

Serap ÇİFÇİLİ
Çağrı YAZGAN
Pemra ÜNALAN



ARAŞTIRMA

BİR HUZUREVİNDE DEPRESYON TARAMASI SONUÇLARI

Öz

Giriş ve Amaç: Yaşlılığa eşlik eden psikososyal ve fonksiyonel kayıplar sıklıkla depresyona neden olabilir. Buna rağmen belirgin depresif semptomları olan pek çok yaşlı bu yakınmalarla hekime başvurmamaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerde depresyon taranması gereken bir hastalıktır. Bu çalışmada bir huzurevinde yaşamakta olan yaşlıların depresyon açısından değerlendirilmesi ve çeşitli faktörlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç: Eylül-2002'de bir huzurevinde yaşamakta olan toplam 39 bireyden tıbbi öykü alınmış ve fonksiyonel durum değerlendirmesi yapılmıştır. Tüm katılımcılara Yesevage geriatrik depresyon ölçeği ve kısa yaşam kalite anketi (WHOQL-Bref) uygulanmıştır.

Bulgular: Görüşme yapılan sakinlerin 23 (%67)'ü kadın, 13 (%33)'ü erkekti. Yaş ortalaması 82.6 (7.5 yıl) idi. Yesevages ölçeğine göre 8 kişi (%20.5)'nin depresyon ölçeği skoru (DÖS) kesme değeri olan 13'ün üzerindeydi. DÖS ile yaş, cinsiyet, uygunsuz ilaç kullanımı, günlük aktivite ölçekleri (Barthel ve Lawton) sonuçları arasında bir ilişki saptanamadı. Öğrenim durumu daha düşük katılımcılarda DÖS'nun daha yüksek olduğu saptandı. Yaşam kalite anketi ruhsal alan skoru ile DÖS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Sonuç: Yaşlı kişiler arasında tanı konmamış pek çok depresyon olgusunun olabileceği ve yaşlılarda depresyon taraması yapmak gerekliliği özellikle birinci basamak hekimi tarafından akıldadır.

Anahtar sözcükler: Yaşlıda depresyon, Günlük aktivite, Yaşam kalitesi, Tarama.



RESEARCH

RESULTS OF DEPRESSION SCREENING AMONG ELDERLY RESIDENTS

ABSTRACT

Background and Aim: Psychosocial and functional losses which accompany aging frequently may lead to depression. However, many elderly patients who have depressive symptoms do not present with these symptoms to health-care system. In this study, we aimed to screen elderly patients living in a residential house, for depression and its relation to a few factors.

Material and Methods: We have taken a detailed medical history and physical examination of 39 elderly living in a residency house. We also have administered a functional evaluation. We administered Yesevage Depression Scale to all 39 residents. We also administered WHO-Quality of Life Scale-Brief to all residents.

Results: 23 (%67) of the residents that we have interviewed were women, 13 (%33) were men. Mean (SD) age was 82.6 (7.45). According to Yesevage scale; 8 (%20.5) of them had a depression scale score (DSS) higher than cut-off point 13. There were no relationship between age, sex, inappropriate medication use, activities of daily living scale results and depression. Higher DSS were more frequent among the elderly who had a lower education level. There was also statistically significant relationship between quality of life scale psychological scores and DSS.

Conclusion: A primary care physician should always keep in mind that unrecognised depression may be quite common among elderly people and depression should be screened amongst the elderly.

Key words: Elderly depression, Activities of daily living, Quality of life, Screening.

İletişim (Correspondance)

Dr. Serap ÇİFÇİLİ
Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
İstanbul Huzur Hastanesi Vakfı Dinlenme Evi İSTANBUL
Tlf: 0216 327 56 12 Fax: 0216 325 30 32
e-mail: serapc@veezy.com

Geliş Tarihi: 07/03/2006
(Received)

Kabul Tarihi: 04/05/2006
(Accepted)

Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
İstanbul Huzur Hastanesi Vakfı Dinlenme Evi
İSTANBUL



GİRİŞ

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin belirlemelerine göre, ülkemizde doğurganlık hızı düşmekte, ortalama yaşam süresi uzamakta; bu gelişmelerin bir sonucu olarak da, yakın gelecekte ülke nüfusu içinde yaşlı nüfus oranının belirgin şekilde artacağı öngörülmektedir. Buna karşılık, ülkemizde yaşlı nüfusu hedefleyen koruyucu hekimlik uygulamaları henüz yaygın değildir. Gerek sinim duyulan etkin birinci basamak geriyatrik izlem programı, yaşlı bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesini hedeflemelidir. Bunun birinci aşaması geriyatrik hastanın tam ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesidir (1,2).

Yaşlılığa eşlik eden psiko-sosyal ve işlevsel kayıplara sıklıkla depresyon da eşlik etmektedir (3). Yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkisi olan ve yaşlılarda morbidite ve mortaliteyi anlamlı olarak arttırdığı bilinen depresyonun taranması amacı ile yaşlılara yönelik depresyon ölçekleri de geliştirilmiştir (4,5). Depresyon uluslararası tüm tarama rehberlerinde her erişkin yaş grubunda olduğu gibi yaşlılıkta da periyodik sağlık kontrollerinde taranması gereken hastalıklar listesinde yer almaktadır. Zira depresif semptomları belirgin olsa bile pek çok yaşlı bu yakınmalarla hekime başvurmamaktadır (6,7). Hekime başvuran yaşlıların ise kendi yakınmalarının bir hastalık olduğunu düşünmemeleri, maddi yetersizlikler, yada hekimlerin yaşlılardaki depresyonla ilgili kimi önyargıları gibi nedenlerden ötürü yeterli düzeyde tedavisi edilememesi de bir başka sorundur (6,7). Depresyon ayrıca demansın da ilk habercisi yada eşlikçisi olabilmekte, kimi kaynaklarda da demans semptomları arasında sayılmaktadır (8). Alzheimer Hastalığı olanların yaklaşık %20-40'ının major depresyonu olduğu tahmin edilmektedir (8). Bu nedenle yaşlı bireylerde depresif semptomlar özellikle sorgulanmalı, risk altındaki populasyon belli aralıklarla taranmalıdır.

Bu çalışmada, bir huzurevinde yaşamakta olan yaşlıların depresyon açısından değerlendirilmesi ve çeşitli faktörlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Araştırmamız tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır. Eylül-2002'de bir huzurevinde yaşamakta olan toplam 47 (%100.0) yaşlıya ulaşılmıştır.

Bir kişi 65 yaş altında olduğu için, 6 kişinin kognitif fonksiyonları, ileri demans ya da organik bozukluklar nedeniyle görüşme yapılamayacak düzeyde olduğu için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bir kişi yeterli düzeyde Türkçe bilmediği için sağlıklı bir görüşme yapılamamıştır. Toplam 39 (%82.9) kişi çalışmaya alınmıştır.

Tıbbi Değerlendirme: Katılımcılardan tıbbi öykü alınmış ve fizik muayeneleri ve fonksiyonel durum değerlendirmesi yapılmıştır.

Tüm olguların kullandıkları ilaçlar yerlerinde görülerek kaydedilmiştir. Tüm kronik hastalıklar var olan geçmiş tıbbi kayıtları ayrıntı ile incelenerek ve kişilerle görüşerek kaydedilmiştir.

İşlevsellik: Olguların işlevselliğini değerlendirebilmek amacıyla Modifiye Barthel (Günlük Yaşam Aktiviteler) indeksi uygulanmıştır. Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği Türk Hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği gözlenmiştir(9). Ayağa kalkabilen ve yardımsız yürüyebilen toplam 26 (%66.6) olguya "kalkıp yürüme testi (Time Up and Go test-TUP)" uygulanmıştır (10).

Depresyon: Yaşlı kişilerde değişik depresyon ölçekleri kullanılmıştır. Bu çalışma kapsamında pek çok kez refere edilmiş ve Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçek olan Yesavage Geriyatrik Depresyon Ölçeğini kullanılmıştır (11). Kesme değeri olarak 14 ve üstü kabul edilmiştir (12). Ölçek toplam otuz, kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır, yanıtlar her soru için depresif yönde ise "1" puan olarak değerlendirilerek bu puanların toplamı ile toplam puan hesaplanmaktadır, yüksek puanlar depresif özelliği belirtmektedir. Ölçeğin uygulanmasını reddeden bir kişi dışında tüm katılımcılara Yesavage geriyatrik depresyon ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca yaşam kalitesini izleyebilmek amacıyla Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan kısa yaşam kalite anketi (WHOQL-Bref) tüm sakinlere uygulanmıştır (13).

İstatistik değerlendirmeler ki-kare testi ve Mann-Whitney-U test ile yapılmıştır.

BULGULAR

Görüşme yapılan sakinlerin üçte ikisi kadın(23), üçte biri (13) erkekti. Yaş ortalaması 82.6 (67-97, ss:7.45) idi. Diğer sosyo-demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların tamamı herhangi bir işte çalışmamakta idi, ancak 26 (%66.7)'si emekli ve bunların büyük çoğunluğu; 21(53.8)'i özel eğitim gerektiren; hekimlik, avukatlık gibi mesleklerden emekli olmuşlardı. Sakinlerden 4(%10.3)'ünün hiçbir kronik hastalığı yokken, 29 (%74.4) olgunun iki veya daha fazla kronik hastalığı mevcuttu. Ortalama sürekliliği kullanılan ilaç sayısı 6(min:0, maks:15, ss:4.1) idi (Tablo 2).

Barthel Günlük Aktivite Ölçeğine göre sakinlerin 24 (%61.5)'ü en sık banyo yapma ve merdiven çıkma olmak üzere en az bir konuda bağımlı idi. Kalkıp yürüme testi (TUP) uygulanabilen 26 sakinin ortalama TUP süresi 17.81 (10-29, ss:4.6) saniye olarak saptandı.

Üçü kadın, üçü erkek 6 hasta (%12.8) kronik sağlık sorunları arasında depresyonu da belirtmişti. Bu hastalar ortalama 1.2 antidepresan ilaç kullanmakta idi.

Ortalama geriyatrik DÖS 9.9 (min:2, maks:22, ss: 5.1) olarak saptandı.

**Tablo 1—** Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	26	66.7
Erkek	13	33.3
Medeni durum		
Evli	1	2.6
Hiç evlenmemiş	6	15.4
Eşi vefat etmiş	25	64.1
Eşinden ayrılmış	7	17.9
Öğrenim durumu		
İlkokul	3	7.7
Ortaokul	6	15.4
Lise	22	56.4
Üniversite	6	20.5
Sosyal güvence		
Emekli sandığı	20	51.3
Bağ-Kur	3	7.7
SSK	6	15.4
Banka sandığı	10	25.6
Bakımını üstlenen kişi		
Kendisi	35	89.7
Bakıcı	4	10.3

Olguların %20.5(8)'inin ölçek skorunun 13 kesme değeri- nin üstünde olduğu saptandı. Skoru en yüksek iki kişi (ölçek skoru=22, 21)'de kronik sorunları arasında depresyonu belirtmemişti ve antidepresan ilaç kullanmamaktaydı. Bu iki kişiden birinin ciddi şekilde alevlenmiş KOAH semptomları nedeni ile aynı zamanda fonksiyonel kapasitesi de azalmıştı. Diğer kişi ise çok sayıda kronik hastalık nedeni ile tedavi görmekte ve çeşitli ilaçları uygunsuz kullanmakta idi.

DÖS ortalamaları ile yaş, cinsiyet, kullanılan ilaç sayısı, günlük aktivite ölçeği (Barthel) ve kalkıp yürüme testi sonuçları arasında bir ilişki saptanamadı. Üniversite mezunu olguların DÖS ortalaması daha düşüktü($p=0.018$) (Tablo 2). İki veya daha fazla kronik hastalığı olan olguların DÖS daha yüksekti ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.07$) (Tablo 2).

DÖS yüksek olguların yaşam kalite ölçeği bedensel ve ruhsal alan skor ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0.01$, 0.009).

Tablo 2— Depresyon Ölçeği Skor Ortalamalarının (DÖSO) Çeşitli Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Olgu Sayısı (%)	DÖSO (min, maks, ss)
Yaş		
65-75	7 (17.9)	12.00 (3-22, 7.3)
75-85	18 (46.2)	9.06 (2-18, 4.1)
>85	14 (35.9)	9.85 (4-21, 5.1)
Cinsiyet		
Kadın	26 (66.7)	9.46 (2-22, 6.2)
Erkek	13 (33.3)	10.08 (4-21, 4.6)
Öğrenim durumu		
İlkokul	3 (7.7)	14.33 (9-22, 6.8)
Ortaokul	6 (15.4)	13.50 (7-21, 5.9)
Lise	22 (56.4)	8.32 (2-19, 4.2)
Üniversite	8 (20.8)	9.63 (3-16, 4.2)
Kronik Hastalık Sayısı		
Yok	3 (10.3)	6.00 (3-8, 2.7)
1-2	18 (46.2)	9.72 (2-22, 5.7)
>2	17(43.6)	10.71 (5-19, 4.7)
Kullanılan İlaç Sayısı		
Yok	4 (10.3)	7.00 (3-9, 2.83)
2-5	14 (35.9)	9.93 (2-22, 5.6)
6-9	12 (30.8)	10.09 (5-17, 3.4)
9-15	9 (23.1)	10.78 (3-21, 6.8)
Barthel Ölçeği		
Bağımsız	24 (61.5)	10.58 (2-21, 5.4)
Bağımlı	15 (38.5)	8.64 (4-22, 4.3)

TARTIŞMA

Toplumda depresyonun kadınlarda daha sık olduğu bilinmektedir. Yaşlılıkta da kadınlarda depresyonun yaklaşık iki kata yakın daha sık olduğu bildirilmektedir. Cole ve Denduri tarafından yapılmış ve bir meta-analizde, kadın cinsiyetinin, düşkünlük, uyku problemi ve maluliyet ile birlikte depresyonun önemli risk faktörleri arasında yer aldığı saptanmıştır (14). Bizim çalışmamızda ise kadınların depresyon skorları ile erkek olguların depresyon skorları arasında fark saptanmamıştır ancak erkek olgu sayımızın çok az olması bu sonucu etkilemiş olabilir.

Yukarıda sözü edilen meta analizde ise incelenmiş olan yedi çalışmanın yalnızca üçünde düşük öğrenim durumunun depresyon için bir risk oluşturduğu belirtilmekte ve son analizde öğrenim durumunun depresyon için bir risk oluşturmadığı bildirilmemektedir. Öte yandan bizim çalışmamızda öğre-

**Tablo 3— Eğitim Durumu ile Depresyon Ölçek Skorları İlişkisi**

	N (sayı)	Depresyon		p
		skor ortalaması	Standart Sapma	
Eğitim				
Lise-üniversite mezunu	9	8.7	4.2	0.018
İlk-orta okul mezunu	30	13.8	5.8	
Kronik Hastalık Sayısı				
2 ve daha fazla	29	10.5	4.9	0.07
0-1	10	7.9	5.3	

nim durumu daha yüksek olan olguların DÖS ortalamasının daha düşük olduğu saptandı (14).

Çeşitli çalışmalarda toplumda yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığı %1-3 arasında saptanmıştır ve bu sıklık başka bir tıbbi hastalığı olan yaşlılarda %6 ile %14 arasında değişmektedir (15). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte (P=0.07) kronik hastalık sayısı arttıkça DÖS ortalamasının da arttığı gözlenmiştir.

Yaşamın geç döneminde depresyonun sağlık harcamalarını arttırdığı, ve yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz etkilediği bilinmektedir. Duygudurum bozukluklarının diğer tüm kronik hastalıklara göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesini daha çok bozdukları bildirilmektedir (16,17). Çalışmamızda Geriatrik Depresyon Ölçeğine göre depresif bulguları olan olguların, yaşam kalitesi anketi sonuçlarında ruhsal alandan anlamlı şekilde düşük skor aldığı saptanmıştır. Ancak yaşam kalite ölçeğinin diğer alanlarında bu ilişki gözlenmemiştir. Bu bulgu çalışmanın yapıldığı huzurevinde fizik koşulların oldukça yeterli olmasından ötürü, çevre ile ilgili skorların yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca olguların çoğunluğunun DÖS ortalaması çok yüksek değildir, yaşam kalitesinin tüm alanlarının bozulmamış olması DÖS'lerinin yüksek olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamız az sayıda sakinin bulunduğu bir huzurevinde gerçekleştirildiğinden katılımcı sayısı azdır. Bu durum pek çok istatistiksel analizin yapılmasını güçleştirmektedir. Depresyon ölçeği sonuçlarında skorları yüksek olan olgular klinik olarak da değerlendirilmiş ve bazıları depresyon tanısı ile tedavi edilmiştir ancak istatistiksel olarak bu olguların değerlendirilmesi de mümkün olmamıştır.

Sonuç olarak; çalışmamıza katılan olguların yaklaşık %20'sinin ölçek skor ortalamaları kesme değer 13'ün üstündedir. Kuşkusuz ölçek sonuçları klinik depresyonun varlığını tek başına doğrulamaz, yinede yaşlı kişiler arasında tanı konmamış pek çok depresyon olgusunun olabileceğini ve yaşlılarda depresyon taraması yapmak gerekliliğini özellikle birinci basamak hekimi tarafından akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Abrams WB, Beers MH, Berkow R. The Merck Manual of Geriatrics. Merck and Co. Inc. USA 1996; pp205-213.
2. Miller KE, Zylstra RG, Standrige JB. The Geriatric Patient: A Systematic Approach to Maintaining Health. American Family Physician 2000;61(4):1089-1104.
3. Crystal S, Sambamoorthi U, Walkup JT, Akincigil A. Diagnosis and Treatment of Depression in the Elderly Medicare Population: Predictors, Disparities, and Trends. J Am Geriatr Soc 2003;51(12):1718-1728
4. Yessavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric screening scale: a preliminary report. J Psychiatric Research 1983;17(1):37-49
5. Lebowitz BD, Pearson J, Schneider L et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. JAMA 1997;278:1186-1190
6. Davidson JRT, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and Undertreatment of Depression: What is the Breadth and depth of the problem? J Clin Psychiatry 1999;60(suppl7):4-9
7. Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and Diagnosis of Depression in Late Life. J Clin Psychiatry 1999;60 (suppl 20):9-15
8. Santacruz KS, Swagerty D. Early Diagnosis of Dementia. American Family Physician 2001; 63(4):703-13
9. Yavuzer G, Süldür N, Küçükdeveci A. Elhan A. Türkiye'de nörorehabilitasyon hastalarının değerlendirilmesinde fonksiyonel bağımsızlık ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi'nin yeri. Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi 2000;11(1):26-31
10. Reuben BR. Principles of Geriatric Assessment. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG (eds). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. McGraw-Hill Companies. NY, USA, 1998; pp 471.
11. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik ve Güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi 1997;34(2):62-71
12. Demet MM, Taşkın EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4):290-299.
13. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF 3P Dergisi 1999;7:5-13(Ek2)
14. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry 2003;160:1147-1155
15. Huang BY, Coroni-Huntley JC, Hays JC, Galanos ANB. Impact of Depressive Symptoms on Hospitalization Risk in Community-Dwelling Older Persons. Journal of the American Geriatric Society 2000;48(10):1279-1288
16. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of Depression in Elderly Community and Primary Care Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry 1999;156(8):1182-1188
17. Doraiswamy PM, Khan ZM, Donahue RM, Richard NE. The spectrum of quality-of-life impairments in recurrent geriatric depression. The Journal of Gerontology. 2002;57 A(2):M134-138