

**T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ELAZIĞI MERKEZİNDE YAŞAYANLARDA  
DEPRESYON BELİRTİLERİNİN YAYGINLIĞI  
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Mustafa KARADAĞ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ**

**ELAZIĞI -2008**

## DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. Ömer L. ERHAN

### DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmu tur.

Prof. Dr. Yasemin AÇIK

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sa lı ı **Anabilim Dalı Ba kanı**

Tez tarafımızdan okunmu , kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmi tir.

Yrd. Doç. Dr. S. Erhan DEVEC

### Danı man

### Uzmanlık Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Yasemin AÇIK .....

Doç. Dr. İhami ÇELİK .....

Doç. Dr. Yusuf ÖZKAN .....

Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane ÖZÖNCÜL .....

Yrd. Doç. Dr. S. Erhan DEVEC .....

## TE EKKÜR

Uzmanlık E itimim süresince bizlerin hep yanında olan, bizleri iyi bir halk sa lıkçı olmanın prensipleri ile yeti tiren Anabilim Dalı Ba kanımız de erli hocam Prof. Dr. Yasemin AÇIK'a te ekkürlerimi sunuyorum.

Uzmanlık e itimime ba ladı m günden itibaren deste ini hep gördü üm, bilgi ve deneyimlerinden yararlandı m, ayrıca Uzmanlık Tezimin her a amasından yardımlarını esirgemeyen Tez Danı manım de erli hocam Yrd. Doç. Dr. S. Erhan DEVEC 'ye te ekkürler ediyorum.

Anabilim Dalımız de erli ö retim üyeleri Yrd. Doç. Dr. A. Tefvik OZAN ve Yrd. Doç. Dr. A. Ferdane O UZÖNCÜL hocalarıma uzmanlık e itimim sürecindeki emeklerinden dolayı, de erli ara tırma görevlisi a rkada larıma ihtisasım süresince birlikteli imiz ve ikili ili kilerimiz için te ekkürlerimi sunarım. Yine Uzmanlık Tezimin hazırlık ve planlama safhasında görü ve önerilerinden yararlandı mız Psikiyatri Anabilim Dalı Ba kanı Doç. Dr. Murad ATMACA hocama te ekkür ediyorum.

Ayrıca rotasyon yaptı m; ç Hastalıkları, Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ile Kadın Hastalıkları ve Do um Anabilim Dallarının çok de erli ö retim elemanlarına destekleri ve katkılarından dolayı te ekkürlerimi sunuyorum.

htisasım süresince daima desteklerini yanımda hissetti im de erli e im Nur en KARADA ve çocuklarım Ça da , Gök en ve Ba ak'a kucak dolusu sevgi ve te ekkürlerimi iletiyorum.

## Ç İNDEK İLER

Konu	Sayfa
1. Özet .....	1
2. Abstract .....	2
3. Giriş .....	3
3.1 Yaşlanma .....	3
3.1.1 Yaşlılık Tanımı .....	3
3.1.2 Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Artışı .....	4
3.1.3 Yaşlanma ve Değişiklikler .....	5
3.1.4 Yaşlılık Sorunları .....	7
3.1.4.1 Yaşlılık ve Fonksiyonel Bağımlılık.....	7
3.1.4.2 Yaşlılık ve Yaş Yaşama Durumları .....	7
3.1.4.3 Yaşlılık ve Uyku Sorunları .....	8
3.1.4.4 Yaşlılık ve Sosyal Destek .....	8
3.1.4.5 Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi .....	9
3.1.4.6 Yaşlılık ve İlaç Kullanımı .....	9
3.1.4.7 Yaşlılık ve Ekonomik Sorunlar .....	10
3.1.4.8 Yaşlılık ve Tütün Kullanımı .....	10
3.1.4.9 Yaşlılık ve Beslenme Sorunları .....	10
3.1.4.10 Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar .....	11
3.1.4.11 Yaşlılık ve Ev Kazaları .....	11
3.1.4.12 Yaşlılık ve Ruhsal Sorunlar .....	11
3.2 Depresyon .....	12
3.2.1 Depresyon Tanımı .....	12
3.2.2 Depresyon Yaygınlığı ve Sınıflandırılması .....	12
3.2.3 Depresyon Etiyopatogenezi .....	13
3.2.4 Depresyon Etiyolojisi .....	13
3.2.5 Depresyon Semptomları .....	14
3.2.6 Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı .....	14
3.2.7 Depresyona Karşı Koruyucu Etkenler .....	16
3.3 Yaşlılarda Depresyon .....	16
3.3.1 Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi .....	17

3.3.2 Ya lı larda Depresyon Etiyolojisi .....	17
3.3.3 Ya lı larda Depresyon Klini i .....	20
3.3.4 Ya lı larda Depresyon Tanısı .....	22
3.3.5 Ya lı larda Depresyon Tedavisi Yakla ımı .....	23
4. Gereç ve Yöntem .....	25
5. Bulgular .....	28
6. Tartı ma .....	54
7. Kaynaklar .....	75
8. Ekler .....	86
9. Özgeçmi .....	90

## TABLULARIN İÇİNDEN

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Major Depresyon Tanı Kriterleri	15
<b>Tablo 2.</b> Depresyon Gelişmesine Sebep Olabilecek Dahili Hastalıklar ve Yaşlar	19
<b>Tablo 3.</b> Elazığ İl Merkezi Genel 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Cinsiyet Dağılımı İle Örneklem Grubunun Cinsiyet Dağılımı	26
<b>Tablo 4.</b> Elazığ İl Merkezi Genel 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Yaş Grupları Dağılımı İle Örneklem Grubunun Yaş Grupları Dağılımı	26
<b>Tablo 5.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Cinsiyete Göre Yaş Ortalamalarının Dağılımı	28
<b>Tablo 6.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	28
<b>Tablo 7.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların VK 'ye Göre Gruplandırılması	29
<b>Tablo 8.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	29
<b>Tablo 9.</b> Araştırmaya Katılan Yaşlıların Kendi Sosyoekonomik Düzeylerini Algılama Özellikleri	30
<b>Tablo 10.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Birlikte Yaşadıkları Kişilerin Dağılımı	31
<b>Tablo 11.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Çocukları ile Olan İlişkileri	31
<b>Tablo 12.</b> Araştırmaya Kapsamına Alınan Yaşlıların Akraba ve Yakınları ile İlişkileri	32
<b>Tablo 13.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Oturdukları Eve Sahip Olma ve Kendilerine Ait Oda Durumu	32
<b>Tablo 14.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Kronik Bir Hastalığının Olup Olmama Durumu	33
<b>Tablo 15.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Bedensel Hareket ve Kısıtlılık Durumları ile İlgili Özellikler	34
<b>Tablo 16.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Hobilerine Göre Dağılımı	35
<b>Tablo 17.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Uyku Durumları	

le li kili Sorulara Verdikleri Yanıtların Da ılımı	35
<b>Tablo 18.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Beslenmelerinde En Fazla Tercih Ettikleri Yiyecek Gruplarının Da ılımı	36
<b>Tablo 19.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılar Arasında iddet Gördü ünü fade Edenlerin Hayatı Boyunca Maruz Kaldıkları iddet Türlerinin Da ılımı	37
<b>Tablo 20.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Son Bir Yıl çinde Maruz Kaldıkları iddet Türlerinin Da ılımı	37
<b>Tablo 21.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Geriatrik Depresyon Ölçe i Sorularına Verdikleri Yanıtların Da ılımı	39
<b>Tablo 22.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Geriatrik Depresyon Ölçe i Kesme Noktasına Göre Puan Da ımı	40
<b>Tablo 23.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılarda Cinsiyete Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı	40
<b>Tablo 24.</b> Ara tırma Kapsamına Alınanlarda Ya Gruplarına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı	41
<b>Tablo 25.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Yeti ti i Yere Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı	41
<b>Tablo 26.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların E itim Durumlarına Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı	42
<b>Tablo 27.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılarda Ortalama Aile Gelirleri ve Ki i Ba ına Dü en Gelirlerinin Depresyon Belirtileri Olup Olmayanlara Göre Da ılımı	43
<b>Tablo 28.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Algıladıkları Sosyoekonomik Düzeye Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ı Da ılımı	43
<b>Tablo 29.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılardan Çocu u Olanların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı	44
<b>Tablo 30.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Tek Ba ına veya Birlikte Ya adı ı Ki ilere Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı	44
<b>Tablo 31.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılarda Çocukları le Uyum Sorunu ve Çocuklarının Kendilerine Destek Olma Durumlarına Göre	

Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı	45
<b>Tablo 32.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Akrabalarının Sayısına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı	46
<b>Tablo 33.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Yakınları le Olan li kisine Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı	46
<b>Tablo 34.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların u Anda Ya adı ı Aile Ortamına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ı Da ılımı	47
<b>Tablo 35.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Arasında Tanısı Konmu Psikiyatrik Bir Hastalı ı Olan ve Psikotrop laç Kullananların Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ı Da ılımı	48
<b>Tablo 36.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Bedensel Hareket ve Kısıtlılık Durumları le lgili Özelliklerine Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ı Da ılımı	49
<b>Tablo 37.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Uyku Düzenleri le lgili Özelliklere Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı	50
<b>Tablo 38.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Günlük Ö ün Sayısına Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı	51
<b>Tablo 39.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Beslenmelerinde En Fazla Tercih Ettikleri Yiyecek Grupları le Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının li kisi	52
<b>Tablo 40.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların iddete Maruz Kalma Durumlarına Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı	53
<b>Tablo 41.</b> Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Sigara çme Durumlarına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ı Da ılımı	53



## 1. ÖZET

Yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı yüksektir. Bu durum gerek risk faktörleri, gerekse sonuçları açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler ile ilişkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipte olan bu çalışma; Elazığ il merkezinde yaşı 65 ve üzeri 630 kişi üzerinde yapılmıştır. Örneklem grubu, Elazığ il merkezinde bulunan 18 sağlık ocağında mevcut ev halkı tespit fişlerinden randomize sayılar cetvelinden yararlanılarak seçilmiştir. Örneklem alınan yaşlılara içerisinde Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin de (GDÖ) yer aldığı bir anket karşılıklı görüşme ile uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %50.5'i kadın, %49.5'i erkek olup, ortalama; yaşları  $71.28 \pm 5.45$ , ailede kişi başına dü en aylık gelirleri  $215.30 \pm 127.24$  YTL'dir. Yaşlıların %70.2'si evli, %29.8'i dul/bo anmı, %59.0'ı okur-yazar değil, %7.3'ünün sosyal güvencesi yoktur. Yaşlıların GDÖ ortalama puanı  $11.71 \pm 5.35$  (min:2, max:27 puan)'dir. GDÖ kesme noktasına göre, depresyon belirtileri görülenlerin oranı % 34.6'dır. Depresyon belirtileri görülme sıklığı; ileri yaşlarda, dul/bo anmı larda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, kişi başına dü en gelir düzeyleri düşük olanlarda, sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algılayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, tek başına yaşayanlarda, çocuklarının desteğinden yoksun, yakınları ile olan ilişkileri kötü, hareket yeteneği kısıtlı ve uyku sorunları olanlarda, ayrıca iddiate maruz kaldığını belirtenlerde yüksektir ( $P < 0.05$ ). Cinsiyet, vücut kitle indeksi (VK), sahip olunan çocuk sayısı, kronik bir hastalığı olup olmama durumu, hobi varlığı ise depresyon belirtileri görülme sıklığını etkilememektedir ( $P > 0.05$ )

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

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılar, depresyon, risk faktörleri.

## 2. ABSTRACT

### **The prevalence and affecting factors of depression symptoms in geriatrics that lives in Elazı Centre**

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 Elazı province.

This sectional-type study was carried out on 630 people living in Elazı at the age of 65 and over. Sample group was chosen from family determination cards available in 18 primary care unit in Elazı making use to randomize number ruler. A survey in which there is Geriatric Depression Scale (GDS) was applied to the old included in the sample group with reciprocal interview.

50.5 % of the old included in the scope of the study are female and 49.5 % of them are male; their average age is  $71.28 \pm 5.45$ ; per capita monthly income in the family is  $215.30 \pm 127.24$  YTL. 70.2% of the old are married, 29.8% are widow/divorced, 59.0% are illiterate, and 7.3% do not have a social insurance. The average GDS point of the old  $11.71 \pm 5.35$  ( min:2, max:27 points ). According to GDS cutting point, the rate of the prevalence of depression symptoms is 34.6%. the prevalence of depression symptoms is high in older ages, widows/the divorced people; the ones with a lower level education, with a lower per capita income, perceiving their socio-economical level lower, who do not have social insurance, living alone, without the support of their children, having bad relationships with their relatives, with limited movement ability and having sleeping problems, in addition, the ones stating that they expose violence (  $p < 0.05$  ). Gender, body mass index (BMI), the number of children, the condition of having a chronic illness or not, having a hobby do not affect the prevalence of depression symptoms (  $p > 0.05$  ).

Consequently; the prevalence of depression symptoms in the old in Elazı 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:** The old, depression, risk factors.

## 3. G R

### 3.1 YA LANMA

#### 3.1.1 Ya lılık Tanımı

Ya lanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönü ü olmayan, fonksiyonel ve yapısal de i ikliklerin tümünü kapsayan fizyolojik bir süreçtir (1).

Dünya sa lık Örgütü'nün (DSÖ) ya lılıkla ilgili olarak yayınlanan 1998 yılı Sa lık Raporu'nda ya lılık; özürlülüklerin artması ve ba kalarına daha çok ba ımlı olma ekinde tanımlanmıştır. Bireyin de i en çevreye uyum sa lama yetisi, iç ve dış etkenlere vücudun denge sa lama yetene inin azalması ve ölüm olasılı ının artması ekinde de tanımlanan ya lanma periyodunda süregelen ve evrensel bir süreç içinde tüm i levlerde azalma olur (2).

Di er bir tanımla ya lılık; do umla ba layan ya am sürecinde, ölümden önce ya anan bireyin fiziksel ve zihinsel yönden ba ımsızlıktan ba ımlı duruma geçti i dönemdir. Genel olarak kronolojik bir kavram olarak kullanılan ya lılık sınırı, DSÖ tarafından 65 ya olarak bildirilmekle birlikte, ki inin ba ımlı durumuna geçi inin ço unlukla 75 ya dolaylarında oldu u da vurgulanmıştır (3).

Toplumlar ya özellikleri yönünden dört gruba ayrılır (4):

1. Genç toplumlar: 65 ya ve üzeri nüfus toplam nüfusun % 4 ünden daha azdır. Az geli mi ülkelerin ço u bu özelliكتedir.
2. Eri kin toplumlar: Nüfusun % 4-7'si 65 ya ve üzeridir. Çin, Asya'nın Batısı ve bazı Güney Amerika ülkeleri bu özelliكتedir.
3. Ya lı toplumlar: Toplam nüfus içinde ya lı nüfusun oranı % 7 -10'dur. Kanada, Japonya ve Avustralya bu gruptadır.
4. Çok Ya lı Toplumlar: Toplam nüfusta ya lı nüfusun oranı %10'nun üzerindedir. Geli mi Avrupa ülkeleri bu gruptadır.

Ya lanma süreci ise genel olarak be ayrı a amada incelenebilir (5);

1. Moleküler ya lanma: Tendon, deri ve kan damarlarında elastisite azalmasına yol açan kollajen birikimi ile olur.
2. Hücresel ya lanma: Mutasyona uğ ramı hücrelerde artmıştır.

3. Doku ve organ ya lanması: Organlarda yapısal ve i levsel de i iklikler ortaya çıkar. Hücresel, sinirsel i levlerde azalma ile birlikte duysal de erlendirme yetisi de azalır.
4. Bireysel ya lanma: Bireyin çevreye uyum yetene i azalır, canlılık fonksiyonları bozulur.
5. Toplumsal ya lanma: Toplumdaki 65 ya ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı artar.

### 3.1.2 Dünyada ve Türkiye’de Ya lı Nüfusun Artı ı

Birle mi Milletler Raporlarında, 2000 yılında 6.1 milyar olan dünya nüfusunun 2100 yılında 9.1 milyara ula ca ı, sonra azalmaya ba layaca ı, bu süreç içinde kıtalar arasında Avrupa’nın nüfusunun giderek azalaca ı, Asya ve Afrika’nın nüfusunda giderek artı olaca ı tahmin edilmekte olup, Türkiye’nin ise 2050 yılında Avrupa’nın en kalabalık ülkesi olaca ı söylenmektedir. Günümüzde insan sa lı ıyla ilgili geli meler ve sanayile me sonucunda tüm dünyada ya lı nüfusun toplam nüfusa oranı da artmı tır (6).

Dünya genelinde ya lı nüfusun yakla ık üçte ikisi geli mekte olan ülkelerde olup, 2025 yıllarında yakla ık %75’inin bu ülkelerde ya ayaca ı tahmin edilmektedir (6). sveç’te toplumun %18’ini, Amerika Birle ik Devletleri’nde (ABD) %13’ünü, Rusya’da %12’sini, Pakistan’da %4’ünü 65 ya üzeri ya lı nüfusu olu turmaktadır (7).

Günümüzde ya lı nüfus oranının en yüksek oldu u ülkeler Avrupa ülkeleridir. Ya lı nüfusun genel nüfus içindeki oranı bu ülkelerde yakla ık %10’un üzerindedir. Afrika ülkelerinde ise 65 ya ve üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı %5’in altındadır. Ya lı nüfus oranında Afrika’da bir artı beklenmemekle birlikte Güney Amerika, Güneydo u Asya ve Pasifik’in batısındaki ülkelerde ya lı nüfustaki artı ın fazla olaca ı dü ünülmektedir. Dünyada ya lı nüfus oranının en yüksek oldu u ülke talya’dır. talya’da nüfusun yakla ık %18.1’i 65 ya ve üzerindeki ki ilerden olu ur. Ya lı nüfusun toplam nüfusa oranı bakımından talya’dan sonra sveç, Yunanistan ve Japonya gelmektedir (8).

DSÖ, 2000 yılı verilerine göre; dünyada ya lı birey sayısının 612 milyon ve 65 ya ve üzeri nüfus artı hızının %2.7 oldu u ifade edilmektedir (9). Yapılan çalı malarda 2025 yılında 65 ya ve üzeri ki i sayısının yakla ık 800 milyon olaca ı, önmüzdeki 30 yıl içinde ya lı nüfusun ba ta Latin Amerika ve Asya'da %300 dolayında artaca ı belirtilmektedir. Günümüzde 600 milyon civarında olan ya lı nüfusun 2050 yılında iki milyarı bulaca ı tahmin edilmektedir (10).

Yapılan projeksiyonlarda, 2025 yılında geli mi ölkelerde ya am beklentisinin erkeklerde 77, kadınlarda 81 ya olaca ı tahmin edilmektedir (7). Ya lanma sürecinin hızla artı ı ölkelerden biri olan Türkiye'de 1950 yıllarından bu yana 65 ya üzeri nüfusta giderek artı saptanmı tır. Genel nüfus içindeki 65 ya üzerindeki ya lı nüfus oranı 1955 yılında %3.4 olup, bu oran 1990 yılında %4.3'e, 2000 yılında %5.5'e yükselmiştir. Bu nüfusun 2025 yılında %10'a, 2050 yılında %20'ye çıkaca ı ve 65 ya üzeri nüfusun 15 milyona ula ca ı tahmin edilmektedir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması sonuçlarına göre toplam nüfus içindeki 65 ya ve üze ri nüfus oranının %6.9 oldu u bildirilmiştir (11). Ayrıca Türkiye'de 1950'li yıllarda 48.1 yıl olan ortalama ya am beklentisi, günümüzde erkekler için 66.9, kadınlar için 71.5 yıldır. Bu rakamların 2010 yılında erkeklerde 69'a, kadınlarda ise 73.8'e çıkması beklenmektedir (12).

### **3.1.3 Ya lanma ve De i iklikler**

Çok faktörlü bir süreç olan ya lanmada; ya am boyunca ve hızı zamana ba lı olarak bireysel olarak de i en fizyolojik kayıplar ortaya çıkar. Ya lanma ile giderek artan bu kayıplar sonucunda hastalık ve yaralanmalara birey daha korumasız hale gelir (13).

Canlılar ya am süreçleri boyunca genetik yapıları ile çevre arasında gelecek nesillere aktarılan sürekli bir etkile im içindedirler. Göreceli olarak çevresel bir de i im olmaz ise genetik yük de i meden gelecek nesillere aktarılır. Kalıcı olarak çevresel bir de i im olursa çevre ile genetik yük arasında olu an uygunsuzluk genetik yapıda yeni düzenlemelere neden olur. Çevre ve gen uyumsuzlu u olu ur. Bu durum kendini hastalıklar, azalmı üreme yetene i, artmı mortalite ve morbidite olarak gösterir (14,15).

Ya lı larda ya ın ilerlemesi ile doku ve organlarda da ya lanmalar olu ur. Kalp, karaciger, damarlar ve iç salgı bezlerinde birtakım de i imler, beyinde canlı hücre sayısında azalma, hafıza zayıflı ı, dola ım, sindirim sistemi ve di er sistemlerde fonksiyonel yetersizlikler, ço alma yetene inin kaybolması, i itme, koku ve tad alma yeteneklerinde azalma, göz merce inde uyum bozuklukları, a rı ve sıcaklık duyularının e ik de erlerinin dü mesi ve ayrıca genel vücut direncinde azalma görülür (16).

Multifaktöryel bir süreç olan ya lanma olayında beklenen fizyolojik kayıpların hızı ki iden ki iye de i iklikler gösterir. Ya lanmaya e lik eden de i imler genel olarak u ekilde sıralanabilir (13):

1. Ya lanma ile organlarda rezerv kapasitelerinde azalma,
2. Termoregülasyonun bozulması, baroreseptörlerde duyarlılı ın azalması gibi homeostatik kontrolde azalma,
3. Ki ide pozisyon de i ikli ine ba lı hipotansiyon, ısı de i imine adaptasyonda zayıflık gibi çevresel ko ullara uyumun azalması,
4. Stres cevap kapasitelerinde azalma

Ya am sürecinin kaçınılmaz dönemi olan ya lanma döneminin kronolojik ba langıcı 65 ya olmasına ra men bu süreç ki iler ve organ sistemleri arasında farklılık gösterir. Organ sistemlerinde ya lanma ile birlikte homeostaz bozulur ve rezervlerinde azalma olu ur. Organ sistemlerindeki rezervlerin ilerleyici azalması ile organizmada streslere kar ı cevap bozulur, patolojik olaylara e ilim artar. Fiziksel aktivite, beslenme, ya am tarzı, kronik hastalıklar, genetik faktörler fizyolojik ya lanmada homeostazın azalmasına etkide bulunur. Bundan dolayı ki ilerde ya lanma süreci farklılıklar gösterir (17). Bu bireysel farklılıklar ki ilik yapısı, bireyin yaptı ı i , toplumun kendisini ve kendinin toplumu algılay ı ve beslenme alı kanlıklarından da etkilenir (18).

Geçen yüzyıl içinde ya lanma konusu bilimsel olarak ilgi oda ı olmamı tır. 21. yüzyılda ya lı nüfusun genel nüfus içindeki oranı önemli sa lık konularından birisi olmu tur. Ya lanma sabit bir kronolojik süreç de ildir. Ya am süreçleri boyunca çok hücreli organizmaların tümü zamana ba lı anatomik ve fizyolojik olarak çe itli dejeneratif de i iklikler geçirirler (19).

Ya lılarda fizyolojik de i ikliklerin ve hastalık etmenleri ile kar ıla ma olasılıklarının daha fazla olması, gençlere göre daha fazla hastalanmalarına ve sorunlar ya amalarına neden olur. Ya lılardaki sa lık sorunlarının olu masında aile hikayesi, genetik özellikler, çevresel faktörler ve ki isel davranı larda önemlidir (20).

### **3.1.4 Ya lılık Sorunları**

Ya lılarda bilinmesi ve önlenmesi gereken en önemli sorunlar; dü me ve kazalar, göz ve görme sorunları, i itme sorunları, osteoporoz, ruh sa lı ı sorunları, di ve beslenme sorunları, kronik a rı ve uyku bozuklukları, vücut ısısının kaybı , idrar ve dı kıkı inkontinansı, ilaç ba ımlılı ı, alkol ba ımlılı ı, gereksiz ilaç kullanma ve nedeni bilinmeyen sorunlardır (21). Kronik ve dejeneratif hastalıklarla ilgili sa lık sorunları da ya lılarda sık görülür. Kalp ve damar hastalıkları, sosyal izol asyon, bili sel bozukluklar, a rılar, ya am beklentisinin azalması ve fiziksel yetersizlikler gibi sa lık sorunları ya lılara özgü olmamasına ra men sık görülen sa lık sorunlarından (22).

#### **3.1.4.1 Ya lılık ve Fonksiyonel Ba ımlılık**

Ya lılık döneminde ki ilerinin ya lanma ile birlikte fiziksel kapasitelerinin azalması fonksiyonel ba ımsızlıklarını kısıtlar. Ayrıca bazı fiziksel faktörler ve hastalıkların olu turdukları ko ullara uyumu zorla tırır. Uyum sa lama yetenekleri azalan ya lıların fonksiyonel kapasiteleri çocukluk ve eri kinlik dönemlerinde yüksek tutularak ba ımlılık dönemleri ertelenebilir ve ya amlarını zorla tıran sosyal ve çevresel faktörler en az düzeye indirilebilir (23).

#### **3.1.4.2 Ya lılık ve Yas Ya ama Durumları**

Ya lılar ya am sürelerince yas ya ama yönünden büyük riskler ta ırlar ve yası ya ama biçimleri de farklılıklar gösterir. Baskılanmı yas di er yas tiplerinden fazla görülür (24). Ya lılar ya amları boyunca yakınlarının birço unu kaybedebilirler, bu kayıplardan en fazla üzerinde duru lan e kaybidir. Dul kalmaları ya amlarında büyük bir stres etkisi yapar. Ya lıların dul olarak ya amalarının bedensel ve ruhsal sa lıklarında bozulmalara neden oldu u ve intihar/intihar dı ı ölüm risklerini artırdı ı gösterilmi tir (25). Ya lı dulların sa lıklarının kötü oldu undan, somatik belirtilerden yakınmaları ve sa lık hizmetlerini kullanmaları daha fazladır (24).

### 3.1.4.3 Ya lılık ve Uyku Sorunları

Ya lanma ile birlikte ki ilerde uyku sorunlarında artı e ilimi görölür. Yapılan çalı malarda ço u ya lının uyku kalitesinden memnun olmadıkları, kronik uyku sorunu ya adıkları bildirilmi tir (26). Ya lanma ile birlikte uykuda fizyolojik ve günlük ritim de i iklikleri olur. Somatik ve psikiyatrik hastalıklara ba lı uyku bozuklukları, uyku apne sendromu, noktürnal myoklonus gibi uyku bozuklukları meydana gelebilir (27). Ya lılarda ya am süreçleri içinde yalnız ya ama, e kaybı, huzurevi ve bakımevinde kalma, emeklilik gibi ya amsal de i iklikler, kronik somatik hastalıkların sıkla ması, görme ve i itmede a zalma sonucu ık ve ses gibi uyarıları algılama yetersizlikleri gibi de i iklikler uyku ve ya am kalitesini kötü yönde etkiler (28.29).

### 3.1.4.4 Ya lılık ve Sosyal Destek

Türkiye'de hızlı kentle me ve sanayile me sonucu geleneksel sosyal de erlere yansıyan sosyodemografik yapıda de i iklikler olmu , göç ve kentle me ile birlikte ili kilerde azalma, ya lıların sosyal a larının sınırlanması ve bakım için sosyal destek imkanlarında azalma olmu tur (30). Ülkemizde sa lık hizmetleri içeri inde ya lılara yönelik bakım ve hizmet imkanları örgütlü olarak yeterince sunulamamaktadır. Ya lılarda sosyal ve ekonomik zorlukların etkisi ruhsal ve fiziksel sa lık sorunlarını artırmaktadır (31). Ya lıların yeti kin çocuklarının aynı ehirde bulunmamaları, çocukların çalı mak için ülke dı na gitmeleri, ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturmaları ve büyüklerine ayrılabilen bir mekan olmaması, kırsal kökenli ya lılarda kentte de i en sosyal ya ama ba lı aile içi uyumsuzlu un olması, daha önce kentte çalı mı ve statü sa hibi olan ya lıların akraba yanında bir ya am eklini kabul etmemeleri, evde ya lıya bakacak ve e lik edecek birinin olmaması gibi aile yapısındaki de i iklikler ya lıların sosyal ya antısını, aile ve toplum ya amını etkileyen önemli de i ikliklerdir (32). Ya lı bireylerin çevrelerindeki e aile ve arkadaş larından olu an sosyal a ları kendilerine faydalı ve etkili destek sa larlar. Ya lılarda sosyal destek sonucu olu an saygınlık moral artı na, ya am memnuniyetine, olumsuz olaylarla ba etmesine katkı sa lar (33).



### 3.1.4.5 Ya lılık ve Ya am Kalitesi

Günümüzde ya lılık sürecinde sa lıklı ya am beklentisinin önemi ve ya lı hastalarda ya am kalitelerinin korunmasının gereklili i üzerinde durulmaktadır. Sa lık çalı anları, ya lıların i levseli inin sürdürülmesi için ya lılarda görülen septomların azaltılması ve iyi hasta-hekim ili kisinin sa lanmasına özen göstermelidir. Ya lı hastaya yakla ımda a a ıdaki hususlara dikkat edilmesi yararlı olacaktır (34);

1. Ya lı hastalarda görülen septomlar hastalık görülen organ sisteminin septomları olmayabilir (myokard enfarktüsü geçiren hasta gö üs a rısı yerine nefes darlı ı, konfüzyon, dü me, çarpıntı gibi septomlarla ba vurabilir).
2. Hastalarda yataktan çıkmama, yemek yememe gibi spesifik olmayan ikayetler olabilir.
3. Ya lılarda kabızlık, idrar tutamama, gece bacak a rıları, i itme kaybı gibi yakınmaların görülmesinin do al kabul edilmesi nedeni ile kayıt dı ılık sıktır.
4. Ya lıda aynı anda birçok patolojik durum birlikte bulunabilir. Hastalıklara yönelik de i ik tedaviler uygulanabilir.
5. Ya lılık döneminde polifarmasi denilen çoklu ilaç kullanımı çok yüksek orandadır.

Ya lı hastaların de erlendirilmesinde bazı septomların belirli organ sistemi veya hastalı a ba lı olmadı ının sık olarak görüldü ü bilinmelidir. Ya lı hastalarda ilk a amada görsel, i itsel ve algılama bozuklukları de erlendirilmeli, kullandı ı yardımcı cihaz varsa sorgulanmalı ve cihazın uygun olup olmadı ı tespit edilmelidir (35).

### 3.1.4.6 Ya lılık ve İlaç Kullanımı

Ya lı ki ilerde ilaçların etkilerinde, ilacın dokular tarafından emilimi, vücuttaki kullanımı, da ılımı, atılımı ve etki etti i dokularda olu an reseptör duyarlılı ındaki de i ikliklere ba lı olarak farklılıklar olu ur (36). Ya lılar ilaçlar arası etkile imlere ve ilaç yan etkilerine daha duyarlıdı rlar (37). Bazı ilaçlar ya lılarda daha fazla yan etki olu tururlar bunlardan en önemlileri santral sinir santral sinir sistemi depresyonu olu turan ilaçlardır. Bu ilaçları antibiyotikler, antikoagülanlar, bronkodilatatörler, analjezikler, antihipertansifler, oral hipoglisemik ajanlar, diüretikler izler. Ya lılarda bazı bulgular ilaç yan etkileri olabilece ini dü ündürür bunlar; konfüzyon,

huzursuzluk, depresyon, hafıza kaybı, dü me, ekstrapiramidal sistem bulguları, inkontinans ve kabızlıktır. Ya lılık döneminde çoklu ilaç kullanımı sık görülen sorundur. Polifarmasi olarak tanımlanan bu durum klinik olarak endike olan ilaçların dı nda bir veya daha fazla gereksiz ilaç kullanımı veya 4-5 adetten fazla ilaç kullanımınıdır (38).

#### **3.1.4.7 Ya lılık ve Ekonomik Sorunlar**

Toplumda ya lı nüfus yoksul ve yoksullu a yakın olanlar arasında önemli yer tutar. Yoksul durumdaki ya lılar gelirlerinin büyük bir kısmını temel gıda, temel ihtiyaç ve sa lık harcamalarını kar ılamak için kullanmak zorunda olduklarından, yetersiz beslenme, yetersiz barınma ve sa lık ihtiyaçlarının ihmal edilmesi gibi risklerle kar ıla abilirler (39). Ara tırmalar ya lı kadınların ekonomik sıkıntılarının erkeklere göre daha fazla oldu unu ve altmı be ya tan fazla olma, yalnız ya ama, kırsal bölgede ya ama, bo anmı , dul yada hiç evlenmemi olma gibi nedenlerin yoksulluk sıklıklarında artı a neden olduklarını göstermi tir (40).

#### **3.1.4.8 Ya lılık ve Tütün Kullanımı**

nsan ya amının do al bir seyri olan ya lılık döneminde organizmada fizyolojik de i iklikler ve çe itli patolojik durumlar ortaya çıkar. Tütün kullanımı fizyolojik ve patolojik de i iklikleri hızlandırdı ı bilinmektedir Sigara kullanımı ile ba ta akci er ve gırtlak kanseri olmak üzere kanser görülme sıklı ı artar. Çe itli kanserler dı nda kalp ve damar hastalıkları, kronik akci er hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve felç gibi hastalıklar sigara içen genç ve orta ya taki ki iler kadar ya lı bireylerde de sık görülür (41).

#### **3.1.4.9 Ya lılık ve Beslenme Sorunları**

Ya lılarda ya lanma süreci içinde beden yapısı ve organsal düzeyde i levsel de i iklikler bireyin besin alımını ve besinlerin kullanımını olumsuz etkiler. Ya lı bireylerin kötü beslenme alı kanlıkları kronik hastalıkların olu masında önemli faktörlerdendir. Ya lılarda bazı besinlere ilgisizlik, sosyal çevrenin daralması, bakımevinde kalma sıkıntısı, tek ba ına ya ama, gelir düzeyi dü üklü ü, satın alma ve pi irme olanaklarının olmaması, di ve a ız sa lı ı bozuklukları, tat alım bozuklukları besin tüketimini engelleyerek yetersiz ve dengesiz beslenmeye yol açar (42,43).

#### **3.1.4.10 Ya lılık ve Kronik Hastalıklar**

Türkiye’de ya lı nüfusta ba ta kalp-damar hastalıkları olmak üzere kanser ve serebrovasküler hastalıklar sık görülen sa lık sorunlarıdır. lerleyen ya la birlikte kronik sa lık sorunları artmaktadır. Ülkemizde 65 ya ve üzeri ya lı nüfusun % 90’ında bir, %35’inde iki, %23’ünde üç, %15’inde dört ve dörtten daha fazla kronik sa lık sorunu bulunmaktadır. Türkiye genelinde hastaneye yatı oranı %17.3 civarında iken, birden fazla kronik hastalı ı olan ya lı nüfusun artmasına ba lı olarak 65 ya ve üzerindeki ki ilerde bu oran %31’e çıkmaktadır (44). Dünyada giderek artan ya lı nüfusta potansiyel olarak kalp hastalı ı, maligniteler, serebrovasküler olaylar ve influenzaya ba lı pnömoniler en sık ölüm nedenleri arasındadır. Bununla birlikte serebrovasküler olaylar, artrit, i itme kaybı, hipertansiyon ve kalp hastalı ı ya lılarda disabiliteye neden olurlar. Yine ya lılarda ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan serebrovasküler olay sonrası geli en hemipleji önemli düzeyde mental ve fiziksel disabilite nedenidir (45,46).

#### **3.1.4.11 Ya lılık ve Ev Kazaları**

Toplumda ya lı nüfusun giderek artması ya lı sorunlarına verilmesi gereken önemi artırmaktadır. Ya lıların önemli soru nlarından birini de ev kazaları olu turur. Ya lılar, ya lanma ile birlikte olu an fizyolojik de i iklikler, bazı kronik hastalıkların ve unutkanlı ın sık görülmesi nedenleriyle ev kazaları yönünden riskli grubu olu turur. Ayrıca ya lılarda beyin ya lanması ile ortaya çıkan nörooftalmolojik bulgular, ilerleyen i itme kaybı, postür, denge ve yürüme bozuklukları, belek bozuklukları gibi durumlar kaza risklerinin artmasına neden olmaktadır (47).

#### **3.1.4.12 Ya lılık ve Ruhsal Sorunlar**

Ya lılarda depresyon ruhsal sorunlar arasında en sık görülenidir. Yapılan çalı malarda, ya ın ilerlemesi ile fiziksel yeteneklerde azalma, bili sel i lev ve gündelik aktivitelerde gerileme, ekonomik durumun kötüle mesi, bireyin yalnız ya aması, sosyal desteklerin zayıf olması gibi faktörlerin ya lılarda depresyon görülme sıklı ında artı a neden oldu u gösterilmi tir (48). Ya lılık döneminde depresyon sık görülmesine ra men tanı konulması ve tedavi edilmesinde sorunlar ya anmaktadır. Ya lı depresif hastaların %80’nin fiziksel bir hast alık nedeni ile hekime ba vurdu u ve bunların sadece %4’ünün depresyona yönelik tedavi aldıkları yapılan çalı malarda bildirilmi tir (49).

## 3.2 DEPRESYON

### 3.2.1 Depresyon Tanımı

Depresyon üzüntülü bir duygu durum içinde de ersizlik, yetersizlik, küçüklük duygu ve dü üncelerinin oldu u ve dü ünme, konuma, hareket gibi fizyolojik i levlerde yava lamanın görüldü ü bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (50).

### 3.2.2 Depresyon Yaygınlığı ve Sınıflandırılması

DSÖ tarafından toplumsal, ekonomik, fiziksel, duygusal sorunlara yol açan hastalıklar arasında depresyonun dördüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir. Tekrarlayıcı ve uzun süre tedavisi gereken bir hastalık olan depresyonun sıklığı ve süresi ya la artı gösterir (51).

Depresif bozukluklar içinde ara tırması en fazla yapılan major depresyonun yapılan ara tırmalarda ya am boyu görülme riski erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 olarak bulunmu tur. Ara tırmalara göre eri kinlerde major depresyonun toplumdaki nokta prevalansı kadınlarda %5-9, erkeklerde %2-3 oranlarında belirtilmiştir (52). Türkiye’de yapılan ara tırmalarda depresyon sıklığı %10 civarındadır (53). DSÖ’nün verilerinde izofreni yıllık insidansının %1, a ır depresyonun ya am boyu sıklığının %10, anksiyete ve stres bozukluklarının ya am boyu sıklığının %14.6 oldu u ve 2020 yılına kadar yeti kaybına neden olan hastalıklar arasında majör depresyonun kalp hastalıklarından sonra gelece i bildirilmektedir (54,55).

Depresyon ba lama ya ı ortalama 40 ya olmasına rağmen, ço unlukla depresif vakaların ba langıç ya ı 20 ile 50 ya arasında olmaktadır. Yapılan ara tırmalarda çocuklar ve ya lılarda depresyon görülme olasılığının dü ük oldu u, fakat sosyokültürel yapıdaki de i ikliklere ba lı olarak ya lılardaki depresyon sıklığında artı oldu u bildirilmiştir (56).

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılmasında de i ik sınıflandırma sistemleri kullanılmı tur Dünyada en fazla kullanımı kabul edilmi sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birli i’nin sınıflandırma sistemi olan DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)’tür. Bu sınıflandırmaya göre depresyon (52);

1. Major depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Bipolar bozukluktaki depresyon
4. Genel bir tıbbi duruma ba lı depresyon
5. Depresyonlu uyum bozuklu u
6. Ba ka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk.
  - a-Premenstrüel disforik bozukluk
  - b-Minör depresif bozukluk
  - c- Tekrarlayan kısa depresif bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır.

### 3.2.3 Depresyon Etyopatogenezi

Depresyon olu um nedenleri 3 temel ba lıkta toplanabilir. Bunlar; psikososyal, genetik ve biyolojik nedenlerdir. Psikiyatrik hastalıkların etyopatogenezinde genetik geçi in rolü önemlidir. Bilhassa monozigot ikizlerde psikiyatrik tabloya daha sık rastlanması ve ailesel sıklı ın yüksek olması genetik geçi in rolünü desteklemektedir. Ara tırmalarda affektif bozukluklarda genetik geçi in, monozigot ikizlerde %50-100 arasında ve dizigot ikizlerde % 25 oldu u bildirilmi tir. Yine ilgili çalı malarda; depresyonda ailesel bir geçi oldu u, genetik etkenlerin önemli oldu u fakat geçi in nasıl oldu unun tam olarak bilinmedi i, X'e ba lı otozomal dominant geçi in olabilece i ileri sürülmekte, fakat bu duruma uygun olmayan durumlarında oldu u söylenmektedir (57). Depresyonun fizyopatolojik ortak yönünün merkezi sinir sistemindeki nörotransmitterlerde i levsel bozuklu un oldu u görü ü genel olarak öngörölmü tür. Bununla birlikte yapılan yayınlarda klinik yönden ki iler ve toplumlar arasında farklılıklar gösterdi i, sosya l ve kültürel etmenlerin depresyonu birçok yönlerden etkiledi i de öne sürölmü tür (58).

### 3.2.4 Depresyon Etiyolojisi

Depresyon etiolojisi ile ilgili yapılan çalı malarda depresyonun ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin sorumlu olmadı ı, genetik yapı nın çevresel etkenlerle olumsuz etkile imi, bu etkile imin zamanlamasının önemli oldu u ileri sürölmü ve depresyonla ilgili ana risk etkenleri olarak; ailesel yüklölük, depresif ki ilik özellikleri, kadın olmak, e itim düzeyinin dü ük olması, olumsuz ya a m olayları, yakın ili ki azlı ı, bedensel hastalıklar, hastalıklarla ilgili tedaviler, yeti yitimine neden olan psikiyatrik bozukluklar bildirilmi tir (59,60). Ayrıca 18-44

ya ları arasında olmak, bekar olmak, i sizlik, dü ük sosyoekonomik durum depresyon için risk faktörleridir (60,61).

### **3.2.5 Depresyon Semptomları**

DSÖ'nün "Temel Sa lık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar" adlı çalı masının Türkiye ile ilgili bölümünde depresif bozuklu u olan hastaların % 60'ının bedensel yakınmalar ve %24'ünün ruhsal yakınmalarla ba vurdu u belirtilmi tir (62). Depresyonu olan hastalar olmayanlara göre daha fazla somatik belirti göstermektedir (63). Depresyonda somatik yakınmalar çok fazla olmasına ra men, her somatik yakınma depresyon belirtisi de ildir. Ayrıca depresyonda somatik belirtiler fazla görülmesine kar ın somatizasyon bozuklu u olanlarda da duygudurum bozukluklarına sık rastlanmaktadır (64) Depresif bozukluklarla somatizasyon arasındaki ili ki yi açıklayan bir görü olan "maskeli depresyon" kavramı, affektif ve bili sel belirtilerin yoklu u, yalnızca a rı, di er bedensel yakınmalar ve hipokondriyak a ırı u ra larla ifade edilen bir depresyon eklidir (63).

Ortam ve kültürel de iikli in depresyon ve bedenselle tirmede rol oynayabilece i belirtilmi tir (65).

Major depresyonda temel klinik belirtiler; uyku bozuklukları, i tah ve vücut a ırlı mın de i mesi, cinsel ilgi ve iste in azlı ı, somatik yakınmalar, halsizlik ve enerji kaybı gibi vejetatif belirtiler; ilgi azalması, çökkün duygudurum, zevk almama, dü ünme hızında yava lık, dikkat ve konsantrasyon yetene inde azalma gibi bili sel belirtiler; psikotik düzeylere eri ebilen de ersizlik ve suçluluk dü ünceleri, tekrarlayan intihar ve ölüm dü ünceleri gibi belirtilerdir (66)

### **3.2.6 Depresyonda Tanı ve Ayırıcı Tanı**

Birinci basamak hekimlerine ba vuran hastaların üçte birinden fazlasında belirgin düzeylerde psikolojik sıkıntılar bulundu u ve bunların sadece %15 -25'ine anksiyete veya depresyon tanısı konulabildi i belirtilmi tir (67). Duygu durum bozuklukları, demans, izofreni, travma sonrası stres bozuklu u, epilepsi, anksiyete bozuklukları, madde ve alkol ba ımlılıkları en fazla görülen ruhsal bozukluklardır (68). Bu hastalıklar içinde birinci basamakta en yaygın görülen ruhsal sorun depresyondur. Depresyon birinci basamak pratisyen hekimlere ba vuru sıklı mı artırmasına, gereksiz laboratuvar i lemleri ve sevkleredenen olmasına, i ten uzun süre ayrı kalınmasına, i performansının dü üklü üne neden olabilir (69,70).

Depresyon tanısını koyarken geçici depresif duygu durum de i ikliklerini patolojik olarak de erlendirmemek gerekir. DSM -IV'e göre major depresyon tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir (71,72).

**Tablo 1.** Major Depresyon Tanı Kriterleri

---

A- ki haftalık bir dönem sırasında daha önceki i levsellik düzeyinde bir de i iklik olması ile birlikte belirtilerden en az biri “depresif duygudurum” ya da ilgi kaybı - zevk alamama olmak kaydıyla a a idakilerden en az 5'nin bulunması gerekir.

- 1.Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum
  - 2.Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ilgi kaybı ya da artı zevk alamama
  - 3.Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı
  - 4.Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku
  - 5.Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
  - 6.Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı
  - 7.Hemen her gün aşırı ya da uygunsuz de ersizlik -suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir)
  - 8.Hemen her gün dü üncelerini belli bir konuya konsantre etme yetisinde azalma ya da kararsızlık
  - 9.Yineleyen ölüm dü ünceleri ya da giri imi
- B- Bu semptomlar mikst bir epizotun ölçütlerini kar ılamaz.
- C- Bu semptomlar toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli di er i levsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D- Bu semptomlar genel bir tıbbi duruma ya da madde kullanımını etkisine ba lı değildir.
- E- Bu semptomlar ya la daha iyi açıklanamaz.
- 

Tanı koyabilmek için belirtilerin herhangi bir madde kullanım bozuklu una, fiziksel bir hastalığa veya bir yas durumuna ba lı olmaması ve en az 2 hafta devam etmesi gerekir.

Ço u fiziksel hastalıklar ve ilaç kullanımı depresyon belirtileri verebilirler. Bu nedenle depresyon ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Depresyonun klinik de erlendirilmesi için çok sayıda araç ve biyolojik ölçümler olmasına rağmen, tanıda iyi bir klinik gözlem ve ayrıntılı bir öykü alınması, fiziksel hastalıkların fizik muayene ve birtakım tetkiklerle ortaya çıkarılması önemlidir. Ayırıcı tanıda ayrıntılı psikiyatrik öykü, geçmiş e yönelik tıbbi öykü alınarak sistemler gözden geçirilmelidir (70).

### **3.2.7 Depresyona Kar ı Koruyucu Etkenler**

Depresyonu hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı etkenler oldu u gibi depresyona kar ı koruyucu etkenlerde vardır. Bu koruyucu etkenler risk faktörlerinin olumsuz sonuçlarını azaltmaya çalı an etkenlerdir. Bunlar; zeka seviyesi, ki ilik yapısı, sosyal beceriler gibi ki iye özgü özellikler, güvenli ba lanma sa layıcı ana -baba, akranları ile sa lıklı ili kiler gibi çocukluktaki ili kilerin niteli i ve de iyi okul, güvenli kom uluk, çocuk ve aileyi koruyan yasalar/kurumlar gibi sa lıklı çevresel et kenlerdir (73,74). Koruyucu etkenlerin olması i lev bozuklu unu do rudan azaltabilecek, risk faktörü etkisinin önüne geçebilecek ve hastalı a aracı olmasını engelleyebilecek ve de risk faktörünün ba langıçtaki etkisini önleyebilecektir (75). Dindar olma, bütünlük duygusuna sahiplik ve toplumsal destek de erlerinde depresyonda koruyucu etken oldu u, ayrıca duygusal destek, bilgi deste i, de er verme gibi faktörlerin ki inin toplumsal ili ki kurma, ili kiyi geli tirme ve sürdürme yetisini etkileyerek stres faktörünün etkisini azaltabilece i bildirilmi tir (76,77).

### **3.3 YA LILARDA DEPRESYON**

Dünyada ya lı nüfusun giderek artması ya lılıkla ilgili sa lık sorunlarını önemli kılmı tır. Ya lılardaki sa lık sorunlarının yalnızca fiziksel de il, sosyal, emosyonel ve ya am kalitesi yönleri ile de de erlendirilmesi gerekmektedir. Ya lıda depresyon ya am kalitesi ve üretkenli i bozması yanında dolaylı olarakta var olan kronik hastalıkların kötüle mesine ve ekonomik kayıplara yol açan bir sa lık sorunudur (78).

Ya lanmayla fiziksel görünüm, güç, rol ve konum açısından kayıplar olu ması, yeti yitimi ve fiziksel hastalıkların giderek artmasıyla ki inin çevreye ba ımlı hale gelmesi nedeniyle, ya lı bireylerin ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yakla ımın di er ya gruplarına göre farklı olması gerekir (79).



Ya lılarda en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan ilk sırayı alan depresyona ço unlukla anksiyete e lik etmekte, bunu demans, deliryum, psikotik hastalıklar ve ki ilik bozuklukları takip etmektedir (80).

### **3.3.1 Ya lılarda Depresyon Epidemiyolojisi**

Ya lı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalı malarda Amerikan Psikiyatri Birli i'nin Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM) sınıflamasına göre; ya lı bireylerde depresif belirtilerin sıklı ı %8-35 arası oranlarda, major depresyon görülme sıklı ı ise % 0.8-2.9 arası oranlarda gösterilmi tir (81). Ya lılık döneminde görülen depresyonun yaygınlı ı, çalı maya alınan ya lı grubun özelli ine, çalı manın amacı ve kullanılan çalı ma yöntemine göre %1 -60 oranında de i mektedir (82,83). Depresif belirtileri de erlendirme ölçekleri ile toplumun genelinde tarama amaçlı yapılan çalı malarda ya lılarda görülen depresif belirti sıklı ı %11 ile %48 arasında bulunmu tur (84). Türkiye'de Hamilton Depresyon Ölçe i kullanılarak yapılan bir çalı mada depresyon belirtilerinin yaygınlı ı % 29 (85), Weismann ölçe i kullanılarak yapılan di er bir çalı mada ise % 11 olarak bildirilmi tir (86). Maral ve arkadaş ları tarafından Geriatrik Depresyon Ölçe i kullanılarak yapılan çalı mada depresyon sıklı ı, huzurevinde ya ayan ya lılarda %48.1, evde ya ayanlarda %24.3 olarak saptanmı tır (87).

### **3.3.2 Ya lılarda Depresyon Etyolojisi**

Ya lılık dönemi depresyonu geli iminde birçok faktörün etkisi vardır. Bu faktörlerden en önemlileri; psikososyal etkenler, ya lılık döneminde artan sıklıkta görülen bedensel hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, ya lılıkla birlikte ortaya çıkan fizyolojik de i iklikler ve bedensel hastalıklar sonrasında ortaya çıkan nöroendokrin ve nörokimyasal de i ikliklerdir. Ya lılık döneminde yaygınlı ı artan ya lılıkla ilgili fiziksel ve zihinsel yeti yitimi, ya am tarzı de i iklikleri, ekonomik zorluklar ya lıların depresyona yatkınlı ının artmasına neden olurlar (82). Ya lıların ya lılık dönemine kadar ya am hedeflerine ula amasına ba lı benlik doyumunun sa lanamay ı depresyon olu ma riskini artırır (85).

Yapılan çalı malarda ya lılarda depresyon ile ili kili önemli risk faktörü olu turan psikososyal etkenler; ileri ya , kadın cinsiyet, günlük ya am u ra larında ba kalarına ba ımlılık, yas durumu, yalnız ya ıyor olmak, dul veya bo anmı olmak, emeklilik, aile ili kilerinde bozukluk, toplum deste i azlı ı, dü ük gelir ve e itim

durumu, daha önce depresyon ata ı geçirme, kötü sa lık durumu, daha önce intihar giri iminin olması, aile öyküsünün olması olarak bildirilmi tir (71, 88).

Ya lılarda depresyon di er hastalıklarla ili kili olarak ortaya çıkabilir. Depresyonla ili kili bir hastalı ı olan ya lıda depresif duygudurum görüldü ünde “Genel tıbbi duruma ba lı depresyon” tanısı konulur (72,89). Depresyon geli mesine neden olabilecek dahili hastalıklar ve ilaçlar Tablo 2’de gösterilmi tir (72).

**Tablo 2.** Depresyon Gelişmesine Sebep Olabilecek Dahili Hastalıklar ve İlaçlar

- 
- **Metabolik hastalıklar** Üremi, di er böbrek hastalıkları, hiponatremi, hipokalemi, serum bikarbonat düzeyinde yükselme, Gut, Porfiri
  - **MSS hastalıkları** Multipl Skleroz, Parkinson, demans, beyin tümörleri, inme, Huntington Koresi, Süregen subdural hematoma, temporal lobe nöbetleri, Myastenia gravis, Serebrovasküler hastalıklar, Epilepsi, Fahr hastalığı, Hidrosefali, MSS enfeksiyonları, Migren, Narkolepsi, Gerileyici supranükleer palsi, Uyku apnesi, MSS travmaları, Wilson hastalığı
  - **Cerrahi komplikasyonlar**
  - **Diğer nedenler** Kranial radyasyon, Amiloidosis, Psoriasis, Sarkoidosis, Wilson hastalığı
  - **Endokrin bozukluklar** Hipotiroidizm, Hipertiroidizm, Cushing sendromu, Addison hastalığı, Birincil aldosteronizm, Menopoz, Postpartum dönem, Diabetes Mellitus, Hiperinsulinizm, Hipoparatiroidizm, Hipopituitarizm, Akromegali, menstruasyon dönemleri, doğum sonrası dönem
  - **Beslenme yetersizliği** Pellegra, Tiamin yetersizliği, Skorbut, Vitamin B12 eksikliği, Folat eksikliği, Piridoksin eksikliği, Demir eksikliği, Protein eksikliği, Niasin eksikliği
  - **Gastrointestinal hastalıklar** Siroz, inflamatuvar barsak hastalıkları, Celiac hastalığı, Whipple hastalığı, Pankreatit
  - **Kollajen doku hastalıkları** SLE, Romatoid Artrit, Poliarteritis nodosa, Dev hücreli arterit, Temporal arterit
  - **İlaçlar** Antihipertansif ilaçlar, L-Dopa, Beta-blokerler, Reserpin, Kemoterapi ilaçları, Vinkristin, L-asparaginaz, Prokarbazin, İnterferon, Tamoksifen, Steroidler, Simetidin, Ranitidin, Difenilhidantoin, Dijital, Benzodiyazepinler, Oral kontraseptifler, Psikoaktif maddeler, alkol, opiatlar, anfetamin, koka in kesilmesi
- 

Ya lılarda ortaya çıkan bedensel hastalıkların depresyona olan direkt etkisi yanında ki ilerde olu turdu u yeti yitimi ve ba ımsız ı lev görmesini etkilemesi nedeni ile de depresyona katkısı belirgindir. Ayrıca kronik hastalıklar sonrası ortaya çıkan depresif belirtiler, ya lılarda ya am kalitesini etkilemesi nedeniyle, ya lılık

dönemindeki hastalıkların etkilerini daha da artırır ve bu durum ya lının depresyon düzeyini daha fazla artırarak tamamen ba kalarına muhtaç hale getirebilir (84,90).

Ya lılık dönemde görülen depresyonda nörobiyolojik etkenlerinde rolü vardır. Yapılan çalı malarda; ya lanma ile birlikte serotonin, noradrenalin, dopamin ve GABA'nın beyin konsantrasyonlarının azaldı ı ve bu azalmanın ya lılarda depresyona yatkınlı ı artırdı ı belirtilmi , ayrıca plateletlerdeki MAO (Monoamino oksidaz) düzeylerinin depresyonu olan ya lılarda demans ın erken habercisi olabilece i ve bu konuyla ilgili ba ka çalı maların yapılması önerilmi tir. Geç ba langıçlı depresyonu olan ya lı hastalarda beyinde lateral ventriküllerde belirgin olarak geni leme oldu u ve ventriküllerdeki bu geni lemenin erken ba langıçlı depresyonu olan ya lılara oranla anlamlı düzeyde daha fazla oldu u gösterilmi tir. Depresyonu olan ya lılarda prefrontal disfon ksiyonun oldu u da bildirilmi tir (82).

### **3.3.3 Ya lılarda Depresyon Klini i**

Ya lılarda bili sel belirtiler daha sık görülmesine ra men depresif duygu durumuna daha az rastlanır, aile öyküsüne çok rastlanmaz. Ya lılarda duygu ve dü ünçe ifade etme yetersizli i vardır. Bedensel yakınmalar, kilo kaybı, bedensel hastalık birlikteli i ve ölüm oranı daha fazla görülür. Ya lılardaki depresyon bazı bedensel hastalıkların öncüsü olabilir. Ya lılarda derin beyaz madde de i iklikleri ve serabral atrofi sık görülür. Demans benzeri durumlar daha fazladır (71,91). Ya lı ve gençler üzerinde yapılan bazı kar ıla tırmalı ara tırmalarda ya lılarda psikomotor aktivite artı ı ve ajitasyon daha sık, gençlerde ise çökkünlük durumu daha fazla bulunmu tur (92). Depresyonu olan ya lılar geçmi yıllardaki ba arısızlıkları ve hataları dolayısı ile kendilerini suçlayabilir, de ersizlik ve umutsuzluk duyguları ta ıyabilirler. Kendilerine göre u anki durumları ve gelecekleri ile ilgili umutsuzluk duygusuna kapılabilirler (93).

Ya lılarda görülen depresyon psikotik özellik gösteren bir depresyon olabilir. Çalı malarda hastanede yatan depresif ya lı hastalarda %30 -45 sıklı ında psikotik depresyon gözlenmi tir. Psikotik depresyon gözlenen ya lı hastalarda hezeyanlar daha sık bulunurken hallüsinasyonlar daha az bulunur. Bu hastalarda bedensel, suçluluk hezeyanları ve hipokondriak yakınmalar bulunabilir. Bazen kötülük görme ve kıskançlık hezeyanları da gözlenebilir. Psikotik depresyondaki hezeyanlar demans hastalarında görülen hezeyanlardan da ha fazla sistematize olması ve duygu durumu ile uyumluluk göstermesi ile farklılık gösterir. itme hallüsinasyonları bulunabilir,

fakat görme hallüsinasyonları bulunur ise psikotik depresyon dı nda ba ka tanılar dü ünülmelidir. Psikotik depresyonu olan hastalarda intihar görülme riski daha yüksektir (71,88). Ya lı intiharlarında depresyon önemli bir etkindir. Ya lılarda görülen intiharların %76'sında te his edilebilen psikopatolojinin oldu u, bunlardan %54'ünde major depresyon saptandı ı ve intihar giri i mlerinin ço unlukla ilk depresyon ata ı sırasında oldu u yapılan ara tırmalarda bildirilmi tir (94,95).

Depresyonlu ya lılarda depresyonun iddetinin artmasına ba lı olarak psikomotor testlerde bozulmalar daha çok artar. Ya lılarda bili sel bozulma ile depresyon ço unlukla birlikte bulunur ve bili sel bozulma sıklı ı 70 ya ından sonra daha da artar. Ya lı ki ilerdeki bili sel bozulma depresyona sekonder geli ebildi i gibi, ço unlukla bir demans bozuklu unun belirtisi olarak geli ir. Depresyonu olan ya lılarda planlama, soyutlama, problem çö zme, yaratıcılık, dikkat ve karar verme, yönetici i lev bozuklukları gibi demans kriterlerini kar ılamayan hafif bili sel bozukluklar bulunabilir (96,97).

Ya lılarda sıklıkla gözlenen depresyon ve demans bozukluklarının birbirlerinden ayrılmaları ço unlukla zordur. Depresyonu olan ya lılarda demans belirtileri ve demansı olan ya lılarda da depresyon sıklıkla gözlenir. Vasküler demansı olan ya lılarda %31, Alzheimer hastalı ı olan ya lılarda %20 ve bili sel olarak normal ya lılarda %13 oranında depresyon belirtileri saptanmı tır (98).

Bellek bozuklu unun e lik etti i depresif hastaları tanımlamak için psödodemans terimi kullanılır. Ya lılık depresyonlarında görülen psödodemans, geri dönü ümü olmayan demans olarak de rlen dirilir. Ayrıca geç ba langıçlı depresyonun Alzheimer hastalı ının erken dönemi olarakta kabul edildi i ileri sürülmü tür (97,98).

Ya lılarda görülen depresyon di er psikiyatrik bozukluklarla birlikte olabilir. Ya lı depresyonlarına ço unlukla anksiyete b ozuklu u, alkol kullanım bozuklu u ve ki ilik bozuklu u e lik edebilir. Depresyonu olan ya lı hastalarda panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk daha az sıklıkta görülmesine ra men, yaygın anksiyete bozuklu u daha sık görülür. Ki ilik bozukluklarının ya lı depresyonuna e lik etme oranı %10-30 arasındadır. Çekingen, ba ımlı ki ilik bozukluklarına daha sık rastlanır. Antisosyal, narsistik ki ilik bozuklukları depresyonu olan ya lılarda daha az görülür. Ya lılarda görülen depresyona anksiyete bozuklu u, alk ol kullanım bozuklu u, ki ilik bozuklu u e lik ederse depresyon seyri olumsuz etkilenir (99).

Ya lı depresyonu ile ilgili yapılan çalı malarda, depresyonlu hastaların %35'inin bir yıl içinde iyile ti i, %19 hastada depresyonun tekrarladı ı, %29 ha stada depresyonun devam etti i, %3 hastada demans geli ti i, %14 hastanın da öldü ü gözlenmi tir (100).

Ya lılarda görülen depresyonun seyrini etkileyebilecek birçok faktör vardır. Bunlardan önemlileri; bedensel hastalık, hastalık öncesi kötü i levsellik, bili sel bozukluk, melonkolik ve psikotik özellikler, ya lılıkta ba layan ilk atak, en az iki yıl süren ikayetler, yetersiz sosyal destek, e kaybı, kötü beslenme, alkol alı kanlı ı, u ra azlı ı, ekonomik sıkıntılar, konut ve bakım sorunlarının olmasıdır (101).

### 3.3.4 Ya lılarda Depresyon Tanısı

Depresyon tanısı için günümüzde DSÖ'nün Hastalıkların Uluslar arası Sınıflaması ( ICD-10) ve Amerika Psikiyatri Birli i'nin Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV) sınıflaması kullanılmaktadır (71). DSM-IV'e göre major depresyon tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmi tir. Bu kriterler ya lılık depresyonlarının tanısı için de kullanılır, fakat ya lı ki ilerdeki depresyon genç hastalara göre farklı belirti da ılımı gösterebilir.

Depresyonu olan ya lılarda genç depresyonlulara göre daha sık somatik yakınmalar olur. Ya lılarda görülen en sık somatik yakınmalar asteni - kuvvetsizlik, halsizlik, ba ve karın a rısı gibi vücudun farklı yerlerinde a rılar ve kabızlıktır. Ya lılarda kilo kaybı, yorgunluk ve uykusuzluk gibi be lirtiler fiziksel hastalıklarla karı tırılabilir bu nedenle ayırımının yapılması için hekimin dikkatli olması gerekir (102,103).

Ya lılık döneminde ortaya çıkan depresif belirtiler doktorlar ve hastalar tarafından ya lanma sürecinin do al bir sonucu olarak görülebilir. Emekli olan ya lılarda i levsel beklentilerin azalmasına ba lı olarak ortaya çıkabilecek yeti yitiminin düzeyi ile ilgili tam olarak de erlendirme yapılamayabilir. Ya lılar ço unlukla depresyonla ilgili belirtileri söylemeyebilirler, duygula rını belirtmede isteksiz olabilirler. Bu nedenle ya lılar daha çok bedensel yakınmalarla hekime ba vururlar, bu nedenle hekim ve hasta tıbbi durum üzerinde daha fazla durur ve depresyon tanısından uzakla ılabilir (104,105).

Ya lıların depresyon tanısında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Öncelikli olarak ya lılarda hastalık öyküsü hastanın kendisinden ve yakınlarından ayrıntılı olarak alınmalıdır. Bu hikayede hastanın son dönem i levseli i önemlidir

Hastanın daha önceki psikiyatrik hastalık hikayesi, ailenin ruhsal durumu, kişilik özellikleri, kronik bedensel hastalıkları ve görülen hastalık belirtilerinin gelişimi çok iyi bir şekilde sorgulanmalıdır. Bununla birlikte yılının fizik muayenesi yapılmalı, depresyona neden olabilecek hastalıklar sorgulanmalı, tam kan sayımı ve sıvı elektrolit değerleri, ayrıca karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyonları değerlendirilmeli, bilgisayarlı beyin tomografisi, elektrokardiyografi, vitamin B12, folat düzeyleri incelenmelidir (88,105).

### **3.3.5 Ya lılarda Depresyon Tedavisi Yaklaşımı**

Depresyonu olan ya lılarda yılın beklentileri ve yılın kaliteleri düşer, bedensel hastalık oluşma ve intihar riski artar. Bu nedenlerden dolayı ya lılarda klinik olarak depresyon tanısı konulması ile birlikte hemen tedaviye başlanmalıdır (101). Ya lılık depresyonunda uygulanan tedaviler; ilaç tedavisi, toplum desteği, yaşam, psikoterapi ve elektrokonvulsif (EKT) tedavidir. Ya lılara ilaç tedavisi verilirken, kullanılan ilaçların dozajı, metabolizma ve eliminasyon özellikleri göz önüne alınmalıdır (106).

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki riskleri ya lılarda gençlere göre daha fazla ve yan etkilerin tolere edilmeleride daha zordur. Ayrıca ya lı hastalar diğer tıbbi hastalıklar içinde tedavi aldıkları için ilaç etki leimleri daha fazla görülür (107). İlaç tedavisi olarak Trisiklik Antidepresanlar (TSAD), Selektif Serotonin Geri alım inhibitörleri (SSRI) ve diğer antidepresanlar verilebilir. Ya lılardaki yan etkilerden dolayı ilk tercih olarak SSRI'lar kullanılmalıdır (107,108). Ayrıca ya lı depresyonu olan hastalarda B12 vitamini ve folik asit eksikliği tespit edildi inde tedavi edilmelidir. Ya lılarda eksik vitamin yerine konulmaz ise antidepresif tedaviden tam sonuç alınmaz (107).

Ya lılık dönemde; ya lılarda biyolojik ve psikolojik alandaki kayıplar, sosyal alandaki kayıplara da yol açar. Ya lı kişinin kişilik özellikleri, kalıtımı, aile bağları, geçirdiği yaşamsal deneyimler, kültürel özellikleri, strese karşı savunma özellikleri, çevresiyle olan ilişkileri ruh sağlığını etkileyen özelliklerdir. Ya lılık olgusunun getirdiği biopsikososyal boyuttaki değişimlere bağlı sorunlar toplumun büyük bir kısmını etkilemekte olup bu sorunların ele alınması gerektirir ve önemi daha da artmaktadır (109).

Yaşlı popülasyonda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı yüksektir. Bu durum gerek risk faktörleri, gerekse sonuçları açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. İlimizde konu ile ilgili geniş kapsamlı herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu çalışma Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler ile ilişkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Konu ile ilgili alınacak sonuçların sağlık yaklaşımı olarak özel bir grup teşkil eden yaşlılar açısından durum tespiti yapılmasına, halk sağlığı ve psikiyatri yaklaşımları ile bu gruba yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin düzenlenmesine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.



#### 4. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın evrenini Elazığ il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmuştur. Genel Nüfus Sayımı 2000 yılı verilerine göre (110), Elazığ il merkezinde 65 yaş ve üzeri nüfus 12 266'dır. %95 güvenirlilik aralığında %3 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı aşağıda verilen formülizasyon ile 647 olarak hesaplanmıştır.

Olayın görülüş sıklığı incelenecek ise; evrendeki birey sayısı biliniyorsa örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için  $n = Nt^2pq / d^2(N-1) + t^2pq$  formülü kullanılır (111). Bu formülde (çalışmada kullanılan değerler parentez içinde verilmiştir);

N : Evrendeki birey sayısı (12 266)

n : Örnekleme alınacak birey sayısı (647)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (%20=0.20)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı) (%80=0.80)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapmayı (%3=0.03) göstermektedir.

Kesitsel tipteki bu çalışmada örnekleme alınacak kişiler; Elazığ il merkezinde tüm populasyonun kaydının bulunduğu 18 sağlık ocağında bulunan ev halkı tespit fişlerinden randomize sayılar cetvelinden yararlanılarak seçilmiştir. Her sağlık ocağı bölgesi nüfusu oranında örnekleme temsil edilmiştir.

Çalışma grubuna dahil edilme kriteri 65 yaş ve üzeri kişi olmaktır. Çalışmada hariç tutulma kriterleri ise;

- Kooperasyon sağlanamayacak derecede bir bedensel hastalığı olmak
- İletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olmak
- Üç kez gidildiği halde ulaşılamamak
- Görüşmeyi kabul etmemek
- 65 yaş altında olmaktır.

Örnekleme alınan kişilerden 630'una ulaşılmıştır. Böylece cevaplılık oranı %97.3 olmuştur. Ulaşılamama nedenleri iletişime engel olacak fonksiyon bozukluğu (3 kişi), görüşmeyi kabul etmemek (4 kişi), evde bulamamadır (10 kişi).

Elazığ il merkezi geneli 65 yaş ve üzeri nüfus cinsiyet dağılımı ile örneklem grubunun cinsiyet dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Elazığ il merkezi geneli 65 yaş ve üzeri nüfus cinsiyet dağılımı ile örneklem grubunun cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Elazığ İl Merkezi Geneli		Örneklem Grubu		
	Sayı	%	Sayı	%	
Kadın	6620	54.0	318	50.5	$X^2=2.943$
Erkek	5646	46.0	312	49.5	Sd=1, P=0.0862
<b>Toplam</b>	<b>12266</b>	<b>100.0</b>	<b>630</b>	<b>100.0</b>	

Elazığ il merkezi geneli 65 yaş ve üzeri nüfus yaş grupları dağılımı ile örneklem grubunun yaş grupları dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Elazığ il merkezi geneli 65 yaş ve üzeri nüfus yaş grupları dağılımı ile örneklem grubunun yaş grupları dağılımı

Yaş Grupları	Elazığ İl Merkezi Geneli		Örneklem Grubu		
	Sayı	%	Sayı	%	
65-69 yaş	5311	43.3	280	44.4	$X^2=0.32$ Sd=1 P=0.5714
70-74 yaş	3545	28.9	185	29.4	$X^2=0.063$ Sd=1 P=0.8022
75-79 yaş	1844	15.0	108	17.2	$X^2=2.076$ Sd=1 P=0.1497
80 ve üzeri	1566	12.8	57	9.0	$X^2=7.535$ Sd=1 P=0.0061
<b>Toplam</b>	<b>12266</b>	<b>100.0</b>	<b>630</b>	<b>100.0</b>	

Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan yaşlılara iki bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır (Ek1). Ankete başlamadan önce ankete ekli bir bilgi formu ile, katılımcılardan, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair çalışmaya katılma onamı alınmıştır. Anketin birinci bölümü katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile depresyonu etkilediği düşünülen

faktörleri sorgulayan bir soru takımından, ikinci bölümü ise Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği (Geriatrik Depresyon Ölçeği-GDÖ) sorularından oluşmuştur. Birinci bölüm literatür kaynaklı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

GDÖ 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından oluşturulan yaşlı popülasyona yönelik bir depresyon ölçeğidir (112). Kişinin yaşamının son bir haftasında kendisini nasıl hissettiğine ilişkin öz bildirim dayalı 30 sorudan oluşan bu ölçeğin hazırlanışındaki temel amaç yanıtlanması kolay ve yaşlılara özgü olmasıdır. Yaşlı popülasyon için depresyon dışı nedenlerle oluşabilecek semptomları hedef almayan, yanıtları sadece evet ya da hayır şeklinde olan sorulara yer verilmiştir. Ölçeğin puanlamasında her soruya depresyon lehine verilen yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmekte ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilmektedir.

Ertan ve arkadaşları ile Sağduyu tarafından yapılan çalışmalarda, testin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (113,114). GDÖ'de depresyon için kesme puanı 14 olarak kabul edildi inde ölçeğin duyarlılığının %90, özgüllüğünün %94 olduğu hesaplanmıştır (114). Testin sağlıklı yaşı nüfusta, bedensel hastalığı olan yaşlılarda, hafif ve orta düzeyde demansı olanlarda geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (112,114).

Anketler araştırma kapsamına alınan kişilerle yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Sorular her bir kişiye tek tek, yüksek sesle anlaşılır biçimde okunmuş ve cevaplar kaydedilmiştir.

Çalışmada, aletli ve/veya aletsiz vurma-çarpma fiziksel iddet; sözel hakaret, yeme, küçümseme duygusal iddet; parasını zorla alma ve/veya diğer bir kişiye kaptırma ekonomik iddet; zorla cinsel ilişki ve/veya cinsel taciz cinsel iddet olarak değerlendirilmiştir. Her gün en az bir sigara içen kişiler halen sigara içiyor olarak alınmıştır.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ve Elazığ Sağlık İl Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra araştırmamızın saha çalışması 1 Ekim 2006-15 Ocak 2007 tarihleri arasında yapılmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 10.0 programına kaydedilerek değerlendirilmiştir, istatistiksel analizlerde  $X^2$  (ki kare) testi, Fisher's Exact test ve student t testleri kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir,  $P<0.05$  anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## 5. BULGULAR

Ara tırma kapsamına alınan 630 ya lının % 50.5'i (318 ki i) kadın, %49.5'i (312 ki i) erkek olup, ara tırma grubunun ya ortalaması  $71.28 \pm 5.45$  (min:65, max:106)'dir. Kadın ve erkeklerin ya ortalamları T ablo 5'te gösterilmi tir.

**Tablo 5.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Cinsiyete Göre Ya Ortalamalarının Da ılımı

Cinsiyet	Ya Ortalaması	P de eri
Kadın	$71.34 \pm 5.77$	0.8
Erkek	$71.23 \pm 5.10$	

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların ya gruplarına göre d a lımı Tablo 6'da verilmi tir.

**Tablo 6.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Ya Gruplarına Göre Da ılımı

Ya Grupları (n=630)	Sayı	%
65-69 ya	280	44.4
70-74 ya	185	29.4
75-79 ya	108	17.2
80 ve üzeri ya	57	9.0

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların ortalama; kiloları  $69.29 \pm 9.12$  kilogram (min:37, max:110 kg), boyları  $163.15 \pm 6.38$  cm (min:145, max:185 cm), VK 'leri  $26.04 \pm 3.14$  (min:14,16, max:42.96)'tür. Ara tırma grubunun VK 'ye göre gruplandırılması Tablo 7'de gösterilmi tir.

**Tablo 7.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların VK 'ye Göre Gruplandırılması

<b>Vücut Kitle ndeksi (n=630)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
< 18.5 (Dü ük Kilolu)	6	1.0
18.5-24.9 (Normal Kilolu)	196	31.1
25.0-29.9 (Fazla Kilolu)	373	59.2
30.0 (Obez)	55	8.7

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların 18 ya ına kadar yeti ti i yer, medeni durum, e itim, halen çalı ıp çalı mama ve sosyal güvence durumları Tablo 8'de gösterilmi tir.

**Tablo 8.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Bazı Sosyo -Demografik Özelliklerinin Da ılımı

<b>Sosyo-Demografik Özellikler (n=630)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>18 Ya ına Kadar Ya adı ı Yer</b>		
1	56	8.9
İe / Belde / Kasaba	19	3.0
Köy	555	88.1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	442	70.2
Dul / Bo anmı	188	29.8
<b>E itim Durumu</b>		
Okur-yazar de il	372	59.0
İlkokul mezunu ve altı	229	36.4
Ortaokul mezunu ve üzeri	29	4.6
<b>alı ma Durumu (gelir getirici)</b>		
Halen alı ıyor	13	2.1
Çalı mıyor	617	97.9
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Sosyal güvencesi var	584	92.7
Sosyal güvencesi yok	46	7.3

Ara tırma kapsamına alınanların %65.2'si (411 ki i) kendine ait maddi geliri oldu unu ifade etmi tir. Kendine ait maddi geliri oldu unu ifade edenlerin bildirdikleri ortalama aylık gelirleri 477.21±179.15 YTL (min:65, max:2000 YTL)'dir.

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların ailelerin mevcut ortalama ki i sayısı 3.20±1.74 ki i (min:1, max:12 ki i)'dir. Ailelerinin ortalama aylık geliri 569.92±315.17 YTL (min:65, max:5000 YTL) ve ailede ki i ba ma dü en aylık ortalama gelirleri 215.30±127.24 YTL (min:30, max:1000 YTL)'dir.

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların kendi sosyoekonomik düzeyl erini nasıl algıladıkları sorusuna verdikleri yanıtların da ılımı Tablo 9'da gösterilmi tir

**Tablo 9.** Ara tırmaya Katılan Ya lıların Kendi Sosyoekonomik Düzeylerini Algılama Özellikleri

Sosyoekonomik Düzey (n=630)	Sayı	%
Alt (Dü ük)	119	18.9
Orta	505	80.2
Üst (Yüksek)	6	1.0

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan çocuk sahibi olanların ortalama çocuk sayıları 5.28±1.90 çocuk (min:1, max:13 çocuk)'tur. Ara tırma grubundaki ya lıların %6.2'si (38 ki i) iki veya daha az, %93.8'i (579 ki i) ise üç veya daha fazla sayıda çocuk sahibi olduklarını ifade etmi lerdir.

Ara tırmaya kapsamına alınan ya lıların u anda kiminle birlikte ya adı ı ile ilgili soruya verdikleri yanıtların da ılımı Tablo 10'da gösterilmi tir.

**Tablo 10.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Birlikte Ya adı ı Ki ilerinin Da ılımı

<b>Kiminle Birlikte Ya adı ı (n=630)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Tek Ba ına	49	7.8
E iyle Birlikte	231	36.7
E i ve Çocukları ile	204	32.4
Çocuklarının Yanında	138	21.9
kinici Derece Akrabalarının Yanında	8	1.2

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların %69.9'u belirli bir süre çocuklarının yanında kaldı mını, %17.3'ü çocukları ile uyum sorunu ya adıklarını, %22. 2'si çocuklarının kendisine destek olmadı mını ifade etmi tir (Tablo 11).

**Tablo 11.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Çocukları ile Olan İli kileri\*

<b>Çocukları ile İli kiler (n=617)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Belli bir süre çocuklarının yanında kalma</b>		
Evet	431	69.9
Hayır	186	30.1
<b>Çocukları ile uyum sorunu ya ama</b>		
Evet	107	17.3
Hayır	510	82.7
<b>Çocuklarından destek görme</b>		
Evet	480	77.8
Hayır	137	22.2

\*Çocu u olmayanlar de erlendirmeye alınmamı tir.

Ara tırma kapsamındaki ya lıların akraba ve yakın ları ile olan İli kileri Tablo 12'de gösterilmi tir.

**Tablo 12.** Ara tırmaya Kapsamına Alınan Ya lıların Akraba ve Yakınları ile İlişkileri

<b>Akrabaları ve Yakınları ile Olan İlişkileri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Ne kadar yakın akrabası var (n=630)</b>		
Yakın akrabası yok	35	5.6
2 ve daha az yakın akraba	276	43.8
3 ve daha fazla yakın akraba	319	50.6
<b>Yakınları ile olan ilişkileri (n=630)</b>		
Çok iyi	25	4.0
iyi	477	75.7
Orta	117	18.6
Kötü	11	1.7

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların %89.4'ü (563 ki i) çekirdek ailede, %10.6'sı (67 ki i) geni aile yapısında yeti ti ini ifade etmi tir. u an itibariyle ise ya lıların %88.4'ü (557 ki i) çekirdek ailede, %3.8'i (24 ki i) geni ailede ve %7.8'i (49 ki i) yalnız ya adı nı belirtmi tir.

Ara tırmaya kapsamına alınan ya lıların otur dukları evlerine sahip olma ve ya adıkları evde kendisine ait ve/veya e iyle payla tı ı odasının olup olmadı ı durumları Tablo 13'te gösterilmi tir.

**Tablo 13.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Oturdu u Eve Sahip Olma ve Kendilerine Ait Oda Durumu

<b>Oturdu u ev (n=630)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kira	72	11.4
Ailenin	558	88.6
<b>Kendisine ait ve/veya e iyle payla tı ı odası (n=630)</b>		
Var	581	92.2
Yok	49	7.8



Ara tırma kapsamına alınan ya lıların ifade ettikleri mevcut kronik hastalık varlıklarının da ılımı Tablo 14'te gösterilmi tir.

**Tablo 14.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Kronik Bir Hastalı mın Olup Olmama Durumu

<b>Hastalık Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>En az bir kronik fiziksel hastalık</b>		
Var	573	91.0
Yok	57	9.0
<b>Tam konmu en az bir psikiyatrik hastalık</b>		
Var	21	3.3
Yok	609	96.7

Ara tırma kapsamındaki ya lılardan kronik fiziksel bir hastalı ı olanların fiziksel hastalıklarının ortalama süresi  $95.8\pm 68.3$  ay (min:2 ay, max:360 ay) olup, kronik fiziksel hastalı ı olan ya lıların %89.4'ü (512 ki i) hastalı ı ile ilgili ilaç kullandı mını ifade etmi tir. Ya lıların %2.5'i (16 ki i) ise psikotrop ilaç kullandı mını belirtmi tir.

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların %2.7'si (17 ki i) ailelerinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü oldu unu, ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ya lıların %88.2'si (15 ki i) bu psikiyatrik hastalı mın birinci derece yakınlarında, %11.8'i (2 ki i) ise ikinci derece yakınlarında oldu unu ifade etmi lerdir.

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların %12.1'i ki isel bakımını yaparken yardıma ihtiyaç duydu unu, %64.6'sı hiç egzersiz yapmadı mını, %2.1'i bedensel bir özrünün mevcut oldu unu, %0.6'sı hareketlerinde tam deste e gereksinim duydu unu belirtmi tir. Ya lıların bedensel hareket ve kısıtlılık durumları ile ilgili özellikler Tablo 15'te verilmi tir.

**Tablo 15.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Bedensel Hareket ve Kısıtlılık Durumları le ilgili Özellikler

<b>Bedensel Hareket ve Kısıtlılık Durumları</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Ki isel bakımını yapabilme (n=630)</b>		
Yardıma ihtiyaç duyuyor	76	12.1
Tam yapıyor	554	87.9
<b>Egzersiz yapma durumu (n=630)</b>		
Egzersiz yapmıyor	407	64.6
Düzensiz egzersiz yapıyor	182	28.9
Düzenli egzersiz yapıyor	41	6.5
<b>Bedensel özür durumu (n=630)</b>		
Evet	13	2.1
Hayır	617	97.9
<b>Hareket yetene i (n=630)</b>		
Tam deste e gereksinim duyuyor	4	0.6
Evin içinde yardımla	30	4.8
Ev içinde tam- ev dı nda yardımla	39	6.2
Ev içinde ve dı nda tam	557	88.4

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların %11.1'i (70 ki i) herhangi bir hobisi oldu unu ifade etmi tir. Ya lıların Hobilerine Göre Da ılımı Tablo 16'da gösterilmi tir.

**Tablo 16.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Hobilerine Göre Da ılımı

<b>Hobiler (n=70)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Bahçe i leri ile u ra mak	34	48.6
Örgü örmek	17	24.3
Kitap Okumak	5	7.2
Çiçek yeti tirmek	5	7.2
Televizyon seyretmek	3	4.3
Tamirat	2	2.8
Di er (Ayakkabı yapmak, ka ıt oynamak, ibadet, koleksiyon)	4	5.6

Ara tırmaya katılan ya lılar günde ortalama  $7.02 \pm 1.68$  saat (min:2, max:16 saat) uyuduklarını belirtmi lerdir. Ya lıların uyku durumları ile ili kili sorulara verdikleri yanıtların da ılımı a a ıdaki Tablo 17'de gösterilmi tir.

**Tablo 17.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Uyku Durumları le li kili Sorulara Verdikleri Yanıtların Da ılımı

<b>Uyku Durumları le ili kili sorular (n=630)</b>	<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Uykuya dalmakta güçlük çekiyor musunuz?	238	37.8	392	62.2
Geceleri sık uyanır mısınız?	433	68.7	197	31.3
Sabah uyandı mızda kendinizi dinlenmi hisseder misiniz?	319	50.6	311	49.4
Uyku probleminiz oldu unu dü ünüyor musunuz?	251	39.8	379	60.2

Ara tırma kapsamındaki ya lıların günlük yemek durumları incelendi inde; ya lıların %32.2'si (203 ki i) 3'ten az, %59.4'ü 3 ö ün (374 ki i), %8.4'ü (53 ki i)

3'ten fazla ö ün yemek yediklerini, ayrıca ya lıların %25.7'si (162 ki i) ö ün aralarında bir eyler yediklerini ifade etmi lerdir.

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların beslenmelerinde en fazla tercih etti i yiyecek gruplarının da ılımı Tablo 18'de gösterilmi tir.

**Tablo 18.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Beslenmelerinde En Fazla Tercih Ettikleri Yiyecek Gruplarının Da ılımı\*

Beslenmede en fazla tercih edilen yiyecek grubu	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Baklagiller	113	17.9	517	82.1
Kırmızı et	122	19.4	508	80.6
Tavuk	110	17.5	520	82.5
Balık	34	5.4	596	94.6
Süt ve süt ürünleri	39	6.2	591	93.8
Sebze ve meyve	270	42.9	360	57.1

\*Sorulara birden fazla cevap verilebilmi tir.

Ya lıların %19.8'i (125 ki i) son bir yıl içinde herhangi bir yakınını kaybetti ini belirtmi tir. Yakınını kaybeden ya lıların %55.2'si (69 ki i) birinci derece bir yakınını, %44.8'i (56 ki i) ise ikinci derece yakınını kaybetti ini ifade etmi lerdir.

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların %9.4'ü (59 ki i) hayatları boyunca herhangi bir iddet türüne maruz kaldı nı ifade etmi tir. iddete maruz kaldı nı belirten ya lıların maruz kaldıkları idde t türlerinin da ılımı Tablo 19'da verilmi tir.

**Tablo 19.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılar Arasında iddet Gördü ünü fade Edenlerin Hayatı Boyunca Maruz Kaldıkları iddet Türlerinin Da ılımı\*

<b>Hayatı Boyunca maruz kaldı ı iddet türü ( n=59)</b>	<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Fiziksel iddet	38	64.4	21	35.6
Duygusal iddet	20	33.9	39	66.1
Cinsel iddet	-	-	59	100.0
Ekonomik iddet	14	23.7	45	76.3

\*Ya lılar birden fazla iddet türü ifade edebilmilerdir.

Hayatı boyunca herhangi bir iddet türüne maruz kaldı mı ifade eden ya lıların; %32.2'si (19 ki i) e i, %23.7'si (14 ki i) kom uları, %20.3'ü (12 ki i) ikinci derece akrabaları, %11.9'u (7 ki i) birinci derece akrabaları, %11.9'u (7 ki i) di er ki i ve kurumlar (müteahhit, banka, hırsız) tarafından iddet gördüklerini belirtmilerdir.

Ya lıların %4.1'i (26 ki i) son bir yıl içinde iddete maruz kaldı mı ifade etmi olup, iddete u rayan ya lıların maruz kaldıkları iddet türlerinin da ılımı Tablo 20'de gösterilmidir.

**Tablo 20.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Son Bir Yıl çinde Maruz Kaldıkları iddet Türlerinin Da ılımı\*

<b>Son bir yıl içinde maruz kaldı ı iddet türü (n=26)</b>	<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Fiziksel iddet	12	46.2	14	53.8
Duygusal iddet	9	34.6	17	65.4
Cinsel iddet	-	-	26	100.0
Ekonomik iddet	9	34.6	17	65.4

\*Ya lılar birden fazla iddet türü ifade edebilmilerdir.

Son bir yıl içinde herhangi bir iddet türüne maruz kaldı mı ifade eden ya lıların; %15.4'ü(4 ki i) e i, %23.1'i (6 ki i) kom uları, %15.4'ü (4 ki i) ikinci derece akrabaları, %23.1'i (6 ki i) birinci derece akrabaları, %23.1'i (6 ki i) di er ki i ve kurumlar (müteahhit, banka, hırsız) tarafından iddet gördüklerini belirtmi lerdir.

Ara tırma kapsamındaki ya lıların %12.1'i (76 ki i) halen sigara içti ini, %87.9'u (554 ki i) ise u anda sigara içmedi ini ifade etmi tir.

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların tümü u anda alkollü içki kullanmadı mı belirtmi tir. Ya lıların %3.0'ı (19 ki i) daha önce alkollü içki kullandı mı, %97.0'ı (611 ki i) ise hayatı boyunca hiç kullanmadıklarını ifade etmi lerdir.

Ara tırma Kapsamına alınan ya lıların geriatrik depresyon ölçe i sorularına verdikleri yanıtların da lımı Tablo 21'de gösterilmi tir.

**Tablo 21.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Geriatrik Depresyon Ölçe i Sorularına Verdikleri Yanıtların Da lımı

Geriatrik Depresyon Ölçe i Soruları	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
1.Ya amınızdan memnun musunuz?	538	85.4	92	14.6
2.Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın ço unu halen sürdürüyor musunuz?	323	51.3	307	48.7
3.Ya amınızın bombo oldu unu hissediyor musunuz?	130	20.6	500	79.4
4.Sık sık canınız sıkılır mı?	443	70.3	187	29.7
5.Gelecekte umutsuz musunuz?	128	20.3	502	79.7
6.Kafanızdan atamadığımız dü ünceler nedeni ile rahatsızlık duydu unuz olur mu?	421	66.8	209	33.2
7.Genellikle keyfiniz yerinde midir?	483	76.7	147	23.3
8.Ba mınıza kötü bir ey gelece inden korkuyor musunuz?	178	28.3	452	71.7
9.Ço unlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	472	74.9	158	25.1
10.Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	187	29.7	443	70.3
11.Sık sık huzursuz yerinde duramayan biri olur musunuz?	187	29.7	443	70.3
12.Dı arıya çıkıp yeni bir eyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	396	62.9	234	37.1
13.Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	161	25.6	469	74.4
14.Hafızanızın ço u ki iden zayıf oldu unu hissediyor musunuz?	477	75.7	153	24.3
15.Sizce u anda ya ıyor olmak güzel bir ey midir?	551	87.5	79	12.5
16.Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	278	44.1	352	55.9
17.Kendinizi u andaki halinizle de ersiz hissediyor musunuz?	138	21.9	492	78.1
18.Geçmişle ilgili olarak çokça üzüyor musunuz?	460	73.0	170	27.0
19.Ya amı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	389	61.7	241	38.3
20.Yeni projelere ba lamak sizin için zor mudur?	375	59.5	255	40.5
21.Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	195	31.0	435	69.0
22.Çözümsüz bir durum içinde oldu unuzu dü ünüyor musunuz?	140	22.2	490	77.8
23.Ço u ki inin sizden daha iyi durumda oldu unu dü ünüyor musunuz?	197	31.3	433	68.7
24.Sık sık küçük eylerden dolayı üzülmüşünüz?	493	78.3	137	21.7
25.Sık sık kendinizi a layacakmı gibi hissedersiniz?	318	50.5	312	49.5
26.Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	278	44.1	352	55.9
27.Sabahları güne ba lamak ho unuza gidiyor mu?	526	83.5	104	16.5
28.Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınırmısınız?	252	40.0	378	60.0
29.Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	439	69.7	191	30.3
30.Zihniniz eskisi kadar berrak mıdır?	505	80.2	125	19.8

Ara tırma kapsamına alınan yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ortalama puanı  $11.71 \pm 5.35$  puan (min:2, max:27 puan) olarak saptanmıştır.

GDÖ kesme noktasına göre, ara tırma kapsamına alınan yaşlılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığı % 34.6'dır. Yaşlıların GDÖ kesme noktasına göre puan dağılımı Tablo 22'de gösterilmiştir.

**Tablo 22.** Ara tırma Kapsamına Alınan Yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği Kesme Noktasına Göre Puan Dağılımı

GDÖ Kesme Noktasına Göre Puan Dağılımı	Sayı	%
13 ve altı puan (Depresyon Belirtileri yok)	412	65.4
14 ve üzeri puan (Depresyon Belirtileri var)	218	34.6

Ara tırma kapsamına alınan yaşlılarda cinsiyete göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 23'te gösterilmiştir.

**Tablo 23.** Ara tırma Kapsamına Alınan Yaşlılarda Cinsiyete Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklığının Dağılımı

Cinsiyet	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Kadın	110	34.6	208	65.4	318	50.5
Erkek	108	34.6	204	65.4	312	49.5
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

\*Satır Yüzdesi \*\*Sütun yüzdesi Fisher's Exact Test ile  $P=0.531$

Depresyon belirtileri gösteren yaşlıların yaş ortalaması  $72.14 \pm 6.26$  iken, depresyon belirtileri görülmeyenlerde ortalama yaş  $70.83 \pm 4.92$ 'dir ( $P=0.008$ ).

Ara tırma kapsamına alınanlarda yaş gruplarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklığının dağılımı Tablo 24'te gösterilmiştir.



**Tablo 24.** Ara tırma Kapsamına Alınanlarda Ya Gruplarına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı

Ya Grupları	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
65-69 ya	87	31.1	193	68.9	280	44.4
70-74 ya	60	32.4	125	67.6	185	29.4
75-79 ya	39	36.1	69	63.9	108	17.2
80 ve üzeri ya	32	56.1	25	43.9	57	9.0
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

\*Satır Yüzdesi \*\*Sütun yüzdesi  $X^2=13.721$  Sd=3 P=0.003

Ara tırma kapsamına alınan ya lıardan depresyon belirtileri olanların ortalama VK 'leri  $25.84\pm 3.62$  iken, depresyon belirtisi olmayanların ortalama VK 'leri  $26.15\pm 2.85$  olarak saptanmı tır (P=0.274).

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların 18 ya ından önce yeti ti i yere göre depresyon belirtilerinin görü lme sıklı ının da ılımı Tablo 25'te gösterilmi tir.

**Tablo 25.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Yeti ti i Yere Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı

Yeti ti i Yer	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
1	20	35.7	36	64.3	56	8.9
İçe/ Belde/ Kasaba	13	68.4	6	31.6	19	3.0
Köy	185	33.3	370	66.7	555	88.1
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*  $X^2=10.028$  Sd= 2 P=0.007

Ara tırma kapsamına alınan ya lıardan evli olanlarda depresyon belirtilerinin görü lme sıklı ı %30.8 (136 ki i) iken, dul/bo anmı olanlarda %43.6 (82 ki i)'dir (P=0.001).

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların e itim durumlarına göre dep resyon belirtileri görülme sıklı ının da ılımı Tablo 2 6’da gösterilmi tir.

**Tablo 26.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların E itim Durumlarına Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı

<b>E itim durumu</b>	<b>Depresyon Belirtileri Var</b>		<b>Depresyon Belirtileri Yok</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%**</b>
Okur yazar de il	147	39.5	225	60.5	372	59.0
İlkokul mezunu ve altı	64	27.9	165	72.1	229	36.3
Ortaokul mezunu ve üzeri	7	24.1	22	75.9	29	4.6
<b>Toplam</b>	<b>218</b>	<b>34.6</b>	<b>412</b>	<b>65.4</b>	<b>630</b>	<b>100.0</b>

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*  $X^2=9.854$  Sd= 2 P=0.007

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan halen gelir getirici bir i te çalı anların %30.8’inde depresyon belirtilerinin oldu u, %69.2’sinde ise depresyon belirtilerinin görülmedi i saptanmı tır. Gelir getirici bir i te çalı mayanlarda ise bu oranlar sırasıyla %34.7 ve % 65.3’tür (P=0.512).

Ya lılardan kendine ait maddi geliri oldu unu ifade edenlerin %37.2’sinde depresyon belirtileri görülürken, bu oran kendine ait maddi geliri olmayanlarda %29.7’dir (P=0.035).

Ara tırma kapsamına alınan ya lılarda ortalama aile gelirleri ve ki i ba ına dü en gelirlerinin depresyon belirtileri olup olmayanlara göre da ılımı Tablo 27’de gösterilmi tir.

**Tablo 27.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılarda Ortalama Aile Gelirleri ve Ki i Ba ına Dü en Gelirlerinin Depresyon Belirtileri Olup Olmayanlara Göre Da ılımı

Ortalama Gelirler (YTL)	Depresyon		P de eri
	Belirtileri Var	Belirtileri Yok	
Aile Geliri	497.65±275.28	608.16±328.28	P=0.0001
Ki i Ba ına Dü en Gelir	184.11±122.12	231.80±126.94	P=0.0001

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların algıladıkları sosyoekonomik düzeye göre depresyon belirtilerinin görülme sıklı ı da ılımı Tablo 28’de gösterilmi tir.

**Tablo 28.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Algıladıkları Sosyoekonomik Düzeye Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ı Da ılımı

Sosyo-ekonomik Düzey	Depresyon Belirtileri var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Alt(dü ük)	73	61.3	46	38.7	119	18.9
Orta	143	28.3	362	71.7	505	80.2
Üst( Yüksek)	2	33.3	4	66.7	6	1.0
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*  $\chi^2=46.428$  Sd=2 P=0.0001

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan sosyal güvencesi olanların %33.0’ında depresyon belirtileri mevcutken, %67.0’ında depresyon belirtileri yoktur. Sosyal güvencesi olmayan ya lılarda ise depresyon belirtisi olanların oranı %54.3 iken, depresyon belirtisi olmayanların oranı %45.7 olarak saptanmı tir (P=0.003).

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların depresyon belirtisi olanların ortalama çocuk sayısı 5.49±2.24, depresyon belirtisi olmayanların ise 5.18±1.69 çocuktur (P=0.081).

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan çocu u olanların sahip o ldıkları çocuk sayılarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklı ının da ılımı Tablo 29’da gösterilmi tir.

**Tablo 29.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılardan Çocu u Olanların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı

<b>Çocuk Sayısı (n=617)</b>	<b>Depresyon belirtileri var</b>		<b>Depresyon Belirtileri yok</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%**</b>
2 ve altı	18	47.4	20	52.6	38	6.2
3 ve üzeri	194	33.5	385	66.5	579	93.8
<b>Toplam</b>	212	34.4	405	65.6	617	100.0

Satr yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\* Fisher's Exact Test ile P=0.061

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların tek ba ına veya birlikte ya adı ı ki ilere göre depresyon belirtileri görülme sıklı ının da ılımı Tablo 30'da gösterilmi tir.

**Tablo 30.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Tek Ba ına veya Birlikte Ya adı ı Ki ilere Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı

<b>u Anda Kiminle Birlikte Ya adı ı (n=630)</b>	<b>Depresyon Belirtileri Var</b>		<b>Depresyon Belirtileri Yok</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%**</b>
Tek Ba ına	24	49.0	25	51.0	49	7.8
E iyle Birlikte	58	25.1	173	74.9	231	36.7
E i ve Çocukları ile	75	36.8	129	63.2	204	32.4
Çocuklarının yanında	55	39.9	83	60.1	138	21.9
2. derece akraba	6	75.0	2	25.0	8	1.3
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

Satr yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*  $X^2=21.551$  Sd=4 P=0.0001

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan daha önce çocuklarının yanında kalanların %29.2'sinde depresyon belirtileri görülürken, daha önce çocuklarının yanında kalmadı ını belirtenler de bu oran %46.2'dir (P=0.0001).

Ara tırma kapsamına alınan ya lılarda çocukları ile uyum sorunu ve çocuklarının kendilerine destek olma durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklı ının da ılımı Tablo 31’de gösterilmi tir.

**Tablo 31.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lılarda Çocukları le Uyum Sorunu ve Çocuklarının Kendilerine Destek Olma Durumlarına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı

	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	P De eri
	Sayı	%*	Sayı	%*		
<b>Çocuklarının Destek Olma Durumu (n=617)</b>						
Oluyor	138	28.8	342	71.3	480	77.8
Olmuyor	74	54.0	63	46.0	137	22.2
<b>Toplam</b>	212	34.4	405	65.6	617	100.0
<b>Çocukları ile uyum sorunu ya ama (n=617)</b>						
Evet	51	47.7	56	52.3	107	17.3
Hayır	161	31.6	349	68.4	617	82.7
<b>Toplam</b>	212	34.4	405	65.6	617	100.0

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların akrabalarının sayısına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklı ının da ılımı Tablo 32’de gösterilmi tir.

**Tablo 32.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Akrabalarının Sayısına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ının Da ılımı

Yakın akraba sayısı	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Yakın akrabası yok	15	42.9	20	57.1	35	5.6
2 ve altı yakın akrabası var	51	18.5	225	81.5	276	43.8
3 ve üzeri yakın akrabası var	152	47.6	167	52.4	319	50.6
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*  $X^2=56.758$  Sd=2 P=0.0001

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların yakınları ile ili kisine göre depresyon belirtileri görülme sıklı ının da ılımı Tablo 33'te gösterilmi tir.

**Tablo 33.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Yakınları ile Olan li kisine Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı

Yakınları ile olan ili kileri (n=630)	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Total	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
yi ve Orta	211	34.1	408	65.9	619	98.3
Kötü	7	63.6	4	36.4	11	1.7
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\* Fisher's Exact Test ile P=0.046

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan çekirdek ailede yeti enlerin %33.9'unda depresyon belirtileri görülürken, geni ailede yeti ti ini ifade edenlerde depresyon belirtileri görülme oranı %40.3'tür ( P=0.183).

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların u anda ya adı ı aile ortamına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklı ı da ılımı Tablo 34'te gösterilmi tir.

**Tablo 34.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların u Anda Ya adı ı Aile Ortamına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ı Da ılımı

Ya adı ı Aile Ortamı (n=630)	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Çekirdek Aile	183	32.9	374	67.1	557	88.4
Geni Aile	11	45.8	13	54.2	24	3.8
Yalnız Ya ıyor	24	49.0	25	51.0	49	7.8
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*  $X^2=6.565$  Sd=2 P=0.038

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan depresyon belirtileri görülme sıklı ı kirada oturanlarda %59.7 iken, kendi ailesine ait evde oturanlarda %31.4'dür (P=0.0001).

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan evde kendine ait odası olanlarda depresyon belirtileri görülme sıklı ı %33.7, kendine a it ve/veya e iyle payla tı ı odası olmayanlarda ise depresyon belirtileri görülme sıklı ı %44.9'dur ( P=0.079).

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların, kronik fiziksel bir hastalı ı oldu unu belirtenlerde depresyon belirtileri görülme sıklı ı %34.9, böyle bir hastalı ı olmadı nı ifade edenlerde ise %31.6 olarak saptanmı tır (P=0.365). Kronik bir fiziksel hastalı ı oldu unu belirtenlerden depresyon belirtileri gösterenlerde mevcut hastalıklarının ortalama süresi  $106.83\pm77.31$  ay iken, depresyon bel irtileri göstermeyenlerde bu süre  $89.89\pm62.23$  aydır (P=0.008).

Ara tırma kapsamına alınan ya lılar arasında tanısı konmu psikiyatrik bir hastalı ı olan ve psikotrop ilaç kullananların depresyon belirtileri g örülme sıklı ı da ılımı Tablo 35'te gösterilmi tir.

**Tablo 35.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Arasında Tanısı Konmu Psikiyatrik Bir Hastalı ı Olan ve Psikotrop İlaç Kullananların Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ı Da ılımı

	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam		P De eri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
<b>Tanı konmu psikiyatrik bir hastalık</b>							
Var	16	76.2	5	23.8	21	3.3	
Yok	202	33.2	407	66.8	609	96.7	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	
<b>Sürekli psikiyatrik ilaç kullanımı</b>							
Var	11	68.8	5	31.3	16	2.5	
Yok	207	33.7	407	66.3	614	97.5	P=0.005
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü olanların %47.1'inde depresyon belirtileri görülürken, ailede böyle bir hastalık öyküsü olmayanlarda depresyon belirtileri görülme sıklı ı %34.3'tür (P=0.2).

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların bedensel hareket ve kısıtlılık durumları ile ilgili özelliklerine göre depresyon belirtilerinin görülme sıklı ı da ılımı Tablo 36'da gösterilmi tir.



**Tablo 36.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Bedensel Hareket ve Kısıtlılık Durumları ile ilgili Özelliklerine Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklığı Da ılımı

Bedensel Hareket ve Kısıtlılık Özellikleri	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam		P De eri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
<b>Kişisel bakımını yapabilme</b>							
Yardıma ihtiyaç duyuyor	50	65.8	26	34.2	76	12.1	
Tam yapıyor	168	30.3	386	69.7	554	87.9	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	
<b>Egzersiz yapma durumu</b>							
Egzersiz yapmıyor	169	41.5	238	58.5	407	64.6	
Egzersiz yapıyor	49	22.0	174	78.0	223	35.4	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	
<b>Bedensel özür durumu</b>							
Evet	4	30.8	9	69.2	13	2.1	
Hayır	214	34.7	403	65.3	617	97.9	P=0.512
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	
<b>Hareket yetene i</b>							
Tam deste e gereksinim duyuyor	3	75.0	1	25.0	4	0.6	$\chi^2=21.249$
Evin içinde yardımla	21	70.0	9	30.0	30	4.8	Sd=3
Ev içinde tam	15	38.5	24	61.5	39	6.2	P=0.0001
Ev içinde ve dış ında tam	179	32.1	378	67.9	557	88.4	
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*

Ara tırma kapsamına alınan ya lılar arasında herhangi bir hobisi oldu unu ifade edenlerin %27.1'inde depresyon belirtileri mevcutken, bu oran herhangi bir hobisi olmayanlarda %35.5'dir ( P=0.103).

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan depresyon belirtileri olanların günde ortalama 6.72±2.02 saat, depresyon belirtileri olmayanların ise ortalama 7.17±1.44 saat uydukları saptanmıştır (P=0.004).

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların uyku düzenleri ile ilgili özelliklere göre depresyon belirtilerinin görölme sıklı ının da ılımı Tablo 37 'de gösterilmi tir.

**Tablo 37.** Ara tırma kapsamına alınan ya lıların uyku düzenleri ile ilgili özelliklere göre depresyon belirtilerinin görölme sıklı ının da ılımı

Uyku Düzenleri le ilgili Özellikler	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam		P De eri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
<b>Uykuya dalmakta güçlük</b>							
Evet	126	52.9	112	47.1	238	37.8	
Hayır	92	23.5	300	76.5	392	62.2	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	
<b>Geceleri sık uyanma</b>							
Evet	174	40.2	259	59.8	433	68.7	
Hayır	44	22.3	153	77.7	197	31.3	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	
<b>Uyandı nda kendini dinlenmi hissetme</b>							
Evet	84	26.3	235	73.7	319	50.6	
Hayır	134	43.1	177	56.9	311	49.4	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	
<b>Uyku problemi oldu unu dü ünme</b>							
Evet	131	52.2	120	47.8	251	39.8	
Hayır	87	23.0	292	77.0	379	60.2	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan depresyon belirtisi görülenlerin günlük ortalama  $2.52 \pm 0.67$  ö ün, depresyon belirtisi olmayanların ise ortalama  $2.86 \pm 0.55$  ö ün yemek yedikleri saptanmı tır ( P=0.0001).

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların günlük ö ün sayısına göre depresyon belirtileri görülme sıklı ının da ılımı Tablo 38’de verilmi tir.

**Tablo 38.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Günlük Ö ün Sayısına Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı

Günlük Ö ün Sayısı	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
3’ten az ö ün	113	55.7	90	44.3	203	32.2
3 ö ün	89	23.8	285	76.2	374	59.4
3’ten fazla ö ün	16	30.2	37	69.8	53	8.4
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*  $X^2=59.550$  Sd=2 P=0.0001

Ya lıların beslenmelerinde en fazla tercih ettikleri yiyecek grupları ile depresyon belirtileri görülme sıklı ının ili kisi Tablo 39’da gösterilmi tir.

**Tablo 39.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Beslenmelerinde En Fazla Tercih Ettikleri Yiyecek Grupları ile Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının li kisi

Beslenmenizde en fazla tercih etti iniz yiyecek grubu nedir?	Yanıt	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		P de eri
		Sayı	%	Sayı	%	
<b>Baklagiller</b> (n=630)	Evet	38	33.6	75	66.4	0.451
	Hayır	180	34.8	337	65.2	
<b>Kırmızı et</b> (n=630)	Evet	46	37.7	76	62.3	0.242
	Hayır	172	33.9	336	66.1	
<b>Tavuk</b> (n=630)	Evet	23	20.9	87	79.1	0.0001
	Hayır	195	37.5	325	62.5	
<b>Balık</b> (n=630)	Evet	6	17.6	28	82.4	0.022
	Hayır	212	35.6	384	64.4	
<b>Süt ve süt ürünleri</b> (n=630)	Evet	15	38.5	24	61.5	0.359
	Hayır	203	34.3	388	65.7	
<b>Sebze ve meyve</b> (n=630)	Evet	107	39.6	163	60.4	0.014
	Hayır	111	30.8	249	69.2	

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan son bir yıl içinde yakını kaybedenlerde depresyon belirtileri görülme sıklı ı %51.2, herhangi bir yakını kaybetmeyenlerde ise depresyon belirtileri görülme sıklı ı %30.5'dir (P=0.0001).

Ara tırma kapsamına alınan ya lılardan hayatının herhangi bir döneminde ve son bir yıl içerisinde iddet türlerinden en az birine maruz kalanlar ile kalmayanlar arasında depresyon belirtileri görülme sıklı ının da ılımı Tablo 40'ta gösterilmi tir.

**Tablo 40.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların iddete Maruz Kalma Durumlarına Göre Depresyon Belirtileri Görülme Sıklı ının Da ılımı

Herhangi Bir iddet Türüne En Az Bir Kez Maruz Kalma Durumu	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam		P De eri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
<b>Hayatı boyunca iddete maruziyet</b>							
Var	36	61.0	23	39.0	59	9.4	
Yok	182	31.9	389	68.1	571	90.6	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	
<b>Son bir yıl içinde iddete maruziyet</b>							
Var	18	69.2	8	30.8	26	4.1	
Yok	200	33.1	404	66.9	604	95.9	P=0.0001
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0	

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\*

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların sigara içme durumlarına göre depresyon belirtilerinin görülme sıklı ı da ılımı Tablo 41’de gösterilmi tir.

**Tablo 41.** Ara tırma Kapsamına Alınan Ya lıların Sigara içme Durumlarına Göre Depresyon Belirtilerinin Görülme Sıklı ı Da ılımı.

Sigara içme durumu	Depresyon Belirtileri Var		Depresyon Belirtileri Yok		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Halen içiyor	44	57.9	32	42.1	76	12.1
Halen içmiyor	174	31.4	380	68.6	554	87.9
<b>Toplam</b>	218	34.6	412	65.4	630	100.0

Satır yüzdesi \* Sütun Yüzdesi\*\* Fisher’s Exact Test ile P= 0.0001

## 6. TARTI MA

Elazı il merkezinde yapılan bu çalı mada seçilen örneklemin cinsiyet da ılımlı, il merkezi geneli 65 ya ve üzeri ya lı nüfus cinsiyet da ılımlına benzerdir (Tablo 3,  $P>0.05$ ). Ya grupları da ılımlında ise rnekleml grubunda yalnızca 80 ya ve üzeri nüfusun daha dk oldu u (Tablo 4,  $P<0.05$ ), di er ya gruplarında ise il geneli ile rnekleml arasında fark saptanmadı ı belirlenmi tir (Tablo 4,  $P>0.05$ ).

Ya lı nüfusun artı ı kronik hastalıkların görülme sıklı ının artmasına, bu hastalıkların tedavi sürelerinin uzamasına, e itli komplikasyonlara, i gücü kaybına yol açarak ya am kalitesinin dmesine neden olmaktadır. Yine ba ta demans ve depresyon olmak üzere e itli ruhsal sorunları n görülme sıklı ı da artmaktadır. Bundan dolayı ya lı nüfusu artı ı önemli halk sa lı ı sorunlarını beraberinde getirmektedir (115).

Bu alı mada, ya lıların ya ortalaması  $71.28\pm 5.45$ 'dir. Cinsiyete göre ya ortalamaları benzerdir ( $P=0.791$ , Tablo 5). Kayseri il merkezinde yapılan ya lıların ya am memnuniyetleri ile ilgili bir çalı mada ara tırma grubunun ya ortalaması  $70.4\pm 5.8$  yıl olup, kadınlarda  $70.1\pm 5.9$ , erkeklerde  $70.8\pm 5.4$  yıl olarak bildirilmi tir (116). Adana huzurevinde ya lıllarda depresyon konusunda yapılan bir çalı mada ya lıların ya ortalaması  $74.6\pm 6.3$  yıldır (117). Ara tırma grubumuzda belirlenen ortalama ya konu ile ilgili di er çalı malar ile benzerdir.

Bu alı ma kapsamındaki ya lıların %44.4' 65-69 ya , %29.4' 70-74 ya , %17.2'si 75-79 ya grubunda ve %9.0'ı 80 ya ve üzerindedir( Tablo 6). Ankara Gülveren Sa lık Oca ı bölgesinde yapılan ya lı nüfusun sa lık hizmeti kullanımının de erlendirildi i bir çalı mada ya lıların %41.3'ünün 65-69 ya , %11.7'sinin 80 ya ve üzerinde oldu u (118), yine zmir ili nönü Sa lık Oca ı bölgesinde ya lıllarda depresif belirtilerin de erlendirildi i çalı mada ise ya lıların %49.3'ünün 65-69 ya grubunda, %24.9'unun 75 ya ve üzerinde oldu u bildirilmi tir (119). Bu alı mada alınan ya grupları Türkiye'de e itli bölgelerde yapılan ya lılar ile ilgili çalı malardaki ya gruplarının da ılımlı ile benzerdir.

Ara tırma kapsamına alınan ya lıların ortalama; kiloları  $69.29\pm 9.12$  kg, VK 'leri  $26.04\pm 3.14$  olarak saptanmı tir. Ya lıların %31.5'u normal kilolu, %5 9.2'si fazla kilolu, %8.7'si ise obezdir (Tablo 7). Kayseri il merkezinde yapılan ya lıların ya am memnuniyetleri ile ilgili bir çalı mada vücut kitle indeksleri de erlendirilmesine göre %20.8'i zayıf, %40.3' normal, %38.8'i i man oldu u belirtilmi tir (116). Ankara'da 2004 yılında yapılan ya lılarla ilgili bir çalı mada

erkeklerin %71.4'ü normal a ırlıkta, %17.9'u kilolu, %10.7'si i man, kadınların ise %52.8'i normal a ırlıkta, %31.1'i kilolu, %16'sı ise i man oldu u bildirilmi tir (120). Sivas l merkezinde yapılan bir çalı mada ya lıların %24.8'i obez olarak gözlemlenmi tir (121). Manisa l merkezinde huzurevinde yapılan bir çalı mada ya lıların %54.9'u normal kilolu, %14.1'i ise i man olarak belirtilmi tir (122). Ara tırma sonuçlarımız ile de benzer olarak ileri ya larda fazla kilolu olma oranları yüksektir. Bu durumun ya lılarda fiziksel aktivite ve metabolizma hızının azalması ile ili kili oldu u söylenebilir.

Ara tırma kapsamındaki ya lıların %70.2'si evli, %29.8 dul ve bo anmı tır (Tablo 8). Ya lılarla ilgili çalı malarda evli olanların oranları, zmir'de %64.8, Afyon'da %62.3, Kayseri'de erkeklerde %76.3, kadınlarda %58.9, Erzurum'da erkeklerde %86.4, kadınlarda %48.5 bulunmu tur (123,124). Türkiye'de ya lılar ile ilgili yapılan çalı malarda ya lıların medeni durum da ılımı benzer olup, genelde ya lı nüfusun üçte ikisinin ya amını evli olarak sürdürdü ü görülmektedir.

Bu alı mada ya lıların %59.0'ı okuryazar olmadı ı, %36.4'ü ilkokul mezunu ve altı, %4.6'sının ise ortaokul ve üzeri e i tim aldı ı saptanmı tır (Tablo 8). Dudak ve arkadaşlarının Kayseri il merkezinde yaptıkları çalı mada ya lıların %61.6'sının temel e itim almadı ı bildirilmi tir (116). Türkiye'de yapılan bir çalı mada huzurevlerinde kalan ya lı erkeklerin %61.8'i, kadınların %67.2' si temel e itim almadı ı belirtilmi tir. Türkiye'de 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre ya lıların %48'i okuryazar de ildir (125). Keskinolu ve arkadaşlarının zmir'de yaptıkları çalı mada ya lıların %72.2'sinin, Tufan ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptıkları çalı mada ise ya lıların %73.2'sinin temel e itim almadı ı belirtilmi tir (123,124). Bostancı ve Yılmaz'ın Denizli'de yaptıkları çalı mada ya lıların %50.6'sının okuryazar olmadı ı saptanmı tır (126). Ya lıların okur yazar olmama ve temel e itim (ilkokul e itimi) almama yüzdelerinin di er çalı malarda da yüksek oldu u görülmektedir. Türkiye'nin batısından do usuna gidildikçe bu oran daha da artmaktadır. Türkiye'deki e itim olanakları ve özellikle de bölgemizde kız çocuklarının okula gönderilme oranları arttıkça ya lı nüfusun e itim düzeyinin yükselebilece i söylenebilir.

Çalı ma kapsamındaki ya lıların %92.7'sinin herhangi bir sosyal güvencesi mevcuttur (Tablo 8). Ankara Gülveren Sa lık Oca ı Bölgesinde yapılan bir çalı mada ya lıların %91.2'sinin sa lık güvencesinin oldu u, erkeklerin %8.8'nin, kadınların ise % 21.6'sının sosyal güvencesinin olmadı ı belirtilmi tir (118). Ankara

Altında bölgesinde yapılan başka bir çalışmada sosyal güvencesi olmayan ya lıların oranı %7.3 bulunmu tur (127). Yarı ve arkadaş larının Trabzon'da yaptıkları bir çalışmada ise sosyal güvencesi olmayanların oranını %3.9 olarak saptanmı tur (128). Van 1 merkezinde ya lılarla ilgili yapılan bir çalışmada ise ya lıların %29.8'nin herhangi bir sa lık güvencesinin olmadı ı belirtilmi tir (129). Türkiye'de genel olarak sosyal güvenceye sahip olma durumu artı göstermektedir. Sosyal güvence açısından da ara tırma sonuçlarının da gösterdi i üzere di er demografik verilere benzer ekilde bölgesel farklılıklar mevcuttur.

Ara tırma kapsamındaki ya lıların %65.2'sinin kendine ait maddi bir geliri oldu unu bildirmi tir. Kendilerinin aylık gelir ortalaması  $477.21 \pm 179.15$  YTL'dir. Ya lıların %2.1 halen çalışmakta olup %97.9 çalışmamaktadır (Tablo 8). zmir ili Çamdibi sa lık Oca ı bölgesinde ya lılarda yapılan bir çalışmada ya lıların %28.6'sının hiç gelirinini olmadı ı, %55.0'inin 150 YTL'den daha az gelirinini oldu u bildirilmi tir (123). Van 1 merkezinde yapılan bir çalışmada ya lıların %4.8'nin halen çalıştı ı ve %95.2'sinin çalışmadı ı belirtilmi tir (129). Ankara Gülveren sa lık oca ı bölgesinde ya lılar üzerinde yapılan bir çalışmada ya lıların %90'ının kendilerine ait bir gelinin oldu u bildirilmi tir (118). Bazı bölgesel ve yerle imsel farklılıklar göz önüne alınmazsa genelde kendine ait bir gelire sahip olan ya lıların oranı dü üktür. Sahip olunan gelir miktarının da, yıl farklılıkları e itlendi inde, dü üklü ü ve birbirine yakın oldu u gözlemlenmi tir. Ya lı gruba dahil insanların halen gelir getirci bir i te çalışıyor olmaları ise d ü ündürücüdür.

Çalışmamızda ya lıların %18.8'i kendi sosyoekonomik düzeyini dü ük, %80.2'si orta, %1.0'ı yüksek olarak algıladı nı ifade etmi tir (Tablo 9). Demet ve arkadaş larının Manisa il merkezinde aynı konuda yaptıkları çalışmada ya lıların %4.8'inin sosyoekonomik düzeyini yüksek, %35.9'unun orta, %59.3'ünün dü ük olarak algıladı ı bildirilmi tir (130). zmir ili nönü Sa lık Oca ı bölgesinde yapılan çalışmada; ya lıların %4.5'inin sosyoekonomik durumunu iyi, %32.2'sinin orta ve %39.3'ünün kötü olarak algıladıkları belirtilmi tir (131). Çalışmamızda ya lıların büyük ço unlu u sosyoekonomik düzeylerini orta seviyede algıladıklarını belirtmi lerdir. Di er iki çalışmada sosyoekonomik düzeyini dü ük/kötü olarak algılayan ya lıların daha yüksek olu u bölgesel olarak bu çalışmaların yapıldı ı yerlerdeki sosyoekonomik göstergelerden etkilenmi olabilir.



Bu çalı mada ya lıların ortalama çocuk sayısı  $5.28 \pm 1.90$  çocuktur. Ya lıların %7.8'i tek ba ına, %32.4'ü e i ve çocukları ile birli kte ya adı nı (Tablo 10), %17.3'ü çocukları ile uyum sorunu oldu unu (Tablo 11) ifade etmi lerdir. Ya lıların %5.6'sı yakın akrabasının olmadı nı, %75.7'si ise yakın akrabaları ile ili kilerinin iyi oldu unu belirtmi tir (Tablo 12). Ayrancı ve arkada larının Eski ehir il merkezinde ya lılarla ilgili yaptıkları bir çalı mada; ya lıların %26'sının yalnız, %74'ünün e ve çocukları ile birlikte ya adı nı, %33'ünün dört ve üzerinde çocu u oldu u, %9'unun çocukları ve yakın akrabaları ile görü medi i, %17'sinin ayda bir gün görü tü ü bildirilmi tir (132). Kayseri il merkezinde yapılan bir çalı mada; ya lıların %10.7'sinin yalnız ya adı nı, ya adı nı mekan incelendi inde %67.0'nın kendi evinde, %23.2'sinin o lunun, %5.6'sının kızının evinde ve %4.1'nin ise di er akrabalarının yanında kalmakta olduklarını belirtmi tir. Ya lıların ortalama çocuk sayısı ise 4.4'dür (116). Çalı tır ve arkada larının Mu la l merkezinde yaptıkları bir çalı mada ise ya lıların %13.3'ünün yalnız, %8.5'nin e i ve çocukları ile birlikte ya adıkları saptanmı tır (133). Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması 1998 sonuçlarına göre genç aile bireylerinin ya lılarla oturma oranı 1/5 iken, hemen yakınında oturma oranı %50 dolayındadır. Türkiye'de ya lılar çekirdek ve geni ailede ya ıyor olsalar dahi geleneksel olarak genç ail e bireyleri tarafından bakılmaktadır (11). Çalı mamızda yalnız ya ayan ya lıların oranı di er çalı malara göre dü üktür. Bu farklılık bölgesel ve kültürel etkilerin sonucu ya lıların çocuk ve akrabaları tarafından sahiplenme davranı larının daha fazla olma sına ba lı olabilir. Çalı mamızda sahip olunan çocuk sayıları yine ülkenin sosyokültürel yapısı gere i batıdan do uya do ru atmaktadır. Ya lıların çocukları ve akrabaları ile olan ili kileri sosyal destek ihtiyaçları açısından önemlidir. Yakın akraba ve ko m ularıyla dengeli ili kileri sosyal statülerini olumlu olarak etkileyecektir. Ayrı evlerde ya ayan yakın akrabaların birbirlerinden haberdar olmaları, gençlerin daha ya lı olan yakınlarının durumlarını ve sorunlarını görerek hemen önlem alma açısından yararlı olacaktır (134).

Bu çalı mada ya lıların %88.4'ü çekirdek ai lede, %3.8'i geni ailede, %7.8'i ise yalnız ya adı nı ifade etmi tir. Holland ve arkada ları, aile üyelerinden gelen deste in ya lı bireylerin ba ımsızlı nı devam ettirme, hastalıklarla b a etme yeteneklerini kolayla tırdı nı bildirmi lerdir (135). Günümüzde çalı ma ya amına katılım, sanayile me, ekonomik durum ve kentle me sosyal ya amı etkileyerek aile yapısının de i imine neden olmu tur. Bu durum ya lıların sosyal konumunda

farklılıklara neden olur (11). Geleneksel geni aile sisteminde ailelerin ya lı ki ileri genç ku akların beraberli inde güvence içinde iken, de i en toplum yapısı ile birlikte aileler küçüldükçe ve ailenin genç ku akları kendi çekirdek ailelerini kurup anne - baba ku a mından uzakla tıkça ya lılık döneminin psikososyal sorun haline geldi i belirtilmektedir (136).

Çalı mamızda ya lıların %11.4'ü oturdu u evin kiralık oldu unu, %7.8'i oturdu u evde kendine ait ve/veya e iyle payla tı ı bir odanın ol madı mı ifade etmi tir (Tablo 13). Keskinolu ve arkadaş larının zmir ili nönü Sa lık Oca ı bölgesinde ya lılarda örselenme ile ilgili yaptıkları bir çalı mada; ya lıların %44.8'nin kendilerine ait evlerinde, %23.9'nun çocuklarına ait evde, %8.5'nin kirada oturdukları, %23.4'nün ya adıkları evde kendilerine ait bir odanın olmadı ı bildirilmi tir (131). Ankara'da farklı sosyoekonomik düzeydeki semtlerde ya ayan ya lılarda yapılan bir çalı mada; ya lıların %60.5'i kendi ailelerine ait bir evde, %11.4'ü kirada oturduklarını, %86.4'ü oturdukları evde kendilerine ait bir odanın oldu unu belirtmi lerdir (137). leri ya a ra men halen kiracı olan ya lıların yüzdesi literatür ile paralel olarak yüksektir. Ya lıların kendilerine ait bir evde ya amaları ekonomik iyilik hallerine katkıda bulunacaktır. Yine ya adıkları ortamda kendilerine ait bir odanın bulunması özel ya antılarının payla ımı ve bunun yaratabilece i stressel durum açısından önemlidir.

Çalı mamız kapsamındaki ya lıların %91.0'ı kronik bir fiziksel hastalı ı, %3.3'ü ise tanı konmu bir psikiyatrik hastalı ı oldu unu ifade etmi tir (Tabl o 14). Yine kronik hastalı ı olan ya lıların %89.2'si hastalı ı ile ilgili, tüm ya lıların %2.5'i ise psikotrop bir ilaç kullandı mı belirtmi tir. Öztekin ve Kubilay tarafından, ya lıların %90'nının kronik bir hastalı ı oldu u, %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört ya da daha fazla hastalı ı bulundu u bildirilmi tir (138). Ünal ve arkadaş ları tarafından stanbul il merkezinde huzurevinde kalmakta olan ya lılarda yapılan bir çalı mada ya lıların %33'ünde fiziksel, %14'ünde psikiyatrik bir hastalık oldu u ve %78.9'unun sosyal destek aldı ı bildirilmi tir (139). Edirne il merkezindeki huzurevinde yapılan bir çalı mada ise ya lıların %74.7'sinde tanı konmu en az bir kronik hastalık oldu u saptanmı tir (140). Esen'in çalı masında; tüm ya lıların %80'ninde en az bir, %50'sinde en az iki kronik hastalık oldu u bildirilmektedir (141). Ya lılarda yaygın olarak bulunan kronik hastalıklar ve ya lanmaya ba lı de i iklikler ve de bunlara ba lı yeti yitimi tedavi edilebilir de il fakat hafifletilebilir, yava latılabilir, birlikte ya amanın ö renilmesi gerekti i durumlardır.

Bu sorunları olan veya risk altında olan yaşlılar, do rudan bakımdan çok koruyucu ve uzun süreli bakıma gereksinim duyacaklardır (142). Ya lılarda kronik hastalıkların yaygın olmasından dolayı rasgele ilaç kullanımı yaygındır.Yaygın ilaç kullanımı ve ilaçların bile ik etkilerinin yaş lılarda sistemler üzerinde olumsuz etkileri oldu u belirtilmektedir (143). Kronik hastalıkların erken tanısındaki gecikmeler sa lık sistemi üzerine de büyük oranda ekonomik yük getirebilir.

Bu çalı mada yaş lıların %12.1'i ki isel bakımını yaparken yardıma ihtiyaç duydu unu, %64.6'sı hiç egzersiz yapmadı ını, %2.1'i bedensel bir özrü oldu unu, %0.6'sı günlük hareketlerinde tam deste e gereksinim duydu unu, %4.8'i ev içinde, %6.2'si ev dı nda hareketlerinde yardıma ihtiyaç duydu unu bildirmi tir (Tablo 15). Kerem ve arkada larının Ankara il merkezinde ev ortamında ve huzurevinde yaş ayan yaş lıların de erlendirildi i çalı malarında; yaş lıların %49.0'ı yürüme aktivitesini, %43.0'ı merdiven inip çıkma aktivitesini bir yardımcı araca veya ki iye ba ımlı yaptı ını, %9.0'ı ise egzersiz yaptı ını belirtmi tir (144). Kayseri il merkezinde yapılan bir çalı mada, yaş lıların günlük aktiviteleri (yemek yeme, tuvalete gitme, banyo yapma, doktora gitme, seyahat etme, telefonla arama, alı veri yapma vs.) sırasında %2.0 ile %32.5 arasında de i en oranlarda ba kalarının yardımına ihtiyaç duydukları bildirilmi tir (116). Bilir ve arkada larının Ankara'nın Altında Sa lık Oca ı Sakarya mahallesi'nde yaş ayan yaş lıların üzerinde yaptıkları çalı malarında; yaş lıların %4.9'u kendi ba ına giyinemedi ini, %7.3'ü ula ım ihtiyaçlarını sa layamadı ını, %26.8'i ise kendi alı veri ini yapamadı ını ifade etmi lerdir (127). Yine yaş lıların üzerindeki çalı malarda fiziksel egzersiz azlı ının yaş lanmayı hızlandırdı ı belirtilmektedir (145). Ya lıların alı ılımlı gündelik etkinliklerinin sürdürülmesi yaş am kalitesini belirleyen önemli bir göstergedir. Bu etk inliklerin sürdürülmesi yaş ilerledikçe azalmaktadır. Ya lanma ile birlikte fiziksel kısıtlılı ın artması hastalık ve ölüm riskini, yanı sıra kurumsal/bireysel hizmet gereksinimini artırır (146). Ya lılarda mobiliteye ba ılı yeti yitimini önlemeye ve azaltm aya yönelik koruyucu, iyile tirici ve rehabilite edici giri imlerin geli tirilmesinin yaş lı sa lı ının iyile tirilmesinde yardımcı olaca ı belirtilmektedir (147).

Çalı mamızda yaş lıların %11.1'i herhangi bir hobisinin oldu unu ifade etmi tir. Bahçe i leri ile u ra mak, örgü örmek, kitap okumak en fazla u ra ılan hobiler olarak bildirilmi tir (Tablo 16). Ayrancı ve arkada larının Eski ehir ili Esentepe mahallesinde yaptıkları yaş lılarınla ilgili bir çalı mada; yaş lıların %54.0'ının herhangi bir hobisinin oldu u belirtilmi tir (132). Bilir ve arkada larının

çalı masında; erkeklerin %28.3'ünün, kadınların ise %23.0'nın günlük aktiviteleri arasında hobileri ile u ra manın yer aldı ı bildirilmi tir (127). Ankara huzurevinde yapılan bir çalı mada; ya lıların %78'i bo zamanlarını televizyon izleme, radyo dinleme, sohbet etme gibi aktiviteler ile, %22'si ise bahçe i leri, tamirat ve yürüme gibi aktivitelerle geçirdiklerini belirtmi lerdir. Ya lılarda her ya grubunda mutlu ya amayı sa layan programlardan birisi bo zamanlarını de erlendirme aktivitesidir. Bo zaman de erlendirme faaliyetleri toplumların kültürel yapısı ve de er yargıları ile ili kilidir (144). Çalı mamızda hobisi oldu nu belirten ya lıların oranı Türkiye'nin batı bölgelerinde yapılan çalı malardan d aha dü üktür. Bu durum bölgesel sosyokültürel dü ünçe farklılıklarından ve yakla ımlarından kaynaklanmı olabilir. Ayrıca konu ile ilgili huzurevi çalı malarında daha yüksek yüzdelerle hobilerin varlı mın bildirilmesi bu merkezlerdeki ya lılara yönelik bu tür faaliyet programlarının bir sonucudur.

Bu ara tırmaya katılan ya lılar günde ortalama 7.02 saat uyku uyuduklarını, %37.8'i uykuya dalmakta güçlük çekti ini, %68.7'si geceleri sık uyandı nı, %49.4'ü sabah uyandı nda kendisini dinlenmi hissetmedi in i ve %39.8'i uyku probleminin oldu nu ifade etmi lerdir (Tablo 17). Fadılu ve arkadaş larının zmir ili Narlıdere Geriatrik Bakım Merkezi ve Dinlenme Evi'nde kalan ya lılar üzerinde yaptıkları çalı mada; ya lıların %34'ünün geceleri 5-6 saat, %51'inin 7-8 saat uyudu u, %23'ünün uykuya dalmakta güçlük çekti i, %47'sinin uykuya daldıktan sonra sık uyandı ı belirtilmi tir (148). Amerika Birle ik Devletleri'nde Ulusal Ya lanma Enstitüsü'nün 65 ya ve üzeri 9000 ya lı üzerinde yaptı ı çalı mada; ya lıların %23 ile %34 arasında de i en uyku bozuklu u semptomları gösterdi i saptanmı tır (149). nsanların temel gereksinimlerinden olan uyku, tüm ya larda sa lık ve ya am kalitesi için önemlidir. Çalı mamızda da konu ile ilgili çalı malara paralel olarak ya lanma süreci ile birlikte normal uyku düzeninde bazı de i iklikler olu tu u ve uyku sorunlarının artı ı görülmektedir.

Bu çalı mada ya lıların %32.2'si günde 3'ten az, %59.4'ü 3 ö ün, %8.4'nün 3'ten fazla ö ün yemek yediklerini, %25.7'si de ö ün aralarında bir eyler yediklerini ifade etmi lerdir. Ayrıca ya lılar en fazla sebze ve meyve, kırmızı et ve baklagiller tercih ettiklerini belirtmi lerdir. Balık, tavuk, süt ve süt ürünleri daha az tercih edilmektedir (Tablo 18). Güngör ve arkadaş larının Manisa kent merke zindeki huzurevinde yaptıkları çalı mada; ya lıların %91.5'nin günde 3 yada 4 ö ün yemek yedi i, %66.2'sinin ö ün atladı ı, yine aynı çalı mada ya lıların %47.9'unun ekme

ve unlu ürünleri, %71.8'inin et ve tavuk türevlerini, %63.4'ünün süt ve süt ürünleri ni ara sıra tükettikleri bildirilmi tir (122). Ya lılarda konu ile ilgili çalı malara benzer olarak düzensiz beslenme ve ö ün atlama oranlarının yüksek oldu u görölmektedir.

Bu çalı mada ya lıların %9.4'ü hayatları boyunca, %4.1'i son bir yıl içinde herhangi bir iddet türüne maruz kaldı mı bildirmi tir. iddete u rayanları en fazla fiziksel iddete maruz kaldıklarını ifade etmi lerdir (Tablo19, Tablo 20). Kendilerine en fazla iddet uygulayan ki iler sırasıyla e , kom u ve akrabalar olarak bildirilmi tir. Ya lı istismarı ile ilgili ilk istatistikler 1987 yılında Amerika Birle ik Devletleri'nde (ABD) toplanmaya ba lamı tır. ABD'de 1987 -1994 yılları arasında ya lılara yönelik ihmal ve istismarların %200 oranından fazla artı , ya lılara yönelik istismarların %58.5'nin ihmal, %15.7'sinin fiziksel, %12.3'nün ekonomik, %7.3'nün duygusal ve %5'inin cinsel istismardan olu tu u, ayrıca istismar uygulayan ki ilerinin %52'sinin kadın, %48'inin erkek oldu u ve kurbanların da %62.1'inin kadınlar oldu u belirtilmi tir (150). ngiltere'de yapılan bir çalı mada 65 ya ve üzeri ya lıların %5'inden fazlasının ailesinden birisi yada yakın akrabaları tarafından sözel, %2'sinin fiziksel ve %2'sinin de ekonomik olarak kötü muamele gördü ü bildirilmi tir (151). zmir ili önü Sa lık Oca ı bölgesinde yapılan bir çalı mada, ya lıların %3'ünün yakınları tarafından uygulanan fiziksel iddet ile kar ıla tı , iddet uygulayan ki inin ço unlukla o lu ve kocası oldu u, ya lıların %25'inin kendi izni olmadan gelirinin harcandı , yani ekonomik iddete maruz kaldı , belirtilmi tir (131). Çalı mamızın yapıldı ı bölgede mevcut geleneksel aile yapısının de erleri ya lıları iddetten koruyabilece i gibi, aynı zamanda ya lılar kültürel etkilere çekingenlik ve utangaçlık faktörlerinin de katkısı ile gördükleri iddeti ifade etmekte zorlanabilirler.

Bu çalı mada ya lıların %12.1'i halen sigara içti ini, hiçbiri uanda alkolü içki kullanmadı mı ifade etmi tir. Manisa il merkezi huzurevinde yapılan bir çalı mada ya lıların %32.4'ü halen sigara içti in i, %16.9'u ise sigara içmeyi bıraktıklarını belirtmi lerdir (122). Kayseri il merkezinde yapılan bir çalı mada; ya lıların %11.8'i halen sigara içmekte oldu unu bildirmi tir (116). Van il merkezinde 65 ya ve üzeri ki ilerde sigara içme durumlarının de erlendirildi i bir çalı mada sigara içme sıklı , %25 olarak bulunmu tur (129). Sigara içme durumunun ya anılan ortam ve sosyokültürel yapıya göre de i ti i, Ülkemizde ya lılarda dahi sigara içme oranlarının yüksekli ini sürdürdü ü görölmektedir. Çalı mamızda alkol kullanımı ile ilgili ifadelerin ise bildirim eksikli inden kaynaklandı , dü ünölmektedir.

Ara tırmamız kapsamına alınan ya lıların %85.4'ü Geriatrik Depresyon Ölçe i (GDÖ) sorularından “ya aminızdan memnun musunuz” sorusuna evet yanıtını vermi lerdir (Tablo 21). Dudak ve arkada larının Kayseri il merkezindeki 65 ya ve üzeri ki ilerde yaptıkları bir çalı mada ya lıların %80.4'ü ara tırmamız ile benzer olarak hayatından memnun olduklarını belirtmi lerdir ( 116). Ara tırmalar ya lılara görü melerde direkt olarak sorulan bu soruya yüksek oranlarda evet yanıtının verildi ini göstermektedir.

Bu çalı mada ya lıların; sıklıkla canlarının sıkıldı mını (4.soru), kafalarından atamadıkları dü ünceler nedeni ile rahatsızlık duyduklarını (6.soru), dı arıda yeni bir eyler yapmaktansa evde kalmayı tercih ettiklerini (12.soru), hafızalarının ço u ki iden zayıf oldu unu hissettiklerini (14.soru), geçmi le ilgili olarak çokça üzüntü duyduklarını (18.soru), yeni projelere ba lamanın kendileri için zor oldu unu (20.soru), kendilerini enerjik hissetmediklerini (21.soru), sık sık küçük eylerden dolayı üzüldüklerini (24.soru), sık olarak a lama hissi ya adıklarını (25.soru) olumsuzluklar ba lamında ifade etme yüzdelerinin yüks ek oldu u saptanmı tır (Tablo 21). Özdemir ve arkada larının ya lılarda görülen depresyonda GDÖ'de hangi soruların daha de erli oldu unun incelendi i çalı malarında; 4, 6, 16, 18, 24, 25 ve 30 numaralı soruların depresyonlu hastaları ayırt etmede önemli özelli i oldu u bildirilmi tir (152).

Ara tırmamız kapsamına alınan ya lıların Geriatrik Depresyon Ölçe i (GDÖ) ortalama puanı  $11.71 \pm 5.35$  puan (min:2, max:27 puan) olarak saptanmı tır. GDÖ kesme noktasına göre, ara tırma kapsamına alınan ya lılarda depresyon belirtilerin görülme sıklı ı % 34.6'dır (Tablo 22). McCurren ve arkada larının çalı masında; ya lı nüfusta depresyon yaygınlı ı, içindeki majör depresyon oranı dü ük de olsa %12-15 olarak belirtilmi , huzurevlerinde kalan ya lılarda depresif semptomların görülme oranının %68'lere kadar yükseldi i bildiri lmi tir (153). ABD'de, 65 ya ve üstü 31 milyon Amerikalının yakla ık 5 milyonunda klinik olarak depresyon oldu u ve bunların 1 milyonunda majör depresyon görüldü ü saptanmı tır (154). Bir ba ka çalı mada, ABD toplumunda majör depresyon sıklı ının yakla ık % 1 oranında oldu u (kadınlarda %1.4, erkeklerde % 0.4) bildirilmi tir (155). Hong Kong'da yapılan bir çalı mada; ara tırmacılar ya lı Çin'li erkek ve kadınlarda depresyon görülme sıklı ını sırası ile % 11 ve % 14.5 olarak saptamı lardır ( 156). Bekaro lu ve arkada larının Trabzon'da yaptıkları çalı mada, huzurevinde kalan ya lılarda depresyon belirtilerinin yaygınlı ı %41, evde ya ayanlarda ise %29 olarak

bildirilmi tir (85). Maral ve arkadaşları tarafından GDÖ kullanılarak yapılan çalı mada depresyon sıklı ı, huzurevinde ya ayan ya lılarda %48.1, evde ya ayanlarda %24.3 olarak saptanmı tir (87). Kurtulu ve Rezaki tarafından yapılan bir çalı mada, huzurevinde kalan ya lı bireylerde depresyon % 10.2 olarak saptanmı tir (157). Manisa il merkezinde huzurevinde kalan ya lılarda yapılan çalı mada ya lıların GDÖ'den aldıkları puan ortalamasının;  $11.9 \pm 6.52$  oldu u, 13/14 kesme noktasına göre %35.9'unda depresyon belirtilerinin bulundu u bildirilmi tir (130). Ara tırma sonuçlarımız aynı ölçe in kullanıldı ı çalı mal ar ile uyumludur. Ya lılık döneminde görülen depresyonun yaygınlı ı, çalı maya alınan ya lı grubun özelli ine, çalı manın amacı ve kullanılan çalı ma yöntemine göre de i ebilir. Genel olarak major depresyon tanısının konuldu u ve katı tanı ölçütlerine sahi p algoritmaların kullanıldı ı çalı malarda depresyon yaygınlı ının daha dü ük oranlarda saptandı ı, belirti düzeyinde tanı koyan ölçeklerin kullanıldı ı çalı malarda ise oranların daha yüksek çıktı ı görülmektedir.

Bu çalı mada depresif belirtilerin görülm e sıklı ının cinsiyete göre de i medi i (Tablo 23,  $P=0.531$ ), ancak ya ın artması ile arttı ı (Tablo 24,  $P=0.003$ ) saptanmı tir. Gaziantep il merkezindeki huzurevlerinde yapılan çalı mada ya lıların cinsiyetleri ve ya gruplarına göre depresyon puan ortalamaları incelenmi , istatistik olarak anlamlı bir ili ki bulunmamı tir (158). Zunzunegui ve arkadaşlarının çalı masında, kadınlardaki depresif durumların erkeklerden fazla oldu u, ya grupları arasında kadınlarda fazla de i iklik olmadı ı, fakat erkeklerde ya ın ilerlemesi ile depresif belirtilerde artı oldu u bildirilmi tir (159). Beekman ve arkadaşlarının ya lılarda depresyon ile ilgili çalı masında, yine Güz ve arkadaşlarının yatarak tedavi gören ya lı hastalarda yaptıkları çalı mada ya ın artması ile depresif belirtilerde artı oldu u bildirilmi tir (160,161). Blazer ve arkadaşlarının çalı masında ya lanma ile birlikte depresif belirtilerde artma oldu u, fakat major depresyon görülm e olasılı ının ya la ili kisinin olmadı ı belirtilmi tir (162). Konu ile ilgili çalı malarda bulgularımıza benzer olarak genelde depresif belirtilerin görülm e sıklı ının ya la birlikte arttı ı görülmektedir. Depresif belirtiler genel olarak kadın cinsiyette daha fazla görülmekle birlikte, çalı mamız sonuçları ile paralel olarak cinsiyet ile depresif belirtilerin ili kisinin saptanmadı ı çalı malarda mevcuttur. Çalı mamızda kadın cinsiyette depresif belirtilerin görülm e sıklı ının erkeklere benzer olması bölge kadınının daha özverili ve geleneksel yapıyı özümleme olmasından kaynak lanıyor olabilir.

Ara tırmamız kapsamına alınan ya lılarda depresyon belirtileri olup olmama durumları ile VK ortalama de erleri arasında ili ki saptanmamı tır ( $P=0.274$ ). Hong Kong'da ya ayan ya lı Çinliler üzerinde yapılan bir çalı mada; obez erkek ve kadınların normal kilolulara göre daha fazla depresif semptomlardan yakındıkları belirtilmi tir (163). Çalı mamızda kilo-depresyon ili kisi ile ilgili saptanan sonuç ya lıların mevcut kilolarını kabullenmi oldukları ekinde yorumlanabilir.

Bu çalı mada dul ve bo anmı olan ya lılarda depresif belirtilerin görülme sıklı ı (%43.6), evli olanlardan (%30.8) yüksek bulunmu tur ( $P=0.001$ ). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geropsikiyatri poliklini ine ba vuran ya lı hastalarda yapılan çalı mada, medeni durum ile depresyon oranları arasında bir ili ki saptanmamı tır (164). Ankara'da huzurevi ve evde ya ayan ya lılarda yapılan bir çalı mada, evde ya ayan ya lıların evli olanlarında %15.6, dul ve bekar olanlarda %46.5 oranında depresyon saptanmı tır. Aynı çalı mada ev de ya ayan evlilerde depresyon oranının huzurevinde ya ayanlara göre daha dü ük oldu u, bekar ve dul olanlarda ise huzurevi ve evde ya ayanlar arasında de i iklik görülmedi i belirtilmi tir (87). Yatarak tedavi gören ya lılarda yapılan bir çalı mada depresyon olan grupta ya lıların %49.0'ının evli, %47.0'ının dul, depresyon olmayan grupta ise %21.1'inin dul, %75.0'ının evli oldu u, depresyonu olan grupta dul olma oranının depresyonu olmayan gruba göre fazla oldu u belirtilmi tir ( 161). Pakistan'ın Karachi bölgesinde ya lılar üzerinde yapılan bir çalı mada; evli olanlarda %15.6, dul ve bo anmı olanlarda ise %32.4 oranında depresyon sap tanmı tır (165). Çalı mamızda literatüre benzer olarak dul ve bo anmı olanlarda depresif belirtilerin görülme sıklı ının evli olanlardan daha fazla oldu u görülmektedir. Ya lılarda evlilik durumunun payla ım ve destek yönüyle depresyondan koruyucu rol üstlendi i söylenebilir.

Çalı mamızda ya lıların e itim düzeyi yükseldikçe depresif belirtilerin görülme sıklı ının azaldı ı saptanmı tır (Tablo 26,  $P=0.007$ ). Güz ve arkadaşlarının çalı masında, depresyonu olan ya lı grupta e itim düzeyinin, depresyonu olmayan gruba göre daha dü ük bulundu u belirtilmi tir (161). Maral ve arkadaşlarının Ankara il merkezinde yaptıkları çalı mada; ilkokul mezunu olmayan ya lılarda depresyon sıklı ı huzurevinde ya ayanlarda %56.3, evde ya ayanlarda %28.7, ya lılardan en az ilkokul mezunu olanlarda ise depresyon sıklı ı, huzurevinde ya ayanlarda %43.2, evde ya ayanlarda %17.2 olarak saptanmı tır ( 87). Erzurum il merkezinde toplumda ya ayan ya lılarda GDÖ kullanılarak yapılan çalı mada,



okuma yazma bilmeyenlerde depresyon puan ortalamalarının yüksek oldu u belirtilmi tir (166). Topba ve arkada larının Trabzon'da yaptıkları bir çalı mada ise e itimin olmamasının ya lılarda depresif belirtileri etkileyen faktörlerden oldu u bildirilmi tir (167). Çalı mamızda di er çalı malara benzer ekilde e itim düzeyi yükseldikçe depresyon belirtileri görülme sıklı ı azaldı ı görülmektedir. E itimin ya am tarzı üzerine olan olumlu etkilerinin ya lıların ruhsal yapılarını da olumlu etkiledi i söylenebilir.

Bu çalı mada kendine ait maddi geliri oldu unu belirten ya lıların %37.2'sinde depresyon belirtileri görülürken, bu oran kendi geliri olmayanlardan %29.7'dir (P=0.035). Maral ve arkada larının Ankara çalı masında; ya lılardan herhangi bir geliri olanlarda depresyon sıklı ı huzurevinde ya ayanlarda %59.5, evde ya ayanlarda %17.5 olarak saptanmı ve ya anılan yere göre iki grup arasında anlamlı fark oldu u belirtilmi tir. Aynı çalı mada geliri olmayan ya lılardan huzurevinde ya ayanlarda depresyon sıklı ı %45.4, evde ya ayanlarda %27.0 oldu u bildirilmi tir (87). Kendine ait maddi gelirin ya lılar için önemli bir güvence oldu u ve bunun ya am tarzına olumlu yansiyaca ı beklenir. Çalı mamızda geliri olanlarda depresyon belirtileri görülenlerin oranı daha yüksektir. Bu durumun bu geliri elde tutabilme sıkıntısından kaynaklanıyor olabilece i dü ünülmü tür. Huzurevleri ise geliri olmayanlar için daha ayrı bir güvence olarak görü lmektedir.

Çalı mamızda depresyon belirtilerinin olmadı ı ya lı grubun aile geliri ve ki i ba ına dü en gelir ortalamaları depresyon belirtileri olan gruba göre daha yüksek bulunmu tur( Tablo 27, P=0.0001) Ya lılık döneminde görülen depresyonla ilgili yapılan çalı malarda gelir düzeyinin dü üklü ü depresyon belirtilerinin sıklı ını artıran faktörlerden biri olarak bildirilmi tir (105,168).

Çalı mamız kapsamındaki ya lılardan kendi sosyoekonomik düzeyini dü ük olarak algıladı ını belirtenlerde depresif belitilerin görülme sıklı ının daha yüksek oldu u saptanmı tur (Tablo 28). Demet ve arkada larının Manisa il merkezi ve ilçelerinde huzurevinde yaptıkları çalı mada; ya lılarda sosyodemografik özellikler arasında sosyoekonomik düzeyin depresyon üzerinde etkil i oldu u bulunmu , ya lıların kendi sosyal ve ekonomik düzeylerini alt ya da orta düzey olarak algılamalarının depresyon varlı ı ile ili kili oldu u belirtilmi tir (130).

Çalı ma kapsamındaki sosyal güvencesi olan ya lılardan depresyon belirtileri gösterenlerin oranı %33.0 iken, bu oran sosyal güvencesi olmayanlarda %54.3'tür (P=0.003). zmir ili nönü Sa lık Oca ı Bölgesinde 65 ya ve üzeri ya lılarda yapılan

çalı mada ya lı larda sosyal güvencesi olmayanlarda sosyal güvencesi olanlara göre depresif puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek oldu u belirtilmi tir (119). Ankara il merkezi huzurevlerinde ve ilçelerde evde ya ayan ya lı larda yapılan çalı mada, sosyal güvencesi olmayan ya lı lıların depresyon sıklı ının huzurevinde ya ayanlarda %63.9, evde ya ayanlarda %23.3 oldu u bildirilmi tir. Aynı çalı mada depresyon riskinin sosyal güvencesi olmayanlarda olanlara göre 3.06 kez yüksek oldu u saptanmı tır (87). Sosyal güvencenin özellikle sa lık kar ılamaları ve gelecek endişesini azaltma yönüyle ki iler üzerin e olumlu katkılar sa ladı ı dü ünülmü tür.

Çalı mamızda ya lı larda mevcut depresyon belirtilerinin sahip olunan çocuk sayısı ile ili kili olmadı ı (Tablo 29), depresyon belirtilerine sahip olan ya lı lıların oranının birlikte ya adı ı ki ilere göre farklılık gösterdi i (tek ba ına ve ikinci derece akrabaları ile birlikte ya ayanlarda yüksek, e iyle birlikte ya ayanlarda en dü ük) (Tablo 30), depresyon belirtilerinin görülme sıklı ının önceleri belli bir süre çocuklarının yanında kalmı oldu unu ifade eden ya lı larda, hiç çocuklarının yanında kalmamı olanlara göre daha dü ük oldu u ( $P=0.0001$ ), ayrıca çocuklarının kendine destek oldu unu ve çocukları ile uyum sorunu ya amadı nı belirten ya lı larda depresyon belirtileri görülme oranının daha dü ük oldu u (Tablo 31) saptanmı tır. Demet ve arkadaş larının Manisa ili huzurevlerinde ya ayan ya lı lılar üzerinde yaptıkları çalı mada, ya lı lıların çocuk ve yakınları ile ili kisindeki de i kenlerin depresyon varlı ı ile ili kili olmadı ı belirtilmi tir (130). Bahar ve arkadaş larının Gaziantep'te yaptıkları çalı mada; ya lı lıların sahip oldu u çocuk sayısı ile ortalama depresyon puanları arasında farkın anlamlı oldu u, çocu a sahip olmamak ile 1-4 arasında çocu a sahip olmanın ortalama depresyon puanını yükseltti i belirtilmi tir. Be ve daha fazla çocu a sahip olanlarda ise ortalama depresyon puanları daha dü üktür. Aynı çalı mada çocukları ile görü meyen ya lı lıların ortalama depresyon puanları yüksek olmakla birlikte bu yüksekli in anlamlı olmadı ı bildirilmi tir (158). Di çigil ve arkadaş ları tarafından Umurlu Aile Hekimli ine kayıtlı ya lı larda yapılan bir çalı mada; e i ile birlikte ya ayan ve yalnız ya ayıp sık ziyaretleri yapılan ya lı larda, çocuklarının yanında ya ayanlara göre depresyon görülme oranlarının dü ük bulundu u, yalnız ya amanın depresyon için risk olu turmadı ı belirtilmi tir (169). Ya lı bireylerde ailenin kolay ula ılabilecek en önemli sosyal destek sistemi oldu u ve sosyal ili kinin birçok risk etkenlerinin zararlı etkisine kar ı engel olucu veya hastalıklarla ba a çıkmada yardımcı etkiye sahip oldu u belirtilen çalı malar (170) oldu u gibi, ya lı lıların ya am aktivitelerinde

ba ımsız olsalar da sosyal olarak ba ımlı olmalarının depresyon a ısından risk olu turabilece inin belirtildi i çalı malarda mevcuttur (169). E ve çocuklar ile olan ili kilerin ve de bu ili kilerin ki inin sa lı na y ınelik etkilerinin ya anılan b lge, sosyal yapı ve k lt r ile de i ebilece i unutulmamalıdır.

Bu alı mada depresyon belirtileri g r ölme sıklı mın sahip olunan akraba sayısına g üre de i ti i (yakın akrabası olmayanlar ile   ve üzeri yakın akrabası olanlarda daha y ksek) (Tablo 32), yakınları ile olan ili ki derecesi k t  olanlarda orta ve iyi olanlara g üre depresyon g r ölenlerin oranının y ksek oldu u (Tablo 33 ) saptanmı tır. Bahar ve arkada larının çalı masında, ya lıların ya ayan yakınlarının olması veya olmaması depresyonla ili kili bulunmamı , ancak yakınları ile sık g r  en ya lıların depresyon puanları daha d  k bulunmu tur (158). Genel olarak sosyal destek g   durumdaki bireye arkada , aile, kom ularca sa lanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanmaktadır. Sevgi, ba lılık ve sosyal destek ki inin fiziksel ve psikolojik sa lı mı olumlu olarak etkiler. Fakat yapılan çalı malarda bireylerin sosyal a mı olu tu ran ki iler her zaman olumlu ve destekleyici olmayaca ı, zamanla olumsuz etkide g sterebilece i, g  l  bir sosyal a mın zamanla ters etki yaratabilece i, bu nedenle sosyal a dan çok ki inin hissetti i ve algıladı ı deste in daha yararlı olaca ı belirtilme ktedir (171).

Ara tırmamız kapsamına alınan ya lıların yeti tikleri aile yapısının çekirdek ya da geni aile olması depresyon belirtileri g r ölme oranlarını etkilemedi i saptanmı tır (P=0.183). Ancak u anda yalnız ya ayan ve geni ailede ya ayanlarda çekirdek ailede ya ayanlara g üre depresyon belirtileri daha fazla oranda g r lm  t r (Tablo 34). Keskinolu ve arkada larının zmir'de yaptıkları çalı mada, ya lılardan yalnız ya ayanlarda depresyon puan ortalama sı y ksek bulunmu tur (119). Yapılan alı malarda yalnız olmanın ya lılarda pozitif beklentilerden çok negatif d  ünme ve d  ncelerini kendi üzerine odakla tırma e ilimi olu turdu u ve di er insanlara g öven azlı ı, utanga lık, depresif özellikler, öfke ve gerginlik, iddete maruz kalma korkusu gibi duyguların ya lının yalnızlık ve yabancıla ma duygusunu artırdı ı bildirilmi tir (172). Yine ekirdek aile yapısının aile i i samimiyet ve yapıcı payla ımların etkisiyle ya lıların ruh sa lı mı olumlu etkiledi i s ylenbilir.

Çalı mamızda ya lıların depresyon belirtileri g r ölme sıklı ı kirada oturan ya lılarda kendine ait evinde oturanlardan daha y ksek bulunmu tur (P=0.0001). Oturdıkları evde kendine ait odası olmayanlarda olanlara g üre depresyon belirtileri g r ölme sıklı ı ise daha y ksek bulunmasına ra m en anlamlı de ildir (P=0.079).

Keskinolu ve arkadaşlarının çalışmasında, evde kendisine ait odası olmayanlarda depresyon puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (119). Yaşlılarda ileri yaşa rağmen kirada olmanın verdiği ekonomik sıkıntı, kendine ait bir odasının olmamasının ise dinlenince yetersizliği ve özeline olduğu bir mekan eksikliği nedenlerinden ötürü ruh sağlığının etkilenebileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada yaşlıların kronik fiziksel hastalığı olup olmama durumlarının depresyon belirtileri görülme sıklığını etkilemediği ( $P=0.365$ ), ancak depresyon belirtileri gösterenlerde kronik hastalık ortalama süresinin daha uzun olduğu ( $P=0.008$ ) saptanmıştır. Gaziantep il merkezinde bulunan huzurevindeki yaşlılarda yapılan bir çalışmada, yaşlıların kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre ortalama depresyon puanlarının deendiği belirtilmiştir (158). Maral ve arkadaşları çalışmalarında, depresyon riskinin kronik fiziksel hastalığı olanlarda olmayanlara göre 2.3 kez yüksek olduğunu bildirmişlerdir (87). Organik rahatsızlık nedeni ile yatarak tedavi gören yaşlı hastalarda yapılan çalışmada, hastaların yaklaşık %50'sinde depresyon olduğu saptanmıştır (161). Bedensel hastalığı olanlarda depresyonun morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli bir klinik sendrom olduğu bildirilmektedir (173). Genelde kronik hastalıkların depresyon nedeni olabileceği gibi, depresyonunda kronik hastalıkları olumsuz olarak etkileyebileceği görülmektedir. Ayrıca kronik hastalığı olanlarda hastalık süresinin ortaya çıkardığı bıkkınlığında hastalar üzerindeki etkisi önemlidir.

Çalışmamızda yaşlılardan tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığı olanlarda olmayanlara, sürekli psikiyatrik ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre depresyon belirtilerinin daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (Tablo 35,  $P<0.05$ ). Yaşlılarda mevcut olan psikiyatrik bozukluklar depresyona zemin hazırlayabilir. Bu hastalıkların özellikle demans, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve uyku bozukluğu olduğu bildirilmiştir (174).

Çalışmamız kapsamındaki yaşlılarda kişisel bakımını tam yapanların yardıma ihtiyaç duyanlara göre, egzersiz yapanlarda yapmayanlara göre depresyon belirtileri görülenlerin oranının daha düşük olduğu, hareket yeteneği azaldıkça depresyon belirtileri görülme sıklığının arttığı, ancak bedensel özür durumları ile depresyon belirtileri varlığı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 36). Kurtoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında kişisel bakımını yapabilme yetisinin tam olmaması depresyonla ilişkili bulunmuş, depresyon belirlenen yaşlıların %77'sinde yeti yitimi saptandığı belirtilmiştir (157). Fassino ve arkadaşlarının talya'da evde yaşayan

ya lılar üzerinde yaptıkları bir çalı mada, ya lıların ba ımlılık düzeyi ile depresyon arasında güçlü bir ili ki oldu u bildirilmi tir (175). Ya lıların düzenli egzersiz yapmaları ve aktif bir ya am sürdürmelerinin, ya lanma ile birlikte artı gösteren sistemik hastalıkların oranında azalmaya neden oldu u, bununla birlikte uygun egzersiz programı uygulanan ya lılarda günlük ya am aktivitelerindeki ba ımsızlık düzeyinde artı görüldü ü bildirilmi tir (176). Hareket yetene i ve ba ımlı olmama durumunun ya lılar için büyük bir moral kayna ı oldu u ve bunun ya amlarına yansıdı ı dü ünülmü tür. Ayrıca çalı mamızda bedensel özü r durumları ile depresyon belirtileri arasında ili ki saptanmaması ya lıların artık bu durumların ı kabullenmi olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalı mamızda ya lılar arasında herhangi bir hobisi oldu unu ifade edenlerde depresyon belirtileri görü lme sıklı ı, hobisi olmayanlardan daha dü ük, fakat aradaki fark anlamlı bulunmamı tir ( $P=0.103$ ). Bahar ve arkada larının çalı masında, ya lıların bo zamanlarını de erlendirme durumları ile ortalama depresyon puanları arasındaki farkın anlamlı oldu u belirtilmi tir (158). Adana huzurevinde kalan ya lılar üzerinde yapılan bir çalı mada, ya lılardan herhangi bir hobisi olanların %15.6'sının, hobisi olmayanların %32.1'inin depresyon belirtileri oldu u belirtilmi , eli i yapma, sosyal aktivitelere katılım ve di er aktiviteler gibi hobilerin depresyonu önleyici bir faktör oldu u bildirilmi tir (117). Ya lıların daha aktif bir ya am sürmeleri ve bo zamanlarını de erlendirmeleri için düzenli u ra lara gereksinimleri oldu u dü ünülmektedir.

Bu çalı ma kapsamında depresyon belirtileri olmayan ya lıların di erlerine göre ortalama uyku sürelerinin uzun oldu u saptanmı tir ( $P=0.004$ ). Ya lılar arasında uykuya dalmakta güçlük çekenlerde, geceleri sık uyananlarda, uyandı nda kendini dinlenmi hissetmeyenler ve uyku probleminin oldu unu dü ünelerde depresyon belirtileri görülenlerin oranı daha yüksek bulunmu tur (Tablo 37,  $P=0.0001$ ) Altında ve arkada larının Ankara Keçiören Ya lılar Yurdunda kalan ya lılar üzerinde yaptıkları bir çalı mada, ya lıların uykuya dalma zo rlukları ile GDÖ puanları arasında anlamlı bir fark oldu u, ya lılardan uykuya dalmakta sürekli zorluk çekenlerde GDÖ puanının yüksek bulundu u bildirilmi tir (177). Sukegawa ve arkada ları çalı malarında, ya lılarda uyku bozuklu u sıklı ını %37, depresyon sıklı ını %31 olarak bulmu lar, ya lılardaki uyku bozuklukları ile depresyon belirtilerinin benzerlik gösterdi ini belirtmi lerdir (26) Neubauer'in çalı masında, ya lılarda çok yaygın olan depresyonun sıklıkla uyku de i imi ile birlikte oldu u,

ya lı larda gece uyanma ve sabahları erken kalkma e iliminin depresyonda daha da artı gösterdi i belirtilmi tir (178). Çalı mamızda saptanan uyku depresyon ili kisi ile ilgili sonuçlar konu ile ilgili çalı maların sonuçları ile benzerdir. Yeterli süreli ve kaliteli uykunun ya lının zindeli ine ve ya am kalitesine olumlu etki yapaca ı dü ünülmektedir.

Çalı mamızda günde üç ö ünden az yemek yiyenler arasında depresyon belirtileri görülenlerin oranının daha yüksek oldu u saptanmı tır (Tablo 38). Literatürde günlük ö ün sayısı ile depresyon ili kisi hakkında bilgi elde edilememi tir. Yine de az ö ünün ki ilerde özellikle ekonomik eksiklik veya sa lık sorunlarından kaynaklandı nda sıkıntı do urabilece i, bu durumunda ruh sa lı nı etkileyebilece i dü ünülebilir.

Çalı mamızda en fazla tercih ettikleri yiyecek türü olarak “tavuk veya balık” seçeneklerine “evet” yanıtı verenlerde depresyon belirtileri görülenlerin oranı “hayır” yanıtı verenlere göre dü ük bulunmu tur (Tablo 39,  $P<0.05$ ). En fazla tercihlerini sebze ve meyve olarak belirtenlerde ise tersi olarak depresyon belirtisi gösterenlerin oranı yüksektir (Tablo 39,  $P<0.005$ ). Baklagiller, kırmızı et, süt ve süt ürünleri tercihleri ile ilgili olarak ta depresyon belirtilerinin görülme sıklı ının de i medi i saptanmı tır (Tablo 39,  $P>0.05$ ). Finlandiya’da yapılan bir çalı mada balık tüketiminin depresyon ve intihar olaylarını azalttı ı belirtilmi olup, depresyon e ilimi olan ya lılardan haftada en az iki kez balık tüketenlerde depresyon riskinin %37, intihar e iliminin %43 oranında azaldı ı bildirilmi tir (179). Çalı mamızda da beyaz et tüketimini (tavuk veya balık) en fazla tercih etti ini söyleyenlerdeki sonuçlar literatürdeki bu çalı ma ile ili kilendirilebilir. Çalı mamızda sebze a ırlıklı beslenme tercihinde depresyon belirtilerindeki yükseklik bölgesel olarak kendi yeti tirdikleri ürünleri tüketmenin ve ekonomik olarak di er ürünlere eri ememenin verdi i sıkıntıdan kaynaklanıyor olabilir.

Çalı mamızda son bir yıl içinde yakınlarını kaybedenlerde kaybetmeyenlere göre depresyon belirtileri görülme sıklı ının daha yüksek oldu u saptanmı tır ( $P=0.0001$ ). Yapılan ara tırmalarda; ya lılarda sevilen ki inin kaybı ve buna ba lı ya anan yas durumunun depresyona yakınlı ı artıran etkenlerden oldu u, özellikle e in yitirilmesi durumunda depresif belirtilerin sıklıkla geli ebilece i, e in yitirilmesinden sonraki iki yıl içerisinde belirgin depresif belirtiler gözlenebilece i, iki yılın sonunda ya lı bireylerin %14’ünde major depresyon geli ebilece i belirtilmektedir. Major depresyona girmeyip yalnızca depresif belirtiler gösteren

ya lı bireylerin büyük kısmında da ya am kalitelerinin etkilenece i ve yeti yitimi görülebilece i bildirilmi tir (101,105). Ya lılık döneminde ya lılar birçok yakınını kaybedebilmelerine ra men, literatürde daha çok e kaybı üzerinde durulmaktadır. Li ve arkada larının ya lı Çinliler üzerinde yaptıkları çalı malarında; dul kalmanın iddetli ya am stresörlerinden oldu u, dul olarak ya amanın ya lı Çinlilerde ruhsal ve bedensel sa lıkta kötüle me ile ba lantılı oldu u belirtilmi tir (25). Çalı mamızda ya lılarda yakınlarını kayıpla depresyon belirtileri görülmesinin ili kisi konu ile ilgili çalı maların sonuçları ile benzerdir.

Bu çalı mada hayatı boyunca ya da son bir yıl içerisinde herhangi bir iddet türüne maruz kaldı nı ifade eden ya lılarda depresyon belirtilerinin görülme sıklı ı böyle bir iddete maruz kalmadı nı söyleyen ya lılara göre daha yüksek bulunmu tur (Tablo 40, P=0.0001). Nixon ve Bryant çalı malarında; örseleyici ya am olaylarının depresyon, distimi, akut stres bozuklu u, travma sonrası stres bozuklu u gibi bazı psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında önemli etken oldu unu bildirmi lerdir (180). Örseleyici ya am olaylarının ki ileri etkileme oranları de i kenlik göstermekle birlikte ço u ki ide olumsuz izler bırakmakta ve ya am süreci içinde çe itli psikopatolojilerin, özellikle depresif bozuklukların ortaya çıkmasına katkı yaptı ı belirtilmektedir (181).

Çalı mamızda halen sigara içenlerde depresyon belirtileri görülenlerin oranının içmeyenlere göre yüksek oldu u saptanmı tir (Tablo 41, P=0.0001). Aubin ve arkada larının çalı masında; sigara içenlerde ya am boyu depresif bozukluk öyküsü, içmeyenlere göre iki kat fazla bulunmu tur. Ayrıca majör depresif bozukluk öyküsü olanlarda sigarayı bırakma oranlarının dü ük oldu u saptanmı tir (182). Almeida ve Pfaff çalı malarında; çok sayıda ve sürekli sigara içmenin depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açtı nı bildirmi lerdir (183). Haris ve arkada ları ise çalı malarında, sigara kullanımının ileri ya ta depresyonla ili kili olmadı nı belirtmi lerdir (184). Sigara depresyon ili kisi ile ilgili bulgularımız konu ile ilgili çalı malarla genelde benzerdir.

Sonuç olarak; Elazı il merkezinde ya ayan ya lılarda depresyon belirtilerinin yaygınlı ı yüksek bulunmu tur. Ya lılarda depresyon belirtilerinin;

- Ya ilerledikçe arttı ı,
- E itim seviyesi dü tükçe arttı ı,
- Dul/bo anmı olanlarda evli olanlara göre daha fazla,

- Ailelerinin ortalama geliri ve ailede ki i ba na dü en gelir ortalaması dü ük olanlarda yüksek olanlara göre daha fazla,
- Sosyoekonomik düzeylerini dü ük olarak algıladıklarını belirtenlerde orta ve yüksek olarak algılayanlardan daha fazla,
- Sosyal güvencesi olmayanlarda olanlardan daha fazla,
- Tek ba na ya da ikinci derece akrabalarının yanında ya ayanlarda e iyle ya da e i ve çocukları ile ya ayanlardan daha fazla,
- Çocuklarının yanında hiç kalmamı olanlarda bir süreli ine çocuklarının yanında kaldı mını belirtenlere göre daha fazla,
- Çocuklarının kendilerine destek olmadı mını söyleyenlerde d estek görenlere göre, yine çocuklarıyla uyum sorunu ya ayanlarda böyle bir sorun ya amayanlara göre daha fazla,
- Yakın akrabası olmayanlarda ya da üç ve üzeri yakın akrabası olanlarda iki ve altı yakın akrabası olanlara göre daha fazla,
- Yakınları ile ili kilerinin kötü oldu unu ifade edenlerde iyi ve orta derecede ili kileri olanlara göre daha fazla,
- Yalnız ya da geni ailede ya ayanlarda çekirdek ailede ya ayanlara göre daha fazla,
- Kirada oturanlarda kendisine ait evi olanlara göre daha fazla,
- Tanısı konulmu bir psikiyatrik hastalı ı olanlarda ya da sürekli psikiyatrik bir ilaç kullandı mını belirtenlerde böyle bir durumu olmayanlara göre daha fazla,
- Ki isel bakımını yaparken yardıma ihtiyaç duyanlarda tam olarak yapabilenlere göre, egzersiz yapmayanlarda ya panlara göre, yine hareket yetene i azaldıkça daha fazla,
- Uyku sorunları olanlarda olmayanlara göre daha fazla,
- Günde üçten az ö ün yiyenlerin üç ve üçten fazla ö ün yiyenlerden daha fazla, yine beslenmelerinde beyaz eti (tavuk -balık) daha fazla tercih etti ini belirtenlerde tercih etmeyenlere göre daha az,
- Son bir yıl içerisinde yakınıını kaybedenlerde böyle bir kayıp ya amayanlara göre daha fazla,
- Hayatının herhangi bir döneminde ya da son bir yıl içerisinde iddet türlerinden en az birine maruz kaldı mını belirtenlerde iddete u ramadı mını söyleyenlerden daha fazla,



- Halen sigara içenlerde içmeyenlere göre daha fazla oranlarda görüldü ü saptanmı tır.

Ayrıca depresyon belirtileri gösteren ya lıların göstermeyenlere göre ortalama; mevcut fiziksel kronik hastalıklarının süresinin daha uzun, günlük uyku süreleri ve ö ün sayılarının ise daha az oldu u belirlenmi tir.

Depresyon belirtileri görülme sıklı mın; cinsiyet, VK , gelir getirici bir i te çalı ıp çalı mama durumu, sahip olunan çocuk sayısı, ya lının geni ya da çekirdek ailede yeti mesi, evlerinde kendilerinin ve/veya e leriyle payla tıkları bir odalarının olup olmaması, kronik fiziksel bir hastalıklarının olup olmaması, ailesinde psikiyatrik bir hastalı ın olup olmaması, yine ya lıların herhangi bir hobisi nin olup olmaması özelliklerinden etkilenmedi i saptanmı tır.

Sa lık yakla ımı açısından özellikli gruplardan biri olan ya lılarda depresyon belirtilerinin azaltılmasına ya da önlenmesine yönelik olarak;

- Ya lılık, alınabilecek önlemlerle ki ilerini daha sa lıklı ve üretken olarak geçirebilecekleri bir dönem olarak de erlendirilmelidir.
- Toplumda genç ya lardan ba layarak düzenli sa lık kontrollerinin yaptırılması bilincinin yaygınla tırılması, sigara, alkol ve hatalı beslenme gibi ya amı olumsuz etkileyecek etkenlerden kaçınılması gerekir.
- Toplum genelinin e itim düzeyinin yükseltilmesi çalı malarının yapılması gerekir.
- Özellikle birinci basamakta ya lılara sosyal ve sa lık deste i sa layacak merkezler açılmalıdır.
- Ya lılara yönelik sosyal ve ekonomik destek a larının kurulması çalı maları ile ya lıların toplumsal etkinliklere katılımını desteklemek, yeteneklerini, el becerilerini geli tirmek ve onları toplumsal ya amda üretici duruma getirerek uyum sa lamalarına yardımcı olabilmek için gerekli ve yeterli çalı malar yapılmalıdır.
- Ya lı sa lı na yönelik yakın ve uzun dönemli planlamalar yapılmalı, özellikle sosyoekonomik durumu kötü olan bölgelerde sa lık hizmeti planlamasında ya lıların ulaabilecekleri ve ücretsiz olarak yararlanabilecekleri evde ve birinci ba samakta sunulabilen bütüncül bir hizmet modeli geli tirilmelidir.
- Ya lı istismarı tanınabilmeli, önlemler alınarak izlenebilmeli, istismarcılara kar ı kesin kanuni yaptırımlar olmalıdır.

- Ya lılarda fiziksel, ruhsal ve sosyal iyile tirmelere yönelik geli tirebilecek bütün modellerde içerisinde sivil kurulu larının da yer aldı ı devlet deste i sa lanmalıdır.
- Halk sağlığı ve psikiyatri yaklaşımlarına diğer disiplinlerin de katılımıyla, yaşlılarda depresyon ile ilişkili risk faktörleri değerlendirilip, bu gruba yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler düzenlenmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Turaman C. Ya lı sa lı ı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Türk Geriatri Dergisi 2001; 4: 22-27.
2. Güleç M, Tekba ÖF. Sa lık perspektifinden ya lılık. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri 1997; 17:369-378.
3. Erdal R.Halk Sa lı ı Yönünden Ya lılık. Ayhanlar Matbaası, Ankara 1989. WHO,Health of Elderly, Tec.Rep.Series N.79.WHO. Genava ,1989.
4. Güler Ç. Toplum sa lı ı sorunu olarak ya lılık. çinde: Gökçe Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S (editörler). Geriatri 1.Hekimler Yayın Birli i, Ankara 1997: 50 -60.
5. Anderson WF. Community health problems of an ageing population. Hobson W (editor). 5.th.ed.The Theory and Practice of Public Health. Toronto : Oxfort University- pres, 1979:584-612.
6. United Nation Population Division.World Population Prospects: The 2002 Revision Data Base. <http://esa.un.org/unpp/>Eri im tarihi:10.9.2007
7. United Nation. Problem of Elderly and the Aged: nternational plan of Action on Ageing. <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyopcf4htm>. Eri im tarihi:08.10.2006.
8. Aging and Health.A Health Promotion Approach for developing Countries, WHO,2003.
9. Pınar R. Ya lıların de erlendirilmesi. 4. Ulusal ç Hastalıkları Kongresi Kitabı, 2002.
10. Bilir N. Ya lılık ve Halk Sa lı ı. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Ara tırma ve Uygulama Merkezi, Ya lılık Gerçe i, 2004:10 -27.
11. Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması 2003 Ön Rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Sa lık Bakanlı ı Ana Çocuk Sa lı ı ve Aile Planlaması Genel Müdürlü ü. Ankara. 2004.
12. Ünal T. The status of old age population.Turkey. The Turkish Journal Of Population Studies, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara. 2002; 22: 3 -22.
13. Clark GS, Siebens HC. Geriatric Rehabilitation. In: De Lisa J.( editor). Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: Lippincott :Williams& Wilkins,2005: 1531 -1560.
14. Nesse RM, Williams GC. Why we get sick. The new science of Darwinian medicine. New York: Times Books, 1994.
15. Frassetto L, Morris RC Jr, Sellmeyer DE, Todd K, Sebastian A. Diet, evolution and aging-the pathophysiologic effects of the post -agricultural inversion of the potassium -to-sodium and base-to-chloride ratios in the human diet. Eur J Nutr. 2001;40:200-213.
16. Karsh O. Ya lılık ve Türkiye'de Ya lılık Sorunları. T.C. S.S.Y.B. Hıfzısıhha Okulu Sosyal Hizmetler Bölümü Ankara: 1982.
17. Resnick NM. Geriatric Medicine. In:Wilson J, Fauci A (editors). Harinson's Principles of Internal Medicine. McGraw Hill, New York1997:1501-1515.

18. Dönümcü . Ya lı ve sosyal hizmetler . Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2006; 52:42-46.
19. Chaunchaiyakul R, Groeller H, Clarke JR, Taylor NA. The impact of aging and habitual physical activity on static respiratory work at rest and during exercise. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2004 ; 287: 98-106.
20. Bilir N. Koruyucu hekimlik, sa lı ın korunması ve ya lılık. Arı ul S( editör). Geriatri ve Gerontoloji. 1.Baskı, Ankara: Medikal - Nobel, 2006: 53-60.
21. Health of the Elderly. Tecnical Report Series: World Health Organisation, Geneva. 1989; 779:1-2,36-62,70-83.
22. Bilir N; Bula ıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve ya lılık sorunları. Bertan M, Güler Ç (editörler) Halk Sa lı ı Temel Bilgiler Kitabı Güne Kitabevi Yayınları. Ankara, 1995: 359-368.
23. Ebrahim S. Health of elderly people. Detels R, McEwen J, Beaglehole, Tanaka H (editors). Oxford Textbook of Public Health. Oxfo rd University Press, 2002:3.
24. Yazgan Ç. Ya lılıkta yas. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 179-184.
25. 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.
26. Sukegawa T, Itoga M, Seno H, Miura S, Inagaki T, Saito W,et.al Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2003; 57: 265-270.
27. Chiu HF, Leung T, Lam LC, Wing YK, Chung DW, Li SW, Chi I, Law WT. Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong. Sleep 1999; 22: 717-726.
28. Atay T. Ya lılıkta uyku. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 2001; 2: 91 -97.
29. Hoffman S. Sleep in the older adult : implications for nurses (CE). Geriat Nurs 2003; 24: 210-214.
30. Karadakovan A. Üniversite ö rencileri nin ya lı bireyle birlikte ya ama konusundaki ü üncelerinin ncelenmesi. Sa lık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1995; 5: 16 -19.
31. Ekici H, Ünal S. Akyol Sa lık Oca ına ba lı evinde kalan ya lılarla huzurevinde kalan ya lılarda psikolojik semptom taraması ve ya am doyumu. Sa lıklı Ya lanma Uluslararası Hem ireler Birli i 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Ankara.1992;121 -129.
32. Güven S. Türkiye’de ya lı ve aile. Geriatri ve Gerontoloji, 2006:176 -181.
33. Fadı lu Ç, Yürekli A, Yılmaz D. Toplumdaki ya lıların psikos oyal yönlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Dergisi, 1992; 8:3:111.
34. Gökçe Kutsal Y. Ya lılarda analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların akılcı kullanımını çinde: Gökçe Kutsal Y (editör) Geriatri. stanbul: Turgut Yayıncılık; 2002: 173-179.
35. namıcı F, Gökçe Kutsal Y. Geriatri. liçin G, Bibero lu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler) ç hastalıkları, Cilt 1. Ankara: Güne Kitabevi; 2003: 215-236.

36. Arslan , Atalay A, Gökçe Kutsal Y. Drug use in older people. J Am Geriatr Soc2002; 50:1163-1168.
37. Monette J, Gurwits JH, Avorn J, Epidemiology of adverse drug events in the nursing home setting. Drugs Aging 1995;7:203-211.
38. Williams C.M. Using medications appropriately in older drugs. Am Fam Physicians 2002; 66:1917-1924 .
39. Canatan A. Yoksulluk ve Ya lılık. IV. Aile urası A ile ve Yoksulluk Bildirileri. (Ed: Rahime Beder) T.C Ba bakanlık A ile Ara tırma Kurumu Ba kanlı ı Yayınları, No: 122 Ankara 2004.
40. Keith VM. Gender, Financial strain, and Psychological distress among older adults. Research on Aging 1993; 15(2):123-147.
41. Bilir N. Ya lanan Toplum. Ankara, Güne Kitabevi, 2004:1 -6.
42. Aksoydan E. Ya lılık ve Beslenme .T.C. Sa lık Bakanlığı , Ba kent Üniversitesi. Burgaz Matbaası, Ankara 2005;pp27.
43. Niessen MJ, Jones JA: Oral Health changes i n the elderly: Their relationship to nutrition. Postgraduate Med 1984; 75(5):231-237.
44. Akdemir N, Birol L. ç Hastalıkları ve Hem irelik Bakımı. stanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları;2003.
45. Sloane P. How to maintain the health of independent elderly. Geriatr ics 1984; 39(10): 93-104.
46. Ellekjaer H, Holmen J, Ellekjaer E, Votten L. Physical activity and stroke mortality in women. Stroke 2000 ;31:14-18.
47. Balkan S. Ya lılı ın nörolojisi. Yaltkaya K Balkan S, O uz Y.(editörler) Nöroloji Ders Kitabı: Palme Yayıncılık. Ankara.1996:321-325.
48. Noel PH, Williams JW Jr, Unützer 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.
49. Copeland JRM, Dewey ME, Saunders PA. Ya lılarda depresy on. Kaplan . (Çeviren). Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 3: 3-7.
50. A kın R. Depresyon El Kitabı 2. baskı. Konya, 1994: 125.
51. Yüksel N. Demans ve depresyon: klinik ve nöropsikolojik özellikler. Türk Nöroloji Dergisi 2002; 8 : 71-84.
52. Amerikan Psikiyatri Birli i. Mental bozuklukların Tanısal ve Tanımsal El Kitabı. Köro lu E(Çeviren).4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birli i, 1994.
53. Küey L, Güleç C. Depresyon Epidemiyolojisi. Depresyon Monograf ları Serisi, Hekimler Yayın Birli i, Ankara, 1993.

54. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry*. 2001;62( Suppl 8): 4-9.
55. 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.
56. Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. In depression and Mania, Georgotas A, Cancro R(editors). Elsevier, New York,1988.
57. Tarhan N, Çetin M. Depresyonda Biyolojik Göstergeler. Depresyon Monografaları Serisi 4. E. Köro lu( editor). Hekimler Yayın Birli i, Ankara, 1993; 175 -200.
58. Westermeyer J. Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. *Am J Psychiatry*. 1985;142:798-805.
59. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*. 1998; 186: 462-469.
60. Anthony JC, Petronis KR. Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old. *Epidemiology* 1991; 2:123-132.
61. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ . Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 470-474.
62. Üstün TB, Von Korff M. Primary mental health services. Access and provision of care . *Mental Illness in General health care: An International Study*. Üstün TB, Sartorius N (editors). Chichester, John Wiley and Sons,1995:347-360.
63. Lipowski ZJ. Somatization and depression. *Psychosomatics* 1990;31:13-21.
64. Kara H, Sayar K, Saygılı S. Kültürel psikiyatri açısından depresyon kavramı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1997;7:59-63.
65. Aroian KJ, Norris AE. Somatization and depression among former Soviet immigrants. *J Cult Divers*. 1999; 6:93-101.
66. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.Baskı, ( DSM-IV). Text Revision. Washington DC 2000. American Psychiatric Association.
67. Ormel J, Koeter WJ, Brink W, Willige G Genel Tıpta Anksiyete ve Depresyonun Tedavisi ve Gidi i, *JAMA*2002; 5:1-8.
68. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:85-94.
69. Akalın ES, Cimili C, Kuzhan E . Depresyon, pratisyen hekimler ve depresyon eğitimi. *Sürekli Tıp E itimi Dergisi* 2002; 11: 58-62.
70. Yüksel N. Depresyonda tanı ve ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dünyası*. 1998;1:13 -20.

71. Serby M, Yu M. Overview, depression in elderly. Mt Sinai Med J 2003; 70(1):38 -44.
72. Cankurtaran M, Cankurtaran E. Ya lı larda depresyon. Arı ul S(editör). Geriatri ve Gerontoloji.1. Baskı, Ankara : Medikal - Nobel, 2006: 998-999.
73. Greenberg MT. Attachment and psychopatology in chil dhood. J Cassidy, PR shaver (editors): Handbook of Attachment'da , New York ,Guilfort Publ.1999: 469 -496.
74. Sadowski H, Ugarte B, Kolvin I, Kaplan C, Barnes J. Early life family disadvantages and major depression in adulthood. Br J Psychiatry. 1999; 174:112 -120.
75. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, et.al.. The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. Am Psychol. 1993 ;48:1013 -1022.
76. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985 ;98:310-357.
77. Paykel ES. Life events, social support and depression. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1994; 377: 50-58.
78. Nease DE Jr, Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. J Fam Pract. 2003; 52:118-124.
79. Aydemir Ç. Türkiye'de ya lı intiharları. Kriz Dergisi 1999; 7: 21-25.
80. Ruskin P. Geropsychiatrics consultation in a university hospital: a report on 67 referrals. Am J Psychiatry 1985; 142:333 -336.
81. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life, a diag nostic and therapotic challange . Am Fam Physician May 2004; 15: 69: 2375 -2382.
82. Alexopoulos GS. Mood disorders. I Comprehensive Textbook of psychiatry, Saddock BJ, Saddock VA( editors), Lippincott, Philadelphia: Williams -Wilkins, 2000: 3060-3067
83. Örnek T, Bayraktar E, Özmen E. Geriyatrik Psikiyatri. zmir, Saray Tıp Kitabevleri,1992: 63-85.
84. NIH consensus conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA 1992;268:1018-1024.
85. Bekaroglu M, Uluutku N, Tanriover S, Kirpinar I. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand 1991 ; 84(2):174-178.
86. Uçku R, Küey L. Ya lı larda depresyon epidemiyolojisi: Yarı -kentsel bir bölgede 65 ya üzeri ya lı larda kesitsel bir alan ara tırması. NöroPsikiyatri Ar ivi 1992; 29: 15-20.
87. Maral I, Aslan S, lhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlı ı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde ya ayan ya lı larda kar ıla tırma lı bir çalı ma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12: 251 -259.
88. Özmenler KN. Ya lılık çalı depresyonları. Duygudurum Dizisi 2001; 3: 109 -115.

89. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainscott C, Krishnan KR. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment Biol Psychiatry. 2002; 52: 543-58.
90. Shah A, Odutoye K, De T. Depression in acutely medically ill elderly inpatients: a pilot study of early identification and intervention by formal psychogeriatric consultation. J Affect Disord. 2001; 62:233-240.
91. Yüksel N. Ya lılık ça ı depresyonları. Türk Geriatri Dergisi 1998; 1: 19-23.
92. Stage KB, Bech P, Kragh-Sørensen P, Nair NP, Katona C. Differences in symptomatology and diagnostic profile in younger and elderly depressed inpatients J Affect Disord 2001; 64: 239-248.
93. Eker E. Ya lılık dönemi depresyonları. Psikiyatri Dünyası 1998; 2: 45 -51.
94. Miyabayashi I. Depression and suicidal behavior in the elderly: a literature review. Yonago Acta Medica 2002; 45: 69-73.
95. Szanto K, Prigerson HG, Reynolds III CF. Suicide in the elderly. Clinical Neuroscience Research 2001; 1: 366-376.
96. Yüksel N. Demans ve depresyon: klinik ve nöropsikolojik özellikler. Türk Nöroloji Dergisi 2002; 8: 71-84.
97. Murphy CF, Alexopoulos GS. Cognition and late life depression. Primary Psychiatry 2004;1: 54-58.
98. Mathews M, Mathews M, Mathews J. Recognition and treatment of depression in the elderly. Primary Psychiatry 2004; 11: 33-37.
99. Devanand DP. Comorbid psychiatric disorders in late life depression. Biol Psychiatry 2002; 52Ç: 236-242.
100. Murphy E. The prognosis of depression in old age. Br J Psychiatry 1983; 142: 111-119.
101. Kaya B. Ya lılık ve depresyon-I: Tanı ve de erlendirme. Türk Geriatri Dergisi 1999; 2:76-82.
102. 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.
103. Özer S, Cankurtaran E, Ulu B, Ulu ahin A. leri ya ta depresyon. Geriatri 2002, Gökçe-Kutsal Y(editor) 2002; 107-114.
104. Akın R. Depresyon el kitabı. 2. baskı. Konya: 1999: 124 -131.
105. Tamam L, Öner S. Ya lılık ça ı depresyonları. Demans Dergisi 2001; 1: 5 0-60.
106. Mathews M, Mathews M, Mathews J. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder. JAMA 2003; 290: 1033 -1041.



107. Gottfries CG Late life depression.Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001; 251: 1157-1161.
108. Padala PR, Roccaforte WH, Burke WJ. Antidepressants in the treatment of depression in older adults. Primary Psychiatry 2004;11: 35 -39.
109. Öz F. Ya lılıkta ruh sa lı ı .Türk Hem ireler Dergisi 1992; 42: 5 -8.
110. 2000 Genel Nüfus Sayımı. Nüfusun Sosyal ve Ekonom ik Nitelikleri. İl-23-ELAZIĞ. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, Nisan 2002: 84.
111. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınevi, 8. Baskı, Ankara, 1998: 264-265.
112. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982-1983; 17: 37-49.
113. Ertan T, Eker E, ar V. Geriatrik Depresyon Ölçe i'nin Türk Ya lı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenilirli i. Nöropsikiyatri Ar ıvi 1997; 34: 62 -71.
114. Sa duyu A.Ya lılar için depresyon ölçe i: Hamilton Depresyon Ölçe i ile Kar ıla tırılmalı Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalı ması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8:3-9.
115. Koç , Hancı lu A. Hanehalkı nüfusu ve konut özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sa lık Ara tırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi 2004: 17 -32.
116. Dudak H A, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y.Kayseri il merkezindeki ya lıların mediko-sosyal sorunları ve ya am memnuniyetlerini etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9:202-212.
117. Sütölük Z, Demirhindi H, Sava N, Akbaba M. Adana huzurevinde kalan ya lılarda depresyon sıklı ı ve nedenleri.Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 :148 -151.
118. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A, Fakıo lu E, Yılmaz N.Ankara Gülviren sa lık oca ı bölgesi Anadolu mahallesinde 65 ya ve üzeri nüfusun sa lık hizmeti kullanımının de erlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6: 22 -26.
119. Keskinolu P, Bıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Ya lılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi 2006;16: 21 -26.
120. Aksoydan E. Ankara'da kendi evinde ve huzurevinde ya ayan ya lıların sa lık ve beslenme durumlarının saptanması.Türk Geriatri Dergisi 2006; 9: 150 -157.
121. Özdemir L, Koço lu G, Sümer H, Nur H, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. Sivas il merkezinde ya lı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27: 89-94.
122. Güngör N, Nehir S, Özba aran F. Manisa kent merkezindeki huzurevinde kalan ya lıların sosyo-demografik özelliklerinin beslenme durumları üzerindeki etkisi. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8:195-204.

123. Keskinolu P, Bilgiç N, Bıçakçife M, Uçku R. İzmir Çamdibi 1 nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalıklar prevalansı. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6: 27-30.
124. Tufan Y, Güraksın A, Nandı T, Vançelik S. Erzurum ili Pasinler ilçesinde yaşlı populasyonun medikososyal sorunları. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2000; 32: 139 - 143.
125. 2000 Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri. T.C. Babakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara 2003.
126. Bostancı M, Yılmaz B. Denizli huzurevi sürekli bakım ve rehabilitasyon merkezindeki yaşlıların sosyodemografik özellikleri ve sağlık sorunları. 8. Halk Sağlığı Kongre Kitabı, İstanbul: 1996.
127. Bilir N, Aslan D, Güngör N, Açı M, Sıddıqı Z, Uluç F, Ülger Z ve ark. Ankara'da Altında sağlık ocağı bölgesi'ne bağlı Sakarya mahallesi'nde yaşlıların 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. Türk Geriatri Dergisi 2002; 5: 97-102.
128. Yarı F, Çan G, Topba M, Kapucu M. Trabzon 2 nolu merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşlıların medikososyal durumlarının değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2001; 4: 159-171.
129. Bilir N, Özcebe H, Vaizolu S, Aslan D, Subaşı N. Van ili kent merkezinde yaşlıların 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların sigara içme durumları. Türk Geriatri Dergisi 2004;7:74 -77.
130. Demet MM, Taşkın OE, Deniz F, Karaca N, Çelli . Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri . Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13: 290-299.
131. Keskinolu P, Giray H, Bıçakçife M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlılarda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. Türk Geriatri Dergisi 2004;7: 57 -61.
132. Ayrancı Ü, Kögerolu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir'de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. Sürekli Tıp Egitimi Dergisi 2005;14: 113.
133. Çalıntır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla ili merkezinde yaşlıların bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9: 30 -33.
134. Bilen M. Sağlıklı insanlık kriteri. Geliştirilmiş 4. Baskı, Ankara: 1993.
135. Holland BE, McCurren C. Aging. In: Black M, Jacobs M (editors). Medical Surgical Nursing Clinical Management for Continuity of care Fifth edition WB. Saunders Company 1997:81-104.
136. Uysal A. Dünya'da yaygın bir sorun: Yaşlı istismarı ve ihmali. Aile ve Toplum Dergisi 2002; 5: 5.
137. Baran GA, Kalınkara V, Aral N, Akın G, Baran G, Özkan G. Farklı sosyoekonomik düzeydeki yaşlıların gündelik yaşamdan tatmin düzeyleri: Ankara kentsel kesit örneği. Türk Geriatri Dergisi 2007;10: 10-18.

138. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sa ğ ı ve Hem ireli ğ i. Somgür Yayıncılık. Ankara, Eylül 1993.
139. Ünal G, Bilge A. İleri ya ğ grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2005; 8: 89-93.
140. Berbero lu U, Gül H, Eskiocak M, EkukluG, Saltık A.Edirne huzurevinde kalan ya lıların kimi sosyodemografik özellikleri ve Katz ndeksine göre günlük ya am etkinlikleri. Türk Geriatri Dergisi 2002;5: 144 -149.
141. Esen A. Ya lılıkta görülen sa ğ lık sorunları. Ege Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Dergisi 1992; 8: 97 -105.
142. Staab AS, Hodges LC. Problems with mobility, In: "Essentials of Gerontological Nursing", Lippincott, Philadelphia-Newyork 1996 :1-65.
143. Rochon PA, Gurtvatz SH. Drug therapy. Lancet.1 995; 346:32.
144. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde ya ayan ya lıların de ğ i ik yönlerden de ğ erlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2001;4: 106 -112.
145. Eser I. Ya lılıkta meydana gelen fizyolojik de ğ i iklikler. Ege Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Dergisi 1992;7: 51 -57.
146. Büyükco kun A.Ya lı Bireyin Sorunları ve Bakım Gereksinmelerinin Saptanması. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sa ğ lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Programı, 1990.
147. Çivi S, Tanrıku lu Z. Ya lılarda ba ğ ım lılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalık prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalı ma. Türk Geriatri Dergisi 2000;3: 85-90.
148. Fadılo lu Ç, İkbay Y, Kuzeyli Yıldırım Y. Huzurevinde kalan ya lılarda uyku kalitesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9:165-169.
149. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiological study of three communities. Sleep 1995;18: 425-432.
150. Elder Abuse and Crima Against the Elderly. <http://www .nuc.org/stats/ elderly.htm>.
151. Wolf RS. The Nature and Scope of elder abuse. Generations 2000; 24:7 -13.
152. Özdemir F, Ta tekin N, Kokino S, Esen E, Turan NF. Ya lılarda görülen depresyonda Geriatrik Depresyon Skalasında hangi sorular daha de ğ erlidir? Türk Geriatri Dergisi 2004; 7: 184-190.
153. McCurren C, Dowe D, Rattle D, Looney S. Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. Appl Nurs Res 1999; 12: 185 -195.
154. Boswell EB, Stoudemire A. Major depression in the primary care setting. Am J Med 1996; 101: 3-9.

155. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF 3rd , Carpender D, Docherty JP, Ross RW. Pharmacotherapy of depression in older patients: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2001; 7: 361 -376.
156. Chi I, Yip PS, Chiu HF, Chou KL, Chan KS, Kwan CW,et al. Prevalence of depression and its correlates in Hong Kong's Chinese older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13 : 409-416.
157. Kurto lu D, Rezaki M. Huzurevindeki ya lılarda depresyon, bili sel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 173-179.
158. Bahar A, Tutkun H, Sertba G. Huzurevinde ya ayan ya lıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 227 -239.
159. Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V. Gender difference s in depressive symptoms among Spanish elderly *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33: 195 -205.
160. Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, Smit JH, Schoevers RS, de Beurs E, et al. Dysthymia in later life: a study in the community. *J Affect Disord.* 2004; 81 : 191-9.
161. Güz H, Yaman MA, N Dilbaz N. Fiziksel hastalı ı olan ya lılarda depresyon ve di er psikiyatrik belirtiler. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007; 9:44 -49.
162. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK The association of age and depression among the elderly: an epidemilogic exploration. *J Gerontol.* 1991; 46: 210 -215.
163. Li ZB, Ho SY, Chan WM, Ho KS, Li MP, Leung GM, Lam TH. Obesity and depressive symptoms in Chinese elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004; 19: 68 -74.
164. Baksak B, Baskak SÇ, Özel T, Turan E. 65 ya üstü ha stalarda depresyonun sosyodemografik özellikleri ve vasküler hastalıklarla ili kisi: retrospektif bir kayıt tarama çalı ması. *Kriz Dergisi* 2005; 13:11 -19.
165. Taqui MA, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: "Does family system play a role?" A cross-sectional study *BMC Psychiatry* 2007; 7:57.
166. Karalar F, Öztürk , ahin A, Çayköylü A, Kırpınar . Erzurum il merkezinde 65 ya ve üzeri populasyonda depresyon yaygınlı ı ve ili kil i faktörler. 5. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu:10-12 Haziran 2004, stanbul.
167. Topba M, Yarı F, Can G, Kapuca M, Sayar K.The effect of sociodemographic factors and medical status on depressive symptoms of the in habitants of nursing home and community-dwelling elder in Trabzon-Turkey. *Bull clin Psychopharmacol* 2004;14:57-60.
168. Mohd Sıdik S, Mohd Zulkeflı NA, Mustaqım A. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine* 2003 ;2:196-199.
169. Di çigil G, GemalmazA, Ba ak O, Gürel EF, Tekin N. Birinci basmakta geriatrik ya grubunda depresyon. *Türk Geriatri Dergisi* 2005;8:129 -133.
170. Kocata S,Güler G, Güler N. 60 ya ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlı ı. *Atatürk Üniversitesi Hem irelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7:11 -18.

171. Langford CP, Browsher J, Maloney JP, Lillis PP: Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs* 1997; 25: 95-100.
172. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med.* 1997; 27:323-332.
173. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res.* 2002; 53: 859-863.
174. Gökta K, Özkan .Ya lı larda depresyon. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006;8:30-37.
175. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr* 2002; 35: 9-20.
176. Wagstaff P, Coaklev D *Physiotherapy and the Elderly Patient.* Croom Helm LTD, London, 1988; 1-80.
177. Altınta H, Atilla S, Sevencan F, Akçalar S, Sevim Y, Solak OS, et al. Ankara’da bir ya lı bakımevinde ya ayan ya lı larda depresyon belirtilerinin taranması. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5 :332-342.
178. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. *Am Fam Physician.* 1999; 59:2551-2558, 2559-2560.
179. Tanskanen A, Hibbeln JR, Hintikka J, Haatainen K, Honkalampi K, Viinamäki H. Fish consumption, depression, and suicidality in a general population *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:512-513.
180. Nixon RD, Bryant RA. Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder. *Behav Res Ther.* 2003;41:1237-1242.
181. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1417-1425.
182. Aubin HJ, Tilikete S, Barrucand D. Depression and smoking. *Encephale* 1996; 22:17-22.
183. Almeida OPT, Pfaff JJ. Depression and smoking amongst older general practice patients. *J Affect Disord* 2005; 86: 317-325.
184. Harris T, Cook DG, Victor C, Rinke E, Mann AH, Sha h S, et al. Predictors of depressive symptoms in older people – a survey of two general practice population. *Age Ageing* 2003;32:510-518.

**Ek 1:**

**ÇALI MAYA KATILMA ONAMI**

“Elazı il merkezinde ya lı larda depresyon belirtilerinin yaygınlı ı ve etkiley en faktörler” isimli bilimsel çalı mada yer almayı kabul ediyorum. Konu ile ilgili ankette yer alan sorulara, bu bilgilerin bu çalı ma ile ilgili olan bilimsel faaliyetlerin dı nda kullanılmaması artıyla, kendi iste im ile cevap verdi imi beyan ediyorum.

Tarih: .... / .... / .....

Adı-Soyadı  
mza

**“ELAZI L MERKEZ NDE YA LILARDA DEPRESYON BEL RT LER N N YAYGINLI I VE ETK LEYEN FAKTÖRLER” UZMANLIK TEZ ÇALI MASI ANKET**

- 1- Cinsiyeti: 1) Erkek 2) Kadın
- 2- Ya mız:..... (Do um tarihiniz: .....
- 3- Kilonuz: .....kg Boyunuz:..... cm
- 4-Yeti ti iniz yer ( onsekiz ya öncesi): 1- 1 2- lçe/Belde/Kasaba 3-Köy
- 5- u anda ya amakta oldu unuz yer dı nda daha önce bir yerde ya adı is eniz buraya geldi iniz yer neresidir? 1- 1 2- lçe/Belde/Kasaba 3-Köy
- 6- Medeni durumunuz: 1- Bekar 2- Evli 3- Dul (e i vefat etmi ) 4- Bo anmı
- 7-E itim durumunuz nedir ?
  - 1- Okur yazar de il
  - 2- Okuryazar fakat herhangi bir okul bitirmemi
  - 3- lkokul mezunu
  - 4-Ortaokul mezunu
  - 5- Lise mezunu
  - 6- Üniversite/Yüksekokul mezunu
- 8- Halen herhangi bir gelir getirici i te çalı ıyor mu? 1- Evet 2- Hayır
- 9- Çalı ıyor ise ne i yapıyor? .....
- 10- Önceki mesle i (yaptı ı i ) nedir? (Hiç çalı mamı ise (i siz), ev hanımı ise belirtilecek. Bunların dı nda direkt olarak yaptı ı i yazılacak)  
.....
- 11- Kendinize ait maddi geliriniz var mı?(Emekli maa ı ya da bir yerden sürekli gelir)
  - 1- Evet 2- Hayır
- 12- Kendinize ait geliriniz var ise aylık miktarı ne kadardır? ..... YTL
- 13- Kendinize ait aylık gelirinizden ba ka bir kimseye düzenli ol arak para veriyor musunuz?
  - 1- Evet (evetse kim:.....)
  - 2- Hayır
- 14- Ailenizin aylık geliri ne kadardır ? ( u anda ya adı mız eve giren aylık para miktarı)  
..... YTL
- 15- Bu gelirden kaç ki i faydalanmaktadır? ( u anda ya adı mız eve giren aylık paradan)  
.....ki i
- 16- Kendi sosyoekonomik düzeyini nasıl algılıyor? (Ara tırmacı tarafından izah edilecek)
  - 1- Alt (dü ük)
  - 2- Orta
  - 3- Üst (yüksek)
- 16- Sosyal güvenceniz nedir ?
  - 1- Emekli sandı ı
  - 2-SSK
  - 3-Ba kur
  - 4- Ye ilkart
  - 5- Özel sigorta
  - 6- Yok
- 17- Kaç çocu unuz var? (Çocu u yoksa belirtilecek) ..... çocuk

- 18- u anda kiminle birlikte ya ıyorsunuz?  
1- Tek ba ına  
2- E iyle birlikte  
3- E i ve çocuklarıyla birlikte  
4- Çocuklarının yanında  
5- Yakın akraba yanında  
6- Uzak akraba yanında  
7- Di er (açıklayınız).....
- 19- Daha önce çocuklarınızın yanında kaldınız mı?  
1- Hayır 2- Kısa süreli 3- Uzun süreli 4- Sürekli
- 20- Çocuklarınız ile uyum sorunu ya adı ınızı dü ünüyor musunuz?  
1- Evet 2- Hayır
- 21- Çocuklarınız size destek oluyor mu? (Ara tırmacı tarafından izah edilecek)  
1- Maddi 2- Manevi 3- Maddi-manevi 4- Destek olmazlar
- 22- Ne kadar yakın akrabanız var?  
1) Hiç yok 2) 1 adet 3) 2 adet 4) 2 -5 adet 5) 5 den fazla
- 23- Yakınlarınızla ili kiniz nasıldır?  
1- Çok iyi 2- iyi 3- Orta 4- Kötü
- 24- Yeti ti iniz aile yapısı nasıldı?  
1- Çekirdek aile 2- Geni aile
- 25- Oturdu unuz ev kira mı? Ailenize mi ait?  
1- Kira 2- Ailenin
- 26- Evde kendinize ait odanız var mı?  
1- Var 2- Yok
- 27- Sürekli bir fiziksel (kronik) hastalı ınız var mı? (Ara tırmacı tarafından izah edilecek)  
1- Var 2- Yok
- 28- Sürekli bir fiziksel hastalı ınız var ise nedir?  
.....
- 29- Fiziksel bir hastalı ınız var ise fiziksel hastalı ınızın süresi ? .....ay / yıl
- 30- Fiziksel hastalı ınızla ilgili sürekli ilaç kullanıyormusunuz ?  
1- Evet 2- Hayır
- 31- Herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirdiniz mi? (Ara tırmacı tarafından izah edilecek)  
1- Evet (Hatırlıyorsa nedir:.....) 2- Hayır
- 32- u anda tanısı konulmu herhangi bir psikiyatrik raha tsızlı ınız var mı?  
1- Evet (nedir:.....) 2- Hayır
- 33- Sürekli psikotrop ilaç kullanıyor musunuz?  
1- Evet 2- Hayır
- 34- Ki isel bakımınızı yapabiliyor musunuz? (Ara tırmacı tarafından izah edilecek)  
1- Hayır 2- Tam yapamıyorum 3- Tam olarak yapıyorum
- 35- Egzersiz yapma durumunuz ? (Ara tırmacı tarafından izah edilecek)  
1- Egzersiz yapmıyorum 2- Düzensiz yapıyorum  
3- Düzenli yapıyorum
- 36- Bedensel bir özür lülük durumunuz var mı?  
1- Var (nedir:.....) 2- Yok
- 37- Ailenizde Psikiyatrik bir hastalık öyküsü var mı? (Ara tırmacı tarafından izah edilecek)  
1- Var 2- Yok
- 38- Var ise kimde?  
1- 1. derece yakınları 2- 2. derece yakınları 3- Di er: .....

- 39- Hareket (mobilizasyon) yetene i? (Ara tırmacı tarafından izah edilecek)
- 1- Tam deste e gereksinim duyuyorum
  - 2- Ev içinde yardımla
  - 3- Ev içinde tam
  - 4- Tam (ev içi ve dı ı)
- 40-Sigara içiyormusunuz ?
- 1- Her gün en az bir adet içiyorum.
  - 2- Arasıra içiyorum
  - 3- çiyordum bıraktım.
  - 4- Hiç içmedim.
- 41- Sigara kullanıyor ise kullanım adedi nedir? ..... adet/g ün, ..... adet/hafta
- 42- Ne kadar zamandır sigara kullanıyor? ..... yıl  
çipte bırkmı olanlar ne kadar süre içmi : ..... yıl (ay ise belirtilecek)
- 43- Alkollü içki kullanıyor musunuz ?
- 1-Evet
  - 2- Hiç kullanmadım
  - 3- Kullanıyordum bıraktım
- 44- Alkollü içki kullanıyor iseniz hangi sıklıkda kullanırsınız ?
- 1- Her gün
  - 2- Haftada bir-iki kez
  - 3-Ayda bir-iki kez
  - 4- Yılda bir-iki kez
  - 5-Yılda birden az
- 45- Alkollü içki kullanıyor iseniz bir oturu taki kullanım miktarınız nedir? ..... kadeh
- 46- Daha önceleri alkollü içki kullandı iseniz ne kadar süre, hangi sıklıkla?  
.....

### GER ATR K DEPRESYON ÖLÇE

Lütfen ya amınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissetti ini ze ili kin a ıdaki sorularda uygun olan yanıtı daire içine alınız.

- 1) Ya amınızdan temelde memnun musunuz ?  
evet hayır .....
- 2) Ki isel etkinlik ve ilgi alanlarınızın ço unu halen sürdürüyor musunuz ?  
evet hayır .....
- 3) Ya amınızın bombo oldu unu hissediyor musunuz ?  
evet hayır .....
- 4) Sık sık canınız sıkılır mı?  
evet hayır .....
- 5) Gelecekte umutsuz musunuz?  
evet hayır .....
- 6) Kafanızdan atamadı nız dü ünceler nedeniyle rahatsızlık duydu unuz olur mu?  
evet hayır .....
- 7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?  
evet hayır .....
- 8) Ba nınıza kötü bir ey gelece inden korkuyor musunuz?  
evet hayır .....
- 9) Ço unlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?  
evet hayır .....
- 10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?  
evet hayır .....
- 11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?  
evet hayır .....
- 12) Dı arıya çıkıp yeni bir eyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?  
evet hayır .....



- 13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?  
evet hayır .....
- 14) Hafızanızın çoğunu kaybetmiş olduğunuzu hissediyor musunuz?  
evet hayır .....
- 15) Sizce uyanık olmak çok güzel bir şey midir?  
evet hayır .....
- 16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?  
evet hayır .....
- 17) Kendinizi uyanık halinizle değişmiş hissediyor musunuz?  
evet hayır .....
- 18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?  
evet hayır .....
- 19) Yaşam zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?  
evet hayır .....
- 20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur ?  
evet hayır .....
- 21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?  
evet hayır .....
- 22) Çözumsuz bir durumda bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?  
evet hayır .....
- 23) Çoğunlukla sizin için daha iyi durumda olduğunuzu düşünüyor musunuz?  
evet hayır .....
- 24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?  
evet hayır .....
- 25) Sık sık kendinizi alayacakmış gibi hissedersiniz mi?  
evet hayır .....
- 26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?  
evet hayır .....
- 27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?  
evet hayır .....
- 28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?  
evet hayır .....
- 29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?  
evet hayır .....
- 30) Zihniniz eskiden olduğunuz kadar berrak mıdır?  
evet hayır .....

Toplam Puan: .....

## ÖZGEÇM

1962 yılında Elazı 'da do dum. İlkö retim ve liseyi Ankara'da bitirdim. 1989 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldum. Ni de ili Ulukı la ilçesi Çiftehan Kasabası sa lık oca ı hekimisi, Diyarbakır Gö üs Hastalıkları Hastanesi'nde acil poliklinik hekimisi, Aydın ili Karacasu ilçesi Geyre Beldesi'nde sa lık oca ı hekimisi, Elazı A ın ilçesi sa lık oca ı sorumlu hekimli i, Elazı merkez Hankendi sa lık oca ı hekimisi ve Yenimahalle E itim ve Ara tırma Sa lık Oca ı hekimli i görevlerinde bulundum. Temmuz 2003'te Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sa lı ı Anabilim Dalı'nda ara tırma g örevlisi olarak göreve ba ladım. Evli ve üç çocuk sahibiyim. Orta düzeyde ngilizce bilmekteyim.