



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ORHANGAZİ VE FETHİYE AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZLERİNE BAŞVURAN
YAŞLILARDA DEPRESYON SIKLIĞININ VE RİSK ETKENLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Nazmiye ÇALIŞKAN

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2007



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ORHANGAZİ VE FETHİYE AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZLERİNE BAŞVURAN
YAŞLILARDA DEPRESYON SIKLIĞININ VE RİSK ETKENLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Nazmiye ÇALIŞKAN

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2007

ÖZET

Orhangazi ve Fethiye Aile Hekimliği Merkezlerine Başvuran Yaşlılarda Depresyon Sıklığının ve Risk Etkenlerinin Araştırılması

Bu çalışma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Fethiye ve Orhangazi Aile Hekimliği Merkezleri'ne başvuran 65 yaş ve üstündeki 145 kişi üzerinde yapılmış, kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın amacı; 65 yaş üstü nüfusta depresyon prevalansını ve depresyona gelişiminde etkili risk faktörlerini saptamaktır. Katılımcılara Mini Mental Test, Sosyodemografik Veri Formu ve Geriatrik Depresyon Ölçeği uygulanmış, depresyon tanısı için ek bir yöntem kullanılmamıştır. Çalışma bitiminde elde edilen veriler SPSS istatistik programında değerlendirilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, Aile Hekimliği Merkezleri'ne başvuran 65 yaş üstü kişilerde depresyon prevalansı % 17.9 olarak saptanmıştır. Depresyon kadınlarda, evli olmayanlarda, ev hanımlarında, ekonomik düzeyi kötü olanlarda, düşük eğitim seviyesinden olanlarda, özgeçmişinde depresyon olanlarda, birinci derece yakınlarında depresyon olanlarda, hipertansiyonu olanlarda ve anti hipertansif ilaç kullananlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır. Yalnız yaşama, olumsuz yaşam olayları, emeklilik, kalp hastalığı, diyabet gibi kronik hastalıklara sahip olma ile ise depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızın sonucunda depresyonun Aile Hekimliği Merkezleri'ne başvuran yaşlı bireyler için önemli bir sağlık sorunu olduğu söylenebilir. Yaşlılarda depresyonun farklı klinik görünümünün olması, kronik hastalıkların ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçların depresyon riskini arttırabilmesi ve bütün bunlarla birlikte yaşlı nüfusun gün geçtikçe artması, durumun önemini daha da arttırmaktadır. Yaşlıların depresyon semptomlarından çok somatik yakınmalarla başvurması nedeniyle depresyon ölçekleriyle yapılan taramaların önemli olduğu ve birinci basamağa başvuran her yaşlı bireyin depresyon açısından incelenmesinin yaşlı sağlığı açısından önemli bir gelişme olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, yaşlı, prevalans, risk faktörleri

SUMMARY

An investigation on frequency of depression and risk factors of the aged who apply to Orhangazi and Fethiye Family Medicine Centers

This is a cross-sectional study that have been conducted upon 145 individuals aged at least 65 years old that applied Family Medicine Centers of Uludag University Medical Faculty, Department of Family Medicine in Fethiye and Orhangazi. The aim of this study is to assess the prevalence of depression and the risk factors that influence development of depression upon the population over 65 years old. Mini Mental State Examination, Socio-demographic data form and Geriatric Depression Scale were performed on individuals, no additional methods was used for the diagnosis of depression.

According to the study results, among the individuals over 65 years old who applied Family Medicine Centers, the prevalence of depression was 17.9 %. Depression was significantly prevalent among female patients, singles, housewives, patients that have poor socioeconomic conditions and poor education, patients with history of depression or a first degree relative diagnosed with depression and patients with hypertension or using anti-hypertensive therapy. There was no significant relationship between depression and conditions like living alone, unfavorable events, retirement and chronic diseases as heart disease or diabetes. According to our study it can be concluded that depression is an important healthcare issue for old individuals that apply Family Medicine Centers. Different clinical presentations and increased risk of depression among old patients with chronic diseases and treatments, and also increasing older population day by day makes this situation more important. Because the old patients usually present with somatic symptoms rather than depressive symptoms, it will be an important improvement to screen patients by depression scales and evaluate depression for every old patient that refers to primary healthcare services.

Key words: Depression, elderly, prevalence, risk factors

GİRİŞ

Depresyon, sürekli depresif duygudumu, daha önce zevk alınan aktivitelerden zevk almama, isteksizlik, ilgisizlik, umutsuzluk, suçluluk ve diğer pesimistik düşünceler, vejetatif semptomlar, beden şikayetleri ile aşırı meşguliyet, uyku bozukluğu, kilo kaybı, iştah azalması, libido kaybı gibi semptomlarla şekillenen bir durumdur (1).

Genel nüfustaki yaygınlığının %2-25 düzeyinde olduğu bildirilen depresyon yaşlılık döneminde görülen psikiyatrik sorunlar arasında önemli bir yer tutmaktadır (2,3). Çeşitli çalışmalarda toplumda yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığı % 1-3 arasında saptanmıştır ve bu sıklığın başka bir tıbbi hastalığı olan yaşlılarda % 6-14 arasında değiştiği bildirilmektedir (4).

Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç , rol ve bulunduğu konum açısından kayıba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönemdir. Bu nedenle, bu dönemi yaşayan insanların ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına olan yaklaşımdan farklı olması gerekmektedir (5,6). Normal ve başarılı bir yaşlanmada bireyler güven içinde ve üretken bir yaşam sürebilmekte iken yaşlılıkla gelen değişikliklere uyum sağlanamaması halinde ise depresyon gelişme riski artmaktadır (7).

Son yıllarda teknolojinin ve yaşam kalitesinin gelişimine koşut olarak ortalama insan ömrünün uzaması ile birlikte yaşlı popülasyona özgü fiziksel ve ruhsal hastalıklar da önem kazanmaktadır. Bu yüzyılın başında Batı Avrupa'da 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan yaşlı nüfus, genel nüfusun yalnızca % 5'ini oluşturmakta iken, 1996 yılına gelindiğinde bu rakam % 15'e yükselmiştir. Yirmibirinci yüzyılda yaşam süresinin daha da uzayacağı ve yaşlı nüfusun % 20'lere ulaşacağı öngörülmektedir (8). Türkiye'de de genel nüfus içinde yaşlıların oranı yıllar içinde artış göstermektedir. Ülkemizde 65

yaş üstü nüfus toplam nüfusun % 6'sını oluşturmaktadır ve 2010 yılında bu oranın % 7.1 olacağı tahmin edilmektedir (9).

Sık karşılaşılan bir durum olmasına karşın bir çok çalışmada, yaşlılık döneminde depresyon yaygınlığı genç nüfusa göre daha düşük oranda saptanmaktadır. Somatik yakınmaların ön planda olması, psikiyatrik belirtilerin tanımlanmasındaki zorluklar , yaşlılar için uygun olmayan tanısall kategorilerin kullanılması, eş zamanlı demans ve diğer fiziksel durumların varlığı, hafif depresyon belirtilerinin kolayca yaşlılığa bağlanması gibi nedenler yaşlılarda depresyon tanısını güçleştirmektedir (7,8,10). Bu da çoğu zaman tedavinin aksamasına, gecikmesine ve depresyon seyrinin kötüleşmesine, kimi olgularda öz kırım riskinin artmasına neden olabilmektedir (11).

Yaşlılık çağı depresyonu , daha genç yaşlarda görülen depresyona göre risk etkenleri, etioloji ve klinik belirtilerin görünümü açısından farklılıklar göstermektedir. Yaşlılık çağı depresyonunun risk etkenlerinin ve etiolojisiyle ilgili gelişmelerin gözden geçirilmesi, özellikle birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde, tanı ve tedavinin planlanması açısından önem taşımaktadır (12). Yaşlılık çağı depresyonunun özelliklerinin bilinmesi, bu hastalara olan yaklaşımın daha sağlıklı olmasını sağlayacak, ayrıca depresyonun mevcut fiziksel hastalığa olan olumsuz etkilerinin de önüne geçilmesine katkıda bulunacaktır (11).

Depresyon büyük oranda önlenebilen ve tedavi edilebilen bir durum olduğundan erken tanı ve tedavi son derece önemlidir. Buradan yola çıkarak, depresyon saptanan bireylerin tedavi ve takibini yapmak veya ileri tetkik amacıyla sevkini planlamak, hizmete ulaşım kolaylığı ve hizmetin sürekliliği de göz önüne alındığında , birinci basamak sağlık kuruluşları üzerine önemli bir sorumluluk yüklemektedir.

Bu çalışmadaki amacımız; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olduğunu düşündüğümüz yaşlılık ağı depresyonunun, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na ait Fethiye ve Orhangazi Aile Hekimliği Merkezlerine başvuran yaşlılar arasındaki prevalansını ve olası risk etkenlerini gözden geçirmektir.

Genel bilgiler:

1-Tarihçe:

Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan "depress" sözcüğü ise, Latince "depressus" dan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (13).

Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları eski çağlara kadar uzanmaktadır. Bilindiği kadarıyla ilk kez eski Yunan' da Hipokrat depresyonun belirtilerini tanımlamış ve etiolojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir. Hipokrat ekolü, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri srmştir (13). Onaltıncı ve 17. yüzyılın konu ile ilgili çalışmalarını en iyi tanımlayan ifade, depresyonun etiolojisi konusunda Vesalius'un "Melankoli beyin ya da bir başka organın tümöründen kaynaklanmaktadır" görüşüdür. Burton'un 1621'de yazdığı "Melankolinin Anatomisi" adlı eserinde, bugünkü bilgilerimize çok yakın tanımlamalar yapmıştır. Pinel, Esquirol, Falret, Mendel ve Kreapelin' in katkılarıyla , 19. yüzyılda depresyon bugün bilinen kavramlarına çok yaklaşmış, 20. yüzyılda Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen ve Winokur'un da yaklaşımlarıyla depresyon tanımı şekillenmiştir (14).

2-Tanım ve epidemioloji :

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin kullandığı sınıflama sistemi olan DSM IV'e göre depresif durumlarda konulabilen tanılar şöyledir ;

1. Depresif bozukluklar
 - a. Major depresif bozukluk, tek epizod/yineleyici
 - b. Distimik bozukluk
 - c. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk
2. Bipolar bozukluklar
 - a. Bipolar bozukluk, en son epizod depresif
 - b. Siklotimik bozukluk
3. Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu
 - a. Depresif özellikler gösteren genel tıbbi bir duruma bağlı duygudurum bozukluğu
4. Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
 - a. Depresif özellikler gösteren madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
5. Uyum bozukluğu
 - a. Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu (1)

Major depresif epizod ise DSM IV' te şöyle tanımlanmıştır :

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

- 1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum
- 2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma

- 3) Diyetle değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının (ayda % 5'ten fazla) olması ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması
- 4) Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku olması
- 5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyonun olması (başkalarınca da gözlenebilen)
- 6) Hemen her gün yorgunluk , bitkinlik ya da enerji kaybının olması
- 7) Hemen her gün değersizlik , aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması
- 8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık
- 9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkmak olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

- B. Bu semptomlar bir karışık epizotun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (madde kötüye kullanımı, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örneğin hipotiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar iki aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşıp durma, özkıyım düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (1)

Depresyon epidemiolojisine ilişkin gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde yapılan alan araştırmalarında depresif belirtiler için %20'lere, depresyon için %10'lara varan prevalans hızları bildirilmektedir (15,16).

Dünyada en geniş toplum bazlı çalışma olan ECA (Epidemiologic Catchment Area) ile 65 yaş üzeri major depresyon prevalansı % 1 olarak bulunmuştur. Polikliniklerde ayaktan takip edilen yaşlılarda depresyon sıklığı

%13-40, hastanede yatarak tedavi edilenlerde %10-45, hastanede yatarak tedavi gören demanslı hastalarda %52, kanserli hastalarda ise % 50 oranları verilmektedir (17,18,19). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; toplumda depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir ve yapılan bir çok çalışmanın sonucu da bunu destekler niteliktedir. Steffens ve arkadaşları yaşlılarda major depresyonun nokta yaygınlığını kadınlarda % 4.4, erkeklerde % 2.7 olarak bulmuşlardır (19) .

Ülkemizde depresyon prevalansını araştıran çalışmalarda ise; Aksüllü ve Doğan (20) huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığını %69, Maral ve arkadaşları (21) ise %48 olarak tespit etmişlerdir. Toplumda saptanan oranlar ise %1-5 arasındadır (22). Cankurtaran ve arkadaşlarının 789'u kadın 466'sı erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada, yaşlılarda depresyon prevalansı % 21.8 olarak bildirilmiştir (23).

2 – Etioloji:

a Psikolojik Görüşler:

I. Psikoanalitik ve Psikodinamik Etmenler: Depresyonu anlama girişimlerinde, Sigmund Freud nesne kaybı ve melankoli arasında bir ilişki olduğunu, depresyondaki hastanın öfkesinin kayıp nesne ile özdeşim nedeniyle içe yöneldiğini öne sürmüştür. Heinz Kohut'un tanımlamasına göre ise ayna tutma, yüceleştirme için kendilik-nesnesi gereksinimleri önemli kimselerden gelmediğinde, özlenen yanıtı almadığı için depresif kişi tamamlanmamışlık ve ümitsizlik hissetmektedir (24).

II. Öğrenilmiş Çaresizlik: Deneysel olarak, kaçamayacakları yineleyici elektrik şoklarına maruz bırakılan hayvanlar sonunda bıkarak gelecek şoklardan kaçma girişiminde bulunmamışlardır. Bu hayvanlar çaresiz olduklarını öğrenmişlerdir. Depresyonda olan insanlar kendilerini benzer bir çaresizlik durumunda bulabilirler (24).

III. Bilişsel Kuram: Bilişsel kurama göre, yaygın bilişsel yanlış yorumlamalar yaşam deneyimini olumsuz çarpıtma, kendini olumsuz değerlendirme, kötümserlik ve umutsuzluktur. Bu öğrenilmiş olumsuz görüşler daha sonra depresyon duygusuna yol açmaktadır (24).

b.Biyolojik Görüşler:

Depresyonun etiolojisinde çeşitli nörobiyolojik mekanizmaların varlığı ileri sürülmektedir. Bunlar arasında noradrenerjik sistem, serotonerjik sistem, nöropeptidler, genetik geçiş modeli, glutamaterjik sistem, nöroendokrinolojik faktörler, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler, hücre içi bağlantılar ve nöroanatomik bağlantılar önem taşımaktadır. Çalışmalar, duygudurum bozukluklarının beyinde limbik sistem ve lokus seroleustaki nöronal yollardaki fonksiyonel bozukluktan kaynaklandığını düşündürmektedir ve duygudurum bozukluğunda en fazla noradrenalin ve serotonin değişikliklerinin rol aldığı, bununla birlikte rollerinin henüz kesin olarak belirlenemediği bildirilmektedir (25).

I. Noradrenerjik Sistem: Depresif hastalarda noradrenalinin azalmasının depresif semptomlarda bir artış oluşturduğu ve noradrenalin projeksiyonları ile depresyon arasındaki korelasyona ilişkin kapsamlı kanıtlar mevcut olduğu gösterilmiştir (26).

II. Serotonerjik Sistem: Monoamin hipotezi üç biyojenik aminden (serotonin, norepinefrin, dopamin) birisinin ya da diğerinin eksikliğinin ve dolayısıyla fonksiyonlarında ortaya çıkan azalmanın veya bu reseptörlerdeki sayı ve duyarlılıkta artışın depresyonun altında yatan biyolojik düzenek olduğunu ileri sürmektedir (27).

Depresyon, serotonerjik sistemin hem hipofonksiyonunda hem de hiperfonksiyonunda görülebilmektedir. Bu durum hipofonksiyon veya hiperfonksiyonun hastalığın farklı aşamaları ile ya da farklı tipleri ile ilişkili olabileceği veya depresyonun serotonin mekanizmasının eksikliği ya da

aşırılığı ile değil stabil olmaması ile ilişkili olabileceği savlarının ortaya atılmasına neden olmuştur (28).

III. Depresyon Etiolojisinde Genetik Kanıtlar: Depresyonun etiolojisinde genetik çalışmalar çeşitli başlıklar altında toplanmıştır; serotonin, adrenalın, dopamin, anjiyotensin dönüştürücü enzim, monoamin oksidaz, GABA (gama amino bütirik asit) gen polimorfizmi gibi. Depresyonun genetik yönü oldukça karmaşık olup genetik heterojenite ve multifaktöryel kalıtım göstermektedir (29).

IV. Depresyon Etiolojisinde Nöropeptidler: Nörotransmitterler içinde önemli yer tutan peptidler kısa zincirli proteinlerdir ve nöromodülatör, nörohormon, lokal nörotransmitter işlevleri vardır (30). Bunlardan en çok üzerinde durulanlar; somatostatin, kortikotropin, gonadotropin releasing hormon, vazopressin, oksitosin, P maddesi, tiroid hormonları (TRH, TSH, T3, T4), endojen opioidler, kolesistokin ve melatonindir (14,31). T3, T4, TSH ve TRH'nun duygudurum ve davranışların düzenlenmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir ve depresyondaki hastaların üçte birinde TRH'a karşı TSH yanıtının bozulduğu açıklanmıştır (31).

V. Depresyon, Nöroplastisite, Nörogenesis ve Nörotrofik Faktörler, hücre içi bozukluklar: Depresyon hastalarında yapılan post mortem çalışmalarda en sık olarak kortekste glial hücrelerin sayısında azalma bildirilmiştir. Nöronun salgıladığı bir nörotrofik faktör olan BDNF (sinir büyüme faktörü) bir yandan nöronun uyarana uyumunu sağlayan yapısal sinaptik değişikliklere yol açarken, diğer taraftan programlı hücre ölümüne engel olmaktadır. Stres, BDNF düzeylerini azaltarak strese yatkın hipokampal nöronların atrofisine ve fonksiyonlarının azalmasına sebep olmaktadır (32,33).

VI. Depresyonda Nöroanatomik Bağlantılar: Depresif bozukluklardaki belirtiler, bulgular ve öznel deneyimlerin bazı nörobiyolojik süreçlerdeki işlev

bozukluklarına benzerlik gösterdiği örneğin ağır deprese hastalardaki bellek bozuklukları, sorun çözmedeki güçlükler, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, olumsuz düşünceler, sanrılar ve varsanılar gibi bulguların bazı özgül kortikal alanların işlevlerinin bozulmasında da meydana geldiği (prefrontal korteks, talamus, striatum, bazal ganglionlar, hipotalamus, nükleus akumbens) bilinmektedir (34). Yüksek beyin işlevlerinin aynı zamanda bu bölgeleri birleştiren prefrontal korteks, prefrontal-okspital-temporal korteks ve limbik korteks gibi asosiyasyon alanları ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir (35).

Yaşlılıkta merkezi sinir sisteminde meydana gelen bir takım değişikliklerin depresyona eğilimi arttırdığı bilinmektedir. Yaşlanmayla birlikte özellikle serotonin, noradrenalin, dopamin ve GABA' nın beyin konsantrasyonlarında azalma görülmesi yaşlıların depresyona olan yatkınlığını arttıran bir faktördür (11, 36).

Depresyonlu hastalardaki SPECT (tek foton emisyon tomografisi) çalışmalarında solda prefrontal korteks aktivitesinde azalma ile ilgili bulgular saptanmıştır (37). Çalışmalar depresyonu olan yaşlılarda frontal lob hacminde kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğunu göstermektedir (38,39). Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında geç başlangıçlı depresyonu olan hastaların lateral beyin ventriküllerinde belirgin bir genişleme olduğu gözlenmiştir (8). Yaşlı depresif hastalarda kranial MR'da özellikle frontal lob ve bazal ganglionlarda, depresif olmayan yaşlılara oranla daha çok yoğunluk artışı saptanmıştır (40,41) .

Bu bulgular dışında serebrovasküler hastalıkların yaşlılık depresyonunun ortaya çıkmasına yardımcı olduğu düşüncesinden yola çıkarak "vasküler depresyon" varsayımı ortaya atılmıştır. Bu varsayımı destekleyen en önemli bulgu, depresyon ve vasküler beyin hastalıkları arasındaki yüksek birliktelik oranıdır (42,43).

3-Risk faktörleri:

a) Yaş: Yapılan bazı çalışmalarda, yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı gösterilmiş, ancak yaşlılığın tek başına depresyon riskini arttırmadığı, yaşlı nüfusta görülen depresyonlarda çok sayıda etkenin rolü olabileceği belirtilmiştir (44). İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkabilen bilişsel işlevlerde ve gündelik aktivitelerde gerileme, sosyal ilişkilerde zayıflama, ekonomik durumda kötüleşme, kişinin yalnız yaşaması, sosyal destek sistemlerinin zayıf olması gibi etkenlerin depresyon görülme sıklığını arttırdığını gösteren çalışmalar vardır (45).

Jorm ve arkadaşlarının bir çalışmasına göre, daha öncesinde var olan yaygın kanının aksine, depresyon yaşlılarda daha fazla görülmemektedir. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır (13).

b) Cinsiyet: Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cole ve Dendukuri tarafından yapılmış bir meta analizde, kadın cinsiyetin, depresyonun önemli risk faktörleri arasında yer aldığı bildirilmektedir (18). Cinsiyete göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark da gitgide azalmaktadır (13). Öte yandan ileri yaşlardaki kadınlarda, gençlerdekine benzer şekilde depresyonun erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar da vardır (28,46,47). Zunzunegui ve arkadaşları 65 yaş üstü yaşlılarda yaptıkları çalışmalarında, kadınlardaki depresyon oranını %46, erkeklerdekini %20 bulmuşlardır (48).

c) Medeni Durum: Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış kişiler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan kadınlarda, evli olanlara göre depresyon gelişme riski iki kat fazladır (13). Brown ve Moran'ın 1997 yılındaki çalışmalarında eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre değişim göstermektedir. Bekâr kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az

depresyon riski yaşarken, bunun tersine evli erkekler bekâr erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (13).

d) Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler: Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada; kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Buna göre; biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde % 11, kadınlarda % 18 düzeyindedir (13).

Yaşlılık depresyonunun patogenezinde kalıtımın öneminin, erken yaşta başlayan depresyondaki önemine oranla oldukça düşük olduğu bildiren çalışmalar da vardır (42, 43,49).

e) Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri: Depresyonun kapsamlı anlaşılabilmesi için, kişinin depresyon epizodu öncesindeki “premorbid” kişilik yapısı incelenmelidir. Obsesif, histrionik, pasif ve bağımlı ve de sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken, antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler bulunmaktadır (13).

f) Olumsuz Yaşam Olayları ve Stres Etkenleri: Olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik, ya da psişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir (13).

Yaşlılık döneminde insan yaşamını etkileyen ve depresyona yatkınlığı arttıran en önemli psikososyal stres etkeni, sevilen insanların kaybı ve buna bağlı yaşanan yastır. Özellikle eşin yitilmesi depresyon riskini arttırmaktadır (46). Kayıptan sonraki iki yılda yaşlıların %14'ünde major depresyon gelişebileceği bildirilmektedir (7,11).

g) Sosyo-ekonomik Durum ve Sosyal Destek: Rothschild 1999 yılındaki çalışmasında depresyonun kentlerde, işsizlerde 3 kat, yoksullarda 2 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir (13). Yapılan bir çok çalışmada huzurevinde kalmanın depresyon riskini arttırdığı, huzurevinde kalanlarda kendi evinde kalanlara göre daha yüksek oranda depresyon görüldüğü bildirilmiştir (44,50).

h) Diğer hastalıklarla Birliktelik: Çoğu kişide yaşamı tehdit eden bedensel bir hastalığa yakalanmak depresyona neden olmaktadır. Diyabet, hipertansiyon, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA), kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı gibi toplumda yaygın gözlenen bedensel hastalıklarda duygudurum bozuklukları yaygınlığının arttığı gösterilmiştir (51). Yaşlıda mevcut olan parkinson, demans, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı gibi diğer psikiyatrik bozukluklar da depresyona zemin hazırlamakta ve depresyonun seyrini olumsuz etkilemektedir (13,22).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkabilecek kronik fiziksel hastalıklar hem direkt fizyolojik etkiyle hem de dolaylı olarak depresyona neden olabilmektedir. Kronik ağrının eşlik etmesi, başkalarına bağımlı hale gelme, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, yaşam kalitesinin düşmesi dolaylı nedenler arasında sayılabilir (22,52).

Yaşlılarda beden sağlığı ile depresif durum arasındaki ilişki iki yönlüdür. Birinin varlığı diğerinin gidişatını kötü etkilemektedir (53). Yapılan çeşitli çalışmalarda depresyona girmiş olan ve bedensel hastalığı bulunan yaşlı hastalardaki tıbbi hastalıkların sayısı ve şiddetinin depresyonda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (11,54).

Depresyona neden olabilen bir çok sistemik hastalık bildirilmektedir. Bunlar; nörolojik hastalıklar (parkinson, huntington hastalığı, merkezi sinir sisteminin tümör, enfeksiyon, vasküler hastalık ve travmaları, multipl skleroz, epilepsi, hidrosefali, felçler), sistemik enfeksiyonlar (bakteriyel ve viral enfeksiyonlar, tbc, hepatit vb), endokrin bozukluklar (hipotiroidi, hipertiroidi,

hiper/hipo paratiroidi, cushing sendromu, addison hastalığı, hiperaldosteronizm) , enflamatuvar bozukluklar (SLE, RA, temporal arteritis, sjögren sendromu vb), vitamin eksiklikleri (folat, B 12, niasin, vitamin C) ve KOAH'a sekonder hiperkapni, hepatik ensefalopati , konjestif kalp yetmezliği, aritmiler, hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, böbrek hastalığı ve üremi, kronik diyaliz, sistemik neoplazmalar, porfiri, AIDS, elektrolit dengesizlikleri, romatizmal hastalıklar, kronik karaciğer hastalıkları gibi çeşitli tıbbi durumları içerir (11,42,44,49,52,55,56).

ı) İlaç kullanımı: Genellikle bir çok bedensel hastalığın bir arada bulunduğu yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı kaçınılmazdır ve bu durum bazen depresyona yol açabilmektedir (10).

Yapılan bir çok çalışmanın sonucunda, çeşitli ilaçların depresyona neden olabildiği bildirilmiştir. Kardiyak ve antihipertansif ilaçlar (betadin, klonidin, guanetidin, hidralazin, metildopa, propranolol, rezerpin, dijitaller, prazosin vb), sedatif ve hipnotikler (barbitüratlar, etanol, benzodiazepinler vb), steroid ve hormonlar (kortikosteroidler, oral kontraseptifler, danazol), stimülanlar ve iştah baskılayıcılar (amfetamin, fenfluramin vb), psikotropik ilaçlar (butirofenonlar, fenotiyazinler), nörolojik ajanlar (amantadin, bromokriptin, levodopa, baklofen, karbamazepin, fenitoin vb), analjezik ve antienflamatuvar ilaçlar (fenoprofen, ibuprofen, indometazin, opiatlar, fenasetin vb), antibakteriyel ve antifungaller (ampisilin, sulfometoksazol, klotrimazol, sikloserin, dapson, tetrasiklin, griseofulvin, metronidazol vb), antineoplastik ilaçlar (azatioprin, vincristine, 6 azauridine, bleomisin vb) ile asetozolamid, siproheptadin, disülfiram, metiserjid, meklizin, pizotifen, antikolinesterazlar, simetidin, mebeverin, metaklopramid, salbutamol gibi diğer pek çok ilaç da bunlar arasında sayılabilir (53,61).

Yapılan değişik çalışmalarda kadın cinsiyet, ileri yaş, günlük yaşam uğraşlarında başkalarına bağımlı olma, yalnız yaşıyor olma, dul veya boşanmış olma, eşin ölümü, iş kaybı, emeklilik, önemli kayıplar yaşanması,

yas, toplum desteğinin azlığı, aile ilişkilerinde bozukluk, dūřuk gelir ve eğitim dūzeyi, bilişsel bozukluğun olması, fiziksel bir hastalığın bulunması ve bu hastalığın uzun sūrmesi daha önceden depresyon atağı geğirme, daha önceden intihar girişimlerinin varlığı ile aile öyküsünün olması yaşlılık dönemi depresyonları için önemli risk etkenleri olarak bildirilmiştir (52, 53, 57-59).

Yaşlılıkta gücün, prestijin, fiziksel becerilerin, gençlik ve güzelliğin, arkadaşların, yakın ilişkilerin, cinsel olanakların, saygınlığın, sosyal yaşantı ve desteklerin azalması da depresyon gelişimine zemin hazırlamaktadır (8,60).

Yapılan 20 retrospektif çalışmayı inceleyen Cole ve Dendukuri , önceden depresyon geçirmiş olma, yas, kadın cinsiyet, yeti yitimi ve uyku bozukluğunun yaşlılarda depresyon için anlamlı risk oluşturduğunu belirtmişlerdir (46).

4-Klinik:

Depresif bir duygudurum ile ilgi ve zevk almanın kaybı depresyonun anahtar belirtileridir. Hastalar kendilerini sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söylerler (61).

I. Öyküden Elde Edilen Bilgiler:

- a. Anhedoni-zevk alamama
- b. Arkadaşlar veya aileden uzaklaşma
- c. Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücü azalma
- d. Vejetatif belirtiler: Libido kaybı, iřtahsızlık ve kilo kaybı, iřtah artıřı ve kilo alma, dūřuk enerji dūzeyi, yorgunluk, adet düzensizlięi, sabah erken uyanma, uykusuzluk veya ařırı uyuma
- e. Kabızlık
- f. Ağız kuruluğu
- g. Baş ağrısı (61)

II. Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler:

- a. Genel görünüm ve davranış: psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, ağlama, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme.
- b. Duygulanım: Genellikle sıkıntılı.
- c. Duygudurum: Çökkündür.
- d. Konuşma: Azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, hafif, düşük tonda ve monotondur.
- e. Düşünce içeriği: Çökkün hastaların % 60'ında özkıyım düşünceleri ve % 15'inde tamamlanmamış özkıyım; obsesif yinelemeler; yaygın umutsuzluk; değersizlik ve suçluluk duyguları; bedenle ilgili zihinsel uğraşlar; kararsızlık; içerik yetersizliği; varsanı ve sanrılar (duygudurumla uyumlu suçluluk, yok olma, kötülük görme gibi); kendiliğindenlikte azalma gözlenir.
- f. Duyum: Çelinebilirlik, yoğunlaşma güçlüğü, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu olabilir.
- g. İlgörü ve yargılama: Kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozular (61).

III. Eşlik Eden Bulgular:

Bedensel yakınmalar, çökkün duygudurumla uyumlu sanrı ve varsanılar (suçluluk, yoksulluk, hak edilmiş kötülük görme gibi) veya duygudurumla uyumsuz sanrı ve varsanılar (düşünce sokulması, yayınlanması, etkilenme sanrıları) depresyona eşlik edebilmektedir (61).

IV. Yaşa Özgü Bulgular:

Depresyon değişik yaşlarda farklı şekillerde görülebilir. Yaşlılık depresyonunda bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, apati, çelinebilirlik, psödodemans (depresyonun demans sendromu) gibi bilişsel kusurlar görülebilir (61). Psödodemans terimi, klinik belirtiler ve görünümü açısından yaşlı hastalarda demansı düşündüren, ancak mevcut depresyonun

sağaltımıyla bilişsel işlevlerdeki bozukluğun düzeldiği tabloyu tanımlamak için kullanılmaktadır (62). Psödodemanslı hastalarda sıklıkla dikkat, bellek, kavramsallaştırma ve zihinsel süreçlerin hızı ile ilgili bilişsel işlevlerin bozulduğu gözlenir (11).

Yaşlı depresif hastalarda sıkça görülen bir diğer tablo psikotik depresyondur (52). Altmış yaşından sonra ilk kez depresif atak geçiren hastaların yaklaşık yarısında farklı düzeylerde nihilistik, somatik sanrılar, suçluluk sanrıları ve paranoid sanrılar saptanmıştır (8,52).

Yaşlılarda görülen depresyonda bedensel yakınmalar ve endişeler daha ön plandadır. Bedensel yakınmaların bu yaş grubunda depresyon tanısı açısından daha az değer taşıdığı bilinmelidir (63,64). Organ işlevlerinde bozulma ya da hastalıkla ilgili, bizar nitelikli, nihilistik sanrılar, ajitasyon, bellek bozuklukları ileri yaş depresyonunun belirgin özellikleridir (7). Yaşlı hastalarda psikomotor retardasyon sık görüldüğü gibi psikomotor ajitasyon da az değildir. Stage ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlı grupta psikomotor aktivite artışı ve ajitasyon daha fazla bulunmuş, genç grupta ise çökkün duygudurum daha sık görülmüştür (65). Yaşlılarda özellikle ölüm düşünceleri ve buna bağlı özkıyım düşüncelerine sık rastlanır (11,62).

Klasik depresyon belirtilerinin yanı sıra yaşlı hastalarda “maskeli depresyon” olarak da tanımlanan , somatik yakınmalar, ağrı, hipokondriazis, obsesyonel durumlar gibi çeşitli bozuklukların depresyon eşdeğerleri olduğu öne sürülmüştür (66). İleri derecede lokalize veya yaygın ağrının yaşlılarda depresyonun belirtisi olabileceği unutulmamalıdır (52).

5-Tedavi:

Yaşlılık dönemine özgü farmakokinetik değişiklikler, fizik hastalıkların varlığı ve bundan dolayı çoklu ilaç kullanımının gerekmesi, yaşlanmayla birlikte toplumsal konum ve aile içinde sahip olduğu gücün değişmesi, üretici

ve yaratıcı gücünü kaybetme, işlevselliğinde azalma olması, yaşlılarda ortaya çıkan ruhsal bozuklukların, özellikle depresyonun tedavisinde biyopsikososyal yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (67).

Yaşlı depresyon hastalarının tedavisindeki temel ilkeler genel olarak genç hastaların tedavisine benzerdir. Kullanılan tedavi yöntemleri arasında farmakoterapi, elektro konvulziv tedavi (EKT), psikoterapötik yaklaşımlar yer almaktadır (17,62).

a) Farmakoterapi: Yaşlı depresyonu psikofarmakoterapiye iyi yanıt verir. Yaşlılarda ilaç tedavisi başlanırken ilacın etkinliği, yan etki profili, farmakokinetik etmenler (karaciğer, böbrek fonksiyonları vb), daha önceki ilaç uygulamaları ve etkileri, komorbid hastalıklar ve bunlar için kullanılan ilaçlarla olabilecek etkileşimler göz önünde tutulmalı, mümkün olan en düşük dozdan başlanmalı ve tek ilaç tercih edilmelidir (6,67). Yaşlılara verilecek antidepresan dozu gençlerdeki gibidir (52). Farklı olarak yaşlılarda terapötik etkinin başlaması gençlere göre biraz daha geç olup ve 7-8 hafta sürebilir (52).

Trisiklik antidepresanların (TSA) ve serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) yaşlılık depresyonunda etkili olduğu bilinmektedir (52). Ancak TSA'lar, yan etkilerinin fazlalığı nedeniyle pek tercih edilmemektedir (52,68). Bu ilaçlar daha önce kişide kullanılmış ve fayda sağlanmışsa, yetişkin dozunun yarısı şeklinde verilmeli ve özellikle kardiyak yan etkiler açısından izlenmelidir (17).

SSRI'lar; genel olarak antikolinerjik yan etkilerinin olmaması, kardiyovasküler yan etkiler göstermemesi, sedatif etkilerinin olmaması, genel olarak iyi tolere edilebilmeleri, sabit dozlarla yeterli etkinliğin sağlanması ve çoğunlukla günde tek doz kullanıma olanak vermeleri nedeniyle yaşlılık depresyonlarının tedavisi için uygun seçenek olmaktadır ve genellikle ilk tercihtirler (52,62,68,69). Bilişsel işlevlere ve bellek üzerine olumlu etkileri de yaşlılarda tercih edilmelerini sağlamaktadır (70).

Atipik antidepresanlardan trazodon ve mianserin, kardiyotoksik ve antikolinergik yan etkilerinin azlığı nedeniyle yaşlılarda güvenle kullanılabilir. Ancak sedasyon ve bilişsel bozukluklara yol açabilirler. Düşük dozda trazodon uykusuzluğun tedavisinde kullanılabilir (71).

b) EKT: Dirençli depresyonlarda ve özellikle kendine zarar verme davranışı sergileyen, intihar riskinin yüksek olduğu durumlarda, malnütrisyon, dehidratasyon bulgusu olanlarda, psikotik hezeyanları olanlarda, ilaç tedavisine yanıt vermeyenlerde EKT uygun bir tedavi yöntemidir (11,52). Yapılan çeşitli çalışmalarda , EKT'ye başvuru hastalarının sıklıkla 60 yaş üstü hastalar olduğu bildirilmektedir (11).

c) Psikoterapi: Yaşlılarda ilaç tedavisinin yanı sıra bireysel veya grup psikoterapilerin etkinliği de bilinmektedir. Bu amaçla kısa, soruna odaklı psikoterapi, bilişsel davranışçı terapiler ve grup terapileri uygulanmaktadır. Psikoterapinin amaçları arasında hastanın düşük benlik saygısını arttırmak, hastalıkla ilgili yanlış anlamaları düzeltmek, hastalığın neden olduğu kısıtlamaları hastanın kabul etmesine yardımcı olmak, hastanın izolasyonunu azaltmak, hastanın kayıp ve hastalıklı olma duygularıyla baş etmesinde onun yanında olmak, kaygı ve korkuların hasta tarafından ifade edilmesini yüreklendirmek yer almaktadır (72).

Yaşlı depresyonuna sıklıkla anksiyete eşlik etmektedir. Bu yüzden tedavide gevşeme egzersizlerinden de faydalanılmaktadır. Günlük aktivitelerini yerine getirmede destek olunması, hareketliliğin artırılması, fiziksel egzersizler yardımcı yöntemler olarak önerilebilir (73).

Hastaya sosyal destek sağlanması tedaviyi olumlu yönde etkiler. Aile üyeleri ve kurumda yaşayanlar için kurum çalışanlarının vereceği destek depresif yaşlı hastalar için oldukça önemlidir (49,74).

6-Prognoz:

İleri yaşlarda depresyonun kendiliğinden iyileşme oranı düşük, özkıyım riski ise yüksektir (7). Cole ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde depresyon tanısı konulan yaşlıların %33 ünün iyileştiği, %33 ünün halen depresyonda olduğu, %21 inin öldüğü bildirilmiştir (75).

Hastanın ileri yaşta olması, ilk atağının yaşlılıkta olması, en az iki yıldır sürüyor olması ve bu süreçte iyileşme olmaması, geçirilen depresif atağın ağır şiddette ve uzun süreli olması, depresyonla birlikte kronik bir bedensel hastalığın olması, melankolik veya psikotik özelliklerin bulunması, geçmişte alkol bağımlılığı öyküsünün olması, morfolojik beyin anormalliklerinin bulunmasının depresyonun kronikleşmesine neden olduğu , sık depresif atak geçirilmesinin, geç hastalık başlangıç yaşı, distimi öyküsü, geçirilen depresif atağın ağır şiddette ve uzun süreli olmasının ise relaps ve rekürrensleri arttırdığı vurgulanmaktadır (53,76).

İyi işlevsellik, hobi ve uğraşların olması, düzenli sağlık kontrolü, sosyal yönden aktif olma, düzenli beslenme, iyi görme, iyi bilişsel düzey, eşiyile birlikte yaşama, aile bağlarının iyi olması, inanç, iyi gelir düzeyi, alışkın olduğu çevrede yaşamanın yaşlılarda depresyon seyrini olumlu etkilediği bildirilmektedir (7).

Yapılan çalışmalarda tam bir düzelme gösterecekler dahi yaşlı psödodemans hastalarının izlemlerinde yüksek oranlarda geri dönüşümsüz demans tablosuna girdikleri saptanmıştır. Bu hastaların yıl başına ortalama % 20 oranında geriye dönüşümsüz demans geliştirdikleri, demans gelişme riskinin normal topluma göre daha fazla olduğu saptanmıştır (8).

Yaşlılarda depresyonun en dramatik komplikasyonu özkıyımdır (5,11,77). Tamamlanmış intihar yaşlı popülasyonda genel popülasyona göre iki kat daha çok görülmektedir (78).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Uludağ Üniveristesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı iki Aile Hekimliği Merkezi olan Fethiye ve Orhangazi Aile Hekimliği Merkezleri'nde yapılmış, kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma evrenini, Mart 2005 – Ağustos 2006 tarihleri arasında bu sağlık merkezlerine başvuran 65 yaş üzeri kişiler oluşturmaktadır. Çalışma gönüllülük esasına göre yapıldığından bir örneklem büyüklüğü belirlenmemiştir ve bu çalışma sonuçları merkezlerimize başvuran genel hasta popülasyonunu yansıtmayabilir.

Aile Hekimliği Merkezleri'ne herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri bireylere çalışma hakkında bilgi verilip onayları alındıktan sonra, yüz-yüze görüşme tekniği ile anketler uygulanmıştır. Yüz yüze görüşmeyi ve anketleri tamamlamaya engel olacak düzeyde fiziksel ya da ruhsal hastalığı bulunmayan, 65 yaş üzerinde olan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler bu çalışmaya dahil edilmiştir. İşitme ya da görme yeteneklerinin yeterli olmadığını ifade eden veya uygulama sırasında yeterli olmadığına kanaat getirilen kişiler çalışma dışında bırakılmıştır.

Depresyon ve bilişsel bozulma çok sıklıkla birlikte bulunmaktadır (57,79) ve bilişsel değişiklikler depresyona benzerliği nedeniyle ayırıcı tanıda sorun oluşturmaktadır (7,10). Geriyatrik depresyonun tanı sürecinde bilişsel işlevleri değerlendirecek Standardize Mini Mental Test (SMMT)'in kullanılması yerinde olacaktır (52,80). Bu bilgilerin ışığı altında çalışmamızda katılımcılara öncelikle, bilişsel bozukluğu tespit etmek amacıyla SMMT ve bu testin eğitimsizler için olan formu (SMMT-E) uygulanmıştır. SMMT, Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 de geliştirilmiş, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren özellikte, kısa, kullanışlı ve standardize bir test olup Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (64,81,82). Test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış 11 maddeden oluşmakta

ve toplam puan 30 üzerinden değerlendirilmektedir (81,82). Bu testte 23 ve daha az puanın bilişsel bozukluğu gösterdiği, demansın erken evrelerinde bilişsel işlevlerin güvenli ve duyarlı şekilde araştırılmasında yardımcı olacağı belirtilmektedir (63) . Bizim çalışmamızda SMMT için kesme puanı 24 olarak alınmış, 24 ve üzeri puan alan 145 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini sorgulamaya yönelik olarak çalışmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen bir sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bu formda; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim, doğum yeri, medeni durum, çocuk sahibi olma, sosyal güvence varlığı, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve kişiler, özgeçmişine ait kaza, ameliyat ve geçirilmiş hastalık öyküsü, birinci derece yakınlarında depresyon öyküsü, sigara ve alkol kullanımı, hobi/uğraş varlığı, kronik hastalıkların varlığı ve türü, sürekli ilaç kullanımı varlığı ve kullanılan ilacın türü, son bir ay içerisinde yaşanmış olumsuz yaşam olayı varlığı olmak üzere açık ve kapalı uçlu sorular bulunmaktadır. Meslek grupları tek tek ele alınmamış, ev hanımı, halen çalışanlar veya emekli olanlar olarak sınıflandırılmıştır. Sosyoekonomik düzeyi belirlemede sosyal güvence varlığı ve gelir düzeyi ölçüt olarak alınmıştır. Gelir düzeyi için ise "iyi, orta, kötü" şeklinde kişinin kendi beyanı esas alınmıştır.

Üçüncü aşamada ise katılımcılara geriyatrik depresyon ölçeği uygulanmıştır. Geriyatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve yaygın olarak kullanılmaktadır (83). Bu ölçek, öz bildirime dayalı, yaşlılara yönelik, yanıtlanması kolay 30 sorudan oluşmaktadır ve yanıtları sadece "evet" ya da "hayır" şeklinde olan bir ölçektir. Ölçek hastanın kendisi tarafından doldurulmaktadır. Ancak bu çalışmada bölgemizde çalışmaya katılanların eğitim düzeyleri de göz önüne alınarak, sorular yüksek sesle katılımcıya okunmuş ve cevapları kaydedilmiştir. GDÖ, yaşlılarda tanı değeri fazla olmayan somatik yakınmaları ve tepki doğurabilecek maddeleri dışarıda bırakan bir ölçektir. Depresyon lehine her yanıt bir puan, diğer yanıtlar sıfır puan değerindedir.

Geriyatrik depresyon ölçeğinde; 0-10 puan normal, 11-20 puan hafif depresyon, 21 puan ve üzeri ağır depresyon olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin 30 maddelik formunun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (52,63,64). Bu ölçeğin sağlıklı yaşlı nüfusta, bedensel hastalığı olan yaşlılarda ve hafif-orta demansı olan yaşlı grupta geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (64). Türkçe versiyonunda depresyon için kesme puanının 13-14 olduğu bildirilmektedir (11,52). GDÖ'de depresyon için kesme puanı 14 olarak kabul edildiğinde ölçeğin duyarlılığının 0.90, özgüllüğünün 0.94 olduğu bildirilmiştir (64) . Bu doğrultuda çalışmamızda Yesavage Geriyatrik Depresyon Ölçeği kullanılmış, kesme değeri olarak 14 ve üstü kabul edilmiştir (84).

Bu araştırmada depresyon tanısı için GDÖ skoru esas alınmıştır.Tanıyı kesinleştirmek için klinik görüşme, fizik muayene veya herhangi bir laboratuvar tetkikine başvurulmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın sonuçları, merkezlerimize başvuran yaşlılarda depresyon prevalansıya ilgili olarak ancak kabaca bir bilgi verebilir.

Elde edilen veriler SPSS 13.0 paket programında değerlendirilmiş, istatistiksel hesaplamalarda Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

BULGULAR

Bu araştırmaya, SMMT ve SMMT-E uygulanan 200 kişiden, test puanı 24 ve üzeri olan 145 kişi dahil edilmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo-1:Sosyodemografik özellikler

Değişken		Sayı (n:145)	%
Cinsiyet	Erkek	68	46.9
	Kadın	77	53.1
Yaş	65-74	117	80.7
	≥ 75	28	19.3
Medeni durum	Evli	102	70.3
	Bekâr	43	29.7
Eğitim düzeyi	OY değil / OY*	80	55.2
	İO** ve üzeri	65	44.8
Meslek	Ev hanımı	70	48.2
	Çalışan / Emekli	75	51.8
Sosyal güvence	Var	126	86.8
	Yok	19	13.2
Gelir düzeyi	İyi-Orta	131	90.3
	Kötü	14	9.7
Kiminle yaşıyor	Yalnız	23	15.9
	Ailesiyle	122	84.1
Çocuk varlığı	Var	137	94.5
	Yok	8	5.5
Hobi/uğraş varlığı	Var	74	51.0
	Yok	71	49.0

*OY:Okur yazar

** İlkokul

Çalışmaya alınanların 68'i (%46.9) erkek, 77si (%53.1) kadındı. Depresyon, kadın cinsiyette anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0.001$). Depresyon-Cinsiyet ilişkisi tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo-2:GDÖ skoru-Cinsiyet ilişkisi

Cinsiyet	GDÖ skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	64	44.1	4	2.8	68	46.9
Kadın	55	38	22	15.1	77	53.1
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

$p<0.001$

Çalışmaya katılanların yaş aralığı 65-82, yaş ortalaması 70.2 (SD: 4.24) idi. Yaş gruplarına göre bakıldığında 117 kişi (% 80.7) 65-74 yaş grubunda, 28 kişi (%19.3) ise 75 yaş ve üzerindedir. Yaş grupları arasında depresyon açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Depresyon-Yaş grubu ilişkisi tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo-3: GDÖ skoru-Yaş grubu ilişkisi

Yaş grubu	GDÖ skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
65-74	97	66.9	20	13.8	117	80.7
≥ 75	22	15.2	6	4.1	28	19.3
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

$p=0.591$

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde; 70'inin (%48.2) ev hanımı, 75'inin (%51.8) halen çalışan veya emekli olduğu görüldü. Depresyon, ev

hanımlarında anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Depresyon-Meslek ilişkisi tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo-4:GDÖ skoru-Meslek grubu ilişkisi

Meslek	GDÖ skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev hanımı	52	35.8	18	12.4	70	48.2
Çalışan / Emekli*	67	46.3	8	5.5	8	51.8
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

$p=0.018$

* Daha önce herhangi bir işte çalışıp emekli olanlar ve halen çalışanlar aynı grup içinde değerlendirilmiştir.

Eğitim düzeyleri incelendiğinde; katılımcıların 80'inin (%55.2) okuryazar olmadığı veya okur yazar olup ilköğretim mezunu olmadığı, 65'inin (%44.8) en az ilköğretim mezunu olduğu görüldü. Depresyon, okur-yazar olmayan veya okur-yazar olup ilköğretimi bitirmemiş grupta , en az ilköğretim mezunu gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Depresyon-eğitim düzeyi ilişkisi tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo-5:GDÖ skoru-Eğitim düzeyi ilişkisi

Eğitim düzeyi	GDÖ skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
OY değil/ OY	61	42.1	19	13.1	80	55.2
İÖ ve üzeri	58	40	7	4.8	65	44.8
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

$p=0.042$

Doğum yerlerine bakıldığında; 75 katılımcı (%51.7) Marmara, 1 kişi (%0.7) Ege, 1 kişi (%0.7) Akdeniz, 6 kişi (%4.1) Karadeniz, 6 kişi (%4.1) İç

Anadolu,15 kişi (%10.3) Doğu Anadolu, 1 kişi (%0.7) G.doğu Anadolu Bölgesi ve 40 kişi (%27.6) Yurtdışı doğumlu idi.

Katılımcıların medeni hali incelendiğinde ise 102 katılımcının (%70.3) evli, 43 katılımcının ise (%29.7) bekâr olduğu görüldü. Dul ve boşanmış olanlar da bekâr kategorisinde değerlendirildi. Bekâr olma ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Depresyon-Medeni durum ilişkisi tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo-6:GDÖ skoru-Medeni durum ilişkisi

Medeni durum	GDÖ skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	88	60.7	14	9.6	102	70.3
Bekâr	31	21.4	12	8.3	43	29.7
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

$p=0.042$

Çocuk sahibi olma açısından bakıldığında; 137 kişinin (% 94.5) çocuğu var iken 8 kişi (%5.5) çocuksuzdu.

Sosyal güvenceleri değerlendirildiğinde 124 katılımcının (%85.5) sosyal güvencesi var iken 21'inin (%14.5) sosyal güvencesi yoktu. Depresyon ile sosyal güvenceye sahip olup olmama arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p> 0.05$). Depresyon-Sosyal güvence ilişkisi tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo-7:GDÖ Skoru-Sosyal güvence ilişkisi

Sosyal güvence	GDÖ Skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	106	73.1	20	13.8	126	86.9
Yok	13	9	6	4.1	19	13.1
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

p=0.09

Gelir düzeyleri katılımcıların kendi beyanlarına göre incelendi. 27 kişi (%18.6) gelir düzeyinin iyi olduğunu, 104 kişi (%71.7) orta, 14 kişi (%9.7) ise gelir düzeyinin kötü olduğunu bildirdi. Katılımcı sayısının azlığı nedeniyle, değerlendirme yapılırken iyi ve orta gelir düzeyi aynı grup içinde ele alındı ve bu grupta toplam 131 kişi (% 90.3) bulunmaktaydı. Depresyon, gelir düzeyi düşük olan grupta, anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Depresyon-Gelir düzeyi ilişkisi tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo-8:GDÖ Skoru-Gelir düzeyi ilişkisi

Gelir düzeyi	GDÖ Skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi-Orta	111	76.6	20	13.7	131	90.3
Kötü	8	5.5	6	4.2	14	9.7
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

p=0.01

Katılımcıların tamamı (s:145) evde yaşıyordu. Sosyal kurumda yaşayan yoktu.

Katılımcıların 23'ü (% 15.9) yalnız yaşarken, 122'si (%84.1) aileleriyle (eş, çocuklar veya her ikisi ile) birlikte yaşıyordu. Yalnız yaşayanlarla aileleriyle

yaşayanlar arasında depresyon gelişme oranı açısından anlamlı bir fark yoktu ($P>0.05$). Depresyon-Yaşanılan kişi ilişkisi tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo-9:GDÖ Skoru-Yaşanılan kişi ilişkisi

Yaşanılan kişi	GDÖ skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	17	11.8	6	4.1	23	15.9
Ailesiyle	102	70.3	20	13.8	122	84.1
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

$p=0.203$

Özgeçmişlerine bakıldığında; 8 kişinin (%5.5) kaza , 66 kişinin (%45.5) ameliyat geçirme öyküsü vardı.

Geçirilmiş depresyon öyküsüne bakıldığında; 20 katılımcının (%13.8) daha önce depresyon geçirmiş olduğu görüldü. Depresyon ile önceden geçirilmiş depresyon öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p< 0.05$). Özgeçmişinde depresyon saptananların %45'inde (9/20) GDÖ skoru ≥ 14 bulunurken, özgeçmişinde depresyon olmayanların sadece %13.6'sında (17/125) GDÖ skoru ≥ 14 olarak saptandı ve bu fark da istatistiksel olarak anlamlıydı ($p< 0.001$). Depresyon-Geçirilmiş depresyon öyküsü arasındaki ilişki tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo-10: GDÖ Skoru-Geçirilmiş depresyon öyküsü ilişkisi

Geçirilmiş depresyon	GDÖ skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	11	7.6	9	6.2	20	13.8
Yok	108	74.5	17	11.7	125	86.2
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

$p<0.001$

Birinci derece yakınlarında depresyon öyküsü sorgulandığında 18 kişi (%12.4) “depresyon var”, 44 kişi (%30.3) “depresyon yok” şeklinde yanıtladı. 83 kişi (%57.3) ise bu soruya “bilmiyorum” yanıtını verdi. Birinci derece yakınlarında depresyon öyküsü olduğunu ifade eden grupta depresyon anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0.05$). Depresyon- Birinci derece yakınlarında depresyon öyküsü arasındaki ilişki tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo-11:GDÖ Skoru- Birinci derece yakınlarında depresyon ilişkisi

1° yakınlarında depresyon öyküsü	GDÖ skoru				Toplam		p
	<14		≥ 14				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Var	10	6.9	8	5.5	18	12.4	0.001
Yok	39	26.9	5	3.4	44	30.3	0.173
Bilmiyor	70	48.3	13	9	83	57.3	0.410
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100	

Sigara kullanımına bakıldığında;133’ünün (%91.7) sigara kullanmadığı, 12’sinin (% 8.3) ise kullandığı görüldü. Depresyon saptanmayanlardan 12 kişi sigara kullanırken depresyon saptananların hiç birinde sigara kullanımı yoktu. Bu nedenle depresyon-sigara kullanımı ilişkisi değerlendirilemedi.

Alkol kullanımına bakıldığında ise; 140’ının (%96.6) alkol kullanmadığı, 5’inin (% 3.4) ise alkol kullandığı görüldü. Depresyon saptanmayanlardan 5 kişi alkol kullanırken depresyon saptananların hiç birinde alkol kullanımı yoktu ve bu nedenle depresyon-alkol kullanımı ilişkisi değerlendirilemedi.

Hobi/uğraş varlığı sorulduğunda; 74 kişinin (%51) bir hobisi/uğraşı olduğu, 71 kişinin ise (%49) olmadığı görüldü. Hobi/uğraş varlığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p > 0.05$). Depresyon-Hobi/uğraş varlığı ilişkisi tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo-12:GDÖ Skoru-Hobi /Uğraş varlığı ilişkisi

Hobi/ uğraş	GDÖ skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	62	42.8	12	8.2	74	51
Yok	57	39.3	14	9.7	71	49
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

p=0.583

Var olan kronik hastalıklar sorulduğunda; 24 katılımcının (%16.6) herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, 121 katılımcının (%83.4) ise bir ve daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu görüldü. Depresyon-Kronik hastalık varlığı ilişkisi tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo-13:GDÖ Skoru-Kronik hastalık varlığı ilişkisi

Kronik hastalık	GDÖ Skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	97	66.9	24	16.5	121	83.4
Yok	22	15.2	2	1.4	24	16.6
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

p=0.145

Kronik hastalıkların dağılımına bakıldığında; 87 kişide (%60) HT, 31 kişide (%21.3) kardiyak hastalık , aritmi ve /veya dislipidemi, 27 kişide (%18.6) DM, 87 kişide (%60) bu üç hastalık grubu dışında kalan kronik hastalıklardan en az biri vardı. Bu hastalıkların dağılımı ise şöyleydi ; 3 kişide nörolojik hastalık (migren, parkinson, epilepsi), 3 kişide (%2.1) malignite, 13 kişide (%9) KOAH, astım gibi akciğer hastalıkları, 24 kişide (16.6) kas-iskelet sistemi hastalıkları, 3 kişide (%2.1) anemi, 5 kişide (%3.4) anksiyete bozukluğu, 17

kişide (%11.7) diğer hastalıklar (benign prostat hipertrofisi, glokom, tbc, peptik ülser gibi) bulunmaktaydı.

Kronik hastalıklardan sadece HT ile depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü ($p < 0.05$). Depresyon-Kronik hastalık ilişkisi tablo 14'da gösterilmiştir.

Tablo-14:GDÖ Skoru-Kronik hastalıkların dağılımı

Kronik Hastalık adı	GDÖ skoru				Toplam		p
	<14		≥ 14				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
HT	65	44.8	22	15.2	87	60	0.004
KAH, aritmi,dislipidemi	24	16.5	7	4.8	31	21.3	0.22
DM	20	13.8	7	4.8	27	18.6	0.44
Diğer hastalıklar *	67	46.2	20	13.8	87	60	0.051

* Nörolojik hastalıklar (parkinson, epilepsi, migren vb), maligniteler, astım, KOAH, kas-iskelet hastalıkları, anemiler, anksiyete bozuklukları, glokom, peptik ülser gibi diğer üç grupta yer almayan hastalıklar.

İlaç kullanımına bakıldığında; 114 kişinin (%78.6) sürekli olarak, bir veya daha fazla ilaç kullandığı , 31 kişinin (%21.4) sürekli ilaç kullanımının olmadığı görüldü. Sürekli ilaç kullanımı ile depresyon gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Depresyon-İlaç kullanımı ilişkisi tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo-15:GDÖ Skoru-İlaç kullanımı

Sürekli ilaç kullanımı	GDÖ Skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	90	62.1	24	16.5	114	78.6
Yok	29	20.0	2	1.4	31	21.4
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

$p=0.06$

Kullanılan ilaç gruplarına bakıldığında; 18 kişinin (%12.4) hipoglisemik ilaçlar, 76 kişinin (%52.4) antihipertansif , 6 kişinin (%4.1) digoxin, 53 kişinin (%36.6) NSAİİ, 1 kişinin (%0.7) antipsikotik, 57 kişinin (%39.3) diğer (statinler, demir preparatları, vitaminler, teofilin, ginkgo, antiepileptikler gibi, diğer gruplarda yer almayan ilaçlar) grup ilaçlardan birini veya daha fazlasını kullandığı görüldü.

Katılımcıların tıbbi öykülerinden elde edilen veriler tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo-16: Katılımcıların tıbbi öyküleri

		Yok		Var	
		Sayı	%	Sayı	%
Özgeçmiş	Depresyon öyküsü	125	86.2	20	13.8
Soygeçmiş	1 yakınlarında depresyon*	44	30.3	18	12.4
Sigara kullanımı		133	91.7	12	8.3
Alkol kullanımı		140	96.6	5	3.4
Sürekli İlaç kullanımı		31	21.4	114	78.6
Kronik hastalık varlığı		24	16.6	121	83.4
Kronik Hastalık	HT	58	40	87	60
	DM	118	81.4	27	18.6
	KAH, aritmi, dislipidemi	114	78.7	31	21.3
	Diğer	58	40	87	60

S=145

*83 kişi (%57.3) bu soruya “bilmiyorum” şeklinde yanıt vermiştir.

“Son bir ay içerisinde olumsuz bir olay yaşadınız mı?” sorusuna ise katılımcıların 127 si (%87.6) hayır, 18 i (%12.4) evet yanıtını verdi. Yakın zamanda yaşanan olumsuz yaşam olayları ile depresyon gelişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Depresyon-Olumsuz yaşam olayı ilişkisi tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo-17:GDÖ Skoru-Olumsuz yaşam olayı varlığı

Olumsuz yaşam olayı	GDÖ Skoru				Toplam	
	<14		≥ 14			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	107	73.8	20	13.8	127	87.6
Var	12	8.3	6	4.1	18	12.4
Toplam	119	82.1	26	17.9	145	100

p=0.074

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, UÜTF Aile Hekimliği uygulama merkezlerine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerde depresyon prevalansını ve depresyon oluşumunda etkili olabilecek faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın başında, 200 kişiye bilişsel durumlarını saptamak amacıyla SMMT ve SMMT-E uygulanmış olup test puanı 24 ve üzeri olan 145 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma sonunda depresyon prevalansı %17.9 olarak saptanmıştır.

Yaşlılarda görülen depresyonla ilgili olarak yapılan epidemiolojik çalışmalar bazı kısıtlılıklar içermektedir. Çalışmalarda bir yaşlılık tanımlaması ve yaş sınırı bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalarda yaş dağılımı çok farklı toplumsal kesitler alınmıştır. Olgularda kullanılan değerlendirme yöntemleri de çoğu çalışmada farklıdır (52). Genelde psikiyatrik görüşme yoluyla klinik depresyon tanısını araştıran çalışmalarda saptanan depresyon yaygınlığı düşükken, değerlendirme ölçekleri ile depresif belirtilerin tarandığı çalışmalarda daha yüksektir (11). Tüm bu nedenlerden dolayı depresyon prevalansı ile ilgili çalışma sonuçları oldukça değişkendir.

Avrupa Depresyon Çalışması'nın (European Depression Study: EURODEP) bir parçası olarak yayınlanmış bir çalışmada yaşlılarda depresyon oranı % 1.8 olarak bildirilmiştir (41). Depresyonun yaşlı popülasyonda yaygınlığı ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda çok farklı sonuçlar saptanmıştır. Alexopoulos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaşlılarda depresyon yaygınlığı ortalama % 1 olarak bulunmuş ve genç nüfusa göre dörtte bir oranında olduğu bildirilmiştir (41,85). Niti ve arkadaşları tarafından Singapur' da , 55 yaş üzeri 2611 kişide yapılan toplum bazlı çalışmada, depresif semptom prevalansı %13.3 olarak bildirilmiştir (86). Mian-Yoon Chang ve arkadaşlarının Çin'de , 65 yaş üzerindeki 1500 kişi ile yaptıkları bir çalışmada depresif bozukluklar %15.3, major depresyon %5.9 olarak saptanmıştır (87). Argyriadou ve arkadaşlarının Yunanistan'da, birinci

basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 65 yaş üzeri 536 kişiide yaptıkları bir çalışmada, kadınlarda %29.9, erkeklerde %19.6 oranında hafif ve orta dereceli depresyon saptanmıştır (88). Papadopoulos ve arkadaşlarının Yunanistan'da, 60 yaş üzeri 965 kişiyle yaptıkları bir çalışmada ise depresyon prevalansı % 27 olarak bildirilmiştir (47). Hustey ve arkadaşlarının ABD' de , 70 yaş üzerindeki 267 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada depresyon prevalansı % 16.5 olarak gösterilmiştir (89). Avustralya'da Almedia ve arkadaşlarının , 71-89 yaşları arasındaki 5439 erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada depresyon prevalansı % 5 olarak saptanmıştır (90).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Cankurtaran ve arkadaşlarının Ankara'da, 789'u kadın 466'sı erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada , yaşlılarda depresyon prevalansı % 21.8 olarak bildirilmiştir (23). ifili ve arkadaşlarının huzurevinde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerde yaptıkları bir çalışmada depresyon oranı %20.5 (8/39) olarak bildirilmiştir (91). şahin ve arkadaşlarının Edirne'de , 65 yaş üzeri bireylerde GDÖ kullanarak yaptıkları bir çalışmada, kendi evinde yaşayanlarda depresyon prevalansı %37.2, huzurevinde yaşayanlarda ise %48.1 olarak bildirilmiştir (92). Trabzon'da yapılan bir diğer çalışmada yaşlılarda depresyon prevalansı genel toplumda %29, kurumsal bakım görenlerde %41 olarak bulunmuştur (93). Dişçigil ve arkadaşlarının GDÖ ve yapılandırılmış klinik görüşme kullanarak 90 yaşlı üzerinde yaptıkları bir çalışmada yaşlıların % 41.1'inde major depresyon, minor depresyon veya distimi saptandığı bildirilmiştir (94).

Bizim alışmamızdaki depresyon prevalansı yaşlılarda yapılan benzer çalışmalarla (23,86-89,91) uyumlu görünmekle birlikte toplumda yapılan prevalans çalışmalarına (4,19,22,41,90) göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olması, çoğunluğunun kadın olması , hipertansiyon gibi kronik hastalıklara sahip olma prevalansının yüksek olduğu bir grup olması, bu oranın toplumda saptanan oranlardan daha yüksek olmasını açıklayabilir. Ancak , yapılan prevalans çalışmaları arasında tanı

kriterleri, kullanılan ölçekler, yaş grupları gibi özellikler birbirinden farklı olduğundan, bizim çalışma sonuçlarımızla diğer sonuçları karşılaştırmak çok anlamlı olmayabilir.

Yaşlılarda depresyonu araştıran bir çok çalışma kadın cinsiyette anlamlı oranda daha yüksek depresyon oranları bildirmiştir. Cole ve Dendukuri tarafından yapılmış bir meta analizde, kadın cinsiyeti, depresyon için önemli bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (46). Yapılan pek çok çalışmada, ileri yaşlardaki kadınlarda, gençlerdekine benzer şekilde depresyonun erkeklere oranla daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (27,47,95). Licht-Strunk ve arkadaşlarının Hollanda'da, 55 yaş ve üzeri 5686 kişide yaptıkları bir çalışmada major depresyonun %13.7 bulunduğu ve depresif bireylerin çoğunluğunun kadın olduğu bildirilmiştir (96). Çin'de Chi ve arkadaşlarının, 60 yaş üzeri 917 kişiyle yaptıkları bir çalışmalarında depresyon prevalansı kadınlarda % 14.5, erkeklerde % 11 olarak bulunmuştur (97).

Ülkemizde Cankurtaran ve arkadaşlarının Ankara'da, 789'u kadın 466'sı erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada, yaşlı depresif bireylerin %70.7'sinin kadın ve sadece % 29.3'ünün erkek olduğu tespit edilmiştir (23). Dişçigil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da kadın olmanın yaşlılarda depresyon riskini 7.8 kat arttırdığı ifade edilmiştir (94).

Bizim çalışmamızda kadınlarda depresyon prevalansı % 15.1 iken erkeklerde % 2.8'dir. Benzer çalışmalarla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da kadın cinsiyette depresyon anlamlı bir şekilde daha yüksek saptanmıştır .

Depresyonun yaşla birlikte arttığını gösteren bazı çalışmalar bulunmaktadır. Licht-Strunk ve arkadaşlarının Hollanda'da , 55 yaş ve üzeri 5686 kişide yaptıkları bir çalışmada depresif bireylerin anlamlı olarak daha ileri yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (96). Batı kaynaklı bazı alan araştırmalarında major depresyon için 65 yaş üzerinde % 1.7, 75 yaş

üzerinde %3.2, 79 yaş üzerinde %0.5 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir (98).

Bizim çalışmamızda yaş grupları arasında depresyon açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır .

Yapılan pek çok çalışma, emekliliği yaşlılık için risk faktörü olarak belirtmektedir (52,53,57-59). Ancak bizim çalışmamızda emeklilik ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fakat bizim çalışmamızda kişilere kaç yıl önce emekli oldukları, emekli olduktan sonra çalıştıkları işler ayrıntılı olarak sorulmamıştır. Belki de emekliliğin erken dönemlerinde bir uyum zorluğu nedeniyle depresyon daha sık görülebilmekte ve emeklilik sonrası başka bir işi/uğraşı olmayanlarda risk artabilmektedir.

Bizim çalışmamızda, meslek grupları açısından bakıldığında depresyonun en fazla görüldüğü grup ev hanımlarıdır. Ev hanımlarındaki yüksek depresyon oranı bu grupta aynı zamanda eğitim düzeyinin daha düşük olmasıyla (ev hanımlarının sadece % 30'u (21/70) ilkökul ve üzeri eğitim almıştı) ve diğer grupta her iki cinsiyet bulunurken bu grubun sadece kadınlardan oluşmasıyla da açıklanabilir ve eşlik eden diğer unsurlar nedeniyle, depresyon ile ev hanımı olma arasında nedensel bir ilişki kurmak doğru olmayabilir.

Düşük eğitim düzeyi de bir çok çalışmada depresyon için risk faktörü olarak bildirilmektedir (53,57-59). Mian-Yoon Chang ve arkadaşlarının Çin'de , 65 yaş üzerindeki 1500 kişi ile yaptıkları bir çalışmada; düşük eğitim seviyesi depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir (87). Papadopoulos ve arkadaşlarının Yunanistan'da, 60 yaş üzeri 965 kişiyle yaptıkları bir çalışmada da düşük eğitim seviyesi depresyonla ilişkili bulunmuştur (47).

Bizim çalışmamızda da depresyon, okuryazar olmayan veya okuma yazma bilip hiç okula gitmemiş grupta, en az ilkökul mezunu gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Depresyon saptanan kişilerin % 73'ü

(19/26) ilkokul mezunu değil iken, sadece % 27'si (7/26) ilkokul üzeri eğitim almıştır.

Medeni durum da depresyon açısından önemli bir değişkendir. Bir çok çalışmada bekâr, dul veya boşanmış olmak depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir (13,52,53-59). Papadopoulos ve arkadaşlarının Yunanistan'da, 60 yaş üzeri 965 kişiyle yaptıkları bir çalışmada bekâr olmak depresyonla ilişkili bulunmuştur (47). Ülkemizde Dişçigil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise dul olmanın yaşlılarda depresyon riskini 5.6 kat arttırdığı ifade edilmiştir (94).

Bizim çalışmamızda da benzer olarak depresyon bekâr, dul veya boşanmış yaşlılarda daha sık görülmüştür. Depresyon, evliler arasında %13.7 (14/102), bekârlar arasında ise % 27.9 (12/43) oranında saptanmıştır.

Düşük gelir düzeyi, bir çok çalışmada depresyon için risk faktörü olarak ifade edilmektedir (13,53,57-59). Bizim çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak düşük gelir düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Depresyon iyi-orta gelir grubunda %15.2 (20/131) iken, kötü gelir grubunda % 42.8 (6/14) oranında bulunmuştur.

Yapılan bir çok çalışmada huzurevinde kalanlarda kendi evinde kalanlara göre daha yüksek oranda depresyon görüldüğü bildirilmiştir (44,50,92,93). Bizim çalışma grubumuzdaki kişilerin tamamı kendi evlerinde yaşadığından yaşanan yere göre bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Yalnız yaşıyor olma, bir çok çalışmada risk faktörü olarak gösterilmektedir. Nahcivan ve arkadaşları İstanbul'da , 55 yaş üzeri 132 kişide yaptıkları bir çalışmada depresif semptomları yalnız yaşayanlarda daha yüksek oranda saptamışlardır (95). Osborn ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise yalnız yaşamak depresyonla ilgili bulunmazken, sosyal izolasyon depresyonla ilişkili bulunmuştur (99). Yalnız yaşamaktan çok yalnız geçirilen süre önem

kazanmaktadır (56). Wilson ve arkadaşlarının, kendi evinde, yalnız yaşayan 80-90 yaş arası, 376 kişi ile yaptığı bir çalışmada depresyon prevalansı % 21 olarak bildirilirken, depresyon için risk faktörleri olarak ; arkadaşlar ve aileye yakın yaşamamak, düşük yaşam memnuniyeti ve düşük sosyo-ekonomik düzey bildirilmiştir (100).

Bizim çalışmamızda yalnız yaşıyor olma ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedenleri toplum yapımızdan kaynaklanan sıkı akrabalık ve komşuluk ilişkileri, aile bireylerinin aynı evde olmasa dahi yakın çevrede oturması gibi nedenler olabilir.

Depresyonun ilk ataktan sonra tekrarlama ihtimali % 50'nin üzerindedir ve atak sayısı arttıkça yineleme oranı artmaktadır. Üç atak geçiren kişinin kural olarak tekrar depresyon geçireceği düşünülmektedir (28). Kupfer 2001' de depresyonun tekrarlayabilen ve kronikleşen bir hastalık olduğunu, birinci epizoddan sonra ortalama % 75-80 civarında nüks oranı olduğunu ifade etmiştir (13). Bu bulgularla benzer şekilde bizim çalışmamızda da özgeçmişinde depresyon öyküsü bulunanlarda, depresyon anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Özgeçmişinde depresyon öyküsü olanlarda % 45 (9/20) oranında depresyon saptanırken, özgeçmişinde depresyon olmayanlarda bu oran % 13.6 (17/125) olarak saptanmıştır.

Depresyonun genetik yönü oldukça karışık olsa da kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığı bilinmektedir (13). Bununla birlikte, yaşlılık depresyonunda kalıtımın, erken yaşta başlayan depresyona oranla daha az etkili olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (42,43,49).

Bizim çalışmamızda klasik bilgilere uygun olarak, birinci derece yakınlarında depresyon olanlarda daha yüksek depresyon görülmüştür.

Sigara ve alkol kullanımının ileri yaşıta görülen depresyonla ilişkili olmadığı saptanmıştır (56,99). Almedia ve arkadaşlarının Avustralya’da , 71-89 yaşları arasındaki 5439 erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada ise depresyonu olan yaşlı erkeklerde sigara kullanımı depresyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla % 9.9 ve % 4.8) (90).

Bizim çalışmamızda, depresyon saptanan grupta sigara ve/veya alkol kullanımına rastlanmamıştır. Ayrıca sigara ve alkol kullanım süreleri, miktarları, başlama ve bırakma zamanları gibi ayrıntılı bilgiler sorulmadığından, sigara ve alkol kullanımı ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirilememiştir.

Kronik hastalık varlığının bir çok çalışmada depresyon riskini arttıran bir faktör olduğu bildirilmiştir. Reynolds ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kalp hastalıkları, kanser veya artrit gibi komorbid hastalıkları olan yaşlılarda depresyon yaygınlığı %25 olarak bulunmuştur (101). Evde yaşayan ve kronik fiziksel hastalığı olanlarda depresyon fiziksel hastalığı olmayanlara göre 6.51 kat fazla saptanmıştır (21). Niti ve arkadaşları tarafından Singapur’ da , 55 yaş üzeri 2611 kişide yapılan toplum bazlı çalışmada, depresif semptom prevalansı ; kronik hastalığı olmayanlarda % 7.5 iken , kronik hastalığa sahip olanlarda depresyon %13.2-%24.2 arasında değişen oranlarda bildirilmiş, aynı çalışmada hipertansiyon, göz hastalıkları, diyabet, artrit, iskemik kalp hastalıkları, astım/KOAH, inme, osteoporoz, kalp yetmezliği, tiroid problemleri ve gastrik problemlerle depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (86). Sherina ve arkadaşlarının Malezya’da, 60 yaş üzeri 4241 kişi üzerinde yaptığı bir toplum çalışmasında kronik hastalığı olanlarda depresyon % 9 olarak saptanırken, kronik hastalığı olmayanlarda bu oran % 5.6 olarak bulunmuştur (102). Argyriadou ve arkadaşlarının Yunanistan’da, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 65 yaş üzeri 536 kişide yaptıkları bir çalışmada, diyabet ve hipertansiyonun sıklıkla depresyon ve demansa eşlik eden durumlar olduğu belirtilmiştir (88). Mian-Yoon Chang ve arkadaşlarının Çin’de, 65 yaş üzerindeki 1500 kişi ile yaptıkları bir çalışma sonucunda ,

fiziksel hastalığa sahip olmak depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir (87). Avustralya'da Almedia ve arkadaşlarının, 71-89 yaşları arasındaki 5439 erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada depresyon saptananlarda saptanmayanlara göre daha yüksek oranda diyabet (sırasıyla ilk grupta % 23.1 ve 2.grupta %13.2), anjina (sırasıyla ilk grupta % 30.2 ve 2.grupta % 20.4), miyokard enfarktüsü (sırasıyla ilk grupta % 26.2 ve 2.grupta % 16), ve inme (sırasıyla ilk grupta % 23.6 ve 2.grupta % 9.1) saptanmıştır (90).

Türkiye'de ise; Cankurtaran ve arkadaşlarının Ankara'da, 789'u kadın 466'sı erkek katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada, depresyonu olan hastalarda hipertansiyon, demans ve osteoporozun anlamlı olarak daha sık izlendiği bildirilmiştir (23). Dişçigil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da, iki veya daha fazla kronik hastalık varlığının depresyon riskini 6.2 kat arttırdığı bildirilmiştir (94).

Bizim çalışmamızda, kronik hastalıklardan sadece hipertansiyon (HT) ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak bunun HT'un kendisine mi yoksa kullanılan antihipertansif ilaca mı bağlı olduğunu bu çalışma ile söylemek zordur. Bizim sonuçlarımızda, literatürde belirtilen diyabet, koroner arter hastalığı gibi diğer kronik hastalıklarla depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastalıkların sürelerinin sorulmamış olması, tanılar belirlenirken kişilerin beyanları dışında bir yöntem kullanılmayışı, tedavi uyumu ve hastalıklarının ne derece kontrol altında olduğunun bilinmeyişi bu sonuçları etkilemiş olabilir.

Yapılan çeşitli çalışmalar sonucu, bir çok ilacın depresyona neden olabildiği bilinmektedir (10,53,61). Bizim çalışmamızda sürekli ilaç kullanımının varlığı ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak kişilerin ilaca başlama zamanı, kullanılan ilaç dozu ve kişilerin ilaç uyumlarının bilinmemesi ve ilaçların tek tek değil, ilaç grubu olarak ele alınmış olması gibi nedenlerle ilaç kullanımıyla depresyon arasında nedensel bir ilişki kurmak bu çalışma sonuçları ile mümkün görünmemektedir. Bununla birlikte, yaşlılarda sürekli

ilaç kullanımının yüksek oranda tespit edilmiş olması, bu kişilerde depresyon gelişimi açısından dikkatli olunması gerektiğini düşündürebilir.

Olumsuz yaşam olaylarının her yaş için olduğu gibi yaşlılık için de depresyona zemin hazırladığı bilinmektedir (13,46). Jongenelis ve arkadaşlarının Hollanda'da, yaşlı bakımevlerinde kalan, 55 yaş üzeri kişilerde yaptıkları bir çalışmada yalnızlık ve sosyal destek eksikliğinin yanında olumsuz yaşam olayları da depresyon için risk faktörü olarak bildirilmiştir (103).

Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak olumsuz yaşam olaylarıyla depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim toplumumuzda, aile ilişkilerinin, sosyal destek sistemlerinin Batı toplumlarına göre daha yeterli ve tatminkar düzeyde olması, kişinin yas, ölüm ve benzeri olumsuz olaylarla daha kolay başa çıkılmasını sağlıyor olabilir. Bu da olumsuz yaşam olaylarının depresyona yol açma riskini azaltan bir faktör olarak düşünülebilir.

Aile hekimliği merkezlerimize başvuran 65 yaş ve üzeri gönüllülerde yapılan bu çalışmaya göre yaşlılardaki depresyon prevalansı %17.9 bulunmuştur. Kadınlarda depresyon erkeklere oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Meslek grupları içinde ev hanımlarında depresyon diğer gruplara oranla daha yüksek oranda görülmüştür. Evli olanlarda depresyon, bekâr olanlara göre daha düşük saptanırken düşük sosyo-ekonomik düzey ve düşük eğitim seviyesi ile de depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bunun dışında, özgeçmişinde depresyon olanlarda ve birinci derece akrabalarında depresyon olanlarda da depresyon daha yüksek oranda saptanmıştır. Kronik hastalıklardan sadece hipertansiyonla anlamlı bir ilişki saptanmış, antihipertansif ilaç kullanan grupta da depresyonun daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda, bir çok çalışmada depresyon için risk faktörü olarak belirtilen yalnız yaşama, emeklilik, diyabet, kalp hastalığı gibi sık görülen kronik hastalıklar ve olumsuz yaşam olaylarının varlığı ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızın sonucunda depresyonun Aile Hekimliği Merkezlerimize başvuran yaşlı bireyler için önemli bir sağlık sorunu olduğu söylenebilir. Demansla birlikte görülebilmesi, depresyonda görülen psödodemanslı kişilerde, ilerleyen dönemlerde kalıcı demans gelişme riskinin bulunması, yaşlılarda depresyonun spontan iyileşme oranlarının düşük, öz kıyım oranlarının yüksek olması ve bütün bunlarla birlikte yaşlı nüfusun gün geçtikçe artması , durumun önemini daha da arttırmaktadır. Kronik hastalıklar ve bunların tedavisinde kullanılan bir çok ilacın depresyon riskini arttırması, yaşlılarda depresyonun çok farklı klinik görünümünün olması, yaşlıların depresyona ait semptomlardan ziyade somatik yakınmalarla başvurması gibi nedenlerle tanıda yaşanan güçlükler, depresyonu ölçeklerle taramanın önemli olduğunu düşündürmektedir. Somatik yakınmalar arasında kolaylıkla fark edilemeyen depresyon bulgularını, tarama ölçekleri ile saptamak daha uygundur. Birinci basamağa başvuran her yaşlı bireyin depresyon açısından taranması ve incelenmesi yaşlı sağlığı açısından önemli bir gelişme olacaktır.

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT)

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

Toplam Puan:

YÖNELİM (Toplam 10 puan)

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Bugün ayın kaçı?

Hangi gündeiz?

Hangi ülkede yaşıyoruz?

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

KAYIT HAFIZASI (Toplam 3 puan)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra

tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise)(20 sn süre, her doğru isim 1 puan)

DİKKAT VE HESAPLAMA (Toplam 5 puan)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan (100,93,86,79,72,65)

HATIRLAMA (Toplam 3 puan)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise) _____

LİSAN (Toplam 9 puan)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem)

2 puan (20 sn süre) _____

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten

sonra tekrar edin."Eğer ve fakat istemiyorum" 1 puan (10 sn süre)

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam 3 puan, her bir doğru

işlem için 1 puan (30 sn süre) _____

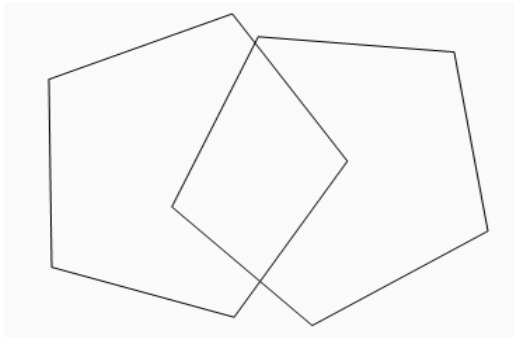
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi

yapın . "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (1puan) _____

e) Şimdi size vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın

(1 puan) _____

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin (1 puan) _____



EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (SMMT-E)

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

Toplam Puan:

YÖNELİM (Her bir madde 1 puan, toplam 10 puan)

Hangi yıl içindeyiz?

Hangi mevsimdeyiz?

Hangi aydayız?

Hangi gündeiz?

Şu anda sabah mı, öğlen 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 kaçınca kattasınız?

KAYIT HAFIZASI (Toplam 3 puan)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise)

(20 sn süre tanınır, her doğru isim 1 puan)

DİKKAT VE HESAPLAMA (Toplam 5 puan)

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? (Beş günü sırasıyla doğru

sayması gerekir, her doğru gün için 1 puan)

HATIRLAMA (Toplam 3 puan)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise) _____

LİSAN (Toplam 9 puan)

a. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem)

2 puan (20 sn süre) _____

b. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten

sonra tekrar edin."Eğer ve fakat istemiyorum" 1 puan (10 sn süre)

c. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam 3 puan, her bir doğru

işlem için 1 puan (30 sn süre) _____

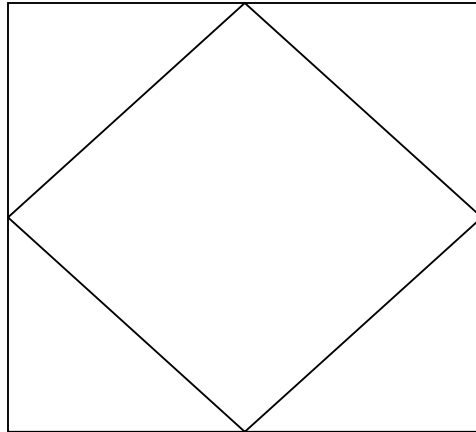
d. Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın (GÖZLERİNİZİ

KAPATIN) (1puan) _____

e. Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin(30 sn süre)

(anlamlı bir cümle için 1 puan) _____

f. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin (1 puan) _____



SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı-Soyadı: _____ Doğum tarihi: _____

Cinsiyeti: _____ Doğum yeri: _____

Medeni hali: Evli Bekâr/Dul/Boşanmış

Çocuk : Var Yok

Eğitim düzeyi: Okur yazar değil Ortaokul mezunu
Okur yazar Lise mezunu
İlkokul mezunu Üniversite mezunu

Sosyal güvence: Yok Var

Gelir düzeyi: Kötü Orta İyi

Yaşadığı yer: Sosyal kurum Ev

Evde yaşıyorsa: Yalnız Yakınlarıyla

Özgeçmiş: Kaza : Yok Var

Ameliyat : Yok Var

Geçirilmiş hastalık: AMİ SVO Depresyon Diğer:

1.derece akrabalarda depresyon: Yok Var Bilmiyor

Sigara kullanımı : Yok Var

Alkol kullanımı : Yok Var

Hobi/uğraş : Yok Var

Kronik hastalıklar: HT DM KAH, dislipidemi, aritmi Diğer

Sürekli ilaç kullanımı: Yok Var

Sürekli Kullanılan ilaçlar: _____

Son bir ay içinde yaşanan olumsuz yaşam olayı: Yok Var

YESAVAGE GERİYATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki sorularda uygun olan yanıtı daire içine alınız

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz ?		X
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz ?		X
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz ?	X	
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	X	
5) Gelecekte umutsuz musunuz?	X	
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	X	
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?		X
8) Başınıza kötü birşey geleceğinden korkuyor musunuz?	X	
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?		X
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	X	
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	X	
12) Dışarıya çıkıp yeni birşeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	X	
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	X	
14) Hafızanızın çoğu kişiden zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	X	
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?		X
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	X	

	Evet	Hayır
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	X	
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	X	
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?		X
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	X	
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?		X
22) özmsz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	X	
23) oğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	X	
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür msnz?	X	
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	X	
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	X	
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?		X
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	X	
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?		X
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?		X
TOPLAM PUAN *		

* “X” işaretili her cevap 1 puan

KAYNAKLAR

1. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. baskı (DSM IV) Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), Washington DC, 1994. Çev. Köroğlu.
2. Ayuso-Mateos JI, Vasquez-Barquero JI, Dowrick C. Depressive Disorders in Europe: Prevalence Figures From the ODIN Study. Br J Psychiatry 2001; 179:308-16.
3. Blazer II DG. Mood Disorders: Epidemiology. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.Edition. BJ Sadock, VA Sadock (eds), Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 2000; p:1298-308.
4. Huang BY, Coroni-Huntley JC, Hays JC, Galanos ANB. Impact of Depressive Symptoms on Hospitalization Risk in Community-dwelling Older Persons. J Am Soc Geriatr Dent 2000; 48(10): 1279-88.
5. Aydemir Ç . Türkiye’de Yaşlı İntiharları. Kriz Dergisi 1997: 21-5.
6. Gülseren L. Yaşlılık Döneminde Görülen Major Psikiyatrik Bozukluklar. 3P Dergisi 1995; 3 (3):185-92.
7. Kaya B: Yaşlılık ve Depresyon I-Tanı ve Değerlendirme. Geriatri 1999; 2 (2):76-82.
8. Alexopoulos GS. Mood Disorders. In Comprehensive Textbook Of Psychiatry, 7th. edition. (eds BJ Saddock, VA Saddock), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2000;3060-7.
9. Koçar İH. Yaşlı Dünyada Yaşlılık ve Geriyatrik Tıp. 1. Ulusal Geriyatri Kongresi Kitabı, Antalya, 2002;3-4.
10. Yüksel N. Yaşlılık Çağı Depresyonları. Geriatri 1998;1(1):19-23.
11. Tamam L, Öner S, Yaşlılık Çağı Depresyonları. Demans Dergisi 2001;1:50-60.
12. Kılıçoğlu A. Yaşlılık Çağı Depresyonunun Risk Etkenleri ve Etyolojisine Yönelik Bir Gözden Geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:49-54.
13. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık 2003; 5-11.

14. Ceylan ME. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 4.Cilt: Duygudurum Bozuklukları, 1. baskı, İstanbul 2001;1-10.
15. Kornstein SG. Gender Differences in Depression: Implications for Treatment. J Clin Psychiatry 1997; 58 (Suppl 15):12-18.
16. Maier W, Gnsicke M, Gater R et al. Gender Differences in Prevalence of Depression: a Survey in Primary Care. J Affect Dis. 1999; 53:241-52.
17. NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life: Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. JAMA 1992; 268 (8):1018-24.
18. Spiegel D . Cancer and Depression. Br J Psychiatry 1996;30 (Suppl): 109-16.
19. Steffens DC, Skoog I, Norton MC. Prevalence of Depression and its Treatment in Elderly Population: The Cache County Study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57 (6):601-7.
20. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:76-84
21. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12: 251-9.
22. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda Depresyon. Türkiye'de Psikiyatri 2006; Cilt 8, Sayı 1.
23. Cankurtaran M, Halil M, Yavuz BB, Dagli N, S Ariogul S. Depression and Concomitant Diseases in a Turkish Geriatric Outpatient Setting. Arch Gerontol Geriatr 2005;40(3):307-15.
24. Kaplan HI, Sadock BJ. (eds) Klinik Psikiyatri, Çev. Abay. E 1. Baskı, İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi 1997;159-88.
25. Uğuz Ş, Yurdağül E. Noradrenerjik Sistem ve Depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi 2002; 5 (Ek Sayı 4):19-23.

26. Delgado PI, Moreno FA. Role of Norepinephrine in Depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl 1):5-12.
27. Bayraktar E, Saygılı R. Depresyonun Biyokimyası, Depresyon Monografaları Serisi 4, Hekimler Yayın Birliği 1993;157-74.
28. Kırılı S. Depresyon. *Psikiyatri ve Sanat Yayınevi*, Bursa 2002;1-30.
29. Herken H. Depresyonun Etiyolojisinde Genetik Kanıtlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5 (Ek Sayı 4):5-10.
30. Yüksel N. Beyin Biyokimyası ve Davranış. *Psikofarmakoloji*, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi 1998;55-6.
31. Akdemir A, Örsel S, Karaoğlan A. Depresyon Etiyolojisinde Nöropeptidler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5 (Ek 4):24-9.
32. Duman RS, Malberg J, Nakagawa S. Neuronal Plasticity and Survival in Mood Disorders. *Biol Psychiatry* 2000;48:732-9.
33. Duman RS. Novel Therapeutic Approaches Beyond The Serotonin Receptor. *Biol Psychiatry* 1998; 44:324-35.
34. Thase M. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7.Edition. BJ Sadock, VA Sadock (eds), Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 2000; 1318-27.
35. Yüksel N. Davranışın Nöroanatomik Temelleri. *Ruhsal Hastalıklar*, 2. Baskı, Ankara: Çizgi Kitabevi 2001;58-63.
36. Janzing J, Teunisse R, Bouwens P. The Course of Depression in Elderly Subjects With and Without Dementia. *J Affect Disord* 2000; 57 (1-3):49-54.
37. Cummings JL. The Neuroanatomy of Depression. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (Suppl):14-20.
38. Kumar A, Bilker W, Jin Z, Udupa J. Atrophy and High Intensity Lesions, Complementary Neurobiological Mechanisms in Late-Life Major Depression. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000;22:264-74.
39. Laia TJ, Paynea ME, Byruma CE, Steffensa DC, Krishnan KR. Reduction of Orbital Frontal Cortex Volume in Geriatric Depression. *Biol Psychiatry* 2000;48:971-5.

40. 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.
41. Hybels CF, Blazer II DG. Epidemiology of Psychiatric Disorders. BJ Sadock, VA Sadock (Eds), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th edition, New York, Lippincott Williams and Wilkins, 2005;3595-603.
42. Krishnan KR. Biological Risk Factors in Late Life Depression. *Biol Psychiatr* 2002;52:185-92.
43. Tiemeier H. Biological Risk Factors for Late Life Depression. *Eur J Epidemiol* 2003;18:745-50.
44. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H. Prevalence and Risk Indicators of Depression in Elderly Nursing Home Patients: The Aged Study. *J Affect Disord* 2004;83:135-42.
45. Verhey FRJ, Honig A. Depression in The Elderly. *Depression Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances*. Honig A, Van Praag Hm (Ed) England, John Wiley Sons 1997;59.
46. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.
47. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A. Prevalence and Correlates of Depression in Late Life: a Population Based Study From a Rural Greek Town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;350-7.
48. Zunzunegui MV, Beland F, Liacer A, Leon V. Gender Differences in Depressive Symptoms Among Spanish Elderly. *Psychiatr Epidemiol* 1998;33:195-205.
49. Gottfries CG. Late Life Depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251 Suppl 2:1157-61.
50. Gueldner SH, Loeb S, Morris D, Penrod J, Bramlett M, Johnston L. A Comparison of Life Satisfaction and Mood in Nursing Home Residents

- And Community- Dwelling Elders. Arch Psychiatric Nurs 2001;15:232-4.
51. Katon W, Ciechanowski P. Impact of Major Depression on Chronic Medical Illness. J Psychosom Res 2002;53:859-63.
52. Eker E, Noyan A. Yaşlıda Depresyon Tedavisi. Klinik Psikiyatri 2004; Ek 2:75-83.
53. Özmenler KN. Yaşlılık Çağı Depresyonları. Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2001;3:109-15.
54. Shah A, Odutoye K, De T. Depression in Acutely Medically Ill Elderly Inpatients: a Pilot Study of Early Identification and Intervention By Formal Psychogeriatric Consultation. J Affect Disord 2001;62:233-40.
55. 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.
56. Harris T, Cook DG, Victor C, Rink E, Mann AH, Shah S . Predictors of Depressive Symptoms in Older People- a Survey of Two General Practice Populations. Age Ageing 2003;32:510-8.
57. Yüksel N. Demans ve Depresyon: Klinik ve Nöropsikolojik Özellikler. Türk Nöroloji Dergisi 2002;8:71-84.
58. Steeman E, Abraham II, Godderis: Risk Profiles for Institutionalization in a Cohort of Elderly People With Dementia or Depression. Arch of Gen Psychiatr Nur 1997; 11 (6):295-303.
59. Serby M, Yu M. Overview: Depression in The Elderly. Mt Sinai J Med 2003;70:38-44.
60. Ormel J, Kepmen GÜM, Deeg DJH: Functioning Wellbeing and Health Perception in Late Middle-Aged and Older People: Comparing The Effects of Depressive Symptoms and Chronic Medical Conditions . J Am Geriatr Soc 1998;46:39-48.
61. Kaplan HI, Sadock BJ: Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, Second Edition, New York: New York University Medical Center, Press Williams and Wilkins 1995;97-112.

62. Jenike MA. Neuropsychiatric Assessment and Treatment of Geriatric Depression. *Psychiatric Times* 1995;12(5):1-5.
63. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1997; 34 (2):62-71.
64. Sağduyu A. Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği ile Karşılaştırmalı Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:3-9.
65. Stage KB, Bech P, Kragh-Sorensen P, Nair NP, Katona C. Differences in Symptomatology and Diagnostic Profile in Younger and Elderly Depressed Inpatients. *J Affect Disord* 2001;64:239-48.
66. Özmen M. Yaşlıda Depresyonun Klinik Görünümleri. *Depresyon Dergisi* 1996;1:55-60.
67. Ünal S, Kaya B. Yaşlılık ve Depresyon-II: Tedavi Yaklaşımları. *Geriatri* 1999;2 (2):83-9.
68. Wilson KC, Copeland JR, Taylor S. Natural History of Pharmacotherapy of Older Depressed Community Residents. *Br J Psychiatry* 1999;175:39-43.
69. Gelder M, Gath D, Mayou R. *Psychiatry of The Elderly*. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press Newyork 1996:510-532.
70. Oxman TE. Antidepressants and Cognitive Impairment in The Elderly. *J Cim Psychiatry* 1996; 57 (Suppl: 5),38-44.
71. Rothschild AJ. The Diagnosis and Treatment of Late-Life Depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (Suppl: 5):5-11.
72. Sertöz Önen Ö, Mete Elbi H. Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 2:63-9.
73. Oslin DW, Streim J, Katz IR. Change in Disability Follows Inpatient Treatment for Late Life Depression. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(4): 357-62.
74. Mathews M, Mathews J. Recognition and Treatment of Depression in The Elderly. *Prim psychiatry* 2004;11(2):33-7.

75. Watson LC, Pignone MP. Screening Accuracy for Late-Life Depression in Primary Care: a Systematic Review. J Fam Prac 2003; 52:956-64.
76. Flint AS, Rifat SI. The Effect of Treatment on The Two-Year Course of Late Life Depression. Br J of Psychiatry 1997;169:268-72.
77. Pearson JI, Conwell Y, Lindesay J. Elderly Suicide: a Multi-National View. Aging & Mental Health 1997;1:107-11.
78. Lantz MS. Suicide in Late Life. Clinical Geriatrics. [Http://Www.Hmpcommunications.Com/Cg/Displayarticle.Cfm?ArticleId=Cgac1855](http://www.hmpcommunications.com/Cg/Displayarticle.cfm?ArticleId=Cgac1855)
79. Murphy CF, Alexopoulos GS. Cognition and Late Life Depression. Prim psychiatry 2004;11:54-8.
80. Gottfries CG, Karlsson I. Depression in Later Life. Lundbeck Publ, Occ Ltd. Uk, 1997 ;14.
81. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13 (4):273-81.
82. Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR. " Mini Mental State" a Practical Method for Grading The Cognitive State of Patients for The Clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.
83. Yessevage JA, Brink TI, Rose TI et al. Developement and Validation of a Geriatric Screening Scale: A Preliminary Report. J Psychiatric Research 1983;17 (1):37-49.
84. Demet MM, Taşkın EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa Huzuevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13 (4):290-9.
85. Hybels CF, Blazer DG. Racial Differences in The Increased Use of Psychotropic Medications. Geriatric Times 2002;Vol.İii, Issue 2. [Http://Www.Geriatrietimes.Com/G020201.Html](http://www.Geriatrietimes.Com/G020201.Html)
86. Niti M, Ng TP, Kua EH, Ho RC, Tan CH. Depression and Chronic Medical İllnesses in Asian Older Adults: The Role of Subjective Health

- and Functional Status. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;Apr 3.PMID: 17407107 [PubMed - as supplied by publisher]
87. Chong M.Y, Chen C.C, Tsang H.Y et al. Community Study of Depression in Old Age in Taiwan. *B J Psyc.* 2001;178:29-35.
88. Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E et al. Dementia and Depression: Two Frequent Disorders of The Aged in Primary Health Care in Greece. *Fam. Prac.* 2001;18:87-91.
89. Hustey FM, Smith MD. A Depression Screen and Intervention for Older ED (emergency department) Patients. *Am J Emerg Med.* 2007;25(2):133-7.
90. Almeida OP, Flicker L, Norman P, et al. Association of Cardiovascular Risk Factors and Disease With Depression in Later Life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;Dec 8. PMID: 17158633 [PubMed - as supplied by publisher]
91. Çifçili S, Yazgan Ç, Ünalın P. Bir Huzurevinde Depresyon Taraması Sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(3):122-5.
92. Şahin E.M, Yalçın B.M. Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; Cilt 6, Sayı1:10-3.
93. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kırkpınar I. Depression Elderly Population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84(2):174-8.
94. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel F.S, Tekin N. Birinci Basamakta Geriyatrik Yaş Grubunda Depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8(3):129-33.
95. Nahcivan NO, Demirezen E. Depressive Symptomatology Among Turkish Older Adults With Low Incomes in a Rural Community Sample. *J Clin Nurs.* 2005;14(10):1232-40.
96. Licht-Strunk E, Van Der Kooij KG, Van Schaik Dj Van Marwijk HW et al. Prevalence of Depression in Older Patients Consulting Their General Practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 ;20(11):1013-9.

97. Chi I, Yip PS, Chiu HF et al. Prevalence of Depression and its Correlates in Hong Kong's Chinese Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(5):409-16.
98. Balzer D. Epidemiology of Late Life Depression and Dementia: A Comparative Study. Frances AJ, Hales RE (eds.). *Review of Psychiatry* 1990;Vol.9:210-19.
99. 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.
100. Wilson K, Mottram P, Sixsmith A. Depressive Symptoms in The Very Old Living Alone: Prevalence, Incidence and Risk Factors. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(4):361-6.
101. Reynolds FC, Kupfer DJ. Depression and Aging:a Look to The Future. *Psychiatr Serv* 1999;50:1167-72.
102. Mohd Sidiq S, Mohd Zulkefli N.A and A. Mustaqim. Prevalence of Depression With Chronic Illness Among The Elderly in a Rural Community in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine* 2003;2:196-9.
103. K. Jongenelis, A.M.Pot, A.M.H. Eisses, A.T.F. Beekman, H.Kluiter, M.W.Ribbe. Prevalence and Risk Indicators of Depression in Elderly Nursing Home Patients:The Aged Study. *J Affect Disord.* 2004;83(2-3):135-42.

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecimdeki ve bu araştırmanın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesindeki desteklerinden dolayı, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Alis Özçakır'a, UÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nazan Bilgel'e, UÜTF Aile Hekimliği öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. Yeşim Uncu, Yrd. Doç. Dr. Ganime Sadıkoğlu, Yrd. Doç. Dr. Züleyha Alper ve Yrd. Doç. Dr. Hakan Özdemir'e teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1972 yılında Kırcaali'de doğdum. İlk ve orta öğrenimimi Bursa'da tamamladım. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1996 yılında mezun oldum. Ankara, Şırnak ve Bursa'da çeşitli sağlık ocaklarında pratisyen hekim olarak görev yaptım. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği'ndeki uzmanlık eğitimime Ocak 2003'te başladım.