

## **Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması\***

NEVİN KUZU KURBAN<sup>1</sup>, MEHMET ZENCİR<sup>2</sup>, ASİYE KARTAL<sup>3</sup>, TÜRKER ŞAHİNER<sup>4</sup> Pamukkale Üniversitesi / Özel Anadolu Sağlık Merkezi

### **Öz**

**Amaç:** Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** MMDT puanı 16 ve üzerinde olan 38 hastaya ulaşılmıştır. Kontrol grubu olarak 77 hastaya ulaşılmıştır. Hastaların ve yaşlıların sosyo-demografik bilgileri, yaşam kalitesi (DUKE) ve depresyon düzeyleri (Geriatrik Depresyon ölçeği-GDÖ) hakkında bilgi toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U ve kıkare testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Geriatrik depresyon puanları karşılaştırıldığında AH olanların puan ortalaması 10,8±6,2, AH olmayanların 11,6±6,7'dir (p>0.05). Depresyon riski değerlendirildiğinde AD'lilerin 10'unda (%26,3), AD'li olmayanların 28'inde (%36,4) depresyon riski saptanmıştır (p>0.05). Bu çalışmada Duke yaşam kalitesi ölçeğine göre fonksiyonel sağlık alanında alınan puan ortalamaları AH olanlarda, AH olmayanlara göre daha düşük bulunmuş, disfonksiyonel sağlık alanında ise her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

**Sonuç:** AH olan ve olmayan yaşlılar arasında depresyon riski açısından fark yok iken, AH olan hastalar düşük yaşam kalitesine sahiptir.

**Anahtar sözcük:** Alzheimer hastalığı, yaşlı, geriatrik depresyon, yaşam kalitesi.

## **Comparison of quality of life and depression levels of elderly persons with Alzheimer's disease and not**

### **Abstract**

**Objective:** Aim of this study was to compare quality of life and depression levels of elderly persons with Alzheimer's disease and not.

\* Kuzu Kurban N, Zencir M, Kartal A, Şahiner T. "Evinde yaşayan Alzheimer Hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyinin karşılaştırılması". 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam kalitesi Kongresinde (25-27 Mart 2010) İzmir, poster bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> İletişim: Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu, Kongre Kültür Merkezi Binası, Kınıklı Kampusu, Denizli Tel: 0 258 2962555 e-mail: [nkuzu@pau.edu.tr](mailto:nkuzu@pau.edu.tr)

<sup>2</sup> Doç.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli

<sup>3</sup> Yrd.Doç.Dr., Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Denizli

<sup>4</sup> Prof.Dr., Özel Anadolu Sağlık Merkezi, Nöroloji Bölümü, Kocaeli.

**Method:** Thirty eighth patients with MMSE above 16 participated in this study. As a control group of 77 elderly was reached. Socio- demographic data, quality of life (DUKE) and depressions levels (Geriatric Depression Scale) was collected of patients and the elderly. Data was evaluated descriptive statistics, Mann Whitney U and chi-square test.

**Results:** Geriatric depression scores were compared mean score of those with AD  $10.8 \pm 6.2$ , not in AD  $11, 6 \pm 6, 7$  ( $p > 0.05$ ). According to depression risks was evaluated 10 (26, 3%) patients in AD, 28 (36, 4%) not in AD were at risk of depression ( $p > 0.05$ ). According to Duke Quality of life scale, the mean score of functional health in those with AD, were lower than those without AD; in the dysfunctional health area were not significantly different between both groups in this study.

**Conclusion:** Between AD and non AD elderly, while no significant difference in depression risks, patients with AD have lower quality of life.

**Key Words:** Alzheimer disease, elderly, geriatric depression, quality of life.

## Giriş

Yaşlı nüfusun giderek artması dünyada ve Türkiye’de başlıca problemlerden birisidir. Yaşlanma sürecine sıklıkla sağlıkla ilgili problemler eşlik etmektedir (Bilir ve Paksoy Subaşı 2006). Yaşlılarda sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında depresyon gelmektedir (Şahin 2000). Bazen depresyon demansa eşlik edebilen bir hastalıktır ve her iki durum da yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir (Serby ve ark. 2003).

Türkiye’de yaşlı nüfusun oranının 1990 ve 2008 arasındaki dönemde yüzde 4’ten yüzde 7’ye yükseldiği görülmektedir. Bu oran 5 milyonluk bir nüfusun 65 yaş üzerinde olduğu anlamına gelmektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008). Demanslı yaşlı sayısının 2030 yılında 63 milyona ve 2050’de 114 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (Wimo ve ark. 2003).

Yaşlılarda depresyon tanısı; hem hastalığın yeterince dikkate alınmamasından, hem de hastaya, ailesine ve doktorlara bağlı çeşitli nedenlerden dolayı sıklıkla atlanmakta ve depresyon belirtilerin başka nedenlerle (fiziksel rahatsızlık, ya da yaşlılık) ilintili olduğu aktarılmaktadır (Tamam ve Öner 2001; Penninx ve ark. 2000). Depresif semptomların da 65 yaş üzerinde görülme sıklığı çok değişmektedir. Genel popülasyonda %15-20 gibi oranlar verilirken, bakımevinde kalanlarda bu oranın %40’a yükseldiği, hastanede ise %50 civarında olduğu bildirilmektedir (Özmenler 2001). Alzheimer hastalarında %20 oranında depresif mizaç tanımlanmıştır (Ballard 1996). Genelde psikiyatrik görüşme yoluyla klinik depresyon tanısını araştıran çalışmalarda saptanan depresyon yaygınlığı, değerlendirme ölçekleri ile depresif belirtilerin tarandığı çalışmalarda bildirilen yaygınlık oranlarına göre düşük bulunmuştur (Tamam ve Öner 2001). Özellikle depresif belirti düzeyinin belirlenmesine yönelik yapılan ölçek çalışmalarının sonucunda depresif belirti riski taşıyan yaşlıların klinik tanı ile değerlendirilmesi için mutlaka hekime sevk edilmesi önerilmektedir (Özen Çınar ve Kartal 2008).

Depresyon yaşlılık döneminin önemli bir sağlık sorunudur ve bu yaş grubunda en sık rastlanan ruhsal sorundur. Önemli yeti yitimlerine neden olur, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır (Serby ve You 2003). Bazen de depresyon demansın öncü belirtisi olabilmektedir. Demansla birlikte olabilmesi ve demansın öncü belirtisi olabilmesi nedeniyle de yaşlılarda özel bir önem taşımaktadır (Göktaş ve Özkan 2006; Serby ve You 2003). Alzheimer hastalarında hastalığın ilk evresinde hafif düzeyde unutkanlık vardır ve kişiler çoğunlukla bellek bozukluğundan yakınır ve ilk dönemlerde hastalar bellek bozukluğunun farkında oldukları için çoğu zaman bu tür bir yeti yitimine anksiyete ve/veya depresyon semptomları ile tepki gösterirler (Eker 1998)

Wada ve ark. (2004) yaşlı depresiflerde yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, depresif yaşlılarda yaşam kalitesini depresif olmayan yaşlılardan anlamlı derecede düşük bulmuşlardır. Depresyon kolaylıkla tedavi edilen bir hastalık olmakla birlikte, aynı kolaylıkla tanınmaz; olgular beden yakınmalarını depresif duygu durumuna göre daha kolay anlattıkları ve aynı zamanda demans ve diğer beden hastalıklarının varlığının tanınıp güçleştirdiği belirtilmektedir (Göktaş ve Özkan 2006).

Yaşlıda depresyon tedavi edilmezse sosyal izolasyon ve yaşam kalitesinde düşme, aile ve toplum üzerindeki yükün artması, erken ölüm, intihar riskinin artması, işlev azalması ve genel sağlık durumunun bozulması gibi olumsuz sonuçlar yaratabilmektedir (Eker ve Noyan 2004). Yaşlı bireylerdeki depresyonun erken tanınması ve tedavisinin başlanması onların yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırır ve erken ölümleri önler (Serby ve Yu 2003).

Bu nedenlerle bu çalışmada evinde yaşayan Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

### **Yöntem**

#### **Gereç ve Yöntem**

DSM-4 kriterlerine göre daha önceden tanı almış ve Alzheimer Derneğine kayıtlı hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastalarda ayrıntılı değerlendirme için öykü ve klinik muayenenin yanı sıra nöropsikolojik değerlendirme, görüntüleme ve laboratuvar çalışmalarından da yararlanılmıştır. Hastaların bilişsel fonksiyonu, Türkçe Mini Mental Durum Testi (MMDT) ile değerlendirilmiştir.

Denizli Alzheimer Derneğine kayıtlı 77 hastadan MMDT puanı 16 ve üzerinde olan 47 hasta çalışmaya alınmış 38'ine ulaşılmıştır.

Hastalardan 5'ine evde en az iki kez gidilmesine rağmen bulunamaması, 4'ü de çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden çalışmaya alınamamıştır. Benzer yaş ve cinsiyette 94 yaşlı kontrol grubu olarak çalışmaya alınmış ve 77'sine ulaşılmıştır. Hastaların ve yaşlıların sosyodemografik bilgileri, yaşam kalitesi (DUKE yaşam kalitesi ölçeği), depresyon düzeyleri (Geriatrik Depresyon ölçeği-GDÖ) hakkında bilgi toplanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler

sağlık alanında eğitim almış, Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencileri tarafından toplanmıştır.

### **Veri toplama araçları**

Veri toplamada yaşlılara yönelik tanımlayıcı veri formu, DUKE ve GDÖ kullanılmıştır. Yaşlılara yönelik tanımlayıcı veri formu yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, kronik hastalık varlığı, kaldığı yer, kiminle birlikte kaldığı, gelir durumu ve sağlık güvencesi gibi soruları içermektedir.

GDÖ öz bildirime dayalı, yaşlılara yönelik geliştirilen ve ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir (Ertan ve ark 1997). GDÖ yanıtlaması kolay 30 sorudan oluşmaktadır. Başta uyku bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, vücutta ağrı ve sızılar gibi somatik belirtiler olmak üzere depresyon dışı nedenlerle oluşabilecek belirtilerin yer almadığı, yanıtları sadece “evet” ya da “hayır” şeklinde olan bir ölçektir. Depresyon lehine her yanıt bir puan, diğer yanıtlar sıfır puan değerindedir. Kesme noktası olarak (>14) depresyon varlığı olarak kabul edilmektedir (Tamam ve Öner 2001).

DUKE; 17 soruluk, katılımcının şimdiki sağlık durumunun 1 haftalık zaman süreci içinde değerlendirildiği genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek 11 alt skaladan, 6’sı fonksiyonel sağlık (fiziksel sağlık, mental sağlık, sosyal sağlık, genel sağlık, algılanan sağlık ve benlik saygısı) ve 5’i disfonksiyondan (anksiyete, depresyon, anksiyete-depresyon, ağrı ve yetersizlik) oluşmaktadır. Fonksiyonel sağlık alanında alınan puanların yüksek olması yaşam kalitesinin yükseldiğini, disfonksiyonel alanda ise puanlarının yüksek olması sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösterir (Parkerson, 2002; Kuzu ve ark., 2004).

Veriler Nisan-Haziran 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Denizli Alzheimer Derneğine kayıtlı olası tüm hastalar ve Alzheimer Hastalığı olmayan örneklem kapsamındaki bireyler telefonla aranarak, hastaların ruhsal durum ve yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik bir görüşmeye katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur ve görüşme için randevu alınmıştır. Hastalar ve yakınları çalışmanın amacını anladıktan ve sözel /yazılı onam verdikten sonra bireylerin kendi evlerinde yüz yüze görüşme yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, çeyrekler arası fark ve min-maks değerleri) kullanılmıştır. AH olan ve AH olmayan hastaların yaşam kalitesi ve depresyon puanlarının karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunluk durumuna göre t testi ve Mann Whitney U ve Ki-kare testleri kullanılmıştır. Tüm veriler SPSS 10,0 programında değerlendirilmiştir.

### **Bulgular**

AH olanların yaş ortalamaları 73,8+/-7,1, olmayanların 71,2+/-6,8’dir (p>0.05). AH olan hastaların MMDT: 21,7+/-3,2 (min-maks: 16-28); hastalık süreleri 4,2+/-4,1 (min-maks: 1 yıldan az-16 yıl)’dir.

AH olanların %50’si, olmayanların %53,2’si kadındır (p>0.05). AH olanların %71,1’i, olmayanların %71,4’ü evli; AH olanların %23,7’sinin, olmayanların %44,2’sinin formal eğitimi yoktur. AH olanların %42,1’inde, olmayanların

%71,4'ünde kronik hastalık vardır. AH olanların %78,9'u, olmayanların %88,3'ü kendi evinde kalmaktadır. AH Olanların %63,2'si, olmayanların %39'u eşi ile birlikte kalmaktadır (Çizelge 1).

**Çizelge 1.** Evinde yaşayan Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin sosyo-demografik ve bazı özelliklerinin dağılımı

<i>Alzheimer hastalığı</i>			
	<i>Olan</i>	<i>Olmayan</i>	
	S (%)	S (%)	p
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	19 (50.0)	41 (53.2)	0.897
Erkek	19 (50.0)	36 (46.8)	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	27 (71.1)	55 (71.4)	0.355
Bekar (Dul – Boşanmış)	11 (28.9)	22 (28.6)	
<b>Öğrenim Durumu</b>			
Formal eğitimi yok	9 (23.7)	34 (44.2)	0.005*
İlkokul	18 (47.4)	35 (45.5)	
Ortaokul ve üzeri	11 (28.9)	8 (10.4)	
<b>Kronik hastalık varlığı</b>			
Var	16 (42.1)	55 (71.4)	0.005*
Yok	22 (57.9)	22 (28.6)	
<b>Kaldığı yer</b>			
Kendi evi	30 (78.9)	68 (88.3)	0.073
Kira	4 (10.5)	8 (10.4)	
Akraba, çocuk	4 (10.5)	1 (1.3)	
<b>Kiminle birlikte kalıyor</b>			
Tek başına	4 (10.5)	16 (20.8)	0.012*
Eşim	24 (63.2)	30 (39.0)	
Çocuklarım	5 (13.2)	8 (10.4)	
Akrabalarım	2 (5.3)	--	
Eş+çocuklarım	3 (7.9)	23 (29.9)	
<b>Gelir Durumu</b>			
Geliri yok	5 (13.2)	5 (6.5)	0.527
Emekli aylığı	21 (55.2)	52 (67.5)	
Kira gelirine sahip	2 (5.3)	2 (2.6)	
Yakınları ve çocuklarından yardım	3 (7.9)	8 (10.4)	
Emekli aylığı+ek gelir	6 (15.8)	6 (7.8)	
Yakın+yaşlı aylığı	--	2 (2.6)	
Diğer	1 (2.6)	2 (2.6)	
<b>Sağlık güvencesi</b>			
Yok	2 (5.3)	8 (10.4)	0.001*
SSK	4 (10.5)	36 (46.8)	
Emekli sandığı	15 (39.5)	12 (15.6)	
Bağkur	17 (44.7)	16 (20.8)	
Yesilkart		5 (6.5)	
<b>Toplam</b>	<b>38 (100)</b>	<b>77 (100)</b>	

\*p<0.01

Bu çalışmada Duke yaşam kalitesi ölçeğine göre fonksiyonel sağlık alanında genel sağlık, mental, sosyal, algılanan sağlık puan ortalamaları AH olanlarda, AH olmayanlara göre daha düşük bulunmuş ( $p<0.05$ ), disfonksiyonel sağlık alanında ise disabilite alanı dışında diğer (anksiyete, depresyon, anksiyete- depresyon, ağrı) alanlarda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Çizelge 2).

**Çizelge 2.** Evinde yaşayan Alzheimer'lı hastalarla, Alzheimer hastalığı olmayan bireylerin yaşam kalitesi puanları karşılaştırılması

	<b>Alzheimer Hastalığı</b>		<b>p</b>
	<b>Olan</b>	<b>Olmayan</b>	
<b>Yaşam kalitesi alt alanları</b>	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>	
<b>Fonksiyonel Sağlık</b>			
Fiziksel	41.1±24.8	45.4±26.6	0.363*
Mental	35.3±15.4	42.3±14.5	0.017
Sosyal	37.4±15.0	43.5±12.6	0.023
Genel sağlık	37.9±11.0	43.8±11.1	0.009
Algılanan sağlık	27.6±30.1	44.2±35.3	0.018*
Öz saygınlık	33.4±16.0	32.5±13.1	0.734
<b>Disfonksiyonel Alan</b>			
Anksiyete	59.4±14.8	54.2±13.5	0.062
Depresyon	57.4±18.3	52.5±13.9	0.107
Anksiyete-depresyon	62.8±16.9	56.8±12.8	0.059
Ağrı	71.1±34.2	59.1±34.2	0.067*
Disabilite	98.7±8.1	91.6±22.1	0.014

\*Mann-Whitney U

<sup>a</sup> Ortalama (Standart Sapma)

<sup>b</sup> Ölçek = 0-100, fonksiyonel sağlık puanlarının yüksek olması sağlıklı ilgili yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, disfonksiyonel sağlık puanlarının yüksek olması sağlıklı ilgili yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösterir

<sup>c</sup> Ölçek = 0= en kötü sağlık durumunu, 100=en iyi sağlık durumunu gösterir

<sup>d</sup> Kuzu ve ark. 2004.

Geriatrik depresyon puanı açısından karşılaştırıldığında AH olanlarda 10.8±6.2, AH olmayanlarda 11.6±6.7 bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Kesme noktasına göre ( $>14$ ) depresyon varlığı değerlendirildiğinde AH olanların 10'unda (%26.3), AH olmayanların 28'inde (%36.4) depresyon riski saptanmıştır (Çizelge 3) ( $p>0.05$ ).

**Çizelge 3.** Evinde yaşayan Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin depresyon puanlarının karşılaştırılması

	<b>Geriatrik Depresyon Puanı</b>			
	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Min-maks</b>	<b>14 puan ve üzeri Sayı (%)</b>
Alzheimer hastalığı olan yaşlı	10.8±6.2	10 (10.3)	1-28	10 (26.3)
Alzheimer hastalığı olmayan yaşlı	11.6±6.7	11 (9.0)	0-29	28 (36.4)
<b>p</b>	<b>0.619*</b>			<b>**0.386</b>

\*Mann-Whitney U \*\* Ki-Kare

### **Tartışma**

#### ***Alzheimer hastalığı olan ve olmayan bireylerin yaşam kalitesi puanları***

Son yıllarda Alzheimer'lı hastalarda yaşam kalitesi kavramı önem kazanmıştır. Yine de Alzheimerlı hastaların zaman içinde yaşam kalitesinin nasıl değiştiğine yönelik bilgiler sınırlıdır (Selwood ve ark. 2005). Hastaların MMDT ile yaşam kalitesi puanları arasında da ilişki olduğu ifade edilmektedir (Gonzaâ Lez-Salvador ve ark. 2000).

Bu çalışmada Duke yaşam kalitesi ölçeğine göre fonksiyonel sağlık alanında alınan puan ortalamaları AH olanlarda, AH olmayanlara göre daha düşük bulunmuş, disfonksiyonel sağlık alanında ise her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Alzheimer'lı bireylerde hastalığın hafıza ve diğer bilişsel becerileri etkilemesinden dolayı yaşam kalitesini değerlendirmek oldukça zordur (Whitehouse ve ark. (1997). Bilişsel işlev bozukluğu nedeniyle hastaların içgörülerini ve kendini değerlendirme kapasiteleri kaybolur ve hastalar son deneyimini ve duygularını unutabilir. Ayrıca demanslı hastalar bu hafıza kaybı durumunu fark edemeyebilirler. Bu nedenle hastalar bazı durumlarda güvenilir bilgi kaynağı olarak görülmemektedir (Coucill ve ark. 2001). Hurt ve ark. (2009) orta dereceli demansta içgörü bozulduğundan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Hurt ve ark, 2009). Baltes ve Mayer'in (1999) çalışmasında demansı olan ve olmayan yaşlı bireylerin subjektif iyi olma hallerine bakıldığında, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Zank and Leipold (2001) ciddi demanslı hastalara göre hafif demanslı bireylerin daha fazla depresif semptom ve daha az yaşam doyumu hissettiklerini belirtmektedirler. Demansın derecesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu ve demans düzeyi daha ciddi olduğunda subjektif yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir (Albert et al., 1996; Zank and Leipold, 2001). Bu çalışmada Alzheimerlı hastaların bilişsel işlev bozukluğu nedeniyle içgörülerini ve kendini değerlendirme kapasitelerinin kaybolma durumu göz önüne alındığında, iki grup arasında disfonksiyonel sağlık alanında fark olmamasının bu durumdan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

#### ***Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin depresyon puanları***

Depresyon ve demans yaşlı popülasyonda en sık karşılaşılan nöropsikiyatrik sendromlardandır (Şahin 2000). Yaşlılık çağı depresyonunun gelişiminde çok çeşitli faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Bu faktörler arasında psikososyal nedenler, yaşlılık döneminde sıklığı artan bedensel hastalıklar ve kullanılan ilaçlar ön plana çıkmaktadır (Tamam ve Öner 2001). Alzheimer hastalığında da depresif belirtilerin sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir. Şahin (2000) yapılan araştırmalarda Alzheimer hastalığında depresif belirtilerin sıklığının %0-86 gibi birbirinden çok farklı sonuçlar olarak bildirilmiş olduğunu ve bu hastaların yaklaşık yarısında klinik olarak önemli olabilecek düzeyde depresyonun bulunduğunu aktarmaktadır. Alzheimer hastalığında ortaya çıkan depresyonların yaşlılık döneminde görülen depresyonlardan klinik olarak belirgin farklılık göstermediğini belirtmektedir (Şahin 2000).

Bu çalışmada Geriatrik depresyon puanı açısından AH olanlarla, olmayanlar arasında fark bulunmazken, GDÖ'ne göre kesme noktası (>14) alındığında AH olmayanlarda, olanlara göre daha fazla depresyon saptanmıştır (Tablo 3).

Bekaroğlu ve ark. (1991) depresyon sıklığını evde yaşayan yaşlılarda %29,0 olarak saptamışlardır. Mathews ve ark. (2004) depresyon belirtilerinin sıklığını Alzheimer Hastalığında %20, bilişsel olarak normal olan bireylerde %13 olarak saptamıştır. Mathews ve ark. (2004)'nın bulgularının aksine olarak, bu çalışmada AH olmayan bireylerde depresyon riski, AH olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Alzheimer hastaları gerek puan açısından, gerekse kesme noktası sonrası elde edilen sıklık açısından istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen daha az depresyona sahiptir. AH'da depresyonun az olmasında unutma süreci vb. etkilerin olabileceği akla gelmektedir (Göktaş ve Özkan 2006). Dişçiğil ve ark. (2005)'nin yaptığı bir çalışmada birden fazla kronik hastalık varlığı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada AH olmayan grupta depresyonun daha fazla olmasının nedeni olarak örneklem grubundaki kronik fiziksel hastalık durumunun varlığı neden olarak düşünülmektedir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Alzheimer hastaları gerek puan açısından, gerekse kesme noktası sonrası elde edilen sıklık açısından istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen daha az depresyona sahiptir. Her iki grubun da erken önlem alabilmek için, ayrıntılı klinik muayene ve testlerden geçirilmesi ve hastaların yaşam kalitesini yükseltecek sosyal destek mekanizmalarının kurulması, depresyonun daha az olmasının nedenlerini inceleyebilmek için daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

### **Yararlanılan Kaynaklar**

- Albert, M., Del Castillo-Castaneda, C., Sano, M., et al. (1996). Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *J Am Geriatr Soc*, 44: 1342-1347.
- Ballard, CG., Bannister, C. and Oyebode, F. (1996). Review: Depression in dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*, 11:507-515.
- Baltes, PB. and Mayer, KU. (eds). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging From 70-100*. Cambridge University Press: New York; 552. Cited in Selwood A, Thorgrimsen L, Orrell M. (2005). Quality of life in dementia-a one-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20:232-237.
- Bekaroğlu, M., Ulutku, N., Tanrıöver, S. ve ark. (1991). Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, 84:174-178.
- Bilir, N. ve Paksoy Subaşı, N. (2006). Yaşlılık sorunları. İçinde *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (1.baskı). Editörler: Çağatay Güler, Levent Akın. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. (s:1020).
- Coucill, W., Bryan, S., Bentham, P. and et al. (2001). EQ-5D in patients with dementia an investigation of inter-rater agreement. *Med Care*, 39:760-771.



- Dişçigil, G., Gemalmaz, A, Başak, O. ve ark. (2005). Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8:129-133
- Eker, E. ve Noyan, A. (2004). Yaşlıda depresyon ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek 2:75-83
- Eker, E. (1998). Yaşlılık psikiyatrisi. Psikiyatri temel kitabı, 2. Cilt. Güleç C, Köroğlu E, ed. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. (s.1263-89). “İçinde” Yılmaz A, Turan E.(2007) Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baş etme yolları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27:445-454.
- Ertan, T., Eker, E. ve Şar, V. (1997). Geriatrik depresyon ölçeği'nin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34: 62-71.
- Gonzaâ Lez-Salvador, T., Lyketsos, CG., Baker, A, et al. (2000). Quality of life in dementia patients in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15:181-189.
- Göktaş, K. ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8: 30-37.
- Hurt, CS., Banerjee, S., Tunnard, C., Whitehead, DL., et al. (2010). Insight, cognition and quality of life in Alzheimer's Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 81:331-336.
- Kuzu, N., Zencir, M., Beşer, N., Şahiner, T. ve Parkerson George R Jr. (2004). Reliability and validity of the Duke Health Profile. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 35-44.
- Mathews, M., Mathews, M. and Mathews J. (2004). Recognition and treatment of depression in the elderly. *Prim psychiatry*, 11:33-37.
- Özen Çınar, İ. ve Kartal, A. (2008). Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Prev Med Bull*, 7:399-404
- Özmenler, KN. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygudurum Dizisi*, 3:109-115.
- Parkerson, GR Jr. (2002). *User's Guide For Duke Health Measures. Duke Health Profile (DUKE), Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI), Duke Case-Mix System (DUMIX), Duke Social Support and Stress Scale (DUSOCS)*. Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham.
- Penninx, BWJH., Deeg, DJH., van Eijk, JTM. and et al. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults; A longitudinal perspective. *J Affect Disord*, 61:1-12.
- Selwood, A., Thorgrimsen, L. and Orrell, M. (2005). Quality of life in dementia-a one-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20:232-237.
- Serby, M.and Yu, M. (2003). Overview: Depression in the elderly. *Mt Sinai J Med*, 70:38-44.
- Şahin, MV. (2000). Depresyon ve demans. *Demans Dizisi*, 1:27-31

- Tamam, L. ve Öner S.(2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, 1:50-60.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, Ekim 2009. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf)
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T. and Okumiya, K. (2004). Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr*, 39: 15-23.
- Whitehouse, PJ., Orgogozo, JM., Becker, RE., and et al. (1997). Quality of life assesment in dementia drug development. position paper from the international working group on harmonization of drug dementia drug guidelines. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 11, suppl.3: 56-60.
- Wimo, A., Winblad, B., Aguero-Torres, H. and von Strauss, E. (2003). The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 17:63–67.
- Zank, S. and Leipold, B. (2001). The relationship between severity of dementia and subjective wellbeing. *Aging Ment Health*, 5:191–196.