



**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**80 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE DEPRESYON İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE  
İHMAL-İSTİSMAR İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Elif Nur BALI**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**BURSA/2024**



**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**80 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE DEPRESYON İNTİHAR DÜŞÜNCEİ VE  
İHMAL-İSTİSMAR İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Elif Nur BALI**

**Tez Danışmanı:**

**Prof. Dr. Hakan DEMİRCİ**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**BURSA / 2024**

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
KISALTMALAR .....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
GRAFİK VE ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT .....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 YAŞLILIK VE DEPRESYON.....	2
2.1.1.Yaşlılık Tanımı.....	2
2.1.1.1.Yaşlı Nüfusun Demografik Özellikleri.....	3
2.1.2.Depresyonun Tanımı ve Belirtileri .....	4
2.1.2.1.Depresyonun Tedavisi .....	6
2.1.3.Yaşlılarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörleri.....	6
2.2.İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE YAŞLILAR.....	7
2.2.1.İntihar Düşüncesi Tanımı.....	7
2.2.2. Yaşlı Nüfusta İntihar Düşüncesi.....	8
2.3.YAŞLILIK VE DEMANS .....	9
2.3.1.Demans Tanımı.....	9
2.3.2. Demans Tanı ve Tedavisi.....	11
2.4.YAŞLI İHMAL VE İSTİSMARI .....	12
2.4.1.Yaşlılarda İhmal ve İstismar Tanımı .....	12
2.4.2.Yaşlılarda İhmal ve İstismar Türleri ve Yaygınlığı.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	14
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA.....	27
6. KISITLILIKLARIMIZ .....	35
7. SONUÇ.....	36
8. KAYNAKÇA.....	37

## TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve birikimleriyle desteklerini esirgemeyen, tez süresince yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Hakan DEMİRCİ'ye,

Asistanlık dönemini beraber göğüslediğimiz, birlikte çalıőmaktan keyif aldığım eő kıdemlerim olan Dr. Būőra Beyza BALBAY'a, Dr. Sevde Hamide SEVİNÇ'e, Dr. Özlem YÜKSEL KAAL'a ve değerli asistan doktor arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük emeği olan ve en büyük destekçilerim canım babam Latif BALI'ye, canım annem Nergis BALI'ye ve hep yanımda olduğunu bildiğim canım kardeőlerim Esmá Nur BALI ve Edanur BALI'ye sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif Nur BALI

## KISALTMALAR

<b>AL</b>	: Alt Limit
<b>BIÖ</b>	: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği
<b>CAD</b>	:Cardiovascular Disease
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>DSM-5</b>	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>GA</b>	: Güven Aralığı
<b>GDÖ</b>	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
<b>GDS</b>	:Geriatric Depression Scale
<b>HS-YİTT</b>	: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi
<b>HT</b>	:Hipertansiyon
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>KOAH</b>	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>MHRS</b>	:Merkezi Hekim Randevu Sistemi
<b>Min</b>	:Minimum
<b>MMSE</b>	:Mini-Mental State Examination
<b>Ort</b>	:Ortalama
<b>PHQ</b>	:Patient Health Questionnaire
<b>SBU</b>	:Sağlık Bakanlığı Üniversitesi
<b>SH</b>	:Standart Hata
<b>SS</b>	:Standart Sapma
<b>YİTT</b>	: Yaşlı İhmal Tanılama Testi
<b>TÜİK</b>	:Türkiye İstatistik Kurumu
<b>ÜL</b>	: Üst Limit

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik özellikleri.....	16
<b>Tablo 2:</b> Araştırmada değerlendirilen vakaların ek hastalık özellikleri .....	17
<b>Tablo 3:</b> Araştırmada değerlendirilen vakaların PHQ2 sonuçları .....	17
<b>Tablo 4:</b> Araştırmada değerlendirilen vakaların MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT skorlarının dağılımı .....	18
<b>Tablo 5:</b> Demografik özelliklere göre MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT karşılaştırılması .....	19
<b>Tablo 6:</b> Araştırmada değerlendirilen vakaların yaş, diastolik, sistolik değerleri ile MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT değerleri arasındaki ilişki.....	20
<b>Tablo 7:</b> Ek hastalıklara göre göre MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT değerlerinin karşılaştırılması .....	21
<b>Tablo 8:</b> MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT değerleri arasındaki korelasyon.....	23
<b>Tablo 9:</b> BİÖ skorlarını açıklamada MMSE, GDÖ, YİTT, HS-YİTT etkinliği.....	23
<b>Tablo 10:</b> GDÖ skorlarını açıklamada MMSE, YİTT, HS-YİTT etkinliği .....	24
<b>Tablo 11:</b> Önceki iki hafta kendini bitkin, çökkün ya da umutsuz hissetme riskine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi (PHQ2-1).....	25
<b>Tablo 12:</b> Önceki iki hafta ilgi ve zevk alamama riskine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi (PHQ2-2) .....	26

## GRAFİK VE ŞEKİL LİSTESİ

- Grafik 1:** Türkiye'nin yıllara göre değişen nüfus piramidi ..... 4
- Grafik 2:** Türkiye'de yıllara değişen göre yaşlı nüfus oranı ..... 4
- Şekil 1:** Demans Türlerinin Dağılımı – Alzheimer's research UK'den ..... 11



## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, 80 yaş ve üstü bireylerde depresyon, ihmal-istismar ile ilgili veri elde etmek, bu yaş grubunda intihar düşüncesiyle ilgili bilgi sahibi olmak ve bu durumların birbirleriyle olan etkileşimini araştırmak amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma 01.02.2024-10.06.2024 tarihleri arasında SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 80 yaş ve üzeri 205 gönüllü üzerinde yapıldı. Mini Mental Test (MMSE), Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİÖ), Yaşlı İhmal Tanılaması Tarama Testi (YİTTT) ve Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (HS-YİTT) uygulandı. Ek olarak, gönüllülerin sosyodemografik bilgileri, sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri ve mevcut kronik hastalıkları kayıt altına alındı.

**Bulgular:** Vakaların %87,8'inde hipertansiyon, %48,3'ünde Koroner Arter Hastalığı, %26,8'inde nöropsikiyatrik hastalık ve %26,3'ünde Diyabetes Mellitus mevcuttu. Vakaların %13,7'si son iki hafta içinde kendisini bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiğini ve %37,1'i ise önceki 2 hafta içinde daha önce yaptığı şeylerde ilgi ve aldığı zevkte azalma olduğunu ifade etti. Vakaların %17,5'inde MMSE kesme skorunun altında bulundu. Vakalar arasında aktif intihar düşüncesi olan birey yoktu. Depresyon, ihmal ve istismar yaşlıda intihar düşüncelerinde artışla beraberdi. Yaşlıda bilişsel fonksiyonlarda bozulma depresyonla beraberdi, benzer şekilde yaşlı ihmali de depresyonla ilişkili bulundu. GDÖ puanları ile BİÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ( $r=0,665$ ,  $p<0,001$ ) görüldü. HS-YİTT puanları ile GDÖ ( $r=0,396$ ,  $p<0,001$ ), BİÖ ( $r=0,690$ ,  $p<0,001$ ) puanları arasında da anlamlı ilişki saptandı.

**Sonuç:** İleri yaş yaşlılarda istismarı azaltmak yaşlıda depresyon ve intihar düşüncesini azaltmaktadır. Geriatrik hastalarla ilgili hekimlerin ve sosyal hizmet temsilcilerinin bu durumu göz önünde bulundurması yaşlı sağlığı açısından çok değerli olacaktır. Aile hekimleri de azımsanmayacak sayıda yaşlıya hizmet götürdükleri için bu konuda üzerlerine düşeni yapmalıdırlar.

**Anahtar Kelimeler:** İleri yaş yaşlı, oktojeneryan, demans, yaşlı ihmali, yaşlı istismarı, geriatrik depresyon, intihar düşüncesi



## ABSTRACT

**Aim:** This study aims to obtain data on depression and neglect-abuse among individuals aged 80 and over, to gain insight into suicidal ideation within this age group, and to investigate the interactions between these conditions.

**Materials and Methods:** The research was conducted on 205 volunteers aged 80 and over who applied to the Family Medicine polyclinic of SBU Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital between 01.02.2024 and 10.06.2024. Mini Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS), Beck Scale for Suicide Ideation Scale (BSSI), Elderly Neglect Diagnosis Screening Test (ENDST) and finally Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS-EAST) were used. In addition, the volunteers' sociodemographic information, systolic and diastolic blood pressure measurements, and existing chronic diseases were also recorded.

**Results:** Hypertension was present in 87.8% of the cases, Coronary Artery Disease was present in 48.3%, neuropsychiatric disease was present in 26.8%, and Diabetes Mellitus was present in 26.3%. 13.7% of the cases stated that they felt exhausted, depressed or hopeless in the last two weeks, and 37.1% stated that there was a decrease in interest and pleasure in things they had previously done in the previous 2 weeks. The MMSE was kept below the cutoff score in 17.5% of the cases. There was no individual with active suicidal thoughts among the cases. Depression, neglect and abuse were associated with an increase in suicidal thoughts in the elderly. Impairment in cognitive functions was associated with depression in the elderly, and similarly, elderly neglect was also found to be associated with depression. It was observed that there was a statistically significant positive correlation between GDS scores and BSSI scores ( $r=0.665$ ,  $p<0.001$ ). A significant relationship was also detected between HS-EAST scores and GDS ( $r=0.396$ ,  $p<0.001$ ) and BSSI ( $r=0.690$ ,  $p<0.001$ ) scores.

**Conclusions:** Reducing abuse in older adults reduces depression and suicidal ideation in the elderly. It will be valuable for the health of the elderly if physicians and social service representatives dealing with elders take this situation into consideration. Family physicians should also do their part in this regard, as they serve a significant number of elderly people.

Keywords: Advanced age elderly, dementia, elder abuse, elder neglect, geriatric depression, octogenarian, suicidal ideation.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık insan hayatında birçok fizyolojik, psikolojik değişimleri de beraberinde getirdiği bir dönemdir. Yaşlılık ve beraberinde getirdiği sorunlar hakkında birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak değişen demografik özelliklerle beraber, dünyanın hızla değiştiği bir ortamda yaşlı nüfusun ileride çok daha fazla artacağını da göz önüne alarak, bu grupta daha fazla araştırma yapılmalıdır. Artık yaşlı nüfusu 65 yaş üstü şeklinde tek düze sınıflamaktan çok subgruplara ayırarak her yaş grubuna özel tespitler yapılmalı ve ona göre önlemler alınmalıdır.

Bütün bu durumları göz önünde bulundurarak çalışmamızı 80 yaş üstü bireyler üstünde yaptık. Artan yaşla beraber sosyal izolasyon, yalnızlık kronik hastalıklar yaşlı insanların günlük yaşamını kötü etkilemekte ve bütün bunlar insanlarda negatif tutum ve düşünceleri arttırmaktadır. Depresif duygu durumu, bilişsel işlev bozukluğu, depresyon, ihmal-istismar ve intihar düşüncesi bahsettiğimiz davranış ve tutumlardan yalnızca bir kısmıdır. Tek tek ayrı bu konularda araştırma mevcuttur. Ancak hepsinin birbiriyle ilişkilendirildiği ve sadece oktojeneryanları dahil eden çok az çalışma mevcuttur.

Yaşlılık döneminde depresyon oldukça yüksek oranlara ulaşmaktadır. Geriatrik depresyon toplumda %10'dan fazladır. Bakımevlerinde bu oran daha fazladır. Zaten günlük işlerini zorla yapabilen yaşlıların depresyonla mücadele vermesi hayatlarını iyice zorlamaktadır. Bu yüzden yaşlılarda depresyon tanısı ve tedavisi çok önemlidir, yeti kaybının ve bellek problemlerinin oluşmasını engeller.

Aynı zamanda demans yine bu yaş grubunun hastalığıdır. Yaşla beraber sinir sisteminin patofizyolojik değişimleri demansa neden olur. Demans yaşlıların bakım ve destek ihtiyaçlarını arttırır. Bu da istismar ve ihmale neden olur. Demans gelişme bile fiziksel olarak azalan yetiler de bakıma ihtiyaç duymasına neden olur, ihmal ve istismara uğrama riskini arttırır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 YAŞLILIK VE DEPRESYON

#### 2.1.1.Yaşlılık Tanımı

Yaşlanma biyolojik olarak tüm canlılarda görülen ve işlevlerin kaybı olarak nitelenen bir süreçtir. Yaşlılık kavramı ise ‘yaşam süresinde gelişme ve olgunlaşmayı takip eden, genetik yapı ve çevre arasındaki etkileşimin en üst düzeyde görüldüğü fizyolojik ve ruhsal değişimlerin ortaya çıkması’ olarak tanımlanabilir. Yaşlılık tanımı farklı örgütler tarafından farklı tanımlansa da genelde kronolojik yaşa göre tanımlamalar yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşlılık 65 yaş ve üzeri bireyler olarak kabul edilir(1). Ancak, yaşlılığın tanımı sadece kronolojik olarak tanımlanmaz biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak da sınıflamak mümkündür.

1. **Kronolojik Yaş:** Yaşlılık, belirli bir yaş sınırının aşmış olmakla tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütünün sınıflandırmasında 65-75 arası genç yaşlı, 75-85 arası yaşlı, 85 yaş üzeri çok yaşlı olarak sınıflandırılır
2. **Biyolojik Yaş:** Biyolojik yaş, bir bireyin fiziksel ve sağlık durumuna bağlı olarak yaşlanma sürecini ifade eder. Biyolojik yaş, kronolojik yaştan farklı olarak, bireyin büyük hücresel ve moleküler seviyede yaşlanma belirtilerini içerir. Bu; genetik faktörler, yaşam tarzı ve çevresel etmenlerden etkilenir. Örneğin kronolojik yaşı daha yüksek olan bir bireyin biyolojik yaşı daha genç olabilir.
3. **Psikolojik Yaş:** Psikolojik yaş, bireyin kendini ne kadar yaşlı hissettiği ve zihinsel işlevlerinin ne ölçüde yaşlandığı ile ilgilidir. Bu; bilişsel yetenekler, hafıza, öğrenme kapasitesi ve duygusal sağlık gibi faktörleri içerir.
4. **Sosyal Yaş:** Sosyal yaş, bireyin toplum içindeki rolü ve sosyal konumu ile ilgilidir. Emeklilik, sosyal rollerin değişmesi ve toplumun yaşlı bireylere yönelik tutumları bu kategoride değerlendirilir. Sosyal yaş, bireyin toplum içindeki etkileşimlerini ve sosyal katılımını yansıtır.

### 2.1.1.1.Yaşlı Nüfusun Demografik Özellikleri

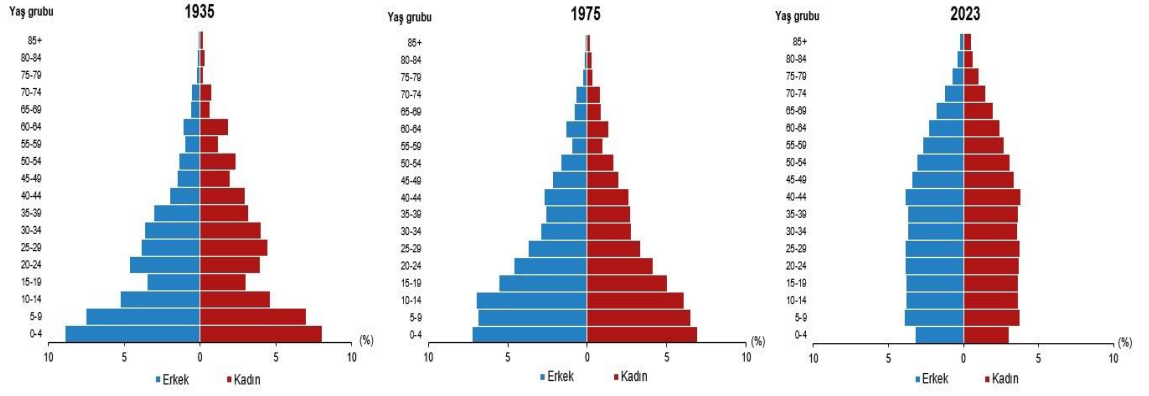
Dünya nüfusunun giderek yaşlandığı bilinmektedir. 2030 yılında her 6 kişiden birinin 60 yaş üzerinde olması bekleniyor. Mevcut dünya şartlarında Türkiye'deki durumda farklı değildir. Yaşlı nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21,4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi oldu Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükseldi. Yaşlı nüfusun 2023 yılında %44,5'ini erkek nüfus, %55,5'ini kadın nüfus oluşturdu (2).

TÜİK tahminlere göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü.

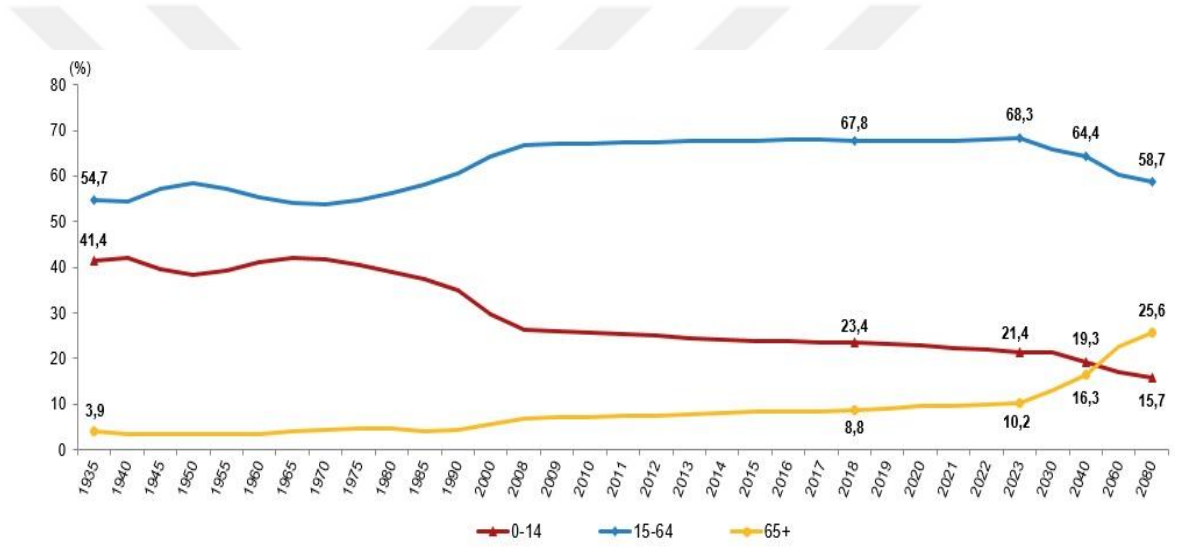
Yaşlı nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde, 2018 yılında yaşlı nüfusun %62,2'sinin 65-74 yaş grubunda, %28,6'sının 75-84 yaş grubunda ve %9,2'sinin 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülürken, 2023 yılında %64,0'ının 65-74 yaş grubunda, %28,1'inin 75-84 yaş grubunda ve %7,9'unun 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görüldü (Grafik 1 ve Grafik2).

Yaşlı nüfusun %0,1'ini oluşturan 100 yaş ve üzerindeki yaşlı kişi sayısı, 2023 yılında 6 bin 609 oldu.

Ülkemizde çalışmamızın da odak noktası olan 80 yaş üstü toplam nüfus 2023 yılı TÜİK verilerine göre 1.594.124 toplam nüfus içindeki oranı ise %1.82 ye tekâmül etmektedir.



**Grafik 1: Türkiye'nin yıllara göre değişen nüfus piramidi**



**Grafik 2: Türkiye'de yıllara değişen göre yaşlı nüfus oranı**

### 2.1.2. Depresyonun Tanımı ve Belirtileri

Depresyon, duygudurum bozuklukları kategorisinde yer alan ve kişinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyen psikiyatrik bir hastalıktır. DSM-5 e göre depresyon depresif bozukluk üst başlığında birçok alt başlık altında incelenir (3).

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk

3. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
6. Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
7. Diğer belirtilen depresif bozukluk
8. Tanımlanmamış depresif bozukluk

Depresyon, kişinin duygu, davranış ve düşüncelerini etkileyerek ciddi duygusal ve somatik bozukluklara yol açar. Genelde depresyon insanlarda psikosomatik belirtiler ile başlar sıklıkla da baş ağrısı ile kendini gösterir. Depresyon belirtileri her ne kadar psikosomatik olarak ilk kendini gösterse de esasen semptomları birçok başlık altında toplanır(4).

### **1. Duygusal Belirtiler**

- Kalıcı üzüntü sürekli olarak kendini mutsuz ve üzgün hissetmek
- Anhedoni; daha önceden zevk alınan ilgi ve hobilere zevk alamama
- Kendini suçlu değersiz veya yetersiz hissetme (5).

### **2. Bilişsel Belirtiler**

- Düşüncesele yavaşlama, karar vermede yavaşlık, unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu
- Kendine zarar verme, intihar düşüncesi ya da yaşamın değersizliği

### **3. Davranışsal Belirtiler**

- Sürekli yorgun hissetme enerji düşüklüğü
- İnsomnia veya hipersomnia

- İştah kaybı veya iştah artışı ve buna bağlı kilo alımı
- Sosyal izolasyon, çevreden uzaklaşma

#### **4. Somatik belirtiler**

- Organik patoloji saptanamayan baş ağrıları, sindirim sistemi bozuklukları, kas-iskelet sistemi bozuklukları
- Psikomotor ajitasyon veya retardasyon

#### **2.1.2.1. Depresyonun Tedavisi**

Depresyon tespit edildiğinde tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. En başta psikoterapi, yaşam tarzı değişiklikleri, destek gruplarında bulunma gibi seçeneklerin olması yanında sıklıkla başvurulan ilaç tedavisi de mevcuttur (6). Antidepresan ilaçları da birkaç başlık altında inceleriz.

- Selektif serotonin geri alım inhibitörleri; fluoksetin, sertralin vb.
- Serotonin/nöradrenalin geri alım inhibitörleri; duloksetin, venlafaksin vb.
- Monoamin oksidaz inhibitörleri
- Trisiklik antidepresanlar; amitriptilin vb.
- Atipik antidepresanlar

#### **2.1.3. Yaşlılarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörleri**

Depresyon yaşlılık döneminde sıklıkla gözden kaçmaktadır. Birey ve toplum bunu yaşlanmanın getirdiği normal bir durum olarak karşılayabilir veya depresyon belirtileri mevcut hastalık belirtileri altında maskelenebilir. Normal popülasyonda %5-8 arasında olan depresif bozukluklar 65 yaş üstünde %10-15 e kadar çıkabilmektedir. Özellikle bakımevlerinde yaşayan geriatric popülasyonda bu oran %40'a kadar çıkabilir(7).

Yaşlılıkta depresyon için fazlaca risk faktörü bulunmaktadır. Kadın olmak, düşük sosyoekonomik statüde olmak, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluğa ya da kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, günlük yaşam

aktivitelerinde kendi kendine yeterli olamamak, kronik hastalıklar, nörodejenaratif hastalıklar (8). Uzun süreli antihipertansif,  $\beta$ -bloker, diüretik gibi ilaçların kullanımındır.

Depresyon tanısı koyarken ayırıcı tanı yaparak öncelikli sorunu çözersek depresyon belirtileri de ortadan kalkar örneğin hipotiroidi gibi; tiroid replasmanı yapıldıktan sonra depresyon belirtilerinin yok olmasını bekleriz (9).

## **2.2.İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE YAŞLILAR**

### **2.2.1.İntihar Düşüncesi Tanımı**

İntihar düşüncesi, bireyin yaşamına son vermeyi düşünmesi ve bu yönde hazırlık yapması olarak tanımlanabilir. Bu düşünceler, bir kişinin kendisini çaresiz, umutsuz veya dayanılmaz bir duygusal acı içinde hissettiği durumlarda ortaya çıkabilir (10). İntihar düşüncesi, majör depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozuklukların ciddi bir belirtisi olabilir ve acil müdahale gerektirir.

İntihar düşüncesi içinde olan bireylerde öncesinde bazı belirtiler ortaya çıkar:

- Sürekli olarak ölümden bahsetmek
- "Keşke ölsem", "Artık yaşamak istemiyorum" gibi cümleler kurmak
- İntihar etmek için somut hazırlıklar yapmak
- İntihar yöntemleri hakkında bilgi toplamak
- Gelecekle ilgili umutsuzluk, çıkış yolu olmadığını düşünmek
- Yaşamının değersiz olduğunu hissetmek
- Arkadaşlardan, aileden ve sosyal ortamlardan uzaklaşma
- Kendini yalnız hissetme
- Normalden farklı, riskli veya tehlikeli davranışlarda bulunma
- Alkol veya uyuşturucu kullanımı gibi riskli başa çıkma mekanizmalarına yönelme
- Yoğun üzüntü, anksiyete veya öfke
- İntihar düşünceleri ile birlikte aşırı huzursuzluk veya sakinlik

- Veda cümleleri

### 2.2.2. Yaşlı Nüfusta İntihar Düşüncesi

Epidemiyolojik çalışmalar bazı farklılıklara rağmen her toplumda intiharların yaşla birlikte arttığını göstermektedir. Araştırmalar bu artışın 65 yaştan sonra daha da hızlandığını ve 75 yaşından sonra en yüksek orana ulaştığını göstermektedir (11). Yaşlılarda intihar için başlıca risk faktörleri arasında erkek olma, eş ve yakınlarını kaybetme, yalnız yaşama, zayıf dini ve aile bağları, azınlıkta olma, yaşlanmayla birlikte gelişen ekonomik ve sosyal statü kaybı, fiziksel ve ruhsal hastalıkların varlığı sayılabilir (12). Depresif belirtiler yaşlılıkta en önemli intihar nedenlerinden birisidir. Bu belirtilerin tedavi edilmesinden bağımsız olarak devam eden umutsuzluk duygusu kişinin yaşamını sürdürmesi için gerekli nedenlerin azlığı intihar riskini arttıran bağımsız etkenlerdir.

Yaşlı erkeklerin intihar hızları genel ortalamadan 3-4 kat fazladır. İntihar düşüncesi, intihar davranışıyla kıyaslandığında oldukça yaygındır ve toplumda intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı %13,5-35 kadardır (13). Bir kısım insanlar hayatlarının hiçbir döneminde eyleme dökülmemiş intihar düşüncelerine sahipken bazıları intihar girişiminden günler ve aylar öncesinde plan kurarken bazıları da herhangi bir planı olmaksızın impulsif bir şekilde intihar ederler. Gelip geçici intihar düşünceleri genellikle impulsif bir intihar girişimi ve ölüm riski oluşturmazlar ancak ısrarlı, yineleyici, yoğun ölüm ve intihar düşünceleri yüksek ve acil risk içerirler. Bu düşünceler uzun süredir devam ettiğinde, ayrıntılı olduğunda, açık ve somut intihar planları içerdiğinde ve kişi tarafından çevresindeki kişilere açıkça söylenmeye başladığında risk artmaktadır. Ayrıca, kişinin vasiyetini hazırlama, intihar notu bırakma, yakınlarıyla vedalaşma gibi intihara yönelik hazırlıklar yapması anlamlı yüksek risk göstergeleridir. Türkiye’de ergenlerde ve yetişkinlerde çok yaygın olan intihar düşüncelerinin yaşlanmayla birlikte azaldığı, yaşlılarda genel topluma göre düşük oranda olduğu görülmüştür (14). Depresyonu olan yaşlı hastalarda yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi, intihar girişimi ve ölme isteği sıklığı araştırılmış ve yaşlılarda %39,2 ölme isteğinin olduğu, ancak intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranlarının %1,5 ve %4,6 oranında kaldığı tespit edilmiştir. Ölme isteğinin yüksek olmasına rağmen intihar

düşüncesi ve intihar girişiminin düşük oranda kalması güçlü aile bağları, dini ve kültürel faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Yaşlılarda intihar düşüncesinin daha az olmasına karşın ölüm isteğinin fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Ülkemizde TÜİK verilerine göre intihar oranlarına baktığımızda 75 yaş üzerinde %4 civarında bir oranla karşılaşırız. İntihar edenlerin cinsiyetine baktığımızda erkek bireylerin 3,5-4 kat daha fazla intihar ettiğini görmekteyiz. Yaşlılıkta intihar oranları ülkeler arasında farklılık gösterir sosyokültürel durumlar, dini farklılıklar, toplum içindeki yaşlıların durumu bu durum üzerinde etkili olmaktadır (15).

## **2.3.YAŞLILIK VE DEMANS**

### **2.3.1.Demans Tanımı**

Öğrenme, bellek, oryantasyon, dil fonksiyonları ve kişilik gibi mental fonksiyonların bozulması ile karakterize demans; santral sinir sisteminin progresif nörodejeneratif bir hastalığıdır. Hastalık sinsi başlangıçlı ve ilerleyici özellik gösterir (16).

Demans dediğimiz hastalık grubunun evreleri ve türleri vardır. En temel olarak primer ve sekonder demans olarak ikiye, evrelerine göre de üçe ayırabiliriz.

#### **Erken Evre**

- Unutkanlık, kelime bulmada zorluk
- Kişilik değişikliği
- Hesaplama zorlukları
- Eşyaları kaybetme, yerini karıştırma
- Soru veya cümlelerin tekrarı
- Kişi, yer ve zaman kavramının karıştırılması
- Yakın bellek sorunları

## Orta Evre

- Bellek kaybında artış
- Uygunsuz kelime kullanma
- Basit bakım yeteneklerin kaybolması
- Kişilik değişikliği, gece-gündüz ayırımının kaybı
- Uzak akraba, arkadaş hatırlayamama
- İletişim zorluğu
- Aşırı sinirlilik, amaçsız gezinme, hayal görme

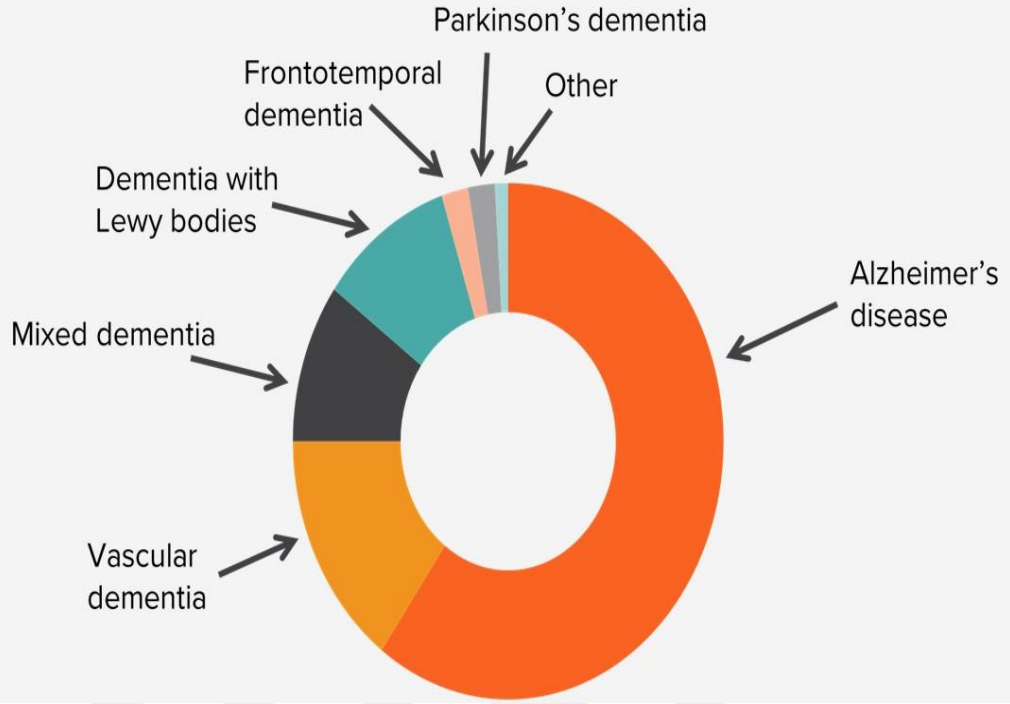
## İleri Evre

- Beslenmede yetersizlik
- İdrar ve gaita inkontinansı
- İmmobilite
- Motor işlev, yemek yeme gibi fonksiyonların kaybı, tam bağımlı

Primer demans türlerinin başında Alzheimer hastalığı gelir. Bu grup demans progresif nöron kaybı ile ilerler ve toplum içinde yaygın demans türleri bu grupta incelenir.

Sekonder demans diye sınıflandırdığımız demans türünde ise altta yatan patolojiye sekonder ortaya çıkan bilişsel bozukluklardır. Bu başlık altında da en sık vasküler demansı görmekteyiz.

# TYPES OF DEMENTIA



**Şekil 1: Demans Türlerinin Dağılımı – Alzheimer's research UK'den**

## 2.3.2. Demans Tanı ve Tedavisi

Demans tanısında öncelikle ayrıntılı bir anamnez ve iyi bir fizik bakı gereklidir. Anamnezde hastanın mevcut veya geçirilmiş hastalıkları, mesleği, soy geçmişi, alkol uyuşturucu madde kullanımı gibi durumlar ayrıntılı şekilde sorgulanmalıdır.

Daha sonra hastanın mental durum değerlendirilmesi yapılmalıdır (17). Bunun için sıklıkla kullandığımız tarama testi Mini Mental Test uygulanabilir (18). Hastanın eğitim durumuna göre seçtiğimiz Mini Mental Test için kesme skoru 24'tür. Bu değer altında alınan skorlar bilişsel bozukluk göstergesidir. Alınan skora göre hastanın erken evre bozulmuş entelektüel durum ya da ilerlemiş bir evrede bir demans durumu ortaya konabilir.

Bunun haricinde hastadan rutin laboratuvar testleri, gerekirse görüntüleme, elektro-ensefalografi gibi ileri inceleme testleri de istenebilir. Tüm bu tetkikler neticesinde tanı konabilir eğer varsa sekonder bir neden ve bu nedenin düzeltilmesi demansın tedavisi anlamına da gelir. Ayrıcıcı tanılarda nörolojik hastalıklardan bazılarını

ekarte etmeliyiz özellikle psödodemans dediğimiz aslında depresif duygu durumunun sonucu olan bilişsel bozukluklardan da ayırt etmek ve tedavisini ona göre planlamak gerekebilir (19).

## **2.4.YAŞLI İHMAL VE İSTİSMARI**

### **2.4.1.Yaşlılarda İhmal ve İstismar tanımı**

Yaşlı ihmali, yaşlı bireyin ihtiyaç duyduğu temel bakım ve destek hizmetlerinin sağlanmaması durumudur. Bu hizmet sağlayan kişi bakıcı, kendi çocuğu, yaşlı bakımevi çalışanı olabilir. İhmal, bilinçli olarak yapılabileceği gibi, ihmalkâr ve umursamaz davranışlar sonucunda da ortaya çıkabilir. Yaşlı ihmali, yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal hayatını ciddi şekilde etkiler. Yaşlı nüfusun normal popülasyona göre daha fazla kırılgan bir popülasyon olduğunu da düşünürsek ciddi psikopatolojik durumlara sebebiyet verebilir (20).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve Dünya Sağlık Örgütü Toronto Deklarasyonu'na göre yaşlı istismarı; “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır” . Ayrıca “Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış” veya “Belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” şeklinde de tanımlanabilmektedir. Yaşlı istismarını araştıran bir araştırmada istismar oranının %3.2 - % 27.5 gibi geniş bir değer aralığında olduğunu görüyoruz. Buradan hareketle görünen, aslında olanın çok daha azıdır. Çoğu zaman yaşlı bireyin uğradığı istismar gözlerden kaçmaktadır (21).

### **2.4.2.Yaşlılarda İhmal ve İstismar Türleri ve Yaygınlığı**

Yaşlı istismarı fiziksel olabileceği gibi ruhsal yönden incinme gibi geniş bir yelpazede incelenir.

### **Fiziksel istismar**

- Yaşlı bireyin güvendiği biri tarafından vücuduna ağrı ve acı verecek her türlü uygulama bu kapsamdadır. Vurmak, tokatlamak, yanlış ilaç vermek gibi.

### **Duygusal istismar**

- Yine yaşlı bireyin güvendiği biri tarafından ruhsal açıdan acı verme duygusal/psikolojik istismar olarak kabul edilir. Sevgi, şefkat, gibi duygusal ihtiyaçların göz ardı edilmesi, küçümsenmesi, bağırarak, hakaret etmek, suçlamak, göz ardı etmek ya da aşağılamak gibi davranış ve tutumlar psikolojik istismarı içerir. Sıkça rastlanan psikolojik istismar örneklerinden biri de, zorunluluk olmamasına rağmen huzurevine göndermek ile tehdit etmektir.

### **Cinsel istismar**

- Yaşlı bireyin kendi rızası olmadan cinsel aktivitelere zorlanmasıdır. Cinsel içerikli görüntüler çekilmesi, izni olmadan dokunma gibi.

### **Finansal istismar**

- Kişinin izni ve rızası olmaksızın, zihinsel yeterliliği olmasına rağmen maaşının verilmemesi, hile yoluyla vekalet çıkarılması, kendi üstüne kayıtlı mal varlığının alınması gibi durumları kapsar (22).

Dünya Sağlık Örgütüne göre her 6 yaşlıdan biri istismara uğruyor ve yalnızca yüzde 4 ü kayıtlara geçiyor.

Bütün sosyal mertebelerde ihmal ve istismara rastlanır ancak özellikle düşük sosyoekonomik düzey, azalmış fiziksel ve ruhsal sağlık, bozulmuş bilişsel işlev yaşlı bireyin ihmal ve istismara uğrama riskini arttırmaktadır. Özellikle de ileri yaşın yaşlı bireyin istismara uğramasında risk faktörü olduğu vurgulanmıştır (23).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 10.01.2024 tarihinde; 2011-KAEK-25 2024/01-15 sayılı karar numarası ile ‘‘80 Yaş ve Üstü Bireylerde Depresyon, İntihar Düşüncesi ve İhmal- İstismar İlişkisinin Değerlendirilmesi’’ isimli uzmanlık tezi çalışmasını onaylamıştır.

Araştırmamız ölçek ile tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Araştırma 01.02.2024-10.06.2024 tarihleri arasında SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 80 yaş ve üzeri 205 gönüllü üzerinde yapıldı. Gönüllülere değişik ölçek ve testler uygulanmıştır ve bu işlem öncesinde onam alınmıştır ve bilgilendirme yapılmıştır.

Katılımcılar için araştırmaya dahil olma kriterleri;

1-Araştırmaya katılmayı kabul etmek

2-80 yaş ve üzeri olmak

Anket formu EK-1’de hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalıkları sorgulayan form doldurulmuştur. Sonrasında Mini Mental Test (EK-2) doldurularak hastanın bilişsel fonksiyonları belirlenmiştir MMSE’ de yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap, hatırlama, lisan olarak 5 bölüm bulunmaktadır. Her doğru cevap için 1 puan verilir toplamda bu testten alınabilecek puan 30 dur. MMSE’ den alınan skor için kesme değeri 24 olarak kabul edildi.

Depresif duygu durumunu belirlemek için ise Geriatrik Depresyon Ölçeği ve Hasta Sağlık Anketi(EK-3) uygulanmıştır. Bu ölçekte kişinin ruh halini sorgulayan 15 soru bulunmaktadır ankette ise 2 soru sorulmaktadır. Bu sorulara evet ya da hayır olarak cevap verilir. Evet cevabından 1 puan alınır ve GDÖ’ de toplamda alınabilecek skor 15’tir, alınan puanın artması depresyon şiddetinin de arttığı anlamına gelir. Ölçekten alınan puan 5 ve üzerindeyse depresyon açısından anlamlı sayıldı.

İntihar düşüncesini ve yaşam arzusunu ölçmek için Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği(EK-4) kullanıldı bu ölçekte de sadece intihar düşüncesi değil yaşamı koruma ile ilgili sorular bulunmaktadır. Toplamda 21 soru mevcuttur ilk 5 soru yaşam veya ölüme dair tutumu ölçer diğer sorular ise kişinin aktif intihar düşüncesi varsa ona yönelik nitelik, plan hazırlama ve arka plan faktörlerini inceleyen sorulardır. Bu ölçek için bir kesme skoru bulunmamaktadır.

Son olarak ihmal ve istismar taraması için sırasıyla Yaşlı İhmal Tarama testi(EK-5) ve Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi(EK-6) uygulandı. YİTT'de ise genel temizlik, banyo sıklığı, vücut kokusu, çamaşır değiştirme sıklığı, tırnak hijyeni ve bakımı sorgulanır. Her bir sorunun 3 seçeneği vardır 0-1-2 şeklinde puanlanır. Puanlamının yüksek olması yaşlı bireyin ihmal edilme durumu bağlantılıdır. Bu test için bir kesme skoru yoktur.

Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testinde ise toplamda 15 soru ve bu sorulara evet ya da hayır şeklinde cevap seçeneği bulunmaktadır. Soruların niteliğine göre evet ya da hayır cevabının 1 ve ya 0 olma durumu değişir. Bu test içinse herhangi bir kesme skoru belirlenmedi.

### **İstatistiksel Analiz**

Araştırmada değerlendirilen bireylerin demografik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi) incelendi. Demografik ve ek hastalıklara göre özelliklere göre MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT medyan değerlerinin ve ortalamalarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi ve Bağımsız Gruplar t testi ile yapıldı. Araştırmada değerlendirilen vakaların yaş, diastolik, sistolik değerleri ile MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT değerleri arasındaki ilişki ve MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT değerleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak incelendi. BİÖ ve GDÖ skorlarını açıklamada MMSE, GDÖ, YİTT, HS-YİTT etkinliği Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile incelendi. PHQ2-1 ve PHQ2-2 riskine etki eden faktörler Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelendi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ( $\pm 1,5$ ) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.

## 4. BULGULAR

Araştırmada değerlendirilen vakaların 78'inin (%38) erkek olduğu bulundu. Vakaların 71'inin (%34,6) evli, 134'ünün (%65,4) ise dul olduğu bulundu. Vakaların 77'sinin (%37,6) ilkokul, 4'ünün (%2) lise, 3'ünün (%1,5) üniversite eğitim durumuna sahip olduğu bulundu. Vakaların 77'sinin mesleğinin olduğu bulundu (Tablo1).

Vakaların 201'inin (%98) gelirinin kötü, 4'ünün (%2) ise orta olduğu, vakaların 3'ünün (%1,5) sigara kullandığı bulundu (Tablo1). Vakaların yaş ortalamalarının  $84,17 \pm 3,34$  (Min.=80,00-Maks.=96,00), sistol ortalamalarının  $126,34 \pm 12,24$  (Min.=90,00-Maks.=200,00), diyastol ortalamalarının  $77,02 \pm 6,89$  (Min.=60,00-Maks.=100,00) olduğu bulundu (Tablo1).

**Tablo 1: Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik özellikleri**

		n/Ort.±SS.	%/Min.-Maks.
Yaş		84,17±3,34	80,00-96,00
Cinsiyet	Erkek	78	38,0
	Kadın	127	62,0
Medeni durum	Evli	71	34,6
	Dul	134	65,4
Eğitim durumu	Yok	121	59,0
	İlkokul	77	37,6
	Lise	4	2,0
	Üniversite	3	1,5
Meslek	Yok	128	62,4
	Var	77	37,6
Gelir	Kötü	201	98,0
	Orta	4	2,0
Sigara	Yok	202	98,5
	Var	3	1,5
Alkol	Yok	205	100,0
Sistol		126,34±12,24	90,00-200,00
Diastol		77,02±6,89	60,00-100,00

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks.=Maksimum

Vakaların 54'ünde (%26,3) DM, 180'inde (%87,8) HT, 15'inde (%7,3) KOAH, 4'ünde (%2) kanser, 55'inde (%26,8) nöropsikiyatrik hastalık, 99'unda (%48,3) KAH, 43'ünde (%21) ise diğer ek hastalıkların görüldüğü bulundu (Tablo2).

**Tablo 2:** Araştırmada değerlendirilen vakaların ek hastalık özellikleri

		N	%
Diyabetes Mellitus	Yok	151	73,7
	Var	54	26,3
Hipertansiyon	Yok	25	12,2
	Var	180	87,8
KOAH	Yok	190	92,7
	Var	15	7,3
Kanser	Yok	201	98,0
	Var	4	2,0
Nöropsikiyatrik Hastalık	Yok	150	73,2
	Var	55	26,8
Koroner Arter Hastalığı	Yok	106	51,7
	Var	99	48,3
Diğer	Yok	162	79,0
	Var	43	21,0

Vakaların PHQ2 sonuçlarının 28'inde (%13,7) PHQ2-1, 76'sında (%37,1) PHQ2-2 olduğu bulundu (Tablo3).

**Tablo 3:** Araştırmada değerlendirilen vakaların PHQ2 sonuçları

		n	%
PHQ2-1	Hayır	177	86,3
	Evet	28	13,7
PHQ2-2	Hayır	129	62,9
	Evet	76	37,1

Vakaların MMSE ortalamalarının  $24,89 \pm 4,99$  (Min.=6,00-Maks.=30,00), GDÖ ortalamalarının  $4,07 \pm 2,90$  (Min.=00,00-Maks.=13,00), BİÖ ortalamalarının  $1,53 \pm 1,55$  (Min.=00,00-Maks.=7,00), YİTT ortalamalarının  $7,48 \pm 1,35$  (Min.=6,00-Maks.=12,00),

HS-YİTT ortalamalarının  $0,77 \pm 1,18$  (Min.=00,00-Maks.=5,00) olduğu bulundu (Tablo4).

**Tablo 4:** Araştırmada değerlendirilen vakaların MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT skorlarının dağılımı

	Ort.	SS.	Min.	Maks.
MMSE	24,89	4,99	6,00	30,00
GDÖ	4,07	2,90	0,00	13,00
BİÖ	1,53	1,55	0,00	7,00
YİTT	7,48	1,35	6,00	12,00
HS-YİTT	,77	1,18	0,00	5,00

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min.=Minimum, Maks=Maksimum, MMSE=Mini Mental Test, GDÖ=Geriatrik Depresyon Ölçeği, BİÖ=Beck İntihar Ölçeği, YİTT=Yaşlı İhmali Tarama Testi, HS-YİTT=Hwalek Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.

Bağımsız Gruplar t testinde eğitim durumu olmayan vakaların eğitim durumu ilköğretim ve üzeri olan vakalara göre GDÖ ( $p=0,049$ ), BİÖ ( $p=0,047$ ), YİTT ( $p=0,002$ ), HS-YİTT ( $p=0,049$ ) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Buna ek olarak eğitim durumu ilköğretim ve üzeri olan vakaların eğitim durumu olmayan vakalara göre MMSE ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,031$ ) bulundu (Tablo5).

Bağımsız Gruplar t testinde dul olan vakaların evli olan vakalara göre GDÖ ( $p=0,012$ ), BİÖ ( $p=0,039$ ), HS-YİTT ( $p=0,022$ ) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo5).

Bağımsız Gruplar t testinde mesleği olan vakaların mesleği olmayan vakalara göre MMSE ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,031$ ) bulundu (Tablo5).

**Tablo 5:** Demografik özelliklere göre MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT karşılaştırılması

		MMSE		GDÖ		BİÖ		YİTT		HS-YİTT	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Erkek	25,74	4,67	3,63	2,76	1,31	1,46	7,26	1,18	,62	1,12
	Kadın	24,36	5,12	4,35	2,95	1,67	1,59	7,61	1,43	,86	1,21
	P	0,054		0,085		0,105		0,065		0,152	
Medeni durum	Evlü	25,49	5,24	3,38	2,58	1,23	1,35	7,24	1,19	,51	,98
	Dul	24,57	4,84	4,44	3,00	1,69	1,62	7,60	1,41	,90	1,25
	P	0,207		<b>0,012</b>		<b>0,039</b>		0,065		<b>0,022</b>	
Eğitim durumu	Yok	24,26	5,14	4,40	2,90	1,71	1,58	7,72	1,41	,90	1,22
	İlköğretim ve üzeri	25,79	4,64	3,60	2,84	1,27	1,48	7,13	1,18	,57	1,09
	P	<b>0,031</b>		<b>0,049</b>		<b>0,047</b>		<b>0,002</b>		<b>0,049</b>	
Meslek	Yok	24,30	5,14	4,30	2,90	1,66	1,57	7,61	1,42	,86	1,20
	Var	25,86	4,59	3,69	2,87	1,32	1,49	7,26	1,20	,61	1,13
	P	0,031		0,140		0,138		0,072		0,143	

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, Bağımsız Gruplar t testi, MMSE=Mini Mental Test, GDÖ=Geriatrik Depresyon Ölçeği, BİÖ=Beck İntihar Ölçeği, YİTT=Yaşlı İhmali Tarama Testi, HS-YİTT=Hwalek Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların yaş değerleri ile GDÖ ( $r=0,150$ ,  $p=0,032$ ), BİÖ ( $r=0,401$ ,  $p<0,001$ ), YİTT ( $r=0,370$ ,  $p<0,001$ ), HS-YİTT ( $r=0,522$ ,  $p<0,001$ )skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların yaş değerleri ile MMSE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,252$ ,  $p<0,001$ ) bulundu (Tablo6).

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların diastolik değerleri ile BİÖ ( $r=-0,187$ ,  $p=0,007$ ), YİTT ( $r=-0,193$ ,  $p=0,005$ ), HS-YİTT ( $r=-0,155$ ,  $p=0,026$ )skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (Tablo6).

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların sistolik değerleri ile BİÖ ( $r=-0,205$ ,  $p=0,003$ ), YİTT ( $r=-0,168$ ,  $p=0,016$ ), HS-YİTT ( $r=-0,153$ ,  $p=0,029$ )skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Buna

ek olarak sistolik değerleri ile MMSE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ( $r=0,141$ ,  $p=0,043$ ) bulundu (Tablo6).

**Tablo 6:** Araştırmada değerlendirilen vakaların yaş, diastolik, sistolik değerleri ile MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT değerleri arasındaki ilişki

		Yaş	Diyastolik Kan Basıncı	Sistolik Kan Basıncı
MMSE	R	<b>-0,252</b>	0,086	<b>0,141</b>
	P	<b>&lt;0,001</b>	0,218	<b>0,043</b>
GDÖ	R	<b>0,150</b>	-0,051	-0,073
	P	<b>0,032</b>	0,472	0,301
BİÖ	R	<b>0,401</b>	<b>-0,187</b>	<b>-0,205</b>
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,003</b>
YİTT	R	<b>0,370</b>	<b>-0,193</b>	<b>-0,168</b>
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,005</b>	<b>0,016</b>
HS-YİTT	R	<b>0,522</b>	<b>-0,155</b>	<b>-0,153</b>
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,026</b>	<b>0,029</b>

$r$ =Pearson Korelasyon Analizi, MMSE=Mini Mental Test, GDÖ=Geriatrik Depresyon Ölçeği, BİÖ=Beck İntihar Ölçeği, YİTT=Yaşlı İhmali Tarama Testi, HS-YİTT=Hwalek Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

Bağımsız Gruplar t testinde DM olmayan vakaların DM olan vakalara göre BİÖ ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,026$ ) bulundu (Tablo7).

Bağımsız Gruplar t testinde nöropsikiyatrik hastalığı olan vakaların nöropsikiyatrik hastalığı olmayan vakalara göre MMSE, BİÖ, YİTT, HS-YİTT ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ) bulundu. Buna ek olarak nöropsikiyatrik hastalığı olmayan vakaların nöropsikiyatrik hastalığı olan vakalara göre GDÖ ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ) bulundu (Tablo7).

Bağımsız Gruplar t testinde diğer ek hastalık görülen vakaların diğer ek hastalık görülmeyen vakalara göre HS-YİTT ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,002$ ) bulundu (Tablo7).

Mann Whitney U testinde PHQ2-1 olan vakaların PHQ2-1 olmayan vakalara göre GDÖ ( $p<0,001$ ), BİÖ ( $p<0,001$ ) ve HS-YİTT ( $p=0,004$ ) medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Buna ek olarak PHQ2-1 olmayan vakaların PHQ2-1 olan vakalara göre MMSE medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,003$ ) bulundu (Tablo7).

Mann Whitney U testinde PHQ2-2 olan vakaların PHQ2-2 olmayan vakalara göre GDÖ, BİÖ, YİTT ve HS-YİTT medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ) bulundu. Buna ek olarak PHQ2-2 olmayan vakaların PHQ2-2 olan vakalara göre MMSE medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ) bulundu (Tablo7).

**Tablo 7: Ek hastalıklara göre MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT değerlerinin karşılaştırılması**

		MMSE		GDÖ		BİÖ		YİTT		HS-YİTT	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
DM	Yok	24,30	5,14	4,30	2,90	1,66	1,57	7,61	1,42	,86	1,20
	Var	25,86	4,59	3,69	2,87	1,32	1,49	7,26	1,20	,61	1,13
	$p^a$	0,682		0,230		<b>0,026</b>		0,105		0,164	
HT	Yok	24,97	5,04	4,22	3,01	1,68	1,59	7,57	1,34	,83	1,22
	Var	24,65	4,88	3,67	2,53	1,13	1,35	7,22	1,34	,57	1,02
	$p^b$	0,815		0,734		0,541		0,683		0,300	
KOAHA	Yok	24,84	5,00	3,64	2,23	1,32	1,38	7,32	1,18	,84	1,07
	Var	24,89	5,00	4,13	2,98	1,56	1,57	7,50	1,37	,76	1,19
	$p^b$	0,518		0,513		0,711		0,799		0,888	
NÖROPSİKİYATRİK	Yok	24,81	5,08	4,09	2,88	1,53	1,51	7,46	1,32	,76	1,18

	Var	25,93	3,51	3,80	3,21	1,60	1,99	7,67	1,76	,80	1,21
	p <sup>a</sup>	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	
KAH	Yok	26,43	2,34	3,47	2,45	1,11	1,26	7,26	1,16	,52	,92
	Var	20,67	7,36	5,73	3,36	2,69	1,68	8,07	1,64	1,44	1,51
	p <sup>a</sup>	0,078		0,933		0,567		0,084		0,796	
DiĞER	Yok	25,48	4,57	4,06	3,09	1,47	1,63	7,32	1,35	,75	1,22
	Var	24,25	5,35	4,09	2,69	1,60	1,46	7,65	1,33	,79	1,14
	p <sup>a</sup>	0,369		0,217		0,146		0,087		0,002	
PHQ2-1	Hayır	25,36	4,51	3,51	2,49	1,30	1,42	7,41	1,30	,63	1,00
	Evet	21,93	6,71	7,61	2,79	3,00	1,54	7,93	1,59	1,64	1,73
	p <sup>b</sup>	0,003		<0,001		<0,001		0,077		0,004	
PHQ2-2	Hayır	26,40	3,21	2,50	1,57	,80	1,06	7,10	1,03	,39	,83
	Evet	22,33	6,29	6,74	2,68	2,78	1,45	8,12	1,57	1,41	1,39
	p <sup>a</sup>	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma, a=Bağımsız Gruplar T testi, b=Mann Whitney U testi, MMSE=Mini Mental Test, GDÖT=Geriatrik Depresyon Ölçeği, BİÖ=Beck İntihar Ölçeği, YİTT=Yaşlı İhmal Tarama Testi, HS-YİTT=Hwalek Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların YİTT puanları ile HS-YİTT ( $r=0,651$ ,  $p<0,001$ ), GDÖ ( $r=0,425$ ,  $p<0,001$ ), BİÖ ( $r=0,596$ ,  $p<0,001$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak YİTT değerleri ile MMSE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,484$ ,  $p<0,001$ ) bulundu (Tablo8).

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların HS-YİTT puanları ile GDÖ ( $r=0,396$ ,  $p<0,001$ ), BİÖ ( $r=0,690$ ,  $p<0,001$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak HS-YİTT puanları ile MMSE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,511$ ,  $p<0,001$ ) bulundu (Tablo8).

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların MMSE skorları ile GDÖ ( $r=-0,442$ ,  $p<0,001$ ), BİÖ ( $r=-0,502$ ,  $p<0,001$ ) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu (Tablo8). Pearson Korelasyon Analizine göre GDÖ puanları ile BİÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ( $r=0,665$ ,  $p<0,001$ ) bulundu (Tablo8).

**Tablo 8: MMSE, GDÖ, BİÖ, YİTT, HS-YİTT değerleri arasındaki korelasyon**

		YİTT	HS-YİTT	MMSE	GDÖ
YİTT	R	-			
	P	-			
HS-YİTT	R	<b>0,651</b>			
	P	<b>&lt;0,001</b>			
MMSE	R	<b>-0,484</b>	<b>-0,511</b>		
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>		
GDÖ	R	<b>0,425</b>	<b>0,396</b>	<b>-0,442</b>	
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	
BİÖ	R	<b>0,596</b>	<b>0,690</b>	<b>-0,502</b>	<b>0,665</b>
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

$r$ =Pearson Korelasyon Analizi, MMSE=Mini Mental Test, GDÖ=Geriatrik Depresyon Ölçeği, BİÖ=Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği, YİTT=Yaşlı İhmali Tarama Testi, HS-YİTT=Hwalek Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.

Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine göre vakaların BİÖ skorlarının %66'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ( $F=100,36$ ,  $p<0,001$ ) MMSE, GDÖ, YİTT, HS-YİTT skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde BİÖ skorlarını açıklamada sadece GDÖ ( $p<0,001$ , GA:0,180-0,280), YİTT ( $p=0,034$ , GA:0,010-0,265), HS-YİTT ( $p<0,001$ , GA:0,409-0,701) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Bir diğer ifadeyle GDÖ, YİTT, HS-YİTT skorlarındaki artışın BİÖ skorlarını arttırdığı değerlendirildi (Tablo9).

**Tablo 9: BİÖ skorlarını açıklamada MMSE, GDÖ, YİTT, HS-YİTT etkinliği**

	Standartlanmamış Katsayılar	Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA

	B	SH	Beta			AL	ÜL
(Sabit)	-0,567	0,673		-0,842	0,401	-1,894	0,761
MMSE	-0,012	0,016	-0,038	-0,749	0,455	-0,043	0,019
GDÖ	0,230	0,025	0,430	<b>9,067</b>	<b>&lt;,001</b>	<b>0,180</b>	<b>0,280</b>
YİTT	0,138	0,064	0,120	<b>2,134</b>	<b>,034</b>	<b>0,010</b>	<b>0,265</b>
HS-YİTT	0,555	0,074	0,422	<b>7,473</b>	<b>&lt;,001</b>	<b>0,409</b>	<b>0,701</b>

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. R2=0,66, F=100,36, p<0,001, Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi.

Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizine göre vakaların GDÖ skorlarının %26'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=23,60, p<0,001) MMSE, GDÖ, YİTT, HS-YİTT skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde GDÖ skorlarını açıklamada sadece MMSE (p<0,001, GA:-0,246 - -0,080), YİTT (p=0,009, GA:0,117-0,813) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu (Tablo10).

Bir diğer ifadeyle MMSE skorlarındaki artışın GDÖ skorlarını azalttığı; YİTT skorlarındaki artışın GDÖ skorlarında artışa neden olduğu bulundu (Tablo10).

**Tablo 10:** GDÖ skorlarını açıklamada MMSE, YİTT, HS-YİTT etkinliği

	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
	B	SH	Beta			AL	ÜL
(Sabit)	4,431	1,847		2,399	0,017	0,789	8,072
MMSE	-0,163	0,042	-0,280	<b>-3,861</b>	<b>&lt;,001</b>	<b>-0,246</b>	<b>-0,080</b>
YİTT	0,465	0,176	0,217	<b>2,637</b>	<b>0,009</b>	<b>0,117</b>	<b>0,813</b>
HS-YİTT	0,275	0,206	0,112	1,338	0,182	-0,130	0,681

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit R2=0,26, F=23,60, p<0,001, Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre HS-YİTT değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede önceki iki hafta kendini bitkin, çökkün ya da umutsuz hissetme riskini 2,097 kat (p=0,005, GA:1,253 – 3,510) arttırdığı bulundu. Bir diğer ifadeyle HS-YİTT değerlerindeki artışın önceki iki hafta kendini bitkin, çökkün ya da umutsuz hissetme riskini arttırdığı bulundu (Tablo11).

**Tablo 11:** Önceki iki hafta kendini bitkin, çökkün ya da umutsuz hissetme riskine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi (PHQ2-1)

	B	Sh	Wald	df	P	OR	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	-0,077	0,079	0,950	1	0,330	0,926	0,793	1,081
Cinsiyet (Erkek)	0,789	1,038	0,577	1	0,447	2,201	0,288	16,832
Eğitim grup (Okul yok)	0,845	1,047	0,652	1	0,419	2,329	0,299	18,115
Medeni durum (Evli)	-0,262	0,509	0,264	1	0,607	0,770	0,284	2,089
DM (Yok)	0,722	0,580	1,549	1	0,213	2,059	0,660	6,425
Nöropsikiyatrik hastalık(Yok)	-0,185	0,567	0,106	1	0,745	0,831	0,274	2,524
MMSE	-0,065	0,051	1,653	1	0,199	0,937	0,848	1,035
YİTT	-0,333	0,221	2,275	1	0,131	0,717	0,465	1,105
<b>HS-YİTT</b>	<b>0,740</b>	<b>0,263</b>	<b>7,933</b>	<b>1</b>	<b>0,005</b>	<b>2,097</b>	<b>1,253</b>	<b>3,510</b>

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. NR2=0,18, X2=21,19, p=0,012, Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre **HS-YİTT** değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede önceki iki hafta ilgi ve zevk alamama riskini 1,753 kat (p=0,014, GA;1,118 – 2,747) arttırdığı bulundu. Bir diğer ifadeyle HS-YİTT değerlerindeki artışın önceki iki hafta kendini bitkin, çökkün ya da umutsuz hissetme riskini arttırdığı bulundu (Tablo12).

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre nöropsikiyatrik bozukluk olmama durumunun 0,007 açıdan anlamlı seviyede önceki iki hafta ilgi ve zevk alamama riskini (OR=0,329, p=0,048, GA;0,146 - 0,742) azalttığı bulundu (Tablo12).

Not: Bu son iki analize bilerek BİÖ ve GDÖ eklenmedi. Model mantıklı olmalıdır. Aynı şeyi ölçen birbirini açıklar (GDÖ-PHW), ek olarak intihar doğası gereği bağımlı değişkendir (BİÖ) (Tablo12).

**Tablo 12:** Önceki iki hafta ilgi ve zevk alamama riskine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi (PHQ2-2)

	B	Sh	Wald	df	P	OR	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	-0,089	0,065	1,850	1	0,174	0,915	0,805	1,040
Cinsiyet (Erkek)	0,106	0,735	0,021	1	0,885	1,112	0,263	4,701
Eğitim grup (Okul yok)	0,256	0,724	0,125	1	0,724	1,291	0,312	5,337
Medeni durum (Evlili)	-0,473	0,391	1,468	1	0,226	0,623	0,290	1,340
DM (Yok)	0,340	0,420	0,654	1	0,419	1,405	0,616	3,202
Nöropsikiyatrik bozukluk(Yok)	<b>-1,112</b>	<b>0,415</b>	<b>7,184</b>	<b>1</b>	<b>0,007</b>	<b>0,329</b>	<b>0,146</b>	<b>0,742</b>
MMSE	-0,081	0,050	2,629	1	0,105	0,923	0,837	1,017
YİTT	0,200	0,186	1,166	1	0,280	1,222	0,849	1,758
<b>HS-YİTT</b>	<b>0,561</b>	<b>0,229</b>	<b>5,987</b>	<b>1</b>	<b>0,014</b>	<b>1,753</b>	<b>1,118</b>	<b>2,747</b>

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. NR2=0,36, X2=61,00, p<0,001, Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi.

## 5. TARTIŞMA

80 yaş üzeri bireylerin dahil edildiği çalışmada katılımcıların %62'si kadındı. Vakaların %87,8'inde hipertansiyon, %48,3'ünde KAH, %26,8'inde nöropsikiyatrik hastalık ve %26,3'ünde DM mevcuttu. Vakaların %13,7'si son iki hafta içinde kendisini bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiğini ve %37,1'i ise önceki 2 hafta içinde daha önce yaptığı şeylerde ilgi ve aldığı zevkte azalma olduğunu ifade etti. Vakaların %17,5'inde MMSE kesme skorunun altında ve %34 ü GDÖ skoruna göre depresif belirtiler gösteriyordu . Vakalar arasında aktif intihar düşüncesi olan birey yoktu. Eğitim düzeyi arttıkça demans ihtimali azalıyordu. Eğitim durumu ile depresyon, istismar ve ihmal arasında da pozitif bir korelasyon tespit edildi. Evli olma durumunda depresyon, istismar ve intihar düşüncesi daha düşük tespit edildi. Düşük kan basıncı intihar düşüncelerinde artma ile ilişkili bulundu. Benzer şekilde ihmal ve istismarda düşük kan basıncı ile artmaktaydı. DM tanısı olan vakalarda intihar düşünceleri daha düşük tespit edildi. Depresyon, ihmal ve istismar yaşlıda intihar düşüncelerinde artışla beraberdi. Yaşlıda bilişsel fonksiyonlarda bozulma depresyonla beraberdi, benzer şekilde yaşlı ihmali de depresyonla ilişkili bulundu.

80 yaş üzeri bireylerin dahil edildiği çalışmada katılımcıların %62'si kadındı. Artan yaşlı nüfus oranı artık yaşlı nüfusu daha ayrıntılı incelemeye araştırmacıları yöneltmiştir. Daha önceden, 80 yaş üstü birey sayısının az olması bu konu hakkında ayrıntılı inceleme ve çalışmaların yetersiz olmasına yol açmıştır. Ancak günümüzde ortalama yaşam beklentisinin artmasıyla 80 yaş üstü birey sayısı da artmış ve bu konuda araştırma yapma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Her aile hekiminin kendilerine kayıtlı nüfuslarında ortalama 40-50 oktojeneryan birey olma ihtimali vardır. TÜİK verilerine göre Bursa'da halen yaşayan nüfusun %1,77'ini 80 yaş üzeri kişiler oluşturmaktadır ve toplam 57.175 80 yaş üstü birey yaşamaktadır (24). Günümüzde yaşlı nüfusunda artışın en bilinen sebepleri bulaşıcı hastalıkların daha kolay önlenmesi ve tedavi edilebilmesidir (25). Benzer şekilde kardiyovasküler hastalıklarla mücadelede de önemli mesafeler kat edilmiştir. Gelişen teknoloji ve ilaç sektöründeki ilerlemeler kanser vakalarında bile yüz güldürücü sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır (26, 27). Araştırmamıza dahil edilen vakalardan 2/3'ünün kadınlardan oluşması da beklenen bir durumdur. Kadınların menapoz dönemine kadar kardiyovasküler hastalıklardan

nispeten korunmuş olması ileri yaşta kadın nüfusun daha fazla olmasını izah edebilir (28).

Vakaların %87,8'inde hipertansiyon, %48,3'ünde KAH, %26,8'inde nöropsikiyatrik hastalık ve %26,3'ünde DM mevcuttu. Oktojeneryan nüfusta yapılan araştırmalarda en sık karşılaşılan sağlık sorunları; kardiyovasküler hastalıklar ve kanser olarak bilinmektedir (29, 30). Yaşla birlikte tip 2 DM oranı artar 80 yaş üzeri vakalarda DM normal popülasyona göre artmış tespit edildi 80 yaş üstü her 3 kişiden biri DM hastasıdır (31-33). DM vakalarının hastalığa bağlı komplikasyonlardan dolayı 80 ve üzeri yaşları görememesi tartışılabilir. Ancak modern tedavilerle ileri yaş yaşlılık dönemine ulaşan birçok yaşlının olduğu da bilinmektedir.

Vakaların %13,7'si son iki hafta içinde kendisini bitkin, çökkün ya da umutsuz hissettiğini ve %37,1'i ise önceki 2 hafta içinde daha önce yaptığı şeylerde ilgi ve aldığı zevkte azalma olduğunu ifade etti. Bu iki soru yaşlıda depresyonu taramada tercih edilen bir yöntemdir. Geriatrik nüfusta yapılan çalışmalarda depresyon oranları %20-%50 arasında değişmektedir. Zenebe ve arkadaşlarının geniş çaplı bir meta analiz çalışmasında 60 yaş üstünde yaşlılarda ortalama prevalans değeri %31,74 bulunmuştur (34). Güney Kore'de yapılan geniş ölçekli bir araştırmada yaşlılarda depresif semptomları gösterme oranı %21 oranında tespit edilmiştir (35). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada 71-79 yaş aralığında %10,38 80-89 yaş aralığında ise %12,39 bulunmuş (36). İleri yaş yaşlılarda depresyon oranlarının değişiklik göstermesi sosyokültürel sebeplerle ilişkili olabilir.

Vakaların %17,5'inde MMSE skorları kesme değerinin altındaydı. Demans tanısı aynı depresyonda olduğu gibi sadece ölçek üzerinden konulmaz. Uzman hekim değerlendirmesi gerekir. MMSE ölçeği sonuçları göz önüne alındığında bizim çalışmamızda %17,5 oranında ileri yaş yaşlılarda demans olduğu savunulabilir. Ülkemizde daha önceki çalışmalarda geriatrik nüfusta demans %20 oranında tespit edilmiştir. Amerika'da yapılan bir araştırmada ileri yaş yaşlılarda demans %24 oranında bulunmuştur. Avrupa'da ise bu oran % 25 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz değerlerin düşük olması bu vakaların ayaktan takip için polikliniğe gelen hastalardan oluşmasından kaynaklanmış olabilir. Hastane polikliniklerine gelemeyen evdeki 80 yaş üzeri bireylerde demans oranı hakkında bir bulgu bu araştırma sonuçları arasında mevcut değildir.

Vakalar arasında aktif intihar düşüncesi olan birey yoktu. Hastalardan alınan anamnezde sadece 1 vakanın 40'lı yaşlarda intihar girişiminde bulunduğu anlaşılmıştır. Aktif intihar düşüncesinde vaka tespit edilememiştir. Bu durumda demans ve depresyonda olduğu gibi fonksiyonel olarak aktif olan ve aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarla kesitsel olarak gerçekleştirilen mevcut araştırmada intihar düşüncesine sahip vakalar ıskalanmış olabilir. İleride planlanacak prospektif araştırmalarda hastane polikliniklerine gelemeyen, evdeki vakalar arasında intihar düşüncelerini sorgulayan çalışmalar yapılabilir. Yurt dışında yapılan benzer araştırmalarda ileri yaş yaşlılarda intihar düşüncesine sahip olan vakalar azımsanmayacak oranlardadır. Ritchie ve arkadaşlarının Fransa'da yaptıkları bir çalışmada; yaşlıların %9,8'inde intihar düşüncesi olduğu, 80 yaş üzerinde ise bu oranın, erkeklerde %11,3'e, kadınlarda %21,4'e çıktığı bulunmuştur (37). İsveç'te demansı olmayan 85 yaş üstünde intihar düşüncelerinin araştırıldığı, Skoog ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada intihar düşüncesinin 85 yaş üstünde arttığı gözlemlenmiştir (38).

Eğitim düzeyi arttıkça demans ihtimali azalıyordu. Çalışmamızda uyguladığımız bir diğer tarama testi olan MMSE'de de eğitim düzeyi yükseldikçe alınan skorun arttığı görülmüştür. MMSE bildiğimiz üzere demans açısından tarama testi olarak kullanılmaktadır. 80 yaş üstü hastalarda bu ölçeğe de bakarak ihmal -istismar ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştık. Araştırmalar incelendiğinde, eğitim düzeyi ile yaşlılarda demans gelişme riski arasında bir bağlantı olduğu görülmektedir. Hatta öyle ki eğitim düzeyi yüksek bir popülasyon içinde yaşayan aynı düzeyde bireysel eğitimini tamamlamış yaşlılar, eğitim düzeyi düşük bir toplum içinde yaşayan yaşlılara göre daha az demans riskini taşır (39). Bu da bizlere demans gelişme riskinin sadece bireysel faktörlere değil çevresel etmenlere de bağlı olduğunu gösterir. 2021 yılında Japonya'da yapılan prospektif bir kohort çalışmasında 51.186 yaşlı bireyin 6 yıllık izlemi yapıldı ve bu çalışmada eğitim düzeyi ve bireylerde demans gelişme durumu arasındaki ilişki irdelendi ve eğitim düzeyinin artmasının demans riskini azalttığı görüldü (40). Bizim çalışmamızda da MMSE tarama testine göre eğitim düzeyi yüksek insanlarda puanlama da yüksek bulunmuştur.

Demans tamamen kür sağlanabilen bir hastalık olmamasına rağmen, %40'ı önlenebilir veya ortaya çıkma yaşı geciktirilebilir bir hastalıktır (41). Böyle düşününce önlenbilmesine katkıda bulunan önemli bir faktör olarak eğitim düzeyinin ehemmiyeti

daha iyi anlaşılmaktadır. Öyle ki her ek eğitim yılı demans gelişme riskinde %11'lik bir azalmayı sağlamaktadır (42). Eğitimin bu etkisinin, sürekli öğrenmeyle geliştirilen bilişsel rezerv nedeniyle beynin patolojik değişikliklerle başa çıkma yeteneğinin artmasından, alternatif yollar oluşturmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Eğitim düzeyi sadece bilişsel rezervi geliştirmekle kalmaz, aynı zamanda demans riskini azaltabilecek diğer etmenler olan daha sağlıklı yaşam tarzını benimseme ve daha yüksek sosyoekonomik düzeyine sahip olma, sağlık okuryazarlığının daha yüksek olması gibi özelliklere sahip olmaya sebep olur. 2010 yılında Avrupa' da beyin bağışçılığı arasında yapılan bir araştırmaya göre eğitim düzeyi yüksek yaşlıların beyin ağırlığının daha fazla olduğu bulunmuş ancak tüm yaşlılar arasında eğitimin, beyin-damar patolojilerini önlediği görülmemiştir (43). Demans, Alzheimer hastalığı beyin dokusunda atrofiye sebep olmaktadır ancak eğitim düzeyinin artması beyin patolojilerinin bilişsel fonksiyonları etkilemesini ve beynin atrofiye uğramasını azaltmaktadır. Bu çalışma sonuçlarına göre bilişsel rezerv diye tabir edilen kavram doğrulanmış oluyor. Eğitimdeki her bir yıllık artış için, daha yüksek bir beyin ağırlığında olma olasılığında % 10'luk bir artış olduğu görülmüştür. Tüm bu bulguları incelediğimizde artan yaşlı nüfusta gelişebilecek demans oranını azaltmak, bunun gelecekte bir halk sağlığı sorunu olmasını önlemek amacıyla erken yaşta eğitime önem verilmeli ve bu sürdürülmelidir. Özellikle sosyoekonomik seviyesi düşük, eğitim olanaklarına erişimi sınırlı olan ülkelerde tüm dünyada olduğu gibi yaşlı nüfusu gitgide artmaktadır. Özellikle bu ülkelerde demans oranını azaltmak için eğitimde fırsat eşitliği sağlanmalıdır. Şimdiden alınacak önlemlerle büyük bir halk sağlığı sorunu olmadan, demansla mücadele edilebilir.

Eğitim durumu ile depresyon, istismar ve ihmal ölçeklerinden alınan skorlar arasında da pozitif bir korelasyon tespit edildi. Yine çalışmamızda eğitim düzeyiyle BİÖ puanlaması arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Yani artan eğitim seviyesi, ölüm isteği ve intihar düşüncesi ölçeğinden alınan skor azaltmaktadır. 815.000 katılımcı ile yapılan bir Halk Sağlığı araştırmasında eğitim düzeyi ile suicidal girişim arasında negatif korelasyon bulunmuş (44). Çalışmamız literatürle uyumlu bulunmuştur. Eğitim seviyesinin maddi manevi yönden kişiye birçok faydası vardır hayatta karşılaşılabilecek sorunlara karşı daha çözümcül yaklaşmayı sağlar. Ülkemizdeki 2023

intihar verilerine baktığımızda yaş fark etmeksizin yükseköğrenim mezunu olup intihar edenlerin sayısı oransal olarak lise veya ortaokul mezunlarına göre daha düşük kalmakla beraber geçmiş yıllara göre artış olduğu görülmektedir. Bu artışın sebebinin yükseköğrenim bitirenlerin sayısının geçmişe kıyasla artmasıyla ilgisi de olabileceği düşünüldü. Akyol ve arkadaşlarının 65 yaş ve üzeri bireylerde Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanarak yaptığı bir araştırmada 80 yaş ve üzeri hastalarda diğer yaşlı popülasyona göre Geriatrik Depresyon Ölçek skoru anlamlı bir artış göstermiş (45). Bu çalışmada bireyin eğitim düzeyindeki artış ile Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldığı puan arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiş. Bir başka ifadeyle eğitim düzeyi arttıkça depresif belirtiler azalmıştır.

Yaşlı ihmali-istismarı ve eğitim durumu arasındaki ilişkiyi irdelediğimizde; çalışmamızda hem Hwaleck-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testinde ve özellikle de Yaşlı İhmal Tanılama Testinde eğitim durumu düşük olanlarda testlerin puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. Literatürde de, düşük eğitim seviyesinin yaşlı ihmali riskini artırdığına dair benzer sonuçlar vardır. Bu durum, eğitim seviyesinin artmasıyla insanların daha iyi yaşam şartlarına, çeşitli iletişim araçlarına ulaşımının kolaylaşmasıyla ve sağlık hizmetlerine daha fazla erişim imkânına sahip olmalarıyla açıklanabilir (46).

Yaşlı bireylerin eğitim düzeyi seviyesi sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını ve erişimini etkiler. Eğitim düzeyi düşük olan yaşlıların, sağlık hizmetleriyle alakalı bilgi seviyesi yeterli olamayabilir dolayısıyla hizmete erişimi kısıtlanır bu da yaşlıda sağlık sorunlarının ihmalini doğurur, aynı zamandan sağlık problemlerinin artmasına, yaşlı ihmal ve istismarına yol açar. Örnekleme gerekirse düşük eğitim seviyesine sahip bireyler, bu konuda yeterli bilgi sahibi olmadığından sağlık sorunlarını erken dönemde fark etmeyebilir veya herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmakta gecikebilir. Eğitim düzeyi ayrıca günümüzde oldukça gelişen sağlık hizmetlerine erişimde teknolojik imkânlardan yararlanma noktasında aksamalara yol açabilir. Ülkemizden örnek verecek olursak MHRS sistemine ulaşım veya yeni yürürlüğe giren randevu onaylama sistemine uyum noktasında eğitim seviyesi düşük yaşlılarda oldukça problem yaşanmaktadır bu da sağlık hizmetlerine erişimlerine ulaşımı zorlaştırmaktadır. Dong ve arkadaşlarının depresif belirtiler gösteren yaşlılarda ihmal ve istismar ilişkisini

araştırdığı bir araştırmada eğitim düzeyinin azalması yaşlı bireyin ihmal ve istismara uğrama olasılığını arttırdığı görülmüştür (47, 48).

Ayrıca, eğitim düzeyi yüksek yaşlı bireylerin, bireysel haklar ve mevcut sosyal hizmetler hakkında daha fazla bilgiye sahip olma ihtimali fazladır. Bu bilinç, ihmal ve istismara farkındalıklarını artırır ve bu konuda kendilerini koruyabilirler. Eğitim seviyesi arttıkça yaşlılar kendilerine karşı yapılan olumsuz davranışları daha erken fark edebilir ve bu konu hakkında eyleme geçebilir. Böylelikle artan eğitim düzeyi çalışmanın başlıklarından biri olan yaşlı ihmali ve istismarının önlenmesinde önemli bir rol oynar.

Yaşlı ihmali ve eğitim durumu arasındaki ilişki, çalışmada ve bahsedilen diğer çalışmalarda da gösterildiği gibi bireyin ihmal ve istismara uğrama riskini azaltır. Buradan vardığımız sonuçla mevcut yetişkinlerin ve gençlerin eğitim seviyesinin artırılması gelecekte bir toplum sağlığı problemi olabilecek muhtemel bir konu olan yaşlı ihmal ve istismarını azaltacağını söyleyebiliriz. Aynı zamanda bakım verenlerin de eğitimin artırılması, yaşlı bireylerin korunması ve refahının sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Eğitim programları ve farkındalık kampanyaları, bu konu hakkında iyileşme sağlayabilir özellikle yaşlı bireylerin ilk başvuru merci olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında farkındalık amacıyla belirlenecek konuyla ilgili herhangi bir programın uygulanması yaşlı ihmal ve istismarının azaltılması ya da erken farkına varılmasını sağlayabilir.

Evli olma durumu depresyon, istismar ve intihar düşüncesi daha düşük tespit edildi. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada evli yaşlı yetişkinler dul yaşlı yetişkinlere göre depresyon tanısı daha az almaktadır yaşlılarda bu ailesel ilişkileri vermiş olduğu sosyal destek sağlamasından kaynaklanmaktadır (49). Evli olmayan yaşlılarda azalan sosyal iletişim depresif duygu durumunu arttırmıştır. Sık gördüğümüz ekonomik istismar çoğunlukla evli olmayan yaşlılardır. Eğer bir yaşlı, sağlığı iyi olmayan, toplumsal olarak ayrılmış ya da çok az toplumsal desteği varsa, istismarın tüm şekillerinden zarar görme ihtimali artar (50).

Düşük kan basıncı intihar düşüncelerinde artma ile ilişkili bulundu. Benzer şekilde ihmal ve istismarda düşük kan basıncı ile artmaktaydı. Sadece 80 yaş üzerinde yapılmış intihar ve tansiyon ilişkisini inceleyen bir literatür bulamadık. Joung ve

arkadaşları Güney Kore 'de yaptıkları bir çalışmada düşük kan basıncının intihar düşüncesi üzerindeki etkisini araştıran bir araştırma yaptı. Bu araştırmaya 10.708 hipotansif ve normotansif birey dahil edildi. Araştırma oldukça ilginç bulgular ortaya koydu. Hipotansif bireylerin daha yüksek intihar düşüncesine sahip oldukları, normotansif bireylerde ise bu oranın daha az olduğu saptandı. Hipotansiyon ve bilişsel fonksiyon arasındaki ilişki azalmış serebral perfüzyonla ilişkilendirilebilir (51). Yine hem depresyonda hem de düşük kan basıncında ortaya çıkan nöropeptit y overekspirasyonunun bu sonuca neden olduğunu söyleyen çalışmalar var (52).Spesifik olarak, intihar düşüncesi olan katılımcıların oranı sistolik kan basıncı 100 mmHg'nin altında olanlarda %12,5, normal kan basıncına sahip olanlarda bu oran %10,8 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada literatürle uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır yine de kan basıncı ve intihar düşüncesi, yaşlı ihmal ve istismarı arasında bir ilişkiden bahsetmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç var.

DM tanısı olan vakalarda BİÖ skoru bir miktar daha düşük tespit edildi. Bir derleme çalışmasında intihar düşüncesi ve girişiminde diyabetli hastalarda riskin yüksek olduğu bulunmuştur ancak şeker regülasyonu düzenli olan diyabetlilerde bu risk düzensiz şeker regülasyonu olanlara göre daha düşüktür (53). Kronik olarak hiperglisemi beyin hücrelerinin beslenmesini olumsuz yönde etkiler bu da duygu durum bozukluğuna ve intihar düşüncelerine sebebiyet verebilir. Bulgumuz literatürle uyumlu bulunmadı.

Depresyon, ihmal ve istismar yaşlıda intihar düşüncelerinde artışla beraberdi. Çalışmada intihar düşüncesi ölçeği olarak Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği kullanıldı. 80 yaş üstü bireylerin hiç birinde aktif düşünce olmasa da yaşla beraber Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği skorlamasında artış görülmesi literatürle uyumlu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ihmal ve istismara uğrayanlarda intihar düşüncelerinin daha fazla olduğu görülmüş. Yani yaşlılarda ihmal ve istismar, intihar düşüncesinde artışa neden olabilir. Yapılan çalışmada literatürle uyumlu sonuçlara ulaşıldı (54).

Yaşlıda bilişsel fonksiyonlarda bozulma depresyonla beraberdi, benzer şekilde yaşlı ihmal de depresyonla ilişkili bulundu. Amerika Birleşik Devletleri'nde Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismar Testi, Mini Mental Test kullanılarak yapılan bir çalışmada yaşlıların intihar düşünceleri incelenmiş, incelemeye dahil edilen bireylerde ortalama

yaş 72 bulunmuş son iki hafta içinde intihar düşünme oranı kadınlarda %4,7 erkeklerde %1,9 olarak ölçülmüş. Çalışmada bulunan sonuçlara göre suicidal düşünce için risk faktörleri arasında depresif semptomların fazla olması, düşük eğitim düzeyi, kadın cinsiyet ve düşük sosyal destek sayılmıştır (55). Bilişsel bozukluk depresyon artışı ile ilişkili bulunmuştur; özetlemek gerekirse, bilişsel işlevlerdeki bozulmanın yaşlı bireyin ihmale uğrama riskiyle ilişkili olduğu, yaşama arzusunu azalttığı ve depresif belirtileri de çoğalttığı söylenebilir. 2013 yılında İngiltere’de yapılan bir meta analiz çalışmasında geriatrik depresyonun tüm nedenlere bağlı bilişsel işlev bozukluğu riskini arttırdığı bulunmuş (56). Sertel M ve arkadaşlarının 65 yaş üstündeki bireyde bilişsel durum ve depresyon ve denge ilişkisini araştırdığı çalışmalarında bilişsel bozuklukla depresyon düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir (57). Çalışmada literatürle uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır.

## 6. KISITLILIKLARIMIZ

Çalışmaya dahil olan popülasyon 80 yaş üzerinde olduğu için iletişime geçmek zor oldu, yaşlılardaki işitme kaybı gibi kronik sorunlar iletişime geçmemizi zorlaştırmıştır

Yaşlılara uyguladığımız GDÖ halen aktif depresyon tedavisi gören yaşlılarda yanlış negatif sonuç çıkmıştır. Tedavi almaksızın anketler yapılabilseydi daha doğru sonuçlar çıkabilirdi.

Çalışmamızda aktif intihar düşüncesi planlayan bir hastaya rastlamadık, bu çalışma huzurevi, bakımevi, yatan hasta servisi gibi sosyal izolasyonun daha yoğun olduğu yerlerde yapılmış olsaydı daha farklı sonuçlar elde edilebilirdi. Bu yüzden çalışma sonuçları hakkında genelleme yapılamaz.

## 7. SONUÇ

Çalışmaya katılanların hiçbirinde aktif intihar düşüncesine veya kendine zarar vermeye yönelik bir plan hazırlığı içinde olduğuna rastlamadık. Sadece bir hastada (%0.48) ise daha önce 40'lı yaşlarında bir kez ilaç içme şeklinde intihar girişimi olduğunu tespit ettik.

Çalışmamıza katılanların %34 ünde geriatrik depresyon ölçeğine göre değişen derecelerde depresyon tespit edildi. Depresif duygu durumunda olan yaşlı bireylerin yaşama isteğinin az olduğunu ihmal ve istismara daha fazla uğradığını tespit ettik. Aynı zamanda daha düşük bilişsel fonksiyonlara sahip olduklarını da söyleyebiliriz. Yaşlılarda genel olarak dul olmanın da depresif duygu durumunu arttırdığı görülmüştür.

Çalışmamıza katılan ileri yaş yaşlılardan %17,5'inde bilişsel fonksiyonların bozulduğu görüldü. Bu oran literatürle uyumlu idi. Bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda ihmal ve istismarın daha fazla oranda olduğunu tespit ettik bunların arasında kuvvetli bir ilişki olduğu belirlendi. Bu durum klinisyenler tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumdaki hastalara gerekirse sosyal hizmetler tarafından destek verilmesi uygun olacaktır.

Araştırmamıza katılan yaşlılarda eğitim durumu artıkça demans riskinin azaldığı görüldü aynı zamanda eğitim durumunun azalması yaşlı bireyin ihmal ve istismara daha fazla maruz kalmasına neden olmaktadır. Depresif duygu halinin azalmasına ve yaşam arzusunun artmasına neden olduğu da çalışmamızda tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, araştırma sonucunda ileri yaş yaşlılarda istismarı azaltmak yaşlıda depresyon ve intihar düşüncesini azaltmaktadır. Geriatrik hastalarla ilgili hekimlerin ve sosyal hizmet temsilcilerinin bu durumu göz önünde bulundurması yaşlı sağlığı açısından çok değerli olacaktır. Aile hekimleri de azımsanmayacak sayıda yaşlıya hizmet götördükleri için bu konuda üzerlerine düşeni yapmalıdırlar.

## 8. KAYNAKÇA

1. World Health Organization (WHO). (2024). "Ageing and Health", WHO. Erişim tarihi: 25 Haziran 2024, URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2023", Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim tarihi: 25 Haziran 2024, URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-SonucLari-2023-49684>
3. Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (Eds.). (2008). A research agenda for DSM V.
4. Malgaroli, M., Calderon, A., & Bonanno, G. A. (2021). Networks of major depressive disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 85, 102000.
5. Türk Psikiyatri Derneği. (2024). "Depresyon", Türk Psikiyatri Derneği. Erişim tarihi: 25 Haziran 2024, URL: <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/23/depresyon>
6. Kverno, K. S., & Mangano, E. (2021). Treatment-resistant depression: approaches to treatment. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 59(9), 7-11.
7. Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M., Beekman, A. T., Kluitert, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of affective disorders*, 83(2-3), 135-142.
8. Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Luppá, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS one*, 16(5), e0251326.
9. HANAĞASI, H. A., & EMRE, M. (2009). Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. *Turkiye Klinikleri Neurology-Special Topics*, 2(1), 1-4.
10. Cai, H., Jin, Y., Liu, S., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., ... & Xiang, Y. T. (2021). Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of observation studies. *Journal of affective disorders*, 293, 148-158.
11. Obuobi-Donkor, G., Nkire, N., & Agyapong, V. I. (2021). Prevalence of major depressive disorder and correlates of thoughts of death, suicidal behaviour, and death by suicide in the geriatric population—A general review of literature. *Behavioral Sciences*, 11(11), 142.
12. Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., ... & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 193-211.
13. Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., ... & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1147-1161.

14. Şevik, A. E., Özcan, H., & Uysal, E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*, 15(4), 218-25.
15. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). "Arama Sonuçları: intihar", Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim tarihi: 25 Haziran 2024, URL: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>
16. HANAĞASI, H. A.,& EMRE, M. (2009). Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. *Turkiye Klinikleri Neurology-Special Topics*, 2(1), 1-4.
17. Feldman, H. H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., ... & Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *Cmaj*, 178(7), 825-836.
18. Tombaugh, T. N.,& McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(9), 922-935.
19. Tisher, A.,& Salardini, A. (2019, April). A comprehensive update on treatment of dementia. In *Seminars in neurology* (Vol. 39, No. 02, pp. 167-178). Thieme Medical Publishers.
20. Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P. L., Mason, A., Henderson Jr, C. R., Berman, J., ... & Lachs, M. S. (2015). Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: a population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(9), 1906-1912.
21. Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American journal of public health*, 100(2), 292-297.
22. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and ageing*, 37(2), 151-160.
23. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl\_2), S194-S205..
24. CityPopulation.de. (2024). "Bursa İlinin Nüfusu ve İdari Bölümleri", CityPopulation.de. Erişim tarihi: 25 Haziran 2024, URL: [https://www.citypopulation.de/en/turkey/admin/TR411\\_bursa/](https://www.citypopulation.de/en/turkey/admin/TR411_bursa/)
25. Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & Ritchie, H. (2013). Life expectancy. Our world in data.
26. Oylar, Ö.,& Tekin, İ. (2011). Kanserın teşhis ve tedavisinde nanoteknolojinin önemi. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Dergisi*, 16(1).
27. GEZİCİ, S. (2017). Kanser Araştırmalarında Proteomiks Teknikler ve Uygulamaları. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 10(2), 54-61.
28. Hägg, S.,& Jylhävä, J. (2021). Sex differences in biological aging with a focus on human studies. *Elife*, 10, e63425.
29. Parker, M. G.,& Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *The Gerontologist*, 47(2), 150-158.

30. Thakur, R. P., Banerjee, A., & Nikumb, V. B. (2013). Health problems among the elderly: a cross-sectional study. *Annals of medical and health sciences research*, 3(1), 19-25.
31. Bahrmann, A., Bahrmann, P., Baumann, J., Bauer, J., Brückel, E., Dreyer, M., ... & Zeyfang, A. (2018). S2k-leitlinie diagnostik, therapie und verlaufskontrolle des diabetes mellitus im alter. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 13(05), 423-489.
32. Neuhauser, H., Kuhnert, R., & Born, S. (2017). 12-Monats-prävalenz von bluthochdruck in Deutschland.
33. Zeyfang, A., Wernecke, J., & Bahrmann, A. (2018). Diabetes mellitus im Alter. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 13(S 02), S185-S190.
34. Chung, S. (2008). Residential status and depression among Korean elderly people: a comparison between residents of nursing home and those based in the community. *Health & social care in the community*, 16(4), 370-377.
35. Kim, J. I., Choe, M. A., & Chae, Y. R. (2009). Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. *Asian Nursing Research*, 3(3), 121-129.
36. Murrell, S. A., Himmelfarb, S., & Wright, K. (1983). Prevalence of depression and its correlates in older adults. *American journal of epidemiology*, 117(2), 173-185.
37. Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M. L., Mann, A., Dupuy, A. M., ... & Bouleenger, J. P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 147-152.
38. Zettergren, A., Jonson, M., Mellqvist Fässberg, M., Najar, J., Rydberg Sterner, T., Seidu, N. M., ... & Waern, M. (2023). Passive and active suicidal ideation in a population-based sample of older adults: Associations with polygenic risk scores of relevance for suicidal behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1101956.
39. Wang, X., Bakulski, K. M., Paulson, H. L., Albin, R. L., & Park, S. K. (2023). Associations of healthy lifestyle and socioeconomic status with cognitive function in US older adults. *Scientific Reports*, 13(1), 7513.
40. Takasugi, T., Tsuji, T., Hanazato, M., Miyaguni, Y., Ojima, T., & Kondo, K. (2021). Community-level educational attainment and dementia: a 6-year longitudinal multilevel study in Japan. *BMC geriatrics*, 21, 1-10.
41. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.
42. University of Cambridge. (2024). "Why more education lowers dementia risk", University of Cambridge. URL: <https://www.cam.ac.uk/research/news/why-more-education-lowers-dementia-risk>
43. Brayne, C., Ince, P. G., Keage, H. A., McKeith, I. G., Matthews, F. E., Polvikoski, T., & Sulkava, R. (2010). Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? ECLIPSE Collaborative Members. *Brain*, 133(8), 2210-2216.
44. Rosoff, D. B., Kaminsky, Z. A., McIntosh, A. M., Davey Smith, G., & Lohoff, F. W. (2020). Educational attainment reduces the risk of suicide attempt among individuals with and without psychiatric disorders independent of cognition: a bidirectional and

- multivariable Mendelian randomization study with more than 815,000 participants. *Translational psychiatry*, 10(1), 388.
45. Montorio, I., & Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *International psychogeriatrics*, 8(1), 103-112.
  46. Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(4), S248-S254.
  47. Creavin, S. T., Wisniewski, S., Noel-Storr, A. H., Trevelyan, C. M., Hampton, T., Rayment, D., ... & Cullum, S. (2016). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
  48. Dong, X., Simon, M. A., Odwazny, R., & Gorbien, M. (2008). Depression and elder abuse and neglect among a community-dwelling Chinese elderly population. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(1), 25-41.
  49. Zhang, B., & Li, J. (2011). Gender and marital status differences in depressive symptoms among elderly adults: The roles of family support and friend support. *Aging & mental health*, 15(7), 844-854.
  50. Uysal, A. (2002). Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 5(5).
  51. Joung, K. I., & Cho, S. I. (2018). Association of low blood pressure with suicidal ideation: a cross-sectional study of 10,708 adults with normal or low blood pressure in Korea. *BMC Public Health*, 18, 1-10.
  52. Widdowson, P. S., Ordway, G. A., & Halaris, A. E. (1992). Reduced neuropeptide Y concentrations in suicide brain. *Journal of neurochemistry*, 59(1), 73-80.
  53. Sarkar, S., & Balhara, Y. P. S. (2014). Diabetes mellitus and suicide. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 18(4), 468-474.
  54. Kim, Y. J., & Im, M. Y. (2010). A study on relationship between elder abuse and suicide risk. *The Korean Journal of Community Living Science*, 21(3), 351-364.
  55. Shadlen, M. F., Siscovick, D., Fitzpatrick, A. L., Dulberg, C., Kuller, L. H., & Jackson, S. (2006). Education, cognitive test scores, and black-white differences in dementia risk. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 898-905.
  56. Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 329-335.
  57. Wang, S., & Blazer, D. G. (2015). Depression and cognition in the elderly. *Annual review of clinical psychology*, 11, 331-360.