

Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Bilişsel Bozukluğu Etkileyebilecek Etkenler

Mustafa N. İlhan¹, Işıl Maral², Mehmet Kitapçı³, Selçuk Aslan⁴, Nuri Çakır⁵, M.Ali Bumin⁶

¹Yrd.Doç.Dr., ²Doç.Dr., ⁶Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ³Prof.Dr., Nükleer Tıp Anabilim Dalı, ⁴Doç.Dr., Psikiyatri Anabilim Dalı, ⁵Prof.Dr., İç Hastalıkları/Endokrinoloji Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Amaç: Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozuklukları etkileyebilecek yaş, cinsiyet, eğitim, sosyal güvence, kronik hastalık etkenleri ile tiroid hormonları, vitamin B12, folik asit gibi hormonal ve esansiyel etkenleri bir arada değerlendirilerek depresif belirtiler ve bilişsel bozukluklar için risk etkenlerini saptamaktır. **Yöntem:** Ankara'da iki huzurevinde yaşayan 191 kişi üzerinde yapılan araştırmada demografik bilgi anketi, Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT-E), Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği (YDÖ) kullanıldı. Venöz kan örneklerinden ST₃, ST₄, TSH, Vitamin B₁₂ ve Folik Asit çalışıldı. Depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler lojistik regresyon ile değerlendirildi. **Bulgular:** Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 76.5±8.3'tür, %60.7'si kadın, %39.3'ü erkektir. Yaşlıların %48.2'sinde depresif belirtiler, %50.8'inde bilişsel bozukluk vardır. Depresif belirti olasılığı, fiziksel kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 3.75; sosyal güvencesi olmayanlarda olanlara göre 3.84; son bir ayda yaşamı olumsuz etkileyen olay yaşayanlarda yaşamayanlara göre 9.77; bilişsel bozukluğu olanlarda olmayanlara göre 3.01 kat fazladır. Huzurevinde geçirilen süre 1 yıldan fazla olanlarda 0.4 kat azdır Bilişsel bozukluk riski, 75 yaş ve üzerinde olanlarda 6.30; ilkokul mezunu olmayanlarda 6.80; depresyonu olanlarda 3.23 kat fazladır. **Sonuç:** Yaşlılara verilecek sağlık hizmetlerin planlanmasında belirlenen risk etkenleri dikkate alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, depresyon, bilişsel bozukluk, tiroid, vitamin B₁₂, folik asit.

(Klinik Psikiyatri 2006;9:177-184)

SUMMARY

Factors Influencing Depressive Symptoms and Cognitive Disorders Among Elderly

Objectives: The objective is to determine the risk factors for depressive symptoms and cognitive disorders among elderly evaluating essential and hormonal factors such as age, gender, educational status, health insurance, chronic disease and thyroid hormones, vitamin B12, folic acid. **Method:** 191 elderly living in two nursing homes in Ankara were included into the study. The demographic information questionnaire, Mini Mental State Examination test for Illiterate (MMSE) and Geriatric Depression Scale (GDS) were used for the data collection. Serum TSH, FT3, FT4 levels, vitamin B12 and folic acid levels in venous blood samples were investigated. Factors which could influence depressive symptoms and cognitive disorder were evaluated with multivariate logistic regression analysis. **Results:** The mean age of the subjects was 76.5±8.3; 60.3% of them were female and 39.7% were male. 48.2% of the subjects had depressive symptoms and 50.8% had cognitive disorder. The depressive symptom risk was 3.75 times higher in those who had any chronic disease; 3.84 times in those who had not health insurance; 9.77 times for those who had any life event influenced negatively his/her life; 3.01 times for those with cognitive disorder. There was 0.4 times decreased risk for the subjects living in nursing home more than a year. Cognitive disorder risk was 6.30 times higher for 75 and over age group; 6.80 times higher for those who were illiterate or not completed the primary school and 3.23 times in those with depression. **Conclusion:** It is required to take into consideration the determined risk factors to plan the elderly health services.

Key Words: Elderly, depression, cognitive impairment, thyroid, vitamin B₁₂, folic acid.

GİRİŞ

Günümüzde 65 yaş ve üzeri nüfus yaşı olarak sınıflandırılmaktadır. Yaşlılık doğal bir süreç olmakla birlikte farklı tanımlanabilmektedir; sosyal anlamda yaşlılık insanın bağımsız durumdan bağımlı duruma geçmesi olarak tanımlanırken, hukuk ve çalışma yaşamı yönünden verimliliğin azaldığı ve emekli olunduğu dönemdir (Bilir 1997). Yirminci yüzyılın sonunda dünyada yaşlılarda yaşam beklentisi artmış ve doğum hızları azalmıştır. Bu durum 65 yaş üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki oranını arttırmıştır (Barker 1998).

Günümüzde dünya nüfusunun 385 milyonu 65 yaş üzerindedir. Gelişmiş ülkelerde 65 yaş üzeri nüfus artışı %2'ye düşerken, gelişmekte olan ülkelerde %3 sıklıkta artmaktadır. Öte yandan gelişmekte olan ülkelerde en fazla artan yaş grubu 65 yaş ve üzeridir (Ebrahim 2002).

Sağlıklı ve uzun süreli yaşlılık dönemi beklentileri, günümüzde giderek daha fazla gerçekleşmeye başlamıştır. Bugün konu sadece insanların daha uzun süreli yaşamaları değildir. Sağlıklı yaşam beklentisi, yaş ilerledikçe daha yaygın görülen kronik özürllüklerin etkisi altındadır. Bunların arasında kardiyovasküler hastalıklar ve felç gibi dolaşım sistemi hastalıkları, kanserler, artrit ve osteoporoz gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans ve depresyon gibi nörolojik ve ruhsal rahatsızlıklar, görme ve işitme kaybı gibi dejeneratif durumlar ve kronik tıkaçıcı akciğer hastalıkları yer almaktadır (Abrams ve ark. 1995, WHO 1998).

Bir yandan doğurganlığın azalması, öte yandan kronik hastalıkların erken tanı ve tedavi olanaklarının artması ve sonuç olarak yaşam süresinin uzamasının etkisiyle Türkiye'de 2003 yılında %9.8 sıklıkta olan yaşlı nüfusun, 30 yıl içerisinde 2-3 kat artacağı öngörülmektedir (Akdemir 2000, Baskın 2000, Koç ve ark. 2004).

2000 yılında yaklaşık 9 milyon olan ruhsal bozukluğu olan yaşlı sayısının, 2050 yılında 20 milyon kişi olacağı öngörülmektedir (Jarvik ve ark. 2000).

Ruhsal bozukluklardan depresyon, yaşamın her döneminde olduğu gibi yaşlılık döneminde de sık görülmesi, tanı ve tedavi olanağının bulunması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kurtoglu ve Rezaki 1999). Depresyon prevalansı

tüm yaş gruplarında %5-8 arasında değişmektedir (Gottfries ve ark. 1996). Yaşlılık döneminde görülen ruhsal sorunlar arasında depresyon birinci sıradadır (Müller-Spahn ve ark. 1994, Bekaroğlu 1996, Jarvik ve ark. 2000). İngiltere ve Amerika'da yapılan araştırmalarda 65 yaş ve üzeri kişilerde depresyon prevalansı %15 kadardır (Copeland ve ark. 1987, Liwingston ve ark. 1990, Lovestone ve ark. 1997, MacDonald ve ark. 1997). Huzurevlerinde kalan yaşlılarda ise depresyon prevalansı %30-44 olarak belirlenmiştir (Katz ve ark. 1990, MacDonald ve ark. 1997).

Türkiye'de yaşlıların %13.5-41.5'inin depresif hastalığı olduğu bildirilmektedir (Bekaroğlu 1996, Sütoluk ve ark. 2004, Dişçiğil ve ark. 2006, Altıntaş ve ark. 2006).

Bilişsel bozukluklar da yaşla artan sorunlardır. 65 yaş üzerinde demans sıklığı Japonya'da %6.1, Kuzey Avrupa Ülkelerinde %4.0-21.6, ABD'de %15 olarak bildirilmektedir (Komahashi ve ark. 1994, Banazak ve ark. 1996). Türkiye'de konuyla ilgili yapılan çalışmalarda huzurevlerinde yaşayanlarda bilişsel bozukluğun prevalansının %20.5-43.3 ile olduğu belirlenmiştir (Kurtoglu ve Rezaki 1999, Özer Ergün ve ark. 2003, Çuhadar ve ark. 2006).

Gerek depresif rahatsızlıklar, gerekse bilişsel bozukluklar ile hipotiroidizm ve vitamin B₁₂ ile folik asit eksikliklerinin ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir (Hutto 1997, Gottfries ve ark. 1997, Jarvik ve ark. 2000, Wang ve ark. 2001, Ersoy ve ark. 2001, Koç ve ark. 2004).

Bu çalışma, daha önce yayınlanan huzurevinde ve evinde yaşayan yaşlıların depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri konulu çalışmanın (Maral ve ark. 2001) devamı niteliğindedir. Çalışmaya huzurevinde yaşayanlar için depresyon ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek hormonal ve esansiyel etkenler de eklenerek (tiroid hormonları, vitamin B₁₂, folik asit değerlendirmesini de içeren) risk etkenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Ankara Seyranbağları ve Ümitköy Huzurevlerinde yapılmıştır. Araştırma yapılmadan önce İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Bu huzurevlerinde yaşayan toplam

kişi sayısı 302'dir. Bu kişilerden %8.3'ü araştırma anında huzurevinde değildi (izinli), %9.3'ü araştırmaya katılmayı, %6.9'u kan vermeyi kabul etmedi. %9.9'u ağır bilişsel bozukluğu olduğundan, %2.3'ü konuşma ya da işitme özürlü olduğundan araştırmaya alınmadı. Araştırmada huzurevlerinde yaşayan 302 kişiden 191'ine ulaşıldı. Araştırmaya katılma oranı %63.3'dür.

Araştırmada tanımlayıcı bilgileri içeren 18 sorudan oluşan bir anket, 20 soru/basamaktan oluşan Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT-E), 30 sorudan oluşan Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeğinden (GDS) oluşan 3 anket uygulanmıştır.

Araştırmaya katılanlardan venöz kan örnekleri alınarak, laboratuvar işlemleri Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan kitlerin prospektüslerinde yer alan değerlere göre serum ST₃, ST₄ ve TSH değerleri düşük/normal/yüksek olarak; serum Vitamin B₁₂ ve Folik Asit değerleri ise düşük/normal-yüksek olarak değerlendirilmiştir. Vitamin B₁₂ düzeyi incelenenlerin hiçbirinde yüksek bulunmadığından, folik asit düzeyi ise incelenenlerin %8.3'ünde yüksek bulunduğundan değerlendirmeleri iki grup halinde yapılmıştır.

SMMT-E'de bilişsel bozukluk için kesme puanı 24 olarak kabul edildiğinde ölçeğin duyarlılığının 0.83, özgüllüğünün 0.48 olduğu daha önce hesaplanmıştır (Folstein ve ark. 1975, Ganguli ve ark. 1995, Ertan ve ark. 1996). Ağır kognitif bozukluğu olanların kan alınması için vereceği izinlerin etik olmayacağı düşünülerek bu kişiler incelemeye alınmadı. Yaşlılar, orta ve hafif bilişsel bozukluğu olanlar (10-23 puan) ve bilişsel bozukluğu olmayanlar (24-30 puan) olmak üzere iki grupta toplandı.

İkinci olarak SMMT-E'den 10 ve üzerinde puan alanlara tanımlayıcı bilgileri içeren anket uygulanmıştır. Üçüncü olarak Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği (YDÖ) uygulanmıştır. YDÖ, depresyon için son bir haftalık süreyi değerlendiren ve 30 sorudan oluşan bir tarama anketidir (Hamilton 1960, Zung 1965, Yesavage ve ark. 1983, Brink ve ark. 1982, Sağduyu 1997). YDÖ'de depresyon için kesme puanı 14 olarak kabul edildiğinde ölçeğin duyarlılığının 0.90, özgüllüğünün 0.94 olduğu daha önce hesaplanmıştır (Sağduyu 1997). Bu çalışmada

da kesme puanı 14 olarak kabul edilmiştir. 0-13 puan alanlar depresif belirtisi yok, 14 ve üzerinde puan alanlar ise depresif belirtisi var olarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler SPSS 10.0 istatistik paket programına aktararak değerlendirilmiştir. Depresif belirtiler ve bilişsel bozukluk varlığını etkileyebilecek etkenler çoklu analiz yöntemlerinden lojistik regresyon ile değerlendirilmiş ve risk etkenleri için odds ratio hesaplanmıştır.

BULGULAR

Araştırmada Seyranbağları ve Ümitköy huzurevlerinde yaşayan 191 yaşlı incelenmiştir. İncelenenlerin yaş ortalaması 76.5±8.3'dür. %45.0'i (86 kişi) 60-74 yaş grubunda, %55.0'i (105 kişi) 75 ve üzeri yaş grubundadır.

İncelenenlerin %39.3'ü erkek, %60.7'si kadındır. %13.6'sı evli, %86.4'ü bekar/hiç evlenmemiş, dul, ya da boşanmıştır. %42.9'u ilkökul mezunu değil, %57.1'i en az ilkökul mezunudur. %34.6'sının sosyal güvencesi yoktur. %69.6'sının kronik bir hastalığı vardır. %20.4'ü son bir ay içinde hayatlarını olumsuz yönde etkileyebilecek bir olay (kayıp, kişisel olay, barınma sorunları) ile karşılaşmışlardır. İncelenenlerin huzurevinde kaldıkları sürenin ortalaması 27.8±27.2 aydır. %42.5'i bir yıldan daha az, %57.5'i bir yıldan daha fazla süredir huzurevinde yaşamaktadırlar.

TSH düzeyi incelenenlerin %25.4'ünde düşük, %70.5'inde normal, %4.1'sinde yüksek; serbest T₃ düzeyi incelenenlerin %14.7'sinde düşük, %79.1'inde normal, %6.2'sinde yüksek; serbest T₄ düzeyi incelenenlerin %4.2'sinde düşük, %94.8'inde normal, %1.0'inde yüksek olarak belirlenmiştir. Vitamin B₁₂ düzeyi incelenenlerin %7.0'sinde düşük, %93.0'ünde normal; folik asit düzeyi incelenenlerin %23.2'sinde düşük, %76.8'inde normal olarak belirlenmiştir.

İncelenenlerin %48.2'sinde (92 kişi) depresif belirtiler vardır. Lojistik regresyon analizi ile yapılan değerlendirme sonucunda depresif belirti riskinin, fiziksel kronik hastalığı olanlarda 3.75 kez (%95 CI 1.44-9.72); sosyal güvencesi olmayanlarda 3.84 kez (%95 CI 1.45-10.13); son bir ayda yaşamı olumsuz etkileyen olay yaşayanlarda 9.77 kez (%95 CI 2.84-

Tablo 1. Huzurevindeki yaşlıların depresif belirti durumlarını etkileyen etkenlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

Constant = -1.6600	Beta	OR	%95 CI	P
Yaş Grubu				
60-74		1.00		
75 ve üzeri	0.0296	1.03	0.42-2.50	ns
Cinsiyet				
Erkek		1.00		
Kadın	-0.2049	0.81	0.34-1.92	ns
Medeni Durum				
Bekar-Dul		1.00		
Evli	0.0091	1.01	0.30-3.31	ns
Eğitim				
En Az İlkokul Mezunu		1.00		
İlkokul Mezunu Değil	-0.2681	0.76	0.27-2.10	ns
Fiziksel Kronik Hastalık				
Yok		1.00		
Var	1.3223	3.75	1.44-9.72	0.006
Sosyal Güvence				
Var		1.00		
Yok	1.3465	3.84	1.45-10.13	0.006
Son Bir Ayda Yaşamı Olumsuz Etkileyen Olay				
Yok		1.00		
Var	2.2797	9.77	2.84-33.60	0.001
Huzurevinde Geçirilen Süre				
1 Yıldan Az		1.00		
1Yıldan Fazla	-0.9109	0.40	0.16-0.96	0.042
Bilişsel Bozukluk				
Yok		1.00		
Var	1.1032	3.01	1.12-8.04	0.027
Serbest T3 Hormonu				
Normal/Yüksek		1.00		
Düşük	0.6831	1.98	0.58-6.73	ns
Serbest T4 Hormonu				
Normal/Yüksek		1.00		
Düşük	1.2592	3.52	0.22-56.18	ns
TSH Hormonu				
Normal/Düşük		1.00		
Yüksek	8.1651	3516	0.01-2.34	ns
Vitamin B12				
Normal		1.00		
Düşük	-0.1870	0.82	0.14-4.81	ns
Folik Asit				
Normal		1.00		
Düşük	-0.1361	0.96	0.35-2.61	ns

OR: Odds Ratio CI: Confidence Interval (Güven Aralığı), ns: Non-Significant (İstatistiksel Fark Yok)

33.60); bilişsel bozukluğu olanlarda 3.01 kez (%95 CI 1.12-8.04) daha fazla olduğu saptanmıştır. Huzurevinde geçirilen süre 1 yıldan fazla olanlarda

ise depresyon riski 0.4 kez daha azdır (%95 CI 0.16-0.96) (Tablo 1).

İncelenenlerin %50.8'inin (97 kişi) SMMT-E puanı

Tablo 2. Huzurevindeki yaşlıların bilişsel durumlarını etkileyen etkenlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

Constant = 2.39	Beta	OR	%95 CI	P
Yaş Grubu				
60-74		1.00		
75 ve üzeri	1.8420	6.30	2.40-16.56	0.001
Cinsiyet				
Erkek		1.00		
Kadın	0.6560	1.92	0.77-4.81	ns
Medeni Durum				
Evli		1.00		
Bekar-Dul	0.4945	1.63	0.43-6.20	ns
Eğitim				
En Az İlkokul Mezunu		1.00		
İlkokul Mezunu Değil	1.9180	6.80	2.54-18.21	0.001
Fiziksel Kronik Hastalık				
Var		1.00		
Yok	0.5998	1.82	0.66-5.00	ns
Sosyal Güvence				
Var		1.00		
Yok	-0.2381	0.78	0.28-2.16	ns
Son Bir Ayda Yaşamı Olumsuz Etkileyen Olay				
Var		1.00		
Yok	0.1665	1.18	0.36-3.83	ns
Huzurevinde Geçirilen Süre				
1 Yıldan Az		1.00		
Bir Yıldan Fazla	-0.8803	0.41	0.16-1.07	ns
Depresif Belirtiler				
Yok		1.00		
Var	1.1753	3.23	1.17-8.96	0.023
Serbest T3 Hormonu				
Normal/Yüksek		1.00		
Düşük	-0.6966	0.49	0.14-1.75	ns
Serbest T4 Hormonu				
Normal/Yüksek		1.00		
Düşük	0.3763	1.45	0.12-16.56	ns
TSH Hormonu				
Normal/Düşük		1.00		
Yüksek	-0.4772	0.62	0.03-10.79	ns
Vitamin B12				
Normal		1.00		
Düşük	-0.3842	0.68	0.10-4.23	ns
Folik Asit				
Normal		1.00		
Düşük	0.6797	1.97	0.67-5.76	ns

OR: Odds Ratio CI: Confidence Interval (Güven Aralığı), ns: Non-Significant (İstatistiksel Fark Yok)

10 ile 23 arasında olup, bu grup bilişsel bozukluğu olanlar olarak belirlenmiştir. Lojistik regresyon analizi ile yapılan değerlendirme sonucunda bilişsel

bozukluk riskinin, 75 yaş ve üzerinde olanlarda 60-74 yaşlarında olanlara göre 6.30 kez (%95 CI 2.40-16.56); ilkokul mezunu olmayanlarda en az ilkokul

mezunu olanlarda göre 6.80 kez (%95 CI 2.54-18.21); depresyonu olanlarda olmayanlara göre 3.23 kez (%95 CI 1.17-8.96) daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bilişsel bozukluk, kronik fiziksel hastalık varlığı, sosyal güvence eksikliği, eğitim düzeyi düşüklüğü ve stres gibi koşulların depresyona zemin hazırladığı ya da risk etkeni olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (Abrams ve ark. 1995, Kaplan 1995, Liang ve ark. 1996, Bekaroğlu 1996, Gottfries ve ark. 1997, Lovestone ve ark. 1997, MacDonald 1997, Roberts ve ark. 1997, Sağduyu 1997, Kaya 1999, Ersoy ve ark. 2001, Tezel ve ark. 2004, Dişçigil ve ark. 2005, Kulaksızoğlu ve ark. 2005, Çifçili ve ark. 2006).

Araştırmamızla benzer şekilde yaş, eğitim düzeyi düşüklüğü ve depresyon varlığının bilişsel bozukluğa zemin hazırladığı ya da risk etkeni olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (Murrell ve ark. 1983, Robertson ve ark. 1989, Worrall 1991, Stoudemire ve ark. 1993, Seneca araştırmacıları 1996, Frierson 1997, Kurtoğlu ve Rezaki 1999, Esengen ve ark. 2000, Çuhadar ve ark. 2003).

Araştırmamızda tiroit hormonları, vitamin B₁₂, folat depresif belirtiler ve bilişsel bozukluk için risk etkeni olarak belirlenmemiştir.

Plazma tiroid hormon düzeyleri, vitamin B₁₂ ve folat düzeylerinin depresyon veya bilişsel bozuklukla ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Abrams ve ark. 1995, Orrel ve ark. 1995). Öte yandan vitamin B₁₂ ve folat eksikliğinin depresyon ve bilişsel bozuklukla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Orrell ve ark. 1995, Tiememier ve ark. 2002, Eussen ve ark. 2002).

Bu çalışmada gerek depresif belirtiler, gerek bilişsel bozukluktaki risk etkenleri multivariable lojistik regresyon analizi ile incelenmiş ve analizin gereği pek çok etken aynı anda incelenebilmiştir. Sonuçta, çoklu analiz yapıldığından dolayı, diğer bazı çalışmalarda tekli analizler ile risk olarak belirlenen etkenler, risk etkeni olarak belirlenmemiş olabilir. Araştırma bu alanda yapılacak çalışmalar için, öncü çalışma olarak değerlendirilebilir. Yaşlılarda daha geniş kohort grupları belirlenip, tiroit hormonları, vitamin B₁₂, folik asit düzeyleri bakılarak yapılacak izlem çalışmalarıyla araştırılan risk etkenleri belirlenebilir.

Çalışmamızda depresif belirtiler için fiziksel kronik hastalığı olmak, sosyal güvencesi olmamak, son bir ayda yaşamı olumsuz etkileyen olay yaşamak ve bilişsel bozukluğu olmak risk etkeni olarak belirlenmiştir. Huzurevinde geçirilen süre 1 yıldan fazla olanlarda ise depresif belirti riski azalmaktadır. Bilişsel bozukluk için, 75 yaş ve üzerinde olmak, en az ilkökul mezunu olmamak ve depresif belirtisi olmak risk etkeni olarak belirlenmiştir. Huzurevlerinde hizmet planlanması ve sunumunda yaşlıların bu sorunlarının dikkate alınarak; sağlık ve sosyal hizmetlerin bu sorunların önlenmesi, erken tanısı ve tedavisi ile rehabilite edilmesi üzerinde yoğunlaştırılması; gerek biyolojik değerler, gerekse ruhsal etmenler gibi pek çok risk etkeninin aynı anda değerlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tarama amaçlı kullanılan, kesin tanı koymayan ölçekler olması bu araştırmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Yazışma adresi: Dr. Mustafa N. İlhan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Beşevler, Ankara, mnilhan@gazi.edu.tr

KAYNAKLAR

Abrams WB, Beers MH, Berkow R (1995) The Merck Manual of Geriatrics, 2. Baskı, N.J.USA, Merck & Co Inc., s.1507.

Akdemir N (2000) Yaşlılarımızın bakım sorunları ivedilikle çözümlenmelidir. Türk Geriatri Dergisi, 3(4):169.

Altıntaş H, Attila S, Sevencan F ve ark. (2006) Ankara'da bir yaşlı bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon belirtilerinin taranması. TSK Koryucu Hekimlik Bülteni, 5(5):332-342.

Banazak DA (1996) Late life depression in primary care. J Gen Intern Med, 11(3):157-63.

Barker WH (1998) Prevention of disability in older persons. Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine, 14th ed., RB Wallace (Ed), NewYork, Appleton & Lange, s.1059-1068.

Baskın S (2000) Yaşlılık. Geriatri 2000, YG Kutsal, S Bal (Ed), Ankara, Ankara Tabip Odası, s.27-29.

Bekaroğlu M (1996) Yaşlılıkta depresyon. Depresyon, M Bekaroğlu (Ed), Trabzon, Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği, s:343-346.

- Bilir N (1997) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, M Bertan, Ç.Güler (Ed), Güneş Kitabevi, s:357-368.
- Brink TL, Yesavage JA, Rose TL (1982) Screening test for geriatric depression. Clin Gerontol, 1(1):37-43.
- Copeland JR, Dewey ME, Wood N ve ark. (1987) The range of mental illness among the elderly in community prevalence in liverpool using the gms-agecat package. Br J Psychiatry, 150:815-823.
- Çifçili S, Yazgan Ç, Ünal P (2006) Bir huzurevinde depresyon taraması sonuçları. Türk Geriatri, 9(3):122-125.
- Çuhadar D, Sertbaş G, Tutkun H (2006) Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev ve günlük yaşam etkinliği düzeyleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7(4):232-239.
- Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O ve ark. (2005) Birinci basamakta Geriatrik yaş grubunda depresyon. Türk Geriatri Dergisi, 8(3):129-133.
- Ebrahim S (2002) Health of elderly people. Oxford Textbook of Public Health, 3. Cilt, R Detels R, J McEwen, T Beaglehole, H Tanaka (Ed), New York, Oxford University Press, s.1713-1716.
- Ersoy F, Boratav C, Edirne T (2001) Yaşlılarda görülen depresif hastalıklar. STED, 10(5):180-182.
- Ertan T, Eker E, Şar V (1996) Geriatrik depresyon ölçeği ile kendini değerlendirme depresyon ölçeğinin 60 yaş üzeri türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik incelemesi. 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara, s.139.
- Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P ve ark. (2000) Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi, 3(1):6-10.
- Eussen SJ, Ferry M, Hininger I ve ark.. (2002) Five year changes in mental health and associations with vitamin B12/folate status of elderly Europeans. J Nutr Health Aging, 6(1):43-50.
- Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR (1975) Mini mental state a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. J Psychiatric Res, 12:189-198.
- Frierson RL (1997) Dementia, delirium and other cognitive disorders. Psychiatry, A Tasman, J Key, JA Lieberman (Ed), USA, W.B. Saunders Company, s.892-926.
- Ganguli M, Ratcliff G (1995) A hindi version of the mmse: the development for cognitive screening instrument for a largely illiterate rural elderly population in india. Int J Of Geriatr Psych, 10:367-377.
- Gottfries CG, Carlsson I (1997) Depression in later life, Lundbeck, Denmark, s.67.
- Hamilton M (1960) A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 23: 56-62.
- Hutto BR (1997) Folate and cobalamin in psychiatric illness. Compr Psychiatry, 38(6):305-314.
- Jarvik LF, Small GW, Henderson AS ve ark. (2000) Geriatric Psychiatry: Overview, Assessment, Psychiatric Disorders of Late Life. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume 2, 7th ed, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, USA, s.2980-3081.
- Kaplan İ (1995) Yarı kırsal alanda bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 6(3):163-179.
- Katz IR, Lecher E, Kleban M ve ark. (1990) Clinical features of depression in a nursing home. Int Psychogeriatr, 19:97-103.
- Kaya B (1999) Yaşlılık ve depresyon-I tanı ve değerlendirme. Geriatri, 2(2):76-82.
- Koç İ, Hancıoğlu A (2004) Hanchalkı nüfusu ve konut özellikleri. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, s.17-32.
- Komahashi T, Ohmori K, Nakano T (1994) Epidemiological survey of dementia and depression among the aged living in community in japan. Jpn J Psychiatry Neurol, 48(3):517-526.
- Kulaksizoglu IB, Gurvit H, Polat A ve ark. (2005) Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. Int Psychogeriatr. 17(2):303-312.
- Kurtoğlu DT, Rezaki SM (1999) Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 10(3):173-179.
- Liang J, Borawski-Clark E, Liu X ve ark. (1996) Transitions in cognitive status among the aged in Japan. Soc Sci Med, 43(3):325-337.
- Liwingston G, Hawkins A, Graham N ve ark. (1990) Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner london. Psychol Med, 20:137-146.
- Lovestone S, Howard R (1997) Depression in elderly people (Rev ed.). London, Martin Dunitz Ltd, s.:80.
- MacDonald AJD (1997) ABC of mental health: mental health in old age. BMJ, 315(16):413-417.
- Maral I, Aslan S, İlhan MN ve ark. (2001) Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(4):251-259.
- Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K (1983) Prevalence of depression and its correlates in older adults. Am J Epidemiol, 117(2):173-185.
- Müller-Spahn F, Hock C (1994) Clinical presentation of depression in the elderly. Gerontology, 40(suppl.1):10-14.
- Orrell M, Bebbington P (1995) Life events and senile dementia. Br J Psychiatry, 166(5):613-620.
- Özer Ergün ÜG, Bozdemir N, Uğuz Ş. ve ark. Adana huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikosyal özelliklerinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 6(3):89-94.
- Robertson D, Rockwood K, Stolee P (1989) The prevalence of cognitive impairment in an elderly canadian population. Acta Psychiatr Scand, 80(4):303-309.
- Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ (1997) Does growing old increase the risk for depression? Am J Psychiatry, 36(Pt3):341-347.
- Sağduyu A (1997) Yaşlılar için depresyon ölçeği: hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 8(1):3-8.

Seneca Investigators (1996) Mental health: minimal state examination and geriatric depression score of elderly europeans in the seneca study of 1993. *Eur J Clin Nutr*, 50(Suppl.2):112-116.

Stoudemire A, Hill CD, Morris R (1993) Long-term affective and cognitive outcome in depressed older adults. *Am J Psychiatry*, 150(6):896-900.

Sütölük Z, Demirhindi H, Savaş N ve ark. (2004) Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3):148-151.

Tezel CG İçağasioğlu A, Karabulut A ve ark.. (2004) Geriatri hastalarında bilişsel düzey, depresyon, fonksiyonel kapasite değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4):206-210.

Tiememier H, Van Tuijil HR, Hofman A ve ark. (2002) Vitamin B12, folate, and homocystein in depression: The Rotterdam Study. *Am J Psychiatry*, 159(12):2099-2101.

Wang HX, Wahlin A, Basun H ve ark. (2001) Vitamin B12 and folate in relation to the development of alzheimer's disease. *Neurology*, 56(9):1188-1194.

WHO (1998) Life in the 21st century:a vision for all. The World Health Report 1998, Geneve, s.121-130.

Worrall G (1991) Cognitive impairment in the elderly. *Can Med Assoc J*, 145(3): 196-198.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL (1983) Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*, 17(1):37-49.

Zung WWK (1965) A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12:63-70.