

Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Bir Grup Yaşlıda Huzurevi ya da Aile ile Kalmanın Depresyon ve Anksiyete Düzeyine Etkisi

The Effect of Living with Family or Staying at Nursing Home on Depression and Anxiety Levels in a Group of Elderly Who Referred to an Outpatient Psychiatry Clinic

Serap Erdoğan Taycan¹, Fatma Duygu Kaya², Okan Taycan³

¹Yrd.Doç.Dr., Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tokat, ²Uz.Dr., Dr. Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümü, Ankara, ³Uz.Dr., Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, huzurevinde kalan ve evde yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılar arasında depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ocak 2008- Ocak 2009 tarihleri arasında bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, huzurevinde kalan 55 ve aileleri ile yaşayan 62 yaşlıdan bilgilendirilmiş onam alınanlara; tıbbi ve sosyodemografik veri formu, Standardize Mini Mental Test, Geriatrik Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. **Bulgular:** Huzurevinde kalan yaşlıların evde yakınları ile birlikte kalan yaşlılara göre; sayıca daha çok erkek ve düşük eğitimli olduğu, genel olarak daha yüksek depresyon ve kaygı belirtilerine sahip olduğu, özellikle daha çok somatik anksiyete belirtisi gösterdiği, son üç ay içinde yaşanmış olumsuz yaşam olayının evde yaşayan yaşlılarda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kronik fiziksel hastalık varlığı, medeni durum, sosyal güvence varlığı, son üç ay içinde yaşanmış olumsuz yaşam olayı varlığı açısından iki grubun Geriatrik Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. **Sonuç:** Huzurevinde kalan yaşlılarda özellikle bedensel yakınmaların anksiyete ile ilişkili olabileceğinin bilinmesi, huzurevi çalışanlarının bu durumu tanıyarak yaşlıları ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirmeleri gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, huzurevi, depresyon, anksiyete, somatik anksiyete.

(*Klinik Psikiyatri* 2014;17:73-82)

SUMMARY

Objectives: The aim of this study is to compare depression and anxiety levels between elderly who stay at nursing home and live with their relatives. **Method:** Fifty five nursing home residents and 62 elderly living with their relatives who were presented to the psychiatry department of a state hospital between January 2008 and January 2009 were participated in this study. Medical and socio-demographic form, Standardized Mini-Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, Hamilton Depression Rating Scale and Hamilton Anxiety Rating Scale were administered to the participants who were included to the study and obtained written informed consent. **Results:** The nursing home residents were found to be more likely to be male and less educated, having more depression and anxiety symptoms and especially higher somatic anxiety compared to the elderly living with their relatives, and having an experience of negative life events during the last three months was more common in elderly living with their relatives. We could not found any significant difference between the scores of the Geriatric Depression Scale, Hamilton Depression Rating Scale and Hamilton Anxiety Rating Scale of two group's scores by means of marital status, presence of chronic physical disorders and medical insurance, experience of negative life events during last three months. **Conclusion:** The relationship of somatic symptoms with anxiety of elderly who stay at nursing homes need to be known and nursing home workers have to recognize this situation in order to refer these elderly to mental health professionals.

Key Words: Elderly, nursing home, depression, anxiety, somatic anxiety.

GİRİŞ

Yaşlılık, insan yaşamının; yeti yitiminin olduğu, kayıpların ve ilaç kullanımı gerektiren fiziksel hastalıkların arttığı, bilişsel işlevlerin zayıfladığı dolayısıyla kişinin çevreye daha bağımlı hale geldiği ruhsal açıdan riskli bir dönemdir. Birçok gelişmiş batı ülkesi yaşlılık sınırını 65 yaş olarak kabul etmekle birlikte Birleşmiş Milletler bu sınırı 60 olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise, "yaşlılık, 65 yaşından büyük olup çevresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalması" olarak tanımlanmaktadır (Goldberg ve Chavin 1997). Ülkeler arasında, gelişmişlik oranları ile ilgili olarak beklenen yaşam süresi de değişmekte dolayısıyla yaşlılığın nerede başladığı ile ilgili ortak bir sınır belirlenmemektedir. Bu çalışmada 65 yaş sınır olarak kabul edilmiş ve araştırmaya 65 yaş ve üzeri bireyler dahil edilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu istatistiklerine göre Türkiye'de, 65 ve üstü yaştaki nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2012 yılında %7.5 olarak bildirilmiş olup bu oranın 2023 yılında %10.2'ye yükseleceği tahmin edilmiştir. Bu durum, Türkiye'nin yakın bir gelecekte yaşlı nüfus yapısına sahip ülkeler arasında yer alacağı anlamına gelmektedir (TÜİK 2012).

Yaşlı popülasyonda işlevselliği bozan ve yaşam kalitesini düşüren en önemli sebeplerden ikisi depresyon ve anksiyete bozuklukları olup bunların mortalite artışından da sorumlu oldukları bildirilmiştir (Beekman ve ark. 2000, Molloy ve Standish 1997). Yapılan çok sayıdaki çalışmada değişik oranlardan bahsedilmekle birlikte; 65 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı hastane ve bakım evinde kalanlar için %40'a kadar yükselmekte, toplumda ise %8-15 seviyesinde seyretmektedir (Leon ve ark. 2003). Dünyanın değişik bölgelerindeki geriatrik popülasyonlar üzerinde yapılan 74 araştırmanın dahil edildiği bir gözden geçirme araştırmasına göre depresif bozuklukların dünya çapındaki yaygınlığı %4.7-16 arasında değişmekte olup, yalnız yaşamının yaşlılık depresyonu ve intihar için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Barua ve ark. 2010, Barua ve ark. 2011). Dünyanın en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülkesi olan Japonya'da 65 yaş üzeri 964 kişide Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan

bir başka araştırmada; katılımcıların %20.5'inde depresyon olduğu, yalnız yaşamının depresyonla anlamlı ilişkisi olduğu bildirilmiş ve yalnız yaşamının bu etkisinin iyi bir sosyal destek sistemi ile giderilebileceği ileri sürülmüştür (Fukunaga ve ark. 2012).

Diğer taraftan yaşlılıkta görülen anksiyete bozukluklarının yaygınlığının %3.21-14.2 arasında olduğu bildirilmektedir (Ritchie ve ark. 2004); ancak eşlik eden hastalıkların ve bilişsel bozuklukların varlığı anksiyete bozukluklarının tanınmasını zorlaştırmaktadır (Wolitzky-Taylor ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda kadın olmanın (Beekman ve ark. 1998), bekar olmanın, düşük eğitim seviyesinin (Beekman ve ark. 1998, Gum ve ark. 2009), olumsuz yaşam olaylarının (Vink ve ark. 2009), fiziksel sınırlılıkların (Corna ve ark. 2007), eşlik eden hastalık varlığının (Gum ve ark. 2009) ve çocukluk çağı travmalarının (Van Zelst ve ark. 2003) yaşlılık döneminde görülen anksiyete bozuklukları ile ilişkili risk etkenleri olduğu bildirilmiştir. Yine yaşlılarda depresyon ve anksiyetenin birlikteliği sık görülen bir durum olup ikisinin de işlevselliği ve yaşam kalitesini bozduğu bilinmektedir (Van der Weele ve ark. 2009).

Yaşlılıkta yaşamı olumsuzlaştıran bu iki ruhsal bozukluk için önemi olan sosyal desteğin aile tarafından sağlanamadığı durumlarda bakım sağlayan huzurevleri, yaşlı popülasyonun sağlığı açısından kritik bir rol üstlenmektedir. Burada sağlanan birlikte yaşam, hobi edinilmesi ve sosyal etkinlikler sayesinde yaşam kalitesinin arttığı, depresif belirtilerin azaldığı bildirilmiştir (Fessman ve Lester 2000, Kılıçoğlu ve Yenilmez 2005, Subasi ve Hayran 2005). Diğer taraftan huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda, huzurevinde yaşamının depresyon için bir risk etkeni olduğu da belirtilmiştir (Karakaya ve ark. 2009, Maral ve ark. 2001, Molloy ve Standish 1997). Bakım evlerinde kalan yaşlıların gelişmiş ülkelerde bile yeterli ruh sağlığı hizmeti alamadığı düşünülmektedir (Purandare ve ark. 2004).

Yaşlılarda ruhsal bozukluklara olan artmış hassasiyetin varlığı ışığında; sık görülen depresyon ve anksiyete bozukluklarının çok etkenli yapısı düşünüldüğünde, sosyal destek sistemlerinden olan aile ve yaşlı bakım evlerinin rolünün daha ayrıntılı

incelenmesi gerekliliği anlaşılabilir. Bu görüşten yola çıkılarak bu çalışmada, huzurevinde kalan ve evde yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılar arasında depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması ve özelliklerinin tartışılması amaçlanmıştır. Huzurevinde kalan yaşlıların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılara göre daha yüksek olacağı, yaşlıların cinsiyet, eğitim durumu ve kronik fiziksel hastalık gibi bazı demografik ve tıbbi özelliklerinin depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyeceği düşünülmektedir. Her iki hasta grubu arasında, ölçekle belirlenebilecek anksiyete alt bileşenleri açısından farklılıklar olacağı varsayılmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Ocak 2008-Ocak 2009 tarihleri arasında yapılmış kesitsel bir araştırmadır. Çalışmaya bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine çeşitli yakınmalarla başvuran, 65 yaşın üzerinde toplam 117 hasta dahil edilmiştir. Bunlardan 55'i huzurevinde kalmakta, 62'si ise aileleri ile birlikte yaşamaktadır. İletişim kurmayı engelleyecek düzeyde fiziksel ve nörolojik hastalığı olan, Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanı 24'ün altında olan ve herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmakta olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Bilgilendirilmiş onam alınan hastalara tıbbi ve sosyodemografik veri formu (SVF), SMMT, Geriyatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) uygulanmıştır. Ölçekler açıklanarak öz-bildirim ölçeklerini yaşlıların kendilerinin doldurmaları sağlanmış, ancak görme, anlama sorunu olanlar veya okuma yazması olmayanlara sorular görüşmeciler tarafından tek tek okunarak ölçekler tamamlanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmış olup katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni hali, sosyal güvencesi, kronik fiziksel hastalık varlığı, huzurevinde kalıyorsa yakınlarının ziyaret sıklığı ve son üç ay içinde yaşanmış olumsuz yaşam olayı varlığı (kişi için önemli bir yakını kaybetme, maddi kayıp, üzüntü/kaygı yaratan bir tartışma yaşanması, kişi için

önemli bir sağlık sorununun ortaya çıkması, önceki belirtilenlerden farklı kötü bir haber alma) sorgulanmaktadır.

Standardize Mini Mental Test: İlk kez 1975 yılında geliştirilen test, 1997 yılında Molloy ve Standish tarafından standardize edilmiş olup; yönelim, uzun ve kısa dönemli bellek, dikkat, hesap yapma, motor fonksiyon ve algılama, hatırlama, dil, vizyospasiyal yetenekler gibi farklı bilişsel alanları değerlendiren 11 maddeden oluşmakta ve 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 24-30 puan arası normal, 18-23 puan arası hafif demans, 17 puan ve altı ciddi demans ile uyumludur. Kısa sürede yapılabilen, pratik, güvenilirliği yüksek bir test olarak tarama ve klinik takipte kullanılmaktadır. Testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu Güngen ve ark. (2002) tarafından gösterilmiş ve demans için eşik değeri 23/24 puan olarak bildirilmiştir.

Geriyatrik Depresyon Ölçeği: Ölçek 1983 yılında geliştirilmiş (Yesavage ve ark. 1983) olup Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Ertan ve ark. (1997) ve Sağduyu (1997) tarafından yapılmıştır. Otuz maddeden (10'u olumsuz, 20'si olumlu) oluşan ölçekte yanıtlar evet-hayır şeklinde öz-bildirim olarak verilmektedir ve kesme puanı 13/14'tür. 0-11 arası puanlar "depresyon yok"; 11-14 arası puanlar "olası depresyon"; 14 ve üzeri puanlar "kesin depresyon" olarak kabul edilmektedir. Ölçekteki maddeler duygulanımda azalma, benlik algısında zayıflama, motivasyon azlığı, gelecek yerine geçmişe ilgi, bilişsel sorunlar, obsesif özellikler ve ajitasyon gibi başlıklar altında nitelendirilebilir.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: Max Hamilton tarafından 1960'ta geliştirilmiştir, son 1 haftada kişide bulunan depresyon belirtilerinin şiddetini değerlendirmek amacıyla klinisyenler tarafından kullanılan bir ölçektir. On yedi maddeden (depresif ruh hali, çalışma ve etkinlikler, genital belirtiler, somatik gastrointestinal belirtiler, kilo kaybı, uykuya dalma, uykuyu sürdürme, erken uyanma, somatik belirtiler, suçluluk duyguları, intihar, psikik kaygı, somatik kaygı, hipokondri, içgörü, yavaşlama, ajitasyon) oluşur. Değerlendirmede en fazla alınacak toplam puan 53 olup 0-7 puan arası "depresyon yok", 8-15 puan arası "hafif derecede depresyon var", 16-28 puan arası "orta derecede

depresyon var", 29 ve üzeri puanlar "ağır derecede depresyon var" anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği: Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek, son 72 saat içinde kişide bulunan anksiyete seviyesini değerlendiren 14 maddeden (anksiyeteli mizaç, gerilim, korkular, uykusuzluk, entelektüel, depresif mizaç, muskuler belirtiler, duyuşsal belirtiler, kardiyovasküler belirtiler, solunum belirtileri, gastrointestinal belirtiler, genitoüriner belirtiler, otonomik belirtiler, görüşme sırasındaki davranış) oluşur. Değerlendirme klinisyen tarafından her bir maddeye 0-4 arasında puan verilerek yapılır ve alınan toplam puan 0-56 arasında değişir. 0-17 arası puanlar "hafif derecede anksiyete", 18-25 arası puanlar "orta derecede anksiyete", 26-30 arası puanlar "ciddi derecede anksiyete"yi gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında Yazıcı ve ark. tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analizler:

İstatistiksel analizler için bilgisayarda Windows için SPSS 15.0 istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama ve standart sapma puanlarına betimsel istatistik yöntemleri kullanılarak bakılmıştır. Gruplara ait kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmış; sayısal değerlerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis normal dağılım analizi sonuçlarına göre, Mann Whitney U testi ya da bağımsız örnekleme t testi kullanılmıştır. Huzurevinde kalan yaşlılarda yakınlarının ziyaret sıklığı ile ölçek puanları arasındaki ilişki ise tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizlerde $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi esas alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya huzurevinde kalan 55 (%46.2), evde yakınları ile birlikte kalan 62 (%52.1) olmak üzere 65 yaş ve üzeri toplam 117 kişi dahil edilmiştir. Huzurevinde kalan kişilerin yaş ortalaması 67.34 ± 5.69 , evde yakınları ile birlikte yaşayanların ise 68.16 ± 6.01 yıl olarak hesaplanmıştır. Yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunmamaktadır ($t=0.751$, $p=0.454$). Huzurevinde kalan ve evde yakınları ile birlikte yaşayan yaşlıların sosyodemografik verilerinin karşılaştırması Tablo 1'de verilmektedir. Her iki grup arasında cinsiyet dağılımı ($X^2=18.74$ $p=0.00$), eğitim durumu ($X^2=6.84$ $p=0.00$) ve son üç ay içinde yaşanmış olumsuz yaşam olayı ($X^2=17.63$ $p=0.00$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Erkek cinsiyeti ve ilköğretim mezunu olmayanların oranları huzurevinde yaşayanlarda fazla iken, evde yakınları ile kalan yaşlılarda son üç ay içinde olumsuz yaşam olayı varlığı daha sık bildirilmiştir.

Huzurevinde kalan yaşlıların yakınları ile görüşme sıklığına bakıldığında, üç kişi (%5.5) haftada bir kez, on kişi (%18.2) iki haftada bir kez, 23 kişi (%41.8) ayda bir, 14 kişi (%25.5) iki ayda bir kez görüşmektedir, beş kişinin (%9.1) ise yılda dört kez ya da daha az sıklıkla görüştüğü belirlenmiştir.

Huzurevinde kalan ve evde yakınları ile yaşayan yaşlıların çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırması Tablo 2'de verilmektedir. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği maddelerinden anksiyeteli mizaç ($t=4.31$ $p=0.00$), gerilim ($t=4.33$ $p=0.00$), korkular ($t=2.16$ $p=0.04$), depresif mizaç ($t=3.58$ $p=0.00$), somatik belirtiler ($t=9.01$ $p=0.00$), solunum belirtileri ($t=6.05$ $p=0.00$), toplam somatik belirti puanı ($t=2.84$ $p=0.00$) ve toplam puan ($t=3.24$ $p=0.00$) açısından her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Korkular ve depresif mizaç puanları evde yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılarda, diğer maddelerin puanları ve toplam puan ise huzurevinde kalan yaşlılarda daha yüksek bulunmuştur. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve GDÖ toplam puanları da huzurevinde kalan yaşlılarda evde yakınları ile birlikte yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Huzurevinde kalan yaşlıların yakınları ile görüşme sıklıkları ile HADÖ ($F=2.11$ $p=0.09$), HDDÖ ($F=0.76$ $p=0.55$) ve GDÖ ($F=0.42$ $p=0.79$) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Her iki grupta da medeni durum, kronik fiziksel hastalık ve sosyal güvence varlığına göre HDDÖ, HADÖ ve GDÖ puanları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiş ve anlamlı bir fark bulunamamıştır. Huzurevinde kalan yaşlıların

Tablo 1. Huzurevinde kalan ve evde yakınları ile yaşayan yaşlılarda sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

	Huzurevinde kalanlar n=55	Evde yaşayanlar n=62	X ²	p
Cinsiyet				
Kadın	17 (%30.9)	44 (%71)	18.74	0.00
Erkek	38 (%69.1)	18 (%29)		
Eğitim durumu				
En az ilkokul mezunu	25 (%45.5)	43 (%69.4)	6.84	0.00
İlkokul mezunu değil	30 (%54.5)	19 (%30.6)		
Medeni durum				
Evli	28 (%50.9)	29 (%46.8)	0.19	0.65
Dul/bekar	27 (%49.1)	33 (%53.2)		
Sosyal güvence				
Var	27 (%49.1)	29 (%46.89)	0.06	0.80
Yok	28 (%50.9)	33 (%53.2)		
Kronik fiziksel hastalık				
Var	39 (%70.9)	35 (%56.5)	2.62	0.10
Yok	16 (%29.1)	27 (%43.5)		
Olumsuz yaşam olayı				
Var	15 (%27.3)	41 (%66.1)	17.63	0.00
Yok	40 (%72.7)	21 (%33.9)		

p<.05, Ki kare testi

analiz sonuçları Tablo 3'te, evde yakınları ile birlikte yaşayan yaşlıların analiz sonuçları Tablo 4'te verilmektedir.

TARTIŞMA

Sonuçlara bakıldığında çalışmaya alınan bu örneklemde huzurevinde kalan yaşlılar içerisindeki erkek oranının, yakınları ile birlikte kalan yaşlılara göre yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu daha önce Türkiye'de yapılmış olan çalışmalarla da uyumludur (Bahar ve ark. 2005, Bölükbaş ve ark. 2003, Demet ve ark. 2002, Kılıçoğlu ve Yenilmez 2005, Varma ve ark. 2008). Ancak yedi Avrupa Birliği ülkesi ve İsrail'i kapsayan bir çalışmada, bakım evlerinde kalanların çoğunluğunun kadın olduğu bildirilmiştir (Onder ve ark. 2012). Türkiye'de huzurevinde kalan erkek yaşlıların, yurtdışında ise kadın yaşlıların sayısının yüksek oluşunu yorumlamak için bazı verilere bakmak gerekebilir. Dünyada 2009 yılı itibariyle 60 yaş üzeri popülasyonda kadın sayısının erkek sayısından

fazla olduğu, yaşlıların %63'ünün evli olduğu, ancak kadında beklenen yaşam süresinin daha uzun olması nedeniyle de kadın yaşlıların daha azının evli olduğu görülmektedir (World Population Ageing 2009). Yaşlı kadınların eş kaybı nedeniyle yalnız kaldığı ve bu nedenle erkeklere göre daha fazla oranda bakım evlerine başvurdukları düşünülebilir. Diğer yandan ülkemizde TÜİK 2012 ve 2013 yılı nüfus projeksiyonlarına bakıldığında; 65 yaş üzeri nüfusta kadın sayısının yurtdışındakine benzer şekilde erkek sayısından fazla olduğu, kadınların %52.4'ünün erkeklerin ise %13.7'sinin eşlerinin öldüğü (TÜİK 2013), çalışmanın yapıldığı 2008 yılında 65 yaş üzeri bireylerin toplam nüfustaki oranının %6.8 ve bunların %55'inin kadın, %45'inin ise erkek olduğu görülmektedir (Koç ve ark. 2008). Bu veriler ışığında ülkemizde kadınların diğer ülkelerdeki gibi erken eş kaybı yaşadığı, ancak sonrasında tek veya çocuklar ile yaşamayı tercih ettikleri; erkeklerin ise bakım evlerine başvurdukları anlaşılmaktadır. Yurtdışında kadınların, ülkemizde ise erkeklerin huzurevine daha

Tablo 2. Huzurevinde kalan ve evde yakınları ile yaşayan yaşlılarda ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Huzurevinde		X/t	p
	kalanlar (n=55)	Evde yaşayanlar (n=62)		
SMMT	30.43±29.50	26.46±1.31		0.95*
HADÖ				
Anksiyeteli mizaç	3.98±0.99	3.16±1.05	X=4.31	0.00*
Gerilim	3.47±1.08	2.66±0.93	X=4.33	0.00*
Korkular	2.80±1.00	3.22±1.10	X=2.16	0.04*
Uykusuzluk	3.94±0.84	3.80±1.08	X=0.76	0.44*
Entellektüel	3.34±0.92	3.27±0.77	X=0.45	0.65*
Depresif mizaç	3.40±0.80	3.93±0.80	X=3.58	0.00*
Somatik	4.43±0.83	3.12±0.73	X=9.01	0.00*
Kardiyovasküler belirtiler	2.50±1.01	2.85±1.08	X=1.77	0.07*
Solunum belirtileri	4.16±1.03	2.95±1.12	X=6.05	0.00*
Gastrointestinal belirtiler	2.96±1.10	3.27±1.28	X=1.39	0.16*
Genitoüriner belirtiler	1.81±0.88	2.04±0.93	X=1.36	0.17*
Otonomik belirtiler	1.87±0.96	2.16±1.01	X=1.57	0.11*
Görüşmedeki davranış	2.27±1.06	2.12±1.12	X=0.70	0.48*
Toplam psikişik belirti puanı	17.01±2.53	16.30±2.62	t=1.48	0.14**
Toplam somatik belirti puanı	23.87±2.86	22.35±2.90	t=2.84	0.00**
Toplam puan	40.89±3.48	38.66±3.89	t=3.24	0.00**
HDDÖ	46.49±6.57	35.82±10.20	t=6.62	0.00**
GDÖ	22.23±4.33	15.95±6.09	t=6.35	0.00**

p<.05 *Mann Whitney U testi, **Bağımsız örnekleme t testi, (SMMT: Standardize Mini Mental Test, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, GDÖ: Geriyatrik Depresyon Ölçeği)

Tablo 3. Huzurevinde kalan yaşlılarda ölçek puanları ile çeşitli özellikler arasındaki ilişki

	HDDÖ		HADÖ		GDÖ	
	x	p	x	p	x	p
Medeni durum	320	0.33	341	0.53	300	0.18
Kronik fiziksel hastalık	273	0.46	212	0.06	257	0.30
Sosyal güvence	323	0.35	330	0.41	284	0.11

Mann Whitney U testi, (HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, GDÖ: Geriyatrik Depresyon Ölçeği)

Tablo 4. Evde yakınları ile yaşayan yaşlılarda ölçek puanları ile çeşitli özellikler arasındaki ilişki

	HDDÖ		HADÖ		GDÖ	
	x	p	x	p	x	p
Medeni durum	445	0.63	428	0.47	475	0.96
Kronik fiziksel hastalık	416	0.42	384	0.20	472	0.99
Sosyal güvence	447	0.66	448	0.66	457	0.76

Mann Whitney U testi, (HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, GDÖ: Geriyatrik Depresyon Ölçeği)

çok başvuruları ülkeler arasındaki kültürel ve sosyolojik farklılıklar ile açıklanabilir.

Çalışmanın bir diğer sonucu olarak yine bu örnekte, huzurevindeki yaşlılarda ilköğretim mezunu olmayanların oranının, evde aileleri ile kalan yaşlılardan yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, eğitim düzeyi daha iyi olan yaşlıların kendi bakımlarını ve ihtiyaçlarını sağlamada daha başarılı oldukları anlamına gelebilir. Eğitim seviyesi arttıkça kişinin sağlık hizmeti alma, kendi sağlığına dikkat etme, hastane kontrollerine gitme ve ilaçlarını bilinçli kullanma gibi becerileri artmaktadır. Tüm bunlar, dışarıdan bakım alma ihtiyacını azaltıyor olabileceği için huzurevinde kalan kişilerin daha eğitimsiz olması da olasıdır. Bu durumu doğrulayacak şekilde 2008 yılında Türkiye'de huzurevi dışında yani hanelerde yaşayan yaşlı popülasyon üzerinde yapılan geniş ölçekli bir araştırmada; okur yazarlığa göre değerlendirildiğinde %43'ünün okur yazar olmadığı, eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde ise %50'sinin eğitiminin olmadığı ve eğitilmiş yaşlıların eğitimsiz yaşlılara göre yaşam kalitesi açısından büyük bir avantajı olduğu görülmüştür (Koç ve ark. 2008). Eğitim yalnızca kendine bakım becerisini arttırmamakta, diğer yandan emekli olmayı başarmak anlamına da geldiği için maddi gelirden iyileşmeyi de beraberinde getirmektedir. Yani daha eğitimsiz olan yaşlıların maddi gelirleri ve yaşam kaliteleri düşmekte, huzurevlerine başvurma olasılıkları artmaktadır.

Yakın zamanda yaşanmış olumsuz yaşam olayı sorulduğunda çalışılan örnekte, evde yakınları ile kalan yaşlılarda huzurevinde kalan yaşlılara göre bu oranın daha yüksek olduğunu ve bu farkın anlamlı olduğunu tespit ettik. Huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşadıkları ortamın evde yakınları ile kalan yaşlılara göre daha dengeli bir ortam olması ve aile sorunlarından kısmen uzak olmaları, ev ortamında ise aile içi sorunların daha kolay şekilde yaşlılara yansması nedeniyle böyle bir fark oluşmuş olabilir.

Çalışmamızda uygulanan ölçeklerin puanlarına bakıldığında, her iki grup arasında anlamlı farklar olduğu görülmüştür. Buna göre HDDÖ ve GDÖ'den alınan puanlar huzurevinde kalan yaşlılarda, evde yakınları ile birlikte kalan yaşlılara

göre daha yüksektir. Bu bulgu daha önce yapılmış bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda huzurevlerindeki yaşlılarda depresif belirtilerin fazla olduğu (Bahar ve ark. 2005, Demet ve ark. 2002, Varma ve ark. 2008) ve huzurevinde kalmanın depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Gül ve ark. 2012, Karakaya ve ark. 2009, Maral ve ark. 2001, Molloy ve Standish 1997). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada bakımevinde yaşayanlarda majör depresyon varlığı %14, tanı ölçütlerini karşılamasa da depresyon belirtilerinin varlığı %44 bulunmuştur. Aynı gözden geçirmede depresif bozukluk ve depresif belirtilerin; kadın cinsiyet, bedensel hastalık, bilişsel bozukluk, işlevsel bozukluk, sosyal iletişim azlığı/yokluğu ve depresyon öyküsü ile bağlantılı olduğu da belirtilmiştir (Djernes 2006). Bizim çalışmamız da huzurevinde yaşamayı, depresif bozukluk için bir risk faktörü olarak saptamıştır.

Çalışmaya alınan örnekte HADÖ toplam puanları huzurevinde kalan yaşlılarda evde yakınları ile birlikte kalan yaşlılara göre anlamlı derecede yüksektir. Aynı şekilde ölçekte yer alan maddeler somatik ve psikişik olarak ayrıldığında, huzurevinde yaşayanlarda somatik puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. HADÖ alt ölçeklerine bakıldığında ise bazı farklılıklar dikkati çekmektedir. Buna göre ölçeğin korku ve depresif mizaç belirtileri (psikişik maddeler) ile ilgili puanları evde yakınları ile birlikte kalan yaşlılarda huzurevinde kalan yaşlılara göre daha yüksektir. Diğer maddelerden anksiyeteli mizaç, gerilim, musküler ve duyuşsal belirtiler, solunum belirtileri ise huzurevinde kalanlarda yüksektir. Bu sonuçlar genel bir bakış ile değerlendirildiğinde, huzurevinde kalan yaşlılarda evde yakınları ile kalan yaşlılara göre anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu, alt ölçeklere bakıldığında ise özgün olarak somatik anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak her iki grup arasında kronik fiziksel hastalığa sahip olma açısından fark bulunmadığı için bu durumun fiziksel bir hastalığa sahip olmak ile açıklanamayacağı düşünülmektedir. Huzurevinde kalan yaşlılarda algılanan aile desteği ile ilişkili bir "tedavi/bakım alamama korkusu" ve "ilgi görme isteği"nin neden olduğu somatik kaygı belirtilerinin üretimi söz konusu olabilir. Benzer

şekilde yaşadıkları ortam ve bakım verenlerin özellikleri nedeniyle kendilerini ifade etme zorluğu yaşayan yaşlıların sıkıntılarını bedenselleştirerek yansıtmaları da olası görünmektedir. Bununla birlikte, bedensel yakınmaların fazlalığının örneklemedeki bireylerin kişilik özellikleri, kronik fiziksel hastalıklarının şiddeti gibi bu çalışmada değerlendirilmemiş olan başka özelliklerle de ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır. Yaşlıların fiziksel sağlıkları ile ilgili yakınmaları arttıkça, bakım verenlerde bir bıkkınlık ve öfke oluşabileceği, bu durumun yaşlıya verilen bakımı olumsuz etkileyerek bir kısır döngüye neden olabileceği düşünülebilir. Bu noktada huzurevi çalışanlarının, yaşlılardaki bedensel belirtilerin altta yatan bir kaygı bozukluğuna işaret edebileceğini bilerek bu kişileri ruh sağlığı profesyonellerine yönlendirmelerinin önemi açığa çıkmaktadır.

Çalışmamızda her iki grup için de; kronik fiziksel hastalık varlığı, medeni durum, sosyal güvence varlığı, son üç ay içinde yaşanmış olumsuz yaşam olayı varlığı ile ilişkili olarak ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Aynı zamanda huzurevinde kalanlarda yakınlarının ziyaret sıklığı ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bazı çalışmalar kronik hastalığı olan kişilerde depresyon riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiş olmakla birlikte (Blay ve ark. 2007, Chang-Quan ve ark. 2010, Maral ve ark. 2001) başka çalışmalar sağlık durumunun yaşlıda görülen depresyonla ilişkisi olmadığını bildirmiştir (Cho ve ark. 2008, Cole ve Dendukuri 2003). Bu konu çelişkili olmakla birlikte bizim sonuçlarımız, kronik hastalık varlığının ölçek puanlarını etkilemediğini göstermektedir. Benzer şekilde medeni durumun da ölçek puanları ile ilişkisiz olduğu belirlenmişse de bazı çalışmalarda bekar olmak yaşlıda görülen anksiyete bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (Beekman 1998, Gum ve ark. 2009). Yine 65 yaş üzeri erkeklerde yapılan bir araştırmada sosyal destek değişkenleri depresyonla ilişkisiz, yalnız olma ise ilişkili bulunmuştur (Alpass ve Neville 2003). Koç ve ark.'nın (2008) yaptıkları çalışmada dul yaşlıların evli yaşlılara göre daha düşük bir yaşam kalitesi olduğu bildirilmiştir. Ayrıca araştırmamızda son üç ay içinde yaşanmış olumsuz yaşam olayı sıklığının

evde yakınları ile birlikte kalan yaşlılarda daha fazla olmasına rağmen anksiyete ve depresyon düzeylerinin huzurevinde kalan yaşlılarda daha yüksek bulunması, olumsuz yaşam olaylarını anksiyete ve depresyonla ilişkilendiren çalışmalarla çelişkili gibi görünmektedir (Cole ve Dendukuri 2003; Herbert 1997). Bu farklılığın olumsuz yaşam olaylarının içeriğinden ve örneklemin küçük oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Öncelikle çalışmaya alınan örneklem psikiyatri polikliniğine gelen yaşlılar üzerinde yapıldığı için bulgular tüm yaşlı popülasyona genellenemez. Daha genellenebilir sonuçlar için polikliniğe başvuramamış, huzurevinde ya da evde yakınları ile yaşayan yaşlı örnekleme ulaştırılması uygun olacaktır. Diğer bir kısıtlılık, her ne kadar katılımcıların ölçekleri en doğru şekilde doldurması için gerekli önlemler alındıysa da örneklemin yaşlı olmasının doğal şekilde ölçeklerin doldurulmasında eksikliklere yol açmış olabileceğidir. Üçüncü olarak alınan örneklemin psikiyatrik tanılarının belirtilmemiş olması da çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

SONUÇ

Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde özetle, bu örnekleme, huzurevinde kalan yaşlıların evde yakınları ile birlikte kalan yaşlılara göre; sayıca daha çok erkek ve düşük eğitilmiş olduğu, genel olarak daha yüksek depresyon ve kaygı belirtilerine sahip olmakla birlikte özellikle daha çok bedensel anksiyete belirtisi gösterdiği, kronik fiziksel hastalık varlığı, medeni durum, sosyal güvence varlığı ve yakınların ziyaret sıklığı gibi bireysel özelliklerin ruh sağlıkları üzerine önemli bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Bu durum huzurevinde kalan yaşlıların ruhsal açıdan düzenli bir şekilde değerlendirilerek yeterli ruhsal desteğin sağlanmasının gerekli ve önemli olduğunu göstermekte ve bu sayede yaşlıların fiziksel ve ruh sağlığı üzerine belirgin iyileşmeler sağlanacağı öngörülmektedir.

Yazışma adresi: Dr.Serap Erdoğan Taycan, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tokat, erd.serap@gmail.com

KAYNAKLAR

- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4:251-259.
- Alpass FM, Neville S (2003) Loneliness, health and depression in older males. *Aging Ment Health*, 7: 212-216.
- Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G (2005) Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:227-239.
- Barua A, Ghosh MK, Kar N (2010). Socio-demographic factors of geriatric depression. *Indian J Psychol Med*, 32:87-92.
- Barua A, Ghosh MK, Kar N ve ark. (2011) Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Ann Saudi Med*, 31:620-624.
- Beckman AT, de Beurs E, van Balkom AJ ve ark. (2000) Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*, 157:89-95.
- Beckman AT, Bremmer MA, Deeg DJ ve ark. (1998) Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13:717-726.
- Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG ve ark. (2007) Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15:790-799.
- Bölükbaş N, Arslan H (2003) Huzur evinde kalan yaşlıların psikososyal yönlerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 16:235-239.
- Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D ve ark. (2010) Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing*, 39: 23-30.
- Cho HJ, Helen L, Richard O ve ark. (2008) Sleep disturbance and depression recurrence in community- dwelling older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry*, 165: 1543-1550.
- Cole MG, Dendukuri N (2003) Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and metaanalysis. *Am J Psychiatry*, 160: 1147-1156.
- Corna LM, Cairney J, Herrmann N ve ark. (2007) Panic disorder in later life: results from a national survey of Canadians. *Int Psychogeriatrics*, 19:1084-1096.
- Demet MM, Taşkın EO, Deniz F ve ark. (2002) Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13:290-299.
- Djernes JK (2006) Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 113:372-387.
- Ertan T, Eker E, Şar V (1997) Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34:62-71.
- Fessman N, Lester D. (2000) Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *Int J Aging Hum Dev*, 51:137-141.
- Fukunaga R, Abe Y, Nakagawa Y ve ark. (2012) Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*, 12:179-85.
- Goldberg, TH, Chavin SI (1997) Preventive medicine and screening in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 45: 344-354.
- Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R (2009) Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17:769-781.
- Gül HL, Evcili G, Karadaş Ö ve ark. (2012) Geriatrik depresyon ve ilişkili risk etkenleri: huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi. *J Clin Anal Med*, 3: 308-310.
- Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. (2002) Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13:273-281.
- Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23:56-62.
- Hamilton M (1959) The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32:50-55.
- Herbert J (1997) Fortnightly review. Stress, the brain, and mental illness. *BMJ: British Medical Journal*, 315(7107), 530.
- İstatistiklerle Yaşlılar (2012) Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, sayı: 13466. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>
- İstatistiklerle Yaşlılar (2012) Türkiye İstatistik Kurumu. Mart 2013. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265
- Karakaya MG, Bilgin SC, Ekici G ve ark. (2009) Functional mobility, depressive symptoms, level of independence, and quality of life of the elderly living at home and in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc*, 10:662-666.
- Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç (2005) Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam*, 18:187-195.
- Koç İ, Özgören A, Şirin H (2008) Türkiye'de yaşlıların yaşam kalitesi ve aile yapısının yaşlıların yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, İleri Analiz Çalışması*.
- Leon FG, Ashton AK, DMello DA ve ark. (2003) Depression and comorbid medical illness: therapeutic and diagnostic challenges. *J Fam Pract*, 20 (Suppl S):19-23.
- Maral I, Aslan S, İlhan MN ve ark. (2001) Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:251-259.
- Molloy DW, Standish TIM (1997) Mental Status and Neuro psychological Assessment A Guide to the Standardized Mini-Mental State Examination. *Int Psychogeriatr*, 9(Suppl 1):87-94.
- Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H ve ark. (2012) SHELTER project. Collaborators (32). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*, 12:5.
- Purandare N, Burns A, Challis D ve ark. (2004) Perceived mental health needs and adequacy of service provision to older people in care homes in the U.K.: a national survey. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19:549-553.
- Ritchie K, Artero S, Beluche I ve ark. Prevalence of DSM-IV

psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*, 184:147-152.

Sağduyu A (1997) Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 3-8.

Subasi F, Hayran O (2005) Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Arch Gerontol Geriatr*, 41:23-29.

Teresi J, Abrams R, Holmes D ve ark. (2001) Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36:613-620.

Van der Weele GM, Gussekloo J, De Waal MW ve ark. (2009) Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24: 595-601.

Van Zelst WH, de Beurs E, Beekman ATF ve ark. (2003) Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychother Psychosom*, 72:333-342.

Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Amuk T ve ark. (2008)

Huzurevindeki yaşlılarda depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *Klinik Psikiyatri*,11:25-32.

Vink D, Aartsen MJ, Comijs HC ve ark. (2009) Onset of anxiety and depression in the aging population: comparison of risk factors in a 9-year prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17:642-652.

Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ ve ark. (2010) Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*, 27:190-211.

World Population Ageing 2009. United Nations New York, 2009. http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:114-120.

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