

# 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki

Elçin Balcı<sup>a</sup>, Vesile Şenol<sup>b</sup>, Ertuğrul Eşel<sup>c</sup>, Osman Günay<sup>d</sup>, Ferhan Elmalı<sup>e</sup>

### Özet

**Amaç:** Ülkemizde yaşlı nüfus artmakta ve yaşlılık dönemi sorunları da giderek önem kazanmaktadır. Yaşlı bireylerin zihinsel sağlıkları ve beslenme durumları birbiriyle ilişkilidir ve özenle ele alınmalıdır. Bu çalışmada 65 yaş üstü bireylerde depresyon ve malnutrisyon oranları, depresyonu etkileyen faktörler ve malnutrisyon-depresyon ilişkisi araştırılmıştır. **Yöntem:** Çalışma; Kayseri ili Hacılar ilçesinde 65 yaş ve üzerinde olan 101 kişide yapılmıştır. Olası depresyon tanımlaması için Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), beslenme durumu tespiti için Mini Nutrisyon Anketi (MNA), yüz yüze görüşme yöntemiyle sorgulanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya alınan 101 kişinin yaş ortalaması 73.63 ± 5.74 (min:65-max:94) yıldır. Grubun %83.2'si halen kendi evinde yaşamakta olup, %74.3'ünde en az bir kronik hastalık mevcuttur. Depresyon puanlarına göre %7.9'unun depresif yakınmaları mevcuttur. Depresyon puanı ortalaması: 10,26 ± 5,48 (min:1-max:23) dir. Kadınlarda, aylık ortalama eğitim ve geliri düşük olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, diyet uygulayanlarda depresyon puanları daha yüksektir. Beslenme puanlarına göre %4.0'ünde malnutrisyon, %66.3'ünde malnutrisyon riski mevcuttur. Depresyon puanı ile yeme puanı arasında ilişki vardır. Beslenme puanı düştükçe (malnutrisyon), depresyon puanı (depresyona doğru) artmaktadır. **Sonuç:** Depresyon puanları kadınlarda, düşük eğitim ve gelir düzeyi olanlarda, kronik hastalık varlığında ve beslenmesi kötü olan yaşlı bireylerde yüksekti. Yaşlılık döneminde depresyon ve beslenme bozukluklarının birbirine yol açabilen durumlar olarak çok yönlü ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, depresyon, malnutrisyon

## The Relationship between Malnutrition and Depression in People Aged Over 65 Years

### Abstract

**Objective:** The nutritional status and mental health of elderly people are related to each other and must be handled carefully. In this study we evaluated the rates of depression and malnutrition, factors affecting depression and the relationship between malnutrition and depression. **Method:** A hundred and one people aged over 65 and living in Hacılar town of Kayseri city were included in this study. The Geriatric Depression Scale (GDS) and Mini Nutritional Assessment (MNA) scale were used for evaluating depression and nutritional status, respectively.

---

<sup>a</sup> Yrd.Doç., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>b</sup> Yrd.Doç., Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Meslek Yüksek Okulu, Kayseri

<sup>c</sup> Prof., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>d</sup> Prof., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>e</sup> Yrd.Doç., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Kayseri

**Sorumlu Yazar:** Elçin Balcı, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri. Tlf: 0532 7419133, E-posta: ebalci@erciyes.edu.tr

*Geliş tarihi: 05 Eylül 2011, Kabul tarihi: 06 Şubat 2012*

*Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(1)*

**Results:** According to the elderly person's depression scores, 7.9% were depressive. The average depression score was  $10.27 \pm 5.48$  (min:1-max:23). Depression scores were high for women, low income and presence of chronic disease. Based on the malnutrition score, 4.0% had malnutrition and 66.3% had risk of malnutrition. There was a correlation between depression and nutrition scores; as the depression score increases (depression) the nutrition score decreases (malnutrition). **Conclusion:** Depression scores were higher for women and in relation to low income, low educational status, presence of chronic disease and bad nutritional status of the elderly person. Thus, it may be concluded that depression and nutritional disorders must be handled as multifaceted issues that may affect each other.

**Key Words:** Aged (elderly), depression, malnutrition

## Giriş

Dünyada yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak yaşlılık dönemi sorunları da giderek önem kazanmaktadır.<sup>1</sup> Yaşlılarda sendromik düzeyde olmasa bile depresif semptomlar sık görülür. Bu depresif bozukluklar; yaşam kalitesini, üretkenliği bozar, kognitif bozulmalara yol açar ve nöroendokrin kaynaklı birçok kronik hastalığın semptomlarını baskılayarak da bu hastalıkların geç tanı almasına, kliniğinin kötüleşmesine neden olur ve bu gibi nedenlerle büyük ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar.<sup>2</sup>

Yaşlı bireylerin kaliteli yaşam sürebilmeleri için iyi beslenmeleri gerekir. Yaşlılık dönemindeki beslenme durumu hastalıkların gelişimi ve seyri açısından çok önemli bir role sahiptir.<sup>3</sup> Oluşacak "malnutrisyon" ve "malnutrisyon riski" durumu, yaşlılık döneminde var olan hastalıkları ağırlaştıracak, tedavi başarısını azaltacak ve maliyet yükselmesine neden olacaktır.

Depresyonun etiyojisi tam olarak anlaşılammıştır. Depresyon etiyojisinde beslenmenin etkileri ise daha az araştırılmış bir konudur. Beslenmenin zihinsel sağlık üzerindeki etkilerinin anlaşılması, ağır beslenme yetersizliklerinin nörolojik ve psikolojik etkilerinin gözlenmesinden kaynaklanmıştır. Yetersiz beslenme, bir ya da daha çok besin öğesinin eksikliğine yol açarak normal beyin işlevlerini (örneğin enzimatik aktivite, hücrel ve oksidatif süreçler, reseptör işlevleri, sinyal geçişi, nöronal dokunun tamiri vs.) etkilemek suretiyle psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilmektedir.<sup>4</sup> Bunun

yanı sıra yaşlılarda depresyonun varlığı da malnutrisyon riskini artırmakta ve bu şekilde bir kısır döngü oluşmaktadır.<sup>5</sup>

Bu saha çalışmasında 65 yaş üstü bireylerde depresyon hızları malnutrisyon durumu, depresyonu etkileyen faktörler ve malnutrisyon - depresyon ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

## Yöntem

Kayseri ili Hacılar ilçesi, il merkezine 10 km kadar uzaklıkta, yaz mevsiminde ilçeye göçle nüfusu artan, kışın yaşlı nüfusun ağırlıklı olarak kaldığı bir merkezdir. İlçede yaz kış sürekli yaşamakta olan, bölge sağlık ocağında kayıtlı 65 yaş ve üstü 231 kişiden, %50 örnekleme 116 tanesine evlerinde ziyaret edilerek ulaşılmaması hedeflenmiştir.

Bu kişilerden ikisi çalışma başladıktan kısa süre sonra vefat ettiği için ziyaret edilemeden listeden çıkarılmış, aynı yaş ve cinsiyetten yeni iki örnek seçilmiştir. Bir kişi konuşamayacak derecede ağır hasta olduğu için görüşme yapılamamış, bir kişi yatağa ve tekerlekli sandalyeye bağımlı olduğu için ölçümleri sağlıklı gerçekleştirilemediğinden, altı kişiye de çalışma süresi içinde iki kez ev ziyaretine rağmen ulaşılamadığından çalışmaya alınmamışlardır. Ön görüşmeyi kabul eden 108 kişiye çalışmayla ilgili bilgi verilmiş, yapılacak ölçümler anlatılmıştır. Yedi kişi ölçümleri reddettiği için çalışma dışında bırakılmıştır. Onamı alınan, katılmayı kabul ettiğini sözel ifade eden 101 kişi ile çalışma yürütülmüştür (ulaşma yüzdesi 87).

Veri toplama aşamasında görevli olan kişiler anket uygulaması ve ölçümler için eğitim almışlardır. Çalışmanın ön

uygulaması Kayseri merkezinde bir sağlık ocağı bölgesinde rastgele seçilen 65 yaş üzeri 10 yaşlıda yapılmıştır. İki araştırmacı arası ve araştırmacıların kendi ölçümleri arasındaki farklılıklar da gözden geçirilerek ankete son şekli verilmiştir. Ön uygulamada yapılan anketler ve ölçümler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Kişilere sosyodemografik özellikleri belirleyen sorular, standart Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve Mini Nutrisyon Anketi (MNA) soruları yöneltilmiştir.

GDÖ; Yesavage ve arkadaşları tarafından (1983) yaşlı popülasyonu için oluşturulmuş 30 soruluk bir ölçektir. Ülkemiz için geçerlik güvenirliği Ertan ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır.<sup>6</sup> Bazı sorulara verilen evet yanıtları 0, hayır yanıtları 1 olarak kodlanırken, bazı sorularda kodlama ters yöndedir. Elde edilen toplam puan “depresyon puanı”nı ifade eder. Bu puanın yükselmesi (olası) depresyon varlığına işaret eder. Toplam puan 0-30 arasında olabilir. Çalışmamızda GDÖ’den 0-10,9 puan alanlar “normal”, 11-13,9 puan alanlar “orta depresif yakınmaları olanlar”, 14 puan ve üzeri alanlar “depresif yakınmaları olanlar” olarak sınıflandırılmışlardır. Lojistik regresyon analizi yapılacağı zaman “orta depresif yakınmaları olanlar”, ve “depresif yakınmaları olanlar” grupları birleştirilmiş ve “depresif yakınmaları olanlar” olarak sınıflandırılmışlardır.

MNA; beslenme ile ilgili sorular sorulardan elde edilen puanlar yardımıyla kişinin beslenme durumunu, en yüksek toplam puan 30 olacak şekilde, 0-16 puan arası “malnutrisyon”, 17-23 puan arası “malnutrisyon riski”, 24 puan ve üzeri “beslenme durumu iyi” olarak tanımlayan bir ankettir.<sup>7</sup>

MNA soruları içinde yer alan ve beslenme puanı hesaplanmasında kullanılan Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplaması için gereken boy ölçümleri ayakkabısız olarak, mümkün olan en dik pozisyonda ileriye bakarken duvara yapıştırılan mezura ile yapılmıştır. Vücut ağırlığı, ayakkabısız olarak dik pozisyonda ileriye bakarken, 100 grama hassas dijital baskül ile tespit edilmiştir. BKİ, vücut ağırlığının (kilogram

cinsinden) boyun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır.

Anket uygulaması sonrasında anketlerin standart değerlendirmeleri gereği kişilerin boy, vücut ağırlığı, orta kol çevresi ve baldır çevresi gibi ölçüm sonuçları kişilerin ifadeleri olmayıp, bizzat araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Ölçümler katılımcıların mahremiyetleri korunarak, üzerlerinde iç çamaşırları olacak şekilde ve ikişer kez gerçekleştirilmiş, bulunan iki değer ortalaması veri olarak kaydedilmiştir. Deneklerde antropometrik ölçümler önerilere uygun olarak yapılmıştır.<sup>6</sup>

Orta kol çevresi ölçümü için; kol dirsekten 90° bükülüp, omuzda akromial çıkıntı ile dirsekte olekranon çıkıntı arası nokta işaretlenmiş, kolun bu noktadan çevresi mezura ile ölçülmüş, santimetre (cm) cinsinden kaydedilmiştir.

Baldır çevresi ölçümü için; kişi sırt üstü yatarken bacak dizden 90° bükülmüş, en geniş baldır çevresinden ölçüm yapılmış ve elde edilen değer santimetre (cm) cinsinden kaydedilmiştir.

Ölçüm ve anket uygulaması bittikten sonra her bireye beslenmeleri ile ilgili eğitim yapılmış, olduysa soruları yanıtlanmış, depresyon şüphesi ve beslenme sorunu tespit edilenler için yakından takip edilebilmeleri için bağlı oldukları sağlık birimine bilgi verilmiştir.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve depresyon durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Analizde tümel model uygulanmış ve modele alınan ve depresyonu etkilediği düşünülen tüm bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, yaşadığı yer, kronik hastalık varlığı, beslenme puanı) tek tabloda gösterilmiştir.  $p < 0.05$  değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

Bu çalışma için; Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak Etik Kurul Onayı Belgesi Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden, idari çalışma izni Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve Hacılar Kaymakamlığı’ndan alınarak yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin sözlü onamları alınmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılmayı kabul eden 101 kişinin yaş ortalaması  $73.63 \pm 5.74$  (min=65-max=94) yıldır. Katılımcıların %51.5'i kadındır. Evli olanlar %58.4 olup, grubun %65.3'ünün okuma yazması dahi yoktur. Aylık geliri 500 TL ve altı olanlar %64.4'lük grubu oluşturmaktadır. Grubun %83.2'i halen kendi evinde, %16.8'i çocuklarının yanında yaşamaktadır (Tablo 1a).

Tablo 1a. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çalışma Grubunun Dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
<b>Yaş grupları</b>		
65-69	28	27.7
70-74	39	38.6
75-79	24	23.8
80 +	10	9.9
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	49	48.5
Kadın	52	51.5
<b>Medeni durum</b>		
Evli	59	58.4
Esi ölmüş	42	41.6
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	66	65.3
Okur yazar	22	21.8
İlkokul mezunu	11	10.9
Ortaokul mezunu	2	2.0
<b>Aylık ortalama gelir düzeyi (TL)</b>		
500 ve altı	65	64.4
501 ve üstü	36	35.6
<b>Yaşadığı yer</b>		
Kendi evinde	84	83.2
Çocuğunun yanında	17	16.8
<b>Tanısı konulmuş kronik hastalığı</b>		
Var	75	74.3
Yok	26	25.7
<b>Diyet önerilme durumu</b>		
Hayır	18	17.8
Evet	57	56.4
Yanıtlamadı	26	25.7
<b>Diyet uygulama durumu</b>		
Hayır	12	11.9
Evet	48	47.5
Yanıtlamadı	41	40.6
<b>Düzenli ilaç kullanma durumu</b>		
Hayır	15	14.9
Evet	60	59.4
Yanıtlamadı	26	25.7
<b>Toplam</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>

Katılımcıların %59.4'ü düzenli ve sürekli ilaç kullanmaktadır. Yüzde 56.4'üne hastalıkları nedeniyle doktorları tarafından özel diyet uygulaması önerilmiştir. Önerilen diyeti uyguladığını söyleyenlerin sıklığı %47.5'tir (Tablo 1a).

Evli olanların yaklaşık %90'ı kendi evinde yaşarken, eşi ölenlerin %26.2'si çocuğunun yanında yaşamaktadır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=4.499$ ,  $p<0.05$ ).

Kadınların %94.2'si, erkeklerin %53.1'i kendilerinde en az bir kronik hastalık olduğunu ifade etmişlerdir ve cinsiyetler arasındaki fark anlamlıdır ( $\chi^2=22.369$ ,  $p<0.01$ ).

Depresyon puanı ortalaması:  $10.27 \pm 5.48$  (min=1-max=23) dir. Depresyon puanlarına göre %7.9'u depresif yakınması olanlar, %45.5'i orta derecede depresif yakınması olanlar, %46.5'i normal olarak bulunmuştur (Tablo 1b).

Tablo 1b. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çalışma Grubunun Dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
<b>Beslenme puanına göre gruplama</b>		
Malnutrisyon	4	4.0
Malnutrisyon riski	67	66.3
Beslenmesi iyi	30	29.7
<b>Depresyon durumu</b>		
Normal	47	46.5
Orta derecede depresif yakınmalar	46	45.5
Depresif yakınmalar	8	7.9
<b>Toplam</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>

Kadınlarda ( $\chi^2=6.121$ ,  $p<0.05$ ), aylık ortalama geliri düşük olanlarda ( $\chi^2=7.320$ ,  $p<0.05$ ), kronik hastalığı olanlarda ( $\chi^2=7.759$ ,  $p<0.05$ ) depresyon puanları daha yüksektir.

Beslenme puanı ve depresyon puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ( $r=-0.464$ ,  $p<0.001$ ) korelasyon mevcuttur (Şekil 1). Beslenme puanı düştükçe yani malnutrisyona doğru kaydıkça; depresyon

puanı artmaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Depresyon puanı; yaş gruplarına ( $\chi^2=4.714$ ,  $p>0.05$ ), medeni duruma ( $\chi^2=1.651$ ,  $p>0.05$ ), eğitim durumuna ( $\chi^2=11.613$ ,  $p>0.05$ ), yaşadıkları yere ( $\chi^2=2.368$ ,  $p>0.05$ ), ilaç kullanma durumlarına göre ( $\chi^2=3.116$ ,  $p>0.05$ ) gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Depresif yakınması olanlardan hiçbiri kendi sağlık durumunu “çok iyi” diye tanımlamamıştır, %50’si “iyi”, %50’si ise “iyi değil” yanıtını vermişlerdir ( $\chi^2=31.949$ ,  $p<0.001$ ).

Tüm grubun yaklaşık %20’sinin bilinçli bir kilo takibi yoktur ve kilo

kayıplarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Depresif yakınması olanlarda 3 kg.dan fazla kilo kaybı anlamlı olarak fazladır ( $\chi^2=18.412$ ,  $p<0.01$ ).

Beslenme puanı ortalaması  $21.68\pm 3.28$  (min=13.50 - max=29) dir. Beslenme puanlarına göre %4.0’ünde malnutrisyon, %66.3’ünde malnutrisyon riski mevcut olup %29.7’nin beslenmesi iyidir (Tablo 1b).

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre depresyon puanı; gelir düzeyi düşük olanlarda 3.49 kat daha yüksektir (Tablo 2).

Tablo 2. Depresyon Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenler	Gruplar	n	(Olası)		$\chi^2$	p	OR 95.0% C.I.
			Depresyon Sayı	%			
- Yaş (sayısal)							1.057 (0.967-1.154)
- Cinsiyet	Erkek	49	20	40.8	6.120	<0.05	1.000
	Kadın	52	34	65.4			1.176 (0.342-4.044)
- Medeni durum	Evli	59	30	50.8	0.391	>0.05	1.000
	Evli değil	42	24	57.1			0.439 (0.131-1.464)
- Gelir durumu	501 TL ve üzeri	65	41	63.1	6.771	<0.05	1.000
	500 TL ve altı	36	13	36.1			3.494 (1.084-11.268)*
- Eğitim durumu	İlkokulu bitirmemiş	66	43	65.1	10.458	<0.05	1.000
	İlk ve ortaöğretim	22	7	31.8			0.391 (0.112-1.374)
	Lise ve üzeri	13	4	30.8			0.495 (0.099-2.473)
- Yaşanılan yer	Kendi evinde	84	47	56.0	1.241	>0.05	1.000
	Çocuğunun yanında	17	7	41.2			0.406 (0.115-1.437)
- Kronik hastalık varlığı	Hastalık var	75	46	61.3	7.249	<0.05	1.000
	Hastalık yok	26	8	30.8			1.578 (0.442-5.637)
- Beslenme puanına göre	Normal beslenenler	30	9	30.0	9.445	<0.05	1.000
	Malnutrisyon ve riski	71	45	63.4			2.528 (0.818-7.817)

\*  $p<0.05$

## Tartışma

Çalışmada incelenen kadınların %94.2’si, erkeklerin %53.1’i kendilerinde en az bir kronik hastalık olduğunu ifade etmişlerdir. Ülkemizde daha önce yapılan bazı araştırmalarda da benzer oranlar bulunmuştur.<sup>9,10</sup>

Çalışmada depresyon puanı ortalaması:  $10.27\pm 5.48$  (min: 1 - max: 23) olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan pek çok çalışmada bu yaş grubunda benzer depresyon puan ortalamaları elde edilmiştir.<sup>11</sup> Şahin ve arkadaşlarının Edirne’de GDÖ kullanarak yaptığı çalışmada ortalama depresyon puanı  $5.34\pm 3.74$  olarak bizim bulduğumuz değerden oldukça düşük bulunmuştur. Bunun farklılığın nedeni o

çalışmada ölçeğin 30 soru ile değil 15 soru ile uygulanmış olması olabilir.<sup>12</sup>

Çalışmamızda GDÖ puanlarına göre katılımcıların %7.9’unun, depresif yakınmalara sahip oldukları bulunmuştur. Ülkemizde daha önce yapılan bazı çalışmalarda, 65 yaş üzeri kişilerde depresyon sıklıkları huzurevinde yaşayanlarda %10.2-68.9, kendi evlerinde yaşayanlarda %29 olarak bildirilmiştir.<sup>13-15</sup> Ülkemiz dışında yapılan çalışmalarda da, huzurevlerinde yaşayan yaşlı insanlardaki depresyon prevalansları %12.1 - 81.8 gibi çok değişen düzeylerde bildirilmiştir.<sup>16-20</sup> Kadınlarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğu benzer çalışmalarda da

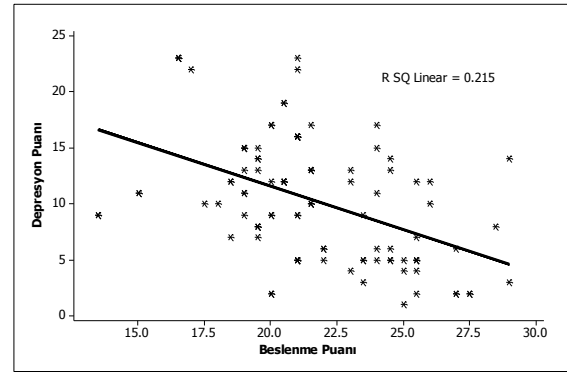
mevcuttur ve neredeyse klasik bir bilgi gibi kabul edilebilir.<sup>15,21</sup>

Yaşlılıkta görülen depresyonun risk faktörleri olarak kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik ve öğrenim durumu, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluğun ya da kronik bir rahatsızlığın bulunması gibi etkenlerin olduğunu bildiren pek çok çalışma mevcuttur.<sup>2,11,12,15</sup> Bu çalışmalara benzer olarak cinsiyet, eğitim seviyesi düşüklüğü ve gelir azlığı, kronik hastalık varlığı gibi etkenler görülmüş olsa da bu araştırmada farklı olarak depresyon puanları yaş grupları için ve yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Yaşlılık depresyon gelişmesi için özel bir risk durumu olarak kabul edilmemektedir ve yaş artışıyla depresyon sıklıklarında bir artış olmadığı kanaatini çalışmamızın bulguları da doğrulamaktadır. 65 yaş ve üzerinde yapılan bir diğer çalışmada bizim sonuçlarımızı doğrulayan sonuçlar mevcuttur. Yine aynı çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak; yalnız yaşıyor olmak depresyonla ilişkili bulunmamıştır.<sup>21</sup>

Çalışmada depresif yakınmaları olan gruptan kendi sağlık durumunu "çok iyi" diye tanımlayan olmamıştır. Depresif yakınmaları olanların %50'si sağlık durumlarını iyi, %50'si iyi değil diye ifade etmişlerdir. Bu bulgu bazı çalışmaların bulgularıyla benzerdir.<sup>9,14</sup> Burada depresyonun kişinin kendi sağlık algılamasını olumsuz yönde bozmuş olabileceği düşünülebileceği gibi, sağlığın hakikaten bozuk olmasının ikincil depresif bulgulara yol açmış olabileceği de varsayılabilir. Zira kronik hastalık varlığında depresyonun daha fazla olması da bu yorumu destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmada beslenme puanı ile depresyon puanı arasında ilişki bulunmuştur. Beslenme puanı düştükçe (malnutrisyona doğru kaydıkça) depresyon puanı (depresyona doğru) artmaktadır. Önceki bazı çalışmalarda da benzer bulgular bildirilmiştir.<sup>5,22</sup> Depresyon etiolojisinde beslenmenin etkileri, çok iyi anlaşılammış olan bir konudur. Depresyon varlığında azalan iştah ve yeterli ve dengeli

beslenmenin bozulması, ağır beslenme yetersizliklerinin nörolojik ve psikolojik rahatsızlıklara yol açtığı bilinmektedir. Beslenme yetersizliği, bir ya da daha çok besin öğesinin eksikliğine yol açarak normal beyin işlevlerini etkilemek suretiyle psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilmektedir.<sup>4</sup> Ayrıca yaşlılarda depresyonun varlığı da malnutrisyon riskini artırmakta ve bu şekilde bir kısır döngü oluşmaktadır.<sup>5</sup>



Şekil 1. Depresyon Puanı ile Beslenme Puanı Arasındaki İlişki  
r = - 0.464, p<0.001

## Sonuç

Bu çalışmada yaşlılardaki depresif yakınmaların cinsiyet, gelir durumu, öğrenim durumu, malnutrisyon ve kronik bir hastalığın varlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kadınlarda, gelir ve öğrenim düzeyi düşük olanlarda, kronik hastalık varlığında ve malnutrisyonu olanlarda depresif yakınmalar fazladır. Yaşlıların gelirlerini artırıcı düzenlemelerin yapılmasının, kronik hastalıklarla baş edebilecekleri desteğin verilmesinin depresyon sorununu azaltacağı ve kadın cinsiyetin ayrıca hassasiyetle ele alınmasının gerekli olduğu düşünülmüştür.

Yaşlılık dönemindeki beslenme bozukluklarının da depresif yakınmaları artırması ve birbirine yol açabilen durumlar olarak da çok yönlü ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

## Çalışmanın kısıtlılıkları

Bu araştırmayla her ne kadar bir ilçedeki 65 yaş ve üzeri tüm yaşlıların yarısı ele alındıysa da, bölgesel bir çalışma olduğundan ülkedeki tüm yaşlılar için genelleme yapılamaz.

## Kaynaklar

1. Health For All For The Twenty First Century, The Health Policy for Europe. World Health Organisation, Regional Office For Europe, Copenhagen, 1997:33.
2. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1):1-9.
3. Berner YN. Nutrition and aging. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(2):97-107.
4. Bodnar LM, Wisner KL. Nutrition and depression: Implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biol Psychiatry* 2005;58:679-85.
5. Saka B, Özkulluk H. İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nutrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnutrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50:151-7.
6. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri arşivi* 1997;34(1):67-71.
7. Ersoy G. Sağlıklı Beslen Sağlıklı Besle. *STED* 2006;15(11):11-2.
8. Bağcı Bosi AT. Yaşlılarda antropometri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;6(4):147-51.
9. Altay B, Avcı İA. Samsun Alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(2):139-46.
10. Keskinoglu P, Pıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006;16(1):21-6.
11. Çifçili S, Yazgan Ç, Ünalın P. Bir huzurevinde depresyon taraması sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(3):122-5.
12. Şahin EM. Huzurevinde ve ya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;6(1):10-3.
13. 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.
14. Altay B, Aydın Avcı İ. Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12(3):147-55.
15. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12(1):25-30.
16. Wada T, Ishine M, Sakagami T, et. all. Depression in Japanese community-dwelling elderly prevalence and association with ADL and QOL. *Arch. Gerontol. Geriatr* 2004;39:15-23.
17. Wada T, Ishine M, Kita T, Fujisawa M, Matsubahayshi K. Depression screening of elderly community-dwelling Japanese. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(1):1328-9.
18. Onder G, Liperoti R, Soldato M, Cipriani MC, Bernabei R, Landi F. Depression and risk of nursing home admission among older adults in home care in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) study. *J Clinical Psychiat* 2007;68(9):1392-8.
19. Lin PC, Wang HH, Huang HT. Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan. *J Clin Nurs* 2007;16(9):1719-5.
20. Jones RN, Marcantonio ER, Rabinowitz T. Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(10):140-9.
21. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8(3):129-33.
22. Gündoğdu RH. Yaşlılıkta Beslenme Durumu Ve Nutrisyon Desteği. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(44):10-9.