

TC.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

HASTANEDE YATARAK TEDAVİ GÖREN YAŞLI HASTALARDA
DEPRESİF BOZUKLUK VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU
YAYGINLIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ İLE DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Fırat AY

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2011

TC.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

HASTANEDE YATARAK TEDAVİ GÖREN YAŞLI HASTALARDA
DEPRESİF BOZUKLUK VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU
YAYGINLIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ İLE DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Fırat AY

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ

ESKİŞEHİR
2011

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

TC.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Fırat AY'a ait "Hastanede yatarak tedavi gören yaşlı hastalarda depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu yaygınlığı, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri ile demografik ve klinik özellikler arasındaki ilişki" adlı çalışma, jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliğiyle kabul edilmiştir.

Tarih: 12.10.2011

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Gökay AKSARAY Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
Üye	Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
Üye	Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun
.....Tarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Necmi ATA
Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, tez danışmanım Doç. Dr. Çınar YENİLMEZ'e, Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, Yard. Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e, Uzm. Dr. Altan EŞSİZÖĞLU'na ve istatistik çalışmalarında yardımlarını esirgemeyen Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'nda görevli Doç. Dr. Fezan MUTLU'ya bu tezin hazırlanmasındaki katkılarından dolayı teşekkür ederim.

ÖZET

Ay,F. Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Demografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2011. Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları yaşlı popülasyonda daha nadir olmasına rağmen toplumda sık görülen ve yaşam kalitesi ile günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkileri olduğu belirtilen psikiyatrik bozukluklardır. Bu çalışmada, hastanede yatan yaşlı hasta grubunda depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluklarının, yaşlı popülasyondaki yaygınlığının, klinik görünümünün, yaşam kalitesine ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkilerinin değerlendirilmesi planlanmıştır. Hastanede yatan 101 yaşlı hastaya, DSM-IV Eksen-1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Sosyodemografik Veri Formu, Standardize Mini Mental Test, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri, Deliryum Derecelendirme Ölçeği, Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası uygulanmıştır. Çalışmamızda depresif bozukluk yaygınlığı %25.7, anksiyete bozukluğu yaygınlığı %12.8 ve depresif bozukluk+anksiyete bozukluğu yaygınlığı %9.9 bulunmuştur. Eğitim süresi arttıkça tanı varlığının azaldığı saptanmıştır. Daha önceden psikiyatrik bozukluğu ve önceden psikiyatrik bir ilaç kullanımı olan, son 1 yılda olumsuz olay kişilerde olmayanlara göre daha sık depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülmüştür. Hastanede yatış süresi, sayısı, refakatçi durumu, hastanın kiminle yaşadığı, kullandığı tıbbi ilaç sayısı, bedensel hastalık sayısı, yaş gibi değişkenlerle depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülmesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Tanıların, yaşam kalitesini düşürdüğü fakat günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, depresyon, anksiyete, demografik veriler, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri

ABSTRACT

Ay,F.The Prevalence of Depressive Disorders and Anxiety Disorders and The Association with Quality of Life, Activity of Daily Living, Sociodemographic Statistics and Clinical Properties in the Hospitalized Elderly. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Medical Speciality Thesis in Department of Psychiatry, Eskişehir 2011. Depressive disorders and anxiety disorders are most common psychiatric disorders in the community. Both of these disorders are rarely in old-age population and have an effect on quality of life and activity of daily living. In this study, we examine the prevalence of depressive disorders and anxiety disorders and the association with quality of life, activity of daily living, sociodemographic statistics and clinical properties in the hospitalized elderly. Hospitalized 101 elderly patient was examined by using SCID-1, Sociodemographic Statistic Form, Standardized Mini Mental Test, Geriatric Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Hospital Anxiety Depression Scale, Delirium Rating Scale, WHOQOL-OLD and Lawton-Brody Instrumental Activity of Daily Living Scale. As a result, depressive disorders' prevalence was %25.7, anxiety disorders' prevalence was %12.8 and common depressive disorder and anxiety disorder's prevalence was %9.9. Depressive disorders or anxiety disorder presence was associated with education level. Depressive disorders or anxiety disorders are most common in the patients which has a psychiatric disorder, psychiatric drug use and life event for last one year history. Hospitalization time and period, companion condition, the person patient live with, drug an psychial illness count and age were not associated with depressive and/or anxiety disorders. These disorders have an effect on quality of life but not on activity of daily living.

Key Words: Elderly, depressive, anxiety, demographic statistics, quality of life, activity of daily living.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Depresif Bozukluklar	4
2.1.a. Tanım	4
2.1.b. Tarihçe	4
2.1.c. Epidemiyoloji	5
2.1.d. Etiyoloji	6
2.1.e. Tanı ve Klinik Özellikler	11
2.1.f. Seyir ve Prognoz	12
2.2. Yaşlılık ve Depresif Bozukluklar	13
2.3. Depresif Bozukluklar, Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri	15
2.4. Anksiyete Bozuklukları	19
2.4.a. Tanım	19
2.4.b. Tarihçe	19
2.4.c. Epidemiyoloji	21
2.4.d. Etiyoloji	23
2.4.e. Tanı ve Klinik Özellikler	24
2.4.f. Seyir ve Prognoz	27
2.5. Anksiyete Bozuklukları ve Yaşlılık	28
2.6. Anksiyete Bozuklukları, Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri	30

	Sayfa
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Örneklem	33
3.2. Çalışmanın Aşamaları	33
3.3. Veri Toplama Araçları	34
4. BULGULAR	38
5.TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR	82
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAÖ	Beck anksiyete ölçeği
DDÖ	Deliryum derecelendirme ölçeği
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GDÖ	Geriatrik depresyon ölçeği
HADÖ	Hastane anksiyete depresyon ölçeği
HYTGYH	Hastanede yatarak tedavi görmekte olan yaşlı hastalar
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
L-B EGYAS	Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği
OKB	Obsesif-kompulsif bozukluk
SCID-1	DSM-IV Eksen 1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme
SMMT	Standardize mini mental test
STAI	Durumluk-sürekli kaygı envanteri
TSSB	Travma sonrası stres bozukluğu
WHOQOL-OLD	Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği
YAB	Yaygın anksiyete bozukluğu

TABLULAR

	Sayfa
4.1 HYTGYH'dan çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri	39
4.2 HYTGYH'dan çalışmaya katılan hastaların klinik özellikleri	41
4.3 HYTGYH'dan çalışmaya katılan hastaların demografik ve klinik verilerinin medyan değerleri	42
4.4 HYTGYH'ın tanıları ile sosyodemografik ve klinik veriler karşılaştırması	43
4.5 HYTGYH'da depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu varlığı ile demografik ve klinik verilerin karşılaştırılması	45
4.6 HYTGYH'da psikiyatrik tanı alma durumu ile bazı demografik ve klinik verilerin karşılaştırması	46
4.7 HYTGYH'da psikiyatrik tanı alma ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması	47
4.8 HYTGYH'da yaş gruplarıyla yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması	49
4.9 HYTGYH'da yaşla depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması	50
4.10 HYTGYH'da cinsiyet ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması	51
4.11 HYTGYH'da cinsiyet ile depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması	52
4.12 HYTGYH'nın kiminle yaşadığıyla yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması	53
4.13 HYTGYH'nın kiminle yaşadığıyla depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması	54
4.14 HYTGYH'nın refakatçi durumu ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması	55

	Sayfa
4.15 HYTGYH'nın refakatçi durumuyla depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması	56
4.16 HYTGYH'nın ziyaretçi sıklığı ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması	58
4.17 HYTGYH'nın ziyaretçi sıklığı ile depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması	59
4.18 HYTGYH'nın önceden psikiyatrik bozukluk olup olmaması ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması	61
4.19 HYTGYH'nın önceden psikiyatrik bozukluk olup olmaması ile depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması	62
4.20 HYTGYH'nın yaşam kalitesi ölçeği ile bazı demografik ve klinik verilerin karşılaştırması	63

1. GİRİŞ

Depresif bozukluklar, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-IV) sınıflandırmasında duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan birden fazla alt grubu içeren bir tanıdır (1). Depresif bozukluk başlığı altında majör depresif bozukluk (tek epizod, rekürren), distimik bozukluk (erken başlangıçlı/geç başlangıçlı, atipik özellikler gösteren) ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk tanıları bulunmaktadır. Bu tanılardan majör depresif bozukluğun en yaygın duygudurum bozukluğu olduğu bildirilmektedir (1). Majör depresif bozukluk tek bir atak ya da tekrarlayan ataklarla seyreden, ataklar sırasında çökkünlük, üzüntülü ve/veya bunaltılı duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanısıra değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir ruhsal bozukluktur (2). Toplumda sık görülür. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde yüzde 5-12, kadınlarda yüzde 10-25 olarak bulunmuştur (3). Ülkemizde yapılan çalışmalarda klinik düzeyde depresyonun yaygınlığı (prevalansı) yüzde 10 dolaylarında bildirilmiştir (4). Majör depresif bozukluk görülme sıklığı (insidansı) birinci basamağa başvuran hastalarda yüzde 10, yatarak tedavi gören tıbbi bozukluğu olan hastalarda yüzde 15 olarak belirtilmektedir (5). Yapılan bir araştırmada majör depresif bozukluğun en yaygın belirti-bulgusu olarak bedensel belirtiler bulunmuştur (4). Majör depresif bozukluk, ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlı grupta da (popülasyon) oldukça sık görülmeye başlanmıştır (6). Yaşlılarda majör depresif bozukluk sıklığı, kullanılan yöntemlere göre % 1-60 arasında değişmektedir (7). 65 yaş ve üzeri yaşlılarda majör depresif bozukluk sıklığı yüzde 1 ila 4 arasında bildirilirken depresif bozukluklar başlığı altındaki majör depresif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve distimik bozukluğun toplam sıklığının ise yüzde 8-15 olduğu belirtilmektedir (8,9). Yaşlılarda majör depresif bozukluk daha çok bedensel yakınmalarla ortaya çıkmaktadır. Bu yakınmaların, yaşlı kişinin yakınları ve/veya hekimler tarafından yaşlılığa bağlı ya da eşlik eden tıbbi hastalığa bağlı olduğu düşünülerek majör depresif bozukluk tanısı atlanmaktadır (6). Bunun da hastanın hastanede yatış süresini, hastalığın seyrini, aldığı tıbbi yardımın kalitesini ve bunlarla ilişkili tedavi giderlerini etkilediğine dair yapılmış çalışmalar vardır (10,11).

Bunlara ek olarak kadın olmak, gelir ve eğitim düzeyinin düşük olması da depresif bozukluklara yakalanma riskini arttırmaktadır (12).

Anksiyete bozuklukları, birden fazla alt grubu içeren psikiyatrik bir bozukluktur. DSM-IV sınıflandırmasında anksiyete bozuklukları başlığı altında, alt gruplarıyla tanımlanmıştır. Bu alt gruplar, agorafobili panik bozukluğu, agorafobisiz panik bozukluğu, panik bozukluğu öyküsü olmayan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu ve karışık anksiyete bozukluğu-depresif bozukluğu kapsayan başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu olarak geçmektedir. Tüm alt grupları da göz önüne alındığında toplumdaki sıklığı yüzde 2.1 ila 14.8 olarak belirtilmektedir (13). Yaşlılar açısından sıklığının tespiti zorluklar içermektedir. Yaşlı grup açısından tanımlanmış bir ölçeğin bulunmayışı zorluk nedenlerinden biri olarak belirtilmektedir (14). Yaşlılarda daha sık görülen eşlik eden fiziksel hastalıklar ve yaşam stresörleri anksiyete bozukluğu sıklığı konusunda net bir bilgi elde etmeyi güçleştirmektedir (15).

Bu araştırmada, hastanede yatan yaşlı hasta grubunda depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının, yaşlı popülasyondaki yaygınlığının, klinik görünümünün, yaşam kalitesine ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkilerinin değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu çalışmamızda DSM-IV'e göre depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları değerlendirmeye alınacaktır.

Araştırmanın Hipotezleri:

1. Hastanede yatarak tedavi görmekte olan yaşlı hastalarda (HYTGYH) yaş ilerledikçe depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozuklukları daha çok görülmektedir.
2. HYTGYH'da depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu yaygınlığı açısından cinsiyetler arasında farklılık vardır.
3. HYTGYH'da eğitim süresi ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki vardır
4. HYTGYH'ın yalnız yaşıyor olması depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozuklukları sıklığını artırır

5. HYTGYH'in refakatçisinin olması depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozuklukları oranını azaltır.
6. HYTGYH'da depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu, daha önceden psikiyatrik bozukluk tanısı almış olan hastalarda daha sık görülür
7. HYTGYH'da depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu, daha önceden psikiyatrik ilaç kullanmış olan hastalarda daha sık görülür
8. HYTGYH'da depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu, son 1 yılda olumsuz yaşam olayı olan hastalarda daha sık görülür
9. HYTGYH'in bedensel hastalık sayısı ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki vardır
10. HYTGYH'in yatış süresinin uzunluğu ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki vardır
11. HYTGYH'in hastanede yatış sayısı ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki vardır
12. HYTGYH'in kullandığı ilaç sayısı ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki vardır
- 13- HYTGYH'da L-B EGYAS bağımlılık/bağımsızlık düzeyleri ile yaş, cinsiyet, eğitim süresi, yakın desteği olup olmaması, önceden psikiyatrik bozukluk olup olmaması, hastanede yatış sayısı ve süresi, bedensel hastalık sayısı ve kullandığı ilaç adedi arasında ilişki bulunmaktadır.
- 14- HYTGYH'da yaşam kalitesi alt ölçek ve toplam puan düzeyleri ile yaş, cinsiyet, eğitim süresi, yakın desteği olup olmaması, önceden psikiyatrik bozukluk olup olmaması, hastanede yatış sayısı ve süresi, bedensel hastalık sayısı ve kullandığı ilaç adedi arasında ilişki bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresif Bozukluklar

2.1.a. Tanım

Depresif bozukluklar, çökkünlük, üzüntülü ve/veya bunaltılı duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanısıra değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde belirgin bozulmaya yol açan ruhsal bozukluklardır (2). Depresif bozukluklar, tek bir atak ya da tekrarlayan/süregen ataklar şeklinde seyredebilir. Ataklar sırasında belirtiler birden fazla alanda ortaya çıkmaktadır. Kişide, çökkün bir görünüm, hareketlerde yavaşlama, konuşma hızında ve miktarında azalma, çökkün duygudurum, bazen çökkün duyguduruma eşlik eden bunaltı ve tedirginlik hissi, dikkatte azalma, dalgınlık, düşünce hızında yavaşlama, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, ölüm ve özkıyım düşünceleri ve yeme isteğinde azalma, enerji azlığı, güçsüzlük, çabuk yorulma, uyku düzeninde bozulma ve cinsel isteksizlik gibi bedensel ve fizyolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır (2). Depresif bozukluğu olan kişiler tarafından ön plana çıkarılan yakınmaların daha çok bedensel ve bilişsel süreçlerle ilgili yakınmalar olmasına rağmen depresif bozukluklar DSM-IV sınıflandırmasında ‘Duygudurum Bozuklukları’ sınıfında ele alınmaktadır (1).

2.1.b. Tarihçe

Depresif bozukluklarında içinde olduğu duygudurum bozuklukları hakkında tarih boyunca farklı zamanlarda farklı medeniyetler tarafından gözlemler yapılmıştır. Milattan önce 1400-1500 yıllarından beri Hindistan’daki bir inanca göre depresyonun nedeni birbirinden farklı yedi tip şeytanın insan ruhunu ele geçirmesidir. Eski mısır ve Sümer mitolojilerinde de benzer inançlara rastlanmıştır (16)

Hastalıkların bilimsel yaklaşımla adlandırılması ve sınıflandırılması ilk kez Hipokrat tarafından yapılmış ve melankoli deyimini ilk kez tanımlanmıştır (Milattan Önce V. yüzyıl) (1). İnsanın duygudurumu ile vücut sıvıları arasında bağlantı kuran Hipokrat, bugün majör depresyon denilen bozukluğa melankoli adını vermiş ve bunu “kara safra”ya bağlamıştır. Ardından Platon melankolinin sebebi olarak doğaüstü

güçleri göstermiştir. Melankoli ile sinir sistemi ve beyin arasında yapısal ilişkiye yakınlaşan tarihteki ilk hekim Celsus olmuştur. Ortaçağda, İbni Sina ruh bozukluklarını ve hastalıklarını onbeş grup içinde toplamış, bunlar arasında melankoliye de yer vermiştir. Yeni çağ döneminde ise Paracelsus, ruhsal bozukluk ve hastalıkların beyin yapılarıyla bağlantılı olabileceği üzerinde durmuştur (16). 19. yüzyılda Avrupa'daki birçok hekim, duygudurum bozukluklarının değişik türlerini yazmışlarsa da, tüm bu belirtileri psikoz manik depresif (PMD) adı altında toparlayıp tam olarak tanımlayan Kraepelin (1896) olmuştur (2).

Kraepelin'in kazandırdığı ruhsal hastalıkları nedenlerine göre tanımlama ve sınıflandırma görüşü, daha sonraki sınıflandırmaları etkilemiştir. 20. yüzyılın ilk yarısında Kraepelin'in görüşü çerçevesinde oluşturulan Wurzberger sınıflandırması, Amerika ve Avrupa'daki birçok sınıflandırmaya bir temel oluşturmuştur (16). 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren tanımlayıcı psikiyatrinin etkisi gittikçe azalmıştır. 1952 yılına Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı DSM-I'de ruhsal bozukluklar birer tepki (reaksiyon) olarak tanımlanmıştır. 1968'de yayınlanan DSM-II'de ise, 'teпки' kavramından vazgeçilip, araştırmalara dayanan, belirtiler temelli sınıflandırma sistemleri oluşturulmuştur. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ve 1987 yılında yayınlanan DSM-III-R'de de benzer yaklaşım sürdürülmüştür. En son olarak 2000 yılında DSM-IV-TR yayınlanmıştır. Günümüzde depresif bozukluklar başlığı altında ele alınan distimik bozukluk kavramı, geçmişte nörotik depresyon yerine kullanılmış, DSM kriterleri çerçevesinde tam yerini DSM-III'te bulmuştur (2).

2.1.c. Epidemiyoloji

Depresif bozukluklar, bütün hastalıklar arasında sıkça görülen bozukluklardandır (2). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası'nın yayınladığı raporda depresif bozuklukların yaygınlığının daha da artacağı ve kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sık görülen hastalık olacağı öngörülmektedir (17). Depresif bozukluklar başlığı altında incelenen majör depresif bozukluk için yaygınlık oranı genel olarak erkek cinsiyet için yaklaşık yüzde 15, kadın cinsiyet içinse yüzde 25 olarak belirtilmektedir (5). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre depresif bozukluğun yaygınlığı kadın cinsiyet için yüzde 7.9, erkek cinsiyet için ise 5.8 olarak saptanmıştır (18). Yine aynı araştırmada sağlık ocaklarına başvuran

hastalarda depresif bozukluk oranı yüzde 20 olarak belirlenmiştir. Majör depresif bozukluğun görülme sıklığı, ayaktan değerlendirilen hastalarda yüzde 10, yatarak tedavi gören tıbbi hastalarda yüzde 15 olarak belirtilmektedir (5).

Depresif bozukluklar, kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde ise 55 yaşından sonra görülmektedir (2). Yaşlı grupta, depresif bozukluk daha çok bedensel yakınmalarla ortaya çıkmaktadır. Bu yakınmaları, yaşlı kişinin yakınları ve/veya başvuru alan hekim tarafından, yaşlılığa ya da mevcut tıbbi hastalığa bağlı olduğu düşünülerek depresif bozukluk tanısı atlanmaktadır (6). Bu bilgiler de göz önünde bulundurularak, kullanılan yöntemlere göre yaşlılarda majör depresyon sıklığı yüzde 1-60 gibi büyük bir aralıkta değişmektedir (9).

Depresif bozuklukların yaygınlık ve sıklığı açısından sosyoekonomik ve kültürel farklılıkların olmadığı belirtilse de sosyal ve kültürel etmenlerin, depresif bozuklukları çeşitli yönlerden, özellikle klinik görünümüne açısından etkilediği de öne sürülmektedir. Bununla birlikte ekonomik durumla depresif bozukluk arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların sonuçlarının genelde tutarsız olduğu vurgulanmaktadır (19).

2.1.d. Etyoloji

A. Biyolojik Kuramlar

Genetik: Depresif bozuklukların kalıtım özellikleri, birden çok yatkınlık geninin ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığı, karmaşık bir etkileşimi içermektedir.

Depresif bozukluklarda açık olarak aileselliği gösteren birçok çalışma vardır. Tekrarlayan aile çalışmalarında, majör depresif bozukluk tanısı olan probandların birinci derece akrabalarının, normal kontrol deneklerinin birinci derece akrabalarına kıyasla, 2-3 kat daha fazla majör depresif bozukluğa sahip oldukları bulunmuştur (5).

Majör depresif bozukluk tanısı için yapılmış kısıtlı sayıdaki evlat edinme çalışmalarında birbiriyle çelişen sonuçlar elde edilmesine rağmen genel kanı çalışma sonuçlarının genetik yatkınlığı desteklediği yönündedir. Benzer şekilde ikiz çalışmaları da genetik yatkınlığı desteklemektedir (5,20). Depresif bozukluğun etyolojisinde, genetik açıdan aday olabilecek bir gen olarak serotonin taşıyıcı (5-HTT) geni gösterilmektedir (21).

Monoamin Hipotezi: Daha çok klinik gözlemlerle oluşturulan bu hipotez, 1950lerde monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve trisiklik antidepressanların tedavide kullanılmaya başlanması ile birlikte ortaya atılmış ve hipotezin üzerinde çalışılmaya başlanmıştır. Monoamin hipotezinde öne sürülen, biyojenik aminlerden serotonin, dopamin ve noradrenalinin birisinin miktarındaki ve/veya işlevindeki bir eksiklik ya da reseptör duyarlılığında bir artışın depresif bozukluğun nedeni olabileceğidir (22).

Bahsedilen tüm bu aminlerin miktarıyla ilişkili hipotezler, zamanla reseptör etkinliklerine ve gen ekspresyonlarına doğru bir değişim göstermiştir. Tüm bunların sonucunda, depresif bozuklukların, normal miktarlarda nörotransmitter ve reseptör bulunduğu halde, sinyal iletiminde bir yetersizliğe bağlı psödomonoamin yetersizliği olabileceği düşüncesi ortaya atılmıştır (22).

Nöroimmünoloji: Stres faktörlerinin depresif belirtilere ya da bozuklukla yol açmasının gözlemlenmesi sebebiyle, depresif bozuklukların etyolojisinde nöroimmünolojik etkenlerin de olabileceği düşünülmüş ve bu yönde çalışmalar yapılmıştır. Birçok çalışmada, farklı immün parametrelerin depresif bozukluklarla ve stres faktörleriyle ilişkisi araştırılmış, yapılan gözden geçirmelerde, immünitinin baskılanması ve stresli yaşam olayları, bununla birlikte azalmış immün yanıt ve depresif bozukluklar arasında ilişki olduğuna dair önemli kanıtlar elde edilmiştir (23)

Nöroendokrinoloji: Nöroendokrin sistemin, merkezi sinir sistemi ile olan ilişkisi, uzun süredir göz önünde bulundurulmaktadır. Nöroendokrin sistemin işleyişinde merkezi rolü olan hipotalamus, nöronal düzeyde nörotransmitterlerle de ilişki içerisindedir. Bu da bazı endokrin bozuklukların, psikiyatrik rahatsızlıkların etyolojisinde rol alabileceği düşüncesini doğurmuştur. Depresyonun nöroendokrinolojisi ile ilgili yapılmış birçok araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalar dahilinde depresyonun nöroendokrinolojisi belli yollar başlığı altında incelenmiştir (22).

1- Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) Eksen: HPA eksen anormallikleri, depresif bozukluklarda sıkça ve tutarlı bir biçimde gösterilmiştir. Yapılan birçok çalışmada depresyonda HPA sisteminin hiperaktif olduğu ortaya konuşmuştur (24). Majör depresyonu olan kişilerin çoğunda plazma kortizol konsantrasyonunun yükseldiği ve bu yüksekliğin depresyonun gerilemesiyle birlikte normale döndüğü

saptanmıştır (24). Bu HPA değişikliklerinin yaşı hasta grubunda daha belirgin olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, depresif bozukluğu olan kişilerin yüzde 50sinde, HPA eksenini inhibe etmesi beklenen inhibitör negatif geribildirim sisteminin çalışmadığı saptanmıştır (24).

2- Hipotalamo-Pitüiter-Tiroid (HPT) Ekseni: Tiroid bezinin hastalıklarının birçok psikiyatrik semptomu sebep olabileceği gözlemlenmiştir. Hipertiroidizmde, anksiyete, yorgunluk, depresyon ve emosyonel labilite ortaya çıkar. Primer hipotiroidizmde ise psikomotor yavaşlama, yorgunluk, azalmış libido, çökkünlük ve intihar eğilimi gibi semptomlarla klinik tablo çoğunlukla majör depresyona benzer. Bununla birlikte, depresif bozukluğu olan kişilerin yaklaşık yüzde 5-10'unda tiroid bozuklukları bulunur (5).

3- Hipotalamo-Pitüiter-Growth Hormon (Büyüme Hormonu) (HPG) Ekseni: Depresif bozukluğu olan kişilerde yapılan çalışmalarda büyüme hormonunun bazal ölçümlerinde azalmış nokturnal ve artmış diurnal salınım saptanmıştır. Bununla çelişen araştırma sonuçları da olduğu bildirilmektedir (25,26).

Nöroanatomi: Depresif bozuklukların biyolojik etyolojisine yönelik yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında öncelikli yaklaşım yapısal bir bozukluğun olup olmadığının araştırılması yönündeydi. Bu amaçla bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme teknikleriyle yapılan çalışmalarda ventriküllerde genişleme ve subkortikal beyaz cevherde fokal hiperintensite varlığı gibi bulgular saptanmasına rağmen bu bulguların bozukluğa spesifik olmadığı tespit edilmiştir. Son dönemlerde yapısal yaklaşımdan çok etyolojiye yönelik genel yaklaşım, semptom çeşitliliğini, beynin farklı bölgelerinin işlevsel olarak tek tek ele alınması yoluyla açıklamaya çalışmak şeklindedir. Bu sebeple SPECT(single photon emission computerized tomography) ve PET(positron emisyon tomography) gibi yöntemler daha çok kullanılmaya başlanmıştır. PET yöntemiyle yapılan bir çalışmada, majör depresyonda görülen fiziksel çökkünlüğün singulat girus, talamus ve bazal ganglionlardaki metabolik değişikliklerle pozitif korelasyon gösterdiği, uyku bozukluklarının limbik yapılar ve bazal ganglionlardaki metabolizma artışı ile bağlantılı olduğu ve motivasyon eksikliğine de parietal ve süperior frontal korteks alanlarındaki metabolizmadaki azalmanın yol açtığı saptanmıştır (27). Merkezi sinir sistemi metabolizmasını temel alarak yapılan çalışmalardaki bulgular, depresif

bozukluğu olan kişilerde bölgesel glukoz kullanımı, serebral kan akımı ve kan-beyin bariyerinde değişiklikler olduğu yönündedir. Vurgulanan önemli bir nokta da tedavi ile bu değişikliklerin normale döndüğüdür (27).

B. Psikososyal Kuramlar

Psikodinamik Kuram: Freud'un psikoseksüel gelişme dönemleri üzerine oturtulmuş gerileme (regresyon) modeline göre, depresyonun psikodinamiğinde oral döneme özgü çözümlenmemiş çatışma, yetersiz oral doyum ya da aşırı oral ihtiyaçla ilişkili ve arzulanan fakat engellenmiş bir cinsel nesnenin oral yolla içe alınarak tahrip edilmesine yönelik bilinçdışı bir istek vardır (28). Freud "Yas ve Melankoli" başlıklı yazısında depresyondaki belirtilerin yas sürecindeki belirtilere benzerliğini vurgulamıştır. Klasik psikoanalitik kurama göre, kaybı yaşayan ile nesne arasında karşılıklı olarak hem sevgi hem de nefret ilişkisi bulunmaktadır. Bu durum, ilişkilerdeki ikilemin (ambivalans) temelini oluşturur. Nesnenin kaybı sonrasında bu ilişki tek yanlı bir hale döner. Bu karşılıksızlık, nesnenin anılarda yaşatılmasıyla kabullenilir ve yas tutma süreci başlar. Ambivalans, yas sürecinde çözümlenir. Eğer nesneyle ilişkide, yas sürecinde çözümlenemeyecek düzeyde bir ambivalans varsa, depresyon meydana gelebilir (29). Depresif bozukluklarda, gerçek bir sevgi nesnesi yitimi olmayabilir. Freud bu nedenle gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitimin var olması gerektiğini belirtmiştir (2). Bilinçdışı imgesel bir yitim, kişinin özsaygısında da bir yitime ve buna bağlı olarak kendilik imgesiyle ilişkili yetersizlik ve sevilme gibi olumsuz düşüncelere yol açabilir. Özsaygıdaki yitim, yas ile depresif bozukluklar arasında dinamik açıdan önemli bir ayrıma işaret etmektedir (2).

Depresif bozukluklarda, dinamik açıdan bilinçdışı etmenlerin oynadığı rol, katı ve cezalandırıcı bir süperegonun olması, ambivalansta özellikle nefretin bilinçdışı olarak etkinliği, içe atılmış kendilikle ilişkili nesnelere karşı yoğun ambivalans ve bunların sonucunda katı özbenlik yüzünden nefret ve kinin kişinin kendisine yöneltilmesi şeklinde özetlenebilir (2).

Ego psikolojisi açısından ele alındığında, çalışmaların ve açıklamaların daha çok egonun işlevselliği üzerinden yapıldığı görülmektedir. Egonun, özerk ereklere ulaşmak için yerine getirmesi gereken görevlerinede başarısız olması sonucu,

özsaygının düştüğü ve ardından depresif bozuklukların geliştiği şeklinde bir açıklama getirilmiştir (2).

Bilişsel – Davranışçı Kuram: Bilişsel- davranışçı kuramı ortaya atan Beck'e göre depresif bozukluklar, temelde bir duygudurum bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Beck, depresyonun psikolojik yapısını açıklamak için 3 ayrı kavram öne sürmektedir. Bu kavramlardan ilki bilişsel üçlü kavramdır. Bilişsel üçlü kavrama göre kişinin kendisi, geleceği ve deneyimleri ile ilişkili üç temel bilişsel örüntüsü bulunmaktadır. Bu örüntülerden ilki dahilinde kişi, kendisi hakkında olumsuz bakış açısı geliştirmekte, kendisini kusurlu, yetersiz ve/veya yoksun birisi olarak görmektedir. İkinci örüntü ise, kişinin geleceğiyle ilgili olumsuz bakış açısıdır. Depresif kişi, şu anda yaşadığı güçlüklerin veya sıkıntıların sonsuza dek devam edeceğini düşünmektedir. Üçüncü örüntü olarak kişi mevcut deneyimlerini olumsuz olarak yorumlama eğiliminde olmaktadır. Kişi dünyayı, karşısındaki bir engeller bütünü olarak değerlendirmektedir. Beck'in modelindeki ikinci kavram, bilişsel şemalar kavramıdır. Şema kavramı, göreceli olarak durağan bilişsel örüntüler olarak tanımlanmaktadır. Kişi, herhangi bir uyarın ile karşılaştığında bu şemalar aktive olur. Şema, dış uyarandan elde ettiği verileri bilişlere çevirir. Böylece kişinin uyarana nasıl tepki verip durumu nasıl deneyimleyeceği şekillenir. Depresif bozukluğu olan bir kişi, bu şemaların kontrolünde, depresif bozukluğun şiddetine bağlı olmak kaydıyla tüm dış uyarınları olumsuz yorumlayıp uygun duygulanımlar geliştirir. Üçüncü kavram ise bilişsel hatalar, diğer adıyla hatalı bilgi işlemedir. Depresif kişinin düşünmesindeki sistematik hatalar, karşıt bulguların varlığına rağmen, kişinin olumsuz kavramlarının geçerliliğine olan inancını sürdürmesine yol açmaktadır. Bu bilişsel hatalar mantığa dayanmayan çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleştirme, büyütme ve küçültme, kişiselleştirme ve mutlakçı, iki uçlu (hep ya da hiç tarzı) düşünme olarak sıralanabilir(30,31).

Davranışçı kuram çerçevesinde depresif bozukluklarla ilgili ön planda tutulan görüş Seligman'ın "öğrenilmiş çaresizlik" görüşüdür. Bu görüşe göre, depresyon, erken yaşlardan itibaren acılı uyarınlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (2).

2.1.e. Tanı ve Klinik Özellikler

DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition)' e göre (1) depresif bozukluklar, duygudurum bozuklukları başlığı altında incelenmiş ve üç ayrı tanı olarak sınıflandırılmıştır:

- 1- Majör depresif bozukluk
- 2- Distimik bozukluk
- 3- Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk

DSM-IV-TR sınıflandırmasında ele alınan majör depresif bozukluk, tek epizod ya da rekürren (yineleyici) tipte olmak üzere bir ayrıma tabi tutulmuştur. Tek epizod, geçirilen ilk majör depresif bozukluk epizodu için kullanılmaktadır. Rekürren için en önemli tanı kriteri, iki ya da daha fazla majör depresif epizodun olmasıdır. Majör depresif epizod tanı kriterlerinin tam olarak karşılandığı durumlarda, epizodun o sıradaki klinik durumunu ve/veya özelliklerini tanımlamak için önerilen bazı terimler de vardır. Bunlar:

Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan Ağır/Psikotik Özellikleri Olan Ağır

Kronik

Katatonik Özellikler Gösteren

Melankolik Özellikler Gösteren

Atipik Özellikler Gösteren

Postpartum Başlangıçlı olarak belirtilebilir.

Majör Depresif Epizodun tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı durumlarda ise, yukarıda vurgulanan klinik durum/özellikler konusunda hafif/orta/ağır olarak bir derecelendirme yerine kısmi remisyonda/tam remisyonda şeklinde bir tanımlama getirilmesi yönünde değişiklik önerilmektedir.

DSÖ'nün yayımladığı ICD-10 sınıflandırmasında, DSM-IV-TR'nin klinik durum/özellikler olarak önerdiği betimlemelere paralel olarak depresif dönem, hafif, orta, ağır ve başka depresif dönemler ve depresif dönemler belirlenmemiş olarak beş ayrı kategoride incelenmektedir. Hafif ve orta depresif dönem kendi içinde, bedensel belirtiler yok/var şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Ağır depresif dönem de psikotik belirtisiz/belirtili olmak üzere iki kategoriye ayrılmıştır (32).

DSM-IV'te atipik ve melankolik tip depresyonun özellikleri de tanımlanmaktadır. Atipik depresyonda, temel belirtinin çevresel koşullarla belirtilerin hafiflemesi olduğu vurgulanmaktadır. Bu belirtiyeye, iştah artışı, aşırı uyuma, ağır halsizlik ve insan ilişkilerinde aşırı duyarlılık eklenmektedir. Melankolik tip depresyonda ise kişide ilgi azalması, çevresel koşullarla belirtilerin düzelmemesi, sabah erken uyanıp kendini kötü hissetme, psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, iştah azalması, kilo kaybı ile birlikte aşırı suçluluk düşünceleri gözlenmektedir.

Depresif bozukluklarda, tanı kriterlerinde de geçen birçok somatik yakınma ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda, majör depresif bozukluğun en yaygın belirti-bulgusunun bedensel belirtiler olduğu vurgulanmaktadır (4). Özellikle yaşlı hasta popülasyonunda depresif bozukluklar daha çok bedensel yakınmaları şeklinde ortaya çıkmakta ve bu da tanı koymayı güçleştirmektedir. Hastanede yatan hasta grubunda da benzer zorluklar ortaya çıkmaktadır. Buna ek olarak, depresif bozukluğu olan kişilerin, aleksitimik (duygularını tanımada-ifade etmede zorluk) yapılanma içinde olduklarını ve bu sebeple tanı koymanın güçleşebileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (33). Ülkemizde yayınlanan bir yeniden gözden geçirme makalesinde, somatizasyonun (bedenselleştirme), depresyon ve anksiyete belirtilerini maskeleyerek tanı koymayı güçleştirebileceği vurgulanmıştır (34). Tüm bu bilgiler, klinisyenler tarafından, hastanede yatan yaşlı hasta popülasyonunda depresif bozukluk tanısını koymanın güçlükleri olarak göz önünde bulundurulmaktadır.

2.1.f. Seyir ve Prognoz

Depresif dönemler genellikle sinsi başlangıçlıdır. Belirtiler, başlangıçta hafif olduğundan, bozukluk belli olmayabilir. Halkın da bu belirtileri normalize etme yönünde bir eğilimi olduğu belirtilmektedir (4). Özellikle ilk depresif bozukluk atakları, olumsuz bir yaşam olayından sonra başladığı için gelip geçici bir durum olarak görülebilmektedir (2). Tek bir depresif atak geçiren hastaların % 50-60'ı ikinci kez, iki atak geçiren hastaların da % 70'i üçüncü depresif ataklarını geçirmektedir. Bu oranlardan anlaşılacağı gibi her bir yineleme, bir sonraki yineleme riskini arttırmaktadır (1).

2.2. Yaşlılık ve Depresif Bozukluklar

DSÖ'ye göre, 65 yaş ve üstü insanlar yaşlı olarak tanımlanmaktadır. Zamanla yaşam sürelerinde görülen artışla birlikte, yaşlı popülasyonda da artış ortaya çıkmıştır (35). Yaşlı popülasyondaki bu artış, beraberinde yaşlılığa özgü hastalıkların görülme sıklığında artışı da getirmektedir. Psikiyatrik bozukluklar açısından da benzer bir seyir beklenmektedir. Bu sebeple yaşlı popülasyonda psikiyatrik hastalıkları tanımak ve tedavi sürecini betimlemek ayrı bir önem kazanmaktadır.

İleri yaşta depresif bozukluklar, en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır (5,6). Yaşlılarda majör depresif bozukluk sıklığı, kullanılan yöntemlere göre yüzde 1-60 arasında değişmektedir (7). 65 yaş ve üzeri yaşlılarda majör depresif bozukluk sıklığı yüzde 1 ila 4 arasında bildirilirken depresif bozukluklar başlığı altındaki majör depresif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve distimik bozukluğun toplam sıklığının ise yüzde 8-15 olduğu belirtilmektedir (8,9). Bununla birlikte yaşlılarda depresif bozukluk tanısı koymak oldukça güçtür. Yaşa bağlı ortaya çıkan bedensel yakınmaların, yaşlı kişinin yakınları ve/veya hekimler tarafından yaşlılığa bağlı veya eşlik eden tıbbi hastalığa bağlı olduğu düşünülmemekte ve böylece majör depresif bozukluk tanısı atlanmaktadır (6). Ayrıca, yaşlı popülasyonda depresif bozukluklarla en sık, süregelen sağlık sorunu olan yaşlı kişilerde karşılaşıldığı gerçeğidir (2). Yaşlı kişiler, depresif yakınmalarını görmezden gelme ve maskeleye eğilimindedir. Duygularını izole ettikleri için zamanla nesne ilişkileri de azalır ve sosyal içe kapanma ve buna bağlı yalnızlık duyguları gelişebilir. Yaşamlarını geriye doğru değerlendirirken geçmişlerinde, hataları olduğunu, hayatında başarmak istediklerini başaramadığını düşünerek umutsuzluk duyguları geliştirirler. Bunlara ek olarak hastalık durumları, çevresel stres faktörleri, bedensel fonksiyonlardaki yavaşlama veya bozukluk, umutsuzluk duygularını daha da arttırabilir ve bir çöküş başlayabilir. Depresif bozukluk gelişmiş bir yaşlıda, gençlere göre klinik tabloda farklılıklar göze çarpmaktadır. Yaşlılarda uyku miktarında azalma, ajitasyon, letarji, irritabilite ve somatik yakınmalar klinik tabloda sıkça karşımıza çıkmaktadır. Eğer yaşlı bir kişide altta yatan fiziksel yakınmalarda bir şiddetlenme ve olmaması gereken bellek bozuklukları gibi yakınmalar ve belirtiler ortaya çıktıysa, klinisyenin depresif bozukluklar açısından dikkatli olması gerekmektedir (12).

Yaşlı kişilerde depresif bozuklukları değerlendirirken dikkat edilmesi gereken noktalardan birisi, eğer varsa bu bozukluğun ne zaman başladığıdır. Bu açıdan bakıldığında iki grup tanımlanabilir: Hastalığı ilk kez genç erişkinlikte başlayanlar; hastalığı yaşlılık döneminde başlayanlar. Yaşlı kişilerin, depresif bozukluk başlangıç yaşının belirlenmesi, etyoloji açısından bir fikir verebilir. İleri yaş depresif bozuklukların etyolojisinde, birden fazla etkenin rol oynadığı düşünülmektedir. Sosyal desteğin az olması, eşlik eden tıbbi hastalıklar, bilişsel yıkım ve olumsuz yaşam olayları risk faktörleri olarak sıralanabilir (36). Bunlara ek olarak kadın olmak, gelir ve eğitim düzeyinin düşük olması da riski arttırmaktadır (12). Genel olarak değerlendirildiğinde, yaşlı kişilerde depresif bozuklukların ortaya çıkışıyla ilgili önemli risk faktörlerinden biri, sosyal ilişkilerde azalmadır. Bununla birlikte oluşan yalnızlık hissi, tekrarlayan kayıplar, fiziksel hastalıklar, çoklu ilaç kullanımları ve bilişsel yetilerdeki kayıplar, depresif bozuklukların ortaya çıkmasında etkin rol oynayabilir.

Etyolojide rol oynayan faktörlerden fiziksel hastalıklar, yaşlı popülasyonda sıkça görülmektedir. 70 yaş ve üzeri kişilerin %80'inden fazlasında önemli bir fiziksel hastalık olduğu bilinmektedir (37). Fiziksel hastalıkların hem kendisi, hem de neden olduğu kayıplar depresif bozuklukların gelişmesine sebep olabilir. Yaşlılarda sık görülen serebrovasküler olaylarla depresyonun ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur. Çalışmalar, yaşlı kanser hastalarının yaklaşık yarısında psikiyatrik bozuklukların olduğunu ve birçoğunun da depresif bozukluk olduğunu göstermiştir (38). Kronik ağrıları olan yaşlı kişilerde ağrının, depresif bozukluk gelişmesi açısından bir risk faktörü olabileceği saptanmıştır (39). Kronik hastalıkları olan yaşlılarda depresif bozuklukların gelişimini inceleyen bir çalışmada depresif yakınmalar, fiziksel işlevsellik kaybı ve ağrı ile ilişkilendirilmiştir ve bunların iki yönlü olarak birbirini tetiklediği bildirilmiştir (40). Genel olarak yaşlıda, fiziksel sağlık ile depresif yakınmaları arasındaki ilişki iki yönlüdür. Her ikisinin de varlığı diğerinin prognozunu kötü yönde etkiler. Fiziksel hastalığı ve depresif yakınmaları olan yaşlılarda mortalitenin depresif yakınmaları olmayanlara göre daha yüksek olduğu, bildirilmiştir (41).

İlaçlar da yaşlılarda depresif bozukluk gelişimine neden olabilirler. Yaşlı popülasyonda kullanımının sık olduğu antihipertansif grubundan beta-bloker ilaçlar,

propranolol, reserpin, alfa-metil dopa, bazı antibiyotikler, non-steroid antienflamatuar ilaçlar, sterodiler ve antineoplastik ilaçlar depresif bozukluklara yol açabilmektedir (2,37). Yaşlılarda yaşa bağlı bedensel hastalıklar ve/veya ilaç kullanımı ile ortaya çıkan bu tip depresif yakınmalar, DSM-IV'te "bedensel hastalığa bağlı duygudurum bozukluğu" ve/veya "bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlı duygudurum bozukluğu" olarak, ICD-10'da ise "organik duygudurum bozukluğu" olarak adlandırılmıştır. Yaşlı hasta grubunda bedensel hastalıklarla birlikte ilaç kullanımının yoğun oluşu, depresif bozukluklarda organik etyolojinin dışlanmasını zorlaştırmaktadır.

Yapılan çalışmalarda, kadın cinsiyette olmanın, eşinden boşanmış olmanın ya da ayrı yaşıyor olmanın, sosyoekonomik düzey düşüklüğünün, yetersiz sosyal desteğinin olmasının ve yakın zamanda yaşanan olumsuz bir olayın yaşlılarda ortaya çıkan depresif bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (8).

İleri yaş depresif bozukluklarda, tedaviye erken başlamak ve koruyucu tedavi önem taşımaktadır. Yaşlı popülasyonda antidepresanlara yanıt alınması, gençlere göre daha geç olabilir. Atak tedavisinde genellikle iyi yanıt alınır fakat yinelemeler sık olduğu için idame tedavisinin uzun süreli olması gerektiği vurgulanmaktadır (2). Yaşlı kişilerde antidepresan ilaç seçerken dikkat edilecek önemli noktalar seçilen ilacın, ilaç-ilac etkileşimleri, birçok tıbbi hastalığı olan kişilerde rahatlıkla kullanılabilmesi, iyi tolere edilmesi ve doz ayarlanırken ilacın eliminasyonu ile ilişkili faktörlerin göz önünde bulundurulmasıdır. Genelde öneriler, ilaç tedavisine sosyal destek ya da bireysel psikoterapilerin de eklenmesi yönündedir (12,36).

2.3. Depresif Bozukluklar, Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, kişinin kendi durumunu, içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi çerçevesinde algılayış şekli olarak tanımlamaktadır. Kavram, kişinin özneliği dahilinde fiziksel sağlığını, ruh sağlığını, bağımsızlık düzeyini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve etkileşimde olduğu önemli çevresel faktörleri içermektedir. Çünkü yaşam kalitesi genel anlamda, kültürel, sosyal ve çevresel içerikte bir kişisel değerlendirmenin yansımasıdır (42).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi kişi merkezlidir. Kişinin sorunlu yaşam alanlarını tespit etmeye yardımcı olur.

Yaşam kalitesinin ölçümüyle ilgili ilk adımları 1800'lü yılların başında Bentham atmıştır. Süreç içerisinde en çok tartışılan konulardan bir tanesi yaşam kalitesinin değerlendirileceği özelliklerin neler olduğudur. En yeni yaklaşımlarda bu özellikler, genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik durum ve sağlık durumunu kapsamaktadır. Fakat DSÖ, yaşam kalitesinin sadece sağlık durumu, akıl sağlığı, genel rahatlık, yaşam doyumu gibi kavramlarla açıklanamayacağını belirtmekte ve altı genel alan önermektedir: fiziksel alan, psikolojik alan, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre ve tinsel-inançsal alan. Bu öneriler dahilinde DSÖ, yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla çalışma grupları kurmuş ve yaşam kalitesi ölçekleri geliştirmiştir (42).

Yaşam kalitesinin bedensel hastalıklarla ilişkisi, üzerinde oldukça durulan bir konudur. Genel kanı bedensel hastalıkların, yaşam kalitesini düşürdüğü yönündedir (43). Bununla birlikte, cinsiyet, yaş, eğitim ve sosyal destek gibi demografik farklılıkların da yaşam kalitesi üzerine etkileri konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalar arasında etkiler konusunda fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Kullanılan ölçeklere bağlı olarak değişmekle birlikte genel olarak cinsiyetin öznel yaşam kalitesi değerlendirmesi üzerine bir etkisinin olmadığı, eğitimin ilişkiler, ekonomik durum ve bununla ilişkili olarak sosyal destek üzerinden, yaşın ise yaşam olanakları ve sosyal katılım üzerinden bir etkisinin olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek ise yaşam kalitesini arttıran bir faktör olarak nitelendirilmektedir (44-48).

Yaşam kalitesi herhangi bir hastalığa özgü bir kavram olmamakla birlikte özellikle psikiyatrik bozukluklar açısından ön planda tutulan, daha çok hastalığın/bozukluğun, hastanın yaşamı üzerine yaptığı etki çerçevesinde geliştirilmiş bir kavramdır. Psikiyatrik bozuklukların DSM-IV tanı kriterlerinin tanımlanmasında, işlevsellik önemli bir yer tutmaktadır. Depresif bozukluklar açısından da işlevsellik bir tanı kriteri olarak kullanılmaktadır. Bu sebeple bozukluğun meydana getirdiği işlev kaybının değerlendirilmesi, psikiyatrik bozukluklar açısından önem kazanmaktadır. Depresif bozukluklar kategorisinde ele alabileceğimiz unipolar depresyon, gelişmiş ülkelerde yetiyitimi oluşturan nedenler içinde ilk sırada gelmektedir ve tüm dünyada ise dördüncü sıradadır (49).

Depresif semptomların yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (50). Depresif bozuklukların yetiyitimi ve bununla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkileriyle ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar dahilinde belirtilen, depresif bozukluğun şiddetiyle doğru orantılı olarak yetiyitiminin arttığı ve bununla ilişkili yaşam kalitesinde düşme gözlemlenmiştir (51). Yetiyitimi ile birlikte, yaşamdan memnuniyet de azalmakta, bu durum da depresif yakınmaların artmasına sebep olmaktadır. Yetiyitimi ile depresif bozukluklar arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğu vurgulanmaktadır. Yetiyitimi depresif bozukluklara, depresif bozukluklar da yetiyitimine sebebiyet vermekte, böylece bu iki fenomen birbirini tetiklemektedir. (52,53). Depresif bozukluğu olan ve olmayan kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada da depresif bozukluğu olanlarda yetiyitiminin olmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (54). Depresif bozukluğu olan kişilerin yaşam kalitesinde saptanan bu azalma, sadece fiziksel işlevle ilişkili değildir. Bu kişilerde, genel sağlık algısında da kötüleşmeden bahsedilmektedir Bazı çalışmalarda, majör depresif bozuklukta yaşam kalitesini olumlu etkileyen değişkenler olarak evli olmak, kısa evlilik süresi, dini görevleri sırasında daha rahat olmak, bir hekim tarafından bilgilendirilmiş olmak, bir psikiyatriste başvurmuş olmak ve depresif bozukluğun düşük şiddette olması belirtilmiştir (55).

Yaşlı popülasyonda, öncelikli olarak yaşlılığın doğal seyrine, buna ek olarak da birçok bedensel hastalığa bağlı fiziksel işlevsellikte gerileme beklenen bir sonuçtur. Yaşlı bir kişinin kendisinde fark ettiği bu işlevsel düşüş, depresif bozukluklara bir zemin hazırlamakta, bazen hastanın kendisi ve/veya yakınları tarafından doğal bir süreç olarak görülebilen, fakat depresif bozuklukların göstergesi olan depresif yakınmalar da bu fiziksel gerilemeyi arttırabilmekte, hatta buna ek olarak bilişsel sorunlar da ortaya çıkarabilmektedir (56). Depresif bozukluklara bağlı ortaya çıkan yaşam kalitesinde azalmanın geriye döndürülmesi için yapılması gereken olarak önerilen antidepresan tedavinin özellikle yaşlı popülasyonda hemen başlatılmasıdır (2).

Yaşlanmayla birlikte kişiler, birçok sağlık sorunu ve sosyal sorunla karşı karşıya gelmekte, tüm bu sorunların yaşamını etkilemesi sebebiyle günlük yaşamlarını sürdürmek konusunda güçlük çekmeye başlamaktadırlar. Fiziksel işlevsellikteki gerileme, yaşlı kişilerin giyinme, yıkanma, yemek yeme ve bunun gibi

günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getirmesinin önünde bir engel teşkil etmeye başlamaktadır. Bu da başkalarına daha fazla bağımlı olmak anlamına gelmektedir. Yıllar geçtikçe günlük aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizlik de artmakta ve bu da bağımlılık düzeyinin artmasına sebep olmaktadır (57). Tüm bu değerlendirmeler, yaşlı popülasyonda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesini zorunlu kılmıştır. Bu amaçla birçok ölçek geliştirilmiştir. Genel olarak bu ölçekler dahilinde yaşlıların günlük temel aktiviteleri olarak yıkanma, giyinme, tuvalete gitme, alışveriş yapma, yemeğini hazırlama ve buna benzer aktiviteler konusundaki bağımlılık düzeyi değerlendirilmektedir. Zamanla bu değerlendirme kriterlerine telefon etme, yolculuk yapma, mali işlerini sürdürebilme ve yaşadığı ortamın temizliği gibi enstrüman kullanımının da işin içine katıldığı değerlendirme kriterleri eklenmiştir (58). Bu kriterler çerçevesinde yapılan araştırmalarda enstrümental aktivitede azalma ile yaşın artışı arasında ilişkili olduğu saptanmıştır (59). Cinsiyetler arasında günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinin farklı olduğunu vurgulayan çalışmalar da mevcuttur (60,61). Yaşlı kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin, yaşam kalitesinin bir göstergesi olduğu vurgulanmaktadır (57).

Depresif bozukluklar ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki birçok çalışmada değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalar, yaşlılarda depresyonla günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmesinde bağımlılık düzeyi ve yaşam kalitesinde düşme arasında güçlü anlamlı ilişki olduğunu belirtmektedir (62,63). Sosyal desteğin de, ruhsal strese etki ederek dolaylı yoldan da olsa günlük yaşam aktiviteleri fonksiyonelliğine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (64,65). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, yaşlı kişilerin demografik özellikleri ile yalnızlık yaşama ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumları karşılaştırılmış, yaşadığı yer ve demografik özelliklerine göre günlük yaşam aktivitelerini sürdürmek açısından anlamlı farkların olduğu belirtilmiştir (66). Yapılan bir çalışmada, çalışmaya alınan yaşlıların yaklaşık yarısının günlük yaşam aktivitelerinden ortalamanın altında puan aldıkları saptanmıştır (67).

2.4. Anksiyete Bozuklukları

2.4.a. Tanım

Anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ile birlikte toplumda yaygın olarak görülen psikiyatrik bozukluklardır. Anksiyete teriminin Türkçe karşılığı konusunda bir fikir birliği yoktur. Genel olarak “kaygı” şeklinde çevrilip kullanılmaktadır. Kaygının bilinen bir nesnesi olduğundan yola çıkarak yerine “bunaltı” terimi önerilmiştir (68). Yine de kabul gören yaygın kullanımı “kaygı” teriminin kullanımındır.

Anksiyete, yaşamın sürdürülmesinde ve doğadaki tehlikeler ile toplumsal yaşamdaki tehdit olarak algılanan uyarıların savuşturulmasında önemli rol oynaması sebebiyle temel hislerimizdendir. Normalde bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında onu, gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan bir biyolojik uyarıcıdır (69). Olası tehdit algısı sadece dış çevreyle ilişkili değildir. İçten gelen bir uyarı da anksiyete oluşturabilir. Anksiyete yaşantısının iki bileşeni vardır. Bunlar, korkunun veya endişeli olmanın fark edilmesi ve fizyolojik duyuların fark edilmesi (çarpıntı, terleme gibi)dir. Anksiyete sonucunda uyarılan kişide, motor aktivite ve organlar düzeyinde etkiler görülmeye başlar. Kişi, kendisini tehdit karşısında hazır duruma getirir. Bu etkiler dışında anksiyetenin düşünme, algı ve öğrenme üzerine de etkileri vardır. Dikkat dağınıklığı ve algıda bozulmalara sebep olabilir. Hatırlama azalır, bir durumla diğeri arasında bağlantı kurma yeteneği bozulur ve bu da öğrenmeyi güçleştirir. Bununla birlikte, anksiyetesi olan kişinin dikkatinde bir seçicilik başlar. Kontrol edilemeyen anksiyete, kendini, bedensel, ruhsal ve sosyal alanda çeşitli psikopatolojilerle gösterebilir (68).

2.4.b. Tarihçe

Anksiyete sözcüğü, Hint-Germen kökenli, “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt, milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır. Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (69). Hipokrat’ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve anksiyeteden bahsettiği bilinmektedir. 17. yüzyılda bu terim dilbilimciler tarafından, arasıra ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için

kullanılmıştır. 18. yüzyılın ilk yarısına dek, anksiyetenin fizyolojik belirtilerinin her birinin bir bedensel hastalığa tekabül ettiği düşünülmekteydi. Bununla birlikte, ruhsal belirtilerin de melankolinin bir parçası olduğu düşünülürdü. Zamanla, fiziksel ve ruhsal belirtilerin aynı bozukluğu parçaları olduğu anlaşılmıştır.

1894 yılında Freud, anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nu tanımlamış ve anksiyeteyi nevrasteni kapsamının dışına çıkartmıştır. O dönemde Freud, anksiyete nevrozunun organik kökenli olduğunu öne sürmüştür (69). Krapelin 1909 yılında yayımladığı kitabında “korku nevrozu” adıyla anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünden bahsetmiştir.

Günümüze kadar gelen süreci tek tek bozukluklar düzeyinde daha iyi kavrayabilmek için tarihçelerine ayrı ayrı bakmak gerekmektedir.

Panik bozukluğu: Panik (panikos) sözcüğü Yunan tanrısı Pan’dan türetilmiştir. Panik bozukluğu ilk kez 1980’de yayımlanan DSM-II’te ayrı bir tanı kategorisi olarak yerini almıştır. Fakat panik atağının belirtileri ve fobik kaçınmalar çok eski zamanlardan beri birçok kişi tarafından betimlemiştir. 18 ve 19. yyda farklı isimlerle adlandırılmıştır. 1871 yılında Da Costa, Amerikan iç savaşı sırasında askerlerde eforla bağlantısı olduğunu düşündüğü çarpıntı, göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile giden ve “irritable heart” adını verdiği panik atağı benzeri bir tablo tanımlamıştır (70). Tanımlamadan yaklaşık 100 yıl sonra DSM-III’te tanı sınıflamalarına girmiştir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB): YAB’ın ayrı bir tanı kategorisi olarak gelişip sınıflandırmalardaki yerini alması, panik bozukluğu ile aynı süreçte gerçekleşmiştir. Freud’un anksiyete nevrozu tanımlamasından sonra, uzun yıllar boyunca panik bozukluk ile birlikte tanımlamanın iki ana bileşeninden biri olarak düşünülmüştür. Ayrı bir tanı olma özelliğini, DSM-III’te almıştır. DSÖ’nün sınıflandırma sistemi olan ICD-10’da ise bu ayrım, 1990’da gerçekleşmiştir.

Özgül Fobi: Fobi terimi kökenini mitolojideki Phobos’tan alır. Dehşet ve korkuyu simgelemektedir. Özgül fobiler 19. yüzyılın ilk dönemlerinde halüsinatuar ya da sanrısız yaşantılar olarak tanımlansa da zamanla diğer anksiyete bozukluklarından ve obsesyonlardan ayrılarak isimlendirmelerle kategorize edilmiştir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Eski adıyla sosyal fobi, 19. yüzyıl sonu ve 20. yüzyıl başındaki yayınlarla ayrı bir tanı olarak netleştirilmeye başlanmıştır. 1966 yılında Liebowitz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalardan sonra ayrı bir hastalık olarak DSM-III'te yerini almıştır (69).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB): Obsesyon ve kompulsiyonlarla ilgili tarihte birçok örnek bulunmaktadır. Mitolojide adı geçen kral Sisiphos, sonsuza kadar aynı devinimi yapmakla cezalandırılmıştır. 1838'de ilk olarak Esquirol tarafından tanımlanan OKB, psikiyatri literatürüne girmiştir. Süreç içerisinde OKB'nin psikotik bir süreç, bir delilik durumu olduğu öne sürülse de Morel, etyolojide duygulanımların rol oynadığını düşünmüş ve bozukluğu nevrotik düzeyde değerlendirmiştir. 20. yüzyılda Janet, hastalığı "psikastenî" başlığında ele almıştır. Farklı yaklaşımların ortaya çıkardığı karmaşıklık, Freud'un o dönemde öne sürdüğü anksiyete nevrozu tanımı ile kısmen çözülmüştür (69).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB): İnsanlık, tarih boyunca birçok travmaya maruz kalmıştır. Özellikle büyük savaşlar, insan eliyle ortaya çıkarılan korkunç travmatik olaylardır. Buna rağmen, travmanın insan psikolojisi üzerine etkilerinin kabul edilmesi zaman almıştır. TSSB'nin sınıflandırmalarda ilk yer alması, II. Dünya Savaşı'ndan ancak 35 yıl sonra olmuştur ve TSSB,1980 yılında DSM-III'te sınıflandırmaya alınmıştır (69,71).

2.4.c. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ile birlikte toplumda çok yaygın olarak bulunmaktadır. DSM-III'ten önce anksiyete bozuklukları kavramı yerine tüm alt başlıklar, anksiyete nevrozu adı altında toplanmaktaydı. O dönemde yapılan taramalarda anksiyete durumlarının prevalansının %2.0-4.2 arasında olduğu saptanmıştır (72). DSM-III ile birlikte anksiyete bozukluklarının tanı kriterleri netleştirilip yeni bir adlandırmaya tabi tutulduktan sonra yapılan çalışmalarda farklı oranlar saptanmıştır. Alt grupların hepsi göz önünde bulundurulduğunda, anksiyete bozukluklarının toplumdaki sıklığı yüzde 2.1 ila 14.8 olarak belirtilmektedir (13). 18 yaş ve üstü kişilerle yüzyüze yapılan görüşmeler sonrası elde edilen verilerde, yaşam boyu yaygınlığı %28.8 olarak bildirilmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8, 12 aylık

yaygınlığı ise %5.6 ile %19.3 arasında değişmektedir (68,73). Ülkemizde yapılan ruh sağlığı profili araştırmasında anksiyete bozuklukları yaygınlığı kadınlar için %7.1, erkekler için ise %3.1 olarak saptanmıştır. Ruhsal sorun nedeniyle başvuru oranlarına bakıldığında da anksiyete bozuklukları %17.7lik oranla depresif bozukluklardan sonra ikinci sırada yer almıştır (18). Daha küçük kapsamlı bazı çalışmalarda poliklinik başvurularında anksiyete bozuklukları yine depresif bozukluklardan sonra gelmiş ve %26.9 ve %38.5 oranları bildirilmiştir (74,75).

Anksiyete bozukluklarının başlaması açısından en riskli dönemin 10-25 yaş arası olduğu belirtilmektedir. Alt tiplere göre başlangıç yaşları açısından küçük farklar olsa da vakaların %80-90'ında belirtilerin 35 yaşından önce başladığı belirtilmektedir (68). Yaşlılar açısından sıklığının tespiti zorluklar içermektedir. Bunlardan birisi yaşlılarda anksiyete bozukluklarını değerlendirmek için kullanılacak bir ölçeğin olmamasıdır (14). Yaşlılarda daha sık görülen eş zamanlı fiziksel hastalıklar ve yaşam stresörleri, anksiyete bozukluğu sıklığı konusunda net bir bilgi elde etmeyi güçleştirmektedir (15). Bununla birlikte yaşlılarda görülen anksiyete bozukluklarının büyük çoğunluğunun, genç yaşlarda başlayan ve uygun tedavi alınmadığı için kronikleşen anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmektedir. Yaşlı popülasyonda yeni başlangıçlı anksiyete bozuklukları ise genelde depresif bozukluklar ve/veya tıbbi hastalıklar ile birlikte görülmektedir (76). Yaşlılarda anksiyete bozukluğunun yaygınlığı konusunda yapılan çalışmalar arasında oldukça farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bununla birlikte ortak kanı, anksiyete bozukluklarının yaşlılarda gençlere göre daha seyrek görüldüğü yönündedir (76,77). Toplumda yaşlı popülasyondaki anksiyete bozukluğu sıklığı %5-10 olarak bildirilmektedir (78). Fakat yaşlılarda daha sık rastlandığı belirtilen subsendromal (eşikaltı klinik) anksiyeteye birlikte bu oranın arttığı vurgulanmaktadır. Alt gruplar açısından değerlendirildiğinde birçok epidemiyolojik çalışma, fobik bozuklukların yaşlılarda en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğunu göstermiştir Özellikle agorafobinin geç başlangıçlı olduğu ve yaşın artmasıyla birlikte sıklığının arttığı saptanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu ise ortalama %2.2'lik prevalansla ikinci sırada yer almaktadır (76). Bazı çalışmalarda ise yaşlıda görülen en sık anksiyete bozukluğunun yaygın anksiyete bozukluğu olduğu söylenmektedir (78). Fakat geç yaşta başlayan yaygın anksiyete bozukluğunun tek başına görülmesi nadirdir;

komorbiditesi yüksektir (%27.5) ve çoğunlukla da depresif bozukluk ile birlikte görülmektedir. Tüm alt gruplar ele alındığında da benzer şekilde yaşlılarda komorbid anksiyete bozukluklarının oldukça sık olduğu vurgulanmaktadır. Depresif bozukluğu olan yaşlılarda yaşam boyu %35 oranında en az bir anksiyete bozukluğu, %23'ünde de eşzamanlı bir anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur (79). Diğer bir yönden de yaygın anksiyete bozukluğu olan yaşlıların %70'inde eşlik eden depresif bozukluk bildirilmiştir (80).

Tüm yaş grupları ele alındığında anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bilinmektedir. Yaşlı popülasyon açısından da benzer bir ilişki vardır (80).

2.4.d. Etiyoloji

A. Biyolojik Kuramlar

Anksiyete bozukluklarının etyolojisi üzerine yapılan çalışmalar, tek bir etyolojik faktörün bu bozuklukların mekanizmasını açıklayamayacağını bize göstermiştir. Anksiyetenin tanımlanmaya başladığı dönemlerden itibaren açıklamalar daha çok psikodinamik ve sosyal kuramlar üzerinden yapılmaktaydı. Zamanla araştırmalar, biyolojik kökenler üzerine yoğunlaşmıştır. Özellikle korku duygusunun oluşumunda otonomik sinir sisteminin yeri üzerinde durulmuştur. Bu mekanizmanın işleyişine ilişkin yapılan çalışmalarda, anksiyeteye nörotransmitterler arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır. Hayvan çalışmaları ve ilaç tedavilerinden alınan sonuçlara dayanarak anksiyeteden sorumlu olan üç nörotransmitterden bahsedilmektedir: Norepinefrin, sertotonin ve GABA (γ -aminobutirik asit) (81). Nörotransmitter düzeyindeki bu görüşler, nöroanatomik açıdan da desteklenmeye çalışılmıştır. Yapılan anatomik görüntüleme çalışmalarının anksiyete bozukluklarına spesifik bulgular vermemesi sebebiyle daha çok fonksiyonel görüntüleme çalışmalarına yönelilmiştir. PET ve SPECT gibi fonksiyonel beyin görüntüleme yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalarda, frontal korteks, oksipital ve temporal bölgelerde, bunlarla ek olarak panik bozukluğunda parahipokampal girusta, OKB'de orbitofrontal korteks, kaudat nukleus ve anterior singulat girus, talamus ve pariyetal kortekste fonksiyonel anormallikler saptanmıştır (81,82).

Anksiyete bozukluklarının genetik temeli üzerine yapılan çalışmalarda, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler ve OKB'nin tümünde ailesel yatkınlık olduğu bilinmektedir (83). Belirlenen tek bir gen yoktur.

B. Psikososyal Kuramlar

Psikoanalitik görüş, anksiyetenin oluş nedenlerine ilişkin önemli açıklamalarda bulunmuş ve bu açıklamalar uzun yıllar boyunca anksiyeteye bakışa hakim olmuştur. Freud başlangıçta, anksiyetenin libidinal artıştan köken aldığını öne sürse de zaman içerisinde bu görüşünü geliştirmiş, yapısal açıdan temelde bir iç çatışmanın ürünü olduğunu ve bu çatışmanın ego ve id ya da ego ve süperego arasında oluştuğunu belirtmiştir. Ego, bu çatışmalardan korunmak amacıyla savunma mekanizmalarını harekete geçirmektedir. Yer değiştirme de bu mekanizmalardan birisidir. Yer değiştirme savunma mekanizması ile anksiyete belirli bir nesne veya duruma bağlanır. Böylece fobi oluşur. Kişi, fobik durumlardan uzak durdukça kendisini rahat hisseder. Anksiyeteye karşı savunmalar yetersiz kaldığında da anksiyetenin klinik durumu ortaya çıkar. Psikanalitik açıdan, süperegoyla ilişkili, kastrasyon, ayrılık ve id anksiyetesi gibi farklı anksiyete kaynakları tanımlanmıştır (68,81,84).

Bilişsel-davranışçı kuram açısından ele alındığında, özellikle davranışçı kuramlar, anksiyete bozukluklarının açıklanması ve tedavisinde ön planda tutulmuştur. Davranışçı yaklaşımlara göre anksiyete ve fobiler öğrenilmiş durumlardır. Anksiyete, özgül çevresel uyaranlara karşı oluşturulan koşullu bir cevaptır. Bu sürecin insan açısından çocuğun ailesini örnek almaya başlamasıyla da gelişebileceği belirtilmektedir. Bilişsel açıdan ise hatalı, çarpıtılmış ya da aksi yönde yapılandırılan bilişsel yapıların davranış ve duygulanımlar üzerindeki etkisine vurgu yapılmaktadır (68,81,85).

2.4.e. Tanı ve Klinik Özellikler

DSM-IV-TR'ye göre anksiyete bozuklukları 11 ayrı tanı olarak sınıflandırılmıştır:

- 1- Panik Bozukluğu (agorafobili/agorafobisiz)
- 2- Agorafobi
- 3- Özgül Fobi

- 4- Sosyal Fobi
- 5- Obsesif- Kompulsif Bozukluk
- 6- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- 7- Akut Stres Bozukluğu
- 8- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- 9- Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu
- 10- Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
- 11- Başka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluklarının tanı ve klinik özelliklerini tek tek ele alırsak;

1- Panik bozukluğu: Panik bozukluğu, tekrarlayan panik atakları ile seyreden ve bu ataklar arasında kişilerde yoğun beklenti anksiyetesinin görüldüğü, işlevselliğin bozulduğu bir psikiyatrik bozukluktur. Panik bozukluğun tanısının konulabilmesi için panik ataklarının iyi tanımlanması gerekmektedir. Panik atağı, bedensel ya da bilişsel belirtilerle ortaya çıkan yoğun bir korku ya da rahatsızlık hissinin olduğu dönemlere verilen addır. Panik atağı geçiren bir kişide bedensel belirtiler olarak çarpıntı, terleme, titreme ya da sarsılma, nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma, soluğun kesilmesi, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi ya da sersemlik hissi, pareteziler, sıcak basması gibi yakınmalar ortaya çıkar. Bunlarla birlikte derealizasyon ya da depersonalizasyon, kontrolü kaybetme veya “çıldırma” korkusu ve ölme korkusu gibi bilişsel-duygulanımsal yakınmalar da oluşur. Panik atağı, panik bozukluğuna spesifik bir klinik tablo değildir. Panik bozukluğu tanı kriterlerinden birisi olarak geçer. Agorafobili ve aorafobisiz olmak üzere iki ayrı klinik görünümü vardır (1)

2- Agorafobi: Bir panik atağının ya da panik benzeri semptomların çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duymaktır. Bu anksiyete, kişide kaçınma davranışlarına yol açar. Kişi, yardım alabileceği birisi yanındayken kendisini daha iyi hisseder (1).

3- Özgül fobi: Başlıca özelliği, açıkça görülen, çerçevesi belirli nesne ya da durumlardan belirgin ve sürekli korku duymadır. Fobik uyararla karşılaşma, hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur. Fobik bozukluklar da kaçınma davranışı içerir. Tanı konulabilmesi için fobik uyararla karşılaşmaktan

kaçınma, korku ya da anksiyöz beklentinin işlevselliğinde bir bozulmaya sebep olması gerekir (1).

4- Sosyal fobi: Başlıca özelliği, utanç duyulabilecek toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan belirgin ve sürekli bir korku duymadır. Bu durumlarla karşılaşmanın hemen her zaman anksiyete doğurması beklenir. Tanı konulabilmesi için özgül fobilere benzer şekilde, kaçınma davranışları, korku ve anksiyöz beklentinin olması ve bunların işlevselliği bozması gerekmektedir (1).

5- Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB): OKB, zamanın boşa harcanmasına sebep olacak derecede ağır olan ya da belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte önemli ölçüde bozulmaya neden olan tekrarlayan obsesyon ya da kompulsiyonların olduğu bir anksiyete bozukluğudur. Obsesyonlar, istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşayan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon, yineleyici davranış ya da eylemlere verilen addır (1).

6- Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB): Başlıca özelliği, ağır bir travmatik olay yaşanmasıdır. Travmaya sebep olan olay, kişinin kendisine ya da ailesine karşı olabilir ya da bir başka kişi bu olayı yaşarken tanık olunabilir. Aşırı bir travmayla karşılaşma sonrası kişi aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme şeklinde tepkiler verir ve bu travmatik olayı sürekli olarak yeniden yaşar. Kaçınma davranışları ortaya çıkar (1).

7- Akut stres bozukluğu: Aşırı travmatik bir stres kaynağıyla karşılaştıktan sonraki bir aylık sürede kişide, disosiyatif belirtilerin, aşırı anksiyete ve uyarılmışlığın ortaya çıkması, travmatik olayın tekrar tekrar yaşanması ve kaçınma davranışlarının ortaya çıkması sonucu işlevsellikte bozulmayla karakterizedir (1).

8- Yaygın anksiyete bozukluğu: Başlıca özelliği, en az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı anksiyete ve üzüntü duymadır. Kişi, üzüntünü kontrol edemez. Anksiyete ve üzüntüye, huzursuzluk, kolay yorulma, düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme, irritabilite, kas gerginliği ve uyku bozuklukları gibi fizyolojik belirtiler eşlik eder. Tanının konulabilmesi için diğer anksiyete bozukluklarının dışlanması ve işlevselliğin bozulmuş olması gerekmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde, korku duyulan olayın gerçek olabilme olasılığına göre anksiyete ve üzüntünün yoğunluğu,

süresi ya da görülme sıklığı çok fazladır. Kişilerin çoğunda somatik yakınmalar ve kas gerginliğine bağlı ağrılar ve kaslarda seğirme gibi belirtiler görülür (1).

9- Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu: Bir maddenin, doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğu düşünülen belirgin anksiyete belirtilerinin olmasına verilen addır. Alkol, kafein, amfetamin ve bunun gibi birçok maddenin entoksikasyon ve yoksunluğunda anksiyete ortaya çıkmaktadır. Bunların dışında sıkça kullanılan birçok ilaç da anksiyete oluşturabilir. Örnek olarak anestezipler, analjezikler, semptomimetikler, bronkodilatatörler, antikolinergikler, antihistaminikler, oral kontraseptifler, antihipertansifler, tiroid preparatları, antikonvülzanlar, antipsikotikler ve hatta antidepresanlar verilebilir. Bahsi geçen ilaçların birçoğunun yaşlı popülasyonda kullanımının sık olduğu düşünülürse, yaşlıda görülen anksiyetede ilaç kullanımının değerlendirilmesinin önemi anlaşılmış olur (1,86)

10- Genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu: Genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak klinik açıdan belirgin bir anksiyetenin bulunması durumudur. Semptomları arasında belirgin, yaygın anksiyete bulguları, panik atakları ya da obsesyon ve/veya kompulsyonlar bulunabilir. Anksiyete bozukluklarının temel belirtisi olan anksiyete, tıbbi durumların seyrinde sıkça görülebilmektedir. Bu durum üç şekilde açıklanabilir: Ya tıbbi hastalığın oluşturduğu strese bir tepki olarak gelişir, ya daha önce geçirilmiş olan anksiyete bozukluğunun alevlenmesidir ya da tıbbi hastalığın patofizyolojisine bağlı ortaya çıkar. Kardiyovasküler, respiratuvar, endokrin, metabolik, nörolojik hastalıklar ve entoksikasyonlar, sıklıkla anksiyete belirtilerine yol açar (1,87).

11- Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu: Klinik açılan belirgin bir anksiyete nin olmasına rağmen yukarıda belirtilen anksiyete bozuklukları tanılarından hiçbirine uymayan durumlar için kullanılan bir tanıdır (1).

2.4.f. Seyir ve Prognoz

Anksiyete bozukluklarının seyri ve prognozları klinik alt tiplere göre değişkenlik göstermektedir. Genellikle başlangıçları erken yaşlardadır.

Panik bozukluğu, genelde kronikleşen bir bozukluktur. Bozukluk, ataklar şeklinde yinelemeler gösterebilir. Kronikleşirse, semptom atakları daha da sıklaşır.

Özgül fobinin başlangıç yaşı çocukluk ya da erken adölesan dönemleridir. Kadınlarda, erkeklerden daha sık görülür. Erişkin dönemine kadar uzanan fobilerin nadiren remisyona girdiği belirtilmektedir.

Sosyal fobi çoğunlukla 13-19 yaşları arasında başlar. Olumsuz bir yaşam olayı sonrası aniden başlayabileceği gibi yavaş yavaş da başlayabilir. Sıklıkla yaşam boyu sürer. Yaşam olaylarıyla ilişkili olarak şiddetlenebilir ya da remisyona girebilir.

Obsesif-kompulsif bozukluk başlangıç yaşı erkeklerde kadınlardan daha küçüktür. Erkeklerde 6-15 yaş arasında başlarken kadınlarda 20-29 yaşları arasında başlar. Çoğu zaman yavaş başlangıçlıdır. Çoğunlukla kronik gidişlidir. Ara ara semptomlar alevlenir ve yatıştır.

TSSB, herhangi bir yaşta başlayabilir. Bazen yıllar sonra da ortaya çıkabilir. Süreç içerisinde semptomlarının şiddeti ve sıklığı değişkenlik gösterebilir. Genellikle başlangıç sonrası 3 ay içerisinde bir düzelmeye beklenir. Bazı kişilerde, semptomlar kronik bir hal alabilir.

Akut stres bozukluğunun semptomlarının travmadan sonra en az iki gün en fazla 1 ay sürmesi beklenir. 1 aydan fazla süren semptomların olduğu durumlarda kriterler karşılanıyorsa tanı TSSB'ye çevrilebilir.

Yaygın anksiyete bozukluğu olan başvuranların yarısından fazlası, yakınmalarının çocukluk ya da ergenlik döneminde başladığını belirtmektedir. Kronik, ancak dalgalanan bir gidiş gösterir (1).

2.5. Anksiyete Bozuklukları ve Yaşlılık

Yaşlılarda anksiyete bozuklukları, yakın zamana kadar üzerinde pek durulmayan geriyatrik tablolardandı (88). Son dönemlerde, bu konudaki araştırmaların sayısındaki artış, bir bilgi birikiminin olmasını sağlamıştır. Yine de bu konuyla ilgili eleştirilen en önemli nokta, yaşlılara özgü anksiyete tanımı ve bununla ilişkili bozuklukların yeterince tanımlanmamış olmasıdır. Bu sebeple gençlerde yapılan çalışmalardan elde edilen bilgilerin, yaşlılar için de geçerli olduğu kabul edilmektedir (89). Fakat yaşlılıkla birlikte meydana gelen bedensel, psikolojik ve sosyal yapılarıdaki değişikliklerin, anksiyete bozukluklarının belirtilerinde değişikliğe yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (88).

Yaşlılarda ortaya çıkan bedensel değişiklikler, hem organik düzeyde hem de bir yaşam olayı olarak anksiyete belirtilerinin ortaya çıkış olasılığını arttırmaktadır. Yaşlandıkça ortaya çıkan katekolamin düzeylerindeki artış, bazal düzeylere geri dönüşteki yavaşlama, yaşlı kişilerde anksiyete belirtilerinin görülmesindeki biyolojik etmen olabilmektedir. Bunun dışında gelişen yaşam olayları da anksiyeteyi tetiklemektedir. Yaşlı kişilerin anksiyeteye sebep olabilecek stres faktörleriyle başa çıkabilmeleri konusunda birbiriyle zıt iki görüş vardır. Bunlardan ilki, yaşlı kişilerde yaşlanmayla birlikte uyum kapasitesinde azalma olabileceğini, başa çıkma stratejilerinin yetersiz kalabileceğini ve buna bağlı olarak anksiyete belirtilerinin daha sık görüleceğini savunmaktadır. Diğer görüş ise buna ters olarak, geçmişteki deneyimlerin fazlalığının bu baş etme becerilerini zenginleştireceğini ve böylece anksiyeteye karşı direncin artacağını öne sürmektedir (88). Yaşlı kişilerin sosyal desteğinin az olması da anksiyeteyi arttıran bir faktör olarak öne sürülmektedir. Tüm bu vurgulanan faktörler, yaşlı kişide anksiyete bozukluklarının klinik tablosunda değişikliğe yol açabilmektedir. Yaşlıların anksiyeteyi klinik açıdan gençlere göre daha silik belirtilerle yaşaması ya da duygularını daha az dışavurması, anksiyete bozukluklarının tanısını zorlaştırmaktadır. Bununla ilişkili olarak yaşlılarda klinik eşikaltı (subsendromal) anksiyete daha sık görülmektedir. Kullanılan DSM-IV kriterlerinin gençler için tanımlanmış olması da bir diğer faktördür (89). Diğer yandan yaşlılar, ruhsal sorunlarından bahsetmeme eğilimindedir. Bu da onlarda anksiyete bozukluğu ve depresif bozuklukların oluşma riskini arttırmaktadır. Yaşlılarda anksiyeteye yol açan durumlar karşısında bilişsel semptomların daha az görüldüğü ve yaşlıların anksiyeteyi daha çok bedensel belirtilerle tarif ettikleri belirtilmektedir (90). Anksiyeteden bahsederken daha çok, terleme, titreme, çarpıntı, kızarma, yerinde duramama, yaygın kas ağrıları ve gastrointestinal yakınmaları öne çıkarmaktadırlar (91). Tüm bu yakınmaların tıbbi rahatsızlıklarda da görülebiliyor olması, tanı koyulmasını güçleştiren faktörlerdendir.

Yaşlılar için tanımlanmış anksiyete ölçeklerinin olmayışı (14) ve klinik tablonun netleştirilmesinde yaşanan zorluklar, yaşlı popülasyondaki sıklığın ve en sık görülen anksiyete bozukluğu alt tipinin ne olduğunun saptanmasında güçlükler yaratmaktadır (15). Literatürdeki genel kanı yaşlılarda anksiyete bozukluklarının nadir olduğu yönündedir (90). Toplumda yaşlı popülasyondaki anksiyete bozukluğu

insidansı %5-10 olarak bildirilmektedir (78). Ülkemizde bu konuda yapılan araştırma sayısı oldukça kısıtlıdır. Kırmızıoğlu ve arkadaşlarının 2009'da yayımladıkları bir çalışmada, Sivas il merkezinde yaşayan 65 yaş üstü kişiler taranmış ve tüm anksiyete bozuklukları için nokta yaygınlık %17.1 ve yaşam boyu yaygınlığı %18.6 bulunmuştur. Yaşlı popülasyonda, alt tipler arasında özgül fobinin nokta prevalansı %11.5 olarak saptanmış ve en sık görülen alt tip olarak betimlenmiştir (92).

2.6. Anksiyete Bozuklukları, Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri

Anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkileri, genelde depresif bozukluk eştanısı ile birlikte değerlendirilmiştir. Özellikle yaygın anksiyete bozukluğunun depresif bozukluklarla komorbiditesinin sıkça görülmesi çalışmaları bu yönde yoğunlaştırmıştır. Farklı çalışmalarda komorbiditenin yetiyetimini arttırdığı ya da tek başına yaygın anksiyete bozukluğunun da aynı düzeyde yetiyetimine sebep olduğu belirtilse de genel kanı anksiyete bozukluklarının yetiyetimine ve bununla ilişkili yaşam kalitesinde düşmeye sebep olduğu yönündedir (93). Yapılan çalışmalarda, tek başına yaygın anksiyete bozukluğu ya da majör depresif bozukluğu olan kişilerde, olmayanlarla karşılaştırıldığından kişilerin kendi değerlendirmeleri sonucunda sosyal ilişkiler ve iş performansında ciddi düzeyde bir azalma olduğu saptanmıştır (94). Hastalığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıyla yaşam kalitesinde düşüş arasında belirgin bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada önemle belirtilen bir başka nokta, yaşam kalitesinin bozulduğu alanlar ile bozuklukların belirtileri arasında bir ilişki olduğudur. Bu ilişkiye bağlı olarak duygudurum bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğunda çalışılan gruplarda daha şiddetli yaşam kalitesinde bozulma olduğu saptanmıştır. Panik bozukluğu, sosyal fobisi ve OKBsi olan hastalarda daha çok sosyal ilişkilerde, ailelerle olan ilişkilerde ve boş zamanlarını nasıl geçirdiğiyle ilişkili değerlendirmelerde bir bozukluk saptanırken, fiziksel sağlık, iş, ev işleri ve cinsel ilişki gibi alanlarda daha az bir bozulmanın olduğu gözlenmiştir (95).

Anksiyete bozuklukları alt gruplarının yaşam kalitesi üzerine tek tek etkilerine dair yapılmış birçok çalışma vardır (96,97). Bu çalışmalarda da benzer

şekilde, anksiyete bozukluğunun klinik görünümünün yaşam faaliyetlerinden hangileri üzerine daha olumsuz etki yaptığı değerlendirilmiştir. Sosyal fobiyle ilgili yapılan bir çalışmada, birden fazla korkusu olan kişilerde, sadece konuşmayla ilgili korkusu olanlara göre daha çok alanda bozulma ve yetiyitimi olduğu bulunmuştur. Bu ilişki kişilerarası ilişkiler açısından da benzer bulunmuş fakat değerlendirmelere yaş grubu, cinsiyet ve sosyal konum da katılınca, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada sosyal fobisi olan kişilerde değerlendirilen tüm yaşam faaliyetlerinde memnuniyetsizliğin yüksek olduğu belirtilmiştir (96). Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, yeni tanıli hastalarla eski tanılılar karşılaştırılmış ve yeni tanılıların eskilere göre sosyal, fiziksel, duygusal açıdan daha kötü olduklarını rapor ettikleri saptanmıştır. Bu çalışmada, gruplar arasında cinsiyete göre farklılık olmadığı, 50 yaş üstü hastalarda tüm vakalarda fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık durumunu içeren yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (97).

Anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkilerine dair ülkemizde yapılmış çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalarda, anksiyete bozukluğunun alt tipinden bağımsız olarak depresif belirtilerin varlığının yaşam kalitesinde belirgin düşmeye sebep olduğu vurgulanmaktadır (98,99).

Yaşlı popülasyonda görülen anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkileriyle ilgili çalışma sayısı azdır. Bazı çalışmalar, yaşlılarda bazı anksiyete bozukluğu alt tiplerinin varlığının, yaşam kalitesi üzerine bir etkisi olmadığını belirtmektedir (100). Bir çalışmada ise yaşlı popülasyondaki duyu kayıplarının anksiyete semptomlarını arttırdığı ve bununla ilişkili olarak bu gruplarda yaşam kalitesi düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (101). Bununla birlikte, yaşlı popülasyonda görülen yaşam kalitesindeki düşüşün nedenlerinden biri olarak, günlük yaşam aktivitelerindeki zorlanma da vurgulanmaktadır (102). Genel olarak belirtilen, yaşlı popülasyonda anksiyete semptomlarının varlığının yaşam kalitesinde gerilemeye neden olduğudur (103,104).

Yaşlı popülasyonda anksiyete semptomları ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Yapılan bir çalışmada, yaşlılarda anksiyete bozukluklarının varlığının, artmış suisid riski, acil servis başvuruları ve günlük yaşamdaki enstrüman kullanımının azalması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (105).

Yine benzer bir çalışmada, yaşlılarda görülen anksiyetenin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi değerlendirilmiş ve anksiyetenin varlığı ile günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmek için gerekli olan fonksiyonların gerilemesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır (106). Diğer yandan, yaşlılarda depresif bozukluğa anksiyete semptom ya da bozukluklarının eşlik etmesini araştıran bir başka çalışmada, anksiyetenin eşlik edip etmemesinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için gerekli fonksiyon kaybına bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (107).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Örneklem

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Dahili (Dahiliye, Nöroloji, İntaniye, Kardiyoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Radyasyon Onkolojisi, Göğüs Hastalıkları) ve Cerrahi Kliniklerinde (Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, KBB, Üroloji, Nöroşirürji, Göz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji) yatan hastalar, Aralık 2010 ile Ocak 2011 tarihleri arasında taranmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 101 hasta çalışmaya alınmıştır. Örneklem alımı rastgele yapılmıştır. Çalışmaya alınırken tüm hastalara çalışmanın amacı açıklanmış ve hastaların onayları alınmıştır.

Örneklem seçiminde kullanılan dışlama kriterleri şunlardır:

1. Hastanın <65 yaş olması
2. Kognitif mental bozukluk (demans, deliryum) bulunması
3. Yoğun bakım ünitelerinde yatıyor olması
4. Akut psikotik bozukluğu olması
- 5- Bipolar afektif bozukluk hipomanik/manik atak geçiriyor olması

3.2. Çalışmanın Aşamaları

Araştırma çalışması için Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 22 Aralık 2010 tarih ve 315 numaralı yazısı ile etik kurul onayı alınmıştır.

Veri toplanması aşamasında, araştırmaya katılan yatan hastalara DSM-IV Eksen-1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1), Sosyodemografik Veri Formu, Standardize Mini Mental Test (Eğitilmişler ve Eğitimatsızler İçin), Geriatrik Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Deliryum Derecelendirme Ölçeği, Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD) ve Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (L-B EGYAS) uygulanmıştır. Okuma-yazma bilmeyen hastaların, kendilerini doldurması gereken ölçek ve testler, bu konuda eğitim almış kişilerin yardımıyla doldurulmuştur.

Bu çalışmada, depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı, sosyodemografik verilerle ilişkisi, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi değerlendirilmiştir.

Çalışma, MİNİTAB 14 ve SPSS 15'te değerlendirilmiştir. Bütün değişkenler için Shapiro Wilk normallik testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenler için t testi ve Varyans Analizi yapılmıştır. Gruplar arası farklılık gösteren değişkenlere Tukey HSD testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenler, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Gruplar arası farklılık gösteren değişkenler için Hollander-Wolfe Çoklu Karşılaştırma testi uygulanmıştır. Belirtici istatistik olarak mean±standart hata ve medyan (%25-%75) yüzdeler dilimleri verilmiştir. Değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Kategorik değişkenler için Pearson Kikare, Pearson Exact Kikare, Düzeltilmiş Kikare ve Fisher Exact Kikare testleri uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacı tarafından, sosyodemografik özellikleri sorgulamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu form ile yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, iş durumu, yaşadığı yer gibi sosyodemografik veriler ve mevcut organik hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayısı, hastanede yatış süresi, hastanede yatış sayısı, daha önceden psikiyatrik bozukluk varlığı ve daha önceden psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü gibi tıbbi bilgileri sorgulanmıştır.

DSM-IV Eksen-1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-1: Structured Clinical Interview for DSM-IV): DSM-IV Eksen-1 tanıların konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Klinik versiyonunda (SCID-CV) kullanım kılavuzu ve puanlama cetveli adında iki ayrı kitap kullanılır. Görüşme sırasında iki broşür yan yana kullanılır. Uygulanması 45-90 dakika sürer. SCID-1'in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (108)

Standardize Mini Mental Test (Eğitilmişler ve Eğitimsizler İçin)(SMMT): Mini Mental Test ilk kez Folstein ve ark. tarafından yayımlanmıştır (109). Test, klinik sendromların ayrılması açısından sınırlı bir özgüllüğe sahip olmakla birlikte,

genel olarak bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilir kısa ve kullanışlı bir metoddur. Eğitim almış kişiler tarafından yatak başında 10 dakika gibi kısa bir sürede uygulanabilecek bir testtir. Doğru cevaplanan her soruya bir puan verilir. 23 puan, kesme noktası olarak alınmaktadır. Test, Güngen ve ark. tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik ve güvenilirliği sınıanmıştır (110).

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ): Geriatrik Depresyon Ölçeği, Yesavage ve ark. (111) tarafından geliştirilip geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Uygulanan kişinin bildirimlerine dayalı, yaşlılara yönelik, yanıtlanması kolay 30 sorudan oluşmaktadır. Başta uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik belirtiler olmak üzere depresyon dışı nedenlerle de oluşabilecek belirtilerin yer almadığı, yanıtları sadece "evet" ya da "hayır" şeklinde olan bir ölçektir. Depresyon lehine her yanıt bir puan, diğer yanıtlar sıfır puan değerindedir. 0-11 puan arası depresyon yok, 12-14 puan olası depresyon ve 14 puan üstü kesin depresyon olarak kategorize edilmiştir. Ülkemizde Ertan ve ark.ve Sağduyu ve ark. tarafından ayrı ayrı geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Çalışmamızda Ertan ve arkadaşlarının çevirisi kullanılmıştır (112,113).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): A.T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 21 maddeden oluşan bir ölçektir (114). Her madde kendi içinde, "hiç", "hafif", "orta" ve "ciddi düzeyde" olmak üzere derecelendirilmiştir. Sırasıyla bu şıklara 0, 1, 2 ve 3 puan verilmektedir. Toplam skor üzerinden 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta ve 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (115). Yaşlılarda kullanımı ile ilgili çalışmalar da vardır (116).

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ): HADÖ, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak için Zigmond ve Snaith tarafından hazırlanmış bir ölçektir (117). Hastalar, her bir soruya dört seçenek üzerinden cevap verirler. Anksiyete ve depresyon alt ölçekleri bulunmaktadır. Anksiyete ile ilişkili sorular "A", depresyonla ilişkili sorular "D" ile işaretlenmiştir. Sorulara, verilen cevapların depresyon ve anksiyete semptomlarını ölçme derecesine göre 0-3 puan arasında puan verilmektedir. Her iki alt ölçek kendi içinde puanları toplanarak değerlendirilir. 0-7 puan arası normal, 8-10 puan arası sınırdaki ve 11-21 puan arası anormal (anksiyete bozukluğu ya da depresif bozukluk var) anlamını taşır. Ölçeğin

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmıştır (118). Yaşlı popülasyonda kullanımına dair hem ülkemizde hem de yurtdışında yapılmış çalışmalar vardır (119,120)

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI): 1964 yılından itibaren Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmıştır (121). Uygulanan kişinin kaygı düzeyini değerlendirmeye yönelik, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 14 yaş ve üstü normaller ile okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan hastalara uygulanabilir. Her biri 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Katılımcılar, ölçekte yer alan her bir ifade için “hiç”, “biraz”, “çok” ya da “tamamiyle” seçeneklerinden kendilerine en uygun olanını işaretlerler. 1. Formda yer alan 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 ve 18’inci ifadeler pozitif puanları (toplam kaygı puanını arttıran), 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20’inci ifadeler ise negatif puanları (toplam kaygı puanını azaltan) tanımlamaktadır. Değerlendirilme yapılırken her ifade için ifadenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4(ya da -4) arasında bir puan verilir. Elde edilecek toplam puana 50 eklenir. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir. İkinci ölçekte ise 21,26, 27, 30, 33, 36 ve 39. sorular pozitif puanları, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 45, 37, 38 ve 40. sorular ise negatif puanları tanımlamaktadır. İlk ölçeğe benzer şekilde puan hesaplanır ve toplam puana 35 eklenir. Her iki ölçek için 36 puan ve altı kaygının olmadığını, 37-42 puan hafif kaygının olduğunu ve 43 puan ve üstü kaygı şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeklerin Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öner N ve LeCompte A tarafından yapılmıştır (122). Yaşlı popülasyonda kullanımına dair yapılmış çalışmalar da vardır (116).

Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ): DDÖ, 10 maddelik, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Trzepacz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (123). DDÖ’de 12 puan ve üzerinde alanlar deliryum olarak değerlendirilir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (124).

Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-OLD): Yaşlı topluma yönelik araştırmalarda kullanılmak üzere, Türkiye’nin de içinde bulunduğu çok merkezli bir proje ile geliştirilmiştir. 6 alan içinde 24 sorudan oluşmaktadır. Sorular 5’li likert tipidir. Duyusal işlevler alt ölçeği 1, 2, 10 ve 20.

sorular (ilk üç soru negatif puanlı), özerklik alt ölçeği 3, 4, 5, ve 11. sorular, geçmiş-bugün-gelecek faaliyet alt ölçeği 12, 13, 15 ve 19. sorular, sosyal katılım alt ölçeği 14, 16, 17 ve 18. sorular, ölüm-ölmek alt ölçeği 6, 7, 8 ve 9. sorular (hepsi negatif puanlı) ve yakınlık alt ölçeği de 21, 22, 23 ve 24. sorularla değerlendirilmektedir. Her bir alt ölçek ve toplam puan açısından puan arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir. Türkiye alan çalışması ve Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (125).

Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (L-B EGYAS): Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir (126). Ölçekte, uygulanan kişi telefon kullanımı, alışveriş yapabilme, ev temizliği, yemek hazırlama, çamaşır yıkama, yolculuk edebilme, ilaçlarını kullanabilme ve mali işler başlığı altında toplamda 17 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Puan arttıkça bağımsızlık düzeyinin arttığı belirtilmektedir. Türkiye’de birçok çalışmada kullanılmıştır (127-129).

DSM-IV Eksen IV Değerlendirmesi: DSM-IV’ün çok eksenli değerlendirmesinde Eksen IV’te değerlendirmeye alınan kişinin, tanısını, psikiyatrik bozukluğunun tedavisini ya da prognozunu etkileyebilecek psikososyal ve çevresel stresörlere, son 1 yıl içerisinde maruz kalıp kalmadığı değerlendirilmektedir. Bu amaçla kişinin, birincil destek grubuyla ilgili sorunları, sosyal çevreyle ilişkili sorunları, mesleki sorunları, eğitimsel sorunları, barınma sorunları, ekonomik sorunları, sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili sorunları, yasal sorunları ve diğer psikososyal ve çevresel sorunları değerlendirilmektedir (1). Çalışmamızda, bu sorular, sosyodemografik veri formu içinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışma için, 65 yaş üstü hastanede yatan 114 hasta ile görüşülmüş, hastaların 101 tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Hastaların yaş ortalaması 72.08 ± 5.41 yıldır. Hastaların içinde kadınların oranı %55.4 (n:56), erkeklerin oranı %44.6 (n:45) olarak bulunmuştur. Hastaların %62.4'ü (n:63) evli iken, %37.6'sı (n:38) eşinden boşanmış, ayrı yaşıyor veya eşi ölmüştür. Çalışmaya katılan hastaların %22.8'i (n:23) okuma-yazma bilmezken, %57.4'ü (n:58) 1-5 yıl, % 9.9'u (n:10) 6-8 yıl ve yine %9.9'u (n:10) 9 yıl ve üstü süre eğitim almıştır. Çalışmaya katılanların %17.8'i (n:18) yalnız, %82.2'si eş ve/veya çocuklarıyla yaşamaktadır. Doğduğu yerler değerlendirildiğinde ise %39.6 (n:40) köy/kasaba, % 40.6 (n:41) ilçe ve % 19.8'inin (n:20) şehir/büyükşehirde doğduğu tespit edilmiştir. Son 5 yılda yaşadığı yere göre %20.8'i (n:21) köy/kasaba, %19.8'i (n:20) ilçede ve % 59.4'ü (n:60) şehir/büyükşehirde yaşamaktadır. Hastaların %27.7'sinin (n:28) kendisine ait bir aylık geliri olmadığı, %26.7'sinin (n:27) 1-620 lira arası, yine %26.7'sinin (n:27) 621-1.000 lira arası, %18.8'inin ise 1.001 lira ve üstü aylık gelirinin olduğu saptanmıştır. Tüm bu sosyodemografik veriler Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1 HYTGYH'dan çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişken	Değişken düzeyleri	n	%
Yaş	65-69	37	36.6
	70-74	38	37.6
	75-79	14	13.9
	80 ve üstü	12	11.9
Cinsiyet	Kadın	56	55.4
	Erkek	45	44.6
Medeni durum	Evli	63	62.4
	Boşanmış, eşi ölmüş, ayrı yaşıyor	38	37.6
	Bekar	0	0.0
Eğitim yılı	Okuma-yazma yok	23	22.8
	1-5 yıl	58	57.4
	6-8 yıl	10	9.9
	9 yıl ve üstü	10	9.9
Kiminle yaşadığı	Yalnız	18	17.8
	Eş ve/veya çocuk	83	82.2
	Anne-baba-kardeş	0	0.0
	Diğer kurumlar	0	0.0
Doğduğu yer	Köy-kasaba	40	39.6
	İlçe	41	40.6
	Şehir-büyükşehir	20	19.8
Yaşadığı yer (son 5 yıl)	Köy-kasaba	21	20.8
	İlçe	20	19.8
	Şehir-büyükşehir	60	59.4
Aylık geliri	Yok	28	27.7
	1-620 TL	27	26.7
	621-1000 TL	27	26.7
	1001 TL ve üzeri	19	18.8

Çalışmaya katılan hastaların klinik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların %23.8'inin (n:24) dahiliye servisinde, %46.5'inin (n:47) diğer dahili branşların servislerinde (kardiyoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nöroloji, radyasyon onkolojisi, dermatoloji, intaniye, göğüs hastalıkları), %14.9'unun (n:15) genel cerrahi servisinde ve yine %14.9'unun (n:15) diğer cerrahi birim servislerinde (nöroşirürji, kulak-burun-boğaz, kadın hastalıkları ve doğum, üroloji, göz hastalıkları, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji) yattığı saptanmıştır. %39.6 (n:40) oranında hastanın refakatçisi yokken %60.4'ünün (n:61) yanında bir refakatçi bulunmaktadır. Hastaların %40.6'sı (n:41) polikliniklerden, %15.8'i (n:16) acil servisten ve %43.6'sı (n:44) diğer yollardan (özel muayenehane, bir başka sağlık kuruluşundan nakil, vb.) yatırılmıştır. %91.1 (n:92) hastanın hergün ziyaretçisi gelirken, %7.9'una gün aşırı, %1'ine (n:1) ise haftada iki kez ziyaretçi gelmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %72.3'ünün (n:73) daha önceden bir psikiyatrik bozukluğu olmadığı, %27.7 'sine (n:28) ise daha önceden bir psikiyatrik bozukluk tanısı bulunduğu saptanmıştır. Hastaların, psikiyatrik tanı konmasından bağımsız olarak % 76.2'si (n:77) yaşamı boyunca hiçbir psikiyatrik ilaç kullanmadığını belirtmiş, %23.8'i (n:24) ise yaşamları boyunca en az bir kez psikiyatrik bir ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. %27.7 (n:28) hastanın son 1 yılda olumsuz bir olay (DSM-IV Eksen IV kullanılmıştır) yaşadığı, %72.3 (n:73) hastanın ise yaşamadığı tespit edilmiştir. Yapılan görüşmelerde, çalışmaya katılan hastaların % 48.5'inde (n: 49) bir depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu olduğu, % 51.5'inde ise (n:52) belirtilen tanılarının bulunmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastaların %25.7'sinde (n:26) sadece herhangi bir depresif bozukluk, %12.9'unda (n:13) sadece herhangi bir anksiyete bozukluğu ve %9.9'unda (n:10) herhangi bir depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun birlikte olduğu saptanmıştır. Hastaların klinik özellikleri ile ilgili tüm veriler Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2 HYTGYYH'dan çalışmaya katılan hastaların klinik özellikleri

Değişken	Değişken düzeyleri	n	%
Yattığı klinik	Dahiliye	24	23.8
	Diğer dahili branşlar	47	46.5
	Genel cerrahi	15	14.9
	Diğer cerrahi branşlar	15	14.9
Refakatçi	Yok	40	39.6
	Var	61	60.4
Nereden yatırıldığı	Poliklinik	41	40.6
	Acil servis	16	15.8
	Diğer	44	43.6
Önceden psikiyatrik bozukluk öyküsü¹	Yok	73	72.3
	Var	28	27.7
Önceden psikiyatrik ilaç kullanımı¹	Yok	77	76.2
	Var	24	23.8
Şimdiki depresif bozukluk/anksiyete bozukluğu tanısı²	Tanı yok	52	51.5
	Depresif bozukluk	26	25.7
	Anksiyete bozukluğu	13	12.9
	Depresif bozukluk+anksiyete bozukluğu	10	9.9
Son 1 yılda olumsuz olay öyküsü³	Yok	73	72.3
	Var	28	27.7
Ziyaretçi sıklığı	Her gün	48	47.5
	Gün aşırı	16	15.8
	Haftada iki kez	23	22.7
	<Haftada iki kez	13	12.8

¹Çalışmaya katılan hastalara, daha önceden bir psikiyatriste başvuracak düzeyde psikiyatrik yakınmalarının ve bununla birlikte bir başvurusu varsa kendisine psikiyatrik bir hastalığı olduğunun söylenip söylenmediği sorularak, yakınlarından hastanın psikiyatrik özgeçmiş öyküsü alınarak ve dosyalarındaki tıbbi kayıtları incelenerek değerlendirilmiştir.

²Tanımlar SCID kullanılarak konulmuştur.

³DSM-IV Eksen IV kullanılmıştır.

Tablo 4.3'te diğer demografik ve klinik verilerin medyan ve mean±SD değerleri verilmiştir. Buna göre hastaların çocuk sayısı medyan değeri 3.00, hastanede yatış sürelerinin medyan değeri 5.00 gün, yatış sayısı medyan değeri 5.00 kez, organik hastalık sayısı 4.00, kullandığı toplam ilaç sayısı da 6.00 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. HYTGYH'dan çalışmaya katılan hastaların demografik ve klinik verilerinin medyan değerleri

Değişkenler	Medyan (%25-%75)	Mean±SD
Çocuk sayısı	3.00 (2.00-4.00)	3.46±1.81
Hastalık sayısı	4.00 (2.50-4.00)	3.51±1.54
Hastanede yatış süresi (gün)	5.00 (2.50-7.00)	7.59±12.25
Hastanede yatış sayısı	5.00 (3.00-10.00)	6.12±4.92
Kullandığı ilaç adedi	6.00 (3.00 -9.00)	7.28±2.21

Yapılan görüşmeler sonucunda psikiyatrik tanı alma durumunun bazı sosyodemografik ve klinik verilerle karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir. Buna göre şimdiki tanı varlığı ile önceden psikiyatrik bozukluk varlığı ($p=0.048$), son 1 yılda olumsuz olay yaşama durumu ($p=0.006$) ve daha önceden psikiyatrik ilaç kullanımının olup olmaması ($p=0.001$) arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Cinsiyet ve yaş grupları arasında depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığı açısından fark olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde doğum yeri, medeni durumu, kimlerle yaşadığı, aylık gelir, yattığı klinik, refakatçi durumu ve servise nereden yatırıldığıyla yukarıda belirtilen tanımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.4 HYTGYH'nin tanıları ile sosyodemografik ve klinik veriler karşılaştırması

DEĞİŞKENLER		Tanı				Olasılık değeri (p)
		Ruhsal bozukluk yok n=52 (%)	Depresif bozukluk n=26 (%)	Anksiyete bozukluğu n=13 (%)	Depresif bozukluk+ Anksiyete bozukluğu n=10 (%)	
Yaş (yıl)	65-69	23(44.2)	8(30.7)	3(23.0)	3(30.0)	0.261
	70-74	17(32.7)	8(30.7)	9(69.2)	4(40.0)	
	75-79	5(9.6)	8(30.7)	0(0.0)	1(10.0)	
	80 ve üstü	7(13.4)	2(7.9)	1(7.8)	2(20.0)	
Cinsiyet	kadın	24(46.2)	15(57.7)	9(69.2)	8(80.0)	0.150
	erkek	28(53.8)	11(42.3)	4(30.8)	2(20.0)	
Medeni durum	evli	35(67.3)	11(42.3)	9(69.2)	8(80.0)	0.085
	vefat/ boşanmış	17(32.7)	15(57.7)	4(30.8)	2(20.0)	
Kiminle yaşıyor	tek başına	8(15.4)	6(23.1)	3(23.1)	1(10.0)	0.736
	eşi/çocuklar	44(84.6)	20(76.9)	10(76.9)	9(90.0)	
Doğum yeri	köy/kasaba	20(38.5)	11(42.3)	4(30.8)	5(50.0)	0.842
	ilçe	21(40.4)	12(46.1)	5(38.4)	3(30.0)	
	şehir/büyükşehir	11(21.1)	3(11.6)	4(30.8)	2(20.0)	
Yaşadığı yer (son 5 yıl)	köy/kasaba	10(19.2)	7(26.9)	2(15.4)	2(20.0)	0.331
	ilçe	6(11.5)	8(30.8)	3(23.0)	3(30.0)	
	şehir/büyükşehir	36(69.3)	11(42.3)	8(61.6)	5(50.0)	
Aylık gelir (tl)	yok	11(21.1)	6(23.1)	5(38.4)	6(60.0)	0.317
	1-620	15(28.9)	7(26.9)	3(23.0)	2(20.0)	
	621-1000	13(25.0)	10(38.4)	3(23.0)	1(10.0)	
	1001 ve üstü	13(25.0)	3(11.6)	2(15.5)	1(10.0)	
Yattığı klinik	dahiliye	13(25.0)	9(37.5)	2(15.4)	0(0.0)	0.506
	diğer dahili birimler	22(42.3)	12(25.5)	8(61.5)	5(50.0)	
	genel cerrahi	8(15.3)	3(20.0)	1(7.7)	3(30.0)	
	diğer cerrahi birimler	9(17.4)	2(13.3)	2(15.4)	2(20.0)	
Refakatçi	yok	18(34.6)	12(46.2)	5(38.4)	5(50.0)	0.690
	var	34(65.4)	14(53.8)	8(61.6)	5(50.0)	
Sevise yatış yeri	poliklinik	23(44.2)	11(42.3)	4(30.7)	3(30.0)	0.680
	acil servis	10(19.3)	4(15.4)	1(7.7)	1(10.0)	
	diğer	19(36.5)	11(42.3)	8(61.6)	6(60.0)	
Önceden psikiyatrik bozukluk	yok	43(82.7)	17(65.4)	6(46.2)	7(70.0)	0.048
	var	9(17.3)	9(34.6)	7(53.8)	3(30.0)	
Olumsuz bir olay (son 1 yıl)	yok	44(84.6)	15(57.7)	10(77.0)	4(40.0)	0.006
	var	8(15.4)	11(42.3)	3(23.0)	6(60.0)	
Önceden psikiyatrik ilaç kullanımı	yok	47(90.4)	18(69.2)	5(38.5)	7(70.0)	0.001
	var	5(9.6)	8(30.8)	8(81.5)	3(30.0)	

Tablo 4.4'e göre olumsuz olay değişkeni, tanının olmaması ile depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk+anksiyete bozukluğu olması grupları arasında farklılık göstermiştir ($p=0.006$). Son 1 yıldaki olumsuz olayın, tanısı olmayan kişilerde daha az görüldüğü saptanmıştır. Psikiyatrik ilaç kullanımı değişkeni, tanının yok, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk+anksiyete bozukluğu grupları arasında farklılık göstermiştir ($p=0.001$). Önceden psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan kişilerde tanı yokluğu daha fazladır. Önceden psikiyatrik bozukluk değişkeni, tanının yok, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk+anksiyete bozukluğu grupları arasında farklılık göstermiştir ($p=0.048$) Önceden psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde tanı yokluğu daha fazladır.

Tanı gruplandırması dışlanarak şimdiki ruhsal bozukluk için tanı olup olmamasına göre yapılan istatistiksel değerlendirmede depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu varlığını daha önceden psikiyatrik bozukluk varlığı ($p=0.016$), önceden psikiyatrik ilaç kullanımı ($p=0.004$) ve olumsuz bir olay varlığının ($p=0.001$) etkilediği saptanmıştır. Bu veriler, Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5 HYTGYYH’da depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu varlığı ile demografik ve klinik verilerin karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER		Ruhsal bozukluk yok n= 52 (%)	Ruhsal bozukluk var n= 49 (%)	Olasılık değeri
Yaş (yıl)	65-69	23(44.2)	14(28.6)	p=0.261
	70-74	17(32.7)	21(42.8)	
	75-79	5(9.6)	9(18.4)	
	80 ve üstü	7(13.5)	5(10.2)	
Cinsiyet	kadın	24(46.2)	32(65.3)	p=0.053
	erkek	28(53.6)	17(34.7)	
Medeni durum	evli	35(67.3)	28(57.1)	p=0.292
	eşi vefat etmiş/boşanmış	17(32.7)	21(42.9)	
Kiminle yaşıyor	yalnız	8(15.4)	10(20.4)	p=0.510
	eşi/çocukları ile	44(84.6)	39(79.6)	
Doğum yeri	köy/kasaba	20(38.5)	20(40.8)	p=0.935
	ilçe	21(40.4)	20(40.8)	
	şehir/büyükşehir	11(21.1)	9(18.4)	
Yaşadığı yer (son 5 yıl)	köy/kasaba	10(19.2)	11(22.4)	p=0.062
	ilçe	6(11.5)	14(28.5)	
	şehir/büyükşehir	36(69.3)	24(49.1)	
Aylık gelir (tl)	Yok	11(21.1)	17(34.7)	p=0.246
	1-620	15(28.9)	12(24.5)	
	621-1000	13(25.0)	14(28.6)	
	1001 ve üstü	13(25.0)	6(12.2)	
Yattığı klinik	dahiliye	13(25.0)	11(22.5)	p=0.817
	diğer dahili birimler	22(42.3)	25(51.0)	
	genel cerrahi	8(15.4)	7(14.3)	
	diğer cerrahi birimler	9(17.3)	6(12.2)	
Refakatçi	yok	18(34.6)	22(44.9)	p=0.291
	var	34(65.4)	27(55.1)	
Servise yatış yeri	poliklinik	23(44.2)	18(36.8)	p=0.310
	acil servis	10(19.2)	6(12.2)	
	diğer	19(36.6)	25(51.0)	
Önceden psikiyatrik bozukluk	yok	43(82.7)	30(61.2)	p=0.016
	var	9(17.3)	19(38.8)	
Önceden psikiyatrik ilaç kullanımı	yok	47(90.4)	30(61.2)	p=0.004
	var	5(9.6)	19(38.8)	
Olumsuz bir olay (son 1 yıl)	yok	44(84.6)	29(59.2)	p=0.001
	var	8(15.4)	20(40.8)	

Tablo 4.5'e göre önceden psikiyatrik bozukluk ($p=0.016$), olumsuz bir olay ($p=0.004$) ve önceden psikiyatrik ilaç kullanımı ($p=0.001$) değişkenleri ruhsal tanı olup olmaması grupları arasında farklılık göstermiştir. Önceden psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı daha sıktır. Olumsuz bir olay yaşayan kişilerde depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı daha sıktır. Önceden psikiyatrik ilaç kullanımı olan kişilerde de diğer iki değişkene benzer şekilde depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu daha sık görülmektedir.

Eğitim süresinin depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu ile istatistiksel anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır ($p=0.009$). Eğitim süresi uzadıkça depresif bozukluk/anksiyete bozukluğu görülme oranının azaldığı tespit edilmiştir. Çocuk sayısı, hastalık sayısı, hastanede yatış süresi ve sayısı ve kullandığı ilaç sayısının depresif bozukluk/anksiyete bozukluğu ile ilişkisi değerlendirildiğinde, belirtilen bozuklukların nokta yaygınlığı üzerine istatistiksel anlamlı etkisi olmadığı saptanmıştır. Tüm bu bulgular, Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6 HYTGYH'nin psikiyatrik tanı alma durumu ile bazı demografik ve klinik verilerin karşılaştırması

Değişkenler	Ruhsal tanı	Medyan (%25-%75)	Olasılık değeri
Eğitim süresi (yıl)	yok	5.00 (3.00-8.00)	$p=0.009$
	var	3.00 (0.00-5.00)	
Çocuk sayısı	yok	3.00 (2.00-4.50)	$p=0.599$
	var	3.00 (2.00-4.00)	
Hastalık sayısı	yok	3.00 (3.00-4.00)	$p=0.644$
	var	4.00 (2.00-4.00)	
Hastanede yatış süresi (gün)	yok	5.00 (3.00-7.00)	$p=0.523$
	var	4.00 (2.00-7.00)	
Hastanede yatış sayısı	yok	4.00 (3.00-10.00)	$p=0.194$
	var	5.00 (3.00-10.00)	
Kullandığı ilaç adedi	yok	6.00 (3.00-9.00)	$p=0.653$
	var	6.00 (4.00-9.00)	

Psikiyatrik tanı varlığının enstrümental günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde, iki değişkenin birbiriyle ilişkisi olmadığı, bununla birlikte tanı varlığının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca ölüm alt ölçeğinin de psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisi saptanmıştır. Bu veriler, Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7 HYTGYH'da psikiyatrik tanı alma ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması

DEĞİŞKENLER	Tanı	Medyan (%25-%75)	Olasılık değeri
WHOQOL-OLD duyusal alt ölçeği	yok	16.50 (11.00-19.00)	p=0.373
	var	14.00 (12.00-18.00)	
WHOQOL-OLD özerklik alt ölçeği	yok	15.00 (13.00-18.00)	p=0.085
	var	14.00 (12.00-17.00)	
WHOQOL-OLD faaliyet alt ölçeği	yok	15.00 (14.00-16.75)	p=0.223
	var	14.00 (11.00-17.00)	
WHOQOL-OLD katılım alt ölçeği	yok	13.00 (11.00-15.00)	p=0.390
	var	15.00 (10.00-16.00)	
WHOQOL-OLD ölüm alt ölçeği ¹	yok	17.50 (13.25-19.00)	p=0.003
	var	12.00 (8.50-17.00)	
WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçeği	yok	16.00 (14.25-18.00)	p=0.680
	var	16.00 (15.00-17.00)	
WHOQOL-OLD toplam puan ²	yok	92.00 (83.25-100.00)	p=0.027
	var	85.00 (71.50-94.50)	
Lawton-Brody EGYAS	yok	15.00 (10.00-17.00)	p=0.126
	var	13.00 (10.50-16.00)	

¹Ölüm alt ölçeği, psikiyatrik tanı alıp almamaya göre gruplar arasında farklılık göstermiştir (p=0.003). Psikiyatrik tanısı olmayan kişilerde ölüm kaygısı daha az görülmektedir.

²Yaşam kalitesi toplam puan değişkeni, psikiyatrik tanı alıp almamaya göre gruplar arasında farklılık göstermiştir (p=0.027). Psikiyatrik tanı varlığında yaşam kalitesi puanı düşmektedir.

Yaş'a göre enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi alt ölçek puanları ve toplam puan karşılaştırmalarında, yaş arttıkça Lawton-Brody Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçek puanının düştüğü saptanmıştır ($p=0.018$). 75-79 yaş grubunda, WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçek puanının, diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.015$). Yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Veriler, Tablo 4.8'de verilmiştir.

Yaş'a göre depresif yakınma ve anksiyete yakınmalarını ölçen ölçeklerin değerlendirmesinde, sadece STAI durumluk ölçeğinde anlamlılık saptanmıştır ($p=0.005$). Çalışmada kullanılan diğer ölçeklerle yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Veriler, Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.8 HYTGYH'da yaş gruplarıyla yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması

Değişkenler	Yaş	Medyan (%25-%75)	z	Olasılık değerleri
WHOQOL-OLD duyusal alt ölçeği	65-69	17.00 (13.50-19.00)		p=0.108
	70-74	16.00 (11.75-19.00)		
	75-79	12.00 (10.50-15.25)		
	80 ve üstü	14.50 (12.00-18.75)		
WHOQOL-OLD faaliyet alt ölçeği	65-69	15.00 (14.00-17.00)		p=0.410
	70-74	14.00 (12.75-17.00)		
	75-79	14.00 (10.50-15.50)		
	80 ve üstü	15.50 (14.00-17.50)		
WHOQOL-OLD ölüm alt ölçeği	65-69	16.00 (9.50-18.50)		p = 0.944
	70-74	17.00 (10.00-19.00)		
	75-79	16.00 (11.50-18.50)		
	80 ve üstü	16.50 (11.00-18.75)		
WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçeği ¹	65-69	16.00 (15.00-17.50)	0.93	p=0.015
	70-74	16.00 (15.00-17.25)	0.44	
	75-79	15.00 (12.00-16.00)	-3.05	
	80 ve üstü	16.00 (16.00-18.75)	1.21	
WHOQOL-OLD toplam puan	65-69	90.00 (82.00-102.0)		p=0.151
	70-74	90.00 (79.50-97.25)		
	75-79	80.00 (67.00-90.75)		
	80 ve üstü	91.50 (79.00-102.0)		
Lawton-Brody EGYAS ²	65-69	16.00 (12.00-17.00)	2.73	p=0.018
	70-74	14.00 (10.50-16.00)	-0.33	
	75-79	12.00 (5.50-15.25)	-1.85	
	80 ve üstü	11.00 (8.25-15.00)	-1.59	
DEĞİŞKENLER	Yaş	Mean±SD		Olasılık değeri
WHOQOL-OLD özerklik alt ölçeği ³	65-69	15.02±3.20		p=0.133
	70-74	14.50±3.59		
	75-79	13.07±2.39		
	80 ve üstü	16.08±3.42		
WHOQOL-OLD katılım alt ölçeği ³	65-69	13.43±3.45		p=0.393
	70-74	13.31±3.84		
	75-79	11.50±4.18		
	80 ve üstü	13.58±4.48		

¹ Yakınlık değişkeni, yaş grupları arasında farklılık göstermiştir ($p=0.015$). 75-79 yaş grubunda diğer gruplara göre puan daha düşüktür.

² Lawton-Brody EGYAS değişkeni, yaş grupları arasında farklılık göstermiştir ($p=0.018$). 65-69 yaş grubunda diğer gruplara göre puan daha yüksektir.

³ Özerk ve katılım değişkenleri normal dağılım gösterdikleri için $\text{mean} \pm \text{SD}$ değerleri verilmiştir.

Tablo 4.9 HYTGYH'da yaşla depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması

Değişkenler		Yaş n (%)				Olasılık değeri
		65-69 n=37 (%)	70-74 n=38 (%)	75-79 n=14(%)	80 ve üstü n=11(%)	
Hastane anksiyete ölçeği	normal	29(78.3)	27(73.0)	9(64.2)	9(81.8)	p=0.216
	sınırdan	5(13.5)	4(10.5)	0(0.0)	0(0.0)	
	anormal	3(8.2)	7(18.5)	5(35.8)	2(18.2)	
Hastane depresyon ölçeği	normal	27(72.9)	27(73.0)	5(35.8)	10(91.9)	p=0.090
	sınırdan	5(13.5)	7(18.5)	5(35.8)	0(0.0)	
	anormal	5(13.5)	4(10.5)	4(28.4)	1(8.1)	
Geriatrik depresyon ölçeği	yok	26(70.2)	25(65.8)	6(42.9)	10(91.9)	p=0.239
	olası	3(8.1)	5(13.1)	1(7.1)	0(0.0)	
	var	8(21.7)	8(21.1)	7(50.0)	1(8.1)	
Beck anksiyete ölçeği	minimal	10(27.0)	13(34.3)	5(35.8)	4(36.4)	p=0.734
	hafif	8(21.7)	10(26.3)	4(28.5)	4(36.4)	
	orta	12(32.4)	9(23.8)	1(7.2)	3(27.1)	
	şiddetli	7(18.9)	4(10.6)	4(28.5)	1(8.1)	
STAI durumluk anksiyete ölçeği ¹	yok	27(72.9)	32(84.2)	4(28.5)	9(81.8)	p=0.005
	hafif	5(13.5)	0(0.0)	3(21.5)	1(8.1)	
	şiddetli	5(13.5)	6(15.8)	7(50.0)	1(8.1)	
STAI sürekli anksiyete ölçeği	yok	14(37.8)	12(31.6)	4(28.5)	5(45.4)	p=0.247
	hafif	4(10.8)	8(21.0)	1(7.2)	4(36.4)	
	şiddetli	18(48.6)	18(47.4)	9(64.3)	2(18.2)	

¹STAI durumluk değişkeni, yaş grupları arasında farklılık göstermiştir (p=0.005). 65-69 yaş grubunda STAI durumluk hafif anksiyete diğer gruplara göre daha sık görülmektedir.

Cinsiyete göre günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi alt ölçek puanları ve toplam puan karşılaştırmalarında, faaliyet (p=0.002), katılım (p=0.029) ve yakınlık (p=0.042) alt ölçekleri ile toplam (p=0.042) ölçeğinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Veriler, Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10 HYTGYH'da cinsiyet ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması

Değişkenler	Cinsiyet	mean±SD	Olasılık değeri
WHOQOL-OLD duyusal alt ölçeği	Kadın	15.12±4.02	p= 0.475
	Erkek	14.55±4.22	
WHOQOL-OLD özerklik alt ölçeği	Kadın	13.89±3.71	p= 0.130
	Erkek	15.66±2.76	
WHOQOL-OLD faaliyet alt ölçeği	Kadın	13.75±3.90	p=0.002
	Erkek	15.42±2.29	
WHOQOL-OLD katılım alt ölçeği	Kadın	12.94±4.17	p=0.029
	Erkek	13.37±3.37	
WHOQOL-OLD ölüm alt ölçeği	Kadın	13.39±4.65	p=0.490
	Erkek	15.84±4.65	
WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçeği	Kadın	15.44±3.54	p=0.042
	Erkek	16.11±2.16	
WHOQOL-OLD toplam puan	Kadın	84.69±16.66	p=0.042
	Erkek	90.97±11.69	
Lawton-Brody EGYAS	Kadın	12.44±4.22	p=0.613
	Erkek	12.84±4.65	

Cinsiyete göre depresif yakınma ve anksiyete yakınmalarını ölçen ölçeklerin değerlendirmesinde geriatrik depresyon (p=0.003), beck anksiyete (p=0.001), hastane anksiyete (p=0.006), hastane depresyon (p=0.002), STAI durumluk (p=0.047) ve STAI sürekli (p=0.000) ölçeklerinde cinsiyetler arası istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Veriler, Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11 HYTGYH’ın cinsiyetle depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması

Değişkenler		Cinsiyet n (%)		Olasılık değeri (p)
		kadın n=56	erkek n=45	
Hastane anksiyete ölçeği	normal	34(60.7)	40(89.0)	p=0.006
	sınırdan	7(12.5)	2(4.4)	
	anormal	14(26.8)	3(6.6)	
Hastane depresyon ölçeği	normal	30(53.5)	39(86.7)	p=0.002
	sınırdan	15(26.7)	2(4.4)	
	anormal	10(17.8)	4(8.9)	
Geriatrik depresyon ölçeği	yok	30(53.6)	37(82.2)	p=0.003
	olası	5(8.9)	4(8.9)	
	var	21(37.5)	4(8.9)	
Beck anksiyete ölçeği	minimal	12(21.4)	20(44.5)	p=0.001
	hafif	11(19.6)	15(33.4)	
	orta	18(32.1)	7(15.6)	
	şiddetli	14(25.0)	2(4.5)	
STAI durumluk anksiyete ölçeği	yok	35(62.5)	37(82.2)	p=0.047
	hafif	8(14.3)	1(2.2)	
	şiddetli	13(23.2)	7(15.6)	
STAI sürekli anksiyete ölçeği	yok	10(17.8)	25(55.6)	p=0.000
	hafif	12(21.3)	5(11.2)	
	şiddetli	33(58.9)	14(31.2)	

Cinsiyet değişkeni, geriatrik depresyon (p=0.003), Beck anksiyete (p=0.001), hastane anksiyete (p=0.006), hastane depresyon (p=0.002), STAI durumluk anksiyete (p=0.047) ve STAI sürekli anksiyete (p=0.000) ölçeklerinde farklılık göstermiştir. Kadın cinsiyette geriatrik depresyon ölçeği değerlendirmesinde depresyon varlığı, erkek cinsiyete göre daha fazladır. Yine kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre hastane anksiyete ölçeği değerlendirmesinde anormal anksiyete daha sık görülmektedir. Hastane depresyon ölçeği değerlendirmesinde kadınlarda sınırdan depresyon erkeklerden fazla saptanmıştır. Yine kadınlarda beck anksiyete ölçeği değerlendirmesinde şiddetli anksiyete erkeklerden daha sık bulunmuştur. STAI durumluk anksiyete ölçeği değerlendirmesinde kadınlarda hafif şiddette anksiyete daha sık bulunmuştur. STAI sürekli anksiyete ölçek değerlendirmesinde, erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre daha az anksiyete belirtileri olduğu saptanmıştır.

HYTGYH'in kiminle yaşadığına göre günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Veriler, Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12 HYGTYH'in kiminle yaşadığıyla yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması

Değişkenler	Kiminle yaşıyor	Medyan (%25-%75)	Olasılık değeri
WHOQOL-OLD duyusal alt ölçeği	Yalnız	14.00 (10.75-18.25)	p=0.380
	Eş/çocuklar	16.00 (12.00-19.00)	
WHOQOL-OLD özerklik alt ölçeği	Yalnız	16.00 (14.00-17.25)	p=0.283
	Eş/çocuklar	15.00 (12.00-18.00)	
WHOQOL-OLD faaliyet alt ölçeği	Yalnız	14.00 (12.75-16.25)	p=0.435
	Eş/çocuklar	15.00 (13.00-17.00)	
WHOQOL-OLD katılım alt ölçeği	Yalnız	14.00 (8.75-16.25)	p=0.950
	Eş/çocuklar	14.00 (11.00-16.00)	
WHOQOL-OLD ölüm alt ölçeği	Yalnız	15.00 (8.00-17.25)	p=0.241
	Eş/çocuklar	17.00 (11.00-19.00)	
WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçeği	Yalnız	16.00 (14.00-17.25)	p=0.931
	Eş/çocuklar	16.00 (15.00-17.00)	
WHOQOL-OLD toplam puan	Yalnız	86.50 (75.00-98.00)	p=0.629
	Eş/çocuklar	89.00 (80.00-96.00)	
Lawton-Brody EGYAS	Yalnız	15.00 (11.50-16.25)	p=0.455
	Eş/çocuklar	13.00 (10.00-16.00)	

HYTGYH'ın kiminle yaşadığına göre depresif yakınma ve anksiyete yakınmalarını ölçen ölçeklerin değerlendirmesinde istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Veriler, Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13 HYTGYH'ın kiminle yaşadığıyla depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması

Değişkenler		Kiminle yaşıyor n (%)		Olasılık değeri
		yalnız n=18	eş/çocuklar n=83	
Hastane anksiyete ölçeği	normal	13(72.2)	61(73.7)	p=0.691
	sınırdan	1(5.6)	8(9.6)	
	anormal	4(22.2)	13(15.7)	
Hastane depresyon ölçeği	normal	12(66.6)	57(68.8)	p=1.00
	sınırdan	3(16.7)	14(16.9)	
	anormal	3(16.7)	11(13.3)	
Geriatrik depresyon ölçeği	yok	10(55.6)	57(68.8)	p=0.595
	olası	2(11.1)	7(8.3)	
	var	6(33.3)	19(22.9)	
Beck anksiyete ölçeği	minimal	6(33.3)	26(31.4)	p=0.909
	hafif	4(22.2)	22(26.6)	
	orta	4(22.2)	21(25.4)	
	şiddetli	4(22.2)	12(14.6)	
STAI durumluk anksiyete ölçeği	yok	11(61.1)	61(73.5)	p=0.573
	hafif	2(11.1)	7(8.3)	
	şiddetli	5(27.8)	15(18.2)	
STAI sürekli anksiyete ölçeği	yok	5(27.8)	30(36.2)	p=0.430
	hafif	2(11.1)	15(18.2)	
	şiddetli	11(61.1)	36(45.6)	

Hastaların refakatçi durumuna göre günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi karşılaştırmalarında yakınlık, toplam ve ölüm alt ölçekleri ile Lawton-Brody Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Veriler, Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14 HYTGYH’ın refakatçi durumu ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması

Değişkenler	Refakatçi durumu	Medyan (%25-%75)	Olasılık değeri
WHOQOL-OLD duysal alt ölçeği	yok	16.50 (13.25-19.00)	p=0.114
	var	14.00 (11.00-18.00)	
WHOQOL-OLD özerklik alt ölçeği	yok	16.00 (13.00-17.75)	p= 0.302
	var	14.00 (12.00-18.00)	
WHOQOL-OLD faaliyet alt ölçeği	yok	15.50 (13.00-17.00)	p=0.375
	var	15.00 (12.50-16.50)	
WHOQOL-OLD ölüm alt ölçeği ¹	yok	17.50 (10.25-20.00)	p= 0.047
	var	15.00 (10.00-18.00)	
WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçeği ¹	yok	16.00 (16.00-18.75)	p=0.044
	var	16.00 (14.00-17.00)	
WHOQOL-OLD toplam puan ¹	yok	91.50 (86.00-103.0)	p=0.007
	var	85.00 (72.50-97.00)	
Lawton-Brody EGYAS ¹	yok	15.00 (14.00-17.00)	p=0.001
	var	12.00 (9.50-16.00)	
Değişkenler	Refakatçi durumu	Mean±SD	Olasılık değeri
WHOQOL-OLD katılım alt ölçeği ²	yok	88.79±14.84	p=0.390
	var	83.33±14.70	

¹Refakatçi durumu değişkeni, yakınlık, ölüm, toplam yaşam kalitesi ölçekleri ve Lawton-Brody EGYAS grupları arasında farklılık göstermiştir. Refakatçisi olan hastaların yakınlık alt ölçek puanı daha yüksektir. Refakatçisi olmayan hastaların ölüm alt ölçek puanı daha yüksektir. Yine refakatçisi olmayan hastaların yaşam kalitesi toplam ölçek puanı daha yüksektir. Refakatçisi olmayan hastaların Lawton-Brody EGYAS puanı daha yüksektir.

²Katılım alt ölçeği normal dağılım gösterdiği için mean±SD değerleri verilmiştir.

HYTGYH'in refakatçi durumuna göre depresif yakınma ve anksiyete yakınmalarını ölçen ölçeklerin değerlendirmesinde istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Veriler, Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.15 HYTGYH'in refakatçi durumuyla depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması

Değişkenler		Refakatçi durumu		Olasılık değeri
		yok n=40 (%)	var n=61 (%)	
Hastane anksiyete ölçeği	normal	30(75.0)	44(72.0)	p=0.887
	sınırdan	4(10.0)	5(8.1)	
	anormal	6(15.0)	11(17.9)	
Hastane depresyon ölçeği	normal	25(62.5)	44(72.0)	p=0.440
	sınırdan	9(22.5)	8(13.2)	
	anormal	6(15.0)	9(14.8)	
Geriatrik depresyon ölçeği	yok	25(62.5)	42(68.9)	p=0.575
	olası	5(12.5)	4(6.5)	
	var	10(25.0)	15(24.6)	
Beck anksiyete ölçeği	minimal	13(32.5)	19(31.3)	p=0.822
	hafif	12(30.0)	14(23.0)	
	orta	10(25.0)	15(24.6)	
	şiddetli	5(12.5)	11(18.1)	
STAI durumluk anksiyete ölçeği	yok	33(82.5)	39(63.9)	p=0.082
	hafif	1(2.5)	8(13.1)	
	şiddetli	6(15.0)	14(23.0)	
STAI sürekli anksiyete ölçeği	yok	17(42.5)	18(29.6)	p=0.261
	hafif	8(20.0)	9(14.9)	
	şiddetli	15(37.5)	32(52.5)	

HYTGYH'in ziyaretçi sıklığına göre günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi karşılaştırmalarında yakınlık alt ölçeği puanı ($p=0.020$) ve toplam puan ($p=0.009$) ile ziyaretçi sıklığı arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Veriler Tablo 4.16'da verilmiştir.

HYTGYH'in ziyaretçi sıklığına göre depresif yakınma ve anksiyete yakınmalarını ölçen ölçeklerin değerlendirmesinde anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır. Veriler, Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.16 HYTGYH'ın ziyaretçi sıklığı ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması

Değişkenler	Ziyaretçi sıklığı	Medyan (%25-%75)	z	Olasılık değerleri
WHOQOL-OLD duyusal alt ölçeği	Her gün	16.00 (11.00-19.00)		p=0.460
	Gün aşırı	14.00 (11.25-16.00)		
	Haftada 2 kez	16.00 (14.00-19.00)		
	< Haftada 2 kez	15.00 (8.50-18.50)		
WHOQOL-OLD özerklik alt ölçeği	Her gün	14.00 (12.25-17.75)		p=0.612
	Gün aşırı	16.00 (12.25-18.00)		
	Haftada 2 kez	15.00 (13.00-18.00)		
	< Haftada 2 kez	14.00 (9.50-17.50)		
WHOQOL-OLD faaliyet alt ölçeği	Her gün	15.00 (12.25-17.00)		p=0.790
	Gün aşırı	15.00 (12.25-16.00)		
	Haftada 2 kez	15.00 (14.00-17.00)		
	< Haftada 2 kez	14.00 (11.50-17.50)		
WHOQOL-OLD katılım alt ölçeği	Her gün	14.00 (11.00-16.00)		p=0.626
	Gün aşırı	14.00 (9.25-16.00)		
	Haftada 2 kez	13.00 (10.00-15.00)		
	< Haftada 2 kez	12.00 (11.00-16.00)		
WHOQOL-OLD ölüm alt ölçeği	Her gün	16.00 (9.25-18.00)		p=0.639
	Gün aşırı	13.50 (10.00-18.75)		
	Haftada 2 kez	17.00 (13.00-19.00)		
	< Haftada 2 kez	17.00 (8.00-20.00)		
WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçeği ¹	Her gün	16.50 (16.00-19.00)	2.86	p=0.020
	Gün aşırı	16.00 (14.25-16.00)	-1.24	
	Haftada 2 kez	16.00 (14.00-17.00)	-0.70	
	< Haftada 2 kez	16.00 (14.00-16.00)	-2.02	
Lawton-Brody EGYAS	Her gün	15.00 (10.25-17.00)		p=0.267
	Gün aşırı	14.00 (12.00-16.00)		
	Haftada 2 kez	13.00 (10.00-16.00)		
	< Haftada 2 kez	12.00 (10.50-14.50)		
Değişkenler	Ziyaretçi sıklığı	Mean±SD		Olasılık değerleri
WHOQOL-OLD toplam puan ²	Her gün	91.87±13.03	0.40	p=0.009
	Gün aşırı	83.85±15.95	-0.68	
	Haftada 2 kez	96.13±11.14	0.93	
	< Haftada 2 kez	83.26±13.20	-1.01	

¹Yakınlık alt ölçek ve toplam puan değişkeni, gruplar arasında farklılık göstermiştir ($p=0.020$), ($p=0.009$). Her gün ziyaretçisi gelen hastaların yakınlık alt ölçek puanı ve toplam yaşam kalitesi puanı daha yüksektir.

²Toplam puan ölçeği normal dağılım gösterdiği için $\text{mean} \pm \text{SD}$ değerleri verilmiştir.

Tablo 4.17 HYTGYYH'nin ziyaretçi sıklığı ile depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması

Değişkenler		Ziyaretçi sıklığı n (%)				Olasılık değeri
		Hergün n=48	Gün aşırı n=16	Haftada 2 kez n=23	<Haftada 2 kez n=13	
Hastane anksiyete ölçeği	normal	34(46.6)	11(15.1)	20(27.4)	8(11.0)	p=0.512
	sınırdadır	5(55.6)	1(11.1)	2(22.2)	1(11.1)	
	anormal	8(47.1)	4(23.5)	1(5.9)	4(23.5)	
Hastane depresyon ölçeği	normal	29(42.6)	11(16.2)	21(30.9)	7(10.3)	p=0.182
	sınırdadır	10(58.8)	2(11.8)	1(5.9)	4(23.5)	
	anormal	8(57.1)	3(21.4)	1(7.1)	2(14.3)	
Geriatrik depresyon ölçeği	yok	35(52.2)	8(11.9)	18(26.9)	6(9.0)	p=0.208
	olası	2(22.2)	3(33.3)	2(22.2)	2(22.2)	
	var	11(45.8)	5(20.8)	3(12.5)	5(20.8)	
Beck anksiyete ölçeği	minimal	15(46.9)	2(6.3)	10(31.3)	5(15.6)	p=0.827
	hafif	11(42.3)	6(23.1)	6(23.1)	3(11.5)	
	orta	12(50.0)	4(16.7)	5(20.8)	3(12.5)	
	şiddetli	9(56.3)	3(18.8)	2(12.5)	2(12.5)	
STAI durumluk anksiyete ölçeği	yok	39(54.9)	9(12.7)	15(21.1)	8(11.3)	p=0.053
	hafif	4(44.4)	0(0.0)	4(44.4)	1(11.1)	
	şiddetli	5(25.0)	7(35.0)	4(20.0)	4(20.0)	
STAI sürekli anksiyete ölçeği	yok	13(37.1)	7(20.0)	11(31.4)	4(11.4)	p=0.360
	hafif	10(58.8)	1(5.9)	5(29.4)	1(5.9)	
	şiddetli	23(50.0)	8(17.4)	7(15.2)	8(17.4)	

HYTGYH'da önceden psikiyatrik bozukluk olup olmamasına göre günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi karşılaştırmalarında ölüm alt ölçeğinde ($p=0.019$) istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Veriler, Tablo 4.18'de verilmiştir.

HYTGYH'da önceden psikiyatrik bozukluk olup olmamasına göre depresif yakınma ve anksiyete yakınmalarını ölçen ölçeklerin değerlendirmesinde STAI durumluk anksiyete ($p=0.033$), STAI sürekli anksiyete ($p=0.050$), hastane anksiyete ($p=0.000$) ve Beck anksiyete ($p=0.020$) ölçeklerinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Veriler, Tablo 4.19'da verilmiştir.

Tablo 4.18 HYTGYH’da önceden psikiyatrik bozukluk olup olmaması ile yaşam kalitesi ölçeği ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği karşılaştırması

Değişkenler	Önceden psikiyatrik hastalık	Medyan (%25-%75)	Olasılık değeri
WHOQOL-OLD duysal alt ölçeği	yok	16.00 (12.00-19.00)	p=0.350
	var	14.50 (11.25-18.00)	
WHOQOL-OLD özerklik alt ölçeği	yok	15.00 (12.00-18.00)	p= 0.495
	var	14.00 (13.00-16.75)	
WHOQOL-OLD faaliyet alt ölçeği	yok	15.00 (13.50-17.00)	p = 0.279
	var	14.00 (11.25-16.75)	
WHOQOL-OLD katılım alt ölçeği	yok	14.00 (11.00-16.00)	p=0.761
	var	14.00 (10.00-16.00)	
WHOQOL-OLD ölüm alt ölçeği ¹	yok	17.00 (11.50-19.00)	p= 0.019
	var	11.00 (8.25-17.00)	
WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçeği	yok	16.00 (14.00-18.00)	p=0.728
	var	16.00 (16.00-17.00)	
Lawton-Brody EGYAS	yok	14.00 (10.25-16.00)	p=0.843
	var	13.00 (10.25-16.00)	
Değişkenler	Önceden psikiyatrik bozukluk	Mean±SD	Olasılık değeri
WHOQOL-OLD Toplam puan ²	yok	89.01±14.2	p= 0.495
	var	83.53±16.21	

¹Önceden psikiyatrik bozukluk değişkeni, ölüm grubu (p=0.019) ile diğer gruplar arasında farklılık göstermiştir. Önceden psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde ölüm alt ölçek puanı daha yüksektir.

²Toplam puan ölçeği, normal dağılım gösterdiği için mean±SD değerleri verilmiştir.

Tablo 4.19 HYTGYH’da önceden psikiyatrik bozukluk olup olmaması ile depresyon ve anksiyete ölçekleri karşılaştırması

Değişkenler		Önceden psikiyatrik bozukluk yok n=73	Önceden psikiyatrik bozukluk var n=28	Olasılık değeri
Hastane anksiyete ölçeği	normal	61(83.6)	13(46.4)	p=0.000
	sınırdadır	4(5.5)	5(17.9)	
	anormal	7(9.6)	10(35.7)	
Hastane depresyon ölçeği	normal	51(69.8)	18(64.3)	p=0.111
	sınırdadır	14(19.1)	3(10.7)	
	anormal	7(9.6)	7(25.0)	
Geriatrik depresyon ölçeği	yok	51(69.8)	16(57.1)	p=0.081
	olası	8(10.8)	1(3.6)	
	var	14(19.4)	11(39.3)	
Beck anksiyete ölçeği	minimal	27(37.0)	5(17.8)	p=0.020
	hafif	18(24.6)	8(28.5)	
	orta	20(27.8)	5(17.8)	
	şiddetli	7(9.6)	9(32.1)	
STAI durumluk anksiyete ölçeği	yok	55(75.4)	17(23.6)	p=0.033
	hafif	8(10.8)	1(11.1)	
	şiddetli	10(13.8)	10(50.0)	
STAI sürekli anksiyete ölçeği	yok	30(41.1)	5(17.8)	p=0.050
	hafif	13(17.8)	4(14.2)	
	şiddetli	29(39.7)	18(64.3)	

Hastane anksiyete (p=0.000), Beck anksiyete (p=0.020), STAI durumluk anksiyete (p=0.033) ve STAI sürekli anksiyete (p=0.050) ölçekleri ile HYTGYH’ın önceden psikiyatrik bozukluk öyküsü arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Önceden psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde STAI durumluk anksiyete ölçeğinde hafif anksiyete saptanmıştır. Önceden psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde, STAI sürekli anksiyete ölçeğinde anksiyete belirtilerinin bulunmadığı saptanmıştır. Yine önceden psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde hastane

anksiyete ve beck anksiyete ölçeklerinde anksiyete belirtilerinin olmadığı bulunmuştur.

HYTGYH'nin eğitim süresi, hastanede yatış sayısı ve süresi, kullandığı ilaç adedi ve hastalık sayısı ile yaşam kalitesi karşılaştırmalarında özerklik ve faaliyet alt ölçeği ve toplam puan ile eğitim süresi değişkeni arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Veriler, Tablo 4.20'de verilmiştir.

Tablo 4.20 HYTGYH yaşam kalitesi ve L-B EGYAS ölçeklerinin bazı demografik ve klinik verilerle ilişkisi

Değişkenler	Eğitim süresi (yıl)	Hastalık sayısı	Hastanede yatış süresi (gün)	Hastanede yatış sayısı	Kullandığı ilaç adedi
WHOQOL-OLD duyuşal alt ölçeği	0.202	0.414	0.217	0.989	0.088
WHOQOL-OLD özerklik alt ölçeği	0.002	0.804	0.930	0.514	0.501
WHOQOL-OLD faaliyet alt ölçeği	0.001	0.914	0.637	0.992	0.248
WHOQOL-OLD katılım alt ölçeği	0.375	0.529	0.230	0.633	0.074
WHOQOL-OLD ölüm alt ölçeği	0.052	0.510	0.098	0.279	0.648
WHOQOL-OLD yakınlık alt ölçeği	0.134	0.536	0.310	0.814	0.385
WHOQOL-OLD toplam puan	0.002	0.687	0.956	0.743	0.116
Lawton-Brody EGYAS	0.030	0.563	0.764	0.467	0.932

Duyusal, ölüm, yakınlık ve katılım alt ölçekleri ile eğitim süresi, hastalık sayısı, hastanede yatış süresi, hastanede yatış sayısı ve kullandığı ilaç adedi arasında ilişki yoktur. Özerklik alt ölçeği ile eğitim süresi arasında orta derecede pozitif yönde ilişki vardır. Yani her ikisi de artış yönündedir ($r=0.310$, $p=0.002$). Faaliyet alt ölçeği ile eğitim süresi arasında orta derecede pozitif yönde ilişki vardır. Yani her ikisi de artış yönündedir. ($r=0.349$, $p=0.001$). Eğitim süresi ile toplam puan arasında orta derecede pozitif yönde ilişki vardır. Yani her ikisi de artış yönündedir ($r=0.302$, $p=0.002$). Eğitim ile enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasında pozitif yönde ilişki vardır. Yani her ikisi de artış yönündedir ($r=0.217$, $p=0.030$).

5.TARTIŞMA

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan 65 yaş üstü hastalarla yapılan çalışmada SCID kullanılarak yapılan değerlendirmede hastaların 52 tanesinde (%51.5) depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu olmadığı, 49 tanesinde ise (%48.5) olduğu saptanmıştır. Depresif bozukluk yaygınlığı %25.7 olarak bulunmuştur. Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde kadın cinsiyet için depresif bozukluk oranı %26.8, erkek cinsiyet için ise %24.4 olarak saptanmıştır. Bu oranlar, genel literatürde tüm yaş grupları göz önünde bulundurularak belirtilen oranlara yakın görülmeyle birlikte (5), yapılan alan çalışmalarına göre daha yüksek oranları işaret etmektedir (18). Erol ve ark. yaptığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında sağlık ocaklarına başvuran hastaların değerlendirmesinde depresif bozukluk yaygınlığının %20 olduğu saptanmıştır (18). Bu da bizim çalışmamıza yakın bir oranı göstermektedir. Çalışmamızın hastanede yatan hastalar ve 65 yaş üstü hastalar üzerinde yapıyor olmasının, genel oranlarla aradaki farka bir sebep oluşturduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte, yaşlı popülasyonda sadece major depresif bozukluk sıklığının kullanılan yöntemle göre %1-60 arasında değiştiği bildirilmektedir (7). Bizim çalışmamızda kullandığımız DSM-IV sınıflandırmasında olduğu gibi, depresif bozukluklar başlığı altındaki tüm tanımlar ele alındığında 65 yaş üstü hastalarda sıklık %8-15 olarak bildirilmiştir (8,9). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Livingstone ve ark. yaptığı çalışmada tanı koyma aracı olarak Short CARE (The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation kısa formu) kullanılmıştır (9). Yukarıda bahsettiğimiz çalışmalardaki oranlar sıklık oranları iken bizim çalışmamızda elde edilen veriler yaygınlık oranlarıdır. Çalışmaya alınan popülasyonun hastanede yatan kişilerden oluşması ve birçoğunda kronik bedensel hastalıkların bulunması, oranı arttırmış olabilir.

Çalışmamızda, anksiyete bozuklukları yaygınlığı %12.9 olarak bildirilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8, 12 aylık yaygınlığı ise %5.6 ile %19.3 arasında değişmektedir (67,72). Kessler ve ark. yaptığı çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak DSM-IV tanı kriterlerine göre tanı konulsa da görüşme için Composite International Diagnostic Interview (CIDI) kullanılmıştır (73). Ruhsal sorun nedeniyle sağlık kurumlarına başvuru oranlarına bakıldığında da anksiyete bozuklukları %17.7lik orana sahiptir

(73). Daha küçük kapsamlı bazı çalışmalarda poliklinik başvurularında anksiyete bozuklukları oranları %26.9 ve %38.5 olarak bildirilmiştir (18,75). Tüm bu çalışmalar, 18 yaş ve üstü erişkinlerle yapılan çalışmalarda elde edilen verilerdir. Toplumda yaşlı popülasyondaki anksiyete bozukluğu insidansı %5-10 olarak bildirilmektedir (78). Beekman ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak tanı koymak amacıyla Diagnostic Interview Schedule kullanılmıştır. Ülkemizde Kırmızıoğlu ve arkadaşlarının SCID kullanarak yaptığı bir araştırmada, tüm anksiyete bozuklukları için nokta yaygınlık %17.1 ve yaşam boyu yaygınlık %18.6 bulunmuştur (92). Bu oranlar, bizim çalışmamızda elde ettiğimiz orana yakınlık göstermektedir. Cinsiyetlere göre yapılan değerlendirmede, çalışmamızda kadın cinsiyette anksiyete bozukluğu yaygınlığı %16.1, erkek cinsiyette ise %8.9 olarak saptanmıştır. Flint'in derlediği bir yeniden gözden geçirme makalesinde, tüm yaş grupları ele alınarak yapılan araştırmalarda kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklerden daha fazla görüldüğü, yaşlı popülasyon için de bu durumun geçerli olduğu bildirilmektedir (80). Çalışmamızda da Flint'in yeniden gözden geçirme makalesinde belirttiği gibi kadın cinsiyette anksiyete bozuklukları daha sık oranda bulunmuştur fakat istatistiksel anlamlı fark olarak saptanmamıştır.

Çalışmamızda, her iki tanı grubunun birlikte görülme yaygınlığı ise %9.9 olarak saptanmıştır. Literatürde, depresif bozukluğu olan yaşlıların %23'ünde eşzamanlı bir anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmektedir (78). Diğer bir yönden de yaygın anksiyete bozukluğu olan yaşlıların %70'inde eşlik eden depresif bozukluk bildirilmiştir (79). Bizim çalışmamızda, nokta prevalans değerlendirilmiştir. Elde edilen yaygınlık oranı, literatürde bildirilenden daha düşüktür. Bu durum, örneklem sayısının kısıtlılığı ve tanı koyulurken belirtilen çalışmalarda kullanılan farklı metodların kullanılması nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Yaş grupları ile tanı varlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, tanı varlığı ile yaş arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Genel bir bilgi olarak ve bu bilgiyi destekleyen yapılmış çalışmalarda, yaşlılarda depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu yaygınlığının gençlerden daha az olduğu bildirilmektedir (2,9,67,75,88). Fakat yaşlı popülasyonda depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları koymanın belli zorlukları olduğu vurgulanmaktadır. Yaşlıların, depresif yakınmalarından bahsetmekten kaçınması, özellikle anksiyete belirtilerinin yakınları

ve doktorlar tarafından bedensel hastalıkların bulguları olarak değerlendirilmesi, tanı koymayı güçleştirmekte ve tanıların atlanmasına sebebiyet vermektedir. DSM-IV tanı kriterlerinin daha çok genç popülasyon göz önünde bulundurularak hazırlanmış olması da tanı koymayı güçleştiren faktörlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm bunlar göz önüne alındığında, yaşlı popülasyondaki yaygınlık ve sıklık oranlarının daha düşük çıkmış olabileceği belirtilmektedir (6,89,90). Biz çalışmamızda yaşlı popülasyonunda yaş grupları arasında fark olup olmadığını değerlendirip yaşın artmasıyla birlikte tanı varlığının değişmediği saptadık. Çalışmamıza sadece 65 yaş ve üstü hastalar alındığı için erişkin yaş grubuyla karşılaştırma olanağımız olmamıştır.

Çalışmamızda, depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanı grupları ayrı ayrı olarak ele alınsa da ya da sadece tanı varlığı dikkate alınsa da cinsiyetler arasında depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozuklukları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde, kadın cinsiyette depresif bozukluğun erkek cinsiyetten daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Culbertson'un yayınladığı bir yeniden gözden geçirme makalesinde genel literatürde kadın/erkek oranının 2/1 olarak belirtildiği, bazı çalışmalarda bu oranın 3/1 olarak verildiği vurgulanmaktadır (131). Weissman ve Klerman'ın yayınladıkları bir makalede de kadın/erkek oranı 2/1 olarak verilmekte, bu oranı ortaya çıkaran nedenler olarak genetik geçiş ve psikososyal etkenlerin yetersiz kaldığı ve dikkatin daha çok nöroendokrin sistem üzerine yoğunlaştırıldığı belirtilmektedir (132). Flint'in derlediği bir yeniden gözden geçirme makalesinde, tüm yaş grupları ele alınarak yapılan araştırmalarda kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklerden daha fazla görüldüğü, yaşlı popülasyon için de bu durumun geçerli olduğu bildirilmektedir (76). Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk+anksiyete bozukluğu oranları kadın cinsiyette erkek cinsiyetten fazladır.

Eğitim düzeyleri incelendiğinde, eğitim süresi uzadıkça depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıların daha az görüldüğü bulunmuştur. Bu bulgu, literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (12,18). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında, bulgumuzla uyumlu olarak eğitim süresi azaldıkça duygudurum bozukluklarının görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir.

Hastane dışında kimlerle yaşadığının depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı ile ilişkisi değerlendirildiğinde, tanı varlığı ile yakın insan ilişkilerini yansıtan kiminle yaşadığı değişkeni arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda, yaşlı popülasyonda sosyal desteği kapsamlı olarak değerlendiren bir ölçek kullanılmamıştır. Sadece hastalara aile veya sosyal çevresi tarafından verilen yakın desteğini değerlendirmeye aldık. Literatürde, ileri yaş depresif bozukluklarda, sosyal desteğin az olması bir etyolojik faktör olarak belirtilmektedir (36). Yaşlı kişilerde anksiyetenin artmasının nedenlerinden birisi olarak sosyal desteğin az olması vurgulanmaktadır (89,90). Palmer ve arkadaşlarının derlediği bir yeniden gözden geçirme makalesinde, yaşlılarda anksiyete bozukluklarının nedenlerinden birisi olarak fiziksel kayıp ve sosyal destek azlığından bahsedilmektedir (89). Çalışmamızda yatan hastaların, yalnız yaşasa bile aile ilişkilerinin Batılı kültürle göre daha yakın olması sebebiyle evinde ve hastanede sıkça ziyaret ediliyor oluşunun bu sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Kayıt altına alınmasa bile yalnız yaşayan hastalara sorulduğunda, birçoğu yaşadığı evin çocuklarının evine yakın olduğunu ya da çocuklarıyla aynı apartmanda altlı-üstlü oturduklarını belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların refakatçisinin olup olmasının şimdiki depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları ile ilişkisinin değerlendirilmesinde, refakatçi durumunun belirtilen tanıları üzerine bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Hastaların yanında refakatçi kalıp kalmaması, hastaların ve yakınlarının insiyatifi dışında yattığı servisteki kurallar ve hekimin tercihi ile de belirlenmektedir. Refakatçi varlığı, hastanın stresini azaltan bir etken olabileceği gibi, diğer yandan depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu varlığı da refakatçiye ihtiyaç duyulmasına yol açabilecektir. Her iki açıdan da değerlendirdiğimizde, refakatçi durumu ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Daha önceden psikiyatrik hastalık öyküsü ve/veya psikiyatrik herhangi bir ilaç kullanımı ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı varlığı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı varlığıyla, depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülmesi arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. İleri yaşta görülen özellikle anksiyete bozukluklarının birçoğunun

erken yaşlarda başlayan, uygun bir şekilde tedavi edilmediği için kronikleşen psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmektedir (76). Bu bilgi ışığında, daha önceden psikiyatrik bozukluk tanısı konan ve psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü olan yaşlılarda çalışmamızda depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğunun daha sık bulunması, beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, son 1 yılda yaşanan olumsuz bir yaşam olayının da tanı görülme sıklığını arttırdığı tespit edilmiştir. Yaşlılarda çevresel stres faktörlerinin, sosyal desteğin az olmasının ve olumsuz yaşam olaylarının depresif bozukluk gelişimi açısından risk faktörleri olarak sıralanabileceği belirtilmektedir (12,36). Anksiyete bozuklukları göz önünde bulundurulduğunda iki ayrı yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Bunlardan biri, yaşlanmayla birlikte uyum kapasitesinde azalma olabileceğini, bu sebeple stres faktörüyle karşılaşan yaşlılarda anksiyetenin artabileceğini savunurken, bir diğeri ise olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşmanın baş etme becerilerini geliştirip anksiyeteyi azaltacağını ileri sürmektedir (88). Bizim çalışmamızda, olumsuz yaşam olayları, depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığını arttıran bir faktör olarak tespit edilmiştir. Bunun bir diğeri nedeni, çalışmamıza alınan hastaların, son 1 yılda olumsuz bir olay yaşamaktan öte, kronik bedensel hastalıklar gibi stres faktörlerine de maruz kalmaları olabilir. Çalışmamızın popülasyonundaki her hastanın en az bir bedensel hastalığı bulunmaktadır. Her ne kadar çalışmamızda, bedensel hastalık sayısı ile tanı varlığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamış olsa da literatürde, bedensel hastalıkların depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığını arttırdığına dair birçok çalışma bulunmaktadır (38,41,89). Karp ve Reynolds'un 2009 yılında yayınladıkları yeniden gözden geçirme makalesinde (39), hastalık tipinden bağımsız olarak yaşlı kişilerde ağrı bulunmasının, depresyon varlığıyla ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Black ve ark. Meksikalı yaşlı kişilerle yaptığı çalışmada, kronik hastalıklarla depresif belirtiler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (40). Bu çalışmada depresif belirtileri saptamak için bizim çalışmamızdan farklı olarak Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, kronik hastalık sayısının artmasıyla depresif belirtilerin artışı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürden farklı olarak çalışmamızda bedensel hastalık ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu varlığı arasında bir ilişki

bulunmayışı, tanıyı ve belirtilerin şiddetini değerlendirdiğimiz ölçeklerle açıklanabilir. Diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda daha çok anksiyetenin bedensel yakınmalarını değerlendiren ölçekler yanında, bozuklukların emosyonel ve bilişsel bileşenlerini de değerlendiren ölçekler kullanılmıştır. Diğer yandan, belirli bir bedensel hastalığı olanla olmayan arasında bir karşılaştırma yapmaktansa, hastalık sayısını veri olarak değerlendirdik.

Hastanede yatış sayısı ve süresinin, bir stres faktörü olarak değerlendirilip tanıya etkisine baktığımızda, her iki değişkenin de bir fark yaratmadığı saptanmıştır. Literatürde hastanede yatış sayısı ve süresinin, depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu üzerine etkilerini değerlendiren bir çalışma bulamadık. Genelde major depresyonun, belirli bir bedensel hastalığı olan hastaların hastaneye yatışı üzerine etkileri ve depresif yakınmaların yatış süresi üzerine etkileriyle ilgili yapılmış çalışmalar vardır (130,133). Verbosky ve ark. yaptığı çalışmada, depresyonun hastanede yatış süresini ve bununla ilişkili olarak giderleri arttırdığı bildirilmiştir (133). Fakat biz çalışmamızda bu bakış açısından farklı olarak hastanede yatış sayı ve süresinin depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu ortaya çıkarma olasılığı üzerinde durmaya çalıştık. Kronik hastalıkların bir stres faktörü olarak, depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluklarının etyolojisinde rol oynadığı bildirilmektedir (2,36). Bizim çalışmamızda, bir stres faktörü olarak tanı varlığını etkilememişlerdir.

Kullandığı psikiyatri dışı ilaç sayısının, tanı varlığına etkisi değerlendirildiğinde, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Genellikle çalışmalarda belli ilaç etken maddelerinin depresif semptomlar ve/veya anksiyete semptomlarına neden olup olmadığı değerlendirilmektedir (2,37). Bizim çalışmamız, hastanede yatan, çoğunlukla birden fazla bedensel hastalık ve buna bağlı ilaç kullanımı olan hastalarla yapılmıştır. Bu sebeple örneklem sayısı göz önüne alındığında her bir ilacın depresif semptomlar ve/veya anksiyete semptomlarıyla ilişkisini değerlendirmekten öte ilaç sayısının etkisine bakılmıştır. Bu da her bir etken maddenin depresif yakınmalar ve/veya anksiyete yakınmalarıyla ilişkisini değerlendirmemizin önüne geçmiştir.

Tanı gruplandırması yapmadan psikiyatrik bozukluk olup olmamasını göz önünde bulundurarak yaptığımız değerlendirmede, psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalarda, yaşam kalitesinin olanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Psikiyatrik

bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkileriyle ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır (50,52-55,92,93,95,96-98,102,103). Fakat tüm bu çalışmalarla bizim çalışmamız arasındaki farklılık, bizim çalışmamızda yaşlı popülasyonda yaşam kalitesini değerlendirmek için daha spesifik veriler elde etmemizi sağlayacağını düşündüğümüz WHOQOL-OLD ölçeğini kullanmış olmamızdır. Biz çalışmamız için WHOQOL-OLD'u seçerken, yaşlılar için yaşam kalitesi açısından daha belirleyici olan bazı alanların değerlendirmesini planlamıştık. Genel olarak literatürdeki yaklaşım, bütünsel bir şekilde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönündedir.

Çalışmamızda depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu varlığı, yaşam kalitesini düşürmektedir. SCID'e göre belirtilen tanıları koyduğumuz hastalar, yaşam kalitelerinden tanısı olmayan hastalara göre daha çok memnuniyetsizlik bildirmektedirler. Ruo ve arkadaşlarının kardiyak patolojisi olan hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada (50), depresif bozukluğun varlığının yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Fakat bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak, yaşam kalitesini değerlendirmek için WHOQOL-OLD kullanılmamıştır. Yurtdışında ve ülkemizde yapılan birçok çalışmada da farklı ölçekler kullanılmaktadır. Ülkemizde Aydemir ve ark. majör depresyonun yaşam kalitesi üzerine etkileriyle ilgili yaptığı çalışmada, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için SF-36 (Sağlık Durumu Anketi, Short Form-36) ve EQ-5D ölçekleri kullanılmış, depresif yakınmaların şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (51). 60 yaş ve üstü Parkinson hastalarının alındığı bir çalışmada, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için WHOQOL-OLD kullanılmış ve depresyon varlığının yaşam kalitesini düşürdüğü sonucuna varılmıştır (43). Anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkileriyle ilgili yapılan bir çalışmada, anksiyete bozukluklarının yetiyitimine ve bununla ilişkili olarak yaşam kalitesinde düşmeye sebep olduğu belirtilmektedir (93). Biz çalışmamızda direkt olarak yetiyitimini değerlendiren bir ölçek kullanmadık. Yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, olan kişilerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Wittchen ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak yaşam kalitesinin ölçümü için SF-36 kullanılmıştır (93). Yine Rapaport ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, yaşam kalitesi ölçümü için Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LESQ) kullanılmış ve yaygın

anksiyete bozukluğu olan kişilerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (95). Beşiroğlu ve arkadaşlarının, ülkemizde WHOQOL-BREF kullanarak yaptığı çalışmada (98), obsesyonlardan bağımsız olarak depresif belirtilerin varlığının yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. Tüm bu veriler, bizim çalışmamızda elde ettiğimiz verilerle uyumludur. Literatürde WHOQOL-OLD kullanılarak yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Bu sebeple çalışmamızdaki veriler, diğer çalışmalarla uygun bir şekilde karşılaştırılamamaktadır. WHOQOL-OLD ölçeğinin bir alt ölçeği olan ölüm alt ölçeği ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu olmayan hastalarda ölümle ilgili kaygı ve korku daha az bulunmuştur. Her iki tanı grubu için de düşünürsek, tanı kriterleri çerçevesinde ölüm korkusu veya kaygısının hastalarda beklenebilecek bir yakınma olduğunu düşünebiliriz. Tanı kriterlerini göz önünde bulundurursak tanısı olan hastalarda, ölüm kaygısı bildirimleri daha fazla çıkmış olabilir.

Depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluklarının varlığının enstrümental günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini değerlendirdiğimizde, belirtilen tanıların varlığının bağımlılık düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Yaşlı popülasyonda, öncelikli olarak yaşlılığın doğal seyrine, buna ek olarak da birçok bedensel hastalığa bağlı fiziksel işlevsellikte gerileme beklenen bir sonuçtur. Yaşlı bir kişinin kendisinde fark ettiği bu işlevsel düşüş, depresif bozukluklara bir zemin hazırlamakta, bazen hastanın kendisi ve/veya yakınları tarafından doğal bir süreç olarak görülebilen, fakat depresif bozuklukların göstergesi olan depresif yakınmalar da bu fiziksel gerilemeyi arttırabilmekte, hatta buna ek olarak bilişsel sorunlar da ortaya çıkarabilmektedir (56). Depresif bozukluklar ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki birçok çalışmada değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalar, yaşlılarda depresyonla günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmesinde bağımlılık düzeyi ve yaşam kalitesinde düşme arasında güçlü anlamlı ilişki olduğunu belirtmektedir (62,63). Yaşlılarda anksiyete bozukluklarının varlığının, günlük yaşamdaki enstrüman kullanımının azalması ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir. Diefenbach ve ark. yaptığı bir çalışmada, 291 Porto Rikolu 50 yaş üstü birinci basamak hasta değerlendirilmiş ve anksiyete bozukluklarının azalmış enstrümental fonksiyonellikle ilişkili olduğu bulunmuştur (105). Diğer yandan, Van der Weele ve ark. Mini Mental

Test kullanarak 19 ve üzeri puan alan 90 yaş ve üzeri 201 hastada yaptığı bir çalışmada, yaşlılarda depresif bozukluğa anksiyete semptom ya da bozukluklarının eşlik edip etmemesinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için gerekli fonksiyonda kayba bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (107). Bizim çalışmamızda da depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu varlığının enstrümental günlük yaşam aktivitelerine bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluklarında, işlevsellikte azalma, DSM-IV tanı kriterlerinde bulunmaktadır. Fakat bizim değerlendirmemiz daha çok günlük aktiviteler üzerine yoğunlaşmış fiziksel ve telefon kullanımı, mali işler ve ilaç kullanım sorumluluğu gibi bazı bilişsel sorgulamaları içermektedir. Sosyal işlevselliği değerlendirmemektedir.

Yaşlı popülasyondaki yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, yaşam kalitesi alt ölçeklerinden yakınlık alt ölçek puanının 75-79 yaş grubunda diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yakınlık alt ölçeğinde hastanın sevgi duygusunu ne kadar tattığı ve çevresindeki yakınlarına sevgisini ne kadar gösterebildiğiyle ilgili sorular bulunmaktadır. Yaşlanmayla birlikte işlevsellikteki azalmanın yaşlı kişileri yalnızlığa ittiği belirtilmektedir. Yakınlık alt ölçeğinde değerlendirilen, kişinin çevresi tarafından ne kadar sevildiğini ve onları ne kadar sevdiğini hissettiğidir. Yaşa bağlı olarak vurguladığımız bu yalnızlık hissi, kişileri sevilmediği yönünde bir değerlendirmeye itmiş olabilir. 80 yaş ve üstü hastalarda yakınlık hissini az olmamasının sebebinin, belirtilen yaş grubundaki hastaların kayıplarının diğer gruplara göre daha erken beklenmesi sebebiyle bu gruba yakınları tarafından daha çok ilgi gösterilmesi olabileceği düşünülebilir. Yaş grupları arasında, depresif yakınmalar ve/veya anksiyete yakınmalarının şiddetini değerlendirdiğimizde, STAI durumluk anksiyete ölçeğinde, hafif derecede anksiyete yakınmalarının, 65-69 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Belirtilen yaş grubu, değerlendirmenin yapıldığı dönem açısından diğer gruplara göre daha kaygılıdır. Bazı literatür bilgileri, yaş artışıyla birlikte deneyimlerin arttığını ve buna bağlı yaşam olaylarıyla ilişkili kaygının azalabileceğini belirtmektedir (88). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz veri de buna uygundur.

Yaş ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, 65-69 yaş arası hastaların, diğer yaş gruplarına göre günlük yaşam aktivitelerini daha iyi yerine getirebildikleri saptanmıştır. Yaşlı popülasyonda daha genç grubun günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi sonucuna, diğer bir açıdan baktığımızda yaşlanmayla birlikte, doğal olarak fiziksel aktivitenin azalması ve sonucunda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek konusunda zorluk ortaya çıkabilmektedir. Yıllar geçtikçe günlük aktivitelerini yerine getirmedeki yetersizlik de artmakta ve bu da bağımlılık düzeyinin artmasına sebep olmaktadır. Çivi ve Tanrıkulu'nun ülkemizde yaşlı popülasyonda yaptığı bir çalışmada, Günlük Yaşam Aktiviteleri Katz İndeksine göre değerlendirme yapılmış ve yaşla birlikte günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizliğin, bir diğer deyişle bağımlılığın arttığı saptanmıştır (57). Çalışmamıza benzer şekilde Lawton-Brody EGYAS kullanılan ve ülkemizde yapılan bir başka çalışmada (64) yaş grupları arasında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek konusunda farklılık bulunmuştur. Del Duca ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da (59) yaşlı popülasyonda Lawton-Brody EGYAS ile günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmiş ve enstrümental aktivitede azalmanın sadece yaşın artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, yaşam kalitesi ile cinsiyetler arasındaki farklılık değerlendirilmiş ve erkek cinsiyetin yakınlık, katılım ve faaliyet alt ölçek puanları ve toplam yaşam kalitesi puanının kadın cinsiyetten yüksek olduğu saptanmıştır. Yani erkek hastalar, yaşamlarındaki faaliyetler, yakınlık hissi ve katılım olanakları konusunda kadın hastalardan daha çok memnuniyet bildirmiştir. Mercier ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (44), yaşam kalitesini değerlendirmek için Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS) kullanılmış ve cinsiyetler arasında yaşamdan memnuniyet açısından fark olmadığı saptanmıştır. Belirtilen çalışma, Kanada'da yapılmıştır. Bizim kültürümüzde erkek cinsiyetin toplumsal alanda daha rahat hareket alanı bulması, sosyal açıdan davranışlarının daha çok desteklenmesi ve bununla ilişkili sosyal katılımının daha çok olması, cinsiyetler arasında farka yol açmış olabilir.

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek konusunda cinsiyetler arasında bir fark saptanmamıştır. Literatürde bu konuda farklı görüşler mevcuttur. Carriere ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, erkek cinsiyetle kadın cinsiyet arasında

bağımlılık düzeyleri konusunda farklılık olduğu, bu durumu depresif semptomların da etkilediği belirtilmiştir (60). Ülkemizde Çivi ve Tanrıkulu'nun yaşlı popülasyonda yaptığı çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuştur (57). Tel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, yalnız yaşayan bireylerde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek konusunda cinsiyetler arasında fark olmadığı, sadece kurumda yaşayan bireylerde, cinsiyetler arasında enstrümental günlük yaşam aktiviteleri açısından fark olduğu, bu grupta da kadın cinsiyette bağımlılık düzeyinin erkek cinsiyete göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (66). Hardy ve arkadaşlarının Amerika'da yaptığı çalışmada, ileri yaşta olmak ve kadın cinsiyette olmakla temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek arasında bağımsız bir ilişki olduğu saptanmıştır (61). Çalışmamızdaki bu farklı sonucun, belirtilen çalışmalara göre daha az sayıda örneklem olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hastaların kendi bildirimlerine dayalı depresif yakınmalar ve anksiyete yakınmalarının şiddetini ölçen ölçekleri değerlendirdiğimizde, tüm ölçeklerde kadın cinsiyette depresif semptomların ve anksiyete semptomlarının erkek cinsiyete göre daha şiddetli olduğu saptanmıştır. SCID kullanılarak konulan tanılar göz önüne alındığında, depresif bozukluklar için cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı fark olmamasına karşın böyle bir sonucun çıkması, ölçeklerin kişilerin kendisi tarafından dolduruluyor olmasına, bu sebeple kadın cinsiyet açısından sorulara daha rahat yanıt vermiş olabileceklerine bağlanabilir. Genel olarak ölçeklerin hastaların yakınmalarını değerlendirmeleri konusunda vurgulanan noktalardan bir tanesi, ölçeğin hastanın yakınmalarını karşılayacak soruları sorması, hastanın rahatlıkla doldurabileceği ve anlayabileceği şekilde yapılandırılması gerektiği yönündedir. Bizim çalışmamızda kullandığımız SCID, doktorun hastaya sorduğu sorulardan oluşmakta ve psikiyatrik bozuklukların temel tanı kriterlerini sorgulamaktadır. Hastaların kendilerinin doldurması için verdiğimiz ölçekler ise, psikiyatrik bozuklukların temel tanı kriterlerine ek olarak o anki ruhsal durumuyla ilgili hastanın kendi yorumunu değerlendirmektedir. SCID, erkek bir görüşmeci tarafından hastalara uygulanmıştır. Toplumumuzdaki bazı kültürel özellikleri dikkate alırsak, cinsiyetler arasında, yakınmaları bir erkek görüşmeciye aktarmak açısından böyle bir fark ortaya çıkmış olabilir. Diğer yandan da bu durum, subklinik depresif yakınmalar ve anksiyete yakınmalarının yaşlı popülasyondaki varlığını bize gösteriyor olabilir. Literatürde,

yaşlı kişilerin birçoğunda özellikle anksiyete bulgularının tanı açısından eşikaltı olduğu bildirilmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde bizim çalışmamızda elde ettiğimiz veriler de literatür bilgisine uymaktadır (78).

Çalışmaya katılan hastaların yakın desteğini değerlendirdiğimiz, yatışında yanında refakatçi olup olmadığı kriteri ile yaşam kalitesi ölçekleri değerlendirmesinde, refakatçisi olan hastalarda toplam yaşam kalitesi puanı ve yakınlık ve ölüm alt puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ölüm alt ölçek puanı, refakatçisi olmayan hastalarda daha yüksektir. Yani, refakatçisi olmayan hastalar, ölüm konusunda daha az kaygıya sahiptirler. Bu sonuç, ölüm kaygısı daha az olan hastaların, refakatçi talebi olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Yine refakatçisi olmayan hastaların toplam yaşam kalitesi puanı daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda yaptığımız gibi refakatçi durumunun yaşam kalitesi üzerine direkt etkisinden öte literatürde genel değerlendirme sosyal destek üzerinden yapılmaktadır (45,46). Bu sebeple birebir bir karşılaştırma yapılamamıştır. Refakatçi durumunu bir sosyal destek unsuru olarak ele aldığımızda, literatürden farklı sonuçlar elde etmiş oluyoruz. Çalışmamızdan farklı ölçekler kullanılmış olsa da (Social Support Questionnaire ve Quality of Life Survey) Blixen ve Kippes'in çalışmalarında (46), sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Belirttiğimiz gibi sosyal destek etkeni, bu çalışmada birden fazla bileşen ile değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda, daha önce de belirtildiği gibi yapılandırılmış bir sosyal destek değerlendirmesi yoktur. Sadece bazı klinik ve demografik veriler, sosyal destek etkeni olarak değerlendirmeye alınmıştır. Tabii ki de bu verilerin, yakınlarının hastaya manevi desteğini değerlendirirken, farklı bazı etkenlerden de etkilenmiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Literatürde, genel yaklaşım, sosyal desteğin birden fazla eleman üzerinden değerlendirilmesi ve günlük temel yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorluk çeken bedensel hastalıkları olan kişiler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi yönündedir (65). Bir yandan da çalışmamızda refakatçisi olmayan hastaların Lawton-Brody EGYAS puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu noktada biz refakatçi durumunu bir sosyal destek olmaktan çok bir gereklilik olarak nitelendirdik ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek düzeyde olduğunu düşünen hastaların refakatçi talebi olmadığını ya da hastanın aktivite düzeyini değerlendiren hekimin refakatçi kalınması yönünde talebi

olmadığını düşündük. Kendisini iyi hisseden, yani yaşam kalitesi yüksek olan hastaların yanında refakatçi olmasını istemeyebileceği de düşünülebilir

Yakın desteğini değerlendirdiğimiz verilerinden birisi de hastanın yakınlarının hastanede kendisini ne kadar sık ziyarete geldiğidir. Bu klinik veri ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden yakınlık arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yakınlık alt ölçeğinin, kişinin yakınları tarafından ne kadar sevildiğini ve bu sevgiyi ne kadar yaşayabildiğini değerlendirdiğini düşünürsek, bu beklenen bir sonuçtur diyebiliriz. Yukarıda belirttiğimiz gibi ziyaret günleri ve refakatçi kalıp kalmaması konusundaki hastane kuralları ve de fiziksel hastalığın şiddeti de verileri etkilemiş olabilir. Diğer bir yakın desteği kriterimiz olan hastanın hastane dışında kiminle yaşadığına göre günlük yaşam aktivitesi düzeyini değerlendirdiğimizde de aralarında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastaların hastane dışında kiminle yaşadıklarıyla bağlantılı olarak yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde, yaşanan yerler arasında fark yoktur. Literatürde sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında, doğru orantılı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Bosworth ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (45), kardiyak patolojisi olan hastalar arasında sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine etkileri değerlendirilmiş ve sosyal desteği daha fazla olan hastalarda yaşam kalitesi bildirimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda hastaların hastane dışında kiminle yaşadığı sorusuna verilen yanıtlarda, yalnız başına veya aile fertleriyle yaşadıkları saptanmıştır. Aile fertlerinin varlığı, kendi başına bir sosyal destek ve bununla ilişkili yaşam kalitesinde artış etkeni olarak yorumlanabilir. Kültürel olarak yalnız yaşayan yaşlı kişilerin yaşam alanları, diğer aile fertlerine yakın alanlarda bulunmaktadır. Çalışmamızda kayıt altına alınmasa da yalnız yaşadığı belirten birçok yaşlı hasta, evinin çocuklarına yakın olduğunu ya da çocuklarıyla aynı apartmanda altlı-üstlü oturduğunu belirtmiştir. Toplumumuzdaki yakın aile ilişkilerini göz önünde bulundurursak, yalnız yaşayan yaşlıların sık ziyaret edildiğini ve diğer aile fertleri tarafından desteklendiğini düşünebiliriz. Bu verileri karşılaştırabilecek bir diğer veri olarak hastaların hiçbirinin bakımevi ya da huzurevinde yaşıyor olmaması da çalışmamızın bir eksikliği olarak göze çarpmaktadır. Ziyaretçi sıklığının günlük yaşam aktiviteleri düzeyi üzerine bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışma sırasındaki psikiyatrik tanı varlığı dışında daha önceden psikiyatrik tanı varlığı ile yaşam kalitesi ve depresyon/anksiyete ölçekleri değerlendirilmiş ve daha önceden tanısı olmayan kişilerde, yaşam kalitesi ölüm alt ölçek puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmadan önce psikiyatrik bozukluk geçirmemiş kişiler, ölümden daha az korkmaktadır. Literatürde yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi değerlendirilirken, çalışmaya alınan kişilerde çalışma sırasında psikiyatrik bozukluğun akut döneminde olmasına dikkat edilmektedir. Böylece psikiyatrik bozukluğun yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi direkt olarak değerlendirilmektedir (60,62,63,93,95-97). Diğer bir yol da akut bozukluğun tedavisinin başlanarak tedavinin yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisine bakmaktır. Papakostas ve ark. yayınladığı bir yeniden gözden geçirme makalesinde, literatürde majör depresyonun yaşam kalitesini ve psikososyal fonksiyonelliği düşürdüğüne dair birçok yayının olduğu ve antidepresan tedavi ya da psikoterapiyle yaşam kalitesinin ve psikososyal fonksiyonelliğin arttığı bildirilmiştir (134). Yine de kişilerin öyküsünde majör depresyon atağı olması, çalışmaya alınması için yeterli bulunmamıştır. Bununla birlikte, taranan makalelerdeki çalışmaya alınan majör depresyon hastalarının öyküleri de göz önünde bulundurulmamıştır. Bizim çalışmamız açısından bu verinin önemi, yaşlı popülasyondaki depresif bozukluk ve /veya anksiyete bozukluklarının tanısının atlanması, buna bağlı olarak başlangıç yaşının tespitinin zorluğu ve tedavisiz kalmış olabilecekleri olasılığıdır Sadece psikiyatrik bozukluk öyküsü olmasının yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini değerlendiren bir çalışma bulamadık.

Önceden psikiyatrik bozukluk geçirmemiş kişiler, daha az anksiyete belirtileri göstermektedir. Sadece STAI durumluk ölçeğinde, hafif anksiyete saptanmıştır. Bunun nedeni, diğer tüm anksiyete ölçekleri, son birkaç gün veya son 1 haftayı değerlendirirken, STAI durumluk ölçeğinin doldurulduğu andaki anksiyeteyi değerlendirmesidir. Ölçeğin doldurulduğu andaki herhangi bir stres faktörü, sonucu etkilemiş olabilir. Depresif yakınmalar açısından aralarında bir fark yoktur. Sadece anksiyete bulgularının anlamlı çıkmasını, daha önceden psikiyatrik bozukluk geçirmesinden öte, mevcut bedensel bozukluklarına bağlı yaşadığı kaygıyla da ilişkili olabilir diye yorumladık.

Eğitim süresi ile yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, eğitim süresinin uzamasının, yaşam kalitesi alt ölçeklerinden bağımsız hareket edip karar vermeyi değerlendiren özerklik alt ölçek puanının, gün içerisinde ve yaşamında yaptığı işleri değerlendiren faaliyet alt ölçek puanının ve yaşam kalitesinin bütünsel olarak durumunu değerlendiren toplam puanın daha yüksek çıkmasını sağladığı saptanmıştır. Ross ve Willigen'in yayınladıkları bir yeniden gözden geçirme makalesinde eğitimin, öznel yaşam kalitesi bildirimlerine nasıl bir etkisi olduğu konusundaki araştırmalar derlenmiş ve eğitimin, ilişkileri, ekonomik durumu ve sosyal etkinliği arttırarak yaşam kalitesi üzerine etkide bulunduğu bildirilmiştir (48). Çalışmamızda, eğitim süresinin uzaması ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyinin de düştüğu saptanmıştır. Yani daha uzun süre eğitim almış hastalar, günlük aktivitelerini yerine getirmek konusunda daha bağımsız hareket etmektedir. Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, mali işler ve telefon kullanımı gibi eğitim gerektiren bazı değerlendirmeleri de içermektedir. Bu açıdan bakıldığında, eğitimin varlığı, EGYAS puanlarını arttırmış olabilir. Greiner ve ark. eğitimi, demansla ve dolaylı olarak da günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımlılıkla ilişkilendirmiştir (135). Yine bir başka çalışmada da eğitim süresindeki kısalık demansla ve demans da günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın artışı ile ilişkilendirilmiştir (136). Literatürdeki genel yaklaşım, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi ile bilişsel bozuklukları ve dolaylı olarak eğitimi ilişkilendirmek yönündedir. Bizim çalışmamızda değerlendirme, demansiyel bozukluğu olmayan hastalar üzerinde yapılmıştır.

Çalışmamızdaki, örneklem sayısının az olması, bir eksikliktir. Bununla birlikte, yaygınlık değerlendirilmesi, sadece bir üniversite kliniğinde yatan kısıtlı bir örneklem havuzunda yapılmıştır. Bunun dışında HYTGYPH'nin bedensel hastalık tanıları ve kullandıkları ilaçların yan etkileri ile ruhsal bozukluk ilişkisi değerlendirilmemiştir. Çalışmamızda, mevcut bedensel hastalıkların yaşam kalitesi ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerine etkileri değerlendirilmemiştir. Hastaların karşılaştırılabileceği bir kontrol grubu yoktur. Bir izlem çalışması değil, kesitsel bir çalışmadır. Bu konuda izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1- Yaş ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları arasında ilişki bulunmamaktadır.
- 2- Cinsiyetler arasında depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu yaygınlığı açısından fark bulunmamaktadır.
- 3- Eğitim süresi uzadıkça depresif bozukluk/anksiyete bozukluğu görülme sıklığı azalmaktadır.
- 4- Hastanın yalnız yaşamasıyla depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları arasında ilişki bulunmamaktadır.
- 5- Hastanın refakatçisinin olması ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları arasında ilişki bulunmamaktadır.
- 6- Daha önceden bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış kişilerde, depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu daha sık görülmektedir.
- 7- Daha önceden bir psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan kişilerde, depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu daha az görülmektedir.
- 8- Son 1 yılda olumsuz yaşam olayı olmayan kişilerde depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu daha az görülmektedir.
- 9- Hastanın bedensel hastalık sayısı ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları arasında ilişki bulunmamaktadır.
- 10- Hastanede yatış süresi ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki bulunmamaktadır.
- 11- Hastanede yatış sayısı ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu görülme sıklığı arasında ilişki bulunmamaktadır.
- 12- Hastanın kullandığı tıbbi ilaç sayısı ile depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu tanıları arasında ilişki bulunmamaktadır.
- 13- HYTGYH'ın yaşam kalitesi bildirimleri ile psikiyatrik tanı varlığı, yaş, cinsiyet, refakatçi durumu, ziyaretçi sıklığı, önceden psikiyatrik bozukluk öyküsü ve eğitim süresi arasında ilişki bulunmaktadır.
- 14- HYTGYH'ın yaşam kalitesi bildirimleri ile hastalık sayısı, hastanede yatış sayısı ve süresi ve kullandığı ilaç adedi arasında ilişki bulunmamaktadır.

- 15- HYTGYH'in enstrümental günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık/bağımsızlık düzeyleri ile eğitim süresi, yaş, refakatçi durumu ve eğitim süresi arasında ilişki bulunmaktadır.
- 16- HYTGYH'in enstrümental günlük yaşam aktiviteleri bağımlılık/bağımsızlık düzeyleri ile cinsiyet, kiminle yaşadığı, ziyaretçi sıklığı, önceden psikiyatrik bozukluk öyküsü, hastalık sayısı, hastanede ayış sayısı ve süresi ve kullandığı ilaç adedi arasında ilişki bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- American Psychiatric Association diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR.Washington DC:American Psychiatric Association;2000 (Türkçe'ye çeviri: Ruhsal bozuklukların tanı ve istatistiksel elkitabı. 4. baskı, metin gözden geçirmesi. İç:Köroğlu E, editör.Ankara:Hekimler Birliği Yayını;2000)
- 2- Öztürk O, Uluşahin A.Duygudurum bozuklukları.İç:Öztürk O, A.Uluşahin editörler.Ruh sağlığı ve bozuklukları.11.baskı.Ankara:Hekimler Yayın Birliği;2008.s. 337-427.
- 3- Ertan T, Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi.İ.Ü. Cerrahpaşa tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri sempozyum dizisi.2008;62:25-30.
- 4- Küey L Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. Psikiyatri Dünyası.1998;1:5-12.
- 5- Kaplan and Sadock Duygudurum bozuklukları. Özet klinik psikiyatri. 9.baskı. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri;2008.s.173-210.
- 6- Byrne G.J. Pachana N.A Anxiety and depression in the elderly: Do we know anymore?.Curr Opin Psychiatry.2010;23:504-509.
- 7- Keskinoğlu P, Pıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi.2006;16(1):21-26.
- 8- Tamam L, Öner S, Yaşlılık çağı depresyonları.Demans Dergisi.2001;1:50-60.
- 9- Livingstone G, Hawkins A, Graham N, Blizard B, Mann A.The gospel oak study:prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London.Psychological Medicine.1990;20:137-146.
- 10- Satin J.R, Linden W, Phillips M.J.Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients:A meta-analysis.Cancer.2009;115:5349-5361.
- 11- Lam CLK, Chin W.Y, Lee P, Lo Y, Fong D, Lam TP.Unrecognised psychological problems impair quality of life and increase consultation rates in Chinese elderly patients.İnternational Journal of Geriatric Psychiatry.2009;24(9):979-989.
- 12- Eker E, Noyan A.Yaşlıda depresyon ve tedavisi.Klinik Psikiyatri.2004;2:75-83.

- 13- Sansone RA, Hendricks CM, Gaither GA, Reddington A. Prevalence of anxiety symptoms among a sample of outpatients in an internal medicine clinic: A pilot study. *Depression and Anxiety*.2004;19(2):133-136.
- 14- Pachana N.A, Byrne G.J, Siddle H, Koloski N, Arnold E. Development and validation of the geriatric anxiety inventory. *Psychogeriatr*.2007;19(1):103-114.
- 15- Bayraktar E. Yaygın anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. İç: Tükel R, Alkın T, editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: TPD; 2006. s.469-479.
- 16- Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*.2000;1:5-11.
- 17- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray L. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*.2004;184:386-392.
- 18- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 1997.
- 19- Cimilli C. Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*.2001;4:157-168.
- 20- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*.2000;157:1552-1562.
- 21- Sarosi A. Neurocognition and psychogenetic vulnerability in depression. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*.2011;13(1):25-31.
- 22- Stahl SM. Depresyon ve bipolar bozukluklar. İç: Taneli B, Yeşim T, çeviri editörleri. *Temel Psikofarmakoloji*. İstanbul: Yelkovan Yayıncılık; 2003. s.179.
- 23- Evans DL, Leserman J, Pedersen CA, Golden RN, Lewis MH, Folds JA, Ozer H. Immun correlates of stress and depression. *Psychopharmacol Bull*.1989;25(3):319-324.
- 24- Musselman DL, Nemeroff CB. Depression and endocrine disorders: Focus on the thyroid and adrenal system. *Br J Psychiatry*.1996;168(30):123-128
- 25- Eşel E, Sofuoğlu S. Depresyonun nöroendokrinolojisi. *Duygudurum Dizisi*.2001;3:132-143.
- 26- Sakkas PN, Soltados CR, Bergiannaki JM, Paparrigopoulos TJ, Stefanis CN. Growth hormone secretion during sleep in male depressed patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*.1998;22:467-483.

- 27- Milak SM, Parsey RV, Keilp J, Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ. Neuroanatomic correlates of psychopathologic components of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:397-408.
- 28- Alper Y. Psikodinamik açıdan Cemal Süreya ve şiiri IV: Depresyon psikodinamiği ve Cemal Süreya. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006;8(1):58-66.
- 29- Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etyolojisi. *Depresyon Monografaları Serisi*. 1993;3:109-122.
- 30- Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 2008;165:969-977.
- 31- Arkar H. Beck’in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 1992;5(1-3):37-40.
- 32- World Health Organization The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992 (Türkçe’ye çeviri: ICD-10 Ruhsal ve davranışsal Bozukluklar sınıflandırması, klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. İç: M.O. Öztürk, B. Uluğ, editörler. Ankara: Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; 1992.
- 33- Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16(2):90-96.
- 34- Özen EM, Serhadlı ZNA, Türkcan AS, Ülker GE. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23:60-65.
- 35- United Nations World Population Ageing <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/8chapteri.pdf> [12/05/2011].
- 36- Sable JA, Dunn BL, Zisook S. Late-life depression: How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*. 2002;57(2):18-35.
- 37- Örnek T. Yaşlılarda psikiyatrik bozukluklar. İç: Örnek T, editör. *Geriatrik Psikiyatri Özgün Psikiyatrik Bozukluklar Dizisi*. İzmir. 1992. s.63.
- 38- Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry*. 1996;168(30):109-116.
- 39- Karp J, Reynolds CF. Depression, pain and aging. *Focus*. 2009;7(1):17-27.
- 40- Black SA, Goodwin JS, Markides KS. The association between chronic disease and depressive symptomatology in older Mexican Americans. *J Gerontol*. 1998;53(3):188-194.

- 41- Özmenler KN.Yaşlılık çağı depresyonları.Duygudurum Dizisi.2001;3:109-115.
- 42- Department of Mental Health World Health Organisation.WHOQOL annotated bibliography.Geneva:WHO;1999.
- 43- Margis R, Donis KC, Schönwald SV, Rieder CR.WHOQOL-OLD assessment of quality of life in elderly patients with Parkinson's disease:influence of sleep and depressive symptoms.Revista Brasileira de Psiquiatria.2010;32(2):125-131.
- 44- Mercier CA, Normand PA, Tempier R.Age, gender and quality of life.Community Mental Health Journal.1998;34(5):487-500.
- 45- Bosworth HB, Siegler IC Olsen MK, Brummett BH, Barefoot JCi Williams RB, Clapp-Cahning NE, Mark DB. Social support and quality of life in patients with coronary artery disease.Quality of Life Research.2000;9:829-839.
- 46- Blixen CE, Kippes C.Depression, social support and quality of life in older adults with osteoarthritis.Journal of Nursing Scholarship.1999;31(3):221-226.
- 47 McCall Wv, Cohen W, Reboussin B, Lawton P.Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients.Journal of Affective Disorders.1999;55:107-114.
- 48- Ross CE, Willigen MA.Education and the subjective quality of life.Journal of Health and Social Behaviour.1997;38:275-297.
- 49- Murray CJL, Lopez AD.Global mortality, disability and the contribution of risk factors:Global burden of disease study.Lancet.1997;349:1436-1442.
- 50- Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA.Depressive symptoms and health-related quality of life.Jama.2003;290(2):215-221.
- 51- Aydemir Ö, Ergün H.Majör depresif bozuklukta yaşam kalitesi:Kesitsel bir çalışma.Türk Psikiyatri Dergisi.2009;20(3):205-212.
- 52- Strine TW, Kurt K Dhingra S, Balluz L, Gonzalez O, Berry JT, Mokdad AH.The associations between depression, health-related quality of life, social support, life satisfaction and disability in community-dwelling US adults.Journal of Nervous and Mental Disease.2009;197(1):61-64.
- 53- Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H , Stengler-Wenzke K.Depression and quality of life:Results of a follow-up study.Psychiatr Serv.2003;54:254.

- 54- Karp FJ, Skidmore E, Lotz M, Lenze E, Dew MA, Reynolds CF. Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in major depression. *J Am Geriatr Soc.*2009;57(9):1612-1619.
- 55- Akbıyık İ, Berksun OE Smbloğlu V, Senturk V, Priebe S. Quality of life of Turkish patients with depression in Ankara and in Berlin. *European Psychiatry.*2008;23(1):4-9
- 56- Bektaş AH, şahin H. Dahiliye kliniklerinde yatarak tedavi gören geriatrik hastaların günlük yaşam aktivite durumları ve depresyon düzeyleri. Akademik Geriatri 2009 Kongresi Poster Sunumu.
- 57- ivi S, Tanrıku M. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptanmaya yönelik epidemiyolojik bir alışma. *Türk Geriatri Dergisi.*2000;3:85-90.
- 58- Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of The American Geriatrics Society.*1983;31(12):721-727.
- 59- Del Duca GF, da Silva MC, Hallal PC. Disability in relation to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saude Publica.*2009;43(5):1-9.
- 60- Carriere I, Gutierrez LA, Peres K, Berr C, Barberger-Gateau P, Ritchie K, Ancelin ML. Late life depression and incident activity limitations: Influence of gender and symptom severity. *Journal of Affective Disorders.*2001;133:42-50.
- 61- Hardy SE, McGurl DJ, Studenski SA, Degenholtz HB. Biopsychosocial characteristics of community-dwelling older adults with limited ability to walk 1/4 mile. *J Am. Geriatr Soc.*2010;58(3):539-544
- 62- Wada T, Ishine M, Sakagami T, Kita T, Okumiya K, M, zuno K, Rambo TA, Matsubayashi K. Depression, activities of daily living and quality of life of community-dwelling elderly in three asian countries: Indonesia, Vietnam and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics.*2005;41(3):271-280.
- 63- Vest MT, Murphy TE, Araujo KLB, Pisani MA. Disability in activities of daily living, depression and quality of life among older medical ICU survivors: a prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes.*2001;9:9.

- 64- Gulick EE. Emotional distress and activities of daily living functioning in persons with multiple sclerosis. *Nurs Res.* 2001;50(3):147-154.
- 65- Oxman TE, Hull JG. Social support, depression and activities of daily living in older heart surgery patients. *Journal of Gerontology.* 1997;52B(1):1-14.
- 66- Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Türk Geriatri Dergisi.* 2006;9(1):34-40.
- 67- Akgün HS, Bakar C, Budakoğlu İ. Başkent üniversitesi sağlık kuruluşlarında tedavi görmüş 65 yaş üstü hastaların fiziksel ve ruhsal sorunları ile günlük yaşam aktivite durumlarının değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi.* 2004;7(3):133-138.
- 68- Öztürk O, Uluşahin A. Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar. İç: Öztürk O, A. Uluşahin, editörler. *Ruh sağlığı ve bozuklukları.* 11. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. s. 448-511.
- 69- Özer Ş. Anksiyete ve anksiyete bozukluklarının kısa tarihçesi. İç: Tükel R, Alkın T, editörler. *Anksiyete Bozuklukları.* Ankara: TPD; 2006. s. 3-13.
- 70- Da Costa JM. On irritable heart: A functional form of cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci.* 1871;61:14-52.
- 71- American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3th ed. Washington DC: American Psychiatry Association; 1980.
- 72- Dilbaz N. Sosyal anksiyete bozukluğu: Tanı, epidemiyoloji, etyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri.* 2000;2:3-21.
- 73- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593-602.
- 74- Öyekçin GD. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine 1 yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2008;9:39-43.
- 75- Tümkaya S, Özdel O, Değirmenci T, Oğuzhanoglu NK. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniği hastalarında psikiyatrik tanı ve tedavi: Bir yıllık geriye dönük araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005;6:36-40.
- 76- Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry.* 1994;151:640-649.

- 77- Jorm AF.Does old age reduce the risk of anxiety and depression?A review of epidemiological studies across the adult life.Span Psychol Med.2000;30(1):11-22.
- 78- Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, van balkom AJ, Smith JH, de Beurs E, van Dyck R, van Tilburg W.Anxiety disorders in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam.Int J Geriatr Psychiatry.1998;13(10):717-726.
- 79- Özel Kızıl TE, Turan E.Yaşlılarda anksiyete bozuklukları.Türk Geriatri Dergisi.2007;10(3):150-155
- 80- Flint AJ.Anxiety disorders in late life canadian family.Physician.1999;45:2672-2679.
- 81- Kaplan and Sadock Anksiyete bozuklukları. Özet klinik psikiyatri.9.baskı.Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri;2008.s.211-246.
- 82- Kuğu N, Bolayır E.Anksiyete bozukluklarında PET ve SPECT bulguları.Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.2001;11(2):132-142.
- 83- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS.A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders.Am J Psychiatry.2001;158:1568-1578.
- 84- Gökalp PG.Psikodinamik açıdan anksiyete kavramı ve anksiyete bozuklukları.İç:Tükel R, Alkın T,editörler. Anksiyete Bozuklukları.Ankara:TPD;2006.s.15-26.
- 85- Sungur MZ.Anksiyetenin anlaşılmasında bilişsel-davranışçı kuramlar. İç:Tükel R, Alkın T,editörler. Anksiyete Bozuklukları.Ankara:TPD;2006.s.27-38.
- 86- Cansever A.Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozuklukları.İç:Tükel R, Alkın T,editörler. Anksiyete Bozuklukları.Ankara:TPD;2006.s.549-561.
- 87- Demet MM.Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozuklukları.İç:Tükel R, Alkın T,editörler. Anksiyete Bozuklukları.Ankara:TPD;2006.s.563-575.
- 88- Sivrioğlu Y.Yaşlılarda kaygı belirtileri ve fenomenolojisi.İç:Dilbaz N, editör.Anksiyete Bozuklukları Kaygı ve Şiddet.Ankara:2009 s:311-318.
- 89- Palmer BW, Jeste DV, Sheikh JI.Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and the other barriers to diagnosis and treatment.Journal of Affective Disorders.1997;46(3):183-190.

- 90- Depp C, Woodruff-Borden J, Meeks S, Gretarsdottir E, DeKryger N. The phenomenology of non-clinical panic in older adults in comparison to younger adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005;19(5):503-519.
- 91- Fuentes K, Cox BJ. Prevalence of anxiety disorders in elderly adults: A critical analysis. *J Behav Ther and Exp Psychiatry*. 1997;28:269-279.
- 92- Kırmızıoğlu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(9):1026-1033
- 93- Wittchen H-UI, Carter RM, Pfister H, Montgomery SA, Kessler RC. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*. 2000;15:319-328.
- 94- Kessler RC, Dupont RL, Berglund P, Wittchen H-UI. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1915-1923.
- 95- Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1171-1178.
- 96- Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1606-1613.
- 97- Bobes J, Caballero L, Vilardaga I, Rejas J. Disability and health-related quality of life in outpatients with generalized anxiety disorder treated in psychiatric clinics: Is there still room for improvement?. *Annals of General Psychiatry*. 2011;10(7):1-9.
- 98- Beşiroğlu L, Uğuz F, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R. Obsesif-kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:5-13.
- 99- Yurdagül Altıntaş E. Panik bozuklukta yaşam kalitesi: 3 aylık izlem çalışması. *Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2006.
- 100- Chou Kee-Lee. Social anxiety disorder in older adults: Evidence from the national epidemiologic on alcohol and related conditions. *Journal of Affective Disorders*. 2009;119(1):76-83.

- 101- Bernabei V, Morini V, Moretti F, Marchiori A, Ferrari B, Dalmonte E, De Ronchi D, Rita Atti A. Vision and hearing impairments are associated with depressive-anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging and Mental Health*.2011;15(4):467-474.
- 102- Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health*.2006;60(4):357-363.
- 103- Maddux RE, Delrahim KK, Rapaport MH. Quality of life in geriatric patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr*.2003;12(3):35-47.
- 104- Allsup SJ, Gosney MA. Anxiety and depression in an older research population and their impact on clinical outcomes in a randomised controlled trial. *Postgrad Med J*.2002;78:674-677.
- 105- Diefenbach GJ, Robison JT, Tolin DF, Blank K. Late-life anxiety disorders among Puerto Rican primary care patients: impact on well-being, functioning and service utilization. *Journal of Anxiety Disorders*.2004;18(6):841-858.
- 106- Schultz SK, Hoth A, Buckwalter K. Anxiety and impaired social function in the elderly. *Ann Clin Psychiatry*.2004;16(1):47-51.
- 107- Van der Weele GM, Gussekloo J, De Waal MW, De Craen AJM, Van der Mas RC. Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *Int J Geriatr Psychiatry*.2009;24(6):595-601.
- 108- Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV eksen 1 bozuklukları (SCID-1) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. İç: Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, editörler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1999.
- 109- Folstein MF, McHugh PRJ. Mini mental state a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Research*.1975;12:189-198.
- 110- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental testin türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2002; 13(4):273-281.

- 111- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Addey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatric Research*. 1983;17(1):37-49.
- 112- Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1997;34:62-71.
- 113- Sağduyu A. Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:3-8.
- 114- Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):893-897
- 115- Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the beck anxiety inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12:163-172.
- 116- Kabacoff RI, Seagal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the beck anxiety inventory and the state-trait anxiety inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997;11(1):33-47.
- 117- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370
- 118- Aydemir Ö. Hastane anksiyete depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8(4):280-287.
- 119- Gale CR, Allershand M, Sayer AA, Cooper C, Dennison EM, Starr JM, Ben-Shlomo Y, Gallacher JE, Kuh D, Deary IJ. The structure of the hospital anxiety and depression scale in four cohorts of community-based, healthy older people: The HALCYON program. *Int. Psychogeriatr*. 2010;22(4):559-571.
- 120- Tastan S, İyigun E, Bayer A, Acikel C. Anxiety, depression and quality of life in Turkish patients with glaucoma. *Psychol. Rep*. 2010;106(2):343-357.
- 121- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palto Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc; 1983
- 122- Öner N, LeCompte A. Süreksiz durumluk-sürekli kaygı envanteri. 2. basım. İstanbul: İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 1998.

- 123- Trzepacz PT, Baker RW, Greenhouse J.A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Research*.1988;23:89-97.
- 124- Aydemir Ö, Noyan A, Gülseren Ş.Deliryum derecelendirme ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliliği.3P Dergisi.1998;6:21-27.
- 125- Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C.Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları.Türk Psikiyatri Dergisi.2010;21(1):37-48.
- 126- Lawton MP, Brody EM.Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living.*Gerontologist*.1969;9:179-186.
- 127- Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K.Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler.Türk Geriatri Dergisi.2006;9(3):143-149.
- 128- Doruk H, Ateşkan Ü, Sağlam M, Mas MR, Kutlu M.Nondiyabetik, sağlıklı geriatric olgularda yaşla, karotid arter intima-media kalınlığı ve hemoglobin A1c arasındaki ilişki.Türk Geriatri Dergisi.2001;4(2):63-68.
- 129- Şahbaz M, Tel H.Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi.Türk Geriatri Dergisi.2006;9(2):85-93.
- 130- Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, Piera L, Held P, Gillespie B, Port FK.Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe.*Kidney International*.2002;62:199-207
- 131- Culbertson FM.Depression and gender:an international review.*American Psychologist*.1997;52(1):25-31.
- 132- Weissman MM, Klerman GL.Gender and depression.*Trends in Neurosciences*.1985;8:416-420..
- 133- Verbosky LA, Franco KN, Zrull JP.The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient.*J. Clin. Psychiatry*.1993;54(5):177-181
- 134- Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M.Quality of life assessments in major depressive disorder:a review of the literature.*General Hospital Psychiatry*.2004;26(1):13-17

- 135- Greiner PA, Snowdon DA, Schmitt FA. The loss of independence in activities of daily living: the role of low normal cognitive function in elderly nuns. *Am. J. Public Health.* 1996;86:62-66.
- 136- Hill LR, Klauber MR, Salmon DP, Yu ESH, Liu WT, Zhang M, Katzman R. Functional status, education, and the diagnosis of dementia in the Shanghai survey. *Neurology.* 1993;43(1):138

