



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



ALTMİŞBEŞ YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE DEPRESİF BELİRTİLERİN BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Zeynep Ezgi KÜÇÜKÇOBAN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

DANIŞMAN YARDIMCISI

Uzm. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

ARALIK-2017

İZMİR

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca beni destekleyen tez danışmanım Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e,

Uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ, Yrd. Doç. Dr. Gülseren PAMUK ve Uzm. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN'e,

Rotasyonlarım boyunca eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma, destek ve dostluklarını unutmayacağım Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine ve personelimize teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

Hayatımın her döneminde tüm varlıklarıyla desteklerini hiç esirgemeyen aileme, beni her alanda ve mesleğimde kendim olmam ve hayal kurmam için cesaretlendiren, yaőamıma anlam katan sevgili eőim Onur'a kalpten teşekkürü borç bilirim.

Dr. Zeynep Ezgi KÜÇÜKÇOBAN

Aralık, 2017

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR	V
TABLOLAR DİZİNİ	VI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. DEPRESİF BOZUKLUKLAR.....	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Tanımı	4
2.2. YAŞLANMA	5
2.2.1. Tanımı	5
2.2.2. Yaşlanma ve Sorunları	5
2.2.2.1 İşlevsel Bağımlılık	6
2.2.2.2. Sosyal Destek Sorunları.....	6
2.2.2.3. İlaç Kullanımı	6
2.2.2.4. Kronik Hastalıklar.....	6
2.2.2.5. Yas Durumları ve Ruhsal Sorunlar	7
2.3. YAŞLILIK DÖNEMİNDE DEPRESYON	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	9
3.1. ÇALIŞMANIN EVRENİ	9
3.2. ÇALIŞMANIN UYGULANMASI	10
3.3. ÇALIŞMANIN DAHİL OLMA VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	10
3.3.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri	10
3.3.2. Çalışma Dışlanma Kriterleri.....	10
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	11

3.4.1. Sosyo-demografik veri anketi	11
3.4.2 Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği.....	11
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	11
4. BULGULAR.....	12
5. TARTIŞMA	22
6. SONUÇ	25
7. ÖZET.....	26
8. ABSTRACT.....	27
9. KAYNAKLAR	28
10. EKLER.....	33

KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
APA	: American Psychiatric Association
BDÖ-BB	: Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IBM	: International Business Machines
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Ort.±SS	: Ortalama Değer±Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

TABLULAR DİZİNİ

- Tablo 1** : Olguların cinsiyetlerine göre yaş ortalama dağılımı
- Tablo 2** : Olguların demografik özellikleri dağılımı
- Tablo 3** : Hastaların Tanılara göre dağılımı
- Tablo 4** : Olguların kullandıkları ilaçların dağılımı
- Tablo 5** : Olguların kullandıkları ilaçların dağılımı
- Tablo 6** : Beck Depresyon Tarama Ölçeği puanları ortalama dağılımı
- Tablo 7** : Beck Depresyon Tarama Ölçeği verilerin kesme noktasına göre dağılımı
- Tablo 8** : Olguların cinsiyetlerine göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı
- Tablo 9** : Olguların eğitim durumlarına göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı
- Tablo 10** : Olguların medeni durumlarına göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı
- Tablo 11** : Olguların çalışma durumlarına göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı
- Tablo 12** : Olguların yaşadığı yere (kişilere) göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlılık; çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, yaşlılık; zamana bağlı olarak, kişinin değişen çevreye uyum sağlayabilme yetisi ve organizmanın iç dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azaldığı ve ölüm olasılığının yükseldiği bir dönem olarak da tanımlanmaktadır (1).

Ülkemizde yaşlı nüfus hızlı şekilde artmaktadır. 1955 yılına göre yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %3,4'ten 2009 yılında %7'ye yükselmiştir. 2010 ve 2011 yılları arasında 65 yaş üzeri nüfus %7,2'den %7,3'e çıkmıştır. Türkiye'de yaşlı nüfusun 2025'te bu sayının yaklaşık 2 katına çıkması öngörülmektedir (2, 3, 4). Gelişmiş ülkelerde ve giderek artan şekilde gelişmekte olan ülkelerdeki ekonomik ve sosyal refahın artışı, tıbbi imkânların genişlemesi ve ayrıca doğum hızındaki azalma yaşam süresini uzatmaktadır ve yaşlı insan sayısında belirgin bir artış görülmektedir (5).

Yaşlı bireylerin sorunları biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda birbirleri ile etkileşim halinde ortaya çıkmaktadır. Sosyal yaşamında yaşanan sorunlar, özellikle kayıplar (eş, iş, statü kaybı gibi), yalnızlık, kaygı, umutsuzluk, karamsarlık gibi duyguların daha yoğun yaşamasına sebep olabilmektedir. Bu önemli değişikliklerle baş edilemediği durumlarda yaşlılardaki birtakım ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşabilmektedir. En sık gözlenen ruhsal bozukluklar; majör depresyon, demans ve deliryumdur (6).

Yaşlılarda depresif belirti düzeylerinin belirlenmesi ve sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, depresif belirtilerin değerlendirilmesinde Beck Depresyon ölçeği kullanılmış, yaşlıların genel olarak %53,2'si depresif belirti gösterirken, %10,3'ü şiddetli düzeyde depresif belirti gösterdiği belirlenmiştir. Kadınların aldıkları Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada dul/boşanmış grubundaki yaşlıların depresif belirti puan ortalaması evli olanlara göre yüksek saptanmış, benzer sonuç 70-75 yaş grubu için ve yalnız yaşayan yaşlılar için de saptanmıştır (7). Ayrıca yakınları ile görüşme sıklığının da depresif belirtiler açısından önemli bir faktör olabileceği rapor edilmiştir (8). Depresif belirti olasılığı

fiziksel kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre, sosyal güvencesi olmayanlarda olanlara göre, son bir ayda yaşamı olumsuz etkileyen olay yaşayanlarda yaşamayanlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (9).

Yaşlı nüfusun giderek önem kazandığı konusunda görüş birliği vardır ve depresif belirtilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıklıkla karşılaşılan bir durum olması nedeniyle giderek önemi artmaktadır.

Psikiyatrik tabloların en önemlilerinden birisi de depresyondur. Yaşlılıkta gelişen depresyon tablosu, yaşlanma sürecine özgü biyopsikososyal değişiklikler nedeniyle yaşlı olmayan hastalara göre bir takım farklılıklar göstermektedir (10). Yaşlılarda, sosyal bağlardaki zayıflık ve yalnızlığın, yoksulluk gibi sosyoekonomik sebeplerin yanı sıra fiziksel hastalıkların varlığı da depresyon açısından risk oluşturmaktadır. Tedavi edilmeyen yaşlılık depresyonunda işlev azalması ve genel sağlık durumunda bozulması gibi olumsuz sonuçların yanı sıra erken ölüm ve intihar riski de artmaktadır. Bu gibi nedenler ile Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü yaşlılarda görülen depresyonunun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirtmektedir (11).

Bu çalışmada, İzmir ili Karşıyaka ilçesine bağlı seçilmiş olan bir mahallede yaşayan altmış beş yaş üzeri bireylerde depresif belirtileri değerlendirerek bu önemli soruna katkı sunmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Depresif Bozukluklar

2.1.1. Tarihçe

Depresyon sözcüğünün kökeni Latince “depressus” ‘tan gelmektedir ve dilimizde çökme ve kendini kederli hissetme anlamlarında kullanılmaktadır. Aynı zamanda yaşamsal aktivitenin azaldığı, işlevselliğin bozulması gibi anlamlarda da kullanılmaktadır. Yazılı kaynaklara göre 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktadır. Ancak, depresyon ve benzeri hastalıkları tanımlama çabaları Hipokrat’a dek uzanır. Hipokrat’a göre, vücutta insanın duyguları ile ilgili dört sıvı mevcuttur (kan, sarı safra, kara safra, lenf) ve bu sıvıların dengesizliği hastalık gelişimlerine yol açmaktadır. Buna göre kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu belirtmiştir (12).

Orta çağda ise, İbn-i Sina ruhsal bozuklukların ve hastalıkların sınıflandırılması ile ilgilenmiş, oluşturduğu onbeş grup içerisinde melankoliye de yer vermiştir. Yeniçağ döneminde ise Paracelsus, ruhsal bozukluk ve hastalıkların beyin yapılarıyla bağlantılı olabileceği üzerinde durmuştur(13).

19. yüzyılda Pinel, Esquirol, Falret, Mendel ve Kreapelin’ in katkılarıyla, depresyon kavramı bugünkü anlamına çok yaklaşmış, 20. Yüzyılda Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen ve Winokur’un da yaklaşımlarıyla depresyonun tanımına katkılar sürmüştür (14).

American Psychiatric Association (APA) tarafından düzenlenen ve günümüz psikiyatrisi üzerinde önemli bir etkisi olan —Diagnostic and Statistical Manual of Mental DisordersI (DSM) tanımlamalarından ilki 1952’de yapılmıştır. Psikiyatri alanındaki gelişmeler neticesinde pek çok kez yenilenmiş, 2000 yılında yayınlanan DSM-IV-TR’de yapılan birtakım değişiklikler neticesinde son olarak 2013 yılında DSM-V yayınlanmıştır. DSM-IV-TR’de “Duygudurum Bozuklukları” başlığı altında sınıflanan depresif bozukluklar, DSM V’te “Depresif Bozukluklar” olarak ayrı bir başlık altında yer almaktadır (15, 16).

2.1.2. Tanımı

Majör Depresif Bozukluk, DSM-V’te Depresif Bozukluklar grubu içerisinde çeşitli depresyon bozukluklarından bir tanesidir. Major Depresif Bozukluk DSM V tanı kriterleri şöyle tanımlanmıştır (16):

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beş ya da daha fazlasının bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya “depresif duygu durumu” ya da “ilgi kaybı veya zevk alamama durumu” olması gerekir;

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum
2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma
3. Diyetle değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının (ayda % 5’ten fazla) olması ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması
4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku olması
5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyonun olması (başkalarınca da gözlenebilen)
6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması
7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması
8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık
9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkmak olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B. Bu semptomlar bir karışık epizotun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (madde kötüye kullanımı, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örneğin hipotiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar iki aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşıp durma, özkıyım düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (16).

2.2. Yaşlanma

2.2.1. Tanımı

Yaşlılık, yaşamda doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Yaşlılık için standart bir tanım yapmanın güçlükleri bulunmaktadır ve yaşlılık çok boyutlu bir olgudur. Biyolojik, fizyolojik, ekonomik ve sosyolojik olmak üzere çeşitli alanlarda tanımlar bulunmaktadır. Bununla beraber DSÖ'nün tanımı esas alınmaktadır. Altmış beş yaş üzeri yaşlı kabul edilmektedir ve yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu "genç yaşlı", 74-84 yaş grubu "yaşlı", 85 ve üzeri yaş grubu "en yaşlı yaşlı" olarak tanımlanır. Bütün dünyaya paralel şekilde Türkiye'de de doğum hızlarının azalması ile beraber gelişen teknoloji ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler insanların daha uzun süre yaşamasına imkân vermektedir. Bu nedenle yaşlı nüfus sayısal ve oran olarak artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2016 verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8,3 olmuştur (17,56).

2.2.2. Yaşlanma ve Sorunları

Yaşlılarda ele alınması gereken sorunlar çok yönlüdür. Düşme ve kazalar, göz ve görme sorunları, işitme sorunları, osteoporoz, ruh sağlığı sorunları, diş ve beslenme sorunları, kronik ağrı ve uyku bozuklukları, gereksiz ilaç kullanma ve eklenebilecek pek çok sorun ile yaşlılık döneminde karşılaşmaktadır (18). Kronik ve dejeneratif hastalıklarla ilgili sorunlar ile beraber, kalp ve damar hastalıkları, bilişsel bozukluklar, ağrılar, yaşam beklentisinin azalması ve fiziksel yetersizlikler ile giden sağlık sorunları yaşlılık döneminde sık görülmektedir (19). Öne çıkan bazı sorun alanları aşağıda belirtilmektedir.

2.2.2.1 İşlevsel bağımlılık

Yaşlanma ile birlikte gelen fiziksel kapasitede azalma durumu işlevsellik kapasitesini kısıtlamaktadır. Bunun yanı sıra hastalıklara bağlı olumsuzluklar da uyum kapasitesini bozmaktadır (20).

2.2.2.2. Sosyal destek sorunları

Sosyal ve ekonomik zorluklar yaşlıların ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarını olumsuz yönde etkilemektedir (23). Yaşlı bireylerin sosyal destek alması moral artışı ile beraber, yaşam memnuniyetinde olumlu etki, olumsuz olaylarla başetmesine katkı sağlar (24).

2.2.2.3. İlaç kullanımı

İlaçların etkileri, dokular tarafından emilimi, vücuttaki kullanımı, dağılımı, atılımı ve etki ettiği dokularda oluşan reseptör duyarlılığında yaşlılık ile beraber oluşan değişiklikler, ilaçların yan etkilerinin yaşlı kişilerde daha sık ve çabuk ortaya çıkmasına yol açmaktadır (25). Özellikle konfüzyon, huzursuzluk, depresyon, hafıza kaybı, düşme, ekstrapiramidal sistem bulguları, inkontinans ve kabızlık gibi bulguların ilaç yan etkilerine bağlı ortaya çıkabilmektedir (26).

2.2.2.4. Kronik hastalıklar

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve dörtten daha fazla kronik sağlık sorunu bulunmaktadır. Türkiye genelinde hastaneye yatış oranı %17,3 civarında iken, birden fazla kronik hastalığı olan 65 yaş ve üzerindeki kişilerde bu oran %31'e çıkmaktadır (29).

Türkiye'de yaşlı nüfusta başta kalp-damar hastalıkları olmak üzere kanser ve beyin-damar hastalıkları sık görülen sağlık sorunlarıdır.

Ölüm nedenleri arasında kalp hastalığı, kanserler, beyin-damar hastalıkları ve influenza virüsü ile ilişkili akciğer enfeksiyonları ön plana çıkmaktadır. Ayrıca

beyin-damar hastalıkları, artrit, işitme kaybı, hipertansiyon ve kalp hastalığı, yaşlılarda iş göremezlik ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açmaktadır (27,28). Kemik kırıkları osteoporozun en önemli komplikasyonudur ve en çok omurga, kalça ve el bileğinde görülür (30). Yaşlılarda oluşan kırıkların %70'inden osteoporoz sorumludur (27).

2.2.2.5. Yas durumları ve ruhsal sorunlar

Yaşlılık dönemi yas ve diğer ruhsal sorunlar açısından da özel bir dönemdir. Yaşlıların yakınlarının kaybı sonrası yas yaşama riski gençlere göre daha fazladır ve bu kayıplardan en fazla üzerinde durulan eş kaybıdır. Yaşlıların dul olarak yaşmalarının bedensel ve ruhsal sağlıklarında bozulmalara neden olabileceği ve hatta intihar/intihar dışı ölüm risklerini artırdığı rapor edilmiştir. Dul yaşlıların somatik belirtilerinin daha fazla olduğu ve sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı belirtilmektedir (21,22).

Depresyon en sık görülen ruhsal sorun olmakla beraber yaşlılığın getirdiği bazı olumsuz özellikler depresyon gelişimini etkileyebilmektedir. Çalışmalarda, yaşlılık döneminde bilişsel işlevlerde bozulmalar ile beraber fiziksel yeteneklerdeki azalma, , günlük aktivitelerin gerilemesi, ekonomik faktörler, bireyin yalnız yaşaması ve sosyal desteklerin zayıflaması gibi faktörlerin depresyon gelişimine etki ettiği rapor edilmektedir (31). Ancak yaşlılık döneminde depresyon sık görülmesine rağmen tanı konulması ve tedavi edilmesi ile ilgili sorunların olduğu, yaşlı depresif hastaların %80'nin bir fiziksel hastalık nedeni ile hekime başvurduğu ve bunların yalnız %4'ünün depresyona yönelik tedavi aldıkları çalışmalarda bildirilmektedir(32).

2.3. Yaşlılık Döneminde Depresyon

65 yaş ve üzeri insan sayısının genel nüfusa oranı gelişmiş ülkelerde % 15'lere yükselmiş, 2020 yılına kadar dünya nüfusunun % 22'sinin 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde, yaşlı nüfusun giderek artması nedeniyle bu döneme dair sorunların çeşitli boyutlarda daha fazla kendisini göstermektedir. (33,34,35).

DSÖ verilerine göre fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında 4. sırada yer alan depresyonun 2020 yılında sıklık açısından 2. sıraya yükseleceği ve insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağı tahmin edilmektedir (36).

Yaşlılık döneminin öne çıkan sorun alanlarından birisi olan bilişsel işlevlerdeki bozulmalar ile depresyon belirtileri arasında önemli ilişkiler olduğu belirtilmektedir. Örneğin, yoğunlaşma bozukluğu ve dikkat eksikliği depresyonun öncül belirtilerindedir. Depresyonda zihin süreçlerinde yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli derecede bozukluklar görülebilmektedir. Bunun yanı sıra depresif belirtiler tedavi ile geri dönüşlüdür. Yaşlılıkta depresyon, bazen bunama ile birlikte ortaya çıkması açısından veya bunamanın öncü belirtisi olabilmesi nedeniyle yaşlılarda özel bir öneme sahiptir (36).

Depresyon, yaşlı bireylerde çok çeşitli boyutlarda işlevsellikte yitimlere yol açmaktadır. Ayrıca fiziksel hastalıklara bağlı ölümleri arttırmakta, sağlık, bakım gibi hizmetlerin kullanımını ve maliyetini artırmaktadır (34,36). Yaşlılarda depresyonun erken tanı ve tedavisi yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırmakta ve erken ölümleri önlemektedir (36).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte ocak – haziran 2017 arasında düzenlenen bu çalışmaya 01.06.2017-01.07.2017 tarihleri arasında 65 yaş üzeri bireylerden veriler alınmıştır.

3.1. Çalışmanın Evreni

Çalışmaya İzmir, Karşıyaka Mustafa Kemal mahallesinde ikamet eden, araştırmacının irtibat kurabileceği, çalışmanın kabul-dışlanma kriterlerini sağlayan kişiler dâhil edildi. Hedeflenen mahallenin nüfusu 9817 olarak saptandı (37). İzmir ilinin 65 yaş ve üzeri nüfusu %10.21 olarak saptandı (38). Çalışma evreni olarak ortaya çıkan 1002 sayısına ulaşmanın olanaklarındaki kısıtlık düşünülerek evrendeki birey sayısı bilinen örneklem genişliği formülü kullanılarak örneklem genişliği belirlendi.

$$n = N \cdot t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$
 formülü kullanılmıştır.

Formüldeki;

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

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

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

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

Örneklem hesaplanmasında depresif belirti sıklığı %8 olarak alınmıştır (39).

Sonuç olarak örneklem büyüklüğü 101 olarak saptanmıştır. Çalışmada olabilecek kısıtlılıklar düşünülerek yaptığımız %20 sapma payı ile çalışma 120 birey alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Çalışmanın Uygulanması

İlk olarak katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve gönüllü olan bireylerin yazılı onamı alındı. Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo-demografik verilere yönelik olarak anket ile Beck Depresyon Tarama Ölçeği uygulanmıştır. Bu formlar, araştırmacı tarafından okunmuştur ve cevapları araştırmacı tarafından kayda alınmıştır.

3.3. Çalışmanın Dâhil Olma ve Dışlama Kriterleri

3.3.1. Çalışmaya dâhil olma kriterleri

1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamı alınmış olma
2. Herhangi bir sebeple araştırmacı ile teması bulunma
3. 65 yaş üzeri olma
4. Sözel iletişim kurabilme
5. Bilişsel olarak anketlerdeki sorulara yanıtlayabilecek durumda olma
6. Soruları eksiksiz olarak cevaplamış olmak
7. Yatalak olmamak

3.3.2. Çalışma dışlanma kriterleri

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
2. 65 yaş altı olma
3. Bilişsel olarak anketlerdeki sorulara yanıtlayabilecek durumda olmama
4. Sağırılık ve körlük özürü olma
5. Dil bilmeme

3.4. Veri toplama araçları

3.4.1. Sosyo-demografik veri anketi

Hastaların “yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, iş durumu, yaşadığı yer, herhangi bir kronik hastalığınız olup olmadığı, sürekli olarak kullandığı ilaçları” araştıran soruların sorulduğu ve araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket formudur (Ek 1).

3.4.2 Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği

Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği, depresyona yönelik tarama amaçlı olarak kullanılan uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.

Bu testte, 4'ün üzerindeki bir BDÖ-BB kesme puanı %93 duyarlılık ve %94 özgüllük olacak şekilde birinci basamakta değerlendirilen bireylerde majör depresyon bozukluğunu ayırt etmede azamî klinik etkinlik gösterdiği rapor edilmiştir. Her başlık 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içerir; BDÖ-BB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle birlikte 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90'ın üzerindedir (40) (Ek 2).

3.5. İstatistiksel analiz

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statics Version 24 paket demo programında yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığını saptamak için Kolmogorov- Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılıma uygun olmadığı saptandı ($p < 0.05$). Verilerin iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasında karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H (post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılanların %51'i kadın, %49'u erkek cinsiyetinde olduğu saptandı. Katılımcıların 65-83 yaşları arasında olduğu, ortalama yaşın 70,34 olduğu saptandı. Kadınlarda ortalama yaş 69,74, erkeklerde ise 71,05 idi (Tablo 1)

İncelemeye alınan kadın ve erkek olguların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 1: Olguların cinsiyetlerine göre yaş ortalama dağılımı

Cinsiyet	n	%	Yaş	p
			Ort.±SS	
Kadın	61	51	69,74±3,9	0,201
Erkek	59	49	71,05±5,36	
Total	120	100	70,38±4,7	

Katılımcıların %12,5 'sinin okuma yazma bilmediği, %35'inin ilkökul mezunu olduğu, %7,5'unun ortaokul mezunu olduğu, %18,3'ünün lise mezunu olduğu, %26,7'sinin yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Evli katılımcı sayısı 95 (%79,2), boşanmış katılımcı sayısı 5 (%4,2) ve dul katılımcı sayısı 20 (%16,7) olarak saptandı. İş durumu açısından yapılan analizde yalnızca 1 kişinin çalıştığı, %63,3'ünün emekli olduğu ve %35,8'inin ise işsiz veya ev hanımı olduğu görülmektedir. 13 birey yalnız yaşar iken 107 katılımcının eş veya aile ile beraber yaşadığı belirlendi. Kronik hastalığı olanların ve sürekli ilaç kullananların %93,3 oranında olduğu saptandı (Tablo 2)

Tablo 2: Olguların demografik özellikleri dağılımı

		n	%
Eğitim durumu	Okuma yazma yok	15	12,5
	İlkokul	42	35,0
	Ortaokul	9	7,5
	Lise	22	18,3
	Yüksekokul/Üniversite	32	26,7
Medeni durum	Evli	95	79,2
	Boşanmış	5	4,2
	Dul	20	16,7
İş durumu	Çalışıyor	1	0,8
	Emekli	76	63,3
	İşsiz/Ev hanımı	43	35,8
Yaşadığı yer	Yalnız	13	10,8
	Eş/Aile	107	89,2
Kronik hastalık		112	93,3
Tanı	Var	114	95,0
	Yok	6	5,0
Sürekli kullanılan ilaç		112	93,3
Kullanılan ilaç	Var	114	95,0
	Yok	6	5,0
Toplam		120	100

Çalışmaya katılan hastaların tanılarına göre dağılımı Tablo 3' te verilmiştir. Birden fazla hastalığı olan kişiler her gruba dahil edilmiştir.

Tablo 3: Hastaların Tanılara göre dağılımı

Tanı	n	%
Diyabet	49	40,8
Hipertansiyon	78	65,0
Kalp hastalıkları	22	18,3
Kronik böbrek yetmezliği	-	-
Karaciğer hastalıkları	-	-
Osteoporoz	2	1,7
Romatolojik hastalıklar	5	4,2
Osteoartrit	2	1,7
Tiroid hastalıkları	19	15,8
Depresyon	20	16,7
Malignite	10	8,3
Vertigo	6	5,0
Hiperlipidemi	28	23,3
Mide hastalıkları	24	20,0
Bening prostat hipertrofisi	14	11,7
Nörolojik hastalıklar	13	10,8
Anemiler	1	0,8
Koah	7	5,8
Diğer	22	18,3

Çalışmaya katılan hastaların kullandıkları ilaçların dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Olguların kullandıkları ilaçların dağılımı

Kullanılan ilaç	n	%
Antidiyabetik	51	42,5
Kardiyak ve Antihipertansif	85	70,8
Prostat	13	10,8
Tiroid	19	15,8
Antidepresan	36	30,0
Onkolojik	3	2,5
Antihiperlipidemik	25	20,8
Mide	34	28,3
Romatolojik	5	4,2
Diğer	41	34,2

Tablo 5’te hastaların kullandıkları ilaçlar grup sayısına göre verilmiştir.

Tablo 5: Olguların kullandıkları ilaçların dağılımı

KULLANILAN İLAÇ	n	%
Tek grup ilaç kullananlar	24	21,1
İkili ilaç kullananlar	29	25,4
Üçlü ilaç kullananlar	27	23,7
4 ve üzeri ilaç kullananlar	34	29,8
Total	114	100,0

Katılımcıların tümüne uygulanan Beck Depresyon Tarama ölçeği puanları ortalama dağılımı Tablo 6’da görülmektedir.

Tablo 6: Beck Depresyon Tarama Ölçeği puanları ortalama dağılımı

	Ort.±SS
Üzüntü	0,9±0,79
Kötümserlik	0,83±1,06
Geçmişteki başarısızlıklar	0,39±0,7
Kendini beğenmeme	0,25±0,57
Kendini suçlama	0,32±0,66
İlgi kaybı	0,41±0,73
İntihar düşüncesi veya isteği	0,06±0,3
Toplam	3,15±2,75

Kesme noktası 4 olarak bildirilen ölçeğe göre katılımcıların %34,4'ü depresif bozukluklar açısından yüksek risk taşımaktadırlar (Tablo 7)

Tablo 7: Beck Depresyon Tarama Ölçeği verilerin kesme noktasına göre dağılımı

Puanların dağılımı	n	%
<4 puan	79	65,8
≥4 puan	41	34,2
Toplam	120	100,0

Bu çalışmada kadın olguların üzüntü ($p = <0,001$), kendini beğenmeme ($p = 0,029$) ve depresyon toplam puanları ($p=0,023$) erkek olguların üzüntü, kendini beğenmeme ve depresyon toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo 8)

Tablo 8: Olguların cinsiyetlerine göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı

	Cinsiyet		P
	Kadın Ort.±SS	Erkek Ort.±SS	
Üzüntü	1,18±0,85	0,61±0,62	<0,001
Kötümserlik	0,8±1,08	0,85±1,05	0,749
Geçmişteki başarısızlıklar	0,49±0,79	0,29±0,59	0,151
Kendini beğenmeme	0,34±0,63	0,15±0,48	0,029
Kendini suçlama	0,33±0,63	0,31±0,7	0,525
İlgi kaybı	0,39±0,71	0,42±0,75	0,868
İntihar düşüncesi veya isteği	0,08±0,33	0,03±0,26	0,192
Toplam	3,62±2,73	2,66±2,69	0,023

Mann Whitney U analizi yapılmıştır.

Üzüntü ($p=0,001$), intihar düşüncesi veya isteği ($p=0,048$) ile depresyon toplam puanları açısından ($p= 0,013$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizinde; İlkokul mezunu olguların üzüntü ve intihar düşüncesi puanları yüksekokul / üniversite mezunu olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Okuma yazması olmayan olguların depresyon toplam puanları yüksekokul / üniversite mezunu olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo 9)

Tablo 9: Olguların eğitim durumlarına göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı.

	Eğitim durumu					p
	Okuma yazma yok Ort.±SS	İlkokul Ort.±SS	Ortaokul Ort.±SS	Lise Ort.±SS	Yüksekokul /Üniversite Ort.±SS	
Üzüntü	1,33±1,05	1,17±0,76	0,44±0,53	0,82±0,73	0,53±0,57	0,001
Kötümserlik	1,13±1,3	0,98±1,09	0,44±1,01	0,91±1,06	0,53±0,84	0,201
Geçmişteki başarısızlıklar	0,8±0,86	0,43±0,86	0,44±0,73	0,27±0,46	0,22±0,42	0,148
Kendini beğenmeme	0,53±0,74	0,24±0,58	0,33±0,71	0,27±0,63	0,09±0,3	0,157
Kendini suçlama	0,53±0,74	0,19±0,45	0,44±0,88	0,45±0,91	0,25±0,57	0,421
İlgi kaybı	0,47±0,99	0,43±0,7	0,22±0,44	0,41±0,85	0,41±0,61	0,914
İntihar düşüncesi veya isteği	0±0	0,17±0,49	0±0	0±0	0±0	0,048
Toplam	4,8±3,21	3,6±2,58	2,33±2,87	3,14±3,26	2,03±1,77	0,013

Medeni durum açısından yapılan değerlendirmede üzüntü ($p=0,003$) ve kendini suçlama ($p= 0,046$) puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizinde; Evli olguların üzüntü puanları dul olguların üzüntü puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,0167$). Evli olguların kendini suçlama puanları boşanmış olguların kendini suçlama puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,0167$), (Tablo 10).

Tablo 10: Olguların medeni durumlarına göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı.

	Medeni durum			p
	Evli Ort.±SS	Boşanmış Ort.±SS	Dul Ort.±SS	
Üzüntü	0,77±0,71	1±0	1,5±1	0,003
Kötümserlik	0,77±1	0,6±0,89	1,15±1,31	0,538
Geçmişteki başarısızlıklar	0,43±0,72	0±0	0,3±0,66	0,259
Kendini beğenmeme	0,22±0,55	0±0	0,45±0,69	0,086
Kendini suçlama	0,27±0,61	1,2±1,1	0,3±0,66	0,046
İlgi kaybı	0,39±0,72	0,8±1,1	0,4±0,68	0,656
İntihar düşüncesi veya isteği	0,04±0,25	0±0	0,15±0,49	0,337
TOPLAM	2,89±2,68	3,6±2,19	4,25±3,02	0,098

Kruskal Wallis H analizi yapılmıştır.

Emekli olguların üzüntü ($p < 0,001$), geçmişteki başarısızlıklar ($p = 0,032$), kendini beğenmeme ($p = 0,004$), intihar düşüncesi veya isteği ($p = 0,040$) ve depresyon toplam puanları ($p = 0,002$) işsiz/ev hanımı olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu (Tablo 11).

Tablo 11: Olguların çalışma durumlarına göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı.

	İş durumu		p
	Emekli Ort.±SS	İşsiz/Ev hanımı Ort.±SS	
Üzüntü	0,68±0,64	1,28±0,91	<0,001
Kötümserlik	0,75±0,99	0,98±1,16	0,324
Geçmişteki başarısızlıklar	0,26±0,53	0,63±0,9	0,032
Kendini beğenmeme	0,16±0,49	0,42±0,66	0,004
Kendini suçlama	0,3±0,67	0,35±0,65	0,514
İlgi kaybı	0,42±0,72	0,4±0,76	0,668
İntihar düşüncesi veya isteği	0,03±0,23	0,12±0,39	0,040
Toplam	2,61±2,54	4,16±2,86	0,002

Mann Whitney u analizi yapılmıştır.

Yalnız yaşayan olguların depresyon toplam puanları (p=0,048) eş/aile ile yaşayan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo 12).

Tablo 12: Olguların yaşadığı yere (kişilere) göre depresyon ölçeği puanları ortalama dağılımı

	Yaşadığı yer		P
	Yalnız Ort.±SS	Eş/Aile Ort.±SS	
Üzüntü	1,23±0,73	0,86±0,79	0,067
Kötümserlik	1,08±1,26	0,79±1,03	0,433
Geçmişteki başarısızlıklar	0,15±0,38	0,42±0,73	0,246
Kendini beğenmeme	0,46±0,78	0,22±0,54	0,197
Kendini suçlama	0,38±0,77	0,31±0,65	0,819
İlgi kaybı	0,69±0,85	0,37±0,71	0,114
İntihar düşüncesi veya isteği	0,15±0,55	0,05±0,25	0,479
Toplam	4,15±2,15	3,03±2,79	0,048

Mann Whitney u analizi yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Altmış beş yaş ve üzeri hastaların sosyo-demografik özellikleri açısından depresif belirtilerin değerlendirildiği bu çalışmada dikkat çekici sonuçlar saptandı. Bu yaş grubu bireylerde yapılan çalışmalarda depresif belirtilerin çeşitli sosyo-demografik paramaterlere göre değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir.

Bu çalışmada depresif belirtiler cinsiyetler açısından değerlendirilmiştir. Kadın olguların üzüntü ($p = <0,001$), kendini beğenmeme ($p = 0,029$) ve depresyon toplam puanları ($p=0,023$) erkek olgulara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Yaşlılarda yapılan pek çok çalışma, gençlerdeki duruma benzer şekilde kadınların erkeklere göre anlamlı oranda daha fazla depresif belirtilere sahip olduğunu rapor etmiştir (41). Çınar ve arkadaşlarının 2008'de yaşlılarda depresif belirti düzeylerinin belirlenmesi ve sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini inceledikleri bir çalışmada, kadınların aldıkları Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (7). Cankurtaran ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, yaşlı depresif bireyler arasında kadın oranını %70,7 ve erkek oranını %29,3 olarak bildirilmiştir (42). Dişçiğil ve arkadaşlarının araştırmasına göre yaşlılık döneminde, kadın olmanın depresyon riskini 7,8 kat artırdığı tespit edilmiştir (43). Chi ve arkadaşlarının Çin'de 60 yaş üzeri 917 kişiyle yaptıkları bir çalışmada depresyon sıklığı kadınlarda %14,5; erkeklerde %11 olarak saptanmıştır (44). Licht-Strunk ve arkadaşları, Hollanda'da, 55 yaş ve üzeri 5686 kişi üzerinde yaptıkları araştırmanın neticesinde depresif bireylerin çoğunluğunun kadın olduğu rapor etmişlerdir (45). Cole ve Dendukuri tarafından yapılan bir meta-analize göre, kadın cinsiyeti, depresyon için önemli bir risk faktörü olarak rapor edilmiştir (46).

Bu çalışmaya dâhil edilen altmış beş yaş üzeri bireylerin eğitim durumları açısından yapılan değerlendirmede Üzüntü ($p=0,001$), intihar düşüncesi veya isteği ($p=0,048$) ile depresyon toplam puanları ($p= 0,013$) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İlkokul mezunu olguların üzüntü ve intihar düşüncesi puanları yüksekokul / üniversite mezunu olguların puanlarından daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca paralel şekilde okuma yazması olmayan olguların depresyon toplam puanları yüksekokul / üniversite mezunu olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak saptanmıştır. Düşük eğitim

düzeyinin depresyon için bir risk oluşturabileceği daha önce pek çok çalışmada gösterilmiştir. Papadopoulos ve arkadaşlarının, 60 yaş üzeri 965 kişiyle yaptıkları bir çalışmada da düşük eğitim seviyesi depresyonla ilişkili saptanmıştır (41). Mian-Yoon Chang ve arkadaşlarının Çin’de, 65 yaş üzerindeki 1500 kişi ile yaptıkları bir çalışmaya göre benzer şekilde düşük eğitim seviyesi depresyon için risk faktörü olarak rapor edilmiştir (47).

Medeni durum açısından yapılan değerlendirme neticesinde üzüntü ve kendini suçlamanın evli olgularda, dul ve boşanmış olgulara göre anlamlı düşük saptanmıştır ($p < 0,0167$). Birçok çalışmada benzer bir sonuç rapor edilmiştir. Bekâr, dul veya boşanmış olmanın depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Papadopoulos ve arkadaşlarının Yunanistan’da, 60 yaş üzeri 965 kişiyle yaptıkları bir çalışmada bekâr olmak depresyonla ilişkili saptanmıştır (41). Ülkemizde Dişçigil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada dul olmanın yaşlılarda depresyon riskini 5,6 kat arttırdığı ifade edilmiştir. Bu çalışmada, evli olanlar arasında depresyon oranı daha düşük bulunmuştur (43).

Bu araştırmada emekli olan kişilerin üzüntü ($p = < 0,001$), geçmişteki başarısızlıklar ($p = 0,032$), kendini beğenmeme ($p = 0,004$), intihar düşüncesi veya isteği ($p = 0,040$) ve depresyon toplam puanları ($p = 0,002$) açılarından işsiz veya ev hanımı olan olgulardan daha düşük puanlara sahip olduğu saptandı. Çeşitli araştırmalara göre düşük gelir düzeyi ve kendisini sosyo-ekonomik açıdan düşük algılayan kişilerde depresyon görülme ihtimali artmaktadır (44, 57, 58)

Bu çalışmada yalnız yaşayan olguların depresyon toplam puanları eş/aile ile yaşayan olguların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p = 0,048$). Wurff ve arkadaşlarının Hollanda’da, 933 yaşlı üzerinde yaptığı çalışmada, yalnız yaşayanlarda depresyon belirtisinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (48). Jang ve arkadaşlarının çocuklarıyla birlikte yaşayanlarla, yalnız yaşayanları karşılaştırdığı çalışmasında yalnız yaşayanlarda daha fazla depresyon belirtisi görüldüğünü saptamıştır (49). Çetin ve arkadaşlarının çalışmasında evinde eşiyle yaşayan yaşlıların, eşiyle yaşamayan yaşlılara göre depresyon belirtileri görülme sıklığı açısından anlamlı bulunmuştur (50).

Kronik hastalık varlığının depresyon riskini arttıran bir faktör olduğuna dair pek çok çalışmadan çeşitli bulgular sağlanmıştır. Maral ve arkadaşlarının 2001 yılında yapmış olduğu bir çalışmada evde yaşayan ve kronik fiziksel hastalığı olanlarda, fiziksel hastalığı olmayanlara göre 6,51 kat depresyon olduğu bildirilmiştir (51). Argyriadou ve arkadaşları birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 65 yaş üzeri 536 kişide yaptıkları bir araştırmada, diyabet ve hipertansiyonun sıklıkla depresyon ve demansa eşlik eden durumlar olduğu bildirmişlerdir (52). Çalışmamızda kronik hastalık varlığı %93,3 ile oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Bu açıdan altmış beş yaş üzerinde kronik hastalığı olan hastaların, depresyon açısından da dikkat ile incelenmesi gerektiği görülmektedir.

Yapılan çeşitli çalışmalar sonucu, birçok ilacın depresyona neden olabildiği bilinmektedir (52, 53, 54, 55). Bu araştırmada sürekli ilaç kullanımının varlığı altmış beş yaş üzeri bireylerde %93,3 ile oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu açıdan sürekli ve çoklu ilaç kullanan hastalarda depresyon açısından dikkatli olunması gerektiği ortadadır.

6. SONUÇ

Bu çalışmada kullanılan birinci basamakta Beck depresyon tarama testinde, 4 ve üzeri puan alanların oranı %34,2 saptandı. Bu sonuç, birinci basamakta yaşlılarda depresif bozuklukların ciddiyle göz önünde bulundurulması açısından önemlidir. Bu bakımdan, bu tarama testinin, birinci basamakta yaşlı bireylerde kullanılması önerilir.

Altmış beş yaş üzerinde, kadın hastalar, okuma yazma bilmeyenler ve ilkokul mezunu olanlar, dul veya boşanmış hastalar, yalnız yaşayan bireylerde depresif belirtiler daha sıktır.

Altmış beş yaş üzeri hastaların çok yüksek oranda kronik hastalık tanısına sahip olduğu ve sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır.

Çalışmamız ile yaşlı bireylerde depresif belirtiler açısından özellikle birinci basamakta çalışan profesyoneller arasında farkındalık yaratmak, bu sayede yaşlı sağlığı açısından çok önemli bir faktör olan depresyonun yarattığı sorunların azaltılmasına katkı sunulmak istenmiştir. Ancak bu alanda yapılacak ileri çalışmalarda konunun çeşitli boyutları ele alınarak yaşlı bireylerin sağlığı ve yaşam kalitesine katkıların sürmesi oldukça önem arz etmektedir.

7. ÖZET

ALTMİŞ BEŞ YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE DEPRESİF BELİRTİLERİN BELİRLENMESİ

Bu çalışmada altmış beş yaş üzeri hastaların sosyo-demografik özellikleri ile beraber depresif belirtilerinin belirlenmesi amaçlandı.

Tanımlayıcı tipte düzenlenen bu çalışmaya 01.05.2017-01.06.2017 tarihleri arasında altmış beş yaş üzeri bireyler alınmıştır. Evrendeki birey sayısı bilinen örneklem genişliği formülü kullanılarak örneklem genişliği belirlendi. Örneklem hesaplanmasında depresif belirti sıklığı %8 olarak alınarak çalışmaya 120 birey dahil edilmiştir(39). Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo-demografik verilere yönelik olarak anket ile Beck Depresyon Tarama Ölçeği uygulanmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı belirlendi. Depresif belirtileri değerlendirildiğinde, kadın olguların üzüntü, kendini beğenmeme ve depresyon toplam puanlarının daha yüksek, eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre üzüntü, intihar düşüncesi ve depresyon toplam puanları açısından anlamlı derecede kötü olduğu saptandı. Ayrıca evli olgularda, dul ve boşanmış olgulara göre anlamlı düşük puanlar saptanırken, yalnız yaşayan olguların depresyon toplam puanları eş/aile ile yaşayanlara göre daha kötü olduğunu belirlendi.

Bu araştırmanın sonuçları literatürdeki önceki yapılmış çalışmalar ile büyük oranda uyumludur. Klinik pratikte altmış beş yaş ve üzeri başvuran hastalarda belirli sosyo-demografik göstergelerin depresyon açısından dikkatle izlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, duygulanım, hastalık, yaşlı

8. ABSTRACT

THE EVALUATION OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN AGED OVER SIXTYFVE

In this study, it was aimed to determine the sociodemographic characteristics and depressive symptoms of participants over the age of 65.

Between 01.05.2017 and 01.06.2017, individuals over sixty-five years of age were recruited to this descriptive type of study. The sample size was determined using the sample size formula used when the population is known. In the calculation of the sample, the depressive symptom frequency was taken as 8% and 120 subjects were included in the study (39). The participants were conducted with a socio-demographic data survey developed by the researchers and the Beck Depression Screening Scale.

In our study, the distribution of chronic diseases of the participants was determined. When the depressive symptoms were evaluated, it was found out that female patients had significantly higher scores on total scores of sadness, dissatisfaction and depression, and sadness, suicidal thoughts and depression total scores of those with lower education level were significantly worse than those with higher education. Furthermore, while married women had significantly lower scores than widows and divorced women, it was determined that total depression scores of those living alone were worse than those living with their spouses or families.

The results of our research are consistent with the previous studies in the literature. In clinical practice it is important to carefully monitor certain socio-demographic indicators for depression in patients aged 65 years and over.

Key words: Depression, affectivity, illness, elderly.

9. KAYNAKLAR

1. Aygör HE, Fadiloğlu Ç, Şenuzun AF, Akçiçek F. Testing the reliability and validity of the “Edmonton Frail Scale” in Turkish population. *European Geriatric Medicine* 2013;9(4):76.
2. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim* 2012;25:1-3.
3. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2010,49(3):39-45.
4. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese dayalı Nüfus Kayıt Sonuçları Dönemi. 2012 <http://www.tuik.gov.tr/PreHabe>
5. Bilir N. Türkiye’de ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. S. Arıoğul (ed). *Geriatri ve Gerontoloji* Ankara: MN Medikal&Nobel Tıp Kitap Sarayı, 2006;3-9.
6. Özgür G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bireysel Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. II.Ulusal Yaşlılık Kongresi. 9-12 Nisan 2003.
7. İlgün Özen Çınar, Asiye Kartal. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008;7(5).
8. Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Derg* 2006;16(1):21-26.
9. İlhan MN, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, Çakır N, Bumin MA. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Bilişsel Bozukluğu Etkileyebilecek Etkenler. *Klinik Psikiyatri* 2006;9:177-184.
10. Oğuzhanoğlu NK. Yaşlanma ve Psikiyatrik Sorunlar. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi. 9-12 Nisan 2003. 62-68.
11. *Depression in Elderly*. 2005.
<http://www.healthyplace.com/communitites/depression /elderly.asp>
12. Isık E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık 2003; 5-11.
13. Köknel Ö. *Duygudurum bozukluklarının tarihçesi*. *Duygudurum Dizisi*. 2000;1:5-11

14. Kocataş S, Guler G, Guler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7:11 -18.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-I). Washington D.C: American Psychiatric Association. 1952.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013.
17. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Turk Geriatri Dergisi 2001; 4: 22-27.
18. Health of the Elderly. Technical Report Series: World Health Organisation, Geneva.1989; 779:1-2,36-62,70-83.
19. Bilir N; Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Bertan M, Guler C (editorler) Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı Güneş Kitabevi Yayınları. Ankara, 1995:359-368.
20. Ebrahim S. Health of elderly people. Detels R, McEwen J, Beaglehole, Tanaka H (editors). Oxford Textbook of Public Health. Oxford University Press, 2002:3.
21. Yazgan C. Yaşlılıkta yas. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 179 -184.
22. Li L, Liang J, Toler A, Gu S. Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: do gender and source of support make a difference? Soc Sci Med. 2005; 60:637-647.
23. Ekici H, Unal S. Akyol Sağlık Ocağına bağlı evinde kalan yaşlılarla huzurevinde kalan yaşlılarda psikolojik semptom taraması ve yaşam doyumu. Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Ankara.1992;121 -129.
24. Fadiloğlu C, Yurekli A, Yılmaz D. Toplumdaki yaşlıların psikososyal problemlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1992; 8:3:111.
25. Arslan Ş, Atalay A, Gokce Kutsal Y. Drug use in older people. J Am Geriatr Soc 2002; 50:1163-1168.
26. Williams C.M. Using medications appropriately in older adults. Am Fam Physicians 2002; 66:1917-1924.

27. Mouton CP, Espino DV. Health screening in older women. Am Fam Physician 1999; 1; 59(7): 1835-422005; 16: 568-78.
28. Buckley BS, Lapitan MC, Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children--current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. Urology 2010; 76:265.
29. Akdemir N, Birol L. İc Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koc Vakfı Yayınları;2003.
30. Papaioannou A, Joseph L, Ioannidis G, Berger C, Anastassiades T, Brown JP, et al. Risk factors associated with incident clinical vertebral and nonvertebral fractures in postmenopausal women: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos).
31. Noel PH, Williams JW Jr, Unutzer J, Worchel J, Lee S, Cornell J,et.al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. Ann Fam Med. 2004; 2: 555-562.
32. Copeland JRM, Dewey ME, Saunders PA. Yaşlılarda depresy on. Kaplan İ. (Ceviren). Turk Psikiyatri Dergisi 1992; 3: 3 -7.
33. Kılıçoğlu A. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etyolojisineyönelik bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:49-54.
34. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi 2001;1:50-60.
35. Yıldırım KY. Yaşlı istismarı ve önlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;21:167-74.
36. Göктаş K, Özkan İ. Yaşlılarda Depresyon. Psychiatry in Turkey 2006;8:30-7.
37. <http://www.nufusune.com/100246-izmir-karsiyaka-mustafa-kemal-mahallesi-nufusu>
38. <https://www.nufusu.com/il/izmir-nufusu>
39. Keskinöğlu P , Pıçakçıefe M, Giray H ve ark. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Derg 2006;16(1):21-26
40. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C. Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe Çeviriminin Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Aile Hek Derg 2005; 9(3): 117-122

41. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A ve ark. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:350-7.
42. Özmenler KN. Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi* 2001;3:109-15.
43. Dişçigil G, Gemalmaz A, Basak O, Gürel F.S, Tekin N. Birinci Basamakta Geriyatrik Yas Grubunda Depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8(3):129-33.
44. Chi I, Yip PS, Chiu HF et al. Prevalence of Depression and its Correlates in Hong Kong's Chinese Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(5):409-16.
45. Licht-Strunk E, Van Der Kooij KG, Van Schaik Dj Van Marwijk HW et al. Prevalence of Depression in Older Patients Consulting Their General Practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 ;20(11):1013-9.
46. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.
47. Chong M.Y, Chen C.C, Tsang H.Y et al. Community Study of Depression in Old Age in Taiwan. *B J Psyc.* 2001;178:29-35.
48. Van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, Verhoeff A. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord.* 2004 Nov 15;83(1):33-41.
49. Jang, S.N., Kawachi a,I., Chang, J., Boo, K., Shin, H.G., Lee, H., Cho, S. (2009). Marital Status, Gender, and Depression: Analysis Of The Baseline Survey Of The Korean Longitudinal Study of Ageing (KLOSA). *Social Science & Medicine*, 69, 1608–1615.
50. Çetin A. Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ile Depresyon. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. 2008.

51. Maral I, Aslan S, İlhan MN ve ark. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:251-9.
52. Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E et al. Dementia and Depression: Two Frequent Disorders of The Aged in Primary Health Care in Greece. Fam.Prac. 2001;18:87-91.
53. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kiyela SL, Isoaho R. Psychotropics among the home -dwelling elderly--increasing trends. Int J Geriatr Psychiatry 2002;17:874-883
54. Millan-Calenti, J.C., Tubios J., Pita-Fernandez ,F., Gonza lez-Abraldes,F. Lorenzo,T, Fernandez-Arruty.T , Maseda.A.(2010). Prevalence Of Functional Disability In Activities Of Daily Living (Adl), Instrumental Activities Of Daily Living (Iadl) And Associated Factors, As Predictors Of Morbidity And Mortality. Archives of Gerontology and Geriatrics, 50, 306–310.
55. Kaplan HI, Sadock BJ: Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, Second Edition, New York: New York University Medical Center, Press Williams and Wilkins 1995;97-112.
56. Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalı, Toplum için bilgilendirme dizisi-153
57. Akyol ve Kartal. İzmir il merkezinde 65 yaş ve üstü yaşlılarda depresyon prevalansı [Uzmanlık Tezi], 2015
58. Yüksel N. Demans ve Depresyon: Klinik ve Nöropsikolojik Özellikler. Türk Nöroloji Dergisi 2002;8:71-84.

10. EKLER:

EK-1: SOSYO - DEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

SOSYO - DEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

1. No:

2. Yaş:

3. Cinsiyet

4. Medeni Hali: a) Evli b) Bekar c) Dul d) Boşanmış

5. Eğitim Durumu:

a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

6. İş Durumu a) çalışıyor b) emekli c) işsiz/emekli değil

7. Yaşadığı yer: a) yalnız b) eşi ya da aile üyeleri ile beraber

8. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? a) var b) yok

9. Kronik hastalığınız var ise söz konusu hastalık ya da hastalıklarınız nelerdir?

Diyabet mellitus (şeker hastalığı)	Depresyon
Hipertansiyon	Malignite (kanser) (varsa tipi:.....)
Kalp hastalıkları	Vertigo (başdönmesi)
Kronik böbrek yetmezliği	Hiperlipidemi
Karaciğer hastalığı	Mide rahatsızlığı
Osteoporoz (kemik erimesi)	Benign prostat hiperplazisi
Romatolojik hastalık	Diğer (varsa:.....)
Osteoartrit	
Tiroid hastalığı (varsa tipi:.....)	

10. Sürekli olarak kullandığımız ilaç var mı? a) Evet b) Hayır

11. Sürekli olarak kullandığımız bir ilaç var ise isimleri nelerdir?

EK-2: Beck Depresyon Testi

Beck Depresyon Testi

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere son iki haftadaki duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü

- 0 Üzgün değilim.
- 1 Zaman zaman üzgünüm.
- 2 Her zaman üzgünüm.
- 3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

2. Kötümserlik

- 0 Gelecekte umutsuz değilim.
- 1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
- 2 Gelecekte çok umutsuzum.
- 3 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geçmişteki başarısızlıklar

- 0 Kendimi başarısız görmüyorum.
- 1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
- 2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
- 3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

4. Kendini beğenmeme

- 0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
- 1 Kendime olan güvenim azaldı
- 2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum
- 3 Kendimden nefret ediyorum.

5. Kendini suçlama

- 0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyor ve suçlamıyorum
1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

6. İlgı kaybı

- 0 İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
1 İnsanlar ve olaylara olan ilgim azaldı
2 İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
3 Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum.

7. İntihar düşüncesi veya isteği

- 0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Toplam puan:

EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

- 1. Araştırmanın Adı:** Altmış Beş Yaş Üzeri Bireylerde Depresif Belirtilerin Belirlenmesi
- 2. Araştırmanın İçeriği:** Tanımlayıcı tipte düzenlenen bu çalışmaya 01.06.2017-01.07.2017 tarihleri arasında İzmir, Karşıyaka Mustafa Kemal mahallesinde ikamet eden, araştırmacının irtibat kurabileceği, çalışmanın kabul-dışlanma kriterlerini sağlayan kişiler dâhil edilmesi planlandı. Altmış beş yaş üzeri bireylerin alınması planlanmaktadır. Katılımcılara Sosyodemografik bilgi formunu içeren bir anket ve Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği uygulanacaktır.
- 3. Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmada Birinci Basamakta 65 Yaş Üzeri Bireylerde Depresif Belirtilerin Belirlenmesi amaçlanmıştır.
- 4. Araştırmanın Öngörülen Süresi:** 1 ay (01.06.2017-01.07.2017)
- 5. Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 120
- 6. Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:**

Herhangi bir ilaç ya da tedavi uygulaması yapılmayacaktır. Sadece araştırmacılar tarafından hazırlanan anketlerdeki soruların yanıtlanması istenmektedir. Ankette herhangi rencide edici soru bulunmamaktadır

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu çalışmada Birinci Basamakta 65 Yaş Üzeri Bireylerde Depresif Belirtilerin Belirlenmesi amaçlanmıştır. Depresif belirtiler tedavi edilebilirdir. Böylece yaşlılarda depresif belirtilerin araştırılması ve gerekli durumlarda tedavisi ile depresif belirtiler ile ilişkili çok yönlü sorunların yavaşlatılması veya durdurulması sağlanacaktır.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Çalışmada herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Anket sorularının yanıtlanması sizin açınızdan herhangi bir risk taşımamaktadır

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Çalışmada yaşlılarda depresif belirtilerin yaygınlığı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisinin ortaya konması planlanmıştır Depresif belirtiler tedavi edilebilirdir. Böylece yaşlılarda depresif belirtilerin araştırılması ve gerekli durumlarda tedavisi ile depresif belirtiler ile ilişkili çok yönlü sorunların yavaşlatılması veya durdurulması sağlanacaktır.

5.GEBELİK

Araştırmanın gebelik üzerine herhangi bir olumsuz etkisi bulunmamaktadır. Bununla beraber araştırmaya 65 yaş üzeri bireyler alınacaktır

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Araştırmada herhangi bir girişim ya da tedavi uygulanmayacaktır.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Anket sorularına uygunsuz ya da eksik cevap vermeniz durumunda doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Anket süresince veya sonrasında araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun yaşamanız durumunda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Doç. Dr. Kurtuluş Öngel telefon: 0...

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Anket uygulaması ve BKİ ölçümü tarafınıza maddi ya da manevi bir zarar vermeyecektir. Soruların sizi rahatsız etmesi durumunda çalışmadan gönüllü olarak ayrılabilirsiniz. Çalışmada kalmanız için size herhangi bir zorlama yapılmayacaktır.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

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

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** 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 yeterli 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.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün 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 Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

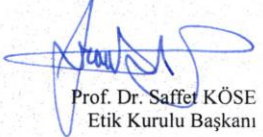
EK-4: ETİK KURUL ONAYI



SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Toplantı No:2017/05
Karar No:03
Tarih :26/05/2017

Yürütücü Araştırmacı Dr. Zeynep Ezgi HACİNECİPOĞLU tarafından hazırlanan “Altmışbeş Yaş Üzeri Yaşlılarda Depresif Belirtilerin Belirlenmesi” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oybirliği** ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Saffet KÖSE
Etik Kurulu Başkanı

Sayfa 1