

Dr. E. Melih ŞAHİN¹,
Dr. B. Murat YALÇIN²

HUZUREVİNDE VEYA KENDİ EVLERİNDE YAŞAYAN YAŞLILARDA DEPRESYON SIKLIKLARININ KARŞILAŞTIRMASI

COMPARING THE INCIDENCES OF
DEPRESSION AT THE
ELDERLY LIVING IN NURSING HOME
OR AT THEIR OWN HOMES

ÖZET

Yaşam kalitesi özellikle kronik hastalıkların tedavisinde optimal tıbbi bakımı değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Depresyon, yaşlı bireylerde diğer hastalıklarla veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkacaktır. Huzurevleri yaşlılara barınma, bakım ve sağlık kontrolü hizmetleri yanında onları depresyondan koruyacak olan sosyal desteği de sağlayan kurumlardır. Çalışmamızda Edirne huzurevindeki bireylerle kendi evlerinde aileleriyle veya yalnız başlarına yaşayan 65 yaş üzeri bireyler geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ) ile tarandı. Yaşlıların GDÖ'nden aldıkları ortalama puan $5,34 \pm 3,74$ idi. Huzurevinde veya kendi evinde yaşayan yaşlıların ölçeğin çeşitli sorularına verdikleri yanıtların anlamlı farklar oluşturduğu görüldü. Bizim çalışmamızda GDÖ'den kendi evinde yaşayanlarda %37,2 ve huzurevinde yaşayanlarda % 48,1 oranında anlamlı yüksek skorlar alınmıştır. Bu sayılar ülkemizde elde edilen diğer sayılarla uyumludur. Toplum içinde 1/3 ve huzurevinde 1/2 vakada GDÖ'nden anlamlı yüksek skorlar alınması yaşlılarımız için yeterli sosyal destek veremediğimizi ve depresyon için uygun sağlık bakımı sağlamadığımızı göstermektedir. Ölçeğin farklı soruların iki grup arasında farklı cevap dağılımları göstermesi huzurevinde yaşayan yaşlıların depresyonlarının kendi evinde yaşayanlardakinden farklı olduğuna işaret etmektedir. Huzurevlerindeki yaşlıların bu rahatsızlığa yakalanma riskleri daha yüksek olduğundan bu kurumlarda sağlık hizmeti verenler daha dikkatli olmalıdırlar. GDÖ risk altındaki bireylerin ortaya çıkarılmasında güvenle kullanılabilir bir araçtır.

ABSTRACT

Quality of life is an important measure of optimal health care in chronic disease. Depression, alone or with other disease, is an important determinant of quality of health in older people. Nursing homes are places where older people are supplied with social support that protect them from depression as well as shelter the care and health services. In this study, older people who reside in nursing home of Edirne or in their own homes were surveyed for depression with Geriatric Depression Scale form (GDÖ). The mean score was $5,34 \pm 3,74$. Statistical significance occurred between the responses to the different items of the scale for the two groups. High scores of the scale were 48, 1 % for the nursing home residents and 37,2% for the ones living in their own home. These results are concordant with the other results obtained in our country. High scores of the scale counts for 1/3 of the total in general public and 1/2 of the total in nursing home and this finding stresses that we could not supply proper social support to our elders and give optimal medical care for depression. Variation of the response to the items of the scale between the two groups indicates different contexts of depressions. Health care providers of the nursing homes should be careful about the high incidence of depression in these establishments. GDÖ is a reliable tool to determine the individuals under risk of depression.

Key words: elderly, depression, nursing home, surveillance test

Anahtar kelimeler: Yaşlı, depresyon, huzurevi, tarama testi

Geliş: 01.07.2002

Kabul: 20.10.2002

¹Yardımcı Doçent Doktor, ²Araştırma Görevlisi

İletişim; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Edirne

İş Tel: 0 (284) 235 76 40-14 63

Faks: 0 284 235 70 52

Ev Tel: 0 (284) 235 32 52

c-mail: emsahin@yahoo.com

Bu yazının bazı bölümleri V. Aile Hekimliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Yaşlılık morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerleyerek çeşitli hastalıklarla birleştiği fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olayı olarak tanımlanabilir (3). Dünyamızdaki nüfus giderek yaşlanmakta ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus hızla artmaktadır. Dünyada şu an 60 yaş üzerinde yaklaşık 580 milyon kişinin yaşadığı tahmin edilmektedir ve 1998 Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre 2025 yılında bu rakamın 900 milyon civarına ulaşacağı tahmin edilmektedir. 1955 yılında doğumdan itibaren 48 yıl olan yaşam beklentisi 1975 yılında 59'a 1995 yılında 65'e yükselmiştir ve 2025 yılı için bu rakamın 73 yıl seviyesinde olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca çalışmakta olan erişkin nüfusun bakması gereken yaşlı nüfusa oranı 1955 yılında % 10.5'iken 1995 yılında bu oran % 12.3'e yükselmiştir ve 2025 yılında %17.2'ye ulaşacaktır (10). Türkiye'de ise 65 yaş üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı %6'dır. Ülkemizde ortalama yaşam beklentisi erkekler için 70 yıl kadınlar için ise 75 yıl olarak tahmin edilmektedir (8). Bu rakamlar gelişmekte olan ülkeler arasında oldukça iyi bir yere sahiptir ancak beklenen yaşam süresinden belki de daha önemlisi bu yıllardaki yaşam kalitesinin de artmış olmasıdır.

Yaşam kalitesi terimi genci olarak bireylerin yaşamlarında önemli olan öznel deneyimlerin toplamını gösterir. Bu kavram dört alandan etkilenmektedir;

- fiziksel ve mesleki fonksiyonlar
- psikolojik durum
- sosyal etkileşimler
- ekonomik durum

Yaşam kalitesi özellikle kronik hastalıkların tedavisinde optimal tıbbi bakımı değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Depresyon, yaşlı bireylerde diğer hastalıklarla veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkacaktır (2). Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarırken uygun tedavisi ile yaşlıların yaşam kalitesini oldukça arttıracaktır. Birey yaşlandıkça depresyona eğilim artmaktadır (6). Beyin yapılarında yaşlanma süreciyle birlikte bellek, dikkat, algı gibi bilişsel işlevler ve psikomotor aktiviteyi oldukça olumsuz etkileyen serebral kan akımında azalma, myelin kılıfında azalma ve kalınlaşma, glial hücrelerde artma nöron ve sinaps sayısında azalma gibi fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu sonuç duygusal dalgalanmalardan şiddete kadar birçok belirti ile kendini gösterebilmektedir (11). Psikososyal değişiklikler göz önüne alındığında bireyin toplumsal etkinliği ve gücü, prestiji, yakın ilişkileri, cinsel aktivitesi, saygınlığı, sosyal yaşantısı ve destekleri azalmakta; etkin rolü kaybolurken daha edilgen bir pozisyona yönelmektedir. Birey kendi ihtiyaçlarını karşılayıp diğer insanlara yardım ederken giderek tüketen ve yardıma muhtaç insan durumuna gelebilmektedir. Birey sevdiği insanları giderek yitirmektedir. Çocukları evi terk etmiş, sevdiği insanlar, belki de eşi ölmüş, tanıdığı değerler kaybolmuş, hayatın hızlı değişiklerine eldeki bilgileri ile uyum sağlayamamış, hayat tarzı değişmiş veya değiştirilmiş, yaşam süresinin azalmakta olduğunun farkına varmış, ekonomik özgürlükleri ortadan kalkmış olabilir. Bu aşamada yeterli sosyal destek alamazsa birey, bu olguların doğurduğu yoğun izolasyon duygusuna karşı korumasız kalabilir. Bu sosyal desteği ya bireyin sosyal çevresi ya da bir sosyal örgüt sağlar. Huzurevleri kavramı bu düşünce doğrultusunda oluşturulmuş, yaşlı bireye barınma, bakım ve sağlık kontrolü hizmetleri sunan resmi veya özel kurumlardır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Çalışmamızda Edirne huzurevindeki bireylerle kendi evlerinde aileleriyle veya yalnız başlarına yaşayan 65 yaş üzeri bireyler geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ) ile tarandı (5). Yaşlıların bilişsel durumları Kısa Ruhsal Durum Ölçeği ile değerlendirilip 23 puan altında alanlar çalışma harici tutuldular. Edirne huzurevinde kalmakta olan 104 yaşlıdan bu kurala uyan 79'una yüz yüze görüşme ile GDÖ uygulandı. Karşılaştırma yapmak üzere aynı cinsiyet dağılımında ve 65 yaş üzeri Edirne şehir merkezinde kendi evinde yaşayan ve kısa ruhsal durum ölçeğinden 23 üzeri puan alan 79 yaşlı seçilerek yine yüz yüze görüşme ile GDÖ uygulandı.

GDÖ toplam 15 soru içermektedir (Tablo 1). 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten toplam 6 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir (1).

Toplanan veriler eşsiz t testi ve Fisher's exact X testi ile karşılaştırıldılar. Huzurevindeki çalışma Şubat-Mart 2000, kendi evinde yaşayanlarla olan görüşmeler ise Aralık 200 1 'de gerçekleştirildi. Görüşmeler, bu konuda eğitimden geçirilmiş öğrenci hemşireler ve asistan doktorlar tarafından yürütülmüştür.

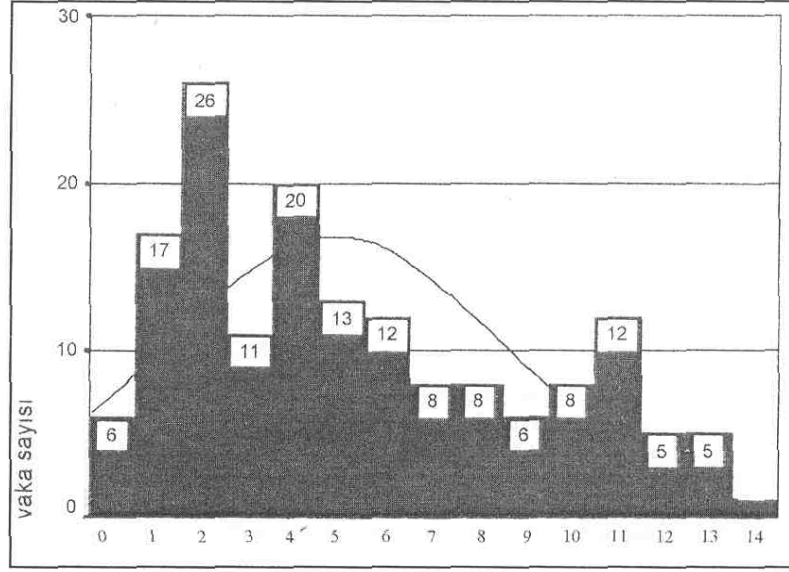
Tablo 1 Geriatrik Depresyon Ölçeği kısa form

- Hayatınızdan memnun musunuz?
- İlgilediğiniz veya yapmakta olduğunuz işlerden çoğunu yapmayı bıraktınız mı?
- Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz?
- Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz?
- Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz?
- Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz?
- Kendinizi çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz?
- Sıklıkla umutsuzluk hisseder misiniz?
- Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz?
- Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?
- Şu an hayatta olmak güzel mi?
- Sizce şu anki durumunuz değersiz mi?
- Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz?
- Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz?
- Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz?

BULGULAR

Araştırmaya katılan 158 bireyden 79'u Edirne huzurevinde 79'u ise kendi evlerinde yaşamaktaydılar. Her iki grupta da 19 (%24,1) bayan ve 60 (%75,9) erkek vardı. Ortalama yaş 70,0 ± 5,8'di. Huzurevindekilerin yaş ortalaması (72,5 ± 6,7) kendi evinde yaşayanlarından (67,5 ± 3,3) anlamlı yüksekti (5,852, p < 0,001). Cinsiyetler arasında anlamlı yaş farkı yoktu (t = 0,318, p = 0,751).

Yaşlıların GDÖ'nden aldıkları ortalama puan 5,34 ± 3,74 idi (Şekil 1). Huzurevinde yaşayanların %48.1'i (38 kişi) ölçekten 6 ve üzerinde puan almışken kendi evinde yaşayanlarda bu %34,2 (27 kişi) idi. Bu fark istatistik açıdan anlamlı düzeyde değildi.



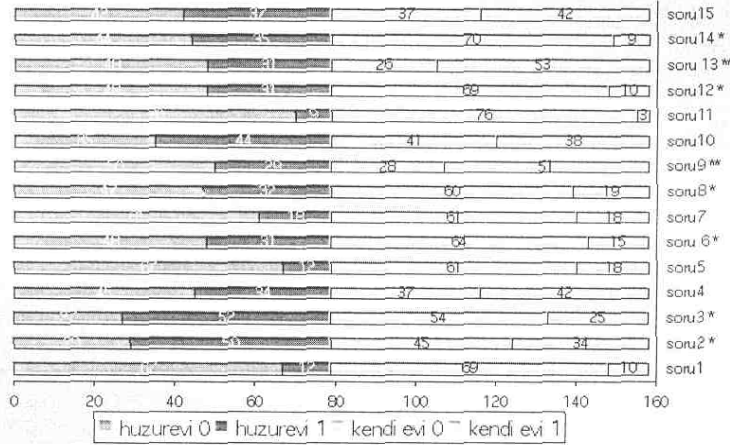
ŞEKİL 1 GDÖ puanlarının dağılımı

($X^2 = 3.163$; $p = 0,106$). Huzurevinde yaşayanların ortalama GDÖ puanı 5.78 ± 3.94 iken kendi evinde yaşayanlarda $4.90 \pm 3,48$ idi ve bu fark da anlamlı düzeyde değildi ($t = 1,496$; $p = 0,137$).

GDÖ'den 6 ve üzerinde puan alan kadınlar %52,6 (20 kişi) iken, erkeklerde bu oran %37,5'de (45 kişi) kalmıştı. Ancak bu fark da anlamlı düzeyde değildi ($X^2 = 2,729$; $p = 0,130$). Kadınlarda ortalama GDÖ puanı $6,66 \pm 3,87$ iken erkeklerde bu puan $4,93 \pm 3,61$ idi ve kadınlara kıyasla anlamlı düşüktü ($t = 2,534$; $p = 0,012$).

GDÖ'den 6 ve üzerinde puan alanların yaşları ortalama $71,05 \pm 5,98$; 5 ve daha az puan alanların yaşları ise ortalama $69,27 \pm 5,65$ idi. Yağlar arasındaki fark anlamlı düzeyde değildi ($t = 1,899$; $p = 0,059$).

GDÖ'nün 15 sorusuna verilen yanıtlar huzurevinde ve kendi evinde yaşayanların cevapları açısından karşılaştırıldı. 1. 4. 5. 7. 10. 11 ve 15. soruların yanıtları iki grupta anlamlı fark oluşturmazken (sırasıyla $X^2 = 0,211$; $1,623$; $1,481$; $0,000$; $0,913$; $3,247$; $0,633$; $p > 0,05$), 9 ve 13. sorulara kendi evinde yaşayanlar (sırasıyla $X^2 = 12,555$; $p = 0,001$ ve $X^2 = 12,302$; $p = 0,001$), 2. 3,6, 8, 12 ve 14. sorulara ise huzurevinde yaşayanlar (sırasıyla $X^2 = 6,507$; $p = 0,017$; $X^2 = 18,468$; $p < 0,001$; $X^2 = 7,581$; $p = 0,008$; $X^2 = 4,893$; $p = 0,041$; $X^2 = 14,525$; $p < 0,001$ ve $X^2 = 21,293$; $p < 0,001$) daha fazla olumsuz yanıtlar vermişlerdir. GDÖ'ye verilen yanıtların sorulara göre dağılımları Şekil 2'de görülmektedir.



ŞEKİL 2 GDÖ sorularına verilen yanıtların dağılımı (0: olumlu, 1: olumsuz yanıt)

* huzurevinde yaşayanlarda olumsuz yanıtlar anlamlı fazla

** kendi evinde yaşayanlarda olumsuz yanıtlar anlamlı fazla

TARTIŞMA

Yaşlılıkta oluşan depresyon için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluğa veya kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendine yeterli olmamak gibi koşulların depresyon için zemin hazırladığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (1). Yaşlılıktaki depresyonun gidişini etkileyen terazinin diğer kefesindeki olumlu koşullar olarak ise iyi işlevsellik, uğraşların olması, düzenli sağlık kontrolü, sosyal yönden aktif olma, düzenli beslenme, iyi görme, iyi bilişsel düzey, eşiyile beraber yaşama, aile bağlarının güçlü olması, iyi gelir düzeyi ve bireyin tanıdık olduğu çevrede bulunması sayılabilir. Bu bağlamda alınacak sosyal desteğin önemi ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde majör depresyon yaygınlığı %6, depresif belirtiler %11 olarak saptanmıştır (9). Yurtdışında, çeşitli nedenlerle doktora başvuran 65 yaş üzerindeki hastaların yaklaşık % 15'inde huzurevlerinde kalanların %25'inde depresyon olduğu öne sürülmekteyken (7) ülkemizdeki bir çalışmada kendi evlerinde yaşayanlarda %29 huzurevlerinde yaşayanlarda ise %41 gibi yüksek bir oranda depresyon bulunmuştur (4).

Bizim çalışmamızda GDÖ'den kendi evinde yaşayanlarda %34,2 ve huzurevinde yaşayanlarda % 48,1 oranında anlamlı yüksek skorlar alınmıştır. Bu sayılar ülkemizde elde edilen diğer sayılarla uyumludur. Aradaki farkın anlamlı saptanamamağı örneklem sayısının azlığına bağlanmıştır. Son bir yıl içinde ülkemizde yaşanan kötü ekonomik şartların depresif semptomatolojiyi artırıcı etki yaptığı da söylenebilir.

Toplum içinde 1/3 ve huzurevinde 1/2 vakada GDÖ'nden anlamlı yüksek skorlar alınması yaşlılarımız için yeterli sosyal destek veremediğimizi ve depresyon için uygun sağlık bakımı sağlamadığımızı göstermektedir. Bu konudaki uygulamaların gözden geçirilmesi uygun olacaktır.

Çalışmanın ilgi çekici sonuçlarından biri farklı soruların iki grup arasında farklı cevap dağılımları göstermesi olmuştur. Bu bulgu huzurevinde yaşayan yaşlıların depresyonlarının kendi evinde yaşayanlardakinden farklı olduğuna işaret etmektedir. Bu farklılıkların belirlenmesi depresyon hastalarına yaklaşımda farklı stratejiler kullanılması gereğine dikkat çekmektedir.

Kendi evinde yaşayanlarda daha yüksek olumsuzluk gösteren 9 ve 13 sorulardır. 9 soru içeriği incelendiğinde kendi evlerinde yaşayan yaşlıların daha fazla sosyal izolasyon yaşadıklarını göstermektedir. Huzurevi belli düzeyde sosyalizasyon sağlayabilmektedir. 13. sorudan anlaşılan ise huzurevinde kalanların kendilerini daha enerjik hissettikleridir. 2, 3, 6, 8, 12 ve 14. sorularda ise huzurevinde kalanlar daha fazla olumsuz yanıtlar vermişlerdir. Bu soruların içeriklerine bakıldığında ise yaşlıların huzurevinde kalırken alışkın oldukları yaşam tarzından uzaklaşmış ve belki de bununla bağlantılı olarak kendilerini değersiz ve umutsuz hissettikleridir. Kötü şeylerin olacağından daha fazla korkmaları ise araştırılması gereken bir konudur ve eşlik eden psikiyatrik sorunlara işaret edebilir.

SONUÇ

Depresyon yaşlılığın önemli sorunlarından biri olmayı sürdürmektedir. Huzur evlerindeki yaşlıların bu rahatsızlığa yakalanma riskleri daha yüksek olduğundan bu kurumlarda sağlık hizmeti verenler daha dikkatli olmalıdırlar. GDÖ risk altındaki bireylerin ortaya çıkarılmasında güvenle kullanılabilecek bir araçtır.

KAYNAKLAR

1. Aktürk Z, Şahin EM, Dağdeviren N, Özer C. Türkçeleştirilmiş geriatrik depresyon skalasının iç güvenilirlik analizi. V, Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. 27-30 mart 2002 Adana. Kongre Programı ve Kitabı: 442
2. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2(4): 173-178
3. Aydın ZD. Yaşlanan Dünya Ve Geriatri Eğitimi. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2(4): 179-187
4. Copeland JRM, Dewey PA. Yaşlılarda depresyon. Cev. İncila Kaplan. Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 3(1): 3-7.
5. Daly MP, Taler GA. Care of the elderly. In: Rakel ER (Ed): Textbook of Family Practice 5th Edition. W.B.Saunders 1995: 78-129
6. Kaya B. Yaşlılık ve depresyon-(1) Tanı ve değerlendirme. Turkish Journal Of Geriatrics 1999; 2 (2): 72-82
7. MIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. JA-MA 1992; 268 (8): 1018-1024
8. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. 1999: 13-18
9. Uçku R, Küey L. Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 1992; 29: 15-20
10. WHO/OMS. Fifty Facts From The World Health Report 1998. <http://www.who.org/whr/1999factse.htm>.
11. Victor M. The Neurology of Aging. In: Adams RD, Victor M. Ropper AH (Ed); Principles of Neurology. Sixth International Edition. Mc Graw Hill Co. 1997: 608-20