



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

**HUZUREVİNDE VE UÜ NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA BÖLGESİ'NDE YAŞAYAN YAŞLILARDA DEPRESYON
SIKLIKLARI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Mustafa DEMİRÖZ

UZMANLIK TEZİ

BURSA - 2011



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

**HUZUREVİNDE VE UÜ NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA BÖLGESİ'NDE YAŞAYAN YAŞLILARDA DEPRESYON
SIKLIKLARI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Mustafa DEMİRÖZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Necla TUGAY AYTEKİN

BURSA - 2011

İÇİNDEKİLER

Özet	ii
İngilizce Özet	iii
Giriş	1
Gereç ve Yöntem	25
Bulgular	36
Tartışma ve Sonuç	55
Kaynaklar	65
Ekler	75
Teşekkür	82
Özgeçmiş	83

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel özellikteki bu araştırmada, Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nde kalan 65 yaş ve üzeri yaşlılarla, UÜ Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde (HSEAUB) yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıkları ve etkileyen etmenler karşılaştırılmıştır.

Ankete dayalı bu çalışma, huzurevinde ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların ikamet ettiği adreslerde, yaşlılarla yüz yüze görüşmek suretiyle gerçekleştirilmiştir. Bilişsel durumları "standardize Mini Mental Test" ile değerlendirilen yaşlılara, "Sosyodemografik Veri Formu" ve "Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form (GDÖ)" uygulanmıştır. Huzurevinde kalan 65 yaş ve üzeri 191 yaşlıdan 146'sı çalışma kapsamına alınırken, Nilüfer HSEAUB'nde "ailesi ile beraber yaşayan" 156 yaşlı ve "yalnız yaşayan" 158 yaşlı "sistemik örnekleme yöntemi" ile belirlenmiştir.

Katılımcıların ortalama GDÖ puanı $4,38 \pm 2,88$ (% 95 GA: 4,12-4,65) olarak bulunmuştur. "Ailesiyle yaşayan" yaşlıların % 19,9'u, "yalnız yaşayan" yaşlıların % 29,7'si ve "huzurevinde kalan" yaşlıların % 40,4'ü GDÖ'nden 6 ve üzerinde puan almıştır.

Depresyon belirtilerinin sıklığı cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayıları, eğitim ve gelir düzeyi, son 1 yıl içinde 1. derece yakın kaybı, sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve uyku sorunu ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, yaşlıların huzurevine gelme nedenleri, huzurevindeki diğer bireylerle ilişki durumları, yakınları ile görüşme ve boş zamanlarını değerlendirme durumları da depresyonla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

Bu çalışmada, depresyonun özellikle "huzurevinde kalan yaşlılar" ile "yalnız yaşayan yaşlılar" için önemli bir risk etkeni olduğu belirlenmiştir. Bu yaş grubunda depresyona ve risk etkenlerine erken müdahale ile yaşlılık döneminde yaşam kalitesinin artırılması ve bu dönemin daha verimli ve doyurucu geçirilebilmesi sağlanabilecektir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, depresyon, huzurevi, yalnız yaşayan, ailesiyle yaşayan.

SUMMARY

The Comparison of Prevalence of Depression and Effecting Factors Among People 65 Years and Older Living in a Nursing Home and in Uludag University Public Health Research and Training Area

This descriptive and cross-sectional study compares the prevalence of depression and factors effecting it among people 65 years and older living at the Bursa Metropolitan Municipality Nursing Home and in Uludag University Public Health Training and Research Area (PHTRA)

The study was conducted at the nursing home and at homes of the elderly by face to face interviews. Three different forms were used: Standardized Mini Mental Test, socio - demographic data questionnaire and Geriatric Depression Scale (GDS) short form.

Among 146 elderly living in nursery home, 191 were included. In PHTRA 156 persons living with others and 158 persons living alone were selected using systematic sampling.

Average GDS score was 4.38 ± 2.88 (95% CI 4.12 – 4.65). 19.9 % of persons living with others, 29.7 % of the elderly living alone and 40.4 % of nursing home residents had scores 6 and over.

Symptoms of depression were significantly related to gender, age, marital status, number of children, education, income, loss of a 1. degree relative, health perception, chronic disease and sleeping problems. Reasons for residing in the nursing home, the relationship with other residents and relatives and the way they occupied themselves were also statistically significant.

In this study it was found that the risk of depression is high among the elderly living alone or in the nursing home. It might be possible to increase the quality of life in this age group by early interventions towards depression and its risk factors.

Key words: Elderly, depression, nursing home, living alone, living with family.

GİRİŞ

Yaşlılık morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerleyerek çeşitli hastalıklarla birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olarak tanımlanabilir (1). Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak çevreye bağımlı hale geldiği bir dönemdir (2).

Son yıllarda teknolojinin ve yaşam kalitesinin artmasına paralel olarak ortalama insan ömrü uzamaktadır. 1955 yılında dünyada doğumdan itibaren 48 yıl olan yaşam beklentisi, 1975 yılında 59'a, 1995 yılında 65'e yükselmiştir ve 2025 yılı için bu rakamın 73 yıl seviyesinde olacağı tahmin edilmektedir (3). Yaşlı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri insan sayısının genel toplumdaki payı gelişmiş ülkelerde % 15'lere kadar yükselmiştir (2). Dünya genelinde yaşlı bağımlılık oranı 1955 yılında % 10,5 iken, 1995 yılında % 12,3'e yükselmiştir ve 2025 yılında % 17,2'ye ulaşacaktır (3).

Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı, TÜİK 2000 yılı değerlendirmesine göre % 5,7 iken, TÜİK 2009 yılı değerlendirmesinde % 7,0 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizin 2009 yılı yaşlı bağımlılık oranı % 10,46'dır. Doğuşta beklenen yaşam süresi, TÜİK 2009 yılı değerlendirmesinde erkekler için 71,5 yıl, kadınlar için 76,1 yıl olarak bildirilmiştir. 2008 Yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Projeksiyonları'na göre, ülkemizde 2025 yılında doğuşta beklenen yaşam süresinin erkekler için 73,1 yıl, kadınlar için 78,9 yıl olacağı tahmin edilmektedir (4).

Bu rakamlar gelişmekte olan ülkeler arasında oldukça iyi bir yere sahiptir. Ancak, beklenen yaşam süresinden belki de daha önemlisi, bu yıllardaki yaşam kalitesinin de artmış olmasıdır. Yaşam kalitesi, özellikle kronik hastalıkların tedavisinde uygun tıbbi bakımı değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Bu kavram, 1. Fiziksel ve mesleki fonksiyonlar, 2. Psikolojik durum, 3. Sosyal etkileşimler ve 4. Ekonomik durum alanlarından etkilenmektedir (5).

Depresyon, yaşlılarda sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir (6, 7). Çeşitli hastalıklarla birlikte veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etkidir (8). Genel olarak zihin süreçlerinde yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır (6). Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi sonuçlar doğururken, uygun tedavi ile yaşlının yaşam kalitesi artmaktadır (5).

Yaşlandıkça, depresyon eğilimi artmaktadır (9). Beyin yapılarında yaşlanma süreci ile birlikte bellek, dikkat, algı gibi bilişsel işlevler ve psikomotor aktiviteyi olumsuz etkileyen serebral kan akımında azalma, myelin kılıfında azalma ve kalınlaşma, glial hücrelerde artma, nöron ve sinaps sayısında azalma gibi fizyolojik değişiklikler oluşmakta ve duygusal dalgalanmalardan şiddete kadar birçok belirti görülebilmektedir (10).

Psikososyal değişiklikler göz önüne alındığında bireyin toplumsal etkinliği, gücü, yakın ilişkileri, cinsel aktivitesi, saygınlığı, sosyal yaşantısı ve destekleri azalmakta; etkin rolü kaybolurken daha edilgen bir pozisyona yönelmektedir. Birey, sevdiği insanları giderek yitirmektedir. Çocukları evi terk etmiş, sevdiği insanlar, belki de eşi ölmüş, tanıdığı değerler kaybolmuş, hayatın hızlı değişikliklerine eldeki bilgileri ile uyum sağlayamamış, hayat tarzı değişmiş veya değiştirilmiş, yaşam süresinin azalmakta olduğunun farkına varmış, ekonomik özgürlükleri ortadan kalkmış olabilir. Bu aşamada yeterli toplumsal destek alamazsa, birey, bu olguların doğurduğu yoğun izolasyon duygusuna karşı korumasız kalabilir (5).

Türkiye’de hızlı nüfus artışı, endüstrileşme ve kentleşme, iç ve dış göçler nedeniyle geleneksel aile yapısının bozulması, ekonomik sorunların varlığı ve kadınların çalışma yaşamına katılması sosyal yapıyı etkileyerek aile kurumunda küçülme ve çekirdekleşmeye yol açmıştır. Bu durum yaşlının toplumsal ve aile içindeki konumunun değişmesine neden olmuştur (11). Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocukları ile birlikte yaşaması eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda çekirdek aile yapısına doğru bir değişimin olması, yaşlıyı aileden soyutlamakta ve yalnızlığa itmektedir (12).

Yaşlının sağlık bakımı kadar sosyal desteğin sağlanması da bu grup özelinde önemini korumaktadır (11). Bu sosyal desteği ya bireyin sosyal çevresi ya da bir sosyal örgüt sağlar. Yaşlının toplum içinde, kendi yaşam çevresinden soyutlanmadan yaşamını sürdürmesi öncelikli ise de gerektiğinde toplu yaşam yerleri de seçenek olarak görülmektedir. Huzurevi kavramı bu düşünce doğrultusunda oluşturulmuş, yaşlı bireye barınma, bakım ve sağlık kontrolü hizmetleri sunan resmi veya özel kurumlardır. Topumlarda çeşitli yapı ve özelliklerde bakım evleri geliştirilmiş ve huzurevlerinde yaşayan bireylerin sayısında artış olmuştur (13).

Yaşlılık, kayıpların yaşandığı riskli bir dönemdir. Kurumda yaşayan yaşlılar ise ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşmış olarak daha fazla kayıp yaşarlar. Çeşitli çalışmalar kurum yaşamının, depresyon için önemli risk etkenlerinden birisi olduğunu ortaya koymaktadır (14). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda huzurevlerindeki yaşlılarda depresyon sıklığının, normal yaşlı nüfusa göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (15, 16).

Yaşlılarda depresyonun gelişmesinde çeşitli etkenlerin rol oynadığı bildirilmektedir (2, 6, 11). Yapılan çalışmalarda (15, 17, 18); kadın olmanın, boşanmış ya da ayrı yaşamının, düşük sosyo-ekonomik düzeyin, kronik hastalıkların, sosyal desteğin yetersiz olmasının, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan olumsuz yaşam olaylarının yaşlılarda depresyonla çok yakından ilişkili olduğu saptanmıştır.

Depresyon; yaşlılarda tanı ve tedavideki yetersizlikler, hasta ve ailelerini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle önemli bir sorundur (19). Bununla birlikte, depresyonun bu yaş grubunda etkili bir biçimde tedavisi mümkündür. Depresyon tedavisi ile yaşlılarda fiziksel işlevler ve depresyonun olumsuz sonuçları düzeltilebilir (20, 21).

Yaşlılarda depresyonun görülme sıklığı ile bunu etkileyen etmenleri belirlemek ve yaşlıların ruhsal yönden sağlıklı bir yaşam sürmelerine yönelik öneriler getirmek için araştırmalara gereksinim vardır. Bu bilgilerin ışığı altında yapılan bu araştırmada, huzurevinde ve kendi evlerinde yaşayan yaşlıların depresyon sıklıkları ile bunu etkileyen etmenlerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Genel Bilgiler

A. Yaşlılarda Depresyonun Önemi

Genel olarak kronolojik anlamda kullanılan yaşlılık sınırı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 65 yaş olarak bildirilmekle birlikte, bireyin bağımlı duruma geçişinin 75 yaş ve üzeri dönem olduğu vurgulanmıştır (22). Yaşlı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri insan sayısının genel toplumdaki payı gelişmiş ülkelerde % 15'lere kadar yükselmiştir (2). 2020 yılına kadar dünya nüfusunun % 22'sinin 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde, yaşlıların sayısının toplum içinde giderek artması ile birlikte, yaşlıların sorunları da farklı boyutlarda kendini göstermektedir (23, 24).

DSÖ verilerine göre fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında 4. sırada yer alan depresyonun (6); 2020 yılında sıklık açısından 2. sıraya yükseleceği ve insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağı tahmin edilmektedir (25).

Sıklığı ve süresi yaşla giderek artan bu bozukluk yineleyici bir hastalıktır ve uzun süreli tedavisi gerekir. Yoğunlaşmama ve dikkat eksikliği depresyonun öncül belirtilerindedir. Genel olarak zihin süreçlerinde yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır. Bazen de demansla birlikte veya demansın öncü belirtisi olabilmesi nedeniyle yaşlılarda özel bir öneme sahiptir (6, 26).

Yaşlılarda depresyon çeşitli yeti yitimlerine neden olmakta, beden hastalıklarına bağlı ölümleri ve sağlık, bakım gibi hizmetlerin kullanımını ve maliyetini artırmaktadır (6, 23, 27-29). Depresyonun, yaşlılık döneminde de sık görülmesi, tanı ve tedavi olanağının bulunması, tedavi edilmediğinde intihar riskinin olması ve yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir (30, 31).

Yaşlılarda depresyonun erken tanı ve tedavisi yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırmakta ve erken ölümleri önlemektedir (6, 32).

B. Epidemiyoloji

Yaşlılarda depresyon dünya çapında gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur (33). Yaşlılık çağı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar (34), yaşlılarda depresyon belirtilerinin % 8,0-35,0, major depresyonun ise % 0,8-2,9 oranında görüldüğünü bildirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşayan 65 yaş ve üzeri 31 milyon yaşlının yaklaşık 5 milyonu depresyondan etkilenmektedir. Toplum içinde yaşayan yaşlıların % 15,0-25,0'inde, uzun dönem bakım merkezlerindeki yaşlıların % 25,0'inde ve huzurevlerinde kalan yaşlıların % 20,0-30,0'unda depresyon bulunduğu bildirilmektedir (35-37).

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfustaki major depresyon görülme sıklığı % 1,0-3,0, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ise % 8,0-15,0'dir (6, 9, 23, 38, 39).

Depresyonun yaşlı nüfusta sıklığı ile ilgili Alexopoulos ve ark.'nın (40, 41) yaptığı çalışmada, yaşlılarda ortalama depresyon oranının % 1 olduğu ve genç nüfusa göre 1/4 oranında daha az görüldüğü bildirilmiştir. Avrupa Depresyon Çalışması'nın (EURODEP: European Depression Study) bir parçası olarak bu konuda yayınlanmış 34 çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada (40), yaşlılarda depresyon sıklığı % 1,8 olarak belirtilmiştir.

Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda seçilen yaşlı nüfusun özellikleri ve kullanılan yöntemler değiştikçe, yaşlılık çağı depresyonunun sıklığı konusunda farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, Reynolds ve ark.'nın (42) yaptığı bir çalışmada kalp hastalıkları, kanser veya artrit gibi komorbid hastalıkları olan yaşlılarda depresyon sıklığı % 25 olarak bulunmuştur. Hastanede yatan yaşlılarda ise bu oran % 45 dolayında saptanmıştır (43). Bu sonuçlara göre, komorbid hastalıklar yaşlılarda depresyon sıklığının artmasına neden olmaktadır.

Depresyon sıklığı cinsiyete göre değişmektedir. Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya konmuştur. Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu kadını depresyona yatkın kılmaktadır (31, 44).

Bu sonucu evde yaşıyan ve huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan birçok çalışma (44-48) desteklemektedir.

Zunzunegui ve ark. (49) 65 yaş ve üzeri yaşlılarda yaptıkları çalışmalarda, kadınlarda depresyon oranını % 46, erkeklerde ise % 20 bulmuşlardır. Kadınlardaki depresif durumların her zaman erkeklerden fazla olduğu ve yaş grupları arasında kadınlarda fazla değişiklik olmazken, erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte depresif belirtilerde artış olduğu bildirilmiştir (50-52).

Yaşlılarda depresyon sıklığı medeni duruma göre de değişmektedir. Dul olma ve yalnız yaşamanın, depresyon için risk etkeni olduğu, eşini kaybeden yaşlılarda hü­zün, yalnızlık, terkedilmişlik duygularının devam ettiği ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (53).

Maral ve ark.'nın (17) yaptıkları bir çalışmada, evde yaşıyan yaşlılar arasında evli olanlarda % 15,6, dul ve bekar olanlarda ise % 46,5 oranında depresyon saptanmıştır. Bu araştırmaya göre evde yaşıyanlar için bekar veya dul olmak depresyonda risk etkenidir ve depresyon riskinin 4,72 kez daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Yaşlıların eğitim düzeyleri ve gelir durumları da depresyon sıklığını etkilemektedir. ABD Sağlık ve Emeklilik Araştırması (HRS: Health and Retirement Study) ve İngiliz Longitudinal Yaşlanma Araştırması'nın (ELSA: English Longitudinal Study of Ageing) 2002 yılı, 65 yaş ve üzeri yaşlılara ait verilerinden yararlanılan ve iki ülkenin depresif belirti düzeylerini karşılaştıran bir çalışmada (20), ABD'de depresif belirti sıklığı (% 14,9), İngiltere'ye göre (% 17,6) daha düşük bulunmuştur. ABD'de depresif belirtilerin daha düşük düzeyde bulunmasının bir nedeni olarak, eğitim ve gelir düzeyinin daha yüksek olması öne sürülmüştür. Bu sonuç, yüksek sosyoekonomik durum ve eğitimin, yaşlılarda düşük depresif belirtilerle ilişkili olduğunu gösteren önceki araştırmalarla da (54) uyumlu bulunmuştur.

Güz ve ark.'nın (55) çalışmasında, depresyonu olan yaşlı grupta eğitim düzeyinin, depresyonu olmayan gruba göre daha düşük bulunduğu belirtilmiştir.

Yaşlılık döneminde görülen depresyonla ilgili yapılan çalışmalarda (2, 56), gelir düzeyinin düşüklüğü depresyon belirtilerinin sıklığını artıran bir etken olarak bildirilmiştir. Demet ve ark.'nın (38) Manisa il merkezi ve ilçelerinde huzurevlerinde yaptıkları çalışmada; yaşlılarda sosyoekonomik düzeyin depresyon üzerinde etkili olduğu bulunmuş, yaşlıların kendi sosyal ve ekonomik düzeylerini alt ya da orta düzey olarak algılamalarının depresyon varlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Eğitim düzeyi ve gelir durumu, depresyondan korunmada ve depresyona neden olan unsurlarla baş etmede önemli rol oynamaktadır.

İzmir ili İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki yaşlılarda yapılan bir çalışmada (57); sosyal güvencesi olmayanlarda, sosyal güvencesi olanlara göre depresif puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sosyal güvencenin özellikle sağlık harcamalarını karşılama ve gelecek endişesini azaltma yönüyle olumlu katkılar sağladığı düşünülmektedir.

Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda (15, 16), huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığının normal yaşlı nüfusa göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda, huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı % 12,1-68,0 olarak bildirilmiştir. Huzurevlerindeki yaşlılarda depresyon sıklığını Mechanic ve Mc-Alpine (58) % 12,1, McCurren ve ark. (59) % 68,0, Wada ve ark. (60) % 32,3, Bagley ve ark. (61) % 43,7 ve Rinaldi ve ark. (62) % 57,1 olarak bildirmişlerdir.

Ülkemizde 1991 yılından bu yana yapılan bazı huzurevi çalışmalarında depresyon sıklığı % 10,2-80,4 olarak belirlenmiştir. Kurumda yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığını Bekaroğlu ve ark. (7) % 41,0, Aksüllü ve Doğan (15) % 68,9, Maral ve ark. (17) % 48,1, Demet ve ark. (38) % 35,9, Sütölük ve ark. (45) % 26,1, Topbaş ve ark. (63) % 80,4, Kurtoğlu ve Rezaki (64) % 10,2, Ekinci ve ark. (65) % 58,3 olarak bildirmişlerdir.

C. Etiyoloji

Depresyon, normal yaşlanma sürecinin bir parçası değildir, fakat yaşlanma ile birlikte artan tıbbi sorunlar, sağlık hizmetlerinin kullanımı, hastanede kalma sürelerinin uzaması, sakatlıklar ve işlevsel bozukluklar ile ilişkilidir. Depresyon aynı zamanda düşük sosyoekonomik durum, toplumsal destek veya iletişim eksikliği, yakın kayıpları, ölümler ve intiharların ileri yaşlarda artmasıyla da ilişkilidir (19, 20).

C.1. Yaşlanma Süreci

Yaşlanma süreci biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç gruba ayrılmıştır (66, 67).

C.1.1. Biyolojik Değişiklikler

Beyin yapısında yaşlanma süreci ile birlikte bellek, dikkat, algı gibi bilişsel işlevler ve psikomotor aktiviteyi olumsuz etkileyen serebral kan akımında azalma, myelin kılıfında azalma ve kalınlaşma, glial hücrelerde artma, nöron ve sinaps sayısında azalma gibi fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir (10).

Ancak, bu fizyolojik değişimin yanı sıra, depresyonu olan yaşlılarda depresyonu olmayanlara göre daha fazla patolojik görünüm saptanmıştır. Manyetik rezonans görüntülemelerinde derin beyaz maddede (özellikle frontal lob) ve bazal ganglionlarda (özellikle kaudat nukleus) aşırı yoğunluk saptanmış (40, 68, 69) ve bu özellik, geç başlangıçlı depresyonda kronikleşmeyle de ilişkili bulunmuştur (68, 70). Bu lezyonların depresyonla birlikte yürütücü işlevlerde azalmaya yol açtığı gösterilmiş ve buradan yola çıkılarak “depresyon yürütücü işlev bozukluğu sendromu” tanımlanmıştır (71). Bu sendromda psikomotor yavaşlama, aktivitelere karşı ilgi kaybı, şüphecilik, araçsal günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, antidepresanlara yavaş ve düzensiz yanıt görülmektedir (69, 71).

İnme ile depresyon arasındaki ilişkinin varlığı da bilinmektedir. Bir ya da daha çok sayıda lezyonun belirli bir eşik değerini aşacak biçimde birikerek prefrontal sistemleri ya da frontostriatal yolları kesmesi, vasküler depresyondaki temel oluşum düzeneği olarak kabul edilmektedir (2, 69, 72).

İnme sonrası gelişen depresyon, daha çok sol dorsolateral prefrontal korteks ve sol kaudat nukleustaki lezyonlarla ilişkili bulunmuştur; ayrıca, lezyonun frontal loba yakınlığıyla depresyonun şiddeti arasında da ilişki olduğu gösterilmiştir (73).

Yaşlanmayla birlikte beynin ağırlığı ve hacmi azalmaktadır. Depresyon gelişmesinde önemli rolü olduğu düşünülen bir beyin bölgesi olan frontal lobun hacminde, 60 yaşın üzerindeki sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, depresyonu bulunanlarda azalma olduğu gösterilmiştir (74, 75). Frontal lobla ilgili olarak yapılan başka bir çalışmada (76) ise, major depresyonda frontal hacimdeki sağ-sol farklılığının kontrollerden daha az olduğu belirlenmiştir.

Depresyon etiyopatogenezinde önemli rolü olduğu düşünülen birçok nörotransmitterin beyindeki konsantrasyonunun yaşlanmayla birlikte azaldığı saptanmıştır. Serotonin, noradrenalin, dopamin ve gama-amino bütirik asidin beyin konsantrasyonundaki azalma, yaşlılarda depresyona yatkınlığı artıran bir neden olarak ileri sürülmüştür (2).

Yaşlanma ile birlikte görme ve işitme azlığı gibi duyu alanlarında da işlev kaybı olmaktadır. Sonuçta soruları anlayamama, cevap verememe gibi sıkıntılar ortaya çıkmakta ve bu sorunların ilerlemesiyle bilişsel yetersizlikler, depresyon, anksiyete bozuklukları görülebilmektedir (9, 77).

C.1.2. Psikolojik Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte ruhsal yapının temel gücünü oluşturan biyolojik ve toplumsal güdüler azalmakta ve güdülenmeden kaynaklanan duygulanımda azalma sonucu çöküntü ortaya çıkabilmektedir (5). Algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama görülebilmektedir (11).

Sözü edilen değişimler sonucunda, üretkenlik işlevinden uzaklaşan, işe yaramazlık duygusu yaşayan, zihinsel işlevleri gerileyen, çevreye ilgisi azalan, yakın bellek zayıflığı olan, alıngan, benmerkezci, zaman zaman kuşkucu, günlük yaşamını sürdürebilmek için başkalarının yardımına gereksinimi olan yaşlının yalnız kalması ve çevreden soyutlanması, depresyon ve anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir (2, 6).

C.1.3. Sosyal Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte elde bulundurulan güç, saygınlık, ekonomik bağımsızlık, işlevsellik, yoğun yaşam koşulları azalmakta, birey etken pozisyondan edilgen pozisyona gelmektedir (9). Kendi ihtiyaçlarını karşılayıp diğer insanlara yardım ederken, giderek tüketen ve yardıma muhtaç insan durumuna gelebilmektedir. Sevdiklerini, eşini, arkadaşlarını ve çocuklarını kaybetmiş olabilir. Önemli sosyal değişikliklerden birisi de, emekliliktir. Emeklilik ile gelir azalmış, sosyal konum kaybedilmiş ve kişi bakıma muhtaç hale gelmiş olabilmektedir (9, 66).

Toplum yaşlandıkça öncelikleri ve gereksinimleri değişmekte, yaşlı nüfusta sağlık ve sosyal sorunlar ön plana çıkmaktadır. Endüstrileşmiş toplumlarda aile yapısının gittikçe küçülmesi, çekirdek ailelere daha çok rastlanması, daha az üretken ve daha az etkin olmak, yaşlılarda tükenmişlik duygularını artırmakta, bu durum da depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklara sebep olmaktadır. Geleneklerine bağlı toplumlarda yaşlıların konumu değişik olacağından depresyon sıklığı değişmektedir (78, 79).

C.2. Toplumsal Destek

Toplumsal destek “başkaları tarafından sağlanan kaynaklar” olarak tanımlanmıştır (80) ve “bireye önemsendiğini, sevildiğini, iletişim ve karşılıklı ödevler içeren bir toplumsal ağa ait olduğunu bildiren bilgi” olarak görülür (81).

Genel olarak destek türleri “duygusal” ve “pratik” olarak ayrılabilir. Duygusal desteğin bir bileşeni olan “bilgisel” destek ile bireylere sorunlarını çözmekte yardımcı olabilecek bilgiler sağlanır. Duygusal desteğin daha önemli başka bir bileşeni de öz değerlendirmeye ilişkilidir. Bu, kişinin kendine saygısını artırır ve olumlu öz değerlendirmeyi teşvik eder. Pratik destek, aralarında parasal destek ve pratik yardımın da olduğu birçok farklı şekillerde ortaya çıkar (82).

C.2.1. Toplumsal Desteğin Sağlığa Etki Düzenekleri

Toplumsal desteğin sağlığa etkisi için iki tür düzenekten söz edilmektedir.

Birinci düzenek, desteğin sağlık üzerindeki doğrudan etkilerini içerir. Doğrudan etkiler, sağlıkla ilişkili davranışlar üzerinden şekillenebilir. Başkalarından gelen destek ile besin dengesindeki yağ miktarını azaltmak, egzersiz yapmak veya sigarayı bırakmak gibi daha sağlıklı davranışlar özendirilebilir. Dolayısıyla, toplumsal desteğin sağlığa etkileri, kısmen toplumsal kontrolle şekillenebilir (83). Doğrudan etkiler aynı zamanda, çevre üzerindeki denetim algısının desteği artırıcı, insanın öz değerine inancını destekleyen ve böylece iyilik halini ve hastalıklara karşı bağışıklığı artıran etkisinden de kaynaklanabilir (84).

İkinci düzenek ise "tampon etkisi" adı verilen etki ile işler. Tampon etkisine göre toplumsal destek, akut ve kronik stres etkenlerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkisinin denetim altına alınmasına yardımcı olur. Öncelikle, potansiyel bir tehdidin destek olan bir kişiyle tartışılması, stres etkeni içinde bulunan örtülü tehdidin tekrar değerlendirilmesi için insana yardımcı olabilir ve böylece tehdidi daha yönetilebilir kılabilir. İkincil olarak, pratik yardım veya duygusal danışma stres etkeninin etkisinin yumuşatılması ile kişinin, stres etkeninin yol açtığı, sağlığa zararlı olabilecek sonuçlarla başa çıkmasına yardım edebilir (82).

C.2.2. Destek Etkisinin Hormonal Yolakları

Toplumsal ilişkiler, nöroendokrin tepkinin niteliğini değiştirme veya gücünü azaltma yönünde etki edebilir (85). Kararlı toplumsal durumlarda erkek primatlar, düşük adrenokortikotropik hormon ve kortizol seviyelerine sahiptir (86) ve bu nedenle strese daha az tepki verirler. Ayrıca, insanlar üzerinde yapılan az sayıda çalışmada, yüksek miktarda toplumsal desteğin daha düşük seviyede nabız, tansiyon, kortizol, adrenalin ve noradrenalin değerleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (87). Dolayısıyla, toplumsal desteğin, vücudun çevresel strese olan nöro-hümorale tepkisine doğrudan etki etmesi olasıdır.

C.2.3. Depresyonda Stres-Yatkınlık Modeli

Brown ve Harris tarafından ilk defa ortaya konan depresyonda stres-yatkınlık modeli daha sonra yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (5). Bu modele göre, depresyon iki biçimde ortaya çıkabilir.

Birincisinde, yatkın bireyler stresli yaşam olaylarını kendileri yaratırlar veya içine girerler ve sonuç olarak depresyonun ortaya çıkmasına neden olurlar. İkinci olarak da bu kişiler yatkınlığı olmayanlara göre stresli yaşam olaylarına karşı daha duyarlıdırlar (88).

C.2.4. Kayıp ve Yas

Stres yaratacak olaylar ileri yaşın vazgeçilmez bir parçasıdır ve depresyonda rol oynarlar (89). Bu dönemde bireyin yaşamını etkileyen ve depresyona yatkınlığını artıran en önemli psikososyal stres etkeni, sevilen insanların kaybı ile yaşanan yastır. Özellikle eşin yitilmesi depresyon riskini artırmaktadır (90). Eşin yitilmesinden sonraki ilk iki yıl belirgin depresif özellikler gözlenebileceği, iki yılın sonunda yasta olan yaşlıların % 14'ünün major depresyona girebilecekleri vurgulanmaktadır (2). Bu duruma alışmakta en önemli desteğin arkadaşlık ve aile ilişkileri olduğu gözlenmektedir. Yaşlı bireylerin çevresindeki toplumsal desteğin ve ilişkilerin özellikle batılı toplumlarda azalıyor olması, onların ruh sağlığı açısından ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Buna karşılık, çocuklarla ve kardeşlerle ilişkilerin sürüyor oluşu, yaşlılıkta önemli bir duygusal doyum kaynağıdır (11).

Kayıp ve yas sadece ölümle ilişkili değildir. Sevilen kişinin kaybı, kişinin kendi ölüm gerçekliğini de ortaya koymakta ve bu süreç kişinin kendisiyle ilgili yası da kapsamaktadır. Yaşlı kişinin kendi yaşamıyla ilgili beklentileri doğrultusunda fazla zamanının kalmadığı düşüncesi ve ölümle ilgili düşünceler yalnızlık ve çaresizlik duygularına neden olabilir ve bu durumda depresyon ortaya çıkabilir (91).

Yaşlılarda emeklilik ile verimlilik ve gereksinme duyulmanın azalması, bu dönemde kaybedilenler ile ilgili yas ve depresyon yaşanmasına yol açabilmektedir. Birey, işiyle ne kadar kendini bütünleştirmişse, kaybı da o kadar büyüktür ve depresyon riski de o oranda artmaktadır (92).

C.2.5. Yalnızlık ve Toplumsal Destek Eksikliği

Toplumsal ilişkilerde azalma, yoksulluk, yakınlık kurma kapasitesinin azalması (9, 30) ve yakın ilişki azlığı (44) gibi etkenler depresyon için risk etmenleri arasında yer almaktadır.

Psikiyatrik hastalıklarda toplumsal destek, hastalıkların gelişmesi ve gidişinde olumlu etkiye sahiptir. Osborn ve ark.'nın (93) 75 yaşın üzerindeki 14217 kişiyle yaptıkları bir çalışmada yalnız yaşamak depresyonla ilgili bulunmazken, sosyal izolasyon depresyonla ilişkili bulunmuştur. Burada yalnız yaşamaktan çok, yalnız geçirilen süre ve başka insanlarla görüşme sıklığı önemlidir (94). Buna göre yaşlılık döneminde toplumsal desteğin varlığı depresyon gelişmesini azaltmaktadır. Bu durum özellikle sosyal izolasyonun arttığı sakatlık gibi durumlarda daha da önemlidir.

Huzurevinde yapılan çalışmalarda da (95, 96) yalnızlık ve toplumsal destek eksikliği depresyonla ilişkili bulunmuştur. Huzurevinde kalmak başlı başına depresyon riskini artıran bir durumdur ve toplumsal desteğin olması bile bu durumu tam olarak dengeleyememektedir (23). Yakınları tarafından aranıp sorulan bireylerde depresyon görülme oranının, aranıp sorulmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (97). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yakınları ile görüşmeme ve yakınları tarafından ilgi görmeme durumlarının depresyon puanlarını anlamlı olarak yükselttiği bildirilmiştir (39, 57). Yeterli desteğin olmaması, tek başına kalamayacak derecede ekonomik zorluklara veya bakım gerektiren hastalıklara sahip olmak, huzurevlerinde depresyonun daha fazla görülmesine neden olan etkenler arasında sayılabilir. Bu konuda yapılan çalışmaların (17, 98, 99) çoğunda, huzurevinde kalmanın depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir.

Abrams ve ark. (16) çalışmalarında depresyonun huzurevinde kalan yaşlı grupta yüksek sıklıkta görüldüğünü, bu durumun tıbbi hastalık sıklığı ile ilişkili olduğunu ve var olan major depresyonun mortalite riskini artırdığını bildirmiştir. Hollanda'da yapılan bir çalışmada (95), huzurevlerindeki depresyon riskinin normal toplumdan 3-4 kat fazla olduğu saptanmıştır. Fessman ve Lester (100), huzurevlerinde sosyal bir ortam yaratılmasının depresyon ve yalnızlığı olumlu etkilediğini belirtmişlerdir.

Bekaroğlu ve ark.'nın (7) Trabzon'da yaptıkları çalışmada depresif belirtilerin görülme oranı, huzurevinde kalanlarda (% 41,0), ailesiyle birlikte yaşayanlara (% 29,0) göre yüksek bulunmuştur.

C.3. Yaşlılarda Depresyonun Yaşla İlişkisi

Depresyon yaşlılarda sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir (6, 7). Yaşla depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma vardır. Bu çalışmaların bazılarında (94, 101) anlamlı ilişki bulunamamış olmasına karşın, yapılan çalışmaların çoğunda (93, 95, 102-104) yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı gösterilmiştir. Bu yaş grubunda kayıpların daha fazla yaşanması ve hastalıkların ortaya çıkmasından dolayı, depresyon ciddi işlev kaybına ve intihar girişimlerine yol açabilmektedir (105, 106).

Yaşlılar depresyon açısından birçok risk ile karşı karşıyadır. Bunlar; bedensel hastalıklar, kullanılan ilaçlar, nörobiyolojik ve psikososyal etkenler ve diğer psikiyatrik bozukluklardır. Yaşlı depresyonlarında genetik etkenlerin rolü, gençlerde görülen depresyondan daha azdır (107-110).

Yaşlılık döneminde görülen ölüm korkusu, ayrı bir ruhsal çökkünlük nedeni olabilir. Yaşam hedeflerine ulaşamamış olması ve buna paralel benlik doyumunun sağlanamaması yaşlılarda depresyon riskini artırmaktadır. Yaşlılık dönemi, ruhsal değişikliklerin yoğun olduğu bir dönem olması nedeniyle, bu dönemdeki toplum özellikle risk altındadır (111, 112).

Bununla birlikte, yaşlılığın depresyona karşı koruyucu olabileceği yönünde çalışmalar da vardır. Handerson (113), yaşlılarda 1 aylık depresyon prevalansının, gençlere göre daha düşük olduğunu bildirmiştir. Regier ve ark. (114) ise 65 yaş ve üzeri bireylerde 1 aylık major depresif epizod prevalansının % 0,7, yetişkinlerde % 2-3 olduğunu rapor etmiştir.

C.4. Kronik Hastalıklar

Birçok kronik hastalığın yaşlılıkta depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (2, 94, 95, 104, 107, 109, 110, 115-118). Kronik hastalıklar, sürekli ağrının eşlik etmesi, başkalarına bağımlı hale gelme, günlük yaşam kısıtlılıklarına neden olma ve yaşam kalitesini düşürme gibi nedenlerle depresyona yol açarlar. Klinik deneyimler bedensel hastalığın ciddi ve yaşamı tehdit edici olduğundan daha çok, yarattığı kayıpların depresyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Sakatlığa yol açan etkenler hem bedensel sorunlar, hem de sosyal izolasyon ile depresyona neden olabilmektedirler (90, 95). Özellikle hareket kısıtlılığı olanlar bu açıdan risk altındadırlar (119).

Yaşlılarda bedensel hastalık ile depresif ruh hali arasındaki ilişki iki yönlüdür. Birinin varlığı diğerinin seyrini olumsuz etkiler (107). Yapılan çalışmalarda depresyonu olan ve bedensel hastalığı bulunan yaşlı hastalardaki bedensel hastalıkların sayısı ve şiddetinin, depresyonu olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (2).

Yaşlılarda sık görülen ve depresyona yol açan hastalıklar:

1. Kanserler; akciğer, pankreas, meme, prostat, kolon kanserleri.
2. Merkezi sinir sistemi hastalıkları; serobrovasküler olaylar, multipl skleroz, parkinson, demans, nörodejeneratif hastalıklar.
3. Dolaşım sistemi hastalıkları; konjestif kalp yetmezliği, aritmiler, anjina, hipertansiyon, miyokard enfarktüsü ve diğer kalp hastalıkları.
4. Solunum sistemi hastalıkları; kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik bronşit.
5. Endokrin hastalıklar; adrenal ve tiroid işlev bozuklukları, diyabet.
6. Enfeksiyonlar; ensefalit, menenjit, tüberküloz, hepatit.
7. Beslenme bozuklukları; folik asit, B12 vitamin eksiklikleri, elektrolit bozuklukları.
8. Diğer kronik hastalıklar; kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, artrit ve diğer romatizmal hastalıklar, görme kusuru.

C.5. İlaçlar

Çok sayıda ilaç kullanımı, yaşlılarda sağlık sorunlarına yol açan önemli bir nedendir. Çoklu ilaç kullanımı ile yaşlılarda ilaç yan etkileri, ilaç etkileşimleri ve tedavi uyumsuzluğu artar. Bir yandan da ruhsal durum olumsuz etkilenir. Birçok bedensel hastalığın bir arada bulunduğu yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı her zaman engellenemez. Temel ilke olası en düşük dozun uygulanmasıdır.

Yaşlılarda sık kullanılan ve depresyona neden olan ilaçlar; digoksin, antihipertansifler (beta blokerler, klonidin, alfa-metil dopa, rezerpin, hidralazin), antineoplastikler, steroidler, immünomodülatörler, merkezi sinir sistemi depresanları (benzodiazepinler, barbitüratlar, alkol vs.), bazı antipsikotikler, L-dopa ve indometazin'dir (2, 9, 107, 118).

C.6. Günlük Yaşam Aktiviteleri

ABD ve İngiltere'deki yaşlılar arasında depresyon belirtilerinin karşılaştırıldığı çalışmada (20), ABD'de depresif belirtilerin daha düşük düzeyde bulunmasının bazı araştırmacılara göre nedeni; ABD'de günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlılıkların ve bilişsel bozuklukların daha az olmasıdır. Bu konuda daha önce yapılan çalışmalarda da (105, 120) depresyon ve günlük aktiviteler arasında bir ilişki bulunduğu gösterilmiştir.

Kurtoğlu ve ark.'nın (64) çalışmasında kişisel bakımını yapabilme yetisinin tam olmaması depresyonla ilişkili bulunmuş, depresyon belirlenen yaşlıların % 77'sinde yeti yitimi saptanmıştır.

C.7. Bilişsel Bozukluklar (Demans)

Depresyon, demans hastalığında en sık gözlenen nöropsikiyatrik bozukluktur. Depresyon, demans hastalarında yaşam kalitesinin bozulmasına (121, 122), bilişsel yıkımın hızlanmasına (123), günlük aktivitelerdeki yetersizliğin artmasına, daha erken bir dönemde kuruma yatırılmasına (124), bakım verende depresyon sıklığının artmasına (125) neden olarak hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilemekte ve tedavi maliyetinde artışlara yol açmaktadır (126).

Demansı olmayan yaşlı bireylerle karşılaştırıldığında demans hastalarında depresyon 3-4 kat daha fazla görülmektedir (127). Demansta depresyon prevalansı değişik çalışmalarda % 1-90 arasındadır (128). Prevalans değerleri arasındaki farklılık depresyonun tanımlanması, değerlendirme yöntemleri ve klinik belirtilerindeki çeşitlilikten kaynaklanmaktadır (129). Öncelikle depresyonda görülen psikomotor yavaşlama, emosyonel labilite, ağlama hecmeleri, uykusuzluk, kilo kaybı, duygularını dile getirmede yetersizlik ve karamsarlık gibi belirtiler, depresyonu olmayan demans hastalarında da sıklıkla görülebilmektedir (130). Depresyon hastalarında belirtilerin ortaya çıkışı nispeten daha hızlı ve kısa süredir, aile bireyleri tarafından genellikle kısa zamanda fark edilir ve hekime başvurulur. Demans ise uzun sürede ve sinsi biçimde gelişir, hastanın yakınları başlangıç evrelerinde farkına varmayabilirler (131).

Demans, ilerleyici bilişsel kayıp ve işlevsellikte bozulma ile seyreden ve yıkımla sonuçlanan bir sendromdur. Yaşlılıkta demans ve depresyonun en önemli ortak özelliği, bilişsel alanda kayıpların olmasıdır. Her iki tabloda bilişsel kayıpların farklı alanlarda ortaya çıktığı, depresyonda geri dönüşebilir olduğu ve işlevselliği etkilemediği gösterilmiştir. Bununla birlikte, depresyon ve demans ayrımını yapmak zordur. Ancak asıl zorluk, her iki durumun klinikte çoğunlukla birlikte bulunmaları ya da birbirlerine ikincil olarak gelişmeleri nedeniyle ortaya çıkmakta; “saf” demans veya depresyon tablolarına nadir rastlanmaktadır (131).

Depresyona ikincil olarak bilişsel kayıpların ortaya çıktığı ve bazı durumlarda demansa benzeyen tabloları tanımlamak için uzun yıllar “psödodemans” adlandırması kullanılmıştır (132). Ancak son yıllarda yaşlılık depresyonları ile ilgili çalışmaların artmasıyla, psödodemans tablosunun aslında gelişmekte olan gerçek bir demansı yansıtabileceği öne sürülmüştür. Nitekim günümüzdeki bilgilerimiz yaşlılık depresyonlarının, özellikle ilk kez yaşamın geç yıllarında gelişen depresyonların önemli bir bölümünün demans zemininde geliştiğini, demansın öncülü olduğunu veya demans gelişimini kolaylaştırdığını, yani demansla ilişkili olduğunu göstermektedir (131).

Demans ve depresyon bu denli sıklıkla birlikte görülür hatta iç içe geçmiş tablolar oluştururken, her iki tablonun da erken tanı ve tedavisi ayrı ayrı önem taşıdığından, ayırıcı tanı çok önemlidir. Demans erken teşhis edildiğinde bilişsel işlevleri destekleyen ve yıkımı geciktiren ilaçların kullanımıyla, bireylerin yaşam kalitesi artırılmakta ve ilerisi için plan yapma fırsatı sunulabilmektedir (133). Depresyon ise tedavi edilmediğinde ciddi kayıplara, ek tıbbi hastalıklara, gereksiz sağlık harcamaları ve ilaç kullanımına dolayısıyla ilaç yan etkilerinde artışa, yaşam kalitesinde düşmeye, sosyal yaşamın bozulmasına ve bakımevine gidişin hızlanmasına yol açan, oysa tanındığında tedavi oranları yüksek olan bir durumdur (134).

C.8. Gençlerdeki Benzer Risk Etmenleri

Daha genç yaş grubunda görülen depresyondaki bazı risk etkenleri yaşlılık çağı depresyonlarında da gözlenebilmektedir. Bunlar; daha önce geçirilmiş bir depresyon nöbetinin olması, uyku bozukluğu ve kadın olmadır.

Toplumda yapılan araştırmalar (135) bir major depresyon nöbeti geçirmiş olmanın yeni bir nöbet geçirme riskini artırdığını göstermektedir. 15 yıl gibi uzun süreli bir kohort çalışmasında (136) depresyonun yinelenme olasılığı % 78 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, yaşlı nüfusta yapılan çalışmalarda da (90) daha önceden geçirilmiş depresyon varlığının depresif nöbet geçirme riskini artırdığı gösterilmiştir.

Ayrıca gençlerde olduğu gibi, uykusuzluk veya fazla uyuma da yaşlılarda depresyon için risk etkeni olarak tanımlanmaktadır (90, 137).

Cinsiyet göz önüne alındığında ise, ileri yaştaki kadınlarda da gençlerdekine benzer şekilde depresyonun erkeklere göre daha sık görüldüğü belirtilmektedir (90, 101).

C.9. Diğer Risk Etkenleri

C.9.1. Yaşanılan Ortamdan Memnuniyet

Hacıhasanoğlu ve Yıldırım'ın (97) alışmasında yaşlı bireylerin yaşadıkları ortamdan memnuniyet durumlarına göre depresyon sıklıkları incelendiğinde; memnun olmayanların tamamında depresyonun olduğu görülmüştür. Demet ve ark.'nın (38) alışmasında huzurevinde yaşayan bireylerin yaşadıkları kurumun fiziksel koşullarından yeterince hoşnut olmamalarının depresyonla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

C.9.2. Boş Zamanları Değerlendirme

Bahar ve ark.'nın (39) alışmasında yaşlıların kurum içinde boş zamanlarını değerlendirme durumları ile ortalama depresyon puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Altay ve Avcı'nın (12) Samsun Huzurevi'nde yaptıkları çalışmada yaşlıların boş vakitlerini daha çok televizyon izleyerek geçirdikleri bildirilmektedir. Bu durumun, yaşlıların sosyal olaylara ilgi duyduklarını gösterebileceği gibi, yalnızlığın bu şekilde giderilmeye çalışılması ile ilgili de olabileceğinden söz edilmektedir.

Gazete ve kitap okumanın az olmasının, eğitim durumlarının düşük olması ile ilgili olduğu ve kurumda zamanını sohbet ederek geçiren yaşlı oranının düşük olmasının, sosyal iletişimde yetersizlik sorunu olduğunu gösterdiği bildirilmektedir.

C.9.3. Dini İnanç

Literatürde dindarlığın depresyondan koruyucu etkenler arasında sayıldığı belirtilmektedir (44). Japonya’da 1525 kişi ile yapılan bir çalışmada çocuk sayısı ile depresyon arasında ilişki bulunurken, Hollanda’da yaşlılarda dini inancın depresyona karşı koruyucu olduğu belirlenmiştir (104, 138).

C.9.4. Çevresel Etkenler

Kontrol altına alamayacağımız ve her ülkedeki depresif belirtileri farklı oranlarda etkileyebilecek diğer faktörler [sosyal normlar, inançlar, coğrafi bölge (soğuk ya da güneş ışığına maruziyet), mevsim ve fiziksel aktivite], yapılacak araştırmalar ile ayrıca incelenebilecektir (20). Örneğin, ECA (Epidemiologic Catchment Area) ve EURODEP çalışmalarından elde edilen veriler analiz edildiğinde; ortalama güneş doğuş saatinin, depresyonun sıklığını etkilediği ve daha az gün ışığı gören yerlerde yaşayan yaşlılarda depresyonun daha fazla olduğu bildirilmiştir (139).

C.9.5. Sigara ve Alkol Kullanma

Sigara ve alkol kullanımı, ileri yaşta görülen depresyonla ilişkili bulunmamıştır (93, 94). ABD ve İngiltere’deki yaşlılar arasında depresyon belirtilerinin karşılaştırıldığı çalışmada (20), ilginç olarak, İngiltere’de yüksek olan alkol tüketimi, depresyonla daha düşük olasılıkla ilişkili bulunmuştur. Her ne kadar alkol kullanma bozukluğu ve depresyon eğilimi birlikte bulunan hastalarda depresyon, tedaviye direnç ve intihar olasılığı daha yüksek olsa da; yeni bir çalışma (140), ılımlı alkol kullanımının hiç kullanmayanlara göre depresyonla daha düşük düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir.

D. Yaşlılarda Depresyon Tanısı

Yaşlılarda depresyonun tanısı zordur. Çünkü yaşlılık döneminde, hem hastalar hem doktorlar ortaya çıkan depresif belirtileri, yaşlanmanın doğal sürecinin bir parçası olarak görebilirler. Yaşlılar, duygularını belirtmeye isteksizdirler. Bu yüzden, daha çok bedensel yakınmalarla başvururlar. Dolayısıyla, hem hasta hem doktor tıbbi durum üzerine odaklanabilirler; bu durum, depresyon tanısından uzaklaşmalarına yol açabilir (2, 141).

Öncelikle, hastanın öyküsü hem kendisinden hem de onu bilen bir yakınından ayrıntılı bir şekilde alınmalıdır. Özellikle hastanın son dönemdeki işlevselliği önemlidir. Öyküsünde hastanın önceki psikiyatrik hikayesi, ailenin ruhsal öyküsü, kişilik özellikleri, kronik hastalıkları, hastalık belirtilerinin gelişim süreci sorgulanmalıdır. Fizik muayenesi yapılmalı, depresyona neden olabilecek olası bedensel hastalıklar araştırılmalıdır. Tam kan sayımı, elektrolit değerleri, karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyonları, EKG, beyin CT'si, vitamin B12, folat düzeyleri gibi laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır.

Hastanın bilişsel işlevleri "standardize Mini Mental Test (sMMT)" ile değerlendirilmelidir. Böylece hastanın demans açısından ayırıcı tanısı yapılmış olur. Bu test, depresyon tedavisi sırasında ve sonrasında, bilişsel işlevlerin değerlendirilmesinde yardımcı olur. Depresyonun şiddetini anlamak için "Geriatrik Depresyon Ölçeği'nden (GDÖ)" faydalanılabilir (2, 107, 142).

E. Yaşlılarda Depresyonun Kliniği

Yaşlılık depresyonları gençlerdeki depresyona benzemekle birlikte, bazı özellikleri ile farklılık gösterir; depresif duygu durumuna az rastlanırken, bilişsel belirtiler daha sık görülür. Yaşlılar duygu ve düşüncelerini yeterince ifade edemezler. Kilo kaybı, bedensel yakınmalar ve bedensel hastalık birlikteliği sıktır, ölüm oranı yüksektir. Depresyon, bazı bedensel hastalıkların öncü belirtisi olabilir. Demansa benzer durumlar görülebilir (26, 143).

Depresyonun tipik işareti olan depresif duygu durumu yaşlılarda daha az görülür. İştah kaybı, uyku yakınmaları, ilgi ve enerji kaybı gibi belirtiler ise daha sıktır. Bedensel yakınmaları ve uğraşları artar (143). Yaşlı hastaların depresyonunda duygu durumundaki değişikliklerden kaynaklanan yakınmalar, bedensel yakınmalarla yer değiştirmiştir (2, 27, 141). Somatik yakınmalar yaşlılarda gençlere göre daha sık olarak depresyon dışı nedenlere bağlı olabilir; somatik yakınmaların bu yaş grubunda depresyon tanısı açısından daha az değer taşıdığı bilinmelidir. Örneğin uyku bozuklukları, cinsel işlevde azalma, kabızlık, iştah problemleri, eklem ağrıları psikiyatrik açıdan sağlıklı yaşlılarda da sık rastlanan belirtilerdir (142, 144).

Anksiyete ve ajitasyonun eşlik ettiği depresif tablolar sıktır. Aşırı huzursuzluk, yerinde duramama, sürekli ellerini ovuşturma ajite depresyonu düşündürmelidir. Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtileri görülebilir. Bedensel belirtiler yanlış olarak bedensel hastalık olarak algılanabilir (107).

Depresyondaki yaşlı umutsuzluk duyguları, değersizlik fikirleri taşır. Geçmişteki başarısızlıklar, hatalar ve düşüncesizliklerinden dolayı kendini suçlar. Şu anki durumunu ve geleceğini umutsuz görür (118).

Forsell ve ark. (145) yaşlı hastalardaki depresif belirtileri iki gruba ayırmışlardır. 1. grup; disfori, iştahsızlık, suçluluk duygusu, ölme isteği ya da ölüm düşüncelerinin daha fazla bulunduğu “duygu durumu bozukluğu” tipidir. 2. grup; ilginin kaybedilmesi, psikomotor değişiklikler, enerjinin kaybı ve düşünceleri yoğunlaştırmada zorluk çekmenin daha fazla görüldüğü “yönelme bozukluğu” tipidir. Yaşlı kadınlarda duygu durumu bozuklukları alt tipi daha fazla görülürken, erkeklerde yönelme bozukluğu tipi daha fazladır.

Yaşlılık depresyonu psikotik özellikler gösterebilir. Hastanede yatmakta olan yaşlı depresif hastalarda psikotik depresyon sıklığı % 30-45 arasında bildirilmektedir. Bu hastalarda daha çok hezeyanlar bulunur. Halüsinasyonlar ise daha az görülmektedir. Suçluluk, bedensel ve nihilistik hezeyanlar, hipokondriyak yakınmalar olabilir. Bazen kötülük görme ve kıskançlık hezeyanları da tabloya eklenebilir. İşitme halüsinasyonları olabilir. Psikotik depresyon, hezeyanların daha sistematize olması ve duygu durumuyla uyumlu olması ile demanstaki hezeyanlardan ayrılır (107, 143).

F. Yaşlılarda Depresyonun Prognozu

Murphy (67) yaşlı depresyonlarının seyrini araştırmış ve hastaların % 35'inin 1 yıl sonra iyileştiğini, % 19'unun tekrarladığını, % 29'unun hastalığının devam ettiğini, % 3'ünde demans geliştiğini, % 14'ünün öldüğünü bildirmiştir. Cole ve ark.'nın (146) yaptığı bir meta-analizde depresyon tanısı konan yaşlı hastaların % 33'ünün iyileştiği, % 33'ünün halen depresyonda olduğu, % 21'inin öldüğü saptanmıştır. Ayrıca, tamamlanmış intiharlar, yaşlı nüfusta genel nüfusa göre iki kat daha çok görülmektedir (147).

Yaşlı depresyonlarının seyrini etkileyen etkenler; hastalık öncesi işlevselliğin kötü olması, bedensel hastalıklar, bilişsel bozukluklar, yeti yitimi, melankolik ve psikotik özelliklerin olması, ilk atağın yaşlılıkta başlaması, yakınmaların en az iki yıldır sürüyor olması, sosyal destek eksikliği, eş kaybı, alkol alışkanlığı, kötü beslenme, uğraş azlığı, ekonomik sıkıntılar, konut ve bakım sorunlarının olmasıdır (32, 67, 148).

Yaşlılarda depresyon ölüm oranını artırır. Ölüm nedeni doğrudan depresyonla ilişkilendirilemez. Eşlik eden bedensel hastalıkların seyrini etkileyerek ölüme neden olabileceği öne sürülmüştür. Depresyonun eşlik ettiği bedensel hastalıklarda sonlanışın daha kötü olduğu gösterilmiştir (107).

Depresyonda kişinin yaşamdan beklentileri ve yaşam kalitesi düşer. Yeti yitimi olur. Kişi, sonuçsuz ve yıkıcı bir acı çekme sürecine girmektedir. Bedensel hastalıklara yakalanma ve intihar riski artmıştır. Bu nedenle yaşlıda klinik olarak depresyon saptanır saptanmaz tedavisi başlanmalıdır (32).

G. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi

Yaşlılarda depresyon tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi, toplum desteği sağlama ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) yöntemleri uygulanır. Yaşlılara ilaç başlanırken yaşla birlikte meydana gelen ilaçların dağılımı, metabolizması ve eliminasyonlarındaki değişiklikler göz önüne alınmalıdır (149). Yaşlılarda gençlere göre ilaç yan etki riski daha fazladır. Çoklu ilaç kullanımı nedeniyle ilaç etkileşimi daha sıktır (110).

İlaç tedavisi olarak Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü (SSGI), Trisiklik Antidepresanlar (TSAD) ve diğer antidepresanlar verilebilir. Eldeki tüm antidepresan tedavilerin yaşlılık depresyonunda etkinlikleri eşittir. TSAD'ların ortostatik hipotansiyon, kardiyotoksikite ve antikolinergik yan etkileri bulunduğu için, zorunlu olmadıkça kullanılmamalıdır. SSGI ilaçlar, yaşlı depresyonlarında etkinlikleri, kullanım kolaylıkları, güvenli oluşları ve iyi tolere edilmeleri nedeniyle ilk tercihtir. Yan etkileri çok daha azdır. Genelde bulantı, kusma, uykusuzluk, kilo alma ve yorgunluk gibi yan etkileri tedavi başarısını etkilememektedir. SSGI'ler % 60-80 arasında tedaviye cevap sağlamaktadır.

SSGI grubu içinde citalopram ve sertralinin etkinliklerinin kabul görmesi ve kolay tolere edilmesi tercih nedenidir. Fluoksetin ise uzun yarılanma ömründen ve yaşlıların ilaç metabolizmasındaki yavaşlamadan dolayı daha az tercih edilmektedir (110, 149, 150).

Salzman ve ark. (151), 1996-2001 yılları arasında yaşlı depresyonlarında tedavi etkinliklerini araştıran çalışmalarını derlemişlerdir. İlaç verilen 97 ve EKT uygulanan 12 çalışmayı değerlendirmişler ve her ikisinin de etkili olduğunu bulmuşlardır. Antidepresanlar en az orta derecede etkilidir. Yan etkilerinin az olmasına rağmen SSGI'ler diğer antidepresanlardan daha etkili değildir. Ayrıca demanslı depresif hastalarda da etkindir. Kronik hastalığı olan hastalarda da güvenli bulunmalarına rağmen bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olduğu bildirilmektedir. Antidepresif tedaviler major depresyonda her zaman plasebodan üstündür. Minör depresyon ve distimik bozuklukta ise bu etkinlik her zaman gözlenmemiştir. EKT yaşlı depresif hastalarda etkin ve güvenlidir. Çok şiddetli depresiflerde çok etkilidir. 80 yaşındaki hastalar dahi EKT'ye iyi katlanabilmişlerdir.

Vitamin B12 ve folik asit eksikliği tespit edilmesi durumunda tedavi edilmesi gerekir. Vitamin replasmanı yapılmayan hastalarda antidepresif tedaviden tam sonuç alınamayacağı bildirilmektedir (110).

Depresyonun ileri yaşlarda ortaya çıkması, tedavi çabaları için bir engel oluşturabilir ve yaşlılarda tedaviyi güçleştirecek birçok neden vardır. Toplumda hoş karşılanmayacağı ve damgalanacağı düşüncesi, tedavi ile ilgili olumsuz düşünceler, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar ve bakım masrafları tedaviyi güçleştiren nedenlerdir (20, 21).

Psikoterapinin yaşlı depresyonlarında etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle, bilişsel davranışçı ve kişiler arası terapi, yaşa bağlı gelişen bilişsel değişikliklere göre düzenlendiğinde daha iyi sonuçlar alınabilir. Yaşlılarda psikoterapiler etkin olmasına rağmen uzun tedavi süreci gerektiğinden, uygulama azdır. Hastaya sosyal destek sağlanması, tedaviyi olumlu etkiler. Aileler genellikle depresif hastaya çok önemli bir destektir. Ayrıca, kurumda yaşayan yaşlı depresyon hastalarına kurum görevlileri (bakım vericiler, sağlık personeli) tarafından da sosyal destek sağlanması önemlidir (110, 149, 152).

H. Yaşlılarda Depresyonun Önlenmesi

Yaşlılıkta görülen depresyon özellikle risk etkenleri açısından, daha genç olanlarda görülenden farklı özellikler taşımaktadır. Psikososyal ve biyolojik etkenler bir bütün olarak yaşlıyı depresyona ve depresyonun komplikasyonlarına açık hale getirir. Bu yaş grubunda kayıpların yaşanmasını tamamen engellemek olası olmasa da, toplumun yas süreciyle ilgili bilgilendirilmesi, patolojik yas ve depresyona erken müdahale etmek açısından yararlı olabilir.

Toplumsal destek yaşlılık döneminde her aşamada koruyucu olabilmektedir. Bu açıdan yaşlıların sosyal izolasyonlarını engelleyecek sosyal aktivitelerin artırılması önemlidir. Bu durum özellikle huzurevleri için de geçerlidir. Huzurevlerinin tek başına depresyon riskini artırması, bu kurumlarla ilgili müdahalelerin gerekli olduğunu göstermektedir.

Yaşlılık döneminde hem daha önce geçirilmiş depresyon, hem de fiziksel hastalıklar depresyon riskini artıran diğer etkenlerdir. Bu açıdan, sosyal hizmetlerin geliştirilerek hastalıklarla ilgili taramaların yapılması ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi yarar sağlayacaktır.

Var olan ve olası risklerin belirlenmesiyle ilgili daha ileri çalışmaların yapılması, bu konudaki eksikliklerin ve olası karıştırıcı etkenlerin belirlenebilmesine yardım edecektir. Bu yaş grubunda depresyona ve risk etkenlerine erken müdahale ile yaşlılık döneminde yaşam kalitesinin artırılması ve bu dönemin daha verimli ve daha doyurucu geçirilebilmesi sağlanabilecektir (23).

Bu araştırmanın amacı; Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nde kalan 65 yaş ve üzeri yaşlılarla, Uludağ Üniversitesi Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde aileleriyle birlikte veya yalnız yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda depresyon sıklıkları ve etkileyen etmenlerin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel özellikteki bu çalışmada Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi'nde kalan 65 yaş ve üzeri yaşlılarla, Uludağ Üniversitesi Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde (HSEAUB) yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılar, "Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) Kısa Form" ile taranmıştır. Öncelikle, yaşlıların bilişsel durumları "standardize Mini Mental Test (sMMT)" ile değerlendirilip, 24'ün altında puan alanlar çalışma dışında tutulmuştur. Ayrıca, ağır bedensel hastalığı olanlar, ileri işitme, görme ve bilişsel fonksiyon bozukluğu bulunanlar, üç kez gidildiği halde ulaşılamayanlar ve görüşmeyi kabul etmeyenler çalışma dışında bırakılmıştır.

Çalışma öncesi Bursa Büyükşehir Belediye Başkanlığı Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı'ndan 31.05.2010 tarih ve 0.26.33-804.01-64197 sayı ile yazılı izin alınmıştır. UÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Araştırma Etik Kurulu'nun da 01.06.2010 tarih ve 2010-2/5 no.lu kararı ile onayı alınmıştır.

A. Araştırılan Gruplar

A.1. Huzurevinde Kalan Yaşlılar

Huzurevindeki çalışma için, "Kaplıkaya, Ertuğrulgazi Mahallesi Huzurevi Caddesi No:54/1-A 16320 Yıldırım/Bursa" adresinde bulunan Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi Tesisleri'ne haftada 4 gün gidilmiştir. Huzurevinde 65 yaş ve üzeri 191 yaşlı bulunmaktadır. Bu araştırma için huzurevinin fiziki koşulları uygun olan bir odasında, mesai gün ve saatleri içerisinde yaşlılar ile tek tek görüşülmüştür. Ancak, ağır bedensel hastalığı olan ve ileri işitme, görme ve bilişsel işlev bozukluğu bulunan 25 yaşlı, kaldıkları odalarda ziyaret edilmiş ve çalışma dışında bırakılmalarına karar verilmiştir. Ayrıca, "sMMT" ile değerlendirme sonucu 7 yaşlı çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırmayı kabul etmeyen 10 yaşlı ve ulaşılamayan 3 yaşlı da çalışma dışında kalmıştır. Sonuç olarak, huzurevinde 146 yaşlı çalışma kapsamına alınmıştır.

A.2. UÜ Nilüfer HSEAU B'nde Yaşayan Yaşlılar

UÜ Nilüfer HSEAU Merkezi 3 Sağlık Birimi'nden oluşmaktadır. Bunlar Fethiye, Kültür ve Ahmet Yesevi Sağlık Birimleri'dir. Fethiye Sağlık Birimi Fethiye ve Işıktepe Mahalleleri'ne sağlık hizmeti sunarken, Kültür Sağlık Birimi Üçevler, Alaaddinbey, Demirci, Ürünlü, Çamlıca ve Gümüştepe Mahalleleri'ne sağlık hizmeti vermektedir. Ahmet Yesevi Sağlık Birimi ise Ahmet Yesevi, Balat, Özlüce, Ertuğrul ve Minareli Çavuş Mahalleleri'ne sağlık hizmeti sunmaktadır. Bölgede 65 yaş ve üzeri yaşlılar ebe/hemşireler tarafından izlenmektedirler. Yılda iki kez yapılan bu izlemlerde yaşlıların kan şekerleri ve kan basınçları ölçülmektedir. Ölçüm sonuçları yüksek olanlar bölgede çalışan hekimler tarafından muayene edilmekte, tedavileri düzenlenmekte, gerek görülmesi durumunda da bir üst basamağa yönlendirilmektedirler.

Her ne kadar Gümüştepe, Ertuğrul ve Minareli Çavuş Mahalleleri ebe/hemşire izleminden çıkartılmış olsa da, bu mahallelerde yaşayan yaşlıların araştırma kapsamı içerisinde yer almaları sağlanmıştır. Bu sayede araştırmanın nispeten daha geniş bir bölgede yürütülmesi amacına da ulaşılmıştır. Ancak, bu üç mahallede yaşayan yaşlıların izlem dışı kalmaları nedeniyle, araştırmanın evrenini oluşturacak olan yaşlılar, "Yaşlı İzlem Kartı" yerine "Ev halkı Tespit Fişi (ETF)" kayıtlarından yararlanılarak belirlenmiştir.

Nilüfer HSEAU B'nde araştırmaya katılacak olan 65 yaş ve üzeri yaşlılar, sistematik örnekleme yöntemine göre belirlenmiştir. Ebe/hemşireler tarafından daha önce ETF'lere kaydedilmiş olan bireylerden, 1945 yılında ve daha önce doğmuş olanlar, evreni oluşturmak üzere seçilmişlerdir. Evrene ait yaşlı listeleri oluşturulurken, Sağlık Birimleri'ndeki her mahalleye ait ETF klasörlerinde yer alan ETF'lerin sırası esas alınmıştır. Bu sayede, araştırmaya katılacak olan yaşlıların seçiminde tarafsız davranılması, tüm yaşlılara eşit şans tanınması ve toplumu en iyi temsil etme olanağının sağlanmasına çalışılmıştır.

ETF'lerde kayıtlı olan yaşlılar, "ailesi ile beraber yaşayanlar" ve "yalnız yaşayanlar" olarak öncelikle ikiye ayrılmışlardır. Ayrıca, her iki yaşlı grubu kendi arasında, cinsiyete göre de ikiye ayrılmıştır.

Nilüfer HSEAUB'nde 65 yaş ve üzeri 1793 yaşlı yaşamaktadır. Yaşlılardan 1552'si "ailesi ile beraber", 241'i "yalnız" yaşamaktadır. "Ailesi ile beraber yaşayan" 1552 yaşlınının 830'u (%53,5) kadın, 722'si (%46,5) erkektir. "Yalnız yaşayan" 241 yaşlınının 182'si (%75,5) kadın, 59'u (%24,5) erkektir.

Araştırmada üç yaşlı grubuna ait verilerin karşılaştırılabilmesi için öncelikle gruplardaki katılımcıların sayılarının birbirine yakın olmasına çalışılmıştır. Nilüfer HSEAUB'ni temsil edecek olan iki yaşlı grubuna ait katılımcıların sayısı belirlenirken, huzurevindeki çalışma kapsamına alınan katılımcıların sayısı (n=146) esas alınmıştır. Her üç araştırma grubuna ait katılımcı sayısının birbirine yakın olması amacıyla, bölgede "ailesi ile beraber yaşayan" 1552 yaşlıdan 156'sinin ve "yalnız yaşayan" 241 yaşlıdan 158'inin araştırma kapsamına alınması uygun görülmüştür.

Nilüfer HSEAUB'ni temsil edecek olan iki araştırma grubunun kadın ve erkek sayıları, bölgede "ailesi ile beraber" ve "yalnız" yaşayan yaşlı nüfusun kadın ve erkek sayıları ile orantılı olacak şekilde ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bu durumda, "ailesi ile beraber yaşayan" ve araştırma kapsamına alınan 156 yaşlıdan 83'ü (% 53,5) kadın, 73'ü (% 46,5) erkek olarak belirlenmiştir. "Yalnız yaşayan" ve araştırma kapsamına alınan 158 yaşlıdan da 119'u (% 75,5) kadın, 39'u (% 24,5) erkek olarak belirlenmiştir.

A.2.1. Nilüfer HSEAUB'nde Ailesi İle Beraber Yaşayan Yaşlılar

Nilüfer HSEAUB'nde "ailesi ile beraber yaşayan" 830 yaşlı kadından 83'ü ve 722 yaşlı erkekten 73'ü "sistemik örnekleme yöntemi"ne göre seçilmiştir. Bunlardan sMMT sonucu 24'ün altında puan alan 3 yaşlı ve iletişim kurulamayacak kadar ağır işitsel, görsel ve bilişsel işlev bozukluğu bulunan 3 yaşlı araştırma dışında tutulmuştur. Ayrıca, araştırmayı kabul etmeyen 6 yaşlı ve ulaşılamayan 22 yaşlı araştırma dışında bırakılmıştır. Ancak, araştırma dışında tutulan yaşlıların yerlerine yedek listeden yenileri seçilmiş ve araştırma "ailesi ile beraber yaşayan" toplam 156 yaşlı ile tamamlanmıştır.

A.2.2. Nilüfer HSEAUB'nde Yalnız Yaşayan Yaşlılar

Nilüfer HSEAUB'nde "yalnız yaşayan" 182 yaşlı kadından 119'u ve 59 yaşlı erkekten 39'u da "sistemik örnekleme yöntemi"ne göre seçilmiştir. Bunlardan sMMT sonucu 24'ün altında puan alan 5 yaşlı ve iletişim kurulamayacak kadar ağır işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu bulunan 1 yaşlı araştırma dışında tutulmuştur. Ayrıca, araştırmayı kabul etmeyen 2 yaşlı ve ulaşılabilen 11 yaşlı araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırma dışında tutulan yaşlıların yerlerine yedek listeden yenileri seçilmiş ve araştırma "yalnız yaşayan" toplam 158 yaşlı ile tamamlanmıştır.

B. Veri Toplama Yöntemi.

Ankete dayalı bu araştırma, huzurevinde ve yaşlıların ikamet ettiği adreslerde, onlarla yüz yüze görüşmek suretiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesi her bir yaşlıya araştırmanın amacı, önemi ve içeriği hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır.

Yaşlılar, bilişsel durumları, eğitilmiş olup olmamalarına göre farklı sMMT formlarından birisi ile değerlendirilmiştir. sMMT sonucu 24 puan ve üzeri puan alan bireylere "Sosyodemografik Veri Formu" ve "GDÖ Kısa Form" uygulanmıştır.

B.1. Standardize Mini Mental Test (sMMT):

Folstein ve arkadaşları (153) tarafından geliştirilmiştir. Bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, eğitilmişler için Güngen ve arkadaşları (154), eğitimsizler için Ertan ve ark. (155) tarafından yapılmıştır. 30 puan üzerinden değerlendirilen testte kesme puanı 23/24 olarak alınmaktadır.

Formun sol üst kısmında ad, soyad, yaş, cinsiyet ve meslek bilgilerine, sağ üst kısmında ise tarih, aktif kullanılan el, eğitim düzeyi ve süresi ve toplam puan bilgilerine yer verilmektedir.

sMMT yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan bölümlerinden oluşmaktadır (Ek-1a, Ek-1b).

Yönelim bölümünde önce içinde bulunulan yıl, mevsim, ay, ayın kaçınıcı günü olduğu ve hangi günde bulunulduğu sorulmaktadır. Hiç eğitim almamış olanlara ayın kaçınıcı günü olduğu sorusu yerine, sabah mı öğlen mi yoksa akşam mı olduğu sorulmaktadır.

Sonra içinde yaşanan ülke, bulunulan şehir, semt, bina ve kaçınıcı katta bulunulduğu sorulmaktadır. 10 sorudan oluşan yönelim bölümü toplam 10 puan değerindedir.

Kayıt hafızası bölümünde 1 sn ara ile söylenen 3 kelimenin (masa, bayrak, elbise) yaşlı birey tarafından tekrar edilmesi istenmektedir. 20 sn süre tanınıp, her doğru kelimeye 1 puan (toplam 3 puan) verilmektedir. Yanlış veya eksik cevap verilmesi halinde en fazla 5 kez kelimeler tekrarlanıp, testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanmaktadır.

Dikkat ve hesap yapma bölümünde 100'den geriye doğru 7 çıkartılarak (100, 93, 86, 79, 72, 65) sayılması istenmektedir. Her bir doğru çıkartma işlemine 1 puan (toplam 5 puan) verilmektedir. Eğitim almamış olanlardan ise haftanın günlerini geriye doğru (pazar, cumartesi, cuma, perşembe, çarşamba, salı) sayması istenmektedir. Her doğru sayılan gün için 1 puan (toplam 5 puan) verilmektedir.

Hatırlama bölümünde, kayıt hafızası bölümünde tekrar edilen üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenmektedir. Doğru olarak hatırlanan her bir kelimeye 1 puan (toplam 3 puan) verilmektedir.

Lisan bölümü ile ilgili sorular 6 konudan oluşmaktadır.

Gösterilen iki nesnenin (saat, kalem) ne olduğu sorulmaktadır. 20 sn süre içerisinde verilen 2 doğru cevaba toplam 2 puan verilmektedir.

“Eğer ve fakat istemiyorum” cümlesinin tekrarı istenmektedir. 10 sn süre içerisinde kelimesi kelimesine doğru tekrar edilmişse 1 puan verilmektedir.

Yaşlıdan, söylenen üç basamaklı işlemi uygulaması istenmektedir. “Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alıp, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen” cümlesi söylenerek 30 sn süre tanınmaktadır. Her bir doğru işleme 1 puan (toplam 3 puan) verilmektedir.

Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümlenin (GÖZLERİNİZİ KAPATIN) okunması ve yerine getirilmesi istenmektedir. Eğitimsizler için ise “yüzüme bakıp yaptığının aynısını yapın” cümlesi söylenip yerine getirilmesi istenmektedir. Doğru olarak yerine getirilmişse 1 puan verilmektedir.

Bir kağıt ve kalem verilerek, yaşlıdan, aklına gelen anlamlı bir cümle yazması istenmektedir. 30 sn süre içerisinde yazılan ve anlam içeren doğru bir cümle için (özne, nesne ve yüklem bulunan) 1 puan verilmektedir. Eğitimsizlerden ise evi ile ilgili bir şey söylemesi istenmektedir. 30 sn süre içerisinde söylenen anlamlı bir cümle için 1 puan verilmektedir.

Kağıt, kalem ve silgi verilerek, yaşlı bireyden, şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenmektedir. Eğitimsizlerden ise iç içe geçmiş iki dörtgenin çizilmesi istenmektedir. 1 dk süre içerisinde kenar sayıları tam olarak çizilmişse 1 puan verilmektedir.

B.2. Sosyodemografik Veri Formu:

Araştırmacı tarafından huzurevinde kalanlar için hazırlanmış 20 soruluk (Ek-2a), Nilüfer HSEAUB’nde yaşayanlar için hazırlanmış 16 soruluk (Ek-2b) formdur. Yaşlı bireylerin kişisel bilgilerini, sağlık ve sosyal durumlarını ve başkalarıyla kurdukları ilişki düzeylerini belirlemeye yöneliktir.

Formun üst kısmında araştırmancının konusu, anket no.su ve tarihi yer almaktadır.

Araştırılan yaşlının adı/soyadı için rumuz kullanılmaktadır. Doğduğu yıl kaydedilmektedir. Cinsiyeti “kadın” ya da “erkek” olarak işaretlenmektedir.

Medeni durumu sorularak “evli”, “bekar”, “eşi ölmüş” ya da “eşinden ayrılmış” olup olmadığı öğrenilmektedir.

Kaç çocuk olduğu sorusunun cevabı açık uçlu olarak alınmaktadır.

Öğrenim durumu ile ilgili olarak “okur-yazar” olup olmadığı ya da “ilkokul”, “ortaokul”, “lise” veya “yüksekokul/üniversite” mezunu mu olduğu işaretlenmektedir.

Sosyal güvencenin olup olmadığı, aylık gelirin bulunup bulunmadığı kaydedilmektedir.

Evinde kalanlar için evinde “yalnız” mı yoksa “eş ve/veya çocukları” ile beraber mi yaşadığı öğrenilmeye çalışılmaktadır.

Son 1 (bir) yıl içinde 1. derece yakın kaybının söz konusu olup olmadığı sorgulanmaktadır.

Kendi sağlığını “çok iyi”, “iyi”, “orta” ya da “kötü” olarak mı algıladığı araştırılmaktadır.

Kronik hastalık bulunup bulunmadığı işaretlenmektedir.

Yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa bunların neler olduğu açık uçlu olarak sorulmaktadır.

Uyku sorunu olup olmadığı kaydedilmektedir.

Huzurevinde kalanlara huzurevine gelmeden önce “eş ve/veya çocukları ile” mi yoksa “yalnız” mı kaldığı sorulmaktadır.

Huzurevine kendi isteği ile mi, kendi bakımını yapamadığı için mi, yakını olmamasından dolayı mı, ailesi tarafından kabul edilmediği için mi yoksa başka nedenlerle mi geldiği öğrenilmeye çalışılmaktadır.

Huzurevinde ne kadar zamandır kaldığı açık uçlu olarak sorulmaktadır.

Huzurevinden memnuniyet durumunu öğrenmek için “memnunum”, “şöyle-böyle”, “memnum değilim” seçenekleri öne sürülmektedir.

Huzurevindeki diğer bireylerle ilişki durumu “iyi”, “orta” ve “kötü” seçenekleriyle belirlenmeye çalışılmaktadır.

“Huzurevinde kalanlar” ile evinde “yalnız yaşayanlar”a, kendilerini ziyarete gelen/arayan olup olmadığı ve sıklıkla mı yoksa nadiren mi arandığı sorulmaktadır.

Tüm katılımcılara boş zamanlarını ne şekilde değerlendirdikleri sorulmaktadır. Tv seyrederek radyo dinleyerek mi, sohbet ederek mi, dışarı çıkıp yürüyerek mi, gazete kitap dergi okuyarak mı, el işi veya bahçe işleri ile meşgul olarak mı, sinema tiyatro konser aktivitelere katılarak mı, kağıt vb oyunlar oynayarak mı, uyuyup dinlenerek mi, oturarak mı, ev işleriyle meşgul olarak mı ya da bunların dışında diğer uğraşlarla mı değerlendirdikleri öğrenilmeye çalışılmaktadır.

B.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) Kısa Form:

Yesavage ve ark. (156) tarafından geliştirilen öz bildirim dayalı 30 soruluk GDÖ'nin araştırmada kullanılan kısa formu 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-3). Ölçekteki 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13.) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde olumlu sorulara "hayır", olumsuz sorulara "evet" yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten 6 ve üzeri puan toplanması, depresyon belirtileri bakımından anlamlı kabul edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve ark. (144) tarafından yapılmıştır (test-tekrar test tutarlılığı, $r=0,77$; iç tutarlılık $\alpha=0,92$).

Formun üst kısmında yaşlının adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti ve anket tarihi kaydedilmektedir.

1. Hayatından memnun olup olmadığı,
2. Eskiden ilgi duyduğu veya severek isteyerek yaptığı işleri bırakıp bırakmadığı,
3. Hayatının boş olduğunu düşünüp düşünmediği,
4. Zamanının büyük kısmında sıkılıp sıkılmadığı,
5. Çoğunlukla olumlu ruh halinde olup olmadığı,
6. Başına kötü bir şey gelmesinden korkup korkmadığı,
7. Kendisini çoğunlukla mutlu hissedip hissetmediği,
8. Sık sık kendisini çaresiz umutsuz hissedip hissetmediği,
9. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odada kalmayı mı tercih ettiği,
10. Her zamankinden daha fazla hafıza sorunu olduğunu düşünüp düşünmediği,
11. Kendisi açısından şu anda hayatta olmanın güzel bir şey olup olmadığı,
12. Kendisini şu andaki durumu ile değersiz hissedip hissetmediği,
13. Kendisini enerji dolu hissedip hissetmediği,
14. Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunu düşünüp düşünmediği,
15. Çoğu kişinin kendisinden daha iyi durumda olduğunu düşünüp düşünmediği öğrenilmeye çalışılmaktadır.

C. Araştırmanın Değişkenleri

C.1. Bağımlı Değişken

Bağımlı değişken, yaşlıların geriatrik depresyon düzeyleridir.

C.2 Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenini yaşlıların sosyodemografik özellikleri oluşturmaktadır. Bu özellikler yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim, sosyal güvence ve aylık gelire sahip olma durumları, kimlerle birlikte yaşadığı, son 1 yıl içinde 1. derece yakının kaybı, sağlığı algılama durumu, kronik hastalık mevcudiyeti, yardımcı cihaz kullanımı, uyku sorunu ve boş zamanlarını değerlendirme durumudur. Aranıp sorulma durumu “huzurevinde kalanlar” ile “yalnız yaşayanlar” için bağımsız değişkendir. “Huzurevinde kalanlar” için ayrıca, huzurevine gelmeden önce kimle kaldıkları, huzurevinde kalma nedeni ve süresi, memnuniyet durumu ve diğer bireylerle ilişki durumları da dahil edilmiştir.

D. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS (versiyon 18,0) istatistik programı ile değerlendirilmiştir.

Verilerin analizinde ki kare testi, t testi ve varyans analizi yöntemleri kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir. Analizlerde $p < 0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

E. Araştırmanın Sınırlılıkları

Huzurevindeki çalışma ağırlıklı olarak temmuz ve ağustos aylarında yürütülürken, Nilüfer HSEAU Bölgesi'ndeki çalışma ekim, kasım ve aralık aylarında gerçekleştirilmiştir. Mevsimsel farklılıklar nedeniyle bireylerin depresyon durumlarında oluşabilecek değişiklikler, çalışmada göz ardı edilmiş olmaktadır.

Evinde “yalnız yaşıyan” yaşlıların bir bölümü diğere aile bireylerinden farklı hanelerde olmakla birlikte, onlarla aynı sokak ya da binada yer alabilmektedirler. Bu durumdaki yaşlıların yakınlarındaki diğere aile bireyleri ile olan ilişkileri, ailesinden daha uzakta yalnız yaşıyan yaşlılara göre biraz farklı özellikler gösterebilmektedir.

Her ne kadar son 1 yıl içindeki 1. derece yakın kayıplarının yaşlıların depresyonu açısından daha anlamlı olması beklenirse de, önceki yıllarda meydana gelen eş ve çocuk ölümleri de yaşlıların ruhsal hayatını etkilemeye devam etmektedir. Önceki yıllarda meydana gelen 1. derece yakın kayıplarını da göz önünde bulundurmak ve devam eden bir yas durumunun olup olmadığını ortaya çıkarmak, değerlendirmede önemli olabilir.

Bazı yaşlılar “kendi sağlığını nasıl buluyorsunuz?” sorusuna, sağlıkları iyi olmasa bile “çok şükür, iyiyim” şeklinde kanaatkar bir düşünceyle cevap vermeyi tercih etmektedirler. Mevcut hastalıklarının da tartışılarak bu sorunun yöneltmesi, objektif değerlendirme yapabilmelerine olanak sağlamak açısından önem taşımaktadır.

Kronik hastalıkların mevcudiyeti araştırılırken, tıbbi tedavi ve diğere önlemlerle hastalığın kontrol altında tutulması çoğu zaman göz ardı edilmekte, tanının konmuş olması esas alınmaktadır. Mevcut hastalıkların kontrol altında tutulmasının depresyonu ne ölçüde etkileyeceğine ilişkin yapılacak çalışmalar ile bu konuda daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Tüm yaşlılara boş zamanlarını nasıl değerlendirdikleri sorulmakta ve cevaplamaları için önlerine çok sayıda seçenek sunulmaktadır. Yaşlılar boş zamanlarını tek bir alanda değerlendirmekten çok, birkaç alanda değerlendirmeyi tercih etmektedirler. Ancak araştırmada, her bir katılımcının en çok tercih ettiği tek alanın ne olduğu öğrenilmeye çalışılmıştır. Analiz yöntemine uygun değerlendirme yapabilmek amacıyla, özellikleri birbirine yakın olan veriler bir araya getirilmişler ve gruplandırılmışlardır.

Çalışmada 30 soruluk GDÖ'nin 15 soruluk kısa formu kullanılmıştır. Soru sayısının daha az olması araştırmacıya ve yaşlı bireye kolaylık getirmekle beraber, depresyon belirtileri için anlamlı sonuçlar elde edilmesini bir miktar etkilemiş olması da mümkündür.

F. Zaman Çizelgesi

Araştırmanın konusu ve amacı 2010 Mayıs ayında belirlenmiştir. İki aylık hazırlık döneminde daha çok yöntem üzerinde çalışılmıştır. Konu ile ilgili çeşitli araştırmaların gözden geçirilmesi ve kaynakların incelenmesi sonucu uygulanacak yöntem netleşmiştir. Araştırmanın evreni, seçilecek örnekler, bağımlı ve bağımsız değişkenler, veri ölçümünde kullanılacak ölçütler ve çözümlene teknikleri belirlenmiştir. Öncelikle huzurevinde araştırılacak olan yaşlı grubunu belirleme çalışmalarına başlanmıştır. Nilüfer HSEAUB'nde ETF kayıtlarının incelenerek yaşlı gruplarına ait listelerin oluşturulması işlemi ise, 08.09.2010 - 04.10.2010 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Veri toplama işlemi huzurevinde 28.06.2010 – 07.09.2010 tarihleri arasında, Nilüfer HSEAUB'nde ise 05.10.2010 – 31.12.2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulamada, seçilmiş örnekler üzerinde, önceden belirlenen teknik ve ölçütler kullanılmıştır.

Toplanan verinin derlenmesi ve değerlendirilmesine 2011 Ocak ayında başlanmıştır. Belirlenen hesaplama yöntemleri kullanılarak elde edilen bulgular nesnel olarak sunulmuştur. Ayrıca, araştırma ile ilgili yorumlar öznel olarak sunulmuştur. 2011 Nisan ayı itibariyle araştırmanın yazılması tamamlanmıştır. Zaman çizelgesi Şekil-1'de sunulmuştur.

Tez Aşamaları	2010								2011			
	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan
Konu seçimi												
Kaynak inceleme												
Hazırlık												
Huzurevinde veri toplama												
ETF kayıtlarını inceleme												
NHSEAUB'nde veri toplama												
Değerlendirme												
Çözümleme												
Yazım												

Şekil-1: Araştırmanın zaman çizelgesi.

BULGULAR

A. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan 65 yaş ve üzeri 460 yaşlıdan 146'sı (% 31,7) "huzurevinde" kalırken, 158'i (% 34,4) Nilüfer HSEAU Bölgesi'nde "yalnız", 156'sı (% 33,9) ise "ailesiyle beraber" yaşamaktadır. Her üç araştırma grubunda yer alan katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo-1'de sunulmuştur.

Tablo-1: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAU'nde yaşayan yaşlıların cinsiyetlerine göre dağılımları.

Araştırılan Gruplar	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Huzurevinde Kalanlar	54	37,0	92	63,0	146	100,0
Yalnız Yaşayanlar	119	75,3	39	24,7	158	100,0
Ailesiyle Yaşayanlar	83	53,2	73	46,8	156	100,0
Toplam	256	55,7	204	44,3	460	100,0

$$\chi^2=45,744 \text{ SD:}2 \text{ p}=0,000$$

Katılımcıların 256'sı (% 55,7) kadın, 204'ü (% 44,3) erkektir. "Huzurevinde kalan" yaşlılarla Nilüfer HSEAU'nde "yalnız yaşayan" ve "ailesiyle yaşayan" yaşlıların cinsiyetlerine göre dağılımları istatistiksel olarak farklıdır. Huzurevinde araştırmaya katılan yaşlıların çoğu (n=92, % 63,0) erkek iken, Nilüfer HSEAU'nde yalnız yaşayan ve ailesiyle yaşayan yaşlıların çoğu (sırasıyla n=119, % 75,3 ve n=83, % 53,2) kadındır.

Evrenin yaş sınırları 65 - 97 olup, yaş ortalaması ise $74,55 \pm 6,25$ 'dir (% 95 GA: 73,97-75,12). Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAU'nde yaşayan katılımcıların yaş ortalamaları Tablo-2'de sunulmuştur.

Tablo-2: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan katılımcıların yaş ortalamaları.

Araştırılan Gruplar	Yaş Ortalamaları		Yaş Sınırları	
	X±SS	% 95 GA	Min	Max
Huzurevinde Kalanlar	76,14±6,52	75,07-77,20	65	93
Yalnız Yaşayanlar	74,89±5,98	73,95-75,83	65	97
Ailesiyle Yaşayanlar	72,71±5,81	71,79-73,63	65	97
Toplam	74,55±6,25	73,97-75,12	65	97

F=12,270 SD:2 p=0,000

“Ailesi ile birlikte yaşayan ” katılımcıların yaş ortalaması, “yalnız yaşayan” ve “huzurevinde kalan” katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşüktür (Bonferroni t test).

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları, istatistiksel olarak farklıdır. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo-3'de sunulmuştur.

Tablo-3: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları.

Yaş Grupları	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Ailesiyle Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
65-69	29	19,9	31	19,6	53	34,0	113	24,6
70-74	30	20,5	42	26,6	44	28,2	116	25,2
75-79	34	23,3	47	29,7	38	24,4	119	25,9
80+	53	36,3	38	24,1	21	13,5	112	24,3
Toplam	146	100,0	158	100,0	156	100,0	460	100,0

$\chi^2 = 28,039$ SD:6 p=0,000

Yaş gruplarından 65-69 yaş grubuna dahil olan yaşlıların çoğunluğu (% 46,9, n=53) “ailesiyle beraber yaşayanlar” grubunda yer alırken, 80 yaş ve üzeri yaşlılar grubuna dahil olanların çoğunluğu ise (% 47,3, n=53) “huzurevinde kalanlar” grubunda yer almaktadır.

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların medeni durumlarına göre dağılımları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur. Araştırılan yaşlıların medeni durumları Tablo-4'de sunulmuştur.

Tablo-4: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların medeni durumlarına göre dağılımları.

Medeni Durum	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Ailesiyle Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	16	11,0	0	0,0	118	75,6	134	29,1
Bekar	15	10,3	0	0,0	0	0,0	15	3,3
Eşi Ölmüş	81	55,4	155	98,1	38	24,4	274	59,6
Eşinden Ayrılmış	34	23,3	3	1,9	0	0,0	37	8,0
Toplam	146	100,0	158	100,0	156	100,0	460	100,0

$$\chi^2 = 345,090 \text{ SD:}6 \text{ p}=0,000$$

Yaşlıların 134'ü (% 29,1) evli, 274'ünün (% 59,6) eşi ölmüş durumdadır. Evli olanların % 88,1'i (n=118) "ailesiyle yaşayanlar" grubunda yer alırken, eşi ölmüş olanların %56,6'sı (n=155) "yalnız yaşayanlar" grubunda, % 29,6'sı (n=81) "huzurevinde kalanlar" grubunda yer almaktadır.

Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayıları Tablo-5'de sunulmuştur.

Tablo-5: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların sahip oldukları çocuk sayıları.

Çocuk Sayısı	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Ailesiyle Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	48	32,9	9	5,7	1	0,6	58	12,6
1-2	56	38,4	59	37,3	40	25,7	155	33,7
3-4	31	21,2	68	43,1	79	50,6	178	38,7
5+	11	7,5	22	13,9	36	23,1	69	15,0
Toplam	146	100,0	158	100,0	156	100,0	460	100,0

$$\chi^2 = 106,203 \text{ SD:}6 \text{ p}=0,000$$

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların sahip oldukları çocuk sayıları bakımından aralarında fark bulunmuştur. Çocuğu olmayan yaşlıların % 82,8'i (n=48) "huzurevinde kalanlar" arasında yer alırken, 5 ve üzerinde çocuğa sahip olan yaşlıların % 52,2'si (n=36) ise "ailesi ile beraber yaşayanlar" arasında yer almaktadır.

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların eğitim düzeyleri bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Araştırılan 460 yaşlıdan 159'u (% 34,6) okuryazar değildir. 110'u (% 23,9) okuryazar, 112'si (% 24,3) ilkokul mezunudur. Ortaokul mezunu 39 (% 8,5), lise mezunu 24 (% 5,2), üniversite ya da yüksekokul mezunu 16 (% 3,5) yaşlı bulunmaktadır. Yaşlıların eğitim düzeylerine göre dağılımları Tablo-6'da sunulmuştur.

Tablo-6: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların eğitim düzeyleri.

Öğrenim Durumu	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Ailesiyle Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuryazar Değil	41	28,0	72	45,6	46	29,5	159	34,6
Okuryazar	28	19,2	44	27,8	38	24,4	110	23,9
İlkokul	32	21,9	33	20,9	47	30,1	112	24,3
Ortaokul	15	10,3	7	4,4	17	10,9	39	8,5
Lise	15	10,3	2	1,3	7	4,5	24	5,2
Üni/Yüksekokul	15	10,3	0	0,0	1	0,6	16	3,5
Toplam	146	100,0	158	100,0	156	100,0	460	100,0

$$\chi^2 = 59,372 \text{ SD:}10 \text{ p}=0,000$$

Okuryazar olmayan yaşlıların büyük bir bölümü (n=72, % 45,3) "yalnız yaşayanlar" grubunda yer alırken, ilkokul mezunu yaşlıların çoğunluğu (n=47, % 42,0) ise "ailesiyle yaşayanlar" grubunda yer almaktadır. Üniversite veya yüksekokul mezunu 16 yaşlıdan 15'inin "huzurevinde kalanlar" arasında yer alması dikkat çekicidir.

Öğrenim süreleri bakımından 5 yıldan daha fazla öğrenim görenler arasında “huzurevinde kalanlar”ın oranı (n=45, % 57,0), “ailesiyle yaşayanlar” (n=25, % 31,6) ve “yalnız yaşayanlar”a (n=9, % 11,4) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=33,896$ SD:2 p=0,000).

Huzurevinde ve Nilüfer HSEAUB’nde yaşayan katılımcıların meslekleri, “Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması (ISCO 88)” esas alınarak sınıflandırılmıştır. Buna göre yaşlılardan 5’i (% 1,1) Silahlı Kuvvetler, 5’i (% 1,1) kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler, 15’i (% 3,3) profesyonel meslek mensupları, 11’i (% 2,4) yardımcı profesyonel meslek mensupları, 7’si (% 1,5) büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar, 135’i (% 29,3) hizmet ve satış elemanları, 162’si (% 35,2) nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları, 76’sı (% 16,5) sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar, 23’ü (% 5,0) tesis ve makine operatörleri ve montajcıları, 21’i (% 4,6) nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar sınıfında yer almıştır. “Ev kadını” olan 106 katılımcı (% 23,0), “hizmet ve satış elemanları” sınıfı kapsamında değerlendirilmiştir.

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB’nde yaşayan katılımcıların sosyal güvence durumları, istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Araştırılan yaşlılardan 410’unun (% 89,1) sosyal güvencesi vardır.

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB’nde yaşayan yaşlıların aylık gelir durumları bakımından aralarında fark vardır. Yaşlıların aylık gelire sahip olma durumları Tablo-7’de sunulmuştur.

Tablo-7: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB’nde yaşayan yaşlıların aylık gelir durumları.

Aylık Gelir	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Ailesiyle Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	137	93,8	130	82,3	138	88,5	405	88,0
Yok	9	6,2	28	17,7	18	11,5	55	12,0
Toplam	146	100,0	158	100,0	156	100,0	460	100,0

$\chi^2=9,667$ SD:2 p=0,008

Yaşlıların 405'i (% 88,0) düzenli bir aylık gelire sahiptir. Düzenli aylık geliri olanların % 34,1'i "ailesiyle yaşayanlar", % 33,8'i "huzurevinde kalanlar" ve % 32,1'i "yalnız yaşayanlar" grubundadır.

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların son 1 yıl içinde 1. derece yakınlarını kaybetme durumları bakımından aralarında istatistiksel fark bulunmuştur. Yaşlıların son 1 yıl içinde 1. derece yakınlarını kaybetme durumları Tablo-8'de sunulmuştur.

Tablo-8: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların son 1 yıl içinde 1. derece yakınlarını kaybetme durumları.

Son 1 Yıl İçinde 1. Derece Yakın Kaybı	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Ailesiyle Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	24	16,4	37	23,4	17	10,9	78	17,0
Yok	122	83,6	121	76,6	139	89,1	382	83,0
Toplam	146	100,0	158	100,0	156	100,0	460	100,0

$\chi^2=8,779$ SD:2 p=0,012

Yaşlılardan 78'i (% 17,0) son 1 yıl içinde 1. derece yakını kaybetmiştir. Son 1 yıl içinde 1. derece yakınlarını kaybeden yaşlıların büyük bir bölümü (n=37, % 47,4) "yalnız yaşayanlar" grubunda yer almaktadır.

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların sağlık algıları bakımından aralarında fark bulunmuştur. Yaşlıların sağlık algı durumları Tablo-9'da sunulmuştur.

Tablo-9: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların sağlık algı durumları.

Sağlık Algısı	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Ailesiyle Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	64	43,8	68	43,0	91	58,3	223	48,5
İyi Değil	82	56,2	90	57,0	65	41,7	237	51,5
Toplam	146	100,0	158	100,0	156	100,0	460	100,0

$\chi^2=9,198$ SD:2 p=0,010

Araştırmaya katılan yaşlılardan 223'ü (% 48,5) sağlık algılarını "iyi" olarak ifade etmişlerdir. Sağlık algılarını "iyi" olarak ifade eden yaşlıların çoğu (n=91, % 40,8) "ailesiyle yaşayanlar" grubunda yer almaktadır. Sağlık algıları iyi olmayanların ise % 38,0'i (n=90) "yalnız yaşayanlar" ve % 34,6'sı (n=82) "huzurevinde kalanlar" grubunda bulunmaktadır.

Huzurevinde kalanlarla Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların kronik hastalık, uyku sorununun bulunma ve yardımcı tıbbi cihaz kullanma durumları bakımından aralarında istatistiksel olarak farklılık görülmemiştir. Yaşlıların 348'inde (% 75,7) kronik hastalık, 162'sinde (% 35,2) uyku sorunu bulunmaktadır. 398 (% 86,5) yaşlı yardımcı tıbbi cihaz kullanmaktadır.

Huzurevinde kalan 146 yaşlıdan 82'si (% 56,2) huzurevine gelmeden önce yalnız yaşadıklarını belirtmiştir. Yaşlıların huzurevine gelmeden önce kimlerle kaldıkları Tablo-10'da sunulmuştur.

Tablo-10: Yaşlıların huzurevine gelmeden önce kimlerle kaldıkları.

Huzurevine Gelmeden Önce Kimlerle Kaldıkları	Sayı	%
"Eş" veya "Eş ve Çocuk"	24	16,4
"Çocuk" veya "Çocuk ve Gelin (Damat)" ya da "Kardeş"	40	27,4
"Yalnız"	82	56,2
Toplam	146	100,0

Yaşlıların huzurevine gelme nedenleri Tablo-11'de sunulmuştur.

Tablo-11: Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevine gelme nedenleri.

Huzurevine Gelme Nedenleri	Sayı	%
Kendi İsteği	50	34.3
Kendi Bakımını Yapamamak	51	34.9
Aile Tarafından Kabul Edilmemek	24	16.4
Diğer	21	14.4
Toplam	146	100.0

Huzurevine kendi isteği ile gelen 50 (% 34,3) yaşlı bulunurken, kendi bakımını yapamadığı için gelen 51 (% 34,9) yaşlı, ailesi tarafından kabul edilmeyen 24 (% 16,4) yaşlı bulunmaktadır. Diğer nedenler; gelir düşüklüğü, yakınlarının olmaması, doktor veya yakınlarının tavsiyeleri, depremde evlerinin yıkılması, eşine bakmakta zorlanmak ve güvenli yer aramaktır.

Yaşlıların huzurevindeki ortalama kalma süreleri $5,79 \pm 4,50$ yıldır (%95 GA: 5,05-6,52). Huzurevinde kalma süreleri Tablo-12'de sunulmuştur.

Tablo-12: Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevinde kalma süreleri.

Huzurevinde Kalma Süreleri	Sayı	%
1 Yıdan Az	18	12,3
1-4 Yıl	46	31,5
5-9 Yıl	49	33,6
10 Yıl ve Üzeri	33	22,6
Toplam	146	100,0

Huzurevinde kalan yaşlılardan 122'si (% 83,6) huzureviden memnun olduklarını ifade etmiştir. Yaşlıların 61'i (% 41,8) diğer bireylerle ilişkilerinin iyi, 67'si (% 45,9) orta ve 18'i (% 12,3) kötü olduğunu belirtmiştir.

“Huzurevinde kalan” ve Nilüfer HSEAUB'nde “yalnız yaşayan” yaşlıların yakınları ile görüşme sıklıkları, istatistiksel olarak farklıdır. Yaşlıların yakınları ile görüşme durumları Tablo-13'de sunulmuştur.

Tablo-13: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yalnız yaşayan yaşlıların yakınları tarafından aranıp sorulma durumları.

Yakınları Tarafından Aranıp Sorulma Durumları	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet Sıklıkla	93	63,7	147	93,0	240	79,0
Evet Nadiren	42	28,8	11	7,0	53	17,4
Hiç Yok	11	7,5	0	0,0	11	3,6
Toplam	146	100,0	158	100,0	304	100,0

$$\chi^2 = 40,872 \text{ SD:} 2 \text{ p} = 0,000$$

Yakınları ile sık sık görüşebilen yaşlılardan 147'si (% 61,3) Nilüfer HSEAUB'nde "yalnız yaşayanlar" grubunda yer alırken, 93'ü (% 38,7) "huzurevinde kalanlar" grubunda bulunmaktadır.

Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme durumları istatistiksel olarak farklıdır. Dinlenme, oturma ve uykuyla zaman geçirenlerin % 47,1'i (n=48) "huzurevinde kalanlar" grubunda bulunurken, dışarı çıkma, yürüme, bahçe işleriyle veya çalışarak geçirenlerin % 41,1'i (n=51) "ailesiyle yaşayanlar" grubunda yer almaktadır. Yaşlıların meşgulliyet durumları Tablo-14'de sunulmuştur.

Tablo-14: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların meşgulliyet durumları.

Meşgulliyet	Huzurevinde Kalanlar		Yalnız Yaşayanlar		Ailesiyle Yaşayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tv/Radyo,Kağıt vb Oyun,Okuma	35	23,9	16	10,1	24	15,4	75	16,3
Sohbet, Elişi, SinTiyatKonser	28	19,2	25	15,8	22	14,1	75	16,3
Dinlenme, Oturma, Uyku	48	32,9	35	22,2	19	12,2	102	22,2
Dışarı Yürüyüş, Bahçe İş, Çalış	33	22,6	40	25,3	51	32,7	124	26,9
Ev İşleri	2	1,4	42	26,6	40	25,6	84	18,3
Toplam	146	100,0	158	100,0	156	100,0	460	100,0

$$\chi^2 = 61,384 \text{ SD:} 8 \text{ p}=0,000$$

"Huzurevinde kalanlar" arasında boş zamanlarını dinlenme, oturma ve uyku ile geçirenlerin oranı (n=48, % 32,9); "yalnız yaşayanlar" ve "ailesiyle yaşayanlar" arasında boş zamanlarını dinlenme, oturma ve uyku ile geçirenlerin oranına (sırasıyla n=35, % 22,2 ve n=19, % 12,2) göre anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2 = 18,721 \text{ SD:} 2 \text{ p}=0,000$).

B. Depresyon Sıklıkları ve Etkileyen Etmenler

Araştırmaya katılan yaşlıların GDÖ'nden aldıkları ortalama puan $4,38 \pm 2,88$ (% 95 GA: 4,12-4,65) olarak bulunmuştur. Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların GDÖ'nden aldıkları ortalama puanlar Tablo-15'de sunulmuştur.

Tablo-15: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlıların GDÖ puan ortalamaları.

Araştırılan Gruplar	GDÖ Puan Ortalamaları		Puan Sınırları	
	X±SS	% 95 GA	Min	Max
Huzurevinde Kalanlar	4,95±3,13	4,43-5,46	0	14
Yalnız Yaşayanlar	4,59±2,74	4,16-5,02	1	13
Ailesiyle Yaşayanlar	3,65±2,63	3,23-4,06	0	13
Toplam	4,38±2,88	4,12-4,65	0	14

F=8,560 p=0,000

“Ailesiyle yaşayanlar”ın ortalama GDÖ puanı, “yalnız yaşayanlar” ve “huzurevinde kalanlar”a göre anlamlı olarak daha düşüktür (Tamhane t testi).

Araştırmaya katılan yaşlılardan 137'sinde (% 29,8) depresyon belirtileri anlamlı (GDÖ puanı ≥ 6) bulunmuştur. Yaşlıların cinsiyetlerine göre depresyon durumları Tablo-16'da sunulmuştur.

Tablo-16: Yaşlıların cinsiyetlerine göre depresyon belirti durumları.

Cinsiyet	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var (GDÖ puanı ≥ 6)		Yok (GDÖ puanı < 6)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	90	35,2	166	64,8	256	100,0
Erkek	47	23,0	157	77,0	204	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$\chi^2 = 7,971$ SD:1 p=0,005

Kadınlarda depresyon belirtileri (% 35,2), erkeklere göre (% 23,0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=7,971$ SD:1 p=0,005).

Huzurevinde kalanlarla Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıkları anlamlı olarak farklıdır ($\chi^2=15,214$ SD:2 P=0,000). Yaşlıların depresyon sıklıkları Tablo-17'de sunulmuştur.

Tablo-17: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıkları.

Araştırılan Gruplar	Cinsiyet	Depresyon Belirtileri				Toplam	
		Var		Yok			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Huzurevinde Kalanlar ¹	Kadın	28	51,9	26	48,1	54	100,0
	Erkek	31	33,7	61	66,3	92	100,0
	Toplam	59	40,4	87	59,6	146	100,0
Yalnız Yaşayanlar ²	Kadın	38	31,9	81	68,1	119	100,0
	Erkek	9	23,1	30	76,9	39	100,0
	Toplam	47	29,7	111	70,3	158	100,0
Ailesiyle Yaşayanlar ³	Kadın	24	28,9	59	71,1	83	100,0
	Erkek	7	9,6	66	90,4	73	100,0
	Toplam	31	19,9	125	80,1	156	100,0
Toplam ⁴		137	29,8	323	70,2	460	100,0

¹ $\chi^2=4,658$ SD:1 p=0,031

² $\chi^2=1,102$ SD:1 p=0,294

³ $\chi^2=9,111$ SD:1 p=0,003

⁴ $\chi^2=15,214$ SD:2 p=0,000

“Ailesiyle yaşayan” yaşlıların % 19,9'u (n=31), “yalnız yaşayan” yaşlıların % 29,7'si (n=47) ve “huzurevinde kalan” yaşlıların % 40,4'ü (n=59) GDÖ'nden 6 ve üzerinde puan almıştır.

“Huzurevinde kalan” ve “ailesiyle yaşayan” yaşlıların cinsiyetlerine göre depresyon sıklıkları incelendiğinde; kadınlarda depresyon oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $\chi^2=4,658$ SD:1 p=0,031, $\chi^2=9,111$ SD:1 p=0,003). Ancak, “yalnız yaşayan” yaşlılarda depresyon sıklığı bakımından kadınlarla erkekler arasında fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,102$ SD:1 p=0,294).

Depresyon belirtilerinin sıklığı yaş gruplarına göre de anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($\chi^2=9,563$ $p=0,023$). Yaş gruplarına göre depresyon sıklıkları Tablo-18’de sunulmuştur.

Tablo-18: Katılımcıların yaş gruplarına göre depresyon belirti durumları.

Yaş Grupları	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
65-69	24	21,2	89	78,8	113	100,0
70-74	31	26,7	85	73,3	116	100,0
75-79	38	31,9	81	68,1	119	100,0
80+	44	39,3	68	60,7	112	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$\chi^2=9,563$ SD:3 $p=0,023$

İleri yaş gruplarında depresyon sıklığı, daha küçük yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Depresyon belirtilerinin sıklığı, medeni duruma göre de farklı bulunmuştur ($\chi^2=13,362$ $p=0,004$). Yaşlıların medeni durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-19’da sunulmuştur.

Tablo-19: Yaşlıların medeni durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Medeni Durum	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Evli	24	17,9	110	82,1	134	100,0
Bekar	4	26,7	11	73,3	15	100,0
Eşi Ölmüş	97	35,4	177	64,6	274	100,0
Eşinden Ayrılmış	12	32,4	25	67,6	37	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$\chi^2 = 13,362$ SD:3 $p=0,004$

En düşük depresyon oranı evli olan yaşlılarda (% 17,9) görülürken, en yüksek oran eşi ölmüş yaşlılarda (% 35,4) tespit edilmiştir.

Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayıları ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2_{\text{eğim}}=4,611$ SD:1 $p=0,032$). Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayılarına göre depresyon belirti durumları Tablo-20'de sunulmuştur.

Tablo-20: Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayılarına göre depresyon sıklıkları.

Çocuk Sayısı	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	21	36,2	37	63,8	58	100,0
1-2	53	34,2	102	65,8	155	100,0
3-4	47	26,4	131	73,6	178	100,0
5+	16	23,2	53	76,8	69	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$\chi^2_{\text{eğim}}=4,611$ SD:1 $p=0,032$

Yaşlıların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça depresyon sıklığı azalmaktadır. Hiç çocuğu olmayan yaşlılarda depresyon belirtileri % 36,2 oranında bulunurken, 5 ve üzerinde çocuğu olan yaşlılarda % 23,2 oranında bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayan yaşlılarda depresyon belirtileri; 1-2 çocuğu olanlara göre 1,09 kat, 3-4 çocuğu olanlara göre 1,58 kat, 5 ve üzerinde çocuğu olanlara göre 1,88 kat daha fazla görülmektedir.

Sosyal güvence durumu ile depresyon arasında anlamlı ilişki yoktur ($\chi^2=0,132$ $p=0,716$). Sosyal güvencesi olanlarda depresyon sıklığı % 29,5, sosyal güvencesi olmayanlarda % 32,0 oranında bulunmuştur.

Düzenli aylık gelir ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında anlamlı bir ilişkili bulunmaktadır ($\chi^2=4,327$ $p=0,038$). Aylık geliri olmayan yaşlılarda depresyon daha fazla görülmektedir. Yaşlıların aylık gelir durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-21'de sunulmuştur.

Tablo-21: Yaşlıların aylık gelir durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Aylık Gelir	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Var	114	28,1	291	71,9	405	100,0
Yok	23	41,8	32	58,2	55	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$$\chi^2=4,327 \text{ SD:1 } p=0,038$$

Eğitim düzeyi ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=9,932$ $p=0,042$). Yaşlıların eğitim düzeylerine göre depresyon durumları Tablo-22’de sunulmuştur.

Tablo-22: Yaşlıların eğitim düzeylerine göre depresyon sıklıkları.

Öğrenim Düzeyi	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Okuryazar Değil	60	37,7	99	62,3	159	100,0
Okuryazar	23	20,9	87	79,1	110	100,0
İlkokul	33	29,5	79	70,5	112	100,0
Ortaokul ve Lise	18	28,6	45	71,4	63	100,0
Üni/Yüksekokul	3	18,8	13	81,2	16	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$$\chi^2=9,932 \text{ SD:4 } p=0,042$$

En yüksek depresyon oranı okuryazar olmayan yaşlılarda (% 37,7) görülürken, en düşük oran üniversite/yüksekokul mezunu yaşlılarda (% 18,8) tespit edilmiştir.

Son 1 yıl içinde 1. derece yakın kaybı ile depresyon belirtilerinin sıklığı ilişkilidir ($\chi^2=7,046$ $p=0,008$). Yaşlıların son 1 yıl içinde 1. derece yakın kaybının bulunması durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-23’de sunulmuştur.

Tablo-23: Yaşlıların son 1 yıl içinde 1. derece yakın kaybının bulunması durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Son 1 Yıl İçinde 1. Derece Yakın Kaybı	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	33	42,3	45	57,7	78	100,0
Yok	104	27,2	278	72,8	382	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$$\chi^2 = 7,046 \text{ SD:1 } p=0,008$$

Son 1 yıl içinde 1. derece yakın kaybı olmayan yaşlılarda depresyon sıklığı % 27,2 olarak bulunmuş iken, yakın kaybı olan yaşlılarda % 42,3 olarak tespit edilmiştir.

Depresyon belirtilerinin sıklığı sağlık algısı ile ilişkili bulunmuştur ($\chi^2=58,263$ $p=0,000$). Yaşlıların sağlık algı durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-24'de sunulmuştur.

Tablo-24: Yaşlıların sağlık algı durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Sağlık Algısı	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	29	13,0	194	87,0	223	100,0
İyi Değil	108	45,6	129	54,4	237	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$$\chi^2 = 58,263 \text{ SD:1 } p=0,000$$

Sağlık algısı iyi olan yaşlılarda depresyon belirtileri % 13,0 oranında bulunurken, iyi olmayanlarda ise % 45,6 oranında bulunmuştur.

Kronik hastalık varlığı ile depresyon sıklığı anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur ($\chi^2=17,001$ $p=0,000$). Yaşlıların kronik hastalıklarının olup olmaması durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-25'de sunulmuştur.

Tablo-25: Yaşlıların kronik hastalık durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Kronik Hastalık	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	121	34,8	227	65,2	348	100,0
Yok	16	14,3	96	85,7	112	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$$\chi^2=17,001 \text{ SD:1 } p=0,000$$

Kronik hastalığı olmayan yaşlılarda depresyon sıklığı % 14,3 oranında bulunurken, kronik hastalığı olanlarda ise % 34,8 oranında bulunmuştur.

Yardımcı tıbbi cihaz kullanımı ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında anlamlı bir ilişkili bulunmamıştır ($\chi^2=3,726$ $p=0,054$). Yardımcı cihaz kullanmayan yaşlılarda depresyon belirtileri % 19,4 oranında bulunurken, yardımcı cihaz kullananlarda % 31,4 oranında bulunmuştur.

Uyku sorunu ile depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=35,092$ $p=0,000$). Uyku sorunu bulunma durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-26'da sunulmuştur.

Tablo-26: Yaşlıların uyku sorunu durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Uyku Sorunu	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	76	46,9	86	53,1	162	100,0
Yok	61	20,5	237	79,5	298	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$$\chi^2=35,092 \text{ SD:1 } p=0,000$$

Uyku sorunu olmayan yaşlılarda depresyon sıklığı % 20,5 oranında bulunurken, uyku sorunu olanlarda % 46,9 oranında bulunmuştur.

Huzurevine gelmeden önce “ailesiyle yaşayanlar”la “yalnız yaşayanlar” arasında depresyon sıklığı bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1,977$ SD:1 p=0,160).

Yaşlıların huzurevine gelme nedeni ile depresyon sıklıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2=8,977$ SD:3 p=0,03). Huzurevine gelme nedenlerine göre depresyon sıklıkları Tablo-27’de sunulmuştur.

Tablo-27: Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevine gelme nedenlerine göre depresyon sıklıkları.

Huzurevine Gelme Nedenleri	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kendi İsteği	17	34,0	33	66,0	50	100,0
Kendi Bakımını Yapamamak	20	39,2	31	60,8	51	100,0
Aile Tarafından Reddedilmek	16	66,7	8	33,3	24	100,0
Diğer	6	28,6	15	71,4	21	100,0
Toplam	59	40,4	87	59,6	146	100,0

$\chi^2=8,977$ SD:3 p=0,030

Huzurevine kendi isteği ile geldiğini söyleyen yaşlılarda depresyon sıklığı % 34,0 oranında bulunurken, kendi bakımını yapamadığı için gelenlerde % 39,2, ailesi tarafından reddedilenlerde % 66,7 oranında bulunmuştur.

Depresyon belirtilerinin sıklığı, huzurevinde kalma süresi ($\chi^2_{\text{eğim}}=1,418$ SD:1 p=0,234) ve huzurevinden memnun olma durumu ($\chi^2=3,831$ SD:1 p=0,05) ile ilişkili bulunmamıştır.

Huzurevinde kalan yaşlıların diğer bireylerle ilişki durumları ile depresyon sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($\chi^2_{\text{eğim}}=5,466$ SD:1 p=0,019). Yaşlıların diğer bireylerle ilişkileri kötüleştikçe depresyon sıklıkları artmaktadır. Yaşlıların diğer bireylerle ilişki durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-28’de sunulmuştur.

Tablo-28: Huzurevindeki yaşlıların diğer bireylerle ilişki durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Bireylerle İlişki Durumları	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	19	31,1	42	68,9	61	100,0
Orta	29	43,3	38	56,7	67	100,0
Kötü	11	61,1	7	38,9	18	100,0
Toplam	59	40,4	87	59,6	146	100,0

$\chi^2_{\text{eğim}}=5,466$ SD:1 p=0,019

Huzurevinde kalan ve bölgede yalnız yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin sıklığı, yakınları ile olan görüşme sıklığı ile ilişkili bulunmuştur ($\chi^2_{\text{eğim}}=6,580$ SD:1 p=0,010). Yaşlıların yakınları ile görüşme durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-29'da sunulmuştur.

Tablo-29: Huzurevinde kalan ve Nilüfer HSEAUB'nde yalnız yaşayan yaşlıların yakınları ile görüşme durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Yakınları Tarafından Aranıp Sorulma Durumları	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet Sıklıkla	75	31,3	165	68,7	240	100,0
Evet Nadiren	25	47,2	28	52,8	53	100,0
Hiç Yok	6	54,5	5	45,5	11	100,0
Toplam	106	34,9	198	65,1	304	100,0

$\chi^2_{\text{eğim}}=6,580$ SD:1 p=0,010

Yaşlıların yakınları ile görüşme sıklıkları azaldıkça depresyon oranları anlamlı olarak artmaktadır. Yakınları ile sık sık görüşen yaşlılarda depresyon belirtilerine % 31,3 oranında rastlanırken, hiç görüşmeyenlerde ise % 54,5 oranında rastlanmıştır.

Depresyon sıklığı, boş zamanlarını değerlendirme durumu ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur ($\chi^2=61,527$ p=0,000). Yaşlıların meşguliyet durumlarına göre depresyon sıklıkları Tablo-30'da sunulmuştur.

Tablo-30: Yaşlıların meşguliyet durumlarına göre depresyon sıklıkları.

Meşguliyet	Depresyon Belirtileri				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tv/Radyo, Kağıt vb Oyunlar, Okuma	22	29,3	53	70,7	75	100,0
Sohbet, Elişi, Sinema-Tiyatro-Konser	15	20,0	60	80,0	75	100,0
Dinlenme, Oturma, Uyku	60	58,8	42	41,2	102	100,0
Dışarı çıkma, Yürüyüş, Bahçe İşi, Çalışma	16	12,9	108	87,1	124	100,0
Ev İşleri	24	28,6	60	71,4	84	100,0
Toplam	137	29,8	323	70,2	460	100,0

$\chi^2 =61,527$ SD:4 p=0,000

Boş zamanlarını dışarı çıkma, yürüme, bahçe işleriyle veya çalışarak değerlendiren yaşlılarda depresyon sıklığı % 12,9 olarak bulunurken, dinlenme, oturma veya uykuyla geçirenlerde ise % 58,8 olarak tespit edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Huzurevinde ve UÜ Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda depresyon sıklıkları ve etkileyen etmenlerin karşılaştırıldığı bu çalışmada, "ailesiyle yaşayanlar"ın ortalama GDÖ puanı, "yalnız yaşayanlar" ve "huzurevinde kalanlar"a göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların GDÖ'nden aldıkları ortalama puan $4,38 \pm 2,88$ (en düşük:0, en yüksek:14 puan) olarak bulunmuştur. GDÖ'nden bölgede "aileleriyle yaşayanlar"da % 19,9, "yalnız yaşayanlar"da % 29,7 ve "huzurevinde kalanlar"da % 40,4 oranında anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Şahin ve Yalçın'ın (5) yaptıkları çalışmada yaşlıların GDÖ'nden aldıkları ortalama puan $5,34 \pm 3,74$ olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada huzurevinde kalanlarda depresyon oranı % 48,1 bulunurken, kendi evinde yaşayan yaşlılarda % 34,2 olarak saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bekaroğlu ve ark.'nın (7) yaptıkları çalışmada depresif belirtilerin görülme oranı huzurevinde yaşayanlarda (% 41,0), ailesiyle birlikte yaşayanlara (% 29,0) göre yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda (7, 15, 17, 38, 45, 63-65) depresyon sıklığı huzurevinde kalan yaşlılarda % 10,2-80,4 olarak tespit edilmiştir.

Avustralya'da yapılan çalışmada (157), huzurevine kabulden sonra yapılan değerlendirme sonucunda 1. ayda % 24, 3. ve 6. aylarda % 15 major depresyon saptanmıştır. Almanya'da huzurevinde kalan yaşlıların % 48'inde bilişsel bozukluk ve depresyon tespit edilmiştir (158). Hollanda'da huzurevinde kalanlarda (159) % 26,9, Ohio'da (160) % 48, 11 Avrupa ülkesinde yapılan çalışmada (161) % 12,2 ve Tayvan'da (162) % 81,8 oranında depresyon saptanmıştır. Ülkelerin depresyon sıklıkları, başta sosyoekonomik durum ve sağlık göstergeleri olmak üzere birçok faktör tarafından etkilenebilir. Her bir ülkedeki yaşlılarda depresyon sıklıkları ile etkileyen etmenleri karşılaştırmak için, benzer gruplarla aynı ölçüm yöntemlerini kullanmak suretiyle yapılacak çalışmalara gereksinim vardır.

Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon oranının normal topluma göre daha yüksek bulunmasında; yalnızlık, yeterli sosyal desteğin olmaması, tek başına kalamayacak derecede ekonomik zorluklara veya bakım gerektiren hastalıklara sahip olmak gibi etkenler başlıca rol oynayabilir. Yapılan çalışmalarda depresyon sıklıklarının farklı bulunmasında, çalışmaya alınan yaşlı grubun özelliği, çalışmanın amacı ve kullanılan yöntemler arasındaki farklılıkların da rolü bulunabilir.

Nilüfer HSEAUB'nde "yalnız yaşayan yaşlılar"da depresyon oranının "ailesiyle yaşayanlar"a göre yüksek bulunması; ilerleyen yaş ile birlikte artan tıbbi sorunlar, bakım gerektiren hastalıklar, işlevsel bozukluklar, yaşam kalitesinin düşük olması, toplumsal destek ve iletişim eksikliği, eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması, emeklilik, yakın kayıpları gibi etkenlere bağlı olabilir.

Kadınlarda depresyon sıklığı (% 35,2), erkeklere göre (% 23,0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmıştır. Ünal ve Özcan (44), Sütoluk ve ark. (45), Kocataş ve ark. (46), Dişçigil ve ark. (47), Hacıhasanoğlu ve Yılmaz (48), Hacıhasanoğlu ve Yıldırım da (97) çalışmalarında kadınlarda depresyon oranlarını daha yüksek bulmuşlardır. Kadınlarda ortalama yaşam süresi daha uzundur; bu nedenle kadın nüfus erkek nüfusa göre daha fazladır. Eşlerini kaybeden ve yalnız kalan kadınlar, zorlu yaşam mücadelelerini tek başlarına sürdürmek zorunda kalırlar. Tıbbi olaylar, sosyoekonomik ve çevresel koşullar ve diğer stres etkenlerinden daha çok etkilenirler. Karadağ ve ark.'nın (163) çalışmasında ise depresif belirtilerin görülme sıklığının cinsiyete göre değişmediği bildirilmiştir.

İleri yaş gruplarında depresyon sıklığı, daha küçük yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Yaş ilerledikçe kayıpların daha fazla yaşanması ve hastalıkların ortaya çıkmasından dolayı depresyon daha fazla görülmekte, ciddi işlev kayıpları ve intihar girişimleri ortaya çıkabilmektedir. Osborn ve ark. (93) ve Beekman ve ark.'nın (164) çalışmalarında da yaş, depresyon bakımından risk faktörü olarak görülmüştür. Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (97), Çifçili ve ark. (165) ve Üstün ve ark. (166), çalışmalarında yaş ile depresyon arasında bir ilişki bulmamışlardır.

Medeni durum da depresyon bakımından bir risk etkeni olarak ortaya çıkmaktadır. En düşük depresyon oranı evli olan yaşlılarda görülürken, en yüksek oran eşi ölmüş yaşlılarda tespit edilmiştir. “Yalnız yaşayan” ve “huzurevinde kalan” yaşlıların çoğunun eşini kaybetmiş olması, aynı zamanda eşinden ayrılmış olan yaşlıların oranının da huzurevinde daha yüksek bulunması; depresyonun “huzurevinde kalan” ve “yalnız yaşayan” yaşlılarda daha fazla görülmesine neden olabilir. Karadağ ve ark.’nın (163) yaptıkları çalışmada da dul ve boşanmış olan yaşlılarda depresif belirtilerin görülme sıklığı, evli olanlardan yüksek bulunmuştur. Evlilik, eşlerin mutluluk, huzur, acı ve keder gibi birçok olayı paylaşması, olumsuz yaşam koşullarına birlikte göğüs germesi, birbirlerine ve hayata sıkıca tutunmaları bakımından çok önemli vasıflar üstlenmekle onları depresyondan da korumuş olmaktadır. Sütoluk ve ark. (45), Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (97), Üstün ve ark.(166), çalışmalarında medeni durum ile depresyon arasında ilişki bulmamışlardır.

Araştırma sonucuna göre, yaşlıların sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça depresyon belirtilerinin prevalansı azalmaktadır. Çocuğu olmayan yaşlılarda depresyon oranının daha yüksek bulunması ve çocuğu olmayan yaşlıların çoğunun “huzurevinde kalanlar” arasında yer alması, huzurevinde depresyonun daha fazla görülmesinin bir nedeni olabilir. Çok sayıda çocuğa sahip olan yaşlıların çoğunlukla “ailesiyle yaşayanlar” arasında yer alması, bu grupta depresyonun nispeten daha az görülmesine katkıda bulunabilir. Yaşlı bireylerin çevresindeki toplumsal desteğin ve ilişkilerin azalması, onların ruh sağlığı açısından ciddi bir sorundur. Çocuklarla ilişkilerin sürüyor olması ise, yaşlılıkta önemli bir duygusal doyum kaynağıdır (11).

Bahar ve ark.’nın (39) Gaziantep Huzurevinde yaptıkları çalışmada da yaşlıların sahip oldukları çocuk sayısı ile ortalama depresyon puanları arasında ilişki bulunmuştur. Buna göre çocuğa sahip olmamak ile 1-4 çocuğa sahip olmak, ortalama depresyon puanını yükseltmektedir. 5 ve daha fazla çocuğa sahip olanların ortalama depresyon puanları ise düşük bulunmuştur. Altay ve Avcı’nın (12) Samsun Huzurevi’nde yaptıkları çalışmada ve Kocataş ve ark.’nın (46) yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olma durumları depresyonla ilişkili bulunmamıştır.

Araştırmada yaşlıların eğitim düzeyleri ve gelir durumları ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile depresyon sıklığı arasındaki bu ilişki, birçok çalışmada (20, 54, 55, 163) gösterilmiştir. Eğitim ve gelir düzeyinin daha düşük olması, kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesinin bir nedeni olabilir. Eğitim ve gelir durumunun, depresyona neden olan önlenemez unsurların olumsuz etkilerini gidermek ve yaşlıları depresyondan korumak üzere uygun çözüm yolları bulabilmek bakımından önemli olduğu düşünülmektedir. Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (97), Üstün ve ark. (166) huzurevlerinde yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi ile depresyon sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır.

Her ne kadar bu araştırmada yaşlıların mensubu oldukları meslek gruplarına göre depresyon sıklıkları bakımından anlamlı bir fark yoksa da; emeklilik sonucu ortaya çıkan üretkenlikte azalma ve gelir azalmasının, onların depresyonlarını artırdığı bilinmektedir. Yaşlılarda görülen depresyonla ilgili yapılan çalışmalarda (2, 56, 163) gelir düzeyinin düşüklüğü, depresyon sıklığını artıran etkenlerden biri olarak bildirilmiştir. İyi eğitim ve gelir düzeyine sahip olmanın, yaşlılarda sağlık ile ilgili ve sosyal bir takım kaygıları gidermek ve yaşam kalitelerini artırmak suretiyle depresyonu azalttığı söylenebilir.

Yaşlıların sosyal güvence durumları ile depresyon sıklıkları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Altay ve Avcı'nın (12) çalışması ile Dişçiğil ve ark.'nın (47) çalışmasında da sosyal güvence durumu depresyon ile ilişkili değildir. Karadağ ve ark.'nın (163) çalışmasında ise, sosyal güvencesi olan yaşlılardan depresyon belirtileri gösterenlerin oranı, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Depresyon belirtilerinin sıklığı, son bir yıl içinde 1. derece yakın kayıpları ile ilişkili bulunmuştur. Sevilen kişilerin kaybı ve buna bağlı yaşanan yas, depresyona eğilimi artırmaktadır. Özellikle eşin yitilmesi durumunda depresif belirtiler sıklıkla gelişebilmektedir. Eşin yitilmesinden sonraki özellikle iki yıl belirgin depresif özellikler gözlenebileceği, iki yılın sonunda yasta olanların %14'ünün major depresyona girebilecekleri vurgulanmaktadır. Depresif belirti gösteren yastaki yaşlıların büyük bir kısmında da yaşam kaliteleri çok etkilenmekte ve yeti yitimi görülebilmektedir (2, 9).

Sağlık algısı iyi olanlarda depresyon oranı düşük bulunurken, iyi olmayanlarda yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, Bahar ve ark. (39), Keskinoglu ve ark. (57), Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (97), Üstün ve ark.nın (166) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Sağlıklarını iyi görmeyen yaşlıların, kronik hastalık sahibi olduklarını veya ruhsal ve sosyal yönden bazı sıkıntılarının bulunduğunu düşünmek gerekmektedir.

Araştırmada, yaşlıların % 75,7'sinin kronik hastalıklarının bulunduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı bulunan yaşlılarda depresyon oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel sağlığın kötü olması depresyon yatkınlığının ana nedenlerinden biri olarak bilinmektedir (23, 30). Fiziksel hastalıklar hem yaşam kalitesini düşürerek, hem de doğrudan biyolojik etkiyle depresyona neden olabilirler. İşlev kısıtlılığına neden olan hastalıklar, aynı zamanda sosyal izolasyona da yol açarak depresyon nedeni olabilmektedirler. Ayrıca, bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların da depresif belirtilere yol açabileceği bilinmektedir (2). Kronik hastalıkların ortaya çıkardığı depresif tablolar, yaşam kalitesini etkileyerek hastalığın olumsuz etkilerini daha da artırmaktadırlar (11). Birçok çalışmada (20-22, 65) kronik hastalığa sahip olma ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bahar ve ark.'nın (39) çalışmasında ise kronik hastalıklar depresyonla ilişkili bulunmamıştır.

Araştırmada yardımcı tıbbi cihaz kullanma durumu depresyonla ilişkili bulunmamıştır. Bu sonuç, Altay ve Avcı'nın (12) çalışması ile uyumludur.

Araştırma sonucu, uyku sorunu bulunan yaşlılarda depresyon oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Karadağ ve ark.'nın (163) çalışmasında, depresyon belirtileri olmayan yaşlıların ortalama uyku sürelerinin, diğerlerine göre daha uzun olduğu saptanmıştır. Uyku sorunları bulunan yaşlılarda, depresyon belirtileri görülenlerin oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Altıntaş ve ark.'nın (18) Ankara Keçiören Yaşlılar Yurdu'nda kalan yaşlılar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, uykuya dalmakta sürekli zorluk çekenlerde GDÖ puanının anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Neubauer'in (167) çalışmasında, yaşlılarda çok yaygın olan depresyonun sıklıkla uyku değişimi ile birlikte olduğu, yaşlılarda gece uyanma ve sabahları erken kalkma eğiliminin depresyonda daha da artış gösterdiği belirtilmiştir.

Yeterli süreli ve kaliteli uykudan uzak kalmak, yaşlının bedensel ve ruhsal sağlığını etkileyebileceği gibi, bunun tersi durum, uyku sorunlarının daha da artmasına yol açabilecektir. Yaşlıların ev ortamı dışında farklı bir ortamda kalmaları ve yeni ortama uyum sağlamada sıkıntı yaşamalarının da uykusuzluğa ve dolayısıyla depresyona etki ettiği düşünülebilir.

Huzurevine gelmeden önce “ailesiyle yaşayanlar”la “yalnız yaşayanlar” arasında depresyon sıklığı bakımından bir fark bulunmamıştır. Ancak, yaşlıların huzurevine gelme nedeni ile depresyon sıklıkları arasında bir ilişki vardır. Buna göre en yüksek depresyon oranı, “ailesi tarafından reddedilen” yaşlılarda tespit edilmiştir. Altay ve Avcı'nın (12) Samsun Huzurevi'nde yaptıkları çalışmada da yaşlıların huzurevine gelmeden önce kimle kaldıkları, depresyonla ilişkili bulunmamıştır. Aynı çalışmada, huzurevine kendi isteği ile gelenlerde % 33,3, bakacak kimsesi olmadığı için gelenlerde % 63,6, çocukları istediği için gelenlerde % 70,6 oranında depresyon görülmüş; ancak, gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmamıştır. Ülkemizde geleneksel olarak yaşlıların ailesi ile birlikte yaşaması eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda çekirdek aile yapısına doğru bir değişimin olması, yaşlıyı aileden soyutlamakta ve yalnızlığa itmektedir (12). Yaşlılık, çok sayıda kaybın yaşandığı riskli bir dönemdir. Ailesinden dışlanarak kuruma gelen yaşlılar, ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşmış olarak daha çok kayıp yaşarlar.

Huzurevinde kalma süresi ve huzurevinden memnun olma durumu ile depresyon belirtilerinin sıklığı arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. Altay ve Avcı (12), Altıntaş ve ark. (18), Bahar ve ark. (39), Sütuluk ve ark. (45), Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (97) ve McSweeney ve O'Connor (157) da çalışmalarında, huzurevinde kalma süresi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Bu sonuç aile çevresinden uzaklaşan, alışkanlıklarını terk eden ve tanımadığı insanlarla hayatı paylaşan yaşlıların, bu duruma uyum sağladıklarını düşündürmektedir. Demet ve ark.'nın (38) çalışmasında ise, huzurevinde kalanların yaşadıkları kurumun fiziksel koşullarından yeterince hoşnut olmamalarının depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hacıhasanoğlu ve Yıldırım da (97), huzurevinde kalanların kurumdan memnun olmamalarının depresyonla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Huzurevinde kalan yaşlıların diğer bireylerle ilişkileri kötüleştikçe depresyon sıklıkları artmaktadır. Hacıhasanoğlu ve Yıldırım'ın (97) çalışmasında da huzurevinde kalan diğer bireylerle ilişkileri iyi olanlarda depresyonun daha az görüldüğü, ilişkileri kötü olanların büyük bir bölümünde depresyon görüldüğü bildirilmiştir. Psikiyatrik hastalıklarda toplumsal destek, hastalığın gelişmesi ve seyrinde olumlu etkiye sahiptir (23). Toplumsal ilişkilerde azalma, yoksulluk ve yakınlık kurma kapasitesinin azalması (9, 30), yakın ilişki azlığı (44) gibi etkenler depresyon için risk etmenleridir. Yaşlıların farklı sosyokültürel çevrelerden gelip aynı ortamı paylaşmak zorunda olmaları, farklı eğitim ve gelir düzeylerine sahip bulunmaları, çeşitli bedensel sorunlarının bulunması, farklı meşguliyet ve alışkanlıklar edinmiş olmaları gibi nedenler, huzurevindeki diğer bireylerle olan ilişkilerini etkilemektedir.

“Huzurevinde kalan” ve bölgede “yalnız yaşayan” yaşlıların yakınları ile olan görüşme sıklıkları azaldıkça, depresyon oranlarının arttığı bulunmuştur. Bu sonuç, Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (97) ve Sütoluk ve ark.'nın (45) çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da (39, 57) huzurevinde yaşayan yaşlıların yakınları ile görüşmeme ve yakınları tarafından ilgi görmeme durumlarının, depresyon puanlarını anlamlı olarak yükselttiği bildirilmiştir. Yaşlıların yakınları tarafından aranıp sorulmaması özellikle kronik hastalıkları olan, yeti yitimi bulunan, kendi bakımını yapmakta zorlanan, ekonomik sorunlar yaşayan ve başkalarına muhtaç olan yaşlılar için çok önemli desteğin kaybedilmesi anlamına gelebilir.

Depresyon belirtilerinin sıklığı, boş zamanlarını değerlendirme durumu ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Boş zamanlarını dinlenme, oturma veya uykuyla geçirenlerde depresyon sıklığı; dışarı çıkma, yürüme, bahçe işleriyle veya çalışarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bahar ve ark.'nın (39) çalışmasında da yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme durumları ile ortalama depresyon puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar, yaşlıların boş zamanlarını aktif olarak değerlendirip çeşitli işlerle meşgul olmalarının, bedensel ve ruhsal sağlıklarını ve sosyal durumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermesi bakımından önemlidir.

Sonuç olarak; huzurevinde ve Nilüfer HSEAUB'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlılarda depresyon sıklıkları ve etkileyen etmenlerin karşılaştırıldığı bu çalışmada, depresyonun özellikle “huzurevinde kalan yaşlılar” ile “yalnız yaşayan yaşlılar” için önemli bir risk etkeni olduğu belirlenmiştir.

Depresyon, gençlerde olduğu gibi yaşlılarda da kadınları daha çok etkilemektedir. Yaş ilerledikçe kayıpların daha fazla yaşanması ve hastalıkların ortaya çıkmasından dolayı, ileri yaş gruplarında daha sık görülmektedir. Evlilik, eşlerin birbirlerine ve hayata bağlanmalarını sağlaması ve ailedeki bireyler için destek ve moral kaynağı olması gibi çok önemli özellikleri bulunan bir süreçtir. Doğal olarak eşi ölmüş ve boşanmış olan yaşlılarda depresyon oranları, evli olanlara göre daha yüksek bulunmaktadır. Aynı şekilde, çocuk sahibi olmayan yaşlılarda depresyonun daha çok görülmesi de bu düşüncüyü doğrulamaktadır.

Okuryazar olmayan ve düzenli aylık geliri bulunmayan yaşlılarda depresyon oranları daha yüksektir. Yüksek eğitim düzeyi ve düzenli aylık gelir durumunun, depresyondan korunmada ve depresyona neden olan unsurlarla baş etmede uygun çözüm yolları bulabilmek bakımından önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca iyi eğitim ve gelir düzeyinin, yaşlılarda sağlık ile ilgili ve sosyal bir takım kaygıları gidermek ve yaşam kalitelerini artırmak suretiyle depresyonu olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Kendi sağlık algılarını iyi bulmayan yaşlıların, bedensel, ruhsal veya sosyal bazı sıkıntılarının olduğunu düşünmek gerekir. Nitekim, sağlık algıları iyi olmayan, kronik hastalıkları veya uyku sorunları olan yaşlılarda depresyon oranları daha yüksek bulunmaktadır. Yaşlıların uyku sorunları ile bedensel, ruhsal ve sosyal sıkıntıları karşılıklı olarak birbirlerini etkilemektedir.

Ülkemizde, çeşitli nedenlerle geleneksel aile yapısının bozulması, ekonomik sorunların varlığı ve kadınların çalışma yaşamına katılması, zamanla sosyal yapıyı etkileyerek aile kurumunda küçülme ve çekirdekleşmeye yol açmıştır. Bu durum, gittikçe yaşlıyı aileden soyutlamakta ve yalnızlığa itmektedir. Yalnız kalan yaşlıların, yakınları ile olan görüşme sıklıkları azaldıkça, depresyon oranları artmaktadır.

Yaşlılık, çok sayıda kaybın yaşandığı riskli bir dönemdir. Kurumda yaşayan yaşlılar ise ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşmış olarak daha fazla kayıp yaşarlar. Ayrıca, yaşlıların farklı sosyokültürel çevrelerden gelmiş olmaları, farklı eğitim ve gelir düzeylerine sahip olmaları, çeşitli tıbbi hastalık ve işlevsel bozukluklarının bulunması, boş zamanlarını farklı biçimlerde değerlendirmeleri ve farklı beklentilerinin olması gibi birçok neden, huzurevindeki diğer bireylerle olan ilişkilerini de etkilemektedir. Depresyon bakımından zaten birçok riskle karşı karşıya bulunan yaşlılarda, buna bir de huzurevindeki diğer bireylerle olan ilişkilerin bozulmasının da eklenmesi, depresyon oranlarının daha da artmasına neden olabilmektedir. Boş zamanlarını aktif uğraşlarla değerlendiren yaşlılarda depresyon daha az görülebilmektedir.

Öneriler:

Depresyon, doğru tanınıp uygun tedavi edildiğinde, yaşlının yaşam kalitesini artırmanın mümkün olduğu bir durumdur. Huzurevinde kalan ve evinde yalnız yaşayan yaşlıların depresyon riskleri yüksek olduğundan, bu kurumlarda çalışan ve sahada görev yapan sağlık personelinin bu konuda daha dikkatli olması gerekir.

Sağlık personeline, özellikle hemşirelere yönelik yaşlılık, yaşlı ruh sağlığı ve depresyon gibi konularda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi yerinde olur.

Huzurevinde ve sahada çalışan ekibin yaşlı bireyleri bütüncül değerlendirmesi; kadın ve eşi ölmüş veya eşinden ayrılmış, yalnız yaşayan, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, sağlığını kötü olarak değerlendiren, kronik hastalığa sahip olan, uyku sorunu bulunan, ailesi tarafından dışlanmış ve yakınları ile görüşmeyen yaşlıların öncelikle ele alınması uygun olur.

Yaşlılık döneminde hem daha önce geçirilmiş depresyon, hem de fiziksel hastalıklar depresyon riskini artıran önemli etkenlerdir. Bu açıdan sosyal hizmetlerin geliştirilerek hastalıklarla ilgili taramaların yapılması ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi yarar sağlayacaktır.

Depresyonu olduğu saptanan yaşı bireylerin düzenli olarak izlenmesi ve bu alanda çalışan sağlık ekibi tarafından tedavi ve bakım programlarının oluşturulması, riskli bireylerin toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında psikiyatrik hizmetlere yönlendirilmesi yararlı olur.

Bu yaş grubunda kayıpların yaşanması tamamen engellenemezse de, toplumun yas süreciyle ilgili bilgilendirilmesi, patolojik yas ve depresyona erken müdahale etmek açısından yararlı olabilir.

Yaşlanma sürecinde bireyin hayatında bedensel, ruhsal ve sosyal birçok değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler bireyi bir bütün olarak depresyona yatkın hale getirmektedir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan bu değişiklikleri tamamen önlemek mümkün olmasa da, bunların bir kısmını durdurmak ya da en azından geciktirmek ve böylece yaşam kalitesini artırmak mümkün olabilir.

Diğer hastalıklarda olduğu gibi depresyonun gelişmesinde de sadece bedensel sorunların değil, ruhsal ve sosyal etmenlerin de önemli etkisinin bulunduğu bilinmektedir. Dolayısıyla, depresyonu olan yaşlılara bütüncül olarak yaklaşırken, depresyondan koruyacak önlemlerin işbirliği içerisinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Toplumda koruyucu sağlık hizmetleri geliştirilmeli ve depresyona zemin hazırlayan sosyal unsurları iyileştirecek politikalar belirlenmelidir.

Toplumsal destek yaşlılık döneminde her aşamada koruyucu olabilmektedir. Bireylerarası ilişkilerde başarıyı artırmak için toplumsal destek sağlama gibi koruyucu önlemler depresyonu azaltmada etkili olabilir. Yaşlıların sosyal izolasyonlarını engelleyecek sosyal aktiviteler artırılmalıdır. Yaşlıların boş zamanlarını verimli ve aktif olarak değerlendirmeleri için projeler geliştirilebilir.

Var olan ve olası risklerin belirlenmesiyle ilgili daha ileri çalışmaların yapılması, bu konudaki eksikliklerin ve olası karıştııcı etkenlerin belirlenebilmesine yardım edecektir. Bu yaş grubunda depresyona ve risk etkenlerine erken müdahale ile yaşlılık döneminde yaşam kalitesinin artırılması ve bu dönemin daha verimli ve doyurucu geçirilebilmesi sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Turkish Journal of Geriatrics 1999;2:179-87.
2. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. Demans Dergisi 2001;1:50-60.
3. WHO/OMS. Fifty Facts From The World Health Report 1998. <http://www.who.org/whr/1999/factse.htm>.
4. TÜİK. Demografik göstergeler. Türkiye İstatistik Yıllığı; 2009. 86.
5. Şahin EM, Yalçın BM. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6:10-3.
6. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Depresyon. Psychiatry in Turkey 2006;8:30-7.
7. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kırpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand 1991;84:174-8.
8. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Turkish Journal of Geriatrics 1999;2:173-8.
9. Kaya B. Yaşlılık ve depresyon-I. Tanı ve değerlendirme. Turkish Journal Of Geriatrics 1999;2:72-82.
10. Victor M. The Neurology of aging. In: Adams RD, Victor M. Ropper AH (eds). Adams and Victor's Principles of neurology. 6th edition. USA: Mc Graw Hill Co; 1997. 608-20.
11. Toprak Y, Soydal T, Bal E ve ark. Yaşlı Sağlığı. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2002;8-12.
12. Altay B, Aydın Avcı İ. Samsun Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. Turkish Journal of Geriatrics 2009;12:147-55.
13. Harrington C. Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? Am J Public Health 2001;9:1452-5.
14. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol 2001;36:613-20.
15. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:76-84.
16. Abrams RC, Teresi JA, Butin DN. Depression in nursing home residents. Clin Geriatr Med 1992;8:309-22.
17. Maral I, Aslan S, İlhan MN ve ark. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:251-9.
18. Altıntaş H, Atilla S, Sevensan F ve ark. Ankara'da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5:332-41.

19. Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, et al. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:20-7.
20. Zivin K, Llewellyn DJ, Lang IA, et al. Depression Among Older Adults in the United States and England. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:1036-44.
21. Zivin K, Kales HC. Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. *Drugs Aging* 2008;25:559-71.
22. Bilir N, Paksoy Subaşı N. Yaşlılık Sorunları. Güler Ç, Akın L (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006. 1020-1031.
23. Kılıçoğlu A. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenleri ve etyolojisine yönelik bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7:49-54.
24. Yıldırım KY. Yaşlı istismarı ve önlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;21:167-74.
25. Yalçın M. Birinci basamakta depresyona yaklaşım sorunları. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2004;13:46-8.
26. Yüksel N. Demans ve depresyon: Klinik ve nöropsikolojik özellikler. *Türk Nöroloji Dergisi* 2002;8:71-84.
27. Yüksel N. Yaşlılık çağı depresyonları. *Turkish Journal of Geriatrics* 1998;1;19-23.
28. <http://www.dmh.mo.gov/cps/facts/ElderlyDepression.pdf> Elderly depression. 11.06.2008.
29. Rovner BW, German PS, Brant LJ. Depression and mortality in nursing homes. *J Am Med Assoc* 1991;265:8.
30. Amuk T, Oğuzhanoğlu NK. Yaşlanma ve depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:113-21.
31. <http://www.agingsociety.org/agingsociety/pdf/depression.pdf> National Academy On An Aging Society Depression: A treatable disease. 9: 2000. 11.06.2008.
32. Kaya B, Ünal S. Yaşlılık ve depresyon-1. Tanı ve değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics* 1999;2:76-82.
33. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-92.
34. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004;69:2375-82.
35. Eliopoulos C (ed). *Gerontological nursing*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2005. 239-48.
36. Mavandadi S, Ten Have TR, Katz IR, et al. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:202-11.
37. Kurlowicz L, Greenberg SA. The Geriatric Depression Scale (GDS). *AJN* 2007;107:67-8.
38. Demet MM, Taşkın O, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:290-9.

39. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;;227-39.
40. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of psychiatric disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol 2. 8th edition. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. 3595-603.
41. Hybels CF, Blazer DG. Racial differences in the increased use of psychotropic medications. *Geriatric Times* 2002; iii(2). <http://www.geriatrictimes.com/g020201.html>
42. Reynolds FC, Kupfer DJ. Depression and aging: a look to the future. *Psychiatr Serv* 1999;50:1167-72.
43. Beck DA, Koenig HG, Beck JS. Depression. *Clin Geriatr Med* 1998;14:765-86.
44. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1:41-7.
45. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7:148-51.
46. Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 Yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi* 2004;7;11-8.
47. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O ve ark. Birinci basamakta geriatric yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8;129-33.
48. Hacıhasanoğlu R, Yılmaz S. Depression and affecting factors in the old at age of 65 and over applied to primary care centres. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;1:55-60.
49. Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:195-205.
50. Güz H, Çolak EG. Yaşlılarda görülen psikiyatrik bozukluklar. *T Klin Psikiyatri* 2002;3:63-74.
51. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol* 1991;46:M210-5.
52. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:601-7.
53. Aksüllü N. Kurumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek faktörleri ile depresyon arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2001.
54. Koster A, Bomsa H, Kepmen Gİ, et al. Socioeconomic differences in incident depression in older adults: the role of psychosocial factors, physical health status and behavioral factors. *J Psychosom Res* 2006;61:619-27.

55. Güz H, Yaman MA, Dilbaz N. Fiziksel hastalığı olan yaşlılarda depresyon ve diğer psikiyatrik belirtiler. Türkiye'de Psikiyatri 2007;9:44-9.
56. Mohd Sidik S, Mohd Zulkefli NA, Mustaqim A. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. Asia Pac Fam Med 2003;2:196-9.
57. Keskinöglü P, Pıcağçife M, Giray H ve ark. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi. 2006;16:21-6.
58. Mechanic D, McAlpine DD. Use of nursing homes in the care of persons with severe mental illness: 1985-1995. Psychiatr Serv March 2000;51:354-8.
59. Mccurren C, Dowe D, Rattle D, Looney S. Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. Appl Nurs Res 1999;12:185-95.
60. Wada T, Ishine M, Kita T, Fujisawa M, Matsu-bayashi K. Depression screening of elderly community-dwelling Japanese. J Am Geriatr Soc 2003;51:1328-9.
61. Bagley H, Cordingley L, Burns A, et al. Recognition of depression by staff in Nursing and Residential Homes. J Clin Nurs 2000;9:445-50.
62. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. Validation of the five-item Geriatric Depression Scale in elderly subjects in three different settings. J Am Geriatr Soc 2003;51:694-8.
63. Topbaş M, Yaris F, Can G, Kapuca M, Sayar K. The effect of socio-demographic factors and medical status on depressive symptoms of the inhabitants of nursing home and community dwelling elders in Trabzon-Turkey. Klinik Psiko-farmakoloji Bülteni 2004;14:57-60.
64. Kurtoğlu D, Rezaki M. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10:173-9.
65. Ekinci M, Tortumluoğlu G, Okanlı A et al. The Prevalence of depression in elderly living at home in eastern Turkey: Erzurum. International Journal of Human Sciences 2004; ISSN:1303-5134.
66. Ceylan E, Göka E. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1998. 87-157.
67. Murphy E. The prognosis of depression in old age. Br J Psychiatry 1983;142:111-9.
68. Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R. Comorbidity of late life depression: An opportunity for research on mechanisms and treatment. Biol Psychiatry 2002;52:543-58.
69. Jorm AF, Anstey KJ, Christensen H, et al. MRI hyperintensities and depressive symptoms in a community sample of individuals 60–64 years old. Am J Psychiatry 2005;162:699-705.
70. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. Arch Gen Psychiatry 2000;57:285-9.
71. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Klimstra S, Kalayam B, Bruce ML. Clinical presentation of the "Depression–Executive Dysfunction Syndrome" of late life. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:98-106.

72. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:915-22.
73. Reinman EM, Alexander GE. Neuroimaging: Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th edition. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. 3636-47.
74. Laia TJ, Paynea ME, Byruma CE, Steffensa DC, Krishnan KRK. Reduction of orbital frontal cortex volume in geriatric depression. *Biol Psychiatry* 2000;48:971-5.
75. Kumar A, Bilker W, Jin Z, Udupa J. Atrophy and high intensity lesions, complementary neurobiological mechanisms in late-life major depression. *Neuropsychopharmacology* 2000;22:264-74.
76. Kumar A, Bilker W, Lavretskya H, Gottlieb G. Volumetric asymmetries in late-onset mood disorders: an attenuation of frontal asymmetry with depression. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2000;100:41-7.
77. Yesavage J. Differential diagnosis between depression and dementia. *Am J Med* 1993;94(5A):23S-28S.
78. Kennedy G, Kelman H, Thomas C. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *Am J Psychiatry* 1989;146:220-5.
79. Ramachandran V, Sarada Menon M, Arunagiri S. Sociocultural factors in late onset depression. *Indian J Psychiat* 1982;24:268-73.
80. Cohen S, Syme SL (eds). *Social support and health*. London: Academic Press; 1985.
81. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38:300-13.
82. Stansfeld SA. Toplumsal destek ve toplumsal birlik. Kayı İ, Yasin Y (çeviri editörleri). *Sağlığın sosyal belirleyicileri*. İstanbul: İNSEV Yayınları; 2009. 173-99.
83. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH (eds). *Social support, measurement and intervention: a guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press; 2000.
84. Bisconti TL, Bergeman CS. Perceived Social control as a mediator of the relationships among Social support, psychological well-being and perceived health. *The Gerontologist* 1999;39:94-103.
85. Seeman TE, McEwen BS. Impact of Social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosom Med* 1996; 58:459-71.
86. Sapolsky RM. Hypercortisolism among socially subordinate wild baboons originates at the CNS level. *Arch Gen Psychiatr* 1989;46: 1047-51.
87. Seeman TE, Berkman LF, Blazer D, Rowe JW. Social ties and support as modifiers of neuroendocrine function. *MacArthur Studies of Successful Aging. Ann Behav Med* 1994;16:95-106.
88. Şeref G, Koçyiğit H, Erol A, Bay H. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depressiv belirtiler. *Geriatrici* 2000;3:133-140.

89. Herbert J. Fortnightly review: stress, the brain, and mental illness. *BMJ* 1997;315:530-5.
90. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.
91. Usc ageworks. Depression. <http://www.ageworks.com/information%5Fon%5Faging/mentalhealth/depression.shtml#riskfactors>
92. Tougas F, Lagace M, De La Sablonniere R, Kocum L. A new approach to the link between identity and relative deprivation in the perspective of ageism and retirement. *Int J Aging Hum Dev* 2004;59:1-23.
93. Osborn DP, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Bulpitt CJ. Factors associated with depression in a representative sample of 14217 people aged 75 and over. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:623-30.
94. Harris T, Cook DG, Victor C, et al. Predictors of depressive symptoms in older people-a survey of two general practice populations. *Age Ageing* 2003;32:510-8.
95. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, et al. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED Study. *J Affect Disord* 2004;83:135-42.
96. Eisses AM, Kluiters H, Jongenelis K, Pot AM, Beekman AT. Risk indicators of depression in residential homes. *Int J Geriatric Psychiatry* 2004;19:634-40.
97. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan Huzurevi'nde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12:25-30.
98. Gueldner SH, Loeb S, Morris D, et al. A comparison of life satisfaction and mood in nursing home residents and community-dwelling elders. *Arch Psychiatric Nurs* 2001;15:232-4.
99. Chow ES, Kong BM, Wong MT, et al. The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home residents in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:734-40.
100. Fessman N, Lester D. Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *Int J Aging Hum Dev* 2000;51:137-41.
101. Papadopoulou FC, Petridou E, Argyropoulou S, et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:350-7.
102. Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D Scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999;174:339-45.
103. Fiske A, Gatz M, Pedersen NL. Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58:320-8.
104. Ambo H, Meguro K, Ishizaki J, Shimada M, Yamaguchi S. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: The Tajiri Project. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:780-8.

105. Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk JT, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999;89:1346-52.
106. Tang J, Tang Z, Futatsuka M, Zhang K. Exploring the influence of depressive symptoms on physical disability: a cohort study of elderly in Beijing, China. *Qual Life Res* 2004;13:1337-46.
107. Özmenler KN. Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygu durum dizisi*. 2001;3:109-15.
108. Tiemeier H. Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol* 2003;18:745-50.
109. Krishnan KR. Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatr* 2002;52:185-92.
110. Gottfries CG. Late life depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251(Suppl 2):II 57-61.
111. Rakıcioğlu N, Attila S. Yaşlılıkta beslenme. *Teknik Rapor. Halk Sağlığı Kurumu Derneği* 2003; O:8, s.7-8.
112. TC. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yaşlı Sağlığı. Ağustos 2002; s.1.
113. Handerson AS. Does ageing protect against depression? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:107-9.
114. Regier DA, Farmer ME, Rae D, et al. One month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics. The Epidemiologic Catchment Area Study. *Acta Psychiatrica Scand* 1988;35-47.
115. Bisschop MI, Kriegsman DM, Deeg DJ, Beekman AT, Van Tilburg W. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the longitudinal aging study Amsterdam. *J Clin Epidemiol* 2004;57:187-94.
116. Van den Berg MD, Oldehinkel AJ, Bouhuys AL, Brilman EI. Depression in later life: Three etiologically different subgroups. *J Affect Disord* 2001;65:19-26.
117. Krishnan KR, DeLong M, Kraemer H, et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry* 2002;52:559-88.
118. Eker E. Yaşlılık dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dünyası* 1998;2:45-51.
119. Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, Van Tilburg W, Westendorp RG. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: The Leiden 85-Plus Study. *J Affect Disord* 2004;78:193-200.
120. Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, et al. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry* 2002;159:1367-74.
121. Gonzalez-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, et al. Quality of life of patients with dementia in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:181-9.
122. Hurt C, Bhattacharyya S, Burns A, et al. Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. An investigation of the

- relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;26:138-46.
123. Stern Y, Tang MX, Albert MS, et al. Predicting time to nursing home care and death in individuals with Alzheimer disease. *JAMA* 1997;277:806-12.
 124. Steele C, Rovner B, Chase GA, et al. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990;147:1049-51.
 125. Gonzalez-Salvador T, Arango C, Lyketsos CG, et al. The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:701-10.
 126. Murman DL, Chen Q, Powell MC, et al. The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology* 2002;59:1721-9.
 127. Lyketsos CG, Olin J. Depression in Alzheimer's disease: Overview and treatment. *Biol Psychiatry* 2002;52:243-52.
 128. Lee HB, Lyketsos CG. Depression in Alzheimer's Disease: Heterogeneity and related issues. *Biol Psychiatry* 2003;54:353-62.
 129. Olin JT, Schneider LS, Katz IR, et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:125-8.
 130. McGuire MH, Rabins PV. Mood disorders. In: Coffey CE, Cummings JL (eds). *Textbook of geriatric neuropsychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994. s.246-60.
 131. Erden-Aki Ö. Yaşlı bireylerde demans ve depresyonun ayırıcı tanısı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010;Supplement 3:37-42.
 132. Spar EJ, LaRue A (eds). *Clinical manual of geriatric psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc; 2006. 67-126.
 133. Weiner MF, Lipton AM (eds). *Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias*. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc; 2009. 317-31.
 134. Gebretsadik M, Jayaprabhu S, Grossberg GT. Mood disorders in the elderly. *Psych Clin North Am* 2006;90:789-805.
 135. Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori PW, Zhang H. Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life-long perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:236-40.
 136. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156:1000-6.
 137. Fava M. Daytime sleepiness and insomnia as correlates of depression. *J Clin Psychiatry* 2004;65 (Suppl.16):27-32.
 138. Braam AW, Van den Eeden P, Prince MJ, et al. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: Results from the EURODEP Collaboration. *Psychol Med* 2001;31:803-14.
 139. Olders H. Average sunrise time predicts depression prevalence. *J Psychosom Res* 2003;55:99-105.

140. Lang I, Wallace RB, Huppert FA, et al. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. *Age Ageing* 2007;36:256-61.
141. Aşkın R. Depresyon el kitabı. 2. baskı. Konya: Atlas Kitabevi; 1999. 124-31.
142. Sağduyu A. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği ile Karşılaştırmalı Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:3-8.
143. Serby M, Yu M. Overview: Depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003;70:38-44.
144. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsik Arşivi* 1997;34:62-71.
145. Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. Association of age, sex, cognitive dysfunction, and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. *Am J Psychiatry* 1994;151:1600-4.
146. Watson LC, Pignone MP. Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam Prac* 2003;52:956-64.
147. Lantz MS. Suicide in late life. Identifying and managing at-risk older patients. *Geriatrics* 2001;56:47-8.
148. NIH consensus conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992;268:1018-24.
149. Mathews M, Mathews M, Mathews J. Recognition and treatment of depression in the elderly. *Prim Psychiatry* 2004;11:33-7.
150. Padala PR, Roccaforte WH, Burke WJ. Antidepressants in the treatment of depression in older adults. *Prim Psychiatry* 2004;11:35-9.
151. Salzman C, Wong E, Wright BC. Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review. *Biol Psychiatry* 2002;52:265-84.
152. Areean PA. Psychosocial treatment for depression in the elderly. *Prim Psychiatry* 2004;11:48-53.
153. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
154. Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:273-81.
155. Ertan T, Eker E, Güngen C ve ark. The Standardized Mini Mental State Examination for illiterate Turkish elderly population. 2nd International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders. Bursa: 1999.
156. Yesavage JA, Brink TL, Rose TI et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
157. McSweeney K, O'Connor DW. Depression among newly admitted Australian nursing home residents. *Int Psychogeriatr* 2008;20:724-37.

158. Schumacher J, Zedlick D, Frenzel G. Depressive mood and cognitive impairment in residents of old age nursing homes. *Geriatrics Gerontology* 1997;30:46-53.
159. Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe M. Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:1156-62.
160. Levin CA, Wei W, Akincigil A, et al. Prevalence and treatment of diagnosed depression among elderly nursing home residents in Ohio. *J Am Med Dir Assoc* 2007;8:585-94.
161. Onder G, Liperoti R, Soldato M, et al. Depression and risk of nursing home admission among older adults in home care in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) study. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1392-8.
162. Lin PC, Wang HH, Huang HT. Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan. *J Clin Nurs* 2007;16:1719-25.
163. Karadağ M, Deveci SE, Açık Y, Atmaca M. Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2008;27:17-23.
164. Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, et al. Dysthymia in later life: a study in the community. *J Affect Disord* 2004;81:191-9
165. Çifçili S, Yazgan Ç, Ünalın P. Bir huzurevinde depresyon taraması ve sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9:122-5.
166. Üstün B, Bahar Z, Partlak N ve ark. Bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Dergisi* 2005;1:26-33.
167. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. *Am Fam Physician* 1999;59:2551-8.

EKLER

Ek-1a: Eğitilmişler İçin Standardize Mini Mental Test

Ad/Soyad : Tarih :
Yaş : Aktif Kullanılan El :
Cinsiyet : Eğitim (Yıl) :
Meslek : Toplam Puan :

Yönelim (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ?()
Hangi mevsimdeyiz ?()
Hangi aydayız ?()
Bugün ayın kaçı ?()
Hangi gündeyiz ?()
Hangi ülkede yaşıyoruz ?()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ?()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ?()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ?()
Şu an bu binada kaçınca kattasınız ?()

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan()

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

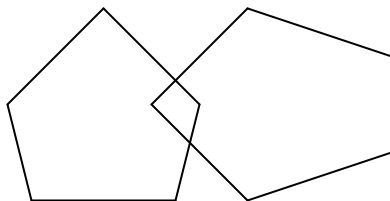
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deninceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65)()

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)()

Lisan (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir?
(saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)()
- b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan()
- c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan()
- d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.
(1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)()
- e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)()
- f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)()



Ek-1b: Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test

Ad/Soyad :
Yaş :
Cinsiyet :
Meslek :

Tarih :
Aktif Kullanılan El :
Toplam Puan :

Yönelim (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz ?()
Hangi mevsimdeyiz ?()
Hangi aydayız ?()
Hangi gündeyiz ?()
Şu anda sabah mı, öğle mi, akşam mı ?()
Hangi ülkede yaşıyoruz ?()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ?()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ?()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ?()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ?()

Kayıt Belleği (Toplam puan 3)

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

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan()

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin "Pazar"dan önce "cumartesi" gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin. (Toplam 5 günün sırasıyla doğru sayılması gerekir) Her doğru gün 1 puan()

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise) Her doğru kelime 1 puan()

Lisan (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir?

(saat, kalem) (20 sn süre tanınır) Her doğru kelime 1 puan()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn süre tanınır)

Doğru ve tam cümle 1 puan()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (30 sn süre tanınır, her bir doğru işlem 1 puan, toplam puan 3)()

d) Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın.

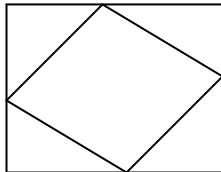
"Gözlerinizi kapatın" (Doğru işlem için 1 puan verilir)()

e) Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin.

(30 sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.

(1 dk süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)()



Ek-2a: Huzurevinde Kalanlar İçin Sosyodemografik Veri Formu

Huzurevinde ve Nilüfer HSEAU Bölgesi'nde Yaşayan Yaşlılarda
Depresyon Sıklıkları ve Etkileyen Etmenlerin Karşılaştırılması

Anket No :

/ /2010

01. Adı/Soyadı :

02. Doğum Tarihi :

(1945 yılından sonra doğanlar araştırmaya katılamayacak)

03. Cinsiyetiniz nedir?

- a. Kadın
- b. Erkek

04. Medeni durumunuz nedir?

- a. Evli
- b. Bekar
- c. Eşi ölmüş
- d. Eşinden ayrılmış

05. Kaç çocuğunuz var?

- a. Hiç yok
- b. çocuk var.

06. Öğrenim durumunuz nedir?

- a. Okur yazar değil
- b. Okur yazar
- c. İlkokul mezunu
- d. Ortaokul mezunu
- e. Lise mezunu
- f. Yüksekokul/Üniversite mezunu

07. Sosyal güvenceniz var mı?

- a. Var
- b. Yok

08. Aylık geliriniz var mı?

- a. Var
- b. Yok

09. Son 1 (bir) yıl içinde 1. derece yakınınızın kaybı söz konusu oldu mu?

- a. Evet
- b. Hayır

10. Kendi sağlığını nasıl algılıyorsunuz?

- a. Çok iyi
- b. İyi
- c. Orta
- d. Kötü

11. Kronik hastalığınız var mı?
a. Var
b. Yok
12. Yardımcı cihaz kullanıyor musunuz?
a. Evet,
13. Uyku sorunuz var mı?
a. Var
b. Yok
14. Huzurevine gelmeden önce kimle kalıyordunuz?
a. Eş
b. Çocuk
c. Eş ve çocuk
d. Yalnız
e. Diğer
15. Huzurevine gelme nedeniniz nedir?
a. Kendi isteğim
b. Kendi bakımımı yapamamak
c. Yakınımın olmaması
d. Ailem tarafından kabul edilmemek
e. Diğer
16. Huzurevinde ne kadar zamandır kalıyorsunuz?
.....
17. Huzurevinden memnun musunuz?
a. Memnunum b. Şöyle böyle c. Memnun değilim
18. Huzurevindeki diğer bireylerle ilişkileriniz nasıl?
a. İyi b. Orta c. Kötü
19. Huzurevine ziyaretinize gelen/arayan var mı?
a. Evet, sıklıkla b. Evet, nadiren c. Hiç yok
20. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
a. TV seyretme, radyo dinleme b. Sohbet etme
c. Dışarı çıkma, yürüme d. Gazete, kitap, dergi okuma
e. El işi f. Bahçe işleri
g. Sinema, tiyatro, konser h. Kağıt vb. oyunlar
ı. Dinlenme, uyku i. Diğer

Ek-2b: Nilüfer HSEAUB'nde Yaşayanlar İçin Sosyodemografik Veri Formu

Huzurevinde ve Nilüfer HSEAU Bölgesi'nde Yaşayan Yaşlılarda
Depresyon Sıklıkları ve Etkileyen Etmenlerin Karşılaştırılması

Anket No : / /2010

01. Adı/Soyadı :

02. Doğum Tarihi :

(1945 yılından sonra doğanlar araştırmaya katılamayacak)

03. Cinsiyetiniz nedir?

- a. Kadın
- b. Erkek

04. Medeni durumunuz nedir?

- a. Evli
- b. Bekar
- c. Eşi ölmüş
- d. Eşinden ayrılmış

05. Kaç çocuğunuz var?

- a. Hiç yok
- b. çocuk var.

06. Öğrenim durumunuz nedir?

- a. Okur yazar değil
- b. Okur yazar
- c. İlkokul mezunu
- d. Ortaokul mezunu
- e. Lise mezunu
- f. Yüksekokul/Üniversite mezunu

07. Sosyal güvenceniz var mı?

- a. Var
- b. Yok

08. Aylık geliriniz var mı?

- a. Var
- b. Yok

09. Evinizde kimle yaşıyorsunuz?

- a. Eş ile
- b. Çocuk ile
- c. Eş ve çocuk ile
- d. Yalnız
- e. Diğer

10. Son 1 (bir) yıl içinde 1. derece yakınınızın kaybı söz konusu oldu mu?

- a. Evet
- b. Hayır

11. Kendi sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?
a. Çok iyi
b. İyi
c. Orta
d. Kötü

12. Kronik hastalığınız var mı?
a. Var
b. Yok

13. Yardımcı cihaz kullanıyor musunuz?
a. Evet,

b. Hayır

14. Uyku sorunuz var mı?
a. Var
b. Yok

15 no.lu soru yalnız evinde tek başına yaşayanlar tarafından cevaplandırılacaktır.

15. Ziyaretinize gelen/arayan var mı?
a. Evet, sıklıkla b. Evet, nadiren c. Hiç yok

16. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
a. TV seyretme, radyo dinleme b. Sohbet etme
c. Dışarı çıkma, yürüme d. Gazete, kitap, dergi okuma
e. El işi f. Bahçe işleri
g. Sinema, tiyatro, konser h. Kağıt vb. oyunlar
ı. Dinlenme, uyku i. Diğer

Ek-3: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form

Adı/Soyadı : / /2010
Yaşı :
Cinsiyeti :

01. Hayatınızdan memnun musunuz?
Evet () Hayır ()
02. Eskiden ilgi duyduğunuz veya severek, isteyerek yaptığınız işleri bıraktınız mı?
Evet () Hayır ()
03. Hayatınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet () Hayır ()
04. Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
05. Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz?
Evet () Hayır ()
06. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?
Evet () Hayır ()
07. Kendinizi çoğunlukla mutlu hissediyor musunuz?
Evet () Hayır ()
08. Sık sık kendinizi çaresiz, umutsuz hissediyor musunuz?
Evet () Hayır ()
09. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz?
Evet () Hayır ()
10. Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet () Hayır ()
11. Sizce şu anda hayatta olmak güzel bir şey midir?
Evet () Hayır ()
12. Kendinizi şu andaki durumunuz ile değersiz hissediyor musunuz?
Evet () Hayır ()
13. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?
Evet () Hayır ()
14. Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?
Evet () Hayır ()
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet () Hayır ()

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın öğretim üyelerine, özellikle tez danışmanlığımı yapan Prof. Dr. Necla Tugay Aytekin'e, araştırma verilerinin analizinde ve tezimin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Alpaslan Türkkan'a, veri toplama aşamasında kolaylık gösteren huzurevi çalışanlarına ve ilgili mahalle muhtarlarına, sabrı ve desteği için eřim Nurcan'a, aileme ve çalışma arkadaşlarıma teőekkürlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

1964 yılında Bursa'da doğdum. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimimi Bursa'da tamamladım. 1988 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 1988-1992 yılları arasında Kars Akyaka Sağlık Ocağı'nda mecburi hizmetimi tamamladım. 1989-1990 yıllarında Van Jandarma Sınır Tugay Komutanlığı'nda askerlik görevini yerine getirdim. 1992-2006 yılları arasında Bursa'da sırasıyla İnegöl, Yıldırım ve Osmangazi ilçelerinde çeşitli sağlık ocaklarında görev yaptım. 21.02.2006 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak uzmanlık eğitimime başladım.