
83. Martha L, Bruce GJ, McAvay Patrick JR. Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 1367-1374.
84. Şahin M, Yalçın M. Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması. *Geriatri* 2003; 6(1): 10-13.
85. Bahar A, Tutku H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatry* 2005; 6: 227-239.
86. Aksüllü N. Kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörleri ile depresyon arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bil. Enst. 2001, Sivas.
87. Çetin, A. Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri İle Depresyon. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2008, İstanbul.
88. Tezel CG, İçağasıoğlu A, Karabulut A, Kolukısa Ş, Keskin H. Geriatri hastalarında bilişsel düzey, depresyon, bilişsel kapasite değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7(4), 206-210.
89. Baskak B, Baskak SÇ, Özel T, Ertan T. 65 yaş üstü hastalarda depresyonun sosyodemografik özellikleri ve vasküler hastalıklarla ilişkisi:Retrospektif bir kayıt tarama çalışması. *Kriz Dergisi* 2005; 13(2): 11-19.
90. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi* 2001; 1: 50-60.

91. Mohd SS, Mohd ZNA, Mustaqim A. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine* 2003; 2:196-199.
92. Alexopoulos GS. Mood disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, BJ Saddock, VA Saddock (Ed), 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000:3060-3067.
93. Akyüz A. *Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların, Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004
94. Velicangil S. Hekimler, Sanayi (İş) Hekimleri, Dişhekimleri Eczacılar ve Sağlık Çevre Mühendisleri İçin Koruyucu ve Sosyal Tıp. Filiz Kitabevi. 1980.
95. Yertutan C. Yaşlılıkta ortaya çıkan fiziksel değişiklikler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 1991; 2(2).
96. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi/The determination of the level of anxiety and depression of old people who live in the nursing home. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6(4), 227.
97. Ruskin P. Geropsychiatrics consultation in a university hospital: a report on 67 referrals. *Am J Psychiatry* 1985; 142:333 -336.
98. Palsson S, Johanson B, Berg S ve ark. A population study on the influence of depression on neuropsychological functioning in 85 year-olds. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101(3):185-193.
99. Reifler BV, Larson E, Hanley R. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1982; 139(5):623-626.
100. Mast BT. Impact of cognitive impairment on the phenomenology of geriatric Depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(8):694-700.
101. Tezel, A. Sigara İçme ve Depresyon. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2002; 5(2).
102. Aubin HJ, Tilikete S, Barrucand D. Depression and smoking. *Encephale* 1996; 22:17- 22.
103. Almeida OPT, Pfaff JJ. Depression and smoking among older general practice patients. *J Affect Disord* 2005; 86: 317 –325.
104. Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N, Kaytaş EG. Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2010; 25(4): 169-176.
105. Karalar F, Öztürk Ş, Şahin A, Çayköylü A, Kırpınar İ. Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. 5. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu İstanbul. 10-12 Haziran 2004.
106. Hacıhasanoğlu R, Türkle S. Depression and affecting factors in the old at the age of 65 and over. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(2): 55-60.
107. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res.* 2002; 53: 859-863.



EK-1

YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI-KISA FORMU

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?

EK-1 DEVAMI

YESAVAGE GERİATRİK DEPRESYON SKALASI-KISA FORMU PUANLAMA

1. evet (0) / hayır (1)
2. evet (1) / hayır (0)
3. evet (1) / hayır (0)
4. evet (1) / hayır (0)
5. evet (0) / hayır (1)
6. evet (1) / hayır (0)
7. evet (0) / hayır (1)
8. evet (1) / hayır (0)
9. evet (1) / hayır (0)
10. evet (1) / hayır (0)
11. evet (0) / hayır (1)
12. evet (1) / hayır (0)
13. evet (0) / hayır (1)
14. evet (1) / hayır (0)
15. evet (1) / hayır (0)



ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı: Yaşlı Hastalarımızda Depresyon Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler
- b. Araştırmanın İçeriği: Daha önceden yapılan çalışmalar depresyon durumunun yaşlılık döneminde sıkça görülen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir sorun olduğunu göstermektedir. İlimiz ve genelinde bölgemizde bu konu ile ilgili sınırlı çalışmalar mevcuttur. Bu açıdan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Geriatri Polikliniğimize başvuran yaşlı hastalarımızda depresyon sıklığını ve buna etki eden faktörleri saptamayı amaçlamaktayız. Çalışmamız anket çalışması şeklinde olacaktır ve bu amaçla "Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu" ve "Sosyodemografik Bilgi Formu" uygulanacaktır. Çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Buna karşılık depresyonla uyumlu olduğu tespit edilen olgularla diğer olgular arasında sosyal, demografik, kronik hastalık durumu, günlük uğraşlar gibi değişkenlerin dağılımının farklı olup olmadığı da test edilecektir.
- c. Araştırmanın Amacı: Depresyon özellikle yaşlılarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Bu açıdan araştırmanın amacı geriatri polikliniğimize başvuran yaşlı hastalarımızda depresyon sıklığını ve buna etki eden faktörleri saptamaktır.
- d. Araştırmanın Nedeni:
 - () Bilimsel araştırma
 - (+) Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 3 ay
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 100
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Yoktur.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Bu çalışmada gönüllü/katılımcılar için herhangi bir risk öngörülmemiştir

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Depresyon özellikle yaşlılarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Bu açıdan Geriatri polikliniğimize başvuran yaşlı hastalarımızda depresyon sıklığını ve buna etki eden faktörleri saptamayı amaçlıyoruz. Bu faktörlerin düzeltilmesine yönelik stratejiler ile yaşlı hastalardaki depresyon sıklığı ve depresyonun yol açtığı sorunlar azaltılabilir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Prof. Dr. Erkan ÇOBAN

Telefon: 0 532 404205

EK-2 DEVAMI



6

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Prof. Dr. Erkan ÇOBAN tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı olduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

EK-2 DEVAMI



6

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK-3

“ANTALYA AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GERİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YAŞLILARDA DEPRESYON SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER” UZMANLIK TEZİ ÇALIŞMASI ANKETİ

1- Cinsiyeti: 1) Erkek 2) Kadın

2- Yaşınız:..... (Doğum tarihiniz:)

3- Kilonuz:kg Boyunuz:..... cm

4- Son beş yıl içinde en uzun yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisi ile tanımlanabilir?

- a) Kent merkezi b) İlçe/Belde/Kasaba vb c) Köy/kırsal

5- Medeni durumunuz: 1- Bekar 2- Evli 3- Dul (eşi vefat etmiş) 4- Boşanmış

6-Eğitim durumunuz nedir ?

- 1- Okur yazar değil 2- Okuryazar fakat herhangi bir okul bitirmemiş
3- İlkokul mezunu 4 -Ortaokul mezunu 5- Lise mezunu 6- Üniversite/Yüksekokul mezunu

7- Halen herhangi bir gelir getirici işte çalışıyor mu? 1- Evet 2- Hayır

8- Cevabınız hayır ise ,günlük yaşamda sizi meşgul edecek uğraşlarınız var mı?

9- Sabit bir geliriniz var mı? Varsa bu gelir size başkasının yardımı/desteği olmadan yeterli geliyor mu? (Sabit gelire; maaş, kira geliri vb dahil edilmelidir)

- a) Gelirim yok ve yeterli destek de alamıyorum.
b) Gelirim yok ancak düzenli ve yeterli destek alıyorum .
c) Gelirim var ve bu gelir bana yeterli geliyor.
d) Gelirim var ancak yeterli gelmiyor ve yeterli destek de alamıyorum.
e) Gelirim var ancak yeterli gelmiyor buna karşılık düzenli ve yeterli destek alıyorum.

10- Barınma şartlarınızın uygun ve yeterliliği sizce aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur?

- a) Eşimle birlikte kendi evimizde (kira veya mülk sahibi) oturuyoruz, şartlar uygun ve yeterli.
b) Eşimle birlikte kendi evimizde (kira veya mülk sahibi) oturuyoruz, ancak şartlar uygun ve yeterli değil.
c) Kendi başıma ayrı evde oturuyorum, şartlar uygun ve yeterli.
d) Kendi başıma ayrı evde oturuyorum, ancak şartlar uygun ve yeterli değil.
e) Akrabalarım (çocukları, kardeşi vb) birlikte oturuyorum, şartlar uygun ve yeterli.
f) Akrabalarım (çocukları, kardeşi vb) birlikte oturuyorum, ancak şartlar uygun ve yeterli değil.
g) Akraba dışı yakınlarımla (uzak akraba veya arkadaş vb) oturuyorum, şartlar uygun ve yeterli.
h) Akraba dışı yakınlarımla (uzak akraba / arkadaş vb) oturuyorum, ancak şartlar uygun ve yeterli değil.

11-Sürekli bir fiziksel (kronik) hastalığınız var mı? (Araştırmacı tarafından izah edilecek)

1- Var 2 - Yok

EK-3 DEVAMI

12- Sürekli bir fiziksel (kronik) hastalığınız var ise nedir?
.....

13-Fiziksel bir hastalığınız var ise fiziksel (kronik) hastalığınızın süresi?ay / yıl

14- Fiziksel hastalığınızla ilgili sürekli ilaç kullanıyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

15- Herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirdiniz mi?

1- Evet (Hatırlıyorsa nedir:.....) 2 - Hayır

16- Şu anda tanısı konulmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

1- Evet (nedir:.....) 2 - Hayır

17-Bedensel bir özürlülük durumunuz varmı?

1- Var (nedir:.....) 2 - Yok

18- Hareket (mobilizasyon) yeteneği? (Araştırmacı tarafından izah edilecek)

1- Tam desteğe gereksinim duyuyorum

2- Ev içinde yardımla

3- Ev içinde tam

4- Tam (ev içi ve dışı)

19-Sigara içiyor musunuz ?

1-Evet 2-Hayır 3-Bırakmış

20- Sigara kullanıyorsanız ne kadar zamandır kullanıyorsunuz? paket/yıl

21- İçipte bıraktıysanız , ne kadar süre sigara içtiniz: paket/yıl

22-Alkol kullanıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

23-Daha önce buraya geliş nedeninizle ve/veya şikayetinizle başka yere başvurduğunuz mu?

- a) Hayır ilk geldiğim yer burası
- b) Aile hekimi
- c) Devlet hastanesi uzman hekimi
- d) Üniversite hastanesinin başka klinikleri
- e) Uzman hekim özel muayenehanesi
- f) Özel hastane
- g) Diğer (yazınız)....

EK-3 DEVAMI

- 24-Genel olarak sağlık sorunlarınız için nereye başvurursunuz? (İlk başvuru tercihi)**
- a) Aile hekimi
 - b) Devlet hastanesi uzman hekimi
 - c) Üniversite hastanesi
 - d) Uzman hekim özel muayenehanesi
 - e) Özel hastane
 - f) Diğer (yazınız)....

