

Bir Semt Polikliniğine Sağlık Hizmeti Almak İçin Başvuran Emekli Bireylerde Gözlenen Depresif Belirtiler ve Sağlık Anlayışının İncelenmesi

Handan Can*, Şebnem Soysal**, Kızbes Yalçın***, Gökçe Yılmaz****

* Psikolog Doktor (Ph.D.) ve Dr. (MD) Uludağ Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Görevlisi, Görükle, Bursa

** Psikolog Doktor (Ph.D.), GÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Beşevler, Ankara.

*** Uzman Psikolog, Adalet Bakanlığı CTE Genel Müdürlüğü, Beşevler, Ankara.

**** Psikolog, GÜTF Çocuk Koruma Birimi, Beşevler, Ankara.

Tel: +905323504001

E-mail: handancan@uludag.edu.tr

ÖZET

Amaç: Birinci basamakta hastalarda depresyon görülmesi siktir. Emeklilik gibi kritik yaşam olaylarının depresyonu artırdığı ve genel sağlık algısını etkilediği bilinmektedir. Bu araştırmada Çankaya Belediyesi'nin Emek Semt polikliniğine başvuran emekli olmuş kişilerde eğitim hastalık öyküsü ve sosyodemografik özelliklerle, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Genel Sağlık Anketi (GSA) puanları arasındaki ilişki irdelenmiştir.

Yöntem: Yaşları 45 yaş ile 70 arasında değişen (59.71±9.02), 207 (101 erkek, 106 kadın) katılımcıya BDE, GSA ve sosyodemografik özelliklerini belirlemek üzere bilgi kayıt formu uygulanmıştır.

Bulgular: İstatistik analiz olarak bağımsız gruplar için t testi and Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda; kadın katılımcıların erkeklerden (t=2.76, p<0.01); 5-11 yıl eğitim almış olanların, 12 yıl ve üstü eğitim almış olanlardan (t=83.53; p<0.01), önceden depresyon tedavisi görmüş olanların bu tür deneyimi olmayanlara (t=3.23; p<0.001) göre BDE'den yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Emeklilik süresi arttıkça, gündelik yaşama ilişkin etkinliklerin azaldığı, bunda depresyon puanlarında bir artışa yol açtığı gözlenmiştir (p<.05). GSA'nden katılımcıların aldıkları puanlar incelendiğinde cinsiyet, eğitim, yaşam biçimi, kronik hastalık öyküsü ve emeklilik süresi açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Daha önce depresyon tedavisi gören hastaların GSA'den aldıkları puanların (6.06±2.18), bu tür bir deneyimi olmayanlara göre (3.34±1.02) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (t=2.31, sd=45.87, p<.05). GSA ile BDE arasında ilişki ise yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı bulunmuştur (r=.69, p<000).

Tartışma ve Sonuç: Hastaların sağlık hizmeti almak için daha sık başvurdukları birinci basamak ortamında, tüm yaşsalılarda ve özellikle depresyon riski taşıyan kişilerde, depresyon semptomlarının ve gerektiğinde ayrıntılı ruhsal durum değerlendirilebilmesi için psikiyatri servislerine yönlendirilmesi yaşlı sağlığının korunması açısından önemli bir adım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: yaşlanma, depresyon, Beck Depresyon Envanteri, Genel Sağlık Anketi, kronik hastalık, cinsiyet

ABSTRACT

Frequency of Depressive Symptoms Among Retired Persons Who Attend to A Primary Health Center and Their Health Perception.

Purpose: Frequency of depression is very high in primary health care. It is known that that some critique life events such as retirement increases depression and affects general health perception. In this research the relationship between education, medical history and other sociodemographic properties and Beck Depression Inventory (BDI) and General Health Questionnaire (GHQ) has been examined in retired people who regularly attended Emek Health Center of Çankaya Municipality.

Method: BDI, GSQ and information registration form were applied to 207 participants (101 men, 106 women), whose age changed between 45 and 70 years old.

Results: Independent samples t test and Pearson correlation coefficient were applied as statistical analyses. The results showed that the BDI scores of women compared to men (t=2.76, p<0.01), people educated at 5-11 year level compared to ones educated 12 years and more (t=83.53; p<0.01), people who had drug treatment before compared to ones who did not (t=3.23; p<0.001) were high. The daily affairs decreased as the retirement period increased and this gave rise to increase

in depression scores ($p<.05$). There was no significant difference in GHQ scores according to the sex. GHQ scores of patients who previously received depression treatment (6.06 ± 2.18), where higher than ones who did not receive any treatment before (3.34 ± 1.02) ($t=2.31$, $sd=45.87$, $p<.05$). Where was positive significant correlation between GHQ and BDI ($r=.69$, $p<.000$).

Discussion and Conclusion: Elderly patients, coming to primary health center frequently, especially the ones with high risk of depression should be directed to psychiatry services for detection of their possible depression symptoms and evaluation of their mental health in details. This will be an important beginning from the point of the healthcare of elderly people in primary health care.

Keywords: aging, depression, Beck Depression Inventory, General Health Questionnaire, chronic diseases, sex

GİRİŞ

Günümüzdeki teknolojik gelişme, birçok hastalığın tanı ve tedavisinde kolaylık sağlamış; beklenen yaşam süresi uzamıştır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yirminci yüzyılda gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresi ortalama 47 yıldan 75 yıl üstüne çıkmıştır (1993). Doğum hızındaki azalma, kronik hastalık tedavisinde kaydedilen gelişmeler bu sonucu getirmiştir. Dünya nüfusunun, 2010 yılında %7.3'ünün 65 yaş üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde genel nüfusun %7.14'ünü 60 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (Eker 1998). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır (Davies 1989).

Yaşam süresinin uzaması, beraberinde pek çok sorunu da getirmektedir. Yaşlılık, yaşam karşısında kayıpların ve çöküşün en fazla yaşandığı ve hissedildiği bir dönemdir (Emiroğlu 1995). Erikson'un (1963) tanımladığı gibi yaşlılıkta temel hedef "benlik bütünlüğüne" ulaşmaktır. Bu tanımdan hareketle yaşlılık, hızlı bir değişim sürecine uyum gösterme becerisi olarak da tanımlanabilir. Yaşamdaki hızlı değişimler kayıp olarak görülmezse, kişinin yaşam olayları karşısındaki psikososyal uyumu artırılırsa yaşlanmanın etkileriyle baş edebilmek daha kolay olacaktır (Foster 1997). Ne var ki bu istenen sonuç her birey ulaşamayabilmektedir. Biyolojik yapı, fiziksel sağlık durumu, geçirilmiş deneyim, benlik gücü, başa çıkma yöntemleri, sosyal destek ve sosyoekonomik koşullardaki yetersizlikler yaşlılıkta çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Özellikle depresyon ve genel sağlığa ilişkin olumsuz düşüncelerin bu dönemde arttığı görülmektedir (Göktaş ve Özkan 2006). Emeklilik gibi aktif işlevselliğin resmi olarak kesilmesi de bu duygudurumun ortaya çıkmasında aktif rol oynamaktadır (Kerem ve ark. 2001). Bu nedenle, yaşlanma sürecinde ortaya çıkan her türlü fiziksel ve sosyal yapıdaki değişikliklerin hem depresyona zemin hazırlaması, hem de tedaviye yanıt sürecini etkilemesi açısından önemlidir (Krause 1991).

Depresyon yaşam kalitesi ve üretkenliği bozan, dolaylı olarak var olan diğer kronik hastalıkların kötüleşmesine ve ekonomik kayba yol açan bir sağlık sorunudur (Nease

ve Malouin 2003). Birinci basamakta depresyon görülme sıklığı %15 gibi yüksek bir orana sahiptir. Bu bağlamda birinci basamakta en sık rastlanan sorunların başında depresyon yer almaktadır (Karl ve Privetera, 2004). Konuyla ilgili çalışmalarda, depresyon prevalansı, 55 yaş üzerinde kadınlar için %12.3-18.2, erkekler için ise %8.6-13.7 olarak bulunmuştur (Koenig 1999 ve Mills 2001). Bazı çalışmalarda, 65 yaş üzeri depresyon insidansının fiziksel sağlık sorunlarının derecesiyle doğru orantılı olarak arttığı, ancak ileri yaş depresyonuna %70-90 oranında tanı konmadığı bildirilmektedir (Cole ve ark. 1999).

Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını tahmin etmektedir (1993). Bu nedenle her yaş grubunda bireyin risk faktörleri açısından taranması, özellikle birinci basamağın etkinliğinin artırılması önem kazanmaktadır. Ancak, birinci basamakta değerlendirilen hastaların başvurusunda depresyonun klinik görünümünün net olmaması, kişinin mevcut durumun farkında olmaması, kabullenmemesi ve içinde bulunduğu duygu durumu bir hastalık olarak görmemesi, depresif belirtilerin birinci basamakta gözden kaçırılmasına yol açmaktadır (Gerrity ve ark. 2001). Tanı koymada önemli bir zorluk da, depresyon belirtilerinin çok dikkat edilmediğinde somatik yakınmalar arasında gözden kaçmasıdır. Bu nedenle hastanın daha sık görüldüğü ve takip edilebildiği birinci basamaktaki görüşmelerde depresyon belirtilerinin sorgulanması yaşlı sağlığı açısından önemlidir (Karl ve Privetera, 2004).

AMAÇ

Psikiyatrik hastalıkların ve fiziksel hastalığa bağlı psikiyatrik belirtilerin birinci basamakta pratisyen hekimlerce ele alınarak sağaltılması önemli bir halk sağlığı konusudur (Özdemir ve ark. 2002). Bu çalışmada Çankaya Belediyesi Emek Semt polikliniğine başvuran 45 yaş ve üstü kişilerin, sosyo-demografik özellikleri ile genel sağlık anlayışları ve gösterdikleri depresif belirtiler arasındaki ilişki incelenmiştir.

YÖNTEM

Katılımcılar

Araştırma, Çankaya Belediyesi Emek Semt Polikliniği'ne muayene olmak veya sürekli kullandığı ilaçları yazdırmak üzere başvuran, yaşları 45 ilâ 70 arasında değişen (59.71 ± 9.02), 207 (101 erkek, 106 kadın) katılımcı üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya katılan katılımcıların hepsi çalışma hayatı sonunda Emekli Sandığı'ndan emekli olmuş kişilerden oluşmaktadır. Çalışma gönüllülük esasına uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Araç - Gereçler

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Beck Depresyon Envanteri, klinik gözlemler sonucunda elde edilen veriler üzerine temellendirilmiş olup, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve güdülenim alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeyi amaçlayan 21 maddelik bir ölçektir. Bu envanter Beck tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark. 1961). Kendini değerlendirme envanteri olmasına karşın grup uygulaması yapılması da mümkündür. BDE'nin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyonun derecesinin objektif olarak sayılara dökmektir (Hisli 1988, Savaşır ve Şahin 1997). BDE, uygulama günü de dâhil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içerisinde, kişinin kendisini nasıl hissettiğini en iyi şekilde ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi şeklinde uygulanmaktadır (Savaşır ve Şahin 1997). BDE'den alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Bununla beraber, 0-13 arasında alınan puanlar depresyonun olmadığını gösterirken, 14-24 arasında alınan puanlar hafif ve orta derecedeki depresyonu, 25 ve üzerinde alınan puanlar ise ciddi derecedeki depresif belirtileri işaret etmektedir (Beck ve ark 1961, Hisli 1988). Çalışmada, Hisli (1988) tarafından Türkçe'ye uyarlanan BDE kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliğini saptayabilmek için Hisli (1988), Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin Depresyon ölçeği ile BDE puanları arasındaki ölçüt bağıntılı geçerliğini analiz etmiştir. Sonuçta, Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0.63 olarak bulunmuştur.

Genel Sağlık Anketi (GSA)

Toplum taramalarında psikiyatrik vak'a bulmak amacıyla kullanılmaktadır. Hastaların kendilerinin doldurdukları ve genel olarak ruhsal rahatsızlık olup olmadığını belirlemeyi hedefleyen ölçek, bir sağlık sorunuyla sağlık kurumuna başvuran hastalarda, son haftalarda ortaya çıkmış ruhsal rahatsızlıkların taranması amacıyla kullanılmaktadır. Psikotik olmayan

depresyon ve anksiyete belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda kullanılması önerilmemektedir. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmış olan GSA'nın iç tutarlılığı .84, tekrar test korelasyonu .67 olarak bulunmuştur. 28 maddelik GSA'da her madde, denegin son zamanlarda belirli bir yakınmasının olup olmadığına ilişkin bir sorudan ve "her zamankinden az"dan "her zamankinden çok daha fazla"ya uzanan 4'lü yanıt seçeneğinden oluşmaktadır. Alınan puan arttıkça, psikiyatrik rahatsızlık olasılığı artmaktadır (Kılıç 1996).

İşlem

Birinci basamakta raporlu ilaçlarını yazdırmak veya muayene olmak üzere başvuran hastaların yapılacak çalışma konusunda bilgilendirilmiş, ardından çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabûl eden katılımcılarla çalışma yürütülmüştür. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış, katılımcıları yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evdeki yaşam biçimi, emeklilik süresi, mevcut kronik hastalıklar ve önceden geçirilmiş depresyon açısından sorgulayan bir bilgi toplama formu uygulanmıştır. Kronik hastalıklar açısından, hastalar hipertansiyon, diabetes mellitus (DM), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik böbrek yetmezliği, osteoporoz, kanser türleri açısından sorgulanmıştır. Çalışmada katılımcılar, cinsiyet (kadın-erkek), eğitim (5-8 yıl, 9-11 yıl, 12 yıl üstü), evde yaşam biçimi (yalnız, eşile, çocukları ya da aile yakınları), emeklilik süresi (1-5 yıl, 5 yıl ve üstü), kronik hastalıklar (hipertansiyon, DM, KOAH, kronik böbrek yetmezliği osteoporoz, kanserler) ve önceden geçirilmiş depresyon (depresyon geçirmiş, depresyon geçirmemiş) açısından sorgulanmıştır. Emeklilik süresi, cinsiyet, yaşam biçimi, kronik hastalık ve önceden geçirilmiş depresyon durumuna göre BDE'den alınan puanlar açısından gruplar arasında fark olup olmadığı değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya yaşları 45-70 (59.71 ± 9.02) arasında değişen 101 erkek (%51.27) ve 106 kadın (%48.79) olmak üzere toplam 207 kişi katılmıştır. Yaş ortalaması kadınlarda 55.84 ± 7.61 ; erkeklerde 63.41 ± 8.73 ; grubun genelinde ise 59.71 ± 9.02 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların %81.2'i evli, % 10.10'u bekâr, %8.70'i duldu. Katılımcıların %8.2'si yalnız, %80.7'i ise eşile ve %11.11'i çocukları veya aile yakınlarıyla yaşamaktadır. Çalışmaya katılanların hepsi emeklidir. Emeklilik süresi 1-5 yıl olanlar

Tablo 1: Çalışmaya Katılan Bireylerde Sosyodemografik Özelliklerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Eğitim	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
5-8 yıl	5	5	9	8.5	14	6.76
9-11 yıl	28	27.7	21	19.8	49	23.60
12 yıl ve üstü	68	67.3	76	71.7	144	69.64
Depresyon	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Geçirmiş	27	26.7	9	8.5	36	17.40
Geçirmemiş	74	73.3	97	91.5	171	82.60
Kronik Hastalık	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	64	63.4	71	67.0	135	65.20
Yok	37	36.6	35	33.0	72	34.80
Yaşam Biçimi	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yalnız	12	11.9	5	4.7	17	8.20
Eşiyle	69	68.3	98	92.5	167	80.70
Çocukları veya âile yakınlarıyla	20	19.8	3	2.8	23	11.10
Medenî Durum	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evli	69	68.3	99	93.4	168	81.20
Bekâr	19	18.8	2	1.9	21	10.10
Dul	13	12.9	5	4.7	18	8.70
Emeklilik Süresi	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1-5 yıl	35	35.4	27	25.5	62	30.20
5 yıl üstü	64	64.6	79	74.5	143	69.80

%30.20'yi oluştururken, %69.80'i 5 yıldan daha uzun süreden beri emekli olmuştur. Tablo 1'de çalışmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

Çalışmaya katılanların %69.57'si 12 yıl ve üstü, %23.67'si 9-11 yıl ve %6.76'sı 5-8 yıl eğitim görmüştür. Çalışmaya katılan 207 kişinin 133'ünde (%64) en az kronik bir hastalık mevcuttur. Kronik hastalıklar içerisinde HT görülme sıklığı %56 oranıyla en sık rastlanandır. Osteoporoz görülme sıklığı %9, kanser görülme sıklığı %3.75, DM %3, KOAH görülme sıklığı %0.75'tir. Aşağıda Tablo 2'de kronik hastalıkların dağılımı görülmektedir.

Katılımcıların BDE'den ve GSA'den aldıkları puanlara ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3'de sunulmuştur.

BDE uygulanan 207 katılımcıdan 61 kişi (%77.79) 0-13, 40 kişi (%19.32) 14- 24 puan; 6 kişi ise (%2.89) 25 ve üstü bir puan almıştır. Ayrıca katılımcıların BDE'den aldığı puanlar cinsiyet, emeklilik süresi, kronik hastalık, önceden geçirilmiş depresyon, yaşam biçimine göre değerlendirilmiştir. Bu amaçla uygulanan bağımsız gruplar için t testi sonucunda kadın katılımcıların (=10.65) erkek katılımcılara (=8.20) kıyasla BDE'den aldıkları puanlar anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (t=2.76, p<0.01). Katılımcılardan daha önce depresyon geçirmiş

Tablo 2. Kronik Hastalık Türlerinin Dağılımı

KRONİK HASTALIKLAR	Toplam	
	n	%
Hipertansiyon (HT)	75	56
Diabetes Mellitus (DM)	4	3
Osteoporoz	12	9
KOAH	1	0.75
Kanser	5	3.75
Hipertansiyon+ osteoporoz	12	9
Hipertansiyon+Diyabetes Mellitus	16	12
Hipertansiyon+Kronik Böbrek Yetmezliği	2	1.5

Tablo 3. Katılımcıların BDE ve GSA'dan Aldıkları Puanlara İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçekler		X	SS
BDE	Kadın	10.65	7.09
	Erkek	8.20	5.67
GSA	Kadın	4.96	6.65
	Erkek	2.72	4.56

olanların (=12.50) daha önce böyle bir deneyimi olmayanlara (=8.74) göre BDE'den daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($t= 3.23$; $p<0.001$). 5–11 yıl eğitim almış olanların (=11.48), 12 yıl ve üstü eğitim almış olanlara (=8.53) kıyasla BDE'den aldıkları puanlar da anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=83.53$; $p<0.01$).

Kronik hastalık, yaşam biçimi ve emeklilik süresinin katılımcıların BDE'den aldığı puanlar üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$). Kronik hastalığı olan ve olmayan; yalnız yaşayan ve eşi, çocukları ya da aile yakını ile yaşayan; emeklilik süresi 1–5 yıl ve 5 yıl ve üstü olan katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak daha önce depresyon deneyimi olanların yalnız yaşayan yaşlılardan oluştuğu belirlenmiştir.

Ayrıca katılımcıların GSA'den aldığı puanlar cinsiyet, emeklilik süresi, kronik hastalık, önceden geçirilmiş depresyon, yaşam biçimine göre değerlendirilmiştir. Bu amaçla uygulanan bağımsız gruplar için t testi sonucunda GSA'den katılımcıların aldıkları puanlarda cinsiyet, eğitim, yaşam biçimi, kronik hastalık öyküsünün olması ve emeklilik süresi açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ancak önceden depresyon tedavisi gören hastaların GSA'den aldıkları puan-

ların (6.06 ± 2.18), böyle bir deneyimi olmayanlara göre (3.34 ± 1.02) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($t=2.31$, $sd=45.87$, $p<.05$).

GSA ile BDE arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. GSA ile BDE arasında 69. oranında bir ilişki gözlenmiştir ($p<0.00$).

TARTIŞMA

Yaşlılarda depresyon fiziki sağlıkta ortaya çıkan bozulma ile birlikte görülebilmektedir. Yalnızlık ve sosyal izolasyon da yaşlıların yaşam kalitesini etkilemektedir.

Kronik hastalıklarda olduğu gibi, yaşlılıkla birlikte gelen yalnızlık durumuyla birlikte depresyon ortaya çıkabilmektedir (Gülseren 1995, Ünal ve Bilge 2005). Yaşlanmayla birlikte profesyonel kimliğin, aile üyelerinin veya arkadaşların kaybı, yaşanan kişinin diğer bireylere bağımlılığını arttırmakta ve depresyonun ortaya çıkışını hızlandırmaktadır (Shearer ve Davidhizar 1998, Vergare 1997). Yaşlılarda yalnızlık durumu, çoğu zaman eşin kaybı ile bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşanan kayıp duygusu, yaşlı insanlar için gençlerden daha fazla stres verici olmaktadır (Shearer ve Davidhizar 1998, Vergare 1997). Mevcut çalışmada, 23 katılımcının (%11.1) yakınlarıyla ve 17'sinin ise (%8.2) tek başına yaşadığı ve 135'inin (%65.2) ise kronik bir hastalığı olduğu belirlenmiştir. Bu kişilerin, alışlagelmiş yaşam örüntüsündeki değişiklikler ve kronik hastalıklarının olması depresif duygulanım ve sağlık algısında bozulmalara yol açmış olabilir.

Mevcut çalışmada BDE'den alınan puanların cinsiyete göre farklılaştığı bulunmuştur. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla BDE'den aldıkları puanlar anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda depresyon oranının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bilinen bir gerçektir ve bu gerçeklik farklı çalışmalarla da gösterilmiştir (Robak ve ark. 2002; Dişçiğil ve ark. 2005).

Çalışmanın sonuçlarına göre BDE'den aldıkları puan 25'in üstünde olan altı kişide (%2.89) ağır depresyon belirtileri olduğu saptanmıştır. Bu kişiler bir psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmek ve tedavi almak üzere psikiyatri kliniğine sevk edilmiştir. Bu durum birinci basamakta özellikle yaşlı kesimde depresif belirtilerin taranmasının ne derece önemli olduğunun vurgulanması açısından önemlidir. Geriatrik yaş grubunda Majör Depresif Bozukluğun nokta prevalansı %1–2 olarak bulunmuştur. Ancak, minör

depresyon ve distimik bozukluk çok daha sık görülmektedir (Wada ve ark. 2004). Depresyon birinci basamakta yaşlılarda sık görülen ve yetersiz tanı ve tedavi nedeniyle kötü prognoz gösteren bir sağlık sorunudur. Taranmadığı takdirde somatik yakınmalar kolaylıkla gözden kaçırılabilir. Bu nedenle ölçeklerin kullanılması hastalığın belirlenmesi için önemli bir ipucu olabilir. Mevcut çalışma da bu durumu ortaya koyması açısından önemlidir.

Katılımcılarda önceden geçirilmiş depresyon olmasının BDE'den alınan puanlar üzerindeki etkisi anlamlıdır. Katılımcılardan daha önce depresyon geçirmiş olanların daha önce depresyon geçirmemiş olanlara göre BDE'den aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Depresyon geçiren kişilerin %50'den fazlasında en az bir kez depresyon tekrarlamaktadır. 10 yıllık süreçte iyileşme sonrası depresyonun tekrarlama ihtimali ilk yıl %25, ikinci yıl %42 ve izleyen beş yılda %60'dır. Sürdürüm tedavisinin yinelemeleri önlemek açısından en az 6 ay sürdürülmesi önerilmektedir (Flint ve Rifat 1997, Mc Cue 1994). Literatürle de uyumlu olarak önceden depresyon geçirmiş kişilerin depresyon ölçeği puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Solomon ve ark. 2000).

Çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon ilişkisi de ele alınmıştır. Eğitimin BDE puanları üzerindeki etkisi de anlamlı bulunmuştur. 5-11 yıl eğitim almış olanların, 12 yıl ve üstü eğitim almış olanlara kıyasla BDE'den aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları eğitim düzeyi daha düşük olan kişilerde, eğitim düzeyi daha yüksek olanlara kıyasla depresyon oranının daha yüksek olduğunu gösteren çalışma sonuçlarıyla uyumludur (Murrell ve ark. 1983, Tezel ve ark. 2004).

Çalışmada katılımcıların yaşama biçimi (yalnız eşiyle, çocuklarıyla ya da aile yakınlarıyla) kronik hastalık durumu (var-yok) ve emeklilik süresine (1-5 yıl, 5 yıl üstü) göre BDE'den aldıkları puanlar karşılaştırılmış, ancak gruplar arası fark anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun nedeni çalışmada yer alan katılımcıların yeterli sosyal destek görmeleri ve çok belirgin yeti kayıplarının olmaması olabilir. Ülkemizde yapılan huzurevi çalışmalarında saptanan yüksek depresyon oranı ve huzurevlerinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyinin yüksek olması, ziyaret edilme durumu ile ilişkilendirilmiştir (Sütok ve ark. 2004, Şahin ve Yalçın 2003, Demet ve ark. 2002). İtalya'da, evlerinde yaşayan yaşlılarda yapılan kesitsel bir çalışmada da yaşlıların bağımlılık düzeyi ile depresyon arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Fassino ve ark. 2002). Bizim ça-

lışmamızda yer alan katılımcıların hepsi temel günlük yaşam aktivitelerini yardımsız sürdürebiliyordu. Sosyal ve bedensel olarak bağımlı olmamalarından dolayı depresif duygudurum ve sağlık algısında bozulma görülmemiş olabilir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kronik hastalığın varlığının depresyon ile ilişkisi konusunda değişik sonuçlar elde edilmiştir (Sütoluk ve ark. 2004, Demet ve ark. 2000, Maral ve ark. 2001). Bazı çalışmalarda tek kronik hastalık varlığında depresyon riski artmazken, birden fazla kronik hastalık olması durumunda depresyon riskinin anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (Dişçigil ve ark. 2005). Mevcut çalışmada kronik hastalığın depresyon puanları üzerindeki etkisinin anlamlı bulunmamasının nedeni çalışmaya katılanların çoğunluğunda tek bir kronik hastalık bulunması olabilir. O nedenle kronik hastalık etkisini birden çok kronik hastalığı olan kişilerle tekrarlamak; bir veya birçok kronik hastalık olması veya olamaması durumunda depresyon puanlarının ne şekilde değiştiğini incelemek bu konuda bize daha doğru bir sonuç verebilir.

Yaş ilerledikçe bireyin yeterli, etkin, güçlü biri olarak yaşamını sürdürmesi zorlaşmaktadır. Emeklilik bireyde travmatik bir yaşantıya dönüşmekte ve psikososyal kimliğini olumsuz etkilemektedir (Koptagel-İlal 1999). Hızlı bilgi akışı ve değişimi, emekli olan bireyin bilgilerini geçersiz kıldığı için artık gençlere danışmanlık yapması da söz konusu da olamamaktadır (Kaya 1999). Ancak çalışmada emeklilik süresinin de depresyon puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır ve literatürle uyumlu değildir.

Çalışmada yaşama biçiminin depresyon puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamış, yalnız veya eş, çocuk ya da aile bireyleriyle birlikte yaşayan kişilerin depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar birbirinden anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu bağlamda elde edilen bulgular yaşama biçiminin depresyon görülme olasılığını arttırdığını gösteren çalışmalarla (Gülseren 1995, Ünal ve Bilge 2005, Shearer ve Davidhizar 1998, Vergare 1997, Rane Szostak ve Herth 1995, Robak ve ark. 2002) uyumlu bulunmamıştır. Çalışmada elde edilen bu bulguların literatürle uyumsuzluğu yaşama biçimlerinin ayrı ayrı ele alınmamasından kaynaklanmış olabilir.

Genel sağlık anlayışı ile kronik hastalıklar arasında bir ilişki olduğu bu çalışmada da gözlenmiştir. Ancak elde edilen bulgular genel sağlık kavramının çok yerleşmediğini göstermektedir. Özellikle eğitim, cinsiyet ve yaşam biçimi konusunda fark gözlenmemesi buna işaret etmektedir.

SONUÇ ve KISALTMALAR

Bu çalışmanın kendi içerisinde bazı eksiklikleri barındırdığı düşünülmektedir. Rutin sağlık hizmeti almak için semt polikliniklerine gelen yaşlı bireylerin sadece depresyon değil, demans ve özellikle Alzheimer tipi demans (ATD) gibi hastalıklar açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastalıklara duyarlı ölçeklerin kullanılması, birinci basamakta çalışan hekimlerin bu yönde meslek içi eğitim seminerlerine tâbi tutulmaları yaşlıların yaşam kalitesini artırmada önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Geriatr Psychiatry*; 4: 561-571.
- Cole MG, Bellevance F, Mansour A (1999) Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*; 156:1182-1189.
- Davies AM (1989) Older Populations, Aging, Individuals and Health for All. World Health Forum; 10: 299.
- Demet MM, Taşkın EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ (2000) Manisa huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*.13: 290-299.
- Demet MM, Taşkın EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ (2002) Manisa huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13: 290- 299.
- Dişçiğil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N (2005) Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish J Geriatr*; 8: 129-133.
- Dünya Sağlık Örgütü (1993) WHO Technical Report Series 835. Aging and working capacity; 1-49.
- Eker E (1998) Yaşlılık Psikiyatrisi. Psikiyatri Temel Kitabı, Güleç C, Köroğlu E, editörler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Emiroğlu V (1995) Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyum. Ankara: Şafak Matbaacılık.
- Erikson E (1963) *Childhood and Society*, 2nd Edition. New York: Norton Press.
- Fassino S, Leombruni P, Daga G.A, Brustolin A, Rovera G.G, Fabris F (2002) Quality of life in dependent older adults living at home. *Ach Gerontol Geriatr*, 35: 9-20.
- Flint AS, Rifat SL (1997) The effect of treatment on the two year course of late life depression. *Br J Psychiatry*. 169: 268-272.
- Foster JR (1997) Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. *Psychiatry Quarterly*; 68 (Suppl.3): 189-219.
- Gerrity MS, Williams JW, Dietrich AJ, Olson A (2001) Identifying physicians likely to benefit from depression education: a challenge for health care organizations. *Medical Care*; 39: 856-866.
- Götaş K, Özkan Ö (2006) Yaşlılarda Depresyon. *Türkiye'de Psikiyatri*; 8: 30-37.
- Gülseren L (1995) Yaşlılık döneminde görülen majör psikiyatrik bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 3: 185-192.
- Hisli N (1988) Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*; 6: 118-122.
- Karl OM, Privetera C (2004) *Psychosocial disorders: Depression. Current Diagnosis and Treatment in Family Medicine*. South-Paul J, Matheny SC, Lewis EL, editors. New York, NY: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Kaya B (1999) Yaşlılık ve depresyon-I: Tanı ve değerlendirme. *Turkish J Geriatrics*; 2: 76-82.
- Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U (2001) Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Turkish J Geriatrics*; 4: 106-112.
- Kılıç C (1996) Genel sağlık anketi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 7: 3-9.
- Koenig HG (1999) Late-life depression: How to treat patients with comorbid chronic illness. *Turkish J Geriatrics*; 54: 56-61.
- Koptagel-İlal G (1999) Yaşlılıkta psikosomatik hastalıklar. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 29: 3-14.
- Krause N (1991) Stress and isolation from close ties in later life. *J Gerontol: Social Sciences*; 46: 183-194.
- Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Burçin MA (2001) Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevi ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*.12: 251-259.
- Mc Cue RE (1994) Yaşlılarda Trisiklik Antidepresan Kullanımı. İleri Yaşlarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar. Alexopoulos GS, Eker E, çeviri editörü. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı.
- Mills TL (2001) Comorbid depressive symptomatology: Isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Soc Sci Med*; 53: 569-578.
- Murrell SA, Himmerfalb S, Wright K (1983) Prevalence of depression and its correlation in adults. *Am Epidemiol*; 117: 173-185.
- Nease DEJ, Malouin JM (2003) Depression Screening: A practical strategy. *J Family Practice*; 52: 118-126.
- Özerdem A, Fidaner H, Tunca Z, Coşkun L, Dündar PE (2002) Birinci basamakta karşılaşılan psikiyatrik olguların telefonla danışılması: pilot bir çalışma. *Yeni/New Symposium*; 40: 57-59.
- Rane Szostak D, Herth K (1995) A new perspective on loneliness in a later life. *Issues in Mental Health Nursing*; 16: 583-592.
- Robak NR, Mc Erlean MA, Fabacher DA, Milano PM, Verdile VP (2002) Socioeconomic and health status difference between depressed and nondepressed elders. *Am J Emergency Med*; 20: 71-73.
- Savaşır I, Şahin NH (1997) Bilişsel ve davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Shearer R, Davidhizar R (1998) Conquering loneliness. *Elder Care*; 11: 12-15.
- Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea T, Corywll W, Warshaw M, Turvey C, Maser JD, Endicott J (2000) Multiple recurrences of major depressive disorders.

-
- Am J Psychiatry; 157: 229-233.
- Sütölük Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M (2004) Adana Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. Turkish J Geriatrics; 7: 148-151.
- Sütölük Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M (2004) Adana Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. Turkish J Geriatrics; 7: 148-151.
- Şahin EM, Yalçın BM (2003) Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Turkish J Geriatrics; 6: 10-13.
- Tezel CG, İçağasıoğlu A, Karabulut A, Kolukisa Ş, Keskin H (2004) Geriatri hastalarında bilişsel düzey, depresyon, fonksiyonel kapasite değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi; 7: 206-210.
- Ünal G, Bilge A (2005) İleri yaş grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi; 8: 89-93.
- Vergare MJ (1997) Developments of late-life transitions. Bulletin of the Meninger Clinic; 61: 240-248.
- Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, Otsuka K, Yano S, Kita T, Matsubayashi K (2004) Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. Ach Gerontol and Geriatry; 39: 15-23.